

Preis- und Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen Schlussbericht

Studie im Auftrag des Schweizerischen Versicherungsverbandes SVV

Jonas Willisegger, lic.rer.soc., Dozent und Projektleiter
041 228 99 81 / jonas.willisegger@hslu.ch

Hannes Blatter, lic. ès sc. pol., Dozent und Projektleiter
041 367 49 16 / hannes.blatter@hslu.ch

Institut für Betriebs- und Regionalökonomie (IBR)
Hochschule Luzern – Wirtschaft
Zentralstrasse 9
6002 Luzern

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	6
1.1.	Ausgangslage	6
1.2.	Leitende Fragestellung, Projektfokus und Zielsetzungen	7
2.	Theoretisch-konzeptionelle Grundlagen	9
2.1.	Staatliche Steuerungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen	9
2.2.	Regulierter Wettbewerb: Das Gesundheitswesen zwischen Markt und Staat	10
2.3.	Preis- und Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen	11
2.4.	Tarifverhandlungen im Fokus	12
2.4.1.	Das Bindeglied zwischen den Teilmärkten des Gesundheitswesens	12
2.4.2.	Veränderte Rahmendbedingungen und Verhandlungssettings	13
2.4.3.	Ein- oder mehrdimensionale Verhandlungssettings?	15
2.4.4.	„Im Schatten des Staates“: institutioneller Rahmen von Verhandlungen	17
3.	Methodik	18
3.1.	Preis- und Qualitätswettbewerb auf der Systemebene	19
3.2.	Preis- und Qualitätswettbewerb auf Verhandlungsebene	19
3.3.	Leitfadengestützte Interviews	20
4.	Wettbewerbssituation auf Systemebene des Gesundheitswesens	21
4.1.	Generelle Wettbewerbskonzeption im Gesundheitssystem der Schweiz	21
4.1.1.	Grundsätzliches	21
4.1.2.	Experteneinschätzungen zur generellen Wettbewerbskonzeption des KVG	27
4.1.3.	Zwischenfazit	30
4.2.	Die Rolle der Qualität	31
4.2.1.	Ausgangslage & Definition	32
4.2.2.	Übersicht über die Aktivitäten der verschiedenen Akteure	34
4.2.3.	Aktuelle Aktivitäten des Bundesrates	36
4.2.4.	Zentrale Aussagen der Expertinnen und Experten zur Rolle des Bundes im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Qualität im schweizerischen Gesundheitswesen	37
4.2.5.	Zwischenfazit	40
4.3.	Einfluss der zentralen Akteure auf Angebot, Preis und Qualität	42
4.3.1.	Grundsätzliches	42
4.3.2.	Experteneinschätzungen zum Einfluss der Akteure innerhalb der institutionellen Rahmenbedingungen	42
4.3.3.	Experteneinschätzungen zum Spielraum für Wettbewerb – stationär	54
4.3.4.	Experteneinschätzungen zum Spielraum für Wettbewerb – ambulant	57
4.3.5.	Experteneinschätzungen zur besseren institutionellen Stellung von Qualität in der OKP ..	58
4.4.	Fazit	61
5.	Preis- und Qualitätswettbewerb auf Verhandlungsebene des Gesundheitswesens	66
5.1.	Kriterienkatalog für optimale Tarifverhandlungen im Gesundheitswesen	66
5.2.	IST-Situation der Tarifverhandlungen im Gesundheitswesen	72
5.2.1.	Agenda, Definition der Verhandlungspunkte	72
5.2.2.	Exploration des Feldes, Expression von Differenzen	78
5.2.3.	Einengung der Unterschiede, Einigung	83

5.3.	Fazit zum SOLL-IST-Vergleich der Tarifverhandlungen	89
6.	Gesamtfazit	91
6.1.	Zentrale Ergebnisse.....	91
6.1.1.	Wettbewerbskonzeption des KVG	91
6.1.2.	Die Rolle der Qualität im regulierten Wettbewerb des Gesundheitswesens	93
6.1.3.	Der Einfluss der Akteure auf Angebot, Qualität und Preise	94
6.1.4.	Zusammenfassende Darstellung mit Fokus auf Qualitätswettbewerb	98
6.2.	SOLL-Bild für den Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen	101
7.	Literaturverzeichnis.....	105
Anhang	108

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Überblick über die staatlichen Steuerungsinstrumente (Braun/Giraud 2003)	10
Abbildung 2:	Die regulierten Teilmärkte im Gesundheitswesen und die Tarifverhandlungen als Bindeglied (eigene Darstellung in Anlehnung an Hammer et al. 2008)	13
Abbildung 3:	Verhandlungsebenen und wichtige Akteure im Projektfokus (eigene Grafik)	15
Abbildung 4:	Verschiedene Formen von Verhandlungen nach Scharpf (2000)	16
Abbildung 5:	Analyseebenen	19
Abbildung 6:	Entwicklung Versicherte in Ärztenetzwerken 2004 - 2015 (www.fmc.ch)	25
Abbildung 7:	Transmissionsriemen des Wettbewerbsdrucks zwischen den Teilmärkten des Gesundheitswesens (eigene Darstellung basierend auf Hammer et al. 2008)	27
Abbildung 8:	Übersicht über die Verhandlungs- und Genehmigungsphasen der Baserate-Verhandlungen im Jahresverlauf (eigene Darstellung).....	84
Abbildung 9:	Übersicht über die Abhängigkeiten und Dringlichkeiten der Parteien in den Verhandlungs- und Genehmigungsphasen der Baserate-Verhandlungen (eigene Darstellung).....	85
Abbildung 10:	Treiber für den Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen (eigene Darstellung)	98
Abbildung 11:	Hemmende Faktoren für den Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen (eigene Darstellung)	100
Abbildung 12:	SOLL-Bild zum Preis- und Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen (OKP) (eigene Darstellung)	102

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht über die geführten Interviews.....	20
Tabelle 2:	Wettbewerbsintensität im Versicherer- und Leistungserbringermarkt (eigene Darstellung in Anlehnung an Hammer et al. 2008)	23
Tabelle 3:	Kompetenzen Bund, Kantone, Versicherer, Leistungserbringer gestützt auf KVG	33
Tabelle 4:	Aktivitäten von Kantonen, Versicherern, Leistungserbringern und weiteren Akteuren im Bereich Qualität (Bundesrat 2015; Bosshard/Straubhaar 2015).....	34

Die Autoren danken **Prof. Dr. Christoph Hauser** (IBR, Hochschule Luzern – Wirtschaft) für die fundierten Fachinputs aus der Verhandlungsforschung und die wertvolle Unterstützung bei der Schlussredaktion des vorliegenden Berichts.

Management Summary

Die vorliegende Studie im Auftrag des Schweizerischen Versicherungsverbandes (SVV) untersucht zentrale Aspekte des Preis- und Qualitätswettbewerbs im Schweizer Gesundheitswesen. Der Fokus liegt dabei auf den Tarifverhandlungen zwischen den ambulanten (praxis- und spital-ambulant) und stationären (Akutsomatik) medizinischen Leistungserbringern und den Krankenversicherern. Im Zentrum der Untersuchung steht die **Fragestellung**, welche Voraussetzungen es braucht, damit in den Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern nicht mehr nur die Kosten (bzw. Preise), sondern vermehrt auch Qualitätsaspekte zum Gegenstand werden.

Diese Fragestellung wird einerseits auf der **Systemebene** (Wirkung der aktuellen gesetzlichen und institutionellen Rahmenbedingungen im Bereich der ambulanten und stationären Tarifverhandlungen auf die Intensität des Preis- und Qualitätswettbewerbs) und andererseits auf der konkreten **Verhandlungsebene** (Analyse der aktuellen Tarifverhandlungssituationen auf Basis eines aus der Literatur abgeleiteten Idealtypus) untersucht.

Im Theorieteil (Kapitel 2) werden zunächst die konzeptionellen Grundlagen, welche zur Beantwortung der zentralen Fragestellung notwendig sind, aufgearbeitet und im Sinne eines Literaturüberblicks zusammenfassend dargestellt. Im Zentrum stehen Theorieansätze und Konzepte zum regulierten Wettbewerb im Gesundheitswesen. Dieser regulierte Wettbewerb wird in die breite Palette der grundsätzlichen staatlichen Steuerungsmöglichkeiten eingebettet. Zudem wird aufgezeigt, wie sich Preis- und Qualitätswettbewerb abgrenzen bzw. in eine gegenseitige Beziehung setzen lassen. Anschliessend werden die Tarifverhandlungssettings des Schweizer Gesundheitswesens, die für den regulierten Wettbewerb eine zentrale Rolle spielen und deshalb im Fokus dieser Studie stehen, erfasst und konzeptionell zwischen den Teilmärkten des Gesundheitswesens eingeordnet. Schliesslich werden theoretische Grundlagen zur späteren Analyse folgender Verhandlungssettings eingeführt: Tarifverhandlungen der akutstationären Gesundheitsversorgung (DRG-Baserates), Tarifverhandlungen der praxis- und spital-ambulanten Gesundheitsversorgung (TARMED-Taxpunktwerte), Verhandlungen der Tarifstruktur TARMED und Verhandlungen der Vergütung von Ärztenetzen im Rahmen der besonderen Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (Art. 41 Abs. 4 KVG). Die Untersuchung richtet sich auf die Grundversicherungsleistungen (Obligatorische Krankenpflegeversicherung, OKP). Verhandlungen im Unfall- und Zusatzversicherungsbereich werden punktuell vergleichend in die Analyse einbezogen, stellen jedoch nicht den zentralen Untersuchungsgegenstand der Studie dar.

Methodisch (Kapitel 3) verfolgt die vorliegende Studie einen akteurzentrierten Ansatz mit politikwissenschaftlichen und ökonomischen Bezügen, indem auf die relevanten Akteure, deren Interessen, Interaktionen sowie auf die institutionellen Rahmenbedingungen fokussiert wird.

- **Auf Systemebene** (Kapitel 4) werden die Grundlagen bzw. zentrale Informationen zu den gesetzlichen und institutionellen Rahmenbedingungen, Akteuren und Interessen im Kontext des Preisbildungs- und Qualitätsthematik im Schweizer Gesundheitswesen zusammengetragen, mit Hilfe der leitenden Fragestellung eingeordnet und analysiert. Ausgehend von einer Literatur- und Dokumentenanalyse erfolgt die empirische Untersuchung der Systemebene auf Basis von leitfadengestützten Interviews mit 18 Expertinnen und Experten. Diese repräsentieren die verschiedenen Akteursgruppen und Perspektiven im Kontext der Tarifbildung im Gesundheitswesen.
- **Auf Verhandlungsebene** (Kapitel 5) wird aus bestehenden akteurzentrierten, verhandlungstheoretischen Ansätzen ein Kriterienkatalog für optimale Verhandlungssituationen entwickelt, mit welchem die Verhandlungssituationen analysiert werden können. Dieser theoretisch abgeleitete Kriterienkatalog stellt den SOLL-Zustand dar, mit welchem die tatsächlichen Verhandlungssituationen überprüft werden. Diese empirische Überprüfung erfolgt ebenfalls im Rahmen der leitfadengestützten Interviews.

Im Sinne eines **Gesamtfazits** (Kapitel 6) werden schliesslich die vorliegenden Analyseergebnisse im Hinblick auf die Fragestellung auf Systemebene sowie auf der konkreteren Verhandlungsebene diskutiert. Dabei formulieren die Autoren ein **SOLL-Bild** (Kapitel 6.2). Dieses basiert auf der vertieften Auseinandersetzung mit der spezifischen Wettbewerbskonzeption des Schweizer Gesundheitswesens, die primär über das Krankenversicherungsgesetz (KVG) definiert wird. Die Krankenversicherer befinden sich gemäss dieser Konzeption in einem kompetitiven Versicherermarkt. Der Gesetzgeber erwartet, dass sich die Versicherer im Rahmen der regulatorischen Vorgaben wettbewerblich verhalten und damit zur Kostendämmung auf Seite der Leistungserbringer beitragen. Die Übertragung des Wettbewerbsdrucks vom Versicherermarkt auf den Leistungserbringermarkt über die Tarifverhandlungen wird im Rahmen dieser Studie als „Transmissionsriemen“ bezeichnet.

- Das SOLL-Bild postuliert nun in Bezug auf die Rollenstärkung der Qualität einen **zusätzlichen Transmissionsriemen** für die Verbindung zwischen dem Leistungserbringer- und dem Versicherungsmarkt neben den Tarifverhandlungen. Dieser zusätzliche Transmissionsriemen soll über die qualitätsgestützte Leistungserbringer- sowie Versichererwahl durch die Patientinnen und Patienten bzw. die Versicherten die beiden Teilmärkte miteinander verbinden. Die Leistungserbringer sollen sich damit an ihrer Leistungsqualität und nicht ausschliesslich an der Kosteneffizienz messen lassen.
- Die gemeinsame **Grundvoraussetzung** bzw. Antriebskraft der beiden Transmissionsriemen des Preis- und Qualitätswettbewerbs ist die Schaffung einer gemeinsamen Datenbasis für plausible, objektive und zugängliche Informationen hinsichtlich der Kosten und Qualität medizinischer Leistungen. Gemäss SOLL-Bild sollen die Tarifpartner auf Verbandsebene Vereinbarungen zur Durchführung von Messungen und zur Publikation von Indikatoren treffen (gestützt auf KVV Art. 77), die dann als Grundlage für einen funktionierenden Qualitätswettbewerb über die Leistungserbringerwahl der Patientinnen und Patienten bzw. die Versichererwahl des Versicherten dienen können.
- Die **Wirkungsrichtung** und Dynamik des zweiten Transmissionsriemens zum Qualitätswettbewerb kommt dabei nicht – wie beim Preiswettbewerb – primär von Seite der Krankenversicherer. Es ist gemäss Analyseergebnissen eher wahrscheinlich, dass sowohl Versicherer als auch Leistungserbringer in dieser Wettbewerbskonzeption gegenseitig Druck aufbauen.

Die ursprüngliche Arbeitshypothese dieser Studie wird mit diesem SOLL-Bild zumindest teilweise verworfen. Der Qualitäts- und der Preiswettbewerb sollen im Rahmen der Tarifverhandlungen nicht eine ebenbürtige Rolle spielen. Mit der empirischen Analyse kann nämlich gezeigt werden, dass sich Rhythmus und Struktur der Tarifverhandlungen in den untersuchten Settings nur bedingt für Qualitätsdiskussionen eignen. In den Verhandlungen der Tarifstrukturen und Preise sollen lediglich die Grundlagen für den Qualitätswettbewerb geschaffen werden, damit dieser sich über einen zweiten Transmissionsriemen entfalten kann. Um die Voraussetzungen dafür in absehbarer Zeit zu schaffen, braucht es jedoch funktionierende Verhandlungssettings auf Struktur- und Tarifebene.

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage

„Im Vergleich mit anderen Todesursachen machen fehlerbedingte Todesfälle bei Spitalpatientinnen und -patienten wahrscheinlich mehr als das Doppelte der Todesfälle durch Grippe, AIDS und Verkehrsunfälle zusammen aus.“ (Bundesrat 2015, S. 264)

Mit dieser Aussage unterstreicht der Bundesrat in seiner Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 4. Dezember 2015 die grosse Bedeutung, die er der Stärkung von Qualität im Schweizer Gesundheitswesen beimisst. Auch im OECD Bericht aus dem Jahr 2011 (OECD, 2011) wurde festgehalten, dass die Schweiz in Bezug auf die Sicherstellung der Qualität der medizinischen Leistungen Handlungsbedarf aufweist. Über die Frage, wie diese Behandlungsqualität tatsächlich verbessert werden kann, besteht aber noch weitgehend Uneinigkeit, wie sich dem Bericht über die Ergebnisse der Vernehmlassung zum Vorentwurf des Bundesgesetzes über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 13. Mai 2015 entnehmen lässt (Bundesamt für Gesundheit 2015b).

Die schweizerische Gesundheitsversorgung ist in einem System des regulierten Wettbewerbs organisiert. In diesem System werden den Leistungserbringern sowie auch den Krankenversicherern gewisse, regulatorisch klar definierte Kompetenzen übertragen, die der Staat nicht direkt bzw. nur subsidiär selber ausübt. Zu diesen Kompetenzen gehört insbesondere die autonome Verhandlung der Tarife im Gesundheitswesen. Ganz im Sinne des regulierten Wettbewerbs schafft der Staat somit ein gesetzlich definiertes Verhandlungssetting, in welchem die Tarifpartner (Leistungserbringer und Versicherer, siehe Kapitel 2.4) durch eigenständiges, marktwirtschaftlich orientiertes Verhandeln die Preise medizinischer Leistungen bilden. Die damit verbundenen Erwartungen, dass prozedural gesteuerte Verhandlungssettings unter gesetzlich vorgegebenen Rahmenbedingungen zu wirtschaftlicheren und qualitativ besseren Ergebnissen führen als die direkte regulatorische Steuerung, formulierte der Gesundheitsökonom Gerhard Kocher folgendermassen: „Was im Tarifsektor passiert oder nicht passiert, ist für die Behandlungs- und Kostensteuerung mindestens so wichtig wie das endlose Herumschrauben am KVG. Die Erkenntnis wächst, dass das Gesundheitssystem über Tarife präziser gesteuert werden kann, und erst noch mit weniger Politisierung.“ (Kocher 2011)

Gerade im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung wurde versucht, diesen wettbewerblichen Kräften mehr Wirkung zu verleihen, damit über die Fallpauschalen schliesslich Preise und nicht mehr Kosten im Zentrum der Verhandlungen stehen. In einer Vorstudie untersuchten die Autoren im Rahmen des Forschungsprogramms Öffentliches Gesundheitsmanagement (ÖGM) am Institut für Betriebs- und Regionalökonomie der Hochschule Luzern – Wirtschaft bereits die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung auf die Preisbildung und identifizierten erste Anzeichen für einen stärkeren Wettbewerb (vgl. hierzu Willisegger/Blatter 2014).

Gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (insbes. KVV Art. 77) müsste neben dem Preis aber auch die Qualität der erbrachten Leistung eine zentrale Rolle bei den Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern spielen – entweder direkt gekoppelt an die Preisverhandlungen oder im Rahmen separater Vereinbarungen. Dies entspricht auch dem Rollenverständnis des Bundesamtes für Gesundheit (BAG): „Die Leistungserbringer sind grundsätzlich für die Qualitätssicherung ihrer erbrachten Leistungen verantwortlich. Zusammen mit den Versicherern sollen sie weiterhin vertraglich Massnahmen zur Sicherung der Qualität vereinbaren. Die Kantone ihrerseits setzen ihre Versorgungsplanung auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit um.“ (Bundesamt für Gesundheit 2015a)

Da die Verhandlungen der Tarifpartner ein zentrales Element im wettbewerblich organisierten Gesundheitswesen der Schweiz darstellen, lohnt sich die Frage, inwiefern diese Verhandlungen heute im Hinblick auf eine gleichwertige Verhandlung von Preis und Qualität angelegt sind. Darüber hinaus ist

insbesondere von Interesse, was in welcher Hinsicht getan werden müsste, damit der Behandlungsqualität in Zukunft eine stärkere Bedeutung zukommt. Dadurch kann ein wesentlicher Beitrag geleistet werden zur aktuellen Diskussion, wie eine bessere Behandlungsqualität in der medizinischen Versorgung in der Schweiz sichergestellt werden kann.

1.2. Leitende Fragestellung, Projektfokus und Zielsetzungen

Im Auftrag des Schweizerischen Versicherungsverbandes (SVV) wird eine Studie zum Preis- und Qualitätswettbewerb mit Fokus auf die Tarifverhandlungen im ambulanten sowie auch stationären Bereich des Schweizer Gesundheitswesens erstellt. Dabei steht folgende **leitende Fragestellung** im Zentrum:

Welche Voraussetzungen braucht es, damit in den Verhandlungen zwischen den Versicherern und den ambulanten (praxis- und spital-ambulant) und stationären (Akutsomatik) medizinischen Leistungserbringern nicht mehr nur die Kosten (bzw. Preise), sondern vermehrt auch Qualitätsaspekte zum Gegenstand werden?

Dieser Forschungsfrage liegt die **Arbeitshypothese** zugrunde, dass der Qualitätswettbewerb im Rahmen der Tarifverhandlungen neben dem Preiswettbewerb eine Rolle spielen kann und soll, wenn die dafür notwendigen politisch-institutionellen Rahmenbedingungen gegeben sind. Diese Arbeitshypothese gilt es in dieser Studie zu überprüfen und kritisch zu hinterfragen.

Der **Fokus** dieser Fragestellung richtet sich auf die Verhandlungen zu den Grundversicherungsleistungen (Obligatorische Krankenpflegeversicherung, OKP) im praxis- und spital-ambulanten Bereich (TARMED) sowie im stationären, akutsomatischen Bereich (DRG). Verhandlungen im Unfall- und Zusatzversicherungsbereich (UVG und VV) werden punktuell vergleichend in die Analyse einbezogen, liegen jedoch nicht im Fokus der Studie.

Die geplante Studie wird anhand folgender **Zielformulierungen** und Teilfragestellungen strukturiert:

Systemebene:

Fokus: Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) definiert auf nationaler Ebene die institutionellen Rahmenbedingungen für den Preis- und Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen. Aus wettbewerbstheoretischer Sicht stellt sich die Frage nach der spezifischen Wettbewerbskonzeption des KVG.

Zielformulierung: Die aktuellen gesetzlichen bzw. institutionellen Rahmenbedingungen für Preis- und Qualitätswettbewerb in den Tarifverhandlungen des Schweizer Gesundheitswesens sind identifiziert und auf der Systemebene analysiert.

Fragestellung: Wie wirken sich die aktuellen gesetzlichen und institutionellen Rahmenbedingungen im Bereich der ambulanten und stationären Tarifverhandlungen auf die Intensität des Preis- und Qualitätswettbewerbs im Schweizer Gesundheitswesen aus?

Erläuterungen: Auf Systemebene stehen die im KVG vorgesehenen und effektiv genutzten Spielräume für Preis- und Qualitätswettbewerb im stark regulierten Kontext des Gesundheitswesens im Zentrum des Interesses.

Verhandlungsebene:

Fokus: Die Untersuchung der leitenden Fragestellung bedingt in einem zweiten Schritt eine Fokussierung auf die konkreten Verhandlungssettings innerhalb des gegebenen institutionellen

Rahmens. Dazu werden die relevanten Akteure, deren Anreizstrukturen und Interaktionen ins Zentrum der Analyse gestellt, um einerseits im Sinne einer IST-Analyse einen Überblick über die ambulanten und stationären Tarifverhandlungen im Gesundheitswesen zu erhalten und andererseits im Sinne einer SOLL-Betrachtung Erkenntnisse für mögliche Lösungsansätze auf Verhandlungsebene mit Implikationen auf Systemebene ableiten zu können.

Zielformulierung: Ein Kriterienkatalog für ideale Verhandlungssituationen ist entwickelt, bei dem neben der Kosten-/Preisdimension auch die Qualitätsdimension eine Rolle spielt. Basierend auf diesem Kriterienkatalog sind die aktuellen Tarifverhandlungssituationen im ambulanten und stationären Bereich des Schweizer Gesundheitswesens beurteilt.

Fragestellung: Inwiefern entsprechen die aktuellen Tarifverhandlungssituationen dem aus der Literatur abgeleiteten Idealtypus?

Erläuterungen: Auf der Tarifverhandlungsebene werden die wichtigsten Elemente des Verhandlungsprozesses (Agenda, Zielformulierung, Exploration des Verhandlungsfeldes, Einengung der Verhandlungszonen und Einigung) empirisch untersucht und dabei insbesondere analysiert, welche Rolle die Qualitätsdimension in den verschiedenen Verhandlungssettings spielen kann.

Entwicklung eines SOLL-Bildes:

Zielformulierung: Auf Basis der Analyseergebnisse ist ein Beitrag zur Frage geleistet, welche Rahmenbedingungen der Tarifverhandlungen auf Systemebene wie verändert werden müssten, um mehr Spielraum oder Anreize zum verstärkten Qualitätswettbewerb zu erlangen.

Fragestellung: Welcher Handlungsbedarf besteht aus Sicht der relevanten Akteure, damit die vorgesehenen Marktmechanismen sich zwischen den Tarifpartnern besser entfalten und der Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen gestärkt werden können?

Erläuterungen: Im Rahmen der Schlussfolgerungen dieser Studie wird versucht, ein realistisches SOLL-Bild herzuleiten, welches einen Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen ermöglicht.

2. Theoretisch-konzeptionelle Grundlagen

Bevor die leitende Fragestellung dieser Studie empirisch untersucht wird, wird in diesem Kapitel ein Überblick über die dazu notwendigen theoretisch-konzeptionellen Grundlagen geliefert. Im Fokus stehen Theorieansätze und Konzepte zum regulierten Wettbewerb im Gesundheitswesen. Dabei wird erstens aufgezeigt, wie sich dieser in die breite Palette der grundsätzlichen staatlichen Steuerungsmöglichkeiten einbetten lässt und wie sich dessen Differenzierungen in Preis- und Qualitätswettbewerb abgrenzen bzw. in eine gegenseitige Beziehung setzen lassen. Zweitens werden die Tarifverhandlungssettings des Schweizer Gesundheitswesens, die für den regulierten Wettbewerb eine zentrale Rolle spielen und deshalb im Fokus dieser Studie stehen, erfasst und konzeptionell zwischen den Teilmärkten des Gesundheitswesens eingeordnet. Drittens werden verhandlungstheoretische Grundlagen zur späteren Analyse der verschiedenen Settings eingeführt.

2.1. Staatliche Steuerungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen

Nicht nur im Politikfeld des Gesundheitswesens, sondern grundsätzlich steht dem Staat eine breite Palette von Steuerungsinstrumenten zur Verfügung, um öffentliche Leistungen zu erbringen und politische Ziele zu erreichen. Schedler (2015) fasst die Bandbreite an Steuerungsmöglichkeiten folgendermassen zusammen: „Der Staat selbst kann mit seiner Kernverwaltung aktiv werden; er kann eigene Unternehmen gründen bzw. sich an Unternehmen beteiligen; er kann die Leistungserbringung finanziell unterstützen (Subventionen), sich aber ansonsten zurückhalten; nicht zuletzt kann er als Regulator dafür sorgen, dass private Anbieter Wettbewerbsregeln vorfinden, die eine Leistungserbringung attraktiv machen. All dies sind sogenannte ‚Governance-Arrangements‘, die in ihrer Breite das Instrumentarium des modernen Staates abbilden.“

Gemäss Braun/Giraud (2003) geht es bei staatlicher Steuerung zunächst um die Sicherstellung öffentlicher Güter und Ressourcen. Dabei übt der Staat einerseits seine traditionellen Hoheitsrechte aus (z.B. Verteidigung, Polizei, Justiz oder auch Steuerrechte). Andererseits bietet er aber auch selber Güter und Dienstleistungen an. Dies geschieht vorwiegend in Bereichen, in denen die Bereitstellung nicht oder ungenügend über den freien Markt erfolgt (z.B. Kultur, Bildung, Wohlfahrt, Umweltschutz oder öffentlicher Gesundheitsschutz).

Neben der direkten Sicherstellung von Gütern und Ressourcen will der Staat mit geeigneten Steuerungsinstrumenten auch gesellschaftliches Handeln beeinflussen. Dies tut er entweder direkt über staatliche Regulierung mittels Ge- und Verboten, um kollektives oder individuelles Verhalten mittels Rechtsvorschriften zu steuern, oder er beeinflusst gesellschaftliches Handeln indirekt. Hier kommen die weichen Formen der Steuerung ins Spiel, die im Kontext immer komplexeren Herausforderungen staatlicher Steuerung in der jüngeren Vergangenheit an Bedeutung gewonnen haben. Gerade im Gesundheitswesen fand angesichts der zunehmenden Komplexität und Spezialisierung der Medizin in den vergangenen Jahren eine Entwicklung weg von der direkt steuernden oder zumindest planenden Gesundheitspolitik hin zu weniger hierarchischer, indirekter Steuerung statt (Schedler 2015). Dazu zählen finanzielle Anreize wie Verbrauchersteuern, Steuererleichterungen, regionale Förderprogramme oder an Auflagen gebundene Subventionen genauso wie die Bereitstellung von Strukturen und prozedurale Steuerung. Dabei werden die Adressaten der staatlichen Steuerung über die Bereitstellung von institutionellen Strukturen (z.B. Milizorganisationen oder sonstige Gremien, in denen die Adressaten in klar definiertem Rahmen selber steuern können) und über Verhaltensangebote (z.B. staatliche Drogenabgabestellen) beeinflusst. Auch staatlich definierte bzw. geförderte Verhandlungsplattformen, in denen klar definierte Akteure selber Lösungen entwickeln und der Staat prozedural steuert und nur subsidiär regulierend interveniert (z.B. Tarifverhandlungen im Gesundheitswesen), gehören zu dieser Steuerungsform. Eine weitere

Form der indirekten staatlichen Steuerung ist schliesslich die Überzeugung. Der Staat steuert vorzugsweise persuasiv in jenen Politikbereichen, in denen Überzeugung die besseren Ergebnisse liefert als Regulierung (z.B. AIDS-Prävention, Eindämmung des Drogenkonsums etc.).

Abbildung 1: Überblick über die staatlichen Steuerungsinstrumente (Braun/Giraud 2003)

Sicherstellung öffentlicher Güter und Ressourcen		Beeinflussung gesellschaftlichen Handelns			
		Direkte Steuerung	Indirekte Steuerung		
Hoheitsrechte des Staates	Staat als Anbieter von Gütern und Dienstleistungen	Regulative Politik	Finanzielle Steuerung	Strukturierung, prozedurale Steuerung	Überzeugung (persuasive Instrumente)

Für den Forschungsgegenstand dieser Studie hat die indirekte, prozedurale Steuerung als ein Bestandteil der Strukturierung besondere Relevanz. Bereits Claus Offe (1975) hat die Verbindung zwischen prozeduraler Steuerung und Verhandlungssystemen klar aufgezeigt. Der Staat lässt durch seine prozedurale Steuerung in Verhandlungssystemen Regeln des Interessenausgleichs entstehen. Er beeinflusst die Art der getroffenen Entscheidungen, indem er die Interessen der von ihm definierten Verhandlungspartner selektiert und den Austausch bestimmter Informationen zwischen den Parteien vorschreibt oder gewisse Informationen gezielt selber zur Verfügung stellt. Braun/Giraud (2003, S. 168-169) machen wie viele weitere politikwissenschaftliche Beiträge zur Governance-Debatte darauf aufmerksam, „dass staatliches Handeln immer mehr in Koordination von staatlichen und privaten Akteuren oder aber nur zwischen privaten, aber vom Staat organisierten Verhandlungssystemen stattfindet.“

2.2. Regulierter Wettbewerb: Das Gesundheitswesen zwischen Markt und Staat

Diese Entwicklung in Richtung indirekte, prozedurale Steuerung bzw. Koordination zwischen relevanten Akteuren lässt sich, wie bereits angedeutet, auch im Schweizer Gesundheitswesen feststellen. Schedler (2015, S. 5) ortet hier gar „eine unausgesprochene Bankrotterklärung der (hierarchischen) politischen Steuerung“. Als einzige verfügbare Alternative erwähnt er den Markt und den relativ breiten Konsens darüber, dass wettbewerbliche Rahmenbedingungen insbesondere im Hinblick auf das Effizienzziel stärkere Steuerungseffekte aufweisen als staatliche Regulierung.

Das Gesundheitswesen der Schweiz zeichnet sich einerseits durch zahlreiche interdependente Leistungsbereiche und andererseits durch eine komplexe Regelungsstruktur aus (Rosenbrock & Gerlinger 2004). Auf Seite der Leistungen können verschiedene Teilbereiche identifiziert werden. Diese reichen von Prävention über die Medikamentenversorgung und Leistungen im ambulanten sowie stationären Bereich bis hin zur Langzeitpflege im Alter. Die Aufgaben werden dabei von zahlreichen öffentlichen und privaten Leistungserbringern in diversen Finanzierungsmodi erbracht. Auf Seite der Regulierung ist das Gesundheitswesen von den Kompetenzverteilungen und Koordinationsproblemen zwischen Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene sowie zwischen öffentlichen und privaten Akteuren mit unterschiedlichen Interessen und Entscheidungsmechanismen geprägt.

Die Interaktion zwischen regulatorischen und ökonomischen Mechanismen im Gesundheitswesen wird oft als regulierter Wettbewerb oder „Managed Competition“ beschrieben. Das ursprüngliche Modell der „Managed Competition“ stammt vom amerikanischen Ökonomen Alain Enthoven und war Vorlage für gesundheitspolitische Reformen zahlreicher europäischer Staaten (Enthoven 1978). Gemäss Beck (2013) lassen sich aus dem Enthoven-Modell folgende Elemente eines idealtypischen Krankenversicherungsmodells ableiten:

- Freie, informierte Wahl der Versicherten zwischen verschiedenen, im Wettbewerb stehenden Krankenversicherern und zwischen verschiedenen Leistungserbringern;
- Freie Wahl eines bestimmten Versicherungsmodells durch die Versicherten (inklusive einer minimalen Deckung der Grundversicherung durch den Staat für alle Versicherten);
- Risikogerechte Versicherungsprämien mit staatlich limitierter Kostenbeteiligung;
- Periodische Möglichkeit des freien Versicherungswechsels;
- Freie Vertragsbeziehungen zwischen Versicherungen und Leistungserbringern;
- Ausgehandelte Tarifverträge für einzelne Leistungen oder für ein Globalbudget zur Behandlung einer ganzen Gruppe von Patienten.

Dieser Idealtyp eines effizienten und selbstregulierenden Krankenversicherungsmodells wird durch das marktkritischere Value-Based Competition-Modell um den Aspekt des Wertes bzw. des Nutzens medizinischer Leistungen ergänzt (Porter & Teisberg 2006). Anstelle der Kostensenkung durch Wettbewerbsdruck zwischen Versicherungen rücken hier die Ergebnisse der konkurrierenden Leistungserbringer in den Fokus. Die Wettbewerber sollen sich in diesem Modell an ihrer Leistungsqualität und nicht ausschliesslich an der Kosteneffizienz messen. Dies sei gemäss Porter und Teisberg (2006) durch ausreichend verfügbare Infrastrukturen, umfassend ausgebildetes Personal und breit zugängliche Informationen über Behandlungsergebnisse mit staatlicher Unterstützung sicherzustellen.

2.3. Preis- und Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen

Der gesetzgeberische Wille zum Wettbewerb kommt in gesundheitspolitischen Reformvorhaben immer wieder zum Ausdruck. Beispielsweise im Spitalwesen zielte der Gesetzgeber mit der neuen Spitalfinanzierung und der Einführung von leistungsbezogenen Fallpauschalen auf effiziente und transparente Wettbewerbsmechanismen. Spitaltarife müssen sich gemäss Artikel 49, Absatz 1 des Krankenversicherungsgesetzes an Spitälern orientieren, welche die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in hoher Qualität günstig und effizient erbringen. Entsprechende Effizienzgewinne dürfen dabei erzielt werden, wie das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) in seinem Urteil vom 7. April 2014 festhielt (Urteil C-1698/2013).

Diese Studie fokussiert auf die Voraussetzungen und das Zusammenspiel von Preis- und Qualitätswettbewerb im Rahmen der stationären und ambulanten Tarifverhandlungen des Gesundheitswesens. Die beiden Wettbewerbsdimensionen werden in Anlehnung an das ausführliche Sondergutachten des Deutschen Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012, S. 46-47) folgendermassen definiert:

- Der **Preiswettbewerb** bezieht sich auf die Perspektive der Krankenversicherer, die sich aufgrund der aktuell fehlenden Transparenz und Beeinflussbarkeit der medizinischen Leistungsqualität vorwiegend über möglichst tiefe Preise auf dem Markt behaupten müssen. Sie zielen aus ihrer betriebswirtschaftlichen Sicht im Rahmen von Tarifverhandlungen mit den Leistungserbringern darauf ab, dank dem Erwerb möglichst kostengünstiger medizinischer Leistungen und dem Erzielen möglichst hoher Rabatte ihre Ausgaben niedrig zu halten.

- Der **Qualitätswettbewerb** bezieht sich einerseits ebenfalls auf die Perspektive der Krankenversicherer, die ein Interesse daran haben, sich auf dem Markt auch bezüglich Qualität ihrer Versicherungsangebote zu positionieren und damit Versicherte anzuziehen. Andererseits bezieht sich der Qualitätswettbewerb auf die Perspektive der konkurrierenden Leistungserbringer, die sich an ihrer Leistungsqualität messen und damit insgesamt eine qualitative Verbesserung der medizinischen Versorgung zugunsten der Versicherten bewirken sollen (Porter & Teisberg, 2006). Ob der Qualitätswettbewerb aus diesen beiden Perspektiven im Rahmen der Tarifverhandlungen neben dem Preiswettbewerb eine Rolle spielen kann und auch soll, dürfte massgeblich von den politisch-institutionellen Rahmenbedingungen der Verhandlungssettings abhängen. Dies postuliert zumindest die dieser Studie zugrundeliegende Arbeitshypothese.

Dass die Voraussetzungen für hohe Leistungsqualität durch den freien Markt nicht vollständig garantiert werden können und der unbegrenzte Wettbewerb deshalb grundsätzlich ein unangemessener Analyserahmen für das Gesundheitswesen ist, wird von diversen Autorinnen und Autoren postuliert (vgl. Gaynor et al. 2000; Martin 2013; Olmsted-Teisberg 2008; Rahmel/Marx 2008). Zwar besteht Konsens über die wettbewerbstheoretische Annahme, wonach ein kompetitives Umfeld auch im Gesundheitswesen Anreize zu besserer Leistungsqualität sowie zum effizienteren Mitteleinsatz und damit zu adäquateren Preisen schaffen kann. Doch gleichzeitig wird in der Literatur auf die Kollektivguteigenschaften von bestimmten Gesundheitsleistungen (z.B. Impfungen), auf wettbewerbsbehindernde Informationsasymmetrien zwischen Patient und Leistungserbringer oder auf sozial nicht akzeptable Wirkungsmechanismen eines freien Gesundheitsmarktes hingewiesen (z.B. Gefahr des Unterkonsums resp. der Unterversorgung bei niedrigem Einkommen oder chronischer Krankheit, Unterversicherung nicht kalkulierbarer Risiken etc.) (Rahmel/Marx 2008).

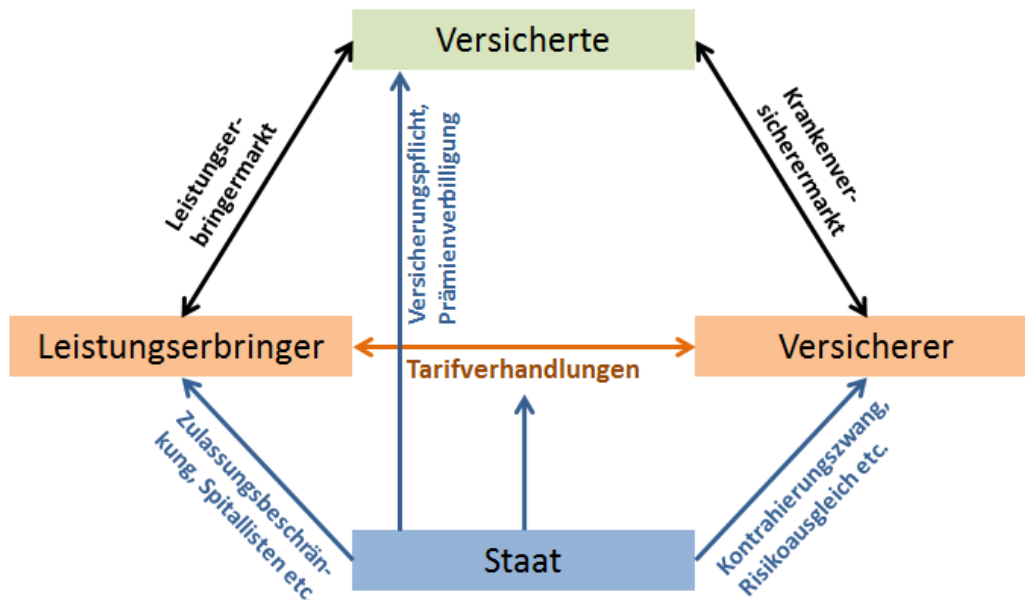
In der gesundheitsökonomischen Fachliteratur wird vielfach postuliert und gleichzeitig auch kritisch hinterfragt, dass im Gegensatz zum idealtypischen Marktmodell, wo der Wettbewerb neben der optimalen Ressourcenallokation und einer leistungsgerechten Einkommensverteilung auch für eine nachfragegerechte Zusammensetzung des Angebots sorgt (Schmidt & Haucap 2013), im Gesundheitsmarkt das Angebot die Nachfrage dominiert (Kocher 2011). So wird denn auch mancherorts im Hinblick auf Reformvorschläge gefragt, welche Wettbewerbs Elemente im Gesundheitswesen zugunsten der Nachfrageseite – also der Versicherten bzw. der Patienten – mittels staatlicher Interventionen stärker reguliert oder gefördert werden müssen (Olmsted-Teisberg 2008).

2.4. Tarifverhandlungen im Fokus

2.4.1. Das Bindeglied zwischen den Teilmärkten des Gesundheitswesens

Die Literatur zum Wettbewerb im Gesundheitswesen fokussiert hauptsächlich auf den Krankenversicherungs- und/oder Leistungserbringermarkt. Der Krankenversicherungsmarkt beinhaltet den Wettbewerb der Versicherer um die Gunst der Versicherten. Im Leistungserbringermarkt buhlen die Versorger um die Gunst der Patientinnen und Patienten. Das Bindeglied zwischen diesen beiden Teilmärkten stellen die Tarifverhandlungen dar. Die ausgehandelten Tarifverträge bestimmen die Versicherungsangebote der Versicherer und sind gleichzeitig eine wichtige Voraussetzung für die Leistungserbringer, zu Lasten der OKP tätig zu sein (Hammer et al. 2008). Sowohl Leistungserbringer als auch Versicherer und Versicherte werden mit unterschiedlichsten Massnahmen von Seite des Staates gesteuert, was zum regulierten Wettbewerb führt (siehe oben).

Abbildung 2: Die regulierten Teilmärkte im Gesundheitswesen und die Tarifverhandlungen als Bindeglied (eigene Darstellung in Anlehnung an Hammer et al. 2008):



Während der Krankenversicherermarkt auf den Prämienwettbewerb fokussiert, orientiert sich der Leistungserbringermarkt beim allfälligen Werben um die Nachfrager nach Gesundheit – die Patientinnen und Patienten – kaum an den Preisen, sondern vielmehr an anderen Verkaufsargumenten wie Erscheinungsbild, Verhalten, Verfügbarkeit und Qualität der Dienstleistungen, Umfeld, Standort oder Vertrauen (Brandenberg 2004). Die Preise werden abseits von den Versicherten zwischen Leistungserbringern und Versicherern in Tarifverhandlungen vertraglich festgelegt. Die Nutzenschätzung der Verbraucher, die gemäss ökonomischer Theorie den Wert von Gütern bestimmt (Walras 1969), spielt im stark regulierten Gesundheitswesen kaum eine Rolle (Gyger 2002). Dies wirft eine Reihe von ökonomischen Fragen bezüglich Preisbildung im Gesundheitswesen auf: Auf welche Grundlagen stützen sich die preisbildenden Instanzen, wenn nicht auf die Nutzenschätzung der Verbraucher? Wie läuft der Prozess der Preisbildung genau ab und von welchen Interessen wird er wie stark beeinflusst? Wie stark wird die Preisbildung über marktwirtschaftliche und wie stark über regulatorische Mechanismen bestimmt?

Einen detaillierten Überblick über die Rahmenbedingungen und Verhandlungssettings der Tarifgestaltung im Schweizer Gesundheitswesen liefert Bapst (2010) in zwei deskriptiv ausgerichteten, praxisorientierten Bänden. Ein grober Überblick wird im folgenden Abschnitt geboten.

2.4.2. Veränderte Rahmendbedingungen und Verhandlungssettings

In den letzten Jahren haben sich die Rahmenbedingungen und Verhandlungssettings für die Gestaltung der Tarife der ambulanten und stationären medizinischen Leistungen durch die Tarifpartner (Leistungserbringer und Versicherer) verändert. **Auf der Strukturebene**, wo Branchenverbände einheitliche Rahmenbedingungen bzw. Tarifstrukturen für die anschliessenden

Preisverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern gestalten, lassen sich folgende Entwicklungen beobachten:

- Anfangs 2012 kam es mit der neuen Spitalfinanzierung und der Einführung von leistungsbezogenen Fallpauschalen, die sich an der medizinischen Diagnose orientieren und auf gesamtschweizerischen Strukturen (betreut durch die SwissDRG AG) beruhen, zu einer Systemänderung für die Kantone, Spitäler und Versicherer (Bundesamt für Gesundheit 2013). Mit dieser KVG-Teilrevision wollte der Gesetzgeber mehr Effizienz und Transparenz im Spitalwesen schaffen.
- Im ambulanten Bereich scheiterten Ende 2012 die Verhandlungen über eine neue Struktur des Ärztetarifs TARMED, dessen Schwächen insbesondere hinsichtlich der Vergütung hausärztlicher Leistungen diskutiert werden. Inzwischen hat nun der Bundesrat seit Anfang 2013 die Kompetenz, subsidiär den Ärztetarif anzupassen. Er hat diesbezüglich bereits kommuniziert, dass er bereit ist, „von dieser Kompetenz auch tatsächlich Gebrauch zu machen, falls es die Situation erfordert und sich die Tarifpartner nicht einigen“ (Bundesrat 2013a). Unter diesem Druck versuchen nun die Tarifpartner, mit einer TARMED Swiss AG neue organisatorische Rahmenbedingungen nach dem Vorbild der Strukturen im Spitalwesen (SwissDRG AG, siehe oben) zu schaffen und damit doch noch eine eigenständige Branchenlösung ohne Einmischung des Bundesrates zu finden (NZZ 2013b). Am 27. September 2013 entschied der Bundesrat allerdings, von seiner Kompetenz, subsidiär in die Tarifstrukturen einzugreifen, definitiv Gebrauch zu machen und die Tarife für die Hausärzte um jährlich 200 Millionen Franken anzuheben (Bundesrat 2013b). Solche Tarifanpassungen werden von liberalen Kreisen wie etwa vom neuen Bündnis „Freiheitliches Gesundheitswesen“ dezidiert abgelehnt (Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen 2013).
- Auf Seite der Versicherer ist ein starker Wandel in Richtung einer Branchenzersplitterung zu verzeichnen. Im Jahr 2011 gründete der Branchenverband Santésuisse seine Tochtergesellschaft Tarifsuisse AG, um ihr den Leistungseinkauf im KVG-Bereich zu übertragen. Zudem verlor er in letzter Zeit verschiedene wichtige Mitglieder, die dann im April 2013 den neuen Branchenverband Curafutura gründeten. Curafutura vertritt nun die Helsana, CSS, Sanitas und KPT und bekennt sich zum Wettbewerb als Basis von Qualität und Innovation im Gesundheitswesen (Curafutura 2013). Der neue Branchenverband könnte zu einem ernsthaften Konkurrenten für Santésuisse werden. Santésuisse pocht nämlich auf eine alleinige Vertretung der Kassen bei den Verhandlungen zur TARMED-Tarifstruktur (NZZ 2013b).

Auf der Ebene der Preisverhandlungen, wo zwischen Leistungserbringern und Versicherern Tarifverträge über Leistungseinkäufe abgeschlossen werden, kam es zu folgenden Veränderungen der Rahmenbedingungen und Verhandlungssettings:

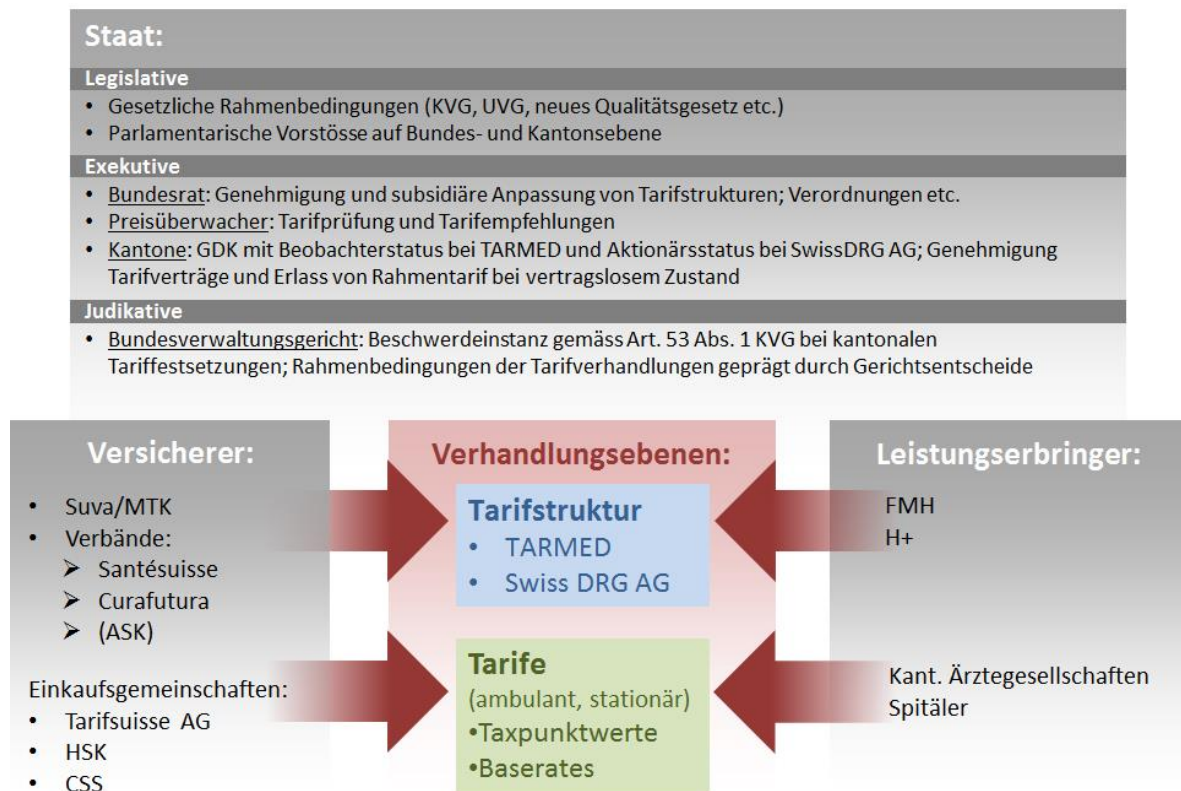
- Die Einführung von Fallpauschalen im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung hatte direkten Einfluss auf die Voraussetzungen, unter denen die stationären Leistungserbringer und Versicherer ihre Preisverhandlungen über Leistungen im Spitalbereich durchführen. Der Systemwechsel bedeutete, dass die Spitaltarife sowohl im OKP- als auch im Zusatzversicherungsbereich neu ausgehandelt werden mussten.
- Im Jahr 2011 schlossen sich Helsana, Sanitas und KPT zu einer neuen, unabhängigen Einkaufsgemeinschaft (HSK) zusammen. Die Versicherer wollten gemäss eigenen Angaben im Kontext der neuen Spitalfinanzierung die „Voraussetzungen für mehr Wettbewerb bezüglich Qualität und Effizienz“ (Helsana Gruppe 2011) schaffen, indem sie sich mit einer eigenen Einkaufsgemeinschaft von der Tarifsuisse AG lösten, welche als Tochtergesellschaft von Santésuisse mit rund 50 angeschlossenen Krankenversicherern und einem Marktanteil von 70 Prozent die grösste Leistungseinkäuferin im KVG-Bereich ist (Tarifsuis-

se AG 2012). Die HSK vertritt 2,2 Millionen Grundversicherte bzw. rund 30 Prozent des Marktes (Helsana Gruppe 2013). Ihr Auftreten hat das Verhandlungssetting auf der Ebene der Leistungspreise verändert.

- Die CSS Versicherung hat ihre Mitgliedschaft 2015 bei Tarifsuisse AG gekündigt und tritt ab 2016 nun eigenständig als Einkäuferin neben HSK und Tarifsuisse AG im Einkaufsmarkt auf.

Die Verhandlungsebenen, die involvierten Tarifpartner und die rahmengebende, subsidiär eingreifende und genehmigende öffentliche Hand, die im Fokus der vorliegenden Studie liegen, lassen sich vereinfacht folgendermassen darstellen:

Abbildung 3: Verhandlungsebenen und wichtige Akteure im Projektfokus (eigene Grafik):



2.4.3. Ein- oder mehrdimensionale Verhandlungssettings?

In Tarifverhandlungen geht es grundsätzlich um die Lösung eines eindimensionalen Verteilungsproblems, was in der Verhandlungsliteratur als **distributives Bargaining** bezeichnet wird (Scharpf 2000). Es handelt sich dabei um ein simples Seilziehen zur Verteilung von Nutzen und Kosten eines klar definierten Verhandlungsgegenstandes, im Kontext der vorliegenden Studie um die medizinischen Leistungspreise in Form von Baserates im stationären und Taxpunktwerte im ambulanten Bereich. Neben dem distributiven Bargaining identifiziert Scharpf (2000) noch weitere grundsätzliche Formen von Verhandlungen (siehe Abbildung 4).

Bei sogenannten **Spot-Verträgen** geht es weder um Verteilfragen (Verteilungsdimension), noch steht die konstruktive Suche nach Problemlösungen im Vordergrund (Produktionsdimension). Bei Spot-Verträgen sind die Objekte des Austauschs bereits wohl definiert, Verteilungsfragen sind durch die Bezugnahme auf Marktpreise gelöst und der Abschluss des Vertrages sowie die Erfüllung der jeweiligen Verpflichtungen liegen zeitlich nahe beieinander (es geht lediglich um Annahme oder Ablehnung).

Beim **Problemlösen** steht lediglich die gemeinsame Nutzenproduktion im Fokus, ohne dabei Verteilfragen lösen zu müssen. Dies können Verhandlungen über die gemeinsame Umsetzung von Projekten sein. Kooperatives Verhalten ohne Verteilungsprobleme steht bei diesem eher seltenen Verhandlungstyp im Zentrum.

Die vierte Verhandlungsform nach Scharpf (2000) ist die **positive Koordination**. Aus verhandlungstheoretischer Sicht kann die Möglichkeit eines Verhandlungsergebnisses, bei dem beide Seiten einen Nutzen erzielen (Win-Win-Situation), erhöht werden, wenn neben der reinen Verteilungsdimension auch die sogenannte Produktionsdimension im Verhandlungsprozess eine Rolle spielt und damit das Verhandlungsthema auf verschiedene Gegenstände ausgeweitet wird (vgl. auch Hauser 2002; Scharpf 2000; Sebenius 2013).

Abbildung 4: Verschiedene Formen von Verhandlungen nach Scharpf (2000)



In Anwendung auf Tarifverhandlungen im Gesundheitswesen bedeutet positive Koordination, dass neben der Verhandlung über die Leistungspreise auch eine kreative Suche nach integrativen Lösungen beispielsweise für neue Kooperationsformen (zur Qualitäts- und Effizienzsteigerung), integrierte Versorgungsmodelle, differenzierte Zahlungsfristen, exklusive Mengenrabatte etc. stattfindet, von denen beide Seiten profitieren. Voraussetzung einer erfolgreichen positiven Koordination ist die beidseitige Anerkennung der gleichzeitigen Existenz und Legitimität von Verteilungs- und Produktionsproblemen und die Bereitschaft, sich mit beiden auseinanderzusetzen. Scharpf schreibt dazu: „Kurzum, eine Trennung von Verteilungs- und Produktionsdimension kann die Koexistenz von ‚Argumentieren‘ und ‚Bargaining‘ ermöglichen“ (Scharpf 2000). In diesem Zusammenhang gewinnen institutionelle Rahmenbedingungen, in denen die Verhandlungen stattfinden, eine grosse Bedeutung.

2.4.4. „Im Schatten des Staates“: institutioneller Rahmen von Verhandlungen

Gemäss Scharpf (2000) handelt es sich bei der Verhandlung von Tarifverträgen zwischen Leistungserbringern und Versicherern um eine Selbstorganisation gesellschaftlicher Akteure „im Schatten des Staates“ (Scharpf, 2000, S. 327 ff.). Dabei schafft der Staat ein Verhandlungsregime, um bestimmte wirtschaftliche oder gesellschaftliche Problemfelder zu regulieren. Im Schweizer Gesundheitswesen gibt das KVG die institutionellen Rahmenbedingungen für die Tarifverhandlungen vor und garantiert Verbindlichkeit der ausgehandelten Vereinbarungen.

Die Tarifpartner verhandeln vorwiegend in Koalitionen (Einkäufergemeinschaften und Verbände, siehe Kapitel 2.4.2.). Einzelne Versicherer nutzen aber auch die Möglichkeit, parallel dazu separate Verträge mit ausgewählten Leistungserbringern abzuschliessen, um dadurch eine Produktdifferenzierung zu erreichen. Verhandlungen auf mehreren Ebenen erhöhen die Komplexität der möglichen Settings und damit theoretisch die Möglichkeit erfolgreicher Verhandlungsabschlüsse (Raiffa 1982). Denn aus verhandlungstheoretischer Sicht wird die Macht grosser Koalitionen neutralisiert, indem die Verbände von den Ressourcen einzelner starker Mitglieder abhängig sind und Einzelakteure gleichzeitig selber Verhandlungspartner finden können, mit denen sie unabhängig individuelle Verträge abschliessen (Scharpf 2000).

Die Verbände der Tarifpartner verfolgen natürlich grundsätzlich die Interessen ihrer Mitglieder. Doch unter gewissen Konstellationen erfüllen sie auch Funktionen, die den Interessen Dritter oder dem Gemeinwohl – in diesem Kontext definiert als Versicherteninteressen an maximaler Qualität zu minimalen Kosten bei optimaler Zugänglichkeit der medizinischen Leistungen – dienen. Diesen Interessen verpflichtet ist auch die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates, in Strukturverhandlungen eingreifen zu können, wenn die Tarifstruktur sich als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können (Art. 43 KVG). Dies ist auf der Ebene der Tarifstrukturen, wie oben erwähnt, aufgrund der gescheiterten TARMED-Verhandlungen in der Schweiz seit Anfang 2013 der Fall.

Dieser „Schatten des Staates“, unter dem verhandelt wird, trägt somit theoretisch zur Fähigkeit der Tarifpartner bei, Ergebnisse im Sinne des Gemeinwohls bzw. der Versicherten zu erzielen (Scharpf 2000). Denn die Tarifpartner haben ein Interesse daran, sich selbst regulieren zu können und eine Intervention des Regulators als Hüter des Gemeinwohls zu vermeiden. Der „Schatten des Staates“ ist in der Schweiz besonders ausgeprägt, da das KVG die Tarifgestaltung und Genehmigung sehr ausführlich regelt und die Tarifpartner im Grunde über keine abschliessende Entscheidungskompetenz, sondern nur über eine Erstgenehmigungskompetenz zuhanden einer mehrstufigen Genehmigungskaskade auf kantonaler und auf Bundesebene verfügen (Bapst 2010). Werden sie sich in den Verhandlungen der Leistungspreise nicht einig, dann setzt die jeweilige Kantonsregierung – überprüft vom Preisüberwacher, der Empfehlungen abgeben kann – die Tarife fest (Art. 47 KVG).

Die Situation ist vergleichbar mit einem Gefangenendilemma¹: Wenn die Tarifpartner kooperieren und sich bei den Verhandlungen einig werden, behalten sie ihre Kompetenz zur Selbstregulierung. Verweigert ein Partner die Kooperation, kommt es zur staatlichen Festsetzung der Tarife und damit zum Verlust der Verhandlungskompetenz beider Tarifpartner. Dabei existieren verschiedene Anreize zur Nicht-Kooperation bzw. zur Bevorzugung der kantonalen Festsetzung gegenüber einer Tarifeinigung. Diese ergeben sich aus der Mehrfachrolle der Kantone, die gleichzeitig Regulator,

¹ Das Gefangenendilemma ist ein mathematisches Konzept aus der Spieltheorie. (vgl. Axelrod 2009)

Leistungserbringer und Kostenträger sind. Aus Gründen der Strukturhaltung könnten kantonale Gesundheitsdirektoren beispielsweise ein Interesse haben, die Baserates für Spitalleistungen hoch zu halten, um ineffiziente Spitäler indirekt zu subventionieren. Gleichzeitig sind kantonale Finanzdirektoren dem Spardruck ausgesetzt, generell die Gesundheitskosten des Kantons und damit die Baserates tief zu halten (Credit Suisse Group AG 2013). Je nach politischer Konstellation könnte es somit für den einen oder anderen Tarifpartner von Vorteil sein, die Tarifverhandlungen abzubrechen und die kantonale Festsetzung zu erwirken.

In der Verhandlungsforschung wird die beste Alternative zu einem geplanten Verhandlungsziel als BATNA („Best Alternative to Negotiated Agreement“) bezeichnet (Fisher et al. 2013). Die kantonale Tariffestsetzung ist somit das BATNA der Verhandlungspartner. Ist dieses für eine der beiden Seiten attraktiver als das absehbare Verhandlungsergebnis, werden die Tarifverhandlungen scheitern.

Eine weitere Konstellation, die dem Schweizer Gesundheitswesen eigen ist, ist der Kontrahierungszwang. Die Versicherer müssen mit allen zugelassenen Leistungserbringern Tarifverträge verhandeln und dürfen nicht selektionieren. Mit diesem Selektionsverbot verbunden ist das Beitrittsrecht zu sogenannten Verbandsverträgen. Zu den zwischen Leistungserbringer- und Versicherungsverbänden ausgehandelten Verträgen dürfen auch Nicht-Mitglieder, die im Vertragsgebiet tätig sind, beitreten. Somit entsteht ein klassisches Trittbrettfahrer-Problem (Olson 1965), dem das KVG mit Art. 46 entgegenzuwirken versucht. Denn ein Vertrag kann vorsehen, dass nachträglich Beigetretene einen Unkostenbeitrag leisten müssen.

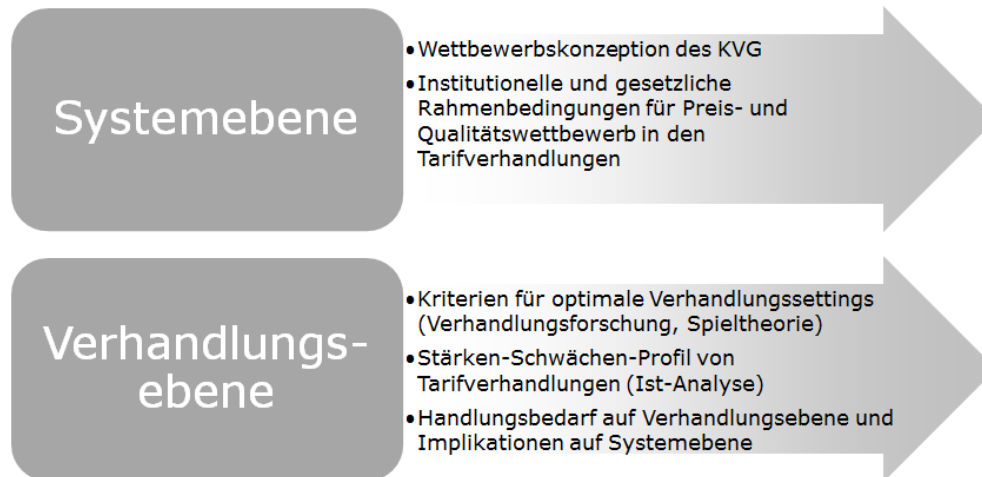
Tarifverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern waren bisher in der gesundheitsökonomischen und –politischen Literatur als Untersuchungsgegenstand eher ein Randthema (Kocher 2011). Bapst (2010) bildet mit seinen detailreichen Bänden zur „Tarifpolitik zwischen Markt und Macht“, in welchen er seine während rund 30 Jahren gesammelten operativen Erfahrungen aus dem tarifpolitischen Arbeitsumfeld beschreibt und einen umfassenden Überblick über die Tarifsysteme liefert, eine gewichtige Ausnahme. Bezüglich neusten, eingangs aufgeführten Entwicklungen besteht allerdings noch Forschungsbedarf. Welchen Dynamiken die Tarifverhandlungen angesichts der neuen Akteurskonstellationen und institutionellen Rahmenbedingungen unterworfen sind und welche Folgen diese für die Wettbewerbssituation im Gesundheitswesen haben, wurde bisher nicht empirisch untersucht.

3. Methodik

Die vorliegende Studie verfolgt einen akteurzentrierten Ansatz mit politikwissenschaftlichen und ökonomischen Bezügen, indem auf die relevanten Akteure, deren Interessen, Interaktionen sowie auf die institutionellen Rahmenbedingungen fokussiert wird (siehe Kapitel 2).

Die leitende Fragestellung wird auf der Systemebene sowie auf der Verhandlungsebene untersucht. (siehe Abbildung 5).

Abbildung 5: Analyseebenen



3.1. Preis- und Qualitätswettbewerb auf der Systemebene

Das Kapitel 4 widmet sich der Situation des Preis- und Qualitätswettbewerbs auf Systemebene des Gesundheitswesens. Im Rahmen einer Literatur- und Dokumentenanalyse werden die Grundlagen bzw. zentrale Informationen zu den gesetzlichen und institutionellen Rahmenbedingungen, Akteuren und Interessen im Kontext des Preisbildungs- und Qualitätsthematik im Schweizer Gesundheitswesen recherchiert, mit Hilfe der leitenden Fragestellung eingeordnet und analysiert. Auf der Systemebene steht dabei die Identifikation von staatlichen sowie auch wettbewerblich getriebenen Steuerungsmechanismen der Tarifbildung und Qualitätssicherung für ambulante und stationäre medizinische Leistungen im Fokus. Neben der wettbewerbstheoretischen Einordnung erfolgt hier insbesondere ein Bezug auf die im KVG und im geplanten Qualitätsgesetz (Bundesrat 2014) definierten Zielsetzungen bezüglich angestrebter marktwirtschaftlicher Mechanismen.

Die Ergebnisse der Literatur- und Dokumentenanalyse auf Systemebene werden durch Einschätzungen von 18 Expertinnen und Experten, welche die verschiedenen Akteursgruppen und Perspektiven im Kontext der Tarifbildung im Gesundheitswesen repräsentieren (siehe Tabelle 1 und Anhang 1) und im Rahmen leitfadengestützter Interviews systematisch befragt wurden, ergänzt.

3.2. Preis- und Qualitätswettbewerb auf Verhandlungsebene

Im Kapitel 5 wird der Analysefokus von der Systemebene auf die Verhandlungsebene verschoben. Theoretisch-konzeptionelle Grundlagen für Tarifverhandlungen lassen sich in Beiträgen zur Verhandlungsforschung sowie in der politikwissenschaftlichen Literatur finden (siehe Kapitel 2.4). In diesem Teil der Studie wird das Ziel verfolgt, aus bestehenden akteurzentrierten, verhandlungstheoretischen Ansätzen einen Kriterienkatalogs für optimale Verhandlungen zu entwickeln, mit welchem die Verhandlungssituationen im ambulanten (TARMED, besondere Versicherungsformen) und stationären (SwissDRG) Bereich analysiert werden können.

Dieser theoretisch abgeleitete Kriterienkatalog stellt den SOLL-Zustand dar, mit welchem die tatsächlichen Verhandlungssituationen überprüft werden können. Diese empirische Überprüfung erfolgt im Rahmen der geführten Interviews (siehe nächster Abschnitt).

3.3. Leitfadengestützte Interviews

Der akteurzentrierte Ansatz dieser Studie wird methodisch mittels leitfadengestützten Interviews umgesetzt. Dies erlaubt die Beleuchtung der zentralen Forschungsfrage bzw. der Erkenntnisse aus der Literatur- und Dokumentenanalyse aus unterschiedlichen Perspektiven involvierter Akteure (siehe Abbildung 3). Die Auswahl der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner wurde mit dem Auftraggeber vorgängig abgesprochen. Sie orientierte sich an der Abdeckung eines möglichst breiten Spektrums an unterschiedlichen Perspektiven von stationären und ambulanten Leistungserbringern, Versicherern (jeweils individuelle und Verbandsebene) und Bundes- und Kantonsvertreter/-innen. Sämtliche Interviews wurden im Zeitraum zwischen Oktober und Dezember 2015 durchgeführt. Tabelle 1 lieferte eine inhaltlich strukturierte Übersicht über die geführten Interviews. Angaben zu den 18 Interviewpartnerinnen und -partnern befinden sich im Anhang 1 dieses Berichts.

Tabelle 1: Übersicht über die geführten Interviews

	Ambulant	Stationär
Regulatorische Ebene	Bundesebene: Eidg. Versicherungsgericht, Bundesverwaltungsgericht, Preisüberwacher, Bundesamt für Gesundheit	
	Kantonebene: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich	
Tarifstrukturen	FMH	H+
	Tarifsuisse AG	
	Einkaufsgemeinschaft HSK	
Tarifverhandlungen für traditionelle Versicherungsform (OKP, VVG, UVG)	Ärztegesellschaft des Kantons Luzern	Luzerner Kantonsspital Hirslanden Klinik St. Anna
	Tarifsuisse AG	
	Einkaufsgemeinschaft HSK	
	MTK/ZMT ²	
Tarifverhandlungen für besondere Versicherungsformen (Managed Care)	Ärztenez: LuMed Betriebsgesellschaft: MedSolution	
	Versicherer ambulanter Leistungen im Rahmen integrierter Versorgungsmodelle: CSS	

Die Interviewleitfäden wiesen eine einheitliche Struktur auf (siehe Basisleitfaden, Anhang 2), wurden jedoch auf die jeweiligen Interviewpartnerinnen und -partner angepasst. Die Interviewgespräche wurden im Einverständnis der interviewten Personen aufgezeichnet, protokolliert und qualitativ ausgewertet. Die Ergebnisse werden in den nachfolgenden Kapiteln 4 und 5 in anonymisierter Form präsentiert, so dass Interviewaussagen und Einschätzungen zwar auf die verschiedenen Akteursgruppen, jedoch nicht auf die einzelnen Interviewpartner zurückgeführt werden können.

² MTK = Medizinaltarif-Kommission UVG; ZMT = Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (www.mtk-ctm.ch)

4. Wettbewerbssituation auf Systemebene des Gesundheitswesens

Zunächst wird die IST-Situation im schweizerischen Gesundheitswesen, aufbauend auf den theoretischen Grundlagen zu Preis- und Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen (siehe Kapitel 2) beschrieben. Die Beschreibung basiert auf Rechercheergebnissen in Literatur und Gesetzestexten sowie den Einschätzungen der Expertinnen und Experten aus den geführten Interviews.

Das Kapitel strukturiert sich in folgende drei Teile:

Zunächst wird die generelle Wettbewerbskonzeption im Gesundheitswesen der Schweiz (4.1), mit einem besonderen Fokus auf die Qualität (4.2) analysiert. In einem nächsten Teil wird der Einfluss der zentralen drei Akteure (Kanton, Versicherer, Leistungserbringer) auf Angebot, Preis und Qualität diskutiert (4.3). Der Hauptfokus liegt auf der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Die Krankenzusatzversicherungen (VVG) sowie die Unfallversicherungen (UVG) werden soweit möglich miteinbezogen. Der Grund für diese Schwerpunktbildung liegt in der fehlenden Zugänglichkeit zu relevanten Informationen insbesondere aus dem VVG-Bereich. Wo immer möglich wird auf die Gemeinsamkeiten, Unterschiede und sonstige Hinweise bezüglich Unfallversicherung und Zusatzversicherung eingegangen.

4.1. Generelle Wettbewerbskonzeption im Gesundheitssystem der Schweiz

4.1.1. Grundsätzliches

Wie in Kapitel 2 beschrieben, erbringt das Schweizer Gesundheitswesen seine Leistungen innerhalb starker staatlicher Regulierungen und enthält gleichzeitig wettbewerbliche Elemente. Die Literatur zum Wettbewerb im Gesundheitswesen fokussiert hauptsächlich auf den Krankenversicherungs- und/oder den Leistungserbringermarkt. Das Bindeglied zwischen diesen beiden Teilmärkten stellen die Tarifverhandlungen dar. Als zentrale Akteure werden deshalb die Leistungserbringer, Versicherer und Kantone identifiziert. Diese Überlegungen sind in Abbildung 3 in Kapitel 2 dargestellt.

Es stellt sich nun die Frage, welche Wettbewerbselemente innerhalb des schweizerischen regulatorischen Kontextes vorgesehen sind und wie diese Möglichkeiten von den zentralen Akteuren auch tatsächlich genutzt werden. In der Literatur findet sich eine ausgezeichnete Analyse von Hammer et al. (2008), die – mit einem besonderen Fokus auf das KVG – unter anderem auch dieser Fragestellung nachgegangen ist. Nachfolgend werden deshalb die theoretischen Grundlagen sowie die wichtigsten Findings dieser Studie aufgezeigt, um diese anschliessend den geführten Interviews und der Forschungsfrage gegenüberzustellen.

a) Wettbewerbstheoretische Grundlagen von Hammer et al. (2008)

Hammer et al. (2008) identifizieren zunächst die verschiedenen Funktionen bzw. Ziele von Wettbewerb (Schmidt 2005, Knieps 2005). Sie fokussieren bei ihren anschliessenden Analysen allerdings primär auf das Ziel der effizienten Ressourcenallokation. Im Vordergrund steht dabei die „Frage der optimalen Aufteilung der im Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Mitteln zwischen und innerhalb der einzelnen Gesundheitsbereiche“ (Hammer et al. 2008, S. 22). Wichtig ist die Ergänzung, dass innerhalb der Konzeption des KVG der Wettbewerb primär der Kostendämpfung dienen soll (ebda. S. 22) und das Verständnis von Hammer et al. (2008) hier breiter gefasst ist.

Um sowohl Wettbewerbsparameter³ und Wettbewerbsintensität⁴ auf dem Versicherermarkt und dem Leistungserbringermarkt als auch die staatliche Regulierung auf den Wettbewerb zu analysieren, orientieren sie sich am Konzept eines wirksamen Wettbewerbs (Schmidt 2005). Dieses Konzept unterscheidet zwischen der Marktstruktur (Anzahl Anbieter und Nachfrager, Marktzutrittsschranken etc.), dem Marktverhalten (Preissetzung, Produktwahl- und -qualität etc.) sowie dem Ergebnis (Produktions- und Allokationseffizienz, Verteilungsgerechtigkeit etc.). Marktstruktur und -verhalten werden dabei von der Wettbewerbspolitik (Regulierung, Subventionen, Kartellrecht etc.) beeinflusst (Hammer et al. 2008, S. 27).

Sie identifizieren anschliessend für Marktstruktur, -verhalten und -ergebnis jeweils eigene Indikatoren und suchen nach Hinweisen auf Wettbewerb (ebda, S. 33 und ff.). Diese Indikatoren werden anschliessend qualitativ interpretiert und geben Auskunft über die Wettbewerbsintensität in den beiden untersuchten Märkten (Versicherermarkt und Leistungserbringermarkt).

Parallel dazu entwickeln sie ein Konzept zur Beurteilung der staatlichen Regulierung im Hinblick auf deren Beitrag zur Erreichung einer effizienten Ressourcenallokation (als das primär fokussierte Ziel von Wettbewerb in dieser Studie). Zwei Gründe sprechen ihres Erachtens für staatliche Eingriffe: Marktversagen oder Gerechtigkeit. In einer interessanten Zusammenstellung zählen sie Funktionsstörungen der Marktmechanismen im Versicherer- und Leistungserbringermarkt auf. Dann identifizieren sie die Eingriffe in das Gesundheitswesen, die aus Gerechtigkeitsüberlegungen (z.B. Solidarität) resultieren. Im Vordergrund stehen dabei Ausgleichsmechanismen bezüglich der unterschiedlichen finanziellen Leistungsfähigkeit sowie bezüglich unterschiedlicher Risiken (Morbidity) (ebda, S. 36 ff.).

b) Zu den Resultaten von Hammer et al. (2008)

Gestützt auf eine detaillierte Analyse der gesetzlichen Grundlagen kommen die Autoren zum Schluss, dass das KVG primär auf die Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Versicherern abzielt. Die Leistungserbringer ihrerseits sollen durch den Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern indirekt zu einer effizienteren Versorgung gezwungen werden. „Über den Wettbewerb zwischen den Versicherern, bzw. zwischen verschiedenen Versicherungsangeboten bzw. -modellen (v.a. Preiswettbewerb) soll indirekt ein Wettbewerbsdruck auf die Leistungserbringer ausgeübt werden, der diese zu effizienter Versorgung zwingt.“ (Hammer et al. 2008, S. 44)

Dieser Wettbewerbsdruck (primär unter den Versicherern) soll kostendämpfend auf die Gesundheitskosten einwirken. Die folgenden Elemente tragen zu einer Erhöhung des Wettbewerbs zwischen den Versicherern bei: freie Wahl des Versicherers, die besonderen Versicherungsformen, Erweiterung des Spielraums im Bereich Tarif- und Vertragsgestaltung. Damit der Wettbewerb im Hinblick auf günstige Prämien jedoch nicht primär über Risikoselektion geführt wird, wurde der Risikoausgleich eingeführt und mehrmals verfeinert. Dies im Hinblick auf die Sicherstellung des Solidaritätsziel innerhalb des KVG. (Hammer et al. 2008, S. 45)

Gemäss Einschätzung von Hammer et al. (2008) stellt das KVG weniger Erwartungen an die Leistungserbringer, sich unternehmerisch in einem wettbewerblichen Umfeld zu verhalten.

³ „Unter dem Begriff Wettbewerbsparameter verstehen wir die Möglichkeiten eines Versicherers (bzw. eines Leistungserbringers), sich gegenüber seinen Konkurrenten einen Wettbewerbsvorteil zu verschaffen. Primäre Wettbewerbsvorteile sind der Preis (...) und die Qualität des Produkts.“ (Hammer et al. 2008, S. 22)

⁴ „Nach Porter 1999 wird die Wettbewerbsintensität einer Branche durch fünf Wettbewerbskräfte bestimmt: Bedrohung durch neue Anbieter (bzw. Mitbewerber), Verhandlungsstärke der Lieferanten, Verhandlungsstärke der Abnehmer, Bedrohung durch Ersatzprodukte oder – dienstleistungen, Grad der Rivalität zwischen den bestehenden Wettbewerbern.“ (Hammer et al. 2008, S. 23)

Wie wirken sich die regulatorischen Bestimmungen nun im Hinblick auf den Wettbewerb im Versicherer- und im Leistungserbringermarkt aus? Die Analyse von Hammer et al. (2008) kommt zu folgenden Ergebnissen:

Tabelle 2: Wettbewerbsintensität im Versicherer- und Leistungserbringermarkt
(eigene Darstellung in Anlehnung an Hammer et al. 2008)

„Markt“	Intensität des Wettbewerbs: Einschätzung und Begründung	Mögliche Ursachen / Differenzierungen / Bemerkungen
Versicherer	<p>Geringe Intensität des Wettbewerbs zwischen den Versicherern im OKP-Markt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einschränkung durch gesetzliche Regulierung (z.B. Kontrahierungszwang). Wenig attraktiv für Markteintritt neuer Mitbewerber. - Kein transparenter Wettbewerb bezüglich Preis & Leistung (reiner Prämienwettbewerb). Dominante Strategie: Risikoselektion. Kaum Verbreitung „echter“ Managed Care-Modelle. - Die Effizienzvorteile von „echten“ Managed Care-Modellen zeugen vom nicht ausgeschöpften Potential für eine effizientere Ressourcenallokation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Starke Regulierung: Grundlegende Bestimmungen (z.B. Leistungskatalog, Einheitsprämien etc.) schränken den Handlungsspielraum für die Produktegestaltung stark ein. - Ungenügender Risikoausgleich. - Fehlende Entwicklung zu echten Managed Care infolge fehlender finanzieller Anreize für Versicherer und ungenügendem Risikoausgleich. - Kontrahierungszwang. - Der geringe Wettbewerb im Leistungserbringermarkt schränkt die Möglichkeiten der Versicherer ein. - Prämien genehmigung durch den Bund, Gewinnverbot für die Versicherungen in der OKP.

Leistungserbringer		
Ärzterschaft	<p>Kaum Wettbewerb:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hauptgrund: Kontrahierungszwang im Verbund mit Einzelleistungsabrechnungen und dem fehlenden Willen der Versicherten, Einschränkungen bei der freien Arztwahl einzugehen. - Fehlende öffentliche zugängliche Informationen zu Qualität und Nutzen der Leistungen. 	<ul style="list-style-type: none"> - gewisser Wettbewerb zwischen Spezialisten (z.B. indirekt über Privatkliniken) besteht. - Geringere Wettbewerbsintensität auf dem Land als in der Stadt. - Trend zu Ärztenetzwerken könnte Wettbewerb beleben.
Spitäler	<p>Geringe Wettbewerbsintensität</p> <ul style="list-style-type: none"> - hohe Regelungsdichte, die Wettbewerb massgeblich einschränkt - föderalistische Marktstrukturen (v.a. Spitalplanung) - Spitalfinanzierungsgrundsätze - Kantonal weitgehend einheitliche Tarife - Fehlende Transparenz bezüglich Qualität der Leistungen - Kontrahierungszwang - Mangelndes Interesse der Spitäler an Managed Care-Modellen. 	<p>Mit der Ausrichtung auf eine leistungsorientierte Spitalplanung und im Hinblick auf die Einführung der neuen Spitalfinanzierung könnte sich die Wettbewerbssituation verbessern.</p>

Die Studie von Hammer et al. datiert von 2008. Sie nimmt bereits die damals vom Parlament beschlossenen Reformen (neue Spitalfinanzierung, weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs) auf, die erst auf 2012 in Kraft gesetzt wurden. Dennoch hat sich die Situation gegenüber 2008 in einigen Bereichen verändert. Die Einschätzungen von Hammer et al. 2008 bedürfen deshalb der nachfolgenden Präzisierung bzw. Aktualisierung zur Entwicklung von Managed Care, zur Wirkung des verfeinerten Risikoausgleichs und zur Wirkung der neuen Spitalfinanzierung.

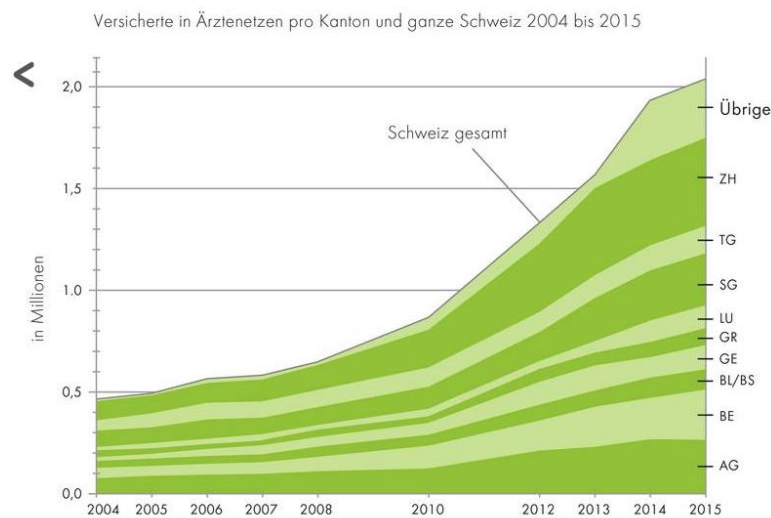
Entwicklung im Bereich Managed Care:

Die Managed Care-Organisationen sind in den letzten Jahren stark gewachsen. Die Feststellung von Hammer et al. (2008) einer fehlenden Entwicklung zur echten Managed Care ist deshalb nicht mehr korrekt.

Das Forum Managed Care (FMC)⁵ führt alle zwei Jahre eine Erhebung bei den Ärztenetzwerken der Schweiz durch. Wie die Erhebung von 2015 zeigt, lassen sich inzwischen über 2 Mio. Versicherte in der Schweiz in einem Praxis- oder Ärztenetzwerk betreuen. Die nachfolgende Grafik zeigt das eindrucksvolle Wachstum seit 2008 auf.

⁵ Siehe Internetseite: www.fmc.ch (29.01.2016)

Abbildung 6: Entwicklung Versicherte in Ärztenetzwerken 2004 - 2015 (www.fmc.ch)



Wirkung der Einführung des neuen Risikoausgleichs per 2012:

Das BAG hat eine Wirkungsanalyse der Konsequenzen der Einführung des neuen Risikoausgleichs in Auftrag gegeben. Die Autoren dieser Wirkungsanalyse kommen zum Schluss, dass „die Verfeinerung des Risikoausgleichs zu einer Stärkung der Solidarität zwischen den Gesunden und den Kranken beigetragen hat. Die Situation hat sich insbesondere für jene Kranken verbessert, welche stationär behandelt werden. Krankenversicherer, die überproportional viele chronisch Kranke versichern, haben jedoch weiterhin einen Wettbewerbsnachteil.“ (Trottmann M. und Telser H. 2013).

Der neue Risikoausgleich per 2012 zeigt also offenbar Wirkung im Hinblick auf eine stärkere Solidarität. Unbeantwortet lassen die Autoren aber die Frage, ob die Gesetzesänderung auch zu einer Verhaltensänderung bei den Krankenversicherungen geführt hat.

Die Wirkung auf das Verhalten der Krankenversicherer analysiert Viktor von Wyl (in Beck et al. 2014). Die Untersuchung stellt zunächst fest, dass es deutliche Hinweise dafür gibt, dass die Mehrkassenstrategien der Krankenversicherer, die 2009 ihren Höhepunkt erreicht haben, mehrheitlich der Risikoselektion dienen. Ihre Analysen des Verhaltens der Krankenversicherer deuten darauf hin, dass die Krankenversicherer insbesondere in den letzten Jahren ihre Strategien dem Risikoausgleich anpassen mussten. Sie schliessen die Studie mit der Annahme, dass auch weitere Verbesserungen im Risikoausgleich auf Grund der Marktdynamik schnell greifen werden. Sie halten explizit fest: „Kein Versicherer kann den Risikoausgleich ignorieren. Im Gegenteil: Die Versicherer haben gelernt, die Folgen des Risikoausgleichs zu antizipieren und scheinen ihr Handeln danach auszurichten“ (Beck et al. 2014, S. 117 - 129.) Es bestehen deshalb Hinweise dafür, dass die von Hammer et al. (2008) als dominant erachtete Strategie der Risikoselektion der Krankenversicherer dank der Einführung des Risikoausgleichs tendenziell an Dominanz eingebüsst hat und andere Strategien zur Beeinflussung der Leistungskosten (Investitionen in Care-, Case-, und Disease-Management, Fokus auf Tarifverhandlungen, Bedeutung der Qualität etc.) für die Krankenversicherer an Bedeutung gewinnen könnten.

Wirkung der neuen Spitalfinanzierung per 2012:

Der Bundesrat hat eine Evaluation der Wirkung der neuen Spitalfinanzierung in Auftrag gegeben. Mit dem abschliessenden Bericht ist im Jahr 2019 zu rechnen. Im Mai 2015 hat das BAG einen ersten Zwischenbericht mit Zwischenresultaten veröffentlicht (BAG 2015c). Die Studie kommt zu folgenden Schlüssen:

- *Transparenz:* Insgesamt ist diese gestiegen, insbesondere ist nun die Vergleichbarkeit der Kosten der stationären Leistungen zwischen den Spitälern in der Akutmedizin möglich. Wenig Transparenz besteht bezüglich der Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen durch die Kantone.
- *Wettbewerb:* Die kantonalen Unterschiede in der Interpretation der Umsetzung der wettbewerblichen Elemente werden als sehr unterschiedlich geschildert. Die Studie verweist auf drei Untersuchungen, die zu diesem Schluss gekommen sind (Credit Suisse Group AG 2013; Trottmann 2013; Poledna/Vokinger 2014). Die Studie kann eigentliche Erkenntnisse aber noch nicht vorweisen.
- *Effizienzsteigerung in den Spitälern:* Es gibt Hinweise, dass sich die Spitäler auf einen verstärkten Wettbewerb einstellen (Prozessoptimierungen). Gleichzeitig stellt die Studie fest, dass diese Entwicklungen bereits vorher eingesetzt haben, dass aber der administrative Aufwand durch die neue Spitalfinanzierung zugenommen hat. Ob eine Spezialisierung stattgefunden hat, kann noch nicht festgestellt werden. Für das Jahr 2012 haben sie keine Missbräuche des Codierungssystems, keine blutigen Entlassungen und keine Unterversorgung schwieriger Fälle festgestellt.
- *Kostenentwicklung:* 2012 konnte das Kostenwachstum nicht gedämpft werden. Im Gegenteil sind die Kosten zu Lasten der OKP überproportional gestiegen (+9.4% für stationären Spitalleistungen im Jahr 2012 gegenüber +2.6% im Jahr 2011).
- *Qualitätsentwicklung:* Die Studie verweist auf bestehende Untersuchungen (Golder et al. 2013; Abele/Blumenfeld 2013; hcri AG/ANQ 2014; Frick et al. 2014; Kohler et al. 2015; Widmer 2012). Es wird festgestellt, dass sich die Qualität 2012 weder deutlich verschlechtert noch deutlich verbessert hat. Die Studie verweist auf die hohe Bedeutung, die einer systematischen Erfassung von Qualitätsindikatoren im Spitalbereich zukommt.

Offenbar ist der Zeitpunkt für klare Aussagen zur Wirkung der neuen Spitalfinanzierung für das Bundesamt für Gesundheit noch etwas früh. Sie verweisen auf den 2019 erscheinenden Schlussbericht, der mehr Klarheit schaffen soll.

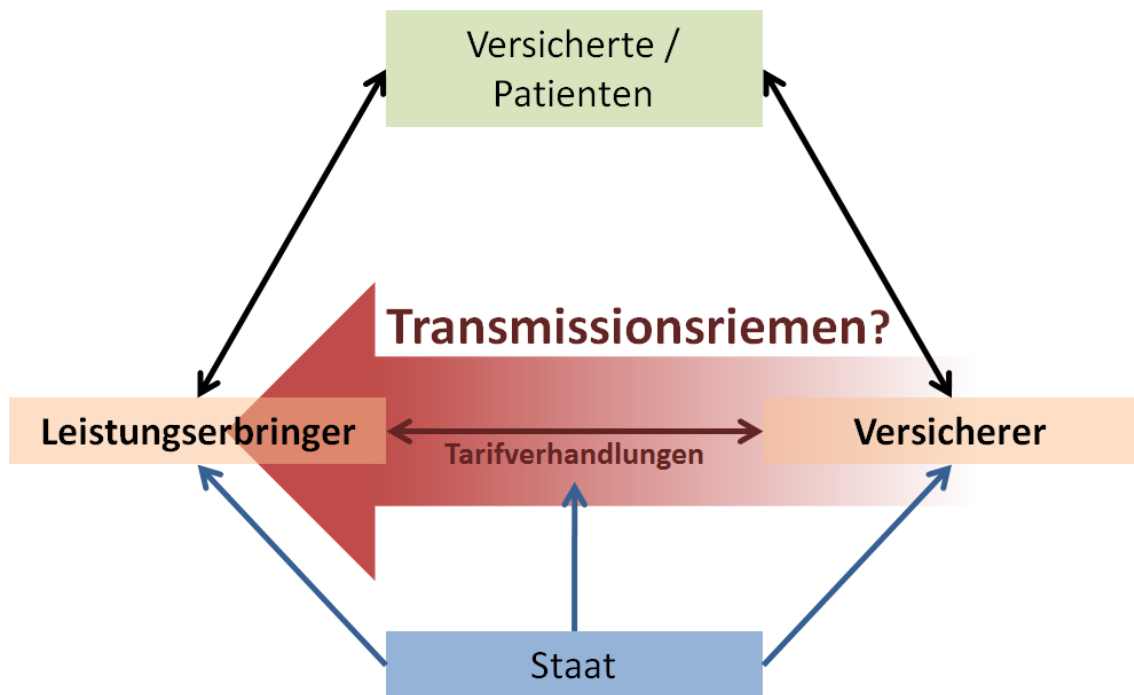
Die letzten drei Abschnitte zeigen zusammenfassend die wesentlichen Veränderungen seit der Durchführung der Studie von Hammer et al. im Jahr 2008 auf. Auch wenn sich die Situation in einigen Bereichen (z.B. Managed Care) gegenüber 2008 deutlich verändert hat, bleibt die Aussagekraft und das theoretische Konstrukt der Studie von Hammer et al. 2008 die geeignetste Grundlage für eine wettbewerbsorientierte Betrachtung des Schweizer Gesundheitswesens.

Nach dieser Aufarbeitung der Literatur werden im nächsten Kapitel nun primär die Einschätzungen der im Rahmen dieser Studie interviewten Akteure präsentiert.

4.1.2. Experteneinschätzungen zur generellen Wettbewerbskonzeption des KVG

Ausgehend von der oben beschriebenen Wettbewerbskonzeption des KVG stellt sich die Frage, wie die Versicherer den auf sie gerichteten Wettbewerbsdruck auf den Leistungserbringermarkt übertragen können. Hierfür stehen primär zwei Möglichkeiten zur Verfügung: einerseits über den Versuch, das (Konsum)verhalten der Versicherten bzw. Patienten zu steuern und andererseits über die Tarifverhandlungen (vergleiche hierzu Kapitel 2). Diese Übertragung von wettbewerblichen Kräften des Versicherermarktes auf den Leistungserbringermarkt wird nachfolgend als „**Transmissionsriemen**“ bezeichnet.

Abbildung 7: Transmissionsriemen des Wettbewerbsdrucks zwischen den Teilmärkten des Gesundheitswesens (eigene Darstellung basierend auf Hammer et al. 2008)



In den Experteninterviews wurde der Frage nachgegangen, inwiefern diese Wettbewerbskonzeption des KVG tatsächlich mit der Einschätzung der befragten Akteure übereinstimmt, in welchem Ausmass sie auch tatsächlich eine Wirkung entfaltet und welche Anpassungen auf der Systemebene allenfalls notwendig sind, um eine stärkere Entfaltung von wettbewerblichen Kräften zu ermöglichen. Die Antworten der Expertinnen und Experten vielen sehr unterschiedlich aus. Nachfolgend werden die Experteneinschätzungen *kursiv* (paraphrasierte Zitate) bzw. in Anführungs- und Schlusszeichen (direkte Zitate) präsentiert und analytisch eingeordnet.

a) Einschätzungen der Versicherer

Die Versicherer sind sich einig darin, dass im heutigen Setting sehr wenig Wettbewerbsdruck auf die Leistungserbringer entsteht. Ein Vertreter stimmt dem Bild des Transmissionsriemens über die Tarifverhandlungen mindestens in der Theorie zu. *In der Praxis geschieht aber viel zu wenig.*⁶ Ein anderer Vertreter äussert sich entschieden gegen die Vorstellung, dass das KVG Wettbewerb fördern wolle oder könne. Es handle sich insgesamt um ein „schlechtes Gesetz“. *Einzig die freie Wahl des Versicherers und des Leistungserbringer sind kleine Wettbewerbselemente. Wesentliche andere Elemente sind nicht vorhanden.* Genannt wurden: *keine freie Wahl des Vertragspartners, keine freie Wahl des Leistungsangebots, keine freie Wahl des versicherten Leistungsumfangs.*

Die Situation wird im stationären Bereich anders eingeschätzt. *Mit der neuen Spitalfinanzierung wurden mehr Wettbewerbselemente eingeführt. Die teuren Spitäler sind dank Vergleichbarkeit günstiger und effizienter geworden. Das System der Fallpauschalen (DRG) ist wettbewerbsfördernd auf der Preisebene, weil es den Föderalismus hinter sich lässt und Einheitlichkeit schafft. Leider wird die positive Wirkung nicht anhalten, denn nun wird versucht, mittels kostenbasiertem Benchmarking die Preise zu ermitteln. Die rein kostenbasierte Preisermittlung ist aber absurd. Denn wenn im Gesundheitsmarkt die Kosten steigen, steigen auch die Preise. Das DRG-System gleicht zwar Unterschiede zwischen den Spitälern aus, aber wenn der gesamte Markt mit den Kosten steigt, dann hilft auch das DRG-System nicht. Wenn sich in einer Industrie die Preise an den Gesamtkosten orientieren, ist niemand daran interessiert, seine Kosten tief zu halten. Im Gegenteil: Steigen die Kosten, so steigen die Preise! Dies sind Folgen der Fehlanreize im KVG. Dass die Versicherer „ihren kaum existierenden Wettbewerb“ via Tarifverhandlungen auf die Leistungserbringer übertragen, ist eine Illusion, denn die Handlungsfreiheit der Versicherer ist viel zu gering.* Im Verlauf der Interviews werden aber auch gegenteilige Aussagen (von denselben Akteuren) gemacht. *Mit der Bildung verschiedener Einkaufsgemeinschaften und generell der Aufsplittung der Versicherungsbranche wurde mehr Wettbewerbsdruck geschaffen, der sich auch auf die Leistungserbringer auswirkt. Früher war es möglich „schlecht zu verhandeln“. Es gab gar keine Vergleichsmöglichkeit. Das ist heute nicht mehr möglich.*

Wichtig war auch bei vielen Gesprächen der Hinweis auf die Unterscheidung zwischen KVG und UVG. Als wesentliche Unterschiede zum KVG wurden die folgenden Punkte genannt:

- Im UVG sind die Kunden klar zugeteilt, wodurch die Marktaufteilung gegeben ist.
- Für den ambulanten und den stationären Bereich gelten gesamtschweizerische Tarife. Die Kantone spielen für die Tarife keine Rolle. Eine kantonale Verzerrung, wie man sie im KVG kennt, liegt somit im UVG nicht vor.
- Im UVG besteht kein Kontrahierungszwang. Die Unfallversicherer können bestimmen, mit welchen Leistungserbringern sie Verträge abschliessen zur Behandlung der obligatorischen Unfallpatienten.

Im Hinblick auf die Wirkung des Zusatzversicherungsgeschäftes auf die Verhandlungen auf Systemebene wurden nur wenige Aussagen gemacht. Es wurde auf die Wechselwirkung zwischen OKP und VVG in den Verhandlungen hingewiesen. Konkret wurde bemängelt, dass die Krankenversicherer die Verhandlungen – im Gegensatz zu den Spitälern – nicht in einem Paket führen. Die Tarifgemeinschaft Tarifsuisse AG verhandelt lediglich die OKP-Tarife. Wenn dort besonders hart verhandelt werde, dann „räche“ sich das für die Verhandlungen im Zusatzversicherungsbereich.

⁶ Nachfolgend werde paraphrasierte Aussagen der Expertinnen und Experten jeweils *kursiv* gesetzt. Es handelt sich dabei um zusammenfassende Aussagen und nicht um direkte Zitate. Wenn es sich um direkte Zitate handelt, dann sind sie *kursiv* und in Anführungs- und Schlusszeichen gesetzt.

Für die Spitäler zähle letztlich das Gesamtergebnis zur Deckung ihrer Kosten. Das sei suboptimal und es werden Lösungen gesucht, das zu verbessern.

b) Einschätzungen der Leistungserbringer

Auch bei den Leistungserbringern waren die Aussagen teilweise sehr unterschiedlich. Der Einschätzung, dass primär bei den Versicherern Wettbewerbsdruck vorherrsche, der dann auf die Leistungsbringer übertragen werde, widersprachen aber alle, wenn auch mit unterschiedlichen Ansichten. Für einzelne sind Versicherungen keine Unternehmen, sondern primär Verwaltungen mit einer delegierten Staatsaufgabe, die sie zu vollziehen haben. *Aus dieser Perspektive von Wettbewerb zu sprechen ist absurd.* Andere weisen auf die enorme Regeldichte hin und finden es schwierig, angesichts von Versicherungs- und Kontrahierungszwang im Gesundheitswesen der Schweiz überhaupt von Wettbewerb zu sprechen. *Deshalb existiert auch kein Transmissionsriemen.*

Andere Leistungserbringer, insbesondere im stationären Bereich, sehen einen ausgeprägten *Wettbewerb der Spitäler um die Patienten und einen klaren Wettbewerb der Versicherer um die Versicherten. Hingegen haben die beiden Märkte kaum Verbindungen. Insofern findet auch keine Übertragung von Marktkräften statt.* Geäussert wurde auch die Position, dass es sich beim Wettbewerb zwischen den Versicherern um einen „*völlig unsinnigen*“ Wettbewerb mit einem jährlichen „*Versicherer-Hopping*“ handle, das keinen Nutzen für das gesamte System erbringe. *Diese Form des Wettbewerbsdrucks kommt auch nicht auf Seiten der Leistungserbringer an.*

Das Gesundheitswesen wird als ein überadministrierter Markt beschrieben. *Sehr viele einschränkende Bestimmungen und in der Mitte soll Markt entstehen?* Preisverhandlungen finden zwar statt, aber es herrscht grosse Unklarheit über wesentliche Prämissen. Genannt wurde im stationären Bereich das Beispiel eines Anbieters, der sich in Bereich der Versorgung von Kindern in einer Monopolsituation sieht und einem steigenden Bedarf ausgesetzt ist: „*Letztlich langfristig gesehen sind sich viele nicht einig über die Prämissen. Z.B. ist Spital XY ein Monopolanbieter im Kinderspitalbereich, gleichzeitig steigen die Ansprüche der Patienten in diesem Bereich. Doch das Spital XY kann keine Monopolrente rausholen, weil das System überreglementiert ist. Einzige Auswirkung des Monopols: Enorm hohe Auslastung in einem Kinderspital mit grosser Warteliste. Die Spitäler haben auch nur beschränkten Einfluss auf die Strukturen, da der Kanton hier grossen Einfluss nimmt. Das KVG fordert eine kostendeckende Vergütung bei effizienter Leistungserbringung. Dies ist schwierig, wenn die Spitalstrukturen diese Effizienz nicht zulassen.*“

Sehr viel entspannter äusserten sich Leistungserbringer im Umfeld von Managed Care-Organisationen. Da ihre Verträge auf gegenseitiger Freiwilligkeit beruhen und Versicherer und Leistungserbringer direkt und ohne Einbezug der Kantone und/oder Verbände agieren, sehen sie den Wettbewerbsdruck auch nicht primär bei den Versicherern, sondern gleichwertig verteilt. Sie sind lediglich indirekt betroffen, da sie auf Basis von Einzelleistungstarifen (TARMED) abrechnen.

c) Einschätzungen von Seite Bund, Kantone und Gerichte

Bund, Kantone und Gerichte waren sich in bestimmten Punkten einig, was die Einschätzung der Wettbewerbssituation auf Systemebene betrifft. Alle teilen die Einschätzung, dass insbesondere das KVG zwar Wettbewerb postuliert, die Umsetzung jedoch teilweise schwierig ist. Als einschränkende Elemente für die Entfaltung von Wettbewerb wird beispielsweise der Kontrahierungszwang genannt. *Solange dieser besteht, richtet sich der Wettbewerb der Krankenversicherer auf die Jagd nach guten Risiken. Nur mit grossem administrativem Aufwand (Risikoausgleich) kann diese Orientierung dann wieder korrigiert werden.* Einzelne Positionen gehen noch weiter und sprechen von

grossen Widersprüchen zwischen dem, was das KVG einfordert (WZW-Kriterien) und dem, was angesichts der Regelungsdichte überhaupt möglich ist. *Der geforderte Wettbewerb ist deshalb normalerweise ein Pseudo-Wettbewerb. Gerichte müssen im Streitfall dann immer ein Optimum definieren.*

Schliesslich wurde die Frage aufgeworfen, inwiefern Wettbewerb in einer Sozialversicherung überhaupt ein sinnvolles Konzept ist. *In der Wettbewerbstheorie gewinnt derjenige mit der besten Leistung und dem tiefsten Preis. Die anderen gehen leer aus. Aber im KVG werden Verlierer gar nicht zugelassen (Kontrahierungszwang). Und die Leistungen müssen allen Konsumenten gleich angeboten werden (OKP). Dies steht im Widerspruch zu den KVG-Wettbewerbsforderungen.*

Als Folge der neuen Spitalfinanzierung findet Wettbewerb im stationären Bereich, insbesondere im interkantonalen Bereich, vermehrt statt. Auch von diesen Akteuren wurde auf die klaren Unterschiede zwischen UVG und KVG hingewiesen. Das Zusatzversicherungsgeschäft (VVG) spielt eine bedeutende Rolle. Wie sich das Zusatzversicherungsgeschäft aber konkret auf der Systemebene auswirkt, dazu wurden keine Aussagen gemacht.

4.1.3. Zwischenfazit

Die Wettbewerbskonzeption im Schweizer Gesundheitswesen wird primär über das KVG definiert. Dieses setzt die Versicherer in einen Wettbewerb im Versicherermarkt. Der Gesetzgeber erwartet, dass sich die Versicherer vermehrt wettbewerbslich verhalten und damit – mit indirekter Wirkung auf den Leistungserbringermarkt – zur Kostendämmung beitragen (Hammer et al. 2008, S. 45 ff).

Dieser Analyse der theoretischen Konzeption wird von den Expertinnen und Experten nicht widersprochen. Hingegen herrscht die Meinung vor, dass diese Konzeption in der Praxis nicht die gewünschte Wirkung erzielt. Als Gründe für das Scheitern wird primär die hohe Regulierungsdichte verantwortlich gemacht. Zudem bestehen Zweifel, ob zwischen den Krankenversicherern überhaupt ein Wettbewerb stattfindet. Als Grund dafür werden inhärente Widersprüche im KVG selber genannt.

Betrachtet man die Tarifverhandlungen als Transmissionsriemen des Wettbewerbsdrucks von den Versicherern auf die Leistungserbringer, so wirkt dieser noch aus einem weiteren Grund nicht direkt: Die Versicherer haben sich im Wesentlichen zu drei Einkaufsgemeinschaften zusammengeschlossen. Die an sich grosse Zahl an Versicherern auf dem Versicherungsmarkt wird dadurch erheblich reduziert. Immerhin ist festzustellen, dass zwischen diesen Einkaufsgemeinschaften dann doch eine scharfe Konkurrenz besteht.

Die Analysen in der Literatur sowie die Aussagen der Expertinnen und Experten fokussieren in der Regel unmittelbar auf den Beitrag von Wettbewerb zur Kostendämmung. Dies ist nachvollziehbar. Die Krankenversicherer haben grundsätzlich zwei Parameter, um Einfluss auf Höhe ihrer Prämien zu nehmen: die Risikoselektion und die Steuerung der Leistungskosten. Die Leistungserbringer sind beim zweiten Parameter involviert. Konsequenterweise wird in dieser indirekten Wettbewerbskonzeption demnach primär der Druck zur Senkung der Leistungskosten weitergegeben. Ein Qualitätswettbewerb, der beispielsweise auf die Ausgestaltung des Angebots der Leistungserbringer fokussiert, stand bis anhin nicht im Vordergrund. So verwundert es nicht, dass in den Experteninterviews erst auf Nachfragen hin auch Aspekte eines Qualitätswettbewerbs in die Überlegungen miteinbezogen wurden. Zudem kommt erschwerend hinzu, dass sich die Unterschiede in der Behandlungsqualität oft schlecht oder überhaupt nicht nach bezahlendem Versicherer differenzieren lassen. Wenn zum Beispiel das Infektionsrisiko in einem Spital durch bessere Prozesse reduziert werden kann und der Versicherer A mit seinem Verhandlungsgeschick Anteil daran hat,

dann kann man die Versicherten von Versicherer B nicht daran hindern, von diesem Fortschritt zu profitieren, auch wenn Versicherung B überhaupt nichts dazu beigetragen hat. Dadurch reduziert sich das Interesse aller Versicherungen an Qualitätsfragen, von denen alle profitieren können. Dies im Unterschied zu Tarifen, die sich je nach Versicherer unterscheiden können.

Im folgenden Kapitel sollen deshalb zunächst die Grundlagen für die Frage des Qualitätswettbewerbs aufgearbeitet werden, bevor diese mit den Aussagen der Expertinnen und Experten zum Handlungsspielraum der zentralen Akteure verknüpft werden.

4.2. Die Rolle der Qualität

Wie der Bundesrat in der Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) vom 4. Dezember 2015 festhält, sei er sowohl vom Parlament als auch von den beiden Kommissionen SGK (Nationalrat) und GPK (Ständerat) aufgefordert worden, seine Kompetenzen im Bereich der Qualität vermehrt wahrzunehmen (Bundesrat 2015). Die Verbesserung der Qualität ist denn auch in der Zielsetzung der Strategie „Gesundheit 2020“ (Bundesamt für Gesundheit 2013) verankert.

Eine Recherche in der Geschäftsdatenbank des Parlaments⁷ zeigt auf, dass alleine in den letzten zehn Jahren über 300 Vorstösse zum Thema Qualität im Gesundheitswesen eingereicht wurden.

Handlungsbedarf im Bereich der Qualität wird der Schweiz auch von aussen attestiert. Die OECD/WHO (2011) halten in ihrem Länderbericht zum schweizerischen Gesundheitswesen fest:

„Der gelenkte Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern hat zu umfassendem Versicherungsschutz und grosser Auswahl geführt. Als Nächstes müssen Qualität und Kosten angegangen werden.“ (OECD/WHO 2011, S. 13). OECD und WHO identifizieren denn auch die folgenden Schwächen bezüglich Qualität in der heutigen Situation:

- Es brauche mehr Angaben über Behandlungsergebnisse und Morbidität.
- Die heutige Überwachung und Erfassung der Versorgungsqualität beschränke sich auf eine Reihe von Spitalindikatoren primär der Akutversorger.
- Die vorhandenen Informationen würden es weder den politischen Entscheidungsträgern erlauben, auf die grössten Gesundheitsrisiken und betroffene Bevölkerungsgruppen hin reagieren zu können, noch reichen die Informationen aus, um den Patientinnen und Patienten als Grundlage für die Auswahl der Leistungserbringer zu dienen.
- „Die Schweiz ist in hohem Masse davon abhängig, dass sich jeder Arzt, jede Ärztin selber an „best practice“-Methoden orientiert und besitzt nur begrenzte Möglichkeiten für ein landesweites Benchmarking der Qualität von Gesundheitsleistungen.“ (OECD/WHO 2011, S. 18)

Bosshard/Straubhaar (2015) gehen davon aus, dass die medizinische Qualität in der Schweiz – gestützt auf internationale Studien – zwar hoch ist. In vergleichbaren Ländern, insbesondere in den USA, Kanada, Australien und Neuseeland ist die Dokumentation und datenbasierte Beurteilung der medizinischen Qualität aber weiter fortgeschritten als in der Schweiz. Zudem bestehen

⁷ Parlamentarische Geschäftsdatenbank Curia Vista: <http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/curia-vista.aspx> (Abfrage per 12.01.2016).

Tendenzen zur Fehlsteuerung. Eine weitere Herausforderung orten sie im ambulanten Bereich in den „unkoordinierten Aktivitäten diverser Akteure“ (ebda, S. 364). Vom Bund wird deshalb nun eine koordinierende und unterstützende Rolle erwartet. Zudem legen Bosshard/Straubhaar (2015) den Fokus auf die „Large Scale Interventions“. Darunter sind Programme zu verstehen, die konkrete und bekannte Qualitätsprobleme aufgreifen und bei denen die Gegenmassnahmen evident sind. Als Beispiel nennen sie unsichere Medikationsprozesse, Spitalinfektionen etc.. Diese Programme würden bis jetzt durch die Stiftung Patientensicherheit Schweiz durchgeführt. Das Potential könne aber infolge fehlender Ressourcen nicht genutzt werden.

Im ambulanten Bereich kamen die institutionalisierten Impulse zur Qualitätssicherung in der Grundversorgung aus den Managed Care-Organisationen. Die Gründe orten Bosshard/Straubhaar (2015) im Legitimationsdruck der Managed Care-Organisationen, dass die nachgewiesenen Kosteneinsparungen nicht zu Lasten der medizinischen Versorgung erzielt würden. Aus den Pionier-HMOs entstand 1999 die unabhängige Stiftung EQUAM, die Zertifizierungen für Hausärzte durchführt. Das Ärztenetzwerk mediX beispielweise verlangt von ihren Ärzten eine Zertifizierung durch EQUAM.

Im stationären Bereich verlief die Entwicklung anders. Aus dem Projekt LORAS des Kantons Zürich (Dokumentation von Qualität im stationären Bereich) entstand im Jahr 2000 der Verein Outcome. Mitte 2009 beteiligten sich bereits ca. 70 Spitäler an den Messungen. In der Westschweiz wurde 1997 die Agence pour la Promotion et l'Evaluation de la Qualité (APEQ) zur Unterstützung der Spitäler gegründet. 1997 wurde ein Rahmenvertrag zwischen H+ und Santésuisse (gemäss Art. 77 KVV) vereinbart. 2004 wurde dann auf Basis dieses Vertrags die Gesellschaft KIQ (Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätssicherung) unter Einbezug der MTK gegründet. Die anschliessende Entwicklung verlief schleppend, was 2007 zur Gründung des Interkantonalen Vereins für Qualitätssicherung führte. 2009 wurde dieser Verein mit dem KIQ zum Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zusammengeschlossen. Das Ziel des ANQ ist die einheitliche Umsetzung von Outcome Messungen im stationären Bereich der Akutversorgung, der Psychiatrie und der Rehabilitation. (Bosshard/Straubhaar 2015, S. 368)

4.2.1. Ausgangslage & Definition

Was ist im Rahmen dieses Berichts unter Qualität zu verstehen? Vom Institute of Medicine der National Academy of Sciences der USA wurde 1990 folgende Definition des Qualitätsbegriffs entwickelt:

"Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge." (Lohr/Schroeder 1990)

In Anlehnung an diese Definition hat der Bundesrat in seiner Qualitätsstrategie den Qualitätsbegriff wie folgt umschrieben (Bundesamt für Gesundheit 2009, S. 12):

„Qualität ist ein Mass dafür, wie sehr Leistungen des Gesundheitswesens für Individuen und Bevölkerungsgruppen:

- a) die Wahrscheinlichkeit erwünschter Gesundheitsergebnisse erhöhen*
- und*
- b) dem aktuellen Fachwissen entsprechen.“*

Dieser Bericht stützt sich auf die vom Bund verwendete Definition.

Für den Bundesrat besteht Handlungsbedarf in dreierlei Hinsicht (Bundesamt für Gesundheit 2014, S. 3.):

- 1) Sicherung und Verbesserung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen;
- 2) Die nachhaltige Erhöhung der Patientensicherheit;
- 3) Die Kostendämpfung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Die Rollenteilung der Akteure (Bund, Kantone, Versicherer, Leistungserbringer) präsentiert sich im KVG wie folgt (Bundesrat 2015, S. 266 ff.):

Tabelle 3: Kompetenzen Bund, Kantone, Versicherer, Leistungserbringer gestützt auf KVG

Bund	<ul style="list-style-type: none"> - Regelung der Voraussetzungen zur Zulassung der Leistungserbringer, insbesondere Erlass der für Spitäler und andere Einrichtungen einheitlichen Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit (Art. 38 und 39 KVG); - Festlegung von Eckwerten für die Entwicklung, Erhebung und die Publikation von Qualitätsinformationen (insbesondere nach Art. 22a KVG); - subsidiäre Festlegung von Massnahmen, wenn die Tarifpartner hinsichtlich vertraglicher Qualitätssicherung nach den Artikeln 59d und 77 KVV oder die Kantone in ihrer Versorgungsplanung im Bereich der hochspezialisierten Medizin ihren Aufgaben nicht nachkommen (Art. 39 Abs. 2bis KVG).
Kantone	<ul style="list-style-type: none"> - Beurteilung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Spitäler im Rahmen der Versorgungsplanung (Art. 39 KVG und Art. 58a–58e KVV); - Unterstützung der Verbindlichkeit von Vorgaben qualitätssichernder Massnahmen und Qualitätsmessungen des Bundes bei den Leistungserbringern.
Versicherer	<ul style="list-style-type: none"> - vertragliche Vereinbarungen mit den Leistungserbringern zu Tarifen und Massnahmen zur Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen (Art. 43 KVG); - Überprüfung der Leistungserbringer hinsichtlich Erfüllung der Anforderungen an die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und Beantragung von Sanktionen bei den kantonalen Schiedsgerichten (Art. 56, 59, 89 KVG).
Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> - Erbringung von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen im Rahmen der OKP (Art. 32 KVG); - Umsetzung der qualitätssichernden Massnahmen gemäss den Vorgaben des Bundes und der Kantone und den Verträgen mit den Versicherern (Art. 39, 43 und 58 KVG); - betriebliche eigenverantwortliche Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der Leistungserbringung einschliesslich Initiierung und Durchführung von lernorientierten Aktivitäten z.B. zu Benchmarking und Best Practice (Art. 59d und 77 KVV); - Erhebung von Daten zur Ermittlung von Qualitätsinformationen und kostenlose Zurverfügungstellung zuhanden des Bundes (Art. 22a KVG).

4.2.2. Übersicht über die Aktivitäten der verschiedenen Akteure

Die bisherigen Aktivitäten von Bund, Kantonen, Versicherern und Leistungserbringern werden in der Botschaft des Bundesrates (Bundesrat 2015, S 267-271) detailliert aufgelistet. Nachfolgend wird auf die Aktivitäten der Kantone, der Versicherer, der Leistungserbringer sowie weiterer Akteure fokussiert.

Table 4: Aktivitäten von Kantonen, Versicherern, Leistungserbringern und weiteren Akteuren im Bereich Qualität (Bundesrat 2015; Bosshard/Straubhaar 2015)

<p>Aktivitäten der Kantone (Art. 39 KVG und Art. 58a–58e KVV)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Abstützen auf Mindestfallzahlen im Spitalbereich als Nachweis für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Rahmen der Versorgungsplanung. - Teilweise verwenden Kantone die Qualitätsindikatoren des BAG und des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ). - Definition von Minimalfallzahlen für bestimmte Leistungsgruppen.
<p>Aktivitäten der Versicherern und Leistungserbringer</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inzwischen wurden paritätische Gremien geschaffen für verschiedene Leistungserbringergruppen mit dem Ziel, Qualitätsinstrumente zu entwickeln (z.B. Pflegeheime, Spitex, Physiotherapie) auf Basis von Art. 59d und 77 KVV. Der Bundesrat hält dazu fest: „Die Umsetzung ist unterschiedlich weit fortgeschritten, wobei insgesamt noch viele Lücken bestehen.“ (Bundesrat 2015, S. 269) - 2009 wurde der Verein ANQ aus Vorgängerorganisationen für Spitäler, Rehabilitationskliniken und Geburtshäuser gegründet. Mitglieder sind die Tarifpartner und die GDK. Dazu aus der Botschaft: „Der Zweck des Vereins ist die Koordination und die Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitätsmessungen (Outcome) in Spitälern und Kliniken. Dabei sollen ein nationales Benchmarking ermöglicht und die dazu notwendigen Rahmenbedingungen definiert werden. Im Jahr 2011 wurde ein erster nationaler Qualitätsvertrag unterzeichnet. Dieser beinhaltet unter anderem den Messplan 2011–2015 für die schweizweit einheitliche Durchführung von Qualitätsmessungen sowie die Teilnahme am Implantatregister (SIRIS) seit Herbst 2012. Die Versicherer stellen die Verbindlichkeit der Messungen durch deren Aufnahme in die Tarifverträge sicher. Der Bund erachtet die Publikation von Ergebnissen der ANQ-Messungen als sinnvolle Ergänzung der seitens BAG veröffentlichten Qualitätsindikatoren. Die folgenden Indikatoren wurden bereits transparent pro Spital publiziert: Patientenzufriedenheit, Dekubitus, Sturz, Wundinfektionen. Geplant sind die Publikation der Indikatoren potenziell ungeplanter Rehospitalisierung und Reoperationen, der Ergebnisse aus SIRIS und der Indikatoren im Bereich der Rehabilitation und Psychiatrie“ (Bundesrat 2015, S. 269). Laut Bosshard/Straubhaar (2015) entwickelte sich der ANQ

rasch zur „schweizerischen Organisation, die die Messungen in allen Fachbereichen koordinierte und vorantrieb - dies auch dank der Tatsache, dass in kurzer Zeit alle Kantone und alle Versicherer der Organisation beitraten.“ (S. 369)

- Die Schweizer Kommission für Qualitätssicherung im medizinischen Labor (QUALAB).
- Verband H+ hat unter www.spitalinformation.ch eine öffentlich zugängliche Spitalsuchmaschine (bei der auch die Fallzahlen mitaufgeführt sind). Zudem hat H+ einen strukturierten Spitalqualitätsbericht eingeführt.
- 2008 wurde die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) gegründet als Zusammenschluss von deutschsprachigen Kliniken aus Deutschland und der Schweiz. Der Beitritt verpflichtet zu den drei Grundsätzen: „Messung von Qualität aus Routinedaten“, „Absolute Transparenz der Qualitätsergebnisse“ und „Kontinuierliche Verbesserung durch Peer-Reviews“.
- Der Bundesrat verweist auf die verschiedenen Aktivitäten der Leistungserbringer im Bereich Qualitätsmanagement. Dabei wurden Qualitätsmanagementmodelle und Meldesysteme für kritische Zwischenfälle eingeführt, Zertifizierungen und Akkreditierungen durchgeführt und/oder Behandlungs- und Pflegestandards eingeführt.
- SAQM: Die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin wurde 2012 von der FMH gegründet. Sie will die Aktivitäten der Ärzteschaft bündeln, den Austausch fördern und konkrete Projekte fördern.
- Das Qualitäts-Basis-Modul (QBM) ist ein Instrument des Verbands der Deutschschweizer Ärztgesellschaften, mit dem sich Ärztinnen und Ärzte sowie ihr Team testen, Abläufe in der Praxis bewerten sowie Patientenbefragungen durchführen können.
- «MehrFachArzt» ist „ein geschützter Begriff und zeichnet besonders kompetente Hausärztinnen und Hausärzte aus. Das Gütezeichen garantiert die breite ärztliche Aus- und Weiterbildung, die stetige Fortbildung, aber auch kompetentes Praxispersonal und eine gute Praxiseinrichtung. Eine optimale medizinische Behandlung stellt auch die aktive Zusammenarbeit in einem Ärztenetz und Qualitätszirkel sicher.“ (www.mehrfacharzt.ch)
- European Practice Assessment (EPA) ist ein System mit 225 Indikatoren, mit dessen Hilfe Praxen und Ärztenetze verglichen werden können um daraus Verbesserungen abzuleiten.
- Der Dachverband der Ärztenetze Schweiz (med-swiss-net) hat mit Quali-med-net (QMN) ein Selbstbeurteilungsinstrument entwickelt mit Fokus auf Struktur- und Prozessqualität und beinhaltet eine Patientenbefragung.

	<ul style="list-style-type: none"> - Seit 2009 besteht eine Arbeitsgruppe Qualität FMH/Santésuisse zur Regelung der Qualitätsanforderungen im Rahmen des TAR-MED Rahmenvertrages (Anhang 6 des Vertrages).
<p>Aktivitäten weiterer Akteure</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Die Stiftung für Patientenschutz führt Erhebungen und wissenschaftliche Analysen durch, entwickelt Schulungen und führt diese durch und erarbeitet Informationen für Patientinnen und Patienten. Erwähnt wird das Projekt in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR), welches ein Netzwerk aufbaut (CIRRNET). Angeschlossene Gesundheitsorganisationen können Fehlermeldungen anonymisiert in das Netzwerk einspeisen. Die Stiftung für Patientenschutz führt mit Unterstützung des BAG auch nationale Pilotprogramme durch: „Sichere Chirurgie“ oder „Medikationssicherheit bei Übergängen“. - Der Verein Swissnoso unterstützt die Reduktion von nosokomialen Infektionen und multiresistenten Keimen, etwa 2005 bis 2006 mit der Durchführung einer schweizweiten Kampagne zur Händehygiene. - Anbieter von für das Gesundheitswesen spezialisierten Zertifizierungssystemen: SanaCERT Suisse, Concret AG, Argomed AG, Stiftung EQUAM. - Projekt „QualiCCare“ für die Verbesserung der Behandlung von chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) und Diabetes.

4.2.3. Aktuelle Aktivitäten des Bundesrates

Der Bundesrat hat am 4. Dezember 2015 die Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) zuhanden des Parlaments verabschiedet. Vorgängig hatte das EDI im Frühling 2014 den Entwurf zum Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Stärkung der Qualität und Wirtschaftlichkeit) in die Vernehmlassung geschickt.

Die Botschaft vom Dezember 2015 unterscheidet sich deutlich vom Entwurf von 2014. Auf die Schaffung eines Zentrums für Qualität wird neu verzichtet. Die Aktivitäten der verschiedenen Akteure sollen in einer Netzwerk-Strategie koordiniert werden. Zudem wurde vom Bundesrat beschlossen, die Bereiche Qualität und HTA neu getrennt voneinander zu verfolgen.

Mit der Botschaft vom 4. Dezember 2015 verfolgt der Bundesrat die folgenden vier Stossrichtungen (Bundesrat 2015, S. 260):

- Steuerung der Umsetzung der Qualitätsstrategie des Bundesrates über die Vorgabe von Zielen;
- Entwicklung, Durchführung und Auswertung nationaler Programme zur Förderung der Qualität und der Patientensicherheit durch flächendeckend eingeführte Standards und Methoden;

- Durchführung und Auswertung von weiteren Projekten durch Vergabe von Finanzhilfen, insbesondere zur Erarbeitung notwendiger Grundlagen zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren insbesondere in Bereichen, in denen solche noch nicht in allgemein verwendbarer Form zur Verfügung stehen;
- Stärkung der Verbindlichkeit von Qualitätsmassnahmen und Schaffung von Transparenz hinsichtlich Umsetzung und erzielter Ergebnisse, in Zusammenarbeit mit den Partnern (Kantone, Leistungserbringer, Versicherer)

Über einen Beitrag pro Versicherte sollen die Aktivitäten des Bundes im Umfang von rund 19.8 Millionen finanziert werden. Die Rollenaufteilung der Akteure bleibt identisch. Das Primat der Vertragspartnerschaft soll respektiert werden und die Tarifpartner sollen auch weiterhin auf Basis der Art. 59d und 77 KVV in ihren Tarifverträgen oder spezifischen Vereinbarungen Qualitätsmessungen oder –programme vereinbaren.

Der Bund will sich auf Bereiche konzentrieren und dort einen Mehrwert schaffen, „wo die Eigenaktivität von Leistungserbringern und Tarifpartnern nicht genügt um die notwendige Wirkung zu erzielen.“ (Bundesrat 2015, S. 260)

Schliesslich soll eine Ausserparlamentarische Kommission „Qualität in der Krankenversicherung“ geschaffen werden, die den Bundesrat bei seinen Aktivitäten berät.

4.2.4. Zentrale Aussagen der Expertinnen und Experten zur Rolle des Bundes im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Qualität im schweizerischen Gesundheitswesen

Die Frage zur Rolle des Bundes im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Qualität richtete sich primär an die Gruppe der interviewten Expertinnen und Experten von **Bund, Kantonen und Gerichten**. Nachfolgend werden die Experteneinschätzungen *kursiv* (paraphrasierte Zitate) bzw. in Anführungs- und Schlusszeichen (direkte Zitate) präsentiert und analytisch eingeordnet:

Die Schweiz steckt bezüglich Qualität generell und insbesondere in der Umsetzung der Vorgaben gemäss KVV Art. 77 noch sehr in den Kinderschuhen.

Mit dem ANQ gibt es erste Ansätze im akutsomatischen Bereich. In der Rehabilitation oder im ambulanten Bereich finden noch gar keine Messungen statt. Grundsätzlich gilt im Qualitätsbereich der folgende Zyklus: zunächst die Messungen, dann die Veröffentlichung der Messungen, dann die Reaktionen auf die Veröffentlichung und schliesslich effektive Umsetzungen und Messung von Verbesserungen dazu. Von dem ist die Schweiz heute sehr weit entfernt. Zurzeit finden erst die Messungen im akutsomatischen Bereich statt. In den anderen Bereichen müsste jetzt dann etwas kommen.

Die folgenden beiden Gründe werden dafür verantwortlich gemacht:

- 1) *Der kleinste gemeinsame Nenner besteht darin, nichts zu tun.*
- 2) *Bisher gab es ein ökonomisches Interesse der Versicherer, sich um Preise zu kümmern und weniger um Qualität.*

Aus der Feststellung des Ungenügens in tarifpartnerschaftlichen Regelungen ist der Bund auf verschiedenen Ebenen aktiv geworden.

2010 wurde die Qualitätsstrategie des Bundes veröffentlicht. Genannt wurden die folgenden sieben Ebenen der Aktivität des Bundes:

1. *Generelle verbesserte Transparenz herstellen. Seit 2006 werden Fallzahlen, Mortalität etc. in der Spitalstatistik publiziert.*
2. *Nationale Verbesserungsprogramme lancieren, wie sie z.B. in Zusammenarbeit mit der Stiftung für Patientensicherheit durchgeführt werden (z.B. Checkliste Operationszentren; sichere Medikation und Schnittstellen, Reduktion von Harnkatheter-Tagen, Medikationssicherheit in Pflegeheimen etc.).*
3. *Auf der regulatorischen Ebene erstens die Schaffung von Mindestvoraussetzungen für die kantonale Spitalplanung und zweitens das Festlegen von Anforderungen an Leistungserbringer (Qualifikation) für die Erbringung spezifischer Leistungen zu Lasten der OKP.*
4. *Standards, die aus nationalen Programmen hervorgehen können, formulieren und verbindlich erklären lassen. Erwähnt wurde z.B. eine Checkliste Operationszentren, die von FMH, FMCH, H+ und BAG gemeinsam erarbeitet wurde.*
5. *Im Bereich der hochspezialisierten Medizin wurde der Bund aktiv.*
6. *Unterstützen von Aktivitäten der Tarifpartner wie z.B. im ANQ oder im Bereich der Pflegeheime zusammen mit Curaviva zur Erarbeitung eines Indikatorenansatzes für die Spitem auf Basis des Rai-Systems.*
7. *Wichtig ist auch die HTA, die vor allem bestehende Programme überprüfen soll, um wenig Wirksames und wenig Sinnvolles herauszufiltern. Auch hier ist der Bund aktiv.*

Es ist kaum damit zu rechnen, dass der Bundesrat seine subsidiäre Kompetenz gemäss KVV Art. 77 Abs. 3 wahrnehmen wird.

Aktuell steht nicht zur Debatte, dass der Bundesrat selber subsidiär aktiv wird im Sinne von KVV Art. 77 Abs. 3. Aktivitäten sind bei einzelnen Leistungen (einschränkende Bedingungen) zu erwarten, aber nicht im Hinblick auf generelle Vorschriften.

Das neue Qualitätsgesetz wird keine Wirkung auf eine verbesserte Stellung der Qualität in den Tarifverhandlungen entfalten.

Generell wird es als schwierig erachtet, die Situation der Qualität in den Tarifverhandlungen zu verbessern. Denn es ist sehr anspruchsvoll, geeignete Qualitätsindikatoren risikobereinigt und flächendeckend vergleichbar zu machen. Zudem braucht es relativ komplexe Settings, um die Konsequenzen einer abweichenden Qualität in den Verträgen abzubilden, die auch justiziabel korrekt sind. Als Beispiel wird die Patientenzufriedenheit genannt: Personen nach einer Geburt oder zur Behandlung einer einfachen Fraktur kommen sehr zufrieden aus einem Spital. Bei einem onkologischen Problem fällt die Patientenzufriedenheit naturgemäss schlechter aus. Wenn die Angaben nicht risikoadjustiert werden, können sie nicht verglichen werden. Das Ganze dann auch noch finanziell wirksam in die Tarifverträge einzubauen, ist sehr schwierig.

Die Rollenaufteilung wird positiv beurteilt. Die Wahrnehmung der Rollen eher kritisch.

Im Rahmen der Aktivitäten um den ANQ haben die Tarifpartner in den letzten zwei, drei Jahren begonnen, ihre Rollen intensiver wahrzunehmen. Die Sensibilität ist gestiegen. In Swiss DRG ist die Qualität insbesondere deshalb stärker ein Thema gewesen, weil das im Gesetz vorgesehen war. In anderen Bereichen wie z.B. im TARMED versucht das BAG, die Tarifpartner darauf aufmerksam zu machen, ihre Rollen bezüglich Qualität wahrzunehmen. Die Versicherer und Leistungserbringer haben aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen Vereinbarungen zur Messung von Qualität und entsprechende Massnahmen, Publikationen und Reaktionen zu treffen.

Der Bund hat die Kompetenz, Qualitätsindikatoren zu publizieren. Weiter kann er minimale Voraussetzungen für die kantonale Spitalplanung festlegen und schliesslich kann er Leistungen und Nebenbedingungen bei Leistungen bezeichnen. Subsidiär hat er noch weitere Aufgaben. Er könnte Bestimmungen erlassen oder zusätzliche Kontrollen in einzelnen Prozessen einbauen.

Die Kantone werden im Rahmen der Spitalplanung und im Rahmen der Leistungsaufträge aktiv. Im ambulanten Bereich beschränken sich die Möglichkeiten der Kantone auf die gesundheitspolizeilichen Voraussetzungen (Einhaltung des Medizinalberufegesetzes), die auch im stationären Bereich gelten. Die Kantone nehmen ihre Rollen sehr unterschiedlich wahr, wie in anderen Bereichen auch. Einzelne Kantone wie zum Beispiel Zürich sind sehr weit vorne mit dabei, andere sind eher zurückhaltend.

Der Druck des Bundes, subsidiär tätig zu werden, hat im stationären Bereich funktioniert.

Der ANQ war eine Zangengeburt und es ist schwierig, diesen weiterzuentwickeln. Aber solange ein Druck von Seiten des Bundes besteht, dass er im Qualitätsbereich subsidiär selber tätig werden könnte, wird sich der ANQ auch weiterentwickeln. Die Versuchung besteht, dass man sich ansonsten auf den kleinsten gemeinsamen Nenner einigt, nämlich nichts zu tun. Der ANQ ist im Schatten der Qualitätsstrategie des Bundes entstanden.

Besondere Herausforderungen im ambulanten Bereich.

Im ambulanten Bereich ist eine scharfe Outcome-Messung viel schwieriger. Es sind auch keine Diagnose-Codes bekannt. Ein Projekt im Bundesamt für Statistik unter dem Namen MARS soll diese Lücke bis Ende Jahr für den Spital-ambulanten Bereich schliessen, bis Ende 2017 dann auch für den praxis-ambulanten Bereich.

Generelle Herausforderung beim Feststellen einer „guten Qualität“.

Es gibt viele Faktoren, die das Feststellen einer guten Qualität stark erschweren: Die Risikoadjustierung wurde bereits erwähnt. Doch es lässt sich auch das Falsche bzw. Unnötige mit hoher Qualität machen (z.B. künstliches Hüftgelenk für hochbetagte Patienten). Es ist schwierig herauszufiltern, was nötig ist und was nicht. Zudem stellt sich die Frage, wie die Qualität in den Verhandlungen berücksichtigt werden soll. Soll einer, der nachgewiesen schlechte Qualität liefert, weniger erhalten oder gar nicht mehr praktizieren können?

Im bisherigen System werden Leistungsaufträge nach dem Wirtschaftlichkeitsprinzip vergeben. Das heisst, die Kantone nehmen nur Leistungserbringer auf, die ihre Leistungen auch in "notwendiger" (gemäss KVG) Qualität erbringen und dabei einigermaßen effizient sind. Das, was dann noch bleibt, wird sich unterscheiden. Es wird Leistungserbringer geben, die mehr Fälle haben als andere (grössere Erfahrung, etc.). Man möchte z.B. erreichen, dass die Patienten sich an den Fallzahlen

orientieren können. Das ist ein relativ verlässlicher Indikator. Sollen nun diejenigen Leistungserbringer mit tiefen Fallzahlen bestraft werden? Ökonomisch sind sie bereits bestraft, weil sie keine Skaleneffekte haben. Wo und in welchem Umfang will man welche zusätzlichen Bestrafungseffekte einführen? In den USA wurde das mit Rehospitalisierungsraten und anderen Faktoren versucht. Am Ende ist das aber ein relativ kleiner Hebel, verbunden mit einem sehr grossen Aufwand.

Was ist zu tun? Transparenz schaffen und Massnahmen ableiten, Standards allgemein verbindlich erklären, Sicherstellen der Qualität bei kantonaler Zulassung und Fokussierung auf stationären Bereich.

Wichtiger ist der Weg über die Transparenz in diesem Feld, das Bewusstmachen, dass gewisse Dinge wie z.B. Fallzahlen relativ einfach Auskünfte über die Erfahrung eines Leistungserbringers geben. Das ist wahrscheinlich der direktere Weg zu einer Verbesserung der Qualität. Die wird unterstützt durch den Konzentrationsprozess, der auch in der Logik des Systems liegt.

Wichtig ist, dass überall in den Verträgen Qualitätsmessungen vereinbart werden inklusive den Datenlieferungen, denn das bedeutet Aufwand, den es zu entschädigen gilt. Eine gewisse Allgemeinverbindlichkeit über Tarifverträge ist begrüssenswert. Auch die Transparenz über die Ergebnisse ist äusserst wichtig. Weiter sind sichtbare Reaktionen auf die Messungen, also Verbesserungsmaßnahmen sehr wichtig. Nach einer Messung von vermeidbaren Rehospitalisierungen müssen zwingend auch Massnahmen folgen. Wenn dann neue Standards daraus gefolgert werden, können diese allgemein als verbindlich erklärt werden.

Die Kantone können im stationären Bereich bereits für eine angemessene Qualität bei der Zulassung und bei Spitalisten sorgen. Im ambulanten Bereich müssen jetzt zuerst einmal die statistischen Grundlagen erhoben werden. Im Spitalbereich hat die Schweiz fast 20 Jahre Vorlauf gegenüber dem ambulanten Bereich. Der Fokus im ambulanten Bereich sollte bei den chronischen Krankheiten liegen. Der Bund hat hier keine Regulierungskompetenz und wird diese auch nicht bekommen.

Generell ist die Versorgung in der Schweiz sehr stark auf die Einzelbehandlung ausgerichtet. Je älter wir werden, desto weniger stimmt der Einzelbehandlungsansatz. Wie gehen wir vernünftig mit Personen um, die mehr als eine Krankheit haben? In dieser Fragestellung steckt sehr viel Herausforderung und Potential. Im stationären Bereich müssten Protokolle aufgebaut werden, die das vernünftig organisieren. Deeskalation ist bei polymorbiden Patientinnen und Patienten auch sehr wichtig. Leider ist das in der Ausbildung kein Thema. Diese polymorbiden Patientinnen und Patienten werden sequentiell durch alles durchgejagt, was die Medizin zu bieten hat. Am Ende kommen alle ins Spital. Das ist dann der richtige Ort, um hinzuschauen.

4.2.5. Zwischenfazit

Im Sinne eines Zwischenfazits können die folgenden zentralen Punkte festgehalten werden:

1. Zahlreiche Aktivitäten: vieles wurde gemacht – vieles steht noch aus.

Die zahlreichen Organisationen, die auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Bereichen (ambulant, stationär) aktiv sind, zeugen von einem hohen Problembewusstsein und unterstreichen den Handlungsbedarf. Nach Durchsicht dieser Aktivitäten entsteht kein klares Bild. Zudem wird mangelnde Koordination der diversen Akteure, insbesondere im ambulanten

Bereich, festgestellt (Bosshard/Straubhaar 2015). Diese zahlreichen Aktivitäten stehen aber in deutlichem Widerspruch zur Auflistung der abgeschlossenen Verträge gemäss Art. 77 KVV. Gemäss dieser Bestimmung haben die Tarifpartner die Pflicht, „Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität“ (KVV Art. 77 Abs. 1) zu erarbeiten. Einzig im stationären Bereich wurde mit dem ANQ ein Vertrag im Sinne des Gesetzgebers abgeschlossen. In den übrigen Bereichen bestehen erst – wenn überhaupt – Arbeitsgruppen für Vorarbeiten (siehe hierzu Anhang 2 in Bundesrat 2014).

2. Erhebliche Unterschiede zwischen ambulant und stationär

Insbesondere was die Datengrundlagen betrifft, bestehen erhebliche Unterschiede zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich. Ein Interviewpartner geht davon aus, dass die Schweiz im ambulanten Bereich rund 20 Jahren Rückstand auf den stationären Bereich in Bezug auf die Datenqualität habe. Dennoch wird die Situation aber auch im stationären Bereich keinesfalls als befriedigend wahrgenommen. Man sei erst ganz am Anfang des Prozesses bei der Erhebung von einzelnen Daten. Eine Wirkung werde erst erzielt, wenn diese Daten auch vergleichbar kommuniziert und anschliessend zu Massnahmen führen würden.

3. Bis anhin schwache Wirkung der möglichen subsidiären Kompetenz des Bundes

Können sich die Tarifpartner nicht einigen, so hat der Bundesrat die Kompetenz, die erforderlichen Bestimmungen zu erlassen (KVV Art. 77 Abs. 3). Erfolgreiche Verhandlungen im Qualitätsbereich sind demnach für die Tarifpartner auch eine Option, um zusätzliche staatliche Regulierungen zu verhindern. Dies gilt aber nur dann, wenn erkennbar ist, dass der Bundesrat seine subsidiäre Kompetenz bei Nichteinigung auch tatsächlich wahrnehmen wird. Aussagen von Vertretern von Bund, Kantonen und Gerichten zeigen, dass sie an die Wirkung der Drohung einer allfälligen Regulierung glauben. Sie zeigen aber wenig Bereitschaft, diese Drohung auch tatsächlich umzusetzen. Nimmt man die Liste der abgeschlossenen Verträge gemäss KVV Art. 77, so bleibt der Eindruck, dass die Tarifpartner, mindestens bis heute, kaum damit rechnen, dass der Bundesrat hier mit staatlicher Regulierung eingreift. Damit bleibt die Wirkung dieses „Schattens des Staates“ (Scharpf 2000) relativ klein. Die einzige Ausnahme bilden hier die Aktivitäten des ANQ.

4. Die Messbarkeit von risikoadjustierter Qualität ist eine enorme Herausforderung

Eine Möglichkeit der Qualitätsmessung besteht in der Erhebung der Patientenzufriedenheit. Die Erhebung selber stellt keine besondere Herausforderung dar. Damit die Aussagen dieser Erhebung aber vergleichbar werden, braucht es eine Risikoadjustierung. Denn es ist kaum davon auszugehen, dass sich Aussagen zum Beispiel von glücklichen jungen Eltern auf der Geburtenabteilung direkt mit Aussagen von Patienten auf der Onkologie vergleichen lassen. Wie kann darüber hinaus beispielsweise die Diagnose- und Indikationsqualität gemessen und vergleichbar gemacht werden? Verschiedene Akteure wiesen auf die Problematik unnötiger Behandlungen hin. Eine reine Outcome Messung versucht zu beantworten, ob die Behandlung erfolgreich durchgeführt wurde. Ob nun aber die richtige, verhältnismässige Behandlung erfolgte, wird dadurch nicht geklärt. Auch hier stellt es eine enorme Herausforderung dar, vergleichbare Aussagen über verschiedene Spitäler und Arztpraxen hinweg zu machen. Wichtige Voraussetzungen wären hierfür sowohl genügende Datengrundlagen als auch ein breit abgestützter Konsens hinsichtlich der Indikatoren und der Publikation der erhobenen Daten.

Einzig die Arbeiten des ANQ scheinen diesen Ansprüchen bis anhin zu genügen. In diesem Zusammenhang ist auf die grundsätzlichen methodischen Schwierigkeiten hinzuweisen, die mit Qualitätsmessungen im Gesundheitswesen verbunden sind. Donabedian (2005) liefert diesbezüglich eine hilfreiche und fundierte Übersicht.

4.3. Einfluss der zentralen Akteure auf Angebot, Preis und Qualität

4.3.1. Grundsätzliches

Nach der Analyse der generellen Wirkungsmechanismen auf Systemebene (4.1) und der Aufarbeitung der aktuellen Situation im Bereich der Qualität (4.2) liegt der Fokus nun auf den Handlungsspielräumen innerhalb des regulatorischen Rahmens für die drei zentralen Akteure: Kantone, Leistungserbringer (stationär, ambulant) und Versicherer.

Hammer et al. (2008, S. 47-109) unterscheiden (wie oben ausgeführt) zwischen Wettbewerbsparametern (für die Krankenversicherer primär Markteintritt und -austritt, Prämiengestaltung, Produktgestaltung) und analysieren dann die Wettbewerbsintensität. Gestützt darauf wurden die Interviewpartner im Rahmen der hier vorliegenden Studie nach dem jeweiligen Einfluss der Akteure auf die folgenden drei Dimensionen befragt:

- 1) Der Einfluss der Akteure auf die Gestaltung der Angebots
- 2) Der Einfluss der Akteure auf die Qualität der Leistungserbringung
- 3) Der Einfluss der Akteure auf die Preise bzw. die Höhe der Tarife

Nachfolgend werden die Experteneinschätzungen *kursiv* (paraphrasierte Zitate) bzw. in Anführungs- und Schlusszeichen (direkte Zitate) präsentiert und analytisch eingeordnet.

4.3.2. Experteneinschätzungen zum Einfluss der Akteure innerhalb der institutionellen Rahmenbedingungen

a) Der Einfluss der Kantone

... auf die Gestaltung des Angebots

Für die **Krankenversicherer** haben die Kantone „*extremen Einfluss*“ auf die Gestaltung des Angebots. Sie haben letztlich den gesetzlichen Auftrag, *das Versorgungsangebot im stationären Bereich über die Spitalplanung in ihrem jeweiligen Hoheitsgebiet exklusiv zu definieren. Indirekt haben sie auch einen wesentlichen Einfluss auf die ambulanten Angebote über die Zulassungen. Sie sind die einzigen in den jetzigen Strukturen, die Angebotseinschränkungen machen können. Sie können Globalbudgets basierend auf KVG festlegen, wenn die Kosten aus irgendeinem Grund aus dem Ruder laufen. Sie haben eine alleinige und ausschliessliche Möglichkeit, das Angebot in der Grundversicherung und indirekt auch in der Zusatzversicherung zu definieren. Wenn ein Spital beispielsweise nicht auf die Spitalliste aufgenommen wird, dann fehlt ihm der Sockelbeitrag, was seine Wettbewerbsposition im Zusatzversicherungsbereich wesentlich beeinflusst.*

Ein weiterer Einfluss im stationären und ambulanten Bereich erfolgt über die kantonale Tarifgenehmigung und -festsetzung. *Die Kantone setzen einen Marktpreis in die Welt und bestimmen damit letztlich, ob ein Angebot wirtschaftlich erbracht werden kann oder nicht. Damit beeinflussen sie die Gestaltung des Angebots ebenfalls. Die enormen Einflussmöglichkeiten des Kantons werden auch rege genutzt.*

31. Januar 2016

Seite 43/114

Für **Unfallversicherer** spielt der Kanton keine Rolle – weder im stationären noch im ambulanten Bereich. Sie können auch Verträge mit Spitälern abschliessen, die nicht auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind.

Auch die **Leistungserbringer** attestieren dem Kanton grosse Einflussmöglichkeiten – primär im stationären Bereich, aber auch im ambulanten Bereich über die Zulassungen. Der Einfluss wird aber nicht so hoch eingeschätzt wie von den Krankenversicherern. Als Beispiel wird der Kanton Luzern genannt, der zwar im ambulanten Bereich über die Zulassungspolitik steuert, vor seinen Entscheiden aber systematisch die kantonale Ärztegesellschaft konsultiert und seine Entscheide dann nach der Einschätzung der kantonalen Ärztegesellschaft richtet.

Kritisch angemerkt wird mehrmals die Mehrfachrolle der Kantone, die zu viele Hüte tragen. Das wird als eines der Hauptprobleme im KVG betrachtet. *Der Kanton nimmt beispielsweise Einfluss auf das Angebot im stationären Bereich in seiner Rolle als Eigner des Spitals.* Noch kritischer äusserte sich ein Vertreter mit folgender Aussage: *„Die Kantone versuchen, das Angebot und die Qualität zu beeinflussen (nach dem Zürcher Vorbild), aber generell mit relativ wenig Sachverstand, denn sie ziehen falsche empirische Grundlagen bei.“ Die Unterschiede zwischen den Kantonen sind sehr gross. Einzelne Kantone sind „protektionistisch“ und wollen jeden Wettbewerb verhindern. Andere agieren liberaler.* Ein Vertreter weist auf die Einschränkungen hin, denen die Kantone durch die nationalen Tarifwerke unterworfen sind. Deshalb ist seines Erachtens der Gestaltungsspielraum der Kantone geringer. *Im Zusatzversicherungsbereich sieht die Situation aber viel besser aus. Dort ist die Gestaltung des Angebots für Leistungserbringer viel freier und der Kanton spielt eine geringere Rolle.*

Von Seiten **Bund, Kantone und Gerichte** werden die folgenden Aussagen gemacht: *Die Kantone haben nicht nur Gestaltungsmöglichkeiten, sondern entsprechende Pflichten gemäss Gesetz. Diese Pflichten werden aber sehr unterschiedlich wahrgenommen. Einige Kantone versuchen ihre eigenen Spitäler zu schützen (als Beispiel wird der Kanton Bern genannt). Die grossen Kantone nehmen ihren systembedingten, relativ grossen Handlungsspielraum stark wahr, die kleineren Kantone weniger. Die Unterschiede zwischen den Kantonen sind sehr gross. Im ambulanten Bereich regelt der Kanton über die Zulassung.* Ein Vertreter argumentiert, dass die Medizin grundsätzlich von der öffentlichen Hand im Sinne des Gemeinwohls reguliert werden muss, *da es sich bei medizinischen Eingriffen um eine Form der Körperverletzung handelt. Medizin ist somit ein besonderes Gut und kaum vergleichbar mit einem gewöhnlichen Konsumgut. Der Kanton nimmt deshalb Einfluss auf die Mindestqualität der medizinischen Versorgung, auf die Prozesse, Strukturen etc. Dies macht er nicht nur im Rahmen der Spitalplanung, sondern z.B. bei der Pflegeheimplanung.*

Auch in dieser Gruppe wird von den Expertinnen und Experten auf die Problematik der Mehrfachrollen der Kantone hingewiesen. *Die Kantone haben unterschiedliche Rollen, was aus Governance-Sicht nicht unproblematisch ist. Sie haben eigene Arbeitgeberinteressen, sind Spitaleigentümer (treten direkt oder indirekt am Markt auf) und gleichzeitig Festsetzungsbehörde. Diese Interessen divergieren in vielen Fällen im vorliegenden Angebotsmarkt, der im Gesundheitswesen vorherrscht.*

... auf die Qualität der Leistungserbringung

Die **Versicherer** sind skeptisch: *Es gibt Kantone, die behaupten, sie hätten bei der Spitalplanung Qualitätskriterien einbezogen. Andere Kantone haben das Telefonbuch genommen und alle Spitäler in ihre Liste übertragen. Gewisse Kantone haben versucht, die Qualität zu beeinflussen, sind*

dann aber vor BVGer gescheitert. In vielen Fällen verfügen die Kantone gar nicht über die Kompetenzen und Fähigkeiten, über Qualitätskriterien zu entscheiden. Der Kanton Zürich geht sehr weit und hat einen hohen Anspruch. Aber grundsätzlich ist alles sehr verbesserungswürdig, was bei den Kantonen zur Qualität läuft. Man lässt sich auch sehr wenig vom Ausland inspirieren. Zum Beispiel hat Deutschland schon seit 15 Jahren über Mindestfallmengen und Mindesteingriffsmengen diskutiert. Die Erkenntnisse können zwar auf die Schweiz direkt übertragen werden, doch dies hätte Konsequenzen, die man politisch nicht tragen will. Zudem fehlt es an Transparenz und einheitlicher Erfassung von Qualität in Spitälern. Es gibt zwar den Verein ANQ, doch dort hat man sich nur auf ein paar wenige Minimalkriterien geeinigt. Dies ist durchaus positiv, da man zumindest mal ein System etabliert hat. Aber nun müssten weitere Schritte folgen.

Die **Leistungserbringer** teilen die Skepsis: *Das Knowhow bei den Kantonen ist gerade betreffend Qualitätsfragen sehr schwach. Die Leistungserbringer müssen den Kantonen oft die medizinische Welt erklären, um statistische Fehlinterpretationen zu vermeiden. Abstruse Mengendiskussionen über Fallzahlen werden aber auch von medizinischen Spezialisten vorangetrieben, um ihre Monopolsituation gegenüber kleineren Regionalspitälern zu stärken. Einige Leistungserbringer sind der Meinung, dass die Qualität schon gegeben sein muss, wenn die Aufnahme auf die Spitalliste oder die Zulassung zur Ausübung der Tätigkeit erfolgt ist (z.B. Anforderungen an Fallzahlen als Qualitätsvoraussetzung zur Aufnahme auf Liste). Hier macht der Kanton Zürich klare qualitative Vorgaben. Im Kanton Zürich sind die Anforderungen an die Listenaufnahme am höchsten. Der Kanton Bern ist hingegen sehr protektionistisch. Nidwalden und Luzern sind eher auf Zusammenarbeit angelegt. Glarus und Graubünden schotten sich gegen Zürich ab. Waadt ist aus wettbewerblicher Optik die am stärksten regulierte Option mit sehr dirigistischem Ansatz. Die Kantone nehmen ihre Möglichkeiten sehr unterschiedlich wahr.*

Von Seiten **Bund, Kantone und Gerichte** wird auch auf die Zulassung im ambulanten Bereich bzw. die Bildung von Spitallisten als Möglichkeit der Einflussnahme hingewiesen: *Der Einfluss findet auf verschiedenen Ebenen statt:*

- *im Spitalbereich zunächst über die Betriebsbewilligung = Selektion der Genügenden;*
- *dann über die Spitalplanung = Selektion der Guten über der "Note 4";*
- *schliesslich stellt sich die Frage, ob bei der Genehmigung bzw. Festsetzung von Tarifen die Qualität noch eine Rolle spielen kann.*

Qualitätsaspekte sind primär dort relevant, wo der Kanton das Angebot evaluieren muss. Wenn sich ein bestimmtes Spital um einen Leistungsauftrag bewirbt, aber die Qualitätskriterien nicht erfüllt, kommt es nicht auf die Spitalliste. Qualität kann also als Selektionskriterium für die Aufnahme auf die Spitalliste verwendet werden. Die Kantonsregierungen müssen die Qualitätskontrolle also wahrnehmen. Dies wird in der Praxis aber unterschiedlich gehandhabt. Das BVGer hat in seinen bisherigen Urteilen die Haltung vertreten, dass Qualität bei zugelassenen Spitälern auf der Spitalliste vorausgesetzt werden muss. Deshalb haben die Kantone die Pflicht, die Qualität ihrer Listenspitäler nach festgesetzten Kriterien zu evaluieren (ist erst im Aufbau) und die Spitäler können Qualität bei den Tarifverhandlungen nicht als Argument für höhere Baserates brauchen. Auf nationaler Ebene wird versucht, so etwas wie einen nationalen Qualitätsvertrag zu entwickeln. Das wird dann durchaus in den Vertragsverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern eine Rolle spielen im Sinne von einer Grundvoraussetzung für die Kontrahierung. Doch der Kanton muss bei der Genehmigung oder Festsetzung von Tarifen davon ausgehen, dass die Qualität bereits Teil der Betriebskosten ist und vorausgesetzt wird. Sie kann nicht zu Mehrent-

schädigung führen (aktuelle Haltung des BVGer). Der Kanton Zürich beispielsweise macht konkrete und sehr hohe Auflagen an die Qualität der Listenspitäler. Im ambulanten Bereich gibt es lediglich die Prüfung der Zulassung. Hier wäre es notwendig etwas Ähnliches zu haben.

... auf die Preise bzw. Höhe der verhandelten Tarife?

Für die **Versicherer** ist der Einfluss hoch, wenn auch mit etwas unterschiedlichen Einschätzungen der Situation. Ein Vertreter äussert sich wie folgt: *Der Einfluss des Kantons ist relativ klein, wenn sich die Tarifpartner einigen und wenn der Kanton sich an seine Rolle hält und die Genehmigung als Genehmigung sieht und nicht wie der Kanton Zürich als vereinfachten Festsetzungsprozess. Bei Nicht-Einigung ist der kantonale Einfluss bei der Festsetzung erstinstanzlich sehr gross. Das BVGer kann dann wieder korrigieren. In den BVGer-Urteilen wird meist der Prozess der Tarifverhandlung für schlecht befunden (z.B. Daten zu wenig gut angeschaut), nicht die Tarife selbst. Das BVGer setzt deshalb selten Tarife selber fest, sondern fordert weitere Daten und Unterlagen ein, um den Prozess zu beurteilen. Damit wird der Spielraum der Kantone bei der Festsetzung aufrechterhalten.* Ein anderer Vertreter geht weiter: *Die Kantone machen alles, was Gott verboten hat. Sie machen teilweise willkürliche, unbegründete Tariffestsetzungen sowie auch retrospektive Festsetzungen. Genannt wird als Beispiel ein Kanton, der seit 2012 nur provisorisch festgesetzte Tarife kennt. Jetzt kann dieser Kanton abwarten und je nach Entwicklung der Kantonsfinanzen retrospektiv festsetzen und damit seinen Finanzhaushalt beeinflussen. Dies wird natürlich nie so kommuniziert. Aber die Kantone sind durch ihre Mehrfachrolle in einer Lage, die es fast nicht möglich macht, nicht politisch zu entscheiden. Wenn die Kantonsfinanzen der dominierende Faktor sind, werden die Tarife möglichst tief festgesetzt, um das Budget zu entlasten. Wenn dann wieder mehr Geld vorhanden ist, wird der Kanton seine Rolle als Spitaleigner wieder vermehrt wahrnehmen.*

Für die **Leistungserbringer** ist der Einfluss generell sehr hoch: *Die Einflussmöglichkeiten sind gross - sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Grundsätzlich greift der Kanton in die Höhe der Tarife ein, aber unterschiedlich stark. Es gibt Unterschiede zwischen den drei Versorgungsbereichen praxis-ambulant, spital-ambulant und stationär. Beispielsweise greift der Kanton Bern sehr stark bei der Höhe des Taxpunktwertes ein. Dies sieht man daran, dass der spital-ambulante Taxpunktwert deutlich höher ist als der praxis-ambulante. Im Kanton Tessin scheint der Einfluss geringer zu sein, da dort der spital-ambulante Taxpunktwert tiefer ist als der praxis-ambulante. Wichtig ist der Hinweis, dass Preis und Qualität zwei unterschiedliche Welten sind, die wenig korrelieren betreffend Regulierung durch die Kantone. D.h. ein Kanton, der die Preisbildung stark steuert, nimmt nicht automatisch auch mehr Einfluss auf die Qualitätsaspekte.*

Von Seiten **Bund, Kantone und Gerichte** wird der Einfluss ebenfalls als gross eingeschätzt. Es werden aber verschiedene Aspekte eingebracht: *Bei der Tariffestsetzung ist der Kanton eine Art Gerichtsinstanz. Er muss den Preisüberwacher anhören und bei anderer Meinung muss eine Begründung erfolgen. Das Gericht stützt die begründete Nicht-Befolgung der Empfehlungen des Preisüberwachers (z.B. BVGer-Urteil zu Taxpunktwerten TARMED für Tarife der Berner Spitäler, Urteil C-2380/2012). Auch beim Urteil Waid/Triemli zu stationären Tarifen 2014 ging es um die Nicht-Befolgung der Empfehlung des Preisüberwachers, Urteil C-2283/2013).*

Der Kanton bewegt sich innerhalb vieler Gesetzesvorgaben. Er hat aber auch Spielräume, die der Gesetzgeber nicht konkret geregelt hat. Zum Beispiel schreibt das KVG eine Orientierung am effizienten Spital vor. Hier stellt sich die Frage nach der Messung von Effizienz. An welchem Perzentil im Benchmarking soll man sich orientieren? Gilt das für alle Spitäler gleichermassen oder soll diffe-

renziert werden je nach Spitaltyp (Universitätsspital, Kinderspital, etc.) Die aktuellen Handlungsspielräume der Akteure werden zurzeit als Folge von Leiturteilen laufend eingeschränkt. Die Tarifparteien haben Freiheitsgrade, indem es ihnen überlassen wird, wie sie die Preise methodisch finden. Der Kanton Zürich beispielsweise hat den Partnern vorgängig zu den Verhandlungen die erwarteten Mindestkriterien kommuniziert und setzt damit klare Leitplanken. So müssen Abweichungen vom Benchmark immer begründet werden. Tarifpartner gehen immer noch von Verhandlungsprimat aus und haben das Bild eines Verhandlungsbasars. Doch dies ist falsch. Alle Verhandlungsergebnisse müssen begründet werden (Rechtfertigungspflicht gemäss KVG). Nicht alle Kantone schauen da aber so genau hin, wenn Verträge vorliegen und genehmigt werden müssen.

Der kantonale Einfluss ist sehr gross im stationären Bereich. Der Kanton muss im Festsetzungsentcheid die Empfehlung des Preisüberwachers anführen und allfällige Abweichungen vom Preisüberwacher öffentlich begründen. Festsetzungen müssen mit Daten belegt werden, doch das BVGer räumt grosse Spielräume ein. Solange keine nationale Guidelines gestützt auf das KVG für Benchmarkings existieren, können sich die Kantone insbesondere gegenüber den Versicherern durchsetzen. Eine differenzierte Behandlung der Kinderspitäler, Unispitäler und normalen Spitäler widerspricht dem Grundgedanken der neuen Spitalfinanzierung. Die Interessenlage ist je nach Kanton sehr unterschiedlich: Wenn ein Kanton viele Spitäler hat, legt er die Baserates eher hoch an, wenn er wenige Spitäler hat, setzt er tief fest. Es gibt aber auch beispielsweise den Kanton Basel Stadt, der eine Kehrtwende vollzogen hat, weil ein grosser Teil der hohen Baserates über Steuern finanziert wird. Es fliessen eben auch die Interessen der Kantonsfinanzen mit ein.

Im spital-ambulanten Bereich ist es anders. Dort tragen die Versicherer die gesamten Kosten. Die Kantone haben eher ein Interesse an einer Ausweitung des Angebots zur Auslastung der eigenen Häuser.

b) Der Einfluss der Leistungserbringer

... auf die Gestaltung des Angebots

*Aus Sicht der **Krankenversicherer** haben die Spitäler mit der neuen Spitalfinanzierung einen grossen Spielraum, das Angebot zu fokussieren und sich zu spezialisieren. Es gibt aber auch gewisse einschränkende Auflagen (kantonale Spitalplanung). Man ist hierzulande noch nicht so weit wie z.B. in Deutschland. Systemisch ist der Rahmen vorhanden, aber er wird von den Spitälern noch nicht genutzt. Jede Uniklinik macht noch Blinddarmoperationen. Die meisten wollen die gesamte Palette anbieten.*

Im ambulanten Bereich hingegen wird die Fokussierung von den frei praktizierenden Ärzten viel mehr gelebt. Dort findet eine Spezialisierung immer mehr statt. Die ambulanten Leistungserbringer nutzen ihre Freiheiten, eröffnen neue Spezialpraxen. Dort spielt der Markt enorm, aber auch sehr banal mit garantierten Preisen und der Möglichkeit, das Angebot mitzusteuern. Es gibt immer mehr Anbieter in denjenigen Bereichen, die interessante Margen bieten. Spitäler gliedern Leistungsbereiche in ambulante Praxen aus, um die DRG-Kosten zu vermeiden (z.B. Radiologie-Praxen).

Die **Leistungserbringer** schätzen die Situation anders ein als die Krankenversicherer. Ein Vertreter meint: „Früher sagte der Regierungsrat im stationären Bereich, wo es lang geht. Heute entscheidet das Spital selber und holt nur noch das ok vom Kanton ab.“ Mit diesem Paradigmenwechsel ist der Spielraum der Leistungserbringer zur Anpassung des Angebots viel grösser geworden. Damit herrscht nun unter den Leistungserbringern Wettbewerb. Kantonsübergreifende Behandlungen

nehmen zu. Auch die Bereitschaft der Patienten, sich weiter entfernt behandeln zu lassen, steigt. Zudem besteht innerhalb des Kantons ein Wettbewerb zwischen ehemals öffentlichen Spitälern und Privatspitälern. Im ambulanten Bereich wird auf die Einschränkungen durch den Leistungskatalog des KVG hingewiesen. Auf der anderen Seite werden die Freiheiten aber wie folgt relativiert: Die Leistungserbringer haben einen beschränkten Einfluss auf das Angebot aufgrund der kantonalen Spitalisten, welche das Angebot der Grundversorgung definieren bzw. vorgeben. Effizienzsteigerung ist aufgrund der kantonalen Vorgaben nicht möglich. Die Freiheiten des Spitals fokussieren auf den Zusatzversicherungsmarkt. Dort wird auch investiert. Das VVG ist allerdings für Privatspitäler viel wichtiger, denn sie können sich unternehmerisch relativ klar positionieren, auf lukrative Behandlungen fokussieren, Risikoselektion beim Leistungsangebot betreiben und Bruttoverträge⁸ OKP/VVG abschliessen.

Von Seiten **Bund, Kantone und Gerichte** werden die folgenden Aussagen gemacht: *Es gibt im stationären Bereich viel Spielraum für die Leistungserbringer, ihr Angebot zu gestalten. Ein Beispiel ist der Kanton Freiburg, der mehr Herzchirurgie anbieten will, um dem Kanton Bern Konkurrenz zu machen. Oder man kann zuschauen, wie stark der Bereich Orthopädie wächst, weil er in den Fallpauschalen offenbar lukrativ abgebildet ist. Die Leistungserbringer sind klar massgebend für die Gestaltung des Angebots.*

... auf die Qualität der Leistungserbringung

Die **Versicherer** sind skeptisch: *Der ANQ legt zwar eine Basis, ist aber nicht flächendeckend. Grundsätzlich wird die Qualität im Gesundheitswesen stiefmütterlich behandelt, obwohl das Gesetz eine Qualitätssicherung vorschreibt. Wenn sich Leistungserbringer auf Messungen einigen könnten und gute Ideen hätten, würde das akzeptiert von der Versicherungsseite. Die medizinischen Fachgesellschaften kennen sich ja fachlich am besten aus. Sie könnten hier eine sehr grosse Vorreiterrolle einnehmen. Doch die Leistungserbringer wollen sich wohl gar nicht messen lassen. Sie erhalten sich dadurch mehr Freiheiten. Viele Ärzte sagen, die Ausbildung per se sichert die Qualität. Wenn dies stimmen würde, wäre die Ärzteschaft die einzige Berufsgruppe, die durchs Band perfekt ist. Aber auch dort gibt es eine Normalverteilung. Es gibt auch gute und schlechte Ärzte. Aber der Kontrahierungszwang verhindert die Umsetzung der Qualitätssicherung und -Transparenz.*

Im Idealfall wäre die Outcome-Qualität diejenige Dimension, die gemessen werden sollte. Schlussendlich geht es um den Outcome. Ein grosses Risiko besteht darin, dass Leistungserbringer Risikoselektion beim Patientengut betreiben. Ein schwerer Fall, der wenig Chancen auf guten Outcome birgt, wird tendenziell weitergeschickt. Das müsste verhindert werden. Es bräuchte eine risiko-adjustierte Outcome-Qualitätsmessung. Dies ist eine grosse Herausforderung.

Die **Leistungserbringer** haben hier eine klare Haltung: *Die Qualität MUSS durch den Leistungserbringer definiert werden. Dort sind die spezifischen Fachrichtungen zuständig. Regional wird bezüglich Qualitätsentwicklung viel zusammengearbeitet. Dieser regionale Fokus wurde beim ge-*

⁸ „Bruttoverträge“ sind Verträge zwischen Spitälern und Krankenversicherern, die den Zusatzversicherungsbereich (VVG) und den OKP-Bereich in einem Vertrag zusammenführen. Da häufig der OKP-Tarif zum Zeitpunkt der Verhandlung noch nicht bekannt ist, wird im Vertrag ein Brutto-Ergebnis (OKP und VVG zusammen) vereinbart, das den VVG-Tarif abhängig vom OKP-Tarif macht, um das vereinbarte Vertragsziel zu erreichen.

planten nationalen Qualitätsinstitut (Anmerkung der Autoren: gemeint ist das ursprünglich vom Bundesrat geplant nationalen Zentrum für Qualität) nicht berücksichtigt. Der Bund darf die Qualität nicht vorgeben, diese muss sich in den spezialisierten Fachrichtungen regional entwickeln. Qualität darf in den ambulanten und stationären Tarifverhandlungen nicht geltend gemacht werden, um höheren Preis auszuhandeln. Aufgrund der Kostenneutralität würde sonst sofort die Frage laut, wo denn sonst eingespart werden soll. Qualität muss finanzierbar sein und die Kostenträger sind nicht bereit, die Aktivitäten der Leistungserbringer zur Qualitätssteigerung mitzufinanzieren. Bei Ärzten ist die Motivation "intrinsisch" vorhanden, sich für Qualitätssteigerungen einzusetzen, auch wenn die Qualität kein Gegenstand der Tarifverhandlungen ist.

Im stationären Bereich ist Qualität in den Tarifverhandlungen kein Thema. *Im Fokus des Spitals stehen Normen/Standards: Was wird wie eingehalten und wie soll es publiziert werden? Die Krankenkassen setzen Qualität voraus. ANQ ist ein Verein, der seine Qualitätsmessungen auf wenige Bereiche fokussiert. Spezialisierte Daten in 5-8 Bereichen werden eingespielen, um diese Bereiche zu monitorisieren. Die BFS-Datensätze sind breiter, umfassender, auf höherer Abstraktionsstufe. ANQ braucht diese Datensätze und geht eine Stufe tiefer bei der Codierung. Beispielsweise gibt es bei Operationen einen Eingriffskatalog, nach dem codiert wird. Der Eingriffscode hat eigentlich acht Stellen, doch das BfS benutzt nur 3 Stellen davon (Aggregation). Der Code für die DRG-Codierung ist dann ein Mix aus verschiedenen Angaben: Behandlung, Komorbidität etc. Hier gibt es ein zentrales Dilemma der Qualitätsmessungen. Wehret den Fehlinterpretationen!*

Eine Illustration für Fehlinterpretationen von Qualitätsstatistiken: Die Todesfälle basierend auf Herzversagen: Das BfS stellt eine einfache Kausalität zwischen Herzinfarkt und Todesfällen her und vergleicht die Spitäler. Früher codierte man einen Todesfall oft umgangssprachlich mit Herzversagen. Heute muss aber ein Kardiologe ganz genau das Herz untersuchen und feststellen, ob tatsächlich ein Herzinfarkt vorliegt oder ein Multiorganversagen. Ansonsten wird die Statistik verfälscht (z.B. wenn ein 95-jähriger an Altersschwäche stirbt und das Herz aufhört zu schlagen, darf er nicht in der Statistik zum Herzversagen auftauchen).

Anderes Beispiel für Fehlinterpretation von Qualitätsstatistiken: Ein Chirurg, der nur Hüftimplantate bei 50-jährigen macht, taucht in der Statistik besser auf als ein Chirurg, der einen 75-jährigen operiert, um dessen Lebensqualität zu verbessern.

Generell wird der ANQ sehr gut akzeptiert bei den Spitälern. Daraus können die Spitäler viel lernen. Ein neuer Ansatz, der von den Fachexperten in den Spitälern ebenfalls sehr geschätzt wird, ist die Initiative Qualitätsmedizin (IQM, www.initiative-qualitaetsmedizin.de). Bei Todesfällen werden Krankenakten von einem interdisziplinären Team von Chefarzten genau analysiert. Darauf basierend wird offen und hart über die anonymisierten Behandlungen diskutiert. Das ist eine Art Qualitätszirkel mit Externen. Damit machen die Spitäler sehr gute Erfahrungen.

Von Seiten **Bund, Kantone und Gerichte** muss die Qualität bereits in den Strukturen enthalten sein. *Die Qualitätssicherung gehört zu den betriebswirtschaftlichen Kosten, die beim Leistungserbringer entstehen. Es kann aber nicht im Einzelfall ein Argument sein, um einen höheren Tarif als den Referenzwert zu erhalten. Beim Benchmarking (Wirtschaftlichkeitsvergleich) muss die Qualität bereits gegeben sein. Es geht dabei aber nicht um Hotellerie, sondern um Behandlungsqualität.*

... auf die Preise bzw. Höhe der verhandelten Tarife?

Hier muss nicht zwischen den Akteuren unterschieden werden. Die Expertinnen waren sich einig, dass die Leistungserbringer im Rahmen der Verhandlungen und innerhalb der regulatorischen

Vorgaben ihren Einfluss auf die Höhe der verhandelten Tarife direkt und/oder über ihre Verbände wahrnehmen. Der Block der Leistungserbringer sei dabei etwas heterogener als bei den Versicherern.

c) Der Einfluss der Versicherer

... auf die Gestaltung des Angebots

Bei den **Krankenversicherern** gehen die Meinungen hier auseinander: *Die Einflussmöglichkeiten sind relativ gross. In der OKP bestehen sehr rigide Rahmenbedingungen. Dort bestehen die Gestaltungsmöglichkeiten im Bereich der alternativen Versicherungsmodelle. Man ist zwar dem KVG unterstellt, kann die Zusammenarbeit aber relativ frei gestalten: Wie stark ist die Kontrollfunktion des Krankenversicherers? Wie weit geht die Zusammenarbeit? Wie kann der Datenaustausch gestaltet werden? In diesem Bereich können die Tarifpartner eine gegenseitige Kostentransparenz aufbauen. Dieser Raum wird auch genutzt. Die Vertragswelt ist sehr reich an Möglichkeiten (siehe Kapitel 5).*

Im VVG sind die Möglichkeiten sehr breit (stationär). VVG ambulant ist inexistent aber durchaus denkbar. Der Versicherte unterscheidet nicht zwischen VVG stationär und ambulant. Er ist überrascht, wenn er zum Beispiel spital-ambulant aufgeboten wird und dann im Vierbettzimmer liegt. Es gibt bereits heute im Medikamentenbereich oder Präventionsbereich Mehrleistungen im Zusatzversicherungsbereich. Vorstellbar ist z.B. eine Laserbehandlung für Krampfadern. Der Goldstandard ist dann die Operation selbst. Neuere Methoden im VVG ambulant schneller zugänglich machen ist vorstellbar und wird auch bereits gemacht.

Im OKP-Bereich gibt es infolge des Kontrahierungszwangs wohl weniger Einflussmöglichkeiten. Die Krankenversicherer haben keine Chance, Einfluss zu nehmen - weder im stationären noch im ambulanten Bereich. Zwar können sie bei alternativen Versicherungsmodellen eine Leistungseinschränkung definieren. Dort hätten sie mehr Spielraum als tatsächlich genutzt wird. Aber man kann nur gewisse Leistungserbringer bzw. den Zugang zu ihnen ausschliessen. Das Leistungsangebot kann nicht beeinflusst und besonders wirkungslose Therapieformen können nicht ausgeschlossen werden. Aber selbst die besonderen Versicherungsformen kommen auch immer mehr unter Druck. Der Bundesrat macht immer mehr einschränkende Vorschriften (Rabatt, Franchisen).

Für die **Unfallversicherer** sieht die Situation anders aus: *Sie können die Übernahme gewisser Leistungen verweigern (z.B. noch nicht genug wissenschaftlich belegte neue Verfahren). Aber sie vertraut im ambulanten Bereich auf die Ärzte (Vertrauensprinzip). Die SUVA besitzt selber Kliniken und kann dort direkten Einfluss auf den stationären Bereich nehmen. Ansonsten wird nicht Einfluss auf das Leistungsangebot von anderen Spitälern genommen. Grundsätzlich könnten die Unfallversicherer die Patienten steuern, denn sie haben den Auftrag, die Patienten der bestmöglichen Leistungserbringung zuzuführen. Im Konkreten wird momentan im stationären Bereich wenig gesteuert, doch das wird in Zukunft ein grösseres Thema sein. Die Datenlage muss abgewartet werden. Seit 2012 gibt es SwissDRG, nun wartet man auf statistische Daten, damit man einen Einblick auf die DRG-Daten, Fallzahlen etc. der Leistungserbringer erhält. Darauf basierend kann dann gesteuert werden, falls nötig. Es dürften in der Folge Konzepte zur Patientensteuerung erarbeitet werden. Auch im ambulanten UVG-Bereich gibt es die Steuerungsmöglichkeit. Doch hier ist es noch weniger ein Thema angesichts der enormen Menge an Patienten und Praxen.*

Die **Leistungserbringer** schätzen die Situation unterschiedlich ein. „Ja klar, die Versicherer wollen Einfluss nehmen. Es gibt immer einzelne Produkte, die für uns dann aber schwierig umzusetzen sind (z.B. direkter Zugang zu Spezialisten widerspricht klar dem Managed Care-Modell). Wenn ein Patient beide Produkte (OKP Hausarztmodell; VVG direkter Zugang zum Spezialisten) abgeschlossen hat, dann wird das für uns schwierig in der Umsetzung. Wenn der Patient bei einer einzigen Versicherung ist, dann geht das ja noch. Wenn er aber bei zwei verschiedenen Versicherungen ist, wird es kompliziert.“ Für andere Leistungserbringer ist klar, dass die Versicherer keinen Einfluss auf die Gestaltung des Angebots der Spitäler im OKP-Bereich haben. Im VVG-Bereich besteht dieser Einfluss aber ganz klar gemäss Interviewaussagen.

Von Seiten **Bund, Kantone und Gerichte** liegen hierzu keine Aussagen vor.

... auf die Qualität der Leistungserbringung

Die **Versicherer** sind generell skeptisch mit Ausnahme des Managed Care-Bereichs: Grundsätzlich haben die Versicherer keinen Einfluss auf die Qualität. Dies zeigt das BVGer-Urteil Triemli (Urteil C-2283/2013), wo es mitunter darum ging, ob für mehr Qualität eine höhere Baserate bezahlt werden darf. Hier lehnte das BVGer ab. Für Qualität alleine kann man nicht mehr bezahlen, weil der Kanton seinen Job gut macht und die Qualität über die Spitalplanung sicherstellt. Doch es ist nicht ganz klar. Man müsste hier nochmals ein Grundsatzurteil des BVGer erwirken und fragen, ob es möglich ist, für mehr Qualität mehr und für weniger Qualität weniger zu bezahlen. Aus Sicht der Versicherer wäre das wünschbar, faktisch aber momentan nicht möglich, weil es keine genügenden Qualitätskriterien gibt. In den besonderen Versicherungsformen im ambulanten Bereich kann man das aber sicher machen und es wird auch gemacht. Wir (= ein Versicherer, Anm. d. Autoren) haben Verträge mit den einzelnen Ärzteguppen, in denen Qualität festgeschrieben wird. Diese Qualität muss gegenüber dem Versicherer ausgewiesen werden. Man versucht bei den besonderen Versicherungsformen gewisse Qualitätselemente auch reinzubringen, weil man die Hypothese vertritt, dass bessere Qualität auch zu tieferen Kosten führt. Dies ist aber nicht einfach nachzuweisen.

Ein anderer Vertreter der Versichererseite sagt im Interview: „Die Qualität der Leistungserbringung ist ein wichtiges Thema, aber wir haben im Moment wenig Einflussmöglichkeiten. In der ambulanten Medizin konnten wir in den Hausarztnetzwerken bereits die Qualität in die Verträge miteinbeziehen. Die Ärzte deklarieren sich selber, werden geratet und die Besten werden finanziell belohnt. Es ist denkbar, so etwas auch im stationären Bereich zu machen. Dort ist es aber schwieriger an die Qualitätsindikatoren ranzukommen. Über den ANQ-Vertrag wird die Qualität gemessen. Im Moment hapert es noch an der Transparenz und der Verfügbarkeit der Daten. Betrachtet man z.B. die potentiell vermeidbaren Re-Operationen, dann stellt man fest, dass nicht alle gleich messen. Wer gute Resultate hat, publiziert diese, die anderen veröffentlichen nichts. Wir haben noch keine breite Abstützung. Eines unserer Ziele ist es, die Qualität in die Vertragsverhandlungen aufzunehmen. Wir befragen neu die Patienten, die im Spital waren, auch selber und lassen das in die Verhandlungen einfließen. Das gibt zusätzlich zu den fünf Kriterien des ANQ ein differenziertes Bild (Pflege, Arzt, Hotellerie, Speisen, etc.). Der Grund, weshalb wir mit das Thema Qualität vorantreiben, besteht darin, dass die Diskussionen über den Preis sehr schnell einseitig werden. Wir wollen interessante Nebenschauplätze schaffen, bei denen wir bereit sind, mehr zu bezahlen, weil das auch einen positiven Einfluss auf Leistungen hat. Unsere Versicherung kann sich nicht nur über den Preis differenzieren. Wir wollen uns z.B. auch über die Kundenzufriedenheit am Markt positionieren. Wir brauchen aber die richtigen Grundlagen, d.h. nationale Vergleichbarkeit der Daten. Das ist heute unbefriedigend. Erst wenn der Kunde auf Basis der Qualitätsunterschiede seine Entscheide fällt, dann wirkt das System.“

31. Januar 2016

Seite 51/114

Seitens der **Unfallversicherer** will man im stationären Bereich bis 2017/2019 bestimmte Qualitätskriterien mit den Leistungs-/Tarifverträgen verknüpfen (auch Wirtschaftlichkeitskriterien). Auch heute werden bereits auf Basis von WZW-Kriterien gewisse Selektionen bei den Leistungserbringern vorgenommen. Es werden zwar keine ausgeschlossen, aber gewisse Spitäler, die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen erfüllen, erhalten bessere Konditionen als andere. *Mit der neuen Verhandlungsrunde bis 1.1.2017 wird das noch verschärft. Im Moment sind es die ANQ-Kriterien, die ins Auge gefasst werden.*

Die **Leistungserbringer** nehmen die Versicherer wie folgt wahr: *Die Versicherer sind interessiert an Care- und Case Management von multimorbiden Patienten im ambulanten Bereich. Dies ist auch ein Thema des Qualitätsmanagements und kann nur in Zusammenarbeit mit Leistungserbringern in einem Versorgungsnetz erreicht werden. Dort gibt es neue Vorstösse seit dem Frühling 2015. Wenn die Versicherer mehr Qualität für multimorbide Patienten wollen, müssen sie auch mehr bezahlen.*

Im stationären Bereich versuchen die Versicherer auf die Qualität Einfluss zu nehmen, doch ohne Wirkung. Die meisten Leistungserbringer wollen nicht mit den Krankenkassen über Qualität reden (Anmerkung der Autoren: Hier gibt es Unterschiede zwischen den Einkaufsgemeinschaften). Sobald ein Spital auf der Liste ist, ist das Thema Qualität in der OKP erledigt. Im VVG und UVG ist eine Differenzierung über Qualität möglich, auch im spital-ambulanten Bereich.

Beispiel: *Ein Spital ist auch im UVG präsent und hat viele Patienten mit Hüftgelenkproblemen. Ein solches Spital priorisiert UVG-Patienten, weil diese eine leicht höhere Baserate bringen. Eine solche Priorisierung erfolgt auch mit VVG-Patienten. Dies beginnt nun auch im spital-ambulanten Bereich, wo privat Versicherte zum Chefarzt in die Sprechstunde können. Dadurch findet eine Differenzierung am Markt statt - nicht direkt über Behandlungsqualität, aber über Priorisierung der Patienten. Die Krankenversicherer gehen auch sehr unterschiedlich vor. Manche Fragebogen sind kaum zu gebrauchen, andere Versicherer haben viel Kompetenz aufgebaut.*

Eine grundsätzliche Einschätzung der Leistungserbringer: *Generell fokussieren die Versicherer auf Outcome-Qualität (z.B. Morbiditätsstatistik, Infektionsrate etc.). Daneben braucht es aber auch Prozessqualität und Strukturqualität, Indikations- und Diagnosequalität. Es gibt also verschiedene Dimensionen von Qualität, die berücksichtigt werden müssen. Es kann zum Beispiel bei einer Operation alles perfekt laufen, ohne Infektionen oder sonstige medizinische Folgeschäden. Doch das bringt nichts, wenn die Diagnose fehlerhaft war und der Eingriff gar nicht nötig gewesen wäre. Der Anhang zum TARMED-Vertrag, welcher sich um die Qualität kümmern sollte, ist seit 2004 leer. Damit Qualität eine Rolle spielt und ein Qualitätswettbewerb entstehen kann, braucht es eine Differenzierung der Qualitätsdimensionen. Zudem müsste die Qualität einen ökonomischen Wert haben, um in den Tarifverhandlungen Niederschlag zu finden. Doch das Gesundheitswesen ist sehr stark auf Kosten fokussiert. Der Nutzen müsste stärker hervorgehoben werden.*

Von Seiten **Bund, Kantone und Gerichte** wird die Einflussmöglichkeit der Versicherer relativiert: *Das grundsätzliche Problem bei der Qualitätsdiskussion liegt in der schlechten Datenlage! Die vorhandenen Qualitätsdaten sind lückenhaft. Die BFS-Statistik ist zu stark aggregiert, dies führt zu Fehlinterpretationen der Statistiken auf Versichererseite, was wiederum zu Fehlanreizen bei der DRG-Codierung auf Seite der Leistungserbringer führt (Spitäler codieren so, dass sie gut in Statistik erscheinen).*

... auf die Preise bzw. Höhe der verhandelten Tarife?

Zu diesem Punkt liegen zu wenige Aussagen für eine differenzierte Darstellung vor. Generell gilt: die Versicherer nehmen im Rahmen der Verhandlungen und innerhalb der regulatorischen Vorgaben ihren Einfluss auf die Höhe der verhandelten Tarife über ihre Einkaufsgemeinschaften (OKP) oder direkt (VVG) wahr.

Abschliessend zu diesem Teil der Befragung wurden alle Expertinnen und Experten mit folgender Frage konfrontiert:

d) „Wer sitzt in den Verhandlungen am längeren Hebel?“

Die Antworten fielen äusserst unterschiedlich aus.

Innerhalb der **Versicherer** gehen die Meinungen weit auseinander. Dies zeigt sich an den folgenden vier Aussagen:

- *Die **Ärzte** auf Grund des Kontrahierungszwangs. Das macht den Hebel der Versicherer im ambulanten Bereich kleiner. Die Ärzte müssen nur im Notfall behandeln und es gibt inzwischen solche, die nicht mehr Assura-Versicherte behandeln wollen. Das können sie machen, müssen aber aufgrund des Kontrahierungszwangs keine Sanktionen befürchten. Im stationären Bereich vor allem im Zusatzversicherungsgeschäft sind die Spitäler absolut am längeren Hebel. VVG-Verträge sind abhängig vom Goodwill der Spitäler. Für eine Blinddarmoperation kann man im VVG 2'000, 8'000 oder 12'000 Franken verlangen. Das ist relativ frei. Die Modelle unterstützen das. Der Patient kann sich überall behandeln lassen und wir bezahlen in jedem Fall. Das ist sicher nicht eine ausgeglichene Situation.*
- ***Weder noch**, das ist genau das Problem, das wir heute haben. Viele Tarife werden nicht partnerschaftlich in Verhandlungen abgeschlossen. Vielfach spielt die Tarifautonomie nicht. Man müsste viel mehr den gemeinsamen Nutzen der Tarifautonomie hervorheben und versuchen, ein gemeinsames Ziel zu erreichen. Denn wenn einer der Tarifpartner sagt, er sei sowieso stärker und warte auf die Festsetzung, wenn die Verhandlungen nicht gelingen, ist das nicht sehr konstruktiv. Dann kann man gleich ganz auf Verhandlungen verzichten und sagen: "Vogel friss oder stirb".*
- *Der **Kanton** sitzt am längsten Hebel. Er kann immer Einfluss nehmen, wenn sich die Tarifpartner nicht einig werden. Zwischen den Tarifpartnern ist das Machtverhältnis per Definition ausgeglichen. Jeder kann sagen, er sei mit dem Ergebnis der Verhandlungen nicht einverstanden und eine Festsetzung erwirken. Es ist auch alles sehr transparent, alles öffentlich und zugänglich. Man kann also wenig taktieren. Am Schluss sind die Preise transparent. Man weiss, welches Spital mit welchem Einkäufer wie verhandelt hat. Viel wichtiger als die Verhandlungsdiskussion ist das Timing der Verhandlungen. Wer hat zuerst zu welchem Preis abgeschlossen? Diese Fragen erzeugen einen gewissen Druck. Am Schluss wird es gar nicht so grosse Preisdifferenzen zwischen den Einkaufsgemeinschaften geben. Aber alleine der Fakt, dass es nun zwei verschiedene Einkaufsgemeinschaften gibt, führt zu mehr Wettbewerbsdruck. Man kann es sich nun auf Versichererseite nicht mehr leisten, schlecht zu verhandeln. Früher war das noch möglich, da kein Vergleich zwischen guten und schlechten Verhandlungsergebnissen möglich war.*
- Für die **Unfallversicherer** sieht die Situation wiederum etwas anders aus. Dort wird die Situation im ambulanten Bereich als ausgeglichen betrachtet. *Im stationären Bereich sitzt*

die Versicherung wegen fehlendem Kontrahierungszwang am längeren Hebel. Sie nutzt das aber nicht aus.

Die **Leistungserbringer** sehen die Welt ganz anders.

- Im Bereich Managed Care gibt es sehr unterschiedliche Einschätzungen. *In der Regel sind die **Krankenversicherer** am längeren Hebel. Diese sind grösser und führen mit vielen verschiedenen Ärztenetzen Verhandlungen. Aber je nach Region und Grösse haben die Ärztenetze auch Gewicht, weil die Versicherer mit diesen Verträge wollen, da ihnen sonst die Versicherten davonlaufen. Die Krankenversicherer sind aber am längeren Hebel, weil sie ihre Versicherten ansonsten in ein Telmed oder ein Listenmodell steuern. Für einen Arzt ist es schwieriger, Gegenmassnahmen zu ergreifen.*
- *Im stationären Bereich sind die **Juristen** am längsten Hebel. Sie bestimmen den Verhandlungsprozess. Baserate-Verhandlungen entwickeln sich zur reinen Juristerei und haben nichts mehr mit ökonomischen Mechanismen zu tun. Schwierig ist dabei für alle beteiligten Akteure die fehlende Planungssicherheit. Praktisch ist das eine Bankrotterklärung an das Schweizer Gesundheitswesen. Am einfachsten wären administrierte Tarife. Man könnte die Spitäler in einer Matrix nach Spitalkategorien und Versorgungsregionen einordnen (10 Spitaltypen und 7 Regionen), den Referenztarif irgendwo in der Mitte ansetzen und dann die regionalen und spitalspezifischen Anpassungen fakturieren. Das gäbe wieder etwas Planungssicherheit.*
- *Die Kostenträger (**Versicherer und Kantone inkl. Gemeinden**) sind klar am längeren Hebel. Die Kantone regulieren den Wettbewerb. Zusätzlicher Einfluss wird von den Gemeinden im ambulanten Bereich ausgeübt, z.B. bei der Anschubfinanzierung von Praxen oder bei Notfallleistungen, die mitfinanziert werden. Kantone und Gemeinden wurden als Kostenträger seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung immer wichtiger. Somit steigt auch deren Motivation, das System zu steuern und zu regulieren, um die Kosten in den Griff zu bekommen. Dies könnte sich auf die Wettbewerbssituation auswirken. In Deutschland und Österreich beispielsweise wollen viele Ärzte nicht mehr in Kassenpraxen tätig sein, weil diese zu stark reguliert werden. Deshalb weichen die Ärzte der Regulierung aus und gründen private Praxen und geben ihre Kassenzulassung ab. Die Patienten sind z.T. bereit, einen Aufpreis für eine Behandlung in einer Privatpraxis zu zahlen. Hier schlägt der Wettbewerb auf Nebenschauplätzen des Systems aus.*
- *Das **BVGer** hat den längsten Hebel in der Hand. Alle drei Monate studieren die Akteure ein Leiturteil des BVGer und stellen fest, dass sie etwas gelernt haben. In der Verhandlungssituation sind beide Tarifpartner am gleich langen Hebel. Dort herrscht Pattsituation, reines Seilziehen und wenn sie sich nicht einig werden, gehen sie zum Kanton. Das BVGer gibt aber das Strickmuster für die Verhandlungen vor.*
- *Im ambulanten Bereich sitzen die **Krankenversicherer** klar am längeren Hebel. Grund: "Die schiere Grösse der Macht". Die Versicherer haben die besseren Verhandlungsleute am Tisch. Sie sind fundierter, professioneller aufgestellt. Dort haben die Ärzte Schwächen. Sie sind nicht Profis. Früher wurde in der Ärztesgesellschaft ausgejast, wer an die Verhandlungen geht. Die Verhandlungsteams haben sich dann einfach so ergeben und über die Jahre hat man etwas Erfahrung aufgebaut. Aber man ist lange nicht so professionell unterwegs wie die Versicherer (siehe auch Kapitel 5.2).*

Bund, Kantone und Gerichte sind sich – mit einer Ausnahme - einig und sehen die Leistungserbringer am längeren Hebel.

- *„Der Krankenversicherer ist definitiv am kürzeren Hebel als der **Leistungserbringer**. Im stationären Bereich spielt der Kanton aber eine gewichtige Rolle aufgrund der gesetzlichen Möglichkeiten. Im ambulanten Bereich sieht die Situation anders aus: Sobald ein eidg. diplomierter Arzt seine Praxis eröffnet und behandelt, wird die Behandlung von einer Krankenversicherung bezahlt. Dies sind für selbstständige Ärzte traumhafte Verhältnisse. Der Leistungserbringer ist in der stärksten Position.“*
- *„Die **Leistungserbringer** sind tendenziell am längeren Hebel.“*
- *„In aller Regel sind die **Leistungserbringer** am längeren Hebel. Bei den Privatkliniken ist das Übergewicht weniger stark ausgeprägt. Die öffentlichen Spitäler profitieren von der Mehrfachrolle der Kantone, weshalb sie am privilegiertesten sind. Rangfolge: Öffentliche Spitäler, Privatkliniken, restliche Leistungserbringer (Ärzte), Krankenkassen. Der spital-ambulante Bereich ist am stärksten im Schutz des Kantons. Bei den Hausärzten ist die Situation ausgeglichener, aber doch mit Vorteil für Grundversorger. VVG: Kürzlich hat die WEKO eine marktbeherrschende Stellung eines Spitals im Kanton Bern festgestellt. Es gibt im Spitalbereich überall lokale Monopole, die gegen Wettbewerbsrecht verstossen.“*
- *„Spitäler brauchen die Einnahmen, um ihre Leistungen erbringen zu können. Deshalb haben in der Regel die **Versicherer** den längeren Atem. Bei der Einführung des neuen Systems hatten die Tarifpartner ihr jeweils eigenes Systemverständnis. Dieses war aus der jeweiligen Sicht nachvollziehbar, doch es war relativ schnell klar, dass auf Basis dieser unterschiedlichen Perspektiven keine Einigung entstehen kann und es Grundsatzentscheide zum Systemverständnis durch das BVGer braucht.“*

4.3.3. Experteneinschätzungen zum Spielraum für Wettbewerb – stationär

In einem weiteren Teil der Interviews wurden die Expertinnen und Experten nach der Wettbewerbssituation im stationären Bereich – insbesondere seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung 2012 – befragt. Nachfolgend werden die wichtigsten Fragen und Aussagen nach Akteuren geordnet synthetisiert (*kursiv*: paraphrasierte Zitate; in Anführungs- und Schlusszeichen: direkte Zitate).

Führt die neue Spitalfinanzierung zu mehr Transparenz und damit zu einer stärkeren Rolle der Qualitätsdimension?

Die **Krankenversicherer** sind sich bezüglich Transparenz nicht einig.

- *Eine Verbindung zur Qualität besteht nicht. Das System der DRG bringt eine Transparenz auf Kostenebene und schafft dadurch Wettbewerbsdruck. Ein Spitaldirektor eines Kantonsspitals hat heute ein Problem, wenn festgestellt wird, dass gleich gelagerte Spitäler in anderen Kantonen tiefere Kosten ausweisen. Die Kostenunterschiede drücken sich über die Höhe der Baserate aus. Die Baserate ist somit eine relativ klare Währung. Der Preis ist transparent und gegeben. Nun könnte man über die Qualität reden.*
- *„Unsere Idee war eine etapierte Einführung der Qualitätsdimension in die Preisbildung. Aber dieses Vorgehen wurde nicht gestützt vom BVGer. Es wäre eine einfache, auf Freiwilligkeit basierende Methode gewesen, aber sie muss nun nicht mehr ernst genommen*

werden. Wieso sind wir in der Schweiz bei Qualitätsthemen nicht weiter? Weil es nichts mit Geld zu tun hat. Alles, was nicht mit Geld zu tun hat, ist Hobby. Qualität muss für die Preisbildung eine Rolle spielen. Sie muss für die Marktpositionierung und Differenzierung genutzt werden und Differenzierungspotenzial eröffnen. Bisher hatten wir einen Kostenvettbewerb. Nun müsste man zum Qualitätswettbewerb kommen. Aber dieser muss Preis-Preisrelevanz haben.“

- *„Eine verbesserte Transparenz kann nicht festgestellt werden. Das Problem ist vor allem der heterogene Vollzug der neuen Spitalfinanzierung in den Kantonen.“*

Die **Leistungserbringer** sehen zwar eine Zunahme der Transparenz in Folge der neuen Spitalfinanzierung. Die Auswirkungen auf Qualität bestehen jedoch kaum und wenn doch, dann werden sie negativ gewichtet.

- *Man kann nun in einer Tabelle nachschauen, welches Spital welche Baserate hat. Dies ist die einzige Transparenz, die geschaffen wurde. Bezüglich Qualität gibt es keine Transparenz.*
- *Es gibt tatsächlich eine höhere Transparenz und Vergleichbarkeit der Kosten, dies wirkt sich aber nicht auf die Qualität der Spitalbehandlungen aus. Im Gegenteil, der steigende Druck auf Effizienz wirkt sich negativ auf die Qualität aus: Je tiefer die Baserate, desto grösser die Gefahr, dass die Qualität bergab geht.*
- *Generell ist die Transparenz gestiegen. Der neu entstandene Konkurrenzdruck unter den Spitälern wird aber auch zur Differenzierung bzw. zu Marketingzwecken der Spitäler verwendet. So weisen Zentrumsspitäler auf aus ihrer Sicht zu niedrige Fallzahlen von Regionalspitälern hin, um diese vom Markt zu drängen. Dies ist ein Fehlanreiz von DRG.*

Bund, Kantone und Gerichte sind sich einig, dass die neue Spitalfinanzierung zu mehr Kostentransparenz geführt hat. Eine Verbindung zur Qualität wird aber auch nicht gesehen.

- *Die neue Spitalfinanzierung hat konkretisiert und geklärt, dass Wirtschaftlichkeit und Qualität im Vordergrund stehen. Es gibt nun einen Zwang zur Objektivierung bei allen Parteien, auch beim Kanton.*
- *Heute kann man von Transparenz innerhalb der Branche sprechen. Es gibt Informationen zu Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit, wodurch die Transparenz gefördert wird. Leiturteile des BVGer verlangen Benchmarking von den Parteien. Nun gibt es plötzlich einen Wettbewerb um das Benchmarking! Wer in der Schweiz ist fähig, einen ‚guten‘ Benchmark zu liefern? Die Kantone sind daran, eine Datengrundlage zu schaffen (GDK-Plattform), die Spitäler haben einen Spital-Benchmark, wollen diesen aber nicht publizieren. Auch die Versicherer machen Benchmarks, publizieren diese aber auch nicht durchgehend transparent. Tarifpartner bilden streng vertrauliche Benchmark-Gruppen, tauschen die Ergebnisse aber nicht untereinander aus.*
- *Grundsätzlich hat die neue Spitalfinanzierung im Kostendatenbereich zu mehr Transparenz geführt. Alle können nun Benchmarks machen. Auch die GDK macht einen Benchmark, aber das ist nicht ganz so sinnvoll wegen der Mehrfachrolle der Kantone.*
- *Die neue Spitalfinanzierung führte zu mehr Kostentransparenz. Die KVG-Revision fokussierte jedoch weniger auf die Qualitätsaspekte der Transparenz.*

Nutzen die Tarifpartner ihren unternehmerischen Handlungsspielraum?

Einschätzungen der **Versicherer**:

- *„Der Handlungsspielraum wäre vorhanden, man könnte aber mehr machen: Selektivere Kontrahierung, Erarbeitung von Komplexpauschalen, Definition von Versorgungsketten mit Leistungserbringern etc. Doch das wird nicht genutzt, weil wir aktuell in der Konsolidierungsphase des Systemwechsels sind. In Zukunft dürften solche Themen vermehrt in den Vordergrund rücken.“*
- *„Der Handlungsspielraum wird sehr unterschiedlich wahrgenommen. Viele Bereiche in den Spitälern heissen jetzt Ertragsmanagement. Da wird darüber nachgedacht, wo die Ertragsmöglichkeiten im DRG-System am besten sind und wie der Leistungsauftrag am effizientesten umgesetzt werden kann.“*
- *„Ein überregionaler Wettbewerb gibt es momentan nicht, man schottet sich regelrecht ab von Seiten der Kantone. Die Kantone schützen ihre Leistungsbereiche und kaufen sehr bewusst ein. Die Patienten denken noch sehr regional bei der Gesundheitsversorgung. Doch das wird sich ändern. Die Benchmark-Diskussion ist sehr kreativ und gut. In diesem System ist nicht die Marktmacht entscheidend, sondern die beste Benchmarking-Methode und die besten Branchendaten. Der kleinste Player kann vor BVGer gehen und mit seiner Benchmarking-Methode gewinnen. Am Schluss wird das BVGer entscheiden, welche Methode angewendet werden soll. Bisher hat das BVGer in diesem Bereich hervorragend entschieden. Es hat sich in der Einführungsphase sehr gut selber qualifiziert.“*
- *„Das System muss in den Grundlagen stimmen und unterschiedliche Elemente können dann über die Preise ausgeglichen werden. Der Kanton Zürich will nun die strukturellen Unterschiede zwischen den Spitälern bei der Preisgestaltung berücksichtigen und das auch noch regulieren. Dies ist aber nicht sinnvoll. Die Versicherer bezahlen ja den Unispitälern schon tendenziell höhere Baserates. Hier braucht es keine zusätzliche Regulierung. Das Problem der Uni-Spitäler in Bern und Zürich ist, dass ihnen der Kanton weniger zahlt. Doch dieses Problem wird vom den Kantonen nicht thematisiert. Stattdessen fangen sie an, am System rumzuschrauben. Doch das wird nicht funktionieren.“*

Einschätzungen der **Leistungserbringer**:

- *„Nein, das lässt sich nicht spüren. Die Krankenkassen wollen einfach den Kostendruck aufrechterhalten, mit allen möglichen Mitteln. Die Leistungserbringer haben es nicht geschafft, mit den Einkaufsgemeinschaften eine Fachdiskussion über Qualität und Strukturen zu entwickeln. Insbesondere bei Tarifsuisse AG lässt die Fachexpertise zu wünschen übrig.“*
- *„Aufgrund der Schwerfälligkeit des Systems wird es in Zukunft vermehrt zu bilateralen Verhandlungen mit einzelnen Versicherern kommen, um Tarifsuisse AG zu umgehen. Dies ist die einzige Alternative, die noch für die Spitäler besteht.“*

Einschätzungen von **Bund, Kantonen und Gerichten**:

- *„Es gibt Kantone, die eine liberale Umsetzung des KVG wollen und Preisdifferenzierung zulassen, wenn eine Mehrleistung dahintersteckt. Damit gibt es hohe Innovationsfreiheit in den Verhandlungen für neue Leistungsbündel, wo der Versicherer sich auf seinem Markt profilieren und der Leistungserbringer attraktiver gegenüber den Patienten werden kann.“*

Trotzdem wird dieser Handlungsspielraum nicht genutzt, weil die Akteure bisher noch in den Kinderschuhen stecken. Versicherer haben versucht, Zuschläge für Qualität zu geben, doch die Leistungserbringer waren bisher nicht willens und fähig, darauf zu reagieren. Leistungserbringer packten die Chance bisher nicht.“

- *„Bei den Leistungserbringern ist die Wahrnehmung des Handlungsspielraums offenkundig: Ausweitung des Angebotsportfolios (z.B. Herzchirurgie in Fribourg, Wachstum bei der Orthopädie und im spital-ambulanten Bereich etc.). Man orientiert sich offensichtlich an der Rendite im Rahmen des DRG-Systems. Dies ist Teil des Systems und nicht a priori schlecht. In den Verhandlungen wird auch der Spielraum für Differenzierung nach Möglichkeiten genutzt. Aber dem sind auf Seite der Versicherer Grenzen gesetzt. Mit einer Insel muss jeder einen Vertrag abschliessen, auch im VVG. Brutto-Verträge (Koppelung von OKP und VVG) gehen aus regulatorischer Sicht gar nicht. Dies wäre eine Renditesicherung über Steuerfinanzierung. Der Versicherer sichert sich dadurch ebenfalls eine Rendite. Es nimmt ihm den Anreiz, tiefe Baserates zu verhandeln und sich für Effizienz einzusetzen. Er hat dann ein Interesse an möglichst hoher Baserate und möglichst günstigen VVG-Konditionen. Dies führt dazu, dass sich Leistungserbringer sowie auch Versicherer ihre Renditen zulasten der sozialen Krankenversicherung und des Steuerzahlers sichern. Es ist systemisch falsch, dass die gleichen Leute OKP und VVG verhandeln. Im OKP sind die Versicherer Agenten der Sozialversicherung, im VVG sind sie gewinnmaximierende Unternehmer. Dies muss getrennt werden! Doch wer könnte dagegen klagen? OKP wird durch Kantone genehmigt, VVG wird von FINMA geprüft. Aber keine Instanz ist für beide Bereiche zuständig.“*
- *„Es gibt verschiedene Hinweise, dass Spitäler eine Marktdifferenzierung zwischen VVG- und OKP-Angeboten anstreben - wohl auch unter Druck der Versicherer, die einen Mehrwert im VVG einfordern. So gibt es Spitäler, die in Zimmern für allgemein Versicherte die Vorhänge abmontieren, um den Mehrwert bei den Zimmern für Privatversicherte hervorzubehoben. Oder es werden 3-4 Menus gekocht und die Allgemeinversicherten erhalten nur eines davon, obwohl es genug von allem für alle hätte. Versicherer fordern seit Jahren einen klaren Nachweis des Mehrwerts an VVG-Leistungen. Dahinter steht das unternehmerische Interesse einer Marktdifferenzierung.“*

4.3.4. Experteneinschätzungen zum Spielraum für Wettbewerb – ambulant

Die Expertinnen und Experten wurden auch zur Situation im ambulanten Bereich befragt. Die Antworten fielen hierbei deutlich weniger aussagekräftig und verwertbar aus als im stationären Bereich. Nachfolgend die Synthese aus diesem Befragungsteil.

Nutzen die Tarifpartner ihren unternehmerischen Handlungsspielraum im ambulanten Bereich?

Hier sind sich die verschiedenen Akteure einig, dass der unternehmerische Handlungsspielraum der Tarifpartner fast ausschliesslich im Bereich der besonderen Versicherungsformen (Managed Care) wahrgenommen werden kann. Basierend auf gegenseitiger Freiwilligkeit entwickelt sich dieser Bereich relativ dynamisch und die Leistungserbringer empfinden sich auf Augenhöhe mit den Versicherern. Dies zeigt sich in den folgenden **Äusserungen eines Leistungserbringers**: *„Durch die flächenmässig grosse Abdeckung durch Hausarztnetzwerke, MCO und verbunden mit den heutigen Schwierigkeiten einen Hausarzt zu finden (viele Hausärzte haben einen Aufnahmestopp) ist die Position der Ärzte gegenüber den Krankenversicherern gestärkt. Die Betriebsgesellschaften können den unternehmerischen Handlungsspielraum im Rahmen der besonderen Versicherungsformen*

stark nutzen und verhandeln aus einer guten Position heraus. Es ist schwierig für einen Krankenversicherer, nicht zu kontrahieren, wenn er in einem bestimmten geographischen Raum nicht Kunden verlieren will.“

Von **Versicherern** wird angemerkt, dass kein Einfluss auf das Leistungsangebot im OKP-Bereich besteht und dass deshalb auf das VVG ausgewichen würde, um Handlungsspielraum wahrnehmen zu können.

4.3.5. Experteneinschätzungen zur besseren institutionellen Stellung von Qualität in der OKP

Abschliessend für diesen Teil der Befragung wurden die Expertinnen und Experten gefragt, wo sie welchen Handlungsbedarf auf institutioneller Ebene sehen, damit Qualität eine verbesserte Stellung im Grundversicherungsbereich zukommt.

Bei den **Versicherern** muss zwischen Unfallversicherern und Krankenversicherern unterschieden werden. Die Krankenversicherer erwähnen den Einfluss der Mengenproblematik auf die Kostenentwicklung und diskutieren die Frage, ob nicht der Patient stärker ins Zentrum gestellt werden müsste. *Erst wenn der Patient stärker im System über informierte Entscheide steuert, entwickelt sich die gewünschte Dynamik.* Die Unfallversicherer hingegen loben die Vertragsfreiheit, bedauern die Zersplitterung in der Krankenversicherungsbranche, stellen die kantonale Spitalplanung in Frage und regen an, über den Monismus nachzudenken.

- Die **Unfallversicherer** sehen sich, dank der Vertragsfreiheit, *„auf der Sonnenseite des Systems“*. Mit Besorgnis wird die Aufspaltung der Branche in verschiedene Verbände angeschaut. *Das schadet der Branche. Es wäre wünschenswert, wenn Curafutura und Santésuisse in die gleiche Richtung ziehen würden. Auch innerhalb der Verbände der Leistungserbringer sind die Ressentiments gross. Dies begünstigt die Blockaden und nicht Lösungen. Grundsätzlich sollte man sich fragen, ob die kantonale Spitalplanung wirklich eine gute Lösung ist. Eine nationale Lösung müsste diskutiert werden. Auch der Monismus müsste wieder ein Thema im stationären Bereich werden.*
- Die **Krankenversicherer** weisen auf verschiedene Aspekte hin. Genannt wird die Mengenproblematik: *„Strukturen und Tarife sind schön und gut, aber das wahre Problem sind die Mengen bei der Leistungserbringung. Um die Mengen steuern zu können, könnte bei Mengenausweitung der Preis gesenkt werden. Erst dadurch kann man die Kosten in den Griff bekommen. Jede Preissenkung kann vom Leistungserbringer bis zu einem gewissen Grad über die Menge kompensiert werden. Grundsätzlich gibt es zwei Wege für die Bewältigung der Mengenproblematik: Man kann Lobbying betreiben und versuchen, die Mengensteuerung auf Gesetzesebene mittels KVG-Revision zu erwirken. Doch eigentlich müssten Angebot und Nachfrage bei der Preisbildung getrennt behandelt werden. Der Nachfrageteil müsste bei der Preisbildung weggeschnitten werden. Da können die Leistungserbringer nichts dafür (demografische Entwicklung, steigende Multimorbidität etc.). Sie sind nur für den Angebotsteil verantwortlich (sinnvolle, wirksame Therapien etc.).“* Ein weiteres Votum in diesem Kontext: *„Das System explodiert, wenn beliebige Mengenausweitung gemacht wird. Es bräuchte eine Selbstkorrektur der Leistungserbringer und die Versicherer müssten Bereitschaft signalisieren, das Preisniveau vernünftig zu halten, wenn die Leistungserbringer ihre schwarzen Schafe in den Griff bekommen. Es müsste ein Geben und Nehmen sein.“*

Weiter wird von den Krankenversicherern ein Ansatz genannt, der den Patienten ins Zentrum stellt: *„Ein vermehrter Wettbewerbsdruck ausgehend von den Patienten könnte*

helfen, der Qualität mehr Bedeutung zu geben. Die Patienten müssten im System auch eine Rolle spielen, tun dies aber heute faktisch nicht. Damit dies möglich wird, braucht es glaubwürdige Informationsquellen und der Wille, die Wahlfreiheit zu suchen. Dies kann von den Kunden verlangt werden. Die Vertragsfreiheit müsste im Gesundheitswesen eingeführt werden. In Holland ist dies schon lange umgesetzt und es funktioniert. Unterdessen haben auch Leistungserbringer begriffen, dass für sie die Vertragsfreiheit ein Vorteil ist. Insbesondere die Grundversorger haben ja ihre Praxis sowieso voll und wollen nur noch mit denjenigen Versicherern Verträge abschliessen, die sie nicht nerven und mit denen sie einen besseren Preis aushandeln können.“

Die **Leistungserbringer** verweisen vor allem auf die verschiedenen Aktivitäten in ihren Bereichen, vermissen einen Konsens bezüglich der Definition von Qualität und Standards, weisen auch auf die Probleme der Aufsplittung der Krankenversicherungsbranche hin und suchen nach Lösungen im Bereich Regionalisierung.

- *„Grundsätzlich braucht es keine grösseren institutionellen Anpassungen. Es lohnt sich für ein Spital schon heute, in Qualität zu investieren. Das grösste Problem sind jedoch die nicht notwendigen Eingriffe. Dieses Problem ist nicht gelöst. Fallzahlen auf der richtigen Ebene sind ein zentraler Faktor für Qualität. Die Publikation von Fallzahlen auf der richtigen Ebene oder von sonstigen richtigen Daten durch das BfS würde helfen, die Diskussion anzuregen. Doch das Problem sind dann sofort die Fehlschlüsse aus der Statistik. Überall in den Spitälern werden PR- und Marketing-Abteilungen ausgebaut. Dies ist eine direkte Folge der zunehmenden Fehlinterpretationen der Qualitätsstatistiken. Man muss sehr kompetent, verständlich und überzeugend auf unqualifizierte Mediens Schlagzeilen reagieren können.“*
- *„Wenn man eine Dynamik will, muss man Steuerungsmöglichkeiten vertraglich definieren und zulassen. Heute sind der Dynamik vertraglich gerade im ambulanten Bereich zu enge Grenzen gesetzt. Eine Lösung wäre eine stärker Regionalisierung (Anm. d. Autoren: Siehe Kinzigtal⁹). Die Ärzte fürchten sich nicht vor den Konsequenzen und wären bereit. Ihnen kann ja nichts passieren, solange der Kontrahierungszwang herrscht. Generell braucht es für eine bessere Qualität den institutionalisierten Austausch von qualitätsrelevanten Informationen zwischen den Leistungserbringern. Dieser muss generell verbessert werden (Anm. d. Autoren: Siehe eHealth¹⁰). Damit liessen sich Behandlungsfehler vermeiden.“*
- *Weiter werden grundsätzliche Aspekte genannt: Es bräuchte Klarheit darüber, was eine gute Qualität ist (Definition) und es bräuchte entsprechende klinische Register (Patientendatensätze) zu den verschiedenen Therapien und deren Erfolg. Dies wäre eine hinreichende Voraussetzung, damit Qualität eine grössere Rolle spielen könnte im Gesundheitswesen. Qualität müsste also nicht zwingend in die Tarifverhandlungen integriert werden, sondern die Ärzte sind bereits intrinsisch motiviert, ihre Behandlungsqualität zu verbessern. Eine Schwierigkeit stellt hier die vom Bund vorgegebenen Kostenneutralität dar. Problem: Kostenneutralität ist im KVG nicht enthalten und trotzdem werden diesbezüglich Forderungen gestellt. Anderes Thema: Der gesamte Leistungskatalog, der vergütet wird, ist gesetzt. In Anhang 1 der KLV werden nur diejenigen Leistungen aufgeführt, die erst nach Prüfung durch die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen*

⁹ <http://www.gesundes-kinzigtal.de>

¹⁰ <http://www.bag.admin.ch/ehealth>

(ELGK) als leistungspflichtig gelten, sowie Leistungen, die aufgrund dieser Prüfung nicht oder nur unter bestimmten Voraussetzungen von der OKP übernommen werden (Negativliste, Art. 33 Abs. 1 KVG). Leistungen, die in dieser Liste nicht oder noch nicht aufgeführt sind, werden prinzipiell übernommen, es sei denn, der Krankenversicherer verweigere die Kostenübernahme gestützt auf die Einzelfallbeurteilung durch den zuständigen Vertrauensarzt oder die zuständige Vertrauensärztin. Das Health Technology Assessment (HTA) ist ein Instrument für die Prüfung der WZW-Kriterien. „Die Tatsache, dass der Leistungskatalog eine Negativliste ist, ist ein grosser Fehler des KVG. Ein weiteres grosses Problem ist die unterschiedliche Finanzierung der 3 Leistungsbereiche (spital-ambulant, praxis-ambulant und spital-stationär). Dies führt zu völligen Anreizverzerrungen. Diese beiden grundlegenden Probleme des KVG werden in der öffentlichen Debatte kaum je thematisiert. Leistungskatalog und Finanzierung wären zentrale Eckwerte für den Wettbewerb.“

- Ein weiterer Akteur sieht das Grundproblem in den juristisch dominierten Verhandlungen über die Auslegung von BVGer-Entscheide. Sie kosten Millionen auf beiden Seiten und blockieren das System: *Aktuell rechnen sehr viele Spitäler mit provisorisch festgesetzten Tarifen ab. Es kann bis 2019 dauern, bis die Tarife von 2012 geklärt sind. Die provisorischen Tarife werden aber kaum mit den definitiven Tarifen übereinstimmen und dann kommt es zu Rückabwicklungen von 2019 zurück auf 2012. Der damit verbundene Aufwand hängt ab von der Regelung, über die man ebenfalls verhandelt. Ein besonders hoher Aufwand wird dann auf die Krankenversicherer zukommen. „Dies versteht der Staatsbürger dann nicht mehr. Dies ist des Schweizer Gesundheitswesens nicht würdig.“ Das Thema Qualität ist per se extrem komplex und würde noch schwieriger werden, wenn man es in die Tarifverhandlungen integrieren wollte. Ein weiteres Beispiel sind Vorgaben zu Fallzahlen. „Was bedeutet es, wenn ein Spital mindestens 20 Fälle behandeln muss? Heisst das, dass ein Arzt 20 Fälle machen muss oder reicht es auch, wenn 10 verschiedene Ärzte je 2 Fälle machen? Es müssten verschiedenste Spezialisten aus unterschiedlichen Fachrichtungen zusammensitzen und sich zu Qualitätskriterien und Messansätzen austauschen, um den Knoten zu lösen und etwas Repräsentatives zu finden, was überall standardisiert angewendet werden kann.“*
- *„Vorstellbar wäre auch, dass man selektiv kontrahieren könnte und dies von qualitativen Aspekten abhängig machen würde. Oder es wäre auch denkbar, dass z.B. zertifizierte Praxen einen höheren Taxpunktwert abrechnen können. Schwierig ist es, einen Konsens zu finden über geeignete und breit abgestützte Indikatoren. Der neue Risikoausgleich ist sehr wichtig. Je weniger die Risikoselektion eine Rolle spielt, desto mehr sind Krankenversicherer bereit, über Qualität zu diskutieren.“*

Bund, Kantone Gerichte äussern sich hier sehr differenziert, verweisen auf den weiten Krankheitsbegriff, die fehlenden Datengrundlagen und den fehlenden Konsens über Standards, die Schwierigkeiten angesichts der Aufsplittung der Krankenversicherungsbranche sowie den fehlenden politischen Willen, tatsächlich mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern zuzulassen (Kontrahierungszwang).

- Als Grundproblem wird der äusserst weite Krankheitsbegriff genannt, der dem KVG zu Grunde liegt. *Qualitätssicherung hat es bei diesem weiten Krankheitsbegriff äusserst schwer. Dort, wo es um Leiden und nicht um Krankheit geht (Scheidung, Schulversagen, Migration etc.), ist Qualitätssicherung kaum möglich. Dort gibt es nur die dichotome Möglichkeit der Anerkennung oder Ablehnung einer Behandlung. In der Krankenversicherung gilt das Kostenvergütungsprinzip mit den beiden Spielarten „tier payant“ und „tier garant“.*

Dieses führt zu einer schwächeren Stellung des Krankenversicherers im Vergleich zum Unfallversicherer. Der Krankenversicherer hinkt immer hinterher und kann nur ab und zu seine Einwilligung zu einer Behandlung geben (z.B. gemäss KVV bei Psychotherapien z.T. Bewilligungserfordernis). Deshalb hat der Krankenversicherer grundsätzlich weniger die Möglichkeit, eine Behandlung abzulehnen, als der Unfallversicherer. Gut wäre, wenn die Leistungserbringer untereinander in Konkurrenz stünden. Doch diese Forderung ist politisch nicht mehrheitsfähig. Es fehlt die Konkurrenz unter den Leistungserbringern durch Vertragsfreiheit.

- *Bei der Aufhebung des Kontrahierungszwangs stellt sich die Frage nach der Methodik, nach welcher der Versicherer den Leistungserbringer auswählt. Der Versicherungsagent hat nicht die gleichen Interessen wie der Patient. Es ist heute noch nicht klar, nach welchen Kriterien die Versicherer Verträge abschliessen. Ist nur der Preis oder auch die Qualität entscheidend? Es müsste geklärt werden, wie die Kosten gemessen werden, welche Rolle die Qualität bei der Preisfindung spielen soll etc. Ein Arzt kann als günstig/effizient betrachtet werden, wenn er keine multimorbiden Patienten behandelt.*
- *Der Qualitätswettbewerb findet heute auf der Seite der Leistungserbringer statt, aber nicht im Rahmen der Tarifverträge. Alternativer Ansatz: Der Versicherte wählt ein bestimmtes Qualitätslevel und bezahlt einen entsprechenden Preis dafür. So gäbe es z.B. Premium-Versicherungen mit verschiedenen Abstufungen und Preisen. Bei besonderen Versicherungsformen ist das heute schon der Fall.*
- *„Generell muss die Datenlage verbessert werden. Die BfS-Statistik ist sehr lückenhaft. Gemäss Art. 77 KVV bestünde die gesetzliche Pflicht zur Qualitätssicherung durch die Akteure. Falls dies nicht geschieht, kann der Bundesrat aktiv werden. Dies müsste er nun unbedingt tun! Neu gibt es die Comparis-Listen (Patientenbefragungen), aber reicht das wirklich, um einen fundierten Entscheid zu fällen? Zudem gibt es die Informationen zu den Fallzahlen der Spitäler. Dies ist auch ein Qualitätsindikator. Dort wären die Kantone gefordert und könnten die Zulassung an Mindest-Fallzahlen koppeln.“*
- *„Verbesserte Datengrundlagen und Transparenz sind eine notwendige, aber nicht unbedingt eine hinreichende Bedingung. Wir haben eine sinnlose Aufsplittung der Versicherer-Verbände, eine aus Governance-Sicht fragwürdige Mehrfachrolle der Kantone, was nie zu idealen Verhandlungssituationen führen wird. Wichtig wäre zunächst einmal eine Übersicht, wer welche Interessen hat (Mapping der Interessen). Dann muss das VVG unbedingt vom OKP klar getrennt werden. Im VVG ist die FINMA einzig interessiert an Solvenzfragen. Qualität spielt dort keine Rolle.“*
- *„Es bräuchte definierte Qualitätsstandards, die zwischen den Akteuren als Grundlage für die Aufnahme auf die Spitalliste, die Verhandlungen und die Festsetzungen vereinbart werden. Da ist man intensiv daran.“*

4.4. Fazit

1. Fehlende Voraussetzungen für einen funktionierenden Qualitätswettbewerb

Konsens besteht offenbar darüber, dass heute entscheidende Voraussetzungen für einen funktionierenden Qualitätswettbewerb fehlen. Es gibt weder einen Konsens darüber, wie Qualität gemessen werden soll (Indikatoren), noch ist man sich einig, wie die Ergebnisse publiziert und kommuniziert werden sollen. Die Leistungserbringer werfen den Krankenversicherern hierbei eine einseitige Fokussierung auf Outcome Messungen vor. Diagnose- und Indikationsqualität müssten ebenfalls miteinbezogen werden. Die Krankenversicherer ihrerseits werfen den Leistungserbringern mangelnde Initiative vor. Sie zeigen sich überzeugt, dass vernünftige

Vorschläge von Seiten der Leistungserbringer bei Ihnen gute Chancen hätten. Die Gesetzesvorlage, wie sie vom Bundesrat zuhanden des Parlaments verabschiedet wurde (Bundesrat 2015), zielt denn auch mindestens teilweise in diese Richtung, wenn er sich an der Finanzierung zur Erarbeitung von Grundlagen zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren beteiligen will.

2. Datengrundlagen im stationären Bereich rudimentär – im ambulanten Bereich nicht vorhanden

Die fehlenden Datengrundlagen betreffen sowohl den stationären als auch den ambulanten Bereich. Gemäss Aussagen von Akteuren hat man im ambulanten Bereich rund 20 Jahre Rückstand auf den stationären Bereich. Die Situation ist aber offenbar auch im stationären Bereich alles andere als befriedigend. Immerhin – und das wird von keinem der Akteure bestritten – besteht über den ANQ eine Grundlage, auf der nun aufgebaut werden kann. In diesem Sinne soll und kann weitergearbeitet werden. Die Spitalstatistiken des BAG werden aber sowohl von Leistungserbringern als auch von Krankenversicherern als weniger hilfreich eingeschätzt. Sie würden Fehleinschätzungen begünstigen, da die Daten zu stark aggregiert sind.

Einige Vertreter von Bund, Kantonen und Gerichten erhoffen sich eine Verbesserung der Situation im ambulanten Bereich durch das Projekt MARS¹¹ des Bundesamtes für Statistik. Im Rahmen von „Gesundheit 2020“ hat der Bundesrat als eine von zehn prioritären Massnahmen die Statistik einer ambulanten Gesundheitsversorgung beschlossen. Die Statistik befindet sich im Aufbau und führt im Moment Piloterhebungen durch. Dieses Projekt wurde allerdings weder von den Leistungserbringern, noch von den Versicherern erwähnt.

3. Kein systematischer Datenaustausch unter Leistungserbringern und Krankenversicherern

Systematischer Datenaustausch unter den Leistungserbringern und/oder zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern ist nicht gegeben. Dies wird jedoch als wichtige Voraussetzungen für ein Qualitätsmanagement angesehen. Hoffnungen machen sich die Akteure hier zu den Arbeiten im Bereich e-Health resp. elektronisches Patientendossier.

4. Akzeptierte Rollenverteilung gemäss Gesetz – Unzufriedenheit mit der Wahrnehmung der Rollen

Konsens besteht grundsätzlich im Rollenverständnis der zentralen Akteure. Die Rollenaufteilung gemäss Gesetz wurde von keinem Akteur in Frage gestellt. Ernüchterung besteht aber darüber, wie die Rollen wahrgenommen werden. Der Bund ist nicht zufrieden mit den Tarifpartnern, wie sie die gesetzlichen Anforderungen (siehe Bundesrat 2014: Ausführungen und Übersicht zu den Verträgen gemäss Art. 77 KVV in Anhang 2) ausführen. Er könnte subsidiär eingreifen, wird das aber wahrscheinlich nicht tun, sondern weiter versuchen, den Druck über die Drohung eines Eingriffs zu erhöhen. Mit dem neuen Gesetz werden die Rollen beibehalten. Der Bund versucht sich die wahrscheinlich notwendigen Mittel für die Erfüllung seines Auftrages zu sichern und setzt grosse Hoffnungen auf die Unterstützung von nationalen Massnahmen der Stiftung Patientenschutz, mit denen gegen bekannte Probleme mit evidentem Handlungsbedarf angegangen wird. Die Krankenversicherer monieren die fehlenden

¹¹ Bundesamt für Statistik > Aktuell > Modernisierungsprojekte > **Statistiken der ambulanten Gesundheitsversorgung (MARS)**

Grundlagen, die aus ihrer Sicht von den Leistungserbringern erarbeitet werden müssten. Zudem fühlen sie sich durch das BVGer in ihren Gestaltungsmöglichkeiten eingeschränkt. Die Kantone ihrerseits sehen im ambulanten Bereich wenige Möglichkeiten, steuernd einzugreifen. Im stationären Bereich haben sie zwar die Möglichkeiten, sind aber auch hier auf Grundlagen angewiesen, die sie nicht selber produzieren können. Sie fühlen sich durch das BVGer ebenfalls eingeschränkt in der Handlungsweise. Die Leistungserbringer schliesslich verweisen auf die zahlreichen Aktivitäten, die bereits angelaufen sind, sehen die Qualität der Leistungserbringung primär bei ihnen („Ärzte sind *intrinsisch motiviert*“), wollen (im ambulanten Bereich) eigentlich gar nicht mit den Krankenversicherern über dieses Thema sprechen, erachten die Qualität mit der Ärzteausbildung oder mit der Aufnahme einer Klinik auf eine Spitalliste als sichergestellt und misstrauen sich untereinander dahingehend, als dass Qualität (konkret Fallzahlen im stationären Bereich) als Instrument für den Konkurrenzkampf missbraucht wird.

5. In Frage gestellte Sinnhaftigkeit eines funktionierenden Qualitätswettbewerbs

Die Vorstellungen darüber, inwieweit überhaupt ein Qualitätswettbewerb sinnvoll ist und stärker auf- und ausgebaut werden soll, gehen sehr weit auseinander. Dies zeigt sich beispielsweise an den Positionen, ob eine bessere/schlechtere Qualität als Differenzierungsmerkmal am Markt geltend gemacht werden soll oder kann.

Die Krankenversicherer legen in ihren Ausführungen grossen Wert auf diese Möglichkeit und sehen hier auch grosses Potential. Geäussert wurde die Vorstellung, dass ein informierter Patient in Zukunft seine Entscheide, wo und von wem er oder sie sich behandeln lassen will, gestützt auf transparenten Qualitäts- und Kostengrundlagen fällen wird. Dadurch könnte der Wettbewerbsdruck endlich auf den Leistungserbringermarkt übertragen werden.

Leistungserbringer im Managed Care-Bereich können sich mit dieser Sichtweise identifizieren. Inzwischen beginnen sich in diesem auf Freiwilligkeit basierenden Markt Bonus-Modelle für besondere Anstrengungen im Qualitätsbereich zu etablieren. Gerade die Betreibergesellschaften von Ärztenetzwerken haben ihrerseits viel Verständnis für diese Sichtweise und ein Interesse an kontinuierlicher Qualitätsentwicklung innerhalb ihrer Ärztenetze. Dies äussert sich beispielsweise darin, dass alle Ärzte, die Medix angeschlossen sind, eine Zertifizierung nach EQUAM durchlaufen müssen. Mit den Krankenversicherern können auch besondere Projekte im Qualitätsbereich vereinbart werden, und die Krankenversicherer beteiligen sich an den Kosten. Der Datenaustausch wird in diesem besonderen Bereich als selbstverständlich erachtet.

Im stationären Bereich wurde von den Krankenversicherern geäussert, dass sie auch hier eine Differenzierung am Markt über verschiedene Qualitätsniveaus anstreben. Von Leistungserbringerseite wurde bestätigt, dass die Krankenversicherer seit kurzer Zeit das Thema Qualität ansprechen würden. Die Impulse für diese Initiativen scheinen auch aus dem VVG zu kommen. Erste Versuche für Mehr-Qualität höhere Tarife zu vereinbaren, sind aber an den Entscheiden des BVGer gescheitert.

Auch von Kantonsseite würde diese Möglichkeit grundsätzlich begrüsst. Ein Vertreter von Bund, Kantonen und Gerichten wies aber auf die Schwierigkeit hin, gerade auch im stationären Bereich risikoadjustierte und finanzwirksame Qualitätssysteme aufzubauen, die in einem Tarifvertrag dann auch justiziabel geregelt werden können. Seines Erachtens sei der Aufwand unheimlich hoch und die Wirkung (er verwies auf Studien aus den USA) vergleichsweise gering.

6. Erschwerte Lösungssuche wegen Schwäche der Verbände (Zersplitterung auf Seiten Krankenversicherer und Spannungen innerhalb FMH)

Erschwerend für die Suche nach Lösungen wird von vielen Akteuren (mit Ausnahme der Krankenversicherer) die Zersplitterung der Branche auf Seiten der Krankenversicherer sowie die grossen Spannungen innerhalb der Ärzteschaft (FMH) genannt. Gerade auf Strukturebene ist die Situation bei den Krankenversicherern gemäss Auskunft der Akteure eher erschwerend. Dies zeige sich bei den Verhandlungen zur TARMED-Revision. Leistungserbringer, Bund, Kantone und Gerichte äusserten sich sehr zurückhaltend und machten den Anschein, dass sie sich weder einmischen wollen in brancheninterne Konflikte der Krankenversicherer, noch dass sie direkt davon zu profitieren versuchen. Die Situation wurde insgesamt als erschwerend eingeschätzt.

Die Bildung von verschiedenen Einkaufsgemeinschaften auf Preisebene hingegen wird anders, aber auch unterschiedlich beurteilt. Einige Leistungserbringer nehmen dies ebenfalls lediglich als mühsam und erschwerend war. Andere Leistungserbringer sehen auch Vorteile (verhandlungstaktische Möglichkeiten, neue Vertrauensbasis mit neuen Gemeinschaften, erhöhter Kompetenzdruck auf Versichererseite etc.). Von Seiten der Krankenversicherer wird diese Aufspaltung mehrheitlich positiv wahrgenommen. *Durch den Vergleich wird es möglich, „besser“ oder „schlechter“ zu verhandeln. Ein Vergleich zwischen Verhandlungsergebnissen von verschiedenen Einkaufsgemeinschaften ist vorher gar nicht möglich gewesen.*

7. Keine ebenbürtige Rolle von Qualität und Preis in den Tarifverhandlungen

Die Frage, ob Qualität bei den Tarifverhandlungen überhaupt eine Rolle spielen soll, ist offenbar umstritten. Vereinfacht können auf Basis der Äusserungen drei idealtypisch unterschiedliche Gruppen gebildet werden:

1. Die Qualität soll in den Tarifverträgen eine ebenbürtige Rolle wie der Preis erhalten (Krankenversicherer, Leistungserbringer im Bereich Manged Care).
2. Die verbindliche und preiswirksame Regelung von Qualität über Tarifverträge ist zu komplex und die Wirkung wird gering bleiben. Besser ist der Weg über die Patienten, welche auf Basis von möglichst guten Informationen über die Qualität der Leistungserbringung (z.B. auf Basis von Fallzahlen) ihre Behandlungsentscheide fällen. Um dies zu ermöglichen, sollen in den Tarifverträgen lediglich über die Durchführung von Messungen, den Austausch und die Publikation von Daten (Bund, Kantone, Gerichte; Krankenversicherer, Leistungserbringer) Vereinbarungen getroffen werden.
3. Ein Qualitätswettbewerb, der sich über eine Marktdifferenzierung mit unterschiedlicher Qualität äussert, ist nicht erstrebenswert oder gar problematisch. Die Qualität des Leistungserbringers muss bei der Zulassung und bei der Aufnahme auf die Spitalliste geprüft werden. Sind die Voraussetzungen für die Zulassungen oder Aufnahme auf eine Spitalliste gegeben, dann ist das Thema Qualität im Zusammenhang mit Tarifverträgen erledigt. Die Leistungserbringer sind selber motiviert, sich bezüglich Qualität weiterzuentwickeln. (Leistungserbringer primär ambulant)

8. Dominanz der Aufhebung des Kontrahierungszwanges und der Einschränkung der Mehrfachrolle der Kantone auf Ebene der geäusserten Reformvorschläge

Auf Ebene der Reformvorschläge wurde von Seiten Versicherern, Bund, Kantone und Gerichte mit Abstand am häufigsten die Aufhebung des Kontrahierungszwanges genannt. Die Unfallversicherung sowie die Entwicklung der Managed Care-Organisationen wurden als exemplarische

31. Januar 2016

Seite 65/114

Beispiele genannt, um zu belegen, wie gut sich eine Situation in Vertragsfreiheit entwickeln kann. Dieser Vorschlag wurde von den Leistungserbringern nicht genannt.

Am zweithäufigsten wurden Reformansätze genannt, die die Mehrfachrolle der Kantone bei der Preisbildung im ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens einschränken sollen. Dass bei diesem Punkt Handlungsbedarf besteht, darüber waren sich Leistungserbringer und Versicherer grossmehrheitlich einig. Auch von Vertretern von Bund, Kantonen und Gerichten wurde teilweise auf diese Governance-Problematik hingewiesen.

5. Preis- und Qualitätswettbewerb auf Verhandlungsebene des Gesundheitswesens

Nachdem im Kapitel 4 die generelle Wettbewerbskonzeption im Schweizer Gesundheitswesen mit besonderem Fokus auf die Rolle der Qualität analysiert und der Einfluss der zentralen drei Akteure (Kantone, Versicherer und Leistungserbringer) auf die aktuelle Wettbewerbssituation diskutiert wurde, wird nun der Analysefokus von der Systemebene auf die Verhandlungsebene verschoben.

Folgende **Verhandlungssettings** des Gesundheitswesens werden in diesem Kapitel empirisch untersucht:

- Tarifverhandlungen der akutstationären Gesundheitsversorgung (DRG-Baserates) zwischen Spitälern und Versicherern¹²
- Tarifverhandlungen der praxis- und spital-ambulanten Gesundheitsversorgung (TARMED-Taxpunktwerte) zwischen kantonalen Ärztegesellschaften oder Spitalambulatorien und Versicherern¹³
- Verhandlungen der Tarifstruktur TARMED zwischen dem Versicherungsverband Curafutura, FMH, H+ und MTK¹⁴
- Verhandlungen der Vergütung von Ärztenetzen im Rahmen der besonderen Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (Art. 41 Abs. 4 KVG) zwischen Betriebsgesellschaften der Ärztenetze und Versicherern

Die theoretisch-konzeptionellen Grundlagen für die Analyse von Verhandlungen liefert das Kapitel 2 dieses Berichts. Aus bestehenden akteurzentrierten, verhandlungstheoretischen Ansätzen wird im Folgenden ein Kriterienkatalog für optimale Verhandlungssituationen entwickelt. Dieser Kriterienkatalog stellt den SOLL-Zustand dar, an welchem der IST-Zustand, nämlich die Verhandlungssituationen im ambulanten (TARMED, besondere Versicherungsformen) und stationären (SwissDRG) Bereich, gemessen werden kann. Daraus werden im anschliessenden Kapitel 6 Erkenntnisse zum Verbesserungspotenzial der IST-Situation abgeleitet.

5.1. Kriterienkatalog für optimale Tarifverhandlungen im Gesundheitswesen

Wie in Kapitel 2 bereits aufgezeigt, kann von optimalen Verhandlungen gesprochen werden, wenn es gemäss Scharpf (2000) zu einer „positiven Koordination“ bzw. zu integrativen Verhandlungen im mehrdimensionalen Raum kommt. Dabei kann ein Mehrwert für beide Verhandlungspartner erzielt werden, indem bei verschiedenen Verhandlungsgegenständen verschiedene Interessen vorhanden sind, die positiv koordiniert werden können. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass es mehr als eine Verhandlungsdimension gibt, in welcher sich Optionen für die Verhandlungspartner befinden. Nur so kann in einem Verhandlungssetting die Spannung zwischen Kooperation und Rivalität überwunden werden.

¹² Die Höhe der Baserates (Basispreis einer Spitalbehandlung, der je nach Behandlungsfall gemäss Tarifstruktur SwissDRG mit einem Kostengewicht multipliziert wird) wird zuerst zwischen den Tarifpartnern verhandelt und anschliessend von den Kantonen genehmigt bzw. bei Nichteinigung festgesetzt.

¹³ Die TARMED-Tarifstruktur beinhaltet die Positionen für alle ärztlichen und arzt nahen Leistungen in der Arztpraxis und im ambulanten Spitalbereich sowie teilweise in der stationären Behandlung. Jeder ärztlichen Leistung wird eine bestimmte Anzahl von Taxpunkten zugeordnet. Der Taxpunkt wert wird zwischen den kantonalen Ärztegesellschaften und den Einkaufsgemeinschaften der Versicherer verhandelt. Siehe auch FMH-Website: http://www.fmh.ch/ambulante_tarife/tarmed-tarif.html (15.01.2016)

¹⁴ Siehe u.a. Medienmitteilung zur Gründung der „TARMED Suisse AG“ vom 13.05.2015. Online verfügbar unter: http://www.fmh.ch/files/pdf16/2015_03_13_Tarmed_Suisse_AG_DE_2.pdf (15.01.2016)

Gulliver (1979) zeigt mit seinem normativ geprägten Phasenmodell optimaler Verhandlungen einen Weg auf, mit dem diese „positive Koordination“ erreicht werden kann. Gullivers Modell dient im Folgenden als strukturierende Grundlage für den hier zu erarbeitenden Kriterienkatalog. Denn es zeigt auf, wie Akteure durch Verhandlungsprozesse von der Konfrontation zunehmend zur Kooperation kommen. Zentral dafür sind folgende Punkte:

- Es gibt keinen direkten Weg zum Verhandlungsergebnis, sondern es braucht einen Prozess, der Gefässe für gegenseitiges und gemeinsames Lernen bietet.
- Verhandlungsstrategien sind rekursiv, da es vor allem auch darum geht, über den Ablauf und die Inhalte des Verhandlungsprozesses zu verhandeln („verhandeln über das Verhandeln“).
- Verhandlungen können nicht linear von einem Dissens in einen Konsens führen, sondern Phasen der Antagonie wechseln sich mit Phasen ab, in denen Kooperation dominiert.
- Es gibt interkulturell beobachtbare Regelmässigkeiten in der Sequenzierung von Verhandlungsschritten, deren Abkürzung nicht möglich scheint.
- Das Ergebnis und dessen Auswahlprozess sind nicht aufgrund einer inneren Logik vollständig vorbestimmt, sondern entwickeln sich erst durch die Verhandlungen.

Diese Überlegungen zu Gullivers Modell und die konsultierten verhandlungstheoretischen Grundlagen (siehe Kapitel 2) können im Folgenden zu einem strukturierten Kriterienkatalog für optimale Tarifverhandlungen im Gesundheitswesen kondensiert werden.

Agenda, Definition der Verhandlungspunkte

„Verhandeln über das Verhandeln“: Im Vorfeld der Verhandlungen kann über die Rahmenbedingungen (Verhandlungsort, Agenda, Verhandlungspunkte etc.) verhandelt werden und es herrscht nicht reine Routine.

Theoretischer Hintergrund:

Im Vorfeld der Verhandlungen werden bereits gewisse Rahmenbedingungen wie raum-zeitliche Faktoren oder auch die grundsätzlichen Verhandlungsgegenstände ausgehandelt. Implizit wird damit grundsätzlich Verhandlungs- und Konzessionsbereitschaft signalisiert. Es findet eine gewisse Testphase für die Kooperation statt, in welcher die Frage beantwortet wird, ob es sich um eine reine Routine handelt oder ob bezüglich Verhandlungsort, Agenda, Verhandlungspunkte etc. tatsächlich verschiedene Optionen herrschen und die Verhandlungspartner bereit sind zu einem Verhandlungsergebnis, das vom Status quo abweicht.

Fragen zum SOLL-/IST-Vergleich bei Verhandlungssituationen im ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens:

- Wo finden die Verhandlungen jeweils statt? Wechseln die Örtlichkeiten oder wird routinemässig immer am selben Ort verhandelt?
- Wer legt die Agenda und die Verhandlungspunkte fest?
- Folgen die Verhandlungspartner bei der Planung und Festlegung der Rahmenbedingungen einer starren Struktur (reine Routine) oder gibt es Spielraum für Anpassungen?
- Sieht die übliche Agenda sequenzielle Verhandlungen vor (ein Punkt nach dem anderen) oder können auch Verhandlungspakete geschnürt werden?
- Gibt es bestimmte „Rituale“ im gesamten Verhandlungsprozess von den Vorbereitungsarbeiten bis zum Abschluss? Falls ja, welche?

Beteiligte Akteure: Die Zusammensetzung der beteiligten Akteure ist fundiert und breit abgestützt. Auf der persönlichen Ebene ist die Stimmung positiv.

Theoretischer Hintergrund:

Die Trennung zwischen Interessenskonflikten und Beziehungskonflikten gehört zu den zentralen Elementen des Harvard-Konzepts (Fisher 2013). Der Fokus auf Interessen, nicht auf Positionen, stellt sachbezogene Verhandlungen zwischen Parteien sicher, die fachlich fundiert argumentieren und eigenständig entscheiden können. Dadurch respektieren sich die Verhandlungspartner gegenseitig und begegnen sich auf Augenhöhe.

Fragen zum SOLL-/IST-Vergleich bei Verhandlungssituationen im ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens:

- Wer nimmt konkret an den Verhandlungen teil?
- Werden die Verhandlungen von jemandem begleitet, der im Falle des Scheiterns eine Entscheidungskompetenz hat?
- Welche Rolle spielen „neutrale“ Fachexperten? Aus welchen Disziplinen fliesst Fachexpertise in den Verhandlungsprozess ein? Können Fachexperten in den Verhandlungen eine mediative Funktion ausüben?
- Inwiefern ist der Kanton direkt oder indirekt am Verhandlungsprozess beteiligt? Welchen Einfluss hat der Kanton auf die Verhandlungsergebnisse?
- Welche Rollen spielen zusätzliche Gremien im Hintergrund der Verhandlungen (Verbände etc.)? Nehmen gewisse Akteure dies als Einschränkung war?

Vorbereitung: Die Verhandlungspartner bereiten sich bewusst auf den Verhandlungsprozess vor, indem sie nicht nur Zielgrössen und Verhandlungsspielräume festlegen, sondern sich auch mit der Perspektive der Gegenseite auseinandersetzen.

Theoretischer Hintergrund:

Ein weiterer zentraler Punkt im Harvard-Konzept (Fisher 2013) ist die Entwicklung von Entscheidungsmöglichkeiten (Optionen) zum beidseitigen Vorteil (Win-Win-Situationen). In einem ersten Schritt stecken die Verhandlungspartner für sich selbst in verschiedenen Verhandlungsdimensionen ihre Spielräume ab und definieren ihre Ziele. Zur späteren Erreichung von Win-Win-Situationen sollten sie aber bereits im Vorfeld der eigentlichen Verhandlung die Perspektive der Gegenseite einnehmen und die definierten Verhandlungsgegenstände aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachten.

Fragen zum SOLL-/IST-Vergleich bei Verhandlungssituationen im ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens:

- Wie bereiten sich die Parteien auf die Verhandlungen konkret vor?
- Welchen Spielraum haben sie bei der Festlegung von Verhandlungszielen?
- Inwiefern setzen sie sich im Vorfeld mit der Position/Perspektive der Gegenseite auseinander?

Exploration des Feldes, Expression von Differenzen

Koordination des Verhandlungsprozesses: Der Verhandlungsprozess ist für innovative Elemente genügend flexibel gestaltet, wird aber gleichzeitig bewusst koordiniert.

Theoretischer Hintergrund:

Im Verhandlungsverlauf nach Gulliver (1979) dient die Explorationsphase dem gegenseitigen Informationsaustausch über Präferenzen. Die Parteien stecken ihre Felder ab und schaffen Raum für die weitere Verhandlung. In dieser innovativen Phase werden Tauschmöglichkeiten und Gegengeschäfte ausgelotet und Lernprozesse vollzogen. Wichtig ist dabei, dass diese Phase für neue Ideen und innovative Überlegungen ausreichende Flexibilität bietet, sich gleichzeitig aber auch an der vereinbarten Verhandlungsagenda orientiert und damit bewusst und zielorientiert koordiniert wird.

Fragen zum SOLL-/IST-Vergleich bei Verhandlungssituationen im ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens:

- Wird der entsprechende Prozess bewusst gesteuert? Wenn ja, von wem?
- Oder „geschieht“ der Prozess ad hoc? Oder beides zusammen?
- Bietet der Prozess genügend Flexibilität für neue Verhandlungspunkte und innovative Ansätze?

Ergebnisorientierung:¹⁵ Die Verhandlungsseiten orientieren sich an einem Verhandlungsergebnis und haben bezüglich Einigungszone realistische Erwartungen.

Theoretischer Hintergrund:

Nach der Exploration der gesamten Breite des Verhandlungsfeldes wird nach Gulliver (1979) die Komplexität des Verhandlungsproblems schrittweise reduziert, indem Nebenpunkte der Verhandlung bereinigt werden und eine Fokussierung auf gemeinsame Ziele stattfindet. Dies kann gelingen, wenn Verhandlungspakete geschnürt und die einfachen, aber relevanten Verhandlungsgegenstände der Agenda priorisiert werden. Kooperative Verhandlungen hängen stark vom gegenseitigen Vertrauen der Parteien ab. Fehlt dieses, vergraben sich die Verhandlungspartner in ihren Positionen.

Fragen zum SOLL-/IST-Vergleich bei Verhandlungssituationen im ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens:

- Ist eine Einigungszone zwischen den Verhandlungspartnern im Normalfall erkennbar? Falls ja, wie gross ist diese Zone?
- Streben die Parteien ein Verhandlungsergebnis normalerweise an oder ist häufig von Anfang an klar, dass es nicht zum Konsens kommen kann?
- Haben die Verhandlungspartner diesbezüglich realistische oder übersteigerte Erwartungen?
- Wie hoch ist das gegenseitige Vertrauen der Verhandlungsparteien?

¹⁵ In diesem Projekt wird unter „optimalen“ Tarifverhandlungen im Gesundheitswesen verstanden, dass die Parteien sich konstruktiv auf ein Verhandlungsergebnis einigen können und dadurch ihre Tarifautonomie behalten.

Verhandlungsdimensionen: Es wird auf verschiedenen Ebenen (Dimensionen) „integrativ“ verhandelt, so dass Win-Win-Situationen möglich sind.

Theoretischer Hintergrund:

Wie in Kapitel 2 ausgeführt, kann aus verhandlungstheoretischer Sicht die Möglichkeit eines Verhandlungsergebnisses, bei dem beide Seiten einen Nutzen erzielen (Win-Win-Situation), erhöht werden, wenn neben der reinen Verteilungsdimension auch die sogenannte Produktionsdimension im Verhandlungsprozess eine Rolle spielt und damit das Verhandlungsthema auf verschiedene Gegenstände ausgeweitet wird (vgl. Hauser, 2002; Scharpf, 2000; Sebenius, 2013). Für die Beschreibung der SOLL-Situation einer optimalen Verhandlungssituation bedeutet dies, dass mehrdimensionale Tarifverhandlungen, in denen neben der Kosten- und Preisdimension noch weitere Themen verhandelt werden, einem reinen Seilziehen um die Höhe des zu verhandelnden Tarifs vorzuziehen sind.

Fragen zum SOLL-/IST-Vergleich bei Verhandlungssituationen im ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens:

- Was kann überhaupt Gegenstand des Prozesses sein?
- Worüber wird schlussendlich verhandelt? (Preisaspekte, Qualitätsaspekte, Info-Austausch)
 - Werden Qualitätsaspekte als Argumente bei Preisverhandlungen herbeigezogen (eindimensional)?
 - Oder findet ein Handel „Qualität für höhere Preise“ in irgendeiner Form statt (mehrdimensional)?
- Im Falle eindimensionaler, „distributiver“ Verhandlungen: Wie gross ist die sichtbare Verhandlungszone (= Intervall zwischen Angebot und Gegenangebot)? Welche Faktoren führen zur Einengung dieser Zone?
- Erlauben sich die Verhandlungspartner, gegenseitig auch kreative Versuchsballone im Sinne eines Brainstormings loszulassen, ohne dass solche sogleich als Zugeständnis oder als „Einknicken“ bewertet werden?

Subjektive und objektive Bewertung von Optionen: Es existieren anerkannte (objektive) Kriterien zur Bewertung von Verhandlungsoptionen.

Theoretischer Hintergrund:

Die Anwendung objektiver Beurteilungskriterien ist ein zentrales Element im Harvard-Konzept (Sebenius 2013). Dies führt zu nachvollziehbaren und akzeptablen Ergebnissen. Bei subjektiven Haltungen können aus der Verhaltensökonomie bekannte Wahrnehmungsverzerrungen eine Rolle spielen wie z.B. der Ausstattungseffekt (was man hat, das präferiert man stärker), die Überkonfidenz (man schätzt sein eigenes Wissen als zu zuverlässig ein) oder die Ankersetzung (irgendwie gesetzte Eckwerte beeinflussen eigene Ziele). (vgl. Hauser 2002)

Fragen zum SOLL-/IST-Vergleich bei Verhandlungssituationen im ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens:

- Sind subjektive Bewertungen/Haltungen in den Verhandlungen dominant oder werden auch „objektive“ Bewertungskriterien herangezogen?
- Falls ja, helfen diese Kriterien, die Verhandlungen in Gang zu bringen?

- Welche Hilfsmittel, Methoden (z.B. Brain Storming) werden in den Verhandlungen eingesetzt, um aus dem „Bazar“-Modus auszubrechen und konstruktive Ergebnisse zu erreichen?

Einengung der Unterschiede, Einigung

„Wartedilemma“: Im Verhandlungsprozess haben alle Parteien die gleiche Dringlichkeit, eine Einigung zu erreichen.

Theoretischer Hintergrund:

Bei der Analyse möglicher Hindernisse für effiziente Verhandlungsergebnisse muss auch die zeitliche Dynamik berücksichtigt werden (Hauser 2002). Das Hinauszögern von Verhandlungen kann von einer Partei taktisch genutzt werden, wenn sie es sich leisten kann, auf das Verhandlungsergebnis zu warten und somit eine geringere Dringlichkeit als ihr Gegenüber hat. Haben beide Parteien die gleich hohe Dringlichkeit bezüglich Verhandlungsabschluss oder kennen sie die Dringlichkeit der Gegenseite nicht, gleicht die Situation einem Gefangenendilemma. Beide Parteien können dann nämlich versucht sein, eine Verzögerungstaktik zu fahren mit der Folge, dass der Verhandlungsprozess gesamthaft ineffizient wird.

Fragen zum SOLL-/IST-Vergleich bei Verhandlungssituationen im ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens:

- Werden Deadlines für die Einigung festgelegt? Wird eine bestimmte „Dringlichkeit“ aufgebaut?
- Hat eine Seite die höhere Dringlichkeit bezüglich Einigung als die andere?
- Wie wird Geduld und Ungeduld von den Parteien signalisiert respektive versteckt?

Machtverhältnis: Im Verhandlungsprozess ist die Macht, das Verhandlungsergebnis zu beeinflussen, gleichmässig auf alle Parteien verteilt.

Theoretischer Hintergrund:

In optimalen Verhandlungssituationen werden Entscheidungsmöglichkeiten zu beidseitigem Vorteil (Win-Win-Situation) entwickelt. Ist die Macht, das Verhandlungsergebnis zu beeinflussen, ungleichmässig verteilt, sinken die Chancen für eine Win-Win-Situation. In den Verhandlungen sollten Interessen und nicht Machtbeziehungen zwischen den Verhandlungsparteien die zentrale Rolle spielen (Sebenius 2013). Eine wichtige Rolle bei der Frage nach der Verteilung der Verhandlungsmacht spielt das BATNA-Konzept (Best Alternative To a Negotiated Agreement, siehe Kapitel 2.4). Je grösser die Bereitschaft ist, Verhandlungen scheitern zu lassen und sich für das BATNA zu entscheiden, desto grösser ist die Verhandlungsmacht.

Fragen zum SOLL-/IST-Vergleich bei Verhandlungssituationen im ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens:

- Von welchen Faktoren wird die Verhandlungsmacht beeinflusst (Wartefähigkeit, Attraktivität des BATNA, politischer Kontext, Verhandlungsgeschick)?
- Inwiefern können die Versicherer gegenüber den Leistungserbringern Druck zu mehr Effizienz und Qualität ausüben? Welche Faktoren unterstützen bzw. behindern sie dabei?
- Und umgekehrt, inwiefern können die Leistungserbringer finanzielle Vorteile aushandeln bei höherer Effizienz und/oder Qualität ihrer medizinischen Leistungen?

Nicht-Einigung: Die allfällige Uneinigkeit bezüglich einzelner Verhandlungsgegenstände wird gegenseitig anerkannt und führt nicht zum Verhandlungsabbruch („agree to disagree“).

Theoretischer Hintergrund:

Wie bereits in Kapitel 2.4 aufgezeigt, gleicht die Situation der Tarifverhandlungen im Gesundheitswesen einem Gefangenendilemma. Wenn ein Tarifpartner die Verhandlungen scheitern lässt und die kantonale Festsetzung favorisiert, hat er kurzfristig seine Verhandlungsmacht ausgespielt. Doch langfristig verlieren beide Parteien, weil sie ihre Tarifautonomie verlieren. Deshalb muss auch die Frage gestellt werden, ob es für die Tarifpartner Wege gibt, auch bei Nichteinigkeit ihre Autonomie zu behalten, indem sie auch allfällige Uneinigkeiten gegenseitig anerkennen und beispielsweise über einen privaten Schiedsrichter lösen lassen, bevor der Staat subsidiär eingreift.

Fragen zum SOLL-/IST-Vergleich bei Verhandlungssituationen im ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens:

- Wird die Verhandlung im Fall einer Nicht-Einigung abgebrochen und als gescheitert betrachtet? Oder besteht die Möglichkeit, dass man sich bezüglich des Preises nicht einig wird, diese Uneinigkeit anerkennt („agree to disagree“) und trotzdem auf anderen Dimensionen (Qualität, Rahmenbedingungen etc.) weiterkommt?
- Kann die Höhe der allfälligen kantonalen Festsetzung normalerweise antizipiert werden? Beeinflusst diese Antizipation Ihre Verhandlungstaktik?
- Besteht die Möglichkeit, sich bei den umstrittenen Punkten auf einen privaten Arbitrator (Schiedsrichter) zu einigen? Falls ja, wird davon Gebrauch gemacht?

Dieser theoretisch abgeleitete Kriterienkatalog stellt den SOLL-Zustand dar, mit welchem die tatsächlichen Verhandlungssituationen im ambulanten (TARMED, besondere Versicherungsformen) und stationären (SwissDRG) Bereich überprüft werden können. Dazu wurden die interviewten Akteure mit diesen Kriterien bzw. mit den entsprechenden Fragen zum SOLL-/IST-Vergleich konfrontiert (siehe zweiter Teil des Basisleitfadens im Anhang 2 dieses Berichts). Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung auf Verhandlungsebene werden im folgenden Unterkapitel präsentiert.

5.2. IST-Situation der Tarifverhandlungen im Gesundheitswesen

Die folgende empirische Analyse des Preis- und Qualitätswettbewerbs fokussiert auf die stationären (DRG-Baserates) und ambulanten (Taxpunktwerte) Tarifverhandlungen im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Zusätzlich in die Analyse miteinbezogen werden die Verhandlungssituationen auf der TARMED-Strukturebene sowie im Bereich der besonderen Versicherungsformen. Auch auf die Tarifverhandlungen im Zusatz- sowie auch im Unfallversicherungsbereich wird an geeigneten Stellen im Sinne eines Quervergleichs Bezug genommen. Diese Settings stehen allerdings nicht im Fokus der Analyse.

5.2.1. Agenda, Definition der Verhandlungspunkte

A. „Verhandeln über das Verhandeln“

Gemäss Verhandlungsliteratur kann bei optimalen Verhandlungssituationen bereits im Vorfeld über die Rahmenbedingungen (Verhandlungsort, Agenda, Verhandlungspunkte etc.) verhandelt werden. Es sollte also bezüglich Verhandlungsrahmen nicht reine Routine herrschen. Aus den In-

terviewgesprächen mit den beteiligten Akteuren zeigt sich zunächst, dass die Örtlichkeiten der Verhandlungen tatsächlich variieren und dass diesbezüglich Spielraum vorhanden ist. Die Mehrheit der Interviewpartner ist sich jedoch einig, dass der Verhandlungsort taktisch eher unbedeutend ist und aufgrund organisatorischer Überlegungen meist pragmatisch gewählt wird.

Bezüglich der Festlegung der Verhandlungsagenda muss zwischen den verschiedenen Verhandlungssettings differenziert werden:

Stationäre Tarifverhandlungen:

Die Baserate-Verhandlungen im stationären Bereich zwischen den Versicherern und Spitälern weisen gemäss Interviewaussagen der direkt involvierten Akteure vergleichsweise viel Spielraum beim Agenda-Setting auf. Obwohl der Fokus klar auf der Verhandlung der Tarifhöhe liegt, gibt es Möglichkeiten für Verhandlungspakete, die neben dem reinen Seilziehen um die Baserate eine ganze Bandbreite von Verhandlungsgegenständen von Datenlieferungen, Vertragsmodalitäten (z.B. Mehrjahresverträge) über Fragen zum Qualitätsmonitoring bis hin zur Koppelung mit Medikamentenpreisen oder auch Rückabwicklungsmodalitäten im Fall von rückwirkenden Tarifänderungen etc. beinhalten. Dabei fällt auf, dass die Leistungserbringer stärker in integralen Verhandlungspaketen denken und Elemente aus unterschiedlichen Bereichen und Kontexten miteinander verhandeln wollen, während die Versichererseite zur Fragmentierung der Verhandlungen in verschiedene Themenbereiche tendiert. Dies liegt vor allem daran, dass die Tarifpartner bzw. deren Verhandlungsdelegationen unterschiedlich organisiert und zusammengesetzt sind (siehe Abschnitt B in diesem Kapitel).

Gemäss Aussagen von Versichererseite sind die stationären OPK- und VVG-Verhandlungen nicht aufeinander abgestimmt, finden aus rechtlichen Gründen getrennt statt und werden von unterschiedlichen Delegationen geführt. Dennoch können Überlegungen aus dem VVG-Bereich auf beiden Seiten des Verhandlungstisches unter Umständen einen Einfluss auf die Verhandlungsagenda im OKP-Bereich haben. Denn hat ein Verhandlungspartner ein starkes Interesse an einem VVG-Vertragsabschluss, wird er dafür sorgen, dass im OKP-Bereich, wo aufgrund des Kontrahierungszwangs verhandelt werden muss, ein Ergebnis erzielt werden kann. Findet man sich im OKP-Bereich nicht, dürfte eine Lösung im VVG-Bereich, wo man auf die Zusammenarbeit angewiesen ist, schwierig werden.

Weniger Spielraum für die Festlegung der Verhandlungsagenda besteht im Unfallversicherungsbereich. Dort verhandelt die Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT) im Auftrag der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) mit den Leistungserbringern. Die UVG-Tarifverhandlungen orientieren sich an Standardverträgen, welche die Agenda eng vorgeben. Effektiv zu verhandeln gibt es dort die Neupreisberechnungen im Zweijahresrhythmus sowie allfällige einzelne Vertragspunkte, die aufgrund veränderter rechtlicher Rahmenbedingungen angepasst werden müssen (siehe Abschnitt „Vorbereitung“ in diesem Kapitel sowie auch Kapitel 5.2.2).

Ambulante Tarifverhandlungen:

Ein anderes Bild zeigt sich bei den Verhandlungen im ambulanten Bereich. Unter den Interviewpartnern herrscht breiter Konsens, dass es dort um ein reines Seilziehen zwischen der Ärzteschaft und den Einkaufsgemeinschaften der Versicherer um die Höhe des Taxpunktwertes geht. In vielen Kantonen wurde allerdings seit Jahren nicht mehr verhandelt, sondern der bestehende Tarif immer wieder fortgeschrieben. Grundsätzlich ist die Verhandlungsagenda sehr kurz und bietet wenig Spielraum für das Ausloten der Rahmenbedingungen. Diese werden im Rahmen der Leistungs- und Kostenvereinbarung (LeiKoV) klar geregelt.

Exkurs zur LeiKoV:

Der nationale Rahmenvertrag LeiKoV wurde von der FMH und Santésuisse im Jahr 2005 unterzeichnet und vom Bundesrat genehmigt. Die einzelnen Kantone hatten dann die Möglichkeit, einen kantonalen Anhang LeiKoV abzuschliessen und dadurch der nationalen LeiKoV beizutreten. Die Santésuisse und die Ärztesgesellschaften ermitteln in der LeiKoV jährlich einen Kostenkorridor. Unterstützt werden sie dabei von einem zentralen, paritätisch zusammengesetzten Lenkungsbüro LeiKoV. Darin vertreten sind die Santésuisse und die FMH mit je drei Personen. Diejenigen Kantone, welche der LeiKoV beigetreten sind, bestimmen die ärztliche Vertretung im Lenkungsbüro. Dieses beschäftigt sich mit der Erfassung sowie der Leistungs- und Kostenlenkung und nimmt einen jährlichen SOLL-IST-Kostenvergleich vor. Darauf basierend macht es Empfehlungen für eine allfällige Taxpunktwertanpassung zuhanden der kantonalen oder regionalen Vertragsparteien der LeiKoV. (Stoffel 2006)

Im UVG-Bereich wird das Agenda-Setting der ambulanten Tarifverhandlungen von der Versichererseite relativ klar vorgegeben. Die ZMT entwickelt im Auftrag der MTK auf Basis einer Modellpraxis ein Kostenmodell, über welches dann mit der Ärzteschaft verhandelt wird.

TARMED-Strukturverhandlungen:

Die tripartiten Verhandlungen zur Revision der TARMED-Struktur waren seit 2012 zwischen FMH, H+ und Versichererseite (Santésuisse, MTK) vertraglich geregelt und wiesen bezüglich Agenda-Setting sehr klare Vorgaben auf. In den Verträgen waren die Zielsetzungen, das Vorgehen sowie auch die Inhalte der Verhandlungen definiert. Anfangs 2015 wurden dann neue Verträge zwischen dem neuen Versichererverband Curafutura, FMH, H+ und MTK unterzeichnet. Am 13.03.2015 gründeten diese Vertragspartner die „TARMED Suisse AG“.¹⁶ Damit wurden ohne den Einbezug von Santésuisse neue Rahmenbedingungen für die ins Stocken geratene TARMED-Revision geschaffen. Diese neuen Rahmenbedingungen enthalten wiederum detaillierte Vorgaben zum Verhandlungsprozess bis hin zu Tarifierungsrichtlinien, an welchen sich die neue Struktur orientieren soll.

Besondere Versicherungsformen:

Die Festlegung der Verhandlungsagenda erfolgt gemäss Interviewaussagen im Bereich der besonderen Versicherungsformen relativ flexibel. Da Vertragsfreiheit herrscht, beruhen die Verhandlungen auf einer konstruktiven Zusammenarbeit zwischen den Parteien. So wurde in den Interviewgesprächen beispielsweise erwähnt, dass sowohl von Versicherer- als auch von Leistungserbringerseite Vorschläge bezüglich Datengrundlagen und -analysen (z.B. Vergleichskollektive, Entwicklung von Qualitätsindikatoren) oder auch bezüglich der Umsetzung von gemeinsamen Projekten etwa im Bereich der Zuweisungspraxis oder der Qualitätssicherung machen können. So ist es üblich, dass verschiedene Verhandlungsgegenstände zu Paketen geschnürt und gemeinsam verhandelt werden. Beispielsweise kann ein Versicherer die Vergütung eines Ärztenetzes von der Umsetzung gemeinsamer Qualitätssicherungsprojekte innerhalb einer bestimmten Zeit abhängig machen.

¹⁶ Siehe Medienmitteilung vom 13.03.2015:
http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Medien/Medienmitteilungen/2015/TARMED_Suisse_AG/2015_03_13_Tarmed_Suisse_AG_DE.pdf (15.01.2016)

B. Beteiligte Akteure

Gemäss theoretisch abgeleitetem Kriterienkatalog für optimale Tarifverhandlungen sollte die Zusammensetzung der beteiligten Akteure in den Verhandlungen inhaltlich fundiert und breit abgestützt sein. Dabei stellt sich auch die Frage nach dem Einbezug neutraler Fachexperten, welche zu sachbezogenen Verhandlungen beitragen und die allfälligen positions- oder gar personen-personenbezogenen Spannungen abfedern können.

Stationäre Tarifverhandlungen:

Im Verhandlungssetting zwischen Spitälern und Versicherer lässt sich eine gewisse Asymmetrie erkennen. Sowohl von Seite der Leistungserbringer als auch der Versicherer wurde auf die unterschiedliche Zusammensetzung der jeweiligen Verhandlungsdelegationen und die entsprechenden organisatorischen Rahmenbedingungen hingewiesen. Auf Seite der Spitäler nehmen in der Regel die Finanzverantwortlichen und/oder deren Stellvertreterinnen an den Verhandlungen teil. Gehört eine private Klinik zu einem Konzern, ist normalerweise auch noch ein Vertreter des Corporate Office dabei.

Grosse Unterschiede existieren auf Seite der Einkaufsgemeinschaften der Versicherer. Für die HSK verhandeln Angestellte der drei Versicherer Helsana, Sanitas und KPT direkt mit den Spitälern. Diese sind für die Vertragsvorbereitungen zuständig, entwickeln die Strategie und führen die Verhandlungen, was für kurze Entscheidungswege sorgt.

Anders ist die Einkaufsgemeinschaft Tarifsuisse AG als Tochtergesellschaft von Santésuisse organisiert. Dort gibt es immer einen verantwortlichen Verhandlungsleiter und einen weiteren Mitarbeiter von Tarifsuisse AG sowie mehrere Versicherungsvertreter, welche die Kunden der Tarifsuisse AG repräsentieren. Die Zusammensetzung wird in der Verhandlungskommission von Santésuisse festgelegt und ist regional sehr unterschiedlich. Es nehmen meistens diejenigen Versicherungsvertreter teil, die in der betroffenen Region die grössten Marktanteile haben. Je nach Grösse/Bedeutung des Geschäfts sind die Delegationen unterschiedlich gross. Vor einem Jahr hat die Tarifsuisse AG intern umstrukturiert. Früher wurde eher siloartig verhandelt (Spezialisten für stationär, ambulant, Pflege etc.), nun sind in den Verhandlungen alle Tarifsuisse-Vertreter generalistisch unterwegs und decken verschiedene Themenbereiche ab, was künftig für weniger Fluktuation und mehr Kontinuität (nur noch ein Ansprechpartner für die Leistungserbringer) sorgen dürfte. Die Verhandlungsführer der Tarifsuisse AG haben allerdings – im Gegensatz zu den Spitaldelegationen – keine Entscheidungskompetenz in den Verhandlungen. Dies ist bei der Tarifsuisse AG systembedingt. Der Verwaltungsrat der Tarifsuisse AG, welcher sich aus den Kunden zusammensetzt, gibt den Zielkorridor bei den zu verhandelnden Baserates vor. Alles, was verhandelt wird, muss im Nachgang von der Verhandlungskommission der Santésuisse bewilligt werden. Wenn die Zielvorgaben des Verwaltungsrates nicht erreicht werden konnten, muss die Geschäftsleitung der Tarifsuisse AG das Ergebnis nochmals absegnen, selbst wenn es von der Verhandlungskommission der Santésuisse bereits gutgeheissen wurde. Wenn dann ein Kunde der Tarifsuisse AG mit dem Entscheid der Geschäftsleitung nicht zufrieden ist, hat er noch ein Veto-Recht im Verwaltungsrat.

Auf Versichererseite kommen gemäss Interviewaussagen in den Verhandlungen normalerweise keine neutralen Fachexperten zum Einsatz. Die Einkaufsgemeinschaften beschäftigen eigene spezialisierte Tarifmanager, die Tarifstrukturen und Benchmarking-Methoden entwickeln und mit internen Datenanalysten zusammenarbeiten. Dies gehört zur Kernkompetenz der Versicherer und bedarf keiner Unterstützung durch externe Fachexpertise. Von Seite der Spitäler wird teilweise mit externen Fachexperten zusammengearbeitet. Dies kann jedoch gemäss Aussage von Versicherern problematisch sein, wenn die Vereinbarungen zwischen den Spitälern und den an den

Verhandlungen präsentieren Experten nicht transparent gemacht werden und deshalb von einer „hidden agenda“ ausgegangen werden kann, was nicht zur Vertrauensförderung beiträgt.

Ambulante Tarifverhandlungen:

Die Vertretung der Ärzteschaft in den ambulanten Tarifverhandlungen ist weniger professionalisiert als diejenige auf Versichererseite. Entsprechende Interviewaussagen der Versicherer sowie auch der Leistungserbringer deuten darauf hin, dass die Verhandlungsführung auf Ärzteseite sehr personenabhängig ist und oft von engagierten Einzelkämpfern abhängt, die über mehrere Jahre verhandlungstechnisches Wissen und Erfahrung aufbauen, sich jedoch häufig nicht auf Augenhöhe mit den spezialisierten Verhandlungsleitern auf Versichererseite wahrnehmen.

Der Beizug von externen Fachexperten ist bei der Ärzteschaft nicht üblich. Im UVG-Bereich kann es hingegen vorkommen, dass die MTK zur Beantwortung spezifischer Fragen Spezialisten beizieht.

TARMED-Strukturverhandlungen:

Bei den TARMED-Strukturverhandlungen geht es vorwiegend um technische Fragestellungen zu den einzelnen Tarifpositionen. Dementsprechend entsenden die Verhandlungspartner eigene Tarifexperten sowie eingeladene externe Fachärzte und Spezialisten in die Verhandlungen. Die technisch geprägten Diskussionen zwischen den Fachexperten an den Verhandlungen sind gemäss Interviewaussagen beteiligter Akteure sehr ergiebig, sachbezogen und konstruktiv. Sie unterscheiden sich somit stark von den Strukturverhandlungen auf politisch-strategischer Ebene, deren Fronten sich in den letzten Jahren zunehmend verhärteten, was zum Ausschluss von Santéuisse aus dem Setting führte.

Besondere Versicherungsformen:

Ärztennetze delegieren die Tarifverhandlung in der Regel an ihre Betriebsgesellschaften. Ein Beispiel dafür ist Argomed, die rund 20 Ärztenetze mit insgesamt über 900 Ärzten in den Kantonen Aargau, Bern, Luzern, Solothurn und Zug zu ihren Kunden zählt.¹⁷ Die Verhandlungsdelegation einer solchen Betriebsgesellschaft besteht normalerweise aus einem Key Account Manager und dessen Stellvertreter. Zuweilen werden diese Delegationen auch von Ärzten aus den repräsentierten Ärztenetzen begleitet, um insbesondere bei Verhandlungen zu Qualitätsfragen die Praxisnähe zu erhalten.

C. Vorbereitung

In der Verhandlungsliteratur gilt die Vorbereitungsphase als zentraler Erfolgsfaktor für Verhandlungen. Die Verhandlungspartner sollten sich bewusst auf den Verhandlungsprozess vorbereiten, indem sie die Situation, die Verhandlungsgegenstände und die Spielräume sowie auch die Perspektive der Gegenseite intensiv analysieren.

Stationäre Tarifverhandlungen:

Bei der Vorbereitung stationärer Tarifverhandlungen zwischen Spitälern und Versicherern ist der Kanton formal nicht beteiligt, übt aber als Spitaleigentümer, Kostenträger und Genehmiger bzw. Festsetzer von Tarifen dennoch in unterschiedlichem Ausmass prozedural Einfluss auf die Verhandlungspartner aus. So verkündet beispielsweise der Kanton Zürich seit drei Jahren jeweils im

¹⁷ Siehe Website von Argomed: <http://www.argomed.ch/aerztenetze.html> (15.01.2016)

Frühling seine Erwartungen an die Tarifpartner in Briefform.¹⁸ Dabei zeigt er proaktiv bestimmte Verhandlungsspielräume auf (z.B. Hinweis, dass über Vereinfachungen im Administrativaufwand verhandelt werden soll, und dass damit begründete Tarifunterschiede genehmigt werden) oder er kommuniziert seine Sichtweise bezüglich Qualitätsdifferenzierungen wie etwa eigene Kategorien für kantonsinterne Fallkostenvergleiche und Tarife (Wolf 2014).

Die Spitäler investieren in der Regel sehr viel in die Vorbereitung der Verhandlungen. Gemäss Interviewaussage wenden Spitäler sogar 50- bis 70-mal mehr Zeit für die Vorbereitung auf als für die eigentliche Verhandlung, da die zu verhandelnde Baserate für die Spitalfinanzen von zentraler Bedeutung ist und sich direkt auf das Budget auswirkt.

Auch aus Sicht der Versicherer machen die Verhandlungen einen nur sehr kleinen Teil der insgesamt investierten Zeit in die Tarifgestaltung aus. Für die Datenerfassung und -auswertung (Kosten- und Leistungsdaten, Benchmarking-Methoden, Entwicklung von Szenarien und Argumentarien etc.) werden bei den Krankenversicherern ganze Abteilungen beschäftigt. Basierend auf Kostendaten legen die Versicherer für die Verhandlungen in der Regel einen Verhandlungskorridor abhängig von der Segmentierung des Spitals fest. Verhandlungsziele werden beispielsweise angepasst und Verhandlungen unter Umständen wiederholt, wenn neue Leitentscheide des BVGer publiziert werden. Grundsätzlich setzen sich die Versicherer gemäss Interviewaussagen intensiv mit den Kostendaten und den strukturellen Voraussetzungen der Spitäler auseinander, bevor sie die Verhandlung aufnehmen. In den meisten Fällen werden dem Gegenüber im Vorfeld auch die Kriterien transparent gemacht, unter denen von einem Benchmark abgewichen werden kann. Diese Kriterien bestimmen letztlich den Verhandlungskorridor und gehen stark auf die individuelle Situation des jeweiligen Spitals ein, indem sie dessen Versorgungsspektrum, die strukturellen Bedingungen, das Patientengut etc. berücksichtigen.

Die Einkaufsgemeinschaften bereiten sich insbesondere für die Verhandlungen mit grossen Spitälern intensiv vor (mehrere Tage pro Verhandlung). Aber auch die Verhandlungen mit kleinen Spitälern erfordern eine minimale Vorbereitung insbesondere zur Auswertung von Kostendaten (ITAR-K)¹⁹ und Ermittlung eines Benchmark-Wertes. Mehrere Interviewpartner auf Versichererseite haben in diesem Zusammenhang die These aufgestellt, dass im DRG-System das Verhandeln selbst in Zukunft an Bedeutung stark verlieren wird, da die Positionen aufgrund der Datenanalysen und des Benchmarkings sehr häufig schon gemacht sind, bevor die Verhandlungen starten.

Ein etwas anderes Bild bezüglich Verhandlungsvorbereitung zeigt sich im UVG-Bereich. Dort werden zwischen der MTK und den Leistungserbringern unbefristete Verträge abgeschlossen, die einfach weiterlaufen, solange sie nicht gekündigt werden. Neue Preisberechnungen finden zwar alle zwei Jahre statt, doch zu Vertragsverhandlungen kommt es nur, wenn das Tarifsysteem angepasst wird oder wenn sich die rechtlichen Rahmenbedingungen durch neue gesetzliche Regelungen oder durch Leiturteile des BVGer verändern. Deshalb investiert die MTK bzw. die ZMT viel Zeit in das Monitoring der Tarifsysteme, die Analyse der Gerichtsurteile, die Validierung und Analyse von Kosten- und Leistungsdaten sowie auch in die Medienbeobachtung.

¹⁸ Ein solcher Brief vom 26. Februar 2015 liegt den Autoren vor.

¹⁹ ITAR_K steht für Integriertes Tarifmodell auf Kostenträgerrechnungsbasis. Es handelt sich dabei um eine Ermittlungsmethode, mit der sich die tarifrelevanten Betriebskosten national einheitlich, gesetzeskonform und nachvollziehbar herleiten lassen. Voraussetzung für das Preisbildungsverfahren ist die Festlegung einer Datenbasis. Mit ITAR_K werden die H+ Mitglieder diesen Anforderungen gerecht. Siehe Website von H+ Bildung: <http://www.hplus-bildung.ch/bildung/showcourse/integriertes-tarifmodell-itar-k-anwenderseminar> (15.01.2016)

Ambulante Tarifverhandlungen:

Bei den Taxpunktverhandlungen hält sich die Vorbereitungszeit in Grenzen, solange die Tarife des Vorjahres fortgeschrieben werden. Kommt es jedoch zu Neuverhandlungen zwischen den kantonalen Ärztegesellschaften und den Einkaufsgemeinschaften der Versicherer, ist der Vorbereitungsaufwand auf beiden Seiten vergleichbar mit dem Verhandlungssetting im stationären Bereich mit dem Unterschied, dass im ambulanten Bereich die Datengrundlagen für die kostenbasierten Tariffberechnungen deutlich weniger transparent und vereinheitlicht sind als im stationären Bereich. Die bereits erwähnte LeiKoV gibt den engen Spielraum bei der Festlegung der Verhandlungsziele vor. Sie enthält viele vertragliche Vorbestimmungen und lässt kaum Flexibilität und Steuerungsmöglichkeiten. Das paritätisch zusammengesetzte Lenkungsbüro der LeiKoV gibt jeweils bis Mai eine Lenkungsempfehlung heraus. Soll darauf basierend der Taxpunktwert in einem Kanton geändert werden, gilt es lediglich den Vertragsanhang (nicht den ganzen Tarifvertrag) von einer Partei zu kündigen. Grundsätzlich müsste dann das neue Verhandlungsergebnis jeweils am ersten Januar des Folgejahres vorliegen.

TARMED-Strukturverhandlungen:

Die TARMED-Strukturverhandlungen folgen einem äusserst komplexen Prozess. Die technischen Revisionsarbeiten sind unter den Fachexperten der Verhandlungspartnern in Arbeitspakete aufgeteilt und laufend dauernd, so dass keine Abgrenzung zwischen Vorbereitungs- und eigentlicher Verhandlungszeit vorgenommen werden kann. Die Verhandlungsziele sind vertraglich definiert. Es besteht somit kein Spielraum bei den Zielsetzungen.

Besondere Versicherungsformen:

Auch für die Verhandlungen im Bereich der besonderen Versicherungsformen wird auf beiden Seiten viel Zeit investiert. Betriebsgesellschaften von Ärztenetzen verwenden etwa gleich viel Zeit für die Vorbereitung wie für die Durchführung der Tarifverhandlungen. Sie haben gegenüber den Versicherern den Vorteil, dass sie die Datenaufbereitung intern an ihre Ärztenetze delegieren können, wo die Zahlen in bester Qualität vollumfänglich vorliegen. Grundsätzlich setzen sich die Parteien sehr intensiv mit der Gegenseite auseinander und streben nach partnerschaftlichen, vertrauensbasierten Beziehungen, damit es in diesem Setting zum freiwilligen Vertragsabschluss kommen kann.

5.2.2. Exploration des Feldes, Expression von Differenzen

A. Koordination des Verhandlungsprozesses

Nachdem die Verhandlungsagenda gesetzt, die beteiligten Akteure bestimmt und die Vorbereitungen abgeschlossen sind, geht es um die Verhandlung selbst. Der in der Verhandlungsliteratur beschriebene SOLL-Zustand postuliert, dass die Koordination optimaler Verhandlungen zwar bewusst erfolgt, jedoch genügend flexibel und offen für innovative Elemente ist, so dass die Parteien möglichst viel von den gegenseitigen Präferenzen lernen.

Stationäre Tarifverhandlungen:

Gemäss Interviewaussagen von Versichererseite ist es sehr schwierig, in der Anfangsphase von Baserate-Verhandlungen mit Spitälern flexibel auf neue Vorschläge, Forderungen oder sonstige Informationen zu reagieren, die nicht Teil der Vorbereitungen waren. Während die Verhandlungsführer der Spitäler in der Regel eine generalistischere Perspektive über spitalbetriebliche,

finanzpolitische sowie auch medizinische und versorgungsstrategische Fragestellungen einnehmen und tendenziell offener für innovative Paketlösungen sind, ist die Seite der Versicherer stärker in Silos organisiert. Nicht alle Themen werden von denselben Personen verhandelt und aus Sicht der Leistungserbringer ist es teilweise schwierig, im entscheidenden Moment die fachlich zuständigen und kompetenten Unterhändler der Versicherer am Tisch zu haben. In einzelnen Interviews liess sich auf Leistungserbringerseite auch eine gewisse Frustration bezüglich Tarifverhandlungen erkennen, da der Verhandlungsprozess zuweilen kaum mehr aus unternehmerischer Sicht koordiniert werden kann, sondern von juristischen Fragestellungen zur Interpretation aktueller Leitentscheide des BVGer dominiert wird.

Eine relativ flexible, aber von der Versichererseite stark gesteuerte Koordination zeigt sich im UVG-Bereich. Wird dort ein neuer bzw. angepasster Vertrag angestrebt, vergibt die MTK ein Verhandlungsmandat an die ZMT mit allgemeinen Stossrichtungen, welches Spielraum für eine gewisse Flexibilität auf Verhandlungsebene bietet. Die ZMT sucht dann innerhalb des vorgegebenen Korridors einen gangbaren Weg mit den Leistungserbringern. Die Zwischenergebnisse werden der MTK präsentiert und anschliessend wird gegebenenfalls mit den Leistungserbringern nochmals nachverhandelt.

Ambulante Tarifverhandlungen und TARMED-Strukturverhandlungen:

Im praxis-ambulanten Bereich herrscht auf Ebene der Taxpunktwertverhandlungen nach Aussage der Versicherer, aber auch der Ärzteschaft Stillstand. Auf der Strukturebene ist der Prozess der TARMED-Revisionsarbeiten vertraglich klar geregelt und koordiniert. Spielraum für innovative Ansätze befindet sich auf technischer Ebene innerhalb der Neugestaltung der einzelnen TARMED-Kapitel.

B. Ergebnisorientierung

Zentral für den Verhandlungserfolg ist gemäss Literatur auch die Orientierung an einem effektiven Ergebnis. Für die Parteien sollte nicht bereits bei Verhandlungsbeginn feststehen, dass aufgrund ungünstiger Rahmenbedingungen, unrealistischer Erwartungen etc. eine Verhandlung in jedem Fall scheitern wird und – im Fall der Baserate- und Taxpunktwertverhandlungen – vom Kanton festgesetzt werden muss.

Stationäre Tarifverhandlungen:

Sämtliche Interviewpartner wiesen darauf hin, dass in der Übergangsphase der Einführung der neuen Spitalfinanzierung konstruktive Verhandlungsergebnisse äusserst schwierig zu erzielen waren. Die Tarifpartner haben sich in den ersten Jahren nach dem Systemwechsel in den Verhandlungen oft nicht gefunden. Viele offene Systemfragen mussten zuerst vom BVGer geklärt werden. Doch in der Zwischenzeit sind viele Grundsatzurteile gefällt und einige wesentliche Systemfragen geklärt (siehe Kapitel 4).

Grundsätzlich sind die Verhandlungspartner immer an einem frei verhandelten Ergebnis im Sinne der Wahrung der Tarifautonomie interessiert. Gerade bei den Einkaufsgemeinschaften der Versicherer lassen sich aber unterschiedliche Verhandlungskulturen erkennen (siehe auch Willisegger/Blatter 2014). Seit sich HSK von der Tarifsuisse AG abgespalten hat, lässt sich gemäss mehreren Interviewaussagen ein erhöhter Wettbewerbsdruck auf der Verhandlungsseite der Versicherer erkennen. Die Tarifsuisse AG steht unter dem Druck, ihre verbleibenden Mitglieder zu behalten, indem sie ihnen dank harten Verhandlungen einen Mehrwert bietet. Eine zusätzliche Herausforderung ist die Heterogenität der Mitglieder von Tarifsuisse AG, deren Strategien und Einfluss auf die Verhandlungen sehr unterschiedlich sind. Die Forderungen der Tarifsuisse AG in

den Verhandlungen sind entsprechend hoch und werden hart verteidigt, was von Seite der Leistungserbringer häufig als unrealistisch aufgefasst wird und auf wenig Verständnis und Entgegenkommen stösst. Gemäss Aussagen von Leistungserbringern, Verbänden sowie auch von staatlichen Akteuren geniesst die HSK bei den Leistungserbringern momentan mehr Vertrauen aufgrund ihrer kurzen Entscheidungswege und der sehr transparenten, fundierten Methodik des Benchmarkings, mit welcher die individuellen Bedingungen der Spitäler in den Berechnungen berücksichtigt werden.

Ambulante Tarifverhandlungen:

Im Bereich der Taxpunktverhandlungen lässt sich auf Basis der geführten Interviews wenig Ergebnisorientierung feststellen. Die Verhandlungspartner scheinen sich mit dem Status Quo ein gerichtet und wenig Anreize für Veränderungen zu haben. Die Dynamik der Taxpunktentwicklung in den Kantonen ist in den letzten Jahren entsprechend gering. Der von LeiKoV vorgegebene Prozess weist gemäss Interviewaussage mehr Symbolik als Dynamik auf. Die fehlende Transparenz bei den auf beiden Verhandlungsseiten verfügbaren Kosten- und Leistungsdaten dämpft das gegenseitige Vertrauen.

TARMED-Strukturverhandlungen:

Bei den TARMED-Revisionsarbeiten wird klar ein Verhandlungsergebnis angestrebt. Allerdings ist hier die Einstimmigkeit erforderlich. Weil der Konsens ist sehr schwierig zu erreichen ist, und dies gemäss Interviewaussagen der beteiligten Akteure mit Santésuisse bisher nicht möglich war, verhandeln nun die FMH, H+, MTK und Curafutura separat im Rahmen der TARMED Suisse AG weiter. Bei Strukturverhandlungen bewegt man sich im Rahmen der Anforderungen des Bundes (z.B. doppelte Kostenneutralität)²⁰ und verhandelt über die verschiedenen TARMED-Kapitel gemäss vertraglichen Abmachungen. Gemäss den direkt beteiligten Akteuren ist dies nicht immer einfach, weil die Forderungen der Parteien bezüglich Strukturanpassungen nicht immer deckungsgleich sind und weil die involvierten Verbände aus zahlreichen Mitgliedern mit teilweise sehr heterogenen Interessen zusammengesetzt sind. Die Tatsache, dass der Verhandlungsprozess seit 2012 läuft noch immer am Laufen ist, wird von den Interviewpartnern als gutes Zeichen wahrgenommen.

Besondere Versicherungsformen:

Im Verhandlungssetting der besonderen Versicherungsformen sind das Vertrauen zwischen den Parteien sowie die Ergebnisorientierung erwartungsgemäss klar vorhanden. Dieses Setting ist geprägt von Vertragsfreiheit zwischen Versicherern und Leistungserbringern, die sich auf freiwilliger Basis finden und gemeinsam innovative Versicherungs- bzw. Versorgungsangebote entwickeln. Die Krankenversicherer merken gemäss Interviewaussage im Verhandlungsprozess relativ schnell, was eine Betriebsgesellschaft bieten kann, welche Maximalforderungen sie stellt und wie gross die Einigungszone ist. Wenn ein Ärztenetz bereit ist, ambitionierte Ziele zu verfolgen und innovative Ideen wirtschaftlich umzusetzen, wachsen das Vertrauen der Versicherer und die Wahrscheinlichkeit, dass eine partnerschaftliche Verhandlung in Gang kommt. Die meisten Ärztenetze verhandeln gemäss Interviewaussagen mit rund 30 Versicherern. Diese stellen zwar unterschiedliche Forderungen, doch die konstruktive Ergebnisorientierung scheint in diesem Setting stark im Vordergrund zu stehen.

²⁰ Doppelte Kostenneutralität bedeutet, dass einerseits die Tarifrevision kostenneutral erfolgen muss (statische Kostenneutralität). Zudem soll auch die Entwicklung des Kostenvolumens von Jahr zu Jahr eingeschränkt sein (dynamische Kostenneutralität; Bühler 2015).

C. Verhandlungsdimensionen

Wie in den Kapiteln 2 und 5.1 bereits ausgeführt, sind optimale Settings im Sinne der „positiven Koordination“ geprägt von mehrdimensionalen Verhandlungen, bei denen nicht nur ein reines Seilziehen um den Preis stattfindet, sondern auf unterschiedlichen Ebenen über verschiedene Gegenstände verhandelt wird. Damit wachsen die Möglichkeiten von Gegengeschäften und Paketlösungen, bei denen Win-Win-Situationen entstehen können.

Stationäre Tarifverhandlungen:

Bei Verhandlungen zwischen grossen Spitälern und Einkaufsgemeinschaften kommt es zu mehreren Verhandlungsrunden, in denen verschiedene Themen diskutiert und verhandelt werden. In der Regel wird die Kernfrage zur Höhe der Baserate zuerst geklärt. Weitere Verhandlungsthemen sind Fragen zu Datenaustausch und -qualität (Informationen zur Anlagebuchhaltung, Investitionsrechnung, Kostendaten, Forschungsabgrenzung etc.), zu Tarifstrukturen (ausserhalb von Swiss DRG gibt es diesbezüglich Gestaltungsspielraum beispielsweise bei den Strukturen der Psychiatrie und Rehabilitation), Vertragsmodalitäten (z.B. Wechselwirkungen mit anderen bestehenden Verträgen), Qualitätsaspekte (z.B. vereinbarte Fallzahlen oder Umsetzung von gemeinsam vereinbarten Assessments zur Qualitätsförderung mit HSK) oder auch Schnittstellenfragen (z.B. Vereinbarungen zu Ein- und Austritten von Patienten). Wie in Kapitel 4 bereits dargestellt, fliessen Qualitätsaspekte zwar in die Verhandlungsdiskussionen immer wieder mit ein, können aber gemäss Leitentscheid des BVGer nicht im Einzelfall ein Argument zur Rechtfertigung eines höheren Tarifs sein. Beim Benchmarking (Wirtschaftlichkeitsvergleich) muss die Behandlungsqualität – wie auch immer definiert – bereits gegeben sein. Dies führte bei der Tarifsuisse AG dazu, dass die Qualitätsdimension bisher vollständig aus den Verhandlungen ausgeklammert wurde.

Interessant ist, dass mehrdimensionale Verhandlungen von den meisten interviewten Akteuren klar gegenüber reinem Seilziehen bevorzugt werden. Von Seite der Leistungserbringer werden Verhandlungen als schlecht erachtet, bei denen ein Versicherer Kosten- und Leistungsdaten erhält, damit ein Benchmarking macht, die geforderte Baserate berechnet, einen entsprechenden Mustervertrag entwirft und diesen auf den Verhandlungstisch legt („Vogel friss oder stirb“). Geschätzt werden vielmehr Verhandlungen, bei denen es zu Gegengeschäften kommt, nachdem man sich bezüglich der Preisfrage angenähert hat. Bezüglich Behandlungsqualität haben die Leistungserbringer aber eine klare Haltung. Sie wollen diese eigenständig innerhalb ihrer spezifischen Fachrichtungen definieren und entsprechende Definitionsfragen selbst nicht zum Verhandlungsgegenstand machen (siehe Kapitel 4).

Im Zusatzversicherungsbereich ist der Einblick in die sehr individuellen Verhandlungen zwischen Spitälern und Versicherern aufgrund fehlender Transparenz sehr schwierig. Gemäss Interviewausagen kommen hier zahlreiche Verhandlungsdimensionen ins Spiel. Qualitätsfragen betreffen vor allem die Hotellerie, wobei die Versicherer bei dieser Thematik sehr unterschiedlich weit sind. Einzelne Versicherer haben sich stärker auf das VVG-Geschäft spezialisiert als andere. Interessant ist die Aussage eines Interviewpartners, wonach das VVG im Spitalwesen in nächster Zeit ein zentraler Streitpunkt zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern werden könnte. Dank dem DRG-System wurde Transparenz auf der Kostenseite geschaffen, was zu vermehrtem Druck auf die Plausibilität der Mehrkosten im VVG führen dürfte. Falls die Versicherer das VVG als strategisches Geschäftsfeld behandeln, werden sie in nächster Zeit gemäss Experteneinschätzung in den Verhandlungen auch mehr Gewicht auf die Transparenz der Leistungserbringung im VVG legen.

Ein vergleichbares Bild bezüglich Verhandlungsdimensionen ergibt sich im UVG-Bereich. Normalerweise wird bei Anpassungen der Standardverträge lediglich über einzelne Vertragspunkte verhandelt, während der Rest unberührt bleibt. Im Rahmen der Neupreisberechnungen, die jedes

zweite Jahr durchgeführt werden, liefern die Leistungserbringer der MTK ihre Kosten- und Leistungsdaten, welche dann die Grundlage für die Berechnungen bilden. Qualität gilt zwar auch hier nicht als Rechtfertigungsgrund für einen höheren Tarif, doch Leistungserbringer, welche minimale Qualitätsanforderungen nicht erreichen, können von der MTK eine tiefere Baserate erhalten.

Ambulante Tarifverhandlungen:

Bisher waren die Tarifverhandlungen zwischen kantonalen Ärztesellschaften und Versicherern geprägt von einem reinen Seilziehen um den Taxpunktwert. Seit Frühling 2015 gibt es von Seite der Versicherer jedoch Signale, dass künftig die Qualitätsdimension eine grössere Rolle spielen könnte. Qualitätsaspekte wurden bisher vor allem von HSK in die Verhandlungen eingebracht, aktuell werden sie aber auch bei der Tarifsuisse AG thematisiert (z.B. die ambulante Notfallversorgung, die im Spital mehr Kosten verursacht als in der Arztpraxis). Unter dem Blickwinkel der Wirtschaftlichkeit werden durchaus auch Fragen zur Versorgungsqualität eingebracht. Doch bisher konnte noch keine schlüssige Lösung präsentiert werden, wie solche Aspekte für die Honorierung gemessen und vertraglich vereinbart werden können.

Besondere Versicherungsformen:

Wie bereits erwähnt, sind die Verhandlungspartner im Bereich der besonderen Versicherungsformen frei bezüglich Vertragsabschluss und deshalb interessiert an der partnerschaftlichen Entwicklung von innovativen Versicherungs- bzw. Versorgungsangeboten, die für beide Seiten Vorteile beinhalten. Dies bedeutet, dass mehrdimensional in verschiedenen Themenbereichen verhandelt wird. Neben den datenbasierten Verhandlungen über Preise und Vergütung sind auch Aspekte der Struktur- und Prozessqualität in den Ärztenetzen selbstverständliche Verhandlungsgegenstände. So wird gemäss Interviewaussagen beispielsweise als Ziel vereinbart, dass ein Ärztenetz seine Quote der elektronischen Abrechnungen oder seine Generika-Quote in einem bestimmten Zeitraum erhöht. Für einzelne Krankenversicherer könnte auch die vertraglich vereinbarte Steuerung der Patientenzuweisung in bestimmte Spitäler interessant sein. Die geführten Interviews lieferten jedoch keine Hinweise, dass dies heute bereits Verhandlungsgegenstand im Bereich der besonderen Versicherungsformen ist.

D. Subjektive und objektive Bewertungskriterien

Die Verhandlungsliteratur weist darauf hin, dass Verhandlungen, bei denen es um die Verteilung von Nutzen und Kosten eines wohl definierten Verhandlungsgegenstandes geht (Distributionproblem), sich auf neutrale Beurteilungskriterien abstützen sollten. Sebenius (2013) beschreibt den SOLL-Zustand folgendermassen: „Use 'objective criteria' to transform negotiations from a test of wills to a search for fairness principles.“

Stationäre Tarifverhandlungen:

Datensammlungen und Datenlieferungen zwischen den Parteien gehören zu den grundlegenden Spielregeln der Verhandlungen. Versicherer sowie auch Leistungserbringer sind auf die Daten angewiesen, um Argumente zu entwickeln. Beide Seiten fordern möglichst objektive und transparente Kriterien für die Tarifberechnungen, werfen einander aber zum Teil gleichzeitig vor, bei der Bereitstellung der Berechnungsgrundlagen nicht vollständig transparent und objektiv zu sein.

Grundsätzlich werden für die Baserate-Verhandlungen Kosten- und Leistungsdaten beigezogen. Der Gesetzgeber sieht einheitliche Kostenrechnung nach ITAR-K (Integriertes Tarifmodell auf Kostenträgerrechnungsbasis, siehe oben) als Verhandlungsbasis vor. Dies wird von Versicherer- sowie

auch Leistungserbringerseite als eine gute, objektive Kostenbasis seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung bezeichnet. Aus Sicht der Versicherer waren die Spitäler bezüglich einheitlicher und transparenter Kostenrechnung noch nie so gut aufgestellt wie heute.

Schwieriger wird es bei der Qualitätsmessung im Rahmen des Benchmarkings. Die bisherigen Versuche wurden von den Parteien eher als Seilziehen zwischen subjektiven Einschätzungen, verschiedenen Systemauffassungen und folglich verschiedenen Methoden des Benchmarkings aufgefasst. Dieser Klärungsbedarf führte dann auch zu den zahlreichen, bereits erwähnten BVGer-Urteilen seit dem Systemwechsel zur neuen Spitalfinanzierung. Verschiedene Interviewpartner wiesen darauf hin, dass detaillierte Datengrundlagen, die später im Gerichtsverfahren vorlagen, während den Vertragsverhandlungen noch nicht zwischen Parteien ausgetauscht wurden. Dies wird als starker Hinweis verstanden, dass gewisse Akteure zumindest in den ersten Verhandlungsrunden aus taktischen Gründen von einer vollständigen Datentransparenz absehen.

Ambulante Tarifverhandlungen:

Die mangelhafte Transparenz der Datengrundlage im ambulanten Bereich wird auf Versichererseite beklagt. Die Leistungs- und Kostendaten liegen den einzelnen Arztpraxen zwar detailliert vor, doch es fehlt ein transparenter Datenaustausch, der einen objektiven Gesamtüberblick über die Kostenstrukturen der ambulanten Versorgung ermöglichen würde. Versicherer und teilweise auch staatliche Akteure gehen in den geführten Interviews davon aus, dass 15 bis 20 Prozent der Arztrechnungen nicht an die Versicherer weitergereicht werden. Santésuisse verfügt zwar über einen detaillierten Datenpool.²¹ Doch dieser ist seit dem Austritt von Helsana im Jahr 2011 massiv geschwächt worden.

Besondere Versicherungsformen:

Der Datenaustausch zwischen den Ärztenetzen bzw. deren Betriebsgesellschaften und Versicherern ist in der Regel institutionalisiert, basiert auf partnerschaftlichem Umgang und Vertrauen und wird in den Verhandlungen gar nicht mehr diskutiert. Auf einer gemeinsamen objektiven Datenbasis können die Kosten der Netze nachvollzogen und die Deckungsbeiträge für die Versicherer berechnet werden.

5.2.3. Einengung der Unterschiede, Einigung

A. Wartedilemma

Der Zeitfaktor kann in einer Verhandlung taktisch genutzt werden. Haben nicht alle Parteien die gleiche Dringlichkeit, eine Einigung zu erzielen, dann führt das zu einer asymmetrischen Verteilung der Verhandlungsmacht. In einem optimalen Verhandlungssetting ist deshalb die Dringlichkeit auf alle Parteien gleichmässig verteilt.

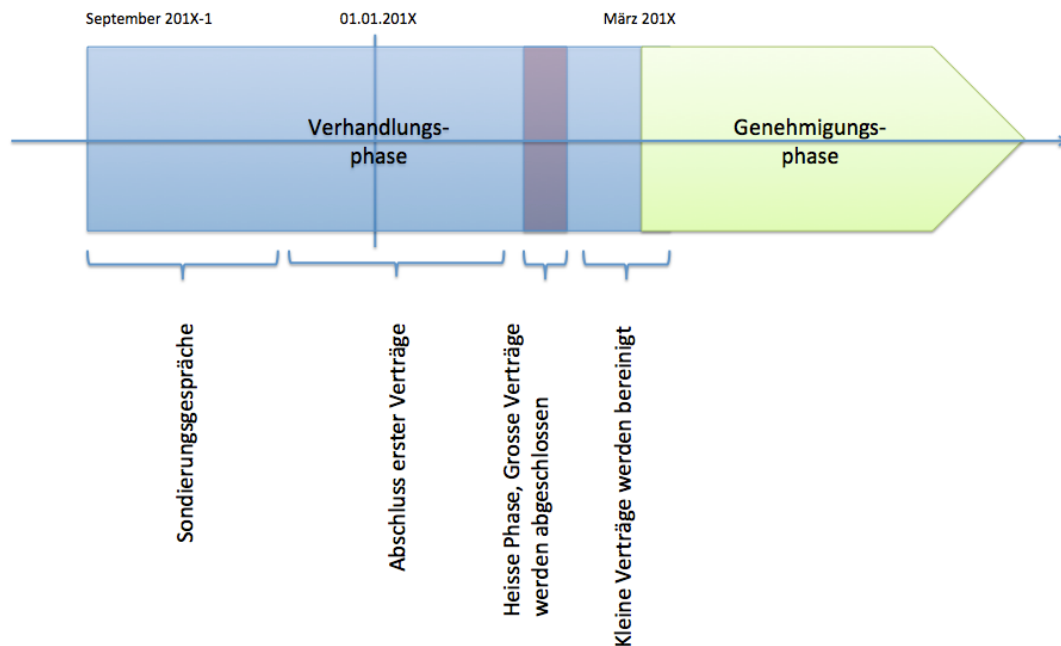
Stationäre Tarifverhandlungen:

Versicherer, Spitäler sowie auch Kantone streben grundsätzlich nach Planungs- und Budgetsicherheit und sind deshalb an möglichst raschen Resultaten interessiert. Gewisse Kantone wie beispielsweise Zürich wollen auf Grund der Planungssicherheit früh wissen, ob es zu Tariffestsetzungen kommt und bauen deshalb Dringlichkeit bei den Verhandlungsparteien auf. Abbildung 8

²¹ Datenpool von Santésuisse: http://www.santesuisse.ch/de/srv_datenpool.html (19.01.2016)

zeigt einen Überblick über die Verhandlungs- und Genehmigungsphasen der Baserate-Verhandlungen im Jahresverlauf.

Abbildung 8: Übersicht über die Verhandlungs- und Genehmigungsphasen der Baserate-Verhandlungen im Jahresverlauf (eigene Darstellung)



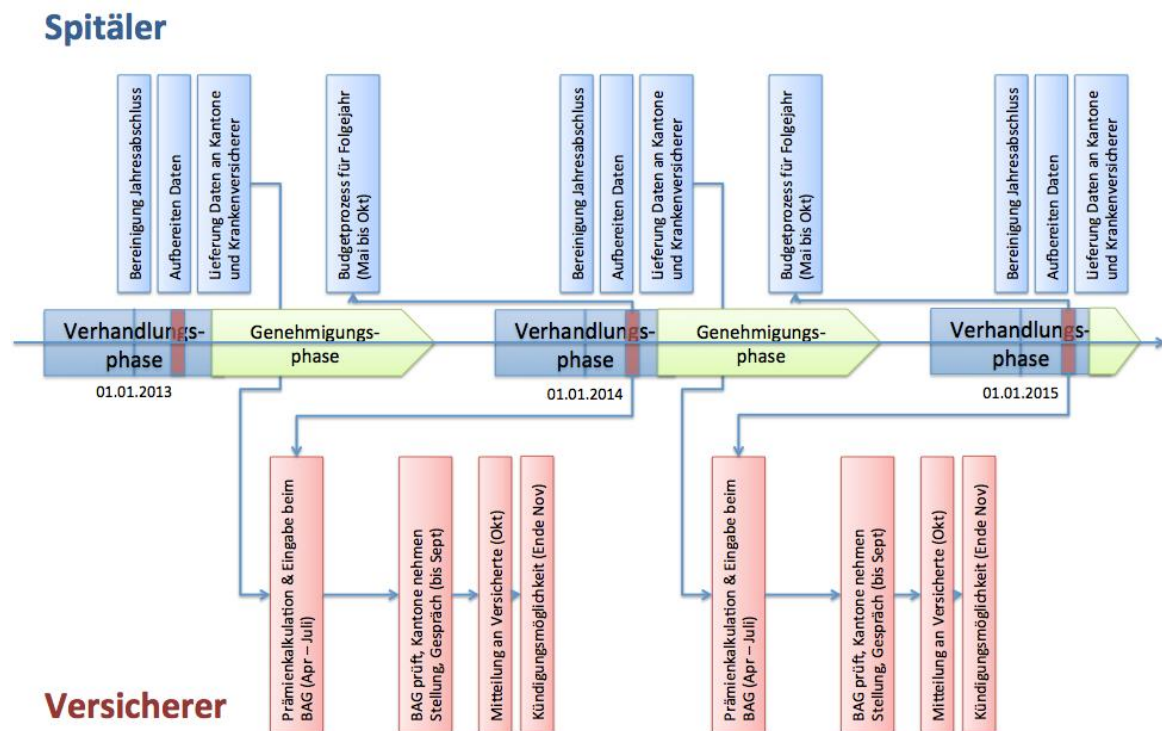
Versicherer haben die Tendenz, möglichst früh im Jahr tiefe Tarife abzuschliessen, damit sie in den übrigen Verhandlungen darauf Bezug nehmen können. Ihre Verhandlungsbereitschaft ist deshalb anfangs Jahr höher als gegen Jahresende. Interessanterweise sind die Versicherer der Ansicht, dass die Spitäler tendenziell eine höhere Dringlichkeit bezüglich des Verhandlungsabschlusses haben. Diesen Eindruck haben gleichzeitig die Spitäler von den Versicherern. Doch öffentliche Spitäler im Besitz des Kantons haben in der Regel keine eigene Tresorerie. Folglich werden sie nicht illiquid, wenn sie aufgrund eines noch ausstehenden Verhandlungsabschlusses keine Rechnung stellen können. Auf der anderen Seite kann auch der Versicherer eine gewisse Zeit ohne Tarifeinigung auskommen, weil seine Versicherten im Spital trotzdem behandelt werden. Wenn bereits ein Tarifvertrag aus dem Vorjahr existiert, kann der Kanton im Folgejahr diesen Tarif provisorisch fortschreiben. Doch im darauffolgenden Jahr muss eine erneute Einigung stattfinden. Ein provisorischer Tarif kann nicht über zwei Jahre fortgeschrieben werden.

Ein zentraler Faktor, welcher auf Versichererseite die Dringlichkeit erhöht, ist die Rückabwicklung von Leistungsvergütungen, die auf Basis eines provisorischen Tarifs ausbezahlt wurden und nach Bekanntgabe des definitiven Tarifs – sei es aufgrund einer nachträglichen Einigung, einer kantonalen Festsetzung oder eines Gerichtsverfahrens – neu berechnet werden müssen. Versicherer bekundeten in den Interviews grosse Mühe mit solchen Rückabwicklungen. Doch diese Problematik wird von den Verhandlungsleitern der Versicherer oftmals nicht wahrgenommen. Sie sind sich nicht bewusst, was sie mit einer allfälligen Verzögerungstaktik auf der eigenen Seite anrichten, weil sie kaum Berührungspunkte mit den Versicherungsabteilungen haben, die für die Rückabwicklungen zuständig sind. Rückt diese Problematik jedoch ins Bewusstsein der Verhandlungsparteien, können Rückabwicklungen durchaus auch zum Verhandlungsgegenstand

werden. Es kann beispielsweise vorkommen, dass Leistungserbringer auf eine Rückabwicklung bei der Vergütung ihrer Leistungen verzichten, im Gegenzug aber ein Entgegenkommen bei der Base-rate fordern.

Ein weiterer zentraler Faktor der Dringlichkeit auf Versichererseite ist der Zeitpunkt der Prämien-eingabe beim BAG. Versicherer sind bei der Prämien-gestaltung auf die Datenlieferungen der Spitäler angewiesen. Die Leistungserbringer können ohne Problem jeweils bis April warten mit der Fakturierung, aber die Versicherer müssen im April anfangen, ihre Prämien zu kalkulieren, damit sie diese im Juni eingeben können. Bei Nicht-Einigung können die Versicherer, wie bereits erwähnt, mit provisorischen Werten rechnen. Abbildung 9 zeigt einen Überblick über die Abhängigkeiten und Dringlichkeiten der Verhandlungsparteien im Jahresverlauf.

Abbildung 9: Übersicht über die Abhängigkeiten und Dringlichkeiten der Parteien in den Verhandlungs- und Genehmigungsphasen der Baserate-Verhandlungen (eigene Darstellung)



Ambulante Tarifverhandlungen:

Mit der LeiKoV (siehe oben) gäbe es eine vertragliche Regelung des Zeitplans für die Verhandlungen. Doch dieser Zeitplan wird von den Parteien gemäss Aussagen von Direktbetroffenen in vielen Fällen nicht mehr eingehalten. Insofern besteht keine Dringlichkeit mehr. Solange die Taxpunkt-werte in den Kantonen von Jahr zu Jahr fortgeschrieben werden, lohnt es sich für die Versichererseite, allfällige Neuverhandlungen hinauszuzögern und Forderungen nach einer Senkung des Taxpunkt-wertes zu ignorieren. In gewissen Kantonen werden Taxpunkt-werte bereits über mehrere Jahre hinweg von der Versichererseite bestritten. Käme es nachträglich tatsächlich noch zu einer Tarifsenkung, müssten die Vergütungen mehrere Jahre rückabgewickelt werden, was in der Praxis sehr schwierig umzusetzen wäre. Doch wie bereits erwähnt, kann die Rückabwicklung selbst auch zum Verhandlungsgegenstand werden.

Noch weniger Dringlichkeit besteht im ambulanten UVG-Bereich. Die unbefristeten Tarifverträge können über 10-15 Jahre hinweg gleich hoch sein. Falls ein Leistungserbringer bzw. dessen Verband FMH einen neuen Vertrag mit besseren Konditionen fordert, muss die MTK nicht zwingend darauf reagieren. Die FMH kann den Vertrag zwar kündigen, aber im vertragslosen Zustand bleibt der Tarif gemäss Gesetz auf dem bisherigen Stand. Die MTK ist somit in einer komfortablen Situation.

TARMED-Strukturverhandlungen:

Für die Tarifpartner ist der Zeitfaktor bei den Strukturverhandlungen unproblematisch. Sie können sich für die TARMED-Revision jahrelang Zeit nehmen. Aber aus Sicht des Bundes sind blockierte Strukturverhandlungen natürlich ein Problem, da die im KVG vorgesehene Tarifautonomie von den Parteien nicht mehr wahrgenommen wird und in diesem Fall der Bundesrat subsidiär eingreifen muss. Der Bundesrat hat also eine gewisse Dringlichkeit, weshalb er Druck macht und mit subsidiären Eingriffen droht (siehe Kapitel 2).

B. Machtverhältnis

Die Verhandlungsmacht sollte in optimalen Verhandlungssituationen, die zu Win-Win-Ergebnissen führen, gleichmässig auf alle Parteien verteilt sein. Kann eine Seite das Verhandlungsergebnis deutlich stärker beeinflussen, wird es kaum zu einer „positiven Koordination“ im Sinne von Scharpf (2000) kommen.

Stationäre Tarifverhandlungen:

Die Interviewpartner waren sich bezüglich der zentralen Machtfaktoren bei den Baserate-Verhandlungen nicht einig. Auf Versichererseite wurde teilweise betont, dass die ökonomische Grösse bzw. der Marktanteil kaum mit der tatsächlichen Verhandlungsmacht korreliert. Dabei wird auf das KVG verwiesen, welches das Wettbewerbsrecht explizit aus dem OKP-Bereich ausschliesst, um den Faktor der Marktmacht in den Tarifverhandlungen zu minimieren.

Eine Mehrheit der Interviewpartner war jedoch der Ansicht, dass die ökonomische Grösse sowohl auf Versicherer- als auch auf Leistungserbringerseite sehr wohl ein zentraler Machtfaktor darstellt. Denn wenn die Verhandlungen scheitern, die Tarife kantonal festgesetzt werden und Grundsatzfragen offen bleiben, braucht es vor allem Durchhaltevermögen und finanzielle Ressourcen, um einen Fall vor das BVGer zu ziehen. Diejenigen Akteure, die dazu in der Lage sind und darüber hinaus das BVGer überzeugen können, haben die grösste Macht im Verhandlungsprozess. Somit spielt die ökonomische Grösse doch eine wichtige Rolle. Denn kleine Spitäler oder Versicherer können sich keinen BVGer-Prozess leisten. Deshalb schliessen sie sich zu Verbänden und Einkaufsgemeinschaften zusammen. Innerhalb dieser Verbände haben wiederum die Versicherer bzw. Leistungserbringer mit den grössten Marktanteilen den grössten Einfluss auf die Definition der Verhandlungsziele, die Zusammensetzung der Delegationen etc.

Zwischen den Akteuren, die eine gewisse Marktmacht erreichen, die Verhandlungen entscheidend mitprägen und Streitigkeiten vor BVGer ziehen können, findet ein Wettbewerb um die beste Benchmarking-Methode statt. Gewinnen wird derjenige Akteur, dessen Methode vom BVGer anerkannt wird.

Im UVG-Bereich gelten gemäss Interviewaussagen Kompetenz und Vertrauen als zentrale Erfolgsfaktoren für gute Verhandlungen. Marktmacht sowie auch die Wartefähigkeit der Akteure spielen hier eine geringere Rolle. Die MTK mit ihrem Unfallversicherungsmonopol scheint mit den Leistungserbringern ein gutes Vertrauensverhältnis zu haben.

Ambulante Tarifverhandlungen:

Obwohl die Ärzteschaft gemäss Art. 43 und ff. KVG bei der Gestaltung der Tarife und Preise relativ frei ist und frei wählen kann, ob sie sich einem Verbandsvertrag anschliessen oder individuell kontrahieren will, verhandeln Arztpraxen gemäss Interviewaussagen kaum individuell. Die Verhandlungsprozesse sowie die oftmals folgenden Gerichtsprozesse sind auf dem individuellen Pfad für eine Einzelpraxis kaum zu stemmen. Folglich ist auch im ambulanten Bereich die ökonomische Grösse bzw. die Ressourcenfrage ein zentraler Machtfaktor. Auf Verbandsebene spielt dann zusätzlich auch die Verfügbarkeit von qualitativ hochstehenden Datengrundlagen eine wichtige Rolle in den Verhandlungen. Diese liegen bei den Arztpraxen in hohem Detaillierungsgrad vor. Wenn es jedoch um möglichst systematisch erfasste und breit angelegte Daten zu Vergleichszwecken geht, sind die Versicherer besser ausgestattet.

Im ambulanten Verhandlungssetting der Unfallversicherung ist der gute Wille der MTK entscheidend für den Verhandlungserfolg. Wie bereits erwähnt, kann die FMH zwar höhere Taxpunktwerte fordern, doch die MTK muss nicht darauf eintreten, weil bei einem vertragslosen Zustand infolge einseitiger Kündigung der Tarif auf dem bisherigen Stand bleibt.

TARMED-Strukturverhandlungen:

Im Rahmen der laufenden TARMED-Revisionsarbeiten ist der Machtbegriff gemäss Aussage der beteiligten Akteure nicht zutreffend. Das Setting ist hier komplexer und die Einflussmöglichkeiten sind für die einzelnen Verhandlungspartner limitiert. Sie kommen nur weiter, wenn sie alle im Konsens zusammenarbeiten und Kompromisse bilden. In den Worten von Scharpf (2000) ausgedrückt, scheint in diesem Setting die Produktionsdimension stärker ausgeprägt zu sein als die Verteilungsdimension.

Besondere Versicherungsformen:

Im freien Setting der besonderen Versicherungsformen, wo die Parteien ohne Kontrahierungszwang verhandeln, ist die Grösse der Ärztenetze bzw. der Marktanteil der Betriebsgesellschaften ein zentraler Machtfaktor. So gehört es für die Versichererseite gemäss Interviewaussage jeweils zur Verhandlungsvorbereitung, die aktuellen Marktanteile der Versorgungsnetze zu evaluieren. Eine wichtige Rolle in den Verhandlungen spielt auch die Qualität des Patientenkollektivs. Fokussiert sich ein Versorgungsnetz auf bestimmte morbide Patienten, kann sich das negativ auf die Verhandlungsmacht auswirken. Wenn beispielsweise bestimmte Versicherer die Aufnahmepolitik für ihre Produkte ändern, kann das zu intensiven Diskussionen mit Gesellschaften führen, deren Versorgungsnetze ein Patientenkollektiv haben, das von der veränderten Politik betroffen ist.

C. Nicht-Einigung

Gemäss Verhandlungsliteratur spielt auch der Fall einer Nicht-Einigung eine wichtige Rolle für gute Verhandlungen. So sollte im Idealfall die Uneinigkeit bezüglich einzelner Verhandlungsgegenstände gegenseitig anerkannt werden (evtl. mit Unterstützung eines Mediators bzw. eines privaten Schiedsrichters), so dass die Verhandlungen allenfalls zu einem späteren Zeitpunkt oder zu einem anderen Thema weitergeführt werden können („agree to disagree“).

Stationäre Tarifverhandlungen:

Bei gescheiterten Baserate-Verhandlungen, die kantonal festgesetzt werden müssen, stellt sich insbesondere auf der Versichererseite zuweilen die Frage, ob beispielsweise ein öffentliches Spital den Festsetzungsentscheid seines Eigentümers antizipieren konnte und deshalb die Alternative

zum Verhandlungsergebnis bevorzugte (BATNA, siehe Kapitel 2). Verschiedene Interviewaussagen weisen jedoch darauf hin, dass die Antizipation einer kantonalen Festsetzung grundsätzlich schwierig ist, weil der Kanton verschiedene Rollen hat. Bei öffentlichen Spitälern ist er Eigner und hat somit einerseits ein Interesse am Strukturert. Andererseits trägt er im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung rund die Hälfte der Kosten der OKP-Leistungen und ist an tiefen öffentlichen Gesundheitskosten interessiert. Beteiligte Akteure haben zudem den Eindruck, dass die Antizipation der kantonalen Festsetzungsentscheide von den Tarifpartnern teilweise vorgespielt wird. Jede Partei verhält sich in den Verhandlungen so, als wüsste sie mehr als die andere.

Im Bereich der Unfallversicherung sind kantonale Festsetzungen irrelevant. Bei vertragslosem Zustand mit einem Leistungserbringer wird eine Analogietaxe angewendet. Das nächstvergleichbare Spital mit Tarifvertrag wird dabei als Referenz genommen.

Generell zogen die Tarifpartner im Fall einer Nicht-Einigung in den letzten Jahren seit dem Systemwechsel oftmals vor das BVGer, um eine rechtliche Klärung von offenen Grundsatzfragen zu erwirken (z.B. Umfang mit gemeinwirtschaftlichen Leistungen für Lehre und Forschung) und nicht primär um die Höhe eines Tarifes anzufechten. In diesen Fällen waren sich die Parteien zum Teil sogar einig, dass gewisse Systemfragen zuerst via BVGer-Leitentscheid geklärt werden müssen, bevor weiter verhandelt wird („agree to disagree“).

Schliesslich wurden die Interviewpartner mit der Frage konfrontiert, ob die Verhandlungsparteien sich auf einen privaten Schiedsrichter einigen könnten, der bei Nicht-Einigung vermittelnd eingesetzt werden könnte, um die Tarifautonomie zu behalten und Festsetzungen zu vermeiden. Sie waren sich einig, dass dies theoretisch möglich wäre, praktisch jedoch kaum umgesetzt wird. In gewissen Bereichen der Zusatzversicherung gibt es zwar gemäss Interviewaussage ein paritätisches Schiedsgericht. Doch der administrative Aufwand für ein solches Gremium ist hoch und die Experten lassen sich schnell bezüglich Position einteilen. Wirklich unabhängige Experten gibt es nach Auffassung der befragten Akteure in diesem Umfeld kaum.

Ambulante Tarifverhandlungen:

Im Bereich der ambulanten Tarifverhandlungen kommt es bei einer Nicht-Einigung im Regelfall zur Fortschreibung des bisherigen Taxpunktwertes durch den Kanton. Bei Streitigkeiten sind paritätische Vertrauenskommissionen bei Taxpunktwertverhandlungen eher verbreitet als im Setting der stationären Tarifverhandlungen. In diesen Kommissionen wird versucht, in symmetrischer Konstellation eine Einigung zu erzielen. Erst nach nicht Einigung wird dann der Gerichtsweg beschritten.

Für die Taxpunktwertverhandlungen im Unfallversicherungsbereich werden sehr selten neutrale Moderatoren beigezogen, die den Prozess begleiten.

Besondere Versicherungsformen:

Auch im Bereich der besonderen Versicherungsformen werden je nach vertraglicher Vereinbarung teilweise paritätische Kommissionen zur Schlichtung von Streitigkeiten eingesetzt. Der Beizug externer Fachexperten als Schiedsrichter ist allerdings nicht üblich. Für externe Moderatoren ist es sehr schwierig, in diesem spezifischen Bereich fachliche Expertise zu erlangen. Die Fachleute sitzen gemäss Interviewaussage am Verhandlungstisch.

5.3. Fazit zum SOLL-IST-Vergleich der Tarifverhandlungen

Der Vergleich der tatsächlichen Verhandlungssituationen im ambulanten und stationären Bereich (IST-Zustand) mit dem theoretisch abgeleiteten Kriterienkatalog zu optimalen Tarifverhandlungen (SOLL-Zustand) zeigt, dass sich die untersuchten Verhandlungssettings stark unterscheiden.

1. Von starren TARMED-Verhandlungen über flexiblere Baserate-Verhandlungen bis zu innovativen Ansätzen in den besonderen Versicherungsformen.

Die Analyse der verschiedenen Verhandlungssettings zeigt, dass es bei den TARMED-Taxpunktwertverhandlungen um ein reines Seilziehen zwischen der Ärzteschaft und den Einkaufsgemeinschaften der Versicherer geht. Die Verhandlungsagenda ist durch die LeiKoV vertraglich festgelegt und häufig werden die Tarife gar nicht mehr verhandelt, sondern vom Vorjahr übernommen. Eine enge vertragliche Regelung der Agenda findet sich auch bei den TARMED-Strukturverhandlungen.

Im stationären Bereich zeigt sich jedoch ein weniger statisches Bild. Baserate-Verhandlungen weisen vergleichsweise viel Spielraum beim Agenda-Setting auf. Zwar liegt der Fokus auch hier auf der Verhandlung der Tarifhöhe. Doch die Analyse zeigt, dass es durchaus auch Möglichkeiten für Pakete gibt, die neben dem reinen Seilziehen um die Tarifhöhe auch weitere Verhandlungsebenen beinhalten, in denen auch Qualitätsaspekte zum Gegenstand werden können.

Noch mehr Flexibilität für mehrdimensionale Verhandlungen bieten die besonderen Versicherungsformen. Die Parteien arbeiten hier konstruktiv in einem partnerschaftlichen Verhältnis zusammen an innovativen Projekten, bei denen auch die Qualität der Ärztenetze eine zentrale Rolle spielt. Aus dem theoretischen Blickwinkel scheint die Produktionsdimension in diesem von der Vertragsfreiheit geprägten Setting gegenüber der Verteilungsdimension dominant zu sein.

Grundsätzlich weniger Spielraum für die Festlegung der Verhandlungsagenda besteht im Unfallversicherungsbereich. Die UVG-Tarifverhandlungen orientieren sich an Standardverträgen, welche die Agenda eng vorgeben.

2. Begegnungen auf unterschiedlicher Augenhöhe in stationären und ambulanten Tarifverhandlungen

Die Analyse zu den stationären und ambulanten Tarifverhandlungen lässt eine gewisse Asymmetrie bezüglich Zusammensetzung, Knowhow und Erfahrung der Verhandlungsdelegationen erkennen. Während auf Seite der Spitäler in der Regel die entscheidungskompetenten Finanzverantwortlichen selbst und auf der Seite der kantonalen Ärztegesellschaften meist engagierte Einzelpersonen an den Verhandlungen teilnehmen, gibt es auf Seite der Einkaufsgemeinschaften grosse Unterschiede bezüglich Entscheidungswegen und Kompetenzen, die von den Leistungserbringern zum Teil scharf kritisiert werden. Aus Sicht der Versicherer kann hier das wichtige Fazit gezogen werden, dass entscheidungskompetente Verhandlungsdelegationen, die auf fundierte Datenanalysen zurückgreifen und deshalb fachkompetent auftreten können, auf der Gegenseite Vertrauen gewinnen können. Dabei ist zu bedenken, dass die Selbstwahrnehmung bezüglich Kompetenz und Verfügbarkeit von Datenmaterial nicht immer mit der Wahrnehmung des Verhandlungspartners übereinstimmt. Verschiedene Interviews haben gezeigt, dass die bessere Datengrundlage meist beim Gegenüber vermutet wird.

3. Die Vorbereitung der Verhandlungen ist alles

In sämtlichen untersuchten Verhandlungssettings hat sich gezeigt, dass die Verhandlungen selbst einen nur sehr kleinen Teil der insgesamt investierten Zeit in die Tarifgestaltung ausmachen. Für die Datenerfassung und -auswertung (Kosten- und Leistungsdaten, Benchmarking-Methoden, Entwicklung von Szenarien und Argumentarien etc.) werden sowohl bei den Krankenversicherern als auch bei den Spitälern ganze Abteilungen beschäftigt. Gerade im DRG-System mit der verstärkten Kostentransparenz seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung dürfte die eigentliche Verhandlungsphase in Zukunft an Bedeutung verlieren. Wie von verschiedenen Interviewpartnern erwähnt, geht es hier vorwiegend um einen Wettbewerb um die beste Benchmarking-Methode. Die entsprechenden Datenanalysen liefern die harten Argumentationsgrundlagen für die Verhandlungspositionen. Effektiv zu verhandeln gibt es im Anschluss nur noch wenig.

Auch für die Verhandlungen im Bereich der besonderen Versicherungsformen wird auf beiden Seiten viel Zeit investiert. Die TARMED-Strukturverhandlungen folgen einem derart komplexen Prozess, dass dort kaum zwischen Vorbereitungs- und eigentlicher Verhandlungsphase unterschieden werden kann. Lediglich bei den Taxpunktwertverhandlungen scheinen sich die Vorbereitungszeiten in Grenzen zu halten, solange die Tarife des Vorjahres fortgeschrieben werden.

4. Ergebnisorientierte, mehrdimensionale Verhandlungen setzen geklärte Systemfragen und gemeinsame Datengrundlagen voraus

In der Übergangsphase der Einführung der neuen Spitalfinanzierung waren konstruktive Ergebnisse in den Baserate-Verhandlungen äusserst schwierig zu erzielen. Viele offene Systemfragen mussten bzw. müssen noch vom BVGer geklärt werden. Erst wenn klar ist, welche Benchmarking-Methode vom BVGer akzeptiert wird, welche Vergleichsparameter für die Tarifbildung herangezogen werden und welche Rolle in diesem Zusammenhang Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der medizinischen Leistungserbringung spielen, können die Tarifpartner konstruktiv verhandeln und Win-Win-Situationen schaffen. Im ambulanten OKP-Bereich behindern insbesondere die fehlende Transparenz bezüglich Kosten- und Leistungsdaten sowie fehlende Lösungsansätze zur Messung und vertraglichen Verankerung von Qualitätsaspekten in Arztpraxen ergebnisorientierte, mehrdimensionale Taxpunktwertverhandlungen, bei denen – nach Vorbild der besonderen Versicherungsformen, wo auf Basis von gemeinsamen Datengrundlagen kooperativ verhandelt wird – auch innovativ über Qualitätsaspekte diskutiert werden kann. Sind geklärte System- bzw. Methodenfragen und transparente Datengrundlagen als wichtige Voraussetzungen nicht gegeben, beschränken sich die Tarifverhandlungen auf ein reines Seilziehen um Interpretationsvarianten von Gerichtsentscheiden (stationär) oder finden erst gar nicht mehr statt (ambulant). Die Verhandlungsmacht konzentriert sich dann auf denjenigen Akteur mit dem längsten Durchhaltevermögen, mit den grössten Ressourcen zur Beschreitung des Gerichtsweges im Streit um die Deutungshoheit bezüglich Datenanalysen, Benchmarking- und Berechnungsmethoden.

6. Gesamtfazit

In Kapitel 1.2 wurden die leitende Fragestellung und der Projektfokus wie folgt definiert:

Welche Voraussetzungen braucht es, damit in den Verhandlungen zwischen den Versicherern und den ambulanten (praxis- und spital-ambulant) und stationären (Akutsomatik) medizinischen Leistungserbringern nicht mehr nur die Kosten (bzw. Preise), sondern vermehrt auch Qualitätsaspekte zum Gegenstand werden?

Die vorliegenden Ergebnisse der Studie werden nun im Hinblick auf diese Fragestellung auf Systemebene sowie auf der konkreteren Verhandlungsebene im Sinne eines Gesamtfazits diskutiert. Dabei streben die Autoren die Formulierung eines SOLL-Bildes an (Kapitel 6.2).

6.1. Zentrale Ergebnisse

In einem ersten Schritt dieser Studie (Kapitel 4.1) wurde die generelle Wettbewerbskonzeption im Gesundheitswesen der Schweiz aufgearbeitet. Die Analyse und Schlussfolgerungen stützten sich dabei im Wesentlichen auf die Vorarbeiten von Hammer et al. (2008). In einem zweiten Schritt (Kapitel 4.2) wurde ein besonderer Fokus auf die Qualität gelegt. Dabei wurden, ausgehend von Gesetzestexten und Literatur, auch erste Aussagen von Expertinnen und Experten miteinbezogen. In einem dritten Schritt (Kapitel 4.3) wurde ein Fokus auf die zentralen Akteure (Kanton, Versicherer, Leistungserbringer) und deren Einfluss auf Angebot, Preis und Qualität gelegt. Diese Analysen auf Systemebene wurden schliesslich mit einem SOLL-IST-Vergleich auf Verhandlungsebene ergänzt (Kapitel 5). Die Analyseergebnisse werden im Folgenden zusammengefasst und im Hinblick auf die leitende Fragestellung interpretiert.

6.1.1. Wettbewerbskonzeption des KVG

Die Wettbewerbskonzeption im Schweizerischen Gesundheitswesen wird primär über das KVG definiert. Dieses versetzt die Versicherer in einen Wettbewerb im Versicherermarkt. Der Gesetzgeber erwartet, dass sich die Versicherer vermehrt wettbewerbsfähig verhalten und damit – mit indirekter Wirkung auf den Leistungserbringermarkt – zur Kostendämmung beitragen (Hammer et al. 2008. S. 45 und ff).

Dieser Analyse der theoretischen Konzeption wird von den Expertinnen und Experten nicht widersprochen. Hingegen herrscht die Meinung vor, dass diese Konzeption in der Praxis nicht die gewünschte Wirkung erzielt. Als Gründe für das Scheitern wird primär die hohe Regulierungsdichte verantwortlich gemacht. Zudem bestehen Zweifel, ob zwischen den Krankenversicherern überhaupt ein Wettbewerb stattfindet. Von Versichererseite wurde beispielsweise geäussert: *„Es ist eine Illusion zu glauben, dass aus der relativ engen Position, die die Krankenversicherer in Folge der hohen Regulierungsdichte haben, Druck auf den Leistungserbringermarkt ausgeübt werden kann.“* Ein Leistungserbringer äussert sich wie folgt: *„Wenn ein Wettbewerb besteht, dann besteht er im jährlichen unsinnigen Versicherer-Hopping und bei der Jagd nach guten Risiken. Es kommt aber gar nichts an auf Seiten der Leistungserbringer.“* Von Seiten Bund, Kantone, Gerichte wird exemplarisch die folgende Aussage gemacht: *„Der indirekte Wettbewerbsdruck auf die Leistungserbringer scheint eine schwierige Sache zu sein. Solange der Kontrahierungszwang nicht angerührt*

wird, wird sich im System auch nichts Wesentliches ändern.“ Noch dezidierter äussert sich ein anderer Vertreter aus diesem Bereich mit der Aussage: „Der geforderter Wettbewerb ist normalerweise ein Pseudo-Wettbewerb“. Als Grund dafür werden inhärente Widersprüche im KVG selber genannt.

Diese Aussagen decken sich mit den Erkenntnissen einer umfassenden Analyse von Hammer et al. (2008), welche die Wettbewerbsintensität der zentralen Akteure (Versicherer, Ärzte- und Ärztinnen, Spitäler) untersucht haben. Sie halten fest:

- Die Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherungen im OKP-Markt im Hinblick auf eine effiziente Ressourcenallokation ist gering. Als Gründe dafür orten sie die hohe Regulierungsdichte und die fehlende Transparenz im Wettbewerb unter den Krankenversicherern. Der Wettbewerb fokussiert einseitig auf den Preis und kaum auf die Qualität des Leistungsangebotes. Die dominierende Strategie der Versicherer ist die Risikoselektion.
- Die Wettbewerbsintensität zwischen den Ärztinnen und Ärzten ist ebenfalls gering. Den Hauptgrund sehen sie im Kontrahierungszwang im Verbund mit der Einzelleistungsabrechnung und dem Wunsch vieler Patienten nach freier Arztwahl.
- Auch die Wettbewerbsintensität zwischen den Spitälern ist gering. Als Hemmnisse werden die hohe Regelungsdichte, die föderalistischen Marktstrukturen (Spitallisten) und die fehlende Transparenz aufgeführt.

Wie in Kapitel 4.1 aufgearbeitet, hat sich die Situation gegenüber 2008 in drei Bereichen deutlich verändert:

1. Die Anzahl der Patientinnen und Patienten in Managed Care-Organisationen ist eindrücklich angestiegen (von rund 600'000 im Jahr 2008 auf über 2 Mio. im Jahr 2015)²². Das bedeutet unter anderem, dass bereits über 2 Mio. Patientinnen und Patienten freiwillig auf die freie Arztwahl verzichten und die Krankenversicherer nicht mehr darum herkommen, entsprechende Produkte anzubieten. Auch dürfte sich die Akzeptanz dieser Managed Care-Organisationen innerhalb der Ärzteschaft verbessert haben.
2. Die Einführung des neuen Risikoausgleichs wirkt sich offenbar auf das Verhalten der Krankenversicherer aus (Beck 2014). Die Risikoselektion dürfte zwar weiterhin die dominante Strategie sein, daneben haben aber andere Aspekte im Hinblick auf eine Beeinflussung der Leistungskosten (Tarifverhandlungen, Care-, Case-, Disease Management und insbesondere Managed Care) an Bedeutung gewonnen. Dies wird auch bestätigt durch Aussagen von Krankenversicherern in den Experteninterviews.
3. Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung 2012 hat die Transparenz und Vergleichbarkeit der Kosten unbestritten zugenommen. Zudem zeigen sich stärkere wettbewerbliche Tendenzen insbesondere im interkantonalen Wettbewerb.

Betrachtet man die Tarifverhandlungen als Transmissionsriemen des Wettbewerbs, mit dem der Druck von Seiten der Prämienzahler über die Versicherer auf die Leistungserbringer übertragen werden sollte, so wirkt dieser noch aus einem weiteren Grund nicht direkt. Die Versicherer haben sich zu zwei Einkaufsgemeinschaften (Die CSS tritt 2016 neu als dritter Einkäufer auf den Markt) zusammengeschlossen. Die an sich grosse Zahl an sich gegenseitig konkurrenzierenden Versicherern auf dem Versicherungsmarkt wird dadurch auf wenige Akteure reduziert. Immerhin ist

²² www.fmc.ch

festzustellen, dass zwischen diesen Einkaufsgemeinschaften dann doch eine scharfe Konkurrenz besteht.

Die Literatur sowie die Aussagen der Expertinnen und Experten fokussieren die Wettbewerbsdiskussion in der Regel unmittelbar auf den Beitrag zur Kostendämmung. Dies ist auch nachvollziehbar. Die Krankenversicherer haben grundsätzlich zwei Parameter, um Einfluss auf die Höhe ihrer Prämie zu nehmen: die Risikoselektion und die Steuerung der Leistungskosten. Die Leistungserbringer sind beim zweiten Parameter involviert. Konsequenterweise wird in dieser indirekten Wettbewerbskonzeption demnach primär der Druck zur Senkung der Leistungskosten weitergegeben. Ein Qualitätswettbewerb, der beispielsweise auf die Ausgestaltung des Angebots der Leistungserbringer fokussiert, stand bis anhin nicht im Vordergrund. So verwundert es nicht, dass in den Experteninterviews erst auf Nachfragen hin auch Aspekte eines Qualitätswettbewerbs in die Überlegungen miteinbezogen wurden. Zudem kommt erschwerend hinzu, dass sich die Unterschiede in der Behandlungsqualität oft schlecht oder überhaupt nicht nach bezahlendem Versicherer differenzieren lassen. Weil kein relativer Vorteil geltend gemacht werden kann, ist das Interesse der Versicherungen an Qualitätsfragen in der OKP, von denen alle profitieren können, gering.

6.1.2. Die Rolle der Qualität im regulierten Wettbewerb des Gesundheitswesens

Im Kapitel 4.2 wurden der Handlungsbedarf und die Aktivitäten der verschiedenen Akteure im Bereich der Qualität mit besonderem Fokus auf die Aktivitäten des Bundes aufgearbeitet und in Experteninterviews mit den Ansichten der Akteure konfrontiert. Die wichtigsten Ergebnisse lassen sie wie folgt zusammenfassen:

Zahlreiche Aktivitäten: vieles wurde gemacht – vieles steht noch aus

Die zahlreichen Organisationen, die auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Bereichen (ambulant, stationär) aktiv sind, zeugen von einem hohen Problembewusstsein und unterstreichen den Handlungsbedarf. Diese zahlreichen Aktivitäten stehen aber in deutlichem Widerspruch zur Auflistung der abgeschlossenen Verträge gemäss Art. 77 KVV. Gemäss dieser Bestimmung haben die Tarifpartner die Pflicht, „Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität“ (KVV Art. 77 Abs. 1) zu erarbeiten. Einzig im stationären Bereich wurde mit dem ANQ ein Vertrag im Sinne des Gesetzgebers abgeschlossen. In den übrigen Bereichen bestehen erst – wenn überhaupt – Arbeitsgruppen für Vorarbeiten (siehe hierzu Anhang 2 von Bundesrat 2014).

Erhebliche Unterschiede zwischen ambulant und stationär

Betreffend Datengrundlagen bestehen erhebliche Unterschiede zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich. Ein Interviewpartner geht davon aus, dass die Schweiz im ambulanten Bereich rund 20 Jahren Rückstand auf den stationären Bereich in Bezug auf die Datenqualität hat. Doch auch im stationären Bereich wird die Situation keinesfalls als befriedigend wahrgenommen.

Bis anhin schwache Wirkung der möglichen subsidiären Kompetenz des Bundes

Können sich die Tarifpartner nicht einigen, hat der Bundesrat die Kompetenz, die erforderlichen Bestimmungen zu erlassen (KVV Art. 77 Abs. 3). Erfolgreiche Verhandlungen im Qualitätsbereich sind demnach für die Tarifpartner auch eine Option, um zusätzliche staatliche Regulierungen zu verhindern. Dies gilt aber nur dann, wenn der Wille erkennbar ist, dass der Bundesrat seine sub-

sidiäre Kompetenz bei Nichteinigung auch tatsächlich wahrnehmen will und wird. Die Tarifpartner rechneten bisher nicht damit, dass der Bundesrat hier mit staatlicher Regulierung eingreift. Damit bleibt die Wirkung dieses „Schatten des Staates“ (Scharpf 2000) relativ klein.

Die Messbarkeit von risikoadjustierter Qualität als enorme Herausforderung

In den Experteninterviews wurde teilweise eindrücklich geschildert, wie anspruchsvoll eine Messung von Qualität verbunden mit einer angemessenen Risikoadjustierung im Hinblick auf vergleichbare Daten ist. Eine wichtige Voraussetzung hierfür sind sowohl genügende Datengrundlagen als auch ein breit abgestützter Konsens hinsichtlich der Indikatoren und der Publikation der erhobenen Daten. Einzig die Arbeiten des ANQ scheinen bis anhin diesen Ansprüchen zu genügen. In diesem Zusammenhang ist auf die grundsätzlichen methodischen Schwierigkeiten hinzuweisen, die mit Qualitätsmessungen im Gesundheitswesen verbunden sind. Donabedian (2005) liefert diesbezüglich eine hilfreiche und fundierte Übersicht.

6.1.3. Der Einfluss der Akteure auf Angebot, Qualität und Preise

Im Kapitel 4.3 auf Systemebene sowie auch im Kapitel 5 auf Verhandlungsebene wurde der Einfluss der zentralen Akteure auf das Angebot, die Qualität und Preise im Schweizer Gesundheitswesen aufgearbeitet und ebenfalls in Experteninterviews mit den Ansichten der Akteure konfrontiert. Die wichtigsten Ergebnisse lassen sich wiederum folgendermassen zusammenfassen:

Fehlende Voraussetzungen für einen funktionierenden Qualitätswettbewerb

Konsens besteht offenbar darüber, dass heute entscheidende Voraussetzungen für einen funktionierenden Qualitätswettbewerb fehlen. Es gibt weder einen Konsens darüber, wie Qualität gemessen werden soll (Indikatoren), noch ist man sich einig, wie die Ergebnisse publiziert und kommuniziert werden sollen. Die Leistungserbringer werfen den Krankenversicherern hierbei eine einseitige Fokussierung auf Outcome-Messungen vor. Diagnose- und Indikationsqualität müssten ebenfalls miteinbezogen werden. Die Krankenversicherer ihrerseits werfen den Leistungserbringern fehlende Initiative vor. Sie zeigen sich überzeugt, dass vernünftige Vorschläge von Seiten der Leistungserbringer bei Ihnen gute Chancen hätten. Die Gesetzesvorlage, wie sie vom Bundesrat zuhanden des Parlaments verabschiedet wurde (Bundesrat 2015), zielt denn auch mindestens teilweise in diese Richtung, wenn sich der Bundesrat an der Finanzierung der Entwicklung von Grundlagen für Qualitätsindikatoren beteiligen will.

Datengrundlagen im stationären Bereich unvollständig, im ambulanten Bereich nicht vorhanden

Die fehlenden Datengrundlagen betreffen sowohl den stationären, als auch den ambulanten Bereich. Gemäss Aussagen von Akteuren hat man im ambulanten Bereich rund 20 Jahre Rückstand auf den stationären Bereich. Die Situation ist aber offenbar auch im stationären Bereich alles andere als befriedigend. Immerhin – und das wird von keinem der Akteure bestritten – besteht mit dem ANQ eine Grundlage, auf der nun aufgebaut werden kann. Die Spitalstatistiken des BAG werden aber sowohl von Leistungserbringern als auch von Krankenversicherern als zu aggregiert eingeschätzt. Sie würden aufgrund der hohen Aggregation statistische Fehlinterpretationen begünstigen. Einige Vertreter von Bund, Kantonen und Gerichten erhoffen sich mit dem Projekt

MARS²³ des Bundesamtes für Statistik eine Verbesserung der Situation im ambulanten Bereich. Im Rahmen von „Gesundheit 2020“ hat der Bundesrat die Statistik einer ambulanten Gesundheitsversorgung als eine von zehn prioritären Massnahmen beschlossen. Die Statistik befindet sich im Aufbau und führt aktuell Piloterhebungen durch. Dieses Projekt wurde weder von den Leistungserbringern, noch von den Versicherern erwähnt.

Kein systematischer Datenaustausch unter Leistungserbringern und Krankenversicherern

Ein systematischer Datenaustausch unter den Leistungserbringern und / oder zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern ist in der OKP nicht gegeben (eine Ausnahme bilden die Verhandlungssettings der besonderen Versicherungsformen). Dies wird jedoch als wichtige Voraussetzungen für ein Qualitätsmanagement angesehen. Hoffnungen machen sich die Akteure hier bezüglich der Entwicklungen im Bereich E-Health resp. elektronisches Patientendossier.

Akzeptierte Rollenverteilung gemäss Gesetz – Unzufriedenheit mit der Wahrnehmung der Rollen

Konsens besteht grundsätzlich im Rollenverständnis der zentralen Akteure. Die Rollenaufteilung gemäss Gesetz wurde von keinem Akteur in Frage gestellt.

Ernüchterung besteht aber darüber, wie die Rollen wahrgenommen werden. Der Bund ist nicht zufrieden damit, wie die Tarifpartner die gesetzlichen Anforderungen umsetzen (siehe hierzu Anhang 2 von Bundesrat 2014). Er könnte subsidiär eingreifen, wird das aber wahrscheinlich nicht tun, sondern weiter versuchen, den Druck über die Drohung eines Eingriffs zu erhöhen. Mit dem neuen Gesetz werden die Rollen beibehalten. Der Bund versucht, die notwendigen Mittel für die Erfüllung seines Auftrages sicherzustellen und setzt grosse Hoffnungen auf sogenannte „large scale interventions“ über die Stiftung Patientenschutz, um bei bekannten Problemen mit evidentem Handlungsbedarf aktiv werden zu können. Die Krankenversicherer monieren die fehlenden Grundlagen. Diese müssten aus ihrer Sicht von den Leistungserbringern erarbeitet werden. Zudem fühlen sie sich zum Teil durch das BVGer in ihren Gestaltungsmöglichkeiten eingeschränkt (z.B. fehlende Möglichkeiten zur Honorierung höherer Qualität). Die Kantone ihrerseits sehen im ambulanten Bereich kaum Möglichkeiten, steuernd einzugreifen. Im stationären Bereich haben sie zwar die Möglichkeiten, sind aber auch hier auf Grundlagen angewiesen, die sie nicht selber produzieren können. Sie fühlen sich durch das BVGer zum Teil ebenfalls eingeschränkt in der Handlungsweise. Die Leistungserbringer schliesslich verweisen auf die zahlreichen Aktivitäten, die bereits angelaufen sind, sehen sich selber zuständig für die Qualitätssicherung („Ärzte sind *intrinsisch motiviert*“), wollen insbesondere im ambulanten Bereich tendenziell nicht mit den Krankenversicherern zu dieser Thematik in Dialog treten, erachten die Arztaus- und -weiterbildung oder auch die Zulassung oder Aufnahme auf eine Spitalliste als hinreichende Voraussetzung für die Qualitätssicherung und misstrauen sich untereinander dahingehend, dass Qualität als Instrument für den Konkurrenzkampf missbraucht werden kann (konkret Fallzahlen im stationären Bereich).

Sinnhaftigkeit eines funktionierenden Qualitätswettbewerbs teilweise in Frage gestellt

Die Vorstellungen darüber, inwieweit überhaupt ein Qualitätswettbewerb sinnvoll ist und stärker auf- und ausgebaut werden soll, gehen sehr weit auseinander. Dies zeigt sich beispielsweise an den Einschätzungen darüber, ob Qualität als Differenzierungsmerkmal am Markt geltend gemacht

²³ Siehe Bundesamt für Statistik. *Statistiken der ambulanten Gesundheitsversorgung (MARS)*: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/00/06.html> (29.01.2016)

werden soll oder kann. Die Krankenversicherer legen in ihren Ausführungen grossen Wert auf diese Möglichkeit und sehen hier auch grosses Potential. Geäussert wurde die Vorstellung, dass ein informierter Patient in Zukunft seine Entscheide, wo und von wem er oder sie sich behandeln lassen will, gestützt auf Qualitäts- und Kostengrundlagen fällen wird. Dadurch könnte der Wettbewerbsdruck endlich auf den Leistungserbringermarkt übertragen werden. Leistungserbringer im Managed Care-Bereich können sich mit dieser Sichtweise identifizieren. Inzwischen beginnen sich in diesem auf Freiwilligkeit basierenden Markt Bonus-Modelle für besondere Anstrengungen im Qualitätsbereich zu etablieren. Gerade die Betreibergesellschaften von Ärztenetzwerken haben ihrerseits viel Verständnis für diese Sichtweise und ein Interesse an kontinuierlicher Qualitätsentwicklung innerhalb ihrer Ärztenetze. Dies äussert sich beispielsweise darin, dass alle Ärzte, die Medix angeschlossen sind, eine Zertifizierung nach EQUAM durchlaufen müssen. Mit den Krankenversicherern können auch besondere Projekte im Qualitätsbereich vereinbart werden, an deren Kosten sich die Krankenversicherer beteiligen. Der Datenaustausch wird im Bereich der besonderen Versicherungsformen als selbstverständlich erachtet.

Im stationären Bereich wurde von den Krankenversicherern geäussert, dass sie auch hier eine Differenzierung am Markt über verschiedene Qualitätsniveaus anstreben. Von Leistungserbringerseite wurde bestätigt, dass die Krankenversicherer seit kurzer Zeit das Thema Qualität ansprechen würden. Die Impulse für diese Initiativen scheinen auch aus dem VVG zu kommen. Erste Versuche, für Mehr-Qualität höhere Tarife zu vereinbaren, sind allerdings an den Entscheiden des BVGer gescheitert. Von Kantonsseite würde diese Möglichkeit grundsätzlich begrüsst. Ein Vertreter von Bund, Kantonen und Gerichten wies aber auf die Schwierigkeit hin, gerade auch im stationären Bereich risikoadjustierte und finanzwirksame Qualitätssysteme aufzubauen, die in einem Tarifvertrag dann auch justiziabel geregelt werden können. Seines Erachtens sei der Aufwand unheimlich hoch und die Wirkung (er verwies auf entsprechende Forschungsergebnisse aus den USA) vergleichsweise gering.

Schwäche der Verbände (Zersplitterung und interne Spannungen) erschwert Lösungssuche

Erschwerend für die Suche nach Lösungen werden von vielen Akteuren (mit Ausnahme der Krankenversicherer) auf Strukturebene die Zersplitterung der Krankenversichererbranche (Curafutura und Santésuisse) sowie die grossen Spannungen innerhalb der Ärzteschaft (FMH) genannt. Gerade auf Strukturebene ist die Situation bei den Krankenversicherern gemäss Auskunft der Akteure eher erschwerend. Dies zeige sich bei den Verhandlungen zur TARMED-Revision. Leistungserbringer, Bund, Kantone und Gerichte äusserten sich sehr zurückhaltend und machten den Anschein, dass sie sich weder in brancheninterne Konflikte der Krankenversicherer einmischen wollen, noch direkt davon zu profitieren versuchen. Die Situation wurde insgesamt als erschwerend eingeschätzt.

Die Bildung von verschiedenen Einkaufsgemeinschaften auf Preisebene hingegen wird anders, aber auch unterschiedlich beurteilt. Einige Leistungserbringer nehmen den damit gestiegenen Tarifverhandlungsaufwand und insbesondere die teils schwerfälligen internen Entscheidungsprozesse der Tarifsuisse AG als mühsam und erschwerend war. Andere Leistungserbringer sehen auch Vorteile (taktische Möglichkeiten, Vertrauensbildung, Kompetenzaufbau etc.) in dieser Aufteilung. Von Seiten der Krankenversicherer wird die Aufspaltung mehrheitlich positiv wahrgenommen. Durch den Vergleich werde es grundsätzlich möglich, „besser“ oder „schlechter“ zu verhandeln. Das sei vorher gar nicht möglich gewesen.

Ebenbürtige Rolle von Qualität und Preis in den Tarifverhandlungen in Frage gestellt

Die Frage, ob "Qualität" bei den Tarifverhandlungen überhaupt eine Rolle spielen soll, ist offenbar umstritten. Vereinfachend können auf Basis der Äusserungen drei idealtypisch unterschiedliche Gruppen gebildet werden:

1. Die Qualität soll in den Tarifverträgen eine ebenbürtige Rolle wie der Preis erhalten. (Krankenversicherer, Leistungserbringer im Bereich Managed Care)
2. Die verbindliche und preiswirksame Regelung von Qualität über Tarifverträge ist zu komplex und die Wirkung wird gering bleiben. Besser ist der Weg über die Patienten, welche auf Basis von möglichst guten Informationen über die Qualität der Leistungserbringung (z.B. auf Basis von Fallzahlen) ihre Behandlungsentscheide fällen. Um dies zu ermöglichen, sollen in den Tarifverträgen lediglich Vereinbarungen über die Durchführung von Messungen, den Austausch und die Publikation von Daten getroffen werden. (Bund, Kantone, Gerichte; Krankenversicherer, Leistungserbringer)
3. Ein Qualitätswettbewerb, der sich über eine Marktdifferenzierung mit unterschiedlicher Qualität äussert, ist grundsätzlich nicht erstrebenswert oder gar problematisch. Die Qualität des Leistungserbringers muss bei der Zulassung und bei der Aufnahme auf die Spitalliste geprüft werden. Sind die Voraussetzungen für die Zulassungen oder Aufnahme auf eine Spitalliste gegeben, dann ist das Thema Qualität im Zusammenhang mit Tarifverträgen oder Diskussionen mit Krankenversicherern und/oder Kantonen erledigt. Die Leistungserbringer sind selber motiviert, sich bezüglich Qualität weiterzuentwickeln. (Leistungserbringer primär ambulant)

Aufhebung des Kontrahierungszwanges und Einschränkung der Mehrfachrolle der Kantone als dominierende Reformvorschläge

Auf Ebene der Reformvorschläge wurde von Seiten der Versicherer, des Bundes, der Kantone und Gerichte mit Abstand am häufigsten die Aufhebung des Kontrahierungszwanges genannt. Die Unfallversicherung sowie die Entwicklung der Managed Care-Organisationen wurden als exemplarische Beispiele genannt, wie gut sich eine Situation in Vertragsfreiheit entwickeln kann. Dieser Vorschlag wurde von den Leistungserbringern allerdings nicht erwähnt.

Am zweithäufigsten wurden Reformansätze hervorgehoben, welche die Mehrfachrolle der Kantone einschränken sollen. Bei diesem Punkt waren sich Leistungserbringer und Versicherer einig. Teilweise wurde dies auch von Vertretern des Bundes, der Kantone und Gerichte erwähnt.

6.1.4. Zusammenfassende Darstellung mit Fokus auf Qualitätswettbewerb

Auf Basis der Untersuchungen können sechs treibende und fünf hemmende Faktoren einer „zarten Dynamik“ im Bereich Qualität des Schweizer Gesundheitswesens identifiziert werden.

Abbildung 10: Treiber für den Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen (eigene Darstellung)



Die **neue Spitalfinanzierung** hat unbestritten zu einer höheren Transparenz in Bezug auf die Kosten und die Vergleichbarkeit im stationären Bereich geführt. Dies begünstigt wettbewerblich orientiertes Verhalten und wirft für die Spitäler strategische Fragen der Spezialisierung auf, wodurch die Qualität zu einem wichtigen Element der Positionierung wird. Die Spitäler nehmen diese, durch die neue Spitalfinanzierung verstärkte, Konkurrenzsituation untereinander stark wahr und reagieren darauf. Qualität fließt als wichtiges Element der Konkurrenz in die Ausrichtung der Spitäler ein. Ein Experte wies beispielsweise darauf hin, dass über den Einfluss auf Mindestfallzahlen unliebsame Konkurrenz „aus dem Weg geräumt werden könne“. Bestimmte Kantone unterstützen diese Dynamik, indem sie bei der Definition von Spitallisten auf Qualitätsaspekte (konkret Mindestfallzahlen) abstützen.

Infolge gesetzlicher Vorgaben direkt verbunden mit der neuen Spitalfinanzierung sind die Aktivitäten und **Erfahrungen mit den Erhebungen des ANQ**. Diese Erfahrungen werden von allen Akteuren grossmehrheitlich als positiv wahrgenommen. Mit diesen Daten könne tatsächlich „gearbeitet“ werden. Diese Grundlagen tragen offenbar dazu bei, einen breit abgestützten Konsens über Indikatoren, deren Messung und Publikation zu entwickeln. Die beiden erstgenannten Treiber gelten lediglich für den stationären Bereich. Der ANQ könnte aber über einen Spillover-Effekt auch auf den ambulanten Bereich Wirkung entfalten.

Besonders im ambulanten Bereich zeigen die positiven Erfahrungen der Kooperation zwischen Versicherern und Leistungserbringern im **Bereich Managed Care (bzw. besondere Versicherungsformen)** Wege und Möglichkeiten auf, wie mit dem Thema Qualität für beide Seiten gewinnbringend umgegangen werden kann. Neben preislichen Aspekten (Capitation, Bonus) finden offenbar immer stärker auch Qualitätsaspekte in den Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern an Bedeutung. Das Setting basiert hierbei auf Vertragsfreiheit. Gerade dieser Aspekt wird von beiden Tarifpartnern als sehr positiv gewertet. Die Leistungserbringer fühlen sich auf

Augenhöhe in den Verhandlungen mit den Krankenversicherern. Dieses eigentliche Versuchslabor trägt zum Abbau von Widerständen im Umgang mit Qualitätsaspekten bei.

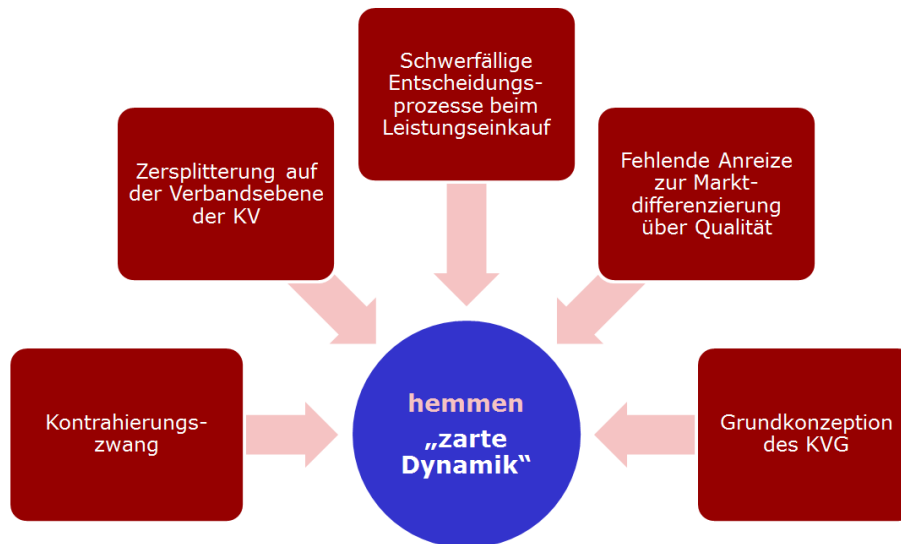
Auf Seiten der Versicherer scheinen die **weiteren Verfeinerungsschritte beim Risikoausgleich** tatsächlich einen Einfluss auf das Verhalten der Versicherer im Sinne des Gesetzgebers auszuüben. War die Risikoselektion bis anhin klar die dominante Strategie zur Beeinflussung der Leistungskosten des Kollektivs einer Krankenversicherung, so rücken mindestens bei einigen Versicherungen nun auch andere Möglichkeiten der Beeinflussung der Leistungskosten in den Fokus. Dies führt dazu, dass Tarifverhandlungen generell an Bedeutung gewinnen, insbesondere im Hinblick auf die Schaffung eines relativen Konkurrenzvorteils.

Diese Neuausrichtung findet ihren Ausdruck in der Schaffung von **unterschiedlichen Einkaufsgemeinschaften** innerhalb der Krankenversicherer. Gerade grössere Krankenversicherer gehen davon aus, dass eine bessere Qualität auch zu tieferen Leistungskosten führt. Sie bauen deshalb verstärkt Knowhow in diesem Bereich auf. Dabei versuchen sie positive Erfahrungen aus dem Bereich Managed Care beispielsweise in den stationären Bereich zu überführen. Den Krankenversicherern geht es unter anderem darum, mit „interessanten Nebenschauplätzen“ (in diesem Fall der Qualität) bestehende Verhandlungsblockaden zu überwinden. Die Leistungserbringer bestätigen, dass die Versicherer mit Ihnen zunehmend auch über Qualitätsaspekte im Rahmen von Tarifverhandlungen diskutieren wollen. Die Leistungserbringer reagieren je nach Bereich sehr unterschiedlich darauf. Für Managed Care-Organisation ist das offenbar selbstverständlich. Die Spitäler zeigen sich offen, bemängeln aber die zum Teil sehr „einfach gestrickten“ Zugänge der Versicherer in Bezug auf Qualität. Die Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung reagieren abweisend auf diese neue Verhandlungsdimension. Sie stellen sich auf den Standpunkt, dass die Qualität mit der Zulassung erledigt ist und es hierfür keinen Dialog mit den Versicherern braucht.

Zur zarten Dynamik können auch bestimmte **Aktivitäten des Bundes** beitragen. Von vielen Akteuren wird eine verstärkt koordinierende Rolle des Bundes gewünscht. Dieser Rolle versucht der Bund mit dem neuen Qualitätsgesetz (Bundesrat 2015) nachzukommen. Er will sich beispielsweise an der Finanzierung der Grundlagenerarbeitung für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren beteiligen. Weiter will er über die Stiftung Patientensicherheit Schweiz weitere Programme zur gezielten Verbesserung bekannter Qualitätsprobleme angehen und hierfür die finanziellen Grundlagen sichern. Der Ruf vieler Akteure nach verstärkt koordinierender Rolle des Bundes kollidiert bisweilen mit dem Wunsch der Tarifpartner nach hoher Tarifautonomie. Der Bundesrat und das Parlament haben sich verschiedentlich unzufrieden gezeigt mit dem Umgang der Tarifpartner in Zusammenhang mit der Qualität (Bundesrat 2014). Der neue Gesetzesentwurf ändert aber an dieser Situation nach Einschätzung der Autoren kaum etwas.

Umgekehrt können aber auch Elemente identifiziert werden, die diese „zarte Dynamik“ stören und einer weiteren Entwicklung des Bereichs Qualität eher im Weg stehen (siehe Abbildung 11).

Abbildung 11: Hemmende Faktoren für den Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen (eigene Darstellung)



Als einschränkendes Element für die Entfaltung von Wettbewerb wird vielfach der **Kontrahierungszwang** genannt. Dieser führt nach Ansicht vieler Experten dazu, dass sich der Wettbewerb der Krankenversicherer auf die Jagd nach guten Risiken beschränkt. Dies kann nur mit grossem administrativem Aufwand (Risikoausgleich) wieder korrigiert werden.

Primär genannt wurde auch die **Zersplitterung auf Verbandsebene**, insbesondere bei den Krankenversicherungen. Die Unklarheit der Zuständigkeit, verbunden mit den Kämpfen um Deutungshoheit der sich konkurrenzierenden Verbände, erschwert gemäss Aussagen der Akteure (mit Ausnahme der Krankenversicherer selber) die Verhandlungen auf Strukturebene stark. Exemplarisch zum Ausdruck kommen die Schwierigkeiten auf Verbandsebene rund um die Verhandlungen zur Überwindung der TARMED-Blockade. Curafutura hat mit der FMH, H+ und MTK im Frühling 2015 die TARMED Suisse AG gegründet. Santésuisse will diesen Alleingang von Curafutura nicht akzeptieren und reklamiert die Zuständigkeit. Umgekehrt sucht Curafutura die Anerkennung in der Swiss DRG, was wiederum Santésuisse nicht zulassen will. Im November 2015 hat nun die fmCh eine eigene Tarifunion gegründet, weil sie den Eindruck hat, dass Spezialärzte von der FMH nicht angemessen vertreten werden und die Tarifautonomie gefährdet sei. Dieser Schritt wurde wiederum von Santésuisse begrüsst, wahrscheinlich auch vor dem Hintergrund der Streitigkeiten mit Curafutura hinsichtlich der TARMED-Strukturrevision.

Auf der Ebene der Tarifverhandlungen gibt es auf Seiten der **Einkaufsgemeinschaften** grosse Unterschiede bezüglich **Entscheidungsprozessen und -kompetenzen**, die von den Leistungserbringern zum Teil scharf kritisiert werden. Eine besondere Herausforderung scheint hier die Heterogenität der Mitglieder der Tarifsuisse AG zu sein, deren Strategie und Einfluss auf die Verhandlungen sehr unterschiedlich sind, was sich im Kontext schwerfälliger Organisationsstrukturen (siehe Kapitel 5.2.1) hemmend auf die Dynamik und Ergebnisorientierung der Verhandlungen auswirken kann.

Weiter stellt sich die Frage nach **den Anreizen für die Versicherer**. Für einen Versicherer, der sich über die eine bessere Qualität bei seinen Versicherten am Markt differenzieren will, stellt sich die Frage, inwiefern er diese bessere Qualität alleine für sich reklamieren kann bzw. ob er sich dadurch einen relativen Vorteil am Markt verschaffen kann. Dies ist in Tariffragen inzwischen tatsächlich der Fall. In Qualitätsfragen ist es aber schwer vorstellbar, dass Verträge mit einem Leistungserbringer, die die Behandlungsqualität fördern, nicht auch den anderen Versicherungen zugutekommen. Der Anreiz für die Versicherungen, in einen eigentlichen Qualitätswettbewerb zu treten, wird durch die Unsicherheit eines relativen Konkurrenzvorteils gehemmt.

Schliesslich muss mindestens die Frage formuliert werden, inwieweit ein **Qualitätswettbewerb**, der es Krankenversicherern und Leistungserbringern erlaubt, innerhalb der OKP unterschiedliche Qualität zu unterschiedlichen Preisen bzw. Prämien anzubieten, **mit der Grundkonzeption des KVG** (Versicherungspflicht, definierter Leistungskatalog, Kontrahierungszwang) **kompatibel** ist. Die Akzeptanz eines derartigen Weges ist bei den Leistungserbringern gering bzw. stösst teilweise auf klare Ablehnung oder Unverständnis.

6.2. SOLL-Bild für den Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen

Basierend auf den Untersuchungen und den oben formulierten Feststellungen muss die Ausgangsfrage – auftragsgemäss aus Sicht der Versicherer – kritisch reflektiert werden. Einleitend wurde gefragt, welche Voraussetzungen es braucht, damit in den Verhandlungen zwischen den Versicherern und den ambulanten (praxis- und spital-ambulant) und stationären (Akutsomatik) medizinischen Leistungserbringern nicht mehr nur die Kosten (bzw. Preise), sondern vermehrt auch Qualitätsaspekte zum Gegenstand werden.

Getreu der Fragestellung wird nun deshalb der Versuch unternommen, unter Einbezug der festgestellten Handlungsspielräume, Positionen und Haltungen der interviewten Expertinnen und Experten, ein realistisches SOLL-Bild zu skizzieren, welches einen Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen erst ermöglicht.

Ausgehend von der Wettbewerbskonzeption des KVG wurde in Abbildung 7 ein Transmissionsriemen des Wettbewerbsdrucks vom Versicherermarkt zum Leistungserbringermarkt postuliert. Dieser Transmissionsriemen verbindet die beiden Teilmärkte in Bezug auf die Preise primär über die Tarifverhandlungen auf Struktur- und Preisebene. Im Hinblick auf die Rolle der Qualität in diesem Arrangement bieten sich – in Anlehnung an die Bildung der drei Idealtypen gemäss Kapitel 4.3 – drei Möglichkeiten an:

Erste Möglichkeit: Delegation der Qualität an die Leistungserbringer

Die Qualität wird vollständig den Leistungserbringern überlassen. Auch wenn einige Leistungserbringer für diesen Weg plädieren, steht er nicht wirklich zur Verfügung, denn er widerspricht den gesetzlichen Bestimmungen (insbes. KVV Art. 77), welche die Tarifpartner dazu zwingen, auch über Qualitätsfragen Einigungen zu erzielen. Darum wird an dieser Stelle nicht weiter auf diese Möglichkeit eingegangen.

Zweite Möglichkeit: Analoge Behandlung von Qualität und Preis

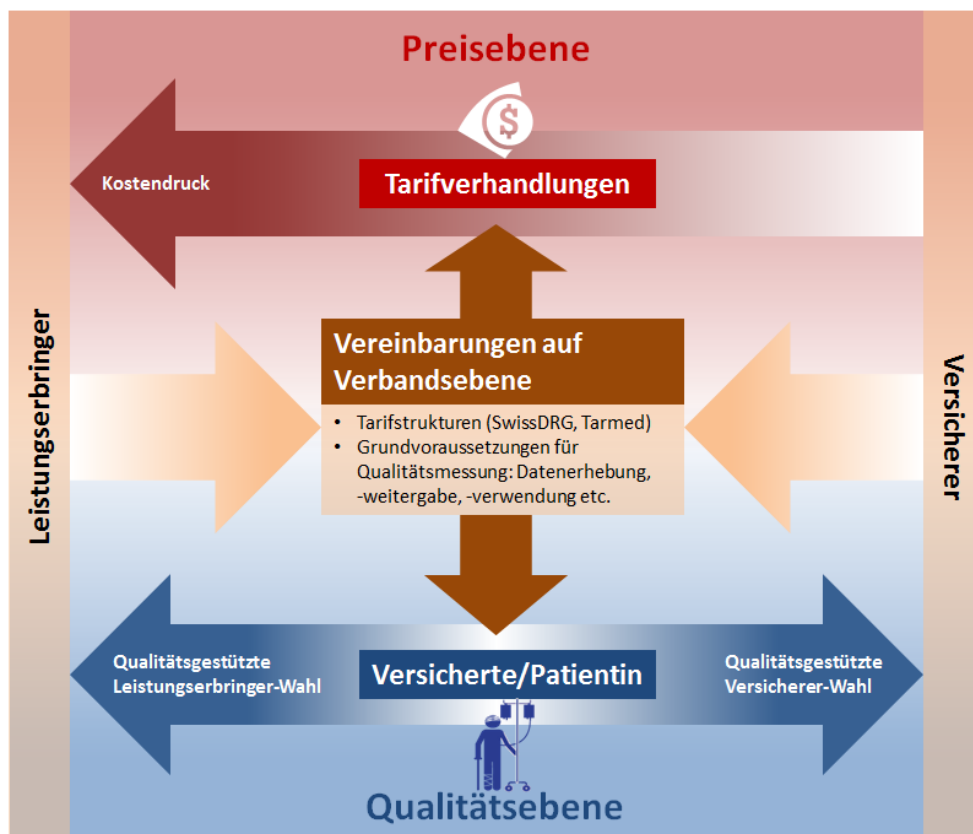
Die Qualität soll in den Tarifverträgen eine ebenbürtige Rolle wie der Preis erhalten. D.h. analog dem Preis sollen Qualitätsaspekte in Tarifverhandlungen von den Tarifpartnern verbindlich und preiswirksam in Verträgen vereinbart werden. Es erstaunt nicht, dass dieser Weg von den Krankenversicherern und Managed-Care-Organisationen bevorzugt wird. Die Schwierigkeit besteht

heute jedoch darin, dass wesentliche Voraussetzungen (siehe 6.1.1) fehlen, die für die Abbildung in Verträgen zwischen den Tarifpartnern mit Wirkung auf den Preis notwendig sind. Zudem stellt sich hier die grundsätzliche Frage, inwieweit das KVG eine Differenzierung nach besserer Qualität überhaupt zulässt. Das BVGer hat im Zusammenhang mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung entschieden, dass für eine höhere Qualität keine höhere Baserate reklamiert werden kann (siehe Kapitel 4.3). Neben diesem Urteil stellt sich die Frage nach der Akzeptanz und der Machbarkeit. Die Akzeptanzfrage stellt sich auf der politischen Ebene: verschiedene Regierungsräte haben in der Vergangenheit bereits Mühe bekundet, unterschiedliche Baserates je nach Verhandlungsgemeinschaft für gleiche Spitäler zu akzeptieren. Die Akzeptanz, auch eine unterschiedliche Qualität in der medizinischen Behandlung zu akzeptieren, dürfte eher noch tiefer sein. Aus den Interviews kommt klar zum Ausdruck, dass die Leistungserbringer diese Akzeptanz nicht aufbringen. Darüber hinaus stellt sich die Frage der Praktikabilität. Ein Spital oder eine Arztpraxis, die sich auf eine höhere Qualität der Leistungserbringung mit einem Krankenversicherer einigt, müsste sicherstellen, dass ausschliesslich Versicherte dieser Krankenversicherung in den Genuss dieser definierten höheren Qualität kommen. Das ist in der heutigen Konzeption kaum vorstellbar und dürfte dem Berufsverständnis vieler Leistungserbringer – in der OKP – widersprechen. Diese Möglichkeit steht aber im Zusatzversicherungsgeschäft offen. Sie wird primär im stationären Bereich bereits heute genutzt und es bestehen offenbar auch Ansätze für den ambulanten Bereich.

Dritte Möglichkeit: Patienten als Transmissionsriemen in Bezug auf die Qualität

Die dritte Möglichkeit – diese entspricht nun dem angekündigten SOLL-Bild (siehe Abbildung 12) – postuliert in Bezug auf die Rollenstärkung der Qualität einen zusätzlichen Transmissionsriemen für die Verbindung zwischen dem Leistungserbringer- und dem Versicherungsmarkt neben den Tarifverhandlungen. Dieser zusätzliche Transmissionsriemen soll über die qualitätsgestützte Leistungserbringerwahl der Patienten die beiden Teilmärkte miteinander verbinden.

Abbildung 12: SOLL-Bild zum Preis- und Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen (OKP) (eigene Darstellung)



Die Fragestellung kehrt sich mit diesem SOLL-Bild um und fokussiert darauf, wie die Patienten befähigt werden können, im schweizerischen Gesundheitswesen die richtigen (bezogen auf Qualitätsaspekte) Leistungserbringer für die notwendigen Behandlungen auszuwählen. Hierfür braucht es ebenfalls die Umsetzung massgeblicher Vorleistungen. Denn aus heutiger Sicht fehlen die Voraussetzungen für eine informierte Wahl weitestgehend. Primär muss es sich dabei um Informationen handeln, die es den Patienten erlauben, je nach Situation gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten im Markt der Leistungserbringer die bestmögliche Wahl zu treffen.

Ganz im Sinne des in Kapitel 2.2 erwähnten Value-Based Competition-Modells von Porter/Teisberg (2006) sollen die Wettbewerber sich somit an ihrer Leistungsqualität und nicht ausschliesslich an der Kosteneffizienz messen. Es besteht eine Abhängigkeit zwischen den beiden Transmissionsriemen des Preis- und Qualitätswettbewerbs. Deren gemeinsame Grundvoraussetzung bzw. Antriebskraft ist das Schaffen der Voraussetzungen für plausible, objektive und zugängliche Informationen hinsichtlich der Kosten und Qualität medizinischer Leistungen. In diesem Setting sollen die Tarifpartner auf Strukturebene und Tarifebene – analog zum ANQ – Vereinbarungen zur Durchführung von Messungen und Publikation von Indikatoren treffen (gestützt auf KVV Art. 77). Diese Vereinbarungen können als Grundlage für einen funktionierenden Qualitätswettbewerb über die Leistungserbringer- und indirekt auch über die Versichererwahl (insbesondere im Bereich der Ärztenetze und Managed-Care-Organisationen) dienen.

In diesem SOLL-Bild wird der Preiswettbewerb im Rahmen der Tarifverhandlungen weiterhin an die Tarifpartner delegiert. Der Qualitätswettbewerb hingegen soll nicht delegiert, sondern primär über die Patientin, bzw. den Versicherten durch seine Wahl des Leistungserbringers und/oder Versicherers wahrgenommen werden. In den Verhandlungen der Tarifstrukturen und Preise sollen dafür die notwendigen Grundlagen geschaffen werden. Damit die Voraussetzungen für den zweiten Transmissionsriemen in absehbarer Zeit geschaffen werden können, braucht es ein funktionierendes Verhandlungssetting auf Struktur- und Tarifebene. Nur wenn die Tarifpartner einen breit abgestützten Konsens bezüglich risikoadjustierter Indikatoren zur Erhebung und Messung der Qualität, der Finanzierung der damit verbundenen Kosten, dem Datenaustausch und schliesslich der Publikation finden, wird es gelingen, diese Informationen auch nutzbar zu machen. Dann können über die Wahl der Patientinnen bzw. Versicherten die beiden Teilmärkte in Sinne eines funktionierenden Qualitätswettbewerbs miteinander verknüpft werden.

Die Wirkungsrichtung des zweiten Transmissionsriemens zum Qualitätswettbewerb kommt dabei nicht – wie beim Preiswettbewerb – primär vom Krankenversicherer. Es ist eher wahrscheinlich, dass sowohl Versicherer als auch Leistungserbringer in dieser Wettbewerbskonzeption gegenseitig Druck aufbauen (siehe Pfeilrichtungen in Abbildung 12). Gewisse Interviewaussagen enthalten beispielsweise Hinweise, dass bei einem regionalen Nachfrageüberhang im ambulanten Bereich Managed-Care-Organisationen unter Umständen am längeren Hebel sitzen und der Versichererseite anbieten können, zu gewissen Konditionen eine Anzahl von Patienten in ihr Ärztenetzwerk aufzunehmen. Der Patient wählt dann eine bestimmte Versicherung, um im Ärztenetz aufgenommen zu werden.

Die Aktivitäten des Bundesrates mit der Unterstützung von nationalen Programmen der Stiftung für Patientenschutz (z.B. „Sichere Chirurgie“ oder „Medikationssicherheit bei Übergängen“, siehe Kapitel 4) sowie der Finanzierung von Grundlagen für die Erarbeitung von Indikatoren können dieses SOLL-Bild bereits unterstützen. Für die Versicherer bedeutet diese Orientierung jedoch, dass sie auf eine Marktdifferenzierung über bessere Qualität in der OKP – mindestens vorläufig – verzichten und den Fokus auf die Sicherstellung der Voraussetzungen für die Mess- und Vergleichbarkeit von Qualität legen müssen. Eine Differenzierung über eine höhere Qualität der Leistungserbringung steht den Versicherern in der Zusatzversicherung und im Bereich Managed Care weiterhin offen. Zudem ist davon auszugehen, dass eine Klärung der Grundlagen (verbesserte

Datenlage, Konsens bezüglich Indikatoren, deren Erhebung und Publikation) unmittelbar und konkurrenzwirksam von den Versicherern für die Verhandlungen im VVG mit den Leistungserbringern genutzt werden kann.

Eine Marktdifferenzierung über eine höhere Qualität der Leistungserbringung in der traditionellen OKP dürfte aber – wie oben ausgeführt - aus Gründen der fehlenden Akzeptanz auf Seiten der Leistungserbringer sowie des Bund, der Kantone und Gerichte sowie der Schwierigkeit, den relativen Nutzen exklusiv für eine einzelne Versicherung oder Einkaufsgemeinschaft zu sichern, sehr schwierig umzusetzen sein.

Bereits heute findet ein Konkurrenzkampf um die Informationshoheit guter Qualitätsinformationen für Leistungserbringer statt. Insbesondere im stationären Bereich entstand in den letzten zwei Jahren eine gewisse Dynamik:

- Santésuisse hat zusammen mit Schweizerischen Konsumentenforum einen Spitalfinder aufgeschaltet, der Auskunft über „die Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit von Schweizer Akut-Spitälern“²⁴ gibt. Methodisch stützen sie sich auf die Publikation der BAG-Spitalstatistik und die öffentlich zugänglichen Informationen des ANQ.
- H+ seinerseits hat ebenfalls einen eigenen Spitalfinder aufgeschaltet und stützt sich dabei auf Informationen des ANQ, eigene Informationen sowie die Spitalstatistik des BFS.²⁵
- Weiter stellen auch Comparis²⁶ sowie ein neu-gegründeter Verein Spital-Vergleich Schweiz²⁷ eigene Plattformen für die Suche nach dem geeigneten Spital und teilweise auch für die Bewertung zur Verfügung.
- Die CSS bietet seit Kurzem mit dem «QualiCheck»²⁸ online eine Möglichkeit für Versicherte an, sich über verschiedene Qualitätsindikatoren in den Spitälern zu erkundigen und diese zu vergleichen. Die Angaben basieren ebenfalls auf den Informationen des ANQ sowie CSS-eigenen Erhebungen zur Patientenzufriedenheit.

Heute ist allerdings noch nicht klar, bei wem sich die Patienten primär erkundigen werden, wenn sie eine informierte Wahl treffen wollen. Auch hier bieten sich den Versicherern – allenfalls in Zusammenarbeit mit Managed-Care-Organisationen und unter Einbezug von Spitälern – neue Möglichkeiten zur Steuerung der Patienten und damit mittelfristig zur Beeinflussung von Leistungskosten und zur Förderung der Qualitätsentwicklung auf der Leistungserbringerseite.

²⁴ www.spitalfinder.ch

²⁵ www.spitalinformation.ch

²⁶ <https://www.comparis.ch/spitalvergleich/>

²⁷ <http://welches-spital.ch>

²⁸ www.css.ch/de/home/privatpersonen/medizinische_beratung/qualiheck.html#/search

7. Literaturverzeichnis

- Abele, Martin; Blumenfeld, Nina (2013). *Vulnerable Gruppen und DRG. Schlussbericht einer qualitativen Erhebung bei Hausärzten, Spitex und Heimen zu den Auswirkungen durch die Einführung von Fallpauschalen mit speziellem Fokus auf vulnerable Patientengruppen im Auftrag vom Institut Dialog Ethik*. Zürich: gfs.zürich.
- Axelrod, Robert (2009). *Die Evolution der Kooperation*. München: Oldenbourg.
- Bapst, Ludwig (2010). *Tarifpolitik zwischen Markt und Macht*. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik.
- Beck, Konstantin; Von Wyl, Viktor; Biener, Christian; Eling, Martin (2014). Brennpunkt Solidarität. Diskussionsbeiträge zur Weiterentwicklung der Sozialen Krankenversicherung. Bern: Verlag SGGP.
- Beck, Konstantin (2013). *Risiko Krankenversicherung - Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt*. Bern: Haupt.
- Bosshard, Christoph; Straubhaar, Thomas (2015). „Qualität und Qualitätsförderung“. In: Willy Oggier (Hrsg.). *Gesundheitswesen Schweiz 2015 – 2017. Eine aktuelle Übersicht*. Bern: Hogrefe Verlag. 361 – 372.
- Brandenberg, Josef E. (2004). Kontrahierungszwang, Wettbewerb und Gesundheitskosten. *Schweizerische Ärztezeitung*, 85(38), 2020-2022.
- Braun, Dietmar; Giraud, Olivier (2003). „Steuerungsinstrumente“. In: Klaus Schubert & Nils Bandelow (Hrsg.). *Lehrbuch der Politikfeldanalyse*. Wien/München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Bührer, Andreas (2015). *Ein methodischer Blick auf Tarif und Tarifierpassung*. Schweizerische Ärztezeitung, 96(43), 1557-1558.
- Bundesamt für Gesundheit (2015a). *Faktenblatt Nationales Netzwerk Qualität*. Bern: Eidgenössisches Departement des Innern EDI.
- Bundesamt für Gesundheit (2015b). *Bericht über die Ergebnisse der Vernehmlassung zum Vorentwurf zu einem Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*. Bern: Eidgenössisches Departement des Innern EDI.
- Bundesamt für Gesundheit (2015c). *Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Zwischenergebnisse*. Bern: Eidgenössisches Departement des Innern EDI.
- Bundesamt für Gesundheit (2013). *Gesundheit 2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates*. Bern: Eidgenössisches Departement des Innern EDI.
- Bundesamt für Gesundheit (2009). *Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen*. Bern: Eidgenössisches Departement des Innern EDI.
- Bundesrat (2015). *Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit)*. Bern: Bundeskanzlei.
- Bundesrat (2014). *Erläuternder Bericht zum Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit)*. Bern: Eidgenössisches Departement des Innern.
- Bundesrat. (2013a). *Anpassung Ärztetarif Tarmed: Bundesrat schafft Ressourcen* (Medienmitteilung). Bern: Bundesrat.
- Bundesrat. (2013b). *Die Hausarztmedizin soll weiter aufgewertet werden* (Medienmitteilung). Bern: Bundesrat. Retrieved from <http://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=50400>.
- Bundesverwaltungsgericht (2015). *Urteil C-2380/2012*. http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/H__Politik/Bundesgerichtsentscheide/BVG_C-2380-2102_TARMED_TPW_BE_2010_20150917.pdf (02.02.2016).
- Bundesverwaltungsgericht (2014). *Urteil C-2283/2013*. <http://www.bvger.ch/publiws/pub/cache.jsf?displayName=C-2283/2013&decisionDate=2014-09-11&lang=de> (02.02.2016).
- Bundesverwaltungsgericht (2014). *Urteil C-1698/2013*. <http://www.bvger.ch/publiws/pub/cache.jsf?displayName=C-1698/2013&decisionDate=2014-04-07&lang=de> (02.02.2016).
- Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen. (2013). Inhaltliche Positionen. Retrieved from <http://www.freiheitlichesgesundheitswesen.ch/25943/26006.html>.

31. Januar 2016

Seite 106/114

- Credit Suisse Group AG (2013). *Gesundheitswesen Schweiz 2013: Der Spitalmarkt im Wandel*. Flawil: Credit Suisse Group AG.
- Curafutura (2013). *Werte*. Retrieved from <http://www.curafutura.ch/de/curafutura/werte>.
- Donabedian, Avedis (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 4. S. 691-729).
- Enthoven, Alain C. (1978). "Consumer-Choice Health Plan". *The New England Journal of Medicine*, 298, 650-658.
- Fisher, Roger; Ury, William; Patton, Bruce (2013). *Das Harvard-Konzept. Der Klassiker der Verhandlungstechnik*. Frankfurt, New York: Campus.
- Frick, Ulrich; Dickson-Spillmann, Maria; Krischker, Stefan; Wiedermann, Wolfgang; Wiedenhöfer, Dirk; Schaub, Michael (2014). *Evaluation der Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität an den Schnittstellen (Schnittstellenstudie)*. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Zürich : ISGF.
- Gaynor, Martin; Haas-Wilson, Deborah; Vogt, William B. (2000). *Are Invisible Hands Good Hands? Moral Hazard, Competition, and the Second-Best in Health Care Markets*. *Journal of Political Economy*, 108, 992-1005.
- Golder, Lukas; Longchamp, Claude; Beer, Cindy; Tschöpe, Stephan; Rochat, Philippe; Gauch, Carole; Schwab, Johanna (2013). *Gute Patientenversorgung trotz administrativem Aufwand – punktuelle Probleme. Schlussbericht 2013*. Begleitstudie anlässlich der Einführung von SwissDRG im Auftrag der FMH, 3. Befragung. Bern: gfs.bern.
- Gulliver, Peter (1979). *Disputes and Negotiations. A Cross-Cultural Perspective*. New York: Academic Press.
- Gyger, Pius (2002, November 27). *Wertbestimmung und Preisbildung im Gesundheitswesen*. Presented at the 5. Novartis-Forum für Gesundheitsökonomie, Bern. Retrieved from http://www.fmc.ch/uploads/tx_userzsarchiv/17-veran-wertSestim_Kolumne.pdf.
- Hammer, Stephan; Peter, Martin; Trageser, Judith (2008). *Wettbewerb im Gesundheitswesen: Auslegeordnung*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Hauser, Christoph (2002). *Eine ökonomische Theorie der Mediation (Vol. 9)*. Chur, Zürich: Rüegger Verlag.
- hcri AG/ANQ (2014). *Nationale Patientenbefragung 2012. Kurzfassung – Nationaler Vergleichsbericht*. Bern.
- Helsana Gruppe (2013). *Einkaufsgemeinschaft HSK und CURAVIVA Schweiz schliessen nationalen Administrativvertrag ab* (Medienmitteilung). Medienstelle Helsana. Retrieved from einkaufsgemeinschaft-hsk-und-curaviva-schweiz-schliessen-nationalen-administrativvertrag-ab.
- Helsana Gruppe (2011). *Die Einkaufsgemeinschaft Helsana, Sanitas und KPT (HSK) schafft klare Verhältnisse* (Medienmitteilung). Helsana-Medienstelle. Retrieved from <http://www.presseportal.ch/de/pm/100004725/100710582/die-einkaufsgemeinschaft-helsana-sanitas-und-kpt-hsk-schafft-klare-verhaeltnisse-bei-den>.
- Knieps, Günter (2005). *Wettbewerbsökonomie. Regulierungstheorie, Industrieökonomie, Wettbewerbspolitik*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Kocher, Gerhard (2011). „Die Gründe der ‚Kostenexplosion‘ im Gesundheitswesen“. *Schweizerische Ärztezeitung*, 92(38), 1466-1469.
- Kohler, Dimitri; Widmer, Marcel; Weaver, France (2015). *Les effets de la révision de la LAMal sur la qualité des prestations des hôpitaux dans le domaine stationnaire. Étude principale. 1e étape.2008–2012*. Rapport sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Neuchâtel: Obsan.
- Lohr, Kathleen N.; Schroeder, Steven A. (1990). *A Strategy for Quality Assurance in Medicare*. *N Engl J Med* 1990; 322:707-12.
- Martin, Jean (2013). *Homo ethicus und/vs. Homo oeconomicus, "Brüderlichkeit" und/vs. Markt*. *Schweizerische Ärztezeitung*, 94(37), 1416.
- NZZ. (2013a). *Gesundheitswesen: Neues Bündnis will mitmischen*. Retrieved from <http://www.nzz.ch/aktuell/schweiz/gesundheitswesen-neues-buendnis-will-mitmischen-1.18145251>
- NZZ. (2013b). *Bewegung im Gesundheitswesen: Neue Strukturen für die Tarifverhandlungen*. Retrieved from <http://www.nzz.ch/aktuell/schweiz/neue-strukturen-fuer-die-tarifverhandlungen-1.18125049>.
- OECD/WHO (2011), *OECD-Berichte über Gesundheitssysteme: Schweiz 2011*, Bern: FOPH. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179738-de> (02.02.2016)
- Olmsted-Teisberg, Elisabeth (2008). *Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen*. Zürich: economiesuisse, Klinik Hirslanden AG, Interpharma, Schweizerischer Versicherungsverband SVV, Swisscom IT Services AG.

- Olson, Mancur (1965). *The Logic of Collective Action: Public Goods and the Theory of Groups*. Cambridge (MA): Harvard University Press.
- Pellegrini, Sonia; Roth, Sacha (2015a). *Evolution des coûts et du financement du système de soins depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier. Etude de base 2010–2012. Rapport final*. Rapport sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Neuchâtel: Obsan.
- Poledna, Tomas; Vokinger, Kerstin N. (2014). *Spitalsubventionen und neue Spitalfinanzierung – Ein Rechtsvergleich kantonalen Wirkens im Spannungsverhältnis von Wettbewerbsneutralität und kantonaler Autonomie*. Jusletter vom 18. August 2014.
- Porter, Michael E.; Teisberg, Elisabeth O. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Publishing.
- Rahmel, Anke; Marx, Peter (2008). „Regulierter Wettbewerb im Gesundheitswesen - Erfahrungen der Niederlande und der Schweiz als Vorbild für Deutschland“. In B. Vogel & V. Schumpelick (Hrsg.). *Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb - Probleme, Trends und Perspektiven*. Freiburg: Herder Verlag.
- Raiffa, Howard (1982). *The Art and Science of Negotiation*. Cambridge (MA), London (UK): Harvard University Press.
- Rosenbrock, Rolf; Gerlinger, Thomas (2004). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern: Huber.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012). *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung*. Bonn: Sondergutachten 2012.
- Scharpf, Fritz W. (2000). *Interaktionsformen: Akteurzentrierter Institutionalismus in der Politikforschung*. Opladen: Leske und Budrich.
- Schedler, Kuno (2015). Die Governance des Gesundheitswesens. St. Gallen: Institut für Systemisches Management und Public Governance der Universität St. Gallen. IMPacts Ausgabe 09. 5-7.
- Schmidt, Ingo; Haucap, Justus (2013). *Wettbewerbspolitik und Kartellrecht*. Berlin: Oldenbourg Verlag.
- Schmidt, Ingo (2005). *Wettbewerbspolitik und Kartellrecht*, Stuttgart: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Sebenius, James K. (2013). *What Roger Fisher Got Profoundly Right: Five Enduring Lessons for Negotiators*. *Negotiation Journal*, 159-169.
- Stoffel, Urs (2006). *Die Leistungs- und Kostenvereinbarung (LeikoV)*. *Schweizerische Ärztezeitung*, 87(39), 1688-1690.
- Tarifsuisse AG. (2012). *Geschäftsbericht 2012*. Solothurn: Tarifsuisse AG.
- Trottmann, Maria; Telser, Harry (2013). *Evaluation zu den Auswirkungen des verfeinerten Risikoausgleichs auf den Krankenversicherungswettbewerb*. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Zwischenbericht zur ersten Etappe. Olten: Polynomics.
- Walras, Léon (1969). *Elements of Pure Economics: Or the Theory of Social Wealth*. Scholar's Bookshelf.
- Widmer, Philippe; Telser, Harry (2013). *Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik*. Studie im Auftrag von comparis.ch. Olten: Polynomics.
- Widmer, Roland (2012). *Zwischenbilanz: Wie wirkt sich die Einführung von SwissDRG auf die Langzeitpflege aus*. Studie im Auftrag von CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Alter. Basel: Widmer Beratungen.
- Willisegger, Jonas; Blatter, Hannes (2014). *Verhandlungen der Spitaltarife – kantonale Festsetzungen verzerren den Wettbewerb*. *Schweizerische Ärztezeitung*, 95(34), 1238-1240.
- Wolf, Tobias (2014). *DRG: eine Entscheidungshilfe für stationäre Tarife*. Zürich: Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (Folienpräsentation).

Angang 1: Liste der Experteninterviews

Interviewpartner/Innen	Interviewtermin
Versicherer	
Luca Emmanuele Leiter integrierte Versorgung und Qualität, CSS Versicherung	14.10.2015
Daniel Huber Bereichsleiter stationäre Tarife, ZMT/MTK	04.11.2015
Martin Rüfenacht Bereichsleiter ambulante Tarife, ZMT/MTK	04.11.2015
Renato Laffranchi Leiter Leistungseinkauf, Tarifsuisse AG	24.11.2015
Michael Willer Geschäftsleitungsmitglied Helsana, Leiter Leistungen	02.12.2015
Leistungserbringer	
Hansjörg Schmid Leiter Departement Finanzen und Personal und Stv. Direktor Luzerner Kantonsspital	15.10.2015
Ueli Zihlmann Geschäftsführer der Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern	13.10.2015
Conrad Engler Leiter Kommunikation und PR, H+	04.11.2015
Jürg Schlup Präsident FMH	18.11.2015
Esther Kraft Leiterin Abteilung DDQ FMH	18.11.2015
Raphael Nosetti Finanzchef Hirslanden Klinik St. Anna, Luzern	01.12.2015
Ute Studer Geschäftsleiterin LUMED	03.11.2015
Longin Korner Leiter Netzmanagement MedSolution	03.11.2015
Staatliche Akteure	
Ulrich Meyer Vizepräsident des Bundesgerichts, Mitglied des Eidg. Versicherungsgerichts	06.10.2015
Franziska Schneider Richterin Abt. III, Bundesverwaltungsgericht	19.11.2015
Tobias Wolf Abteilungsleiter Tarife, Geschäftsfeld Gesundheitsversorgung, Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich	07.10.2015
Stefan Meierhans Preisüberwacher	15.10.2015
Oliver Peters Vizedirektor des Bundesamtes für Gesundheit BAG	24.11.2015

Anhang 2: Basisleitfaden für die Interviews

Dieser Basisleitfaden dient als inhaltlicher Orientierungsrahmen für die Interviews. Die Gespräche wurden thematisch und bezüglich Gewichtung der einzelnen Frageblöcke auf die jeweilige Interviewpartnerin bzw. den jeweiligen Interviewpartner angepasst.

Einleitende Fragen

- ⇒ *Einleitung: 2-Ebenen-Grafik als Einstieg (siehe Abbildung 3 dieses Berichts)*
- In einer Obsan-Studie (Hammer et al. 2008) zur Wettbewerbskonzeption des KVG aus dem Jahr 2008 wird konstatiert, dass sich das KVG primär auf den Wettbewerb zwischen den Versicherern konzentriert. Dadurch soll indirekt ein Wettbewerbsdruck auf die Leistungserbringer entstehen, der zur effizienten Gesundheitsversorgung führt.
 - Was halten Sie von diesem „Weltbild“, wonach der Wettbewerbsdruck primär bei den Versicherern aufgebaut wird, damit sich dieser dann über das gesamte Gesundheitswesen ausbreitet? Deckt sich dies mit Ihrer Sichtweise?
 - Was halten Sie grundsätzlich von der These, dass Tarifverhandlungen als „*Transmissionsriemen*“ dienen können, um damit das KVG-Ziel der Kostendämpfung zu erreichen?

Institutionelle Rahmenbedingungen, Spielräume für Preis- & Qualitätswettbewerb in den Tarifverhandlungen

Einleitende Bemerkungen:

- *Nicht betrachtet wird der Markt der Zulieferer (Hilfsmittel und Medikamente)*
- *Bei den Leistungserbringern beschränken wir uns auf Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Praxen sowie die Spitäler.*

Generell Kantone / Leistungserbringer / Versicherer	
Welche Einflussmöglichkeiten haben die Kantone auf die <u>Gestaltung des Angebotes</u> (z.B. Spitalisten, Zulassungen im ambulanten Bereich)? Wie werden diese Möglichkeiten genutzt?	OKP:
	VVG:
Welche Einflussmöglichkeiten haben die Kantone als Genehmigungs- bzw. Festsetzungsinstanz von Tarifen auf <u>Qualitätsaspekte der Leistungserbringung</u> im ambulanten und stationären Bereich? Nutzen die Kantone diese Möglichkeiten? Wie gross ist der Ermessensspielraum der Kantone beim <u>Benchmarking</u> ? Inwiefern können Qualitätsindikatoren einfließen?	OKP:
	VVG:
Welche Einflussmöglichkeiten haben die Kantone angesichts der Beschwerdemöglichkeiten und der Empfehlungen des Preisüberwachers überhaupt auf die <u>Höhe der verhandelten Tarife (Baserates, Taxpunktwerte)</u> ? Wie werden diese Möglichkeiten genutzt?	OKP:
	VVG:
Welche Einflussmöglichkeiten haben die Leistungserbringer grundsätzlich auf die <u>Gestaltung des Angebotes</u> (z.B. Spitalisten, Zulassungen im ambulanten Bereich)? Wie werden diese Möglichkeiten genutzt?	OKP:
	VVG:
Welche Einflussmöglichkeiten haben die Leistungserbringer auf die <u>Qualitätsdimension</u> in den Tarifverhandlungen? Wie werden diese Möglichkeiten genutzt?	OKP:
	VVG:
Welche Einflussmöglichkeiten haben die Leistungserbringer auf die <u>Preisdimension</u> in den Tarifverhandlungen? Wie werden diese Möglichkeiten genutzt?	OKP:
	VVG:

31. Januar 2016

Seite 110/114

<p>Welche Einflussmöglichkeiten haben die Krankenversicherer auf die <u>Gestaltung des Angebotes</u> (z.B. Spitalisten, Zulassungen im ambulanten Bereich)? Wie werden diese Möglichkeiten genutzt?</p>	OKP:
	VVG:
<p>Welche Einflussmöglichkeiten haben die Krankenversicherer auf die <u>Qualitätsdimension</u> in den Tarifverhandlungen? Wie werden diese Möglichkeiten genutzt?</p>	OKP:
	VVG:
<p>Welche Einflussmöglichkeiten haben die Krankenversicherer auf die <u>Preisdimension</u> in den Tarifverhandlungen? Wie werden diese Möglichkeiten genutzt?</p> <p>Welche <u>Verhandlungspartei</u> – Leistungserbringer oder Krankenversicherer – sitzt unter den gegebenen institutionellen Rahmenbedingungen aus Ihrer Sicht am <u>längeren Hebel</u>?</p>	OKP:
	VVG:
<p>Zusätzlicher Frageblock an BAG zu den Rollen, Zielen, Erwartungen und geplanten Aktivitäten des Bundes zur Qualitätsförderung in der Gesundheitsversorgung auf Basis von Art. 58 KVG, Art. 77 KVV und Art. 22a KVG</p>	

<p>Verhandlungen stationär</p>	
<p>Inwiefern führt die <u>neue Spitalfinanzierung</u> tatsächlich zu mehr <u>Transparenz</u> auf der Leistungserbringerseite und damit zu besseren Grundlagen für mehrdimensionale Verhandlungen, bei denen die <u>Qualitätsdimension</u> auch eine massgebliche Rolle spielt?</p>	OKP/VVG
<p>Inwiefern wird der unternehmerische Handlungsspielraum der <u>Spitäler</u> in den Verhandlungen (Möglichkeit zur Verhandlung mit einzelnen Versicherten; Beteiligung an Managed Care Modellen²⁹) tatsächlich genutzt? Warum? Warum nicht (Monopolsituationen³⁰, überregionaler Wettbewerb etc.) Beispiele?</p>	OKP:
	VVG:
<p>Inwiefern wird der unternehmerische Handlungsspielraum der <u>Krankenversicherer</u> in den Verhandlungen mit Spitälern (Möglichkeit zur Verhandlung mit einzelnen Spitälern; Beteiligung an Managed Care Modellen) tatsächlich genutzt? Warum? Warum nicht? Beispiele?</p>	OKP:
	VVG:
<p>Verhandlungen ambulant</p>	
<p><u>TARMED-Strukturverhandlungen</u> zwischen den Tarifpartnern sind seit Jahren blockiert. BR hat die Tarifstruktur eigenhändig zugunsten der Grundversorgung angepasst. Auf die Beschwerde dagegen trat das BVGE nicht ein. Wie schätzen Sie die <u>TARMED-Blockade</u> ein? Wie müssten die Rahmenbedingungen angepasst werden, damit die Tarifpartner auf Tarmed-Strukturebene konstruktiv weiterverhandeln können? Aufhebung der Kostenneutralität?</p>	
<p>In <u>KVG Art. 43 und ff.</u> werden die Bedingungen für Preise und Tarife geregelt. Der Handlungsspielraum ist erstaunlich offen. Ärztinnen und Ärzte sowie die Krankenversicherer sind relativ frei in der Gestaltung der Tarife und Preise. Z.B. können Ärztinnen und Ärzte oder Krankenversicherer frei wählen, ob sie sich einem Verbandsvertrag anschliessen wollen oder nicht. Dies gilt sowohl im KVG als auch im UVG. Inwiefern wird dieser <u>Handlungsspielraum von Ärztinnen und Ärzten oder von Krankenversicherern</u> tatsächlich auch genutzt. Warum? Warum nicht? Beispiele?</p>	OKP/VVG

²⁹ Hammer et al. (2008) S. 106 und ff.

³⁰ Gemäss H+ besteht in zwei Dritteln der Kantone eine kantonale Einheitsstruktur.

<p>Wie wirkt sich die Unterscheidung zwischen dem eng regulierten <u>Grundversicherungsmodell</u> und den weitgehend frei gestaltbaren <u>besonderen Versicherungsmodellen (Managed Care)</u> auf die Qualitätsdimension in den Tarifverhandlungen aus? Welche Folgen haben diesbezüglich die unterschiedlichen Rahmenbedingungen (Kontrahierungszwang vs. Vertragsfreiheit)?</p>	
---	--

Kriterienkatalog für optimale Tarifverhandlungen im Gesundheitswesen

Agenda, Definition der Verhandlungspunkte

Verhandeln über das Verhandeln	
Wo finden die Verhandlungen jeweils statt? Wechseln Sie die Örtlichkeiten oder verhandeln sie routinemässig immer am selben Ort?	
Wer legt die Agenda und die Verhandlungspunkte fest?	
Folgen Sie und Ihre Verhandlungspartner bei der Planung und Festlegung der Rahmenbedingungen einer starren Struktur (reine Routine) oder gibt es Spielraum für Anpassungen?	
Gibt es bestimmte „Rituale“ im gesamten Verhandlungsprozess von den Vorbereitungsarbeiten bis zum Abschluss? Falls ja, welche?	
Beteiligte Akteure	
Wer nimmt konkret an den Verhandlungen teil?	
Werden die Verhandlungen von jemandem begleitet, der im Falle des Scheiterns eine Entscheidungskompetenz hat?	
Welche Rolle spielen „neutrale“ Fachexperten? Aus welchen Disziplinen fliesst Fachexpertise in den Verhandlungsprozess ein? Können Fachexperten in den Verhandlungen eine mediative Funktion ausüben?	
Inwiefern ist der Kanton direkt oder indirekt am Verhandlungsprozess beteiligt? Welchen Einfluss hat der Kanton auf die Verhandlungsergebnisse?	
Welche Rollen spielen zusätzliche Gremien im Hintergrund der Verhandlungen (Verbände etc.)? Nehmen gewisse Akteure dies als Einschränkung war?	
Vorbereitung	
Wie bereiten Sie sich auf die Verhandlungen konkret vor? Wie viel Zeit setzen Sie dafür ein im Verhältnis zur eigentlichen Verhandlung?	
Welchen Spielraum haben Sie bei der Festlegung von Verhandlungszielen? Wie gehen Sie konkret vor, wenn Sie Ziele setzen? Sind Ihre Ziele eher als Limiten (gerade beim BATNA) oder als „Wunschziele“ zu verstehen?	
Inwiefern setzen Sie sich im Vorfeld mit der Position/Perspektive der Gegenseite auseinander?	

Exploration des Feldes, Expression von Differenzen

Koordination des Verhandlungsprozesses	
Wird der entsprechende Prozess bewusst gesteuert? Wenn ja, von wem?	
Bietet der Prozess genügend Flexibilität für neue Verhandlungspunkte und innovative Ansätze (z.B. mithilfe von Brainstorming)?	
Ergebnisorientierung³¹	
Ist eine Einigungszone zwischen den Verhandlungspartnern im Normalfall zu erahnen? Falls ja, haben Sie den Eindruck, ob hier Spielraum vorhanden ist?	
Streben Sie ein Verhandlungsergebnis normalerweise an oder ist häufig von Anfang an klar, dass es nicht zum Konsens kommen kann?	
Haben die Verhandlungspartner gemäss Ihren Einschätzungen diesbezüglich realistische oder übersteigerte Erwartungen?	
Wie hoch ist das gegenseitige Vertrauen der Verhandlungsparteien?	
Verhandlungsdimensionen	
Worüber wird verhandelt? (Preisaspekte, Qualitätsaspekte, Info-Austausch)	
Werden Qualitätsaspekte als Argumente bei Preisverhandlungen herbeigezogen (eindimensional)?	
Oder findet ein Handel „Qualität für höhere Preise“ in irgendeiner Form statt (mehrdimensional)?	
Im Falle eindimensionaler, „distributiver“ Verhandlungen: Wie gross ist die sichtbare Verhandlungszone (= Intervall zwischen Angebot und Gegenangebot)? Welche Faktoren führen gemäss Ihren Einschätzungen zur Einengung dieser Zone? Gibt es eine Art „ungeschriebene Regel“, wer als erster einen Vorschlag auf den Tisch legt? Oder wie kommt es jeweils dazu, wer die Verhandlung mit einer ersten Offerte eröffnet?	
Subjektive und objektive Bewertung von Optionen	
Sind subjektive Bewertungen/Haltungen in den Verhandlungen dominant oder werden auch „objektive“ Bewertungskriterien herangezogen? Welche?	
Falls ja, helfen diese Kriterien, die Verhandlungen in Gang zu bringen?	
Welche Hilfsmittel, Methoden (z.B. Brain Storming) werden in den Verhandlungen eingesetzt, um aus dem „Bazar“-Modus auszubrechen und konstruktive Ergebnisse zu erreichen?	

Einengung der Unterschiede, Einigung

Wartedilemma	
Werden Deadlines für die Einigung festgelegt? Wird eine bestimmte „Dringlichkeit“ aufgebaut?	
Hat eine Seite die höhere Dringlichkeit bezüglich Einigung als die andere?	
Wie wird Geduld und Ungeduld von den Parteien signalisiert respektive versteckt?	

³¹ In diesem Projekt wird unter „optimalen“ Tarifverhandlungen im Gesundheitswesen verstanden, dass die Parteien sich konstruktiv auf ein Verhandlungsergebnis einigen können und dadurch ihre Tarifautonomie behalten.

31. Januar 2016

Seite 113/114

Machtverhältnis	
Von welchen Faktoren wird die Verhandlungsmacht gemäss Ihren Einschätzungen beeinflusst (Wartefähigkeit, Attraktivität des BATNA, politischer Kontext, Verhandlungsgeschick)?	
Inwiefern können die Versicherer gegenüber den Leistungserbringern Druck zu mehr Effizienz und Qualität ausüben? Welche Faktoren unterstützen bzw. behindern sie dabei?	
Und umgekehrt, inwiefern können die Leistungserbringer finanzielle Vorteile aushandeln bei höherer Effizienz und/oder Qualität ihrer medizinischen Leistungen?	
Nicht-Einigung: Angenommen, Sie werden sich nicht einig über die Höhe der Baserate bzw. des Taxpunktwertes. Wie läuft dann der Prozess üblicherweise konkret weiter?	
Wird die Verhandlung dann abgebrochen und als gescheitert betrachtet? Oder besteht die Möglichkeit, dass man sich bezüglich des Preises nicht einig wird, diese Uneinigkeit anerkennt („agree to disagree“) und trotzdem auf anderen Dimensionen (Qualität, Rahmenbedingungen etc.) weiterkommt?	
Können Sie die Höhe der allfälligen kantonalen Festsetzung normalerweise antizipieren? Beeinflusst diese Antizipation Ihre Verhandlungstaktik? Arbeiten Sie mit verschiedenen Szenarien?	
Besteht die Möglichkeit, sich bei den umstrittenen Punkten auf einen privaten Arbitrator (Schiedsrichter) zu einigen? Falls ja, wird davon Gebrauch gemacht?	

Anhang 3: Angaben zum Autorenteam und Institut

Jonas Willisegger, Politikwissenschaftler (lic.rer.soc., Universitäten Bern und Lausanne), arbeitet seit August 2013 am Kompetenzzentrum Public and Nonprofit Management, IBR, Hochschule Luzern – Wirtschaft und beschäftigt sich schwerpunktmässig mit Weiterbildungsangeboten im Bereich Public Management sowie mit Forschungsprojekten unter anderem für das Forschungsprogramm «Öffentliches Gesundheitsmanagement». Vor seiner Tätigkeit an der Hochschule Luzern arbeitete er als Direktionsadjunkt und stellvertretender Informationsbeauftragter in Bundesamt für wirtschaftliche Landesversorgung und beschäftigte sich mit strategischen Fragen zur nationalen Versorgungssicherheit und zur entsprechenden Krisenvorsorge. Zuvor arbeitete er in der Politikberatung und betreute für das Büro Vatter in Bern verschiedene Projekte im sozial-, umwelt- und wirtschaftspolitischen Umfeld.

Hannes Blatter, Politikwissenschaftler (lic. ès sc. pol., Universität Lausanne), arbeitet seit April 2012 am Kompetenzzentrum Public and Nonprofit Management, IBR, Hochschule Luzern – Wirtschaft und initiierte und leitete Forschungsprojekte für das Forschungsprogramm «Öffentliches Gesundheitsmanagement». Darüber hinaus gibt er Weiterbildungen im Bereich des Gesundheitswesens und Public Management. Er ist zudem Geschäftsführer des Luzerner Forums für Sozialversicherungen und Soziale Sicherheit (www.luzerner-forum.ch). Vor seiner Tätigkeit an der Hochschule Luzern war er Generalsekretär der CSS Versicherung in Luzern. Zuvor war er Fraktionssekretär der CVP Bundeshausfraktion und Stv. Generalsekretär der CVP Schweiz. In der Vergangenheit war u. a. auch persönlicher Mitarbeiter des Direktionspräsidenten im Inselspital in Bern.

Das **Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR der Hochschule Luzern – Wirtschaft** wurde 1979 gegründet. Es ist eine öffentlich-rechtliche Anstalt und beschäftigt rund 100 Mitarbeitende. Das IBR-Team ist interdisziplinär zusammengesetzt und verfügt über akademische Qualifikationen, reichhaltiges Praxiswissen und fundierte didaktische Erfahrungen. Im Sinne des vierfachen Leistungsauftrags der Fachhochschulen realisieren wir neben der Aus- und Weiterbildung auch Studien, Gutachten, Evaluationen und umfangreichere Forschungsprojekte. Zudem haben wir Beratungsmandate für private Unternehmen und öffentliche Institutionen. Damit ist gewährleistet, dass die Ergebnisse unserer Forschung den Weg in die Praxis finden. Umgekehrt garantiert die Beratungs- und Lehrtätigkeit den Praxisbezug unserer Forschung. Das Know-how und die langjährige Erfahrung der wissenschaftlichen Mitarbeitenden und Dozierenden sichern unseren Auftraggebern eine fachlich und methodisch kompetente Realisierung der Mandate. Für weitere Informationen siehe Internetseite (<http://www.hslu.ch/ibr>).

Das IBR setzt sich aus fünf verschiedenen Kompetenzzentren zusammen. Am Kompetenzzentrum Public and Nonprofit Management läuft seit 2012 das mehrjährige **Forschungsprogramm "Öffentliches Gesundheitsmanagement"**.³² Dieses widmet sich in verschiedenen Forschungsprojekten der folgenden übergeordneten Fragestellung: Wie ist das Schweizerische Gesundheitssystem weiter zu entwickeln, damit es auf der Finanzierungsebene, auf der Ebene der Versorgungssysteme und der Governance sowie bezüglich der Systemanreize für die Akteure näher an das allokativen und distributiven Optimum kommt? Das Programm wird massgeblich von der Stiftung Konkordia mitfinanziert.

³² Siehe Internetseite: <https://www.hslu.ch/de-ch/hochschule-luzern/forschung/projekte/detail/?pid=669>