

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

Forschungsprogramm KVG II

Einfluss des KVG auf die Verschiebungen zwischen stationärer und ambulanter Medizin

Forschungsbericht Nr. 2/04



BSV /
OFAS /
UFAS /

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

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

Autoren: Wolfram Kägi, Stefan Siegrist, Martin Schäfli
B,S,S. – Blöchliger, Staehelin & Partner
Volkswirtschaftliche Beratung
Blumenrain 16
4051 Basel
Tel: +41 (0) 61 262 05 55
Fax +41 (0) 61 262 05 57
E-mail: <mailto:contact@bss-basel.ch>
Home: <http://www.bss-basel.ch/>

Auskünfte: Daniel Zahnd
Bundesamt für Gesundheit
Seilerstrasse 8
3003 Bern
Tel. 031 324 06 98
Fax 031 324 06 87
E-mail: daniel.zahnd@bag.admin.ch

ISBN: 3-905340-97-6

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherung
CH-3003 Bern

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

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

Bestellnummer: [318.010.2/04d](#)

B , S , S .

BLÖCHLIGER, STAEHELIN & PARTNER.
VOLKSWIRTSCHAFTLICHE BERATUNG

**Einfluss des KVG
auf die Verschiebungen zwischen
stationärer und ambulanter Medizin**

Forschungsprogramm KVG II

Schlussbericht

Basel, den 12. Dezember 2003

Forschungsprogramm KVG II: Einfluss des KVG auf die Verschiebungen zwischen stationärer und ambulanter Medizin

Schlussbericht

zuhanden des Bundesamtes für Sozialversicherung

Projektverantwortung: Dr. Wolfram Kägi

Projektbearbeitung: lic. rer. pol. Stefan Siegrist, lic. oec. HSG Martin Schäfli

B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung, Blumenrain 16, CH-4051 Basel

Tel: 061-262 05 55, Fax: 061-262 05 57, E-Mail: wolfram.kaegi@bss-basel.ch

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherung

Ein wichtiger Aspekt bei der Organisation moderner Gesundheitssysteme ist die Art und Weise, wie der ambulante und der stationäre Bereich verknüpft sind. Das optimale Funktionieren der Schnittstellen zwischen diesen Bereichen beeinflusst ganz wesentlich die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Grundversorgung. Nicht zuletzt deshalb stehen die Erbringer von Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gegenwärtig in einem vielfältigen Spannungsfeld zwischen Koordination, Kooperation, Substitution und Konkurrenz. Dabei wirken verschiedene Anreize, die eine Verschiebung von einer stationären zur ambulanten Leistungserbringung begünstigen oder bremsen. Ziel des vorliegenden Berichts war die Analyse und Darstellung dieser komplexen Zusammenhänge sowie die Diskussion der Auswirkungen dieser Verschiebungen.

Den Autoren stellte sich eine schwierige Aufgabe. Neben definatorischen Problemen in unserem föderalistischen Gesundheitswesen – die Abgrenzung des teilstationären Bereichs ist noch mangelhaft – stellte sich zunächst das Problem der Komplexität und Unvollständigkeit der statistischen Datengrundlagen. Einem relativ ausgebauten Informationssystem im stationären Bereich steht keine entsprechende Basis im ambulanten Bereich gegenüber, so dass sich allfällige Verschiebungen nur indirekt nachweisen lassen.

Der vorliegende Bericht hat noch aus anderen Gründen einen eher deskriptiven Charakter. Zum Untersuchungszeitpunkt waren viele Reformprojekte hängig und verschiedene wichtige Grundzüge unserer Krankenversicherung befinden sich damit im Fluss.

Die überwiegende Konzentration auf Kostendaten liessen vor allem Aussagen zur Kostendynamik des ambulanten und des stationären Bereichs zu. Für eine Analyse der medizinischen Aspekte einer allfälligen Verschiebung oder der Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts waren diese Grundlagen nicht geeignet.

Bei der Interpretation der Verschiebungen von einem Bereich in den andern müssen Effekte der Effizienz- und Effektivitätssteigerung von blossen Kostenverschiebungen aufgrund bestimmter Anreizsetzungen unterschieden werden. Dabei erweisen sich auch die ökonomischen Kriterien nicht immer als wertfrei: So werden etwa bei kürzeren Aufenthaltsdauern und der Nachpflege nach Operationen externe Kosten unterschlagen, die andere zu tragen haben (etwa Mütter, Ehefrauen oder Angehörige) und eventuell gar volkswirtschaftlich negativ zu Buche schlagen. Ähnliche Verzerrungen dürften bei forcierten Verschiebungen in Rehabilitationskliniken auftreten. Ansätze zur Verhinderung falscher Anreize verlangen eine Gleichbehandlung von ambulantem und stationärem Bereich bei der Finanzierung sowie Versicherungsmodelle, bei der Versicherer Kostenverantwortung mittragen. Entsprechende Vorstösse werden im Rahmen der Teilrevisionen des KVG weiter diskutiert.

Der Bericht macht deutlich, dass die Verschiebungsdynamik angesichts der Vielzahl gegenläufiger Faktoren heute nicht abschliessend beschrieben werden kann. Der Gewinn der Studie besteht immerhin darin, die wichtigsten Faktoren zu benennen und ihr Potential zu diskutieren. Weitere Studien, vor allem aber auch vertiefende statistische Daten im ambulanten Bereich, sind nötig, um die Thematik abschliessend beurteilen zu können.

M. Wicki und D. Zahnd, Projektleiter, Kompetenzzentrum Grundlagen

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

Un aspect important dans l'organisation des systèmes de santé modernes est le lien entre le secteur hospitalier (soins dispensés dans le cadre d'une hospitalisation) et le secteur ambulatoire (soins donnés en dehors d'un séjour à l'hôpital). Si ce lien est optimal, les soins de base sont de qualité et économiques. C'est l'une des principales raisons pour lesquelles les fournisseurs de prestations actifs dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire se trouvent actuellement confrontés à des impératifs contradictoires qui ont pour nom coordination, coopération, substitution et concurrence. Ils sont soumis à des incitations diverses qui tantôt favorisent, tantôt freinent, le passage des prestations du secteur hospitalier au secteur ambulatoire. Le présent rapport avait pour objectif d'analyser et de présenter ces interactions complexes, puis de discuter des effets de ces transferts.

La tâche des auteurs n'était pas simple. Outre les problèmes de définition qui marquent notre système de santé de type fédéraliste – la délimitation entre le secteur semi-hospitalier et les autres secteurs n'est pas encore très claire –, ils étaient tout d'abord confrontés à la complexité des données statistiques et à leurs lacunes. Si le système d'information est relativement bien développé dans le secteur hospitalier, il n'existe pas de base correspondante dans le secteur ambulatoire, de sorte que les éventuels transferts ne peuvent être démontrés qu'indirectement.

Le caractère plutôt descriptif du présent rapport s'explique encore par d'autres raisons : au moment où les auteurs ont réalisé leur étude, de nombreux projets de réforme étaient en suspens ; les caractéristiques importantes de notre assurance-maladie sont donc en pleine évolution. La majorité des données étant des données chiffrées, les auteurs ont surtout étudié la dynamique des coûts dans les deux secteurs. En revanche, ils n'ont guère pu analyser les aspects médicaux d'un éventuel transfert ou les conséquences du progrès médical et technique.

Pour interpréter les effets des transferts entre un secteur et un autre, il faut faire la distinction entre ceux liés à l'augmentation de l'efficacité et du rendement et ceux dus aux simples transferts de coûts consécutifs à la mise en place de certaines incitations. A ce niveau, les critères économiques ne sont pas toujours neutres : par exemple, pour les hospitalisations relativement brèves et les soins consécutifs à une intervention chirurgicale, les coûts externes n'apparaissent pas ; ils doivent être assumés par d'autres (mères, épouses ou proches) et peuvent même avoir parfois des conséquences économiques négatives. Si l'on imposait des transferts vers les cliniques de réadaptation, on aurait probablement des biais similaires. Pour éviter de créer des incitations perverses, il faut commencer par traiter de la même manière le financement du secteur ambulatoire et celui du secteur hospitalier ou introduire des modèles d'assurance dans lesquels les assureurs assument la coresponsabilité des coûts. Des interventions parlementaires dans ce sens seront encore discutées dans le cadre des révisions partielles de la LAMal.

Le rapport montre bien que la diversité des éléments contradictoires ne permet pas encore de décrire la dynamique de transfert d'une manière concluante. Les auteurs parviennent toutefois à un premier résultat : nommer les facteurs essentiels et discuter leurs effets potentiels. D'autres études, mais surtout des données statistiques plus détaillées dans le secteur ambulatoire, sont nécessaires pour pouvoir aboutir à une conclusion définitive sur ce thème.

M. Wicki, D. Zahnd, chefs de projet, Analyses fondamentales (Centre de Compétence)

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Un aspetto importante nell'organizzazione dei sistemi sanitari moderni è il modo in cui sono collegati i settori ambulatoriale e ospedaliero. Il funzionamento ottimale del coordinamento tra questi due settori influenza in modo fondamentale la qualità e l'economicità dell'assistenza medica di base. Anche per questo, nel quadro dell'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie, i fornitori di prestazioni si trovano attualmente in una situazione caratterizzata da un'oscillazione tra coordinamento, cooperazione, sostituzione e concorrenza. Vi sono diversi incentivi che hanno l'effetto di favorire o frenare lo spostamento delle prestazioni, dalla medicina ospedaliera a quella ambulatoriale. L'obiettivo del presente rapporto era di analizzare e illustrare queste complesse connessioni nonché di discutere delle conseguenze degli spostamenti.

Gli autori hanno dovuto affrontare un compito difficile. Accanto ai problemi di definizione esistenti nel nostro sistema federale della sanità pubblica – non sono ancora chiari i limiti del settore semiospedaliero – si è posto in primo luogo il problema della complessità e dell'incompletezza della base dei dati statistici. Se il sistema d'informazione è relativamente sviluppato nell'ambito ospedaliero, non si può dire lo stesso per quello ambulatoriale, dove si possono individuare eventuali spostamenti solo indirettamente.

Il presente rapporto è, anche per motivi di altra natura, di carattere piuttosto descrittivo. Durante lo studio erano in corso numerosi progetti di riforma, per cui diversi importanti principi dell'assicurazione malattie sono tuttora soggetti a possibili cambiamenti.

La grande concentrazione di dati sui costi ha permesso di commentare soprattutto la dinamica dei costi in ambito ambulatoriale e ospedaliero. Questi dati non si sono dimostrati adeguati né per un'analisi degli aspetti medici legati ad un eventuale spostamento né per un'analisi degli effetti del progresso tecnico della medicina.

Nell'interpretare gli spostamenti da un settore all'altro, bisogna distinguere gli effetti derivati dall'aumento dell'efficienza dai semplici trasferimenti dei costi dovuti a determinati incentivi. In questo senso anche i criteri economici non sono sempre secondari: infatti nel caso di ricoveri brevi e di cure postoperatorie vengono sottaciuti i costi esterni, che ricadono su terzi (le madri, le mogli o i parenti) e possono addirittura avere risvolti negativi sull'economia pubblica. Distorsioni simili si potrebbero avere in caso di trasferimento forzato in cliniche di riabilitazione. Per evitare incentivi sbagliati è necessario che le cure ambulatoriali e ospedaliere godano di uguali opportunità di finanziamento; vanno promossi modelli di assicurazione in cui gli assicuratori partecipano attivamente al controllo dei costi. Interventi in questo senso continueranno ad essere discussi nel quadro della revisione parziale della LAMal.

Il rapporto sottolinea che la dinamica dello spostamento non può essere descritta in modo esaustivo a causa della molteplicità dei fattori in gioco. Il contributo dello studio rimane comunque quello di identificare i fattori più importanti e di discuterne il potenziale. Per esaminare la tematica in modo più completo sono necessari altri studi ma anche e soprattutto dati statistici più approfonditi relativi al settore ambulatoriale.

M. Wicki e D. Zahnd, capoprogetto, Centro di competenza Analisi fondamentali

Foreword by the Federal Social Insurance Office

An important aspect of the organisation of modern health-care systems is the relationship between outpatient and inpatient treatment. The optimum way these two types of treatment function in relation to one another has a considerable influence on the quality and the efficiency of basic health-care treatment. It is largely because of this that service providers under compulsory sickness insurance are today obliged to maintain a delicate balance between coordination, cooperation, substitution and competition. In this connection there are various incentives which can either favour or discourage a shift from inpatient to outpatient treatment. The aim of the study reported here was to analyse and present these complex interactions, as well as to discuss the effects of such shifts.

The author has taken on a major task. Apart from problems of definitions within our federative health-care system – there is still not a clear definition of partial inpatient treatment, for example – an immediate problem was the complexity and inadequacy of the basic statistical data available. There exists no basic statistical information for outpatient treatment which corresponds to the relatively comprehensive information system in the inpatient sector, with the result that there is only indirect evidence of any shifts which may have occurred.

The present report tends to be descriptive in character for other reasons too. At the time the study was carried out many proposed reforms had not yet been completed and various important aspects of our sickness insurance system were therefore at a transitional stage.

Since the principal focus was on data relating to cost, the conclusions mainly concern trends in the cost of outpatient and inpatient treatment. The data available was not suitable for analysing the medical aspects of any shift nor the effects of advances in the field of medicine.

In order to interpret the shifts between one sector and another, a distinction must be made between the effects of increased efficiency and effectiveness and simple shifts in cost due to certain incentives. In this connection, economic criteria are not always impartial. For example, in the case of short periods of hospitalisation and post-operative care external costs which others (e.g. mothers, wives or other family members) pay are omitted or even included as negative costs. Similar distortions may occur when patients are transferred to rehabilitation clinics. Any approach which aims at eliminating false incentives requires that the outpatient and inpatient sectors be treated equally from the point of view of funding and insurance models where the insurance company foots part of the bill. Corresponding proposals will be debated as part of the partial revision of the SIA.

The present report clearly shows that the trend towards a shift cannot be conclusively identified at present owing to the large number of contradictory factors. The positive result of this study, however, is that the main factors have been identified and their potential is discussed. If a conclusive assessment of this issue is to be made further studies are needed, but especially more detailed data concerning outpatient treatment.

M. Wicki and D. Zahnd, Project Managers, Competence Centre, Research and Development

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	I
Résumé	IX
Risunto	XVII
Summary	XXV
1. Einführung	1
2. Die Entwicklung der ambulanten Medizin	2
2.1. Definition	2
2.2. Kurzer geschichtlicher Rückblick über die Entwicklung des ambulanten Operierens	3
2.3. Potenzial der ambulanten Versorgung	4
2.4. Der teilstationäre Bereich	6
2.5. Erster Überblick über die Daten für die Schweiz	7
2.5.1. Entwicklung des stationären und des ambulanten Leistungsbereichs	8
2.5.2. Anteil und Entwicklung der teilstationären Behandlungen	10
2.6. Veränderungen des Verhältnisses stationär/ambulant und Verschiebungen zwischen den beiden Leistungsbereichen	13
3. Die Einflussfaktoren auf das Verhältnis stationär/ambulant	15
3.1. Die Geschichte des KVG	15
3.2. Die Einflüsse des KVG	16
3.3. Durch das KVG festgelegte Rechte und Pflichten	18
3.3.1. Die Rechte und Pflichten der Versicherten	18
3.3.2. Rechte und Pflichten der Kantone	19
3.3.3. Rechte und Pflichten des Bundes	20
3.3.4. Rechte und Pflichten der Versicherer	20
3.3.5. Rechte und Pflichten der Leistungserbringer	21
3.4. Die Finanzierung im Bereich des KVG	21
3.4.1. Die Versicherten	23
3.4.2. Bund und Kantone	24

3.4.3. Die Versicherer	24
3.4.4. Die Leistungserbringer	25
3.4.5. Die Tarifvereinbarung	25
3.5. Die Präferenzen und das Verhalten der Akteure	25
3.5.1. Die Versicherten	26
3.5.2. Der Bund und die Kantone	31
3.5.3. Die Versicherer	35
3.5.4. Die Leistungserbringer	39
3.6. Die Demographie	44
3.7. Die medizinische Entwicklung	47
3.8. Ein Überblick über die Einflüsse auf das Verhältnis stationär/ambulant	49
3.9. Erste Folgerungen	50
4. Auswertungen	53
4.1. Einleitende Überlegungen	53
4.1.1. Die Überlagerung der Einflüsse	53
4.1.2. Die Zuordnung der teilstationären Behandlungen in verschiedenen Statistiken	53
4.1.3. Wo finden Entwicklungen statt?	54
4.1.4. Das Konzept des Beitrags zum Wachstum	54
4.2. Auswertungen des Datenpools	56
4.2.1. Die Entwicklung der stationären und ambulanten Leistungen	58
4.2.2. Welche Kantone beeinflussen den OKP-Bereich am stärksten?	61
4.2.3. Die detaillierte Entwicklung in verschiedenen Leistungsbereichen	62
4.2.4. Ergebnisse	70
4.2.5. Der Einfluss der Tarifsysteme im stationären Leistungsbereich	74
4.3. Weitere Statistiken	78
4.3.1. Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser	78
4.3.2. Die Statistik diagnosebezogener Fallkosten	82
4.3.3. Sonstige Statistiken	82
4.4. Kurzumfrage	83
5. Einfluss auf die Kosten	84
5.1. Generelle Überlegungen	84
5.2. Varianten der Verschiebung	86

5.2.1. Echte Verschiebung	86
5.2.2. Mengenausweitung	86
5.2.3. Verrechnungsprobleme	87
5.3. Kosten der ambulanten Medizin	87
5.3.1. Ambulante Medizin am Beispiel der USA	88
5.3.2. Pilotversuch Tageschirurgie Kanton Basel-Stadt	90
5.3.3. Evaluation endoskopischer Operationsverfahren in Deutschland	91
5.4. Vorhandene und notwendige Daten	93
5.5. Zwischenfazit	94
6. Resultate, Schlussfolgerungen und Empfehlungen	95
6.1. Resultate der statistischen Analyse 1998-2002	95
6.2. Resultate der Modellanalyse	96
6.3. Die Kostenfolgen	97
6.4. Schlussfolgerungen	98
6.5. Empfehlungen	99

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wachstumsraten der verrechneten Leistungen je Versicherte(n) in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, 1986-2000	8
Abbildung 2: Wachstumsraten der Anteile der stationären und ambulanten Leistungen an der Gesamtsumme der verrechneten Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, 1986-2000	9
Abbildung 3: Wachstumsraten der Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringergruppen, 1985-1998	10
Abbildung 4: Anteil der teilstationären Fälle an den Pflgetagen im stationären und teilstationären Leistungsbereich	11
Abbildung 5: Anteil der teilstationären Hospitalisationen an sämtlichen Hospitalisationen im stationären und teilstationären Leistungsbereich	12
Abbildung 6: Die Einflussfaktoren auf das Verhältnis stationär/ambulant	17
Abbildung 7: Die Finanzierung nach KVG	22
Abbildung 8: Anteile der verschiedenen Träger an der wirtschaftlichen Belastung der Kosten des Gesundheitswesens, 1990-1998	33
Abbildung 9: Pro-Kopf-Verteilung der Diagnosen in der Arztpraxis 2001 nach Alter und Geschlecht	45
Abbildung 10: Anteil der über 64-Jährigen an der Gesamtbevölkerung der Schweiz 1981-1999	45
Abbildung 11: Entwicklungen der in der OKP verrechneten Leistungen in Mio. CHF nach Behandlungsart 1998-2002	58
Abbildung 12: Wachstum der in der OKP verrechneten stationären und ambulanten Leistungen 1998-2002	59
Abbildung 13: Beitrag der stationären und ambulanten Leistungen zum Wachstum des OKP-Bereiches 1998-2002	60
Abbildung 14: Wachstumsraten von ausgewählten Leistungsarten 1998-2002 in % p.a.	63
Abbildung 15: Anteile der analysierten Leistungsarten an den gesamten OKP-Kosten, 1998-2002	64
Abbildung 16: Beitrag der einzelnen Leistungserbringer zum Wachstum des gesamten OKP-Bereiches, 1998-2002	64
Abbildung 17: Wachstumsraten: verrechnete Leistungen, Pflgetage und verrechnete Leistungen pro Tag in Pflegeheimen, 1998-2002	65
Abbildung 18: Wachstumsraten verschiedener Teilbereiche im ambulanten Leistungsbereich 1998-2002	67
Abbildung 19: Beiträge verschiedener ambulanter Leistungsbereiche zum Wachstum des gesamten OKP-Bereiches, 1998-2002	68

Abbildung 20: Übersicht der beitragsstärksten Leistungserbringer im Teilbereich „ambulante Leistungen ohne Arzt und Spital“ 1998-2002	69
Abbildung 21: Beitrag der beitragsstärksten Leistungserbringergruppen zum Wachstum des OKP-Bereiches 1998-2002	70
Abbildung 22: Entwicklung des Anteils von ambulanten Behandlungen in den USA	89

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über verschiedene Definitionen ambulanter Behandlungen	2
Tabelle 2: Übersicht über Einflüsse auf das Verhältnis stationär/ambulant	50
Tabelle 3: Beitrag zum Wachstum der jeweils fünf beitragsstärksten Kantone 1998-2002	61
Tabelle 4: Kantone mit einem Tarifsysteemwechsel zwischen 1998 und 2002	75
Tabelle 5: Wachstumsraten der nach KVG verrechneten Leistungen in Fr. im stationären Spitalsektor in Kantonen mit Tarifsysteemwechsel 1998-2002	77
Tabelle 6: Gesamtkosten und maximales Einsparvolumen von stationär und ambulant durchgeführten Operationen (in DM resp. %)	92

Zusammenfassung

Ausgangslage und Auftrag

Mit dem Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) am 1. Januar 1996 waren hohe Erwartungen verknüpft. Das neue Gesetz sollte die Solidarität zwischen den Versicherten stärken, eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung für alle zugänglich machen sowie zu einer massvollen Kostenentwicklung beitragen. Besonders hinsichtlich der Kostenentwicklung wurde erwartet, dass eine *Verschiebung von der stationären zu der allgemein als günstiger anerkannten ambulanten Medizin* stattfinden würde.

Im Rahmen dieser Studie wird dargestellt, ob – beziehungsweise in welchem Ausmass – diese Entwicklung stattgefunden hat. Weiter gilt es die Frage zu beantworten, inwieweit das KVG diese Entwicklung hervorgerufen oder begünstigt hat und welchen Einfluss andere Faktoren hatten. Zudem wird aufgezeigt, ob und wenn ja inwieweit, es sinnvoll ist, diese Verlagerung bewusst zu forcieren und mit welchen Instrumenten dies erfolgen sollte.

Methodik und Abgrenzung

Eine *erste Beschreibung* der Entwicklung wird anhand der „Schweizerischen Sozialversicherungsstatistik“ des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) und der Statistik „Kosten des Gesundheitswesens“ des Bundesamtes für Statistik (BFS) vorgenommen. Weiter wird ein detailliertes *Wirkungsmodell* erstellt, das die verschiedenen Einflussfaktoren auf das Verhältnis zwischen stationären und ambulanten Leistungen und die Rolle des KVG aufzeigt. Eine *detaillierte Datenanalyse* erfolgt anhand der einzigen Statistik, die den gesamten Grundversicherungsbereich abdeckt, dem „Datenpool“ der *santésuisse*. Problematisch erweist sich dabei die Tatsache, dass keine Untersuchungen der Entwicklung von einzelnen Diagnosegruppen bezüglich der erfolgten Behandlung möglich sind. Zur *Diskussion der Kostenfolgen* der beobachteten Entwicklungen werden Kostenstudien zur ambulanten Medizin ausgewertet. Aufgrund der aus diesen Analysen gewonnenen Ergebnisse, werden *Empfehlungen* formuliert.

Bevor auf die Beantwortung der Frage nach dem Einfluss des KVG auf die Verschiebungen zwischen stationärer und ambulanter Medizin eingegangen werden kann, gilt es, zwei zentrale Elemente dieser Frage genauer zu beleuchten:

1. Neben dem stationären und dem ambulanten Leistungsbereich gibt es im schweizerischen Gesundheitswesen auch einen *teilstationären Leistungsbereich*. Insbesondere durch die vermehrten Tagesoperationen profitiert dieser Bereich stark von Verschiebungen *aus* dem stationären Bereich. Die Statistiken weisen jedoch meist nur einen stationären und einen ambulanten Leistungsbereich aus und ordnen den teilstationären einem dieser beiden Bereiche zu. Die wichtigen Verschiebungen in den teilstationären Bereich lassen sich damit nur schwer oder oft gar nicht aus der Statistik ablesen.
2. Die Verschiebungen zwischen stationärer und ambulanter Medizin lassen sich lediglich durch die Entwicklung des *Verhältnisses* zwischen stationären und ambulanten Behandlungen beobachten. Eine Veränderung dieses Verhältnisses muss aber nicht zwingend auf eine echte Verschiebung zwischen den beiden Bereichen – also darauf, dass eine neue Behandlung des einen Bereichs eine andere des anderen Bereiches *ersetzt* – zurückzuführen sein. Auch voneinander unabhängige Entwicklungen der Leistungsbereiche und Veränderungen der statistischen Abgrenzungen beeinflussen dieses Verhältnis. Hier ist eine deutliche Unterscheidung bei der Interpretation wichtig.

Ergebnisse

Ergebnisse der statistischen Analyse 1998-2002

- Seit dem Jahr 2000 verlangsamte sich das Wachstum des ambulanten Leistungsbereichs von 8.58% auf 6.41%.
- Gleichzeitig bleibt das Wachstum des stationären Leistungsbereiches relativ konstant bei ca.2%.

- Im ambulanten Leistungsbereich wurde in der letzten Beobachtungsperiode der grösste Beitrag zum Wachstum¹ der verrechneten Leistungen durch die Apotheken geleistet. Sie sind in dieser Periode sogar der bei weitem grösste Kostentreiber im *gesamten* Grundversicherungsbereich.
- Das Wachstum des ambulant-teilstationären Spitalbereichs verlangsamt sich seit dem Jahr 2000 sehr stark. Dies spricht nicht dafür, dass grössere Verschiebungen aus dem stationären Spitalbereich in den ambulanten oder teilstationären Spitalbereich stattfinden. Das starke Wachstum im teilstationären Leistungsbereich ist zu einem grossen Teil auf erweiterten Anwendungen der Definition „teilstationär“² und zudem auf eine Mengenausweitung³ zurückzuführen.
- Zumindest ein Teil der Stabilisierung des Wachstums im stationären Spitalsektor ist auf eine frühere Überweisung von Patienten und Patientinnen in Pflegeheime⁴ zurückzuführen.⁵ In der letzten beobachteten Periode leisteten die Pflegeheimleistungen den zweitgrössten Beitrag zum Wachstum im Grundversicherungsbereich.

Ergebnisse der Modellanalyse

Die Modellanalyse hat gezeigt, dass das KVG – abgesehen von der Spitalplanung – nicht *direkt* auf das Verhältnis stationär/ambulant wirkt. Vielmehr beeinflusst es dieses Verhältnis vor allem *indirekt*, indem in den verschiedenen Leistungsbereichen unterschiedliche Anreize gesetzt werden, die dann auch zu einer unterschiedlichen Entwicklung der verschiedenen Bereiche führen. Diese Einflüsse sollen im Folgenden überblicksartig dargestellt werden.

¹ Die Kennzahl ‚Beitrag zum Wachstum‘ beschreibt den Anteil den ein Teilbereich zum Wachstum des Gesamtsystems beiträgt. Eine Rangordnung nach diesem Indikator berücksichtigt damit sowohl das Volumen des jeweiligen Teilbereichs, wie auch dessen Wachstum in der Beobachtungsperiode. Im Gegensatz dazu berücksichtigt eine Rangordnung nach der Wachstumsrate nur das Wachstum des Teilbereiches unabhängig davon, wie gross dessen Einfluss auf das Gesamtsystem ist. Vgl. zu diesem Begriff weiter Kap. 4.1.4.

² vgl. BFS (2003), S.5

³ Eine Mengenausweitung darf nicht grundsätzlich negativ gewertet werden, nur weil sie zu einer Kostensteigerung führt. Ist ihr Beitrag zur Volksgesundheit (bspw. in Form höherer Produktivität) grösser als die Kosten, kann sie durchaus positive Effekte haben.

⁴ Im Folgenden kurz als „Verlagerung von Pflegefällen“ bezeichnet.

⁵ vgl. Hammer et al. (2000b), S.88

- Der *direkte* Einfluss über die *Spitalplanung* hat zu einem Abbau der Überkapazitäten im stationären Bereich geführt. Dadurch werden stationäre Leistungen heute einerseits effizienter erbracht, andererseits wurde dem Druck durch die Auslagerung von Pflegefällen auch ausgewichen. Die Spitalplanung hat jedoch kaum ‚echte‘ Verschiebungen vom stationären in den ambulant-teilstationären Leistungsbereich bewirkt.
- Die *indirekten* Einflüsse des KVG auf das Verhältnis stationär/ambulant sind sehr gross: Gewisse Regelungen im KVG behindern die Entwicklung des Verhältnisses stationär/ambulant hin zu seinem kostenoptimierenden Wert. Mehrere Mechanismen des KVG führen dazu, dass Kostenfolgen nicht berücksichtigt oder Kostenanreize verzerrt werden:
 - Die Einzelleistungsabrechnung bei gleichzeitigem Vertragszwang begünstigt eine Mengenausweitung im ambulanten Leistungsbereich stark.
 - Bei abbezahlter Franchise bestehen für die Versicherten klare Anreize zum starken Konsum medizinischer Leistungen (schwache *moral-hazard*-Kontrolle).
 - Die unterschiedliche Finanzierung der beiden Leistungsbereiche (Beitrag der Kantone an die stationären Kosten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern) verzerrt die wahrgenommenen Kostenfolgen. Die subventionierten stationären Behandlungen haben bei Versicherten und Versicherern nur einen Anteil der ausgelösten Kosten zur Folge. Dies setzt einen Anreiz hin zu stationären Behandlungen. Die zumeist von der öffentlichen Hand getragenen Betriebsdefizite der öffentlichen Spitäler verringern das Kostenbewusstsein im stationären Bereich.
 - Nicht kostengerechte Tarife bieten falsche Anreize. Insbesondere die Tagespauschalen im stationären Leistungsbereich haben nur einen äusserst schwachen Bezug zu den tatsächlich verursachten Kosten.
 - Die Regelungen des KVG trennen das Gesundheitssystem in viele Teilbereiche. So wird unterschieden nach Kantonen, Leistungsbereichen, Finanzierungs- und Tarifsystemen. Diese starke *Segmentierung* erschwert die überregionale und die leistungsbereichsübergreifende Koordinierung und somit die kostenoptimierende Zusammenarbeit.

- Den Kantonen werden durch das KVG verschiedene Rollen zugewiesen, die untereinander in einem grossen Interessenkonflikt stehen und damit die den Kantonen auferlegte Pflicht zur Planung beeinträchtigen. So sind die Kantone zugleich Leistungserbringer, Leistungseinkäufer, finanzieller Träger, Genehmigungs-, Planungs- und Regulationsbehörde sowie Schiedsinstanz.

Die Kostenfolgen

Die Auswertung mehrerer Studien zu den Kosten der ambulanten Behandlungen hat insbesondere zwei Punkte deutlich gemacht:

1. Ambulante Behandlungen (insb. Operationen) haben ein beträchtliches Kostensenkungspotential gegenüber stationären Alternativen.
2. Mit der Einführung ambulanter Behandlungen geht auch ein Mengenausweitungseffekt einher, da die Hemmschwelle zur Inkaufnahme oder Verschreibung einer Behandlung sinkt.

Ambulante Behandlungen führen im Gesamtsystem also nur dann zu einer Kostensenkung, wenn die zusätzlichen Kosten durch die Mengenausweitung kleiner sind als das realisierte Sparpotential.

Schlussfolgerungen

Die durchgeführten Analysen zeigen keine namhaften, durch das KVG ausgelösten ‚echten‘ Verschiebungen von stationären Leistungen in den ambulanteilstationären Leistungsbereich auf. Eine grössere Verschiebung findet lediglich bei den Pflegefällen statt.⁶ Diese Verschiebung kommt allerdings nur aufgrund der Tatsache zustande, dass Pflegeleistungen gemäss Gesetz als ambulant gelten und hat nichts mit einer Veränderung der Behandlungsmethode zu tun.

⁶ vgl. wiederum Hammer et al. (2000b), S.88

Die Veränderung des Verhältnisses stationär/ambulant ist – abgesehen von der gerade beschriebenen Verlagerung der Pflegefälle – vielmehr auf *unabhängige* Entwicklungen innerhalb der beiden Leistungsbereiche zurückzuführen. Der Druck auf den stationären Leistungsbereich führt zu einer Stabilisierung des Wachstums dieses Bereichs. Der ambulante Leistungsbereich hingegen erfährt eine starke Mengenausweitung. Diese jedoch nicht im ambulanten/teilstationären Spitalsektor, der von einer ‚echten‘ Verschiebung stationärer Behandlungen am meisten betroffen wäre, sondern in jüngster Zeit vor allem bei den Apothekenkosten (inkl. Medikamente).

Das KVG beeinflusst das Verhältnis stationär/ambulant jedoch durch die Schaffung behandlungsartenspezifischer Anreize. Diese unterschiedlichen Anreize verstärken wiederum die beschriebene unterschiedliche Entwicklung der Leistungsbereiche. Zentral sind hierbei die Vorschrift zur Planung im stationären und die zur Mengenausweitung führende Einzelleistungsabrechnung im ambulanten Leistungsbereich. Die Anreize für die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen sind nicht so gesetzt, dass eine Optimierung ihrer Situation auch gleichzeitig eine Optimierung des Gesamtsystems bedeutet.

Diese falschen Anreize verhindern zudem, dass sich alternative Ansätze, wie Managed-Care-Modelle, Guidelines oder Patientenpfade durchsetzen und ihr volles Einsparpotential entfalten können. Obwohl der Eintritt eines Akteurs (eines Versicherers, eines Leistungserbringers oder eines Versicherten) in ein solches Modell für das gesamte Gesundheitswesen zu einer Optimierung führt, ist der persönliche Nutzen, der für den einzelnen Akteur daraus entsteht, relativ klein. Eine Verpflichtung zu solchen Systemen (wie z.B. die Pflicht für die Versicherer, in jedem Kanton, in dem sie tätig sind, auch alternative Versicherungsmodelle anzubieten) wird, solange die Anreize unverändert bleiben, in erster Linie zu Ausweichreaktionen anstatt relevanten Kosteneinsparungen führen. Vielversprechender ist eine Anpassung der Anreize, wie zum Beispiel die Erhöhung des Selbstbehaltes in traditionellen Modellen.

Empfehlungen

Die Resultate der vorliegenden Studie zeigen deutlich, dass eine Förderung der ambulanten Medizin *per se* mit sehr grosser Sicherheit *nicht* zu einer Senkung der Kosten führen wird, da die Mengenausweitungseffekte grösser sein werden als das Sparpotential. Von einseitigen Massnahmen zur Förderung ambulanter Behand-

lungen ist deshalb abzuraten. Vielmehr sind die Anreize im KVG-Bereich so zu setzen, dass

1. die jeweils günstigste Behandlung gewählt und
2. eine Mengenausweitung möglichst verhindert wird.

Nur so kann gewährleistet werden, dass das Verhältnis stationär/ambulant seinen *kostenoptimierenden Wert* erreicht. Die vorliegenden Analysen haben gezeigt, dass das KVG gerade hier sehr starke Einflüsse auf das Verhältnis stationär/ambulant hat, die verhindern, dass der kostenoptimierende Wert erreicht werden kann. Die folgenden Empfehlungen dienen deshalb nicht dazu, das Verhältnis stationär/ambulant bewusst in die eine oder andere Richtung zu lenken, sondern zeigen mögliche Ansätze auf, die erleichtern, dass das Verhältnis stationär/ambulant seinen aus medizinischer und ökonomischer Sicht optimalen Wert erreicht:

- Eine *behandlungsartenunabhängige Finanzierung* hebt die derzeitigen Verzerrungen beim Einbezug der Kostenfolgen zugunsten einer stationären Behandlung auf.
- Eine *einheitliche Form der Subventionierung für alle Spitäler* (insb. die Einstellung der Gewährung von Defizitgarantien für einige Spitäler) führt zu einem höheren Kostenbewusstsein und zu mehr Kostentransparenz.
- Das Setzen von *Sparanreizen für die Leistungserbringer* führt zu einem vermehrten Einbezug der Kostenfolge in die Überlegungen und dadurch zu kostenbewussterem Handeln.
- Vermehrte *Sparanreize für die Versicherten* führen zu einer Reduktion der Nachfrage. Im derzeitigen System schafft insbesondere eine abbezahlte Franchise Anreize zu einem hohen Konsum medizinischer Leistungen.
- Eine Vergrößerung der *Möglichkeiten für die Versicherer, kostensenkende Anreize zu setzen*, trägt dazu bei, dass auch die Versicherer kostenbewusstes Verhalten verstärkt fördern können.

- Eine Verpflichtung zur *überkantonalen Planung* würde insbesondere bei der Bedarfsplanung⁷ eine Optimierung ermöglichen.

⁷ Wird der Vertragszwang in der zweiten KVG-Revision wie vorgesehen gelockert, betrifft dies nicht nur wie bisher den stationären Spitalsektor, sondern auch den Bereich der ambulanten Leistungserbringer

Résumé

Point de la situation et mandat

A son entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996, la nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal) était porteuse de grands espoirs : elle devait renforcer la solidarité entre les assurés, rendre accessibles à tous des soins médicaux de qualité et freiner l'augmentation des coûts. De ce dernier point de vue, en particulier, elle était censée amener une *diminution des hospitalisations au profit de la médecine ambulatoire*, reconnue de manière générale comme moins coûteuse.

La présente étude avait trois objectifs principaux : déterminer si cette évolution a eu lieu et, si c'est le cas, dans quelle mesure ; répondre à la question de savoir si la LAMal l'a déclenchée ou favorisée et examiner le rôle éventuel d'autres facteurs ; enfin, montrer s'il est judicieux ou non, et dans quelle mesure, d'accentuer volontairement cette tendance, et, si oui, avec quels instruments.

Méthode et limites

La présente étude commence par une *description* de l'évolution, qui se base sur la « Statistique des assurances sociales suisses » établie par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) et sur la « Statistique des coûts du système de santé » établie par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Un *modèle des effets* détaillé présente ensuite les divers facteurs influant sur le rapport entre les prestations hospitalières et les prestations ambulatoires, et explicite le rôle de la LAMal. Il est suivi d'une *analyse détaillée des données*, qui repose sur la seule statistique couvrant l'ensemble du domaine de l'assurance de base, c'est-à-dire le pool de données de santésuisse. Cette analyse est problématique du fait qu'il n'est pas possible de suivre l'évolution des différents groupes de diagnostic sous l'angle des traitements effectués. Enfin, la *discussion des conséquences financières* des différentes évolutions observées se base sur les études relatives aux coûts de la médecine ambulatoire, et les résultats de ces dernières permettent de formuler des *recommandations*.

Avant de donner des réponses à la question de l'influence de la LAMal sur les transferts entre la médecine hospitalière et les soins ambulatoires, il convient de faire deux remarques préliminaires importantes :

1. outre les soins hospitaliers (ici au sens de « dispensés dans le cadre d'une hospitalisation ») et les soins ambulatoires, le système suisse de santé comprend un *domaine semi-hospitalier*. Du fait que les interventions chirurgicales d'une journée sont de plus en plus nombreuses, ce dernier profite énormément du transfert *hors* du domaine hospitalier proprement dit. Toutefois, les statistiques ne portent généralement que sur les soins hospitaliers et ambulatoires, et les soins semi-hospitaliers sont assimilés aux uns ou aux autres. Il est donc difficile, voire impossible, d'en déduire quels sont les grands mouvements de transfert vers le domaine semi-hospitalier ;
2. on ne peut observer les transferts entre la médecine hospitalière et la médecine ambulatoire qu'à travers l'évolution du *rapport* entre les traitements hospitaliers et les traitements ambulatoires. Mais un véritable transfert entre les deux domaines – c'est-à-dire le *remplacement* d'un traitement dans un domaine par un nouveau traitement dans l'autre – ne suffit pas à expliquer l'évolution de ce rapport, car celui-ci est également influencé par les tendances évolutives propres aux deux domaines, qui sont indépendantes l'une de l'autre, et par des modifications des définitions statistiques. L'interprétation doit donc bien tenir compte de ces éléments.

Résultats

Résultats de l'analyse statistique 1998-2002

- Depuis l'année 2000, la croissance du domaine ambulatoire a ralenti, passant de 8,58 % à 6,41 %.
- Dans le même temps, la croissance du domaine hospitalier est restée relativement constante (2 % environ).
- Dans le domaine ambulatoire, la plus grande contribution à la croissance⁸, durant la dernière période d'observation, est l'augmentation du nombre de

⁸ La « contribution à la croissance » correspond à la part que représente chaque domaine dans la croissance de l'ensemble du système. Cet indicateur tient compte à la fois du volume dudit domaine et de sa croissance durant la période observée, tandis que le taux d'augmentation ne considère que la croissance du domaine, quelle que soit l'influence de celui-ci sur l'ensemble du système. Cette notion est définie au chapitre 4.1.4.

prestations facturées par les pharmacies. Ces prestations représentent même, et de loin, le principal facteur d'augmentation des coûts dans toute l'assurance de base.

- La croissance du domaine ambulatoire et semi-hospitalier ralentit nettement depuis l'année 2000, ce qui semble indiquer que le transfert des prestations du domaine hospitalier vers le domaine ambulatoire ou semi-ambulatoire n'est pas très important. La forte augmentation des prestations semi-hospitalières s'explique en grande partie par un élargissement de la définition du terme « semi-hospitalier »⁹, ainsi que par un accroissement de volume.
- La stabilisation de la croissance observée pour les prestations hospitalières s'explique, entre autres, par le transfert hors du domaine des cas nécessitant des soins. Durant la dernière période d'observation, les soins à domicile ont constitué la deuxième contribution à la croissance dans l'assurance de base.

Résultats du modèle d'analyse

Le modèle d'analyse a montré que la LAMal, hormis par le biais de la planification hospitalière, n'a pas d'effet direct sur le rapport entre soins hospitaliers et soins ambulatoires. L'influence qu'elle exerce est bien davantage indirecte : les incitations prévues ne sont pas les mêmes pour tous les domaines de prestations, d'où des évolutions qui peuvent elles aussi être différentes. Ces influences sont, en résumé, les suivantes :

- L'influence directe – par la planification hospitalière – a eu pour conséquence une réduction des surcapacités des hôpitaux, ce qui a, d'une part, accru l'efficacité des prestations hospitalières et, d'autre part, permis d'échapper à la pression grâce au transfert hors du domaine des cas nécessitant des soins. La planification hospitalière n'a toutefois pas provoqué de véritable transfert du domaine hospitalier vers le domaine ambulatoire et semi-hospitalier.
- La LAMal a des effets indirects majeurs sur le rapport entre hospitalier et ambulatoire. En termes de coûts, certaines de ses règles empêchent ce rapport

⁹ Voir OFS (2003), p. 5.

d'évaluer favorablement ; en outre, plusieurs de ses mécanismes entraînent une absence de prise en compte des conséquences financières ou créent des incitations malencontreuses :

- la facturation à la prestation, associée à l'obligation de contracter, provoque une forte augmentation de volume dans le domaine des prestations ambulatoires ;
- une fois qu'ils ont payé leur franchise, les assurés ont nettement tendance à accroître leur consommation de prestations médicales (faible contrôle de l'aléa moral) ;
- la différence de financement entre les deux domaines de prestations (≥ 50 % de subventions des cantons aux coûts hospitaliers) biaise la perception des conséquences financières. Les agents payeurs ne sont tenus de prendre en charge que la moitié au maximum des coûts réels imputables aux traitements hospitaliers, ce qui constitue une incitation à recourir à ces derniers ;
- dans les institutions publiques et subventionnées par les pouvoirs publics, les subventions supplémentaires parfois accordées par les cantons (en particulier les éventuelles garanties de déficit) réduisent la conscience des coûts dans le domaine hospitalier ;
- les tarifs ne tenant pas compte des coûts réels ont des effets incitatifs pervers ; en particulier, les forfaits journaliers pour les prestations hospitalières sont très éloignés des coûts véritablement occasionnés ;
- les règles de la LAMal subdivisent le système de santé en nombreux sous-secteurs et introduisent des distinctions entre cantons, domaines de prestations, systèmes de financement et systèmes tarifaires. Cette segmentation très poussée rend difficile une coordination supra-régionale et entre les différents domaines de prestations et, par conséquent, compromet toute collaboration susceptible d'optimiser les coûts ;
- les cantons se voient attribuer par la LAMal divers rôles contradictoires qui compliquent leur tâche de planification, car ils sont à la fois fournisseurs et acheteurs de prestations, agents payeurs, autorités d'approbation, de planification et de régulation, et instance d'arbitrage.

Les conséquences financières

L'évaluation de plusieurs études portant sur les coûts des traitements ambulatoires a fait ressortir deux points particuliers :

1. potentiellement, les traitements ambulatoires (notamment en cas d'intervention chirurgicale) peuvent baisser considérablement les coûts par rapport aux traitements hospitaliers correspondants ;
2. le passage aux traitements ambulatoires s'accompagne d'une augmentation de volume, car il diminue le seuil d'inhibition dans la décision de suivre ou de prescrire un traitement.

Pour le système dans son ensemble, les traitements ambulatoires n'entraînent donc une baisse des coûts que si les coûts supplémentaires dus à l'augmentation de volume sont inférieurs aux économies réalisées.

Conclusions

Sur la base des analyses effectuées, on ne peut pas dire que la LAMal a provoqué un *véritable transfert* entre les prestations hospitalières d'un côté et les prestations ambulatoires et semi-hospitalières de l'autre. Ce transfert n'est relativement important que pour les cas nécessitant des soins,¹⁰ et, par ailleurs, il a été possible uniquement parce que les prestations de soins selon la loi sont considérées comme ambulatoires ; il n'a rien à voir avec une évolution dans la méthode de traitement.

La modification du rapport entre hospitalier et ambulatoire, abstraction faite du transfert des cas nécessitant des soins mentionné plus haut, s'explique davantage par le fait que les deux domaines de prestations évoluent *indépendamment* l'un de l'autre. La pression sur le domaine hospitalier amène une stabilisation de sa croissance, tandis que le domaine ambulatoire connaît une forte augmentation de volume. Celle-ci n'est toutefois pas due essentiellement à un transfert des traitements hospitaliers vers le secteur ambulatoire et semi-hospitalier mais surtout, ces derniers temps, à l'augmentation des coûts dans le secteur de la pharmacie (médicaments compris).

¹⁰ Voir. Hammer et al. (2000b), p. 88.

La LAMal influence cependant le rapport entre soins hospitaliers et soins ambulatoires par la création d'incitations propres à chaque type de traitements, qui, à leur tour, accentuent la tendance propre à chaque domaine de prestations (voir plus haut). L'obligation de planifier dans le domaine hospitalier et la facturation à la prestation, qui entraîne une augmentation de volume dans le domaine ambulatoire, jouent ici un rôle central. Les incitations visant les divers acteurs du système de santé ne permettent pas d'optimiser l'ensemble du système en même temps que la situation des intéressés.

Leurs effets pervers empêchent en outre les autres solutions (comme les modèles de managed care, les directives thérapeutiques et les cheminements cliniques) de s'imposer et de déployer leur plein potentiel d'économies. Même si l'entrée d'un acteur (assureur, fournisseur de prestations ou assuré) dans un modèle de ce type signifie une amélioration pour l'ensemble du système de santé, l'utilité personnelle pour l'acteur concerné est relativement minime. Si de tels systèmes deviennent obligatoires (par exemple si les assureurs sont tenus de proposer des formes particulières d'assurance dans tous les cantons où ils sont actifs), il est probable qu'ils entraîneront des réactions de contournement plutôt que des économies notables en termes de coûts, du moins tant que les incitations resteront ce qu'elles sont. Une adaptation de ces incitations, comme l'augmentation de la quote-part dans les modèles traditionnels, est beaucoup plus prometteuse.

Recommandations

Les résultats de la présente étude montrent nettement qu'une promotion de la médecine ambulatoire à elle seule n'entraînera très probablement *pas* une baisse des coûts, car l'augmentation de volume sera supérieure au potentiel d'économies. Il n'est donc pas conseillé d'introduire uniquement des mesures visant à favoriser les traitements ambulatoires. L'essentiel est bien plutôt que, dans le domaine LAMal, les acteurs soient incités à

1. choisir dans chaque cas le traitement le moins onéreux,
2. éviter le plus possible l'augmentation de volume.

Ce n'est qu'ainsi que le rapport entre soins hospitaliers et soins ambulatoires atteindra sa *valeur optimale en termes de coûts*. Les présentes analyses ont montré que la LAMal exerce sur ce rapport des influences très fortes, qui rendent cette

optimisation impossible. Les recommandations qui suivent ne visent donc pas à infléchir volontairement, dans un sens ou dans l'autre, le rapport entre hospitalier et ambulatoire, mais montrent quelles sont les mesures envisageables pour lui faire atteindre plus facilement une valeur optimale du point de vue médical et économique :

- un *financement indépendant du type de traitement* supprime, dans la prise en compte des conséquences financières, les biais actuels au profit d'un traitement hospitalier ;
- une *forme de subventionnement identique pour tous les hôpitaux* (notamment la suppression des garanties de déficit dont bénéficient quelques-uns d'entre eux) augmente la conscience des coûts et leur transparence ;
- l'*instauration d'incitations à économiser à l'intention des fournisseurs de prestations* oblige ces derniers à prendre davantage en compte les répercussions financières dans leurs réflexions et les encourage ainsi à agir en tenant mieux compte des coûts ;
- la multiplication des *incitations à économiser visant les assurés* réduit la demande. Dans le système actuel, une fois qu'ils ont payé leur franchise, les assurés tendent nettement à accroître leur consommation de prestations médicales ;
- si les assureurs ont davantage de *possibilités de mettre en place des incitations visant à baisser les coûts*, ils peuvent eux aussi encourager un comportement plus conscient sur ce point ;
- une obligation de *planification supra-cantonale* optimiserait, entre autres, la planification des besoins¹¹.

¹¹ Si, comme prévu, l'obligation de contracter est assouplie dans la 2^e révision de la LAMal, elle ne concernera pas seulement, comme c'est le cas actuellement, le secteur hospitalier proprement dit, mais aussi le domaine des fournisseurs de prestations ambulatoires.

Riassunto

Situazione iniziale e mandato

L'entrata in vigore della nuova legge sull'assicurazione malattie (LAMal), il 1° gennaio 1996, aveva destato grandi aspettative. La legge si prefiggeva di rafforzare la solidarietà tra gli assicurati, di rendere accessibile a tutti un'assistenza medica di qualità elevata e di contribuire ad una crescita moderata dei costi. In particolare sul piano dell'evoluzione dei costi, ci si attendeva uno *spostamento delle cure dalla medicina ospedaliera* verso quella *ambulatoriale*, generalmente riconosciuta meno cara.

Questo studio mostra se e in che misura vi sia stato un tale spostamento. Si vuole inoltre rispondere alla domanda se questa evoluzione sia stata causata o favorita dalla LAMal e se vi siano altri fattori che hanno avuto un influsso. Lo studio mostra inoltre se e fino a che punto sia ragionevole accelerare questo spostamento e indica gli strumenti con i quali è opportuno intervenire.

Metodologia e definizione

Sulla base della "Schweizerische Sozialversicherungsstatistik" (d/f) dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) e della statistica "Kosten des Gesundheitswesens" (d/f) dell'Ufficio federale di statistica (UST) si procede ad una *descrizione preliminare* della menzionata evoluzione. Viene inoltre elaborato un *modello degli effetti* dettagliato che mostra i differenti fattori influenti sul rapporto tra prestazioni ospedaliere e ambulatoriali e che illustra il ruolo della LAMal. Un'*analisi dettagliata dei dati* è svolta in base all'unica statistica che copre l'intero settore dell'assicurazione di base: il datenpool di santésuisse. Il problema è che non è possibile condurre studi sull'evoluzione delle cure dispensate ai singoli gruppi di malati. Per quanto riguarda le *ripercussioni sui costi*, vengono valutati diversi studi sui costi della medicina ambulatoriale e in base ai risultati sono formulate *raccomandazioni*.

Prima di poter affrontare la questione dell'influenza della LAMal sullo spostamento delle cure dalla medicina ospedaliera a quella ambulatoriale, è necessario circoscrivere in modo più preciso due elementi centrali della tematica:

1. oltre ai settori ospedaliero e ambulatoriale, nella sanità pubblica svizzera vi è anche un *settore semiospedaliero*. L'aumento delle operazioni senza pernottamento in ospedale è all'origine del forte aumento delle prestazioni in questo settore *a scapito* del settore ospedaliero. Perlopiù, tuttavia, le statistiche riportano unicamente i dati sul settore ospedaliero e quello ambulatoriale e attribuiscono le prestazioni del settore semiospedaliero a uno di questi due. Risulta pertanto molto difficile (spesso impossibile) dedurre dalle statistiche gli importanti spostamenti verso il settore semiospedaliero.
2. Gli spostamenti tra medicina ospedaliera e ambulatoriale sono riscontrabili unicamente nell'evoluzione del *rapporto* tra i trattamenti ospedalieri e quelli ambulatoriali. Un cambiamento di questo rapporto non va però necessariamente attribuito ad un reale spostamento di prestazioni tra i due settori, vale a dire al fatto che un nuovo trattamento introdotto in un settore ne abbia *sostituito* uno dell'altro. Questo rapporto è influenzato anche da evoluzioni indipendenti le une dalle altre all'interno dei due settori e da modifiche delle classificazioni statistiche. È quindi necessario fare una chiara distinzione prima di interpretare i dati.

Risultati

Risultati dell'analisi statistica 1998-2002

- Dal 2000, la crescita nel settore ambulatoriale ha subito un rallentamento, passando dall'8,58% al 6,41%.
- Allo stesso tempo, la crescita nel settore ospedaliero è rimasta relativamente costante attorno al 2%.
- Nell'ultimo periodo preso in esame, la maggiore crescita settoriale¹² delle prestazioni fatturate nel settore ambulatoriale l'hanno fatta registrare le

¹² La cifra di riferimento "crescita settoriale" quantifica la quota della crescita dell'intero sistema dovuta ad un dato settore. Una classifica basata su questo indicatore tiene quindi conto sia del volume di prestazioni del settore interessato, sia della crescita in esso registrata nel periodo preso in esame. Una classifica in base al tasso di crescita considera invece unicamente la crescita del settore

farmacie. Queste si sono addirittura rivelate essere di gran lunga il fattore d'aumento dei costi più importante di *tutto* il settore dell'assicurazione di base.

- Dal 2000, la crescita del settore ambulatoriale-semiospedaliero ha subito un fortissimo rallentamento, il che sembra smentire che vi siano spostamenti di un certo rilievo delle prestazioni dal settore ospedaliero agli altri due settori. La forte crescita nel settore semiospedaliero è riconducibile in gran parte ad un'estensione dell'applicazione del termine "semiospedaliero"¹³ e ad un aumento del volume delle prestazioni.
- La stabilizzazione della crescita nel settore ospedaliero è dovuta almeno in parte all'esternalizzazione dei casi di persone bisognose di cure permanenti. Nell'ultimo periodo esaminato la crescita settoriale delle prestazioni delle case di cura è stata la seconda per importanza nel settore dell'assicurazione di base.

Risultati dell'analisi basata sul modello

L'analisi basata sul modello ha mostrato che la LAMal (a parte la pianificazione ospedaliera) non ha ripercussioni *dirette* sul rapporto tra prestazioni ospedaliere e ambulatoriali. La LAMal influenza invece questo rapporto *indirettamente* creando incentivi, diversi a seconda del settore, che portano a evoluzioni differenti. Queste influenze vengono presentate brevemente qui di seguito.

- L'influenza *diretta* esercitata dalla *pianificazione ospedaliera* ha portato ad una riduzione dell'eccesso di capacità nel settore ospedaliero. Oggi, in questo settore, le prestazioni sono fornite in modo più efficiente e si è inoltre evitato un aumento della pressione grazie all'esternalizzazione dei casi di persone bisognose di cure permanenti. La pianificazione ospedaliera non ha però provocato spostamenti "effettivi" delle prestazioni dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale-semiospedaliero.

indipendentemente dalla sua influenza sull'intero sistema. A proposito di questo concetto v. il cap. 4.1.4.

¹³ cfr. UST (2003), p. 5

- Gli influssi *indiretti* della LAMal sul rapporto tra prestazioni ospedaliere e ambulatoriali sono molto importanti: alcune disposizioni della LAMal impediscono che questo rapporto raggiunga il suo livello ottimale sotto il profilo dei costi. Nella LAMal alcuni meccanismi fanno sì che le ripercussioni sui costi non siano prese in considerazione o che gli incentivi a ridurre le spese siano distorti.
 - La fatturazione delle singole prestazioni abbinata all'obbligo di contrarre favorisce un forte aumento delle prestazioni nel settore ambulatoriale.
 - Una volta pagata la franchigia, vi è per gli assicurati un incentivo ad un forte consumo di prestazioni mediche (debole contenimento del *rischio soggettivo*).
 - Le differenze nel finanziamento dei due settori (contributo del Cantone almeno del 50% per i costi ospedalieri) falsano la percezione delle ripercussioni sui costi. Le spese per cure ospedaliere costano a chi le deve sostenere al massimo la metà dell'importo effettivo, il che rappresenta un incentivo al consumo di prestazioni ospedaliere.
 - Nelle istituzioni pubbliche e in quelle finanziate dall'ente pubblico, le sovvenzioni *supplementari* concesse dai Cantoni (in particolare eventuali garanzie di copertura dei deficit) riducono l'attenzione ai costi nel settore ospedaliero.
 - Eventuali tariffe non corrispondenti ai costi reali creano incentivi controproducenti. In particolare i forfait giornalieri nel settore ospedaliero divergono molto dai costi effettivi.
 - Le disposizioni della LAMal suddividono il sistema sanitario in numerosi settori: i Cantoni, i settori di prestazioni, i sistemi di finanziamento ed i sistemi tariffali. Questa forte *frammentazione* rende difficile il coordinamento tra le regioni e tra i settori di prestazioni e quindi una collaborazione che permetta di ottimizzare i costi.
 - La LAMal attribuisce ai Cantoni diverse funzioni tra le quali sussistono forti conflitti d'interessi che compromettono l'adempimento.

mento dell'obbligo di pianificazione imposto ai Cantoni. Questi sono infatti allo stesso tempo fornitori e acquirenti di prestazioni, finanziatori dei costi, autorità preposta all'autorizzazione, alla pianificazione e alla regolamentazione nonché organo arbitrale.

Ripercussioni sui costi

Dalla valutazione di numerosi studi sui costi delle cure ambulatoriali risultano chiaramente due elementi:

1. i trattamenti ambulatoriali alternativi a quelli ospedalieri (soprattutto le operazioni) permetterebbero di ridurre considerevolmente i costi.
2. di nuovi trattamenti ambulatoriali è accompagnata da un aumento del volume delle prestazioni, dato che la riluttanza a sottoporsi ad una cura o a prescriverne una è minore.

Se si considera l'intero sistema, i trattamenti ambulatoriali portano quindi ad una riduzione dei costi unicamente se i costi supplementari dovuti all'aumento del volume delle prestazioni sono inferiori al risparmio realizzato.

Conclusioni

Le analisi svolte non hanno rilevato un *vero e proprio trasferimento* delle prestazioni ospedaliere, dovuto alla LAMal, verso i settori ambulatoriale e semiospedaliero. Uno spostamento più rilevante si è avuto soltanto nel caso delle persone bisognose di cure permanenti¹⁴ ed è stato possibile soltanto perché in virtù della legge le prestazioni di cura sono considerate come ambulatoriali, il che non ha niente a che vedere con un cambiamento del metodo di cura.

Le modifiche intervenute nel rapporto tra cure ospedaliere e ambulatoriali, a prescindere dal summenzionato trasferimento delle persone bisognose di cure permanenti, è da ricondurre maggiormente al fatto che i due settori di prestazioni evol-

¹⁴ vedi Hammer et al. (2000b), p.88

vono *in modo indipendente* l'uno dall'altro. La pressione esercitata sull'ambito ospedaliero comporta una stabilizzazione della sua crescita, mentre il settore ambulatoriale registra un forte aumento della quantità delle prestazioni. Tuttavia, quest'ultimo non è dovuto sostanzialmente a un trasferimento delle cure ospedaliere verso i settori ambulatoriale e semiospedaliero, bensì soprattutto all'aumento dei costi registrato negli ultimi tempi nel settore delle farmacie (compresi i medicinali).

La LAMal influisce tuttavia sul rapporto tra cure ospedaliere e cure ambulatoriali creando incentivi specifici per ogni tipo di cura, che a loro volta rafforzano l'evoluzione propria di ogni ambito di prestazioni: si pensa in particolare al ruolo centrale dell'obbligo di allestire una pianificazione nel settore ospedaliero e alla fatturazione per singola prestazione nel settore ambulatoriale, che cagionano un aumento della quantità delle prestazioni. Gli incentivi attualmente esistenti per i diversi operatori del settore sanitario non permettono di ottimizzare la situazione degli interessati e nel contempo l'intero sistema.

Questi incentivi involontari dagli effetti negativi impediscono inoltre che altre soluzioni quali i modelli di tipo managed care, le linee direttive terapeutiche o i manuali clinici si impongano e sviluppino pienamente il loro potenziale di risparmio. Anche se l'entrata di un operatore (assicuratore, fornitore di prestazioni o assicurato) in un modello di questo tipo permette di migliorare l'insieme del settore sanitario, il beneficio personale per l'operatore in questione è relativamente esiguo. Anche se questi sistemi fossero obbligatori (ad esempio qualora gli assicuratori fossero tenuti a proporre modelli assicurativi alternativi in tutti i Cantoni in cui operano), finché gli incentivi rimarranno invariati vi saranno in primo luogo reazioni di aggiramento anziché notevoli risparmi sui costi. E' molto più promettente un adattamento degli incentivi come, ad esempio, l'aumento dell'aliquota percentuale nei modelli tradizionali.

Raccomandazioni

I risultati del presente studio mostrano con chiarezza che molto probabilmente la promozione della medicina ambulatoriale *non* cagionerà *di per sé* una riduzione dei costi, in quanto l'aumento della quantità delle prestazioni sarà superiore al potenziale risparmio. Non si raccomanda quindi d'introdurre soltanto provvedimenti volti a promuovere cure ambulatoriali. Nell'ambito della LAMal si dovrebbe piuttosto incentivare gli operatori a

1. scegliere sempre la cura meno costosa;
2. evitare il più possibile l'aumento della quantità delle prestazioni.

Solo in questo modo si può garantire che la LAMal, invece di rappresentare un forte ostacolo, contribuisca a che il rapporto tra cure ospedaliere e cure ambulatoriali raggiunga il suo *livello ottimale in termini di costi*. Le raccomandazioni elencate qui di seguito non sono quindi tese a dirigere intenzionalmente in un senso o nell'altro il rapporto tra settore ospedaliero e settore ambulatoriale, bensì mostrano possibili misure che gli permettano di raggiungere più facilmente un livello ottimale dal punto di vista medico ed economico:

- un finanziamento indipendente dal tipo di cura sopprimerebbe le distorsioni nella valutazione delle conseguenze finanziarie, che attualmente fanno propendere per una cura ospedaliera;
- una forma di sussidiamento uniforme per tutti gli ospedali (in particolare la soppressione delle garanzie di deficit concesse ad alcuni ospedali) cagionerebbe un comportamento più attento ai costi e accrescerebbe la trasparenza;
- l'introduzione di incentivi al risparmio per i fornitori di prestazioni obbligherebbe questi ultimi a prendere maggiormente in considerazione le conseguenze finanziarie e ad agire prestando maggiore attenzione ai costi;
- maggiori incentivi al risparmio per gli assicurati ridurrebbero la domanda. Nel sistema attuale, una volta pagata la franchigia vi è per gli assicurati un incentivo ad un forte consumo di prestazioni mediche;
- maggiori possibilità per gli assicuratori di porre incentivi volti a ridurre i costi permetterebbero anche a loro di incoraggiare un comportamento più attento ai costi;
- l'obbligo di allestire una pianificazione sovracantonale ottimizzerebbe in particolare la pianificazione del fabbisogno¹⁵.

¹⁵ Se, come previsto, l'obbligo di contrarre verrà allentato nell'ambito della 2a revisione LAMal, ciò non riguarderà soltanto il settore ospedaliero, come avviene attualmente, bensì anche quello dei fornitori di prestazioni ambulatoriali.

Summary

Basic situation and mandate

Expectations were high when the Sickness Insurance Act (SIA) came into force on 1 January 1996. The new law was intended to strengthen solidarity between the people insured, enable everyone to have access to high-quality medical care and help to curb the rise in costs. In relation to the trend in costs in particular, it was expected that there would be a *shift away from inpatient towards outpatient treatment*, which is generally considered to be cheaper.

The aim of this study was to determine whether, and if so to what extent, this shift has occurred. Furthermore, an attempt was made to assess the extent to which the SIA has caused or favoured this trend, and what influence other factors might have had. In addition, the authors show whether, and if so to what extent, it is advisable to force this shift and with what tools this should be done.

Methods and scope

A *preliminary description* of the trend is provided based on the Swiss Social Insurance Statistics drawn up by the Federal Social Insurance Office (FSIO) and the Cost of Health-Care statistics drawn up by the Swiss Federal Statistical Office (SFSSO). Subsequently a detailed *effect model* is described which shows the various factors that influence the ratio of inpatient to outpatient treatment and the role of the SIA. A *detailed data analysis* is then made using the only set of statistics which covers the entire field of basic insurance, the data-pool of santésuisse. In this connection, difficulties were encountered owing to the fact that it is not possible to examine the trend in individual diagnostic groups in relation to the treatment they receive. The results of studies of the cost of outpatient treatment were evaluated for *discussion of the consequences of cost* in the trends observed. *Recommendations* have then been drawn up on the basis of the results of these analyses.

Before an answer to the question concerning the influence of the SIA on the shift from inpatient to outpatient treatment can be sought, two central elements of this question need to be examined:

1. In addition to inpatient and outpatient treatment, the Swiss health-care system also includes *short-term inpatient treatment*. Through the increased number of 1-day operations in particular, a shift *away from* inpatient treatment is greatly to the advantage of this sector. Statistics mostly refer only to inpatient and outpatient treatment and classify short-term inpatient treatment in one of these categories. The principal trend towards short-term inpatient treatment can therefore only be deduced from statistics with great difficulty, if at all.
2. Shifts between inpatient and outpatient treatment can be observed only through the trend in the *ratio* of inpatient to outpatient treatment. A change in this ratio does not necessarily indicate a real shift from one type of treatment to the other, however, i.e. that a new treatment of one type replaces a treatment of the other type. This ratio is also influenced by individual trends in each type of treatment and changes in statistical definitions. In this case, it is important to make a clear distinction in the interpretation.

Results

Results of the statistical analysis 1998-2002

- Since 2000 there has been a slowing down in the rate of growth in outpatient treatment from 8.58% to 6.41%.
- At the same time the increase in inpatient treatment has remained relatively stable at around 2%.
- As far as regards outpatient treatment, over the last period of observation the most important growth element¹⁶ in reimbursed services has been those provided by pharmacists. Over this period such services have in fact

¹⁶ The term “growth element” is defined as the proportional contribution made by a sector towards the growth of a whole system. Ranking according to this indicator therefore takes into account both the volume of the sector in question and its growth during the period of observation. On the other hand, ranking according to rate of growth takes into account only growth in the one sector, regardless of the extent to which it influences the whole system. In reference to this term see also Section 4.1.4.

been by far the greatest cause of increased costs in the field of basic insurance *as a whole*.

- Since 2000 the rate of growth in outpatient and short-term inpatient treatment has fallen markedly. This does not mean that there has been a major shift from inpatient treatment towards outpatient or short-term inpatient treatment. The considerable increase in short-term inpatient treatment can be largely explained by a broader use of the term “short-term inpatient treatment”¹⁷, as well as an increase in numbers.
- The stabilisation of the rate of growth in inpatient treatment is at least partly due to the fact that nursing care has been transferred away from hospitals. During the last period of observation the services provided by nursing homes represented the second most important growth element for basic insurance.

Results of the model analysis

The model analysis showed that, apart from hospital planning, the SIA has not had a *direct* effect on the ratio of inpatient to outpatient treatment, but rather an *indirect* effect in that different incentives are used in the various treatment sectors, which then lead to different trends in the various sectors. These influences are described in general below:

- Direct influence on hospital planning has led to a reduction in overcapacity in relation to inpatient treatment. In this way it has been possible on the one hand to provide inpatient treatment more efficiently, and on the other to eliminate pressure by transferring cases which need only nursing care to nursing homes. It cannot be concluded, however, that hospital planning has led to a real shift from inpatient to outpatient treatment.
- The indirect influence of the SIA on the ratio of inpatient to outpatient treatment is considerable: certain stipulations in the SIA prevent a change in the ratio of inpatient to outpatient treatment towards optimum cost efficiency. Vari-

¹⁷ Cf. SFSO (2003), p. 5.

ous mechanisms introduced under the SIA have led to resulting costs not being taken into account or cost incentives being distorted:

- Invoicing individual treatment when contractual obligations apply considerably favours an increase in the volume of outpatient treatment.
- Once the excess has been reached there is a strong motivation for the insured person to “consume” more medical services (poor *moral-hazard* control).
- The fact that the two areas of treatment are financed in different ways (\geq 50% contribution by cantonal authorities to the cost of inpatient treatment) distorts the real costs incurred. Those people who have to pay for inpatient treatment in fact pay at the most only half of the real cost. This encourages people to favour inpatient treatment.
- In the public and publicly subsidised institutions, the partial *additional* cantonal subsidies (and thus in particular any deficit guarantees) reduce cost awareness in relation to inpatient treatment.
- Tariffs that are not directly linked with cost constitute false incentives. Daily inclusive rates for inpatient treatment in particular have very little to do with the real cost of the treatment.
- The regulations set out under the SIA divide the health-care system into many separate sectors. A distinction is made between the different cantons, types of treatment, funding systems and tariff systems, for example. The strict *segmentation* makes trans-regional and trans-segment coordination and thus economical cooperation more difficult.
- The SIA allots the cantonal authorities various obligations which together give rise to a serious conflict of interests and thus compromise their obligation to plan in an appropriate manner. The cantonal authorities are at the same time service providers, service purchasers and financial sources, as well as being responsible for approbation, planning, regulating and arbitration.

The resulting cost

The evaluation of the results of several studies on the cost of outpatient treatment clearly showed two points in particular:

1. There is a great potential for reducing costs in relation to outpatient treatment (in particular operations) in comparison with alternative inpatient treatment.
2. The introduction of outpatient treatment leads to an increase in such treatment since the threshold for considering or prescribing it sinks.

In the system as a whole, outpatient treatment leads to a reduction in costs only if the additional costs incurred through the increased frequency of treatment are lower than the amount saved.

Conclusions

The results of our analyses do not reveal any marked *real shift* from inpatient to outpatient or short-term inpatient treatment which can be attributed to the SIA. There has, however, been a notable shift in relation to nursing care¹⁸. This shift has occurred only through the fact that, according to the law, nursing care is considered as outpatient treatment, and has nothing to do with a change in consumption patterns.

Apart from the case of nursing care mentioned above, the change in the ratio of inpatient to outpatient treatment is rather the result of an *independent* trend within the two areas of treatment. Current pressure on the outpatient treatment segment has resulted in growth in this area flattening out. A marked increase in outpatient treatment is being seen, however, although not in the outpatient/short-term inpatient hospital sector, which would feel the greatest effects of a “real” shift away from inpatient treatment, but most recently in particular in pharmacists’ costs (including medication).

¹⁸ Cf. Hammer et al. (2000b), p. 88.

The SIA influences the ratio of inpatient to outpatient treatment, however, by creating incentives which are specific to different types of behaviour. These differing incentives in turn emphasise the various trends in different types of treatment described above. The central elements here are compulsory planning with regard to inpatient treatment and individual invoicing, which promotes expansion, in respect of outpatient treatment. The incentives aimed at the various players in the health-care field have not been devised in such a way that optimisation of their situation implies at the same time optimisation of the system as a whole.

Furthermore, these false incentives prevent the increased use of alternative approaches such as managed-care models, guidelines or patient paths and the potential for economy they offer being used to the full. Although if a player (an insurance company, a service provider or an insured person) takes advantage of such a model this leads to optimisation, the personal benefit accruing to an individual player is relatively small. Insofar as the incentives remain unchanged, obliging insurance companies to adopt such systems (for example making it compulsory for an insurance company to offer alternative insurance models in each canton in which it operates) will first and foremost result in an avoidance reaction instead of the relevant savings in cost. A more promising solution is to modify the incentives, for example by raising the excess for traditional insurance contracts.

Recommendations

The results of the present study clearly show that promoting outpatient treatment *per se* will most probably *not* result in a drop in costs, since the effects of an increase in this type of treatment will be greater than potential savings. One-sided measures aimed at promoting outpatient treatment cannot therefore be recommended. It is preferable to design the incentives embodied in the SIA area in such a way that:

1. the cheapest type of treatment available at the time is chosen, and
2. an increase in treatment is avoided wherever possible.

It is only in this way that the ratio of inpatient to outpatient treatment can be guaranteed to reach an *optimum value from the point of view of cost*. The results of the present analyses have shown that it is precisely in this area that the SIA has a

marked influence on the ratio of inpatient to outpatient treatment which prevents the optimum value being reached in relation to cost. The aim of the following recommendations is not therefore deliberately to steer the ratio of inpatient to outpatient treatment in one direction or another, but to identify possible approaches which may make it easier for the ratio of inpatient to outpatient treatment to reach an optimum value from a medical as well as economic point of view:

- *Funding which is independent of the type of treatment given* would eliminate the present distortion in relation to the inclusion of resulting costs in favour of inpatient treatment.
- *A standard subsidisation model for all hospitals* (in particular the principle of granting deficit guarantees in the case of some hospitals) would lead to increased cost-awareness and cost-transparency.
- *Introducing monetary incentives for service providers* would result in greater inclusion of resulting costs in decision making processes and thus to behaviour which would reflect a higher level of cost-awareness.
- *More monetary incentives for those insured* would bring about a fall in demand. In particular, with the present system, once the excess has been reached there is more reason to seek further medical services.
- *Increased possibilities for the insurance companies to offer cost-reducing incentives* would help them too to be able to encourage behaviour which reflects greater cost-awareness.
- *Compulsory trans-cantonal planning* would facilitate optimisation in particular with regard to meeting demand¹⁹.

¹⁹ If the contractual obligation in the 2nd SIA revision is eased, as expected, this would concern not only the inpatient hospital sector, as it has done until now, but also providers of outpatient treatment.

1. Einführung

Mit dem Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) am 1. Januar 1996 waren hohe Erwartungen verknüpft. Das neue Gesetz sollte die Solidarität zwischen den Versicherten stärken, eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung für alle zugänglich machen sowie zu einer massvollen Kostenentwicklung beitragen. Besonders hinsichtlich der Kostenentwicklung wurde erwartet, dass eine Verschiebung von der stationären zu der allgemein als günstiger anerkannten ambulanten Medizin stattfinden würde.

Im Rahmen dieser Studie wird dargestellt, ob – beziehungsweise in welchem Ausmass – diese Entwicklung stattgefunden hat. Weiter gilt es die Frage zu beantworten, inwieweit das KVG diese Entwicklung hervorgerufen oder begünstigt hat und welchen Einfluss andere Faktoren hatten. Zudem wird aufgezeigt, ob und wenn ja inwieweit es sinnvoll ist, diese Verlagerung bewusst zu forcieren und mit welchen Instrumenten dies erfolgen sollte.

Im zweiten Kapitel wird zuerst auf die allgemeine Entwicklung in der ambulanten Medizin eingegangen, ein erster Überblick über die Entwicklung des Verhältnisses zwischen stationären und ambulanten Behandlungen (in Folgenden kurz: Verhältnis stationär/ambulant) geboten, sowie die besondere Stellung der teilstationären Behandlungen diskutiert. Kapitel 3 stellt anhand eines Wirkungsmodells die verschiedenen Einflüsse und ihre Wirkungsweise auf das Verhältnis stationär/ambulant dar und beschreibt die Rolle des KVG innerhalb dieses Systems. Kapitel 4 enthält verschiedene Analysen der Entwicklung des Verhältnisses stationär/ambulant und zeigt die unterschiedlichen Einflüsse quantitativ auf. Darauf folgt ein Überblick zur Datenlage und zu in der Zukunft auswertbaren Statistiken. Das Kapitel schliesst mit einer Kurzumfrage unter praktizierenden Medizinerinnen zu ihrer Einschätzung, welche Bereiche am stärksten von Verschiebungen zwischen der stationären und der ambulanten Medizin betroffen sind. Kapitel 5 zeigt den Einfluss der Entwicklung von Verschiebungen vom stationären in den ambulanten Leistungsbereich auf die Kosten anhand von Auswertungen entsprechender Studien. Die Studie schliesst mit Kapitel 6, das die Schlussfolgerung zusammenfasst und daraus Empfehlungen ableitet.

2. Die Entwicklung der ambulanten Medizin

2.1. Definition

Bevor näher auf die Entwicklung der ambulanten Medizin eingegangen werden kann, ist eine Begriffsdefinition und -abgrenzung nötig. Ambulante Medizin unterscheidet sich von der stationären grundsätzlich durch die Dauer und den Ort der Behandlung. Während stationäre Behandlungen mehrere Tage in Anspruch nehmen, in denen der Patient vor Ort (im Spital) behandelt und gepflegt²⁰ wird, dauern ambulante Behandlungen höchstens einen Tag, wonach der Patient sofort wieder entlassen wird. Es kommt also zu keinem längeren Aufenthalt des Patienten, wie dies bei einer stationären Behandlung der Fall ist.

Nach dieser Definition wird schnell deutlich, dass der ambulante Bereich sehr viel umfasst: Sämtliche Behandlungen und Untersuchungen bei medizinischen Leistungserbringern ausserhalb der stationären Abteilung eines Spitals sind ambulante.

Tabelle 1 zeigt verschiedene Definitionen ambulanter Behandlungen im Überblick:

Tabelle 1: Übersicht über verschiedene Definitionen ambulanter Behandlungen

Anwendungsbereich	Definition ‚ambulant‘
Im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG	Seit 1.1.2003 wird die Abgrenzung durch die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) geregelt, die ambulant als ‚weder stationär noch teilstationär‘ definiert. Dies heisst im Wesentlichen, dass weder Überwachung oder Pflege noch die Belegung eines Bettes nach der Untersuchung oder Behandlung nötig sein dürfen. ²¹

²⁰ Zu beachten ist hier, dass Leistungen im Pflegeheim im KVG als *ambulant* bezeichnet werden. Dies aus dem Grund, dass nur die eigentliche Pflegeleistung, nicht aber die Hotellerie, grundversicherungspflichtig ist. Durch die Grundversicherung zu decken, sind nur mit der ambulanten Krankenpflege zu Hause (SPITEX) vergleichbare Leistungen (Art 50 KVG).

²¹ vgl. hierzu die ausführlichere Darstellung in Kap. 2.4. und VKL Art. 5.

Im Bereich des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG)	<i>Sämtliche</i> Behandlungen mit einer Dauer unter 24 Stunden gelten als ambulant.
In Statistiken des Bundesamtes für Statistik (BFS)	Bis Ende 2002: Untersuchung oder Behandlung während weniger als 24 Stunden ohne Benützung eines Betts einer stationären oder teilstationären Einrichtung gelten als ambulant. Seit Anfang 2003 gemäss VKL
Im medizinischen Bereich	Eine einheitliche medizinische Definition gibt es nicht. Der Fokus in der medizinischen Diskussion liegt beim ambulanten <i>Operieren</i> . Hier gilt üblicherweise die 24-Stunden-Limite für die Dauer der Behandlung. ²²

Eine spezielle Rolle innerhalb des ambulanten Leistungsbereiches spielen die ambulanten Operationen, also grössere Eingriffe am menschlichen Körper, die in der Vergangenheit einen stationären Aufenthalt bedingten, da in diesem Bereich die grössten Fortschritte erzielt werden. Neue Operationstechniken erlauben für den Patienten weniger belastende (*minimalinvasive*) Operationen, nach denen ein längerer Pflegeaufenthalt nicht nötig ist. Diese Behandlungen finden in der Regel in der ambulanten Abteilung eines Spitals oder speziellen ambulanten Operationszentren statt.

Über diesen Teil des ambulanten Leistungsbereiches soll im nächsten Teilkapitel ein kurzer Überblick geboten werden.

2.2. Kurzer geschichtlicher Rückblick über die Entwicklung des ambulanten Operierens

Das ambulante Operieren ist an und für sich keine neue Erscheinung. Institutionalisiert wurde es jedoch erst zu Beginn der 70er-Jahre, als in den USA das erste freistehende ambulante Behandlungszentrum mit dem Namen *Surgicenter* eröffnet

²² vgl. z.B. www.iaas-med.org

wurde. Initiiert wurde es unter anderem als eine Antwort auf die Forderung, die Kosten der Gesundheitsversorgung zu reduzieren. Inzwischen sind, vor allem in den USA, Hunderte von solchen Zentren entstanden, die erfolgreich und in zunehmendem Ausmass ambulante Behandlungen ausüben. Bereits zu Beginn dieser Entwicklung konnte ein markantes Einsparpotenzial festgestellt und realisiert werden, das oft 50% und mehr beträgt.²³

Die Entwicklung der ambulanten Chirurgie in der Schweiz begann später als in den USA. Ein verstärkter Ausbau findet seit Ende der 80er-Jahre statt. Zusätzlich zu den zunehmenden ambulanten operativen Eingriffen fand auch eine generelle Verkürzung der stationären Hospitalisierungsdauer statt.

2.3. Potenzial der ambulanten Versorgung

Bezüglich des machbaren Potenzials der ambulanten Versorgung existieren unterschiedliche Meinungen. Optimistische Quellen meinen, dass theoretisch beinahe alle Operationen ambulant durchgeführt werden könnten, die keinen grossen Eingriff in den Bereichen Unterleib, Brust oder Kopf bedürfen.²⁴ Allerdings macht es in bestimmten Fällen keinen Sinn, Patienten (auch wenn theoretisch möglich) ambulant zu behandeln. Im Vorfeld eines ambulanten Eingriffs sollten folgende Voraussetzungen gegeben sein:

- Beim ambulant zu operierenden Patienten sollten keine schwer kalkulierbaren Risiken vorhanden sein (z.B. zusätzliche gesundheitliche Risiken, die die Wahrscheinlichkeit für Komplikationen erhöhen). Damit kommen für ambulante Behandlungen jüngere und robuste Personen eher in Frage als ältere und kränkliche.
- Ein zentrales und nicht zu vernachlässigendes Element der ambulanten medizinischen Versorgung stellt die Nachbetreuung dar. In den meisten Fällen wird diese durch Familienangehörige und Bekannte organisiert. Fehlt diese Möglichkeit, so kann die Nachbetreuung zu Hause eventuell von Pflegediensten (SPITEX) übernommen werden. Bei älteren und alleinstehenden Patienten

²³ vgl. Roberts, L. (1986)

²⁴ vgl. Roberts, L. (1986)

gestaltet sich die Nachbetreuung oft schwierig. Einerseits mangelt es an Vertrauenspersonen für die Pflege, und andererseits fühlen sich ältere Leute schneller mit der Situation überfordert, nach einer Operation alleine zu Hause zu sein.

Trotz diesen Bedingungen, die für die ambulante Behandlung mehr oder weniger erfüllt sein müssen, wird das Potenzial dieser Behandlungsform grundsätzlich als gross eingestuft. So werden in den USA heute gegen 70% der Operationen ambulant durchgeführt, und in Australien waren es 1997 bereits rund 40%, heute liegt dieser Anteil bei ca. 60%. Das Potenzial für ambulant durchgeführte Operationen liegt damit bei über 60%.²⁵ In gewissem Ausmass werden Mengenausweitungen²⁶ für diese starke Zunahme des ambulanten Anteils verantwortlich sein.

Die International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) untersuchte Mitte der 90er-Jahre die Verbreitung der ambulanten Chirurgie in 29 OECD Ländern.²⁷ In den einzelnen Ländern existieren noch sehr grosse Unterschiede bezüglich der Anwendung ambulanter Chirurgie. Für die 18 berücksichtigten Operationen wiesen die teilnehmenden Länder ambulante Anteile zwischen 93% (USA) und 10% (Portugal) auf. Teilweise können diese Varianzen mit unterschiedlichen statistischen Erhebungsmethoden erklärt werden. Andere Gründe liegen zum Beispiel in der länderspezifischen medizinischen Kultur und Praxis, der Spitalstruktur, der Anzahl verfügbarer Betten, dem Regulierungs- oder Finanzierungssystem sowie der allgemeinen Einstellung dieser Behandlungsform gegenüber.²⁸ Obige Untersuchung wurde zwei Jahre später wiederholt. Eindeutig war der Trend hin zum vermehrten Einsatz ambulanter Chirurgie. In einigen Fällen war dieses Wachstum teilweise mit einer Mengenausdehnung zu begründen, in anderen wiederum ging das Wachstum im ambulanten Bereich zu Lasten des stationären.²⁹

²⁵ vgl. Roberts, L. (1997), S. 37

²⁶ Eine Mengenausweitung darf nicht grundsätzlich negativ bewertet werden, nur weil sie zu einer Kostensteigerung führt. Ist ihr Beitrag zur Volksgesundheit (bspw. in Form höherer Produktivität) grösser als die Kosten, kann sie durchaus positive Effekte haben. Die vorliegende Studie untersucht allerdings nicht die volkswirtschaftlichen Auswirkungen medizinischer Behandlungen, sondern die Kostenentwicklungen des Gesundheitswesens, weshalb mögliche positive Effekte von Mengenausweitungen nicht dargestellt werden.

²⁷ Sieben Länder, darunter auch die Schweiz, waren nicht in der Lage, Daten zu liefern.

²⁸ De Lathouwer, C., Poullier, J.-P. (1998), S. 52

²⁹ vgl. De Lathouwer, C., Poullier, J.-P. (2000), S. 210

2.4. Der teilstationäre Bereich

Eine schweizerische Besonderheit ist die Unterteilung des Gesundheitswesens nicht nur in einen ambulanten und einen stationären, sondern auch noch in einen zusätzlichen *teilstationären* Leistungsbereich.

Die teilstationären Leistungen sind zwischen den stationären und den ambulanten angesiedelt. Die Art der Behandlung (v.a. Operationen) ist traditionellerweise dem stationären Bereich zuzuschreiben. Die Dauer derselben (grundsätzlich unter 24 Stunden) ist jedoch eher ein ambulantes Merkmal. Für diese ‚Grauzone‘ wurde im Schweizerischen Gesundheitswesen ein eigener Bereich geschaffen: der teilstationäre Bereich. Problematisch dabei ist, dass von einer einheitlichen landesweiten Definition abgesehen wurde. Da die Abgrenzung insbesondere bei der Verrechnung der erbrachten Leistungen und der Festsetzung der Tarife eine entscheidende Rolle spielt, hat diese Unklarheit dazu geführt, dass die Abgrenzungen zwischen den Spitälern und den Versicherern gemeinsam festgelegt werden, und sich deshalb sogar von Spital zu Spital unterscheiden können.

Problematisch erweist sich zudem, die uneinheitliche Erhebung und Handhabung der Definition des Begriffs ‚teilstationär‘ in den Kantonen und Betrieben. Welche Effekte diese Unterschiede haben können, zeigt ein Beispiel aus dem „BFS aktuell“ vom April 2003:³⁰ Von 81'186 im Jahr 2001 im Kanton Genf registrierten teilstationären Behandlungen sind 66'929 Fälle auf eine Erweiterung der Definition ‚teilstationär‘ zurückzuführen.³¹

Mit der auf den 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) wurde versucht, diese Probleme mit einer einheitlichen Definition zu lösen. Als stationäre Behandlungen „gelten Aufenthalte im Spital von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege. Aufenthalte im Spital von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird, sowie Aufenthalte im Spital bei Überweisungen in ein anderes Spital und bei Todesfällen gelten ebenfalls als stationäre Behandlung.“³² Als

³⁰ BFS (2003), S.5.

³¹ Dabei wurden neu auch die an den Notfallaufnahmen registrierten teilstationären Fälle der Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) erfasst. vgl. BFS (2003), Bemerkungen zur Tabelle F1.

³² Art. 3 VKL

teilstationäre Behandlungen gelten nach VKL „geplante Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege, die eine an die Behandlung anschliessende Überwachung oder Pflege sowie die Benutzung eines Bettes erfordern. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten ebenfalls als teilstationäre Behandlung.“³³ Als ambulante Behandlungen gelten dann konsequenterweise einfach „alle Behandlungen, die weder als stationär noch als teilstationär angesehen werden.“³⁴ Auf die Auswertungen in dieser Studie, für die lediglich Zahlen bis zum Jahr 2002 vorliegen, hat die VKL keinen Einfluss.

Das Bundesamt für Statistik (BFS) definiert in der Krankenhausstatistik folgende Behandlungen als teilstationär:³⁵ „Geplante Behandlung während weniger als 24 Stunden mit Benützung eines Betts. Dazu zählen auch Behandlungen in Eintageskliniken („one-day-surgery“ oder Abteilungen für ambulante Chirurgie). Betreuungsfälle in Institutionen mit rein sozialem Auftrag (Tages- und Nachtheime) werden nicht berücksichtigt.“³⁶ Wie oben gezeigt, können allerdings trotz dieser Definition Verschiebungen auftreten, die lediglich auf Veränderungen in der Abgrenzung zurückzuführen sind.

Im Vergleich zum Ausland hat diese zusätzliche Aufteilung des Gesundheitswesens in drei Leistungsbereiche zur Folge, dass ein grosser Teil der international als ambulant bezeichneten Behandlungen, insbesondere auch die vorher beschriebenen „one day surgery“-Behandlungen, in der Schweiz *nicht* den ambulanten sondern den teilstationären Leistungen zugeordnet werden. Der grösste Teil der Verschiebungen von Behandlungen vom stationären in den ambulanten Leistungsbereich, der im Ausland beobachtet werden kann, wird dadurch in der Schweiz vom stationären in den *teilstationären* Bereich stattfinden.

2.5. Erster Überblick über die Daten für die Schweiz

Im Folgenden soll ein *erster Überblick* über die Entwicklung des stationären und des ambulanten Leistungsbereichs in der Schweiz geboten werden. Diesem folgt

³³ Art. 4 VKL

³⁴ Art. 5. VKL

³⁵ Diese Definition entstand *vor* der VKL.

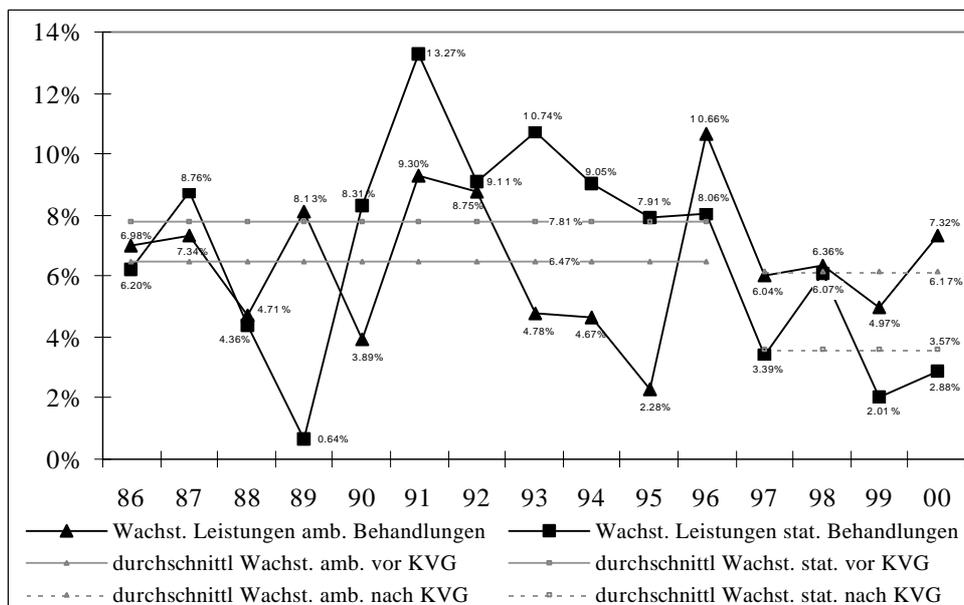
³⁶ BFS (2001)

eine Darstellung der Grösse und der Entwicklung des teilstationären Leistungsbereichs. Eine ausführliche Diskussion der Wirkungsfaktoren im Gesundheitswesen sowie eine detaillierte Datenauswertung folgen in Kapitel 3 und 4.

2.5.1. Entwicklung des stationären und des ambulanten Leistungsbereichs³⁷

Abbildung 1 stellt die Wachstumsraten der verrechneten Leistungen pro Kopf in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG (bis 1995 Krankenpflege-Grundversicherung inkl. oblig. Spitaltaggeld) dar und vergleicht die Entwicklung der stationären und ambulanten Leistungen.

Abbildung 1: Wachstumsraten der verrechneten Leistungen je Versicherte(n) in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, 1986-2000



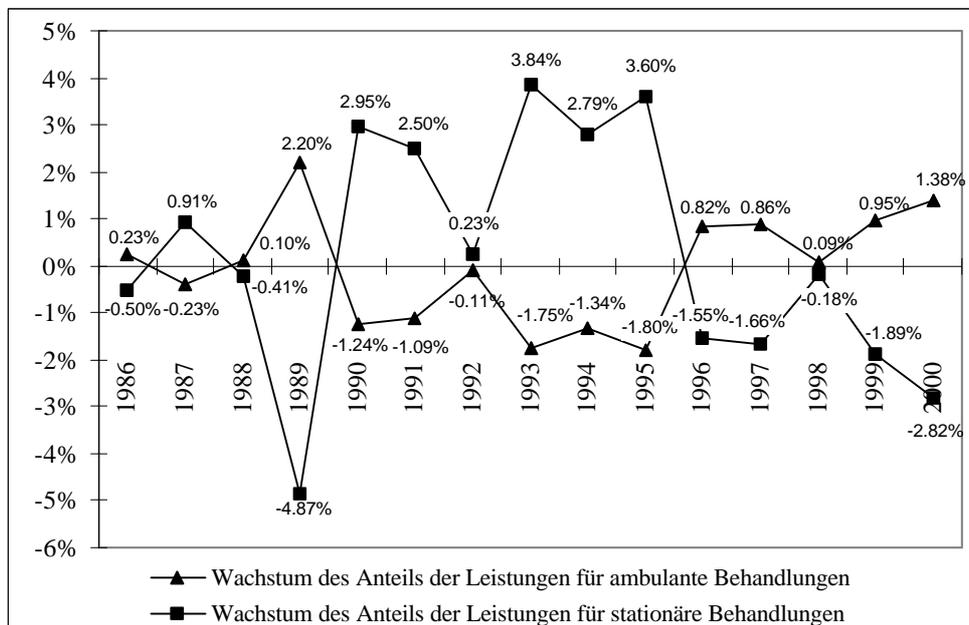
Quelle: BSV (2002), KV 3.1, eigene Berechnungen³⁸

³⁷ Der teilstationäre Leistungsbereich wird im nächsten Unterkapitel separat betrachtet. Für die in diesem Unterkapitel verwendeten Statistiken wird die Zuordnung des teilstationären Bereichs jeweils angegeben.

³⁸ Die teilstationären Leistungen werden den ambulanten zugeordnet. Als stationär gelten hier auch die Pflegeheimleistungen (vgl. BSV (2001), S.40)

Hierbei zeigt sich, dass bis 1996 der stationäre Bereich mit nur drei Ausnahmen (1986, 1988, 1989) jeweils schneller wuchs, als der ambulante. Ab dem Jahre 1996 ändert sich dies aber, und die ambulanten Leistungen verzeichnen jedes Jahr höhere Wachstumsraten als die stationären. Zudem ist im Beobachtungszeitraum vor 1996 keine Periode zu beobachten, in der der ambulante Leistungsbereich mehr als zwei Jahre nacheinander stärker als der stationäre wächst. Da 1996 das KVG eingeführt wurde, legt diese Beobachtung einen Zusammenhang zwischen der Entwicklung im stationären und ambulanten Bereich und dem KVG nahe.

Abbildung 2: Wachstumsraten der Anteile der stationären und ambulanten Leistungen an der Gesamtsumme der verrechneten Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, 1986-2000



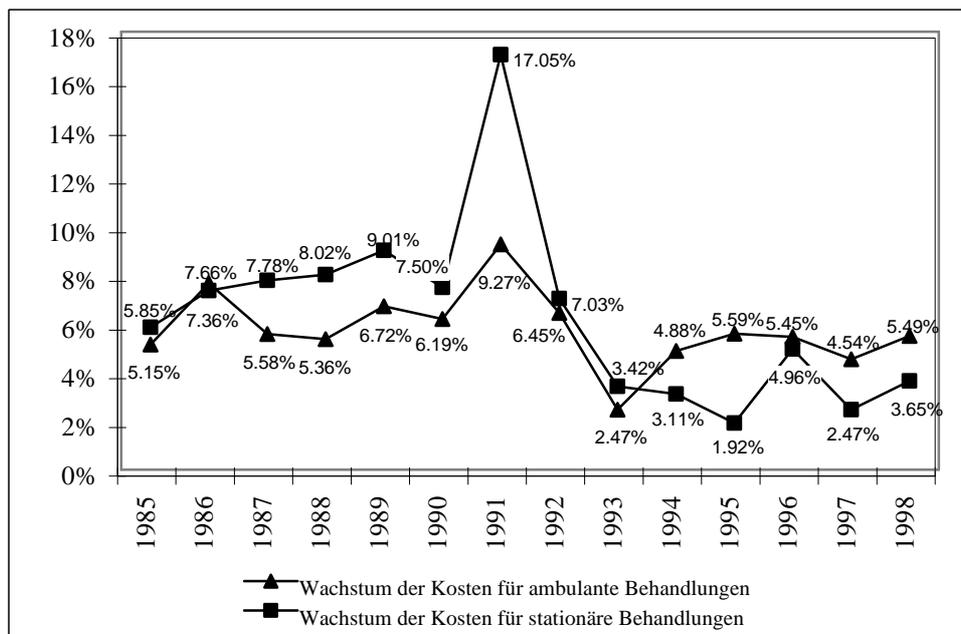
Quelle: BSV (2002), eigene Berechnungen

Auch bei der Betrachtung der jeweiligen Anteile der stationären und der ambulanten Leistungen an der Gesamtsumme der verrechneten Leistungen (Abbildung 2) fällt das Jahr 1996 als Wendepunkt auf: Seit diesem Jahr wächst der Anteil der ambulanten Leistungen an den verrechneten Leistungen jedes Jahr schneller als derjenige der stationären. Vor 1996 lagte mit nur drei Ausnahmen (1985, 1987, 1988) jedes Jahr der stationäre Anteil zu. Deutlich zeigt sich also auch hier seit der Einführung des KVG eine Trendwende.

Etwas weniger deutlich zeigt sich der Einfluss des KVG bei einem Abstellen auf die vom BFS errechneten Kostendaten des Gesundheitswesens. Abbildung 3 zeigt

die Entwicklung der gesamten Kosten der beiden Leistungsbereiche stationär und ambulant anhand der Wachstumsraten in Prozent pro Jahr.

Abbildung 3: Wachstumsraten der Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringergruppen, 1985-1998



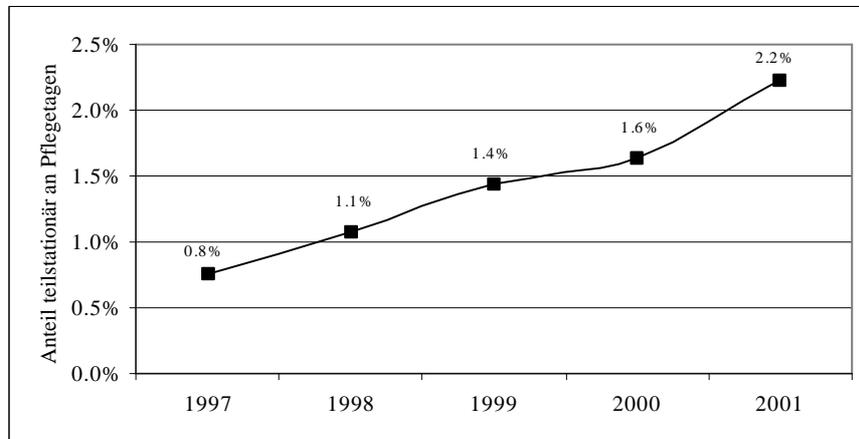
Quelle: BFS (2000a), T13, eigene Berechnungen

Betrachtet man die entstanden Kosten, so setzt die verstärkte Entwicklung des ambulanten Leistungsbereiches bereits ab 1994 ein, das heisst deutlich vor der Einführung des KVG. Neben dem KVG gilt es also auch zu untersuchen, ob und wenn ja inwieweit andere Faktoren diese Entwicklung beeinflussten.

2.5.2. Anteil und Entwicklung der teilstationären Behandlungen

Da die in der Folge ausgewerteten Statistiken keine Abschätzung der Grösse des teilstationären Leistungsbereiches ermöglichen, wird hier dessen Entwicklung anhand der Krankenhausstatistik des BFS kurz beschreiben. Dabei lassen sich zwei Indikatoren auswerten, deren Unterschied das Ergebnis massgeblich beeinflusst: Abbildung 4 zeigt den Anteil der teilstationären Behandlungstage an den gesamten im stationären und teilstationären Bereich erbrachten Pflgetagen. Trotz eines relativ steilen Wachstums erreicht er bis zum Jahr 2001 nicht einmal 2.5%.

Abbildung 4: Anteil der teilstationären Fälle an den Pflgetagen im stationären und teilstationären Leistungsbereich



Quelle: BFS (2000c), eigene Berechnungen

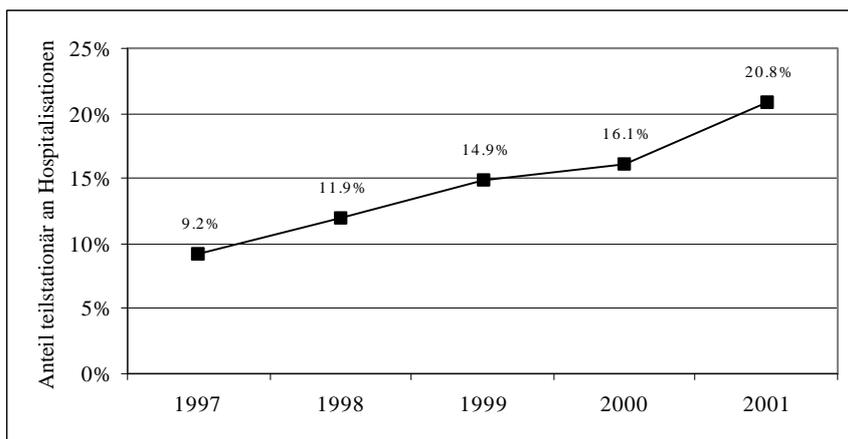
Einen anderen Eindruck vermittelt das Abstellen auf den Indikator „Anteil der teilstationären Hospitalisationen an sämtlichen Hospitalisationen im stationären und teilstationären Leistungsbereich“ (vgl. Abbildung 5). Hier beträgt der Anteil des teilstationären Leistungsbereichs am Ende der Beobachtungsperiode mehr als ein Fünftel.

Dieser grosse Unterschied ergibt sich aufgrund der Tatsache, dass die Aufenthaltsdauer eines teilstationären Patienten definitionsgemäss nur einen Tag dauert, während stationäre Patienten im Durchschnitt cirka zehn Tage hospitalisiert werden. In Bezug auf die finanzielle Relevanz ist der teilstationäre Bereich zwischen diesen beiden Ergebnissen anzusiedeln. Zu bedenken gilt es dabei, dass die Operation in der Regel den grössten Kostenteil eines stationären Aufenthaltes darstellt und die weiteren Pflgetage weniger stark ins Gewicht fallen. Die Hospitalisation eines teilstationären Patienten umfasst nur genau diesen (teuren) Operationstag. Das finanzielle Gewicht der teilstationären Leistungen ist also näher beim Anteil der Hospitalisationen als beim Anteil der Pflgetage anzusiedeln.

Eine gemeinsame Aussage beider Indikatoren ist das steile Wachstum, das der Anteil des teilstationären Leistungsbereichs erlebt. Wie bereits gezeigt, beruht dieses zum Teil unterschiedlichen Handhabungen der Definition. Der beschriebene Fall des Kantons Genf (vgl. S.6) ist denn auch für den bei weitem grössten Teil

des *gesamtschweizerischen* Wachstums 2000/2001 verantwortlich.³⁹ Neben diesem Effekt spielt der technische Fortschritt eine grosse Rolle, der es durch minimalinvasive Eingriffe erlaubt, die benötigte stationäre Pflegedauer sozusagen auf Null zu reduzieren. Hier ist also auch eine Verschiebung vom stationären in den teilstationären Leistungsbereich zu beobachten.

Abbildung 5: Anteil der teilstationären Hospitalisationen an sämtlichen Hospitalisationen im stationären und teilstationären Leistungsbereich



Quelle: BFS (2000c), eigene Berechnungen

Da es keine Statistik gibt, die das gesamte Gesundheitswesen abbildet und den teilstationären Bereich separat ausweist, kann nur auf das Verhältnis stationär/ambulant eingegangen werden. Dabei ist jeweils zu beachten, wie die verwendeten Statistiken die teilstationären Leistungen zuordnen.

Bevor nun aber mit weiteren Auswertungen der Frage nachgegangen werden soll, inwieweit das KVG eine Verschiebung zwischen der stationären und der ambulanten Medizin gefördert oder gar ausgelöst hat, sollen die Einflussfaktoren auf das Verhältnis stationär/ambulant genau dargestellt werden. Dabei wird untersucht, wo und wie der Einfluss des KVG wirksam wird.

³⁹ In dieser Periode nahem die teilstationären Fälle um 77'766 Fälle zu. 66'929 davon sind auf die veränderte Erhebung im Kanton Genf zurückzuführen.

2.6. Veränderungen des Verhältnisses stationär/ambulant und Verschiebungen zwischen den beiden Leistungsbereichen

Datenauswertungen können lediglich die Entwicklung des Verhältnisses stationär/ambulant zeigen. Deshalb wird im nächsten Kapitel in einem Wirkungsmodell detailliert dargelegt, welche Faktoren dieses Verhältnis beeinflussen, und welchen Einfluss das KVG darauf nimmt. Dabei muss allerdings beachtet werden, dass eine Veränderung des Verhältnisses stationär/ambulant nicht zwingend ein Indikator für eine Verschiebung vom stationären in den ambulanten Leistungsbereich (oder umgekehrt) ist.

Eine Verschiebung zwischen den beiden Bereichen liegt dann vor, wenn eine bisher in einem Bereich erbrachte Leistung dort nicht mehr erbracht wird und durch eine Leistung im anderen Bereich ersetzt wird. Dies ist allerdings nicht die einzige Möglichkeit, wie eine Veränderung des Verhältnisses stationär/ambulant zustande kommen kann. Zudem gilt weiter zu beachten, dass auch Verschiebungen unterschiedliche Ursachen haben können.

Veränderungen des Verhältnisses stationär/ambulant können auf drei verschiedene Arten zustande kommen:

1. Durch eine vom stationären Leistungsbereich unabhängige Entwicklung im ambulanten Leistungsbereich.
2. Durch eine vom ambulanten Leistungsbereich unabhängige Entwicklung im stationären Leistungsbereich.
3. Durch eine Verschiebung von einem Leistungsbereich in den anderen, die wiederum ausgelöst werden kann
 - a. durch eine neue Regelung der Abrechnung beziehungsweise der statistischen Erfassung oder
 - b. aufgrund einer tatsächlichen Verschiebung einer Behandlung von einem Leistungsbereich in den anderen. Eine Behandlung kann zum Beispiel neu sehr viel schneller und ohne stationäre Pflegebedürftigkeit des Patienten durchgeführt werden, wodurch sie jetzt als ambulant gilt, oder eine neue Erfindung ersetzt eine Behandlungsmethode des einen Leistungsbereiches durch eine neue des jeweils anderen.

Lediglich in Fall 3b liegt eine ‚echte‘ Verschiebung zwischen stationärer und ambulanter Medizin vor. Bei der Beobachtung einer Veränderung des Verhältnisses stationär/ambulant gilt es also zu untersuchen, ob es sich dabei lediglich um eine vom jeweils anderen Leistungsbereich unabhängige Entwicklung handelt, oder ob sie tatsächlich durch eine *Verschiebung* zustande gekommen ist. Ist eine Verschiebung zu identifizieren, muss weiter untersucht werden, ob sie nur durch veränderte Abrechnungsmethoden zustande kam, oder ob eine ‚echte‘ Verschiebung einer Behandlung in den anderen Leistungsbereich vorliegt.

3. Die Einflussfaktoren auf das Verhältnis stationär/ambulant

Nach einem kurzen Überblick über die Geschichte des KVG sollen in diesem Kapitel die verschiedenen Einflussfaktoren und ihre Wirkungsweise auf das Verhältnis stationär/ambulant beschrieben werden.

3.1. Die Geschichte des KVG

Bedingt durch die steigenden Kosten im Gesundheitswesen und die zunehmende Entsolidarisierung in der Krankenversicherung, wurde mit dem KVG versucht, die Grundlage für ein solidarisches, qualitativ hochstehendes und für alle erschwingliches Gesundheitssystem zu legen.

Zur Lösung der Probleme im Gesundheitswesen setzt das KVG auf zwei grundlegende Mechanismen: auf die Planung einerseits und auf die Kräfte des Wettbewerbs andererseits. Während im Versicherungsbereich durch die volle Freizügigkeit und die Leistungsvereinheitlichung der Wettbewerb zwischen den Versicherern gefördert werden soll, regeln die Kantone über die Spitalplanung das stationäre Angebot, und der Bundesrat hat die Möglichkeit, die Zulassung für bestimmte Leistungserbringer für maximal fünf Jahre zu beschränken, wie dies zum Beispiel mit dem auf den 4. Juli 2002 verfügten „Ärztestopp“⁴⁰ geschehen ist. Ein weiteres Planungsinstrument ist der sogenannte „Pflichtleistungskatalog“⁴¹, in den das Eidgenössische Departement des Innern die durch die Grundversicherung zu entschädigenden Leistungen aufnimmt.

Um bereits in der Zeit *bis zu Einführung* des neuen Krankenversicherungsgesetzes bezüglich der beiden schwerwiegendsten Probleme Entsolidarisierung und Kos-

⁴⁰ Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 3. Juli 2002

⁴¹ Es ist hier ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass sich die Bezeichnung „Pflichtleistungskatalog“ im Sprachgebrauch zwar etabliert hat, in der Realität aber keine eigentliche Positivliste existiert. Der sog. „Pflichtleistungskatalog“ beruht grundsätzlich auf Art. 24 KVG. Insbesondere die Übernahme neuer Leistungen kann jedoch bestritten werden. Gestützt auf ein Prüfungsverfahren kann das Eidgenössische Departement des Inneren EDI die entsprechende Leistung dann als kassenpflichtig erklären oder die Kassenpflicht ablehnen. In diesem Bericht wird der Begriff „Pflichtleistungskatalog“ deshalb immer in Anführungszeichen gestellt verwendet.

tensteigerung zumindest eine Linderung erreichen zu können, wurden per *dringlichem Bundesbeschluss* der Risikoausgleich⁴² und der Tarifstopp⁴³ eingeführt.

Der Risikoausgleich⁴⁴ verpflichtet Versicherer mit einer günstigen Alters- und Geschlechterstruktur, Versicherern mit einer weniger günstigen Struktur einen Ausgleich zu leisten. Dadurch soll die Risikoselektion der Versicherer unterbunden werden. Der Risikoausgleich wurde – befristet bis zum Jahr 2005 – auch ins KVG übernommen.⁴⁵

Im Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung (dBB) vom 13. Dezember 1991 wurde die Tarifierhöhung an die Bedingung gebunden, dass der Anstieg der durchschnittlichen Behandlungskosten pro Versicherten auf denjenigen des Landesindex der Konsumentenpreise plus ein Drittel begrenzt wird. Mit dem dBB vom 9. Oktober 1992 wurden differenzierte Regeln für die Tarifierhöhungen im ambulanten und stationären Bereich ab dem Jahr 1993 eingeführt. Die schon in den Jahren 1990-1992 angepassten Taxpunktswerte im ambulanten Bereich wurden für das Jahr 1993 auf dem Niveau vom 30. Juni 1991 eingefroren. Für die anderen Taxpunktswerte sowie für die Tarifierhöhungen ab dem Jahr 1994 wurde eine Erhöhung von derselben Bedingung wie nach dem dBB vom 13. Dezember 1991 abhängig gemacht.

3.2. Die Einflüsse des KVG

Das KVG nimmt nicht konkret zu dem Verhältnis stationär/ambulant Stellung. Es enthält insbesondere keine Aussage darüber, welche Entwicklung dieses Verhältnisses aus Sicht des Gesetzgebers wünschenswert ist, oder dass konkrete Massnahmen zu dessen Beeinflussung eingeführt werden sollen. Mögliche Auswirkungen des KVG auf das Verhältnis stationär/ambulant sind deshalb indirekter Natur.

⁴² Dringlicher Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung vom 13.12.1991.

⁴³ Dringliche Bundesbeschlüsse über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung vom 13.12.1991 und vom 9.10.1992.

⁴⁴ vgl. zu diesem Thema die BSV-Publikation: Spycher, S. (1999), *„Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Nr. 1/99“*, BSV, Bern

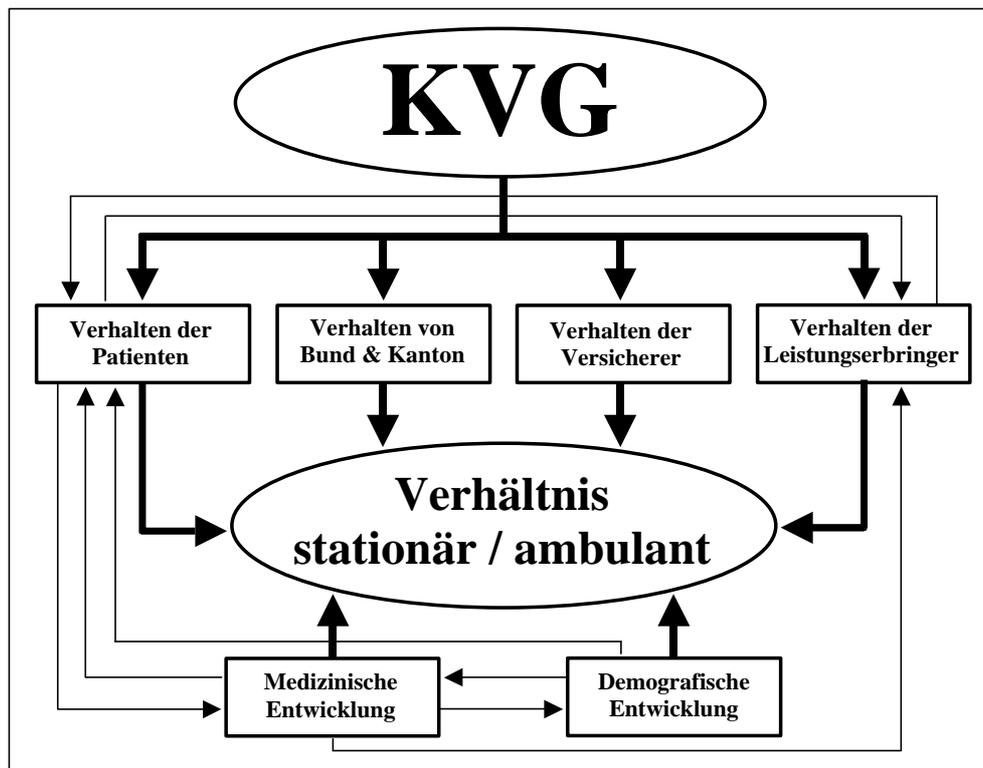
⁴⁵ Art. 105 (KVG)

Abbildung 6 zeigt sechs Faktoren, die das Verhältnis stationär/ambulant beeinflussen. Dies sind

- das Verhalten der Patienten,
- das Verhalten des Bundes und der Kantone,
- das Verhalten der Versicherer,
- das Verhalten der Leistungserbringer,
- die demografische Entwicklung sowie
- die medizinische Entwicklung.

Von diesen sechs Faktoren werden nur die letzten zwei nicht durch das KVG beeinflusst: Das KVG hat direkten Einfluss auf das Verhalten sämtlicher Akteure des Gesundheitssystems.

Abbildung 6: Die Einflussfaktoren auf das Verhältnis stationär/ambulant



Quelle: eigene Darstellung

Das KVG beeinflusst den Handlungsrahmen der Akteure im Gesundheitswesen und damit auch deren Verhalten massgeblich. Dieses Verhalten wiederum beein-

flusst das Verhältnis stationär/ambulant. Es gilt nun also, den Einfluss des KVG auf die Akteure zu beschreiben und zu untersuchen, wie dadurch deren Verhalten beeinflusst wird, das dann wiederum auf das Verhältnis stationär/ambulant wirkt.

Keinen direkten Einfluss hat das KVG auf die Altersstruktur der Bevölkerung und auf die Fortschritte in der Medizin.

Der Einfluss des KVG erfolgt einerseits über die Festlegung der Rechte und Pflichten der Akteure, sowie andererseits über die Regelung der Finanzierung des Bereichs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (kurz: OKP-Bereich). Dieser rechtliche Rahmen bietet ein Anreizsystem, das das Verhalten der Akteure entsprechend ihren Präferenzen beeinflusst.

Zu diesen Einflüssen kommt hinzu, dass die oben genannten sechs Einflussfaktoren nicht unabhängig voneinander sind, sondern sich untereinander beeinflussen und auch so indirekt wieder auf das Verhältnis stationär/ambulant wirken.

Im Folgenden sollen nun zuerst die durch das KVG festgelegten Rechte und Pflichten der Akteure, dann die Regelung der Finanzierung und zuletzt die Präferenzen der Akteure sowie das resultierende Verhalten beschrieben werden.

3.3. Durch das KVG festgelegte Rechte und Pflichten

3.3.1. Die Rechte und Pflichten der Versicherten

Eine entscheidende Neuerung, die das KVG mit sich brachte, war die Versicherungspflicht. Mit dieser Pflicht bekamen die Versicherten aber auch das Recht zur freien Wahl des Versicherers im Rahmen der Grundversicherung. Um die Vergleichbarkeit der Produkte sicher zu stellen, wurden verbindliche Anforderungen für die Leistungen der Grundversicherung festgelegt. Die Versicherten haben zudem die Möglichkeit, unter verschiedenen Modellen (Arztwahl, Höhe der Franchise etc.) auszuwählen, die unter dem Aspekt der Finanzierung (vgl. Kapitel 3.4.) näher betrachtet werden. Neu geregelt wurde zudem die Verbilligung der Prämien für in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen lebende Personen, die nun direkt an die entsprechenden Versicherten und nicht mehr an die Kassen ausbezahlt wird.

Aufgrund dieser Rechte und Pflichten bestehen für die Versicherten Anreize für eine bestimmte Kasse, ein Finanzierungsmodell und eine eventuelle Zusatzversicherung.

3.3.2. Rechte und Pflichten der Kantone

Grundsätzlich sind die Kantone für das kantonale Gesundheitswesen verantwortlich. Neben dem Recht, Gesetze zu erlassen, kommt den Kantonen im Tarifbereich eine Genehmigungsfunktion und eine Schiedsfunktion zu: Können sich Leistungserbringer und Kassen nicht auf einen Tarif einigen, hat der Kanton die Kompetenz, diesen festzulegen. Durch das KVG kann auch weiterhin beim Bundesrat Einspruch gegen solche Kantonsentscheide erhoben werden. Grundsätzlich ist jeder Tarifvertrag vor Inkrafttreten durch den Kanton zu genehmigen. Direkten Einfluss haben die Kantone auf den stationären Leistungsbereich und zwar über die Spitalplanung: Sie legen die stationäre Kapazität über die sogenannte Spitalliste fest. Die Kantone sind zudem verpflichtet (zusammen mit den Gemeinden) in öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern mindestens die Hälfte der in der Grundversicherung anrechenbaren Kosten sowie die Investitionskosten für erbrachte stationäre Leistungen zu tragen⁴⁶

Die Kantone sind weiter verpflichtet, wirtschaftlich benachteiligten Bewohnern Beiträge an die Grundversicherungsprämie zu leisten. Entsprechend der kantonalen Finanzkraft erhält jeder Kanton dafür Bundesbeiträge. Dieser Kredit lässt sich durch die Kantone nur entsprechend ihrem eigenen finanziellen Engagement bei der Prämienverbilligung ausschöpfen.⁴⁷

Da der mit dem KVG eingeführte „Pflichtleistungskatalog“ auch Präventionsleistungen enthält, eröffnete sich den Kantonen die (vom Gesetzgeber unbeabsichtigte) Möglichkeit, ihr Angebot im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu reduzieren, um Kosten einzusparen.

⁴⁶ vgl. hierzu 3.4.2.

⁴⁷ vgl. Verordnung über die Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krakenversicherung (VPVK). Eine ausführliche Darstellung der Prämienverbilligung und ihrer Auswirkungen findet sich in: Balthasar, D. (1998): *Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen*, BSV 21/98, Bern

3.3.3. Rechte und Pflichten des Bundes

Beim Bund sind verschiedene Organe durch das KVG einbezogen: der Bundesrat, das Departement des Inneren und das Bundesamt für Sozialversicherung.

Wie den Kantonen, kommt auch dem Bundesrat eine richterliche Gewalt zu: Wurden Tarifstreitigkeiten durch einen Kantonsentscheid beendet, ist der Bundesrat die Beschwerdeinstanz. Zudem hat er die Kompetenz, einen Bedürfnisnachweis für bestimmte Leistungserbringer zu verlangen und deren Zahl entsprechend zu beschränken.

Das Departement des Inneren legt die zu entschädigenden Leistungen im „Pflichtleistungskatalog“ fest und entscheidet bei Streitigkeiten.

Das Bundesamt für Sozialversicherung ist für die Kontrolle der Versicherer verantwortlich und hat deren Prämien zu genehmigen.⁴⁸

3.3.4. Rechte und Pflichten der Versicherer

Mit der Versicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung führte das KVG für die Versicherer die Pflicht ein, sämtliche versicherungswilligen Personen vorbehaltlos in die Grundversicherung aufzunehmen. Weiter ist eine Differenzierung der Prämie nur noch nach drei Altersgruppen (-18, -25 und 25+) und pro Kanton nur nach zwei Prämienregionen möglich. Versicherten, die Einschränkungen bei der freien Arztwahl in Kauf nehmen (z.B. HMO), können die Versicherer reduzierte Prämien gewähren.

Bereits vor dem KVG wurde in einem dringlichen Bundesbeschluss der sogenannte Risikoausgleich eingeführt, der Kassen mit einer günstigen Alters- und Geschlechterstruktur verpflichtet, Kassen mit einer weniger günstigen Struktur einen Ausgleich zu leisten. Dieser wurde ins KVG – befristet bis zum Jahr 2005 – übernommen.

⁴⁸ Eine ausführliche Analyse des Prämien genehmigungsverfahrens findet sich in Kägi, W. und Koller, B. (2002): *Veränderungen im Bereich der Prämien genehmigung aufgrund des KVG*, BSV, Bern).

Durch die Tarifverhandlungen haben die Versicherer die Möglichkeit, Einfluss auf die Höhe der Tarife zu nehmen. Durch das KVG haben die Versicherer neu das Recht, Einzelverträge mit Leistungserbringern abzuschliessen.

Die Einführung der vollen Freizügigkeit der Versicherten und die Vereinheitlichung des Leistungsumfangs drängt die Versicherer zu einem verstärkten Wettbewerb um die Gunst der Kunden, die die Grundversicherung im Gegensatz zu früher nun ohne negative Konsequenzen wechseln können.

3.3.5. Rechte und Pflichten der Leistungserbringer

Die Leistungserbringer sind dafür verantwortlich, den Patienten die nötige medizinische Behandlung zukommen zu lassen. Dafür werden sie entsprechend der vereinbarten Tarife entschädigt. Jede Person, die einen anerkannten Ausbildungsnachweis vorweisen kann und jede Institution, die als Leistungserbringer zugelassen wird, darf zu Lasten der Versicherer tätig werden (Kontrahierungszwang).

Über die Tarifverhandlungen können auch die Leistungserbringer Einfluss auf die Höhe der Tarife ausüben. Eine Neuerung des KVG ist das Recht, auch Einzelverträge mit den Versicherern abschliessen zu können.

Eine einschneidende Neuerung des KVG für die Leistungserbringer ist die Verpflichtung zu einem landesweit einheitlichen Tarifsystems (TARMED) im ambulanten Bereich, das allerdings noch nicht in Kraft getreten ist.

3.4. Die Finanzierung im Bereich des KVG

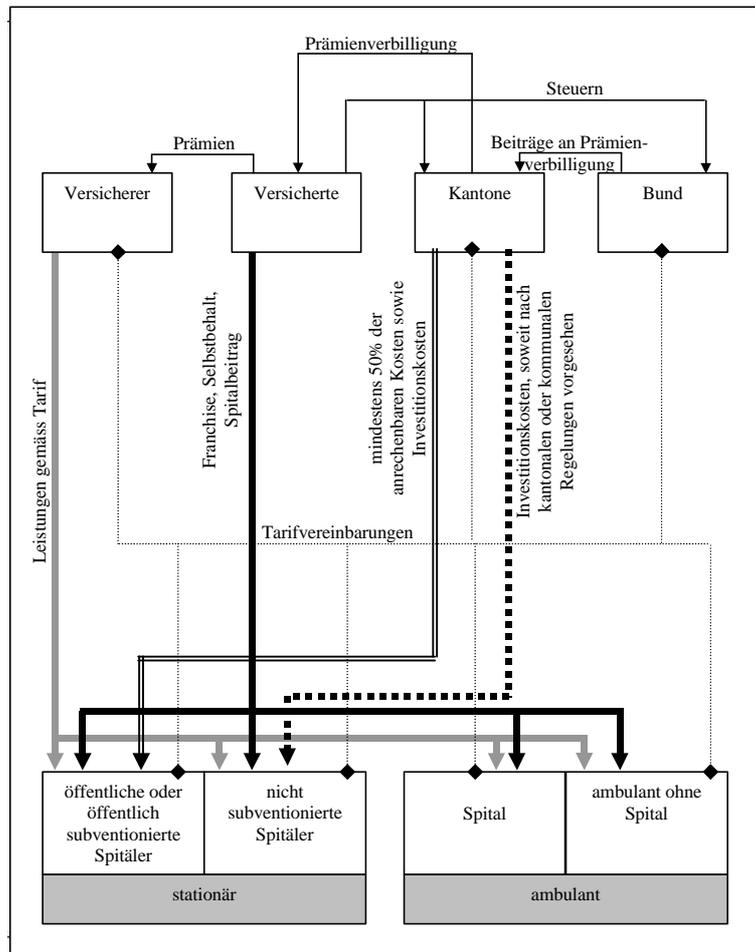
Das durch das KVG festgelegte System der Finanzierung und der sonstigen Rechte und Pflichten schafft für jeden der Akteure gewisse Anreize, die das Verhalten derselben massgeblich beeinflussen.

Abbildung 7 zeigt die Finanzierung der erbrachten Leistungen im Überblick. Es ist grundsätzlich zwischen zwei Seiten zu unterscheiden:

- der Leistungserbringerseite und
- der Finanzierungsseite.

Hierbei ist die Finanzierungsseite unterteilt in die Versicherer, den Bund und die Kantone sowie die Versicherten.

Abbildung 7: Die Finanzierung nach KVG⁴⁹



Quelle: eigene Darstellung

⁴⁹ Nicht aufgeführt sind die Kosten für Lehre und Forschung, die von der öffentlichen Hand, aber auch von privater Seite getragen werden. Die dargestellte Situation entspricht nicht der effektiven Finanzierung durch die Kantone ab der Einführung des KVG, sondern derjenigen gemäss den Entscheidungen des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 16. Dezember 1997 und 30. November 2001. Gemäss diesen Entscheidungen haben sich die Kantone auch an den Kosten für Patienten der Halbprivat- und Privatabteilungen von öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern zu beteiligen. Für die innerkantonalen stationären Behandlungen wurde per Bundesgesetz vom 21. Juni 2002, eine progressive Anpassung der Beiträge der Kantone vorgesehen

Auf der Leistungserbringerseite wird in einem ersten Schritt zwischen stationären und ambulanten Leistungen unterschieden. Der zweite Schritt unterteilt den stationären Leistungsbereich in subventionierte und nicht subventionierte Spitäler und den ambulanten Leistungsbereich in den Spitalsektor sowie Leistungserbringer ausserhalb des Spitalsektors.

3.4.1. Die Versicherten

Der Zahlungsstrom geht von den Versicherten, die dem System auf drei Kanälen Geld zuführen, aus:

1. Den Versicherern über die Prämiegelder,
2. dem Bund und den Kantonen über die Steuern und
3. den Leistungserbringern direkt über Franchise, Selbstbehalt und Spitalbeitrag.

Während die Höhe der Steuern vom Versicherten nicht direkt beeinflusst werden kann, bieten sich in den anderen Fällen Möglichkeiten zur Kostenoptimierung: Eine Erhöhung der Franchise senkt die zu bezahlende Prämie. Franchise, Selbstbehalt und Spitalbeitrag fallen nur an, wenn Leistungen in Anspruch genommen werden.

Eine weitere Möglichkeit zur Prämienreduktion ist die Wahl eines alternativen Versicherungsmodells, das an bestimmte Einschränkungen wie zum Beispiel die Begrenzung der freien Arztwahl gebunden ist.

Neben der in jedem Fall zu bezahlenden Prämie fallen für die Versicherten bei der Inanspruchnahme von Leistungen folgende Kosten an:

- Sämtliche Behandlungskosten bis zum Betrag der gewählten Franchise.
- Übersteigt der Gesamtbetrag die Franchise, so sind die Versicherten verpflichtet, 10% der Kosten selber zu tragen. Dies allerdings nur bis zu einem Maximalbetrag von insgesamt Fr. 600.-.
- Zusätzlich ist für jeden in stationärer Behandlung verbrachten Aufenthaltstag ein Beitrag von Fr. 10.- zu leisten.

In bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen lebende Versicherte haben Anrecht auf eine Verbilligung ihrer Prämie durch den Kanton.

3.4.2. Bund und Kantone

Über die Kantone fliesst auf zwei Wegen Geld in das Gesundheitswesen:

1. Die Entlastung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen durch Prämienverbilligungen.
2. Für stationäre Behandlungen in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern durch die Übernahme der Investitionskosten (an diesen Kosten beteiligen sich auch die Gemeinden) sowie von mindestens der Hälfte der anrechenbaren Kosten für die KVG-Tarife⁵⁰. Investitionskosten von nicht subventionierten Spitälern werden vom Gemeinwesen getragen, soweit dies nach kantonalen oder kommunalen Regelungen vorgesehen ist. Weitere nicht anrechenbare Kosten (Überkapazität, Lehre und Forschung) werden teilweise auch von der öffentlichen Hand übernommen. Die Beiträge der Kantone werden in Form von Betriebssubventionen, Infrastrukturbeiträgen oder Defizitgarantien geleistet.

Der Bund unterstützt die Kantone bei den Beiträgen zur Prämienverbilligung.

3.4.3. Die Versicherer

Die Versicherer sind verpflichtet, die Kosten der wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erbrachten Leistungen im Rahmen des „Pflichtleistungskataloges“, die nicht von anderer Stelle (siehe oben) gedeckt sind, zu übernehmen. Dies sind sämtliche ambulanten Pflichtleistungen abzüglich der Franchise und dem Selbstbehalt der Patienten. Für stationäre Leistungen übernimmt die Grundversicherung gemäss KVG-Tarif – wiederum abzüglich Franchise und Selbstbehalt – in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50% der anrechenbaren Kosten (ohne Investitionskosten) bzw. in nicht subventionierten Spitälern die anrechenbaren Kosten, inklusive Investitionskosten (soweit diese nicht nach kanto-

⁵⁰ vgl. Art 49 Abs.1 (KVG)

nalen oder kommunalen Regelungen durch die Gemeinwesen getragen werden). Kosten für Überkapazitäten sowie Lehre und Forschung dürfen in nicht die Tarife eingerechnet werden.

3.4.4. Die Leistungserbringer

Die Leistungserbringer werden für die von ihnen erbrachten Leistungen gemäss den vereinbarten Tarifen entschädigt.

3.4.5. Die Tarifvereinbarung

Wichtig zu beachten ist, dass die Akteure Versicherer, Bund, Kantone und Leistungserbringer über die Tarifvereinbarung einen gewissen Einfluss auf die Höhe der Finanzströme haben. Hierbei wird die Höhe der Entschädigungen für die erbrachten Leistungen ausgehandelt. Bedingt durch die sehr gegensätzlichen Interessen der Leistungs- und Finanzierungsseite ist dieser Spielraum aber eher klein.

Das KVG sieht folgende Tarifarten vor:⁵¹

1. Zeittarif, basierend auf dem zur Behandlung benötigten Zeitaufwand.
2. Einzelleistungstarif, basierend auf einem landesweit einheitlichen Taxpunktkatalog für bestimmte Leistungen, wobei der *Wert* eines Taxpunktes kantonal festgelegt wird (TARMED – noch nicht eingeführt).
3. Pauschaltarif, basierend auf Patienten oder Versichertengruppen, wobei diese im stationären Bereich angewandt werden müssen.

3.5. Die Präferenzen und das Verhalten der Akteure

Bevor aufgezeigt werden kann, wie das KVG das Verhalten der Akteure bezüglich der Entscheidung, ob eine Behandlung stationär oder ambulant erfolgen soll, be-

⁵¹ vgl. Art 43 (KVG)

einflusst, müssen hier jeweils zuerst die Präferenzen der Akteure beschrieben werden, da erst sie *zusammen* mit den Anreizen des KVG das Verhalten bestimmen. Dabei sollen auch vom KVG unbeeinflusste Faktoren dargestellt werden.

3.5.1. Die Versicherten

Die grundsätzliche Präferenz der Versicherten ist es, ein von gesundheitlichen Einschränkungen möglichst freies Leben zu führen. Dabei stehen finanzielle Überlegungen nach Erfahrung angefragter Patientenorganisationen nicht im Vordergrund. Erst wenn sicher gestellt ist, dass dieses Ziel erreicht werden kann, geht die finanzielle Dimension in die Überlegung mit ein, bleibt aber ein Punkt unter vielen. Insbesondere in dem Moment, in dem aus den Versicherten Patienten werden, im Krankheitsfall also, treten finanzielle Überlegungen in den Hintergrund. Dies auch aufgrund der Tatsache, dass nur ein Teil der Lasten selber zu tragen ist, und der Rest von der Versicherung übernommen wird (*moral hazard*).

Anfragen bei Patientenorganisationen haben gezeigt, dass bei der Entscheidung zwischen einer stationären und einer ambulanten Behandlung der Ratschlag des behandelnden Mediziners besonders wichtig ist. Dazu kommen Überlegungen zum Verhältnis zwischen dem Nutzen und den nicht-monetären Kosten der Behandlung wie Aufenthaltsdauer oder zu erwartende Beschwerden während der Rekonvaleszenz sowie die Erfolgsaussichten. In dieser Situation werden finanzielle Fragen oft gar nicht beachtet und deren Auswirkungen erst im Nachhinein durchgerechnet.

Für die konkrete Frage, ob eine Behandlung stationär oder ambulant durchgeführt werden soll, spielen demnach die folgenden Punkte eine Rolle:

- Sind die Ergebnisse gleichwertig?
- Zu welcher Variante rät die Fachperson?
- Ist die professionelle Unterstützung durch den Operateur, den Hausarzt und die SPITEX gewährleistet? Gibt es ein Notfallkonzept?
- Ist eine Betreuung *nach* der allfälligen ambulanten Behandlung durch Angehörige oder Bekannte sicher gestellt?
- Wie sind die Präferenzen bezüglich der Aufenthaltsdauer?

- Und untergeordnet (wenn überhaupt): Wie unterscheidet sich die persönliche finanzielle Belastung?

Finanzielle Überlegungen spielen vor allem dann eine Rolle, wenn der in Frage kommenden Behandlung nicht ein dringliches gesundheitliches Problem zugrunde liegt, diese also ohne grössere Freiheitseinbussen zu einem anderen Zeitpunkt durchgeführt werden kann. Der Versicherte ist also relativ gesund, weshalb weniger ein Wiederherstellen seiner Gesundheit als eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Dabei handelt es sich aber in der Mehrheit der Fälle nicht um die Frage, ob eine Behandlung stationär oder ambulant durchgeführt werden soll, sondern eher um ambulante Behandlungen und die Frage ob sie durchgeführt werden soll oder nicht.

Das KVG bietet den Versicherten verschiedene Möglichkeiten, ihre Kosten zu minimieren. Mit der Franchise, dem Selbstbehalt und der Beteiligung an den stationären Spalkosten wird versucht, die Anreize so zu setzen, dass die Versicherten Leistungen kontrolliert konsumieren, da sie zumindest einen Teil davon selber bezahlen müssen.

Eine erste „Einstiegshürde“ stellt die Franchise dar. Die ersten in Anspruch genommenen Leistungen gehen vollumfänglich zu Lasten des Versicherten bis zur Höhe der gewählten Franchise. Vor der ersten Inanspruchnahme von Leistungen müssen sich die Versicherten überlegen, ob sie bereit sind, diese bis zum Betrag ihrer Franchise selber zu bezahlen. Dadurch sollen die Versicherten angehalten werden, sich so zu verhalten, als ob sie gar nicht versichert wären und deshalb nur wirklich nötige Leistungen in Anspruch nehmen. Diese „Hürde“ wirkt so lange, bis die Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen die Höhe der Franchise erreicht.

Um auch nach diesem Zeitpunkt Anreize zu schaffen, medizinische Leistungen massvoll zu konsumieren, deckt die Versicherung in der zweiten Phase nur 90% der Kosten ab. Auch nach der Bezahlung der Franchise hat die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen eine Kostenfolge für die Versicherten, die diese dazu motivieren soll, sich nicht unnötig behandeln zu lassen. Die Gesamtsumme dieses Selbstbehaltes ist auf Fr. 600.- begrenzt. Ist dieser Betrag erreicht, deckt die Versicherung 100% der in Anspruch genommenen Leistungen ab, die nicht bereits

von einer anderen Stelle gedeckt sind. Einzig der Spitalbeitrag von Fr. 10.- pro Tag geht weiterhin zulasten der Versicherten.^{52,53}

Auf das Verhalten der Patienten hat dieses System der Finanzierung folgende Einflüsse: Liegen die zu erwartenden Kosten innerhalb der Franchise, ist eine Beurteilung der Dringlichkeit einer allfälligen Behandlung vorteilhaft. Sind in diesem Jahr keine weiteren Behandlungen zu erwarten, so fallen alle Kosten zu Lasten des Versicherten an und im nächsten Jahr muss im Behandlungsfall wieder die gesamte Franchise bezahlt werden. Ein Aufschieben einer weniger dringlichen Behandlung in das nächste Jahr kann sich also lohnen, da damit die Wahrscheinlichkeit steigt, dass die Behandlungskosten die Franchise übersteigen und für weitere Behandlungen Versicherungsleistungen in Anspruch genommen werden können. Die Franchise schafft also keine Anreize weniger nötige Behandlungen *nicht* durchführen zu lassen, sondern lediglich diese aufzuschieben, bis der Betrag der Franchise überschritten werden kann. Auch für nicht dringliche Behandlungen schafft sie den Anreiz zur Kumulierung und dadurch zu einer Umgehung der Franchise.

Genauso wie die Franchise vor deren Begleichung eine Auswirkung auf das Verhalten der Versicherten hat, wirkt sie sich auch *nach* der Begleichung noch aus: Da sie im nächsten Jahr wieder zu bezahlen ist, schafft eine bezahlte Franchise Anreize, allfällige Behandlungen möglichst noch in demselben Jahr, in dem die Franchise bereits beglichen ist, ausführen zu lassen. Da im nächsten Jahr wieder 100% der Kosten bis zur Höhe der Franchise zu tragen sind, haben die 10% Selbstbehalt bis maximal Fr. 600.- keinen grossen Lenkungseffekt.

Sind einmal Franchise und Selbstbehalt beglichen, hat das Konsumieren medizinischer Leistungen mit Ausnahme des Spitalbeitrags von Fr. 10.- pro Tag keine finanziellen Auswirkungen mehr. Somit werden die Entscheidungen gar nicht mehr von kostenminimierenden Überlegungen geprägt sein. Die Anreize sind zu diesem Zeitpunkt vielmehr so gesetzt, dass nun „endlich“ die Möglichkeit besteht, „wirklich“ von der Versicherung zu profitieren, da sie nun *sämtliche* in Anspruch genommenen Leistungen decken muss (*moral hazard*).

⁵² Ausnahmen regelt Art. 104 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

⁵³ Eine zusätzliche finanzielle Belastung durch eine ambulante Versorgung kann dadurch entstehen, dass die behandelte Person in der Genesungszeit auch eine Haushaltshilfe angewiesen ist. Diese wird von der Grundversicherung nicht entschädigt. Bei einer stationären Behandlung wäre eine Versorgung jedoch im Rahmen der Spitalinfrastruktur sichergestellt und auch entschädigt gewesen.

Auf das Verhalten des Patienten bei der konkreten Entscheidung zwischen einer stationären oder ambulanten Behandlung hat das KVG also folgende Einflüsse: Finanzielle Überlegungen spielen vor allem dann eine Rolle, wenn die Franchise noch nicht beglichen ist. Kommt eine Entscheidung nicht aufgrund der anderen bereits genannten Faktoren, die nicht vom KVG beeinflusst werden, zu Stande, so wird der Patient die günstigere Variante wählen. Durch die Festlegung einer im stationären und ambulanten Leistungsbereich unterschiedlichen Finanzierung verzerrt das KVG die Anreize hier allerdings sehr stark: Die Patienten müssen nämlich nicht die gesamten Kosten einer stationären Behandlung in einem subventionierten Spital in ihr Kalkül mit einbeziehen, sondern lediglich einen Anteil davon, da sich die Franchise an den bei der Versicherung anfallenden Kosten orientiert. Aus Sicht des Patienten sind also eine stationäre und eine ambulante Behandlung finanziell gesehen erst dann gleichwertig, wenn die stationäre Behandlung um den Betrag der Subventionierung teurer ist als die ambulante. Einzig der Spitaltagbeitrag schafft hier noch einen minimalen Ausgleich, indem er die Wahl einer stationären Behandlung minim verteuert. Ansonsten lenkt das KVG das Verhalten von Patienten, die die finanzielle Belastung in ihre Entscheidung mit einbeziehen, klar in die Richtung einer *stationären* Behandlung.

Dieser Anreiz ändert sich, wenn Franchise und der Selbstbehalt beglichen sind: Ambulante Behandlungen haben ab diesem Zeitpunkt keine finanziellen Folgen für den Patienten, während bei stationären Behandlungen weiterhin der Spitalbeitrag zu entrichten ist. Hängt die Entscheidung von der finanziellen Belastung ab, lenkt das KVG den Patienten hier also möglicherweise hin zu einer *ambulanten* Behandlung. Dieser Anreiz ist allerdings wegen des niedrigen Betrages (Fr. 10./Tag) *sehr* schwach.

Aufgrund der oben aufgeführten Präferenzen der Patienten, bei denen finanzielle Fragen nach Einschätzung der Patientenorganisationen nicht im Vordergrund stehen, sind Fälle, bei denen die finanziellen Auswirkungen der entscheidende Punkt sind, eher selten. Gesamthaft ist dieser Effekt des KVG also als eher klein einzustufen.

Wichtiger als die Entscheidung *zwischen* der stationären und der ambulanten Variante einer Behandlung ist die Entscheidung *für oder gegen* eine Behandlung, die nur ambulant angeboten wird. Mit dem vergrößerten Angebot an medizinischen

Leistungen ist auch die Nachfrage gestiegen.⁵⁴ Für diese Studie geführte Gespräche mit praktizierenden Ärzten haben gezeigt, dass medizinische Leistungen (und dabei insbesondere der Konsum von Medikamenten) bei den Patienten immer weniger als Mittel zur Behandlung aussergewöhnlicher Situationen als vielmehr zu Alltag gehörend betrachten. Da gerade im ambulanten Bereich die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme von Leistungen relativ niedrig ist, wirkt sich diese Entwicklung in einer Mengenausweitung *vor allem im ambulanten Bereich* aus.

Kernaussagen

Im Krankheitsfall stehen finanzielle Konsequenzen bei den Versicherten im Hintergrund. Primär geht es ihnen um die Wiederherstellung ihrer Gesundheit. Die Existenz einer Versicherung unterstützt diese Haltung (*moral hazard*).

Steht ein Patient tatsächlich einmal vor der Wahl, ob eine Behandlung stationär oder ambulant durchgeführt werden soll, spielt die Meinung des behandelnden Arztes eine sehr grosse Rolle.

Die Franchise hat besonders dann einen lenkenden Effekt hin zur günstigeren Behandlung, wenn die finanzielle Belastung einer oder beider Varianten weniger hoch ausfällt als die gewählte Franchise. Durch die verzerrenden Effekte der Finanzierung erscheinen ambulante Behandlungen für den Patienten aber erst dann als günstiger, wenn sie weniger als eine stationäre Behandlung abzüglich dem gemäss KVG durch den Kanton finanzierten Anteil kosten.

Das Verhalten der Versicherten beeinflusst das Verhältnis stationär/ambulant durch das Auslösen einer Mengenausweitung im ambulanten Leistungsbereich und nicht durch das Bewirken ‚echter‘ Verschiebungen.

⁵⁴ vgl. Kapitel 5

3.5.2. Der Bund und die Kantone

Die staatlichen Stellen stehen in einem Spannungsfeld von zwei Zielen: der Kostenkontrolle einerseits und der Gewährleistung eines qualitativ hochstehenden Gesundheitssystems, das für sämtliche Einwohner des Landes offen bleibt andererseits. Hierbei können Bund und Kantone auf zwei Ebenen handeln:

1. innerhalb der heute bestehenden Gesetze und
2. bei der Gestaltung zukünftiger Gesetze.

Solange gewährleistet ist, dass das Niveau des Gesundheitssystems beibehalten werden kann, werden Bund und Kantone versuchen, ihr finanzielles Engagement zu reduzieren. Grosse Einschnitte bei den Leistungen des Gesundheitswesens zur Senkung der Kosten sind hingegen politisch kaum durchzusetzen.

Durch die Tatsache, dass die Beiträge von Bund und Kantonen ungefähr im Gleichschritt mit den Kosten des Gesundheitswesens steigen, haben auch sie Anreize, um eine Kostenvermeidung bemüht zu sein. Da die Beiträge des Bundes aber zur Prämienverbilligung eingesetzt werden, die unabhängig von der Behandlungsart der Versicherten anfallen, bietet das System hier für den Bund keine konkreten Anreize für eine bestimmte Behandlungsmethode. Lediglich im Sinne der Gesamtkostenbetrachtung könnte aufgrund der Tatsache, dass ambulante Behandlungen in der Regel günstiger erbracht werden können als stationäre, zu einer Präferenz für das Ambulante führen. Da der Fortschritt im ambulanten Bereich allerdings auch eine Mengenausweitung zur Folge hat, muss eine Förderung von ambulanten Leistungen nicht unbedingt dazu führen, dass die Bundesbeiträge abnehmen.⁵⁵

Für die Kantone allerdings bietet das derzeitige System einen starken Anreiz, die ambulante Medizin zu fördern, da ambulante Leistungen zu 100% von den Versicherungen (oder den Patienten via Franchise und Selbstbehalt) bezahlt werden müssen, während die Kantone bei stationären Leistungen verpflichtet sind, die Investitionskosten sowie mindestens die Hälfte der gemäss KVG anrechenbaren Kosten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern zu übernehmen. Eine Verlagerung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich

⁵⁵ vgl. hierzu auch S.5 sowie Kapitel 3.7. und 5

bedeutet für die Kantone im jetzigen Finanzierungssystem also eine klare Kosteneinsparung. Über die Spitalplanung haben die Kantone eine direkte Einflussmöglichkeit auf den stationären Leistungsbereich und können somit dessen Kapazität aktiv bestimmen. Die einzelnen Kantone haben diesen Auftrag des KVG sehr unterschiedlich umgesetzt: Insgesamt gibt es 23 verschiedene Bestimmungen, die den Bedarf an stationärer Kapazität festlegen. Diese hier ausführlich zu behandeln geht am Ziel der vorliegenden Studie vorbei. Es sei hier deshalb auf die ausführliche Analyse von O. Biersack „Die Planungsmethoden der Kantone“ verwiesen.⁵⁶ Zu welchen unterschiedlichen Resultaten die Planungen der einzelnen Kantone führen, zeigen Schätzungen der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) zum Abbau der Akutbetten 1995-2000. Dabei werden die vier Kantone mit dem stärksten Bettenabbau ermittelt: Dies sind die Kantone Bern (ca. -1'000), Zürich (-754), Waadt (-475, bis 1999) und St. Gallen (-215). Die Summe des Bettenabbaus dieser vier Kantone beläuft sich also auf circa 2'444 und damit bereits auf 81.5% des von der SDK geschätzten Bettenabbaus in der gesamten Schweiz von ca. 3'000 Betten. Ausserhalb dieser vier Kantone fällt der Bettenabbau also nicht besonders ins Gewicht: Auf die restlichen 22 Kantone verteilen sich noch 556 abgebaute Betten, was im Durchschnitt 25 Stück entspricht. Der zu erwartende Einfluss ausserhalb der vier Kantone ist also als klein einzustufen. Auch innerhalb der vier Kantone gilt es zu bedenken, dass die Spitalplanung nicht zur *Einschränkung* des stationären Leistungsbereichs eingeführt wurde, sondern vielmehr zum *Abbau von Überkapazitäten*.

In der Kompetenz des EDI liegt der „Pflichtleistungskatalog“, wodurch neue Leistungen als kassenpflichtig eingestuft werden können. Bedingt durch das politische Ziel, allen Grundversicherten Zugang zu möglichst allen Bereichen des Gesundheitswesens zu ermöglichen, wird dieser ständig erweitert. Im Gleichschritt mit dem technischen Fortschritt kommen neue Behandlungsmethoden, -varianten und Medikamente hinzu. Aber auch ältere Heilmethoden der Alternativmedizin finden Eingang in den „Pflichtleistungskatalog“.

Während ein Teil der neuen Leistungen durch Substitution aufwändigerer Verfahren zu Kosteneinsparungen führt, führen andere zu Kostensteigerungen.⁵⁷ Eine genaue Bezifferung der Auswirkungen ist daher aufwändig. Seit Einführung des

⁵⁶ Biersack (2000)

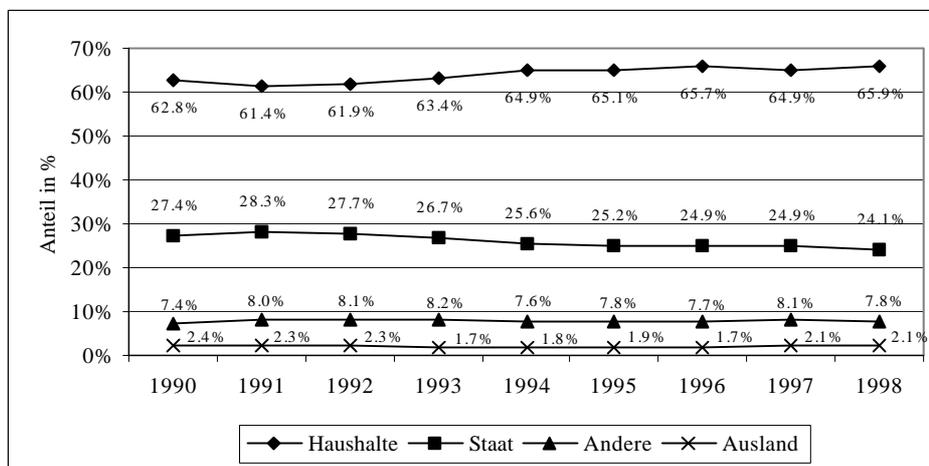
⁵⁷ vgl. Haari et al (2001)

KVG (und insb. gerade bei der Einführung selbst) wurden jedoch in Bezug auf die Kosten vor allem der ambulante Bereich ausgeweitet. Bis zum jetzigen Zeitpunkt hat die Erweiterung der Pflichtleistungen also zu einer stärkeren Ausweitung der *ambulanten* Leistungen geführt.

Für die Kantone hat insbesondere die Pflicht zur Spitalplanung die politischen Möglichkeiten zu Sparmassnahmen etwas vergrössert. Auch die Entlastung durch die Übertragung der Finanzierungspflicht von Präventionsleistungen auf die Versicherer hat hier eine geringfügige Reduktion der Ausgaben ermöglicht.

Abbildung 8 zeigt die Entwicklung der Anteile der verschiedenen Träger an der wirtschaftlichen Belastung im gesamten Gesundheitssystem. Dabei zeigt sich, dass der Staat vor allem auf Kosten der Haushalte einen abnehmenden Anteil der Kosten trägt. Deutlich wird hierbei allerdings auch, dass dieser Rückzug nicht erst mit dem KVG eingesetzt hat: Die letzte positive Wachstumsrate des staatlichen Anteils ist 1991 zu verzeichnen, die grössten Rückgänge des staatlichen Anteils fallen in die Zeit *vor* dem KVG auf die Jahre 1993 und 1994. Der Trend eines sinkenden Staatsanteils setzt sich aber auch seit Einführung des KVG weiter fort.

Abbildung 8: Anteile der verschiedenen Träger an der wirtschaftlichen Belastung der Kosten des Gesundheitswesens, 1990-1998



Quelle: BFS (2000a), T15, eigene Darstellung

Das KVG kann folglich nicht als Ursache für den Rückzug des Staates bezeichnet werden, allerdings hat es die Fortführung dieses Trends ermöglicht.

Der Spardruck im stationären Leistungsbereich hat durch Effizienzsteigerungen und Ausweichreaktionen zu einer Wachstumsstabilisierung desselben geführt und somit einen senkenden Effekt auf den Quotienten stationär/ambulant.

Auf den 4. Juli 2002 hat der Bundesrat von seinem im KVG (Art. 55a) verankerten Recht, die Zulassung von Leistungserbringern vom Bedürfnis abhängig zu machen, Gebrauch gemacht und mit dem sogenannten ‚Ärztstopp‘ die Zulassung von im ambulanten Leistungsbereich tätigen Leistungserbringern an den Bedarf geknüpft und so für drei Jahre beschränkt.⁵⁸ Diese Einschränkung betrifft nur den ambulanten Bereich. Wie stark jedoch ihr Einfluss auf das Verhältnis stationär/ambulant ausfällt, ist von zwei Dingen abhängig:

1. Von der Art der Umsetzung in den einzelnen Kantonen: Die Unterschiede sind hier beträchtlich. Während einige Kantone keine Ausnahmen zulassen, heben andere durch grosszügige Ausnahmeregelungen einen grossen Teil der Einschränkung wieder auf.
2. Dem Ausmass der Ausweichreaktionen: Vor Inkrafttreten des Ärztstopps verzeichnete die santésuisse einen starken Anstieg der Gesuche für die Erteilung einer Zahlstellennummer. Aufgrund des Ärztstopps hat also zumindest ein Teil der Ärzte den Antrag auf Zulassung einfach vorgezogen. Zeigen muss sich am Ende der Beschränkungsperiode, ob es hier nicht zu einer zweiten Zulassungsspitze kommt und der Ärztstopp somit lediglich bewirkt hat, dass Ärzte, die ihren Zulassungsantrag nach vorne verschieben konnten, dies getan haben, während der Rest verpflichtet war, ihn nach hinten zu verschieben.

Durch die erhöhte Anzahl der Zulassungen im Jahr 2002 ist dort noch kein Effekt der Einschränkung zu erwarten. Der Jahrgang 2002 ist allerdings der letzte, für den Daten zur Verfügung stehen. Im Rahmen dieser Studie ist also noch keine Untersuchung dieses Einflusses auf das Verhältnis stationär/ambulant möglich. Es ist allerdings zu erwarten, dass die Veränderungen angesichts der nur selten restriktiven Umsetzung, der Ausweichreaktionen, der kurzen Gültigkeitsdauer und der voraussichtlich ersatzlosen Beendigung der Beschränkung im Jahre 2005 eher gering ausfallen werden. Ein Einfluss auf den stationären Leistungsbereich könnte durch die vermehrte Anstellung von Ärzten, die keine ambulante Zulassung bekommen, entstehen. Nicht zu erwarten ist eine ‚echte‘ Verschiebung von Behandlungen in den stationären Leistungsbereich aufgrund des Ärztstopps, da die be-

⁵⁸ Vorgesehen ist, dass die Zulassungsbeschränkung durch eine Aufhebung oder zumindest eine Lockerung des Kontrahierungszwangs ersetzt werden soll.

stehenden ambulanten Kapazitäten gross genug sind, die anfallenden Fälle zu behandeln.⁵⁹

Kernaussagen

Für die Kantone bestehen durch die Form der Finanzierung, nach der sie sich zu mindestens 50% an den stationären Behandlungen beteiligen müssen, starke Anreize, eine Verlagerung in den ambulanten Leistungsbereich zu forcieren. Einfluss nehmen können sie über die ihnen unterstellte Planung des stationären Bereichs.

Die Kantone nutzen ihren Spielraum, sich aus der Finanzierung, insbesondere des stationären Leistungsbereichs, zurückzuziehen. Der dadurch entstehende Spar- druck und die Ausweichreaktionen in nicht regulierte Bereiche trägt einen grossen Teil zu der beobachteten Wachstumsstabilisierung im stationären Bereich bei und führt somit zu einem Sinken des Quotienten stationär/ambulant.

Die Aufnahme neuer Leistungen (insb. bei der Einführung des KVG) durch das EDI in den „Pflichtleistungskatalog“ erweitert die durch die Grundversicherung zu deckenden Leistungen vor allem im ambulanten Bereich.

Der Ärztstopp betrifft nur den ambulanten Leistungsbereich und hat somit potentiellen Einfluss auf das Verhältnis stationär/ambulant, indem er die Ausweitung des ambulanten Bereichs *bremsen* würde. Da dazu allerdings noch keine Daten vorliegen, kann der Einfluss in dieser Studie noch nicht untersucht werden. Zu erwarten ist allerdings ein eher geringer Effekt.

3.5.3. Die Versicherer

Versicherer in der OKP dürfen von Gesetzes wegen keine gewinnorientierten Gesellschaften sein. Trotzdem haben sie ein Interesse daran, das zu erbringende Entschädigungsvolumen klein zu halten, da eine Erhöhung der Prämien nur mit der Genehmigung des BSV erfolgen und zu einem Kundenverlust führen kann. Zudem

⁵⁹ Unter dem Titel „Auswirkungen des Ärztstopps aufgrund Art. 55a KVG“ läuft beim BSV zurzeit eine Studie, die diese Effekte detailliert beschreiben wird.

sind die Einnahmen nach der Prämienfestsetzung relativ fix (abgesehen von Ein- und Austritten von Versicherten). Fallen nun die Kosten höher aus als die Einnahmen, geht dies zu Lasten der Reserven, was eine Prämienhöhung im nächsten Jahr wahrscheinlicher macht und dann eventuell zu einem Kundenverlust führt. Übersteigen die Einnahmen die Kosten, können im folgenden Jahr bestehende Kunden dank weniger stark steigenden Prämien gehalten oder neue hinzugewonnen werden.

Zur Senkung der Kosten bieten sich drei Möglichkeiten an, wobei die erste alle Kassen betrifft, während die zweite und dritte nur einen Einfluss auf die individuelle Kasse hat und somit Konkurrenzvorteile bieten kann:

1. Das Aushandeln möglichst niedriger Tarife in den Tarifverhandlungen.
2. Das Senken der durch die Versicherten verursachten Kosten entweder durch das Anziehen von sogenannten „guten Risiken“, die nur unterdurchschnittliche oder gar keine Kosten verursachen (*Risikoselektion*) oder durch die Motivierung der Versicherten, kostenbewusst zu handeln. Hierbei können die nicht deckungsgleichen Präferenzen von gesunden Versicherten und Patienten ausgenutzt werden: Gesunde gewichten das Finanzielle stärker als Patienten, die primär wieder gesund werden wollen, egal zu welchen Kosten. Gelingt es nun, den Gesunden finanzielle Anreize zu bieten, die allerdings gleichzeitig zu gewissen Einschränkungen im Krankheitsfall führen, lassen sich Kosten vermeiden.
3. Eine konsequente Kontrolle der Leistungserbringer, ob die verrechneten Leistungen wirklich den anzuwendenden Regelungen entsprechend erbracht wurden.

Im Vergleich zu den Kantonen sieht die Finanzierungssituation für die Versicherer gerade spiegelbildlich aus: Während sie die vollen Kosten von ambulanten Behandlungen bezahlen müssen, fällt bei stationären Behandlungen in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern durch die Beteiligung der Kantone nur ein Teil der Kosten an. Solange also eine ambulante Behandlung mehr als der durch den Versicherer zu tragende Anteil einer stationären Behandlung kostet, ist die Wahl der stationären Behandlung aus Sicht der Versicherer vorteilhaft. Der finanzielle Anreiz, stationäre Behandlungen dort zu bevorzugen, wo sie eine Alternative zu ambulanten Behandlungen darstellen, ist also sehr gross. Allerdings ist die Einflussmöglichkeit der Kassen auf die Wahl zwischen einer ambulanten oder einer stationären Behandlung sehr klein, da sie von ihrer Rolle im Gesund-

heitswesen her an dieser Entscheidung nicht beteiligt sind. Während also sowohl die Präferenzen wie auch die Anreize sehr deutlich sind, sind die Einflussmöglichkeiten der Kassen äusserst klein, weshalb dieser Einfluss auf das Verhältnis stationär/ambulant als ebenfalls sehr gering eingestuft werden muss.

Entscheidender wirkt sich diese Art der Finanzierung bei den *Managed Care-Modellen* aus. Managed Care-Modelle bieten den Kassen die Möglichkeit, ihre Präferenzen zumindest teilweise auf gewisse Leistungserbringer zu übertragen, indem diese am unternehmerischen Risiko mitbeteiligt werden: Anstelle der Einzelleistungsabrechnung bei welcher der Arzt sämtliche von ihm erbrachten Leistungen garantiert entschädigt erhält, werden die Leistungserbringer in Managed Care-Modellen pauschal entlohnt. Dabei wird im Voraus in Verhandlungen ein Betrag festgelegt, eine bestimmte Versichertengruppe in einer gewissen Zeitperiode kosten darf. Die Einhaltung dieses Budgets liegt nun in der Verantwortung des Leistungserbringers. Unterschreitungen bedeuten einen zusätzlichen Gewinn, während Überschreitungen zu Verlusten führen. Problematisch hierbei ist, dass die alternativen Versicherungsmodelle für den Patienten automatisch die Einschränkung der freien Arztwahl bedeuten. Solange andere Alternativen offen stehen, will der Versicherte für diese Einschränkungen in Form einer Prämienreduktion entschädigt werden, da er sonst keinen Anreiz hat, diese Versicherungsform zu wählen.

In der Regel sind gesunde Menschen offener für diese Versicherungsformen, da die Einschränkungen erst im Krankheitsfall wirksam werden, und dieser für sie wenig wahrscheinlich ist. Dies führt dazu, dass vor allem die sogenannten guten Risiken solche Verträge abschliessen. Da diese selten zum Arzt gehen, sind die Einsparungen bei dieser Versichertengruppe klein.⁶⁰ Zudem ist für sie der von der Prämienhöhe unabhängige Risikoausgleich zu bezahlen. Neben den zu überwindenden Hürden, wie die Akzeptanz sowohl bei den Leistungserbringern wie auch bei den Versicherten, ist auch der finanzielle Anreiz für die Kassen sehr schwach, diese Art der Versicherung anzubieten, obwohl die Anreize für das gesamte Gesundheitssystem darin kostenoptimierender gesetzt werden. Die mangelnde breite Durchsetzung dieser Versicherungsformen, hat dazu geführt, dass eine Verpflich-

⁶⁰ Attraktiv sind solche Modelle auch für Versicherte, deren Verhalten bereits Ähnlichkeiten mit diesen Modellen aufweist, also dass sie v.a. einen bestimmte Arzt aufsuchen (v.a. in ländlichen Gebieten). Auch hier sind die Einsparung sehr klein, weshalb für die Versicherer v.a. der reduzierte Prämienlös ins Gewicht fällt.

tung der Versicherten zum Anbieten alternativer Versicherungsmodelle für alle Versicherten eingeführt werden soll. Angesichts der falsch gesetzten Anreize wird diese Verpflichtung jedoch das vorhandene Potential dieser Versicherungsformen nicht ausschöpfen können, sondern vielmehr zu Ausweichreaktionen führen.

Problematische Anreize für die Versicherer bieten die Bewilligungskriterien des BSV für die Prämien in Zusammenhang mit den grundversicherungspflichtigen Leistungen. Um den Kassen Anreize für ein möglichst effizientes Arbeiten zu bieten, werden die Verwaltungskosten zu den in der Grundversicherung entschädigten Leistungen ins Verhältnis gesetzt.⁶¹ Je grösser die relativen Verwaltungskosten sind, desto eher wird das BSV Prämien erhöhungen nicht genehmigen. Dies mit dem berechtigten Anliegen, ein Aufblähen der Verwaltungen zu verhindern. Investieren Versicherer auf eigene Initiative in kostensenkende Massnahmen, so sind diese Zahlungen keine grundversicherungspflichtigen Leistungen und werden somit dem Verwaltungsaufwand zugerechnet. Die Kasse wird solche Massnahmen finanzieren, wenn die daraus resultierende Kostensenkung grösser ist, als der Aufwand für die Massnahmen. Insgesamt wird so eine Kostensenkung erreicht. Ein Versicherer könnte also ein bestimmtes Verhalten der Leistungserbringer, das die Kosten im OKP-Bereich senkt, finanziell belohnen. Der Aufwand dafür könnte beispielsweise bei 1 Million Franken liegen. Das dadurch veränderte Verhalten der Ärzte würde jedoch in diesem Beispiel zu hypothetischen Kosteneinsparungen von 10 Millionen Franken führen. Insgesamt würde damit also eine Kostensenkung von 9 Millionen Franken erreicht. Der für das BSV entscheidende Anteil der Leistungen an den Gesamtkosten hat sich dabei allerdings gleich doppelt verschlechtert: Während die zu entschädigenden Leistungen gesunken sind (z.B. von 100 auf 90 Mio. CHF), sind die Verwaltungskosten gestiegen (z.B. von 4 Mio. auf 5 Mio. CHF). In unserem Beispiel steigt der Anteil der Verwaltungskosten von 3.85% auf 5.26%. Obwohl es sich beim Wachstum dieses Anteils nicht um ein Aufblähen der Verwaltung, sondern im Gegenteil um eine Effizienzsteigerung handelt, wird eine Kasse, die solche Anreize bietet, bei der nächsten Prämienrunde eine Erhöhung derselben nicht in dem gewünschten Mass durchsetzen können. Die Kombination der Prämien genehmigungskriterien des BSV mit der Tatsache, dass

⁶¹ Dies gemäss Aussage des Vertreters einer Krankenversicherung. Eine andere Studie von B,S,S. (*Veränderungen im Bereich der Prämien genehmigung aufgrund des KVG, 2002*) für das BSV hat gezeigt, dass das BSV de facto auf die Verwaltungskosten abstellt. Das Resultat der Überlegungen ändert sich durch diese Unterscheidung nicht. Lediglich der beschriebene potenzierende Effekt kommt dann nicht zum Tragen.

Investitionen in kostensenkende Massnahmen nicht als grundversicherungspflichtige Leistungen abgerechnet werden können, verhindert also, dass die Versicherer ihren Spielraum bei der Beeinflussung der Leistungserbringer und Versicherten zu kostenbewussterem Verhalten ausnutzen können. Könnte dieser Mechanismus freiespielen (und würde die oben bereits behandelte asymmetrische Finanzierung von stationären und ambulanten Behandlungen aufgehoben), würde dies dazu führen, dass sich das Verhältnis stationär/ambulant auf seinen kostenoptimierenden Wert hin bewegt, das heisst, dass dann, wenn die medizinischen Kriterien eine Wahl zwischen einer ambulanten oder einer stationären Behandlung offen lassen, die günstigere der beiden Varianten gewählt wird.

Kernaussagen

Der mit dem KVG verstärkte Wettbewerb unter den Versicherern hat die Prämienhöhe ins Zentrum gerückt und bietet Anreize, wo immer möglich Kosten zu senken.

Wegen der Finanzierungsregelung, wonach die Versicherer nur einen Teil der stationären Kosten in subventionierten Spitälern zu begleichen haben, entstehen für sie klare Anreize, stationäre Behandlungen zu bevorzugen, ihre Einflussmöglichkeiten sind hier allerdings verschwindend klein.

Der durch das Prämien genehmigungsverfahren entstehende Druck auf die Verwaltungskosten schränkt die Möglichkeiten der Versicherer zum Setzen von kostensenkenden Anreizen sehr stark ein.

3.5.4. Die Leistungserbringer

Die Präferenzen der Leistungserbringer werden einerseits durch ihre Ausbildung und Erfahrung beeinflusst, andererseits auch durch die individuelle Situation des Patienten, die gewisse Behandlungsmethoden nahe legt oder ausschliesst (z.B. weitere Krankheiten oder das nötige soziale Umfeld für die Betreuung nach ambulanten Operationen). Sind aus medizinischer Sicht mehrere Alternativen offen, können auch die entsprechenden Tarife eine entscheidende Rolle spielen.

Bei einem grossen Teil der Entscheidungen der Leistungserbringer bestehen aus medizinischen Gründen keine Alternativen zwischen einer stationären oder einer ambulanten Behandlung.

Ist dieser Entscheid aber zu treffen, so gilt es zu beachten, dass der entscheidende Mediziner in der Regel nicht beide Varianten der Behandlung anbieten kann. Oft wird es sogar der Fall sein, dass der Mediziner *keine* der beiden Behandlungen selber durchführen wird. In letzterem Fall hat die Entscheidung keinen Einfluss auf das Einkommen des Mediziners, weshalb also die vom KVG vorgeschriebene Art der Finanzierung in diesem Fall keinen Einfluss auf das Verhältnis stationär/ambulant über die Präferenzen des Leistungserbringers haben wird. Bedingt durch den Vertragszwang bestehen für die Mediziner keine Anreize, die durch ihre Entscheidung verursachten Kosten in ihre Überlegung mit einzubeziehen. Auch ausserhalb der Finanzierung bietet das KVG in diesem Fall keine Anreize für die eine oder andere Behandlungsform.

Kann der Leistungserbringer eine der Behandlungsalternativen selber durchführen, bestehen klare Anreize für die Bevorzugung derselben. So ist davon auszugehen, dass ein stationär tätiger Mediziner im Entscheidungsfalle die stationäre Variante selber durchführt, während der ambulant tätige Mediziner die ambulante Variante wählen wird. Hierbei handelt es sich aber um gegenläufige Effekte, wobei die Vermutung nahe liegt, dass sie sich neutralisieren: Während bei stationären Leistungserbringern die Entscheidung eher zu Gunsten stationärer Behandlungen ausfällt, tendieren ambulante Leistungserbringer eher zur ambulanten Variante.

Eine besondere Möglichkeit der Entscheidung ergibt sich nach einer stationären Behandlung. Beeinflusst wird dabei nicht die Behandlungsart selbst, sondern vielmehr ihre Abrechnung. Im OKP-Bereich werden Pflegeleistungen ambulant verrechnet. Wird ein Patient nach einer stationären Operation gepflegt, so gehört diese Leistung aber zur stationären Behandlung. Braucht ein Patient nun überdurchschnittlich lange zur Rekonvaleszenz nach einem Eingriff, besteht für den stationären Leistungserbringer der Anreiz den entsprechenden Patienten zum Pflegefall zu erklären, der von dann an nicht mehr stationär sondern ambulant abgerechnet wird. Dies kommt dem Leistungserbringer insbesondere durch die durch den Spardruck entstandenen Pflicht, die stationäre Aufenthaltsdauer zu reduzieren, entgegen. Man spricht in diesem Zusammenhang von einer „Auslagerung der Pflegefälle“.

Grundsätzlich gilt es festzustellen, dass bedingt durch den Vertragszwang und die Pflicht der Kassen, sämtliche im Rahmen des Pflichtkataloges erbrachten Leistun-

gen zu entschädigen, für die Leistungserbringer im traditionellen Versicherungsmodell kein Anreiz besteht, ihre Entscheidung auf Basis von Gesamtkostenüberlegungen zu treffen. Einer Verlagerung hin zu ambulanten Behandlungen aus Kostengründen wird von Seiten des KVG also nicht Vorschub geleistet.

Starken Einfluss auf die Leistungserbringer hat das Finanzierungssystem des KVG, wie oben bereits erwähnt, auf die Teilnehmer am alternativen Versicherungsangebot der Versicherer. Einige Modelle schaffen Anreize für den Leistungserbringer, die Patienten möglichst kostengünstig zu behandeln (*Managed Care-Modelle*). Da als Mass hierbei die zu Lasten des Versicherers verursachten Kosten zählen, gehen stationäre Behandlungen in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern wiederum nur mit weniger als dem halben Betrag ein, da die Kantone (zusammen mit den Gemeinden) die restlichen Kosten subventionieren müssen. Dies führt bei den Leistungserbringern zu einem starken Anreiz, im Falle der Wahlmöglichkeit die stationäre Behandlung zu bevorzugen, solange sie nicht mehr als doppelt so teuer ist wie eine ambulante. Somit werden die Anreize, die eigentlich zur Kostenvermeidung führen sollten, durch das KVG verzerrt und verhindern eine Optimierung. Die Anreize der alternativen Versicherungsmodelle führen zwar zu einer Kostenoptimierung der Versicherer, das KVG koppelt diese allerdings von einer Kostenoptimierung des Gesamtsystems ab und führt (zumindest theoretisch) dazu, dass in gewissen Fällen teurere Behandlungsmethoden gewählt werden, obwohl günstigere Alternativen existieren. Einen Einfluss auf das Verhältnis stationär/ambulant hat dies dort, wo wegen der beschriebenen Anreize stationäre Behandlungen günstigeren ambulanten vorgezogen werden.

Entscheidende Anreize setzen die unterschiedlichen Abgeltungsformen im stationären und im ambulanten Bereich: Während im stationären Bereich eine Abrechnung nach Pauschaltarifen im KVG (Art. 49) vorgeschrieben ist, kann im ambulanten Bereich nach Einzelleistungstarifen abgerechnet werden.

Die im stationären Bereich traditionell verbreiteten Tagespauschalen werden immer öfter durch Fallpauschalen oder zumindest durch Mischformen ersetzt.⁶² Fallpauschalen erhöhen den Anreiz zu kostenbewusstem Handeln, da die Entschädigung unabhängig von den Aufwendungen im Einzelfall ist. Während Tagespauschalen den Anreiz bieten, den einzelnen Patienten möglichst lange stationär zu

⁶² vgl. hierzu Hammer et al. (2000a) und Kapitel 4.2.5.

behandeln, setzen Fallpauschalen Anreize zu Effizienzsteigerungen. Dies führt zu Einsparungen im stationären Bereich und somit zu einem Sinken (oder weniger starken Ansteigen) des Quotienten stationär/ambulant. Diese Anreize zu Effizienzsteigerungen können allerdings auch zu ungewollten und kontraproduktiven Effekten führen. Der Druck, Patienten möglichst kurz zu behandeln, kann dazu führen, dass diese früher als medizinisch sinnvoll entlassen werden, nur um die Hospitalisierungsdauer möglichst niedrig zu halten. Dieser Effekt kann unter Umständen sogar zu *Kostensteigerungen* führen, dann nämlich, wenn ein relevanter Anteil der zu früh Entlassenen wegen daraus folgenden Komplikationen wieder rehospitalisiert werden muss. Weiter können durch den Effizienzdruck Anreize zu Ausweichreaktionen entstehen. Da für die Hospitalisierungsdauer die Dauer der Erbringung von Spitalleistungen massgeblich ist, besteht ein Anreiz, post-operative Patienten nach einer gewissen Zeit im Pflegeheimbereich zu versorgen.⁶³ Somit wird die Hospitalisierungsdauer scheinbar verkürzt. Da Pflegeheimleistungen im KVG als ambulante Leistungen betrachtet werden, liegt hier eine scheinbare Verschiebung vom stationären in den ambulanten Sektor vor. Diese beruht allerdings nur auf der gesetzlichen Definition von Pflegeheimleistungen als ambulanten Leistungen und hat nichts mit einer Veränderung der Behandlungsmethode zu tun. Ein weiterer negativer Effekt dieser Verlagerung tritt dann auf, wenn die betreffenden Pflegedienste (SPITEX, Pflegeheim, Reha etc.) auf diese neue Patientengruppe nicht genügend vorbereitet sind und somit eine medizinisch sinnvolle Behandlungsform nicht immer gewährleistet werden kann.⁶⁴

Ganz anders stellt sich die Entschädigungssituation im ambulanten Bereich dar, wo in der Regel jede einzelne Leistung abgerechnet werden kann (Einzelleistungstarif). Hierbei wird jede zusätzliche Leistung auch mit zusätzlicher Entschädigung belohnt, was deutliche Anreize für eine Mengenausweitung setzt und somit zu einem Sinken des Quotienten stationär/ambulant führt.

Während die derzeitige Entwicklung in der Tarifstruktur im stationären Bereich das Kostenbewusstsein immer mehr fördert, bestehen im ambulanten Bereich starke Anreize, möglichst viele Leistungen zu erbringen. Beide Einflüsse haben einen

⁶³ Eine detailliertere Beschreibung dieses Effektes findet sich in Hammer et al. (2000b), S.88

⁶⁴ Die hier aufgeführten Schwierigkeiten zeigen, dass mit einer Einführung von Fallpauschalen das optimale Tarifsysteem noch bei weitem nicht gefunden ist. Fallpauschalen lösen zwar gewisse Anreizprobleme, die bei Tagespauschalen bestehen, schaffen aber auch neue.

senkenden Einfluss auf den Quotienten stationär/ambulant, was in der Summe zu einem starken Einfluss der unterschiedlichen Tarifierungsarten des KVG führt.

Ein wichtiger Tätigkeitsbereich der Leistungserbringer ist die medizinische Forschung oder deren Umsetzung in der Anwendung. Da der Gesundheitsmarkt ein sehr stark wachsender Markt mit zudem noch sehr grossem Wachstumspotential ist, wird in diesem Bereich sehr viel in die Forschung und Entwicklung investiert. Um fachlich à jour zu bleiben, sind auch die nicht in der Forschung tätigen Leistungserbringer gezwungen, die Fortschritte zu verfolgen und sich weiter zu bilden. Dies zum einem, um den Patienten die möglichen Behandlungen auch zukommen zu lassen und nicht Kunden an einen anderen Leistungserbringer zu verlieren. Zum anderen gehört es zum guten Ruf eines Mediziners, fortschrittlich zu sein. Somit bestehen also für die Leistungserbringer – unabhängig vom KVG – Anreize, technische Fortschritte möglichst rasch umzusetzen, oder sich gar durch besondere Errungenschaften von den Kollegen abzuheben. Da der medizinische Fortschritt – wie weiter unten gezeigt wird – zu einer stärkeren Entwicklung des ambulanten Leistungsbereichs führt, hat der den Leistungserbringern eigene „Fortschrittsdrang“ einen senkenden Einfluss auf den Quotienten stationär/ambulant.

Besondere Anreize schafft das KVG durch die Spitalplanung für Spitäler, die nicht auf einer Spitalliste geführt werden. Wird ein Spital nicht auf der Spitalliste eines oder mehrerer Kantone geführt, so kann es nur im ambulanten, nicht aber im stationären Bereich zulasten der Grundversicherung operativ tätig werden. Ambulante Operationen sind für solche Spitäler also die einzige Möglichkeit, im attraktiven Grundversicherungsmarkt operativ tätig zu werden. Für Spitäler, die nicht auf der Spitalliste geführt werden, setzt das KVG somit klare Anreize ambulante Behandlungen anzubieten.

Kernaussagen

Direkte Anreize zur Bevorzugung der einen oder anderen Behandlungsform bietet das KVG den Leistungserbringern keine. Allerdings bietet die Einzelleistungsabrechnung im ambulanten Leistungsbereich deutlich stärkere Anreize zur Mengenausweitung als die Fallpauschalen im stationären Bereich.

Das KVG bietet den Leistungserbringern keine Anreize, bei einer Auswahl zwischen verschiedenen Behandlungsformen die finanziellen Konsequenzen ihrer Entscheidung zu berücksichtigen. Ärzten in Managed Care-Systemen, die starken

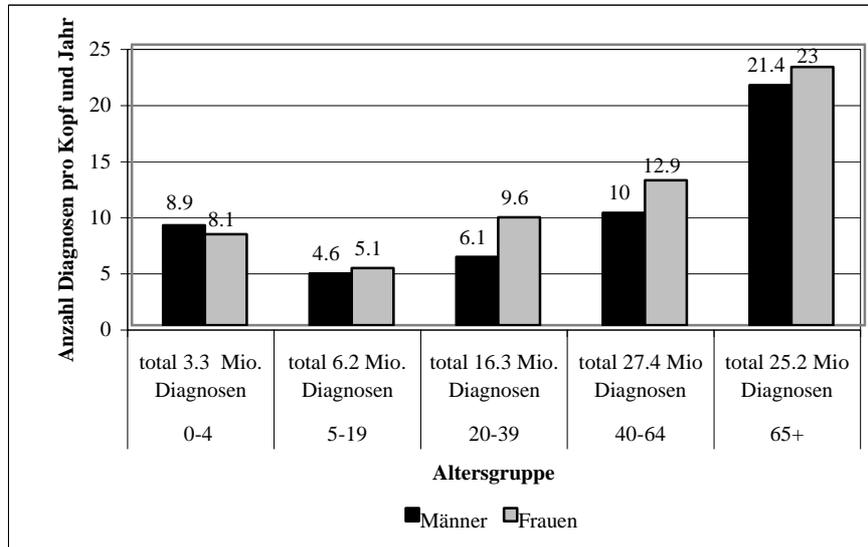
Anreizen zum Kostenbewusstsein ausgesetzt sind, bietet die Finanzierungsregelung des KVG⁶⁵ Anreize, kostengünstigere ambulante Behandlungen einer stationären Behandlung erst dann vorzuziehen, wenn der Kostenunterschied grösser als der subventionierte Anteil ist.

3.6. Die Demographie

Die demographische Entwicklung ist der erste der beiden Faktoren, die vom KVG unbeeinflusst bleiben, selbst aber das Verhältnis stationär/ambulant beeinflussen können. Abbildung 9 zeigt die Pro-Kopf-Verteilung der Diagnosen in der Arztpraxis nach Alter und Geschlecht für das Jahr 2001. Dabei zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Alter und den gestellten Diagnosen: Ab der Altersgruppe der 5–19-Jährigen steigt die Anzahl der Diagnosen mit zunehmendem Alter kontinuierlich an und erreicht bei der Altersgruppe der über 64-Jährigen den höchsten Wert. Zu beachten ist insbesondere auch der relativ grosse Sprung von zehn Diagnosen pro Kopf und Jahr, der zwischen der vierten und fünften Altersgruppe auftritt. Insbesondere eine Zunahme des Anteils der Altersgruppe 65+ wird demnach die Anzahl der Behandlungen entsprechend stark erhöhen.

⁶⁵ Gemeint ist hier die Regelung, wonach der Kanton (zusammen mit den Gemeinden) die Investitionskosten sowie mindestens die Hälfte der nach KVG anrechenbaren Kosten von stationären Leistungen zu tragen hat, die in öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern erbracht werden.

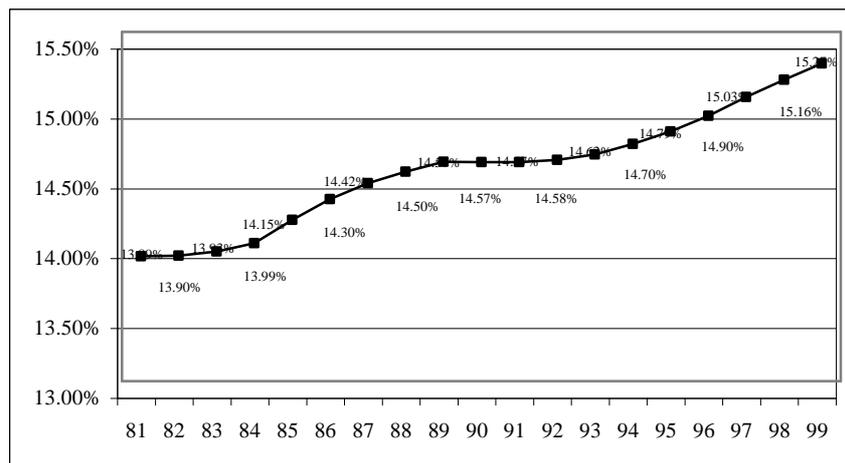
Abbildung 9: Pro-Kopf-Verteilung der Diagnosen in der Arztpraxis 2001 nach Alter und Geschlecht



Quelle: Burckhardt et al. (2002), eigene Darstellung

Abbildung 10 zeigt die Entwicklung des Anteils der über 64-Jährigen an der Gesamtbevölkerung seit 1981. Die stetige Zunahme dieser Altersgruppe ist deutlich ersichtlich.

Abbildung 10: Anteil der über 64-Jährigen an der Gesamtbevölkerung der Schweiz 1981-1999



Quelle: BFS (2002), eigene Darstellung

Verknüpft man diese beiden Ergebnisse, so ergibt sich, dass die alternde Bevölkerung medizinische Leistungen stärker in Anspruch nehmen wird.

Der Einfluss dieser Entwicklung auf das Verhältnis stationär/ambulant hängt von zwei Faktoren ab:

1. Besteht ein Unterschied im Verhältnis der stationären und ambulanten Behandlungen zwischen älteren Personen (insb. der Altersgruppe der über 64-Jährigen) und der Gesamtbevölkerung, und
2. welche Fortschritte in der Medizin betreffen spezifisch diese Bevölkerungsgruppe, und welchen Einfluss auf das Verhältnis stationär/ambulant haben sie?

Ist das Verhältnis stationär/ambulant in der Altersgruppe der über 64-Jährigen gleich wie in der Gesamtbevölkerung, so wird die Alterung der Bevölkerung keinen direkten Einfluss auf dieses Verhältnis haben. Ist es grösser oder kleiner als das der Gesamtbevölkerung so wird die Alterung das Verhältnis stationär/ambulant entsprechend erhöhen oder senken.

Einen *indirekten* Einfluss hat die Demografie auf die medizinische Entwicklung: Da der Anteil der älteren Menschen in der Bevölkerung zunimmt, wird sich auch die medizinische Forschung vermehrt mit dieser Altersgruppe auseinandersetzen müssen. Dort sind dadurch altersgruppenspezifische Fortschritte zu erwarten. Diese wiederum können die Demographie beeinflussen, indem sie die Lebenserwartung steigern und somit zu einem Fortschreiten der Alterung der Gesellschaft und einer Verstärkung des oben beschriebenen Effektes führen.

Mit dem Alter der Patienten nimmt jedoch die Möglichkeit, *grössere Eingriffe* ambulant durchzuführen, ab. Dies aus zwei Gründen:

1. Ältere Menschen weisen oft nicht mehr die nötige körperliche Robustheit auf, die ambulante Operationen voraussetzen.
2. Vor allem ältere Menschen verfügen oft nicht mehr über das zur Nachbehandlung einer ambulanten Operation nötige soziale Netz. In diesem Zusammenhang spricht man von der *sozialen Indikation*⁶⁶ die gegen eine am-

⁶⁶ Selbstverständlich betrifft die soziale Indikation nicht nur ältere Menschen. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine ambulante Operation aufgrund der sozialen Indikation nicht durchgeführt werden kann, nimmt mit dem Alter aber zu. Dies alleine schon aufgrund der mit dem Alter einhergehenden Einbusse der Selbstständigkeit. Zudem gehören jüngere Personen, die die Pflege überhaupt übernehmen können, oft nicht mehr zum Bekanntenkreis. Der/die PartnerIn, der/die bei jüngeren

bulante Operation spricht, auch wenn diese aus medizinischen Gesichtspunkten möglich gewesen wäre. Mit der Vereinsamung älterer Menschen nimmt deshalb auch die Notwendigkeit zu, Eingriffe alleine aufgrund der sozialen Indikation stationär durchzuführen.

Bezüglich ambulanter *Operationen* ist also davon auszugehen, dass deren Anteil in den älteren Altersgruppen abnimmt. In Bezug auf den gesamten Anteil ambulanter Leistungen sind derzeit noch keine klaren Aussagen möglich.

Kernaussage

Der Einfluss der Demographie auf das Verhältnis stationär/ambulant hängt davon ab, ob sich das Verhältnis stationär/ambulant in den älteren Bevölkerungsgruppen von jenem in den jüngeren Bevölkerungsgruppen unterscheidet. Eine eindeutige Tendenz ist hier aber nicht auszumachen

3.7. Die medizinische Entwicklung

Der Fortschritt im medizinischen Leistungsbereich beeinflusst das Verhältnis stationär/ambulant gleich auf vier Arten:

1. Die Entwicklung neuer Technologien führt zu einer *Effizienzsteigerung im stationären Bereich*, indem Behandlungen schneller und für den Patienten schonender durchgeführt werden können, was die Behandlungsdauer senkt.
2. Gewisse Behandlungen, die bisher stationär durchgeführt werden mussten, können jetzt ambulant durchgeführt werden, was zu einer *Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich* führt.
3. Die Tatsache, dass gewisse Operationen nun einfacher (ambulant) durchgeführt werden können, führt zu einer *Mengenausweitung*: Bei den Überlegungen nach dem Aufwand/Nutzenverhältnis einer Operation sinkt

Patienten meist die Pflege über nimmt, ist oft selbst in einem Alter, dass diese Anstrengung nicht mehr erlaubt.

durch die ambulante Durchführung der zu berücksichtigende Aufwand, was generell öfter zu einer Entscheidung *für* eine Behandlung führen wird.

4. Grosse Fortschritte wurden auf dem Gebiet der Früherkennung von Krankheiten erzielt. Dies hat gleich einen doppelt senkenden Effekt auf das Verhältnis stationär/ambulant: Während die entsprechend nötigen Untersuchungen in der Regel ambulant durchgeführt werden und dort somit zu einer Ausweitung führen, verhindert die Früherkennung teilweise das schwere Ausbrechen der entsprechenden Krankheit und verkürzt somit die nötige – üblicherweise stationäre – Behandlung.

Im vorliegenden Wirkungsmodell wird aus folgenden Gründen kein Einfluss des KVG auf den medizinischen Fortschritt angenommen:

1. Auch wenn die Schweiz als Forschungsstandort aktiv zum medizinischen Fortschritt beiträgt, so würde eine gesetzliche Einschränkung medizinischer Forschung oder die Einschränkung in der Anwendung neuer Techniken in der Schweiz nicht dazu führen, dass der medizinische Fortschritt auf internationaler Ebene ins Stocken geriete. Es ist deshalb anzunehmen, dass der medizinische Fortschritt unabhängig von der gesetzlichen Situation *in der Schweiz*⁶⁷ stattfindet.
2. Auch in einem gegenüber Neuerungen eher verschlossenen Gesundheitssystem wird der medizinische Fortschritt früher oder später Einzug halten, insbesondere bei Methoden, die Kosten senken oder solchen, die bisher unheilbare Krankheiten behandeln können.⁶⁸ Die gesetzliche Regelung entscheidet also weniger darüber *ob*, der medizinische Fortschritt einen Einfluss hat als vielmehr *wann*. Im internationale Vergleich ist die Schweiz ein dem medizinischen Fortschritt aufgeschlossenes Land. Im KVG gibt es keine Regelungen, die zum Ziel

⁶⁷ Diese Annahme kann nicht grundsätzlich auf jedes Land übertragen werden. Die Ausgestaltung der weltweiten Gesundheitssysteme wird sehr wohl einen Einfluss auf den medizinischen Fortschritt haben. Es wird hier lediglich angenommen, dass bei einer gesetzlichen Einschränkung der medizinischen Forschung oder der Anwendung neuer Technologien in der Schweiz *unter sonstiger Beibehaltung des Status quo*, der medizinische Fortschritt nicht relevant tangiert wird.

⁶⁸ Es gilt hier zu beachten, dass die generelle Annahme, staatlich regulierte Gesundheitssysteme setzen medizinisch-technische Fortschritte nur zögerlich um, keineswegs zutrifft. In Europa sind es gerade die staatlich regulierten Gesundheitssysteme (Schweden, GB, Belgien), die wegen aktiver Förderung der ambulanten Medizin zwecks Kostensenkung sehr hohe Anteile an ambulanten Operationen aufweisen. Vgl. Eicher (2001)

KVG gibt es keine Regelungen, die zum Ziel hätten eine weitere medizinische Entwicklung zu bremsen oder zu stoppen. Auch bei der Aufnahme medizinischer Leistungen in die Grundversicherungspflicht werden neue Methoden nicht grundsätzlich ausgeschlossen. Ein direkter Einfluss des KVG, der konkret auf die verzögerte Anwendung medizinischer Neuerungen abzielt, ist hier also nicht sichtbar. Viel stärker wirken hier die über andere Einflussfaktoren wirkenden Regelungen, wie insbesondere die bereits behandelte Subventionierung von *stationären* Aufenthalten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern.

3. Grundsätzlich ist zu bemerken, dass das KVG keine Möglichkeiten zur Unterstützung von Forschung und Entwicklung bietet. Diese ist zum Beispiel bei den Spitalleistungen sogar explizit aus der Grundversicherungspflicht ausgeschlossen.⁶⁹

Kernaussage

Insgesamt führt die medizinische Entwicklung also klar zu einer Verschiebung des Verhältnisses stationär/ambulant hin zu ambulanten Leistungen. Das KVG beeinflusst diese Entwicklung nicht auf direktem Wege.

3.8. Ein Überblick über die Einflüsse auf das Verhältnis stationär/ambulant

Tabelle 2 fasst die verschiedenen Einflüsse auf das Verhältnis stationär/ambulant zusammen. Gezeigt wird auch, ob diese Einflüsse zu einer ‚echten‘ Verschiebung zwischen dem stationären und dem ambulanten Leistungsbereich führen.

⁶⁹ vgl. Art. 49.1 (KVG)

Tabelle 2: Übersicht über Einflüsse auf das Verhältnis stationär/ambulant

Einfluss	Effekt auf den Quotienten stationär/ambulant	‚echte‘ Verschiebung
mehr Wettbewerb im Versicherungsmarkt	0	–
Spitalplanung	-	teilweise
Ärztestopp	-	nein
Ausweitung „Pflichtleistungskatalog“	-	nein
Verlagerung von Pflegefällen	- -	nein ⁷⁰
Neue Behandlungsmöglichkeiten aufgrund des medizinischen Fortschritts	- -	teilweise
unterschiedliche Finanzierung der Leistungsbereiche	- - -	teilweise
Vertragszwang	- - -	nein
Einzelleistungsabrechnung im ambulanten Leistungsbereich	- - -	nein
Mengenausweitung aufgrund des medizinischen Fortschritts	- - -	nein
Alterung der Bevölkerung	?	nein

Legende:

Quotient stationär/ambulant: Steigt dieser Quotient, so bedeutet dies, dass der Anteil der stationären Behandlungen zunimmt; sinkt er, nimmt der Anteil der ambulanten Behandlungen zu.
 - / - - / - - - : der Quotient stationär/ambulant nimmt leicht / mittel/ stark ab.
 + / + + / + + + : der Quotient stationär/ambulant nimmt leicht / mittel/ stark zu.
0 : kein Effekt
? : Effekt unklar.

Sinkt (-) der Quotient stationär/ambulant, so nehmen die ambulanten Behandlungen relativ zu; steigt er (+), so sind es die stationären Behandlungen, die relativ zunehmen.

3.9. Erste Folgerungen

Aus diesen ersten Überlegungen wird deutlich, dass das KVG einen nur schwachen *direkten* Einfluss auf das Verhältnis stationär/ambulant hat (dabei insb. über die Spitalplanung).

⁷⁰ Hier wird zwar tatsächlich eine Behandlung neu im ambulanten statt im stationären Sektor erbracht. Zu beachten gilt allerdings, dass diese Verschiebung nur darauf beruht, dass Pflegeleistungen von Gesetzes wegen den ambulanten Behandlungen zugeschrieben wurden. Die Behandlungsmethode selbst – die Pflege – wird dadurch nicht tangiert. Es handelt sich hier also nicht um eine *medizinische* Verschiebung, sondern um eine Verschiebung aus *gesetzlich-definitiven* Gründen (vgl. Kap. 2.6.).

Sehr stark hingegen wirkt das KVG *indirekt* auf das Verhältnis stationär/ambulant:

- Die durch das KVG für die Finanzierung eines Teils des stationären Leistungsbereiches verantwortlichen Kantone haben den Spardruck auch an die Spitäler weitergeben können. Dadurch wurde die Kostenentwicklung im stationären Spitalsektor gebremst.
- Dort wo finanzielle Überlegungen eine Rolle spielen, verzerrt die unterschiedliche Finanzierung der Leistungsbereiche mit ihrer kantonalen Subvention stationärer Leistungen die Anreize erheblich.
- Das KVG schreibt Pauschalentschädigungen für den stationären Bereich vor. Insbesondere seit dem Jahr 2000 werden in immer mehr Kantonen die Tagespauschalen durch Fallpauschalen⁷¹ ersetzt. Während Tagespauschalen einen Anreiz zur Ausdehnung der Behandlung bieten, fördern Fallpauschalen kostenbewusstes Handeln. Dies führt zu einer Eindämmung des Kostenwachstums im stationären Leistungsbereich. Das KVG könnte hier einen noch grösseren Einfluss ausüben, wenn es reine Tagesvollpauschalen verbieten würde.
- Der Spardruck auf den stationären Leistungsbereich und insbesondere die Verwendung der stationären Aufenthaltsdauer als Kennzahl führt zusammen mit der Tatsache, dass das KVG Pflegeheimleistungen als ambulante Behandlung definiert, zu einem Anreiz, Pflegefälle auszulagern.
- Anreize für eine Mengenausweitung schafft das KVG vor allem im ambulanten Leistungsbereich, indem es eine Einzelleistungsabrechnung in Kombination mit dem Vertragszwang erlaubt. Für die ambulanten Leistungserbringer werden dadurch keine Anreize zu kostenbewusstem Verhalten gesetzt.

In der Summe begünstigen diese Einflüsse des KVG eine stärkere Entwicklung des ambulanten Leistungsbereiches im Vergleich zum stationären. Dabei handelt es sich aber um voneinander unabhängige Entwicklungen der beiden Bereiche. Hinweise auf eine konkrete Förderung von ‚echten‘ Verschiebungen durch das KVG lassen sich nicht finden. Hier ist vielmehr der technische Fortschritt als der

⁷¹ Zu bedenken sind die möglichen negativen Auswirkungen der verschiedenen Pauschalen, auf die auf Seite 41 ausführlich hingewiesen wird.

relevante Einfluss zu erkennen. Die Entwicklung von schonenderen Techniken ermöglicht es, eine zunehmende Anzahl von Behandlungen auch ohne eine zwingende Pflege vor Ort durchzuführen. In der Schweiz wird ein sehr grosser Teil dieser ‚echten‘ Verlagerungen allerdings nicht zwischen dem stationären und dem ambulanten Leistungsbereich als vielmehr zwischen dem stationären und dem teilstationären Bereich stattfinden. Der Einfluss auf das Verhältnis stationär/ambulant hängt dabei davon ab, welchem der beiden Bereiche die teilstationären Leistungen zugerechnet werden.

Der technische Fortschritt wirkt allerdings nicht nur über ‚echte‘ Verschiebungen auf das Verhältnis stationär/ambulant, sondern hat auch über von einander unabhängigen Entwicklungen in den beiden Leistungsbereichen einen sehr wichtigen Einfluss auf das Verhältnis stationär/ambulant. Im stationären Bereich führt er dazu, dass Behandlungen durch immer weniger schwere Eingriffe vorgenommen werden können, was wiederum die stationäre Rekonvaleszenzzeit der Patienten senkt und somit die Effizienz des stationären Leistungsbereichs steigert. Im ambulanten Bereich führt der technische Fortschritt dazu, dass zunehmend auch kompliziertere Fälle ambulant behandelt werden können. Dadurch sinkt auch die Hemmschwelle, einen solchen Eingriff vornehmen zu lassen, was zu einer Mengenausweitung führen kann.

Einen stark senkenden Einfluss auf den Quotient stationär/ambulant haben auch die Fortschritte in der Diagnostik. Einerseits führen sie zu einer Zunahme der ambulanten Diagnosen, andererseits senken sie durch mögliche frühere Bekämpfung der Krankheit den stationären Aufwand.

4. Auswertungen

Nach einleitenden Überlegungen soll in diesem Kapitel mithilfe der Auswertung verschiedener Statistiken die Verschiebung zwischen stationärer und ambulanter Medizin quantifiziert werden.

4.1. Einleitende Überlegungen

4.1.1. Die Überlagerung der Einflüsse

Bisher wurden die Einflussfaktoren und ihre Effekte auf das Verhältnis stationär/ambulant unabhängig voneinander betrachtet. Dabei wurden Einflüsse ausgemacht, die das Verhältnis stationär/ambulant erhöhen oder senken und solche, bei denen unklar ist, in welche Richtung das Verhältnis beeinflusst wird. Nicht beachtet wurde bis jetzt, dass sich diese Effekte aber überlagern werden. Die Entwicklung des Verhältnisses stationär/ambulant stellt also lediglich die Summe aller Einflüsse dar. Diese Summe beinhaltet alle oben aufgeführten Arten von Einflüssen, also nicht nur solche, die zu „echten“ Verschiebungen führen. Diese werden sich überlagern und sich somit zum Teil auch gegenseitig aufheben. Bei der Analyse von Daten gilt es deshalb immer zu untersuchen, wie viele der Faktoren wirken, und wo möglich, die zu einer „echten“ Verschiebung führenden Einflüsse zu isolieren, was allerdings nicht immer möglich sein wird.

4.1.2. Die Zuordnung der teilstationären Behandlungen in verschiedenen Statistiken

In den hier verwendeten Statistiken werden teilstationäre Behandlungen folgendermassen erfasst:

- Im Datenpool der santésuisse: als *ambulante* Behandlung.
- In der medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS: stationär und teilstationär sind separat ausgewiesen.
- In Statistiken des BFS, die nur zwischen stationär und ambulant unterscheiden (z.B. Kosten des Gesundheitswesens), werden teilstationäre Behandlungen den *stationären* zugeteilt.

4.1.3. Wo finden Entwicklungen statt?

In einem ersten Schritt gilt es zu identifizieren, wo die grössten Veränderungen des Verhältnis stationär/ambulant stattfinden. Das „Wo“ hat dabei zwei Dimensionen: eine sich an der Behandlung orientierende und eine geografische:

1. Welche Bereiche des Gesundheitswesens tragen am stärksten zur Entwicklung des jeweiligen Leistungsbereichs bei?
2. Welche Kantone beeinflussen die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen am stärksten?

Dabei gilt es auch Indikatoren für die Ursachen der jeweiligen Entwicklungen zu finden, um dadurch feststellen zu können woher der Einfluss kommt und insbesondere, wo Anzeichen zu finden sind, dass tatsächlich eine „echte“ Verschiebung stattgefunden hat.

4.1.4. Das Konzept des Beitrags zum Wachstum

Bevor mit den ersten Auswertungen begonnen wird, gilt es noch zu klären, nach welchen Kriterien die relevanten behandlungsspezifischen und geografischen Bereiche ermittelt werden sollen. Die grundsätzliche Frage hierbei lautet: Wer ist für das *Wachstum* des OKP-Bereiches verantwortlich? In diesem Zusammenhang wird üblicherweise auf einen Vergleich der Wachstumsraten abgestellt. Diese Auswertung stellt allerdings nicht sicher, dass die wirklich Ausschlag gebenden Faktoren ermittelt werden, da sie das Einflussgewicht nicht berücksichtigt. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: Es werden zwei Bereiche beobachtet. Der eine ist von 100 Einheiten um 10 Einheiten gewachsen. Der zweite von drei Einheiten um deren zwei. In der Summe wuchs das gesamte System von 103 auf 115, was einer Wachstumsrate von 11.65% entspricht. Der erste Bereich wuchs lediglich mit der unterdurchschnittlichen Rate von 10%, während der zweite Bereich eine sehr hohe Rate von 66.66% aufweist. Ein Abstellen auf die Höhe der Wachstumsrate vermittelt nun den Eindruck, der zweite Bereich sei der relevante Wachstumsfaktor. Da dabei das Verhältnis der Grössen der Bereiche nicht berücksichtigt wird, vermittelt dieser Indikator ein verzerrtes Bild: Zum gesamten Wachstum von zwölf Einheiten hat der erste Bereich zehn Einheiten beigetragen, der zweite lediglich zwei. Obwohl eine unterdurchschnittliche Wachstumsrate meist als vorbildlich gewertet wird, hat der erste Bereich 83.33% des gesamten Wachstums verursacht. Ein Ein-

griff in den zweiten Bereich zur Reduktion des Wachstums wird zwar dessen Wachstumsrate markant beeinflussen (eine Reduktion des Wachstums um eine Einheit in der nächsten Periode also dann von fünf Einheiten auf sechs führt zu einer Wachstumsrate von nur noch 20%, einer Reduktion von mehr als zwei Dritteln), was einen grossen Erfolg suggeriert, im Gesamtkontext aber weniger relevant ist (eine Reduktion des Wachstums von zwölf auf 11 Einheiten).

Wachstumsraten verzerren den Eindruck der für das Wachstum relevanten Bereiche zwei Arten:

1. berücksichtigen sie nicht, dass die Grössenverhältnisse der Bereiche untereinander auch die entsprechenden Wachstumsraten beeinflussen und
2. weisen kleine Bereiche schon bei für das Gesamtsystem kleinen Veränderungen grosse Wachstumsraten aus.

Um diese Verzerrungen zu umgehen, soll bei den folgenden Analysen auch auf den Beitrag zum Wachstum abgestellt werden. Dieser berücksichtigt den absoluten Beitrag eines Bereiches am Wachstums des Gesamtsystems. Der Beitrag zum Wachstum steigt sowohl mit der Grösse eines Bereiches, wie auch mit dessen Wachstumsrate.

Der Beitrag zum Wachstum kann auf zwei Arten berechnet werden:

1. aufgrund relativer Zahlen:

$$\text{Beitrag zum Wachstum des Bereiches } X = \mathbf{D}_X * A_X / \mathbf{D}_{tot}$$

wobei gilt:

\mathbf{D}_X = Wachstumsrate des Bereiches X

A_X = Anteil des Bereiches X am Gesamtsystem

\mathbf{D}_{tot} = Wachstumsrate des Gesamtsystems

2. aufgrund absoluter Zahlen:

$$\text{Beitrag zum Wachstum des Bereiches X} = \mathbf{D}_X / \mathbf{D}_{tot}$$

wobei gilt:

\mathbf{D}_X = absolutes Wachstum des Bereiches X

\mathbf{D}_{tot} = absolutes Wachstum des Gesamtsystems

Für den ersten Bereich im obigen Beispiel ergeben sich daraus folgende Rechnungen:

1. $0.1 * 0.9708 / 0.1165 = 0.8333$
2. $10 / 12 = 0.8333$

Der Indikator „Beitrag zum Wachstum“ identifiziert mit 83.33% somit den ersten Bereich als den Hauptfaktor der Entwicklung und nicht den im Vergleich unbedeutenden zweiten, der zwar eine spektakulär hohe Wachstumsrate aufweist, zum Gesamtwachstum aber nur ein Fünftel des Beitrags vom ersten Bereich leistet.

Der Beitrag zum Wachstum soll dabei nicht als *Ersatz* einer Auswertung mithilfe von Wachstumsraten darstellen. Die beiden Indikatoren betrachten die Frage nach dem Einfluss auf das Wachstum vielmehr von zwei entgegengesetzten Seiten und sind deshalb gleichermaßen nützlich. Während die Wachstumsrate das Wachstum in Bezug zur Grösse des beobachteten Bereiches setzt, setzt es der Beitrag zum Wachstum in Bezug zum Wachstum des Gesamtsystems. Anhand der Fragestellung ist nun zu entscheiden, welcher der beiden Indikatoren (oder gar beide) geeignet sind. Aus diesem Grund werden in dieser Studie beide Indikatoren verwendet.

4.2. Auswertungen des Datenpools

Wie bereits zu Beginn dieses Berichtes gezeigt wurde, umfasst der ambulante Leistungsbereich eine Vielzahl von Leistungserbringern und Behandlungen. Um diesen gesamten Bereich dem stationären gegenüberstellen zu können, braucht es eine Statistik, die diese beiden Bereiche vollständig erfasst. Die erhältlichen Statistiken konzentrieren sich allerdings üblicherweise auf den Spitalbereich und

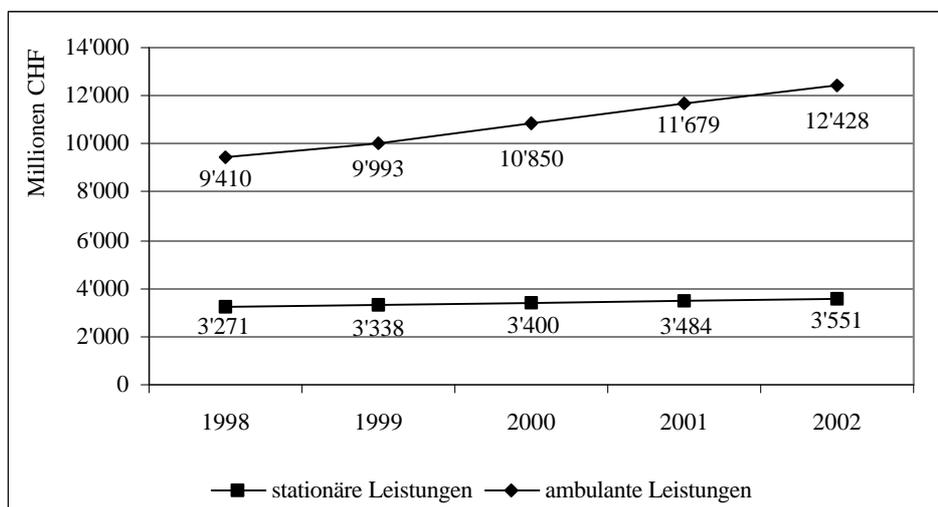
auch dort nur auf den stationären oder allenfalls teilstationären Anteil. Die einzige Statistik, die sowohl den stationären, wie auch den gesamten ambulanten Bereich umfasst, ist der Datenpool der santésuisse, der die in der Grundversicherung den Versicherern verrechneten Leistungen enthält. Aus diesem Grund bietet sich nur diese Statistik für Analysen zu den im Rahmen dieser Studie gestellten Fragen an. Da die Versicherer von Gesetzes wegen nur zur Führung einer Statistik in der Grundversicherung verpflichtet sind, bedeutet dies naturgemäss eine Beschränkung auf den OKP-Bereich. Eventuell durch das KVG ausgelöste Verschiebungen in die oder aus den Versicherungen des VVG-Bereiches müssen dabei unberücksichtigt bleiben, weil entsprechende Angaben fehlen.

Wie bereits erwähnt, ist eine Identifizierung teilstationärer Behandlungen im Datenpool nachträglich nicht mehr möglich, da sie den ambulanten Behandlungen zugeordnet werden. Die Entwicklung des ambulanten Leistungsbereichs und insbesondere diejenige des Teilbereiches ‚Spital ambulant/teilstationär‘ ist also durch die Entwicklung des teilstationären Leistungsbereiches beeinflusst.

Der Datenpool wurde aufgrund der im KVG festgelegten Pflicht für die Versicherer, eine Statistik der verrechneten Leistungen zu führen, aufgebaut. Der erste erfasste Jahrgang ist 1997, der bei den folgenden Analysen aber aufgrund mangelnder Verlässlichkeit noch nicht berücksichtigt wird. Die Analysen decken daher die Periode 1998 bis 2002 ab.

4.2.1. Die Entwicklung der stationären und ambulanten Leistungen

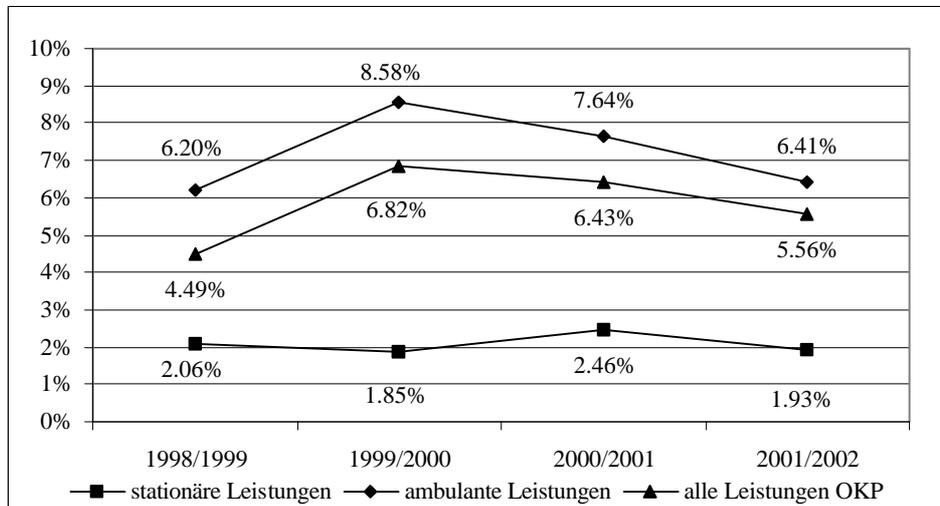
Abbildung 11: Entwicklungen der in der OKP verrechneten Leistungen in Mio. CHF nach Behandlungsart 1998-2002



Quelle: santésuisse, eigene Berechnungen

Betrachtet man die Entwicklung der verrechneten Leistungen im Bereich der OKP lediglich getrennt nach den beiden Behandlungsarten stationär und ambulant, so zeigt sich nicht nur, dass der Bereich der ambulanten Behandlungen stets der grössere der beiden Bereiche ist (vgl. Abbildung 11) sondern auch, dass er in der beobachteten Periode in jedem Jahr eine höhere Wachstumsrate aufweist (vgl. Abbildung 12). Besonders gross ist der Unterschied in den Wachstumsraten in der Periode 1999/2000, in der der ambulante Bereich um 8,58% wuchs, während sich der stationäre um lediglich 1,85% ausdehnte. Dieser Zeitpunkt markiert aber gleichzeitig auch eine Trendwende, von dem an die Wachstumsraten der ambulanten Leistungen jedes Jahr abnehmen, während die Wachstumsrate der stationären Leistungen weiterhin um die Marke von 2% pendelt. Die Differenz der beiden Wachstumsraten sinkt von 6,73% in ihrem Maximum 1999/2000 auf 4,48% (2001/2002).

Abbildung 12: Wachstum der in der OKP verrechneten stationären und ambulanten Leistungen 1998-2002



Quelle: santésuisse, eigene Berechnungen

Ein Blick auf die Entwicklung des Beitrags zum Wachstum⁷² der beiden Leistungsbereiche (vgl. Abbildung 13) zeigt ein auf den ersten Blick überraschend konstantes Bild: Obwohl die Wachstumsraten des ambulanten Leistungsbereiches wie gesehen sinken, beträgt sein Beitrag zum Wachstum immer um die 90% und nimmt in der letzten Beobachtungsperiode sogar zu, während der stationäre Leistungsbereich weniger als 10% zum Wachstum beiträgt. Warum nimmt mit einer Verlangsamung des Wachstums nicht auch der Beitrag zum Wachstum des entsprechenden Leistungsbereiches ab? Dies hat mit der bereits erwähnten Eigenschaft des Indikators ‚Wachstumsrate‘ zu tun, das Wachstum zu der jeweiligen Grösse des Bereiches in Beziehung zu setzen. Wäre zum Beispiel der ambulante Leistungsbereich seit 1998 von 8 Mrd. jedes Jahr *konstant* um 1 Mrd. gewachsen, bis er im Jahre 2002 12 Mrd. erreicht hätte, so hätte seine Wachstumsrate in dieser Beobachtungsperiode von 12.5% auf 9.09% *abgenommen*.⁷³ Dies einzig aus dem

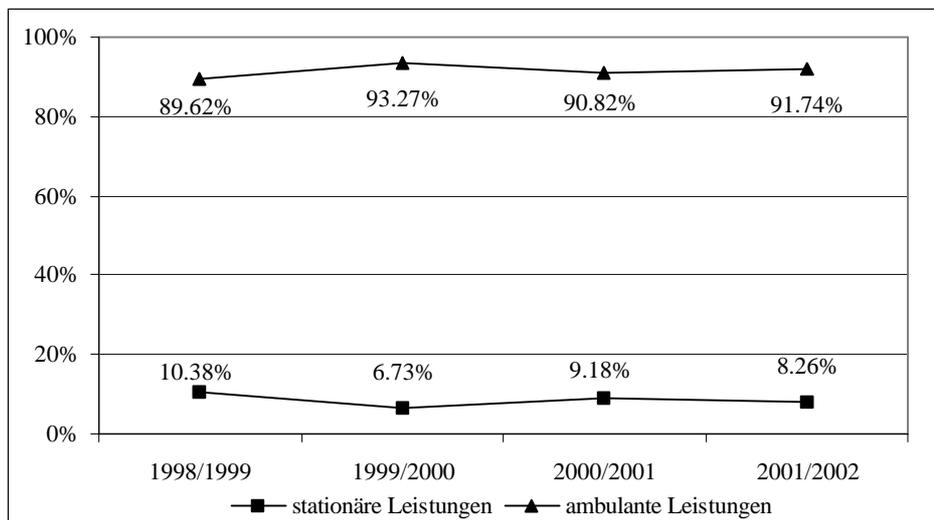
⁷² vgl. zur Bedeutung und Berechnung dieser Kennzahl Kap. 4.1.4.

⁷³ Beispieltabelle für eine hypothetische Entwicklung des ambulanten Leistungsbereiches mit einem konstanten Leistungszuwachs von 1 Mrd. pro Jahr. Gezeigt werden die entsprechenden Wachstumsraten:

1998	1999	2000	2001	2002
8 Mrd.	9 Mrd.	10 Mrd.	11 Mrd.	12 Mrd.
12.5%	11.11%	10.0%	9.09%	

Grund, dass die Basis, zu der die 1 Mrd. jedes Jahr in Beziehung gesetzt wurde, wuchs.

Abbildung 13: Beitrag der stationären und ambulanten Leistungen zum Wachstum des OKP-Bereiches 1998-2002



Quelle: santésuisse, eigene Berechnungen ⁷⁴

Der Indikator ‚Beitrag zum Wachstum‘ zeigt also auf, dass die Verlangsamung des Wachstums im ambulanten Leistungsbereich nur knapp reicht, den Anteil am Wachstum des gesamten OKP-Bereiches konstant zu halten. Diese Verlangsamung des Wachstums bedeutet somit nicht, dass damit auch die Bedeutung des ambulanten Leistungsbereiches für das Wachstum des gesamten OKP-Bereich abnehmen würde.

Diese erste Analyse zeigt damit deutlich, dass der ambulante Leistungsbereich zu einem sehr viel grösseren Teil für das Kostenwachstum im OKP-Bereich verantwortlich ist als der stationäre. Dies bedingt sowohl durch seinen grösseren Anteil an der Gesamtsumme, wie auch durch die Tatsache, dass seine Wachstumsraten

⁷⁴ Die Statistik der santésuisse enthält auch eine Rubrik „Leistungserbringer unbekannt“, in der unvollständige Datensätze erfasst werden. Diese Rubrik ist natürlich auch keinem der beiden Leistungsbereiche stationär und ambulant zuzuordnen und wurde deshalb für diese Darstellung nicht in die Berechnung mit einbezogen.

im gesamten Beobachtungszeitraum weit über jenen des stationären Leistungsbereiches liegen.⁷⁵

4.2.2. Welche Kantone beeinflussen den OKP-Bereich am stärksten?

Tabelle 3 zeigt für jede Wachstumsperiode den Beitrag zum Wachstum des OKP-Bereichs der jeweils fünf beitragsstärksten Kantone.

Tabelle 3: Beitrag zum Wachstum der jeweils fünf beitragsstärksten Kantone 1998-2002

1998/1999			1999/2000			2000/2001			2001/2002		
Kt.	Beitrag zum Wachstum	Wachstumsrate									
ZH	13.49%	3.45%	BE	16.99%	8.95%	ZH	15.44%	5.81%	ZH	23.79%	7.79%
SG	12.50%	11.34%	ZH	12.22%	4.79%	GE	10.59%	8.85%	VD	11.76%	6.69%
AG	9.02%	6.755	VD	11.79%	8.32%	VD	9.41%	6.17%	BE	10.95%	4.74%
BE	8.57%	2.93%	NE	6.61%	19.14%	BE	7.28%	3.55%	AG	7.57%	6.75%
VD	7.32%	3.37%	TI	6.58%	8.88%	BS	6.97%	9.71%	TG	6.31%	13.16%
ØCH		4.49%	ØCH		6.82%	ØCH		6.43%	ØCH		5.56%

Quelle: santésuisse, eigene Berechnungen

Die Kantone *Bern, Waadt und Zürich* sind dabei jedes Mal unter den beitragsstärksten fünf. Über die ganze Beobachtungsperiode gerechnet, trägt diese Dreiergruppe durchschnittlich 37.25% zum Wachstum des OKP-Bereiches bei. Ihr Anteil an den gesamten verrechneten Leistungen liegt im Durchschnitt bei 39.90%.

Berechnet man für jeden Kanton seinen durchschnittlichen Beitrag zum Wachstum über die Beobachtungsperiode und bildet aus den zehn beitragsstärksten Kantonen eine Gruppe, so trägt diese durchschnittlich 74.33% zum Wachstum bei. Der durchschnittliche Anteil am OKP-Bereich beträgt 74.11%. Diese Gruppe umfasst die folgenden, nach abnehmender Beitragsstärke geordneten Kantone: *Zürich, Bern, Waadt, Aargau, St. Gallen, Tessin, Genf, Wallis, Thurgau und Luzern*.

Interessant ist ein Vergleich mit der Gruppe der zehn *wachstumsstärksten* Kantone. Geordnet nach absteigender durchschnittlicher Wachstumsrate über die gesam-

⁷⁵ Es sei hier noch einmal daran erinnert, dass der Datenpool der santésuisse die Kantonsbeiträge nicht ausweist.

te Beobachtungsperiode, umfasst diese Gruppe folgende Kantone: *Appenzell i.R., Thurgau, Solothurn, Nidwalden, Schaffhausen, Graubünden, Wallis, Zug, Glarus und das Tessin*. Die durchschnittlichen Wachstumsraten all dieser Kantone liegen über dem Schweizer Durchschnitt, ihr gemeinsamer durchschnittlicher Beitrag zum Wachstum beträgt aber dennoch nur 25.80%. Lediglich drei der Kantone kommen in beiden Gruppen vor, das heisst: lediglich drei der zehn *wachstumsstärksten* Kantone gehören auch zu den zehn Kantonen, die den grössten Beitrag zum Wachstum leisten.

Dieser Vergleich zeigt, dass ein Abstellen alleine auf die Wachstumsrate zwar diejenigen Kantone identifiziert, deren Wachstum *relativ* zu ihrer Grösse besonders gross ist, dass damit aber nicht gleichzeitig auch diejenigen Kantone identifiziert werden, die das Wachstum des Gesamtsystems tatsächlich am stärksten beeinflussen.

4.2.3. Die detaillierte Entwicklung in verschiedenen Leistungsbereichen

Nach diesen allgemeinen Analysen, sollen nun einzelne Bereiche genauer beobachtet und Entwicklungen aufgezeigt werden, die auf die Entwicklung des gesamten OKP-Bereiches einen massgeblichen Einfluss haben. Dabei beschreibt die erste Analyse Entwicklungen im Pflegeheim-, Spitex- und stationären Spitalbereich, während sich die zweite mit dem ambulanten Leistungsbereich befasst.

Die Entwicklung einzelner Leistungsarten

In der folgenden Analyse sollen die drei nachstehenden Leistungsarten gemeinsam betrachtet werden:

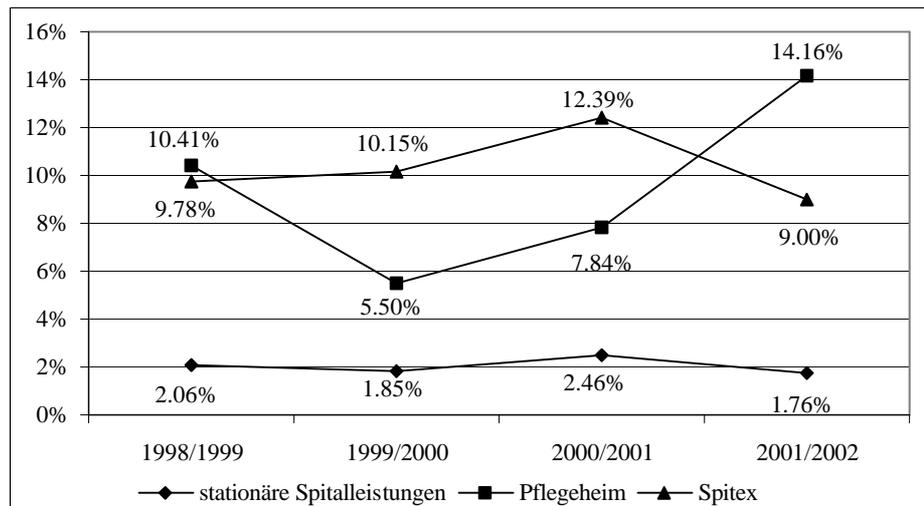
1. Der stationäre Spitalbereich,
2. die Pflegeheime und
3. die SPITEX-Leistungen.

In Kapitel 3 wurde beschrieben, dass die Planung des stationären Bereichs Anreize bietet, Patienten möglichst rasch als Pflegefälle zu führen, da diese Leistungen

ambulant verbucht werden. Weiter wurde festgehalten, dass ambulante Operationen eine intensivere nachoperative Pflege zu Hause nötig machen.

Abbildung 14 zeigt nun die entsprechenden Wachstumsraten dieser drei Leistungsarten.

Abbildung 14: Wachstumsraten von ausgewählten Leistungsarten 1998-2002 in % p.a.

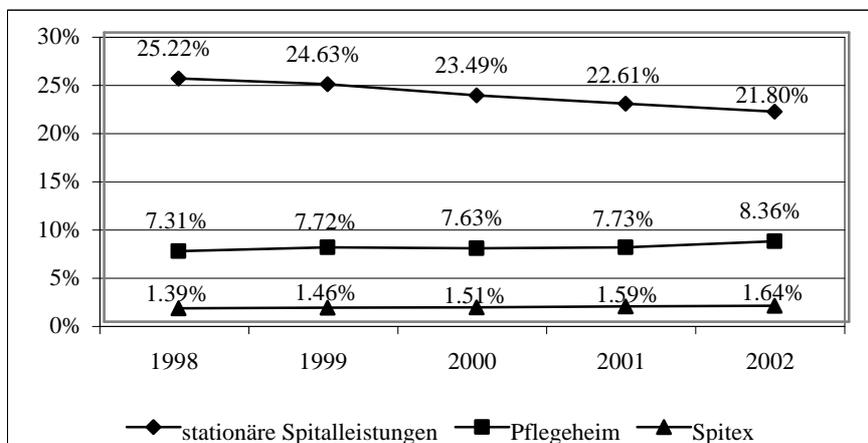


Quelle: santésuisse, eigene Darstellung

Während der stationäre Spitalbereich relativ konstant mit 2% pro Jahr wächst, verläuft das Wachstumsmuster der Pflegeheime weniger einheitlich: Nach einer starken Reduktion der Wachstumsrate von 10.41% auf 5.50% in den Jahren 1998-2000, stieg diese bis 2002 wieder auf 14.16%. Das Wachstum der SPITEX-Leistungen hat sich über die ersten drei Perioden hinweg von 9.78% auf 12.93% beschleunigt und in der vierten Periode dann wieder etwas verlangsamt, erreicht aber immer noch 9.00%

Diese unterschiedliche Entwicklung wird auch deutlich, wenn man die Entwicklung der *Anteile* der drei Leistungsarten am gesamten OKP-Bereich verfolgt (vgl. Abbildung 15): Während der Anteil der stationären Spitalleistungen abnimmt, steigt derjenige sowohl der Pflegeheime, wie auch der SPITEX-Leistungen. Ebenfalls deutlich wird in dieser Grafik aber auch, um wie viel grösser der Anteil der stationären Spitalleistungen im Vergleich zu den die Pflegeheim- oder SPITEX-Leistungen ist.

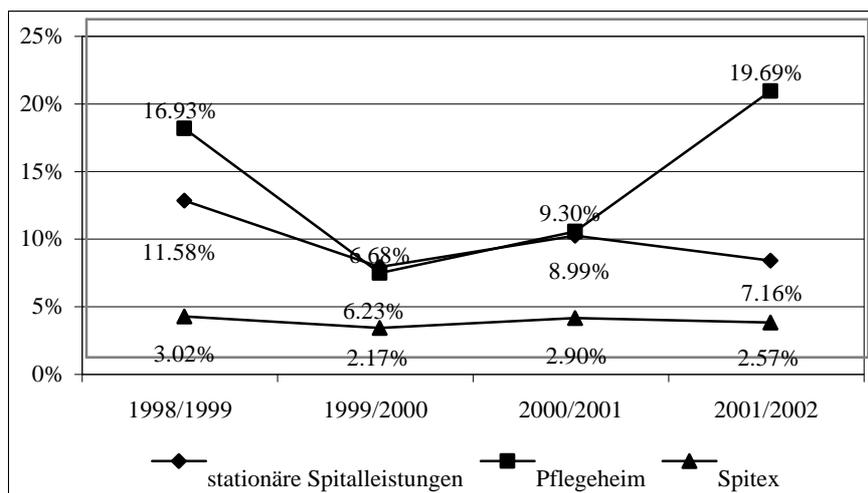
Abbildung 15: Anteile der analysierten Leistungsarten an den gesamten OKP-Kosten, 1998-2002



Quelle: santésuisse, eigene Berechnungen

Obwohl der Anteil der stationären Spitalleistungen 2002 mehr als zweieinhalb Mal so gross ist, wie derjenige der Pflegeheimleistungen, trägt Letzterer wegen seiner hohen Wachstumsraten seit dem Jahr 2000 mehr zum Wachstum des gesamten OKP-Bereiches bei, als die stationären Spitalleistungen. Dies verdeutlicht Abbildung 16, die die jeweiligen Beiträge zum Wachstum des gesamten OKP-Bereiches darstellt.

Abbildung 16: Beitrag der einzelnen Leistungserbringer zum Wachstum des gesamten OKP-Bereiches, 1998-2002



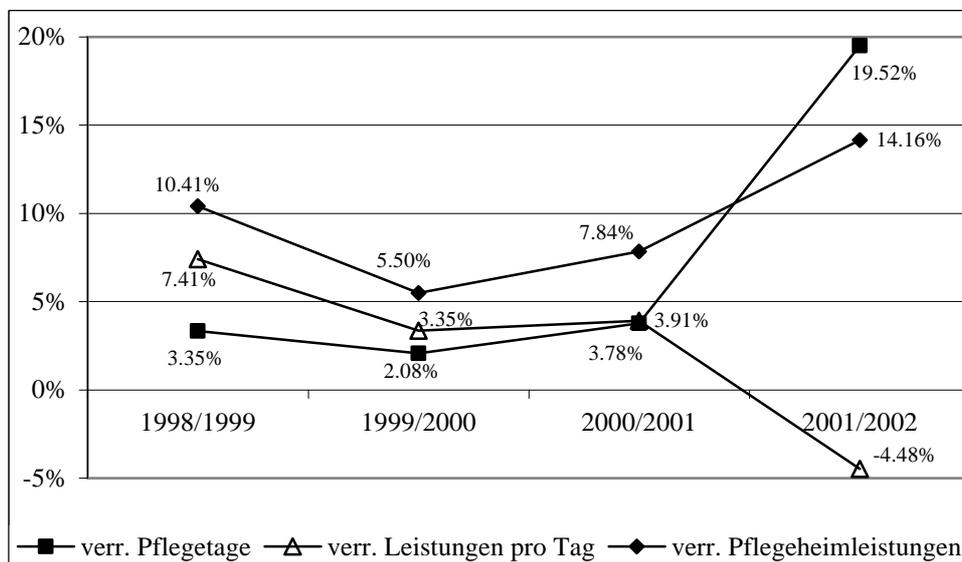
Quelle: santésuisse, eigene Berechnungen

In der Wachstumsperiode 2001/2002 waren die Pflegeheimleistungen für 19.69% des Wachstums des OKP-Bereiches verantwortlich, während die stationären Spital-

leistungen lediglich 7.16% beitrugen. Die SPITEX-Leistungen, die von diesen drei Bereichen den kleinsten Anteil am gesamten OKP-Bereich haben, tragen auch am wenigsten zu dessen Wachstum bei.

Abbildung 17 zeigt die Wachstumsraten für die verrechneten Leistungen, die Pfl egetage und die verrechneten Leistungen pro Pfl egetag im Pflegeheimbereich. Dabei zeigt sich, dass das Wachstum ohne die kompensierende Entwicklung der verrechneten Leistungen pro Tag noch grösser ausgefallen wäre. Das Wachstum der verrechneten Leistungen pro Tag hat sich über die gesamte Beobachtungsperiode hinweg verlangsamt; in der Periode 2001/2002 sind sie dann sogar gesunken. Die verrechneten Pfl egetage hingegen sind stark gestiegen. Die gesamten verrechneten Leistungen – also das Produkt aus Pfl egetagen und verrechneten Leistungen pro Tag – wären ohne diese dämpfende Entwicklung bei den verrechneten Leistungen pro Tag noch stärker ausgefallen. Zu bedenken gilt es hier allerdings, dass die analysierte Statistik nur die den Versicherern verrechneten Leistungen erfasst. Aus dem Sinken der pro Tag verrechneten Leistungen ist also weniger auf eine Kostenreduktion als vielmehr auf eine Zunahme der Fremdfinanzierung zu schliessen.

Abbildung 17: Wachstumsraten: verrechnete Leistungen, Pfl egetage und verrechnete Leistungen pro Tag in Pflegeheimen, 1998-2002



Quelle: santésuisse, eigene Berechnungen

Die Entwicklung im ambulanten Leistungsbereich

Wie bereits dargestellt, trägt der ambulante Leistungsbereich sehr viel mehr zum Wachstum des gesamten OKP-Bereiches bei als der stationäre (vgl. Abbildung 13).

Für die folgenden detaillierteren Analysen soll der ambulante Leistungsbereich nun in drei Teilbereiche aufgeteilt werden. Diese sind:

1. Der ambulante Spitalleistungsbereich (inkl. teilstationäre Leistungen),
2. die Leistungen von Ärztinnen und Ärzten in freier Praxis und
3. der ambulante Leistungsbereich *ohne* Spital- und Arztleistungen. Dieser dritte Bereich umfasst folgende Leistungserbringergruppen: Abgabestellen MiGeL,⁷⁶ Apotheken,⁷⁷ Chiropraktoren, Ergotherapeuten, Ernährungsberater, Fürsorge, Hebammen, Krankenpfleger, Laboratorien, Logopäden, Pflegeheime,⁷⁸ Physiotherapeuten, SPITEX-Organisationen, teilstationäre Einrichtungen, Transport- und Rettungsunternehmen und Zahnärzte sowie die Gruppe „Übrige Rechnungssteller“, die den Rest erfasst.

Abbildung 18 zeigt die Wachstumsraten dieser Teilbereiche, sowie diejenige des gesamten ambulanten Leistungsbereiches.

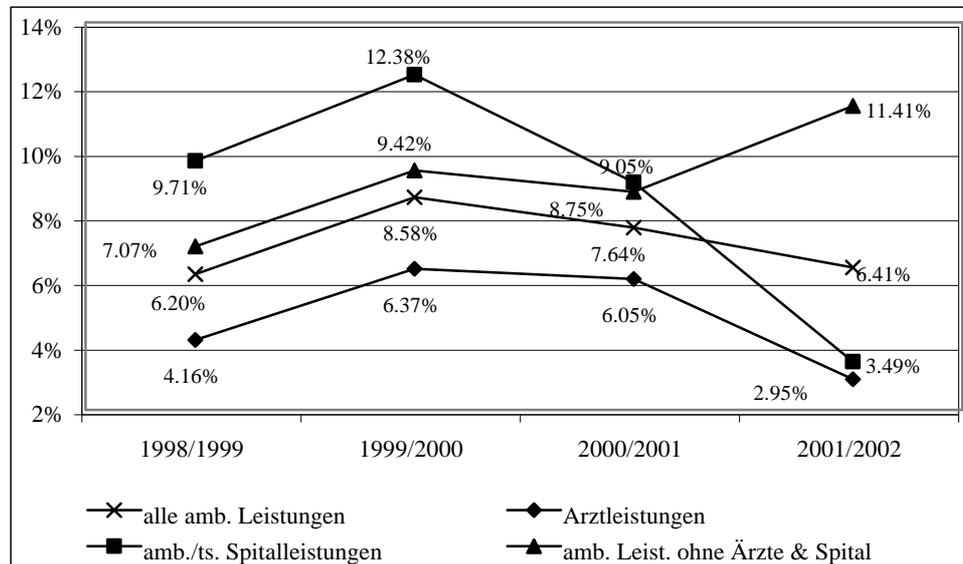
Es zeigt sich, dass sich die drei Teilbereiche nicht einheitlich entwickeln: Während jene der Arzt- und der Spitalleistungen wie der gesamte Bereich seit 2000 sinkende Wachstumsraten aufweisen, steigt diejenige des ambulanten Leistungsbereichs ohne Ärzte und Spital über die gesamte Beobachtungsperiode von 5.89% auf 10.46% an.

⁷⁶ Dieser Begriff bezeichnet Verkaufsstellen, die nach der Mittel und Gegenstände Liste (MiGeL) grundversicherungspflichtige Waren abgeben.

⁷⁷ Dieser Begriff schliesst sämtliche von Apotheken erbrachten, grundversicherungspflichtigen Leistungen ein, also sowohl die anrechenbaren Beratungsleistungen wie auch die Medikamentenkosten.

⁷⁸ Vgl. zu diesem Begriff Art.50 KVG.

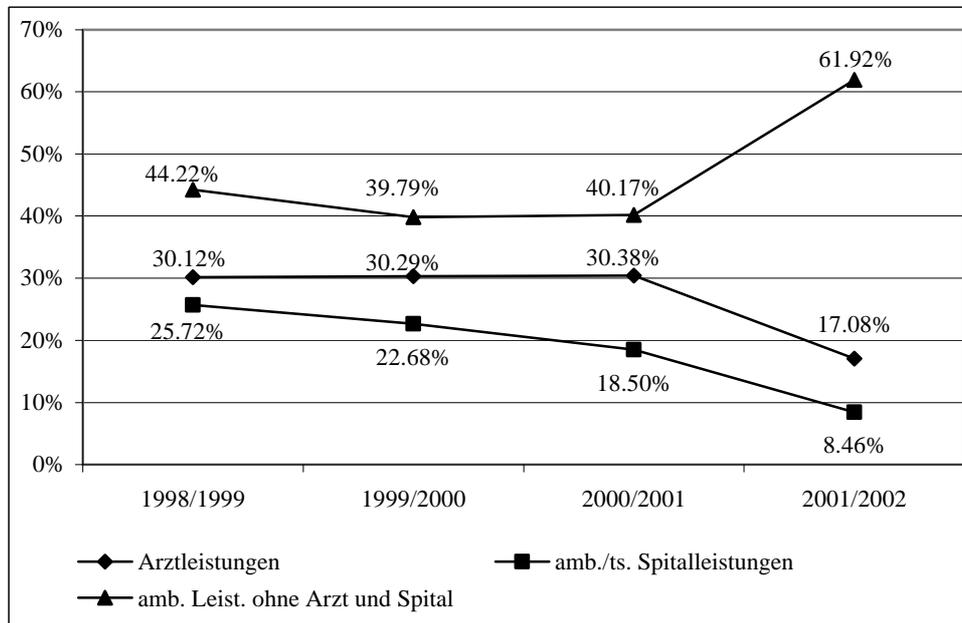
Abbildung 18: Wachstumsraten verschiedener Teilbereiche im ambulanten Leistungsbereich 1998-2002



Quelle: santésuisse, eigene Darstellung

Wie stark sich diese Entwicklung auf das Wachstum des gesamten OKP-Bereiches auswirkt, zeigt Abbildung 19, die die Beiträge dieser Teilbereiche zum Wachstum des gesamten OKP-Bereiches darstellt. Während der Beitrag Arztleistungen 1998-2001 sehr konstant bei circa 30% liegt und dann 2001/2002 um fast die Hälfte auf 17.08% sinkt, weist der ambulante Spitalleistungsbereich seit 1998 einen in jeder Periode sinkenden Beitrag zum Wachstum aus. Insgesamt sinkt dieser von 25.72% auf nur noch 8.46%. Dies obwohl er den, wie bereits gezeigt, stark wachsenden teilstationären Bereich enthält. Der Beitrag des ambulanten Leistungsbereichs ohne Ärzte und Spitäler hingegen steigt von 44.22% auf 61.92%. In der Wachstumsperiode 2001/2002 hat dieser Teilbereich damit bei weitem den grössten Einfluss auf das Wachstum des OKP-Bereiches. Fast zwei Drittel des Wachstums des OKP-Bereiches in der letzten beobachteten Periode sind also auf das Wachstum im ambulanten Bereich *ausserhalb* des Ärzte- und Spitalleistungsbereichs zurückzuführen. Bereits in den Perioden von 1998 bis 2001 war dieser Bereich mit Beiträgen um die 40% jeweils der beitragsstärkste.

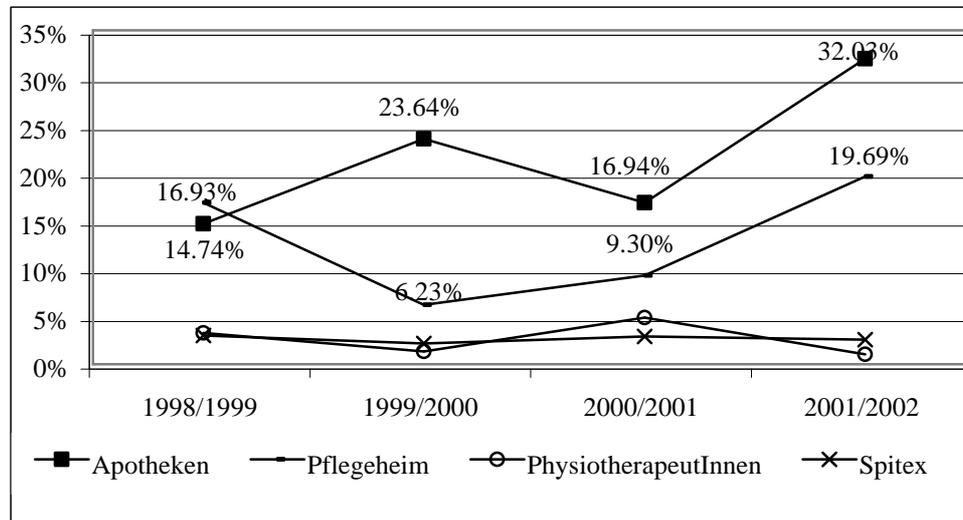
Abbildung 19: Beiträge verschiedener ambulanter Leistungsbereiche zum Wachstum des gesamten OKP-Bereiches, 1998-2002



Quelle: santésuisse, eigene Berechnungen

Abbildung 20 zeigt die drei beitragsstärksten Leistungserbringer dieses Teilbereiches: Es sind dies die Apothekenleistungen (Beratung und Medikamente), die Pflegeheim- und Physiotherapieleistungen. In der Wachstumsperiode 2001/2002 waren die Apotheken für ein knappes Drittel des Wachstums des *gesamten OKP-Bereiches* verantwortlich. Über die gesamte Beobachtungsperiode hinweg leisten die Apotheken aus dem ambulanten Leistungsbereich ohne Ärzte und Spital den grössten Beitrag zum Wachstum. Der zweite Rang innerhalb dieses Bereiches übernehmen die Pflegeheimleistungen mit am Ende 19.69%. Über die Perioden teilen sich die Leistungen der PhysiotherapeutInnen und der SPITEX-Organisationen den dritten Rang. Ihr Beitrag zum Wachstum erreicht allerdings nie auch nur die 5%-Marke.

Abbildung 20: Übersicht der beitragsstärksten Leistungserbringer im Teilbereich „ambulante Leistungen ohne Arzt und Spital“ 1998-2002

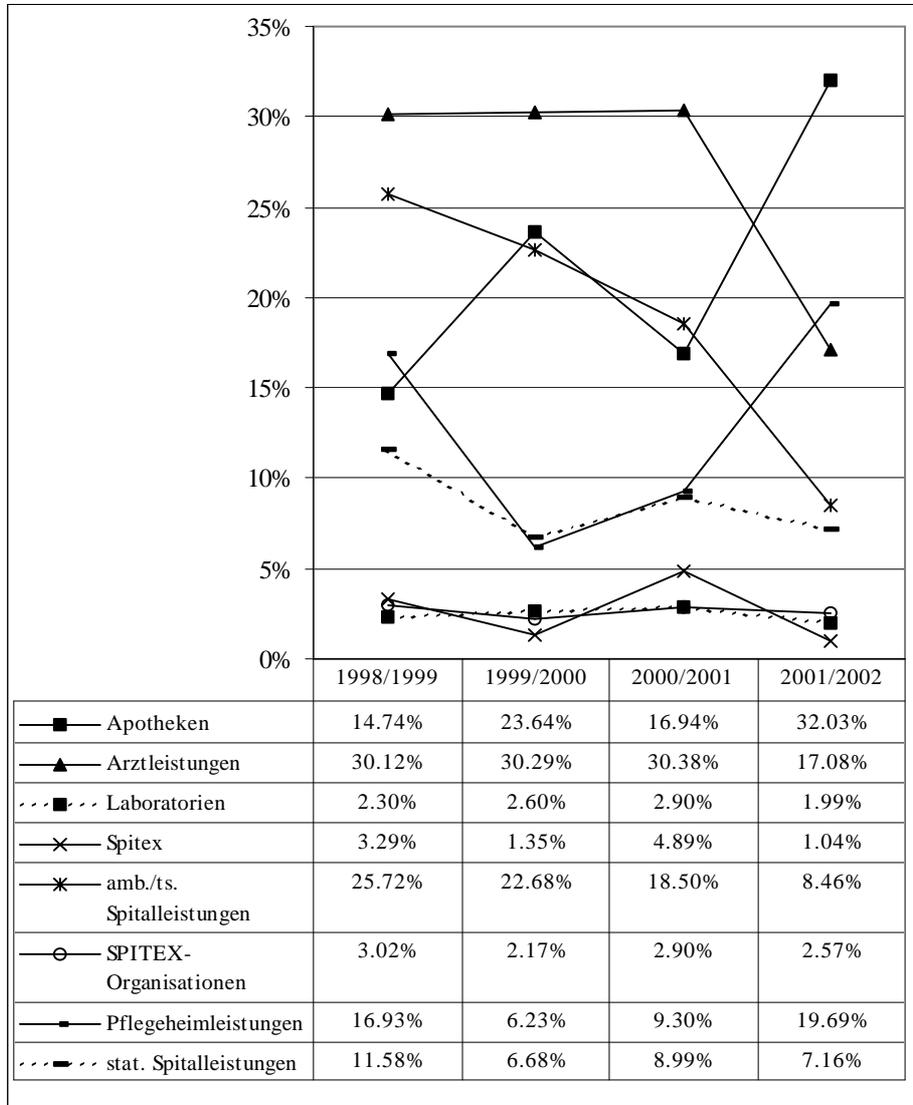


Quelle: santésuisse, eigene Berechnungen

Die Apotheken erweisen sich also als die am stärksten kostensteigernde Gruppe im ambulanten Leistungsbereich ohne Ärzte und Spitäler. Bezogen auf den gesamten ambulanten Leistungsbereich haben die Apotheken die Ärzte als beitragsstärkste Gruppe 2001/2002 zum ersten mal von Platz 1 verdrängt.

Abbildung 21 zeigt diesen Sachverhalt noch einmal im Überblick. Dargestellt ist eine nach der Beitragsstärke getroffene Auswahl von Leistungserbringern. Deutlich zeigt sich dabei der Rückgang des Beitrages der Arztleistungen, die durch den wachsenden Beitrag der Apotheken von Platz 1 verdrängt werden und aufgrund der bereits beschriebenen Steigerung der Wachstumsbeiträge im Pflegeheim-, Spitex- und stationären Spitalbereich in der letzten Wachstumsperiode sogar gleich auf den dritten Rang zurückfallen. Deutlich zeigt sich auch, wie viel weniger die anderen Gruppen aus dem ambulanten Leistungsbereich ohne Arzt und Spital beitragen: Mit 4.89% Beitrag zum Wachstum sind es die Physiotherapieleistungen, die sich während einer Periode der 5%-Marke zu nähern vermögen. Alle anderen Gruppen dieses Bereiches haben einen noch viel geringeren Einfluss. Zu Vergleichszwecken ebenfalls dargestellt werden in dieser Abbildung die stationären Spitalleistungen.

Abbildung 21: Beitrag der beitragsstärksten Leistungserbringergruppen zum Wachstum des OKP-Bereiches 1998-2002



Quelle: santésuisse, eigene Berechnungen

4.2.4. Ergebnisse

Die Gegenüberstellung der Entwicklung der *stationären Spitalleistungen* sowie der *Pflegeheim-* und *SPITEX-Leistungen* hat gezeigt, dass während die Spitalleistungen mit ungefähr 2% relativ konstant wachsen, insbesondere der Bereich der Pflegeheimleistungen ein sehr hohes und sich zudem stark beschleunigendes Wachstum aufweist.

Diese Entwicklung kann mehrere Ursachen haben:

- Die alternde Bevölkerung hat einen erhöhten Pflegebedarf. Dieser nimmt stärker zu als der (ebenfalls zunehmende) Behandlungsbedarf.
- Eine der Ausweichreaktionen beim Bettenabbau im Spitalbereich war deren Umwandlung in Pflegebetten. So reduzierte sich die statistische Anzahl der Akutbetten. Gleichzeitig wurde allerdings Pflegekapazität aufgebaut. Der Druck auf den Spitalsektor, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer zu reduzieren, steigert zudem den Anreiz, Patienten möglichst schnell aus der Akutabteilung zu entlassen und sie als Pflegefall auszuweisen.
- Die Tarife im stationären Leistungsbereich haben sich dahingehend entwickelt, dass wachsende Anreize bestehen, Patienten schneller als früher in einer Pflegeinstitution anstatt im Spital zu pflegen. Insbesondere Fallpauschalen erhöhen den Anreiz zu kurzen Behandlungsdauern. Es findet also eine Ausweichreaktion aufgrund der neuen Tarifform statt. Auch diese Ursache erklärt sowohl eine Anteilszunahme des Pflegeheimbereichs wie auch gleichzeitig die Abnahme des stationären Spitalbereichs.
- Eine weitere Erklärung für die Stagnation des stationären Spitalbereiches, neben den oben bereits beschriebenen tarifarischen Sparanreizen und dem Spardruck der Kantone, ist die Verschiebung in den teilstationären Leistungsbereich, der auch eine entsprechend hohe Wachstumsrate verzeichnet. Zu einem relevanten Teil beruht diese allerdings auf erweiterten Anwendungen der Definition.⁷⁹

Die detailliertere Analyse des *ambulanten Leistungsbereiches* hat gezeigt, dass sich hier nicht alle Bereiche nach dem gleichen Trend entwickeln: Während sich das Wachstum des gesamten Bereichs verlangsamt, gewinnt der ambulante Leistungsbereich ohne Ärzte und Spitäler an Bedeutung. Dabei lässt sich feststellen, dass es innerhalb dieses Bereichs vor allem zwei Leistungserbringergruppen sind, die diese Entwicklung beeinflusst: die Apotheken- und die Pflegeheimleistungen.

Die anderen Teilbereiche weisen seit dem Jahr 2000 sinkende Wachstumsraten auf, die zum verlangsamen Wachstum des gesamten ambulanten Leistungsbe-

⁷⁹ vgl. BFS (2003), S.5

reiches beitragen. Besonders interessant ist dabei, dass auch die ambulanten Spitalleistungen sinkende Wachstumsraten aufweisen, *obwohl* diese in der ausgewerteten Statistik auch die stark zunehmenden teilstationären Spitalleistungen enthalten. Das Wachstum der effektiv nur ambulanten Spitalleistungen sinkt also noch stärker als hier gezeigt werden kann. Fänden tatsächlich in namhaftem Umfang ‚echte‘ Verschiebungen vom stationären in den ambulanten Leistungsbereich statt, müsste sich dies bei den ambulanten Spitalleistungen deutlich zeigen. Insbesondere wenn die Stabilisierung der Wachstumsrate bei den stationären Spitalleistungen auf eine Verschiebung in den ambulanten-teilstationären Spitalbereich zurückzuführen sein sollte, müssten hier relevante Wachstumsbeschleunigungen zu verzeichnen sein. Der zweite ambulante Bereich, der von einer Verlagerung stationärer Fälle ‚profitieren‘ würde, wären die Arztleistungen. Allerdings sinken die Wachstumsraten auch hier, woraus kein Hinweis auf relevante Verschiebungen abgeleitet werden kann. Die Stabilisierung des Wachstums im stationären Spitalleistungsbereich ist also nicht auf eine ‚echte‘ Verschiebung von Behandlungen in den ambulanten Bereich zurückzuführen, sondern vielmehr eine Folge des Kostendrucks und einer Ausweichreaktion, die zu einer Auslagerung der Pflegefälle führt.

Die Entwicklung im ambulanten Leistungsbereich wird durch folgende Faktoren bestimmt:

- Wichtigster Kostentreiber im ambulanten Leistungsbereich sind die Apotheken. Diese Entwicklung hat verschiedene Ursachen.⁸⁰
 - Die 10%ige Reduktion der kassenpflichtigen Medikamentenpreise vermochte die Auswirkungen der leistungsorientierten Abgeltung der Apothekerleistungen (LOA) in den Apotheken nicht auszugleichen. Bei den selbstdispensierenden Ärzten – für die die LOA auch gilt – hingegen hat sie eine Reduktion bewirkt, da deren Konsultationen wie früher über die Konsultationstaxe entschädigt werden.

⁸⁰ In einem Telefongespräch hat ein Vertreter des *Schweizerischen Apothekerverbandes* darauf hingewiesen, dass nach Meinung des Verbandes Abgrenzungsprobleme beim Datenpool das Wachstum *überschätzten*. Zwischen den beiden Parteien sind zur Zeit Gespräche zu diesem Thema in Gang.

-
- Die Demografie führt zur Verschreibung von mehr Medikamenten.
 - Die stark steigende Patientennachfrage nach Medikamenten löst eine Mengenausweitung aus.
 - Neue ambulante Behandlungen steigern auch den Medikamentenkonsum. Insbesondere werden vermehrt sogenannte Kombi-Therapien entwickelt, die verschiedene Medikamente gleichzeitig für nur eine Indikation einsetzen.
 - Ältere Medikamente werden durch neuere, marginal bessere aber wesentlich teurere Produkte ersetzt.
 - In diesem Zusammenhang muss auch auf den vor Wettbewerb relativ stark geschützten Markt der Apotheken hingewiesen werden. Durch den Markteintritt von Versandapotheken beginnt allerdings ein Wettbewerbsdruck zu entstehen. Entsprechend dem noch geringen Marktanteil dieser neuen Apothekenform ist allerdings auch deren Einfluss noch sehr klein.
 - Zusätzliche Medikamente werden kassenpflichtig, deren Menge ist allerdings auch eher klein.
- Beim lange Zeit wichtigsten Bereich in Bezug auf das Kostenwachstum im ambulanten Leistungsbereich, bei den Arztleistungen, verlangsamt sich das Wachstum. Dieser Markt wächst weiterhin, allerdings sind die Wachstumsraten bereits seit zwei Wachstumsperioden niedriger als diejenige in der Vorperiode. Ob diese bereits eine Trendwende darstellt, wird sich in den nächsten drei bis fünf Jahren zeigen müssen. In diese Zeit wird auch der Einfluss des Ärztestopps fallen, dessen Einfluss noch schwer einzuschätzen ist, vermutlich aber eher klein ausfallen wird, wenn es den Spitalern nicht gelingt, Medizinern innerhalb des Spitals ähnlich attraktive Angebote wie das einer eigenen Praxis zu machen.
 - Auch der ambulant-teilstationäre Spitalleistungsbereich weist seit zwei Perioden niedrigere Wachstumsraten als die Vorperiode auf, wächst aber immer noch stark weiter. Da im Datenpool der sich mit in jedem Jahr steigenden Wachstumsraten entwickelnde teilstationäre Spitalleistungsbereich mit dem

ambulanten zusammengefasst wird, liegen die Wachstumsraten für den rein ambulanten Spitalbereich wie bereits erwähnt folglich noch tiefer.

4.2.5. Der Einfluss der Tarifsysteme im stationären Leistungsbereich

Das KVG legt fest, dass im stationären Spitalsektor mittels Pauschalen abrechnet werden muss (Art. 49 Abs. 1). Zu beobachten ist, dass in immer mehr Kantonen die in der Vergangenheit übliche Tagespauschale durch eine Fallpauschale, eine Abteilungspauschale oder eine Mischform, bei der immer noch ein Teil des Betrages pro Tag vergütet wird, ersetzt. In 14 von 26 Kantonen wurden die Tagespauschale bereits abgeschafft.⁸¹

Von der Umstellung von Tages auf Fall- oder Abteilungspauschalen wird allgemein eine Verlangsamung der Kostensteigerung oder sogar eine Kostensenkung erwartet. Dies durch die anders gesetzten Anreize. Wird das Spital pro Tag, den der Patient im Spital verbringt, entschädigt, besteht ein Anreiz, den Patienten möglichst lange im Spital zu behalten. Mit zunehmender Pflegedauer sinken die Kosten, da sich der Gesundheitszustand verbessert. Somit steigt der Gewinn pro Tag bei jedem abgerechneten Pflgetag in einem Tagespauschalensystem.

In einem Fall- oder Abteilungspauschalensystem ist die Entschädigung hingegen nicht von der Aufenthaltsdauer abhängig. Bereits im Voraus wird im Tarifvertrag ein Betrag festgeschrieben, den das Spital für die Behandlung eines Patienten von seinem Spitalein- bis zu seinem Spitalaustritt (Fallpauschale) bzw. von dessen Abteilungsein- bis -austritt (Abteilungspauschale) bekommt. Eine genaue Definition eines ‚Falles‘, die spezielle Berücksichtigung von besonders schweren oder leichten Fällen, die Unterscheidung von Fällen nach Diagnosen oder andere Regelungen sind dabei Sache der Tarifparteien. Der relevante Unterschied zur Tagespauschale liegt darin, dass die Entschädigung nun nicht mehr von der Pflegedauer abhängig ist, sondern klare Anreize zu kostenbewusstem Handeln setzt: Fällt die Behandlung eines Patienten günstiger aus als die vereinbarte Pauschale, so erzielt das Spital einen ‚Gewinn‘. Kosten hingegen, die die Pauschale übersteigen, gehen zu Lasten des Spitals. Anstatt den Patienten möglichst lange zu behandeln, besteht

⁸¹ Zusätzlich ist auch im Kanton Thurgau bereits seit dem Jahr 2000 eine Abteilungspauschale geplant. Wegen einer Beschwerde konnte sie allerdings noch nicht umgesetzt werden.

nun also ein Anreiz zu Effizienz. Wichtig ist dabei allerdings, dass Regelungen bestehen, die Missbräuche wie die ungenügende Behandlung oder die Ablehnung teurer Behandlungen verhindern.

Anhand der in der santésuisse-Dokumentation „Tagestaxen in Heilanstalten“⁸² veröffentlichten Tarife und des Datenpools soll nun untersucht werden, ob ein Tarifwechsel weg von einer reinen Tagespauschale sichtbare Konsequenzen auf die Entwicklung des stationären Spitalsektors hat. Tabelle 4 zeigt die Kantone, in denen während der Beobachtungsperiode ein Tarifsystemwechsel⁸³ durchgeführt wurde, und die deshalb für eine Analyse in Frage kommen.⁸⁴

Tabelle 4: Kantone mit einem Tarifsystemwechsel zwischen 1998 und 2002

Kanton	Jahr des Tarifsystemwechsels	Tarifsystem
AG	2001	Abteilungspauschalen Fallpauschalen für ausgewählte Diagnosen im Rahmen des Projektes >>mipp> Patientenpfade ⁸⁵
AR	2002	Abteilungspauschale
BS	2001	Mischsystem mit verschiedenen Modulen mit Operations-, Tages-, IPS-, Notfall und Fallpauschalen sowie Materialbeiträgen
GL	2002	Abteilungspauschale mit Tagesbezug
OW	2002	Fallpauschale (nur eine Pauschale für <i>sämtliche</i> Fälle)
SG	2002	Abteilungspauschale mit Tagesbezug
SH	2001	Fallpauschale mit Tagesbezug (nur eine Fallpauschale für <i>sämtliche</i> Fälle)

⁸² santésuisse (1997-2002)

⁸³ Die verwendete santésuisse-Dokumentation nimmt keine genaue Abgrenzung zwischen den Begriffen Fall- und Abteilungspauschale vor. Hier wird deshalb folgende Abgrenzung verwendet: Pauschalen, die unterscheiden, in welcher Abteilung der Patient behandelt wird, gelten als *Abteilungspauschalen*. Gilt für alle Abteilungen die gleiche Pauschale oder wird eine Unterscheidung nach Diagnosen vorgenommen (AG, VD), so wird die Bezeichnung *Fallpauschale* verwendet.

Einzelne Spitäler der aufgeführten Kantone (insb. psychiatrische Einrichtungen) rechnen weiterhin über Tagespauschalen ab.

⁸⁴ Folgende Kantone hatten bereits 1998 keine Tagespauschalen mehr: Bern, Jura, Neuenburg und Wallis.

⁸⁵ vgl. >>mipp> (2001)

Kanton	Jahr des Tarifsystemwechsels	Tarifsystem
UR	2002	Fallpauschale (nur eine Pauschale für <i>sämtliche</i> Fälle)
VD	2002	Fallpauschale nach APDRG-Diagnosegruppen einzelne Spitäler mit Abteilungspauschalen
ZH	2001	individuelle Regelung pro Spital (eine kleine Minderheit der Spitäler rechnet noch über reine Tagespauschalen ab.)

Quelle: santésuisse (1997-2002), eigene Zusammenstellung

Die Analyse der zehn Kantone, die in der Beobachtungsperiode einen Tarifsystemwechsel durchgeführt haben ergibt ein sehr uneinheitliches Resultat: So lässt sich in fünf Kantonen nach dem Systemwechsel eine Erhöhung der Wachstumsrate der verrechneten Leistungen des stationären Spitalsektors beobachten, während sie in den fünf anderen sinkt. In jeder der beiden Gruppen ist in vier von fünf Fällen eine Umkehrung des Trends der Wachstumsrate zu beobachten, während sich in je einem Fall der bisherige Trend fortsetzt. Tabelle 5 zeigt die detaillierten Ergebnisse.

Durch die sehr gegensätzlichen Ergebnisse lässt diese Analyse keine Rückschlüsse darauf zu, ob ein Wechsel weg von Tagespauschalen kostensenkende Folgen hat. Mit 5:5 halten sich die Fälle, in denen die Wachstumsraten nach dem Wechsel weiter gestiegen sind mit denjenigen, in denen sie nach dem Wechsel fielen, genau die Waage. Daraus kann also weder der Schluss gezogen werden, dass Fall- und Abteilungspauschalen in die eine oder andere Richtung wirken, noch dass ein Wechsel keinen Einfluss hat.

Tabelle 5: Wachstumsraten der nach KVG verrechneten Leistungen in Fr. im stationären Spitalsektor in Kantonen mit Tarifsystemwechsel 1998-2002

Effekt	Kanton	Beschreibung
Beschleunigtes Wachstum nach Tarifsystemwechsel	AG	1998-2000 sinkt die Wachstumsrate von 8.75% auf -0.48%. Nach dem Wechsel steigt sie auf 4.08% und weiter auf 4.83%.
	AR	1999-2001 sinkt die Wachstumsrate von 7.15% auf 3.27%. Nach dem Wechsel steigt sie auf 5.77%.
	SG	Die Wachstumsrate weist bereits 1999-2001 einen steigenden Trend auf (von -3.87% auf 0.89%). Dieser Trend setzt sich nach dem Wechsel fort (6.25%).
	SH	1998-2000 fällt die Wachstumsrate von 28.37% auf -8.55%. Nach dem Wechsel steigt sie auf -5.63% und weiter auf 3.53%.
	ZH	1998-2000 sinkt die Wachstumsrate von 3.63% auf -3.53%. Nach dem Wechsel steigt sie auf 4.43% und weiter auf 5.48%.
Verlangsamtes Wachstum nach Tarifsystemwechsel	BS	1998-2000 steigt die Wachstumsrate von 4.83% auf 7.15%. Nach dem Wechsel sinkt sie auf -9.39% und steigt danach leicht auf -6.95%.
	GL	1998-2001 steigt die Wachstumsrate von -0.46% auf 0.37% und weiter auf 14.63%. Nach dem Wechsel sinkt sie auf 10.11%.
	OW	1998-2001 steigt die Wachstumsrate von -11.62% auf -4.11% und weiter auf 2.76%. Nach dem Wechsel sinkt sie auf -5.93%.
	UR	1999-2001 steigt die Wachstumsrate von -1.91% auf 8.31%. Nach dem Wechsel fällt sie auf -20.77%.
	VD	Die Wachstumsrate weist bereits 1999-2001 einen sinkenden Trend auf (von 4.75% auf 2.59%). Dieser Trend setzt sich nach dem Wechsel fort (-4.91%).

Quelle: Datenpool und santésuisse (1997-2002), eigene Auswertung

Nachteilig auf diese Analyse wirkt der kurze Beobachtungszeitraum: Keiner der untersuchten Kantone kann mehr als zwei Jahre Erfahrung mit dem neuen Tarifsystem aufweisen. Eine Tarifsystemumstellung löst auch Veränderungen in anderen Bereichen des Betriebes aus und wird zudem oft gleichzeitig mit grösseren

anderen Umstellungen durchgeführt. Neben dem Tarifsystemwechsel werden also auch andere Faktoren auf die Entwicklung des Bereichs wirken. Analysierbar ist jedoch nur die Summe dieser Einflüsse. Es ist allerdings zu erwarten, dass die Störeinflüsse durch andere Faktoren eher kurzfristig sind. Eine der hier durchgeführten ähnliche Analyse, sollte zu einem späteren Zeitpunkt also aussagekräftigere Resultate liefern können, die zeigen, ob sich durch die neuen Tarifsysteme tatsächlich die kostendämmende Wirkung entfaltet, die aufgrund der neuen Anreizstruktur erwartet werden kann. Zum jetzigen Zeitpunkt kann jedoch aufgrund dieser Datengrundlage noch keine empirisch begründete Aussage darüber gemacht werden, wie der Trend weg von Tagespauschalen das Verhältnis stationär/ambulant beeinflussen wird.

4.3. Weitere Statistiken

Auf der Suche nach der optimalen Datengrundlage für die empirische Analyse der dieser Studie zugrunde liegenden Fragestellung, wurden neben dem Datenpool der santésuisse auch weitere Statistiken auf ihre Eignung hin geprüft. Im Folgenden ein kurzer Überblick.

4.3.1. Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Das grösste Hindernis zur Auswertung der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (kurz: Medizinische Statistik) für die vorliegende Studie, war die Tatsache, dass ihr Aufbau noch nicht vollständig abgeschlossen ist. Da diese Statistik allerdings bereits in naher Zukunft ein beträchtliches Auswertungspotential besitzt, soll sie hier etwas ausführlicher beschreiben werden.

Problemkreise

Für die Analyse der Statistik zur Thematik dieser Studie sind die folgenden Problemkreise identifiziert worden:

1. *Die Beschränkung auf den Krankenhaussektor.* Die Medizinische Statistik erfasst nur den Krankenhaussektor und nicht das gesamte Gesundheitswe-

sen. Dies verunmöglicht die Analyse von Entwicklungen, die nicht nur im Krankenhaussektor ablaufen.

2. *Die lediglich fakultative Erfassung der ambulanten Fälle.* Durch die nur fakultative Erfassung der ambulanten Fälle ist die Rücklaufquote verschwindend klein, so dass nach Auskunft des BFS keine Analysen dieses Bereichs möglich sind. Analysen, die den ambulanten Bereich mit einbeziehen, sind deshalb überhaupt nicht möglich. Eine Erfassung derselben würde zumindest Analysen zur Entwicklung des Verhältnisses stationär/ambulant im Krankenhausbereich ermöglichen. Die unter 1. beschriebene Problematik bliebe aber bestehen.
3. *Die zunehmende Vollständigkeit in der Aufbauphase.* Die Medizinische Statistik wird erst seit 1998 geführt und hat noch keine vollständige Rücklaufquote erreicht. Während die über die Jahre zunehmende Rücklaufquote einerseits positiv zu bewerten ist, birgt sie ein Problem für Auswertungen: Durch die zunehmende Vollständigkeit wachsen die Fallzahlen. Eine berechnete Wachstumsrate wird also aus zwei Komponenten bestehen: Aus dem Wachstum aufgrund der zunehmenden Vollständigkeit *und* aus dem (positiven oder negativen) Wachstum aufgrund realer Veränderungen bei den durchgeführten Behandlungen. Da die Gesamtmenge der Fälle nicht bekannt ist, lässt sich der Einfluss der zunehmenden Vollständigkeit nicht ermitteln, und auch wenn Schätzungen der Gesamtmenge möglich sind, lässt sich daraus kein zuverlässiger Korrekturfaktor für detaillierte Analysen ermitteln: Auch wenn sich dieser Faktor für die Gesamtmenge sogar relativ genau bestimmen liesse, besteht keine Gewähr, dass auch einzelne beobachtete Diagnosen, Regionen, Krankentypen etc. die identische Entwicklung der Rücklaufquote aufweisen. Es ist denkbar, dass eine Korrektur um den für die Gesamtmenge geschätzten Faktor einzelne Bereiche sogar zusätzlich verzerrt, dann nämlich, wenn deren Rücklaufquote zum Beispiel bereits auf einem höheren Niveau liegt.
4. *Die uneinheitliche Definition der teilstationären Fälle in der Praxis.* Bereits an früherer Stelle wurde auf die Probleme der Definition teilstationärer Behandlungen hingewiesen und am Beispiel Genf gezeigt, was für gravierende Auswirkungen Definitionsänderungen haben können. Diese definitorische Unklarheit senkt auch die Qualität der Medizinischen Statistik. Durch die Tatsache, dass Behandlungsein- und -austritt allerdings sehr genau erfasst werden, lässt sich hier der Indikator Behandlungsdauer be-

rechnen. Teilstationäre Fälle könnten dann zum Beispiel alle als teilstationär oder stationär gemeldeten Fälle mit einer Behandlungsdauer von unter 24 Stunden sein. Die Abgrenzung zu den ambulanten Fällen bleibt allerdings unscharf.

Die Bedeutung der dargestellten Probleme für die vorliegende Studie

Für Analysen der Fragestellung nach den Verschiebungen zwischen stationärer und ambulanter Medizin stellen sich aus den dargestellten Problemen folgende Hindernisse:

1. Die Analyse ist nur im Krankenhausbereich möglich, der für das gesamte Gesundheitswesen nicht repräsentativ sein wird, da sich der ambulante Krankenhausbereich vom ambulanten Bereich ausserhalb der Krankenhäuser fundamental unterscheidet. Somit sind nur Analysen zu Veränderungen innerhalb des Spitalsektors möglich.
2. Analysen sind lediglich für die Entwicklung des Verhältnisses stationär/teilstationär möglich. Auch die Übertragung dieser Resultate bereits lediglich auf das Verhältnis stationär/ambulant im *Krankenhausbereich* ist nicht möglich, da sich der teilstationäre und der ambulante Krankenhausbereich wiederum fundamental unterscheiden.
3. Die ermittelten Wachstumsraten – vor allem für einzelne Diagnosegruppen – sind wenig aussagekräftig, da sie durch die zunehmende Datenvollständigkeit stark verzerrt sein können. Eine Abschätzung dieser Verzerrung ist nicht möglich. Genauso gut, wie die Ergebnisse zufällig in der Nähe der realen Wachstumsraten liegen können, können sie auch weit davon entfernt sein. Ihre Aussagekraft ist daher minimal.

Potential der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser

Sobald die Vollständigkeit der Medizinischen Statistik einmal gewährleistet ist, reduzieren sich die beschriebenen Probleme, was vielfältige Analysen dieser Statistik ermöglicht. Davon werden nachfolgend einige, in den Themenkreis dieser Studie passende Varianten beispielhaft beschrieben. Bestehen bleiben die beiden

Problemkreise, dass *nur der Krankenhausbereich* abgedeckt ist, und *nur die stationären und teilstationären Leistungen* analysiert werden können.

1. Anhand der Medizinischen Statistik lassen sich Analysen von Verschiebungen zwischen dem KVG- und dem VVG-Bereich durchführen. Damit lassen sich Thesen untersuchen, wonach die Versicherungsklasse des Patienten Auswirkungen auf die Behandlungsart und – im stationären Fall – auf die Behandlungsdauer hat.
2. Über den anonymen Verbindungskode lässt sich der Weg eines Patienten innerhalb des Krankenhaussystems verfolgen. Dadurch lassen sich Thesen überprüfen, die nach teilstationären Behandlungen einen erhöhten Nachbehandlungsbedarf vermuten. Durch die Ausgrenzung sämtlicher ambulanter Behandlungen in der Statistik, können allerdings leider nur ebenfalls teilstationäre Nachbehandlungen überprüft werden.
3. Anhand der erfassten Diagnosen lassen sich besonders stark wachsende Diagnosen oder Diagnosegruppen untersuchen.
4. In Verknüpfung mit Tarifdaten für Spitäler lassen sich die Auswirkungen der Anreize, die verschiedene Tarifsysteme bieten, überprüfen: In den meisten Spitälern unterscheiden sich die Tarife für inner- und ausserkantonale Patienten in ihrer Höhe, oft sogar auch in ihrem System (z.B. Tages- und Fallpauschale). In mehreren Kantonen wurden die Tarife auch grundsätzlich von Tages- auf Fallpauschalen umgestellt, was einen Vorher/nachher-Vergleich ermöglicht. Anhand dieser Auswertungen liesse sich zeigen, welche Auswirkungen unterschiedliche Tarife haben.
5. Auch bezüglich des Alters oder des Geschlechtes des Patienten lassen sich Analysen zum Verhältnis stationär/teilstationär durchführen. Somit liesse sich zum Beispiel die Frage beantworten, ob ab einem bestimmten Alter die Möglichkeiten der teilstationären Behandlung stark zurückgehen.

Bis zur Einführung der beim BFS geplanten ambulanten Statistik bleibt das Defizit bestehen, dass keine Verschiebungen in oder aus dem ambulanten Leistungsbe- reich analysiert werden können. Eine Möglichkeit zur Verringerung dieses Prob- lems bis zur Erfassung aller ambulanten Fälle könnte zumindest die obligatorische Erfassung aller ambulanten Fälle im Krankenhausbereich sein. Somit liessen sich wenigstens hier Entwicklungen in der ambulanten Medizin detailliert dokumentie-

ren und analysieren. Die Aussagemöglichkeiten der Medizinischen Statistik würden dadurch massiv erhöht.

4.3.2. Die Statistik diagnosebezogener Fallkosten

Beim BFS ebenfalls im Aufbau begriffen ist die (fakultative) Statistik diagnosebezogener Fallkosten (kurz: Fallkostenstatistik).⁸⁶ In dieser Statistik werden pro Fall die entsprechenden verursachten Kosten erfasst. Zusammen mit weiteren Daten zu den Patienten, lassen sich für verschiedene Fallgruppen (z.B. nach Alter des Patienten, nach Diagnose, nach Diagnosegruppe...) Durchschnittskosten ermitteln. Diese Kosten können zur Berechnung von Kostenfolgen von zum Beispiel bei der Auswertung der Medizinischen Statistik ermittelten Verschiebungen herangezogen werden. Zum jetzigen Zeitpunkt ist die Statistik allerdings noch nicht auswertbar.

4.3.3. Sonstige Statistiken

Auf der Suche nach alternativen Datenquellen, wurden folgende Stellen, mit dem beschriebenen Ergebnis, angefragt:

Kantone: Angefragt wurden 14 Kantone nach den Kriterien Grösse und Universitätsspital. Keiner führt eine eigene Statistik, die teilstationäre Fälle separat ausweist.

Spitäler: Die grossen Spitäler der Schweiz führen zwar eigene Statistiken. Diese sind allerdings allesamt nicht öffentlich zugänglich.

Andere Körperschaften: Die Statistiken des Vereins Outcome und der Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie (AQC) sind für Nicht-Mitglieder nicht zugänglich. Die Statistik der Gelenkprothesen des MEM Institute for Evaluative Research Orthopaedics ist zwar erhältlich, nach eigene Angaben aber nicht repräsentativ

⁸⁶ vgl. BFS (2000b)

4.4. Kurzumfrage

Da keine Auswertung der Verschiebungen nach Diagnosedaten möglich war, wurde eine Kurzumfrage bei fünf praktizierenden Medizinerinnen und Medizinern durchgeführt, um die Bereiche identifizieren zu können, in denen die meisten Verlagerungen stattfinden. Dabei wurde auch gefragt, welche Gründe bei diesen Verschiebungen eine wichtige Rolle spielen.

Im Gesamtsystem werden die Verlagerung als noch eher gering aber zunehmend beurteilt. Als von Verlagerungen besonders betroffene Bereiche werden die Orthopädie, die Kardiologie, die Ophthalmologie und die Gynäkologie (insb. im Bereich der Brustbehandlungen und der Chemotherapie) genannt.

Als Gründe für die Verschiebungen werden der technologische Fortschritt genannt, der die ambulanten Operationen erst ermöglicht. Weiter spielt der politische Einfluss des Kantons eine Rolle, da dieser versucht, sein Interesse an den aus seiner Sicht vorteilhafteren ambulanten Behandlungen durchzusetzen. Besonders bei Augenbehandlungen zentral – und dort speziell bei der häufig auftretenden Operation des grauen Stars – sind Veränderungen der Tarife. Die Einführung des Selbstbehaltes auch bei stationären Behandlungen hat zum Beispiel den aus Sicht des Patienten bisherigen Kostenvorteil einer *stationären* Operation gegenüber einer ambulanten Behandlung zunichte gemacht.

5. Einfluss auf die Kosten

Dieses Kapitel widmet sich der Frage, inwiefern eine Verschiebung hin zur ambulanten Versorgung, respektive eine Mengenausweitung im ambulanten Bereich sich auf die Kosten auswirken. Diesbezüglich möglich ist eine primär qualitative Analyse verschiedener Faktoren und Kostentreiber sowie der Effekte auf die Gesundheitskosten.

5.1. Generelle Überlegungen

Im Vergleich zur stationären können mit der ambulanten Behandlung in verschiedenen Phasen Kosten eingespart werden. Im folgenden werden, unterteilt in drei Phasen, einige generelle Einflüsse der ambulanten Chirurgie auf die Kosten aufgezeigt. Für eine bessere Übersicht sorgt dabei die Unterteilung der ambulanten Behandlung in drei Phasen: die prä-operative Phase, die eigentliche Operation und die post-operative Genesungsphase.

Prä-operative Phase

Die prä-operative Phase umfasst die Zeit vor dem ambulanten Eingriff, also auch die notwendigen Vorabklärungen und medizinischen Tests. Generell kann davon ausgegangen werden, dass bei stationären Patienten umfangreichere und eine größere Anzahl von Abklärungen, Tests und dergleichen zur Anwendung kommen als bei ambulanten Patienten (präoperative Diagnostik).⁸⁷ Dadurch entstehen bei der stationären Behandlung tendenziell höhere Kosten als bei der ambulanten Versorgung. An dieser Stelle zu berücksichtigen ist jedoch die unterschiedliche Patientenstruktur. Ambulant behandelt werden vorwiegend jüngere und gesünderer Personen. Ältere Patienten mit grösseren Risiken werden häufiger stationär operiert. Daher ist es möglich, dass für erstere die präoperative Diagnostik im stationären Bereich geringer ausfallen würde. Ein weiteres Einsparpotenzial besteht darin,

⁸⁷ vgl. Eichhorn, S., Eversmeyer, H. (1999), S. 328

dass ambulant behandelte Patienten nicht bereits ein paar Tage vor der Behandlung im Spital untergebracht werden müssen.

Phase der eigentlichen Operation

Bezüglich der Operationsdauer ist zu beobachten, dass diese bei diversen ambulant durchgeführten Eingriffen überwiegend kürzer ist als im stationären Bereich.^{88,89} Durch eine kürzere Inanspruchnahme von Personal und Infrastruktur entstehen weitere Einsparpotenziale der ambulanten Medizin. Andere Operationen wiederum beanspruchen Infrastruktur und Personal unabhängig von der gewählten Behandlungsart in etwa gleich stark. Teilweise werden für ambulante Operationen High-Tech-Apparate eingesetzt, die entsprechend teuer sind und damit die Kosten erhöhen. Von Bedeutung für die Kosten ist auch, ob die Instrumente mehrfach oder nur einmalig verwendet werden können.

Post-operative Genesungsphase

In der post-operativen Phase, die die Zeit nach der Operation umfasst und auch als Genesungsphase bezeichnet werden kann, liegen weitere Einsparpotenziale der ambulanten Medizin. Gegenüber der stationären Behandlung werden die Patienten nach einem ambulant durchgeführten Eingriff noch am selben Tag nach Hause entlassen. Damit fallen die kostspieligen und personalintensiven Nachbetreungstage im Spital weg. Insbesondere die Nachbetreuung wird bei der ambulanten Versorgung in den privaten Sektor verlagert.⁹⁰ Überwiegend wird diese nämlich von Familienangehörigen oder Bekannten organisiert.^{91,92}

⁸⁸ vgl. Eichhorn, S., Eversmeyer, H. (1999), S. 328

⁸⁹ Diese Zeiteinsparung ist zu einem relevanten Teil nicht auf die Operationsmethode selbst zurückzuführen, sondern darauf, dass nur weniger schwere Fälle überhaupt für eine ambulante Behandlung in Frage kommen. Vgl. Eichhorn, S., Eversmeyer, H. (1999), S. 328.

⁹⁰ vgl. Eichhorn, S., Eversmeyer, H. (1999), S. 329

⁹¹ vgl. SMECO (1998), S. 24

⁹² Diese Pflege von Privatpersonen verursacht Kosten, die nicht erfasst werden.

Mit dieser Betrachtung obiger drei Phasen konnten einige Einsparpotenziale der ambulanten Medizin gegenüber der stationären Versorgung eruiert werden. Bevor diese Potenziale mittels vorhandenen Fallbeispielen visualisiert und die Kosten der ambulanten Medizin aufgezeigt werden, folgt im nächsten Abschnitt eine Übersicht zu möglichen Varianten der Verschiebung zwischen ambulanter und stationärer Medizin sowie deren Ursachen und Auswirkungen.

5.2. Varianten der Verschiebung

Eine Veränderung des Verhältnisses zwischen ambulanter und stationärer Medizin muss nicht zwingend allein durch eine Verschiebung zwischen diesen beiden Bereichen begründet sein. Es lässt sich somit auch nicht eindeutig folgern, dass eine solche Veränderung zwingend zur Reduktion von Kosten auf der einen und Steigerung der Kosten auf der anderen Seite führen muss. Es ist wichtig, die verschiedenen Mechanismen, die ablaufen können und die Folgen, die davon zu erwarten sind, auseinander zu halten und richtig zu interpretieren. Daher werden diese im Folgenden vereinfacht dargestellt.

5.2.1. Echte Verschiebung

Eine echte Verschiebung liegt dann vor, wenn eine konkrete Behandlung anstatt stationär ambulant durchgeführt wird. Dies hat zur Folge, dass im stationären Bereich die Menge an Behandlungen reduziert wird und jene im ambulanten im selben Ausmass zunimmt. Die totale Anzahl an Behandlungen bleibt damit konstant. In der Regel, wie unten dargestellt, lassen sich durch eine echte Verschiebung von stationär zu ambulant die Kosten senken.

5.2.2. Mengenausweitung

Auch Mengenausweitungen führen dazu, dass sich das Verhältnis zwischen ambulanter und stationärer Medizin ändern kann. Eine Mengenausweitung stellt keine echte Verschiebung dar. Sie hat, wie es der Name bereits vorwegnimmt, eine Ausweitung der Menge zur Folge. Dies bedeutet, dass die Menge an Behandlungen in einem Bereich zunimmt, ohne dass in einem anderen Bereich eine Reduktion (mindestens nicht im selben Ausmass) erfolgen würde. Betrachtet man das

Gesamtsystem, so steigt damit die Anzahl an Behandlungen. Obwohl die Zunahme im ambulanten Bereich durch generell tiefere Fallkosten im Vergleich zur stationären Behandlung zu tieferen Kosten führt, steigen die Kosten durch die Mengenausweitung insgesamt weiter an. In den letzten Jahren konnte teilweise eine Mengenausweitung – insbesondere im ambulanten Bereich – beobachtet werden. Gründe dafür sind unter anderen die folgenden:

- Tiefere Hemmschwelle für Arzt und Patient durch neue Technologien und damit einfacher durchzuführende Eingriffe.
- Jüngere, grundsätzlich gesunde und zahlungskräftige Personen werden für rein prophylaktische Untersuchungen und Eingriffe angeworben, was ein attraktiver Markt zu sein scheint.
- Luxusoperationen (z.B. Schönheitschirurgie) werden laufend populärer und können zunehmend auch ambulant und ohne grosse Unannehmlichkeiten für den Patienten durchgeführt werden. (Diese Operationen betreffen allerdings den KVG-Bereich nicht.)

5.2.3. Verrechnungsprobleme

Eine weitere Ursache für die Veränderung des Verhältnisses ambulant/stationär ist in der Verrechnungsart zu finden. So werden zum Beispiel Medikamente, die bei der stationären Behandlung im verrechneten Tagessatz eingeschlossen sind, ambulant separat verrechnet. Dies führt anscheinend zu einer Kostensteigerung im ambulanten Bereich. Insgesamt jedoch findet keine Kostensteigerung statt, die anfallenden Kosten für Medikamente werden nur auf eine andere Art und Weise, an anderem Ort sowie vor allem separat und damit erkennbar und transparent weiterverrechnet. Allenfalls bestehen hier aber auch falsche Anreize. Können nämlich die Medikamente separat verrechnet werden, so besteht für den behandelnden Arzt ein Anreiz, mehr davon zu verschreiben und damit Einnahmen zu generieren, was sich dann tatsächlich kostentreibend auswirkt.

5.3. Kosten der ambulanten Medizin

Einige (primär ausländische) Studien kommen – analog zu obigen Aussagen – zum Schluss, dass der Einsatz ambulanter Medizin gegenüber stationären Behandlungen

gen kostengünstiger ist und zudem die Effizienz von Spitälern zu steigern vermag. Trotzdem sind die von der ambulanten Medizin verursachten Kosten in der Vergangenheit stark gestiegen. Anhand von Fallbeispielen wird im Folgenden das Verhältnis von ambulanter Medizin und Kosten dargestellt.

5.3.1. Ambulante Medizin am Beispiel der USA

In den USA, wo ein viel grösserer Anteil ambulant behandelt wird als in der Schweiz, sind die Gesundheitskosten des *ambulanten Bereiches* in den vergangenen Jahren stark gestiegen. Die wichtigsten Treiber, die hinter diesen Kostensteigerungen stehen, sind die folgenden:⁹³

Struktur des Anbietermarktes: Mit der Zunahme des Angebots an medizinischen Leistungen, zum Beispiel in Form einer zunehmenden Anzahl von Spitälern oder ambulanten Behandlungszentren, konnte eine Kostensteigerung beobachtet werden. Damit spricht einiges dafür, dass ein grösseres Angebot auch eine grössere Nachfrage hervorbringen wird.

Angebot von Ärzten und Spezialisten: Einen direkten Einfluss auf die Gesundheitskosten hat die vorherrschende Ärztedichte. Grundsätzlich gilt: je mehr Ärzte, desto höher die Kosten. Zusätzlich sind die Gesundheitskosten positiv mit dem Spezialistenanteil bei den Ärzten korreliert.

Neue Technologien: Die technologische Weiterentwicklung im ambulanten Bereich führt dazu, dass die Kosten für eine einzelne ambulante Behandlung im Durchschnitt über die Zeit zunehmen.

Kosten der Anbieter: Auf der Kostenseite der Anbieter fallen v.a. Personalknappheiten ins Gewicht. In den USA können nicht genügend Krankenschwestern gefunden werden, was mittelfristig die Gesundheitskosten in die Höhe treiben könnte.

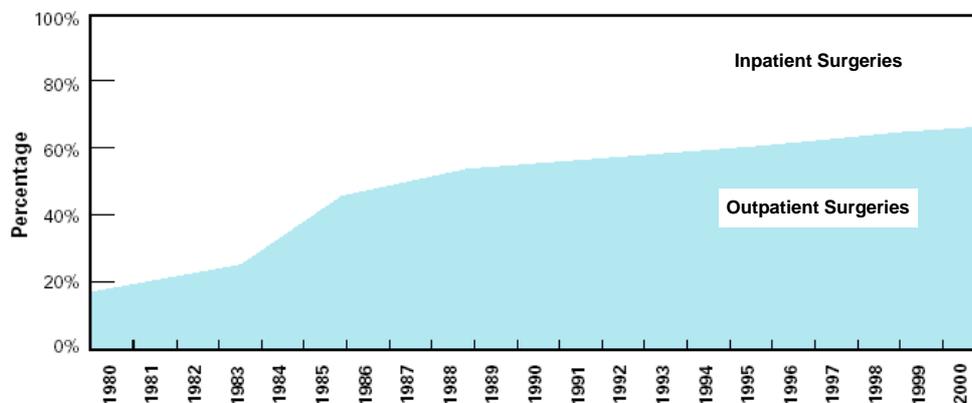
Der eingesetzten Technologie kommt in der Medizin eine grosse Bedeutung zu. Mit der laufenden Entwicklung von neuen, besseren Technologien steigen auch

⁹³ vgl. The Lewin Group (2002), S. 63ff.

die Erwartungen und Ansprüche, was sich letztlich in den Kosten niederschlägt. Technologie hat in folgender Hinsicht einen volumensteigernden Effekt:⁹⁴

- Spitäler und Ärzte haben einen Anreiz, das Volumen zu erhöhen, um damit die hohen Anschaffungskosten der technologischen Ausrüstung auf eine grössere Anzahl Operationen zu verteilen.
- Neue Technologien erhöhen einerseits die Erfolgchancen von Operationen und ermöglichen andererseits minimalinvasive Eingriffe. Diese Entwicklung führt zu einer steigenden Nachfrage. Obwohl also die Kosten pro Eingriff sinken, steigen die Gesamtkosten durch eine Mengenausweitung. So ist seit einiger Zeit zu beobachten, dass die Hemmschwelle bei Ärzten und Patienten zur Indikation einer Operation gesunken ist. Heute werden vermehrt Patienten mit weniger starken Symptomen operiert, bei denen früher abgewartet oder konservativ behandelt wurde.⁹⁵ Abbildung 22 zeigt beispielhaft die rasante Zunahme der ambulanten Behandlungen (outpatient surgeries) im Vergleich zu stationären Dienstleistungen (inpatient surgeries) in den USA.

Abbildung 22: Entwicklung des Anteils von ambulanten Behandlungen in den USA



Quelle: The Lewin Group (2002), S. 60

- Oft führen neue Technologien nicht dazu, dass die ursprüngliche, alte Methode nicht mehr verwendet wird. Die Kosten können also nicht entsprechend ge-

⁹⁴ vgl. The Lewin Group (2002), S. 59 und Project Hope (2001), S. 20f.

⁹⁵ vgl. Eichhorn, S., Eversmeyer, H. (1999), S. 301

senkt werden, da auch damit eine Mengenausweitung respektive Zunahme der Indikation entsteht.⁹⁶

- Mit verbesserten Diagnosemöglichkeiten können Krankheiten früher erkannt werden. Dies führt zu höheren Behandlungskosten während einer längeren Zeitperiode. Teilweise wird die Erkennung von Krankheiten in früheren Stadien auch eine kostensenkende Wirkung entfalten.

5.3.2. Pilotversuch Tageschirurgie Kanton Basel-Stadt

In den Jahren 1996 und 1997 wurde im Kanton Basel-Stadt ein Pilotversuch Tageschirurgie durchgeführt, um verschiedene damit verbundene Fragestellungen ansatzweise diskutieren zu können. Des Weiteren wurden Empfehlungen abgegeben, inwiefern Tageschirurgie weiter gefördert werden sollte.

Innerhalb der zweijährigen Projektdauer wurden 1034 Allgemeinpatienten behandelt. Das Gros der Patienten war weiblichen Geschlechts (71%), ohne betreuungsbedürftige Personen zu Hause (72%) und nicht alleinstehend (70%). Die Hauptgründe für die Wahl der Tageschirurgie waren das Vermeiden eines Spitalaufenthaltes sowie der Rat des behandelnden Arztes.

Im Versuchszeitraum konnte bei der Tageschirurgie eine Zunahme der Behandlungen beobachtet werden. Am deutlichsten war diese in den Disziplinen Orthopädie, Augen, Gynäkologie und Chirurgie. In diese vier Disziplinen fällt auch der Grossteil der durchgeführten Behandlungen. Der Anteil von ambulant und teilstationär zusammen erhöhte sich von 17% auf 23%.

Eine wichtige Erkenntnis im Rahmen dieses Pilotversuchs war die Möglichkeit, mit vermehrtem Einsatz von Tageschirurgie deutliche Kosteneinsparungen realisieren zu können. So wurde berechnet, dass die Einsparungen im Pflegeaufwand rund 40% bis 60% betragen, was den Gesamtaufwand um ca. 8% bis 12% reduziert.⁹⁷ Ein zusätzlicher Befund war das bei weitem noch nicht ausgeschöpfte Po-

⁹⁶ vgl. dazu auch Haari, R., Schilling, K. (2001), S. 34 und S. 63

⁹⁷ vgl. SMECO (1998), S. 29

tenzial der Tageschirurgie. Ein Ausbau der Tageschirurgie zu Lasten der stationären Versorgung würde zu weiteren Einsparungen führen.⁹⁸

5.3.3. Evaluation endoskopischer Operationsverfahren in Deutschland

Eine umfassende Evaluation endoskopischer Operationsverfahren (sogenannte Schlüssellochchirurgie) in Deutschland kam zum Schluss, dass die ambulante Versorgung deutlich kostengünstiger ist als die stationäre. Bedingung dafür ist jedoch, dass keine Mengenausweitung in Kauf genommen werden muss. Genau dies scheint jedoch ein Problem darzustellen. Bei sinkenden Hemmnissen für eine Operation auf Seiten des Arztes oder auch des Patienten kann oft eine Ausweitung der Menge beobachtet werden.⁹⁹ Bei den untersuchten Operationen betrug die Kostenersparnis gegenüber dem stationären endoskopischen Eingriff zwischen 34% und 59% der Gesamtkosten. Damit liegen die Fallkosten bei der ambulanten Versorgung deutlich unter jenen der stationären. Tabelle 6 gibt einen Überblick zu Gesamtkosten und der Kostendifferenz¹⁰⁰ von verschiedenen Operationen.

Alle analysierten Operationen sind im ambulant endoskopischen Verfahren durch deutlich tiefere Gesamtkosten gekennzeichnet als die stationär endoskopische oder stationär offene Variante. Die stationär endoskopische Operation ist gegenüber der stationär offenen immer noch um rund 9% bis 43% günstiger.

Zu beachten bei diesem Resultat ist jedoch die Patientenstruktur. So werden vorwiegend jüngere und relativ gesunde Personen ambulant operiert, wodurch die Risiken minimiert werden können.¹⁰¹

⁹⁸ vgl. SMECO (1998), S. 4

⁹⁹ vgl. Eichhorn, S., Eversmeyer, H. (1999), S. 301

¹⁰⁰ Eine Bezeichnung dieser Kostendifferenz als „max. Einsparvolumen“ ist missverständlich, da es nahe legt, dass diese Einsparung auch tatsächlich erreicht werden könnte. Hier gilt es die bereits erwähnte Tatsache zu bedenken, dass schwere (und damit kostenintensive) Fälle für eine ambulante Behandlung gar nicht in Frage kommen. Eine vollständige Verlagerung der Behandlungen in den ambulanten Bereich ist oft also gar nicht möglich. In den Fällen in denen die Möglichkeit einer vollständigen Verlagerung bestehen würde, würden dadurch die durchschnittlichen Kosten der ambulanten Behandlung ansteigen.

¹⁰¹ vgl. Eichhorn, S., Eversmeyer, H. (1999), S. 328

Tabelle 6: Gesamtkosten und maximales Einsparvolumen von stationär und ambulant durchgeführten Operationen (in DM resp. %)

Operation	Stationär offene OP	Stationär endoskop. OP	Kosten- differenz	Ambulant endoskop. OP	Kosten- differenz
	DM	DM		DM	
Cholezystektomie	10'164	7'430	27%	3'073	59%
Appendektomie	6'537	5'937	9%	-	-
Adnextumoren-OP	9'125	5'205	43%	2'717	48%
Extrauteringravidität	7'829	5'237	33%	-	-
Tubensterilisation	-	3'518	-	1'916	46%
Subakromiale De- kompression	11'713	8'940	24%	5'874	34%
Menishektomie	-	6'987	-	4'353	38%

Quelle: Eichhorn, S., Eversmeyer, H. (1999), S. 292

Laut der Studie ist generell in allen Fachgebieten mittelfristig mit einer Zunahme des endoskopischen Operationsverfahrens zu rechnen. Der grösste Vorteil dieser Operationsart liege in der deutlich kürzeren Genesungszeit.¹⁰² Dies kann wiederum ein Indiz für geringere Kosten sein, da bei einer kürzeren Dauer des Krankheitsfalls generell auch weniger Pflegeleistungen zu erwarten sind. Ein weiterer positiver und gesamtwirtschaftlich kostensenkender Aspekt ist die kürzere Arbeitsunfähigkeitsdauer der ambulant behandelten Patienten. Tendenziell verkürzt sich diese in etwa um den Zeitraum des stationären Aufenthalts.¹⁰³

Mittels Schätzmodellen wurden mögliche Kosteneinsparpotenziale eruiert. Gegenüber dem offenen Operieren bestimmen die folgenden Faktoren das gesamtwirtschaftliche Einsparpotenzial:¹⁰⁴

- Differenz der direkten und indirekten Kosten der analysierten Operationen.
- Potenzial der Reduktion der Verweildauer beim endoskopischen Operieren.
- Möglichkeit der Substitution von offenen Operationen durch endoskopische Operationen.

¹⁰² vgl. Eichhorn, S., Eversmeyer, H. (1999), S. 322

¹⁰³ vgl. Eichhorn, S., Eversmeyer, H. (1999), S. 329

¹⁰⁴ vgl. Eichhorn, S., Eversmeyer, H. (1999), S. 295

- Möglichkeit der Substitution von stationären Operationen durch ambulante Behandlungen.

Die Berücksichtigung obiger Punkte führte zu einem geschätzten jährlichen Kosteneinsparpotenzial, das maximal rund DM 1.3 Mrd. betrug. Die Realisation dieses Potenzials ist jedoch an Bedingungen geknüpft. Erstens müssen die den Schätzungen zu Grunde liegenden Fallzahlen unverändert bleiben. Verzichtbare Bettenkapazitäten müssen tatsächlich abgebaut werden. Ein Ausweiten der Indikationen und damit ansteigende Fallzahlen verringern das Kostensenkungspotenzial. Eine solche Volumenausdehnung kann jedoch – teilweise ausgelöst durch eine tiefere Hemmschwelle – oft beobachtet werden. Zweitens dürfen keine finanzielle Anreize bestehen, stationär statt ambulant zu operieren. Dies ist zum Beispiel bei einer pflergetagproportionaler Abgeltung der Krankenhausleistungen der Fall. Drittens sollte der Einsatz von Einweginstrumenten reduziert werden. Die Mehrfachnutzung der eingesetzten Instrumente hilft, die Kosten zu reduzieren.

5.4. Vorhandene und notwendige Daten

Die momentan vorhandene und zugängliche Datenlage ermöglicht noch keine sehr konkreten, verlässlichen und vor allem quantitativen Aussagen zum Thema Kostenfolgen einer Verschiebung zwischen stationärer und ambulanter Medizin. Daher wurden mögliche Kostenfolgen an Hand einiger konkreter Fallbeispiele aus anderen Studien erörtert, womit zwar keine detaillierte und generell gültige Ergebnisse resultieren, jedoch eine wahrscheinliche und realistische Bandbreite angegeben werden kann.

Bei drei Universitätsspitälern in der Schweiz (Zürich, Basel, Bern) wurden Anfragen zu Patientenstatistiken gemacht. Dabei wurden Fragen gestellt zur Anzahl der ambulanten und stationären Fälle respektive Operationen, den jeweiligen Kosten sowie dem Einsparpotenzial bei ambulanter Behandlung gegenüber der stationären. Die angefragten Spitäler konnten zu den oben genannten Fragen nur sehr vage Stellung nehmen. Eine Statistik für den ambulanten Bereich scheint nirgends vorhanden zu sein, geschweige denn eine klare Unterscheidung der Kostenfolgen. Zusätzlich wurde angemerkt, dass einzelne Diagnosen wegen unterschiedlichen Definitionen teilweise nur sehr bedingt miteinander vergleichbar sind. Besserung diesbezüglich verspricht die Einführung des Systems der All Patient Diagnosis Related Groups (APDRG), einer Methode zur Bildung von Fallgruppen aufgrund der Diagnose, im Jahr 2006, womit eine vergleichbare

der Diagnose, im Jahr 2006, womit eine vergleichbare Klassifizierung der Diagnosen angestrebt wird.

Damit präsentiert sich die heutige Datenlage für verschiedene in dieser Arbeit zu machende Aussagen als ungenügend. In Zukunft könnte sich dies entscheidend verbessern. Dazu wird sicherlich die *Fallkostenstatistik* des Bundesamtes für Statistik beitragen, die in absehbarer Zukunft verlässliche Daten für den stationären und teilstationären Bereich liefern sollte. Ziel dieser Statistik ist die Berechnung der gesamten Fallkosten im stationären und teilstationären Bereich an Hand einer einheitlichen Methode. Um einen aussagekräftigen Vergleich mit den Fallkosten im ambulanten Bereich zu ermöglichen, wäre jedoch auch eine Kostenstatistik der ambulanten Fälle nötig. Die Idee für eine solche Statistik existiert zwar bereits seit vielen Jahren, gemäss Aussagen vom BFS ist mittelfristig oder sogar langfristig aber nicht mit konkreten Ergebnissen zu rechnen. Für eine qualifizierte Abschätzung der Kostenfolgen einer Verschiebung zwischen stationärer und ambulanter Medizin müsste erst die Schaffung einer ambulanten Fallkostenstatistik vorangetrieben werden.

5.5. Zwischenfazit

Die ambulante Versorgung hat, wie auch bei der Schilderung der medizinischen Entwicklung aufgezeigt, in den vergangenen Jahren laufend an Bedeutung hinzugewonnen. Der Einfluss dieser Entwicklung auf die Kosten des Gesundheitswesens kann auf Grund der heute verfügbaren, ungenügenden Datenlage nicht genau beziffert werden. Für eine detaillierte Analyse dieser Kostenfolgen bedarf es einer Fallkostenstatistik, die auch die ambulanten Fälle berücksichtigt. Verfügbare Studien und Untersuchungsberichte weisen jedoch darauf hin, dass mit der Substitution stationärer Leistungen durch ambulante Behandlungsformen bis zu 60% der Kosten eingespart werden können. Dieses Sparpotenzial kann aber nur dann realisiert werden, wenn es gelingt, eine Mengenausweitung im ambulanten Bereich zu verhindern. Wegen gesunkenen Hemmnissen zur Indikation auf Ärzte- und Patientenseite kann jedoch oft eine solche Mengenausweitung beobachtet werden. Es stellt sich daher die Frage, wie bestehende Anreize zu nicht zwingend notwendigen ambulanten Behandlungen beseitigt werden können.

6. Resultate, Schlussfolgerungen und Empfehlungen

In diesem Kapitel sollen die wichtigsten Resultate der Datenauswertung, der Modellanalyse und der Betrachtung der Kostenfolge noch einmal zusammenfassend dargestellt werden, bevor die Schlussfolgerungen gezogen und daraus Empfehlungen für eine Optimierung des Gesundheitswesens abgeleitet werden.

6.1. Resultate der statistischen Analyse 1998-2002

- Seit dem Jahr 2000 verlangsamte sich das Wachstum des ambulanten Leistungsbereichs von 8.58% auf 6.41%.
- Gleichzeitig bleibt das Wachstum des stationären Leistungsbereiches relativ konstant bei ca.2%.
- Im ambulanten Leistungsbereich wurde in der letzten Beobachtungsperiode der grösste Beitrag zum Wachstum¹⁰⁵ der verrechneten Leistungen durch die Apotheken geleistet. Sie sind in dieser Periode sogar der bei weitem grösste Kostentreiber im *gesamten* OKP-Bereich.
- Das Wachstum des ambulant-teilstationären Spitalbereichs verlangsamt sich seit dem Jahr 2000 sehr stark. Dies spricht nicht dafür, dass grössere Verschiebungen aus dem stationären Spitalbereich in den ambulanten oder teilstationären Spitalbereich stattfinden. Das starke Wachstum im teilstationären Leistungsbereich ist zu einem grossen Teil eine erweiterte Anwendung der Definition und zudem auf eine Mengenausweitung zurückzuführen.
- Zumindest ein Teil der Stabilisierung der Wachstumsrate im stationären Spitalsektor ist auf eine Auslagerung der Pflegefälle zurückzuführen. In der letzten beobachteten Periode leisteten die Pflegeheimleistungen den zweitgrössten Beitrag zum Wachstum im OKP-Bereich.

¹⁰⁵ vgl. zu diesem Begriff Kap. 4.1.4.

6.2. Resultate der Modellanalyse

Die Modellanalyse hat gezeigt, dass das KVG – abgesehen von der Spitalplanung – nicht *direkt* auf das Verhältnis stationär/ambulant wirkt. Vielmehr beeinflusst es dieses Verhältnis vor allem *indirekt* indem in den verschiedenen Leistungsbereichen unterschiedliche Anreize gesetzt werden, die dann auch zu einer unterschiedlichen Entwicklung der verschiedenen Bereiche führen. Diese Einflüsse sollen im Folgenden überblicksartig dargestellt werden.

- Der *direkte* Einfluss über die *Spitalplanung* hat zu einem Abbau der Überkapazitäten im stationären Bereich geführt. Dadurch werden stationäre Leistungen heute einerseits effizienter erbracht, andererseits wurde dem Druck durch die Auslagerung von Pflegefällen auch ausgewichen. Die Spitalplanung hat jedoch kaum ‚echte‘ Verschiebungen vom stationären in den ambulant-teilstationären Leistungsbereich bewirkt.
- Die *indirekten* Einflüsse des KVG auf das Verhältnis stationär/ambulant sind sehr gross: Gewisse Regelungen im KVG behindern die Entwicklung des Verhältnis stationär/ambulant hin zu seinem kostenoptimierenden Wert. Mehrere Mechanismen des KVG führen dazu, dass Kostenfolgen nicht berücksichtigt oder Kostenanreize verzerrt werden:
 - Die Einzelleistungsabrechnung bei gleichzeitigem Vertragszwang begünstigt eine Mengenausweitung im ambulanten Leistungsbereich stark.
 - Bei abbezahlter Franchise bestehen für die Versicherten klare Anreize zum starken Konsum medizinischer Leistungen bestehen (schwache *moral-hazard*-Kontrolle).
 - Die unterschiedliche Finanzierung der beiden Leistungsbereiche stationär und ambulant (Beitrag der Kantone und Gemeinden an die Investitionskosten sowie die Deckung mindestens der Hälfte der nach KVG anrechenbaren Kosten von stationären Behandlungen in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern) verzerrt die wahrgenommenen Kostenfolgen.
 - Die Defizitgarantien an öffentlichen Spitälern durch die öffentliche Hand verringern das Kostenbewusstsein im stationären Bereich.

- Nicht kostengerechte Tarife bieten falsche Anreize. Insbesondere die Tagespauschalen im stationären Leistungsbereich haben nur einen äusserst schwachen Bezug zu den tatsächlich verursachten Kosten.¹⁰⁶
- Die Regelungen des KVG trennen das Gesundheitssystem in viele Teilbereiche. So wird unterschieden nach Kantonen, Leistungsbereichen, Finanzierungs- und Tarifsystemen. Diese starke *Segmentierung* erschwert die überregionale und die leistungsbereichsübergreifende Koordinierung und somit die kostenoptimierende Zusammenarbeit.
- Den Kantonen werden durch das KVG verschiedene Rollen zugewiesen, die untereinander in einem grossen Interessenkonflikt stehen und damit die den Kantonen auferlegte Pflicht zur Planung beeinträchtigen. So sind die Kantone zugleich Leistungserbringer, Leistungseinkäufer, finanzieller Träger, Planungs- und Regulationsbehörde sowie Schiedsinstanz.

6.3. Die Kostenfolgen

Die Auswertung mehrerer Studien zu den Kosten der ambulanten Behandlungen hat insbesondere zwei Punkte deutlich gemacht:

1. Ambulante Behandlungen (insb. Operationen) haben ein beträchtliches Kostensenkungspotential gegenüber stationären Alternativen.
2. Mit der Einführung ambulanter Behandlungen geht auch ein Mengenausweitungseffekt einher, da die Hemmschwelle zur Inkaufnahme oder Verschreibung einer Behandlung sinkt.

Ambulante Behandlungen führen im Gesamtsystem also nur dann zu einer Kostensenkung, wenn die zusätzlichen Kosten durch die Mengenausweitung kleiner sind als das realisierte Sparpotential.

¹⁰⁶ Bzgl. der Problematik von Fallpauschalen als Ersatz für Tagespauschalen s.S.41. Ein optimales Tarifsysteem berücksichtigt sowohl Kosten- wie auch medizinische Aspekte.

6.4. Schlussfolgerungen

Die durchgeführten Analysen zeigen keine namhaften, durch das KVG ausgelösten ‚echten‘ *Verschiebungen* von stationären Leistungen in den ambulant-teilstationären Leistungsbereich auf. Eine grössere Verschiebung findet lediglich bei den Pflegefällen statt.¹⁰⁷ Diese Verschiebung kommt allerdings nur aufgrund der gesetzlichen Definitionen zustande und hat nichts mit einer Veränderung der Behandlungsmethode zu tun.

Die Veränderung des Verhältnisses stationär/ambulant ist – abgesehen von der gerade beschriebenen Verlagerung der Pflegefälle – vielmehr auf *unabhängige* Entwicklungen innerhalb der beiden Leistungsbereiche zurückzuführen. Der Druck auf den stationären Leistungsbereich führt zu einer Stabilisierung des Wachstums dieses Bereichs. Der ambulante Leistungsbereich hingegen erfährt eine starke Mengenausweitung. Diese jedoch nicht im ambulanten/teilstationären Spitalsektor, der von einer ‚echten‘ Verschiebung stationärer Behandlungen am meisten betroffen wäre, sondern in jüngster Zeit vor allem bei den Apothekenkosten (inkl. Medikamente).

Das KVG beeinflusst das Verhältnis stationär/ambulant jedoch durch die Schaffung behandlungsartenspezifischer Anreize. Diese unterschiedlichen Anreize verstärken wiederum die beschriebene unterschiedliche Entwicklung der Leistungsbereiche. Zentral sind hierbei die Vorschrift zur Planung im stationären und die zur Mengenausweitung führende Einzelleistungsabrechnung im ambulanten Leistungsbereich. Die Anreize für die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen sind nicht so gesetzt, dass eine Optimierung ihrer Situation auch gleichzeitig eine Optimierung des Gesamtsystems bedeutet.

Diese falschen Anreize verhindern zudem, dass sich alternative Ansätze, wie Managed-Care-Modelle, Guidelines oder Patientenpfade durchsetzen und ihr volles Einsparpotential entfalten können. Obwohl der Eintritt eines Akteurs (eines Versicherers, eines Leistungserbringers oder eines Versicherten) in ein solches Modell für das gesamte Gesundheitswesen zu einer Optimierung führt, ist der persönliche Nutzen, der für den einzelnen Akteur daraus entsteht, relativ klein. Eine Verpflichtung zu solchen Systemen (wie z.B. die Pflicht für die Versicherer, in jedem Kan-

¹⁰⁷ vgl. dazu Hammer et al. (2000b), S.88

ton, in dem sie tätig sind, auch alternative Versicherungsmodelle anzubieten) wird, solange die Anreize unverändert bleiben, in erster Linie zu Ausweichreaktionen anstatt relevanten Kosteneinsparungen führen. Vielversprechender ist eine Anpassung der Anreize, wie zum Beispiel die Erhöhung des Selbstbehaltes in traditionellen Modellen.

6.5. Empfehlungen

Die Resultate der vorliegenden Studie zeigen deutlich, dass eine Förderung der ambulanten Medizin *per se* mit sehr grosser Sicherheit *nicht* zu einer Senkung der Kosten führen wird, da die Mengenausweitungseffekte grösser sein werden als das Sparpotential. Von einseitigen Massnahmen zur Förderung ambulanter Behandlungen ist deshalb abzuraten. Vielmehr sind die Anreize im KVG-Bereich so zu setzen, dass

1. die jeweils günstigste Behandlung gewählt und
2. eine Mengenausweitung möglichst verhindert wird.

Nur so kann gewährleistet werden, dass das Verhältnis stationär/ambulant seinen *kostenoptimierenden Wert* erreicht. Die vorliegenden Analysen haben gezeigt, dass das KVG gerade hier sehr starke Einflüsse auf das Verhältnis stationär/ambulant hat, die verhindern, dass der kostenoptimierende Wert erreicht werden kann. Die folgenden Empfehlungen dienen deshalb nicht dazu, das Verhältnis stationär/ambulant bewusst in die eine oder andere Richtung zu lenken, sondern zeigen mögliche Veränderungen auf, die erleichtern, dass das Verhältnis stationär/ambulant seinen aus medizinischer und ökonomischer Sicht optimalen Wert erreichen kann.:

- *Behandlungsartenunabhängige Finanzierung*: Das derzeitige System sieht eine der Subventionierung lediglich bestimmter *stationärer* Leistungen durch die Kantone vor. Diese Form der Finanzierung verzerrt die Anreize in Situationen, in denen die Kostenfolgen bei Entscheidungen berücksichtigt werden. Zur Aufhebung dieser Verzerrung muss nicht zwingend auf ein monistisches Finanzierungssystem umgestellt werden. Wichtig ist lediglich, dass die Art der Finanzierung nicht von der Art der Behandlung abhängt. Denkbar wäre zum Beispiel eine kantonale Subventionierung

sämtlicher Behandlungen zu einem Anteil, der den Gesamtbetrag des finanziellen Engagements des Kantone unverändert lässt.

- *Einheitliche Form der Subventionierung für alle Spitäler:* Eine Vereinheitlichung des rechtlichen Status der Spitäler und damit insbesondere die Unterbindung der Defizitgarantien würde eine weitere Optimierung des Spitalsektors erlauben. Die Abschaffung der den jetzigen öffentlichen Spitälern oft gewährten Defizitgarantien würde dort zu einem stärkeren Effizienzdruck führen. Würde diese Vereinheitlichung durch einen *einheitlichen rechtlichen Status* der Spitäler vollzogen, könnte damit zudem die äusserst heikle Rollenkombination auf Seiten der Kantone als Planungsbehörde und Leistungsanbieter aufgebrochen werden. Die Planungsaufgabe der Kantone würde vereinfacht. Leistungen können dort bezogen werden, wo sie am günstigsten angeboten werden, ohne dass Rücksicht auf kantonseigene Spitäler genommen werden müsste.
- *Vermeidung von Ausweichmöglichkeiten:* Im stationären Spitalsektor bietet die Ausweisung von Patienten als ambulante Pflegefälle die Möglichkeit dem Spardruck auszuweichen. Mittels einer präziseren Festlegung der Indikation für einen „Pflegefall“, sollte diese Ausweichmöglichkeit geschmälert werden. Eine solche Massnahme würde gleichzeitig auch das Wachstum des ambulanten Leistungsbereiches bremsen, da die Verlagerung der Pflegefälle abnähme.
- *Sparanreize für die Leistungserbringer:* Die Anreize für die Leistungserbringer, die Kostenfolgen ihrer Entscheidungen zu berücksichtigen, sollten verstärkt werden. Dies gilt insbesondere für den ambulanten Leistungsbereich, wo Einzelleistungsabrechnung und Vertragszwang sehr deutliche Anreize für eine Mengenausweitung setzen. Eine Lockerung des Vertragszwangs, wie in der zweiten KVG-Revision vorgesehen, ist hierbei ein erster wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Im stationären Leistungsbereich hätte insbesondere eine Aufhebung der oft gewährten Defizitgarantien an die öffentlichen Spitäler ein stärkeres Kostenbewusstsein zur Folge.
- *Sparanreize für die Versicherten:* Der Patient als Konsument medizinischer Leistungen ist ein entscheidender Faktor der Nachfrage. Anreize, nur notwendige Leistungen in Anspruch zu nehmen, hätten einen stark dämpfenden Einfluss auf die zu beobachtende Mengenausweitung. Insbesondere die derzeitige Ausgestaltung der Franchise schafft hier problema-

tische Anreize: Während eine noch nicht abbezahlte Franchise ein sehr wirksames Anreizinstrument ist, den Patienten zu einem vernünftigen Konsumieren medizinischer Leistungen anzuhalten, setzt eine abbezahlte Franchise und die dann nur noch 10%ige Kostenbeteiligung Anreize, medizinische Leistungen ohne Rücksicht auf die Kostenfolge in Anspruch zu nehmen. Eine Möglichkeit zur Abschwächung dieses Fehlanreizes könnte eine abgestufte Reduktion des Beitrages des Patienten sein. Während der Selbstbehalt des Patienten zur Zeit nach abbezahlter Franchise von 100% gleich auf nur noch 10% sinkt, würde zum Beispiel eine langsamere Reduktion dazu führen, dass die Kostenfolgen stärker in die Überlegungen mit einbezogen werden müssten.

- *Möglichkeiten für die Versicherer, kostensenkende Anreize zu setzen:* Im jetzigen System haben die Versicherer kaum Möglichkeiten, kostenbewusstes Verhalten aktiv zu fördern. Durch den Vertragszwang sind sie sogar verpflichtet, auch überdurchschnittlich hohe Kosten verursachende Leistungserbringer zu entschädigen.¹⁰⁸ Durch die streng reglementierten Rabattsysteme können sie auch den Versicherten kaum zusätzliche Anreize setzen. Die Gewährung von mehr Handlungsfreiraum für die Versicherer könnte zu einer Senkung der Kosten führen. Eine Bedingung hierfür ist allerdings die Korrektur der bereits beschriebenen Fehlanreize, was die Berücksichtigung der Kostenfolgen angeht.
- *Überkantonale Planung:* Die derzeitige meist kantonale Planung ist zu kleinräumig, um eine Optimierung des Gesamtsystems gewährleisten zu können. Insbesondere die Bedarfsplanung¹⁰⁹ sollte grossräumiger durchgeführt werden. Die Kantone innerhalb einer solchen Region müssten zur Zusammenarbeit verpflichtet werden. Die oben vorgeschlagene Verein-

¹⁰⁸ Art. 56, 58, 59 (KVG) bieten bereits jetzt gewisse Möglichkeiten, Zahlungen zu verweigern, Gelder zurückzufordern oder Leistungserbringer u.U. ganz aus der Grundversicherung auszuschliessen. Allerdings setzt dies jeweils entweder eine offensichtliche Straftat des Leistungserbringers voraus (z.B. Abrechnung von gar nicht erbrachten Leistungen) oder der Versicherer muss den meist schwer zu führenden Beweis vorbringen, dass Leistungen erbracht wurden, die über das für den Behandlungszweck erforderliche Mass hinausgehen. Während diese rechtlichen Möglichkeiten sicherlich ein geeignetes Mittel sind gröbere Vergehen zu ahnden (oder durch die Existenz der Drohung zu vermeiden), so bieten sie doch noch keine grösseren Anreize, grundsätzlich kostenbewusst zu handeln.

¹⁰⁹ Wird der Vertragszwang in der zweiten KVG-Revision wie vorgesehen gelockert, betrifft dies nicht nur wie bisher den stationären Spitalsektor, sondern auch den Bereich der ambulanten Leistungserbringer

heitlichung des rechtlichen Status von Spitälern würde einen solchen Schritt stark erleichtern.

Solche Veränderungen des KVG, die Anreize für möglichst kostengünstige Behandlungen und gegen weitere Mengenausweitungen setzen, würden das Verhältnis stationär/ambulant so beeinflussen, dass es seinem kostenoptimierenden Wert näher kommt. Dabei ist weniger wichtig, wie gross die Verschiebungen zwischen den Leistungsbereichen sind, als vielmehr, dass sie nur dort geschehen, wo sie aus medizinischer und ökonomischer Sicht für das Gesamtsystem sinnvoll sind.

Literaturverzeichnis

- BFS – Bundesamt für Statistik (2000a): *Kosten des Gesundheitswesens, Detaillierte Ergebnisse 1998 und Entwicklung seit 1960*, Neuchâtel
- BFS – Bundesamt für Statistik (2000b): *Statistik diagnosebezogener Fallkosten – Detailkonzept*, Neuchâtel
- BFS – Bundesamt für Statistik (2000c): *BFS aktuell – Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2001*, Neuchâtel
- BFS – Bundesamt für Statistik (2001): *Krankenhausstatistik – Detailkonzept 1997*, http://www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber14/gewe/detailkonzept_ks_2001-11-d.pdf
- BFS – Bundesamt für Statistik (2002): *BFS aktuell – Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP) 2002*, Neuchâtel
- BFS – Bundesamt für Statistik (2003): *BFS aktuell – Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2001*, Neuchâtel
- Biersack, O. (2000),: *Die Planungsmethoden der Kantone – Evaluation der Spitalplanung und Spitallisten nach Art. 39 KVG*, zuhanden des Zentralsekretariates der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz SDK, www.sdk-cds.ch/de/gespol/planungvers/Bericht-Biersack-d.pdf
- BSV - Bundesamt für Sozialversicherung (2001): *Statistik über die Krankenversicherung 2000*, Bern
- BSV - Bundesamt für Sozialversicherung (2002): *Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2002*, Bern
- Burckhardt J., Müller H. und Salinas L (2002): *Das Gesundheitswesen der Schweiz – Leistungen, Kosten, Preise*, Pharma Information, Basel
- De Lathouwer C. und Poullier J.-P. (1998): *Ambulatory surgery in 1994-1995: The state of the art in 29 OECD countries*, in *Ambulatory Surgery Volume 6*, Issue 1, S. 46-55
- De Lathouwer C. und Poullier J.-P. (2000): *How much ambulatory surgery in the World in 1996-1997 and trends?*, in *Ambulatory Surgery Volume 8*, Issue 4, S. 191-210

Eichhorn S. und Eversmeyer, H. (Hrsg.) (1999): *Evaluierung endoskopischer Operationsverfahren im Krankenhaus und in der Praxis aus Sicht der Medizin, des Patienten und der Ökonomie*, Stuttgart

Eicher E. (2000): *Die Situation der ambulanten Chirurgie in der Schweiz*, Editorial in: Schweizerische Ärztezeitung, 2000;81:Nr 40, Basel

Haari S., Schilling K. (2002), *Die Kosten neuer Leistungen im KVG*, Bern, BSV

Hammer S, Pulli R, Iten R. und Eggimann J.C. (2000a): *Auswirkungen des KVG im Tarfbereich*, BSV, Bern

Hammer S, Pulli R, Schmidt N., Iten R. und Eggimann J.C. (2000b): *Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer*, BSV Bern

The Lewin Group (2002): *Study of Healthcare Outpatient Cost Drivers*, prepared for Blue Cross Blue Shield Association

>>mipp> (2001): *Neues Spitalfinanzierungsmodell auf Basis von Behandlungsstandard*, Aarau

Project Hope, (2001): *The impact of medical technology on future health care costs*, http://www.projecthope.org/CHA/pdf/newtech_final.pdf. (Seite besucht am 17. Juli 2003)

Roberts, L. (1986): *Origins of Day Surgery*, in: Australian Surgeon, July 1986

Roberts, L. (1997): *Day Surgery – The Future*, in: Australian Surgeon, Winter 1997, Vol. 21, No. 2, S. 37-39

santésuisse (1997-2002): *Tagestaxen in Heilanstalten*, santésuisse, Solothurn

SMECO (1998): *Kanton Basel-Stadt: Pilotversuch Tageschirurgie 1996/97* (unveröffentlichter Bericht)