

Schwerpunkt

Sechs Jahre KVG: Solidarität und medizinische Versorgung gesichert, Kostenentwicklung nicht gebremst

Vorsorge

Problem Unterdeckung bei Pensionskassen

Sozialpolitik

Wo wird die Rechtsprechung zur Sozialversicherung publiziert?

Soziale Sicherheit

CHSS

1/2002

BSV /
OFAS /
UFAS /

Inhaltsverzeichnis Soziale Sicherheit CHSS 1/2002

Chronik Dezember 2001 / Januar 2002	2
Rundschau	4

Schwerpunkt

Sechs Jahre KVG: Solidarität und medizinische Versorgung gesichert, Kostenentwicklung nicht gebremst	5
Wieweit wurden die mit dem KVG angestrebten Ziele erreicht? (Andreas Balthasar, Institut Interface)	6
Planung, Abwicklung und Begleitung des Evaluationsprojekts Wirkungsanalyse KVG (Martin Wicki, BSV)	10
Wirkungsanalysen 14 und 15/01: Ursachen der Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen (Roland Haari, COPLAN, Christian Rüefli und Adrian Vatter, Büro Vatter)	14
Wirkungsanalyse 12/01: Praxis der Versicherer bei der Vergütung von Leistungen nach KVG (Daniel Hornung, Raum- und Umweltplanung)	17
Die Expertenvorschläge im Urteil des BSV (Daniel Wiedmer, BSV)	20
GesundheitsökonomInnen kommentieren:	
– Willy Oggier, Zürich	23
– Gianfranco Domenighetti, Bellinzona	25

Vorsorge

Berufliche Vorsorge: Kursverluste auf Anlagen bei Vorsorgeeinrichtungen (Rinaldo Gadola, BSV; Markus Lustenberger, kant. BVG-Aufsicht; Daniel Dürr und Beat Christen, Sicherheitsfonds)	27
Die AHV und ihr statistisches Umfeld (Nicolas Eschmann, BSV)	32

Gesundheit

Die 2. KVG-Teilrevision nach der Behandlung im Ständerat (Christophe Guye, BSV)	36
Statistik über die Krankenversicherung: Rechnungsjahr 2000 (Herbert Känzig und Paul Camenzind, BSV)	38

Sozialpolitik

Neue Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen: Auswirkungen auf die Sozialversicherungen (Michel Valterio, BSV)	42
Das BSV verordnet sich eine Fitnesskur (Markus Buri und Jürg Brechbühl, BSV)	46
Die kantonalen Familienzulagen am 1. Januar 2002 (ZFF, BSV)	51
Publikation der Rechtsprechung im Bereich der Sozialversicherungen (Florence Aubry Girardin, Bundesgericht)	52

Parlament

Parlamentarische Vorstösse	56
Gesetzgebung: Hängige Vorlagen des Bundesrates	60

Daten und Fakten

Agenda (Tagungen, Seminare, Kurse)	61
Sozialversicherungs-Statistik	62
Literatur und Links	64

Besuchen Sie uns unter www.bsv.admin.ch



Das Potenzial des KVG besser nutzen!



Ruth Dreifuss
Bundesrätin

Wenn es in der politischen Debatte ein Reizwort gibt, das niemanden gleichgültig lässt, so ist es sicher das Kürzel KVG. Das jüngste Sozialversicherungsgesetz steht nun bereits im siebenten Jahr seiner Anwendung und gibt immer noch zu ausgiebigen Diskussionen Anlass. Der Synthesebericht der Experten – die eine insgesamt positive erste Bilanz des KVG ziehen – bestätigt, dass die Kosteneindämmung weiterhin der schwache Punkt der Grundversicherung ist. Diese Tatsache lässt sich – in einem Markt, der vom Angebot dominiert wird – nicht bestreiten: Die Preise sind stabil geblieben, doch die Menge der erbrachten Leistungen ist aus verschiedenen Gründen weiter gewachsen. Zu diesen Gründen zählt vorab die Steigerung der Lebensqualität – ein für reichere Länder typisches Phänomen, das sich im medizinischen Fortschritt und erhöhter Lebenserwartung niederschlägt. Ich füge dem hinzu, dass es illusorisch war zu glauben, ein System, das den Partnern eine grosse Selbstverantwortung belässt, liesse sich problemlos mit einer solidarischen Finanzierung und mit einem Leistungsstandard in Einklang bringen, der einem reichen Land angemessen ist.

Doch das KVG hat auch Pluspunkte, die in der Analyse der Experten nachdrücklich hervorgehoben werden. Dank dem KVG konnten die wichtigsten Lücken im Leistungsbereich geschlossen werden: Es garantiert allen Versicherten den Zugang zu Leistungen von hoher Qualität. Die Solidarität zwischen Jung und Alt, Krank und Gesund wurde mit dem Versicherungsobligatorium, der Einheitsprämie und der vollen Freizügigkeit gestärkt. Für den Zugang zur medizinischen Versorgung hat das

KVG einen echten sozialen Fortschritt gebracht. Das ist der Grund, weshalb ich dafür kämpfte, dass dieses Gesetz in der Volksabstimmung von 1994 Zustimmung fand. Das ist auch der Hauptgrund, weshalb ich mich weiter für das KVG einsetze und dessen Errungenschaften gegen jeglichen Versuch, Kranken die nötige Pflege vorzuenthalten und die Solidarität auszuhöhlen, verteidige.

Um die Kosten besser in den Griff zu bekommen, dürfen wir nicht die Leistungen rationieren, sondern müssen deren Erbringung rationalisieren, indem beispielsweise beim Vertrauensarzt des Versicherers ein Zweitgutachten verlangt wird. Zudem gilt es die besonderen Versicherungsmodelle (HMO, Hausarzt) durch eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für diese Modelle zu fördern. Der schwierige Weg der Kosteneindämmung muss sicherlich fortgesetzt werden, aber es sind auch Massnahmen notwendig, die das Finanzierungssystem sozialer gestalten. Denn dieses benachteiligt vor allem die mittleren Einkommen und die Familien. Die Festsetzung eines Sozialziels in der zweiten KVG-Revision – welches die Prämienlast auf 8% des steuerbaren Einkommens beschränken will – ist ein Schritt in die richtige Richtung.

Bei der Kosteneindämmung müssen alle Partner ihre Verantwortung wahrnehmen. Was mich betrifft, so werde ich weiterkämpfen: für den Zugang zur medizinischen Versorgung für alle Versicherten und gegen eine Zwei-Klassen-Medizin, für die Solidarität zwischen Kranken und Gesunden, für ein qualitativ hochstehendes und sicheres Gesundheitssystem.

ALV-Revision im Nationalrat mit 72 Enthaltungen verabschiedet

Der Nationalrat befasste sich am 12. Dezember 2001 während acht Stunden mit der Revision des Bundesgesetzes über die Arbeitslosenversicherung (s. CHSS 2/2001 S.96, 4/2001 S.170, 6/2001 S.306). Das Resultat der Gesamtabstimmung – 32 Ja, 22 Nein, 72 Enthaltungen – lässt sich damit erklären, dass einzelne Beschlüsse sowohl im linken wie im rechten politischen Lager auf Ablehnung stossen. Die Vorlage geht nun zur Differenzbereinigung an den Ständerat. Strittig sind insbesondere noch folgende Punkte:

- **Solidaritätsbeitrag:** Der Nationalrat will den Beitrag auf Einkommen zwischen 106 800 und 267 000 Franken nicht völlig aufheben, wie dies der Ständerat beschloss, sondern wie vom Bundesrat vorgesehen nur von 2 auf 1 % halbieren.
- **Dauer des Taggeldbezuges:** Nach dem Beschluss des Nationalrates soll der Bundesrat in Kantonen mit erhöhter Arbeitslosigkeit den Anspruch auf Taggelder (neu in der Regel noch 400) wieder auf 520 erhöhen können.
- **Arbeitsmarktliche Massnahmen für über 55-jährige Ausgesteuerte:** Nach Beschluss des Nationalrates soll sich der ALV-Fonds mit 80 % (Kantone: 20 %) an den Kosten der arbeitsmarktlichen Massnahmen für über 55-jährige Ausgesteuerte beteiligen.

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) des Ständerates, die am 22. Januar 2002 tagte, will bezüglich des Solidaritätsprozents der Besserverdienenden am Ratsbeschluss vom Sommer 2001 festhalten (CHSS 4/2001 S.170). Dies beschloss sie mit 10 zu 3 Stimmen. Im Weiteren beantragt sie dem Plenum mit 11 gegen 2 Stimmen, auf die Gewährung der Kompetenz an den Bundesrat zur Verlängerung des Taggeldanspruchs zu verzichten.

4. IV-Revision im Nationalrat

Nach ausgiebiger Debatte hiess der Nationalrat am 13. Dezember die 4. Revision der Invalidenversicherung mit 112 zu 1 Stimme bei 21 Enthaltungen gut. Erstes Ziel dieser Revision ist die finanzielle Sanierung der IV, zweiter Schwerpunkt die Einführung der Assistenzschädigung, die behinderten Menschen ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen soll (s. CHSS 4/2000). Das Konzept des Bundesrates fand im Grundsatz in allen politischen Lagern Unterstützung. Die Beschlüsse des Nationalrates:

- **Assistenzschädigung (AE)**
 - Die AE beläuft sich bei geringem Bedarf an Assistenz (Betreuung) auf 20 % der maximalen Altersrente (412 Fr.), bei mittlerem Assistenzbedarf auf 50 % (1030 Fr.) und bei schwerem Assistenzbedarf auf 80 % (1648 Fr.).
 - Schwer behinderte Minderjährige, die eine zeitlich intensive Betreuung brauchen, erhalten einen Zuschlag für Intensivpflege, und zwar pro Monat: 309 Franken bei einem täglichen invaliditätsbedingten Betreuungsaufwand von mindestens 4 Stunden; 618 Franken bei mindestens 6 Stunden und 927 Franken bei mindestens 8 Stunden (dies entspricht 15, bzw. 30, bzw. 45 % der maximalen Altersrente).
 - Schwerstbehinderte, die im eigenen Haushalt leben, können Ergänzungsleistungen von bis zu 90 000 Franken im Jahr beanspruchen.
- **Sanierungsmassnahmen**
 - Überweisung von 1,5 Mrd. Franken von der Erwerbsersatzordnung zur IV.
 - Erhebung eines zusätzlichen Mehrwertsteuerprozentes zugunsten der IV (ohne Abzweigung eines Anteils in die Bundeskasse).
 - Die Zusatzrente für den nicht behinderten Ehegatten einer

rentenbeziehenden Person wird aufgehoben. (Die betreuungsbedürftige Person kann neu eine Assistenzschädigung beanspruchen.)

- **Regionale ärztliche Dienste:** Der Rat hiess die Schaffung solcher Dienste mit 105 zu 31 Stimmen gut. Sie sollen eine gesamtschweizerisch einheitlichere Praxis bei der Beurteilung des Rentenanspruchs gewährleisten.

Folgende zwei vom Rat beschlossenen Änderungen waren nicht in der Vorlage des Bundesrates enthalten:

- **Feinere Rentenabstufung:** Neu soll es neben den Viertels-, den halben und den ganzen Renten auch Dreiviertelsrenten geben. Die Dreiviertelsrente wird ab einem Invaliditätsgrad von 60 % ausgerichtet, während der Anspruch auf eine ganze Rente neu ab einem Invaliditätsgrad von 70 % gegeben ist (angenommen mit 93 zu 73 Stimmen). Eine besondere Bestimmung stellt sicher, dass der Besitzstand von über 50-jährigen Bezüger/innen mit einem Invaliditätsgrad zwischen 66 2/3 und 69 % (welche heute eine ganze Rente beziehen) gewahrt bleibt (angenommen mit 95 zu 71 Stimmen).
- **Geschäftsprüfung der IV-Stellen:** Die Geschäftsführung dieser Durchführungsorgane der IV soll nicht mehr durch das BSV, sondern (jährlich) durch unabhängige Experten überprüft werden.

TARMED einen Schritt weiter

Die Ärztekammer FMH – welcher 200 Delegierte der schweizerischen Ärzteschaft angehören – hat am 13. Dezember den neuen gesamtschweizerischen Arzt- und Spitaltarif TARMED mit 124 gegen 29 Stimmen gutgeheissen. Damit ist der Weg zur Inkraftsetzung des Vertragswerks aber noch nicht frei. Die Ärztekammer beschloss, bei den rund 29 000

Mitgliedern der Verbindung der Schweizer Ärzte und Ärztinnen eine Urabstimmung durchzuführen. Deren Resultat wird voraussichtlich Ende März 2002 vorliegen.

Revision der Familienbesteuerung

Die Kommission für Wirtschaft und Abgaben (WAK) des Ständerates hat ihre Beratungen über zwei Teile des Steuerpakets 2001 an ihrer Sitzung vom 17. Dezember weitergeführt. Bei der Familienbesteuerung wird die Kommission dem Ständerat das Teilsplitting empfehlen, das auch vom Bundesrat vorgeschlagen und vom Nationalrat gutgeheissen worden ist. Beim Splitting werden verheiratete Personen wie heute als wirtschaftliche Einheit gemeinsam veranlagt, für die Steuersatzbestimmung die beidseitig addierten Einkommen durch 2,0 (Vollsplitting) oder weniger (Teilsplitting) geteilt (weitere Informationen dazu in CHSS 4/2001 S.178). Die Kommission beabsichtigt, die Detailberatung der Familienbesteuerung an ihrer Sitzung vom 21. Februar abzuschliessen.

Bekämpfung der Schwarzarbeit

Mit Botschaft vom 16. Januar unterbreitet der Bundesrat dem Parlament einen Gesetzesentwurf, der verschiedene Massnahmen vorsieht, um die Schwarzarbeit weniger attraktiv zu machen – namentlich durch Verstärkung der Kontrollen und durch Sanktionen. Die Schwarzarbeit ist ein gravierendes und schädliches Phänomen. Sie ist die Ursache von zahlreichen Problemen, wie zum Beispiel: mangelnder Arbeitnehmerschutz, Konkurrenzverzerrungen in den Wirtschaftsbranchen, Ausfall von Steuer- und Sozialversicherungseinnahmen.

Um die zurzeit bestehenden Lücken und Mängel bei der Bekämpfung der Schwarzarbeit zu beheben, sieht der Entwurf vier Massnahmenkategorien vor:

- administrative Erleichterungen bei den Sozialversicherungen, durch Einführung eines vereinfachten Abrechnungsverfahrens für kleinere wirtschaftliche Tätigkeiten (Tätigkeiten im Haushalt; vorübergehende oder sehr begrenzte Tätigkeiten);
- Verpflichtung der Kantone, eine kantonale Behörde oder Kontrollkommission mit verstärkten Kontrollkompetenzen zu bezeichnen, mit der Möglichkeit, die Sozialpartner einzubeziehen;
- Vernetzung der Administrativdaten und die Pflicht, die Resultate der Kontrollen bei den Arbeitgebern zu kommunizieren;
- Verschärfung der Sanktionen im Bereich des Ausländerrechts und der Sozialversicherungen sowie Einführung einer neuen Sanktion, nämlich der Möglichkeit des Ausschlusses vom öffentlichen Beschaffungswesen.

In einem zweiten Schritt wird das Projekt noch ergänzt mit einer Informationskampagne, die zum Ziel haben wird, die betroffenen Wirtschaftsakteure zu sensibilisieren.

11. AHV-Revision

Die SGK des Ständerates hat am 21. Januar die Detailberatung zur 11. AHV-Revision aufgenommen. Sie führt ihre Arbeiten mit einer Sitzung am 12. Februar fort. Der Nationalrat hat die Vorlage in der Sondersession vom Mai 2001 behandelt (CHSS 3/2001 S.137).

Spitalkostenbeitrag auch für Zusatzversicherte

Die Kantone müssen aufgrund eines Urteils des Eidgenössischen

Versicherungsgerichtes vom 30. November 2001 in ihren Spitälern auch bei einer privaten oder halbprivaten Hospitalisierung den hälftigen Subventionsbeitrag zahlen. Das kostet sie rund 700 Mio. Franken im Jahr. Die SGK des Ständerates, die am 22. Januar tagte, sucht eine Lösung, wie sie diesen Kostenschub erträglich machen kann. Der Präsident der Kommission, Bruno Frick (CVP, SZ) erklärte dazu vor der Presse, die Kantone hätten bisher die an sich klare Rechtslage schlicht nicht wahrhaben wollen.

Die SGK sehe zwei Möglichkeiten: eine vorgezogene separate Revision der Spitalfinanzierung im KVG oder eine Übergangslösung mit einem dringlichen Bundesbeschluss. Beide Wege würden nun vertieft überprüft und mit der nationalrätlichen Schwesterkommission abgesprochen, so dass die SGK Mitte Februar entscheiden könne.

Die Kantone hatten geltend gemacht, die finanzielle Mehrbelastung in so kurzer Frist sei nicht tragbar. Sie schlugen vor, für die Zusatzversicherten ab diesem Jahr 60 % des Tarifs für die Allgemeinabteilung zu zahlen. Das würde sie rund 300 Mio. Franken pro Jahr kosten. Die SGK des Ständerates möchte für die Kantone und die Kassen rasch Klarheit schaffen. Ein allfälliger dringlicher Bundesbeschluss könnte von beiden Räten schon in der Frühjahrssession verabschiedet werden, sagte Frick. Würde die Spitalfinanzierung aus der KVG-Revision herausgelöst, dürfte es Sommer werden.

BVG- und UVG-Beiträge der Arbeitslosen

Wer eine Arbeitslosenentschädigung bezieht, ist obligatorisch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt Suva gegen Nichtbetriebsunfälle versichert. Der Beitragssatz beläuft sich auf 2,94 % bzw. auf 2,33 % während der Teilnahme an arbeitsmarktlichen Massnahmen. Arbeitslose sind auch in der beruflichen Vorsorge (BVG) versichert, dies jedoch nur gegen die Risiken Tod und Invalidität. Der BVG-Beitragssatz ist auf Anfang 2002 geändert worden; er beträgt nun generell 2,2 % (bisher war er für über 55-Jährige tiefer als für Jüngere). Beide Prämien werden direkt von der Arbeitslosenkasse von den Taggeldern abgezogen. Die BVG-Beitragssatzänderung ist in der Übersicht über die Änderungen ab 2002 in der «Sozialen Sicherheit» 6/2002 (S. 345) nicht enthalten, da sie bei Redaktionsschluss noch nicht beschlossen war.

Mindestverzinsung der BVG-Altersguthaben: Nominalverzinsung beibehalten

In der obligatorischen beruflichen Mindestvorsorge nach BVG wird das Altersguthaben, das die Versicherten bis zur Pensionierung ansparen, aus der Summe der jährlichen Altersgutschriften (im Wesentlichen Lohnbeiträge) gebildet und ist jährlich zu verzinsen. Der Bundesrat legt den Mindestzinssatz aufgrund der Anlagemöglichkeiten der Vorsorgeeinrichtungen fest. Seit der Einführung des Obligatoriums am 1. Januar 1985 beträgt dieser Mindestzinssatz unverändert 4 %. Der Festlegung der Höhe des Zinses, der vor allem als Schutz vor der Kapitalentwertung dient, kommt eine zentrale Bedeutung zu. Angesichts der unerfreulichen Entwicklungen auf dem Kapitalmarkt in jüngerer Zeit wurde die Forderung nach einer Herabsetzung des BVG-Mindestzinssatzes laut.

Ein Ausschuss der Eidgenössischen Kommission für die berufliche Vorsorge hat einen Bericht zu dieser Frage erarbeitet. Er untersuchte zuhanden der Kommission eingehend die Möglichkeiten, bei der Mindestverzinsung der Altersguthaben künftig auf Real statt wie bisher auf Nominalzinsen umzustellen. Der Bericht kommt zum Schluss, dass sich die Umstellung auf eine Realzinsvorschrift mittels einer festen Verknüpfung des Realzinses mit relevanten Wirtschaftsgrössen nicht realisieren lässt. Es wird deshalb ein Verfahren vorgeschlagen, wie auf der Basis der geltenden Nominalzinsvorschrift eine flexiblere Anpassung der Höhe des Zinssatzes vorgenommen werden könnte.

Das BSV wird nun den Mindestzinssatz mit dem vorgeschlagenen Verfahren überprüfen. Eine allfällige entsprechende Empfehlung soll zu Händen der paritätisch besetzten BVG-Kommission abgegeben werden. Der Entscheid über eine Anpassung des Satzes würde dem Bundesrat obliegen.

«Zwei Berichte zum Thema Minimalzinsvorschriften für Vorsorgeeinrichtungen» (318.010.17/01 d). Bezugsadresse: BBL, Vertrieb Publikationen, 3003 Bern; www.bbl.admin.ch/bundespublikationen.

Änderung der Bezeichnung EDMZ

Seit Jahrzehnten ist die Abkürzung EDMZ in der breiten Öffentlichkeit ein Begriff: Von dieser bundesinternen Stelle beziehen die Bürgerinnen und Bürger alle Publikationen der Bundesverwaltung. Trotz dem Bekanntheitsgrad des Kürzels EDMZ hat sich die Geschäftsleitung des Bundesamtes für Bauten und Logistik (BBL) entschlossen, diesen Geschäftsbereich umzubenennen. Seit Januar 2002 heisst er neu «**BBL, Vertrieb Publikationen**». Dieser Entscheid beruht vorab auf zwei Umständen: Erstens ist die ehemalige EDMZ im Zuge der Regierungs- und Verwaltungsreform zu Beginn des Jahres 1999 in das neue Bundesamt für Bauten und Logistik (BBL) integriert

worden. Zweitens entspricht die Abkürzung EDMZ nicht mehr den heutigen Strukturen: Es werden in diesem Bereich nur noch Drucksachen, aber kein Material mehr vertrieben. Es ist jedoch eines der Prinzipien der Bundesverwaltung, die Dienststellen nach ihrer Funktion zu benennen.

Parallel dazu ist auf Beginn des Jahres 2002 der Internet-Auftritt des BBL neu gestaltet worden. Die bisherige Website www.admin.ch/edmoz für die Bestellung von Bundespublikationen ist in den BBL-Auftritt integriert worden. Die neue Adresse für Internet-Bestellung lautet wie folgt: www.bbl.admin.ch/bundespublikationen. Die bisherige bürgerfreundliche, weil leicht merkbare Internet-Adresse www.edmoz.ch wird vorläufig beibehalten – neu mit einer Umleitung auf www.bbl.admin.ch/bundespublikationen. Zusätzlich hat das BBL die Adressen www.bundespublikationen.ch und www.publicationsfederales.ch reserviert. Sie führen ebenfalls direkt auf die Bestellseiten für Bundespublikationen.

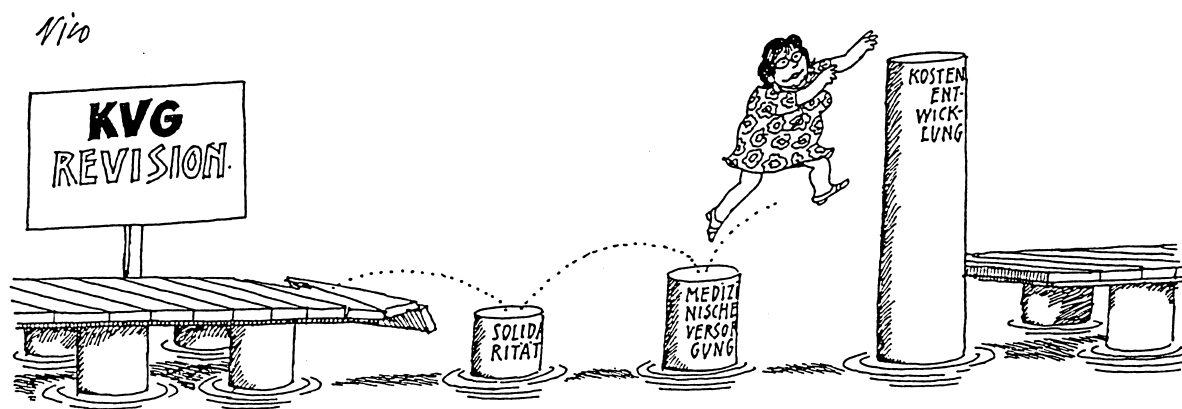
Ombudsstelle auch für UVG-Versicherte

Vor dreissig Jahren hat der Schweizerische Versicherungsverband die Stiftung Ombudsman der Privatversicherung ins Leben gerufen. Diese Anlaufstelle hat sich bisher ausschliesslich mit Fällen aus der Privatversicherung befasst. Ausgenommen war damit auch die obligatorische Unfallversicherung. Diese Lücke ist nun geschlossen worden. Die Suva als grösster Unfallversicherer ist der Stiftung beigetreten. Damit erhalten auch UVG-Versicherte die Möglichkeit, die Dienste der Ombudsstelle in Anspruch zu nehmen.

Anschrift: Ombudsman der Privatversicherung und der Suva, Dr. iur. Lili Nabholz-Haidegger, Kappelergasse 15, 8022 Zürich; E-Mail: help@versicherungsombudsman.ch; Internet: www.versicherungsombudsman.ch.

Sechs Jahre KVG – Synthese der Wirkungsanalyse

Solidarität und medizinische Versorgung gesichert, Kostenentwicklung nicht gebremst



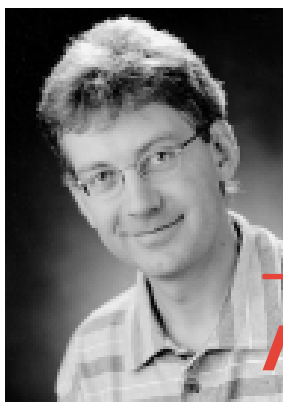
Zeichnung von Nico, erschienen im «Tages-Anzeiger» vom 18. Dezember 2001.

Das heute geltende Krankenversicherungsgesetz war im Vorfeld der Referendumsabstimmung vom 4. Dezember 1994 von seinen Befürwortern mit den drei Hauptschwerpunkten mehr Solidarität, Kosteneindämmung und Schliessung von Leistungslücken schmackhaft gemacht worden. Dass diese Versprechungen bisher erst zum Teil eingelöst werden konnten, lässt sich aus den nicht endenden Diskussionen über die Krankenversicherung und unser Gesundheitswesen insgesamt unschwer feststellen. Die vom Gesetz selbst vorgesehenen Wirkungsanalysen vermitteln demgegenüber ein etwas positiveres Bild. Der kürzlich vorgelegte Synthesebericht bestätigt jedoch, dass bei der Schwachstelle Kosteneindämmung die Möglichkeiten noch nicht konsequent ausgeschöpft worden sind. Es sind weitere Anstrengungen nötig. Ein Massnahmenplan listet sie auf.

Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz

Wieweit wurden die mit dem KVG angestrebten Ziele erreicht?

Mit dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG), welches am 1. Januar 1996 in Kraft getreten ist, wurde die schweizerische Krankenversicherung umfassend reformiert. Angesichts der hohen gesellschaftlichen Bedeutung dieser Neuerungen und der zahlreichen Unsicherheiten betreffend die zu erwartenden Entwicklungen wurde in der Verordnung zum Gesetz die Pflicht zur wissenschaftlichen Überprüfung der Wirkungen festgehalten. Auf dieser Grundlage wurden zwischen 1997 bis 2001 rund 25 Wirkungsanalysen (Evaluationen) durch verwaltungsexterne Expertinnen und Experten durchgeführt. Nachfolgend werden die Ergebnisse dieser Arbeiten kurz zusammengefasst.¹



Andreas Balthasar
Institut für Politikstudien Interface,
Luzern
balthasar@interface-politikstudien.ch

Das KVG und damit die obligatorische Krankenpflegeversicherung verfolgt drei Zielsetzungen: Erstens ist eine Stärkung der Solidarität unter den Versicherten beabsichtigt. Zweitens soll eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung sichergestellt werden. Und drittens soll die Kostenentwicklung gedämpft werden.

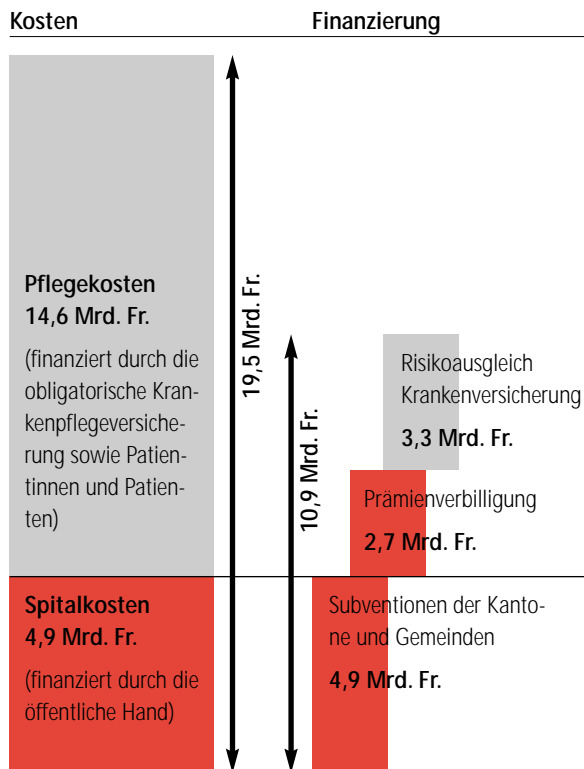
Solidarität

Hinsichtlich der *Stärkung der Solidarität* zwischen Jung und Alt, Gesund und Krank sowie Arm und Reich weisen die verfügbaren Wirkungsanalysen von Expertinnen und Experten darauf hin, dass mit der Einführung des KVG verschiedene Mängel der vorange-

gangenen gesetzlichen Regelung behoben werden konnten. Dazu beigetragen haben das Obligatorium, die volle Freizügigkeit, die einheitliche Prämie innerhalb einer Versicherung und einer Region, der Risikoausgleich und schliesslich die individuelle Prämienverbilligung für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen. Stellt man die verschiedenen messbaren Elemente der Solidarität den Ausgaben der Versicherten gegenüber, lässt sich erkennen, dass die direkt ausgewiesene Solidarität in der Krankenversicherung rund die Hälfte der Kostenseite ausmacht (**Grafik 1**).

Mit dieser Berechnung sind zwar nicht alle Umverteilungen, die im Rahmen des Gesundheitswesens stattfinden, erfasst.² Deutlich wird aber, dass die für die Finan-

Messbare Elemente der Solidarität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (1997) 1



Quelle: Bandi, Till (1999): «Risikopolitik, Kostenausgleich und Solidarität in der Krankenversicherung.» In: Soziale Sicherheit 2/1999, Bern, S. 72 (die Darstellung gibt die Grössenverhältnisse wieder).

zierung der verschiedenen «Solidaritäten» im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eingesetzten Mittel eine respektable Grössenordnung erreicht haben. Auch wenn keine verbindliche Zielgrösse definiert wurde, kann die Zielerreichung bei der Solidarität insgesamt positiv beurteilt werden. Problematisch ist allerdings, dass das starke Wachstum der Gesundheitskosten dazu führt, dass die Prämienverbilligung ohne eine starke Erweiterung in immer mehr Kantonen nicht mehr in der Lage sein wird, die wirtschaftliche Tragbarkeit der Belastung zu gewährleisten.

Die Wirkungsanalyse bemängelt insbesondere den Vollzug in einzelnen Kantonen. Zudem wird die Information der Bevölkerung über ihr Recht auf Prämienverbilligung als zum Teil ungenügend erachtet. Weiter wurde festgestellt, dass der Risikoausgleich zwar die Risikoselektion durch die Versicherten vermindert hat, er konnte sie aber nicht vollständig unterbinden. Ein grundsätzliches Problem besteht darin, dass verschiedene Massnahmen, welche die Solidarität in der sozialen Krankenversicherung sicherstellen, notwendigerweise die ökonomischen Anreize für Versicherte, Versicherer und Leistungserbringer verändern. So stellt sich etwa die Frage, ob eine Erweiterung des Risikoausgleichs nicht den Wettbewerb zwischen den Versicherern einschränkt und die Entwicklung zu einer Einheitskasse einleitet. Auch ist zu vermuten, dass die Ausgestaltung der Prämienverbilligung die Motivation der Versicherten, sich für einen günstigen Versicherer und ein günstiges Versicherungsmodell zu entscheiden, beeinflussen kann. Die Wirkungsanalysen unterstreichen, dass bei Änderungsvorschlägen auf eine ausgewogene Berücksichtigung des Solidaritätsziels und der wettbewerblichen Ausrichtung des KVG zu achten sei.

Qualitativ hochstehende medizinische Versorgung

Auch im Hinblick auf die Bereitstellung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung für die ganze Bevölkerung weisen die Expertinnen und Experten darauf hin, dass mit dem Krankenversicherungsgesetz wichtige Lücken geschlossen werden konnten. Zu erwähnen sind insbesondere die Pflege zu Hause und in

Pflegeheimen sowie die unbeschränkte Leistungspflicht bei Spitalaufenthalten. Der Leistungsumfang kann heute – auch im internationalen Vergleich – als umfassend beurteilt werden, und der Zugang der Versicherten zu den Leistungen ist gewährleistet. Die Wirkungsanalyse zeigte jedoch, dass die Eidgenössische Leistungskommission (ELK) den Kostenfolgen ihrer Entscheidungen in der Regel zu wenig Beachtung schenkt. Die Expertinnen und Experten stellten fest, dass die Kostenfolgen, die sich aus den durch die ELK gutgeheissenen Leistungen ergeben, nur grob geschätzt werden können. In ihrer Untersuchung weisen sie aber auch darauf

Die Eidgenössische Leistungskommission (ELK) schenkt den Kostenfolgen ihrer Entscheidungen in der Regel zu wenig Beachtung.

hin, dass der Anteil der von der Kommission angenommenen Leistungen an den jährlichen Veränderungen der Krankenversicherungsausgaben in jedem Fall nur wenigen Prozenten entspricht, so dass in diesem Zusammenhang nicht von einem massgeblichen Einfluss auf die Kostenentwicklung gesprochen werden kann. Dennoch empfehlen die Fachleute, die Kostenfolgen der Entscheidungen des Eidgenössischen Departements des Innern in Zukunft systematischer zu schätzen und zu überwachen. Zudem haben die Untersuchungen gezeigt, dass die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen noch wenig entwickelt ist. Schliesslich wurde ermittelt, dass die Integration von präventiven Leistungen in die obligatorische Krankenpflegeversicherung teilweise dazu geführt hat, dass sich Kantone aus der Finanzierung von Kampagnen zurückgezogen haben. Dies hat die Verbreitung der Prävention beeinträchtigt.

Kostenentwicklung

Das dritte Hauptziel des KVG ist darauf ausgerichtet, die Kostenentwicklung zu bremsen. Diesbezüglich hat das Gesetz die Erwartungen in den Augen der Expertinnen und Experten nicht erfüllt. Einen relevanten Einfluss des KVG auf die Entwicklung der allgemeinen Gesundheitskosten konnten die verfügbaren Wirkungsanalysen nicht feststellen (Greppi et al. 2000³). Die Steigerungsrate lag zwar leicht unter dem Mittel der vier vorangegangenen Jahre, aber deutlich über der durchschnittlichen Jahresteuierung oder der Entwicklung der Reallöhne.

1 Grundlage bildet der Synthesebericht Wirkungsanalyse KVG des Bundesamtes für Sozialversicherung, BBL, Vertrieb Publikationen, Nr. 318.010.16/01 d.

2 Beispielsweise wird nicht einbezogen, dass die Versicherten, die eine besondere Versicherungsform gewählt haben, zusätzlich zum Risikoausgleich rund 1 Milliarde Franken der Kosten der Versicherten mit ordentlichen Franchisen finanziert haben. Nicht enthalten ist auch die Tatsache, dass die Versicherten mit Zusatzversicherung keine Beiträge der Kantone an ihre Spalkosten erhalten.

3 Siehe Übersicht über die Teilprojekte S. 12, Projekt 5/00.

Besonders gross war das Ausgabenwachstum in den Bereichen Medikamente, ambulante Spitalbehandlung, Pflegeheime und Spitex. Bei der Zunahme der Aufwendungen für Pflegeheime und Spitex-Dienstleistungen handelt es sich nach Ansicht der Expertinnen und Experten vermutlich um einen zeitlich verzögerten Einführungseffekt, der in den nächsten Jahren abflachen wird. Hingegen beschleunigt sich die Kostenentwicklung in den Bereichen Medikamente und ambulante Behandlungen, welche Spitäler leisten. Bei den Medikamenten lässt sich die Erhöhung auf eine Men-

me, wie sie die Vereinigten Staaten kennen, noch staatliche Systeme, wie das in Frankreich praktizierte Modell, die Steigerungsraten längerfristig haben senken können. Die Entwicklung der schweizerischen Gesundheitskosten weicht nicht von den in den Nachbarländern festzustellenden Trends ab (**Grafik 2**).

Haben sich die konzeptionellen Grundlagen des KVG bewährt?

Trotz diesen Vorbehalten kommen die vorliegenden Untersuchungen mehrheitlich zum Schluss, dass sich die konzeptionellen Grundlagen des KVG bewährt haben, da verschiedene positive Entwicklungen in Gang gekommen sind. Die verfügbaren Studien machen aber auch deutlich, dass das KVG verschiedene problematische Anreize setzt, die dazu führen, dass die marktwirtschaftliche Steuerung nicht ausreichend funktioniert, um die Kostenentwicklung wirksam einzudämmen. Die Expertinnen und Experten sind der Auffassung, dass die Akteure die ihnen vom KVG zugedachten Rollen nur zum Teil wahrgenommen haben. Oft haben sie ihre angestammte Position verteidigt. Die Leistungserbringer blieben dem Wettbewerb wenig ausgesetzt. Auch ist deren Entwicklung stark von den Kantonen beeinflusst, welche in einem Interessenkonflikt zwischen ihrer Funktion als Spitalbetreiber und als Tarifgenehmigungsbehörde stehen. Die Krankenversicherer und die Versicherten ihrerseits machten von den neuen Versicherungsmodellen wenig Gebrauch. Die Versicherten haben zwar umfangreiche Wahlmöglichkeiten, scheinen aber mit ihren Versicherungslösungen zufried-

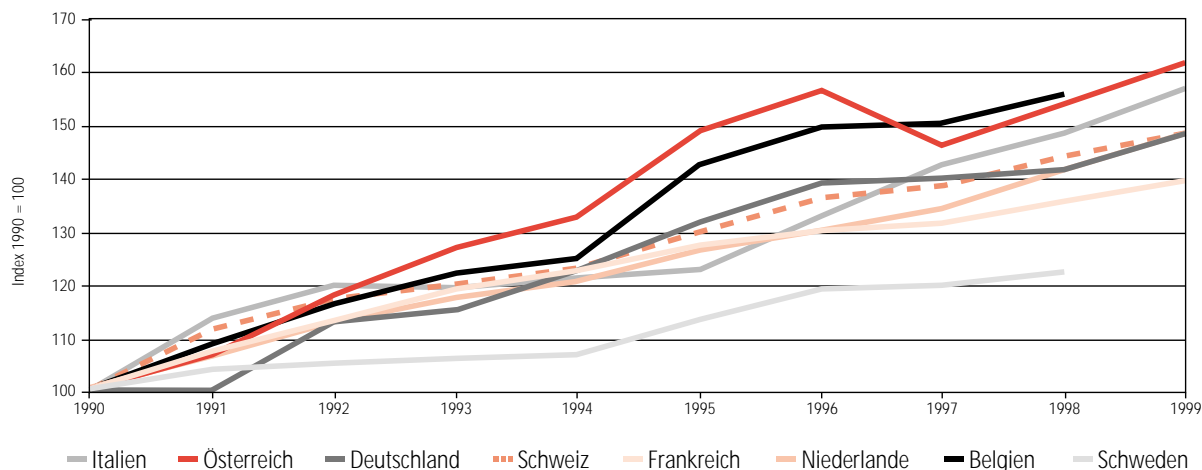
Die Wirkungsanalysen konnten keinen relevanten Einfluss des KVG auf die Entwicklung der allgemeinen Gesundheitskosten feststellen.

genauswertung zurückführen, sind die Heilmittelpreise doch tendenziell gesunken. Bei den ambulanten Leistungen im Spital handelt es sich um eine Verlagerung stationärer Behandlungen in den ambulanten Bereich. Abgesehen von den Einführungseffekten des KVG verlaufen die Trends ähnlich wie vor dem Inkrafttreten des Gesetzes.

Internationale Vergleiche weisen darauf hin, dass die steigenden Gesundheitskosten in allen entwickelten Staaten Anlass für Reformen des Gesundheitswesens bilden. Dabei zeigt sich, dass weder deregulierte Systeme

Gesamte Gesundheitsausgaben pro Kopf in Landeswährung

2



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2001.

den zu sein und sehen daher keine Veranlassung zu Veränderungen. Der Bund hat in verschiedenen Bereichen seine Führungsfunktion nur zögerlich wahrgenommen und seinen Handlungsspielraum nur teilweise ausgenützt.

Die Empfehlungen

Zur Verbesserung der unbefriedigenden Situation insbesondere im Bereich der Kostenentwicklung stellen die Expertinnen und Experten insbesondere folgende Empfehlungen auf:

- Es sollte alles unternommen werden, was zu einem vermehrten Einsatz von *Managed-Care-Organisationen* führt.
- Die *Spitalfinanzierung* muss neu geregelt werden. Verlangt wird ein Übergang zu einem monistischen System, bei welchem die Kantone ihre Beiträge an die Versicherer ausrichten, wodurch der Interessenkonflikt der Kantone zwischen der Aufsichtspflicht und der Leistungserbringung entschärft wird.
- Der *Kontrahierungszwang* soll abgeschafft werden.
- Der *Risikoausgleich* soll zeitlich unbegrenzt beibehalten, aber gegenüber heute differenzierter ausgestaltet werden. Verlangt wird auch die Prüfung eines steuerfinanzierten Hochrisikopools.

- Die *Prämienverbilligung* soll beibehalten werden. Notwendig ist aber eine Verringerung der Unterschiede in den kantonalen Vollzugssystemen sowie die Festlegung eines sozialpolitischen Wirkungsziels.
 - Verschiedene Anpassungen beim Verfahren der *Prüfung* von Leistungen durch die Eidgenössische Leistungskommission sollen vorgenommen werden. Insbesondere wird verlangt, dass die Beurteilung wirtschaftlicher Aspekte systematischer durchgeführt wird.
 - Der Bund soll im Bereich der *Qualitätssicherung* eine wesentlich aktivere Rolle übernehmen und dafür auch finanzielle Mittel einsetzen.
 - Verschiedene *Informationsdefizite* der Versicherten sollen behoben werden.
 - Die *Spitalplanung* soll beschleunigt konkretisiert und umgesetzt werden.
- Das Bundesamt für Sozialversicherung hat gewisse Empfehlungen der Expertinnen und Experten bereits realisiert. Andere Vorschläge werden als Etappe eines längeren und vermutlich komplexeren Lösungsfindungsprozesses betrachtet. Mit dem KVG wurde ein langfristig angelegter Umbauprozess des Krankenversicherungssystems in die Wege geleitet, der weiterhin durch Wirkungsanalysen begleitet werden soll.

Planung, Abwicklung und Begleitung des Evaluationsprojekts Wirkungsanalyse KVG

Das Evaluationsprogramm über die Einführungszeit des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) lief rund fünf Jahre. Es umfasste etwa 25 Teilprojekte, an denen 13 verschiedene Projektpartner beteiligt waren. Wie wurde die Wirkungsanalyse als Gesamtprojekt konzipiert? Wie wurden die Entscheidungen über das Programm und die Teilprojekte getroffen, wie die Durchführung und die Begleitung der Forschungsarbeiten organisiert? Und was ist letztlich bei den Evaluationsarbeiten herausgekommen, welchen Nutzen haben sie gebracht?



Martin Wicki

Projektleiter Forschung, Kompetenzzentrum Grundlagen des BSV
martin.wicki@bsv.admin.ch

In das seit 1996 geltende Krankenversicherungsgesetz (KVG) wurden verschiedene Erwartungen gesteckt. Dies gilt sowohl für einzelne Neuregelungen, die mit dem KVG eine gesetzliche Grundlage erhielten, als auch für die Globalziele, die Regierung und Parlament mit dem Gesetz insgesamt zu erzielen anstreben. Um die Wirkungen des Gesetzes und seiner Massnahmen zu beobachten und zu überprüfen, wurde in der Verordnung zum Gesetz eine entsprechende Evaluationsklausel eingeführt (Art. 32 KVV).

Das BSV hat diesen gesetzlichen Auftrag aufgenommen, indem es 1996 mit ersten Teilprojekten zur Analyse der Wirkungen von Einzelmassnahmen des Gesetzes begann. Nach gut fünf Jahren wurde im Dezember 2001 Bilanz gezogen: der Synthesebericht fasst die Resultate und Empfehlungen aus den verschiedenen Projekten zusammen und zieht daraus Schlussfolgerungen bezüglich der Wirkungen des Systems KVG auf die globalen Ziele.

Die konzeptionellen Grundlagen der Wirkungsanalyse und das konkrete Vorgehen wurden Anfang 1998 im «Ausführungsplan» festgehalten. Die Wirkungsanalyse orientiert sich an den Erfahrungen der Politikevaluation: Sie orientiert sich einerseits an einer Reihe von Prinzipien, und andererseits ist sie prozessorientiert, wie im Folgenden erläutert wird.

Prinzipien der Wirkungsanalyse

Auf der konzeptionellen Ebene sind für die Wirkungsanalyse KVG verschiedene Prinzipien der Politikevaluation massgebend:

Projektorientierung: Angesichts der Komplexität des Gesetzes, das grosse Änderungen im Zusammenspiel der verschiedenen Akteure auslöst und viele neue Massnahmen einführt, erfolgt die Bearbeitung sinnvollerweise in Teilprojekten, welche sich auf Einzelmassnahmen beziehen. Darauf aufbauend analysieren querschnittsmässig orientierte Projekte die Wirkungen des KVG auf die wichtigsten Akteure. Die Teilprojekte sind so angelegt, dass sie sich möglichst wie Puzzleteile zu einem Gesamtbild zusammenfügen lassen.

Bezugnahme zum politischen Prozess: Die thematische Wahl der Einzelprojekte orientiert sich an den grossen Linien und den in der Botschaft und während der parlamentarischen Debatte erwähnten wichtigen Massnahmen. Beim Timing werden aber möglichst auch aktuelle politische Bedürfnisse berücksichtigt. Die Programmleitung umfasst deshalb sowohl die Entscheidungsebene des BSV als auch die Fachspezialistinnen und Fachspezialisten der entsprechenden Abteilung sowie Expertinnen und Experten mit evaluatorischem und statistischem Know-how.

Wissenschaftlichkeit: Trotz der Bezugnahme auf den politischen Prozess gilt es, möglichst weitgehende wissenschaftliche «Neutralität» zu wahren. Darunter wird eine wissenschaftliche, d.h. nachvollziehbare und transparent angewandte Methodik sowie ein pluridisziplinärer Zugang verstanden. Bei den vorliegenden Projekten sind die Disziplinen Volkswirtschaft, Sozialwissenschaften, Medizin und Rechtswissenschaften beteiligt. Alle Projekte werden grundsätzlich öffentlich ausgeschrieben und von externen Auftragnehmenden ausgeführt. Die Vergabe der Projekte an ausgewiesene Expert/innen unterstreicht den Willen des BSV, keine «Gefälligkeitsgutachten», sondern kritische Expertenberichte in Auftrag zu geben.

Partizipativer Ansatz: Neben der Pluridisziplinarität wird auch dem Grundsatz des partizipativen Vorgehens Bedeutung beigemessen. Dies bedeutet, dass die relevanten Akteure bei der Erarbeitung der Untersuchungen miteinbezogen werden, teilweise auch in die Projektbegleitgruppen des BSV. Damit wird nicht etwa eine «Vertretung» von Akteurinteressen gewährt, sondern dem Projekt Zugang zu den wichtigen Informationen gesichert und gleichzeitig Interesse für die Nutzung der Resultate geweckt.

Öffentlichkeitsprinzip: Die Projekte schliessen immer mit einem Schlussbericht ab, der die Grundlage für eine (in allgemeinverständlicher Sprache verfasste) Publikation bildet. Alle Schlussberichte werden publiziert, unabhängig von der inhaltlichen Einschätzung des Auftraggebers. (Vorbehalten bleiben allein methodische Mängel, welche allenfalls eine Publikation verhindern oder verzögern.)

Prozessorientierung der Wirkungsanalyse

Die Evaluationsforschung geht von einer dynamischen, prozessorientierten Betrachtungsweise aus und unterscheidet fünf zeitlich sich folgende Evaluationsgegenstände. Der Erfolg des KVG wird davon abhängen, dass alle Stufen des Policy-Prozesses erfolgreich durchlaufen werden. Die Wirkungsanalyse stellt Fragen auf allen Stufen. Dabei ist zu beachten, dass je nach Zeitpunkt unterschiedliche Themen evaluierbar sind.

- Am Anfang steht die *Qualität der Konzeption einer Politik oder Massnahme*. Evaluationen müssen prüfen, ob eine Politik konzeptionell so angelegt ist, dass sie überhaupt zielwirksam sein kann. Ein Beispiel aus der Wirkungsanalyse KVG, in der die Zielwirksamkeit des Politikkonzepts geprüft wurde, ist die Untersuchung über den Risikoausgleich (Spycher 1999).
- Als zweiter Gegenstand von Evaluationen wird die *Vollzugsebene* thematisiert und etwa danach gefragt, ob und wie eine konzipierte Massnahme durch die Verwaltung umgesetzt wird. Ein Beispiel dafür ist die Untersuchung des Vollzugs der Prämienverbilligung in den Kantonen (Balthasar et al. 2001a).
- Die Untersuchung der *Leistungen der Verwaltung (Output)* bildet den dritten Gegenstand von Evaluationen. Beispielhaft für diesen Typ von Wirkungsuntersuchungen ist die Analyse der Auswirkungen des KVG im Tarifbereich (Hammer et al. 2000).
- Wenn die Leistungen dem Zielpublikum im erwarteten Ausmass zukommen, sind *zielrelevante Wirkungen (Impacts)* zu erwarten. Damit beschäftigt sich die vierte Gruppe von Evaluationsgegenständen. Impact-Studien fragen nach dem Verhalten der Zielgruppen, deren Handeln durch das Gesetz direkt be-

einflusst wird. Ein Beispiel ist die Untersuchung über die Auswirkungen des KVG auf die Versicherten (Peters et al. 2001). Die Verhaltensänderungen bei den beteiligten Akteuren, die das KVG bewirken sollen, dienen letztlich dazu, die zentralen politischen Ziele des Gesetzes zu erreichen.

Die Evaluation des KVG beruht auf einer Gesamtkonzeption, welche die Einzelthemen aufeinander abstimmt.

- Der fünfte Evaluationsgegenstand zielt auf die gewünschten *gesellschaftlichen Veränderungen (Outcomes)* ab. Es geht hier also darum zu klären, ob und in welchem Masse die ursprünglich intendierten gesellschaftlichen Wirkungen erreicht werden konnten. Hierfür ist die Studie beispielhaft, welche sich mit dem Einfluss des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens beschäftigt (Greppi et al. 1998).

Es gilt aber auch zu verhindern, dass durch die Bearbeitung der vielen Einzelaspekte das Gesamte aus dem Blickfeld gerät. Die Evaluation des KVG beruht daher auf einer Gesamtkonzeption, welche die Einzelthemen aufeinander abstimmt. Im Zentrum stehen die Einflussbeziehungen des Bundes und die Auswirkungen auf die verschiedenen Akteure hinsichtlich der drei globalen *Ziele des KVG*, die Stärkung der Solidarität, die Versorgung mit qualitativ hochstehenden Gesundheitsleistungen und die Kosteneindämmung. Die Frage lautet, wie und mit welchem Erfolg der Bund die genannten Ziele im dargestellten komplexen Wirkungsgefüge zu erreichen sucht.

Organisation und Durchführung der Wirkungsanalyse

Die Leitung der Wirkungsanalysen ist auf zwei Ebenen organisiert: Die grundlegenden Entscheidungen über das Gesamtprogramm und die einzelnen Teilprojekte werden vom *Leitenden Ausschuss* gefällt, die konkreten Entscheide bei der Durchführung der Projekte von der Ausschreibung über die Auswahl und die Begleitung der Beauftragten bis zur Abnahme des Schlussberichts fallen in den Kompetenzbereich der *Projektbegleitgruppen*.

Dem *Leitenden Ausschuss* gehören drei Personen aus der Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung (KUV), zwei aus dem auf Ressortforschung und Eva-

Übersicht über die Teilprojekte der Wirkungsanalyse KVG

Titel des Berichts; Autorenschaft	Best.-Nr. der Publikation, Sprache
Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (BFS)	318.010.15/98 f, d
Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen Andreas Balthasar; Interface Institut für Politikstudien, Luzern	318.010.21/98 d, f
Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung Stefan Spycher; Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien, BASS, Bern • Kurzfassung / Condensé	318.010.1/99 d 318.010.2/99 d/ f
Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen Karin Faisst, Julian Schilling; Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich	318.010.4/99 d
Qualitätssicherung – Bestandesaufnahme Karin Faisst, Julian Schilling; Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich	318.010.9/99 d
Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung Stefan Spycher; Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien, BASS, Bern	318.010.3/00 d
Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG Wilhelmine Stürmer, Daniela Wendland, Ulrike Braun; Prognos AG, Basel	318.010.4/00 d
Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert (BFS)	318.010.5/00 f, d
Auswirkungen des KVG im Tarifbereich. Stefan Hammer, Rolf Iten; INFRAS, Zürich	318.010.07/00 d
Analyse des effets de la LAMal: Le «catalogue des prestations» est-il suffisant pour que tous accèdent à des soins de qualité? M. Polikowski, R. Lauffer, D. Renard, B. Santos-Eggimann; IUMSP, Lausanne	318.010.12/00 f
Analyse juridique des effets de la LAMal: Catalogue des prestations et procédures Ariane Ayer, Béatrice Despland, Dominique Sprumont, Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel	318.010.14/00 f
Bestandsaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung Rita Baur, Ulrike Braun; Prognos AG, Basel	318.010.15/00 d
Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen: Monitoring 2000 Andreas Balthasar; Interface Institut für Politikstudien, Luzern	318.010.2/01 d, f
Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten Matthias Peters, Verena Müller, Philipp Luthiger; IPSO, Dübendorf	318.010.3/01 d
Information der Versicherten. Rita Baur, Andreas Heimer; Prognos AG, Basel	318.010.4/01 d
Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung Andreas Balthasar, Oliver Bieri, Cornelia Furrer; Interface Institut für Politikstudien, Luzern	318.010.5/01 d, f
Auswirkungen des KVG auf die Versicherer Stephan Hammer, Raffael Pulli, Rolf Iten, Jean-Claude Eggimann; INFRAS, Zürich	318.010.6/01 d
Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer Stephan Hammer, Raffael Pulli, Nicolas Schmidt, Rolf Iten, Jean-Claude Eggimann; INFRAS, Zürich	318.010.8/01 d
Auswirkungen der Aufnahme präventivmedizinischer Leistungen (Impfungen im Schulalter) Markus Battaglia, Christoph Junker; ISPM, Universität Bern	318.010.9/01 d
Auswirkungen der Aufnahme präventivmedizinischer Leistungen (Rahmenstudie) Fritz Sager, Christian Rüefli, Dr. Adrian Vatter, Vatter Politikforschung und -beratung, Bern	318.010.10/01 d
Monitoring 2000 von Anfragen an PatientInnen- und Versichertenorganisationen Karin Faisst, Susanne Fischer, Julian Schilling; ISPM, Universität Zürich	318.010.11/01 d
Praxis der Versicherer bei der Vergütung von Leistungen nach KVG Daniel Hornung, Thomas Röthlisberger, Adrian Stiefel; Bern	318.010.12/01 d
Kosten neuer Leistungen (Projekttitel) Roland Haari, Karl Schilling; COPLAN Empirische Sozialforschung, Basel	318.010.13/01 d
Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen. Statistische Analyse kantonaler Indikatoren Christian Rüefli, Adrian Vatter; Vatter Politikforschung & -beratung, Bern	318.010.14/01 d, f*
Kostendifferenzen zwischen den Kantonen. Sozialwissenschaftliche Analyse kantonaler Politiken Roland Haari, Ilse Haari-Oberg, Karl Schilling, Marco Torrisi; COPLAN, Basel	318.010.15/01 d, f*
Synthese Wirkungsanalyse KVG. Bundesamt für Sozialversicherung, Bern	318.010.16/01 d/f

* In Vorbereitung.

Bezugsquelle: BBL, Vertrieb Publikationen, 3003 Bern, E-Mail: verkauf.zivil@bbl.admin.ch, Internet: www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

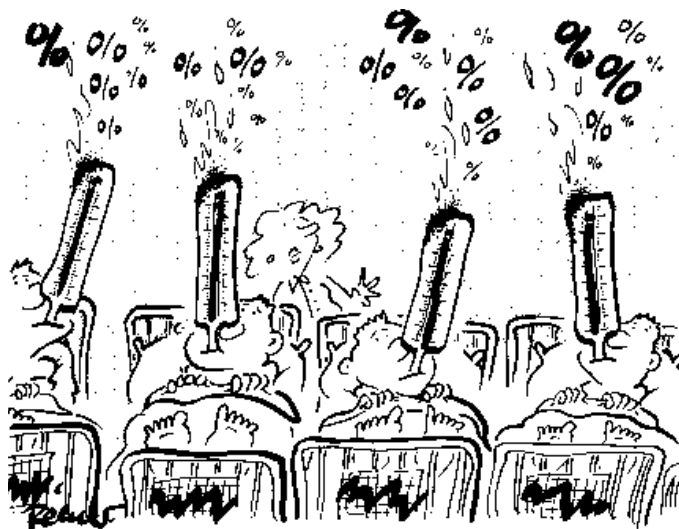
lationen spezialisierten Fachdienst (WGF)¹, ein Statistiker sowie ein externer Evaluationsberater an. Der Ausschuss wird von der Hauptabteilung KUV präsiert, das Sekretariat vom Fachdienst WGF betreut. Die *Projektbegleitgruppen* setzten sich in den 25 Projekten jeweils aus Fachspezialist/innen der Hauptabteilung KUV, einem Evaluationsspezialisten bzw. einer -spezialistin von WGF, der/die meist auch die Projektleitung übernahm, und je nach Bedarf einem oder einer Statistikspezialist/in sowie externen Personen (z.B. SDK, KSK, Ombudsman) zusammen.

Die von der Projektbegleitgruppe erarbeitete und vom Leitenden Ausschuss genehmigte Projektskizze bildet die Grundlage für die *Ausschreibung*. Am häufigsten wurde ein gezieltes Einladungsverfahren gewählt, bei dem 6 bis 10 Institute mit dem zur Bearbeitung der Fragestellung treffendsten Profil angeschrieben wurden. Beim Auswahlverfahren wird neben den Hauptkriterien der korrekten inhaltlichen Erfassung der Fragestellung, dem überzeugenden methodischen Vorgehensvorschlag und der Originalität immer auch darauf geachtet, «neue», d.h. bisher noch nie vom BSV beauftragte Institute zu berücksichtigen. Tatsächlich wurden die 25 Projekte von gut einem Dutzend Instituten durchgeführt, wovon vier Institute drei Aufträge erhielten und ebenso viele zwei. Trotz Berücksichtigung bei den Ausschreibungen und der Möglichkeit, in allen Landessprachen zu offerieren, trafen weniger Offerten aus der französischsprachigen Schweiz ein, und die Forschenden aus diesem Landesteil sind denn auch insgesamt klar untervertreten (3 von 25).

Nutzen der Evaluation und Ausblick

Evaluationen haben verschiedene Funktionen, die je nach konzeptioneller Anlage mehr oder weniger stark im Vordergrund stehen. «Formativ» angelegte Evaluationen – oft Selbstevaluationen – sind auf unmittelbare Verbesserungsprozesse angelegt. Ihre Resultate fließen unmittelbar in den zu evaluierenden Prozess ein, womit sich der Beobachtungsgegenstand dauernd verändert. «Summativ» angelegte Evaluationen kommen dagegen eher «von aussen» und bewerten den Gegenstand nach einer bestimmten Dauer oder in seiner Entwicklung, ohne direkt auf ihn einzuwirken.

In jedem Projekt der Wirkungsanalyse stellt die Verwendbarkeit der Resultate hinsichtlich einer Verbesserung der gesetzlichen Bestimmungen oder einer Optimierung des Vollzugs ein wichtiges Kriterium dar. Dabei tendiert das Programm stärker zur summativen



Zeichnung Péceb

Evaluation, indem es Wirkungen in der Einführungsphase des Gesetzes von externen Experten beurteilen lässt. Die Untersuchungsberichte bieten eine Grundlage für die Debatte um die Weiterentwicklung des KVG. Andererseits hat die Evaluation von Vollzugsaspekten in der Regel auch formativen Charakter. Zu denken ist hier an die Vollzugsevaluation bei der Prämienverbilligung oder an das Projekt zu den Auswirkungen neuer Leistungen auf die Kosten, die zu einer Verfeinerung der Praxis der Eidgenössischen Leistungskommission ELK bei der Beurteilung von Gesuchen geführt hat. Durch den Beizug direkt betroffener Akteure in die Untersuchungen oder in die Projektbegleitgruppen hat sich die interne Kommunikation erhöht.

Die Forschungsberichte zur Wirkungsanalyse ermöglichen es auch einer interessierten Öffentlichkeit, sich über die wesentlichen Elemente des Gesetzes und seiner Massnahmen seriös zu informieren.

Obwohl mit dem Synthesebericht eine Gesamtsicht über die Einführungszeit des KVG gegeben werden konnte, sind keinesfalls alle wichtigen Themen des KVG abschliessend behandelt. Der Leitende Ausschuss WA KVG des BSV ist deshalb derzeit an der Erarbeitung eines Fortsetzungsprogramms. Dabei stehen zwei Achsen im Vordergrund: zum einen sind weitere Einzelanalysen vorgesehen (Stichworte sind kantonale Spitalplanungen oder die Ärzteteinkommen), zum andern sind Monitoringprojekte z.B. zur Finanzierung der Krankenversicherung, zur Prämienverbilligung oder zum Risikoausgleich sowie Versichertenbefragungen vorgesehen.

¹ Im Rahmen des Projekts «fit» ist der Fachdienst WGF ab Anfang 2002 in das Kompetenzzentrum Grundlagen integriert worden (siehe Seite 46 dieses Heftes).

Wirkungsanalysen 14/01 und 15/01 (noch nicht publiziert)

Ursachen der Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen

Sowohl bei den Kosten der Krankenversicherung als auch bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben lassen sich beträchtliche kantonale Unterschiede feststellen, deren Ursachen im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG in zwei Forschungsprojekten untersucht wurden. Dabei wurde der Einfluss institutioneller und prozessualer Eigenschaften des jeweiligen kantonalen Gesundheitswesens auf die Kostendifferenzen analysiert. Der vorliegende Artikel stellt die beiden Studien und ihre Ergebnisse vor.



Roland Haari
COPLAN, Basel
rhaari@bluewin.ch



Christian Rüefli
Büro Vatter, Bern
ruefli.politik@spectraweb.ch



Adrian Vatter
Büro Vatter, Bern
vatter.politik@spectraweb.ch

Im Rahmen des ersten Projekts¹ nahm das Büro Vatter, Politikforschung und -beratung, eine statistische Analyse aller 26 Kantone vor und eruierte die Ursachen für die kantonalen Kostendifferenzen und ihre Entwicklung im Zeitverlauf. Für das zweite Projekt² führte das Büro COPLAN einen qualitativen Vergleich von ausgewählten Kantonen durch, die sich durch ihre Strukturmerkmale unterscheiden.

Kantonale Kostendifferenzen

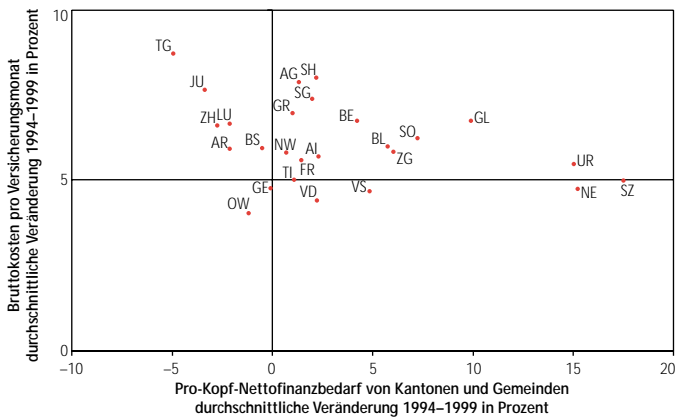
Ausgangspunkt der beiden Studien ist die Feststellung, dass zwischen den Kantonen mitunter beträchtliche Unterschiede in den Kosten des Gesundheitswesens bestehen. Die Pro-Kopf-Kosten der Krankenversicherung, gemessen an den Bruttokosten pro Versicherungsmonat, variieren innerhalb des untersuchten Zeitraums (1994 bis 1999) zwischen einem Mittelwert von 93 Franken (AI) und 218 Franken (GE) und nahmen durchschnittlich zwischen 4,2 % (OW) und 9,1 % (TG) zu. Der mittlere Pro-Kopf-Nettofinanzbedarf von Kantonen und Gemeinden im Bereich Gesundheit schwankt demgegenüber stärker, nämlich zwischen 362 Franken (SZ) und 1870 Franken (GE). Während die öffentlichen Ausgaben im Kanton Schwyz durchschnittlich um 17,5 % angestiegen sind, konnte der Kanton Thurgau sie um jährlich 5,0 % senken. Die kantonalen Kostendifferenzen orientieren sich dabei stark an den Dimensionen Stadt-Land sowie Deutschschweiz-Westschweiz. Insgesamt zeigt sich ein starkes Gefälle zwischen den kostengünstigen Landkantonen der Zentral- und Ostschweiz und den kostenintensiven Kantonen der Westschweiz sowie den beiden Stadtkantonen. Weiter ist eine Tendenz der Kostenverlagerung von den öffentlichen Haushalten zur Krankenversicherung festzustellen (**Abbildung 1**).

Wirkungsmodell, Datengrundlagen und Vorgehen

Die beiden Studien beruhen auf einem gemeinsamen Wirkungsmodell, das von nachfrageseitigen, angebotsseitigen und politisch-institutionellen Faktoren zur Erklärung der Kostendifferenzen ausgeht. Diese Faktoren beziehen sich jeweils auf die Akteure, Strukturen und Prozesse der untersuchten kantonalen Gesundheitswesen. Die beobachteten kantonalen Unterschiede in den öffentlichen Gesundheitsausgaben und in den Kosten der Krankenversicherung werden auf verschiedene Ausprägungen kantonalen Merkmale und abweichendes Zusammenspiel der Akteure zurückgeführt (**Abbildung 2**).

- 1 Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen. Statistische Analyse kantonalen Indikatoren (Wirkungsanalyse 14/01, siehe Übersicht auf Seite 12).
- 2 Kostendifferenzen zwischen den Kantonen. Sozialwissenschaftliche Analyse kantonalen Politiken (Wirkungsanalyse 15/01, siehe Übersicht auf Seite 12).
- 3 Es handelt sich um das Schwerpunktprogramm «Zukunft Schweiz».

Gegenüberstellung der Entwicklung der Bruttokosten pro Versicherungsmonat und des Pro-Kopf-Nettofinanzbedarfs von Kantonen und Gemeinden 1994-1999 1



Die statistische Analyse stützt sich auf eine im Rahmen eines mehrjährigen Nationalfondsprojektes³ aufgebaute Datenbank mit einer Vielzahl kantonalen Indikatoren zur Bevölkerungs-, Wirtschafts- und Sozialstruktur, zur Versorgungsdichte, Ausgestaltung und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, zur Staats-tätigkeit oder zu politisch-institutionellen Eigenschaften. Mittels multivariater Regressionsmodelle wurden Querschnittvergleiche angestellt, um die zentralen Bestimmungsgrößen der kantonalen Kostendifferenzen zu eruieren.

Die bei der statistischen Analyse verwendete Datenbank diente zugleich als Grundlage für eine Clusteranalyse der 26 Kantone. Diese Clusteranalyse erlaubte es, anhand von kantonalen Kosten- und Strukturvariablen sieben Modellkantone – Aargau, Appenzell AR, Zürich, Tessin, Waadt, Basel-Stadt und Genf – auszu-

wählen, die sich in prägnanter Weise voneinander unterscheiden. Im qualitativen Vergleich dieser Kantone wurden die Eigenschaften der jeweiligen Gesundheitswesen mittels rund 40 Leitfadengesprächen mit Akteuren und der Analyse schriftlicher Unterlagen untersucht. Im Mittelpunkt standen Themen wie die gesetzliche Regelung des Gesundheitswesens, die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden sowie die Planung und Finanzierung der Leistungserbringung, die Organisation der Leistungserbringer, Führungsstrukturen, das betriebsinterne Controlling und die Personalsituation.

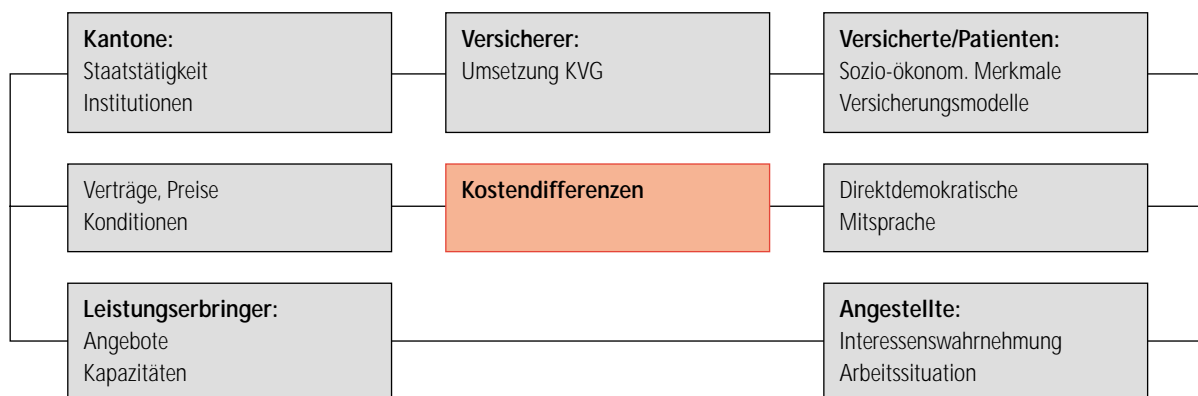
Untersuchungsergebnisse

Aufgrund der statistischen Analyse erweisen sich folgende Faktoren als zentrale Einflussgrößen für das Niveau der öffentlichen Gesundheitsausgaben und der Kosten der Krankenversicherung in den Kantonen: nachfrageseitig eine hohe Altersquote, Arbeitslosigkeit, ein hohes Volkseinkommen, ausgeprägte Urbanisierung und schwache soziale Netze. Auf der Anbieterseite können die Ärztedichte und der allgemeine Versorgungsgrad sowie eine eingeschränkte Medikamentenabgabe durch die Ärzte als die kostenrelevantesten Faktoren identifiziert werden, während ein hoher kantonaler Finanzierungsanteil im stationären Bereich und eine hohe allgemeine Staatsquote mit hohen öffentlichen Ausgaben einhergehen (**Tabelle 3**). Schliesslich zeigt sich bei vielen der kostentreibenden Faktoren, dass sie in den stark urbanisierten und lateinischen Kantonen stärker in Erscheinung treten als in ländlichen und deutschsprachigen Kantonen.

Der qualitative Vergleich lässt bei den institutionellen und prozessualen Eigenschaften der sieben Modellkantone ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen den

Einflussfaktoren der Kostendifferenzen zwischen den Kantonen (vereinfacht)

2



Die wichtigsten Schubkräfte der Kostensteigerung im Gesundheitswesen

3

Nachfrageseite	Angebotsseite	Staat und Politik
Hohe Altersquote	Hohe Ärztedichte	Hoher Finanzierungsanteil des Kantons im stationären Bereich
Hoher Urbanitätsgrad	Hoher medizinischer Versorgungsgrad	Hohe Staatsquote
Hohe Arbeitslosigkeit	Wenig Selbstdispensation	Wenig Bevölkerungsmitsprache
Hohes Volkseinkommen	Heimangebote für schwerstpflegebedürftige/demente Betagte	Alleinzuständigkeit des Kantons für Gesundheitswesen
Schwache soziale Netze	Umwandlung der Spitex in professionelle Organisation mit Spezialdiensten	Keine bürgernahe Finanzierung durch Gemeinde bzw. Zweckverbände
		Nach Angeboten differenzierte Zuständigkeiten
		Keine bürger- und angebotsnahe Planung durch Gemeinden bzw. Zweckverbände

Sprachregionen erkennen. In den kostengünstigen deutschsprachigen Kantonen sind meistens die Gemeinden für die Spitalgrundversorgung, die Langzeitpflege und ambulante Dienste und die Kantone vor allem für die spezialisierte Versorgung verantwortlich. Kommunale Gesundheitsaufgaben werden gemeinsam von Kanton und Gemeinden finanziert. Gesundheitsplanungen finden sowohl auf kantonaler als auch auf kommunaler Ebene statt.

In den kostenintensiveren Kantonen der Süd- und Westschweiz liegen die gesetzliche Zuständigkeit und die Planungshoheit für die gesamte stationäre Spitalversorgung, die Alterspflegeheime und Spitex in den Händen des Kantons. Für jeden Angebotsbereich besteht eine häufig gesetzlich geregelte Kommission. Bei einer derartigen Organisation des Gesundheitswesens ist in erster Linie der Kanton für die Finanzierung zuständig, während sich die Gemeinden zum Beispiel an der Spitex teilweise finanziell beteiligen müssen.

Folgerungen

Im Hinblick auf die oben dargestellten Schubkräfte stellt sich die Frage, wie die in einigen Kantonen laufenden Bestrebungen zur Umgestaltung des Gesundheitswesens zu beurteilen sind. In verschiedenen deutschsprachigen Kantonen soll die Aufgabenteilung so reorganisiert werden, dass der Kanton künftig für alle Akutspitäler und die Gemeinden für die Alterspflegeheime und Spitex verantwortlich sind. In der lateinischsprachigen Schweiz, insbesondere im Kanton Waadt, sollen regionale Behandlungnetzwerke bestehend aus Spitälern, Heimen, Spitex und praktizierenden Ärzten entstehen, die gemeinsam für die Planung der Leistungserbringung und die Aufteilung der Finanzmittel zuständig sind. Durch Synergieeffekte zwischen den verschiedenen Angeboten wird sowohl eine qualitativ hochstehende als auch wirtschaftliche Versorgung angestrebt.

Die Übersicht über die wichtigsten kostensteigernden Schubkräfte in Tabelle 3 zeigt, dass einige sozial erwünscht sind (höhere Lebenserwartung, hohe Versorgungsdichte) und/oder von der wirtschaftlichen Entwicklung abhängig und zum Teil nur schwer durch Massnahmen der öffentlichen Hand beeinflussbar sind. Für politikgestaltende Behörden ist es somit vielversprechender, sich auf jene Möglichkeiten zur Umgestaltung des Gesundheitswesens zu konzentrieren, die in ihre Kompetenz fallen. Die vorliegenden Ergebnisse lassen vermuten, dass die in der Deutschschweiz beobachtbaren Bemühungen um eine nach Angeboten differenzierte Aufgabenteilung zwischen Kantonen und Gemeinden eher zu einer Kostensteigerung führen. Hingegen dürften die in der Westschweiz festgestellten Tendenzen zu regionalen und interdisziplinären Behandlungsnetzwerken die Interdependenzen der verschiedenen Angebotsformen besser berücksichtigen. Gleichzeitig ist jedoch auf die Abhängigkeit der Netzwerke von der Zuteilung der finanziellen Mittel durch den Kanton hinzuweisen. Hier kann an die Erfahrungen der Deutschschweiz angeknüpft werden, wo die Gemeinden bzw. Gemeindeverbände nicht nur für einen wichtigen Teil des Gesundheitsangebots verantwortlich sind, sondern sich auch mindestens teilweise an der Finanzierung beteiligen. Die direktdemokratische Mitsprache der Stimmbürger in ihrer Doppelrolle als Steuerzahler und potenzielle Nutzer der Gesundheitsangebote wirkt sich ausserdem disziplinierend auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen aus. Damit sprechen die Ergebnisse der beiden Studien für eine dezentrale, bürger- und angebotsnahe Bereitstellung von Gesundheitsangeboten. Dabei sind kostensteigernde Überkapazitäten im Leistungsangebot abzubauen, was durch verstärkte überkantonale Zusammenarbeit und angebotsübergreifende Koordination erreicht werden kann. Zentrales Anliegen muss schliesslich sein, die Gesundheitskosten nicht auf einen anderen Finanzierungsträger zu verlagern, sondern sie effektiv zu senken.

Wirkungsanalyse 12/01

Praxis der Versicherer bei der Vergütung von Leistungen nach KVG

Anfragen und Beschwerden bei Patienten- und Konsumentenorganisationen zeigen, dass der Leistungsumfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung teilweise unterschiedlich ausgelegt wird. Diese Tatsache kann zu Ungleichbehandlungen von Versicherten führen. Eine kürzlich abgeschlossene Evaluation im Rahmen der KVG-Wirkungsanalyse ist solchen unterschiedlichen Praktiken nachgegangen.



Daniel Hornung

Büro für Raum- und Umweltplanung, Bern
dhornung@swissonline.ch

Mit der Studie «Vergütungspraxis der Versicherer»¹ wurde das Thema der umstrittenen Leistungen im KVG näher beleuchtet. Zu beantworten waren unter anderem die Fragen,

- ob und welche Leistungsbereiche des KVG umstritten sind,
- ob eine spezielle Personengruppe von den Problemen besonders betroffen ist und
- welches die Ursachen für die Probleme der Leistungsvergütung sind.

Zur Informationsbeschaffung wurden Interviews mit Patientenvertretungen, Versicherern und Leistungserbringern durchgeführt. Das Vorgehen erhebt keinen Anspruch auf statistische Repräsentativität. Probleme der Leistungsvergütung konnten aber mit dem gewählten Vorgehen trotz der vorhandenen Randbedingungen zeitlicher und finanzieller Art aus unterschiedlicher Optik und in genügender Tiefe beleuchtet werden.

¹ D. Hornung, Th. Röthlisberger, A. Stiefel: Praxis der Versicherer bei der Vergütung von Leistungen nach KVG, Forschungsbericht Nr. 12/01 des Bundesamtes für Sozialversicherung, Bern 2001 (Bestellnummer 318.010.12/01 d); www.bbl.admin.ch/d/bundespublikationen.

Problembereiche

Wenn auch mangels systematischer Erhebungen nicht exakt bezifferbar, lässt sich doch feststellen, dass, gemessen an der Gesamtzahl aller Leistungsabrechnungen, Problemfälle nicht sehr häufig auftreten. Trotzdem wird aber der Vollzug des KVG in Bezug auf die Leistungsvergütung nicht immer als problemlos erachtet, dies v.a. von den Versicherern.

In Zusammenhang mit der Leistungsvergütung wurden die folgenden Problembereiche identifiziert:

1. Vergütung nicht-pflichtiger Leistungen: Es kann vorkommen, dass nicht KVG-pflichtige Leistungen vergütet werden. Dies ist dann der Fall, wenn die Voraussetzungen der Leistungspflicht von Versicherern praktisch nicht oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand überprüfbar sind.

2. Nicht-Vergütung nicht-pflichtiger Leistungen und überhöhter Tarife: Hin und wieder kommt es vor, dass Leistungserbringer (meist unwissentlich) Therapien oder Medikamente verschreiben, die gemäss KVG nicht vergütungspflichtig sind. In diesem Fall dürfen die entsprechenden Leistungen von den Versicherern nicht vergütet werden.



3. Nicht-Vergütung von Pflichtleistungen: Dieses Problem kann z.B. auftreten, wenn ein Leistungserbringer eine erbrachte Leistung in seinem Bericht an den Versicherer zu wenig präzise begründet.

4. Unklarheiten betreffend Leistungspflicht: In verschiedenen Bereichen sind die gesetzlichen Grundlagen nicht ausreichend klar formuliert. So sind z.B. auf der «Mittel- und Gegenstände-Liste» Produktarten aufgeführt. Dies verursacht bei der Zuordnung einzelner, auf den Rechnungen figurierender Produkte (die meist mit dem Markennamen bezeichnet sind) häufig Probleme. Zudem sind verschiedene, in der KLV bzw. in Anhang 1 zur KLV verwendete Begriffe (z.B. Risikoschwangerschaft) nicht näher definiert.

5. Ermessensspielraum bei Anerkennung einer Leistungspflicht: Wenn es beispielsweise darum geht, den Krankheitswert einer gesundheitlichen Störung zu bestimmen (was Voraussetzung für eine Leistungspflicht ist), bestehen bisweilen Ermessensspielräume. Diese können namentlich dann zu Problemen führen, wenn die vertrauensärztlichen Dienste von Versicherern die Situation anders einschätzen als die Versicherten oder die Leistungserbringer.

6. Neue Verfahren und Methoden, neue Medikamente: Neue, in der KLV oder in Anhang 1 zur KLV (noch)

Problembereiche in Zusammenhang mit der Leistungsvergütung

keine Leistungspflicht nach KVG   KVG-Leistungspflicht	Bereich 1: Vergütung nicht-pflichtiger Leistungen						
	Bereich 2: Nicht-Vergütung nicht-pflichtiger Leistungen und überhöhter Tarif						
	Bereiche 1–3: Leistungspflicht eindeutig geregelt durch KVG, KLV usw.				Bereich 4: Regelung bestehend, aber nicht eindeutig	Bereich 5: Ermessensspielraum bei Anerkennung einer Leistungspflicht	Bereich 6: Neue Verfahren, Methoden, Medikamente
	Bereich 3: Nicht-Vergütung von Pflichtleistungen						

nicht geregelte Verfahren werden von den Versicherern übernommen, sofern davon ausgegangen werden kann, dass die Grundsätze von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt sind. Liegen Hinweise vor, dass diese Grundsätze nicht erfüllt sind, übernehmen die Versicherer die Kosten nicht. Bei der Beurteilung von neuen Verfahren und Methoden können unterschiedliche Auffassungen bezüglich dieser Grundsätze bestehen: Während der eine Versicherer Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und/oder Wirtschaftlichkeit einer neuen Leistung bestreitet und die Kosten dafür nicht übernimmt, bestreitet vielleicht ein anderer Versicherer diese Grundsätze nicht und vergütet die entsprechenden Kosten.

Ähnlich gelagert wie bei neuen Verfahren und Methoden ist die Problematik bei neuen Medikamenten. Solange diese nicht auf der Spezialitätenliste figurieren, dürfen sie nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden.

Namentlich in Fällen unklarer gesetzlicher Regelungen, bei Existenz von Ermessensspielräumen und bei neuen Verfahren und Methoden entstehen Unterschiede bei der Vergütungspraxis der Versicherer. Mit der unterschiedlichen Vergütungspraxis kommt es zwangsläufig auch zur Ungleichbehandlung von Versicherten.

Sozusagen typische Bereiche, in denen Probleme der Leistungsvergütung auftreten, liessen sich dagegen

nicht ausmachen. Ebenso wenig konnten spezielle Gruppen von Versicherten identifiziert werden, die von Problemen der Leistungsvergütung speziell betroffen sind.

Auch ein nach Gruppen idealtypisches Verhalten von Versicherern liess sich nicht klar nachweisen. Tendenziell zeigte sich allerdings, dass grössere Versicherer mehr Kontrollen der Leistungsberechtigung durchführen als kleinere Versicherer und dass Versicherer der französischsprachigen Schweiz eine restriktivere Vergütungspraxis ausüben als Versicherer aus der Deutschschweiz.

Massnahmenvorschläge

Verbesserung der Information der Leistungserbringer sowie der Patient/innen: Ein besserer Informationsstand sowohl auf Seiten der Patient/innen als auch auf Seiten der Leistungserbringer vermag einen guten Teil derjenigen Probleme der Leistungsvergütung zu beseitigen, die daraus entstehen, dass Voraussetzungen der Leistungspflicht nicht bekannt sind. Das Zusammenführen von Informationen über KVG-erkannte und nicht anerkannte Verfahren, Leistungserbringer und Mittel, die bislang an verschiedenen Orten zu finden sind, auf eine einzige Homepage sowie die Propagie-

nung dieser Homepage bei Leistungserbringern dürfte einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung des Informationsstandes leisten.

Zu einer verbesserten Information der Versicherten sowie zur Vermeidung von Streitigkeiten kann auch ein Formular dienen, das im Falle der Erbringung oder Vermittlung von nicht KVG-pflichtigen Leistungen von den Leistungserbringern an die Patient/innen abgegeben wird.

Vereinfachung der Mittel- und Gegenstände-Liste: Die MiGeL sollte insofern vereinfacht werden, als die Entschädigung für kostengünstige Mittel und Gegenstände weniger stark differenziert und wo sinnvoll an weniger Limitationen gebunden wird.

Überprüfung und raschere Aktualisierung der Spezialitätenliste: Die Beschränkung der Spezialitätenliste auf bestimmte Dosisstärken und Packungsgrößen sollte überprüft werden. Wenn vom medizinischen Standpunkt keine zwingenden Gründe dafür sprechen, sollten diese Beschränkungen aufgehoben werden. Damit liesse sich in vielen Fällen vermeiden, dass anstelle einer grösseren Packungseinheit mehrere (relativ teurere) Kleinpackungen verschrieben werden.

Damit Patient/innen in bestimmten Situationen nicht auf neue und wirksame Medikamente verzichten müssen, sollte die Spezialitätenliste rascher als bisher aktualisiert werden.

Umbau und raschere Anpassung von Anhang 1 zur KLV: Unklarheiten und Unsicherheiten könnten beseitigt werden, wenn Anhang 1 zur KLV entweder als rei-

ne Positiv- oder als reine Negativliste ausgestaltet würde. Um die gewünschten Effekte zu erreichen, bedingt dies eine rasche Anpassung an die medizinische Entwicklung.

Zahlungsfristen für die Rückerstattung von Leistungen: Verzögerte Leistungsabrechnungen können für einzelne Versicherte zu empfindlichen finanziellen Problemen führen. Die Einführung von Zahlungsfristen für Leistungsabrechnungen könnte solche Probleme stark mindern.

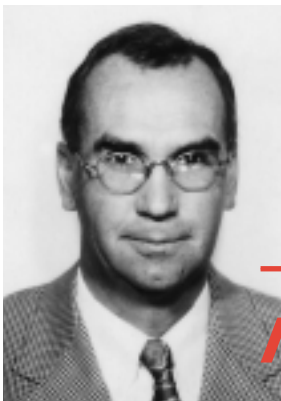
Bessere Transparenz der Leistungsabrechnungen: Leistungsabrechnungen sind selbst für Spezialisten nicht immer transparent und verständlich und können deshalb zu (unnötigen) Rückfragen und Verzögerungen führen. Eine bessere Transparenz kann hier Abhilfe verschaffen. In Fällen, die aus Datenschutzgründen nicht problematisch sind, sollte bei Ablehnung eines Rückerstattungsanspruchs eine aussagekräftige Begründung angeführt werden.

Einheitliche Kriterien bei Entscheiden mit Ermessensspielraum: Unsicherheiten in Fällen, in denen ein Ermessensspielraum bezüglich Leistungspflicht besteht, können zwar nicht völlig beseitigt werden. Einheitliche Beurteilungskriterien innerhalb der vertrauensärztlichen Dienste der einzelnen Versicherer sowie auch zwischen den vertrauensärztlichen Diensten der verschiedenen Versicherer würden aber dazu verhelfen, dass überall formal gleich vorgegangen wird. Dies reduziert das Risiko von Ungleichbehandlungen von Versicherten in vergleichbaren Fällen.

Wirkungsanalyse KVG

Die Expertenvorschläge im Urteil des BSV

Der Synthesebericht zur Wirkungsanalyse zeigt, dass die vom Bundesrat in der Botschaft über die Revision der Krankenversicherung von 1991 festgehaltenen Ziele im Wesentlichen erreicht worden sind. Eine Ausnahme bilden die Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung, die nur teilweise realisiert wurden. Das BSV hat die Vorschläge und Empfehlungen in den Berichten der Expertinnen und Experten analysiert und sie auf ihre Tauglichkeit geprüft. Im Folgenden gehen wir auf die Vorschläge zur Verstärkung der Solidarität unter den Versicherten und zur Kosteneindämmung näher ein.



Daniel Wiedmer

Abteilung Versicherer und Aufsicht
KUV, BSV
daniel.wiedmer@bsv.admin.ch

Stärkung der Solidarität unter den Versicherten

Die Ergebnisse der Wirkungsanalyse bestätigen, dass mit der Einführung des KVG die Solidarität verstärkt und die Mängel der früheren gesetzlichen Regelung im Wesentlichen behoben werden konnten. Es wurde mehr Solidarität hergestellt zwischen Jungen und Alten, Gesunden und Kranken sowie zwischen Arm und Reich. Dazu beigetragen haben das Obligatorium, die volle Freizügigkeit, die einheitliche Prämie innerhalb einer Kasse und einer Region, der Risikoausgleich und schliesslich die individuelle Prämienverbilligung für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen.

Um diese Solidarität kurz- oder mittelfristig zu erhalten, sind indessen verschiedene Anpassungen notwendig.

Risikoausgleich

Es wurde festgestellt, dass der alters- und geschlechtsbezogene Risikoausgleich zwar die Risiko-

selektion durch die Versicherer vermindert hat, er konnte sie aber nicht vollständig unterbinden, da die Versicherer weiterhin an einer möglichst «günstigen» Risikostruktur und an der Reduktion der Gesundheitskosten ihrer Versichertengemeinschaft interessiert sind. Die Experten empfehlen deshalb, den Risikoausgleich unbefristet ins Gesetz aufzunehmen; dieser war bei Einführung des KVG auf zehn Jahre beschränkt worden. Nach Ansicht der Experten sollten zudem zusätzliche Kriterien wie etwa das Hospitalisierungsrisiko oder der Gesundheitszustand berücksichtigt sowie Minderjährige in das System aufgenommen werden. Zusätzlich wird die Einführung eines prospektiv ausgestalteten, steuerfinanzierten Hochrisikopools empfohlen, welcher dem Ausgleich der Gesundheitskosten besonderer Hochrisikogruppen dienen soll.

Im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG schlägt der Bundesrat die Aufhebung der Befristung des Risikoausgleichs vor. Eine Verbesserung der Ausgleichsformel scheint zwar in absehbarer Zeit durchaus wünschenswert. Eine optimale und praktikable Lösung ist indessen noch nicht gefunden worden, weshalb im Moment noch keine Änderungen vorgeschlagen werden. Dennoch sind Zusatzstudien in Bearbeitung, insbesondere zu den Auswirkungen einer monistischen Spitalfinanzierung auf einen Hochrisikopool.

Prämienverbilligung

Die Ergebnisse der verschiedenen Studien zeigen, dass das anvisierte soziale Korrektiv zum System der Kopfprämien mit den verfügbaren Instrumenten und aufgrund des kantonal stark differierenden Prämienniveaus teilweise nur ungenügend wirksam werden konnte. Die Experten empfehlen eine Beibehaltung der Prämienverbilligung, verlangen aber eine Verringerung der Unterschiede in den kantonalen Systemen und die klare Festlegung eines sozialpolitischen Wirkungsziels, das von den Kantonen umzusetzen ist und dessen Einhaltung überprüft werden muss.

Die Kantone, die für die Umsetzung der Prämienverbilligung verantwortlich sind, haben die Verfahren seit 1996 entscheidend verbessert. Zudem sind im Rahmen der ersten KVG-Teilrevision verschiedene Anpassungen vorgenommen worden, wie etwa die Berücksichtigung der aktuellsten Einkommens- und Familienverhältnisse, die zeitgerechte Auszahlung der Verbilligungsbeiträge durch die Kantone usw.

Der Ständerat hat bei der Behandlung der zweiten KVG-Teilrevision ein «soziales Ziel» festgelegt, nach welchem die Prämienbelastung eines Haushalts 8 % des steuerbaren Einkommens nicht überschreiten soll. Ein ähnliches Ziel steht auch in der Vorlage zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen zur Diskussion. Massnahmen zur Harmonisierung der kantonalen Verfahren, wie die Auszahlung der Beiträge direkt an den Versicherer, der Übergang zu einem Gesuchsystem mit individueller Information gemäss Steuerdaten und die einheitliche Berücksichtigung des Vermögens könnten direkt mit den Kantonen diskutiert und entsprechende Empfehlungen abgegeben werden.

Kosteneindämmung

Nach dem Urteil der Expertinnen und Experten hat das KVG hier die Erwartungen nicht erfüllt. Das Ausgabenwachstum war insbesondere in den Bereichen Medikamente, ambulante Spitalbehandlung, Pflegeheime und Spitex-Dienstleistungen besonders markant. Bei der Zunahme der Aufwendungen für Pflegeheime und Spitex-Dienstleistungen handelt es sich um einen zeitlich verzögerten Einführungseffekt, der in den nächsten Jahren abflachen wird. Einen relevanten Einfluss des KVG auf die Entwicklung der gesamten Gesundheitskosten konnten die Wirkungsanalysen nicht feststellen. Dagegen zeigen die Untersuchungen, dass sich das schweizerische System im internationalen Vergleich dadurch auszeichnet, dass Qualitätsleistungen, die für alle zugänglich sind, finanzierbar sind und dass eine hohe Wahlfreiheit der Versicherten besteht. Das auf einem regulierten Wettbewerb fussende KVG setzt Erwartungen in das Verhalten der Akteure. Die Studien machen indessen deutlich, dass diese sich noch zu wenig auf die neue Situation eingestellt haben. Da zudem der Markt alleine kein Garant für Qualität, Effizienz und Versorgungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen sein kann und der Gesundheitssektor vom Angebot dominiert wird, braucht es hoheitliche Regulierungen. Mehrere Experten weisen auf Bereiche hin, wo Verbesserungen sinnvoll wären, indem man Barrieren und falsche Anreize abbaut, die nicht mit dem von Gesetzgeber gewollten Wettbewerb und einer effektiven Kosteneindämmung vereinbar sind.

Managed Care

Die Managed-Care-Modelle können zu einer Kostensenkung in der Krankenversicherung beitragen, indem sie das Verhalten von Patientinnen und Patienten sowie von Leistungserbringern beeinflussen. Die Evaluationen streichen heraus, dass alles unternommen werden sollte, damit die Versicherten vermehrt beson-

dere Versicherungsformen wie etwa solche mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers oder mit höherer Jahresfranchise wählen.

Im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG sollen die Versicherer dazu verpflichtet werden, diese Versicherungsformen anzubieten. Die Experten haben zu Recht darauf hingewiesen, dass flankierende Massnahmen notwendig sind. Die von ihnen vorgeschlagenen Rahmenbedingungen (Aufhebung des Kontrahierungszwangs, Anpassung der Kriterien für den Risikoausgleich, Änderung der Rabattierungen) wirken sich indessen negativ auf andere wichtige Elemente der obligatorischen Krankenversicherung aus, die nicht ohne weiteres veränderbar sind, so dass der Handlungsspielraum der Versicherer bezüglich der Förderung der besonderen Versicherungsformen eingeschränkt ist.

Die Akteure des Gesundheitswesens haben sich noch zu wenig auf die neue Situation unter dem KVG eingestellt.

Spitalfinanzierung

Nach Ansicht einiger Experten drängt sich eine Neuregelung der Spitalfinanzierung auf. Das heutige System bewirke, dass die kantonalen Subventionen nur einem Teilbereich des Gesundheitswesens zufließen, was zu Verzerrungen und Fehlanreizen führe. Den Experten schwebt der Übergang zu einem monistischen System vor. Konkret bedeutet das, dass die Gesamtkosten der stationär erbrachten Leistungen über einen einzigen Finanzierer abgewickelt werden. Die bisherigen kantonalen Subventionen würden nicht mehr an die Spitäler, sondern direkt an die Versicherer oder allenfalls an einen gemeinsamen Fonds der Versicherer gehen.

Die Spitalfinanzierung wird im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG behandelt. Der Vorschlag des Bundesrates, die duale Leistungsfinanzierung beizubehalten, ist vom Ständerat gutgeheissen worden. Auf längere Sicht fasst der Ständerat indessen ebenfalls eine monistische Spitalfinanzierung ins Auge. Dazu sind aber noch einige Hürden zu überwinden. Die Tatsache, dass jeder Kanton auf seinem Gebiet für die stationäre Versorgung verantwortlich ist, rechtfertigt dessen Beteiligung an der Finanzierung der Spitäler. Die Kantone könnten sich aus der Finanzierung zurückziehen, sobald es nicht mehr direkt um «ihre Spitäler» geht. Ein solcher Rückzug der Kantone aus der direkten Finanzierung würde zu deutlich höheren Kopfprämien

führen, was wiederum unerwünschte Auswirkungen auf die Verteilung der Prämienverbilligungsbeiträge für Versicherte in bescheidenen Verhältnissen zeitigen würde. Das Risikoausgleichskonzept wird ebenfalls in diesem Zusammenhang geprüft werden müssen.

Aufhebung des Vertragszwangs

Mehrfach wird in den Evaluationen die Abschaffung des Kontrahierungszwangs empfohlen. Die Experten sind der Ansicht, dass die Pflicht der Versicherer, mit allen zugelassenen Leistungserbringern Tarifverträge abzuschliessen, für diese nur einen geringen Anreiz darstellt, wirtschaftliche Risiken zu übernehmen. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs würde nach den Experten dazu führen, dass die Versicherer die Zahl der Leistungserbringer, die zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung zugelassen sind, begrenzen würden. Die Folge wäre ein Eindämmung der Mengenausweitung und damit auch der Kostensteigerung zu Lasten der Krankenversicherung im ambulanten Bereich.

Anlässlich der Beratungen der zweiten KVG-Revision hat sich der Ständerat ebenfalls für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs ausgesprochen, allerdings verbunden mit speziellen Bedingungen. Der Bundesrat hatte in seiner Botschaft auf eine allgemeine Aufhebung dieser Pflicht verzichtet. Eine solche Massnahme brächte grosse Probleme mit sich. Die Aufhebung des Vertragszwangs könnte zu einer versteckten Risiko-selektion durch die Versicherer führen, falls diese Verträge mit zu wenigen oder mit unterqualifizierten Spezialisten abschliessen. Im Weiteren bestünden keine qualitätsbasierten Kriterien für den Ausschluss von Leistungserbringern. Negative Folgen könnte die Aufhebung des Kontrahierungszwangs insbesondere für Chronischkranke haben. Schliesslich bleiben Zweifel darüber bestehen, ob ohne Kontrahierungszwang die Versorgungssicherheit gewährleistet und eine Zweiklassenmedizin vermieden werden kann.

Spitalplanung

Verschiedene Evaluationen verlangen eine Optimierung und Beschleunigung der Spitalplanung. Der Bericht, der sich spezifisch mit dieser Thematik befasst, fordert, dass die Gesundheitsberichterstattung, wie sie in einigen Kantonen bereits praktiziert wird, auf die ganze Schweiz ausgedehnt wird, um die Informationen über den zu erwartenden Bedarf an Spitalplätzen zu verbessern.

Es wurde bereits verschiedentlich die Einführung einer gesamtschweizerischen Spitalplanung gefordert, doch die Zuständigkeit der Kantone für den stationären Bereich und folglich auch für die Spitalplanung erweist sich als Hindernis. Die Kantone verfügen für die Spitalplanung über die notwendigen Elemente und berücksichtigen das ganze bestehende Angebot, einschliesslich

der ausserkantonalen Möglichkeiten. Mittel- bis langfristig wird im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen eine zwischen den Kantonen vereinbarte Konkordatslösung bezüglich der Spezialitäten- und Spitzenmedizin angestrebt. Eine wichtige Etappe dieses Prozesses hat der Bundesrat mit der Verabschiedung der Botschaft vom 14. November 2000 in Angriff genommen. In Aussicht steht eine gesamtschweizerische Planung der Spitzenmedizin im Rahmen der nationalen Gesundheitspolitik Schweiz. Der Bund nimmt im Rahmen seiner Zuständigkeit zur Umschreibung des Leistungskataloges ebenfalls Einfluss.

Information der Versicherten

Die Studien weisen auf Informationsdefizite der Versicherten hin. Nach Ansicht der Experten fehlt es oft an Grundinformationen, beispielsweise bezüglich der Möglichkeiten des Kassenwechsels, alternativer Versicherungsformen oder der Wahl unterschiedlicher Franchisen. Sie schlagen vor, den Patienten- bzw. Versichertenorganisationen finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen, damit sie ihre Aufgaben, für die sie gegründet wurden, besser wahrnehmen können.

Das BSV wird seine Informationspolitik ausweiten – etwa durch den Prämienführer, Broschüren und die Veröffentlichung von Kennzahlen der Krankenversicherer – und vermehrt mit den Patienten- und Versichertenorganisationen zusammenarbeiten. Ferner ist Anfang 2002 eine neue Dienststelle zur Behandlung von Versichertenanfragen geschaffen worden.

Schlussfolgerung

Die Experten haben eine Reihe von Empfehlungen zur Optimierung des KVG formuliert, welche eine wertvolle Entscheidungsgrundlage für die Weiterentwicklung des Gesetzes darstellen. Das BSV hat diese Vorschläge analysiert und auf ihre Stichhaltigkeit sowie auf ihre Machbarkeit hin geprüft. Entscheidend ist u.a. ihr Potenzial, die vom KVG gesetzten Ziele zu verwirklichen. Einige Massnahmen wurden bereits in die zweite Teilrevision des KVG integriert. Andere müssen indessen erst noch umgesetzt werden oder bleiben unberücksichtigt.

Die Experten ziehen gesamthaft gesehen eine positive Bilanz: das Solidaritätsziel wurde grösstenteils erreicht, der von der obligatorischen Pflegeversicherung gedeckte Leistungsumfang kann im internationalen Vergleich als umfassend beurteilt werden, und der Zugang der Versicherten zu den Leistungen ist gewährleistet. Das KVG hat hingegen die Erwartung bezüglich der Kostensteuerung nicht erfüllt. Dieses Ziel gilt es mit den geplanten und künftigen Massnahmen anzuvizieren.

Gesundheitsökonominnen kommentieren die Bilanz der Wirkungsanalyse

«Verschiedene Akteure haben ihren Handlungsspielraum ... nicht genutzt»



Willy Oggier

Gesundheitsökonom, Zürich
 gesundheitsoekonom.willyoggier@
 bluewin.ch

Frage 1. Die an der Wirkungsanalyse beteiligten Experten kommen zum Schluss, dass die Hauptziele des KVG – Solidarität, Leistungsversorgung, Kostendämpfung – mit Ausnahme des letztgenannten erreicht wurden. Teilen Sie diese Einschätzung?

Die Einführung des KVG dürfte einen der grössten sozialpolitischen Fortschritte seit dem Zweiten Weltkrieg darstellen. Das hat sich deutlich beim Rückzug der Krankenversicherung Visana aus verschiedenen Kantonen gezeigt. Nach altem Recht wären die Versicherten vor der Tür gestanden und die anderen Versicherer hätten sie nur gegen massive Prämien erhöhungen und mit Vorbehalten auf bestehenden Krankheiten aufgenommen. Nicht so unter dem neuen KVG: alle Versicherten haben Anrecht auf die Grundversicherung, Vorbehalte sind keine zulässig und es kann erst noch zu einem Versicherer gewechselt werden, der für den gleichen Leistungskatalog niedrigere Prämien anbietet. Mit dem neuen KVG wurde auch der durch die Grundversicherung abgedeckte Leistungskatalog definiert und recht umfassend ausgestaltet. Insbesondere Aussteuerungen aus dem Spital sind nicht mehr möglich, was Härtefälle vermeiden hilft.

Nicht erfüllt hat sich das vom Bundesrat in seiner Botschaft formulierte Ziel der Kosteneindämmung, wonach die Ausgaben pro Kopf für das Gesundheitswesen nicht stärker steigen sollten als die Löhne und Preise. Allerdings ist dem Bundesrat zugute zu halten, dass er selbst in seiner Botschaft geschrieben hat, dass dieses Idealziel mittelfristig kaum zu erreichen sei.

Angesichts der in den letzten sechs Jahren gemachten Erfahrungen darf die Kostenziel-Verfehlung nicht weiter verwundern. Einerseits sind jene Elemente, welche das Kostenwachstum am ehesten hätten eindämmen

können, während den parlamentarischen Beratungen zum KVG beseitigt oder abgeschwächt worden. Andererseits haben verschiedene Akteure ihre Verantwortung und ihren Handlungsspielraum nicht zugunsten der Kosteneindämmung eingesetzt.

Im Bereich der Spitäler beispielsweise haben die Kantone die ihnen zugeordnete Funktion als Spitalplaner und Spitalistenersteller nur selten im Sinne der Kosteneindämmung wahrgenommen. Für sie ist es einfacher, Kosten bei öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern vom stationären auf den ambulanten Bereich und damit auf die Versicherer, letztlich also die Prämienzahlerinnen und -zahler abzuwälzen. Die Versicherer können sich gegen die Verlagerung in den ambulanten Bereich nicht wehren, weil der Vertragszwang den Betreibern der Spitäler und der freipraktizierenden Ärzteschaft den Ertrag «garantiert».

Auch im Bereich der freipraktizierenden Ärzteschaft weigern sich die Kantone, das ihnen zur Verfügung stehende Instrument der Bedürfnisklausel zu nutzen. Zugegeben, es gibt wahrscheinlich effektivere und effizientere Instrumente. Was der Mehrheit der Kantone vorgeworfen werden muss, ist jedoch, dass sie sich gegen andere Instrumente wehren, wie die Vernehmlassung zur Aufhebung des Vertragszwangs gezeigt hat. Sagen wir es deutsch und deutlich: es geht darum, die Macht in den Fingern zu behalten, aber gleichzeitig niemandem auf die Füße zu stehen, weil man gerne wiedergewählt werden möchte. Dabei zeigen die Gesundheitsdepartementsvorsteher der Kantone Bern und Zürich (hier eine -vorsteherin), dass man auch mit mutigen Schritten wiedergewählt werden kann.

Verschiedene Versicherer konzentrieren sich lieber auf die Optimierung ihrer Risikoselektion, als nach echten Sparmassnahmen zu suchen. Und die Leistungserbringer machen es ihnen auch nicht einfacher, torpedieren sie doch teilweise ganz bewusst und gezielt echte alternative Versicherungsmodelle mit Budgetverantwortung.

Frage 2: Wie beurteilen Sie die vorgeschlagenen Massnahmen?

In diesem Spannungsfeld hat es der Bund mindestens nicht einfach, Massnahmen zu ergreifen. Auf diesem Hintergrund gilt es auch, das neue Massnahmenpaket zu beurteilen.

Die Einführung eines *Hochkostenpools* stellt aus gesundheitsökonomischer Sicht eher eine Second-best-

Lösung dar. Wünschenswert wäre ein Hochrisikopool. In der Praxis dürfte der Hochkostenpool mit einem relativ hohen Selbstbehalt des Krankenversicherers nicht zuletzt auch auf dem Hintergrund der bisher gemachten Erfahrungen in anderen europäischen Ländern die einzige kurz- bis mittelfristig realisierbare Lösung sein, um der Risikoselektion einzelner Krankenversicherer und den Mängeln des heutigen Risikoausgleichs einermassen wirksam begegnen zu können.

Die Einführung einer *obligatorischen Rückversicherung* und die *Reduktion des Minimalreservesatzes* können vermehrt gleiche Ausgangsbedingungen für kleinere und grössere Versicherer schaffen und damit die Wettbewerbssituation zwischen den Versicherern verbessern. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Versicherer mit bis zu 250 000 Versicherten risikogerechte Prämien für die Rückversicherung zu entrichten haben und diese nach dem Stop-Loss-Prinzip ausgestaltet ist.

Konkrete Fall-Berechnungen können im europäischen Vergleich aufzeigen, dass in einem Kopfprämien-system *individuelle Prämienverbilligungen* für Personen in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen wirksam sein können. Zusätzlich belastet wird in der Regel der Mittelstand. Wenn am System der Kopfprämien festgehalten werden soll, dann ist die *Subventionierung der Kinderprämien* eine wirksame Massnahme, um einen der grossen Vorteile von Lohnprozenten – die Prämienbefreiung für Kinder – wenigstens teilweise in das heutige System zu integrieren, ohne die Nachteile dieses Systems in Kauf nehmen zu müssen. Selbstverständlich kann man dieser Massnahme vorwerfen, sie gleiche einem Giesskannenprinzip. Dieses Prinzip ist aber immer noch wirksamer als die geltende Praxis im heutigen Steuerrecht, wo der Kinderabzug dazu führt, dass Kinder aus dem Mittelstand finanziell gesehen weniger wert sind als Kinder von Eltern mit höheren Einkommen.

Dass der Bund im Bereich der *Medikamente* zu Änderungen in der Preispolitik bereit ist, ist erfreulich. Denn das ist genau jener Bereich, wo er selbst tätig werden kann und bisher aus gesundheitsökonomischer Sicht zu wenig getan worden ist. Die Massnahme kann aber nur ein Schritt in die richtige Richtung sein. Es sollte darüber hinaus geprüft werden, wie der im internationalen Vergleich niedrige Generika-Anteil in der Schweiz zu Lasten der teureren Originalpräparate erhöht werden kann.

Ob eine *Überprüfung* der Leistungen durch die *Vertrauensärztinnen und -ärzte* am richtigen Ort ansetzt, darf bezweifelt werden. Das Hauptproblem im Anbietermarkt des schweizerischen Gesundheitswesens besteht darin, dass zu viele Leistungserbringer vorhanden sind und deswegen nach Mitteln zu deren Reduktion gesucht werden muss. Eine verbesserte Information der

Versicherten dürfte aus dem gleichen Grund an der Lösung des Hauptproblems vorbeizielein.

Die Förderung der *Qualitätssicherung* und der *Patientensicherheit* sollte in erster Linie dadurch sichergestellt werden, dass die Leistungserbringer eine relativ hoch angesetzte minimale Anzahl an Eingriffen/Behandlungen pro Jahr durchführen müssen, um zur sozialen Krankenversicherung zugelassen zu sein. Denn eine minimale Anzahl Fälle fördert in der Regel die Qualität. Die Festlegung der minimalen Anzahl Fälle muss bei Überkapazitäten so geschehen, dass ein Teil der Leistungserbringer diese Hürde von Anfang an nicht nehmen kann. Diese Tendenz kann durch geeignete tarifliche Massnahmen unterstützt werden.

Die *Einführung einer Versichertenkarte* dürfte zuerst einmal zu Mehrkosten führen, welche wohl wieder einmal die Versicherten zu finanzieren haben. Ob sich diese Kosten je über Effektivitäts- und Effizienzverbesserungen für das Gesamtsystem – und nicht nur für die die Karte verkaufenden Unternehmen – wieder einspielen lassen, muss beim gegenwärtigen Wissensstand mindestens in Frage gestellt werden.

Frage 3: Würde mehr Wettbewerb unter den Akteuren des Gesundheitswesens die Kosten bremsen?

Vollkommene Deregulierung und totaler Markt führen im Gesundheitswesen mit grosser Wahrscheinlichkeit zu höheren und nicht zu tieferen Kosten. Wie das Beispiel der USA zeigt, muss darüber hinaus auch ein sozialer Preis bezahlt werden, weil breite Bevölkerungsschichten durch das System fallen – selbst wenn sie sich gerne versichern würden.

Deswegen aber wettbewerbliche Elemente ganz abzulehnen, wäre auch ein Trugschluss. Gefragt ist vielmehr eine intelligentere Kombination von planerischen und wettbewerblichen Elementen als heute. Angesichts der Immobilität der meisten Kantone drängt sich daher eine Aufhebung des Vertragszwangs als wettbewerbliches Instrument auf. Andererseits ist aber auch bei der diskutierten Neuordnung der Spitalfinanzierung darauf zu achten, dass nicht nur die Finanzierungsspiele gleich lang werden, sondern auch die damit verbundenen Leistungen für alle Grundversicherten. Dies bedeutet beispielsweise, dass reine Privatkliniken nicht einfach nur den Sockelbeitrag aus der Grundversicherung abholen und sich weiterhin auf die Behandlung von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten konzentrieren. Wer aus der Grundversicherung und von der öffentlichen Hand Beiträge holen will, hat auch alle Grundversicherten zu behandeln und nicht nur Teile davon. Andererseits kann ein solches System aber auch dazu führen, dass kein öffentliches oder öffentlich subventioniertes Spital mehr von Anfang an die Durchführung der Notfallversorgung für sich gepachtet haben kann.

GesundheitsökonomInnen kommentieren die Bilanz der Wirkungsanalyse

«Wichtige Aspekte müssen noch debattiert und vertieft werden...»



Gianfranco Domenighetti

Leiter der Gesundheitssektion
des Kantons Tessin
gianfranco.domenighetti@ti.ch

Frage 1: Die an der Wirkungsanalyse beteiligten Experten kommen zum Schluss, dass die wichtigsten Ziele des KVG – Solidarität, Leistungsversorgung, Kostendämpfung – mit Ausnahme des letztgenannten erreicht wurden. Teilen Sie diese Einschätzung?

Im Grossen und Ganzen teile ich die «Makro-Schlussfolgerungen» der Experten bezüglich der Wirkungsanalyse des KVG. Man muss jedoch darauf hinweisen, dass es selbst im Hinblick auf die erreichten Ziele (d.h. gleichberechtigter Zugang und Solidarität) noch wichtige Aspekte gibt, die weiter diskutiert und vertieft werden müssen, wie z.B.

- der Aspekt der gerechten Finanzierung entsprechend dem Einkommen und dem Vermögen der Versicherten,
- die Frage der Solidarität zwischen geografischen und kulturellen Regionen des Landes. Sollte die Idee einer einzigen nationalen Krankenkasse Wirklichkeit werden, so wäre eine solche Diskussion unumgänglich.

Frage 2: Wie beurteilen Sie die vorgeschlagenen Massnahmen?

Auf die vorgeschlagenen punktuellen Massnahmen möchte ich nicht im Detail eingehen, da diese meiner Ansicht nach nur einen marginalen Einfluss auf die Eindämmung des Kostenwachstums (und damit auf die Beiträge) haben werden. Zudem werden sie unser Gesundheitssystem noch zusätzlich komplizieren; dabei ist dieses wahrscheinlich bereits heute das komplizierteste

der Systeme, die einen «universalen» Zugang gewährleisten. Der «Gesundheitsmarkt» ist im Wesentlichen ein «Anbietermarkt». Daher wird man den Anstieg der Kosten und als Folge davon der Prämien nur durch eine Eindämmung der Dichte der Leistungserbringer, durch die Wahl eines nicht-inflationistischen Abgeltungsmodells für deren Tätigkeit, durch die Einführung eines organisierten Ablaufs für die Patientenbetreuung (Case Management) und durch die Kontrolle der Verbreitung technologischer Innovationen in den Griff bekommen. Fast alle demokratischen Länder mit liberaler Wirtschaftsordnung, die über ein «universell zugängliches» Gesundheitswesen verfügen, haben diese Art von Massnahmen eingeführt, wenn auch in unterschiedlichem Ausmass, obschon sie nur ein einziges Organ zur Finanzierung und Verwaltung ihrer «sozialisierten» Pflege kennen.

Esere «wirksame» Schritte in die richtige Richtung, um die Einführung von drastischen Dringlichkeitsmassnahmen zu vermeiden, könnten folgende sein:

- Planung der Spitalkapazitäten und von Einrichtungen der Spitzentechnologie auf nationaler Ebene,
- Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich (in Kombination mit einem PPO¹, um den Konsens der Ärzte zu erleichtern und den Versicherten noch eine gewisse «Wahlfreiheit» zu gewährleisten),
- Verwirklichung der Motion Sommaruga für die Einführung des «Hausarztmodells», die Förderung von Versicherungsmodellen vom Typ «Managed Care», die Kontrolle der Medikamentenpreise und der Verfügbarkeit von Einrichtungen im ambulanten Bereich.

Solche Massnahmen könnten sich als unumgänglich erweisen, sobald der Kostendruck wirtschaftlich und sozial «unerträglich» wird, vor allem für die Mittelschicht.

Frage 3: Würde mehr Wettbewerb unter den Akteuren des Gesundheitswesens die Kosten bremsen?

Im Gesundheitsbereich gibt es praktisch keinen Wettbewerb, obschon dieser für eine effiziente und somit optimale Ressourcenzuteilung ein unabdingbares Instrument ist. Denn auf diesem besonderen Markt ist die treibende und regulierende Kraft der Nachfrage nicht vorhanden, da der Patient als Konsumierender nicht in der Lage ist, technisch begründete Konsumpräferenzen zu äussern. Zudem ist die ärztliche Anordnung eher unsicher und deren Qualität (im Sinne der

¹ PPO = Preferred Provider Organization (Näheres über diese und weitere besondere Versicherungsformen findet sich in CHSS 5/1995 S. 250). Die Red.

Angemessenheit der Anordnung, d.h. inwiefern diese einem korrekt diagnostizierten Bedarf entspricht) ist in der Regel kaum oder gar nicht messbar. Für die Einführung des Wettbewerbs stellen diese Unsicherheiten und Unregelmässigkeiten grosse Probleme dar. Jeder und jede dürfte der Aussage beipflichten, dass der Wettbewerb nicht nur allein auf den blossen Kosten (die in der Regel bekannt sind) basieren kann, sondern vor allem, wenn nicht ausschliesslich, auf die Qualität (die in der Regel unbekannt ist und sehr oft auf Vertrauen beruht) ausgerichtet sein sollte.

Der Gesundheitsbereich wird daher im Gegensatz zu den «klassischen» Märkten vom Angebot dominiert, welches somit das Konsumniveau der Nachfrage bestimmen kann. All dies steht in komplettem Widerspruch zum klassischen und liberalen Begriff eines auf dem Wettbewerb beruhenden «Marktes». Folglich ist die regulierende Rolle des Staates wichtig und unentbehrlich, um im Falle von «universell» zugänglichen Gesundheitssystemen eine wirtschaftliche Explosion des Systems zu vermeiden. Dabei sollte man beachten, dass die Kosteneindämmung auf den «klassischen» Märkten für jeden Lieferanten von Gütern und Dienstleistungen ein unumgängliches wirtschaftliches Erfordernis ist, um die Kontinuität der Produktion und das wirtschaftliche Überleben zu sichern und damit einen

Konkurs zu vermeiden. Auf dem «Gesundheitsmarkt» geben jedoch die mangelnde Information des Patienten bzw. Konsumenten und die Unsicherheit der «Wissenschaft» und der medizinischen Praxis den Anbietern die Möglichkeit, den Konsum zu steuern. Unabhängig davon, welche Menge an Leistungen produziert wird, profitiert der Anbieter fast immer von einer Abnahmegarantie, da das Angebot einem «inkompetenten» Konsumierenden verschrieben wird, der obligatorisch bei einer Krankenkasse versichert ist, welche sämtliche Verordnungen bezahlen wird.

Ganz offensichtlich wird auch der Wettbewerb zwischen Versicherern nie spielen können, wenn es darum geht, ein für alle zugängliches «obligatorisches» Einheitspaket von Leistungen (deren Preise identisch sind) zu «verkaufen». Denn hätte der Risikoausgleich perfekt funktioniert, so hätte das Leistungspaket bei jedem Versicherer im gleichen Kanton genau den gleichen Preis.

Ein Wettbewerb zwischen Versicherern könnte nur bei den Versicherungsformen vom Typ «Managed Care» stattfinden, die jedoch trotzdem durch zusätzliche Anreize gefördert werden sollten, damit sie einerseits von den Versicherten gewählt werden und andererseits bei den Ärzten auf ein grösseres Interesse stossen.

Autorinnen und Autoren der CHSS 1/2002

Aubry Girardin Florence, Dr. iur., wissenschaftliche Adjunktin am Bundesgericht Lausanne, Präsidentin der Eidgenössischen Rekurskommission für die Unfallversicherung

Balthasar Andreas, Dr. rer. pol., Interface Institut für Politikstudien, Luzern; www.interface-politikstudien.ch

Brechbühl Jürg, Vizedirektor, Leiter des Geschäftsfeldes Alters- und Hinterlassenenvorsorge, BSV

Buri Markus, lic. phil. hist., stv. Leiter des Bereichs Statistik 1 im BSV

Domenighetti Gianfranco, Gastprofessor am Institut d'Economie et de Management de la Santé (IEMS) der Universität Lausanne, Lehrbeauftragter an der Universität Genf, Leiter der Gesundheitssektion im Sozialdepartement des Kantons Tessin, Bellinzona

Dürr Daniel, Christen Beat, Sicherheitsfonds BVG, Geschäftsstelle, Postfach 5032, 3001 Bern; Internet: www.sfbvg.ch

Eschmann Nicolas, lic. ès sc. éc., Bereich Statistik 1, BSV

Gadola Rinaldo, lic.oec.HSG, Leiter Aufsicht Berufliche Vorsorge, BSV

Guye Christophe, lic. en droit, Anwalt, Ressort Tarife und Leistungserbringer, Kranken- und Unfallversicherung, BSV

Haari Roland, dipl. Ing./M.S. in Soziologie, COPLAN, Empirische Sozialforschung, Basel

Hornung Daniel, Dr. rer. pol., Büro für Raum- und Umweltplanung, Bern

Känzig Herbert, lic. math., **Camenzind Paul**, lic. rer. pol., Bereich Statistik 2, BSV

Lustenberger Markus, Dr. iur., Präsident der Konferenz der kantonalen BVG- und Stiftungsaufsichtsbehörden, Vorsteher des Amtes für berufliche Vorsorge und Stiftungsaufsicht des Kantons Luzern

Valterio Michel, stellvertretender Direktor, BSV

Oggier Willy, Dr. oec. HSG, Gesundheitsökonom, Zürich

Vatter Adrian, Prof., und **Rüefli Christian**, lic. rer. soc., Büro Vatter, Politikforschung und -beratung, Bern

Wiedmer Daniel, Fürsprecher, Leiter des Bereichs Versicherer und Aufsicht der Kranken- und Unfallversicherung, BSV

Wicki Martin, lic. phil. I, Projektleiter Forschung im Kompetenzzentrum Grundlagen, BSV

Impressum

Herausgeber	Bundesamt für Sozialversicherung
Redaktion	René A. Meier, Redaktor BR E-Mail: rene.meier@bsv.admin.ch Telefon 031 322 91 43 Die Meinung BSV-externer Autoren muss nicht mit derjenigen der Redaktion bzw. des Amtes übereinstimmen.
Redaktionskommission	Adelaide Bigovic-Balzardi, Jürg Blatter, Jean-Marie Bouverat, Géraldine Luisier Rurangirwa, Claudine Marcuard, Stefan Müller, Christian Sieber, Jacoba Teygeler
Abonnemente und Auskünfte	Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) Effingerstrasse 20, 3003 Bern Telefon 031 322 90 11 Telefax 031 322 78 41 www.bsv.admin.ch
Übersetzungen	in Zusammenarbeit mit dem Sprachdienst des BSV
Copyright	Nachdruck von Beiträgen mit Zustimmung der Redaktion erwünscht
Auflage	Deutsche Ausgabe 6500 Französische Ausgabe 2600
Abonnementspreise	Jahresabonnement (6 Ausgaben): Inland Fr. 53.– inkl. MWST, Ausland Fr. 58.–, Einzelheft Fr. 9.–
Vertrieb	BBL/EDMZ, 3003 Bern
Satz, Gestaltung und Druck	Cavelti AG, Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG ISSN 1420-2670

«Soziale Sicherheit» (CHSS)

erscheint seit 1993 sechs mal jährlich. Jede Ausgabe ist einem Schwerpunktthema gewidmet.
Die Themen der letzten zwei Jahre:

- Nr. 1/00 Der Entwurf des Bundesrates zur 11. AHV-Revision
- Nr. 2/00 Vor der Einführung einer Assistenzentschädigung für behinderte Menschen
- Nr. 3/00 Neoliberalismus und Sozialstaat
- Nr. 4/00 Start zur 4. Revision der Invalidenversicherung
- Nr. 5/00 Aufsicht in der Sozialversicherung – Garantie für wirksame und sichere Sozialwerke?
- Nr. 6/00 Perspektiven der Sozialversicherungen

- Nr. 1/01 Was kostet die Durchführung der Sozialversicherung?
- Nr. 2/01 Tarifbildung im schweizerischen Gesundheitswesen
- Nr. 3/01 Die Situation der Working Poor im Sozialstaat Schweiz
- Nr. 4/01 Neuordnung des Ausgleichs der Familienlasten
- Nr. 5/01 Die älteren Menschen – eine Generation mit Zukunft
- Nr. 6/01 Kosten uns die Medikamente zu viel?
- Nr. 1/02 Sechs Jahre KVG – Synthese der Wirkungsanalyse

Die Beiträge der Schwerpunkte sind seit Heft 3/1999 im Internet unter www.bsv.admin.ch/publikat/uebers/d/index.htm zugänglich. Sämtliche Hefte sind heute noch erhältlich (die vergriffene Nummer 1/93 als Fotokopie). Normalpreis des Einzelhefts Fr. 9.–. Sonderpreis für Hefte 1993 bis 2000 Fr. 5.–. Preis des Jahresabonnements Fr. 53.– (inkl. MWST).

Bestellungen an

Bundesamt für Sozialversicherung, CHSS, 3003 Bern, Telefon 031 322 90 11, Telefax 031 322 78 41

E-Mail: info@bsv.admin.ch

Neue Publikationen zur Sozialversicherung

	Bezugsquelle Bestellnummer Sprachen, Preis
Monitoring 2000 von Anfragen an PatientInnen- und Versichertenorganisationen. Forschungsbericht Nr. 11/01 in der Reihe Beiträge zur Sozialen Sicherheit (mit französischer, italienischer und englischer Zusammenfassung)	BBL ¹ 318.010.11/01, d Fr. 13.40
Wirkungsanalyse KVG: Synthesebericht. Forschungsbericht Nr. 16/01 in der Reihe Beiträge zur Sozialen Sicherheit (mit französischer, italienischer und englischer Zusammenfassung)	BBL ¹ 318.010.16/01, d/f Fr. 22.80
Zwei Berichte zum Thema Minimalzinsvorschriften für Vorsorgeeinrichtungen. Nr. 17/01 in der Reihe Beiträge zur Sozialen Sicherheit	BBL ¹ 318.010.17/01, d/f Fr. 17.20
Statistik über die Krankenversicherung 2000. Vom Bund anerkannte Versicherungsträger	BBL ¹ 318.916.00, d/f Fr. 17.20
Merkblatt «Splitting bei Scheidung», Stand am 1. Januar 2001	1.02, d/f/i ²
Merkblatt «Leistungen der Invalidenversicherung IV», Stand am 1. Januar 2002	4.01, d/f/i ²
Merkblatt «Taggelder der IV», Stand am 1. Januar 2002	4.02, d/f/i ²
Merkblatt «Ihr Recht auf Ergänzungsleistungen zur AHV und IV», Stand am 1. Januar 2002	5.02, d/f/i ²
Informationen für die Arbeitgeber: Schlechtwetterentschädigung (Info-Service ALV)	Seco ³ 716.600, d/f/i

1 BBL, Vertrieb Publikationen, 3003 Bern, Fax 031/325 50 58; E-Mail: verkauf.zivil@bbl.admin.ch;
Internet: www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

2 Zu beziehen bei den AHV-Ausgleichskassen und IV-Stellen; die Merkblätter sind im Internet unter www.ahv.ch zugänglich.

3 Seco, Bundesgasse 8, 3003 Bern; Tel. 031 322 27 88, Fax 311 38 35; E-Mail: margrit.borer@seco.admin.ch. Die Publikation kann auch unter www.arbeitslosenkasse.ch eingesehen werden.