

# Preis- und Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen – Rahmenbedingungen und Anreize

**Jonas Willisegger**, lic.rer.soc.

**Hannes Blatter**, lic. ès sc. pol.

Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR

Hochschule Luzern – Wirtschaft

**CONCORDIA**

CONCORDIA **research** –

eine Schriftenreihe der Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia – Nr. 1

## **Herausgeber**

Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia  
Bundesplatz 15  
6002 Luzern

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

© Copyright Hochschule Luzern – Wirtschaft, Luzern 2016  
Abdruck – auch auszugsweise – ist unter Angabe der Quelle gestattet.  
ISSN 1662-162X

Diese Publikation entstand im Rahmen des Forschungs- und Beratungsschwerpunkts «Öffentliches Gesundheitsmanagement» des Instituts für Betriebs- und Regionalökonomie (IBR) an der Hochschule Luzern – Wirtschaft. Die Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia unterstützt die Forschung in diesem Themenbereich jährlich mit einem massgeblichen finanziellen Beitrag. Die vollständige Forschungs- und Publikationsfreiheit der Hochschule Luzern ist vertraglich vereinbart.

Im Rahmen der Publikationsreihe CONCORDIA research werden Erkenntnisse aus aktuellen Forschungsprojekten zusammengefasst und zur Diskussion gestellt. Die Publikationen richten sich an Akteure des Gesundheitswesens, der Politik, der Kranken- und Sozialversicherungen und eine interessierte Öffentlichkeit. Die inhaltliche Verantwortung für die Publikation liegt allein bei den Autoren. Die Interpretation der Forschungsergebnisse und der Schlussfolgerungen müssen sich nicht mit den Positionen der Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia decken.

### **Kontakt:**

#### **Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia:**

Dr. Andreas Lauterburg, andreas.lauterburg@alavis.ch

#### **Hochschule Luzern:**

Oliver Kessler, oliver.kessler@hslu.ch

Dr. Matthias Wächter, matthias.waechter@hslu.ch

#### **Autoren dieser Publikation:**

Jonas Willisegger, jonas.willisegger@hslu.ch

Hannes Blatter, hannes.blatter@hslu.ch

#### Zitervorschlag:

Willisegger, Jonas; Blatter, Hannes (2016). Preis- und Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen – Rahmenbedingungen und Anreize. Luzern: Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia.

# Vorwort

Internationale Studien bescheinigen der Schweiz ein hochstehendes Gesundheitswesen, welches zugleich auch zu den teuersten der Welt gehört. Angesichts des demografischen Wandels und einer starken Zunahme von chronischen Krankheiten und Multimorbidität können Stärken der Vergangenheit die dynamische Weiterentwicklung des Systems erschweren, wenn es nicht gelingt, die ordnungs- und gesundheitspolitische Rahmenordnung anzupassen und neue Verhaltensanreize zu setzen. Durch den Kostenanstieg geraten zudem die bestehenden Solidaritätsziele – beim Zugang zu qualitativ hochstehenden Leistungen und in der Finanzierung – unter Druck.

Die Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia fördert im Rahmen einer mehrjährigen Zusammenarbeit den Ausbau der Forschungsaktivitäten des Forschungs- und Beratungsschwerpunkts «Öffentliches Gesundheitsmanagement» des Instituts für Betriebs- und Regionalökonomie (IBR) an der Hochschule Luzern – Wirtschaft. Der inhaltliche Fokus ist auf zwei Handlungsebenen ausgerichtet:

- Auf der **Ebene der gesundheitspolitischen Governance** sollen die Forschungsergebnisse zur Weiterentwicklung des schweizerischen Modells des regulierten Wettbewerbs beitragen. Der Blick richtet sich dabei vor allem auf die Angebotsseite, den Leistungserbringermarkt. Die zentrale Frage lautet: Wie lassen sich in der Kombination wettbewerblicher Elemente und der ordnungs- und gesundheitspolitischen Rahmensetzung die richtigen Anreize für die verschiedenen Akteure setzen, zu einer qualitativ hochstehenden und zugleich wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung beizutragen?
- Auf der **Ebene der Organisationen und der Leistungserbringung** richten sich die Forschungs- und Beratungsaktivitäten auf die Stärkung von Versorgungsformen und -pfaden, die eine koordinierte Behandlung und Begleitung von Patientinnen und Patienten über einen längeren Zeitraum und im Wechsel zwischen spezialisierter Versorgung und Grundversorgung ermöglichen. Zentrale Themen sind hier integrierte Versorgungsansätze und das Schnittstellenmanagement zwischen den Leistungserbringern, die Sicherung der medizinischen Grundversorgung, Palliative Care und die Ausgestaltung der Langzeitpflege.

Im Rahmen der Publikationsreihe CONCORDIA research werden Erkenntnisse aus aktuellen Forschungsprojekten zusammengefasst und zur Diskussion gestellt. Der erste Beitrag der Reihe beschäftigt sich mit der Wettbewerbsdynamik in den beiden Dimensionen Preis und Qualität, die durch die Tarifverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Versicherungen, resp. ihren Verbänden, angestossen wird. Die beiden Autoren entwickeln ein differenziertes Bild der zentralen Rolle der Tarife für die Steuerung des Gesundheitswesens und einer Wettbewerbskonzeption, die die Polarisierung durch die beiden Positionen «mehr Staat» versus «mehr Markt» überwindet.

Wir freuen uns auf breite Resonanz und eine belebte Diskussion über die Weiterentwicklung des schweizerischen Modells des regulierten Wettbewerbs.

Luzern, im Oktober 2016

Dr. Andreas Lauterburg  
Präsident des Stiftungsrates, Stiftung Kranken- und  
Unfallkasse Konkordia

Oliver Kessler und Dr. Matthias Wächter  
Co-Leiter Forschungs- und Beratungsschwerpunkt  
«Öffentliches Gesundheitsmanagement»

# Management Summary

Der gesetzgeberische Wille zur Stärkung des Wettbewerbs im Schweizer Gesundheitswesen wird im Krankenversicherungsgesetz (KVG) aus dem Jahr 1996 sowie in entsprechenden gesundheitspolitischen Reformvorhaben der letzten Jahre immer wieder sichtbar. Im Spitalbereich etwa zielt der Gesetzgeber mit der neuen Spitalfinanzierung und der Einführung von leistungsbezogenen Fallpauschalen auf effiziente und transparente Wettbewerbsmechanismen. Die neue Spitalfinanzierung hat insbesondere auch Auswirkungen auf die Tarifverhandlungen zwischen Versicherern und Leistungserbringern. Hier kommt die Forderung nach mehr Wettbewerb, die von politischer Seite sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Versorgungsbereich geäussert wird, besonders stark zum Ausdruck.

Nach klaren regulatorischen Vorgaben wird die Tarifbildung an die Leistungserbringer und Versicherer delegiert. Das KVG enthält Vorschriften für die Tariffestsetzung und lässt Kollektivverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Einkaufsgemeinschaften der Krankenversicherer explizit zu. Damit stellt sich die Frage, ob im Bereich der medizinischen Grundversicherung tatsächlich von einem – wenn auch regulierten – Wettbewerb die Rede sein kann und sich Marktmechanismen in den gegebenen Akteurkonstellationen effektiv entfalten können.

Der von der Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia mitfinanzierte Forschungsschwerpunkt «Öffentliches Gesundheitsmanagement» (ÖGM) am Institut für Betriebs- und Regionalökonomie (IBR) der Hochschule Luzern – Wirtschaft misst der Weiterentwicklung des schweizerischen Modells des regulierten Wettbewerbs eine hohe Bedeutung zu. Im Rahmen von internen Vorstudien sowie einer Studie im Auftrag des Schweizerischen Versicherungsverbandes (SVV) wurde der Bedeutung der Tarifverhandlungen als Bindeglied zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherermarkt nachgegangen. Im Zentrum standen die übergeordneten Fragen, wie und in welcher Intensität der auf

dem Versicherermarkt bestehende Wettbewerbsdruck über die Tarifverhandlungen auf den Leistungserbringermarkt übertragen wird und wie es um die Ausgangslage für einen sinnvollen regulatorischen Rahmen zur angestrebten Stärkung dieses Wettbewerbs steht.

Ausgehend von dieser übergeordneten Perspektive wurde sodann die Frage untersucht, 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. Gestützt auf empirische Erkenntnisse der erwähnten SVV-Studie konzentriert sich der vorliegende Bericht auf die Frage nach den Voraussetzungen für ein funktionierendes Zusammenspiel zwischen Preis- und Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen.<sup>1</sup>

Methodisch wird ein akteurzentrierter Ansatz mit politikwissenschaftlichen und ökonomischen Bezügen verfolgt, indem auf die relevanten Akteure, deren Interessen und Interaktionen sowie auf die institutionellen Rahmenbedingungen fokussiert wird. Ausgehend von einer Literatur- und Dokumentenanalyse erfolgte die empirische Untersuchung auf Basis von leitfadengestützten Interviews mit 18 Expertinnen und Experten (siehe Anhang). Diese repräsentieren die verschiedenen Akteurgruppen und Perspektiven im Kontext der Tarifbildung im Gesundheitswesen.

Im Sinne eines Gesamtfazits identifizieren die Autoren zentrale Treiber und Hemmer für einen funktionierenden Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen und skizzieren ein SOLL-Bild zum Zusammenspiel des Preis- und Qualitätswettbewerbs. Dieses basiert auf der vertieften Auseinandersetzung mit der spezifischen Wettbewerbskonzeption des Schweizer Gesundheitswesens, die primär über das Krankenversicherungsgesetz (KVG)

*<sup>1</sup> Der Fokus des vorliegenden Berichts liegt auf den bisherigen Forschungsergebnissen des ÖGM zu den Rahmenbedingungen und systembedingten Anreizen der Tarifverhandlungen zwischen medizinischen Leistungserbringern und der Versicherungsseite. Auf die Analyse der konkreten Verhandlungssettings, zu welchen ebenfalls vertiefte Erkenntnisse vorliegen, wird in einer separaten Publikation eingegangen werden.*

definiert wird. Um – ergänzend zur Kosten- bzw. Preisdimension – die Rolle der Qualität zu stärken, schlagen die Autoren vor, neben den Tarifverhandlungen einen zusätzlichen wettbewerbsorientierten «Transmissionsriemen» für die Verbindung zwischen dem Leistungserbringer- und dem Versicherungsmarkt zu etablieren. Dieser soll über die qualitätsgestützte Leistungserbringer- sowie Versichererwahl durch die Patientinnen und Patienten bzw. die Versicherten die beiden Teilmärkte miteinander verbinden. Die Leistungserbringer sollen sich vermehrt 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 der Voraussetzungen für plausible, objektive und breit zugängliche Informationen über Kosten und Qualität medizinischer Leistungen. Gemäss SOLL-Bild der Autoren 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.



# Inhaltsverzeichnis

## **Management Summary**

<b>1 Ausgangslage</b>	11
<b>2 Zielsetzung, Fragestellung und Fokussierung</b>	14
<b>3 Grundlagen und Rahmenbedingungen</b>	15
3.1 Das Konzept des regulierten Wettbewerbs	15
3.2 Preis- und Qualitätswettbewerb	16
3.3 Tarifverhandlungen als Bindeglied zwischen Teilmärkten des Gesundheitswesens	18
3.4 Institutionelle Rahmenbedingungen und Verhandlungssettings	20
<b>4 Methode</b>	22
<b>5 Die Erweiterung des regulierten Wettbewerbs um die Qualitätsdimension</b>	24
5.1 Die Wettbewerbskonzeption des KVG	24
5.2 Treiber und Hemmer für den Qualitätswettbewerb	25
5.3 SOLL-Bild für den Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen	31
<b>6 Fazit</b>	38

## **Literaturverzeichnis**

### **Anhang: Interviewpartnerinnen und -partner**



# 1. Ausgangslage

«Es ist keine Lösung in Sicht – das reicht als Problem schon», äusserte sich Bundesrat Alain Berset am 19. Juni 2016 in der Sonntagszeitung zu den gescheiterten Verhandlungen des Ärzterarfs TARMED. Seit 2010 wird versucht, die veraltete TARMED-Tarifstruktur zu revidieren; bisher ohne Erfolg. Weil das Kostenwachstum im Gesundheitswesen stetig voranschreitet und der Bundesrat immer wieder mit seiner Kompetenz droht, bei einer andauernden Verhandlungsblockade in die Tarifstruktur einzugreifen, steigt der Druck auf die Tarifpartner (Leistungserbringer und Versicherer), doch noch eine Lösung zu finden und damit ihre Tarifautonomie zu behalten. Eine von der Ärztevereinigung FMH, H+ und der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) mit Unterstützung des Versichererverbandes Curafutura erarbeitete und im April 2016 präsentierte Tarifstruktur «ats-tms» fand nicht die notwendige Zustimmung aller Tarifpartner. Santésuisse schlug deshalb jüngst zusammen mit den Spezialärzten der fmCh Tarifunion Vergütungspauschalen für die häufigsten ambulant erbrachten Leistungen vor, die mit Qualitätskriterien verknüpft werden. Die Leistungserbringer sollen demnach künftig nur noch voll vergütet werden, wenn das zuvor definierte Behandlungsziel erreicht wurde (Rhyn 2016).

Dass der Qualität im Schweizer Gesundheitswesen grundsätzlich grosse Bedeutung beigemessen wird, unterstrich der Bundesrat in seiner Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 4. Dezember 2015 (Bundesrat 2015). Bereits im OECD-Bericht aus dem Jahr 2011 (OECD/WHO, 2011) wurde festgehalten, dass die Schweiz in Bezug auf die Sicherstellung der Qualität der medizinischen Leistungen Handlungsbedarf aufweist. Über die Frage, wie die Behandlungsqualität tatsächlich verbessert werden kann, besteht aber noch weitgehend Uneinigkeit, wie sich den Vernehmlassungsergebnissen 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 und Krankenversicherern gewisse, regulatorisch klar definierte Kompetenzen übertragen, die der Staat nicht direkt bzw. nur subsidiär ausübt. Zu diesen Kompetenzen gehört insbesondere die autonome Verhandlung der Tarife im Gesundheitswesen. Ganz im Sinne des regulierten Wettbewerbs schafft der Staat ein gesetzlich definiertes Verhandlungssetting, in welchem die Tarifpartner (Leistungserbringer und Versicherer) 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 Politisiererei.» (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 zur Wettbewerbsintensität im Schweizer Gesundheitswesen untersuchten die Autoren im Rahmen des von der Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia mitfinanzierten Forschungsschwerpunktes «Öffentliches Gesundheitsmanagement» (ÖGM) am Institut für Betriebs- und Regionalökonomie (IBR) 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)

## 2. Zielsetzung, Fragestellung und Fokussierung

Der Forschungsschwerpunkt ÖGM des IBR misst der Weiterentwicklung des schweizerischen Modells des regulierten Wettbewerbs eine hohe Bedeutung zu. Dabei wurde in verschiedenen Forschungsprojekten der Bedeutung der Tarifverhandlungen als Bindeglied zwischen dem Leistungserbringer- und dem Versicherermarkt nachgegangen. Im Zentrum stehen die übergeordneten Fragen, wie und in welcher Intensität der Wettbewerbsdruck auf dem Versicherermarkt über die Tarifverhandlungen auf den Leistungserbringermarkt übertragen wird und wie es um die Ausgangslage für einen sinnvollen regulatorischen Rahmen zur angestrebten Stärkung dieses Wettbewerbs steht.

Ausgehend von dieser übergeordneten Perspektive kann die Frage gestellt werden, welche Voraussetzungen es braucht, damit neben der Kosten- bzw. Preisdimension auch Qualitätsaspekte im Kontext der Verhandlungen zwischen den ambulanten und stationären medizinischen Leistungserbringern und der Versicherungsseite im Sinne eines Qualitätswettbewerbs vermehrt zum Gegenstand werden können. Welches sind die zentralen Treiber und Hemmer eines funktionierenden Qualitätswettbewerbs und wie kann das Zusammenspiel zwischen Preis- und Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen gefördert werden?

Der Fokus dieses Berichts richtet sich auf die Verhandlungen zu den Grundversicherungsleistungen (Obligatorische Krankenpflegeversicherung, OKP) im praxis- und spitalambulanten Bereich (TARMED-Tarifstruktur) sowie im stationären, akutso-matischen Bereich (DRG-Tarifstruktur). Gestützt auf die empirischen Erkenntnisse bisheriger ÖGM-Vorstudien und einer Studie im Auftrag des Schweizerischen Versicherungsverbands (SVV) konzentriert sich der vorliegende Bericht auf die strukturellen und systemischen Voraussetzungen für ein funktionierendes Zusammenspiel zwischen Preis- und Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen.

# 3. Grundlagen und Rahmenbedingungen

## 3.1. Das Konzept des regulierten Wettbewerbs

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;
- Periodische Möglichkeit des freien Versicherungsverwechslens;
- Freie Vertragsbeziehungen zwischen Versicherungen und Leistungserbringern;
- Ausgehandelte Tarifverträge für einzelne Leistungen oder für ein Globalbudget zur Behandlung einer ganzen Gruppe von Patientinnen und 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 den 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 ist gemäss Porter und Teisberg (2006) durch ausreichend verfügbare Infrastrukturen, umfassend ausgebildetes Personal und breit zugängliche Informationen über Behandlungsergebnisse mit staatlicher Unterstützung sicherzustellen.

### 3.2. Preis- und Qualitätswettbewerb

Der gesetzgeberische Wille zum Wettbewerb kommt in den gesundheitspolitischen Reformvorhaben seit Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes 1996 in der Schweiz immer wieder zum Ausdruck. Beispielsweise zielte der Gesetzgeber mit der neuen Spitalfinanzierung und der Einführung von leistungsbezogenen Fallpauschalen auf effiziente und transparente Wettbewerbsmechanismen im Spitalbereich. Spitaltarife müssen sich gemäss Artikel 49, Absatz 1 des Krankenversicherungsgesetzes an den 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). Der Fokus dieser Publikation richtet sich 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 eingeschränkten 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 Realisieren möglichst hoher Rabatte ihre Ausgaben niedrig zu halten.



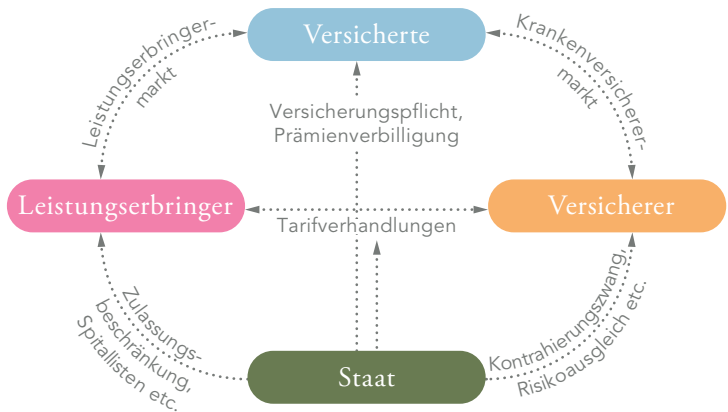
- Der **Qualitätswettbewerb** bezieht sich einerseits ebenfalls auf die Perspektive der Krankenversicherer, die ein Interesse daran haben, sich auf dem Markt auch bezüglich Qualität ihrer Versicherungsangebote zu positionieren und damit Versicherte anzuziehen. Andererseits bezieht sich der Qualitätswettbewerb 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).

Dass die Voraussetzungen für hohe Leistungsqualität durch den «freien Markt» nicht vollständig garantiert werden können und der unregulierte 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 (z. B. Gefahr des Unterkonsums resp. der Unterversorgung bei niedrigem Einkommen oder chronischer Krankheit, Unterversicherung nicht kalkulierbarer Risiken etc.) (Rahmel/Marx 2008) hingewiesen.

### 3.3. Tarifverhandlungen als Bindeglied zwischen Teilmärkten des Gesundheitswesens

Die Literatur zum Wettbewerb im Gesundheitswesen fokussiert hauptsächlich auf den Krankenversicherer- oder den Leistungserbringermarkt. Der Krankenversicherungsmarkt beinhaltet den Wettbewerb der Versicherer um die Gunst der Versicherten. Im Leistungserbringermarkt werben die Versorger um die Gunst der Patientinnen und Patienten. Das Bindeglied zwischen diesen beiden Teilmärkten stellen in der Schweiz die Tarifverhandlungen dar (siehe Abbildung 1). Die ausgehandelten Tarifverträge haben Einfluss auf die Versicherungsangebote der Versicherer und sind gleichzeitig eine wichtige Voraussetzung für die Leistungserbringer, die zu Lasten der OKP tätig sind (Hammer et al. 2008). Zugleich sind die Tarifverhandlungen in der Konzeption des KVG ein wichtiger Transmissionsriemen, der den Wettbewerbsdruck vom Versicherermarkt auf den Leistungserbringermarkt übertragen soll. Sowohl Leistungserbringer als auch Versicherer und Versicherte werden mit unterschiedlichsten Massnahmen von Seite des Staates gesteuert, was zum regulierten Wettbewerb führt (siehe oben).

Abbildung 1:  
Die regulierten  
Teilmärkte im Gesund-  
heitswesen und die  
Tarifverhandlungen als  
Bindeglied (eigene  
Darstellung in Anleh-  
nung an Hammer et  
al. 2008)

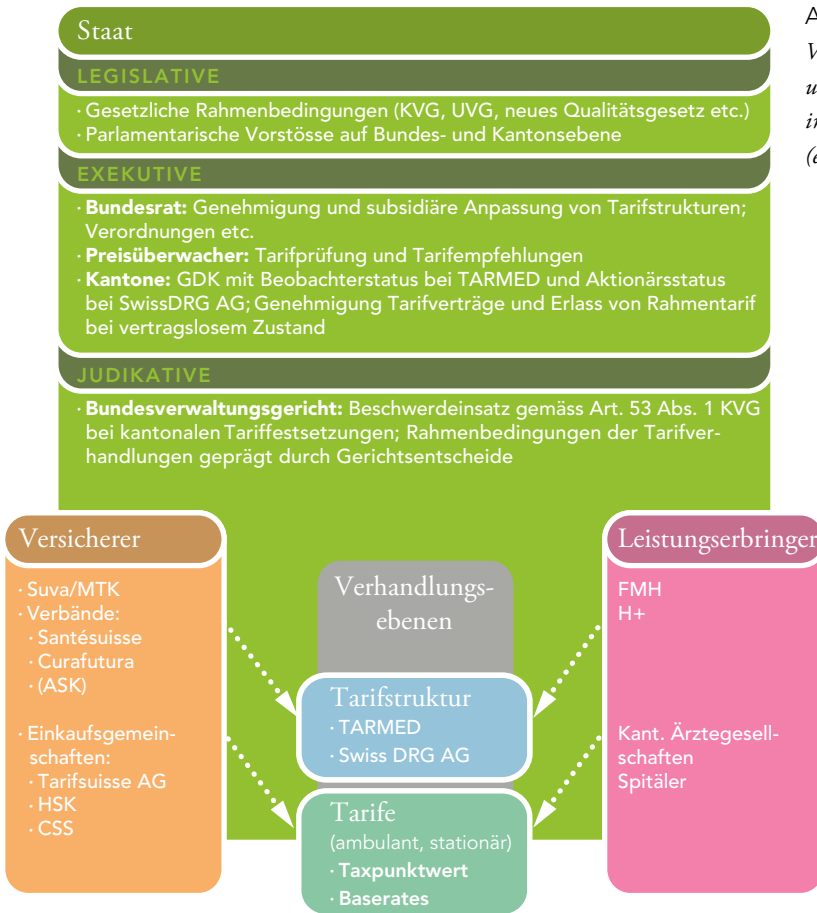


Während der Krankenversicherermarkt auf den Prämienwettbewerb fokussiert, orientiert sich der Leistungserbringermarkt beim allfälligen Werben um die Nachfrager nach Gesundheit – die Patientinnen und Patienten – kaum an den Preisen, sondern vielmehr an anderen Verkaufsargumenten wie Erscheinungsbild, 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).

### **3.4. Institutionelle Rahmenbedingungen 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 verändert. Die beiden getrennten Verhandlungsebenen Tarifstruktur und -höhe, die involvierten Tarifpartner und die rahmengebende, subsidiär eingreifende und genehmigende öffentliche Hand lassen sich vereinfacht gemäss Abbildung 2 darstellen. Auf der Strukturebene, wo Branchenverbände einheitliche Rahmenbedingungen bzw. Tarifstrukturen für die anschliessenden Preisverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern gestalten, lässt sich auf Versichererseite ein Wandel in Richtung Branchenzersplitterung feststellen. Der Branchenverband Santésuisse verlor wichtige Mitglieder, die im April 2013 den neuen Branchenverband Curafutura gründeten. Auch auf der Ebene der Preisverhandlungen, wo zwischen Leistungserbringern und Versicherern Tarifverträge über Leistungseinkäufe abgeschlossen werden, findet diese Zersplitterung ihren Niederschlag. Im Jahr 2011 schlossen sich Helsana, Sanitas und KPT zu einer unabhängigen Einkaufsgemeinschaft (HSK) zusammen und lösten sich damit von der Santésuisse-Tochter Tarifsuisse AG. Seit 2015 agiert auch die grösste Versicherung CSS als unabhängige Einkäuferin.

Abbildung 2:  
*Verhandlungsebenen  
 und wichtige Akteure  
 im Projektfokus  
 (eigene Darstellung)*

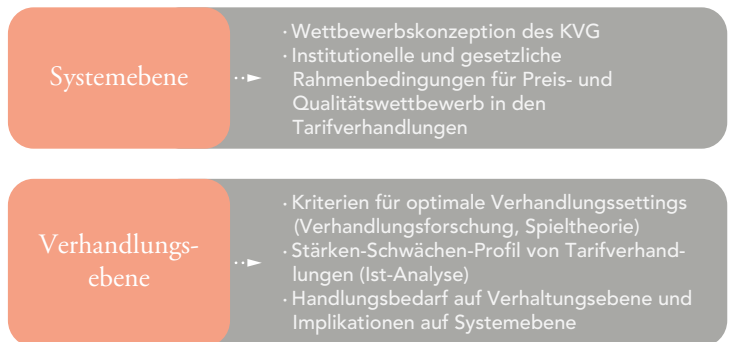


## 4. Methode

Die im Rahmen dieser Publikation vorgestellten Forschungsergebnisse beruhen auf einem methodischen Ansatz, der einen akteurzentrierten Ansatz mit politikwissenschaftlichen und ökonomischen Bezügen kombiniert, indem auf die relevanten Akteure, deren Interessen, Interaktionen sowie auf die institutionellen Rahmenbedingungen fokussiert wird.

Das Zusammenspiel zwischen Preis- und Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen wurde im Rahmen der bisherigen ÖGM-Forschungstätigkeit auf zwei Analyseebenen untersucht. In der vorliegenden Publikation steht die Systemebene im Vordergrund. Die Forschungsergebnisse auf der Verhandlungsebene werden in einer weiteren Publikation ausführlich thematisiert.

Abbildung 3:  
*Die zwei  
Analyseebenen  
(eigene Darstellung)*



Im Rahmen einer Literatur- und Dokumentenanalyse wurden die Grundlagen bzw. zentrale Informationen zu den gesetzlichen und institutionellen Rahmenbedingungen, Akteuren und Interessen im Kontext der Preisbildungs- und Qualitätsthematik im Schweizer Gesundheitswesen recherchiert, um diese mit Hilfe der leitenden Fragestellung einzuordnen und zu analysieren.

Die Ergebnisse der Literatur- und Dokumentenanalyse auf Systemebene wurden durch die Erkenntnisse von leitfadengestützten Interviews mit 18 Expertinnen und Experten ergänzt, welche die verschiedenen Akteurgruppen und Perspektiven im Kontext der Tarifbildung im Gesundheitswesen repräsentieren (siehe Abbildung 2 und Liste im Anhang).

## 5. Die Erweiterung des regulierten Wettbewerbs um die Qualitätsdimension

### 5.1. Die 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 wettbewerbslich verhalten und damit – mit indirekter Wirkung auf den Leistungserbringermarkt – zur Kostendämpfung beitragen (Hammer et al. 2008. S. 45 und ff).

Hammer et al. haben im Jahr 2008 die Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherungen im OKP-Bereich, den Ärztinnen und Ärzten sowie auch den Spitälern vertieft untersucht. Die Situation hat sich gegenüber dem Jahr 2008 in drei Bereichen

<sup>2</sup> Vgl. [www.fmc.ch](http://www.fmc.ch) deutlich verändert:

1. Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die in Managed-Care-Modellen versichert sind, ist eindrücklich angestiegen (von rund 600'000 im Jahr 2008 auf über 2 Mio. im Jahr 2015)<sup>2</sup>. Das bedeutet unter anderem, dass bereits über 2 Mio. Patientinnen und Patienten freiwillig auf eine uneingeschränkte freie Arztwahl verzichten und die Krankenversicherer nicht mehr darauf verzichten können, entsprechende Produkte anzubieten. Auch dürfte sich die Akzeptanz dieser Managed-Care-Modelle und der entsprechenden Organisationsformen innerhalb der Ärzteschaft verbessert haben.
2. Die Einführung des neuen Risikoausgleichs wirkt sich offenbar auf das Verhalten der Krankenversicherer aus (Beck et al. 2014). Die Risikoselektion dürfte zwar gemäss einzelner Interviewaussagen der vorliegenden Studie weiterhin die dominante Strategie sein, daneben haben aber andere Aspekte im Hinblick auf eine Beeinflussung der Leistungskosten an Bedeutung gewonnen (Tarifverhandlungen, Care-, Case-, Disease-Management und insbesondere Managed Care). 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 unbestrittenermassen zugenommen. Zudem zeigen sich stärkere wettbewerbsliche Tendenzen insbesondere im interkantonalen Wettbewerb.



Die Literatur sowie die Aussagen der Expertinnen und Experten setzen die Wettbewerbskonzeption in der Schweiz in der Regel unmittelbar in den Kontext der Kostendämmung. Dies ist auch nachvollziehbar. Die Krankenversicherer haben grundsätzlich zwei Parameter, um Einfluss auf die Höhe ihrer Prämien zu nehmen: die Risikoselektion und die Beeinflussung 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.

### 5.2. Treiber und Hemmer für den Qualitätswettbewerb

Auf Basis der Untersuchungen können sechs treibende und fünf hemmende Faktoren einer «zarten Dynamik» im Bereich Qualität des Schweizer Gesundheitswesens identifiziert werden (siehe Abbildungen 4 und 5).

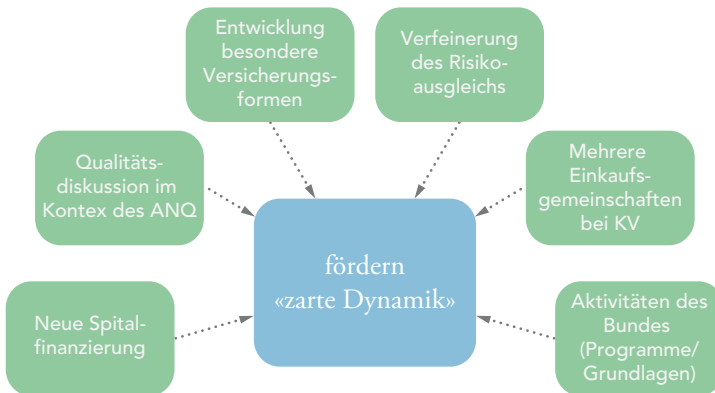


Abbildung 4:  
*Treiber für den  
 Qualitätswettbewerb  
 im Gesundheitswesen  
 (eigene Darstellung)*

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 interviewter 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 (v. a. Mindestfallzahlen) abstützen.

Infolge gesetzlicher Vorgaben direkt verbunden mit der neuen Spitalfinanzierung ist die vermehrte Indikatoren-basierte Qualitätsdiskussion im Zusammenhang mit den Erhebungen des nationalen **Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ**.<sup>3</sup> Diese Erfahrungen werden von den befragten Akteuren mehrheitlich 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) gewinnen

<sup>3</sup> Vgl. [www.anq.ch](http://www.anq.ch)

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 «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 gemäss Interviewaussage die bis anhin klar 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. 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 Santésuisse-Tochtergesellschaft Tarifsuisse AG loslösten. Die HSK vertritt 2,2 Millionen Grundversicherte bzw. rund 30 Prozent des Marktes (Helsana Gruppe 2013). Ihr Auftreten hat das Verhandlungssetting im stationären Bereich 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. 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 in den stationären Bereich zu überführen. Den Krankenversicherern geht es gemäss Interviewaussagen 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 jedoch sehr unterschiedlich darauf. Für Managed Care-Organisationen 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 teilweise auf den Standpunkt, dass Qualitätsfragen mit der Zulassung erledigt sind 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 nationale 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 auch Elemente identifiziert werden, die diese «zarte Dynamik» stören und einer Stärkung der Qualitätsdimension eher im Weg stehen.

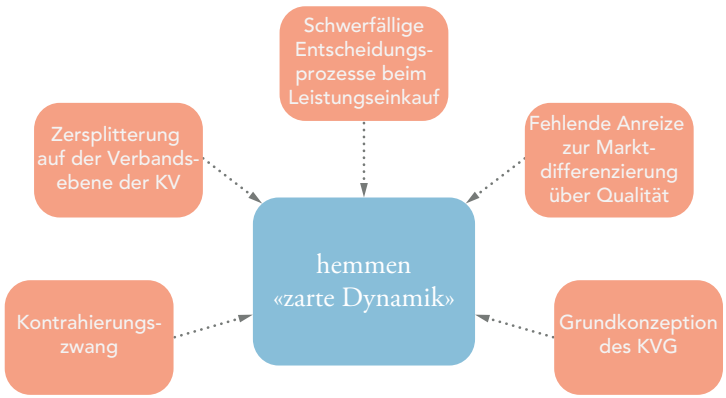


Abbildung 5:  
*Hemmende Faktoren für den Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen*  
 (eigene Darstellung)

Als einschränkendes Element für die Entfaltung von Wettbewerb wird vielfach der **Kontrahierungszwang** genannt. Dieser führt nach Ansicht vieler Expertinnen und 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.

Wiederholt wurde auch die **Zersplitterung auf Verbandsebene** genannt, insbesondere bei den Krankenversicherungen. Die Unklarheit der Zuständigkeit, verbunden mit den Kämpfen um Deutungshoheit unter den sich konkurrenzierenden Verbänden, erschweren gemäss Aussagen der Akteure (mit Ausnahme der Krankenversicherer selber) die Verhandlungen auf der Strukturebene stark. Exemplarisch

zum Ausdruck kommen die Schwierigkeiten auf der 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 die fmCh eine eigene Tarifunion gegründet, weil sie den Eindruck hat, dass Spezialärzte von der FMH nicht angemessen vertreten würden und die Tarifaufonomie gefährdet sei. Dieser Schritt wurde wiederum von Santésuisse begrüsst, dies 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 hemmend auf die Dynamik und die Ergebnisorientierung der Verhandlungen auswirken kann.

Ein weiterer hemmender Faktor für den Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen lässt sich bei den **Anreizen für die Versicherten** identifizieren. Für einen Versicherten, der sich über eine bessere Qualität gegenüber 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, welche die Behandlungsqualität fördern, nicht auch den anderen Versicherungen zugutekommen. Der Anreiz für die Versiche-

rungen, 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 gering bzw. stösst insbesondere bei den Leistungserbringern auf klare Ablehnung oder Unverständnis.

### **5.3. SOLL-Bild für den Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen**

Im Zentrum dieser Publikation steht die Fragestellung, 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 dieser Fragestellung wurde 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 fördert.

Ausgehend von der Wettbewerbskonzeption des KVG wurde ein Transmissionsriemen des Wettbewerbsdrucks vom Versicherermarkt zum Leistungserbringermarkt postuliert (siehe Kapitel 3.3). Dieser Riemen verbindet die beiden Teilmärkte in Bezug auf die Preise primär über die Verhandlungen auf den beiden Ebenen der Tarifstruktur und Tarife. Im Hinblick auf die Rolle der Qualität in diesem Arrangement bieten sich 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 zurzeit nicht wirklich zur Verfügung, denn er widerspricht den gesetzlichen Bestimmungen (insbes. KVV Art. 77), welche die Tarifpartner 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. Qualitätsaspekte sollen deshalb 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 fehlen, die für die Abbildung der Qualität in den Verträgen zwischen den Tarifpartnern mit Wirkung auf den Preis notwendig sind. Zudem stellt sich bei dieser Möglichkeit die grundsätzliche Frage, inwieweit das KVG eine Differenzierung nach besserer Qualität überhaupt zulässt. Das BVGer hat in seinen bisherigen Urteilen im Zusammenhang mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung die Haltung vertreten, dass für eine höhere Qualität keine höhere Baserate reklamiert werden kann. Qualität müsse bei zugelassenen Spitälern auf der Spitalliste vorausgesetzt werden.

Daneben stellen sich Fragen zur Akzeptanz und Machbarkeit. Die Akzeptanzfrage ist auf der politischen Ebene angesiedelt. Verschiedene Regierungsräte haben in der Vergangenheit bereits Mühe bekundet, je nach Verhandlungsgemeinschaft unterschiedliche Baserates für gleiche Spitäler zu akzeptieren. Die Akzeptanz, auch eine unterschiedliche Qualität in der medizinischen Behandlung zu akzeptieren, dürfte noch tiefer sein.

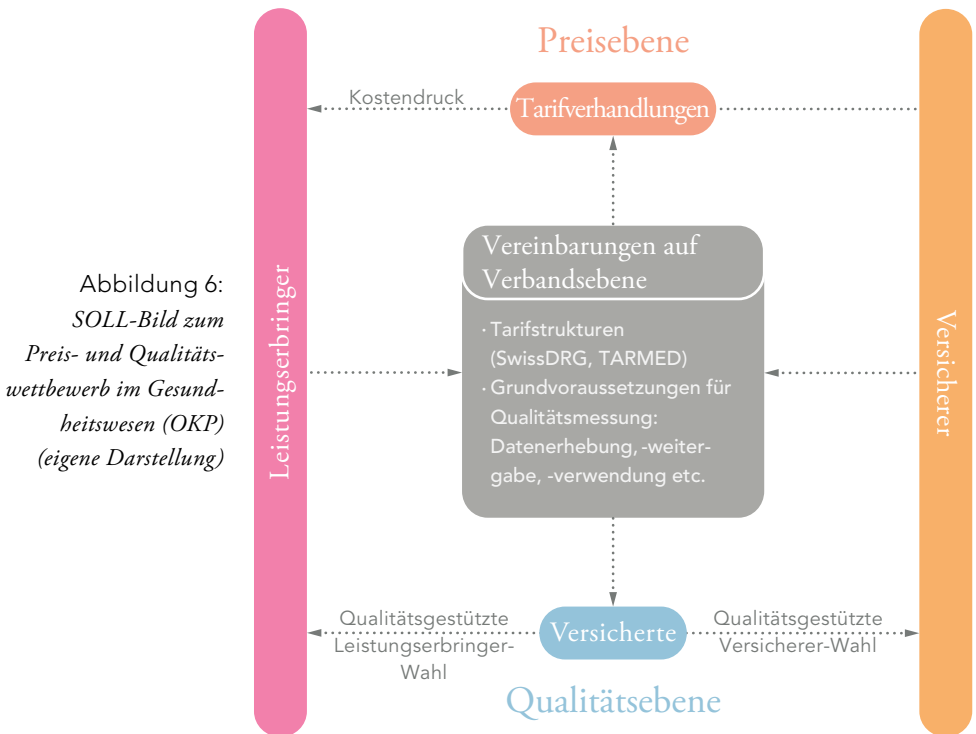


In den Interviews kommt klar zum Ausdruck, dass auch die Leistungserbringer diese Akzeptanz nicht aufbringen. Darüber hinaus stellt sich die Frage der Praktikabilität. Ein Spital oder eine Arztpraxis, die sich auf eine höhere Qualität der Leistungserbringung mit einem Krankenversicherer einigt, müsste sicherstellen, dass ausschliesslich Versicherte dieser Krankenversicherung in den Genuss dieser definierten höheren Qualität kommen, damit der Wettbewerb zum Tragen kommt. 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 dem angekündigten SOLL-Bild (siehe Abbildung 6) – postuliert in Bezug auf die Stärkung der Rolle der Qualität neben den Tarifverhandlungen einen zusätzlichen Transmissionsriemen für die Verbindung zwischen dem Leistungserbringer- und dem Versicherungsmarkt. Dieser soll über die qualitätsgestützte Leistungserbringer- und Versichererwahl der Patientinnen bzw. der Versicherten die beiden Teilmärkte miteinander verbinden.

Ganz im Sinne des erwähnten Value-Based Competition-Modells von Porter/Teisberg (2006) sollen die Wettbewerber sich in diesem SOLL-Bild 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 auf Verbandsebene. 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 heute feststellbare Aufspaltung auf Verbandsseite der Krankenversicherer und die Blockade bei der TARMED-Revision stimmen leider wenig zuversichtlich.

Die Wirkungsrichtung und Dynamik des zweiten Transmissionsriemens zum Qualitätswettbewerb kommen dabei nicht – wie beim Preiswettbewerb – primär von Seite der Krankenversicherer. Es ist eher wahrscheinlich, dass sowohl Versicherer als auch Leistungserbringer in dieser Wettbewerbskonzeption gegenseitig Druck aufbauen (siehe Pfeilrichtungen in Abbildung 6). Die Experteninterviews 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 Patientinnen in ihr Ärztenetzwerk aufzunehmen. Der Patient wählt dann eine bestimmte Versicherung, um im Ärztenetz aufgenommen zu werden.

Der heutige Mangel an breit zugänglichen, vergleichbaren und vertrauenswürdigen Qualitätsinformationen wird vermutlich auch in den nächsten Jahren bestehen bleiben. Doch findet bereits heute ein Konkurrenzkampf um die Informationshoheit guter Qualitätsinformationen über Leistungserbringer statt. Insbesondere im stationären Bereich entstand in den letzten zwei Jahren eine gewisse Dynamik:

- Santésuisse hat zusammen mit dem Schweizerischen Konsumentenforum einen «Spitalfinder» aufgeschaltet, der Auskunft über «die Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit von Schweizer Akut-Spitälern»<sup>4</sup> gibt. Methodisch stützen sie sich auf die Publikation der BAG-Spitalstatistik und die öffentlich zugänglichen Informationen des ANQ.
- Der Dachverband der Schweizer Spitäler H+ hat ebenfalls einen eigenen Spitalfinder aufgeschaltet und stützt sich dabei auf Informationen des ANQ, eigene Informationen sowie die Spitalstatistik des BFS.<sup>5</sup>

- Weiter stellen auch Comparis<sup>6</sup> sowie ein neu-gegründeter Verein Spital-Vergleich Schweiz<sup>7</sup> 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»<sup>8</sup> 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 Patientinnen und 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 Patienteninformation und damit mittelfristig zur Beeinflussung von Leistungskosten und Förderung der Qualitätsentwicklung auf der Leistungserbringerseite.

<sup>4</sup> [www.spitalfinder.ch](http://www.spitalfinder.ch)

<sup>5</sup> [www.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.ch)

<sup>6</sup> [www.comparis.ch/spitalvergleich/](http://www.comparis.ch/spitalvergleich/)

<sup>7</sup> [welches-spital.ch](http://welches-spital.ch)

<sup>8</sup> [www.css.ch/de/home/privatpersonen/medizinische\\_beratung/qualicheck.html#/search](http://www.css.ch/de/home/privatpersonen/medizinische_beratung/qualicheck.html#/search)

## 6. Fazit

Die interviewten Expertinnen und Experten sind sich einig, dass heute entscheidende Voraussetzungen für einen funktionierenden Qualitätswettbewerb in der Schweiz 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 gemäss mehreren Interviews 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. Darüber hinaus wurde auf die prekäre Datengrundlage verwiesen. Im stationären Bereich wird sie als unvollständig und im ambulanten Bereich als «nicht vorhanden» taxiert. Der Bundesrat zielt mit seiner Vorlage zur Anpassung des KVG denn auch mindestens teilweise in diese Richtung, wenn er sich an der Finanzierung der Entwicklung von Grundlagen für Qualitätsindikatoren beteiligen will (Bundesrat 2015).

Um den Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen unter den gegebenen Konstellationen und Rahmenbedingungen zu stärken, plädieren die Autoren dieses Berichts für das folgende Vorgehen:

- Zunächst sollen auf Strukturebene die Voraussetzungen für die Definition, Erhebung, Verwendung und Kommunikation von Qualitätsindikatoren zwischen Leistungserbringern und Versicherern verhandelt werden.

- Hierfür braucht es aber sowohl auf Versicherer- als auch auf Leistungserbringerseite funktionierende Verbandsstrukturen, um eine gewisse Verbindlichkeit und eine möglichst zeitnahe Umsetzung sicherstellen zu können. Die gesetzlichen Voraussetzungen dafür sind mit Art. 77 KVV gegeben. Der Bundesrat kann diese einfordern.

Bereits heute werden Qualitätsindikatoren erhoben und kommuniziert. Die von verschiedenen Akteuren und Anbietern (u. a. ANQ, BAG, Comparis, CSS, H+ etc.) in den letzten zwei Jahren publizierten Daten zeigen die Dynamik in diesem Bereich. Je rascher Konsens und Verbindlichkeit im Rahmen der Tarifverhandlungen auf der Strukturebene über das Verständnis von Qualität, der erhobenen Indikatoren und der Kommunikation von Ergebnissen geschaffen werden, desto weniger Verwirrung wird bei Patientinnen und Patienten bzw. bei den Versicherten gestiftet und desto grösser wird die Chance, dass sich im Schweizer Gesundheitswesen neben dem Preis- auch ein funktionierender Qualitätswettbewerb entfalten kann.

# Literaturverzeichnis

- 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.
- Brandenberg, Josef E. (2004). Kontrahierungszwang, Wettbewerb und Gesundheitskosten. *Schweizerische Ärztezeitung*, 85(38), 2020–2022.
- 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.
- 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.
- 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).
- Deutscher Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012). *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung*. Bonn: Sondergutachten 2012.
- Enthoven, Alain C. (1978). «Consumer-Choice Health Plan». *The New England Journal of Medicine*, 298, 650–658.
- 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.
- Hammer, Stephan; Peter, Martin; Trageser, Judith (2008). *Wettbewerb im Gesundheitswesen: Auslegeordnung*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- 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](http://www.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>.
- Kocher, Gerhard (2011). «Die Gründe der 'Kostenexplosion' im Gesundheitswesen». *Schweizerische Ärztezeitung*, 92(38), 1466–1469.
- Martin, Jean (2013). *Homo ethicus und/vs. Homo oeconomicus, «Brüderlichkeit» und/vs. Markt*. *Schweizerische Ärztezeitung*, 94(37), 1416.
- OECD/WHO (2011). *OECD-Berichte über Gesundheitssysteme: Schweiz 2011*. Bern: FOPH. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264119738-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.
- 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.
- Rhyn, Paul (2016). *Tarmed-Revision wieder auf Kurs bringen!* Info Santésuisse, 2/16, 4–5.
- Sonntagszeitung (2016). «Es ist keine Lösung in Sicht – das reicht als Problem schon».
- Sonntagszeitung vom 19.06.2016. S. 5.
- Tarifsuisse AG. (2012). *Geschäftsbericht 2012*. Solothurn: Tarifsuisse AG.
- Willisegger, Jonas; Blatter, Hannes (2014). *Verhandlungen der Spitaltarife – kantonale Festsetzungen verzerren den Wettbewerb*. *Schweizerische Ärztezeitung*, 95(34), 1238–1240.



# Anhang: Interviewpartnerinnen und -partner

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

# Die Autoren

**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 in den Bereichen Gesundheitswesen und Public Management. Er ist zudem Geschäftsführer des Luzerner Forums für Sozialversicherungen und Soziale Sicherheit ([www.luzerner-forum.ch](http://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.



