



Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

Möglichkeiten der Steuerung durch die Kantone

Fritz Sager, Christian Rüefli, Marina Wälti

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden auf www.obsan.ch.

In der **Reihe «Obsan Dossier»** erscheinen Forschungsberichte, welche Fachleuten im Gesundheitswesen als Arbeitsgrundlage dienen sollen. Die Berichte werden vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Experten in Auftrag gegeben oder intern erarbeitet. Der Inhalt der Obsan Dossiers unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Obsan Dossiers liegen in der Regel ausschliesslich in elektronischer Form (PDF) vor.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Auftraggeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autorinnen/Autoren

- Fritz Sager, Marina Wälti (Kompetenzzentrum für Public Management, Universität Bern)
- Christian Rüefli (Büro Vatter AG, Politikforschung & -beratung)

Mitarbeit

Christine Zollinger (Kompetenzzentrum für Public Management, Universität Bern)

Projektleitung Obsan

Paul Camenzind (in Zusammenarbeit mit Stefan Spycher, BAG)

Reihe und Nummer

Obsan Dossier 10

Zitierweise

Sager, F., Rüfli, Ch. & Wälti, M. (2010). *Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Möglichkeiten der Steuerung durch die Kantone* (Obsan Dossier 10). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Bundesamt für Statistik

Espace de l'Europe 10

CH-2010 Neuchâtel

Tel. 032 713 60 45

E-Mail: obsan@bfs.admin.ch

Internet: www.obsan.ch

Titelgrafik

Roland Hirter, Bern

Download PDF

www.obsan.ch > Publikationen

(eine gedruckte Fassung ist nicht erhältlich)

Publikationsnummer

1037-1001-05

ISBN

978-3-907872-57-4

© Obsan 2010

Dank

Das Thema der 11. Arbeitstagung der Nationalen Gesundheitspolitik (NGP) im November 2009 in Bern befasste sich ausführlich mit der Schnittstelle zwischen der ambulanten und der stationären Gesundheitsversorgung. Eines der Ziele der Veranstaltung war dabei, den aktuellen Stand und mögliche Entwicklungen hinsichtlich der Finanzierung, der Steuerung und der Verantwortlichkeiten der öffentlichen Hand an dieser Schnittstelle zu diskutieren.

Das BAG und das Obsan beauftragten im Frühjahr 2009 das Autorenteam in Hinblick auf die Arbeitstagung mit einer Aufarbeitung der zur Thematik verfügbaren Informationen inklusive einer kleinen Erhebung bei den Kantonsverwaltungen. Dies mit dem Ziel, ein möglichst übersichtliches und komplettes Bild zur Art und zum Ausmass der kantonalen Steuerungsaktivitäten an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Versorgung beschreiben zu können.

Wir möchten uns bei den Autorinnen und Autoren herzlich für die engagierte Projektarbeit sowie bei Herrn Prof. Fritz Sager für seine Präsentation der Ergebnisse an der Arbeitstagung NGP bedanken. Ein Dankeswort möchten wir auch den Kolleginnen und Kollegen in den kantonalen Verwaltungen aussprechen, welche kooperativ und kompetent auf die vom Autorenteam gestellten Fragen geantwortet haben.

Paul Camenzind, Obsan & Stefan Spycher, BAG

Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

Möglichkeiten der Steuerung durch die Kantone

SCHLUSSBERICHT

Von Prof. Dr. Fritz Sager, lic.rer.soc. Christian Rüefli und des.lic.rer.soc. Marina Wälti
unter Mitarbeit von lic.phil. Christine Zollinger

Bern, März 2010

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	5
Management Summary	7
Résumé	10
1 Einleitung	13
1.1 Ausgangslage.....	13
1.2 Ziel und Fragestellungen der Untersuchung	14
1.3 Aufbau des Berichts.....	15
2 Dimensionen von Steuerung im ambulanten Bereich: Eine Auslegeordnung	16
2.1 Definition/Begriffsklärung.....	16
2.2 Steuerungssubjekte – Wer steuert?	16
2.2.1 Zentrale Strukturmerkmale des schweizerischen Gesundheitswesens	16
2.2.2 Finanzierungsstrukturen im Gesundheitswesen.....	17
2.2.3 Die Rollen der Akteure im Krankenversicherungssystem	20
2.2.4 Die Steuerungsstrukturen in der Gesundheitsversorgung	22
2.3 Steuerungsobjekte – Wer wird gesteuert?	23
2.3.1 Angebotsseite – Ambulante Versorgung.....	23
2.3.2 Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung	25
2.3.3 Steuerungsebenen	26
2.3.4 Nachfrageseite – Versicherte bzw. Patientinnen und Patienten	26
2.4 Steuerungsziele – Was bezweckt die Steuerung?.....	27
2.5 Steuerungsansätze und -instrumente – Wie wird gesteuert?	29
2.6 Zwischenfazit.....	31
2.6.1 Steuerungskompetenzen	32
2.6.2 Steuerungsfähigkeit.....	33
2.6.3 Rahmenbedingungen für kantonale Versorgungssteuerung.....	35
3 Fallbeispiele für Steuerung auf kantonaler Ebene.....	37
3.1 Fallbeispiel 1: Der Zulassungsstopp für ambulante Leistungserbringer.....	37
3.1.1 Ausgangslage und Überblick	37
3.1.2 Funktionsweise der Zulassungssteuerung	39
3.1.3 Steuerungswirkungen der Zulassungsbeschränkung	39
3.1.4 Zwischenfazit.....	40
3.2 Fallbeispiel 2: Steuerung der Langzeitpflege in Basel, Bern und Zürich.....	42
3.2.1 Drei Fallstudien	44
3.2.2 Zwischenfazit.....	52

4	Systematische Übersicht zur Steuerung der ambulanten Versorgung in den Kantonen	56
4.1	Vorgehen.....	56
4.2	Beschreibung der Ergebnisse.....	57
4.2.1	Steuerung von ambulanten Leistungserbringern.....	57
4.2.2	Steuerungsversuche der Gemeinden.....	61
4.2.3	Förderung von Managed Care	62
4.2.4	Förderung der sektorübergreifenden integrierten Versorgung.....	62
4.2.5	Einbezug verwaltungsexterner Akteure in die kantonale Steuerung.....	64
4.3	Zwischenfazit.....	65
5	Favorisierende Bedingungen für eine ambulante Steuerung	67
5.1	Steuerung im ambulanten Bereich als abhängige Variable	67
5.2	Erklärende Variablen und Hypothesen.....	68
5.3	Methodisches Vorgehen	72
5.4	Ergebnisse	74
5.5	Zwischenfazit.....	76
6	Schlussfolgerungen	78
6.1	Bilanz zu den Untersuchungsfragen	78
6.2	Fazit	81
	Literaturverzeichnis	83
	Anhang	90

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Akteurguppen im schweizerischen Krankenversicherungssystem.....	20
Abbildung 2: Bereiche und Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung.....	24
Abbildung 3: Steuerungsinstrumente stationäre Langzeitpflege	43
Abbildung 4: Steuerungsinstrumente ambulante Langzeitpflege	43
Abbildung 5: Kantone nach Kombination ihrer Steuerungsobjekte im ambulanten Sektor	60

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kosten und Finanzierung des schweizerischen Gesundheitswesens nach Leistungserbringern und Direktzahlenden 2007, in Mio. CHF	19
Tabelle 2: Ebenen der Versorgungssteuerung	26
Tabelle 3: Zieldimensionen der Versorgungssteuerung.....	28
Tabelle 4: Die Steuerungsstrategien im Bereich der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte.....	57
Tabelle 5: Die Steuerungsstrategien im Bereich der Spitalambulatorien.....	59
Tabelle 6: Die Steuerungsstrategien im Bereich der Spitex.....	59
Tabelle 7: Steuerung der restlichen ambulanten Leistungserbringer	59
Tabelle 8: Steuerungsversuche in den Gemeinden	61
Tabelle 9: Förderung von Managed Care durch die Kantone.....	62
Tabelle 10: Förderung der sektorübergreifenden integrierten Versorgung durch die Kantone	63
Tabelle 11: Akteure, durch welche die Steuerung erfolgt.....	64
Tabelle 12: Operationalisierung der ambulanten Versorgungssteuerung	68
Tabelle 13: Bedingungen und Datenquellen.....	72
Tabelle 14: Steuerung der Leistungserbringer in den Kantonen.	98
Tabelle 15: Sonstige Förderung und Steuerung.	101
Tabelle 16: Punkteverteilung anhand der Antworten aus dem Fragebogen	105
Tabelle 17: Sitzanteil linker Parteien in absoluten Zahlen.....	106
Tabelle 18: Sitzanteil linker Parteien in Prozentzahlen	107
Tabelle 19: Mitgliederzahlen der kantonalen Ärztesgesellschaften und Organisationsgrad	108
Tabelle 20: Übersicht über diverse in Kap. 5 verwendete unabhängige Variablen.....	109
Tabelle 21: Berechnung der durchschnittlichen Ärztedichte 2002-2008.....	110

Management Summary

Ausgangslage, Ziel und Fragestellungen

Die ambulante Gesundheitsversorgung und ihre Schnittstellen zur stationären Versorgung sind seit einiger Zeit Gegenstand von politischen Diskussionen und Steuerungsversuchen. Vor diesem Hintergrund hat die vorliegende Untersuchung den primären Zweck, eine Bestandesaufnahme der Möglichkeiten und effektiven Aktivitäten der Kantone zur Steuerung der ambulanten Gesundheitsversorgung zu erstellen und insbesondere die Möglichkeiten der Steuerung der Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu untersuchen.

Die Studie orientiert sich an drei Fragestellungen:

1. Welches sind die kontextuellen und organisatorischen Rahmenbedingungen der Versorgungssteuerung und wie sind die sich daraus ergebenden Voraussetzungen für die Steuerung der ambulanten Versorgung sowie der Schnittstellenbewirtschaftung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu beurteilen?
2. Wie sieht die konkrete Ausgestaltung der Steuerung der ambulanten Versorgung sowie der Schnittstellenbewirtschaftung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in der politisch-administrativen Realität aus und welche Erkenntnisse lassen sich daraus ziehen?
3. Welche Formen der Steuerung des ambulanten Sektors finden wir in den Kantonen, in welchen Kombinationen finden wir sie und wie lassen sich die unterschiedlichen Steuerungsgrade in den Kantonen erklären?

Die Untersuchung beschränkt sich auf die Beschreibung und Erklärung des Ist-Zustands. Nicht Gegenstand ist dagegen die Bewertung und Beurteilung der Wirkungen der erhobenen Steuerungsformen.

Voraussetzungen für Versorgungssteuerung durch die Kantone

Eine konzeptionelle Auslegeordnung und Analyse der Grundlagen und verschiedenen Dimensionen der staatlichen Steuerung der ambulanten Gesundheitsversorgung und ihrer Schnittstellen zum stationären Bereich in der Schweiz dient zur Beantwortung der ersten Frage. Als Fazit ist zu bilanzieren, dass die Kantone im Vergleich mit dem Bund und den Tarifpartnern (Leistungserbringer und Versicherer) über beschränkte Möglichkeiten zur gestaltenden Einflussnahme auf die ambulante Gesundheitsversorgung verfügen. Das weitgehende Fehlen von Finanzierungs Kompetenzen im Rahmen der Krankenversicherung hat in verschiedener Hinsicht eine schwache Steuerungsfähigkeit zur Folge. Den Kantonen fehlt dadurch beispielsweise der Zugang zu steuerungsrelevanten Informationen, und sie verfügen über eine eher schwache Machtposition in politisch-administrativen Entscheidungsprozessen.

Innerhalb des Krankenversicherungssystems bilden die Regulierung, die Spitex-Finanzierung und eigene Leistungserbringung die zentralen instrumentellen Ansatzpunkte zur kantonalen Versorgungssteuerung. Darüber hinaus haben die Kantone kaum direkten Zugriff auf die Leistungserbringer und das Versorgungsgeschehen. Damit sind prinzipiell primär die Angebotsstruktur, die Organisation und die Strukturqualität der Versorgung von den Kantonen teilweise beeinflussbar. Zur Verfolgung anderer versorgungspolitischer Zieldimensionen fehlen ihnen hingegen die Kompeten-

zen und Instrumente weitgehend. Die Kantone verfügen jedoch über Spielraum für eigenständige gesundheitspolitische Steuerungsaktivitäten, z.B. für finanzielle Anreize, prozedurale Steuerung (Arbeitsgruppen, Impulsgespräche, Wissensvermittlung etc.) oder für indirekte, nachfrageseitige Aktivitäten in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention. Inwiefern solche Ansätze zum Tragen kommen und das bestehende Potenzial innovativer Steuerungsformen genutzt wird, ist hingegen abhängig von den jeweiligen kantonsspezifischen politisch-administrativen Strategien und Mechanismen.

Fallbeispiele für Steuerung und Schnittstellenbewirtschaftung

Zur Beantwortung der zweiten Frage wurden zwei bestehende Untersuchungen neu ausgewertet. Eine erste Fallstudie befasste sich mit der Zulassungsbeschränkung für ambulante Leistungserbringer, eine zweite mit der Steuerung der Langzeitpflege in drei Kantonen bzw. Städten.

Der Zulassungsstopps zeigt einerseits, dass die Verfügbarkeit von Steuerungskompetenzen noch keine hinreichende Bedingung für wirksame Steuerung darstellt, wenn das entsprechende Instrument konzeptionelle Schwächen aufweist. Die Möglichkeit der Kantone, über eine differenzierte Zulassungssteuerung auf die regionale und fachliche Verteilung der Ärzteschaft Einfluss zu nehmen, greift nur beschränkt, weil das Instrument die Mechanismen des ärztlichen Niederlassungsverhaltens nicht nachhaltig zu verändern vermag. Andererseits fehlen den Kantonen die Datengrundlagen für eine differenzierte Beurteilung der Versorgungssituation sowie Konzepte und Daten zur Ermittlung des effektiven Versorgungsbedarfs, was eine am effektiven Bedarf der Bevölkerung ausgerichtete Versorgungssteuerung verunmöglicht. Im Fall der Zulassungsbeschränkung wird das verfügbare Steuerungsinstrumentarium der Komplexität des Regelungsfeldes nicht gerecht. Allerdings bestehen bislang keine akzeptierten gangbaren Alternativen.

Die Analyse der Langzeitpflege in den drei Städten Basel, Bern und Zürich zeigt unterschiedliche Formen des Schnittstellenmanagements zwischen stationärer und ambulanter Versorgung auf, die alle auf das Ziel einer verstärkt ambulanten Pflege hin ausgerichtet sind. Es lassen sich zwei Ansatzpunkte unterscheiden: direkte Intervention bei der ambulanten Versorgung in Basel und indirekte ambulante Steuerung über das stationäre Angebot in Bern und Zürich. Das Beispiel zeigt die Möglichkeiten eines kombinierten Einsatzes verschiedener Instrumente aus einer bereichsübergreifenden Perspektive auf: ambulante und stationäre Versorgung werden gemeinsam betrachtet und aufeinander abgestimmt gesteuert, was eine direkte Behandlungs- bzw. Versorgungsallokation ermöglicht. Bedingung dafür sind Finanzierungs Kompetenzen, welche den direkten Zugriff auf die Steuerungsadressaten ermöglichen und institutionellen Zugang zu den steuerungsrelevanten Informationen gewährleisten.

Bestandesaufnahme und Erklärung der Steuerungsaktivitäten der Kantone

Für die Beantwortung der dritten Frage wurde eine schriftliche Befragung bei den zuständigen kantonalen Verwaltungsstellen durchgeführt und mit Dokumentenanalysen ergänzt. Die Resultate zeigen die grosse föderalistische Vielfalt der kantonalen Steuerungsarrangements auf. Hauptinstrument der Steuerung ist die Zulassungsbeschränkung für neue Leistungserbringer. Bezüglich deren

Ausrichtung bestehen jedoch grundsätzliche Unterschiede zwischen den Kantonen, ebenso wie hinsichtlich der Ausgestaltung anderer Steuerungsinstrumente (z.B. Unterstützung von Steuerungsanstrengungen der Gemeinden, Förderung von Managed Care und der sektorübergreifenden integrierten Versorgung), deren Adressaten und der Organisation der Steuerung. Es zeigen sich hingegen keine regionalen Muster.

Die Kantonsbefragung liefert zahlreiche Beispiele für eigenständige und innovative Steuerungsmaßnahmen einzelner Kantone, die über die Zulassungsbeschränkung hinaus reichen. So versuchen diverse Kantonsbehörden u.a. über finanzielle Anreize oder verschiedene Instrumente prozeduraler Steuerung auf die Versorgungsstrukturen Einfluss zu nehmen, so z.B. zur Förderung der Vernetzung und (sektorübergreifenden) integrierten Versorgung, zur Sicherstellung der Grundversorgung in spezifischen Regionen oder zur Reorganisation der Notfallversorgung. Auch die Betrachtung der Steuerung in der Langzeitpflege gibt Hinweise darauf, dass im Rahmen der bestehenden Zuständigkeiten Möglichkeiten zur Schnittstellensteuerung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bestehen. Der trotz institutioneller und politischer Einschränkungen vorhandene Handlungsspielraum zu gestaltender Einflussnahme wird somit durchaus genutzt.

Ob und wie dies geschieht, ist davon abhängig ob eine Finanzierungskompetenz besteht, aber auch von politischem Willen, Engagement oder Innovationsbereitschaft. Auch Netzwerke zwischen den Gesundheitsbehörden und den Akteuren des Versorgungssystems stellen eine wertvolle Ressource für Steuerungsaktivitäten dar.

Eine konfigurative Kausalanalyse (fuzzy-set QCA) zur Identifikation favorisierender Bedingungen für Steuerung führte zu vier zentralen Erkenntnissen:

- Der Entscheid für oder gegen Steuerungsaktivitäten im ambulanten Sektor wird nicht auf der Ebene kantonaler Partei- und Interessenpolitik gefällt, sondern primär auf der Verwaltungsebene.
- Eine tiefe Ärztedichte stellt eine zentrale erklärende Bedingung von Steuerungsaktivitäten im ambulanten Bereich dar. Dies illustriert, dass zahlreiche Kantone bemüht sind, im Regime der Zulassungsbeschränkung über Ausnahmezulassungen eine gewisse Versorgungssteuerung vorzunehmen, um so einer drohenden Unterversorgung in spezifischen Bereichen oder Regionen entgegenzutreten.
- Die Ansiedlung der zuständigen Personen oder Stellen in derselben Verwaltungseinheit, der auch die Verantwortung für den stationären Bereich obliegt, begünstigt Steuerungsaktivitäten im ambulanten Bereich. Dieser organisatorische Faktor verweist unmittelbar auf die Bedeutung der Schnittstelle zum stationären Bereich für die Steuerung im ambulanten Sektor.
- Die Grösse einer kantonalen Verwaltung ist ein wesentlicher Faktor für die Umsetzbarkeit von allenfalls politisch wünschbaren Plänen einer verstärkten Steuerung im ambulanten Bereich. Die kantonalen Verwaltungen sind die zentralen Akteure beim Entscheid über Steuerungsaktivitäten, eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit verwaltungsexternen Akteuren pflegen lediglich sieben Kantone.

Résumé

Contexte, but et thèmes abordés

Les soins ambulatoires et leurs interfaces avec les soins hospitaliers font l'objet, depuis quelque temps, de discussions politiques et de tentatives de pilotage. La présente étude a été réalisée en premier lieu pour dresser un état des lieux des possibilités existant en matière de pilotage des soins ambulatoires et des activités exercées par les cantons dans ce domaine. Elle examine en particulier les possibilités de pilotage des interfaces entre les soins ambulatoires et les soins hospitaliers.

L'étude part des trois questions suivantes :

1. Quelles sont les conditions-cadre aux plans contextuel et organisationnel du pilotage des soins et comment évaluer les exigences qui en découlent pour le pilotage des soins ambulatoires et la gestion des interfaces entre les soins ambulatoires et les soins hospitaliers?
2. Comment s'organisent concrètement le pilotage des soins ambulatoires et la gestion des interfaces entre les soins ambulatoires et hospitaliers au plan politique et administratif, et quels enseignements peut-on en tirer ?
3. Quelles formes de pilotage du secteur ambulatoire trouve-t-on dans les cantons, comment sont-elles combinées, et comment expliquer les différences dans l'intensité du pilotage entre les cantons?

Cette étude se limite à décrire et à expliquer la situation actuelle. Elle ne consiste pas à apprécier ni à évaluer les effets des formes de pilotage recensées.

Les conditions nécessaires au pilotage des soins par les cantons

Il s'agit, pour répondre à la première question, de répertorier et d'examiner au plan conceptuel les bases et les différentes dimensions du pilotage étatique des soins ambulatoires et leurs interfaces avec les soins hospitaliers en Suisse. En résumé, il faut tenir compte du fait que les cantons ont moins de possibilités d'influer au plan conceptuel sur les soins ambulatoires que la Confédération et les partenaires tarifaires (prestataires et assureurs). N'ayant pas les compétences nécessaires en matière de financement dans le cadre de l'assurance maladie, leur capacité de pilotage est limitée à plusieurs égards. Les cantons n'ont ainsi pas accès à certaines informations déterminantes pour le pilotage et n'ont que peu de pouvoir dans les processus de décision politiques et administratifs.

Dans le système de l'assurance maladie, la régulation, le financement des soins et de l'aide à domicile et leurs propres prestations représentent les principaux instruments dont disposent les cantons pour le pilotage des soins. Les cantons n'ont pas d'influence directe sur les prestataires de soins ni sur les prestations fournies. Ils ne peuvent en principe qu'influer quelque peu sur la structure de l'offre, l'organisation et la qualité structurelle des soins. Ils ne disposent par contre pas des compétences et des instruments nécessaires pour agir à d'autres niveaux de la politique de la prise en charge. Les cantons ont cependant une certaine marge de manœuvre pour leurs propres activités de pilotage des soins, telles que les incitations financières, le pilotage procédural (groupes de travail, discussions, transfert de connaissances, etc.) ou les activités indirectes liées à la

demande dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention. Quant à savoir dans quelle mesure ces instruments sont réellement utilisés et le potentiel des différentes formes de pilotage innovatrices est exploité, cela dépend des stratégies et mécanismes politico-administratifs propres à chaque canton.

Exemples de cas pour le pilotage et la gestion des interfaces

Deux études ont été prises en compte pour répondre à la deuxième question. La première concerne le moratoire sur l'ouverture des cabinets médicaux et la seconde porte sur le pilotage des soins de longue durée dans trois cantons ou villes.

Le moratoire montre d'une part qu'il ne suffit pas d'avoir des compétences en la matière pour pouvoir procéder à un pilotage des soins efficace si l'instrument utilisé présente des lacunes au plan de la conception. La possibilité pour les cantons d'influencer la répartition des médecins par région et par spécialité en appliquant le moratoire de manière différenciée n'a qu'un effet limité, étant donné que cet instrument ne suffit pas pour modifier de manière durable les mécanismes qui entrent en jeu dans l'ouverture des cabinets médicaux. D'autre part, les cantons ne disposent pas des bases de données nécessaires pour évaluer les soins de manière différenciée ni des concepts et des données requis pour déterminer les besoins effectifs en soins, ce qui rend impossible le pilotage des soins en fonction des besoins réels de la population. Dans le cas du moratoire, les outils de pilotage disponibles ne sont pas adaptés, compte tenu de la complexité des réglementations en vigueur. Aucune alternative possible n'a d'ailleurs été acceptée jusqu'à présent.

L'analyse des soins de longue durée dans les trois villes de Bâle, Berne et Zurich met en évidence différentes formes de management des interfaces entre les soins hospitaliers et ambulatoires. Toutes ces formes visent le renforcement des soins ambulatoires. L'analyse distingue toutefois deux approches différentes: celle de l'intervention directe dans la prise en charge ambulatoire à Bâle et celle du pilotage ambulatoire indirect via l'offre de soins hospitaliers à Berne et à Zurich. L'exemple montre les possibilités qu'offrent l'utilisation combinée de plusieurs instruments d'un point de vue interdisciplinaire : les soins ambulatoires et hospitaliers sont considérés ensemble et leur pilotage se fait de manière coordonnée, ce qui permet d'allouer directement des traitements et des soins. Cette approche nécessite des compétences en matière de financement qui permettent d'accéder directement aux institutions visées par le pilotage et garantissent ainsi un accès aux informations déterminantes pour le pilotage.

Etat des lieux et présentation des activités de pilotage des cantons

Pour répondre à la troisième question, il a fallu procéder à une enquête écrite auprès des administrations cantonales compétentes et la compléter par l'analyse de documents. Les résultats montrent la grande diversité fédéraliste des arrangements cantonaux en matière de pilotage. Le principal instrument de pilotage est la limitation de l'admission de nouveaux fournisseurs de prestations (moratoire). Son utilisation varie toutefois fondamentalement d'un canton à l'autre, en ce concernant le recours à d'autres instruments (soutien aux efforts de pilotage des communes, promotion du

Managed Care et intégration intersectorielle des soins), que les instances visées par le pilotage et l'organisation de celui-ci. On n'observe toutefois pas de modèle régional.

L'enquête auprès des cantons fournit des exemples de mesures novatrices prises par les cantons pour le pilotage des soins, mesures qui vont plus loin que le moratoire. Plusieurs autorités cantonales tentent par exemple d'influer sur les structures de soins via des incitations financières ou différents instruments de pilotage procédural, tels que la promotion des réseaux de santé et l'intégration (intersectorielle) des soins, la fourniture d'une prise en charge de base dans des régions spécifiques ou la réorganisation des soins d'urgence. Si l'on considère le pilotage des soins de longue durée, on constate également que le pilotage des interfaces entre les soins ambulatoires et hospitaliers est déjà possible avec les compétences actuelles. La marge de manœuvre qui existe actuellement malgré les restrictions de nature institutionnelle et politique est donc d'ores et déjà exploitée.

Mais dans quels cas l'est-elle vraiment et de quelle manière ? Cela dépend de plusieurs facteurs : compétences en matière de financement, volonté politique, engagement, disposition à innover. Les réseaux reliant les autorités de santé publique et les acteurs du système de santé représentent également une ressource précieuse pour les activités de pilotage.

Quatre enseignements principaux ressortent de l'analyse causale (fuzzy-set QCA) effectuée pour identifier les conditions favorables au pilotage:

- La décision d'avoir ou non des activités de pilotage dans le secteur ambulatoire n'est pas prise au plan de la politique des partis et de la défense des intérêts cantonaux, mais en premier lieu au niveau administratif.
- Les activités de pilotage des soins ambulatoires ont souvent lieu dans les régions comptant une faible densité de médecins. Elles consistent dans de nombreux cantons à combler les lacunes de la prise en charge dans certaines spécialités ou régions en prévoyant des exceptions au moratoire.
- Le fait que la personne ou le service en charge du pilotage dépende de l'unité administrative responsable des soins hospitaliers favorise également le développement d'activités de pilotage dans le secteur ambulatoire. Ce facteur organisationnel renvoie directement à l'importance de l'interface entre le domaine hospitalier et les soins ambulatoires pour le pilotage de ces derniers.
- La taille de l'administration cantonale joue un rôle important dans la capacité à réaliser certains plans, souhaitables du point de vue politique, en vue de renforcer le pilotage des soins ambulatoires. Les administrations cantonales sont les principaux décideurs en ce qui concerne les activités de pilotage. Sept cantons seulement ont opté pour une collaboration institutionnalisée avec des acteurs externes à l'administration.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Seit mehreren Jahren wird in der Schweiz die gesundheitspolitische Diskussion von der Kostenfrage dominiert. Ein wesentlicher Grund dafür ist das stetige Prämienwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP).¹ Der Prämienanstieg hängt mit dem kontinuierlichen Wachstum der Gesundheitskosten zusammen, das deutlich höher ist als das Wachstum des nominalen Bruttoinlandsprodukts (BIP) (BFS 2009a: 12). In den letzten Jahren ist insbesondere der Bereich der ambulanten Versorgung überdurchschnittlich stark gewachsen.² Er stellte 2007 mit 17,4 Mrd. CHF oder 31,5% der Gesamtkosten des Gesundheitswesens den zweitgrössten Kostenblock³ dar (BFS 2009a: 21).

Entsprechend wurden und werden von staatlicher Seite seit mehreren Jahren zahlreiche Massnahmen diskutiert, um die Kostenentwicklung im ambulanten Bereich zu bremsen. So erliess der Bundesrat im Jahr 2002 eine Zulassungsbeschränkung für ambulante Leistungserbringer. Diese war ursprünglich als ausserordentliche, zeitlich befristete Massnahme vorgesehen, wurde jedoch inzwischen bereits dreimal verlängert, weil das Vorhaben des Bundesrats, die Vertragsfreiheit zwischen Versicherern und Leistungserbringern einzuführen (Bundesrat 2004a), seit 2004 im Parlament hängig ist.⁴ Die letzte Verlängerung und Anpassung dieses Instruments erfolgte im Juni 2009. Kurz zuvor, im Mai 2009 legte der Bundesrat ein Massnahmenpaket zur Eindämmung der Kostenentwicklung vor (vgl. Bundesrat 2009a), welches vor allem im ambulanten Bereich ansetzte. So sollten unter anderem die Kantone zum Erlass von Leistungsaufträgen an Spitalambulatorien verpflichtet werden. Dieser Vorschlag wurde in der parlamentarischen Diskussion hingegen abgelehnt, allerdings eher knapp.

Eine weitere, intensiv geführte gesundheitspolitische Diskussion betrifft die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte. Zum einen haben auf Bundesebene der Erlass der Zulassungsbeschränkung, die Diskussionen um die Aufhebung des Kontrahierungszwangs und diverse tarifrechtliche Massnahmen den Unmut der Ärzteschaft geweckt. Zum anderen wird in Fachkreisen seit mehreren Jahren über die Entwicklung der Zusammensetzung und Verteilung der ärztlichen Versorgung diskutiert (z.B. Jaccard Ruedin et al. 2007; Künzi 2005; OECD 2006: 123; Seematter-Bagnoud et al. 2008; SWTR 2007). Während vor allem in städtischen Regionen und bei Fachärzten eine Überversorgung diagnostiziert wird, bestehen verbreitete Befürchtungen hinsichtlich eines Mangels an Grundversorgerinnen und Grundversorgern, insbesondere in ländlichen Regionen.⁵ Diese versorgungs-

¹ Vgl. den Krankenversicherungsprämien-Index des Bundesamts für Statistik

² Zwischen 1999 und 2007 wuchsen die OKP-Bruttokosten pro Kopf insgesamt um durchschnittlich 4,5% pro Jahr. Überdurchschnittlich stark nahmen in dieser Periode die Leistungsbereiche Mittel und Gegenstände (14,2%), Spitex (8,1%), Spital ambulant (7,9%), Laboranalysen (inkl. Arzt; 5,0%) und Medikamente (4,9%) zu. Unterdurchschnittlich war das jährliche Wachstum in den Bereichen Pflegeheim (4,4%), Spital stationär (4,0%), Übrige (3,6%), Arztbehandlung (2,7%) und Physiotherapie (2,5%) (Bundesrat 2009a: 5816).

³ Der stationäre Sektor generierte 2007 Kosten von 25,2 Mrd. CHF, was 45,6% der Gesamtkosten entspricht (BFS 2009a: 21).

⁴ Ein erster Versuch, den Kontrahierungszwang aufzuheben, erfolgte bereits vorher, im Rahmen der 2. KVG-Revision, die jedoch im Dezember 2003 von den eidgenössischen Räten in der Schlussabstimmung abgelehnt wurde.

⁵ Diese Entwicklungen stehen auch in Zusammenhang mit einer Veränderung der Ärztedemographie und der Arbeitsformen: seit mehreren Jahren ist in der ambulant tätigen Ärzteschaft eine Zunahme des Frauenanteils, des Durchschnittsalters, von Teilzeitarbeit und von Gruppenpraxen festzustellen (Andreani et al. 2009; FMH 2009; Hänggeli et al. 2007).

politisch unerwünschte Entwicklung bietet einen potenziellen Anlass für steuernde Massnahmen im Sinne der Förderung der Hausarztmedizin bzw. der Sicherung der Grundversorgung.

In der Gesundheitspolitik finden sich auch verschiedene Bemühungen, die ambulante Versorgung nicht als isolierten Bereich zu behandeln, sondern ihre Schnittstellen und Wechselwirkungen mit der stationären Versorgung in die Betrachtung einzubeziehen (vgl. auch Wasem 2003). So beinhalten mehrere kantonale Gesundheitsleitbilder die versorgungspolitische Prämisse „ambulant vor stationär“, welche besagt, dass medizinische Behandlungen so weit wie möglich ambulant – und damit möglichst patientennah und kostengünstig – erfolgen sollen, und nur wenn nötig stationär. Auch die Analyse kantonaler Versorgungssteuerung im stationären Bereich (Rüefli 2005 und 2006) zeigt, dass sich die kantonalen Gesundheitsbehörden den Wechselwirkungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bewusst sind und eine integrale Betrachtung des Versorgungsgeschehens als wünschenswert erachten. Fehlende Steuerungskompetenzen und fehlender Zugriff auf Daten über die ambulante Versorgung stehen der Verwirklichung dieses Wunsches jedoch bisher entgegen. Entsprechend erfolgt in der Schweiz die Diskussion über integrierte Versorgung⁶ vor allem in Zusammenhang mit der Förderung von Managed Care als alternatives Versicherungsmodell bzw. in Form von Ärztenetzwerken (Berchtold 2009; Finsterwald 2004; Moser 2004)⁷, aber noch kaum in Bezug auf die sektorübergreifende Integration von ambulanter und stationärer Versorgung, wie sie beispielsweise in Deutschland propagiert wird (OECD 2006: 135; Sachverständigenrat 2003; 2007: 107ff.). Gleichwohl sind auf kantonaler Ebene verschiedene Entwicklungen an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung feststellbar, die in die Richtung einer integrierten Versorgung tendieren und die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern intensivieren sollen. So fördert beispielsweise der Kanton Waadt seit Mitte der 1990er Jahre die Bildung von interdisziplinären Versorgungsnetzen (Anhorn 2002; Conseil d'Etat 2004)⁸, hat der Kanton Bern ein Pilotprojekt im Bereich Übergangspflege bzw. Post-Akut-Pflege durchgeführt (GEF 2005) oder haben sich in verschiedenen Kantonen die ambulant praktizierende Ärzteschaft und die Spitäler um neue Organisationsmodelle zur Sicherstellung der Notfallversorgung bemüht.

1.2 Ziel und Fragestellungen der Untersuchung

Während die oben skizzierten Entwicklungen in verschiedener Hinsicht Bedarf an vermehrter Steuerung der ambulanten Versorgung und ihrer Schnittstellen zum stationären Bereich nahelegen, ist gleichzeitig festzustellen, dass die entsprechenden politischen Bemühungen auf Bundesebene kaum fruchten. Über die Steuerung auf der Ebene der Kantone, die gemäss der föderalistischen Aufgabenteilung für die Gesundheitsversorgung zuständig sind, ist hingegen bislang nur wenig bekannt.

Die vorliegende Untersuchung hat deshalb den primären Zweck, eine Bestandaufnahme der Steuerung im ambulanten Bereich bereitzustellen und dabei insbesondere die Möglichkeiten der

⁶ Das wichtigste Merkmal einer integrierten Versorgungsstruktur stellt „die umfassende und koordinierte Bearbeitung aller Gesundheitsprobleme über den gesamten Versorgungsweg von der Primärversorgung bis zur Rehabilitation“ dar (Rosenbrock und Gerlinger 2004: 226f.)

⁷ Auf Bundesebene ist die Vorlage zu Managed Care (Bundesrat 2004b) seit 2004 in Diskussion.

⁸ Verschiedene Formen von Gesundheitsnetzen finden sich auch in den Kantonen Freiburg, Wallis und Thurgau (Achtermann und Berset 2006b).

Steuerung der Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu beleuchten. Die Untersuchung fokussiert dabei hauptsächlich, aber nicht ausschliesslich auf die Ebene der Kantone, da diese die zentralen öffentlichen Akteure im föderalistischen schweizerischen Gesundheitswesen darstellen.

Das zentrale Ziel der Bestandesaufnahme teilt sich in drei untersuchungsleitende Fragestellungen:

1. Welches sind die kontextuellen und organisatorischen Rahmenbedingungen der Versorgungssteuerung und wie sind die sich daraus ergebenden Voraussetzungen für die Steuerung der ambulanten Versorgung sowie der Schnittstellenbewirtschaftung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu beurteilen?
2. Wie sieht die konkrete Ausgestaltung der Steuerung der ambulanten Versorgung sowie der Schnittstellenbewirtschaftung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in der politisch-administrativen Realität aus und welche Erkenntnisse lassen sich daraus ziehen?
3. Welche Formen der Steuerung des ambulanten Sektors finden wir in den Kantonen, in welchen Kombinationen finden wir sie und wie lassen sich die unterschiedlichen Steuerungsgrade in den Kantonen erklären?

Der Fragenkatalog ist damit auf die Beschreibung des Ist-Zustandes sowie auf das Verstehen und Erklären dieses Zustandes gerichtet. Nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist dagegen die Bewertung der erhobenen Steuerungsformen über ihre Wirkung.

1.3 Aufbau des Berichts

Der Bericht ist entlang der formulierten Fragen wie folgt gegliedert: Im nachfolgenden Kapitel 2 werden die zentralen Begriffe geklärt und die unterschiedlichen Dimensionen der Versorgungssteuerung in der Schweiz diskutiert. Konkret werden sowohl die Steuerungssubjekte wie die Steuerungsobjekte aufgeführt, bevor auf die zugehörigen Steuerungsziele und die entsprechenden Steuerungsinstrumente eingegangen wird. Das Kapitel schliesst mit der kritischen Würdigung der Voraussetzungen für die Steuerung der ambulanten Versorgung sowie für die Schnittstellenbewirtschaftung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in der Schweiz. In Kapitel 3 werden anschliessend zwei Beispiele aus der politisch-administrativen Praxis vorgestellt und diskutiert: der Zulassungsstopp für ambulante Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung einerseits, die Steuerung der Langzeitpflege in den drei Städten Basel, Bern und Zürich andererseits. Während es sich bei der ersten Fallstudie um ein Beispiel ambulanter Steuerung handelt, steht beim zweiten Fallbeispiel das konkrete Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren im Zentrum des Interesses. Es handelt sich bei den beiden Fallstudien um Sekundärauswertungen bestehenden empirischen Materials. Die Kapitel 4 und 5 beinhalten anschliessend die vertiefte und systematische Analyse der ambulanten Steuerungsaktivitäten in den Kantonen. In Kapitel 4 werden die Ergebnisse einer Vollerhebung bei den Kantonen zu ihren Steuerungstätigkeiten im ambulanten Bereich präsentiert und diskutiert. Kapitel 5 beantwortet nachfolgend die Frage nach den Ursachen und Bedingungen unterschiedlicher Steuerungsbemühungen im ambulanten Sektor. In Kapitel 6 werden die Erkenntnisse aus den einzelnen Untersuchungsteilen zusammengeführt und Schlussfolgerungen gezogen.

2 Dimensionen von Steuerung im ambulanten Bereich: Eine Auslegeordnung

Das vorliegende Kapitel nimmt eine konzeptionelle Auslegeordnung des Begriffs der Steuerung vor und beschreibt auf grundlegende Weise die Grundlagen und verschiedenen Dimensionen der staatlichen Steuerung der ambulanten Gesundheitsversorgung und ihrer Schnittstellen zum stationären Bereich in der Schweiz.

2.1 Definition/Begriffsklärung

Der Begriff der *politischen Steuerung* bezeichnet im Folgenden die zielgerichtete und zweckorientierte Gestaltung gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Rahmenbedingungen. Ausgangspunkt von Steuerung sind in der Regel Regierungen und die öffentliche Verwaltung, die gemeinsam mit dem Gesetzgeber und gesellschaftlichen Akteuren Massnahmen treffen, um bestimmte politische Ziele zu erreichen (vgl. Schubert und Klein 2006).

Die Analyse von politischer Steuerung kann in Anlehnung an Mayntz (1987: 190-193) anhand der folgenden Fragen bzw. Dimensionen erfolgen:

- Wer steuert? (Steuerungssubjekt)
- Was wird gesteuert? (Steuerungsobjekt)
- Was bezweckt die Steuerung? (Steuerungsziele)
- Wie wird gesteuert? (Steuerungsansätze und -instrumente)

Im Folgenden wird entlang dieser Dimensionen eine Auslegeordnung der Steuerung der ambulanten Gesundheitsversorgung und ihrer Schnittstellen zum stationären Bereich vorgenommen.

2.2 Steuerungssubjekte – Wer steuert?

2.2.1 Zentrale Strukturmerkmale des schweizerischen Gesundheitswesens

Regelungsseitig ist das schweizerische Gesundheitswesen einerseits von den föderalistischen Strukturen des schweizerischen Staatsaufbaus und den damit verbundenen Aufgabenteilungen und Abgrenzungsproblemen zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden geprägt, andererseits von diversen Arrangements öffentlicher und gesellschaftlicher Akteure mit unterschiedlichen Entscheidungsbefugnissen und -mechanismen. Während gewisse Bereiche staatlich reguliert werden, unterliegen andere der Selbstregelung der verschiedenen nicht-staatlichen Akteure im Gesundheitswesen, wie der Leistungserbringer oder der Krankenversicherer. Somit lassen sich in der Schweiz eine Vielzahl von gesundheitspolitischen Regelungsformen und eine ausgeprägte Fragmentierung politischer Handlungskompetenzen beobachten. Neben dem Föderalismus und der Subsidiarität ist der Liberalismus ein drittes prägendes Strukturmerkmal des schweizerischen Gesundheitswesens. Dieses zeichnet sich sowohl finanzierungs- als auch leistungsseitig durch einen hohen Grad an Privatisierung und Wettbewerb aus.

- **Föderalismus:** Das schweizerische Gesundheitssystem gilt im internationalen Vergleich als eines der am stärksten dezentralisierten Systeme (Vatter 2003: 155). Grundsätzlich obliegt die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung den Kantonen. Diese sind in ihrer Ge-

sundheitspolitik weitgehend autonom und regeln diese in spezifischen Gesundheitsgesetzen.⁹ Die gesundheitsbezogenen Aufgaben des Bundes haben im Laufe der Zeit zugenommen und betreffen primär den Gesundheitsschutz und die Regelung der Ausbildung von Gesundheitsberufen (Achtermann und Berset 2006a: 29ff.; Kocher 2007). Über das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10), das historisch und konzeptionell eher dem Sozialversicherungswesen als dem Gesundheitswesen zuzuordnen ist, verfügt der Bund allerdings über die Kompetenz zur Regelung von wichtigen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung.

- **Subsidiarität:** Das Subsidiaritätsprinzip prägt das schweizerische Gesundheitssystem in zweierlei Hinsicht. Zum einen werden die Leistungen der Gesundheitsversorgung und die Durchführung der Krankenversicherung vorwiegend von privaten Akteuren sichergestellt, während der Staat relativ geringe Steuerungsmöglichkeiten hat und vor allem über Rahmenregelungen interveniert. Zum anderen sind aufgrund der föderalistischen Staatsordnung auch die staatlichen Zuständigkeiten subsidiär geregelt. Verfassungsgemäss übt der Bund auch im Bereich der Gesundheit lediglich diejenigen Aufgaben aus, die ihm ausdrücklich übertragen sind (s.o.).
- **Liberalismus:** Es entspricht den Grundprinzipien des Liberalismus, die Gesundheitsversorgung dem privaten Sektor zu überlassen und staatliche Eingriffe weitgehend auf die Regelung der Rahmenbedingungen zu beschränken. Abgesehen vom Bereich der stationären Versorgung, in dem öffentliche Einrichtungen eine starke, allerdings zunehmend marktwirtschaftlich ausgerichtete Rolle spielen, verfügt der Staat nur über beschränkte Zuständigkeiten (Achtermann und Berset 2006a: 38ff.). Dementsprechend werden der grösste Teil der ambulanten Versorgung und rund ein Viertel der stationären Leistungen von privaten Akteuren erbracht. Die Leistungserbringer und ihre Verbände spielen somit eine wichtige Rolle bei der Gesundheitsversorgung; sie können sich dabei auf weitgehende Wirtschaftsfreiheit berufen (Vatter 2003: 158). Auch bei den Krankenversicherern handelt es sich um private Unternehmen, die vom Bund mit der Durchführung der obligatorischen Krankenversicherung gemäss KVG betraut sind. Seitens der Versicherten sind das Prinzip der Eigenverantwortung – der Anteil der Kostenbeteiligung der Versicherten an den Gesundheitskosten ist im internationalen Vergleich relativ hoch – sowie die freie Wahl der Leistungserbringer und der Versicherer wichtige Merkmale Gesundheitssystems. Entsprechend stehen Leistungserbringer bzw. Krankenversicherer grundsätzlich untereinander in Konkurrenz, wobei das im KVG angelegte Prinzip des gelenkten Wettbewerbs aus verschiedenen Gründen nicht konsequent umgesetzt wurde (vgl. Spycher 2004a).

2.2.2 Finanzierungsstrukturen im Gesundheitswesen

Die Steuerung der Gesundheitsversorgung ist eng an die Finanzierungszuständigkeit gekoppelt. Diese ist im schweizerischen Gesundheitswesen auf verschiedene Akteurgruppen aufgeteilt (vgl. Tabelle 1): Wichtigster Direktfinanzierer ist die obligatorische Krankenversicherung (OKP), welche 2007 35,3% der gesamten Kosten des Gesundheitswesens finanzierte. 30,7% der Kosten wurden

⁹ Gemäss Achtermann und Berset (2006a: 32) verfügen 24 der 26 Kantone über eigene Gesundheitsgesetze.

von privaten Haushalten getragen (Kostenbeteiligungen im Rahmen der OKP und privaten Zusatzversicherungen, Out-of-pocket-Zahlungen). Nur 16,2% der Gesamtkosten werden vom Staat direkt finanziert, wobei der grösste Anteil auf die Kantone entfällt (Bund: 0,3%, Kantone 14,1%, Gemeinden 1,8%). Weitere Direktfinanzierer sind Privatversicherungen (9,2%), die übrigen Sozialversicherungen neben der OKP (Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung, 7,6%) und weitere private Finanzierer (1,0%) (alle Zahlen: BFS 2009a: 37).

Aus dieser Übersicht wird klar, dass nicht zuletzt aufgrund ihrer finanziellen Bedeutung der obligatorischen Krankenversicherung bzw. dem KVG als Rahmengesetz in Bezug auf die Steuerung eine besondere Relevanz zukommt. Dies gilt vor allem für die ambulante Gesundheitsversorgung (ohne Detailhandel, d.h. Apotheken, Drogerien und therapeutische Apparate), die vorwiegend über die OKP (2007: 40,4%) und die privaten Haushalte (2007: 39,3%) finanziert wird. Die öffentliche Finanzierung (nur Kantone und Gemeinden) macht lediglich 4,2% der Gesamtkosten der ambulanten Versorgung aus und beschränkt sich auf die Subvention von Spitex-Organisationen (2,7%) und die Sicherheits- und Rettungsdienste (1,5%) (BFS 2009a: 38).

Etwas anders präsentiert sich die Situation in der stationären Versorgung (Krankenhäuser und sozialmedizinische Institutionen). Auch hier entfielen 2007 die grössten Finanzierungsanteile auf die OKP (30,4%) und die privaten Haushalte (28,5%), der Anteil der öffentlichen Finanzierung fällt mit 25,7% (Kantone: 24,4%, Gemeinden: 1,3%) jedoch einiges höher aus als im ambulanten Bereich. Entsprechend gestalten sich auch die Steuerungskompetenzen staatlicher Behörden in den beiden Versorgungsbereichen unterschiedlich (vgl. unten).

Tabelle 1: Kosten und Finanzierung des schweizerischen Gesundheitswesens nach Leistungserbringern und Direktzahlenden 2007, in Mio. CHF

Leistungserbringer	Staat			Sozialversicherungen			Private Versicherungen ²	Private Haushalte	Andere private Finanzierung	Total
	Insgesamt	Kantone		Insgesamt	OKP	Andere ¹				
		Bund	Kantone							
Total	8960,8	180,2	7771,8	1008,8	19776,6	4186,0	5090,8	16965,3	535,5	55214,9
in %	16,2%	0,3%	14,1%	1,8%	42,9%	7,6%	9,2%	30,7%	1,0%	100,0%
Krankenhäuser	6628,2	3,8	6503,2	121,2	7309,0	1215,9	2177,3	2036,5		19366,8
in %	34,2%	0,0%	33,6%	0,6%	44,0%	6,3%	11,2%	10,5%	0,0%	100,0%
Sozialmedizinische Institutionen	800,7		547,7	253,0	1468,7	842,8		6198,7	205,9	9516,9
in %	8,4%		5,8%	2,7%	15,4%	8,9%		65,1%	2,2%	100,0%
Ambulante Versorgung³	717,9		259,8	458,1	6910,2	1035,6	1640	6722,1	47,6	17123,5
in %	4,2%	0,0%	1,5%	2,7%	46,4%	6,0%	9,6%	39,3%	0,3%	100,0%
Detailhandel⁴					3209,1	426,2	399,4	1419		5027,5
in %					63,8%	8,5%	7,9%	28,2%		100,0%
Staat	814,0	176,4	461,1	176,4				377,8		1191,8
in %	68,3%	14,8%	38,7%	14,8%				31,7%		100,0%
Versicherer					1506,4	500,6	874,2			2380,6
in %					63,3%	21,0%	36,7%	0,0%	0,0%	100,0%
Organisationen ohne Erwerbscharakter					164,8	164,8		161,1	282	607,9
in %					27,1%	27,1%	0,0%	26,5%	46,4%	100,0%

¹ Unfallversicherung, Alters- und Hinterbliebenenversicherung, Invalidenversicherung, Militärversicherung

² Zusatzversicherungen nach VVG durch KVG-Versicherer und private Versicherungseinrichtungen

³ Ärzte, Zahnärzte, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, Spitzedienste, paramedizinische Leistungserbringer, medizinische Labors, Rettungsdienste

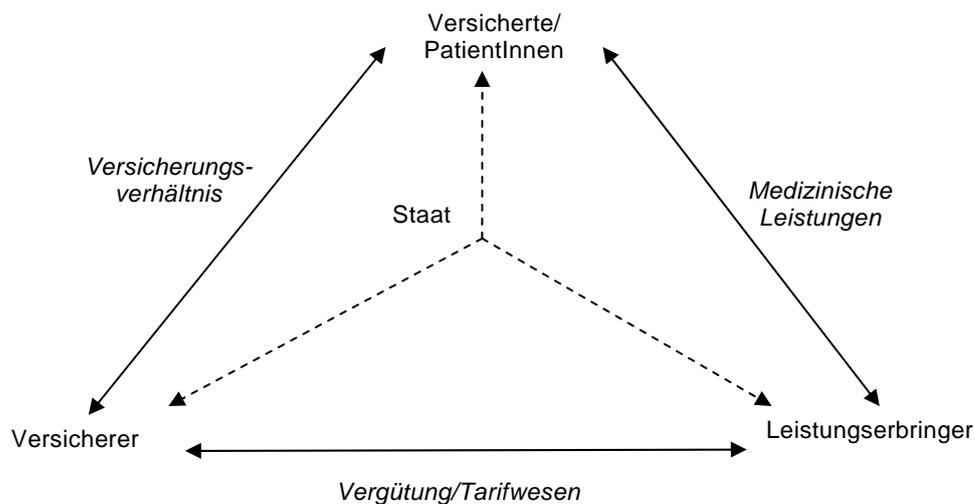
⁴ Apotheken, Drogerien, therapeutische Apparate

Quelle: BFS (2009a: 38); eigene Berechnungen

2.2.3 Die Rollen der Akteure im Krankenversicherungssystem

Aufgrund seiner zentralen Bedeutung für die Finanzierung des schweizerischen Gesundheitswesens wird im Folgenden das System der schweizerischen Krankenversicherung¹⁰ einer näheren Betrachtung unterzogen. Dieses umfasst grundsätzlich vier verschiedene Akteurgruppen (EDI 2002: 2): Die Versicherten/Patientinnen, die Versicherer, die Leistungserbringer und den Staat (Bund und Kantone, z.T. Gemeinden). Das Beziehungsgeflecht zwischen diesen Akteurgruppen kann wie folgt veranschaulicht werden (Abbildung 1):

Abbildung 1: Akteurgruppen im schweizerischen Krankenversicherungssystem



Quelle: EDI (2002: 2)

Die grundsätzlichen Rollen dieser Akteurgruppen lassen sich wie folgt kurz beschreiben.

- **Versicherte/Patientinnen bzw. Patienten:** Die Krankenversicherung ist für die gesamte schweizerische Bevölkerung obligatorisch (Art. 3 KVG). Jede Person mit zivilrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz hat sich bei einer Krankenkasse zu versichern und eine Prämie zu entrichten, deren Höhe je nach Kasse und Versicherungsmodell variiert. Als Patientin bzw. Patient hat sie dadurch das Recht, die in Art. 25-31 KVG und in der KLV¹¹ abschliessend definierten Pflichtleistungen der Grundversicherung in Anspruch zu nehmen (vgl. Brunner et al. 2007: 152f.). Dabei besteht innerhalb gewisser Grenzen weitgehend freie Wahl des Leistungserbringers (Art. 41 KVG). Ergänzend zur obligatorischen Grundversicherung besteht die Möglichkeit, freiwillige private Zusatzversicherungen abzuschliessen.
- **Leistungserbringer:** Art. 35 KVG listet die Leistungserbringer auf, die zur Tätigkeit zulasten der Obligatorischen Krankenversicherung (OKP) zugelassen sind.¹² Die Zulassung ist

¹⁰ Die soziale Krankenversicherung umfasst die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) und die freiwillige Taggeldversicherung (Brunner et al. 2007: 151). Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich nur auf die OKP.

¹¹ Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995; SR 832.112.31

¹² Es handelt sich dabei um Ärzte und Ärztinnen; Apotheker und Apothekerinnen; Chiropraktoren und Chiropraktorinnen; Hebammen; Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen (so genannte delegierte Leistungserbringer); Laboratorien; Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen; Spitäler; Einrichtungen, die der teilstationären Kranken-

an die Erfüllung spezifischer Voraussetzungen geknüpft, die in Art. 36-40 KVG festgehalten sind. Die Rolle der Leistungserbringer im Rahmen des KVG umfasst die Behandlung und Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen. Die Pflichtleistungen werden von den Krankenversicherern und von den Versicherten (Kostenbeteiligung via Franchise und Selbstbehalt) bezahlt. Die Kostenübernahme durch die OKP richtet sich dabei nach den Grundsätzen und Voraussetzungen in Art. 32-34 sowie Art. 41 KVG¹³. Die Höhe der Vergütung (Tarif) wird in Tarifverträgen zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern autonom vereinbart.

- **Versicherer:** Den Krankenversicherern obliegt die Durchführung der OKP (mittelbare Staatsverwaltung). Sie stehen dabei unter Aufsicht des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Es bestehen gesetzliche Auflagen zur Prämiengestaltung, zur Bildung von Reserven und zur Pflicht von Rückstellungen, ansonsten sind die Krankenkassen bei der Durchführung der Versicherung grundsätzlich autonom (EDI 2002: 7). Sie bieten den Versicherten Versicherungsverträge nach Massgabe des KVG an und verwalten die Prämienzahlungen. Mit den Leistungserbringern schliessen sie Tarifverträge über die Vergütung der medizinischen Leistungen ab, wobei Art. 43-52a KVG die Grundsätze der Tarifgestaltung regeln.

- Seitens des **Staates** als Akteur im Krankenversicherungssystem ist zwischen dem Bund und den Kantonen zu unterscheiden, die unterschiedliche Rollen ausüben:

Bund (Bundesrat, EDI, BAG)¹⁴: Die grundsätzliche Rolle des Bundes ist es, für die Einhaltung der Rahmenbedingungen des regulierten Wettbewerbs im Bereich der Krankenversicherung zu sorgen (EDI 2002: 13; Rosenbrock und Gerlinger 2004: 262f.). Dies erfolgt hauptsächlich über das KVG und die darauf basierenden Verordnungen. Im Bereich der OKP hat der Bund verschiedene gesetzgeberische und ausführende Kompetenzen:

- Definition der obligatorisch versicherten Leistungen
- Definition der kassenpflichtigen Arzneimittel und –preise, Zulassung von Heilmitteln, Mitteln und Gegenständen
- Definition der anerkannten Leistungserbringer
- Genehmigung von gesamtschweizerischen Tarifen, Festsetzung bei Nichtzustandekommen
- Zulassung von Krankenkassen, Prämiengenehmigung
- Konkretisierung der Finanzierung der Krankenversicherung (Franchisestufen, Selbstbehalte, Prämienverbilligung etc.)
- Aufsicht über Durchführung der Krankenversicherung und Qualitätssicherung

Kantone¹⁵: Die Kantone sind im Rahmen ihrer eigenständigen Gesundheitspolitik primär für die Sicherstellung der öffentlichen Gesundheitspflege und für die gesundheitspolizeiliche Aufsicht über die Leistungserbringer (Zulassung zur Berufsausübung, Überprüfung der

pflge dienen; Pflegeheime; Heilbäder; Transport- und Rettungsunternehmen sowie Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen.

¹³ Eine zentrale Voraussetzung der Kostenübernahme ist die kumulative Erfüllung der drei Kriterien *Wirksamkeit*, *Zweckmässigkeit* und *Wirtschaftlichkeit* (Art. 32 KVG).

¹⁴ Für eine über den Krankenversicherungsbereich hinausgehende Darstellung der Gesundheitspolitik des Bundes vgl. Achtermann und Berset (2006b: 142ff.).

¹⁵ Zahlreiche Porträts der Gesundheitspolitik einzelner Kantone finden sich bei Achtermann und Berset (2006b) und bei Haari et al. (2001b).

Qualifikation) verantwortlich (EDI 2002: 14). Hinzu kommt die Zuständigkeit für die Ausbildung von Gesundheitspersonal. Die Kantone spielen eine wichtige Rolle in der stationären Gesundheitsversorgung: 59,4% der Spitäler in der Schweiz und 59,9% der sozialmedizinischen Institutionen (Alters- und Pflegeheime sowie Einrichtungen für Behinderte) sind in Besitz der öffentlichen Hand (Kantone und/oder Gemeinden) oder werden öffentlich subventioniert (BFS 2009b: 11; BFS 2009c: 9). Somit führt in der Regel jeder Kanton seine eigene Spitalpolitik und verfügt dadurch über die – je nach Kanton unterschiedlich ausgestaltete – Möglichkeiten, auf die Spitalführung Einfluss zu nehmen (vgl. Rüefli 2005 und 2006). Im Krankenversicherungssystem nehmen die Kantone diverse Vollzugsaufgaben wahr. Diese umfassen die Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht, den Vollzug der Prämienverbilligung, die Planung von Spitälern und Pflegeheimen und tarifrechtliche Aufgaben (Genehmigung von Tarifverträgen zwischen Leistungserbringern und Versicherern bzw. gegebenenfalls deren Ersatzvornahme) (Brunner et al. 2007: 152). Seit 2002 haben die Kantone gestützt auf Art. 55a KVG zudem die Möglichkeit der bedarfsabhängigen Zulassungsbeschränkung von ambulanten Leistungserbringern (vgl. Abschnitt 3.1).

2.2.4 Die Steuerungsstrukturen in der Gesundheitsversorgung

Während der Bund primär über die Regelung der Rahmenbedingungen des Krankenversicherungssystems steuert, verfügen die Kantone hauptsächlich im stationären Bereich über gewisse Steuerungskompetenzen und –pflichten, die sich zum einen aus dem KVG, zum anderen aus den unterschiedlich ausgestalteten kantonalen Gesundheits- und Spitalgesetzen ableiten. Die Steuerung der ambulanten Versorgung erfolgt dagegen primär im Rahmen der Selbstorganisation der Leistungserbringer und ihrer Verbände¹⁶, sowie in den Bereichen der Finanzierung (Tarifverträge) und Qualitätssicherung (Teil der Tarifverträge) über Verhandlungen zwischen Leistungserbringerverbänden und den Krankenversicherern. Die Tarifautonomie zwischen Versicherern und Leistungserbringern ist ein wesentliches Element des liberalen, subsidiären Gesundheitssystems der Schweiz. Innerhalb des von Art. 43-52a KVG abgesteckten Rahmens verfügen die Tarifpartner bei der Gestaltung ihrer vertraglichen Beziehungen über relativ grosse Freiheiten (Schneider 2001). Aufgrund der KVG-Regelungen sind die Versicherer allerdings verpflichtet, mit allen Leistungserbringern, die die Zulassungsbestimmungen von Art. 35-40 KVG erfüllen, Tarifverträge abzuschliessen. Es besteht somit faktisch ein Kontrahierungszwang (Brunner et al. 2007: 155). Die Tarifverträge werden zumeist auf kantonaler Ebene und zwischen den Verbänden der Tarifpartner abgeschlossen (Wylter 2007: 374). Die Tarife sind somit für alle Leistungserbringer, die demselben Vertrag angeschlossen sind, einheitlich. Eine leistungserbringerbezogene Abstufung nach spezifischen Kriterien wie z.B. Qualität, Menge etc. ist im bestehenden System nicht vorgesehen. Der Kontrahierungszwang, die Regulierungen des Tarifwesens im KVG sowie der seit 2002 geltende Zulassungsstopp (vgl. Abschnitt 3.1) führen allerdings zu einer geringen Wettbewerbsintensität unter den ambulanten Leistungserbringern (Hammer et al. 2008).

¹⁶ Die Leistungserbringer verfügen insbesondere bei der Produkt- und Leistungsgestaltung über unternehmerische Gestaltungsmöglichkeiten. Dies beinhaltet auch die Freiheit der Organisation der Versorgung, wie z.B. die Bildung von Gruppenpraxen, Ärztenetzwerken (Hammer et al. 2008: 89f.). Die Verbände spielen eine wesentliche Steuerungsrolle im Bereich der Ausbildung und der Qualifizierung sowie über die jeweiligen Standesordnungen und Richtlinien für die ihnen angeschlossenen Professionen.

Mit Blick auf Abbildung 1 lässt sich somit festhalten, dass sich die Steuerungskompetenzen der Kantone im Bereich der Gesundheitsversorgung – von gewissen Aufsichtsaufgaben im Tarifwesen abgesehen – auf die Gestaltung des Versorgungssystems (Leistungserbringer) beschränken, wobei die Möglichkeiten der Einflussnahme im stationären Bereich grösser ausfallen als im ambulanten Sektor. Die übrigen Teilsysteme (Versicherungssystem, Vergütungs- bzw. Tarifsysteem) werden hauptsächlich über das KVG als Rahmengesetz und damit auf Bundesebene gesteuert. Innerhalb dieses Rahmens kommt der Selbstorganisation über Verbands- bzw. Marktstrukturen eine grosse Bedeutung zu. Dies gilt auch für den Zugang zu medizinischen Leistungen für Versicherte, der aufgrund von Art. 41 KVG kaum staatlicher Regulierung unterliegt.

2.3 Steuerungsobjekte – Wer wird gesteuert?

Beim hier interessierenden Steuerungsobjekt handelt es sich um die ambulante Gesundheitsversorgung. Dabei kann zwischen den Leistungserbringern auf der Angebotsseite und den Patientinnen und Patienten bzw. Versicherten auf der Nachfrageseite unterschieden werden.

2.3.1 Angebotsseite – Ambulante Versorgung

Als Steuerungsobjekt stehen in der vorliegenden Untersuchung die ambulante Versorgung und ihre Schnittstellen zum stationären Bereich im Vordergrund. Unter dem Begriff der ambulanten Versorgung wird jener Leistungsbereich des Gesundheitswesens verstanden, der sich im Gegensatz zum stationären Bereich dadurch auszeichnet, dass der Patient nicht formal in eine Institution wie beispielsweise ein Spital aufgenommen wird und insbesondere nicht über Nacht am Ort der Behandlung verbleibt (OECD 2000: 115).

In der Schweiz findet sich keine allgemeingültige Definition der ambulanten Gesundheitsversorgung; je nach Bereich (KVG, UVG, Statistik, Medizin etc.) wird der Begriff der ambulanten Behandlung leicht unterschiedlich gehandhabt (vgl. Kägi et al. 2004: 2f.). Generell gelten sämtliche Behandlungen und Untersuchungen bei medizinischen Leistungserbringern ausserhalb der stationären Abteilung eines Spitals der Akutsomatik, Rehabilitation oder Psychiatrie sowie ausserhalb der stationären Abteilungen von sozialmedizinischen Institutionen als ambulant.¹⁷

Auf der Ebene der Leistungserbringer umfasst die Dimension der Steuerungsobjekte somit ein breites Spektrum von verschiedenen Akteuren. Eine Kategorisierung findet sich beispielsweise in der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (SR 832.103; Anhang 1):

- Frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte
- Zahnärztinnen und Zahnärzte
- Chiropraktorerinnen und Chiropraktoren
- Apothekerinnen und Apotheker
- Laboratorien
- Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

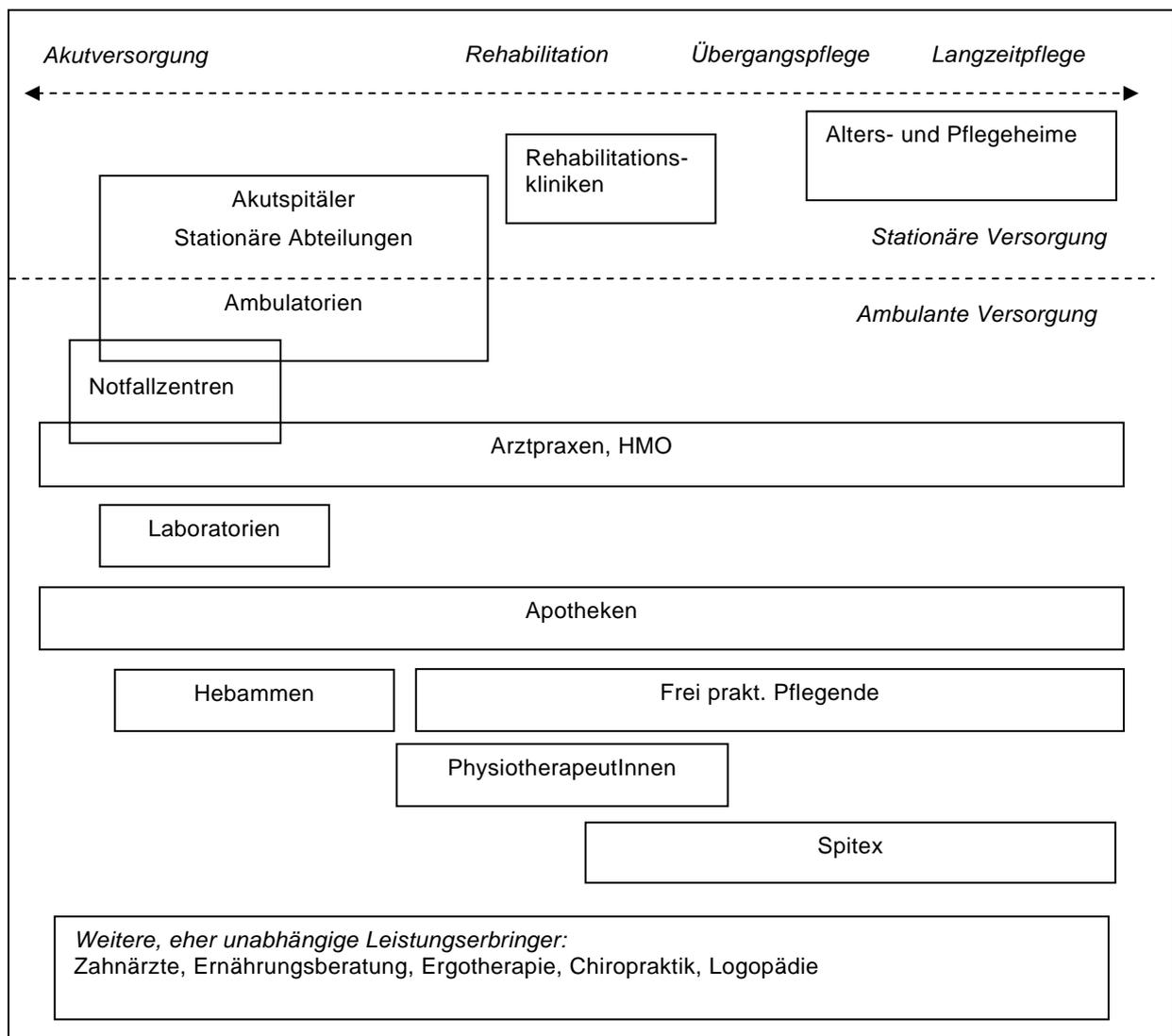
¹⁷ Die Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104) nimmt in Art. 5 eine Negativdefinition ambulanter Behandlungen vor: „Als ambulante Behandlung (...) gelten alle Behandlungen, die nicht stationäre Behandlungen sind. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten ebenfalls als ambulante Behandlung.“

- Pflegefachfrau und Pflegefachmann
- Hebammen
- Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Organisationen der Ergotherapie
- Logopädinnen und Logopäden
- Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex)
- Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater

Neben diesen Leistungserbringern umfasst die ambulante Versorgung auch die ambulanten Abteilungen von Spitälern (Ambulatorien) sowie Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch (angestellte) Ärztinnen und Ärzte dienen (z.B. HMOs, Notfallzentren etc.).

Abbildung 2 verortet die verschiedenen ambulanten und stationären Leistungserbringer im Versorgungsgeschehen – annäherungsweise – entlang der Versorgungskette.

Abbildung 2: Bereiche und Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung



(eigene Darstellung)

Die zahlenmässig und kostenseitig wichtigste Leistungserbringerkategorie in der ambulanten Gesundheitsversorgung stellen die Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis dar. Sie nehmen in der ambulanten Versorgung eine Schlüsselstellung ein (vgl. EDI 2002: 11), indem sie zum einen in der Regel die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten sind, zum anderen eine – explizite oder implizite – Gatekeeperfunktion ausüben, indem sie Patientinnen und Patienten bei Bedarf an andere, so genannte delegierte Leistungserbringer weiter verweisen oder weiterführende stationäre Behandlungen veranlassen. Gemäss FMH-Statistik (FMH 2009) waren 2008 15'090 der total 29'653 berufstätigen Ärzte hauptsächlich im ambulanten Sektor aktiv.¹⁸

Ein grosser Teil der ambulanten Leistungserbringer ist privatwirtschaftlich organisiert, d.h. sie agieren als selbständig erwerbende Einzelpersonen oder als (Klein-)Unternehmen.¹⁹ Sie folgen somit zumindest im Grundsatz einer unternehmerischen Logik (vgl. dazu Hammer et al. 2008: 89ff.; Saltman und Busse 2002). Ausnahmen bilden die Spitex-Organisationen, von denen die meisten (2007: 89%, vgl. BFS 2009d: 10) als privatrechtlich-gemeinnützige Vereine organisiert sind, und die Spitalambulatorien, die Teile einer grösseren Organisationseinheit – eines Spitals – sind, deren Handlungslogik von der Trägerschaft (öffentlich oder privat) und Ausrichtung (gewinnorientiert oder gemeinnützig) abhängt.

2.3.2 Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

Dass die Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung prinzipiell anhand der Form und Dauer der Behandlung erfolgt und in der Schweiz je nach Sozialversicherungszweig unterschiedlich gehandhabt wird (vgl. Abschnitt 2.3.1) weist darauf hin, dass sich die beiden Versorgungsbereiche nicht trennscharf voneinander abgrenzen lassen, sondern fließende Übergänge und Berührungspunkte bestehen. Ausgehend vom Behandlungspfad von Patientinnen und Patienten können konzeptionell die folgenden Typen von Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung identifiziert werden:²⁰

- Bereichsübergreifende Versorgung durch denselben Leistungserbringer (z.B. ambulante und stationäre Abteilungen eines Spitals; Spitalärzte mit privater Tätigkeit)
- Übergänge im Behandlungspfad von Patienten (z.B. Überweisung Arzt → Spital; Spital → Spitex)
- Gemeinsame Versorgung durch mehrere Leistungserbringer aus beiden Bereichen (z.B. Zusammenarbeit zwischen stationärer Einrichtung und Hausarzt, Physiotherapeutin oder Spitex in den Bereichen Rehabilitation, Übergangspflege und Palliative Care; integrierte Versorgungsnetze)

Die Auflistung dieser verschiedenen Formen von Schnittstellen macht deutlich, dass gewisse Wechselwirkungen zwischen den beiden Versorgungsbereichen bestehen. Dies zeigt auch die Entwicklung des medizinischen Versorgungsgeschehens, das eine zunehmende Verlagerung von Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich anstrebt (vgl. zu dieser Frage Kägi et

¹⁸ Für Angaben zu weiteren Leistungserbringerkategorien vgl. Andreani et al. (2009: 300).

¹⁹ Gemäss FMH-Statistik waren 2008 rund 93% der Ärzte mit Hauptbeschäftigung im ambulanten Sektor Praxisinhaber oder Praxisteilhaber (Kraft 2009: 457).

²⁰ Diese Aufstellung gilt primär für die akutsomatische Versorgung. In der Psychiatrie kommen teilweise zusätzliche Strukturen wie z.B. Tages- oder Nachtkliniken hinzu.

al. 2004). Es ist somit davon auszugehen, dass Steuerungsmassnahmen in einem der beiden Versorgungsbereiche sich entsprechend auch auf den anderen Bereich auswirken, dass z.B. spitalpolitische Interventionen auch Konsequenzen für die ambulanten Leistungserbringer haben. Umgekehrt stellt das ambulante Versorgungsgeschehen eine Rahmenbedingung für spitalpolitische Massnahmen wie z.B. die Spitalplanung dar. In diesem Zusammenhang bedauern kantonale Gesundheitsbehörden verschiedentlich, dass sie bei der Steuerung im stationären Bereich diesen Wechselwirkungen nur ungenügend Rechnung tragen können, weil ihnen die Informationen über die ambulante Versorgungssituation fehlen und deshalb nur eine partielle Optik haben (Rüefli 2006).

2.3.3 Steuerungsebenen

Seitens der Steuerungsobjekte lassen sich in Anlehnung an Groenewegen et al. (2002: 202f.) und Chinitz (2002: 62ff.) drei verschiedene Ebenen unterscheiden, an denen Steuerung der Gesundheitsversorgung ansetzen kann:

Tabelle 2: Ebenen der Versorgungssteuerung

Ebene	Dimension	Ausprägungen
Makroebene	Rahmenbedingungen	Gesundheitssystem, Finanzierungsmechanismen, Qualifikationsanforderungen, Zulassungsbedingungen, Rechte und Pflichten etc.
Mesoebene	Versorgungsstruktur	Marktstruktur und Versorgungsniveau: Anzahl, geographische und fachliche Verteilung der Leistungserbringer, Leistungskapazität, Versorgungsqualität
Mikroebene	Leistungserbringung, Behandlungsaktivitäten	(betriebs-)interne Strukturen und Prozesse, Verhalten der Leistungserbringer

Mit Blick auf die Grundlagen und die Kompetenzordnung im schweizerischen Gesundheitssystem (vgl. Abschnitt 3.2.3) steht im Rahmen der vorliegenden Studie die Beeinflussung der Mesoebene im Vordergrund der Betrachtung. Es wird hier primär die Steuerung der Versorgungsstruktur (Organisation und Rahmenbedingungen der Leistungserbringung) thematisiert, nicht die Möglichkeiten des Schnittstellenmanagements zwischen/unter Leistungserbringern oder die Steuerung der Leistungserbringung auf der Ebene konkreter medizinischer Behandlungen (Mikroebene).

2.3.4 Nachfrageseite – Versicherte bzw. Patientinnen und Patienten

Die Nachfrageseite der ambulanten Versorgung umfasst alle Personen, die effektiv oder potenziell medizinische Leistungen der in Abschnitt 2.3.1 erwähnten Leistungserbringer in Anspruch nehmen. Aufgrund des Versicherungsobligatoriums (Art. 3 KVG) sind dies prinzipiell sämtliche Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz sowie selbstzahlende Personen ausserhalb dieses Versichertenkollektivs.

Nach KVG versicherte Personen sind insofern Steuerungsobjekte, als dass das KVG die Bedingungen des Leistungsbezugs im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung regelt. So haben sie das Recht, die in Art. 25-31 KVG und in der KLV abschliessend definierten Pflichtleistungen der Grundversicherung in Anspruch zu nehmen. Dabei besteht innerhalb gewisser Grenzen weitgehend freie Wahl des Leistungserbringers (Art. 41 KVG). Im Rahmen besonderer Versicherungsmod-

delle (Managed Care) können Versicherte diese Wahlfreiheit freiwillig einschränken (Art. 41 Abs. 4 und Art. 62 KVG). Das KVG regelt des Weiteren die Kostenbeteiligung der Versicherten bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen via Franchise und Selbstbehalt (Art. 64 KVG).

Versicherte sind hauptsächlich Steuerungsobjekte in Bezug auf ihre Beziehung zu den Krankenversicherern. Hinsichtlich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sind sie hingegen nicht direkte Adressaten staatlicher Steuerung. Eine direkte Nachfragesteuerung findet allenfalls im Rahmen des Versicherungsverhältnisses statt, z.B. über verschiedene Formen von Fall- und Disease-Management (Hammer et al. 2008: 49) oder über besondere Versicherungsformen (Managed Care-Modelle). Mangelnde Konsumentensouveränität und Informationsunvollkommenheiten im Gesundheitsmarkt (vgl. Breyer et al. 2004; Sommer 1999) rechtfertigen allerdings spezifische staatliche Eingriffe zur Sicherstellung eines Mindestniveaus an Qualität (z.B. staatliche Zulassungsverfahren für Leistungserbringer, Ausdehnung der Produkthaftung auf ärztliche Leistungen) (Hammer et al. 2008: 33f.). Derartige Interventionen können als indirekte Nachfragesteuerung aufgefasst werden.

2.4 Steuerungsziele – Was bezweckt die Steuerung?

Aus policy-analytischer Sicht umschreibt ein Ziel angestrebten den Zustand in einem bestimmten Problemfeld, der über steuernde Interventionen hergestellt werden soll (Knoepfel et al. 1997: 80). Steuerung der Gesundheitsversorgung kann vielfältige Ziele verfolgen, die sich ebenso auf unterschiedlichen Ebenen verorten lassen.²¹ Analytisch können zwei Zieldimensionen unterschieden werden. Eine Dimension beinhaltet die Gestaltung des Versorgungssystems, d.h. des Versorgungsangebots und des Zugangs dazu, die andere Dimension umfasst den Outcome des Versorgungssystems, der seinerseits in *health system outcomes* (Versorgungsgerechtigkeit, Effizienz, Effektivität, Qualität) und *health outcomes* (Gesundheit) differenziert werden kann (vgl. Ellenweig 1992 in Müller 2002: 161).

Während in der Schweiz politisch verbindliche nationale *Gesundheitsziele* bislang fehlen (Achtermann und Berset 2006b: 145)²², bilden auf Bundesebene die Stärkung der Solidarität zwischen Versicherten mit unterschiedlichem Krankheitsrisiko und mit unterschiedlichem Einkommen, die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden, aber für alle finanziell tragbaren medizinischen Versorgung sowie die Kostendämpfung die drei zentralen Ziele des *Krankenversicherungsgesetzes* (BSV 2001: 1). Diese Ziele betreffen die Dimension der *health system outcomes* und sind somit auch für die Versorgungssteuerung relevant. Für die kantonale Ebene können aus der Analyse der Versorgungspolitik von neun Kantonen im stationären Bereich anhand von Gesundheitsleitbildern, Gesundheitsgesetzen und Expertengesprächen ähnliche Ziele abgeleitet werden (vgl. Rüefli 2006).

²¹ Saltman und Busse (2002: 13ff.) unterscheiden diesbezüglich gesellschaftliche und wirtschaftliche Policy-Ziele (*policy objectives*), die am allgemeinen Interesse der Gesamtbevölkerung ausgerichtet sind, und auf die Steuerung des Gesundheitssystems bezogene Managementziele (*managerial mechanisms*). Policy-Ziele sind dabei z.B. Gleichheit und Gerechtigkeit im Zugang zu Versorgung; gesellschaftlicher Zusammenhalt; wirtschaftliche Effizienz; Gesundheit und Sicherheit; informierte und gebildete BürgerInnen; individuelle Wahlfreiheit. Managementziele sind für Saltman und Busse die Regulierung von Qualität und Wirksamkeit, des Patientenzugangs, des Anbieterverhaltens (Organisation der Versorgungsstruktur, Koordination), der Finanzierer (Tarifsystem, Vertragsregeln, Risikoausgleich, Buchhaltungsregeln etc.), von Heilmitteln und von Ärzten/Leistungserbringern: (Höhe der Entschädigung, Zulassungsanforderungen (Qualifikation), Haftungsregelungen etc.).

²² Im Rahmen des Entwurfs des Bundesgesetzes über Prävention und Gesundheitsförderung (Bundesrat 2009b) ist die Erarbeitung von nationalen Gesundheitszielen als eines von drei Steuerungsinstrumenten vorgesehen.

Als Zieldimensionen stehen hier die Versorgungssicherheit, die Wirtschaftlichkeit und eine hohe Qualität des Versorgungssystems im Vordergrund.

Somit lassen sich die in Tabelle 3 aufgeführten grundlegenden Zieldimensionen kantonaler Versorgungssteuerung ableiten. Es handelt sich bei dieser Zusammenstellung nicht um eine empirisch gestützte Auflistung effektiv verfolgter Ziele, sondern um eine theoretisch-analytisch hergeleitete Auslegeordnung. Entsprechend kann sie auch nicht Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Die versorgungspolitischen Zielsysteme präsentieren sich in jedem Kanton unterschiedlich (vgl. Achtermann und Berset 2006b) und können auch bevölkerungsbezogene Ziele wie z.B. Chancengleichheit im Zugang zur Versorgung beinhalten. Da die Kantone nur über beschränkte Finanzierungs- und Steuerungskompetenzen im ambulanten Bereich verfügen, ist davon auszugehen, dass ihre Steuerungsziele auf einer eher abstrakten, allgemeinen Ebene zu verorten sind. Zu vermerken ist auch, dass die verschiedenen Zieldimensionen teilweise untereinander zusammenhängen. So hat z.B. die Organisation der Versorgung einen Einfluss auf die Effizienz oder die Qualität.

Tabelle 3: Zieldimensionen der Versorgungssteuerung

Dimension	Indikatoren/Fragen	Inhalte/angestrebter Zustand (Beispiele)
Gestaltung des Versorgungssystems		
Angebotsstruktur	<ul style="list-style-type: none"> - Volumen (Anzahl und Leistungskapazität der LE) - Fachliche und geographische Verteilung des Versorgungsangebots 	<ul style="list-style-type: none"> - Bedarfsgerechte Versorgung, d.h. Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung (Systemebene) - Patientennähe
Organisation der Versorgung (Angebot)	<ul style="list-style-type: none"> - Zuständigkeit für Leistungen und Angebote - Organisationsformen, Zusammenarbeitsstrukturen von Leistungserbringern 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation der Notfallversorgung - Organisation der Medikamentenabgabe - Gruppen- statt Einzelpraxen, Gesundheitszentren, Ärztenetze, bereichsübergreifende integrierte Versorgung etc.
(Struktur-)Qualität ²³ der Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Qualifikation der Leistungserbringer - Infrastruktur 	<ul style="list-style-type: none"> - Patientensicherheit - Schutz der Bevölkerung vor gesundheitsschädigenden Behandlungen
Zugangsregulierung	Wer kann unter welchen Bedingungen welche Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen?	<ul style="list-style-type: none"> - Abbau von Zugangshürden - Bedarfsgerechte Versorgung, d.h. Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung (Individualebene) - Kosteneffizienz
Behandlungsallokation (Nachfrage)	Wer soll in welcher Situation welche Behandlung in welcher Form erhalten?	<ul style="list-style-type: none"> - Bedarfsgerechte Versorgung, d.h. Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung (Individualebene) - Kosteneffizienz - Schnittstellenmanagement
Outcomes des Versorgungssystems		
Kosten/Effizienz	<ul style="list-style-type: none"> - Kosten pro Versicherte Person - Krankenkassenprämien 	<ul style="list-style-type: none"> - Begrenzung der finanziellen Belastung der Kantonsbevölkerung - Begrenzung der öffentlichen Gesundheitsausgaben
Versorgungsgerechtigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Notfallnetz - Keine Wartelisten 	<ul style="list-style-type: none"> - Gleicher Zugang zu Versorgung für alle Versicherten mit gleichen Bedürfnissen
Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> - Morbidität - Mortalität 	<ul style="list-style-type: none"> - Guter Gesundheitszustand der Bevölkerung

²³ Qualität umfasst gemeinhin die drei Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Andreani et al. 2009: 308). Hier wird nur die Strukturqualität als eigenständige Dimension ausgewiesen. Die Prozessqualität ergibt sich u.a. aus der Angebotsstruktur und der Organisation der Versorgung sowie der konkreten Interaktion der verschiedenen Leistungserbringer, und die Ergebnisqualität ist in einem weiten Sinn die Gesundheit, d.h. der health outcome.

2.5 Steuerungsansätze und -instrumente – Wie wird gesteuert?

Staatliche Steuerung kann verschiedene Erscheinungsformen aufweisen. Entsprechend finden sich sowohl je nach Wissenschaftszweig als auch innerhalb dieser Zweige unterschiedliche Kategorisierungen der Ansätze und Instrumente, die zur Verfolgung von Steuerungszielen zur Anwendung kommen (vgl. Saltman und Busse 2002). In der Gesundheitspolitik und –ökonomie dominiert auf einer Makroebene in der Regel die Gegenüberstellung der beiden Grundformen Staat und Markt mit den archetypischen Steuerungsmechanismen Planung und Wettbewerb (z.B. Sommer 1999; Spycher 2004a). In der Schweiz, die im internationalen Vergleich ein sehr marktorientiertes System aufweist (vgl. Abschnitt 2.2.1) steht zurzeit das Konzept des regulierten Wettbewerbs, das Elemente dieser beiden Grundformen vereint, als anzustrebendes Modell im Vordergrund (Hammer et al. 2008; OECD 2006: 173; Spycher 2005).

Unterhalb dieser Makroebene lassen sich policy-analytisch verschiedene Formen und Mechanismen staatlicher Steuerung unterscheiden, über welche die Adressaten staatlicher Massnahmen (Steuerungsobjekte) so beeinflusst werden sollen, damit sich die angestrebten Politikziele einstellen. Auch diesbezüglich existieren verschiedene Typologien (vgl. Bemelmans-Vidéc et al. 1998; Braun und Giraud 2003; Braun und Uhlmann 2008), die in der Regel die folgenden Grundformen von Steuerungsinstrumenten umfassen:

- Staatliche Leistungserbringung
- Regulierung, Festlegung von Rechten und Pflichten (Gebote und Verbote)
- Finanzielle Anreize (positiv/negativ)
- Information/Überzeugung (Persuasion)
- Strukturierung, prozedurale Steuerung

Staatliches Steuerungshandeln bedient sich in aller Regel mehrerer Elementen gleichzeitig und kombiniert diese verschiedenen Formen von Steuerungsinstrumenten. Die Zusammensetzung dieses Instrumentenmix' bzw. die Wahl der bevorzugten Instrumente ist das – sich stetig wandelnde – Ergebnis politischer Prozesse und damit abhängig von verschiedenen Faktoren institutioneller, ideologischer und interessenbezogener Art (vgl. Braun und Uhlmann 2008).

Aus den begrenzten Zuständigkeiten staatlicher Akteure in der Steuerung der ambulanten Gesundheitsversorgung in der Schweiz (vgl. Abschnitt 2.2.3) ergibt sich ein entsprechend eingeschränktes Repertoire von Steuerungsinstrumenten, die dem Bund und den Kantonen zur Verfolgung der oben aufgeführten Steuerungsziele zur Verfügung stehen. Diese Instrumente ergeben sich im Wesentlichen aus dem KVG und anderen Bundesgesetzen, die Teilbereiche der medizinischen Versorgung regeln, sowie aus den (Gesundheits-)Gesetzen der einzelnen Kantone. Weil jeder Kanton im Rahmen seiner eigenen Gesundheitspolitik über einen spezifischen Instrumentenmix verfügt, ist die nachfolgende Auflistung als deduktiv hergeleitete Auslegeordnung zu verstehen, nicht als allgemeingültige Zusammenstellung der vorhandenen Instrumente. Eine empirisch abgestützte Erhebung der von den Kantonen effektiv eingesetzten Instrumente fehlt bislang. Hinweise zur Steuerungspraxis einzelner Kantone finden sich bei Achtermann und Berset (2006b) und Haari et al. (2001a und 2001b), und Kapitel 4 des vorliegenden Berichts liefert erste Ansätze einer systematischen Übersicht.

- Im Vordergrund stehen primär **Instrumente mit regulierendem Charakter**, welche die Rahmenbedingungen der Ausbildung, der Zulassung zur Ausbildung (numerus clausus) Berufsausübung bzw. zur Tätigkeit zulasten der OKP (vgl. Abschnitt 3.1), des Tarifwesens und der Qualitätssicherung definieren und entsprechende Mindestanforderungen festlegen. Die staatlichen Aktivitäten beinhalten hier die Definition von Vorgaben (z.B. Medizinalpersonengesetz, Lehrpläne), die Zuteilung von Rechten und Pflichten (z.B. Erlaubnis oder Verbot der Medikamentenabgabe durch Ärztinnen und Ärzte) und die Überprüfung bzw. Aufsicht über deren Einhaltung (Erteilung von Berufsausübungsbewilligungen und OKP-Zulassungen, Genehmigung von Tarifen und Qualitätssicherungsverträgen etc.). Weil sich die stationären Versorgungsstrukturen auch auf die ambulante Versorgung auswirken, tragen indirekt auch regulierende Instrumente der Spitalpolitik wie z.B. die Kapazitätsplanung von Spitälern und Pflegeheimen oder Leistungsaufträge an Spitäler zur Steuerung des ambulanten Bereichs bei (vgl. Abschnitt 3.2).
- Neben diesen Regulierungskompetenzen haben die Kantone direkte Steuerungsmöglichkeiten in den Bereichen, in denen sie **selber Leistungen erbringen**, d.h. beim Betrieb von Spitälern²⁴ (Spitalambulatorien) und von Ausbildungsstätten für Gesundheitspersonal.
- Weitere Ansätze zur Steuerung ergeben sich über die bestehenden **Finanzierungszuständigkeiten** der Kantone. Wie aus Tabelle 1 hervorgeht, tragen die Kantone lediglich im Bereich der Spitex zur direkten Finanzierung der ambulanten Versorgung bei. Entsprechend haben sie die Möglichkeit, über Kostengutsprachen an Spitexbehandlungen die Behandlungsallokation zu beeinflussen und so die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Langzeitpflege zu bewirtschaften (vgl. hierzu Abschnitt 3.2). In ähnlicher Weise bestehen gewisse Möglichkeiten, über die Ausgestaltung der Spitalfinanzierung, z.B. über Globalbudgets, indirekt auf die (spital-)ambulante Versorgung Einfluss zu nehmen. Den Kantonen steht es zudem frei, über ihre gesetzlichen Zuständigkeiten hinaus **finanzielle Anreize** zu schaffen, um erwünschte Entwicklungen anzuregen bzw. unerwünschte Entwicklungen abzuwenden. Sie können beispielsweise Prozesse zur Bildung gewisser Organisationsformen (Managed Care, Versorgungsnetze) und innovative Projekte zur Qualitätssicherung finanziell unterstützen oder die Ansiedlung von Ärztinnen und Ärzten in unterversorgten Regionen fördern, indem sie Investitionsdarlehen vergeben oder Praxisräumlichkeiten zur Verfügung stellen.
- Eher auf der Nachfrageseite setzen **persuasive Instrumente** an. So können die Kantone z.B. Informationsmassnahmen ergreifen, um auf das Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung einzuwirken. Ein denkbare Beispiel wäre eine Kampagne zur Sensibilisierung der Bevölkerung für das Hausarztmodell, um den zunehmenden Zustrom von Patienten in Spitalambulatorien zu dämpfen. In dieselbe Richtung gehen Massnahmen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung²⁵, welche beim Gesundheitsverhalten der Be-

²⁴ Bezüglich der Organisation, Führung und Steuerung von Spitälern finden sich in den Kantonen unterschiedliche Modelle mit unterschiedlich starkem Einfluss der Behörden und verschiedene Entwicklungstendenzen (Meister 2008; Rüefli 2006).

²⁵ Gesundheitsförderung und Prävention beinhalten selbstverständlich nicht nur persuasive Massnahmen, sondern bedienen sich auch der anderen Instrumententypen (vgl. Hurrelmann et al. 2007).

völkerung ansetzen und darauf abzielen, den Bedarf an medizinischen Behandlungen von vornherein zu minimieren.²⁶

- Potenzial bietet auch das Konzept der **prozeduralen Steuerung** mittels Strukturierung. Dieser Steuerungsansatz setzt nicht an materiellen Anreizen oder rechtlichen Normen an, sondern bezeichnet Bemühungen, das Verhalten von gesellschaftlichen Individuen und Organisationen über Verhaltensangebote zu beeinflussen, z.B. indem Institutionen oder Infrastruktur zur Verfügung gestellt und so den gesellschaftlichen Akteuren neue Handlungsmöglichkeiten eröffnet werden, oder durch die Gestaltung von Verfahrensformen bei Entscheidungsprozessen (Braun und Giraud 2003: 150f.). Staatliche Akteure dienen so als Moderatoren oder Initianten von Entwicklungen, in dem sie Impulse setzen, nicht-staatliche Akteure zusammenbringen und dazu motivieren und/oder befähigen, selber in einem bestimmten Sinn aktiv zu werden. Ein konkretes Beispiel für derartige „weiche“ Steuerung findet sich im Projekt „Integriertes Managed Care Thurgau“ (Muggli und Baumberger 2003; Winkler 2004). Ein anderes denkbare, nicht empirisch fundiertes Beispiel wäre die Bildung einer Arbeitsgruppe unter dem Vorsitz der kantonalen Gesundheitsbehörde, um gemeinsam mit den Spitälern und der Ärzteschaft ein neues Modell zur Organisation der Notfallversorgung zu erarbeiten.

2.6 Zwischenfazit

Nach dieser grundlegenden Auslegeordnung der verschiedenen Dimensionen und Elemente staatlicher Steuerung erfolgt eine zusammenfassende Würdigung der in der Schweiz gegebenen Voraussetzungen für die Steuerung der ambulanten Gesundheitsversorgung und ihrer Schnittstellen zur stationären Versorgung. Es geht insbesondere darum, die sich daraus ergebenden Folgen für die Versorgungssteuerung durch die Kantone zu diskutieren. Damit wird hier die erste der eingangs aufgeworfenen Untersuchungsfragen (Abschnitt 1.2) erörtert.

Übertragen auf die Problemlösungsperspektive der Policy-Analyse besteht politische Steuerung darin, dass Akteure des politisch-administrativen Systems Steuerungsinstrumente einsetzen, um bestimmte Zielgruppen (Politikadressaten) zu Verhaltensänderungen zu bewegen, welche ihrerseits zur Beseitigung oder Linderung eines politisch als problematisch definierten Zustands beitragen sollen (vgl. z.B. Knoepfel et al. 2006). Damit staatliche Akteure überhaupt in der Lage sind zu steuern, d.h. gestaltend und verändernd in gesellschaftliche Strukturen und Prozesse einzugreifen,²⁷ müssen verschiedene Voraussetzungen gegeben sein (vgl. Mayntz 1987; Rüefli 2004a):

Die erste zentrale Grundbedingung sind **Steuerungskompetenzen**: Die Steuerungssubjekte, d.h. die staatlichen Akteure müssen grundsätzlich über die Zuständigkeit zur Steuerung verfügen. In der Schweiz ist für staatliches Handeln in der Regel eine gesetzliche Grundlage erforderlich. Um steuernd aktiv werden zu können, benötigen die Kantone somit eine Rechtsgrundlage als Legitima-

²⁶ In diesem Zusammenhang sei auch auf die Bedeutung einer multisektoralen Gesundheitspolitik (BAG 2005; Kickbusch 2008) verwiesen, die bei den Gesundheitsdeterminanten ansetzt und so versucht, potenzielle gesundheitliche Belastungen zu minimieren.

²⁷ Selbstverständlich stellt sich in diesem Zusammenhang die Grundsatzfrage, ob staatliche Akteure überhaupt steuern sollen oder nicht. Diese Frage soll hier allerdings nicht erörtert werden. Der vorliegende Bericht geht von der Prämisse aus, dass Steuerungsbedarf besteht, der auch auf politischer Ebene als relevant betrachtet wird und Gegenstand verschiedener Diskussionen über mögliche Lösungen darstellt (vgl. Abschnitt 1.1). Ausgehend von dieser Feststellung erörtert der Bericht die Voraussetzungen und Möglichkeiten staatlicher Steuerung, ohne diese a priori als anzustrebendes Ideal zu verstehen.

tion. Ist diese gegeben, stellt sich als zweite zentrale Grundbedingung die Frage der **Steuerungsfähigkeit**: Die für die Steuerung zuständigen Akteure müssen in der Lage sein, die zur Beeinflussung der Steuerungsobjekte notwendigen Interventionen zu konzipieren und umzusetzen. Eine dritte Frage betrifft die **Steuerbarkeit**: Sie ist dann gegeben, wenn die getroffenen Steuerungsmaßnahmen die erwünschten Wirkungen hervorrufen. Die ersten beiden dieser Voraussetzungen sollen nachfolgend anhand der bisherigen Ausführungen diskutiert werden.²⁸

2.6.1 Steuerungskompetenzen

Die in der Schweiz sehr ausgeprägte Fragmentierung von Finanzierungs- und Steuerungszuständigkeiten (vgl. OECD 2006) in der Gesundheitsversorgung (unterschiedliche Finanzierung der stationären und der ambulanten Versorgung; föderalistische Aufgabenteilung) stellt ein Strukturmerkmal dar, das kantonale Steuerung prinzipiell erschwert. So sind die Kantone zwar prinzipiell für die Gewährleistung der Versorgungssicherheit zuständig (Spycher 2009: 289), verfügen jedoch aufgrund der gesetzlichen Zuständigkeitsregelungen nur über beschränkte Steuerungskompetenzen, die sich hauptsächlich auf den stationären Bereich erstrecken. Zum einen werden viele Teilbereiche des Gesundheitswesens, so auch die Rahmenbedingungen für die ambulante Versorgung, auf Bundesebene im Rahmen des KVG geregelt, zum anderen sind sehr viele Regelungskompetenzen an die Tarifpartner bzw. die Organisationen der Leistungserbringer delegiert. Den Kantonen verbleiben in diesem Steuerungsarrangement nur wenige Möglichkeiten, gestaltend auf die ambulante Versorgung und ihre Schnittstellen zum stationären Bereich einzuwirken (vgl. Abschnitt 2.5). Über die Regulierung verschiedener Rahmenbedingungen – insbesondere der Zulassung – und die Spitex-Finanzierung hinaus haben sie kaum direkten Zugriff auf die Leistungserbringer und das Versorgungsgeschehen. Von den in Tabelle 3 aufgeführten Zieldimensionen sind somit prinzipiell primär die Angebotsstruktur, die Organisation und die Strukturqualität der Versorgung von den Kantonen teilweise beeinflussbar, während ihnen zur Verfolgung der übrigen Zieldimensionen die Kompetenzen und Instrumente weitgehend fehlen. Das bestehende Steuerungssetting belässt den Kantonen aber durchaus Raum, im Rahmen ihrer gesundheitspolitischen Autonomie gestaltend in die ambulante Versorgung einzugreifen, so z.B. über die finanzielle Unterstützung von Projekten und Strukturen oder über prozedurale Steuerung, d.h. das Initiieren und Moderieren von Entwicklungsprozessen, die von den Tarifpartnern bzw. den Leistungserbringern getragen und umgesetzt werden. Ob und wie dieser Spielraum für gesundheitspolitische Gestaltung allerdings genutzt wird, ist abhängig von der Akteurkonstellation in einem Kanton, der vorherrschenden „Governance-Kultur“, vom politischen Willen und Engagement, der Innovationsbereitschaft der Behörden und letztlich auch von einzelnen Personen und ihren Ideen (vgl. Braun und Etienne 2004; Rogers 2003).

²⁸ Die Steuerbarkeit eines Politikfeldes kann anhand einer Analyse der Effektivität und der Wirksamkeit staatlicher Massnahmen ex post beurteilt werden (vgl. Knoepfel et al. 2001: 262ff.). Bislang liegen jedoch nur wenige Wirkungsanalysen zu Massnahmen ambulanter Versorgungssteuerung vor, was eine systematische Beurteilung dieser Frage erschwert. Zur Steuerbarkeit im Fall des Zulassungsstopps für ambulante Leistungserbringer äussert sich jedoch Abschnitt 3.1 dieses Berichts.

2.6.2 Steuerungsfähigkeit

Steuerungsfähigkeit wird gemeinhin von drei Voraussetzungen abhängig gemacht (Schmidt 1995: 938): Sie erfordert erstens Möglichkeiten, in das zu steuernde System einzugreifen (einschliesslich die Fähigkeit, die entsprechenden Massnahmen zu konzipieren und politisch zu beschliessen).²⁹ Dies beinhaltet zweitens die Fähigkeit zur Beobachtung der relevanten Anfangsbedingungen und drittens Kenntnis der Zusammenhänge zwischen Steuerungsmassnahmen, Anfangsbedingungen und erwarteten Wirkungen, d.h. valide Programmtheorien bzw. Wirkungsmodelle (vgl. Knoepfel et al. 2006: 63ff.).

Fähigkeit zur Konzeption und Umsetzung von Massnahmen

Wie oben dargelegt sind die Möglichkeiten der Kantonsbehörden, auf die ambulante Versorgung Einfluss zu nehmen aufgrund der institutionellen Rahmenbedingungen und Zuständigkeitsregelungen beschränkt und bildet systembedingt die Regelung der Zulassung von Leistungserbringern zur Versorgungstätigkeit den zentralen Ansatzpunkt für steuernde Interventionen. Weitere Ansatzpunkte können im Rahmen der kantonalen Gesetzgebung geschaffen werden.

Neben dem Vorhandensein solcher institutioneller Ansatzpunkte ist die Fähigkeit zur Konzeption und Umsetzung von Massnahmen abhängig von der Ausgestaltung (Organisationsstruktur) und Kapazität (Grösse, Ressourcen, Fachwissen etc.) der zuständigen Verwaltungsbehörde (Egeberg 2003). Aufgrund der ausgeprägten Heterogenität der kantonalen Verwaltungsstrukturen (Koller et al. 2009) ist davon auszugehen, dass in den Kantonen diesbezüglich unterschiedliche Voraussetzungen bestehen.

Die Erarbeitung von Steuerungsmassnahmen ebenso wie die Schaffung allenfalls notwendiger gesetzlicher Grundlagen für solche Massnahmen ist mit verwaltungsinternen und/oder politischen Entscheidungsprozessen verbunden. Die Steuerungsfähigkeit staatlicher Akteure hängt somit auch davon ab, ob es gelingt, griffige Massnahmen zu beschliessen. Damit rücken die institutionelle Beschaffenheit der Entscheidungsprozesse und die Akteur- und Interessenkonstellation (Wer entscheidet? Wer ist betroffen? Wer profitiert? Welche Vetomöglichkeiten bestehen?) ins Blickfeld des Interesses (vgl. Burau et al 2009; Knoepfel et al. 2006: 131ff.). Verschiedene Studien (z.B. Braun und Uhlmann 2008; Immergut 1992; Rüefli 2004a) weisen darauf hin, dass diesen Faktoren eine zentrale Bedeutung zukommt und einen grossen Beitrag an die Erklärung der sowohl auf Bundes- wie auf Kantonsebene bestehenden politischen Reformblockaden im Gesundheitswesen leisten. Die ausgeprägte Vetomacht der Betroffenen – nicht zuletzt begründet durch die ausgeprägte Autonomie und die damit zusammenhängende Organisations- und Konfliktfähigkeit der ambulanten Leistungserbringer – stellt eine zentrale Einschränkung der staatlichen Steuerungsfähigkeit im Gesundheitswesen dar (vgl. Immergut 1992; Groenewegen et al. 2002: 209).

²⁹ Ergänzend können auch eine adäquate Umsetzungsstruktur (Behördenarrangement, vgl. Knoepfel et al. 2006) und Durchsetzungsvermögen der Steuerungssubjekte gegenüber den Steuerungsobjekten (Mayntz 1987) als Voraussetzungen für Steuerungsfähigkeit gesehen werden.

Fähigkeit zur Beobachtung der relevanten Ausgangsbedingungen

In Zusammenhang mit der Versorgungssteuerung stellen angebotsseitig beispielsweise die Anzahl und die fachliche/regionale Verteilung der Leistungserbringer, deren Leistungsvolumen und Qualifikation sowie die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung, nachfrageseitig die Bevölkerungsstruktur, die Morbidität und das Inanspruchnahmeverhalten der zu versorgenden Bevölkerung relevante Anfangsbedingungen dar, über welche die Steuerungsakteure Kenntnis haben sollten, um steuernd in die Gesundheitsversorgung einzugreifen (vgl. Rüefli 2004a).³⁰

Diesbezüglich besteht erstens eine steuerungsrelevante Informationsasymmetrie: Aufgrund ihrer beschränkten Zuständigkeit für die ambulante Gesundheitsversorgung erheben die Kantone in der Regel keine systematischen statistischen Informationen über die Versorgungssituation im ambulanten Bereich (vgl. Rüefli 2004b: 17f.).³¹ Demgegenüber verfügen die Leistungserbringer bzw. ihre Verbände und die Krankenversicherer als deren Tarifpartner über aktuelle und detaillierte Daten zum Versorgungsgeschehen und damit über bessere Bedingungen zur Beobachtung der relevanten Anfangsbedingungen als die staatlichen Akteure. Um diese Informationsasymmetrie auszugleichen, müssten die kantonalen Gesundheitsbehörden entweder eigene Erhebungen durchführen, was jedoch mit Aufwand und potenziellen Legitimations- und Akzeptanzproblemen verbunden ist, oder die nötigen Daten bei den Tarifpartnern (Leistungserbringer und Krankenversicherer) beziehen, was jedoch deren Kooperationsbereitschaft voraussetzt und politisch umstritten sein kann.³²

Zweitens entziehen sich gewisse steuerungsrelevante Informationen der Beobachtung. So fehlten bis vor kurzem Konzepte, um das Leistungsvolumen von ambulanten Leistungserbringern ermitteln zu können und liessen die vorhandenen Indikatoren zur ärztlichen Versorgungssituation keine Aussagen über den Beschäftigungsgrad bzw. das Arbeitsvolumen der Ärztinnen und Ärzte zu (vgl. Eggli 2003; Rüefli 2004b: 17f.). In den letzten Jahren sind jedoch diverse Bemühungen in Form von konzeptionellen Arbeiten erfolgt, um diesem Umstand zu begegnen und diese Informationslücken zu schliessen (Bertschi 2005; Dubach und Künzi 2008; Jaccard Ruedin et al. 2007).

Ein ähnliches, primär konzeptionell-methodisches Problem besteht in Zusammenhang mit versorgungspolitischen Konzepten wie dem Versorgungsbedarf (Grundlage für bedarfsorientierte Planung oder zur Identifikation von Unter- oder Überversorgung) oder der Qualität (Zieldimension in der Gesundheitsversorgung). So scheitert beispielsweise die Ermittlung des Mindestbedarfs zur Vermeidung von Unterversorgung bisher an fehlenden Konzepten und methodischen Schwierigkeiten (vgl. Spycher 2004b). Ähnliches gilt für die Qualität, die auf unterschiedliche Arten definiert, operationalisiert und gemessen werden kann (Andreani et al. 2009: 307; Rehmann-Sutter 2009). Entsprechend fehlt unter den Akteuren des Gesundheitswesens bislang ein Konsens zu diesen – auch politisch umstrittenen – Fragen.

³⁰ Zur Bedeutung von Information als Ressource der politischen Steuerung vgl. Knoepfel et al. (2006: 79ff.).

³¹ Die Kantone führen zumeist ein Register über erteilte Berufs- und OKP-Zulassungen, das aber eher administrativen Zwecken dient und keine Aussagen über die effektive Versorgungssituation zulässt. Naheliegender ist, dass die Behörden in kleinen Kantonen mit übersichtlichen, weniger komplexen und dynamischen Versorgungsstrukturen günstigere Voraussetzungen haben, weil es für sie leichter ist, einen Überblick zu gewinnen und die nötigen Informationen auf informellem Weg zu beschaffen.

³² Bei den Diskussionen um die Aufhebung des Kontrahierungszwangs erweist sich die umgekehrte Konstellation, die Übertragung von Steuerungskompetenzen an diejenigen Akteure, die über die nötigen Informationen und über entsprechende Steuerungsfähigkeit verfügen – die Krankenversicherer –, als ein zentraler Konfliktgegenstand (vgl. Rüefli 2004a).

Validität der Programmtheorie bzw. des Wirkungsmodells

Jeglicher rationaler staatlicher Steuerung liegt ein – zumindest implizit vorhandenes – Wirkungsmodell zugrunde, d.h. Annahmen über die Ursachen des als problematisch betrachteten Zustands, der über die Steuerung verändert werden soll (sog. Kausalhypothese) und darüber, welche Art von Interventionen bei den Steuerungsadressaten welche Veränderungen erzielen sollen (sog. Interventionshypothese) (vgl. Knoepfel et al. 2006).

Es kann hier nicht darum gehen, die Validität der Steuerungskonzepte der Schweizer Kantone zu beurteilen, da kaum konkrete und empirisch fundierte Informationen über diese Konzepte vorliegen. Diese müssten ex post für jeden Kanton anhand konkreter Massnahmen spezifisch rekonstruiert werden. Prinzipiell ist davon auszugehen, dass die kantonalen Gesundheitsbehörden grundsätzlich sowohl über ein ausreichendes Mass an Fachwissen, Feldkenntnis und Praxiserfahrung als auch über Zugriff auf dokumentiertes Steuerungswissen verfügen, um steuernde Interventionen konzipieren zu können. Einschränkungen ergeben sich allerdings aus den oben bereits angesprochenen Informationslücken und der in einem politisch-administrativen Kontext kaum vermeidbaren Notwendigkeit zur Komplexitätsreduktion, die mitunter zu pragmatischen bzw. rudimentären Lösungen zwingt. Ein Beispiel dafür stellt das Konzept der Zulassungsbeschränkung für ambulante Leistungserbringer (vgl. Abschnitt 3.1) dar, welches zwar auf wenig differenzierten Kausal- und Interventionshypothesen beruht, sich dafür politisch als mehrheitsfähig erwies.³³ Demgegenüber scheiterten die im Vergleich zur Zulassungsbeschränkung differenzierteren und sachlich adäquateren Modelle zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs bisher am politischen Widerstand verschiedener Interessengruppen (vgl. Rüefli 2004a).

2.6.3 Rahmenbedingungen für kantonale Versorgungssteuerung

Insgesamt lässt sich aufgrund der vorangehenden Ausführungen bilanzierend festhalten, dass die Kantone aufgrund der vorherrschenden Strukturprinzipien im schweizerischen Gesundheitswesen – Föderalismus, Subsidiarität und Liberalismus – aktuell nur über eingeschränkte Möglichkeiten zur Steuerung der ambulanten Gesundheitsversorgung und ihrer Schnittstellen zum stationären Bereich verfügen. Obwohl die Kantone prinzipiell für die Gesundheitsversorgung zuständig sind, sind der Bund (v.a. über das KVG) und die Tarifpartner (Leistungserbringer und Versicherer) mit mehr und weiter reichenden Steuerungskompetenzen ausgestattet.

Konsequenterweise sind die Kantone aus verschiedenen Gründen nur beschränkt steuerungsfähig: aufgrund ihrer weitgehend fehlenden Steuerungs- und Finanzierungskompetenzen fehlt ihnen der institutionalisierte Zugang zu steuerungsrelevanten Informationen und damit auch eine wichtige Grundlage, um für die Bereiche, in denen sie über Zuständigkeiten verfügen, differenzierte und sachlich adäquate Steuerungskonzepte entwickeln zu können. Die bestehenden institutionellen Rahmenbedingungen schwächen ausserdem die Stellung der Kantone in politisch-administrativen

³³ Die Kausalhypothese besagt im Wesentlichen, dass die Zunahme ärztlicher Leistungserbringer eine Hauptursache der Kostenentwicklung sei. Sie reduziert so die komplexe Kostenentstehungsdynamik im schweizerischen Gesundheitswesen auf einen – allerdings empirisch abgestützten – Teilaspekt und blendet die bestehenden Finanzierungsmechanismen vollständig aus. Dementsprechend bezieht sich die Interventionshypothese ebenfalls nur auf einen Ausschnitt der ganzen Kausalitätsstruktur, erscheint allerdings – wenn auch undifferenziert – weitgehend stichhaltig: die Zulassungsbeschränkung bedeutet eine Angebotsverknappung, welche aufgrund des Versorgungsmonopols der Ärzteschaft nur beschränkt substituierbar ist und somit auch eine Kostendämpfung zur Folge haben dürfte.

Entscheidungsprozessen zur Ausarbeitung und Verabschiedung von Massnahmen zur Versorgungssteuerung.

Die vorhandenen Kompetenzen ermöglichen es den Kantonen hauptsächlich, über Regulierung (Gestaltung der Rahmenbedingungen der Versorgung, Zulassungssteuerung), Finanzierung und eigene Leistungserbringung (Ausbildung, indirekte Steuerung via Spitalpolitik) auf die Versorgungsstruktur einzuwirken. Diese Instrumente bieten die zentralen Ansatzpunkte für steuernde Eingriffe. Dabei besteht prinzipiell im Bereich der Zulassungssteuerung ein gewisser Spielraum bei der Ausgestaltung der gesundheitspolizeilichen Anforderungen. So wäre es denkbar, dass die Kantone die Zulassung zur Berufsausübung an zusätzliche Bedingungen als die bundesrechtlich festgelegten Qualifikationserfordernisse knüpfen und z.B. auch Vorgaben in Bezug auf Organisationsformen, Behandlungspraktiken, Qualitätsrichtlinien etc. machen (vgl. Saltman und Busse 2002: 33; Simoens und Hurst 2006: 40f.), wobei selbstverständlich die Konformität mit dem KVG und der Handels- und Gewerbefreiheit sicherzustellen wäre. Es ist hingegen davon auszugehen, dass derartige Regulierungsbemühungen politisch umstritten wären.

Darüber hinaus besteht weiteres Potenzial für kantonale Steuerung in Form von weicheren Instrumenten. Zum einen steht es den Kantonen frei, innerhalb ihres gesundheitspolitischen Handlungsspielraums über finanzielle Anreize oder Massnahmen prozeduraler Steuerung (Arbeitsgruppen, Impulsgespräche, Wissensvermittlung etc.) gewisse erwünschte Entwicklungen zu fördern, so z.B. in Bezug auf die Organisation der Notfallversorgung oder die Förderung integrierter Versorgungsstrukturen. Zum anderen haben Kantone die Möglichkeit, über Information und andere persuasive Massnahmen, über weitere Instrumente aus den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention sowie mittels einer multisektoralen Gesundheitspolitik auf der Nachfrageseite anzusetzen, um das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsrisiken der Bevölkerung günstig zu beeinflussen.

3 Fallbeispiele für Steuerung auf kantonaler Ebene

Im vorliegenden Kapitel werden anhand von bestehenden Studien zwei konkrete Beispiele von kantonaler Steuerung im ambulanten Bereich bzw. an der Schnittstelle zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung beschrieben und diskutiert. Diese Darstellung dient der Illustration, wie Steuerung in der Praxis abläuft, welche Strategien, Instrumente, Mechanismen und Entscheidungsgrundlagen dabei zur Anwendung kommen. Damit wird die zweite Untersuchungsfrage aufgegriffen (vgl. Abschnitt 1.2). Die gewählten Beispiele behandeln die Zulassungsbeschränkung für ambulante Leistungserbringer (Abschnitt 3.1) und die Schnittstelle zwischen Langzeitpflege und Spitex (Abschnitt 3.2) und damit die beiden zentralen Leistungsbereiche der ambulanten Versorgung, in denen die Kantone überhaupt über Finanzierungs- bzw. Steuerungskompetenzen verfügen.

3.1 Fallbeispiel 1: Der Zulassungsstopp für ambulante Leistungserbringer

3.1.1 Ausgangslage und Überblick

Bis ins Jahr 2000 gab es für den Bund oder die Kantone keinerlei Möglichkeit, steuernd auf den ambulanten Sektor und insbesondere auf die Anzahl Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis einzuwirken. Das KVG sieht für frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte kein formelles Zulassungsverfahren vor. Personen, die über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung verfügen, können zulasten der Krankenversicherung tätig sein, sofern sie bestimmte Voraussetzungen bezüglich Aus- und Weiterbildung erfüllen (Art. 36 KVG). Die Krankenversicherer sind somit verpflichtet, mit sämtlichen zugelassenen Leistungserbringern einen Tarifvertrag abzuschliessen, was gemeinhin als Kontrahierungs- oder Vertragszwang bezeichnet wird.³⁴ Das KVG gibt ihnen lediglich die Möglichkeit, Leistungserbringer aus Gründen mangelnder Wirtschaftlichkeit oder Qualität von einem Tarifvertrag auszuschliessen (Art. 59 KVG).

Vor dem Hintergrund steigender OKP-Kosten und des starken statistischen Zusammenhangs zwischen diesen Kosten und der Ärztedichte (Domenighetti 1998; Gilliland et al. 1991: 112; Gilliland 2001: 94; Rüefli und Vatter 2001; kritisch: Horisberger und Schmid 2004; Wildi et al. 2004; für einen Überblick vgl. Guggisberg und Spycher 2005 und Camenzind 2008) sucht der Bund allerdings seit rund zehn Jahren nach Möglichkeiten, um die Zahl der zulasten der OKP praktizierenden Ärztinnen und Ärzte einzuschränken (Rüefli 2004a).

Im Rahmen der Diskussion um die Aufhebung des Kontrahierungszwangs fügte das Parlament im März 2000 Art. 55a ins KVG ein. Der Bundesrat erhielt dadurch die Kompetenz, „für eine befristete Zeit von bis zu drei Jahren die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach den Artikeln 36–38 von einem Bedürfnis abhängig [zu] machen.“ Dieser Schritt erfolgte einerseits im Hinblick auf das Inkrafttreten des Personenfreizügigkeitsabkommens mit der Europäischen Union (EU), welches es Ärztinnen und Ärzten aus EU-Staaten ermöglichte, in der Schweiz eine Praxis zu eröffnen, andererseits als kurzfristige und zeit-

³⁴ Die Aufhebung dieses Kontrahierungszwangs ist seit 1999 (AB NR 1999 755ff.) Gegenstand parlamentarischer Debatten in Zusammenhang mit verschiedenen Vorlagen zur KVG-Revision. Das Parlament konnte sich jedoch bisher nicht auf ein mehrheitsfähiges Modell einigen.

lich begrenzte ausserordentliche Massnahme für eine wirksamere Kosteneindämmung im ambulanten Bereich. Hauptmotiv für die Schaffung dieses Instrumentes war es, der sich abzeichnenden Überversorgung entgegenzutreten zu können.

Nicht zuletzt auf Wunsch zahlreicher Kantone setzte der Bundesrat in Anwendung von Art. 55a KVG am 3. Juli 2002 die Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (VEZL; SR 832.103) in Kraft. Diese Verordnung erlaubt es den Kantonen, die Zulassung von ambulanten Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf die vom Bund festgesetzte Höchstzahlen und –dichten zu beschränken. Dabei haben sie jedoch grossen Gestaltungsspielraum.

Die Zulassungsbeschränkung war als ausserordentliche, zeitlich befristete Übergangsmassnahme konzipiert, die bis zum Inkrafttreten einer Ersatzregelung, spätestens aber bis am 3. Juli 2005 gelten sollte. Da es dem Parlament bisher jedoch nicht gelang, eine mehrheitsfähige Lösung für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs zu finden, wurde der Zulassungsstopp zunächst zwei Mal verlängert: im Juli 2005 (um drei Jahre, bis im Juli 2008) und erneut im Juni 2008, diesmal bis Ende 2009 befristet. Zugleich wurden dabei auch einzelne Bestimmungen leicht modifiziert, um eine differenziertere Steuerung zu ermöglichen.

Als sich Ende 2008 abzeichnete, dass die angestrebte Anschlusslösung für den Ende 2009 auslaufenden Zulassungsstopp nicht rechtzeitig vorliegen würde,³⁵ erarbeitete die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) eine Vorlage, um den Zulassungsstopp nochmals Mal um weitere zwei Jahre zu verlängern (SGK-N 2009). Die Vorlage wurde in der Sommersession 2009 von beiden Räten angenommen und trat per 1. Januar 2010 in Kraft. Allerdings wurde mit zwei wichtigen Anpassungen versucht, den aktuellen Entwicklungen im ambulanten Sektor Rechnung zu tragen: Erstens wurden wegen des in Zukunft befürchteten Engpasses bei der Grundversorgung die ärztlichen Grundversorger³⁶ vom Zulassungsstopp ausgenommen. Damit sollen insbesondere die Hausärztinnen und Hausärzte gestärkt und die Attraktivität dieser Fachrichtungen für junge Ärztinnen und Ärzte erhöht werden. Weiter fallen im revidierten Gesetz auch viele der bisher ausdrücklich erwähnten Leistungserbringerkategorien nicht mehr unter den Zulassungsstopp. Zweitens wurde die Massnahme auf in Spitalambulatorien tätige Ärztinnen und Ärzte ausgedehnt. Diese wurden bisher vom Zulassungsstopp nicht erfasst. Aufgrund des überdurchschnittlich starken Kostenwachstums im Bereich der Spitalambulatorien in den letzten Jahren (vgl. BAG 2009: 36) ortete das Parlament hier Regelungsbedarf. Einzelne Parlamentsmitglieder äusseren in diesem Zusammenhang die Vermutung, zumindest ein Teil dieser Kostensteigerung sei auf Versuche zurückzuführen, via Spitalambulatorien den Zulassungsstopp zu umgehen (AB 2009 N 896).

³⁵ Am 18. Dezember 2008 beschloss der Ständerat mit 23 zu 19 Stimmen, nicht auf die KVG-Teilrevision „Vertragsfreiheit“ einzutreten, die erneut eine Lockerung des Kontrahierungszwangs zum Ziel hatte.

³⁶ Das Gesetz bezeichnet Inhaber folgender Weiterbildungstitel als Grundversorger: Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt oder praktische Ärztin (als einziger Weiterbildungstitel), Innere Medizin (als einziger Weiterbildungstitel) sowie Kinder- und Jugendmedizin.

3.1.2 Funktionsweise der Zulassungssteuerung

Mit der Zulassungsbeschränkung erhielten die Kantone erstmals ein Instrument zur Steuerung der Anzahl und sowohl fachlichen als auch regionalen Verteilung der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte. Damit verfügen sie über eine Möglichkeit, die Versorgungsstruktur zu beeinflussen und sowohl Überversorgung als auch Unterversorgung entgegenzutreten. Während die Kantone im Rahmen der gesundheitspolizeilichen Bewilligung der Berufsausübung nach wie vor prüfen, ob eine Person die nötigen fachlichen Voraussetzungen (Vorliegen der nötigen Qualifikationen) erfüllt, erfolgt zugleich eine Überprüfung, ob die – bundesrechtlich vorgegebenen und kantonal angepassten – Kriterien zur Tätigkeit zulasten der OKP gegeben sind. Diese Zulassung erfolgt somit seit Juli 2002 nicht mehr automatisch, durch Erteilen der Berufsausübungsbewilligung, sondern nach einer zusätzlichen Prüfung des Einzelfalls durch die kantonalen Behörden.³⁷

Art. 55a KVG entsprechend legen die Kantone fest, welche Leistungserbringer einer Zulassungsbeschränkung unterliegen. Damit ist es ihnen auch freigestellt, vollständig auf die Anwendung der Bundesratsverordnung zu verzichten. Die Kantone können gezielt einzelne Leistungserbringerkategorien von der Zulassungsbeschränkung ausnehmen (Art. 2 Bst. a VEZL) oder bei Unterversorgung in Kategorien, welche der Zulassungsbeschränkung unterstehen, individuelle Ausnahmezulassungen erteilen (Art. 3 VEZL). Damit kann die Umsetzung sehr differenziert und an die jeweilige kantonale Versorgungssituation angepasst erfolgen. Entsprechend zeigt sich auch eine heterogene und in einzelnen Fällen durchaus auf kantonale oder gar individuelle Eigenheiten abgestimmte Vollzugspraxis der Kantone (vgl. Rüefli 2004b). Dies rückt die Frage nach den Grundlagen und Kriterien der Zulassungsentscheide ins Blickfeld des Interesses.

3.1.3 Steuerungswirkungen der Zulassungsbeschränkung

Das Bundesamt für Sozialversicherungen liess eine Wirkungsanalyse der Zulassungsbeschränkung durchführen (Rüefli 2004b). Diese erfolgte jedoch zu kurz nach Inkrafttreten der Massnahme, um die Entwicklung der interessierenden Wirkungsparameter anhand verlässlicher Daten betrachten zu können. Die Kantone waren mit der Bewältigung der Umsetzung beschäftigt und hatten noch keine gängige Entscheidpraxis entwickelt; und konsolidierte statistische Daten zu den Wirkungsindikatoren lagen aus zeitlichen Gründen noch nicht vor. Aufgrund der grossen Zahl von Ärztinnen und Ärzten, die kurz vor Erlass der Massnahme noch um eine Zulassung nachgesucht hatten, waren die zu erwartenden Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung zum Zeitpunkt der Wirkungsanalyse zudem schwer zu beurteilen. Eine auf aktuellen Daten beruhende systematische Wirkungsanalyse fehlt somit.

Ein oberflächlicher Blick auf die Entwicklung zweier zentraler Wirkungsindikatoren zeigt aber zweierlei: Erstens ist anhand der FMH-Statistik festzustellen, dass die Anzahl Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis zwischen 1995 und 2007 jährlich zugenommen hat, wobei die Zunahme degressiv erfolgte. D.h. die Wachstumsrate weist zwar gewisse Schwankungen auf, nahm in diesem Zeitraum jedoch tendenziell ab. Von 2007 auf 2008 ist gar erstmals ein Rückgang der Anzahl freier praktizie-

³⁷ Die Zulassungsbeschränkung betrifft nur Personen, die nach dem 3. Juli 2002 eine Tätigkeit als Leistungserbringer zulasten der OKP aufnehmen wollten. Bereits zugelassene Leistungserbringer sind von dieser Regelung nicht direkt tangiert.

render Ärztinnen und Ärzte festzustellen.³⁸ Damit bewegt sich dieser Indikator zwar grundsätzlich in die politisch erwünschte Richtung, diese Bewegung hat jedoch bereits vor Inkrafttreten des Zulassungsstopps eingesetzt. Inwiefern sie von der Zulassungsbeschränkung beeinflusst wurde, kann ohne eine vertiefte Analyse nicht beurteilt werden. Das Praxisbarometer der Zeitschrift *Primary Care* zeigt hingegen, dass die jährliche Anzahl neu eröffneter Arztpraxen seit 2004 stark zurückgegangen ist, seit 2007 allerdings wieder etwas zunimmt. Ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Zulassungsstopp und der Anzahl frei praktizierender Ärztinnen und Ärzte lässt sich somit aufgrund dieser Feststellungen zumindest vermuten. Zweitens stiegen gemäss Krankenversicherungsstatistik des BAG (2009) die OKP-Kosten für ambulante Arztleistungen seit 1998 jährlich an, wobei die jährliche Wachstumsrate in den Jahren nach Inkrafttreten der Zulassungsbeschränkung tendenziell eher höher ausfiel als vorher. Auch diese Entwicklung lässt keine unmittelbaren Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der Zulassungsbeschränkung zu, da die Höhe der Kosten von zahlreichen weiteren Einflussfaktoren abhängig ist.

Während die direkten Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung auf die Versorgungssituation und die Kosten nicht eindeutig quantifiziert und beurteilt werden können, weist die Wirkungsanalyse auf unerwünschte Nebenwirkungen in Bezug auf die Mechanismen der ärztlichen Niederlassung hin. So zeichnete sich ab, dass im Spital tätige Ärztinnen und Ärzte, die durch den Zulassungsstopp am Gang in die freie Praxis gehindert wurden, ihre Weiterbildung fortsetzen und zusätzliche Facharzttitel erwerben würden, um sich weiter zu spezialisieren. Rüefli (2004b) folgerte daraus, dass die Zulassungsbeschränkung die bereits bestehende Tendenz zur fachlichen Spezialisierung der Ärzteschaft sowie das ebenfalls vorhandene Stadt-Land-Gefälle in der regionalen Verteilung weiter verstärken und sich so negativ auf die ambulante Versorgungssituation, insbesondere im Bereich der Grundversorgung auswirken würde.³⁹ Hinzu kommt, dass die Übergabe einer bestehenden Praxis durch die Zulassungsbeschränkung erschwert wurde (administrative Hürden, Auflagen der Kantone, kein fließender Übergang via Aufteilung der Pensen möglich), was die Wahrscheinlichkeit von Praxisaufgaben und dadurch von Versorgungslücken in tendenziell unterversorgten Regionen erhöhte.

3.1.4 Zwischenfazit

Insbesondere die oben beschriebenen unerwünschten Nebenwirkungen weisen auf die konzeptionellen Schwächen des Zulassungsstopps als Instrument zur Steuerung des ärztlichen Versorgungsangebots hin. Zwar ermöglicht es die Massnahme prinzipiell, das Wachstum des Versorgungsangebots zu begrenzen, hingegen hat sich gezeigt, dass die neu geschaffene Möglichkeit der Kantone, auf die regionale und fachliche Verteilung der Ärzteschaft Einfluss zu nehmen, offenbar nicht greift. An sich wäre zu erwarten, dass die Einschränkung der Möglichkeit zur Praxiseröffnung die Bereitschaft eines Arztes bzw. einer Ärztin erhöht, sich in einer tendenziell unterversorgten Region niederzulassen und eine dort verfügbare Praxis zu übernehmen, so dass die Kantone über die gezielte Erteilung von Ausnahmewilligungen der drohenden Unterversorgung entgegen-

³⁸ Dieser Rückgang kann allerdings auch mit Anpassungen der Erhebungsmethode der FMH-Ärztestatistik zusammenhängen (vgl. Kraft 2009).

³⁹ Die Analyse der Entwicklung der Ärztedichten der Allgemeinpraktiker und Fachärzte von Wanzenried und Nocera (2008: 252) zeigt, dass sich der Trend zur Spezialisierung seit 2003 markant verstärkt.

treten können sollten. Dieser Mechanismus entfaltet jedoch kaum entsprechende Wirkungen, da sich das Niederlassungsverhalten der Ärztinnen und Ärzte, insbesondere von Spezialistinnen und Spezialisten, nicht an der Verfügbarkeit einer Praxis orientiert, sondern an anderen Kriterien, wie z.B. einem guten Berufsklima, der Nähe zu einem Spital und der allgemeinen Attraktivität einer Region als Lebensraum (Wanzenried und Nocera 2008). Die Wirksamkeit der kantonalen Steuerung ist damit von den Präferenzen der Ärztinnen und Ärzte abhängig: Unterversorgung kann auch mit Ausnahmegewilligungen zum Ärztstopp nicht behoben werden, wenn niemand bereit ist, eine freie Praxis in einer entsprechend betroffenen Region zu übernehmen. Diesbezüglich ist ein allgemeines Steuerbarkeitsproblem (Mayntz 1987: 194) zu diagnostizieren, d.h. es ist staatlichen Akteuren mit den verfügbaren Instrumenten nur beschränkt möglich, in die in einem spezifischen Teilsystem ablaufende Systemprozesse einzugreifen und die angestrebten Steuerungswirkungen zu erzielen. Dies ist eine Konsequenz der ausgeprägten Autonomie der freiberuflichen Ärzteschaft und des bestehenden Kontrahierungszwangs, welche kaum Zugriffsmöglichkeiten für staatliche Interventionen bieten (vgl. Abschnitt 2.2.4).

Die Art und Weise, wie die Kantone die Zulassungsbeschränkung umsetzen, verweist auf ein weiteres Steuerungsproblem – auf ein Wissens- bzw. Informationsproblem (vgl. Mayntz 1987: 194). Dieses besteht darin, dass den Gesundheitsbehörden bei Inkrafttreten der Zulassungsbeschränkung die Grundlagen für eine differenzierte Beurteilung der Versorgungssituation fehlten und sie deshalb auf eine pragmatische Umsetzungspraxis abstellten (vgl. Rüefli 2004b: 17f. und 36f.). Kein Kanton machte explizit von der in der bundesrätlichen Verordnung vorgesehenen Möglichkeit Gebrauch, die Zulassung neuer Leistungserbringer von einem Bedürfnis abhängig zu machen. In der Regel orientierten sich die Kantone am Status quo der Versorgungssituation (Anzahl praktizierende Ärztinnen und Ärzte) bei Inkrafttreten der Regelung und setzten die Zulassungsbeschränkung im Sinne eines Moratoriums um, indem sie Personen, die nach dem 3. Juli 2002 ein entsprechendes Gesuch stellten, die Zulassung grundsätzlich verwehrten und nur noch in Ausnahmefällen eine solche erteilten.

Dies zeigt zweierlei: Zum einen erwiesen sich die vom Bund festgelegten Höchstzahlen und -dichten pro Leistungserbringerkategorie in der Praxis als weitgehend irrelevant für die Entscheidungspraxis der Kantone (Rüefli 2004b: 36f.). Die Korrektheit dieser Zahlen wurde zudem von verschiedener Seite angezweifelt, was die ohnehin schwache Akzeptanz des Steuerungseingriffs bei den Betroffenen beeinträchtigte und dessen Legitimation in Frage stellte. Die Schwierigkeit bestand darin, dass die Bundesbehörden ebenso wie die kantonalen Gesundheitsbehörden über keine aussagekräftigen Daten zur tatsächlichen Versorgungssituation im ambulanten Bereich verfügten, weil sie einerseits aufgrund fehlender Steuerungskompetenzen bisher keinen Bedarf und keine Legitimation hatten, diese zu erheben und weil andererseits die wenigen vorhandenen Indikatoren den Beschäftigungsgrad bzw. das Arbeitsvolumen der Ärztinnen und Ärzte nicht abzubilden vermochten (vgl. Abschnitt 2.6.2). Der bislang mangels Alternative praktizierte „head count“ ist somit ein undifferenziertes Zulassungskriterium.

Zum anderen erfolgt die Steuerung ohne Bezug zum „objektiven“ Versorgungsbedarf der Bevölkerung, da dessen Ermittlung mit konzeptionellen, methodischen und datentechnischen Problemen verbunden ist (vgl. Spycher 2004b) und letztlich auch eine normative Komponente aufweist. Weil die Konzepte und Informationen zur Bestimmung des adäquaten Versorgungsbedarfs fehlen, ist

die Versorgungssteuerung der Kantone somit prinzipiell undifferenziert und stützt sich nicht auf objektive Planungsgrundlagen, die es erlauben, einerseits einem Überangebot entgegenzutreten, andererseits ein bestimmtes Mindestniveau der Versorgung zu gewährleisten. Für die Kantone erwies es sich unter diesen Umständen als einfacher und effizienter, einen generellen Zulassungsstopp zu erlassen und via Ausnahmezulassungen im Einzelfall zu steuern, als regional bzw. nach Fachbereichen differenzierte Zulassungsregimes zu erarbeiten. Die zentrale Frage, wie die angestrebte Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung methodisch beurteilt werden kann (Definition von Mindest-, Unter- und Überversorgung) und auf welche Kriterien sich die Kantone bei ihren Zulassungsentscheidungen stützen sollen bzw. in der Praxis tatsächlich stützen, bleibt somit sowohl konzeptionell als auch empirisch⁴⁰ vorläufig unbeantwortet.

Diese Feststellungen zeigen, dass das verfügbare Steuerungsinstrumentarium der Komplexität des Regelungsfeldes nicht gerecht wird und in Bezug auf die angestrebten Steuerungsziele als inadäquat bezeichnet werden muss. Allerdings sind unter den aktuell gegebenen Rahmenbedingungen keine anderen Instrumente zur Beeinflussung der Struktur der ambulanten Gesundheitsversorgung verfügbar und politisch mehrheitsfähig (vgl. auch GDK 2007).

3.2 Fallbeispiel 2: Steuerung der Langzeitpflege in Basel, Bern und Zürich

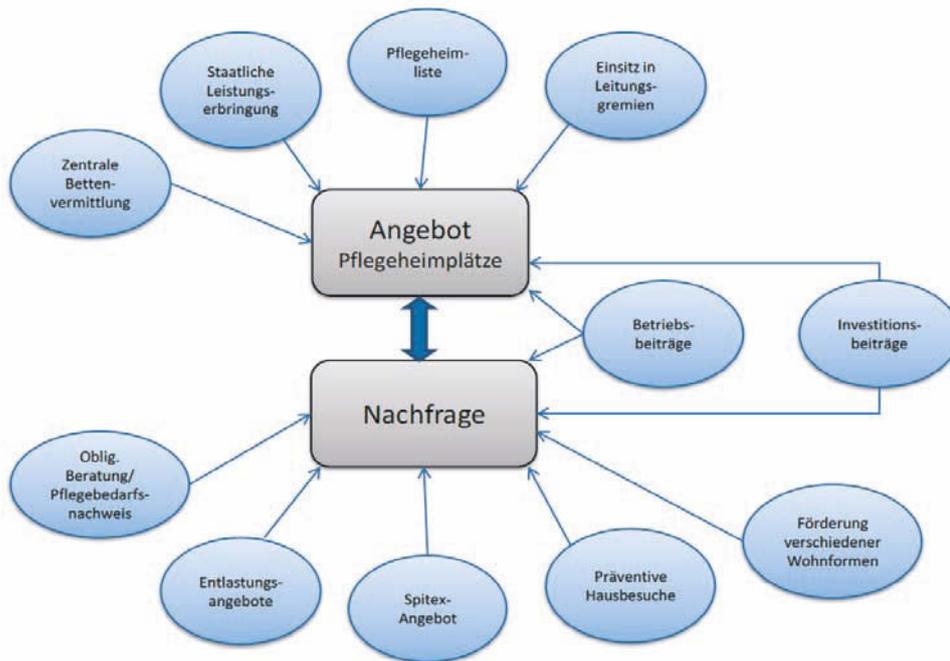
Michael Allgäuer (2009) untersucht in seiner Abschlussarbeit zum Executive Master of Public Administration (MPA) die Steuerung und den Vollzug der Langzeitpflege als Verbundaufgabe zwischen Kanton, Gemeinde und privaten Akteuren. Die Ergebnisse der Studie werden im Folgenden verkürzt dargestellt als Fallbeispiel für die Schnittstellenbewirtschaftung zwischen der stationären und der ambulanten Versorgungssteuerung.

Die Langzeitpflege ist ein besonders ergiebiges Fallbeispiel, da sich die Zuständigkeiten und Kompetenzen auf alle drei Staatsebenen verteilen. Der Bund kann über die Ausgestaltung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung massgebend Einfluss auf das Versorgungssystem der Langzeitpflege nehmen. Im KVG werden die kassenpflichtigen Leistungen im Bereich der Langzeitpflege definiert. Doch obwohl der Bund über das KVG verschiedene Eckpunkte der Langzeitpflege bestimmt, verbleibt den Kantonen dennoch ein erheblicher Spielraum zur Gestaltung der Langzeitpflege. Die Kantone verfügen über Normkompetenzen in der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Das heisst, die Planung, der Bau, der Betrieb, die Finanzierung und die Organisation der öffentlichen Spitäler und Spitex-Diensten fällt in ihren Kompetenzbereich. Die Kantone können einzelne Kompetenzen im Rahmen der Gesetzgebung an die Gemeinden übertragen. Daher ist die Steuerung der ambulanten und stationären Langzeitpflege eine Verbundaufgabe der Kantone und Gemeinden, die in der konkreten Ausgestaltung variieren kann. Allgäuer (2009) identifiziert in seiner Studie eine breite Palette von Steuerungsinstrumenten, die alle einen Einfluss auf Angebot und Nachfrage nach Leistungen in der Langzeitpflege haben können. Während in

⁴⁰ Da die Informationserhebung für die Wirkungsanalyse der Zulassungsbeschränkung (Rüefli 2004) relativ kurz nach Inkrafttreten der Massnahme durchgeführt wurde und die Kantone noch mit der Bewältigung der Übergangsphase beschäftigt waren, konnte sie keine Aussagen über die konkrete Entscheidungspraxis der Kantone bei der Erteilung von Ausnahmegenehmigungen machen. Zu einzelnen Kantonen liegen inzwischen Informationen vor (vgl. z.B. die Workshopreferate zu den Kantonen Genf und Aargau an der Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik Schweiz vom 19. November 2009 (<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/00389/06688/index.html?lang=de>, Stand 17.12.2009) sowie Abschnitt 4.2.1), eine aktuelle systematische Übersicht über die Kriterien und Praktiken fehlt jedoch.

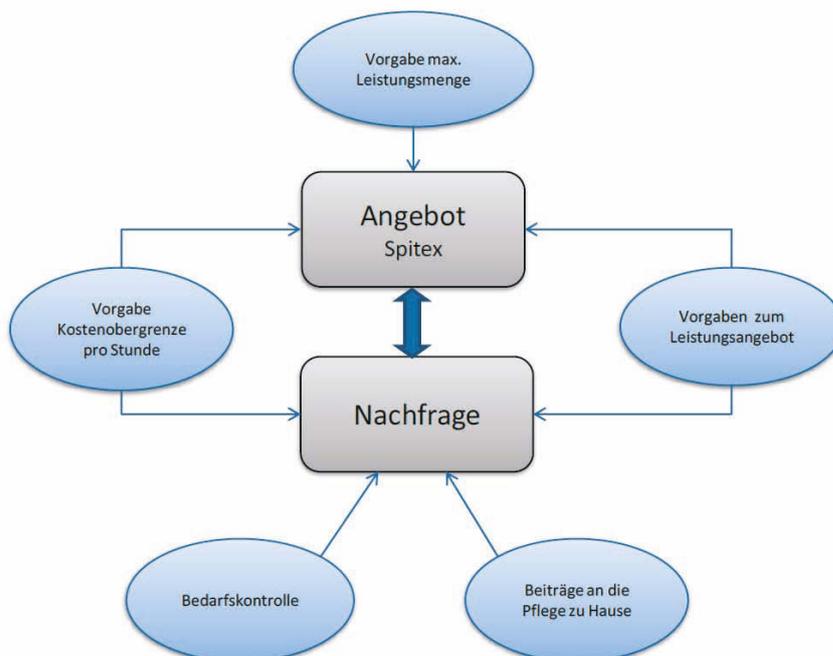
Abbildung 3 der Einfluss dieser Steuerungsinstrumente auf Angebot und Nachfrage in der *stationären* Langzeitpflege verdeutlicht wird, veranschaulicht Abbildung 4 den Einfluss der identifizierten Steuerungsinstrumente in der *ambulanten* Langzeitpflege auf das Angebot und die Nachfrage.

Abbildung 3: Steuerungsinstrumente stationäre Langzeitpflege



Quelle: Allgäuer 2009

Abbildung 4: Steuerungsinstrumente ambulante Langzeitpflege



Quelle: Allgäuer 2009

Wie die konkrete Steuerung der ambulanten und stationären Langzeitpflege in den Städten Basel, Bern und Zürich aussieht, wird in den nachfolgenden Abschnitten beschrieben. Dabei wird verdeutlicht, welche Steuerungsinstrumente in den genannten Beispielen eingesetzt werden und wie die Kompetenzverteilung zwischen Kanton und Gemeinde ausgestaltet ist. Abschliessend wird vergleichend auf die konkrete Frage nach dem Schnittstellenmanagement zwischen stationärer und ambulanter Steuerung eingegangen.

3.2.1 Drei Fallstudien

Die empirischen Fallstudien sind wie folgt aufgebaut: Zuerst wird ein Überblick über die Kompetenzverteilung zwischen Kanton und Stadt gegeben. Im Anschluss daran werden die wichtigsten Strategiedokumente der Langzeitpflege zusammenfassend dargestellt, bevor eine Beschreibung des Vollzugs und der existierenden Steuerungselemente erfolgt. In einem letzten Abschnitt werden die in den drei Untersuchungsfällen zentralen verwendeten Instrumente zur Steuerung der ambulanten und stationären Langzeitpflege zusammenfassend dargestellt. Dabei wird verdeutlicht, wie die einzelnen Kantone und Städte bei der Koordination der Steuerung von ambulanter und stationärer Langzeitpflege vorgehen bzw. wie sich die Steuerung der beiden Bereiche aufeinander bezieht. Die ausführlichen Darstellungen der drei Fälle finden sich in Allgäuer (2009).

Stadt Basel

Kompetenzverteilung Kanton – Gemeinden

Da die Stadt Basel über keine eigenen Gemeindebehörden verfügt, werden die politischen Aufgaben durch den Regierungsrat, den Grossen Rat sowie die Kantonsverwaltung übernommen. Daher existiert auch im Bereich der Langzeitpflege eine umfassende Zuständigkeit des Kantons.

Strategien

Die vom Regierungsrat beschlossenen Leitlinien für eine umfassende Alterspolitik enthalten strategische Aussagen zur Langzeitpflege. Die Strategie „ambulant vor stationär“ wird bereits seit Ende der 1980er Jahre verfolgt, was bei der Ausgestaltung der Steuerungsinstrumente zum Ausdruck kommt. Diese Ausrichtung der Alterspolitik hat zu einem starken Ausbau der Spitex-Dienste geführt. Die Hilfe und Pflege zu Hause steht im Vordergrund. Damit dies gelingen kann, ist neben dem Ausbau der Spitex-Dienste auch die Unterstützung der pflegenden Angehörigen, beispielsweise durch die Schaffung von Tagespflegeplätzen und alternativen Wohnformen für betagte Menschen, erforderlich.

Vollzug der stationären und ambulanten Langzeitpflege

Im Bereich der *stationären Langzeitpflege* ist für den Betrieb von Alters- und Pflegeheimen eine Bewilligung des Gesundheitsdepartements erforderlich. In den vom Regierungsrat genehmigten Richtlinien zur Bewilligung des Betriebs von Alters- und Pflegeheimen werden die Voraussetzungen für den Erhalt einer Bewilligung detailliert beschrieben. Die Aufsicht wird ebenfalls vom Gesundheitsdepartement wahrgenommen. Alters- und Pflegeheime für die stationäre Langzeitpflege werden in der Stadt Basel überwiegend von privaten Trägerschaften betrieben, mit Ausnahme des

Bürgerspitals Basel.⁴¹ Die Pflegeeinrichtungen werden vom Kanton nicht generell subventioniert. Nur bei hohen Liegenschaftskosten wird ein Beitrag erstattet. Dieser hat zum Ziel, die Taxen auf ein für die Bewohnerinnen und Bewohner erträgliches Mass zu beschränken. Bedeutender ist die indirekte Finanzierung der Tagestaxen über Ergänzungsleistungen und Beihilfen (Subjektfinanzierung). Gemäss den Leitlinien für eine umfassende Alterspolitik kann die öffentliche Hand Pflegeheime und Pflegewohngruppen unterstützen, sofern diese dem kantonalen Bedarf entsprechen. Im Rahmen einer Bedarfsanalyse wird ein Richtwert für den Pflegeplatzbedarf festgesetzt. Die vom Kanton subventionierten Tagespflegeheime dienen vor allem der Entlastung pflegender Angehörigen und können den Eintritt in ein Pflegeheim verzögern oder vermeiden.

Gemäss Spitexgesetz ist der Kanton Basel-Stadt für die *ambulante Langzeitpflege-Versorgung* der Stadt Basel verantwortlich. Die entsprechenden Aufgaben und Angebote müssen hingegen nicht vom Kanton erbracht werden, sondern können an geeignete private Institutionen übertragen werden. Das Anbieten von Spitex-Leistungen bedarf einer Bewilligung des Gesundheitsdepartements. Dieses übt auch die Aufsicht im Rahmen der Bewilligungserteilung aus. Die Spitex-Leistungen werden in der Stadt Basel zu einem überwiegenden Teil von Spitex-Basel, einer privaten, nicht gewinnorientierten Stiftung erbracht. Neben 28 weiteren, mehrheitlich gewinnorientierten Spitex-Organisationen verfügen auch 31 Einzelpersonen über eine kantonale Bewilligung.

Steuerungsinstrumente

Im *stationären Bereich* wird über einen Richtwert in der Bedarfsplanung die Anzahl Pflegeheimplätze pro 100 Einwohner über 80 Jahren vorgegeben (aktuell 22 Plätze pro 100 Personen). Diese Bedarfsplanung bildet wiederum die Grundlage für die Pflegeheimliste, die vom Regierungsrat erlassen wird. Grundsätzlich ist somit durch die Bedarfsplanung über das Instrument der Pflegeheimliste eine Steuerung möglich.⁴² Da seit acht Jahren eine Knappheit an Pflegeplätzen besteht und ein Ausbau erwünscht ist, können diese Instrumente jedoch aktuell keine Steuerungswirkung entfalten.

Eine Beratungsstelle in der Abteilung Langzeitpflege des Gesundheitsdepartements soll zur individuell richtigen Menge an Pflege, Hilfe und Betreuung am richtigen Ort sowie zur richtigen Finanzierung beitragen. Nur wenn die Pflege zu Hause nicht mehr möglich ist oder die Kosten der Pflege zu Hause unverhältnismässig hoch werden, stellen die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater einen Pflegebedarfsnachweis aus, der Anrecht auf einen Pflegeplatz in einem Pflegeheim gibt. Diese obligatorische Bedarfsabklärung sowie das Erfordernis des Pflegebedarfsnachweises sind Instrumente, um die Heimeintritte zu minimieren. In Basel müssen alle Anmeldungen für Heimeintritte über die vom Kanton geführte zentrale Koordinationsstelle erfolgen. Eine direkte Anmeldung für ein Pflegeheim ist nicht möglich.

Weiter existiert eine zentrale Bettenvermittlung, die durch die Abteilung Langzeitpflege des Gesundheitsdepartements wahrgenommen wird. Dadurch soll sowohl eine hohe Auslastung der vorhandenen Heimplätze ermöglicht als auch die Wartedauer verkürzt werden. Diese Einrichtung bringt aber auch eine Einschränkung der Wahlfreiheit mit sich.

⁴¹ Das Bürgerspital Basel ist eine öffentlich-rechtliche Stiftung, die zur Bürgergemeinde Basel gehört.

⁴² Gemäss Art. 39 KVG müssen die Kantone diejenigen Pflegeheime, die als Leistungserbringer der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen werden wollen, auf einer Pflegeheimliste auführen.

Die Ausrichtung von Bausubventionen bei einem Neubau oder einer Sanierung eines Pflegeheims zum einen und die Gewährung von Liegenschaftsbeiträgen an Heime mit hohen Liegenschaftskosten zum anderen sollen einen Anreiz für den Bau und Betrieb neuer Pflegeheimplätze schaffen. Die Ausrichtung von Liegenschaftsbeiträgen beschränkt aber auch die Mietkosten, die den Bewohnerinnen und Bewohnern in Rechnung gestellt werden können. Durch verschiedene teilstationäre Angebote sollen pflegende Angehörige entlastet und der Eintritt in ein Pflegeheim verhindert bzw. verzögert werden.

Im Bereich der *ambulanten Langzeitpflege* nimmt die Abteilung Langzeitpflege des kantonalen Gesundheitsdepartements in Fällen, bei denen der geplante Spitex-Aufwand 90 Stunden pro Quartal übersteigt, eine Bedarfsabklärung vor. Ein solcher Pflegeaufwand wird nur auf begründeten Antrag bewilligt. Mit dieser Massnahme sollen die Spitex-Leistungen auf das notwendige Mass beschränkt werden (dies entspricht dem in den Leitlinien für eine umfassende Alterspolitik formulierten Grundsatz „so viel Hilfe wie nötig, so wenig Hilfe wie möglich“). Um pflegende Angehörige zu unterstützen, richtet der Kanton Beiträge an Personen aus, die ihre betagten Angehörigen pflegen. Ziel dieser finanziellen Unterstützung, die jedoch sehr bescheiden ausfällt, ist es, die Nachfrage nach Spitex-Leistungen zu senken oder den Eintritt in ein Pflegeheim zu verhindern.

Stadt Bern

Kompetenzverteilung Kanton – Gemeinden

Im Bereich der *stationären Langzeitpflege* sind der Kanton und die Gemeinden gemeinsam verantwortlich für die Bereitstellung von Angeboten. Für den Betrieb einer stationären Einrichtung ist eine Betriebsbewilligung der kantonalen Gesundheits- und Fürsorgedirektion erforderlich, die auch die Aufsicht wahrnimmt. Die stationäre Langzeitpflege wird vor allem durch den Kanton gesteuert. Er setzt eine Kontingentierung der Anzahl Pflegeplätze für den Kanton vor, führt eine Bedarfsplanung durch und regelt die Finanzierung.

Auch die Sicherstellung der Versorgung im *ambulanten Bereich* (Spitex) ist eine Verbundaufgabe von Kanton und Gemeinden. Für den Betrieb eines Spitex-Angebots ist im Gegensatz zu Basel Stadt keine Bewilligung erforderlich, was sich aber in den nächsten Jahren durch die Schaffung einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage ändern soll. In der ambulanten Versorgung sind die Gemeinden für die Bereitstellung des Angebots verantwortlich und vergeben Leistungsaufträge an Spitex-Organisationen. Der Kanton kann über die Mitfinanzierung Einfluss nehmen. Für die Umsetzung der stationären und ambulanten Langzeitpflege hat die Stadt Bern keine spezifischen gesetzlichen Grundlagen erlassen.

Strategien

Das Altersleitbild 2005 bildet die Grundlage der Alterspolitik im Kanton Bern. Sowohl das Altersbild als auch der von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion erarbeitete Planungsbericht 2004 wurden vom Grossen Rat zustimmend zur Kenntnis genommen. Das primäre Ziel der Alterspolitik ist es, die Selbständigkeit der älteren Menschen zu fördern und die Unterstützung am Wohnort auszubauen. Dies soll einen Heimeintritt hinauszögern oder ganz verhindern. Die Alterspolitik der Stadt Bern basiert auf dem im April 2000 vom Gemeinderat verabschiedeten Alterskonzept sowie den

Umsetzungsberichten des Gemeinderats aus den Jahren 2001, 2004 und 2008. Die städtische Alterspolitik steht im Einklang mit der kantonalen Alterspolitik und setzt den Fokus auf ein differenziertes, auf die verschiedenen Lebenslagen abgestimmtes Angebot. Die betagten Menschen sollen möglichst lange zu Hause leben können. Es ist ein Ziel der Stadt Bern, durch die Bereitstellung von einer Vielfalt von Wohnformen (z.B. Alterswohngemeinschaften) die Pflegeheime zu entlasten.

Vollzug der stationären und ambulanten Langzeitpflege

Gleich wie in der Stadt Basel werden auch in der Stadt Bern die Einrichtungen für die stationäre Langzeitpflege mehrheitlich durch privatrechtliche oder öffentlich-rechtliche Trägerschaften betrieben. Eine Ausnahme bildet das ausserhalb der Stadt gelegene Heim Kühlewil, das von der Stadt Bern betrieben wird. Die auf der Pflegeheimliste des Kantons Bern aufgeführten Pflegeeinrichtungen werden nicht generell subventioniert. Beiträge werden von Kanton und Gemeinden lediglich an die Erstellung der Infrastruktur ausgerichtet, während es für die Betriebskosten keine finanzielle Unterstützung gibt. Da mit den öffentlichen Pflegeheimen die Nachfrage nicht gedeckt werden kann, hat die Stadt Bern mit verschiedenen privaten Heimen, welche bestimmte Anforderungen an Qualität und Kosten erfüllen, Verträge abgeschlossen, für die fixe Taxen festgelegt wurden. Die Bewohnerinnen und Bewohner von solchen Vertragsheimen erhalten einen finanziellen Zuschuss pro Pflegetag zur Deckung der Infrastrukturkosten. Damit können weitere 100-150 Plätze für finanzschwache, pflegebedürftige Personen in privaten Heimen bereitgestellt werden. Tagesheime erhalten, gleich wie in der Stadt Basel, vom Kanton Subventionen, wenn sie Entlastungsplätze für demente Menschen anbieten. Die Existenz von zwei parallelen Finanzierungssystemen ist aus Sicht des Kantons unbefriedigend, weshalb eine einheitliche Finanzierung angestrebt, welche die Investitionskosten in die Taxen integriert. Damit würde eine vollständige Subjektfinanzierung der Heime erreicht, d.h. die Heime würden von der öffentlichen Hand keine Beiträge mehr für Investitionen bzw. die Infrastruktur erhalten.

Die Stadt selber tritt im *ambulanten Bereich*, gleich wie die Stadt Basel, nicht als Anbieterin auf, sondern ist für die Information, Koordination, Steuerung und Finanzierung der Angebote zuständig. Die Dienstleistungen werden von privaten Organisationen erbracht, mit denen die Stadt Leistungsverträge abschliesst. Die ambulante Langzeitpflege wird in Bern zu einem grossen Teil von Spitex Bern, einem privaten Verein, erbracht. Es existieren weitere Spitex-Organisationen und Einzelpersonen, die ebenfalls Leistungen im ambulanten Pflegebereich erbringen. Diese Organisationen, die über einen Leistungsvertrag mit der Stadt Bern verfügen, erhalten sowohl für die pflegerischen Leistung gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) als auch für die hauswirtschaftlichen Leistungen Betriebsbeiträge.

Steuerungsinstrumente

Die Bedarfsplanung ist eine Verbundaufgabe von Kanton und Gemeinden. Der Kanton hat die Aufgabe, regelmässig den Bedarf an Pflegeheimplätzen im stationären Bereich zu erheben. Dabei muss er die Planungsgrundlagen der Gemeinden berücksichtigen. Im Rahmen des Planungsberichts 2004 zur Alterspolitik des Kantons wurde jedoch die maximal zulässige Zahl von Pflegeheimplätzen auf 15'500 festgelegt (Gesundheits- und Fürsorgedirektion 2004: 31f.). Diese Kontin-

gentierung wurde im Wissen darum vorgenommen, dass die demografische Entwicklung in den kommenden Jahren zu einem steigenden Anteil an älteren Menschen im Kanton Bern führt. Der Kanton Bern will damit die stationäre Langzeitpflege aktiv steuern und hat sich für eine Politik im Sinne des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ entschieden. Ziel ist es, die Heimeintritte zu minimieren und die zur Verfügung stehenden Plätze den schwer Pflegebedürftigen zur Verfügung zu stellen. Dieser Rückgang soll durch den Ausbau der ambulanten Dienstleistungen und der teilstationären Einrichtungen sowie durch die Schaffung von neuen Wohnformen und Angeboten zur Entlastung von pflegenden Angehörigen erreicht werden. Der sinkende Anteil an Pflegeheimplätzen soll durch einen qualitativen und quantitativen Ausbau der Spitex kompensiert werden.

Die Kontingentierung des Kantons gibt eine maximale Anzahl von Plätzen in Pflegeheimen vor. Die Gemeinden ihrerseits planen die Aufteilung und Umsetzung dieses Kontingents auf die einzelnen Gemeinden und Anbieter. Für die Stadt Bern stehen vor diesem Hintergrund 2265 Pflegeheimplätze zur Verfügung. Sie versucht daher, durch eine gemeinsame Planung auf regionaler Ebene die Versorgung mit Pflegeheimplätzen sicher zu stellen. Für den Bau sowie den Ausbau eines Pflegeheims muss beim Kanton ein Gesuch eingereicht und der Bedarf nachgewiesen werden. Im Rahmen eines Mitberichts können die betroffenen Gemeinden dazu Stellung nehmen. Obwohl ein durch den Kanton vorgegebenes Kontingent an Pflegeheimplätzen besteht, gibt es laufend Veränderungen, z.B. durch Sanierungen oder die Umwandlung von Mehrbett- zu Einbettzimmern. Dadurch kann für alle Regionen eine angemessene Versorgung sichergestellt werden.

Die Pflegeheimliste basiert auf der Bedarfsplanung und setzt diese um. Über die Pflegeheimliste kann die Menge an Pflegeheimplätzen gesteuert werden. Für den Erlass der Pflegeheimliste ist der Regierungsrat zuständig. Die Gemeinden können über ihre eigene Bedarfsplanung sowie der Möglichkeit zu Mitberichten bei neuen Gesuchen für Pflegeheimplätze auf die Pflegeheimliste Einfluss nehmen. Für die Aufnahme auf die Pflegeheimliste muss nicht nur der Bedarf ausgewiesen werden, sondern auch die Voraussetzungen für die Erteilung einer Betriebsbewilligung erfüllt sein. Gesuche werden regelmässig abgewiesen.

Sowohl Investitionsbeiträge von Kanton und Gemeinden für die öffentlichen Heime als auch die Zuschüsse für die Bewohnerinnen und Bewohner von privaten Heimen führen zu tieferen Preisen und setzen damit einen Anreiz für einen Heimeintritt. Wie eine Evaluation eines Pilotprojekts (Gesundheits- und Fürsorgedirektion 2004: 13) verdeutlichte, können präventive Hausbesuche den Eintritt in ein Pflegeheim verzögern. Der Kanton will daher präventive Hausbesuche kantonsweit einführen und diese finanziell unterstützen. In der Stadt Bern besteht ein solches Angebot, das von Pro Senectute in Zusammenarbeit mit der Spitex Bern erbracht wird. Darüber hinaus können auch die Förderung verschiedener Wohnformen im Alter und Projekte zur Verhinderung von Pflegeheimeintritten, wie z.B. Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, den Eintritt in Pflegeheime verhindern oder verzögern. Durch alternative Wohnformen werden die Pflegeheime entlastet. Heute erfolgt die Finanzierung über die Ergänzungsleistungen. Der Kanton plant eine Anpassung der Finanzierung, wodurch nicht mehr die Anerkennung der Organisation als Institution, sondern der individuelle Bedarf die Grundlage für die Finanzierung darstellen soll (Gesundheits- und Fürsorgedirektion 2007: 12, Gemeinderat Bern 2008: 5f.). Dies ermöglicht betreutes Wohnen zu Hause.

Darüber hinaus besetzt die Stadt Bern einen Drittel der Vorstandsitze des Vereins Domicil.⁴³ Damit kann sie bei der Ausgestaltung des Angebots der Domicil-Heime mitbestimmen.

In der *ambulanten Langzeitpflege* stellt der Kanton den Gemeinden und Spitex-Organisationen einen Musterleistungsvertrag zur Verfügung, an den sich die entsprechenden Gemeinden und Organisationen halten müssen. Darin wird vorgeschrieben, für welche Personen eine Spitex-Dienstleistung zur Verfügung stehen muss. Keine Angaben werden hingegen zu Betriebszeiten oder zu spezialisierten Angeboten wie der Kinder-Spitex gemacht. Spitex Bern übertrifft aber diese Vorgaben schon heute bei weitem. Die Mindestvorgaben des Kantons haben daher in der Stadt Bern keine steuernde Wirkung. Die Stadt Bern hat ihrerseits mit der Spitex Bern einen Leistungsauftrag abgeschlossen, in dem die Vergütung für die Leistungsstunde und eine Leistungsmenge für ein Jahr vereinbart werden. Die Leistungsmengen wurden durch die Spitex Bern oft übertroffen, wofür jeweils nachträglich Beiträge gewährt wurden. Die von der Stadt Bern mit den Spitex-Organisationen vereinbarten Leistungsmengen müssen durch den Kanton bewilligt werden. Auch wenn der Kanton durch dieses Ermächtigungsverfahren eine tiefere Vorgabe für die Leistungsmenge machen könnte, macht er von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch. Sowohl die Stadt als auch der Kanton verfügen über die Möglichkeit, durch die bewilligte Leistungsmenge das Spitex-Angebot zu steuern. Da sie aber beide die Spitex fördern möchten, wird von diesem Instrument kein Gebrauch gemacht. Eine weitere Möglichkeit ist die Steuerung über eine Vorgabe einer Kostenobergrenze pro Leistungsstunde durch den Kanton (Alters- und Behindertenamt 2008b: 1). Dies kann idealerweise dazu führen, dass die Spitex-Organisationen durch effizienzsteigernde Massnahmen die Kosten senken, kann aber auch negative Auswirkungen auf die Qualität der Leistungserbringung und damit einen Nachfragerückgang zur Folge haben.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sowohl der Kanton als auch die Stadt Bern den mengenmässigen Ausbau der Spitex-Vorsorge nicht einschränkend steuern wollen, da sie beide das Ziel verfolgen, den Heimeintritt von betagten Menschen zu verzögern. Aktuelle Herausforderungen bei der Steuerung der Langzeitpflege sieht eine Vertreterin der Berner Kantonsverwaltung darin, wie die Effizienz und Effektivität bei der ambulanten Leistungserbringung beeinflusst werden kann.

Stadt Zürich

Kompetenzverteilung Kanton – Gemeinden

Die Errichtung und der Betrieb von *stationären Pflegeeinrichtungen* aller Art ist gemäss Art. 39 Abs. 2 des kantonalen Gesundheitsgesetzes (GesG; LS 810.1) Aufgabe der Gemeinden. Die kantonale Gesundheitsdirektion erteilt Betriebsbewilligungen für solche Einrichtungen und erlässt eine Pflegeheimliste. Sie nimmt auch die gesundheitspolizeiliche Oberaufsicht wahr. Weiter kann der Kanton über die Ausrichtung von Investitions- und Betriebsbeiträge Einfluss nehmen. Im Bereich der *ambulanten Langzeitpflege* ist die Sicherstellung der Spitex-Versorgung gemäss Art. 59a GesG ebenfalls Aufgabe der Gemeinden. Diese Verpflichtung können sie entweder durch den Betrieb eigener Spitex-Organisationen oder durch vertragliche Verpflichtung Dritter wahrnehmen. Für die

⁴³ Der Verein Domicil betreibt 14 Heime mit 777 Plätzen und gehört damit zum grössten Anbieter öffentlicher Heime in der Stadt Bern.

Erteilung von Betriebsbewilligungen an Spitex-Organisationen ist die kantonale Gesundheitsdirektion zuständig. Der Regierungsrat erlässt, nach Anhörung der Gemeinden, Richtlinien über das Angebot und die Qualität der Leistungserbringung der Spitex-Institutionen.

Folglich ist die Sicherstellung der Versorgung mit Angeboten der stationären und ambulanten Langzeitpflege eine Aufgabe der Gemeinden. Der Kanton macht aber Vorgaben zum Angebot der Spitex und nimmt über die Ausrichtungen von Investitions- und Betriebsbeiträgen an Anbieter der stationären Langzeitpflege Einfluss auf das Angebot, wie im Folgenden verdeutlicht wird.

Strategien

Obwohl im Kanton Zürich keine umfassende Strategie für die Langzeitpflege besteht, beinhaltet der Bericht zur Alterspolitik (Regierungsrat 2005) strategische Aussagen zur Langzeitpflege. Dieser Bericht wurde von einer Arbeitsgruppe der kantonalen Verwaltung erarbeitet und enthält Leitlinien, die dem Regierungsrat als Handlungsgrundlage dienen können. Die Leitlinien basieren auf dem Grundgedanken, die Eigenverantwortung der älteren Menschen zu stärken. Dafür sollen verschiedene Wohnalternativen gefördert werden. Die ambulante Pflege wird als wichtige Form der Förderung dieses Grundsatzes angesehen und soll auch unterstützt werden. Auch die Stadt Zürich verfügt über keine spezifische Strategie für die Langzeitpflege. Es existieren jedoch verschiedene Arbeitskonzepte im Gesundheits- und Umweltdepartement sowie in den entsprechenden Dienstabteilungen. Gemeinsam ist diesen Dokumenten zur strategischen Ausrichtung die Absicht, individuelle Wohnformen zu fördern und die freie Wahl der Wohnform zu ermöglichen.

Die Richtlinien über das Leistungsangebot und die Qualität der Spitex, die am 5. Dezember 2007 vom kantonalen Regierungsrat erlassen wurden, definieren den Versorgungsauftrag der Gemeinden. Die Stadt Zürich ihrerseits hat eine Strategie 2014 entworfen. Diese beinhaltet Leitlinien für die Spitex-Organisationen, die einen Leistungsauftrag haben, zum einen und für die verantwortlichen Stellen innerhalb der Stadtverwaltung zum anderen. Grundsätzlich wird in diesem Papier davon ausgegangen, dass die ambulanten Leistungselemente in den nächsten Jahren im Vergleich zu den stationären Angeboten im Vordergrund stehen werden, was einen qualitativen und quantitativen Ausbau des Spitex-Angebots mit sich bringt. Die Spitex-Strategie stellt zudem die Grundzüge des Leistungsprogramms dar, das von den subventionierten Leistungserbringern zur Verfügung gestellt werden soll.

Vollzug der stationären und ambulanten Langzeitpflege

Aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung betreibt die Stadt Zürich 50-60% der bestehenden Heime selber. Die finanzielle Unterstützung von Einrichtungen in der *stationären Langzeitpflege* durch den Kanton Zürich ist uneinheitlich geregelt. Der Kanton beteiligt sich über Investitions- und Betriebskostenbeiträge an den Kosten. Die Höhe der Zuschüsse ist abhängig von der Finanzkraft der Trägergemeinden sowie der Art der Einrichtung. Sowohl öffentlich-rechtliche als auch privat-gemeinnützige Betriebe haben Anspruch auf Beiträge des Kantons, sofern sie eine Betriebsbewilligung haben und auf der Pflegeheimliste aufgeführt sind. Die Stadt Zürich ihrerseits hat Verträge mit verschiedenen privaten Pflegeheimen abgeschlossen, die zu einem erheblichen Teil Bewohnerinnen und Bewohner aus der Stadt Zürich betreuen. Diese Pflegeheime erhalten von der Stadt

Zürich Betriebs- oder Investitionsbeiträge. Die spezielle Situation in der Stadt Zürich, in der die Gemeinde selber als Anbieter von Pflegeplätzen auftritt, eröffnet für die Stadt verschiedene Steuermöglichkeiten und gibt ihr eine starke Stellung in der stationären Langzeitpflege.

Die Spitex-Leistungen werden von privaten Spitex-Vereinen erbracht. Der geschätzte Marktanteil der von der Stadt Zürich unterstützten Leistungserbringer liegt bei 80-85%. Es existieren 35 Betriebsbewilligungen für Spitex-Organisationen. Für selbständige Pflegefachpersonen ist keine Bewilligung des Kantons erforderlich. Die Stadt Zürich hat mit den verschiedenen Spitex-Organisationen Leistungsaufträge abgeschlossen. Der Kanton entrichtet seinerseits pauschale und leistungsorientierte Beiträge an die von den Gemeinden beauftragten Spitex-Organisationen. Diese finanziellen Beiträge werden nach der Finanzkraft der Wohngemeinden der Klientinnen und Klienten abgestuft.

Steuerungsinstrumente

1997 wurde im Kanton Zürich eine Pflegeheimliste erlassen. Damals hat sich der Kanton dazu entschlossen, alle stationären Pflegeinstitutionen mit Standort im Kanton Zürich, die über eine Betriebsbewilligung verfügen, in diese Pflegeheimliste aufzunehmen. Damit wurde auf eine Fixierung einer stationären Bettenzahl verzichtet und der Kanton nimmt keine Steuerung der Pflegeheimplätze vor. Dies begründet er damit, dass Betriebskostenanteile aus Überkapazitäten nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehen, sondern direkt bei den Pflegeheimen anfallen. Er verfolgt damit keine Strategie zur Vermeidung oder dem Abbau von Überkapazitäten. Ziel ist einzig die Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl Pflegeheimplätze. Nach bestehender Praxis werden alle Heime auf die Pflegeliste aufgenommen, die über eine Betriebsbewilligung verfügen. Der Kanton Zürich verlangt folglich für die Aufnahme einer Einrichtung auf die Pflegeheimliste keinen Bedarfsnachweis. Die Gesundheitsdirektion kann hingegen über die Beiträge des Kantons an Investitionen den Ausbau von Pflegeheimplätzen steuern. So werden Bauvorhaben, die nicht durch einen entsprechenden Bedarf gerechtfertigt sind, von der Gesundheitsdirektion nicht finanziell unterstützt. Dabei gibt es Richtwerte zum Bedarf an Pflegeheimplätzen. Die Beurteilung der Gesuche um Investitionsbeiträge wird auf eine Bedarfsplanung abgestützt. Die Investitionsbeiträge stellen somit das wichtigste Steuerungsinstrument in der stationären Langzeitpflege des Kantons Zürich dar.

Sowohl die Stadt als auch der Kanton erstatten Betriebskostenbeiträge an beitragsberechtigten stationären Einrichtungen. Die Betriebsbeiträge des Kantons orientieren sich am Betriebsdefizit und fallen mehrheitlich tief aus, weil die Heime in der Regel kostendeckende Taxen erheben. Die Stadt Zürich bezahlt Betriebsbeiträge an sieben Pflegeheimen inner- und ausserhalb der Stadt. Dadurch soll die Versorgung der stadtzürcher Bevölkerung mit Pflegeheimplätzen gesichert werden. Mit diesem Instrument kann die Stadt die Anzahl Pflegeplätze, die in subventionierten Heimen zur Verfügung stehen, beeinflussen.

Weil die Stadt zu einem grossen Teil eigene Einrichtungen der stationären Langzeitpflege führt, kann sie auch die Preise festsetzen und dadurch steuernd wirken. Die Betriebskosten müssen über die den Bewohnerinnen und Bewohnern verrechneten Taxen gedeckt werden. Dadurch können Anreize für den Heimeintritt geschaffen werden. Diese finanziellen Anreize wirken zwar bei selbst-

bezahlenden Patientinnen und Patienten. Auf die nachgefragte Menge der Bezüger von Ergänzungsleistungen haben sie hingegen keinen Einfluss. Durch den Betrieb von eigenen Heimen kann die Stadt Zürich auch die Anzahl Betten steuern. Es existiert keine zahlenmässige Vorgabe durch den Kanton. Massgebend für die Planung der Bettenzahl ist die Wartezeit bei einem Heimeintritt.

Die Beratungsstelle Wohnen im Alter, die beim Departementssekretariat des Gesundheits- und Umweltdepartements der Stadt Zürich angegliedert ist, bildet die Anmeldestelle für alle Heimeintritte in die von der Stadt geführten Einrichtungen. Indem sie die betroffenen Personen individuell berät, kann sie Einfluss nehmen auf die Heimeintritte. Diese zentrale Koordination trägt dazu bei, dass das vorhandene Angebot möglichst optimal ausgeschöpft wird. Zusätzlich existieren in der Stadt eine Vielzahl von Entlastungsangeboten, die dazu beitragen, Pflegeheimeintritte zu verzögern oder zu verhindern. Diese bestehen in Angeboten für Teilzeitbetreuungen aller Art.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die staatliche Leistungserbringung der Stadt Zürich die Möglichkeit gibt, das Angebot direkt zu beeinflussen. Dadurch kann sie über die Menge der angebotenen Plätze und über den Preis Angebot und Nachfrage steuern und auch auf das Gesamtangebot einwirken. Der Direktor der Pflegezentren der Stadt Zürich sieht in der Schaffung einer unabhängigen Triagestelle auf der Ebene der Stadt eine Verbesserungsmöglichkeit für die Steuerung der Langzeitpflege. Dadurch wird im Einzelfall abgeklärt, welches Angebot für pflegebedürftige Personen am besten geeignet ist. Ein wichtiges Element dieses Modells ist, dass nicht der Anbieter über den Leistungsbezug entscheidet, da dieser Eigeninteressen verfolgt.

Der Kanton verfügt mit der Kompetenz, Richtlinien über das Leistungsangebot der Spitex-Institutionen zu machen, über ein wichtiges Steuerungsinstrument. Damit kann der Kanton den Gemeinden Vorgaben zum Leistungsangebot der Spitex-Versorgung machen. Die Richtlinien werden nach Anhörung der Gemeinden und des Fachverbandes der kantonalen Spitex-Institutionen erlassen. Die Richtlinien vom 5. Dezember 2007 regeln das Standardangebot der Leistungen und die zeitliche Verfügbarkeit der Spitex. Gemäss Aussagen einer Vertreterin der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, soll dadurch ein flächendeckendes Mindestangebot sichergestellt werden. Die Stadt Zürich kann ihrerseits durch die Leistungsvereinbarungen mit den Spitex-Organisationen die Vorhaben zu den zu erbringenden Leistungen beeinflussen. So verlangt sie über die Vorgaben des Kantons hinausgehend eine zeitliche Verfügbarkeit der Spitex rund um die Uhr.

Eine Vertreterin der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich erachtet es als notwendig, das Angebot im stationären Bereich, gleich wie in der ambulanten Langzeitpflege, mit Standards und Richtlinien zu definieren. Generell sei die Regelung im Bereich der Langzeitpflege für den Kanton aber eine Gratwanderung zwischen Regelungsdichte und der Gewährung von Freiheiten gegenüber den Gemeinden.

3.2.2 Zwischenfazit

Die Ausführungen zu den Fallstudien verdeutlichen, dass die Sicherstellung der Versorgung in der ambulanten und stationären Langzeitpflege in allen untersuchten Kantonen und Städten eine staatliche Aufgabe ist. In den Kantonen Bern und Zürich erfolgt die Steuerung der Langzeitpflege durch Kanton und Gemeinden, während im Kanton Basel-Stadt der Kanton der alleinige steuernde Akteur ist, da die Stadt Basel über keine eigene Verwaltung verfügt. Das Angebot von ambulanten und

stationären Leistungen in der Langzeitpflege erfolgt hingegen nicht oder nicht in jedem Fall durch die staatlichen Akteure selber. Während alle untersuchten staatlichen Akteure in der ambulanten Langzeitpflege (Spitex) die Leistungserbringung privaten Organisationen überlassen, zeigt sich in der stationären Pflege ein differenziertes Bild. Die Kantone Basel-Stadt, Bern und Zürich sowie die Stadt Bern betreiben keine eigenen Heime.⁴⁴ Ganz anders in der Stadt Zürich. Hier tritt die Stadt selber als Anbieterin von Pflegeheimplätzen auf.

Obwohl in den untersuchten Gemeinden und Kantonen unterschiedliche Konzepte und Strategien zur Langzeitpflege existieren, stimmen in der Grundausrichtung alle überein. Die Selbständigkeit der älteren Menschen soll gefördert werden und es soll den Menschen ermöglicht werden, möglichst lange zu Hause zu leben. Alle betrachteten Kantone und Städte verfolgen implizit das Ziel die Heimeintritte auf ein Minimum zu reduzieren, auch wenn dies nur in den Strategiedokumenten des Kantons Bern und Basel explizit erwähnt wird. Parallel dazu ist in allen Fällen eine Ausrichtung auf den Ausbau und die Stärkung der Spitex-Organisationen zu beobachten. Trotzdem zeigen sich bei der konkreten Steuerung an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Langzeitpflege beträchtliche Unterschiede zwischen den verwendeten Steuerungsinstrumenten der Kantone und Gemeinden.

Der Regierungsrat des Kanton Basel verfolgt durch den in der Leitlinien für eine umfassende Alterspolitik verankerten expliziten Grundsatz „ambulant vor stationär“ eine Vorrangstellung der ambulanten Langzeitpflege und setzt eine Priorität zugunsten der Spitex. Um dieses Ziel zu erreichen, werden hauptsächlich zwei Steuerungsinstrumente angewandt. Durch das Instrument der obligatorischen Bedarfsabklärung und dem daraus resultierenden Erfordernis des Pflegebedarfsnachweises, steuert der Kanton Basel auf der einen Seite die Heimeintritte. Mit Hilfe dieses Instruments kann der Kanton sicherstellen, dass nur Personen in ein Pflegeheim überweisen werden, deren Pflegebedarf den Eintritt in ein Heim notwendig macht. Dadurch können die Heimeintritte minimiert werden. Auf der anderen Seite fördert der Kanton Basel Stadt den Ausbau der Spitex durch das Spitexgesetz. Gemäss diesem ist der Kanton verantwortlich für eine umfassende Bereitstellung von Dienstleistungen im ambulanten Bereich. Über ein Abklärungs- und Kontrollsystem soll der Bedarf und somit die Nachfrage nach Spitex-Leistungen gesteuert werden. Mit diesem Instrument sollen zum einen die vorhandenen Potentiale der betagten Menschen erkannt und erhalten werden. Zum anderen sollen die Spitex-Leistungen auf das notwendige Mass beschränkt bzw. eine übermässige Nachfrage verhindert werden.

Der Kanton Bern hat durch die Kontingentierung der Pflegeheimplätze für die stationäre Langzeitpflege eine deutliche Vorgabe gemacht. Durch die Instrumente Bedarfsplanung und Pflegeheimliste nimmt der Kanton Bern direkt Einfluss auf die Entwicklung der angebotenen Leistungen im stationären Bereich. Dadurch kann das Angebot an Pflegeplätzen direkt beschränkt werden. Folgerichtig findet sich die explizite Absicht, möglichst wenig Heimeintritte zu haben, auch in den Strategiedokumenten des Kantons Bern. Dieser Abbau des Angebots im Bereich der stationären Langzeitpflege soll im Gegenzug durch den Ausbau der ambulanten Langzeitpflege (Förderung verschiedener Wohnformen und Spitex-Dienste) abgedeckt werden. Der Kanton Bern strebt einen qualitativen und quantitativen Ausbau der Spitex an und will damit den sinkenden Anteil an Pflege-

⁴⁴ In der Stadt Bern gibt es eine Ausnahme. Die Stadt betreibt in der Gemeinde Wald bei Bern das Pflegeheim Kühlewil.

heimplätzen für die über 80-Jährige Bevölkerung kompensieren. Obwohl der Kanton und die Stadt Bern die Möglichkeit hätten, durch die Vorgabe einer maximalen Leistungsmenge das Spitex-Angebot zu beeinflussen, wird von diesem Instrument nicht Gebrauch gemacht. Da Kanton und Stadt Bern die Spitex fördern möchten, werden keine mengenmässigen Vorschriften zu den erbrachten Leistungen gemacht.

Eine spezielle Stellung nimmt das Instrument der staatlichen Leistungserbringung im Bereich der stationären Langzeitpflege in der Stadt Zürich ein. Dadurch kann die Stadt Zürich sowohl über die Menge der angebotenen Plätze als auch über den Preis das Angebot und die Nachfrage im Bereich der stationären Langzeitpflege direkt steuern. Da die Stadt Zürich in der stationären Langzeitpflege über einen Marktanteil von über 50% verfügt, hat sie eine Marktmacht, mit der sie das gesamte Angebot mitprägen kann. Durch die Beratungsstelle Wohnen im Alter, die die Anmeldestelle für alle Heimeintritte in von der Stadt Zürich betriebenen Einrichtungen darstellt, kann die Stadt weiteren Einfluss auf die Nachfrage nehmen. Indem der Kanton Zürich für die Aufnahme einer Einrichtung auf die Pflegeheimliste keinen Bedarfsnachweis verlangt, verzichtet er im Gegensatz zum Kanton Bern auf eine Steuerung des Angebots in der stationären Langzeitpflege. Der Kanton Zürich verfügt hingegen mit der Kompetenz, Richtlinien über das Leistungsangebot der Spitex-Institutionen zu machen, über ein wichtiges Steuerungsinstrument. Mit diesem Instrument steuert er das Angebot der ambulanten Langzeitpflege und strebt ein hochstehendes Standardangebot für die Bevölkerung an. Dadurch soll die Nachfrage nach stationären Aufenthalten vermindert bzw. minimiert werden. Die Stadt Zürich kann ihrerseits durch die Leistungsvereinbarungen mit den Spitex-Organisationen die zu erbringenden Leistungen beeinflussen. Dabei wird ein weitergehendes Angebot angestrebt, als dies durch die kantonalen Richtlinien vorgegeben wird. Die Steuerung dient hier vor allem dem Ziel, durch ein hochstehendes qualitatives und quantitatives Angebot die Nachfrage zu erhöhen.

Zusammenfassend zeigen sich damit drei unterschiedliche Formen des Schnittstellenmanagements zwischen stationärer und ambulanter Versorgung in der Langzeitpflege, die alle auf das Ziel einer verstärkt ambulanten Pflege hin ausgerichtet sind.

- Der Kanton Basel-Stadt setzt in erster Linie auf der ambulanten Seite an und nimmt mit dem Instrument der obligatorischen Bedarfsabklärung direkt Einfluss auf die Nachfrage, ebenso wie er das Spitex-Angebot durch ein entsprechendes Gesetz ausbaut.
- Stadt und Kanton Bern dagegen steuern primär auf der stationären Seite über die kantonale Kontingentierung der Pflegeheimplätze. Damit wird ein indirekter Steuerungseffekt bei der ambulanten Nachfrage erzielt. Auf Spitexseite verzichtet Bern auf eine einschränkende Steuerung und strebt einen qualitativen und quantitativen Ausbau an.
- Ebenso wie Bern setzen Kanton und Stadt Zürich primär auf der stationären Seite an, wobei hier die staatliche stationäre Leistungserbringung in der Stadt eine zentrale Rolle spielt. Die Marktmacht ersetzt damit in der Stadt Zürich den Bedarfsnachweis. Auf der ambulanten Seite nimmt der Kanton mit den Richtlinien über das Leistungsangebot der Spitex-Institutionen Einfluss, während die Stadt über Leistungsvereinbarungen die Koordination mit dem stationären Angebot anstrebt.

Das Beispiel der Steuerung in der Langzeitpflege zeigt, wie es den Kantonen möglich ist, nicht nur auf die Rahmenbedingungen der Versorgung und die Angebotsstruktur, sondern auch auf die Leistungsmenge ambulanter Versorger (hier der Spitex) Einfluss zu nehmen. Der kombinierte Einsatz verschiedener Instrumente – Finanzierung bzw. Leistungsaufträge (von Spitex-Organisationen und Pflegeheimen) und Regulierung (Bedarfsabklärung) – aus einer bereichsübergreifenden Perspektive – ambulante und stationäre Versorgung werden gemeinsam betrachtet und aufeinander abgestimmt gesteuert – ermöglicht eine direkte Behandlungs- bzw. Versorgungsallokation und erlaubt es somit, auch auf der Nachfrageseite steuernd einzugreifen. Eine zentrale Voraussetzung dafür ist das Vorhandensein von Finanzierungs Kompetenzen, welche den direkten Zugriff auf die Steuerungsadressaten ermöglicht und institutionellen Zugang zu den steuerungsrelevanten Informationen gewährleistet. Es ist davon auszugehen, dass die strategische und organisatorische Homogenität – die Steuerung erfolgt unter dem konzeptionellen Rahmen der Alterspolitik bzw. der Langzeitpflege – einen zusätzlichen begünstigenden Faktor darstellt.

4 Systematische Übersicht zur Steuerung der ambulanten Versorgung in den Kantonen

Bis heute besteht keine systematische Übersicht über die Steuerungsstrategien der Kantone im ambulanten Sektor.⁴⁵ Um diese Lücke zu füllen, werden im Folgenden die Ergebnisse einer systematischen Kantonsbefragung zu den Steuerungsaktivitäten im ambulanten Sektor vorgestellt. Einleitend wird kurz das empirische Vorgehen bei der Datenerhebung erläutert, bevor die Resultate der Befragung detailliert referiert werden. Abschliessend werden die Ergebnisse in einem synthetisierenden Zwischenfazit zusammengefasst. Damit greift Kapitel 4 die dritte Untersuchungsfrage nach den verschiedenen Formen und Ausprägungen kantonaler Versorgungssteuerung auf. Die Darstellung beschränkt sich im Wesentlichen auf die Erfassung und Beschreibung der verschiedenen Ansätze, mit denen kantonale Gesundheitsbehörden versuchen, steuernd in die verschiedenen Bereiche der ambulanten Gesundheitsversorgung einzugreifen. Dabei wurden nur angebotsseitige Steuerungsaktivitäten erfasst.

4.1 Vorgehen

Die Daten zu den kantonalen Steuerungsstrategien wurden im Sommer 2009 mittels einer standardisierten schriftlichen Befragung der kantonalen Gesundheitsbehörden erhoben. Der Fragebogen (vgl. Anhang) basiert auf einer Analyse der relevanten Literatur und wurde bei verschiedenen Experten des BAG, des Obsan und des Zentralsekretariats der GDK (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren) in Vernehmlassung gegeben. Um den Aufwand für die Befragten zu minimieren, enthielt er hauptsächlich geschlossene Fragen. Einzelne offene Fragen boten jedoch die Möglichkeit, ergänzende Informationen und Beschreibungen abzugeben.

Der Fragebogen wurde in einer deutsch- und einer französischsprachigen Fassung erstellt und auf dem Postweg als Papierversion versandt. Der Versand erfolgte direkt an die vom GDK-Zentralsekretariat angegebenen Ansprechpersonen für Fragen in Zusammenhang mit der Steuerung der ambulanten Versorgung, oder, sofern keine solche Person eruiert werden konnte, an das Generalsekretariat der kantonalen Gesundheitsbehörde. Zugleich bestand die Möglichkeit, den Fragebogen online auszufüllen. Zu diesem Zweck wurde den befragten Personen per E-Mail ein Zugangscodes zugestellt. Aus 25 der 26 Kantone lagen schriftliche Antworten vor, und bei einem Kanton wurden die Informationen telefonisch nacherhoben, so dass zu allen 26 Kantonen Informationen vorliegen.

Vor der Darstellung und Diskussion der Resultate der Erhebung sind die Grenzen der Aussagekraft offenzulegen. Die Datenbasis der präsentierten Resultate beruht auf der Selbstdeklaration der befragten Verwaltungsvertreterinnen und -vertreter. Es handelt sich somit nicht um tatsächliche Beobachtungen, sondern um Angaben zu eigenen Tätigkeiten der Befragten. Weil im Rahmen der Befragung nicht sichergestellt werden konnte, dass die Befragten zu allen erfragten Tätigkeiten vollumfänglich Auskunft geben können, kann die hier präsentierte Untersuchung keinen Anspruch

⁴⁵ Porträts der Gesundheitspolitik einzelner Kantone finden sich bei Achtermann und Berset (2006b) und Haari et al. (2001a und 2001b).

auf Vollständigkeit erheben. Ebenfalls wurde zwar bei der Formulierung des Fragebogens auf eindeutige Begrifflichkeit und unzweideutige Fragen geachtet, jedoch können bei geschlossenen Befragungen Fehlinterpretationen durch die Befragten nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden.

4.2 Beschreibung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Umfrage nach den Steuerungsstrategien der Kantone im Bereich der ambulanten Gesundheitsversorgung ausführlich beschrieben. Da die Antworten auf die offenen Fragen teilweise knapp ausfielen (insbesondere bezüglich der konkreten Steuerungsprojekte in den Gemeinden oder bezüglich der Förderung der organisatorischen Vernetzung von ambulanten und stationären Leistungserbringern), wurden die Antworten wenn möglich mit zusätzlichen Recherchen im Internet (Zeitungsberichte, Websites der kantonalen Verwaltungen, Protokolle von Regierungssitzungen etc.) ergänzt.

4.2.1 Steuerung von ambulanten Leistungserbringern

Als erstes wurde gefragt, in welchen Bereichen der ambulanten Versorgung die einzelnen Kantone steuernd eingreifen. In einer Liste mit neun verschiedenen Leistungserbringerkategorien⁴⁶ war anzugeben, ob in diesen Bereichen seitens des Kantons Steuerungsaktivitäten im Rahmen der Zulassungsbeschränkung für neue Leistungserbringer erfolgen und wenn ja, ob diese Aktivitäten nur auf die Vermeidung von Überversorgung, nur auf die Vermeidung von Unterversorgung oder auf beides abzielen. Zusätzlich stand die Kategorie „anderes Instrument/andere Strategie“ zur Verfügung, bei der um eine Erläuterung gebeten wurde.

Frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte

Sämtliche 26 Schweizer Kantone steuern die Versorgung im Bereich der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen in der einen oder anderen Form (Tabelle 4).

Tabelle 4: Die Steuerungsstrategien im Bereich der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte

Steuerung nur gegen Überversorgung (Zulassungsstopp)	Steuerung nur gegen Unterversorgung (Ausnahmebewilligungen)	Steuerung gegen Über- und Unterversorgung (Zulassungsstopp)	Steuerung gegen Über- und Unterversorgung plus ein anderes Instrument
BS; GE; OW; SG; ZG	BL; FR; LU; SO	AG; AI; AR; BE; GL; GR; JU; NE; NW; SH; SZ; TI; UR; VD; VS; ZH	TG

Wie Tabelle 4 zeigt, nutzen fünf Kantone den Zulassungsstopp nur zur Vermeidung von Überversorgung. Es fällt auf, dass sich darunter die beiden Kantone (Basel-Stadt und Genf) befinden, die laut der FMH-Ärztestatistik 2008 die höchste Ärztedichte pro 100'000 Einwohner aufwiesen. Der Kanton Basel-Stadt antwortete, ausschliesslich gegen eine Überversorgung zu steuern, hätte aber

⁴⁶ Frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen, Spitalambulatorien, Chiropraktikerinnen und Chiropraktiker, Apothekerinnen und Apotheker, Laboratorien, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger, Hebammen und Spitex.

gesetzlich die Möglichkeit auch einer drohenden Unterversorgung entgegenzutreten: am 4. Juli 2005 wurde die kantonale Vollzugsverordnung durch Regierungsratsbeschluss dahingehend geändert, dass neu auch die Übernahme einer bestehenden Praxis jedweder Fachrichtung als begründeter Einzelfall gilt und zu einer Ausnahmegewilligung vom Zulassungsstopp führen kann, wenn an Stelle der bisherigen Praxis eine Praxis zur Grundversorgung der Bevölkerung (Hausarztpraxis) eröffnet und geführt wird.⁴⁷

Vier Kantone (BL, FR, LU und SO) steuern nur gegen Unterversorgung, das heisst, dass bei fachlicher oder geographischer Unterversorgung Ausnahmegewilligungen gewährt werden, um die ambulante medizinische Versorgung sicherzustellen.

16 Kantone (AG, AI, AR, BE, GL, GR, JU, NE, NW, SH, SZ, TI, UR, VD, VS und ZH) geben an, sowohl gegen Überversorgung als auch gegen Unterversorgung vorzugehen und somit sehr differenziert zu steuern. Erwähnenswert ist hier der Kanton Zürich. Dieser nimmt seit dem 1. Juni 2009 die Grundversorger ausserhalb der Gemeinde Zürich vom Zulassungsstopp ganz aus.⁴⁸ Dies vor allem deshalb, weil sich im Bereich der Grundversorgung gewisse Engpässe abzuzeichnen beginnen und weil im Hinblick auf die im Frühling 2009 diskutierte Weiterführung des Zulassungsstopps auf Bundesebene erste Erfahrungen mit der Beschränkung der Massnahme auf die Spezialisten gesammelt werden sollten.⁴⁹

Der Kanton Thurgau erklärt, nicht nur gegen Über- und Unterversorgung zu steuern, sondern auch noch eine weitere Strategie zu verfolgen. Konkret betreibt er eine aktive Grundversorgerförderung in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und der Spital Thurgau AG. Dabei handelt es sich um ein Projekt, wonach an den Spitälern tätige Assistenzärzte für eine gewisse Zeit in eine ambulante Arztpraxis wechseln, um dort die Grundversorgertätigkeit kennenzulernen. Sie sollen so animiert werden, später in der Grundversorgung tätig zu sein. Das Projekt wird von der Spital Thurgau AG, den Grundversorgern und dem Kanton gemeinsam finanziert. Nach einer erfolgreichen Testphase wird es nun weitergeführt.

Spitalambulatorien

Im Bereich der Spitalambulatorien erklären acht Kantone, steuernd einzugreifen (Tabelle 5). Vier Kantone geben an, mittels des Zulassungsstopps entweder gegen Überversorgung (GL und BS) oder gegen Unterversorgung (AR und BL) zu steuern. Fünf weitere Kantone steuern mit Hilfe anderer Instrumente: Appenzell Innerrhoden und Uri steuern via Leistungsauftrag an die Spitäler, welche die Ambulatorien betreiben, der diese verpflichtet, ein ausreichendes Grundangebot sicherzustellen (ausdrücklich: AI). Die Kantone Basel-Stadt, Freiburg und Zürich steuern über das dem Leistungsauftrag verwandte Instrument des (Global-)Budgets an die Spitäler, um zumindest „einen gewissen Einfluss“ (ZH) auf die Spitalambulatorien auszuüben. Dahinter steht die Überlegung, dass die Höhe der Ressourcen, die der Kanton einem Spital insgesamt zur Verfügung stellt, indirekt auch die Entscheide der Spitalführung über die Organisation und das Leistungsangebot der

⁴⁷ Verordnung betreffend Vollzug der eidgenössischen Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 10. Dezember 2002 (310.130).

⁴⁸ Einführungsverordnung zur eidgenössischen Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 23.10.2002 (832.14)

⁴⁹ www.kantonszahnarzt.zh.ch/internet/gd/de/news2/news2009/055.ContentList.0004.Document.pdf (Stand: 17.7.2009)

ambulanten Abteilung beeinflusst. Der Kanton Freiburg nimmt ausserdem für gewisse spezielle Leistungen (z. B. Herz-Gefäss-Rehabilitationen) Bedürfnisevaluationen vor und gibt danach gegebenenfalls seine Zustimmung.

Tabelle 5: Die Steuerungsstrategien im Bereich der Spitalambulatorien

Steuerung gegen Über- oder Unterversorgung (Zulassungsstopp)	Steuerung via anderes Instrument/andere Strategie
AR; BL; BS; GL	AI; BS; FR; UR; ZH

Spitex

Insgesamt zwölf Kantone antworteten, den Bereich der Spitex zu steuern (Tabelle 6). Zwei Kantone geben an, mittels Zulassungsstopp nur gegen Überversorgung (OW) bzw. nur gegen Unterversorgung zu steuern (LU). Die Kantone Nidwalden, Schwyz und Uri benutzen beide Strategien zur Steuerung. Die Steuerungsstrategien weiterer sieben Kantone im Bereich der Spitex können unter dem Instrument „Leistungsauftrag“ zusammengefasst werden. Appenzell Innerrhoden, Schaffhausen und Wallis geben ganz explizit Leistungsaufträge als Steuerungsinstrumente an. Basel-Stadt steuert mit Hilfe von „Verträgen“. Der Kanton Bern macht Vorgaben zu Inhalt und Abgeltung der Leistungen und bewilligt anschliessend die finanziellen Mittel. Die Steuerungsstrategie des Kantons Jura ist ebenfalls finanzieller Art, er steuert mit Hilfe eines Finanzrahmens.

Der Kanton Basel-Landschaft gibt zwar an, den Bereich der Spitex über ein anderes Instrument/eine andere Strategie als den Zulassungsstopp zu steuern, erwähnt als Erläuterung allerdings lediglich die „Gemeindehoheit“ in diesem Bereich.

Tabelle 6: Die Steuerungsstrategien im Bereich der Spitex

Steuerung gegen Über- oder Unterversorgung (Zulassungsstopp)	Steuerung gegen Über- und Unterversorgung (Zulassungsstopp)	Steuerung via Leistungsauftrag
LU; OW	NW; SZ; UR	AI; BE; BS; JU; SH; VS

Übrige ambulante Leistungserbringer

Im Vergleich mit den bisher diskutierten Leistungserbringerkategorien, welche jeweils von allen Kantonen (frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen) respektive einem beträchtlichen Teil (acht Kantone im Fall der Spitalambulatorien, zwölf im Fall der Spitex) gesteuert werden, fällt auf, dass bei den restlichen sechs Kategorien in deutlich weniger Kantonen, zwischen fünf und sieben, Steuerungsaktivitäten zu verzeichnen sind (Tabelle 7).

Tabelle 7: Steuerung der restlichen ambulanten Leistungserbringer

Chiropraktor(innen)	Apotheker(innen)	Laboratorien	Physiotherapeut(innen)	Krankenpfleger(innen)	Hebammen
LU; OW; UR; ZG, SZ	LU; OW; UR; ZG; BS; NW; SZ	LU; OW; UR; ZG; BS; FR	LU; OW; UR; ZG; NW; SZ	LU; OW; UR; ZG; NW	LU; OW; UR; ZG; NW; SZ

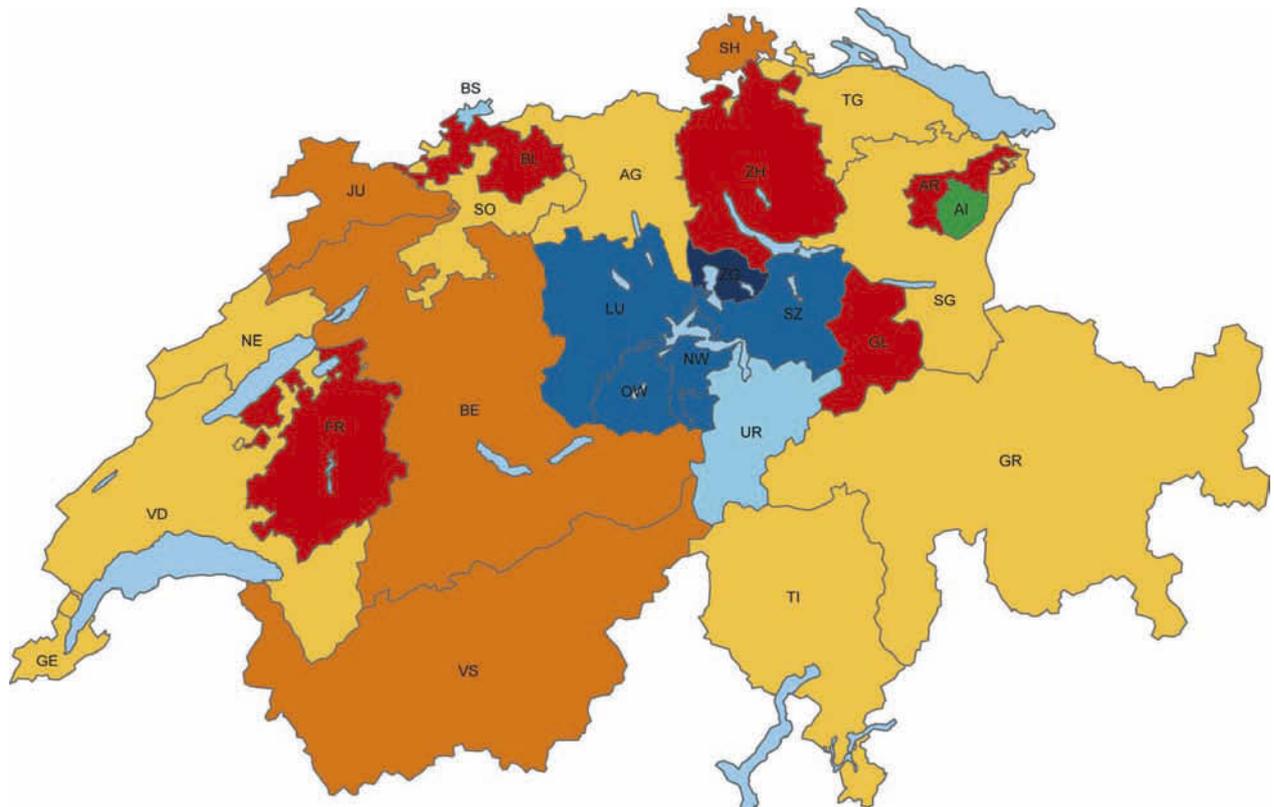
Die Kantone Basel-Stadt, Obwalden und Zug steuern in diesen Versorgungsbereichen jeweils nur gegen Überversorgung, der Kanton Luzern nur gegen Unterversorgung, und die Kantone Nidwal-

den, Schwyz und Uri stets sowohl gegen Über- als auch Unterversorgung. Im Kanton Freiburg besteht die einzige Steuerungsaktivität in den fraglichen Bereichen darin, dass er die öffentlichen Laboratorien zu einem Zusammenschluss zu bewegen versucht. Bei den privaten Laboratorien hingegen hat er keine Steuerungsmöglichkeiten.

Weiter sticht ins Auge, dass mit Ausnahme der Kantone Basel-Stadt und Freiburg nur die sechs Innerschweizer Kantone alle oder zumindest einen Teil der restlichen ambulanten Leistungserbringer steuern. Wie Rüefli (2004b) festgestellt hat, waren diese sechs Kantone die einzigen, die in den entsprechenden kantonalen Vollzugsverordnungen von der in der bundesrätlichen Verordnung zum Zulassungsstopp enthaltenen Möglichkeit Gebrauch machten und sämtliche ambulanten Leistungserbringer dem Zulassungsstopp unterstellen. Alle anderen Kantone wendeten ihn nur auf die Ärzteschaft an. Diese Ähnlichkeit der Innerschweizer Kantone lässt sich nach Rüefli (2004b) in erster Linie auf die gemeinsame Erarbeitung der Vollzugsverordnungen im Rahmen der Zentralschweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz zurückführen.

Übersicht

Abbildung 5: Kantone nach Kombination ihrer Steuerungsobjekte im ambulanten Sektor



Legende:

- Gelb: Nur frei praktizierende Ärzte
- Orange: Frei praktizierende Ärzte und Spitex
- Rot: Frei praktizierende Ärzte und Spitalambulatorien
- Grün: Frei praktizierende Ärzte, Spitex und Spitalambulatorien
- Hellblau: Frei praktizierende Ärzte, Spitex, Spitalambulatorien und weitere spezifische Leistungserbringer
- Blau: Frei praktizierende Ärzte, Spitex und weitere spezifische Leistungserbringer
- Dunkelblau: Frei praktizierende Ärzte und weitere spezifische Leistungserbringer

Insgesamt ergibt sich aus der Erhebung in den Kantonen ein Bild sehr vielseitiger Kombinationen von unterschiedlichen Steuerungsadressaten im Bereich der ambulanten Versorgung. Die Karte in Abbildung 5 gibt die föderalistische Vielfalt der ambulanten Steuerungsaktivitäten wieder.

4.2.2 Steuerungsversuche der Gemeinden

Die kantonalen Gesundheitsbehörden wurden gefragt, ob ihnen Steuerungsversuche auf der Ebene der Gemeinden bekannt seien und wenn ja, worin diese konkret bestünden und ob der Kanton diese Steuerungsversuche allenfalls beratend, finanziell oder anderweitig unterstütze.

Tabelle 8: Steuerungsversuche in den Gemeinden

Kantone, denen Steuerungsversuche der Gemeinden bekannt sind	Kantone, die Steuerungsversuche der Gemeinden unterstützen
BL; BS; GL; LU; SZ; TG	BS; GL; LU; SZ; TG

Sechs Kantonen sind Steuerungsversuche ihrer Gemeinden bekannt. Diese werden meist nur beratend unterstützt. Die erwähnten konkreten Steuerungsversuche oder Projekte sind von unterschiedlicher Natur. Dem Kanton Basel-Landschaft sind solche im Zusammenhang mit Pflegeleistungen bekannt, wobei er angibt, diese nicht zu unterstützen. Der Kanton Basel-Stadt weiss in Hinblick auf die mögliche Schliessung des Gemeindespitals Riehen von der Konzeption eines ambulanten Gesundheitszentrums (Basler Zeitung Online, 27.4.2009) und unterstützt die Gemeinde dabei beratend. Im Kanton Schwyz existiert ein solches Gesundheitszentrum bereits seit 2005 in Einsiedeln.⁵⁰ Der Kanton unterstützt dieses, indem er Praxisbewilligungen (Ausnahmebewilligungen vom Zulassungsstopp) dafür erteilt, diese aber an eine gleichzeitige Tätigkeit am sich unmittelbar benachbarten Spital bindet. Daneben besteht ein Alters- und Pflegeheim mit integrierter Arztpraxis.

Im Kanton Glarus kam es 2009 zur Errichtung einer sogenannten Wartgeldpraxis⁵¹, weil die RehaClinic Braunwald, die bisher die ambulante medizinische Versorgung der ansässigen Bevölkerung übernommen hat, dies in Zukunft aufgrund einer Neuausrichtung nicht mehr gewährleisten kann.⁵² Der Kanton unterstützt dieses Unterfangen sowohl beratend (Zusammenarbeit mit den Gemeindebehörden und den Grundversorgern) als auch finanziell mit einem Investitionsdarlehen. Die Kantone Luzern und Thurgau nennen die aktive Suche nach Ärztinnen und Ärzten in den Gemeinden respektive den Zusammenschluss von Spitex-Organisationen als ihnen bekannte Steuerungsversuche der Gemeinden. Beide unterstützen diese Bemühungen beratend. Der Kanton Waadt kündigte ein „dispositif cantonal“ für die Hausarztmedizin an, dessen Ziel es sei, Alternati-

⁵⁰ <http://www.spital-einsiedeln.ch/gesundheitszentrum.html> (Stand: 9.8.2009)

⁵¹ Der Kanton Glarus versteht darunter das Modell des selbstständig erwerbstätigen Hausarztes in einer teilsubventionierten Wartgeldpraxis. Mit dem Kantonsbeitrag werden die Fixkosten der privatrechtlichen ärztlichen Tätigkeit eines Bergarztes (derzeit eine Filiale eines in Linthal praktizierenden Arztes) in Braunwald mitgetragen. Der Kanton übernimmt im Rahmen eines Globalbeitrags einen Anteil der Mietkosten für die Praxisräumlichkeiten und der Personalkosten, insbesondere für die Inkonvenienzen von Tages- und Nachtdiensten sowie Pikettdiensten. Der Bergarzt ist im Gegenzug verpflichtet, den Kantonsbeitrag im Verhältnis zu allfälligen ausserordentlich erzielten Erträgen der privat-ärztlichen Tätigkeit, die über ein festgelegtes steuerbares Einkommen hinausgehen, zurückzuerstatten. Eine definitive, von einer Subvention des Kantons losgelöste Endlösung, wird aber angestrebt (schriftliche Mitteilung der zuständigen Person).

⁵² http://www.gl.ch/documents/Bulletin_05_vom_10_Februar_2009.pdf (Stand: 9. 8. 2009)

ven in diesem Bereich vorzuschlagen. Eine Unterstützung der Gemeinden durch den Kanton wird für die Zukunft zumindest nicht ausgeschlossen.

4.2.3 Förderung von Managed Care

In der Befragung wurden Bestrebungen der einzelnen Kantone in Bezug auf die Förderung von Managed Care (im Sinne einer Vernetzung von Ärztinnen und Ärzten) erhoben. Die Befragten wurden gebeten zu erläutern, wie diese konkret aussehen und in welchem Stadium sie sich zurzeit befinden.

Tabelle 9: Förderung von Managed Care durch die Kantone

Konkrete Aktivitäten in Vorbereitung	Konkrete Aktivitäten beschlossen und umgesetzt
BS; FR, TI	SG; SZ; TG; ZH

In sechs Kantonen ist die Förderung von Managed Care kein Thema. Der Kanton Obwalden bemerkt dazu, dass „in Obwalden ein umfangreiches Versorgungsnetz durch Hausarztpraxen besteht“. Es ist zu vermuten, dass daher aus Sicht des Kantons kein Handlungsbedarf besteht. In elf Kantonen wird eine solche Förderung diskutiert, es wurden aber noch keine konkreten Aktivitäten ergriffen. Insgesamt sieben Kantone können in dieser Hinsicht zu den aktiven Kantonen gezählt werden. In den Kantonen Basel-Stadt und Freiburg sind konkrete Aktivitäten in Vorbereitung. Im Fall von Basel-Stadt handelt es dabei um Runde Tische mit Hausärzten und Spitalvertretern, um die Planung von Gesundheitszentren sowie um die Notfalltriage mit vorgelagerter Permanence. In Freiburg werden Aktivitäten im Bereich der öffentlichen Psychiatrie, bei der Betreuung von Menschen mit einer Suchterkrankung vorbereitet. Der Kanton Tessin nennt die geplante Vernetzung der Ärzteschaft durch die elektronische Patientenkarte. Das Projekt versuche die Kommunikation und Datenübermittlung zwischen den verschiedenen Leistungserbringern zu fördern.

Vier weitere Kantone geben an, in Sachen Managed Care bereits konkrete Aktivitäten beschlossen und umgesetzt zu haben. Die Kantone St. Gallen und Schwyz fördern Managed Care mit Hilfe des Instruments des Zulassungsstopps: St. Gallen berichtet von einer liberalen Zulassungspraxis und Schwyz erteilt zusätzliche Ausnahmegewilligungen für Managed Care-Praxen. Auch der Kanton Zürich gibt an, dass für solche Netzwerke Institutsbewilligungen möglich sind. Der Kanton Thurgau bezeichnet sich selbst als Pionierkanton mit der höchsten Managed Care-Dichte der Schweiz⁵³, ohne allerdings konkrete vom Kanton ausgehende Aktivitäten oder Massnahmen anzugeben.

4.2.4 Förderung der sektorübergreifenden integrierten Versorgung

In Bezug auf die Förderung der organisatorischen Vernetzung von ambulanten und stationären Leistungserbringern (sektorübergreifende integrierte Versorgung) ist seitens der Kantone deutlich mehr Aktivität auszumachen als hinsichtlich der Förderung von Managed Care:

⁵³ Im Kanton Thurgau sind heute aus den ursprünglich sieben regionalen Hausarztvereinen flächendeckend vier integrierte Ärztenetzwerke mit knapp 190 engagierten Ärzten (Grundversorger, Spezialisten, Spitalärzte) und 66'000 Managed Care-Versicherten entstanden (http://www.aerzte-tg.ch/xml_1/internet/de/application/d2/d5/f8.cfm (Stand: 10. 8.2009)).

Tabelle 10: Förderung der sektorübergreifenden integrierten Versorgung durch die Kantone

Konkrete Aktivitäten in Vorbereitung	Konkrete Aktivitäten beschlossen und umgesetzt
AG; AI; BE; BS; FR; NE; TI	BE; BL; FR; OW; SG; SZ; TG; VD; VS

Bemerkung: Doppelt erwähnte Kantone berichten sowohl von sich noch in Vorbereitung befindlichen Aktivitäten, als auch von bereits beschlossenen und umgesetzten Aktivitäten.

Einzig die Kantone Genf, Nidwalden und Zug geben an, dass die sektorübergreifende integrierte Versorgung bei ihnen kein Thema sei, wobei Nidwalden erwähnt, dass sich diese Diskussion eventuell noch entwickle. In acht weiteren Kantonen wird eine solche Förderung bereits diskutiert. Auffallend viele Kantone nennen ähnliche geplante oder schon beschlossene und umgesetzte Aktivitäten, die sich alle recht ähnlich sind und in Zusammenhang mit einer Reorganisation des Notfalldienstes zu tun haben: Im Kanton Aargau ist ein neues Notfallkonzept mit Vernetzung der Spitalnotfallstationen und der niedergelassenen Ärzteschaft geplant. Der Kanton Bern berichtet unter anderem von ärztlichem Notfalldienst in Praxisräumlichkeiten eines Spitals (bereits beschlossen und umgesetzt). Auch Basel-Landschaft erwähnt eine Reorganisation des Notfalldienstes und dessen Integration in die Notfallstationen. Im Kantonsspital Freiburg wurde ab Herbst 2009 neben der ordentlichen Notfallstation ein Lokal eingerichtet, in dem niedergelassene Allgemeinärztinnen und -ärzte einen Teil ihres Notfalldienstes (Abende und Wochenenden) verrichten können und vor allem leichtere Notfälle behandeln. Ebenfalls im freiburgischen Kantonsspital Meyriez-Murten besteht bereits eine Permanence, wo zwischen 7 und 22 Uhr Allgemeinärzte den Notfalldienst wahrnehmen. Auch am Kantonsspital Obwalden wurde eine Notfallpraxis in Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten des Kantons eröffnet. Der Kanton Solothurn kennt heute schon eine von Hausärztinnen und Hausärzten betriebene vorgelagerte Notfallstation in der Stadt Solothurn, und bald wird es eine solche auch in Olten geben. Die Kantone St. Gallen und Schwyz erwähnen beide etwas weniger konkret beschlossene und umgesetzte Aktivitäten bezüglich einer Zusammenarbeit von Haus- und Spitalärzten beim Notfalldienst.

Andere erwähnte Aktivitäten und Massnahmen beinhalten einen Modellversuch „integrierte Versorgung in der Geriatrie“ (in Vorbereitung, BE), Gesundheitszentren (beschlossen und umgesetzt, BE), Überlegungen zur Gestaltung des (Belegarzt-)Spitals als Gesundheitszentrum unter anderem mit Ärztehaus (AI), eine Gesundheits-Plattform (ohne weitere Erläuterungen, in Vorbereitung, NE) sowie ein kantonales interinstitutionelles Netzwerk, in dem Spitäler, die Spitex und Alters- und Pflegeheime organisiert sind (beschlossen und umgesetzt, VS). Basel-Stadt plant Runde Tische mit allen Vertretern und erwähnt konkrete Aktivitäten im Zusammenhang mit einer „Projektplanung im Rahmen der Psychiatrieplanung“, den geriatrischen Behandlungsketten sowie wiederum der Notfalltriage mit vorgelagerter Permanence. Der Kanton Thurgau bemerkt hierzu, dass die Spitalärzteschaft sein Managed Care-Modell eingebunden ist. Der Kanton Tessin erwähnt erneut die Einführung der elektronischen Patientenkarte. In Detailplanung sind insbesondere die Übermittlung von Daten der Radiologie, der Labore, der Ein- und Austritte in und aus den Spitälern und im Bereich der ausserkantonalen Hospitalisationen. Man werde auch versuchen, Synergien mit der KVG-Versichertenkarte zu nutzen (Impfungen, Allergien, Verlauf der Medikamentenabgabe, Patientenverfügungen). Der Kanton Waadt verweist auf das seit dem 30. Januar 2007 bestehende Gesetz

über die Gesundheitsnetzwerke.⁵⁴ Zurzeit gibt es im Kanton Waadt fünf solche Netzwerke, die auf regionaler Ebene die Ärzteschaft, die Spitex, Alters- und Pflegeheime, Spitäler sowie andere Leistungserbringer zusammenfassen und so das ganze Spektrum der Gesundheitsleistungen abdecken. Sie sollen zu einer besseren Koordination der Gesundheitsleistungen und einem effizienteren Einsatz der Ressourcen führen sowie der Orientierung der Patienten dienen. Das Gesetz gab den schon vorher bestehenden Netzwerken eine legale Basis, führte unter anderem die Beitrittspflicht für staatlich subventionierte Leistungserbringer ein und verbesserte die politischen Kontrollmöglichkeiten.⁵⁵

4.2.5 Einbezug verwaltungsexterner Akteure in die kantonale Steuerung

Neben den Steuerungsaktivitäten wurde in der Befragung auch die Ausgestaltung der kantonalen Steuerungsstrukturen erfasst. Konkret wurden die Kantonsbehörden gefragt, ob in ihrem Kanton die Steuerung ausschliesslich durch die Verwaltung (d.h. die kantonalen Gesundheitsbehörden) erfolgt oder ob verwaltungsexterne Akteure miteinbezogen werden.

Tabelle 11: Akteure, durch welche die Steuerung erfolgt

Nur durch die Verwaltung	Grösstenteils durch die Verwaltung, zusätzlich ad-hoc-Konsultationen	Einbezug verwaltungsexterner Akteure im Rahmen eines gemeinsamen Gremiums
AR; BE; NW; OW; SH; VD; ZG	AI; BS; BL; GL; JU; LU; NE; SG; SO; SZ; ZH	AG; FR; GE; TG; TI; UR; VS

Sieben Kantone geben ausdrücklich an, dass bei ihnen die Steuerung der ambulanten Gesundheitsversorgung ausschliesslich in den Händen der kantonalen Gesundheitsbehörden liegt und keine verwaltungsexternen Akteure einbezogen werden. In elf Kantonen erfolgen ad-hoc-Konsultationen mit verschiedenen betroffenen Akteuren. Appenzell Innerrhoden gibt an, dass teilweise Anhörungen möglich sind. Zürich nennt ohne genauere Angaben „Absprachen im Einzelfall“. Die Kantone Basel-Stadt und Glarus sprechen von „fallweisem“ respektive „punktuellen“ Einbezug von „externen Partnern und Organisationen“ (BS) oder Beratern (GL). Zwei weitere Kantone erklären, die Ärzteschaft (SO) bzw. die Berufsorganisationen und die Spitäler (LU) fallweise einzubeziehen. Im Kanton Neuenburg wird, falls gewünscht, die Neuenburger Ärztegesellschaft ebenfalls konsultiert. Basel-Landschaft und St. Gallen geben an, im Zusammenhang mit der Neuzulassung von Ärztinnen und Ärzten bei der Ärztegesellschaft bzw. den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten eine Einschätzung der Versorgungssituation einzuholen. Im Kanton Schwyz erfolgt der Einbezug der Ärzteschaft, Spitäler und anderen Leistungserbringer durch Erhebungen, periodische Treffen mit den Standesorganisationen sowie zusätzliche Treffen bei Bedarf, zum Beispiel zur vertieften Abklärung der Versorgungslage.

Eine institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen Kantonsbehörden und verwaltungsexternen Akteuren findet in sieben Kantonen statt. Im entsprechenden Gremium ist überall die Ärzteschaft

⁵⁴ Loi sur les réseaux de soins (LRS) du 30 janvier 2007 (810.02)

⁵⁵ Vgl. <http://www.vd.ch/?id=4103> (Stand: 10.8.2009)

vertreten, in Genf⁵⁶ auch die Spitäler, und in Freiburg zusätzliche weitere Leistungserbringer, die Versicherer und sogar Parlamentsmitglieder. Im Kanton Tessin sind neben dem kantonalen Gesundheitsamt auch die Ärzteschaft und santésuisse in der entsprechenden Kommission vertreten. Auch der Kanton Thurgau gibt an, zumindest fallweise ein Gremium mit verwaltungsexternen Akteuren (Ärzteschaft, Spitäler, andere Leistungserbringer und Versicherer) in die Steuerung mit einzubeziehen. Graubünden antwortet, je nach Fragestellung unterschiedlich zusammengesetzte Gremien zu haben. Der Kanton Uri äussert sich nicht zur Zusammensetzung des Gremiums.

4.3 Zwischenfazit

Die Ergebnisse der Befragung zeigen die federalistische Vielfalt der kantonalen Steuerungsarrangements auf. So finden sich bereits beim von allen Kantonen bemuhnten Instrument des Zulassungsstopps unterschiedliche Anwendungszwecke. Während die meisten Kantone das Instrument sowohl zur Beschränkung des Angebots als auch, über Ausnahmezulassungen, zur Förderung von bestimmten ambulanten Angeboten, insbesondere im Bereich der Hausarztmedizin, einsetzen, lassen sich je Gruppen von Kantonen identifizieren, die den Schwerpunkt entweder auf die Steuerung gegen die Überversorgung oder gegen die Unterversorgung mit bestimmten Angeboten legen. Die Analyse der verschiedenen Steuerungsobjekte und ihrer Kombination als Adressaten kantonalen Steuerungs ergibt ein Bild grosser Uneinheitlichkeit. Zwar lassen sich regionale Muster ausmachen, wo welche Adressaten in welcher Kombination gesteuert werden. Die inhaltliche Betrachtung dieser Kombinationen ergibt aber keine nachvollziehbaren Muster allfälliger Diffusionsdynamiken zwischen benachbarten Kantonen (vgl. hierzu z.B. Gilardi und Fuglistler 2008). Vielmehr besteht der Eindruck einer gewissen Zufälligkeit: Die meisten Kantone, nämlich AG, GE, GR, NE, SG, SO, TG, TI, VD, nehmen nur auf die frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte steuernd Einfluss, wohingegen sich in den übrigen Kantonen verschiedene Kombinationen von Steuerungsadressaten finden: BE, JU, SH, VS steuern die frei praktizierenden Ärzte und die Spitex; AR, BL, FR, GL, ZH die frei praktizierenden Ärzte und Spitalambulatorien. Der Kanton AI steuert alle drei dieser Kategorien, BS und UR ebenfalls diese drei und weitere spezifische Leistungserbringer. Die Steuerungsaktivitäten der Innerschweizer Kantone LU, NW, OW, SZ beziehen sich auf die frei praktizierenden Ärzte, die Spitex und weitere spezifische Leistungserbringer, während schliesslich ZG nur die frei praktizierenden Ärzte und weitere spezifische Leistungserbringer steuert.

Zwischen diesen Mustern und weiteren Bemühungen einer kantonalen Beeinflussung des ambulanten Angebots durch die Unterstützung von Steuerungsanstrengungen der Gemeinden sowie die Förderung von Managed Care und der sektorübergreifenden integrierten Versorgung lässt sich anhand der vorliegenden Angaben kein Zusammenhang postulieren: Nur fünf Kantone unterstützen die Gemeinden in ihrer Steuerung, und lediglich vier Kantone fördern Managed Care-Projekte. Dagegen findet die sektorübergreifende integrierte Versorgung in neun Kantonen Unterstützung. Schliesslich zeigt die Erhebung die klare Vorrangstellung der kantonalen Verwaltungen als zuständige Stellen für staatliche Steuerungsaktivitäten im ambulanten Bereich auf. Von 25 auf diese Frage antwortenden Kantonsverwaltungen führen deren 18 ambulante Steuerungsaktivitäten in allei-

⁵⁶ Die Genfer Kommission hat allerdings nur konsultativen Charakter, die Entscheidungskompetenz liegt bei der Gesundheitsbehörde.

niger Kompetenz durch, während lediglich sieben Kantone eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit verwaltungsexternen Akteuren pflegen. Diese Feststellung kann als Ausdruck der schwachen Steuerungsfähigkeit der Kantone im ambulanten Sektor gedeutet werden (vgl. Abschnitt 2.6), die sich in den Steuerungsarrangements widerspiegeln. Da die Kantone bis 2002 kaum über Steuerungskompetenzen verfügten, bestand keine Notwendigkeit, institutionalisierte Zusammenarbeitsstrukturen mit den Leistungserbringern aufzubauen. Dies wäre möglicherweise auch nicht als politisch opportun betrachtet worden. Als Folge der durch die Zulassungsbeschränkung neu gewonnenen Zuständigkeiten mussten die Kantone jedoch ihre bisher geringe Steuerungsfähigkeit erhöhen, um die Umsetzung bewältigen zu können. Der je nach Kanton systematische oder punktuelle Einbezug von Partnern aus der Gesundheitsversorgung ermöglicht den Behörden z.B. den Zugang zu Informationen, über die sie anderweitig nicht verfügen; die Kooperation im Rahmen partizipativer Entscheidungsmechanismen trägt aber auch dazu bei, Steuerungsentscheide besser abzustützen und gegenüber den Betroffenen zu legitimieren.

Die Erhebung der kantonalen Steuerungsaktivitäten ausserhalb der spezifisch erfragten Umsetzung der Zulassungsbeschränkung für neue Leistungserbringer führt zu interessanten Einsichten, welche den analytischen Befunden zur kantonalen Steuerungsfähigkeit entsprechen. So zeigt sich, dass die Kantone die Zulassungsbeschränkung nicht nur zur Steuerung der Versorgungsallokation nutzen, sondern teilweise auch so handhaben, dass innovative Organisationsformen wie z.B. HMOs nicht davon betroffen sind und somit gegenüber den klassischen Einzelpraxen bevorzugt behandelt werden. Des Weiteren illustriert die Kantonsbefragung die vielfältigen über die reine Regulierung hinaus reichenden Steuerungsanstrengungen, die einzelne Kantone aus Eigeninitiative an den Tag legen. So finden sich zunächst verschiedene Beispiele von Steuerung über finanzielle Anreize zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung in einer spezifischen Region (Wartgeldpraxis im Kanton Glarus) oder zur Förderung der Grundversorgung im Rahmen der Ausbildung (z.B. Thurgau). Schliesslich finden sich zahlreiche Fälle von prozeduraler Steuerung, in denen Kantonsbehörden Strukturen schaffen, Impulse geben oder Beratung leisten, um bei den Leistungserbringern strukturelle Veränderungen anzuregen oder zu unterstützen. Diesbezüglich sei auf die zahlreichen Projekte zur Reorganisation der Notfallversorgung verwiesen sowie auf die teilweise mit finanziellen Anreizen gekoppelte Förderung sektorübergreifender integrierter Versorgungsstrukturen bzw. -netzwerke.

Diese Beispiele zeigen, dass der trotz aller institutionellen und politischen Einschränkungen bestehende Spielraum zu gestaltender Einflussnahme auf die ambulante Versorgung und ihrer Schnittstellen zum stationären Bereich durchaus genutzt wird, und dass das „Labor des Föderalismus“ (Germann 1999: 409) auch in dieser Hinsicht entsprechende Innovationen hervorzubringen vermag. Über die Hintergründe, Umstände und Erfolgsfaktoren des Zustandekommens solcher Steuerungsaktivitäten sowie zu ihren Wirkungen können hier mangels Informationen keine Aussagen gemacht werden. Die hier vorliegende erste – vermutlich unvollständige – Auslegeordnung kann jedoch als Ausgangspunkt für entsprechende weitere Forschungen dienen.

5 Favorisierende Bedingungen für eine ambulante Steuerung

Unter welchen politischen und organisatorischen Bedingungen wird der Entscheid zu einer vermehrten Steuerung im ambulanten Bereich auf kantonaler Ebene getroffen? Zur Beantwortung dieser Frage werden in diesem Kapitel die Ergebnisse einer konfigurativen Kausalanalyse mittels des Ansatzes der Qualitative Comparative Analysis (QCA) vorgestellt. In einem ersten Schritt wird die abhängige Variable der Steuerungsichte im ambulanten Sektor präsentiert, wie sie für den systematischen Kantonsvergleich auf Basis der im vorangegangenen Kapitel präsentierten Befragungsergebnisse gebildet wird. Im zweiten Schritt werden anschliessend die untersuchten favorisierenden Bedingungen aus der Theorie abgeleitet und kurz dargelegt, bevor in einem dritten Abschnitt auf das Vorgehen und die Besonderheiten der verwendeten Methode eingegangen wird. Die Ergebnisse des systematischen Kantonsvergleichs werden im vierten Abschnitt präsentiert und diskutiert. Die umfassende Darstellung der vollständigen Analyse findet sich in Wälti (2009).

5.1 Steuerung im ambulanten Bereich als abhängige Variable

Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung der kantonalen Gesundheitsbehörden bezüglich der Steuerung der ambulanten Versorgung wurden bereits im vorgängigen Kapitel dargelegt. Um die Ergebnisse für eine systematische Kausalanalyse verwenden zu können, wird aus den erhaltenen Antworten ein Index konstruiert, der wiedergibt, inwiefern ein Kanton eine Versorgungssteuerung vornimmt.

Um diesen Index zu bilden, wurde ein Bewertungsraster entwickelt (Tabelle 12). Anhand der Angaben zu den Steuerungsaktivitäten gegenüber den erfragten Leistungserbringerkategorien wurden an die einzelnen Kantone Punkte vergeben. Ein Kanton, der bei jeder Frage die höchste Punktzahl erreicht und so ein Maximum an politischer Steuerung im entsprechenden Bereich aufweist, kann ein Maximum von 8 Punkten erreichen. Zur Berechnung des Steuerungswertes werden die erreichten Punkte durch dieses Maximum geteilt. Das Ergebnis ist ein Wert zwischen 0 (gar keine Steuerung) und 1 (maximale Steuerung).

Im Fragebogen wurde nach der Steuerung von neun ambulanten Leistungserbringerkategorien gefragt, im Punkteraster werden jedoch nur die Steuerung der Ärzteschaft, der Spitalambulatorien und der Spitex einzeln erfasst und mit je maximal 1,5 Punkten bewertet, weil in diesen drei Versorgungsbereichen am meisten gesteuert wird und gleichzeitig die grösste Varianz beobachtet werden kann. Für eine allfällige Steuerung der restlichen sechs Leistungserbringerkategorien werden nur Punkte vergeben (max. 1), falls mindestens drei von ihnen gesteuert werden. Diese Vorgehensweise wurde gewählt, um in der Analyse der Steuerung in den nicht-ärztlichen Bereichen nicht zu viel Gewicht zu geben, da die Kantone den Grossteil der Versorgungsbereiche via Zulassungsstopp steuern und dabei 2004 nur die sechs Zentralschweizer Kantone diese Massnahme auf alle ambulanten Leistungserbringer anwandten (Rüefli 2004b: 22f. und 26). Diese Gemeinsamkeit ist jedoch hauptsächlich auf die interkantonale Zusammenarbeit im Rahmen der GDK-Regionalkonferenzen zurückzuführen und nicht auf die in der vorliegenden Analyse eingeschlossenen Bedingungen.

Items, die mit „weiss nicht“ beantwortet wurden, wurden mit 0 Punkten bewertet. In Bezug auf die Förderung der sektorübergreifenden integrierten Versorgung und von Managed Care (Fragen 6 und 7) sind gibt es einzelne Kantone, bei denen einige konkrete Aktivitäten noch in Vorbereitung sind, während andere bereits beschlossen und umgesetzt sind. Aktivitäten, die sich noch in der Vorbereitungsphase befinden, wurden mit 0,5 Punkten bewertet, bereits beschlossene und umgesetzte Massnahmen mit einem Punkt.

Tabelle 12: Operationalisierung der ambulanten Versorgungssteuerung

Frage	Antwort	Punkte
Steuerung der freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen ¹	Steuerung mit Hilfe des Zulassungsstopps gegen Überversorgung, Unterversorgung oder beides	1
	Steuerung durch anderes Instrument	0,5
	Keine Steuerung/weiss nicht	0
Steuerung der Spitalambulatorien ¹	Steuerung mit Hilfe des Zulassungsstopps gegen Überversorgung, Unterversorgung oder beides	1
	Steuerung durch anderes Instrument	0,5
	Keine Steuerung/weiss nicht	0
Steuerung der Spitex	Steuerung mit Hilfe des Zulassungsstopps gegen Überversorgung, Unterversorgung oder beides	1
	Keine Steuerung/weiss nicht	0
Steuerung der anderen Leistungserbringerkategorien	Steuerung von keinem oder weniger als 3 LE	0
	Steuerung von 3 oder mehr LE	1
Unterstützung von Steuerungsversuchen der Gemeinden ²	Finanzielle (mit oder ohne Beratung) Unterstützung	1
	Nur beratende oder andere nicht-finanzielle Unterstützung	0,5
	Keine Unterstützung	0
Förderung von Managed Care ²	Konkrete Aktivitäten beschlossen und umgesetzt	1
	Konkrete Aktivitäten in Vorbereitung	0,5
	Kein Thema/in Diskussion	0
Förderung der sektorübergreifenden integrierten Versorgung ²	Konkrete Aktivitäten beschlossen und umgesetzt	1
	Konkrete Aktivitäten in Vorbereitung	0,5
	Kein Thema/in Diskussion	0

¹ Die Punkteverteilung erfolgt additiv, das Maximum beträgt = 1,5 Punkte.

² Die Punkteverteilung erfolgt graduell (entweder 0, 0,5 oder 1), das Maximum beträgt 1 Punkt.

5.2 Erklärende Variablen und Hypothesen

In diesem Abschnitt werden theoretische Ansätze aus der Politik- und Verwaltungswissenschaft vorgestellt, die Bedingungen identifizieren sollen, die das Ausmass kantonaler Steuerung des ambulanten Sektors erklären.

Eine erste Bedingung bezieht sich auf die parteipolitischen Mehrheitsverhältnisse in einem Kanton. In verschiedenen Untersuchungen wurde für den Gesundheitsbereich als auch in anderen Politikbereichen eine Tendenz der politischen Linken zu Interventionen nachgewiesen. Entsprechend wird erwartet, dass, wenn die Linke einen substanziellen Anteil an der Kantonsregierung hat, eher eine politische Steuerung des ambulanten Sektors vorgenommen wird.

Kausalhypothese 1: Je grösser der Anteil der linken Parteien in der Kantonsregierung ist, desto eher betreibt der Kanton eine Steuerung des ambulanten Sektors.

Ebenfalls auf die politischen Mehrheitsverhältnisse bezieht sich die so genannte Machtressourcentheorie, welche die entscheidende Grösse für Staatstätigkeit bei der Stärke der organisierten Interessen sieht. Dieser Ansatz lässt sich im vorliegenden Fall auf die Ärzteschaft übertragen. Die entsprechenden Interessenorganisationen sind die (kantonalen) Ärztegesellschaften. Als selbstständige Vereine vertreten sie ihre Mitglieder gegenüber der Öffentlichkeit, den Behörden und anderen Institutionen ihres Kantons (FMH 2009). Neben dieser politischen Funktion organisieren sie u.a. den ambulanten Notfalldienst und führen Tarifverhandlungen auf kantonaler Ebene. Je nach Kanton variieren ihre Organisationsgrade, das heisst, die Anzahl der in der kantonalen Ärztegesellschaft organisierten Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zur Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte im Kanton. Es gibt Kantone mit einer starken Ärzteschaft (gemessen am Organisationsgrad), und es kann davon ausgegangen werden, dass es dort eher nicht zu einer Steuerung im ambulanten Sektor kommt. Dass in der Schweiz die ausgeprägte Autonomie der ambulanten Leistungserbringer und ihre Organisations- und Konfliktfähigkeit relevante Veto-Punkte in gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen darstellen, hat bereits Immergut (1992) dargelegt (vgl. auch Abschnitt 2.6.2). Die aus der Theorie der Machtressourcen der organisierten Interessen abgeleitete Hypothese lautet daher folgendermassen:

Kausalhypothese 2: Kantone mit einer stark organisierten Ärzteschaft verzichten eher auf eine Steuerung im ambulanten Sektor.

Ein wichtiger Ansatz zur Erklärung von Staatshandeln ist der Institutionalismus. Unter Institutionen werden dabei sowohl formelle wie auch informelle Regeln und Normen verstanden, die historisch-kulturell kontingent und für die betroffenen Akteure zumindest kurzfristig kaum veränderbar sind. Institutionen können das Handeln grundsätzlich sowohl ermöglichen als auch begrenzen (vgl. z.B. Knoepfel et al. 2006: 99-120). Im Allgemeinen verringern aber Institutionen wie der Föderalismus und die direkte Demokratie den Handlungsspielraum der Regierung für Reformen. Die Erklärungskraft von politischen Institutionen kann auch für einen interkantonalen Vergleich verwendet werden, gibt es bezüglich direktdemokratischer Institutionen doch beträchtliche Unterschiede zwischen den Kantonen (Vatter 2002) und somit auch unterschiedlich ausgestaltete Einflussmöglichkeiten für all jene, die an einer möglichst geringen Steuerung des ambulanten Sektors interessiert sind. Aufgrund der Theorie kann erwartet werden, dass eine stark ausgebaute direkte Demokratie eine Steuerung des ambulanten Sektors eher verhindert.

Kausalhypothese 3: Je schwächer die direkte Demokratie in einem Kanton ausgebaut ist, desto wahrscheinlicher ist eine Steuerung des ambulanten Sektors.

Ebenfalls der institutionalistischen Schule entstammt das Pfadabhängigkeitstheorem, das Ursachen für divergierende Politiken in politischen Entscheidungen der Vergangenheit sieht. Dabei wird

davon ausgegangen, dass früher entstandene Strukturen, Vorgänge und Massnahmen die gegenwärtigen Entscheide und Möglichkeiten der Politik stark prägen. Bei der Umsetzung der Spitalplanung hatten die Kantone einen beträchtlichen Handlungsspielraum. In einer Wirkungsanalyse der kantonalen Spitalplanungen findet Rüefli (2005) hinsichtlich der Umsetzungsmassnahmen der Kantone vier grundsätzliche Strategien: 1) Spitalschliessungen ohne weitere strukturelle Massnahmen 2) strukturelle Reorganisation der Spitalversorgung, die auch Schliessungen beinhalten kann 3) linearen Bettenabbau in den Spitälern und 4) keine aktive Handlung. Die vier Grundstrategien weisen in der obigen Reihenfolge eine abnehmende Steuerungsintensität auf. In Verbindung mit dem Pfadabhängigkeitstheorem kann erwartet werden, dass Kantone, die bereits bei der Spitalplanung durch eine stärkere Steuerungs- und Planungsaktivität auffielen, auch im Bereich der Steuerung des ambulanten Sektors aktiver sind.

Kausalhypothese 4: Je stärker ein Kanton bereits in der Spitalplanung aktiv steuerte, desto eher wird er auch im ambulanten Sektor aktiv steuern.

Neben den bisher beschriebenen, auf einer Meta-Ebene anzusiedelnden Variablen gibt es auch Meso-Variablen wie die Organisationsstruktur der Verwaltung, die unter Umständen einen Einfluss auf die Steuerungsstrategien der Kantone im ambulanten Sektor haben können. Organisationsstrukturen bestehen aus Regeln und Rollen, welche spezifizieren, wer was wie zu tun hat. Sie definieren folglich grob, was die Ziele und Interessen einer Organisation sind und welche Gesichtspunkte, Alternativen und Informationen als relevant gelten und somit berücksichtigt werden sollen. Diese vorselektionierende und letztlich vereinfachende Funktion, die eine Organisationsstruktur anbietet, ist aufgrund der beschränkten Kapazitäten und Ressourcen eines jeden Entscheidungsträgers zwingend nötig. Organisationsstrukturen manifestieren sich in verschiedenen Dimensionen. Eine erste solche Dimension ist die Grösse. Die schiere Zahl der Rollen, die in einer Organisation wahrgenommen werden, ist ein Indikator für die Kapazität ebendieser Organisation, Politiken zu initiieren, Alternativen zu entwickeln und Entscheide schliesslich auch umzusetzen (Egeberg 2003), d.h. für die Steuerungsfähigkeit (vgl. Abschnitt 2.6.2). Es kann daher erwartet werden, dass grössere Kantonsverwaltungen eher steuernd in den ambulanten Sektor eingreifen als kleinere.

Kausalhypothese 5: Je grösser die kantonalen Verwaltungskapazitäten sind, desto eher wird steuernd eingegriffen.

Eine weitere wichtige Dimension betrifft die horizontale Spezialisierung. Diese drückt aus, ob verschiedene Problemkreise oder Politiken als zusammengehörig wahrgenommen werden oder nicht. Jene Sachgebiete, welche in der gleichen Organisationseinheit untergebracht sind, werden mit grösserer Wahrscheinlichkeit koordiniert als solche, die zu unterschiedlichen Einheiten gehören (vgl. Knoepfel et al. 2006: 192ff.). So illustriert das Fallbeispiel der Steuerung im Bereich der Langzeitpflege (Abschnitt 3.2), wie eine homogene Umsetzungsstruktur eine integrale Sichtweise eines Versorgungsbereichs erleichtert. Zudem fällt auf, dass Kontaktmuster und Informationsflüsse stark die Organisationsstruktur der Verwaltung reflektieren (Egeberg 2003). Es kann erwartet werden,

dass der erleichterte Zugang zu Informationen und Erfahrungen im Zusammenhang mit der kantonalen Spitalplanung einen positiven Effekt auf ebendiese Steuerung im ambulanten Bereich hat.

Kausalhypothese 6: Wenn die ambulante Versorgungssteuerung in der Verantwortung der gleichen Organisationseinheit liegt wie die Spitalplanung, dann ist aufgrund besserer Informationsflüsse und Lerneffekte eher mit einer Steuerung im ambulanten Sektor zu rechnen.

Im Zusammenhang mit der Einführung von Innovationen in einer Organisation erweisen sich neben organisationellen Faktoren auch sogenannte *Innovation Champions* als wichtig. Ein *Innovation Champion* ist ein charismatisches Individuum, das sich für eine Innovation stark macht und so hilft, Gleichgültigkeit oder Widerstand ihr gegenüber innerhalb der Organisation zu überwinden. Eine solche Person muss dabei nicht zwingend eine herausragende Machtposition innerhalb der Organisation einnehmen. Als wichtiger hat sich erwiesen, dass sie gut mit Menschen umgehen kann, Überzeugungskraft und Verhandlungsgeschick aufweist (Rogers 2003: 414ff.). Die Auslegeordnung kantonaler Steuerungsaktivitäten in Kapitel 4 hat gezeigt, dass zahlreiche Kantone Eigeninitiative zeigen und den Handlungsspielraum, den ihnen das bestehende bundesstaatliche Steuerungssetting in Zusammenhang mit dem KVG belässt, zu innovativen Lösungen nutzen. Es kann somit theoretisch postuliert werden, dass die Existenz eines *Innovation Champions*, der sich besonders stark für eine Steuerung des ambulanten Sektors durch den Kanton einsetzt, einen entsprechenden Effekt auf die Steuerungsaktivitäten ebendieses Kantons hat.

Kausalhypothese 7: Wenn im Kanton eine Person existiert, die sich besonders stark für die Steuerung des ambulanten Sektors einsetzt, dann ist mit einer stärkeren Steuerung zu rechnen.

Eine letzte Bedingung, welche das Ausmass der Steuerung des ambulanten Sektors in den Kantonen erklären könnte, ist der unterschiedliche Bedarf an Steuerung, den die 26 Kantone haben. Demnach wäre zu erwarten, dass jene Kantone mit einem höheren Steuerungsbedarf auch eher steuern, als jene mit einem geringen Steuerungsbedarf. Eine einfache Art, den Steuerungsdruck zu messen, stellt die Ärztedichte (Anzahl frei praktizierender Ärztinnen und Ärzte pro 10'000 Einwohner) dar. Eine höhere Ärztedichte wird immer wieder mit höheren Gesundheitskosten in Verbindung gebracht. Dahinter steht die Vermutung der angebotsinduzierten Nachfrage. Diese wiederum basiert auf der theoretischen Überlegung, dass gewinnmaximierende Wirtschaftssubjekte einen Anreiz haben, so viele medizinische Leistungen wie möglich zu einem möglichst hohen Preis zu erbringen. Da es sich bei den Preisen im Gesundheitswesen aber um staatlich festgesetzte Tarife handelt, kann der Gewinn nur über eine Mengenausweitung maximiert werden (GDK 2007b: 2). Obwohl der Zusammenhang zwischen Kosten und Ärztedichte noch nicht eindeutig empirisch bestätigt wurde,⁵⁷ liegt genau dieser Zusammenhang auch dem Zulassungsstopp zu Grunde.

⁵⁷ Eine Literaturanalyse von Guggisberg und Spycher (2005) kommt zum Schluss, dass die internationalen empirischen Ergebnisse zum Zusammenhang Kosten – Ärztedichte kontrovers sind. Im Gegensatz dazu gibt es Studien, die unabhängig voneinander für die Schweiz einen signifikant positiven Zusammenhang finden (Crivelli et al. 2004; Domenighetti 1998; Domenighetti und Limoni 1994).

Kausalhypothese 8: Wenn im Kanton die Ärztedichte hoch ist, dann ist mit einer stärkeren Steuerung zu rechnen.

Tabelle 13 fasst die als favorisierende Bedingungen für die kantonale Steuerung der ambulanten Versorgung untersuchten Variablen zusammen und zeigt die zu ihrer Operationalisierung verwendeten Datenquellen auf. Die entsprechenden Daten finden sich im Anhang.

Tabelle 13: Bedingungen und Datenquellen

Bedingung	Daten
Substanzieller Anteil der Linken in der Regierung	BADAC (2009)
Schwach organisierte Ärzteschaft	FMH (2009) und Angaben der kantonalen Ärztesellschaften (auf den entsprechenden Internetseiten oder persönliche Auskünfte)
Schwach ausgebaute direkte Demokratie	Fischer (2005: 79)
Aktive Spitalplanung	Rüefli (2005: 75ff.)
Grosse Zentralverwaltung	BADAC (2009)
Ansiedelung der ambulanten Versorgungssteuerung in der gleichen Organisationseinheit wie die für die Spitalplanung zuständige Dienststelle	eigene Erhebung
Existenz eines Innovationschampions	eigene Erhebung
Hohe Ärztedichte	eigene Berechnungen basierend auf Daten der Ärztestatistik der FMH (2009)
Zu erklärende Grösse	
Steuerung des ambulanten Sektors	eigene Erhebung

5.3 Methodisches Vorgehen

Die 26 Kantone werden im Folgenden systematisch miteinander verglichen, wobei die formulierten Kausalhypothesen nicht auf ihre isolierten, sondern auf ihre kombinierten Wirkungszusammenhänge hin getestet werden. Entsprechend wird eine Methode gewählt, die nicht nach dem *ceteris paribus*-Prinzip monokausale Erklärungen identifiziert, sondern der Komplexität der politischen Realität gerecht wird und entsprechend Interaktionseffekte zwischen den verschiedenen Variablen nicht kontrolliert, sondern in Form von unterschiedlichen Faktorkombinationen, die dieselbe Wirkung haben, explizit berücksichtigt. Zu diesem Zweck wird in der empirischen Kausalanalyse die Methode der *fuzzy-set QCA* (*fsQCA*), eine Technik aus der Methodenfamilie der *QCA* (*Qualitative Comparative Analysis*) herangezogen.

QCA steht zwischen den variablen- und den fallorientierten Methoden. Sie ist in dem Sinne fallorientiert, dass sie versucht, eine beschränkte Zahl von Fällen von ihren Ausgangsbedingungen her zu vergleichen. Andererseits ist sie variablenorientiert, indem konkrete Erklärungsfaktoren betrachtet werden. Konkret heisst das, dass jeder einzelne Fall als eine Kombination („Konfiguration“) von verschiedenen Variablen („Bedingungen“) aufgefasst wird, der dann entweder zu einem bestimmten Resultat („*Outcome*“) führt, oder aber zur Abwesenheit ebendieses Resultats. Wichtig ist zudem, dass bei *QCA* davon ausgegangen wird, dass mehrere unterschiedliche Konfigurationen zum gleichen *Outcome* führen können, dass es also mehr als einen möglichen Weg zum gleichen Re-

sultat geben kann (Berg-Schlosser et al. 2009: 6ff.). Da auch im Fall der Steuerung des ambulanten Sektors davon auszugehen ist, dass es mehr als nur eine Erklärung für starke Steuerung (respektive für keine oder nur schwache Steuerung) gibt, ist diese Herangehensweise zur Analyse der Bedingungen einer kantonalen Versorgungssteuerung geeignet.

Die Techniken der QCA-Methodenfamilie basieren auf der Booleschen Algebra (Schaltalgebra), die für dichotome Variablen entwickelt wurde (1 und 0, wahr oder falsch, existent oder nicht-existent). Die älteste Technik aus der QCA-Familie (Crisp-Set QCA) erlaubt nur die Analyse von dichotomen Daten. Das heisst, jeder Fall gehörte entweder vollständig zu einem bestimmten Set (z. B. zur Menge der Staaten mit einem Sitz im UN-Sicherheitsrat), oder aber überhaupt nicht (z. B. alle Länder ohne Sitz im UN-Sicherheitsrat). Eine nur teilweise Mitgliedschaft in einem Set war nicht möglich. Fuzzy-Set QCA hingegen, eine Weiterentwicklung der csQCA, kommt der Tatsache entgegen, dass sich viele Sachverhalte in den Sozialwissenschaften nicht so einfach einer von zwei Kategorien zuordnen lassen (so lassen sich beispielsweise viele Staaten nicht eindeutig den Mengen „demokratischer Staat“ oder „nicht-demokratischer Staat“ zuordnen). Neben der vollständigen Mitgliedschaft in einem Set (Fuzzy-Wert 1) und der vollständigen Nicht-Mitgliedschaft in einem Set (Fuzzy-Wert 0) sind auch verschiedene Grade der Teilmitgliedschaft in einer Menge möglich. Ein Fuzzy-Wert von 0,8 zeigt etwa, dass ein Fall eher innerhalb als ausserhalb eines Sets angesiedelt ist, aber dennoch nicht voll dazu gehört (Ragin 2009). Der entsprechende Fall ist also beispielsweise Mitglied in der Menge der demokratischen Staaten (Fuzzy-Mitgliedswert 0,8) und gleichzeitig ebenfalls Mitglied in der Komplementärmenge der nicht-demokratischen Staaten (Fuzzy-Mitgliedswert 0,2).

Für die vorliegende Analyse wird die Vorgehensweise von Schneider und Wagemann (2007: 256ff.) angewendet. Sie schlagen eine Analyse in zwei Schritten vor: Zuerst werden nur jene Bedingungen analysiert, welche relativ weit entfernt sind vom Ergebnis, hier von der kantonalen Steuerung des ambulanten Sektors. Meist sind solche Faktoren auch zeitlich relativ stabil, Schneider und Wagemann (2007: 257) sprechen daher auch von „strukturellen Faktoren“ oder vom „Kontext“. Im vorliegenden Fall trifft das auf folgende fünf Bedingungen zu: den Anteil der Linken in der Regierung, den Organisationsgrad der Ärzteschaft, die Stärke der direkten Demokratie, die Höhe der Ärztedichte und die Grösse der kantonalen Zentralverwaltung. All diese Bedingungen lassen sich von der kantonalen Verwaltung, die ja die Steuerung oder Nicht-Steuerung vornimmt, nicht ohne weiteres kurzfristig verändern.⁵⁸ Die Bedingungen „Ansiedelung der ambulanten Versorgungssteuerung in der gleichen Organisationseinheit wie die Spitalplanung“, „Existenz eines Innovationschampions“ und „aktive Spitalplanung“ hingegen stellen eher „nahe“ Faktoren dar.⁵⁹

⁵⁸ Dass sich der Anteil der Linken in der Regierung, der Organisationsgrad der Ärzteschaft und die Ausgestaltung der direkten Demokratie in einem Kanton nicht oder kaum von der kantonalen Gesundheitsverwaltung beeinflussen lassen und somit zu den entfernten Faktoren gehören, ist offensichtlich. Weniger offensichtlich mag dies bei der Grösse der kantonalen Verwaltung sein. Hier ist aber auch klar, dass diese in erster Linie von den verfügbaren finanziellen Mitteln und allenfalls dem (politischen) Willen im Kanton abhängt, eine grosse Verwaltung zu unterhalten, und nicht vom Wunsch der Verwaltung nach mehr Stellenprozenten. Auch die Ärztedichte scheint sich dem direkten Einfluss der Verwaltung weitgehend zu entziehen, wie ein Vergleich der Ärztedichten von 2002 mit jenen von 2008 (FMH 2009) zeigt, obwohl sie hier mit dem Instrument des Zulassungsstopps eigentlich eine Handhabe hätte.

⁵⁹ Auf die Gestaltung ihrer internen Organisationsstrukturen hat die Gesundheitsverwaltung mit grösster Wahrscheinlichkeit einen entscheidenden Einfluss. Das gleiche gilt für die Existenz eines Innovationschampions, stammen solche doch nicht selten aus der Verwaltung selber. Dass auch die Bedingung „aktive Spitalplanung“ zu den nahen Faktoren gerechnet wird, mag auf den ersten Blick vielleicht erstaunen, lässt sich doch Geschichte nicht mehr manipulieren (Schneider und Wagemann 2007: 257). Allerdings ist die Spitalplanung durchaus noch nicht Geschichte, sondern ein Prozess, der nach wie vor im Gange ist und auf den die Gesundheitsverwaltung immer noch Einfluss nehmen kann und dadurch somit allenfalls auch die Steuerung des ambulanten Sektors beeinflusst.

Die fünf Kontext-Bedingungen werden entsprechend in einem ersten Schritt alleine analysiert. Ergebnis sind mehrere (Kombinationen) kontextuelle(r) Bedingungen, die das *Outcome* begünstigen.⁶⁰ Jede dieser resultierenden kontextuellen Bedingungen oder Kombination von kontextuellen Bedingungen wird anschliessend in einem zweiten Analyseschritt einzeln mit allen „nahen“ Faktoren analysiert. Resultieren im ersten Analyseschritt zum Beispiel vier Kontextbedingungen oder Kombinationen von Kontextbedingungen, die das *Outcome* begünstigen, so muss der zweite Analyseschritt auch insgesamt vier Mal durchgeführt werden. Für diesen zweiten Analyseschritt werden dann allerdings die komplexen Lösungen bevorzugt.

5.4 Ergebnisse

Die Analyse mit fsQCA wurde sowohl für die Erklärung von starken Steuerungsbemühungen im ambulanten Bereich als auch für deren Abwesenheit durchgeführt.

Die nicht weiter zu minimierende Lösung für das Vorhandensein von Steuerungsbemühungen lautet:

dichte*ORGEINH* (champ+AKTIVPLAN)→STEUER (1)⁶¹

Die Lösung (1) wird folgendermassen gelesen:

Das *Outcome* „Steuerung des ambulanten Sektors“ findet sich in Fällen (Kantonen) mit den Eigenschaften

„Keine hohe Ärztedichte“ **und** „Ansiedelung der ambulanten Versorgungssteuerung in der gleichen Organisationseinheit wie die für die Spitalplanung zuständige Dienststelle“

und entweder

„kein Innovationschampion“

oder

„aktive Spitalplanung“

Eine Steuerung des ambulanten Sektors kommt also in Kantonen vor, die sich durch eine tiefe Ärztedichte und die Ansiedelung der ambulanten Versorgungssteuerung in der gleichen Organisationseinheit wie die für die Spitalplanung zuständige Dienststelle auszeichnen und die entweder keinen Innovationschampion haben oder aber eine aktive Spitalplanung betreiben. Keine Rolle spielen auf Basis des angewendeten Minimierungsalgorithmus die übrigen untersuchten Variablen Anteil der Linken an der Regierung, Organisationsgrad der Ärzte, Grösse der Verwaltung und Stärke der direkten Demokratie.

Als besonders förderlich für die Aufnahme von Steuerungsaktivitäten im ambulanten Sektor stellt sich damit die Kombination von tiefer Ärztedichte und der gemeinsamen organisatorischen Ansiedelung von ambulanter und stationärer Versorgung in einer gleichen Einheit heraus. Der förderliche

⁶⁰ Schneider und Wagemann (2007: 260) reden bewusst von „begünstigen“ und betonen, dass es sich bei den Ergebnissen dieses ersten Analyseschritts noch nicht um kausale Bedingungen handelt. Durch das Weglassen der in den anfänglichen theoretisch-substanziellen Überlegungen als wichtig definierten „nahen“ Faktoren, wird das Modell bewusst unterspezifiziert und die Resultate sollten daher nur als „das *Outcome* fördernd“ bezeichnet werden.

⁶¹ Das Plus-Zeichen „+“ steht für den logischen Operator „oder“, das Mal-Zeichen „*“ steht für den logischen Operator „und“, der Pfeil „→“ steht für den implizierten Kausalzusammenhang zwischen Bedingungen und erklärter Variable.

Faktor einer tiefen Ärztedichte weist darauf hin, dass die relevanten Steuerungsbemühungen sich nicht nur – wie von den Gesundheitsbehörden in der Befragung angegeben – primär gegen Über-, sondern ebenso gegen Unterversorgung richten. Eine Kausalität mit einem abwesenden Innovationschampion ist logisch nicht plausibel. Hierbei dürfte es sich um ein methodisch bedingtes empirisches Artefakt handeln, das sich aus dem Umstand ergibt, dass sich lediglich in zehn Kantonen⁶² Innovationschampions finden. Steuerung im ambulanten Bereich findet also nicht wegen, sondern vielmehr trotz der Abwesenheit von individuellen Promotoren statt. Anders sieht es mit dem Faktor der aktiven Spitalplanung aus, der in den entsprechenden Kantonen eine verstärkende Wirkung auf den Entscheid, im ambulanten Bereich steuernd zu intervenieren, gehabt haben dürfte.

Die nicht weiter zu minimierende Lösung für das Nicht-Vorhandensein von Steuerungsbemühungen lautet:

DICHTE*(ORGEINH*champ*verw + ORGEINH*CHAMP*VERW + AKTIVPLAN*verw) → steuer (2)

Die Lösung (2) wird folgendermassen gelesen:

Das *Outcome* „keine Steuerung des ambulanten Sektors“ findet sich in Fällen (Kantonen) mit den Eigenschaften

„Hohe Ärztedichte“

und entweder

„Ansiedelung der ambulanten Versorgungssteuerung in der gleichen Organisationseinheit wie die für die Spitalplanung zuständige Dienststelle“ **und** „kein Innovationschampion“ **und** „keine grosse Zentralverwaltung“

oder

„Ansiedelung der ambulanten Versorgungssteuerung in der gleichen Organisationseinheit wie die für die Spitalplanung zuständige Dienststelle“ **und** „Existenz eines Innovationschampions“ **und** „grosse Zentralverwaltung“

oder

„aktive Spitalplanung“ **und** „keine grosse Zentralverwaltung“

Die fsQCA führt damit zu drei Lösungspfaden mit unterschiedlichen Faktorenkombinationen. Die Bedingung „hohe Ärztedichte“ (DICHTE) kommt als einzige in allen drei Lösungspfaden vor und stellt damit eine notwendige Bedingung dar. Wie bereits bei Lösung (1) festgestellt, kann davon ausgegangen werden, dass vor allem gegen Unterversorgung (die sich u.a. auch in tiefen Ärztedichten äussert) gesteuert wird und nicht gegen Überversorgung (die sich u.a. durch eine hohe Ärztedichte manifestiert), wie es der ursprünglichen Logik des Zulassungsstopps entspricht.

Die Bedingung „Ansiedelung der ambulanten Versorgungssteuerung in der gleichen Organisationseinheit wie die für die Spitalplanung zuständige Dienststelle“ (ORGEINH) kommt in ihrer positiven Ausprägung vor. Es muss davon ausgegangen werden, dass es sich wiederum um ein empirisches Artefakt handelt, da eine Begünstigung des Resultats „keine Steuerung des ambulanten

⁶² Es handelt sich dabei gemäss Befragung um die Kantone AR, BE, BS, GE, JU, NE, TG, TI, VD und VS.

Sektors“ in den vorliegenden Konfigurationen nicht plausibel nachvollzogen werden kann. Die Bedingungen „grosse Zentralverwaltung“ (VERW) und „Existenz eines Innovationschampions“ (CHAMP) hingegen kommen sowohl in positiver wie auch negativer Ausprägung vor. Hierbei sind die jeweiligen Konfigurationen von Interesse. So zeigt sich insbesondere, wenn auf die theoriegeleiteten Kausalhypothesen Bezug genommen wird, dass die Grösse der Verwaltung eine wichtige Rolle spielt. Konkret kann der erste Klammerterm so interpretiert werden, dass trotz organisatorisch günstiger Voraussetzungen das Fehlen eines Promotors sowie die begrenzten Kapazitäten der Verwaltung zu Zurückhaltung bei der ambulanten Steuerung geführt haben. Der zweite Term dagegen muss als Ausdruck davon verstanden werden, dass sich die Verwaltung mit ihrer Strategie gegen eine ambulante Steuerung trotz eines Promotors durchsetzt. Die vorgenommene Analyse gibt hier allerdings keinen Hinweis auf den Grund eines Verzichts einer Steuerung im ambulanten Bereich – abgesehen von der hohen Ärztedichte. Der Grund für dieses analytische Defizit liegt im Fokus auf begünstigende statt hinderliche Faktoren bei der Formulierung von Hypothesen. Der dritte Klammerterm schliesslich kann analog zum ersten so verstanden werden, dass eine kleine Verwaltung trotz eines Pfades der „aktiven Spitalplanung“ (AKTIVPLAN) die Kapazitäten für zusätzliche Steuerungsaktivitäten nicht aufbringt. Die Analyse der Bedingungen für ein Ausbleiben von Steuerungsaktivitäten im ambulanten Bereich zeigt damit zusammenfassend primär die zentrale Bedeutung der hohen Ärztedichte auf und weist sekundär auf die Erklärungskraft der Grösse der Kantonsverwaltung für die Durchsetzung eines getroffenen Verzichtsentscheids hin. Die weiteren untersuchten Variablen – Anteil der Linken an der Regierung, Organisationsgrad der Ärzteschaft und Ausmass der direkten Demokratie – erweisen sich hingegen nicht als relevant für die Erklärung kantonaler Steuerung.

5.5 Zwischenfazit

Zusammenfassend können aus der durchgeführten Kausalanalyse zur Überprüfung der theoretisch hergeleiteten Hypothesen vier zentrale Erkenntnisse festgehalten werden:

1. Die als politischer Kontext identifizierten Faktoren „Stärke der Linken in der Regierung“, „Organisationsgrad der Ärzteschaft“ und „Grad der direkten Demokratie“ haben sich in der Analyse nicht als ausschlaggebende Erklärungsgrössen erwiesen. Dieses Resultat kann dahingehend interpretiert werden, dass der Entscheid für oder gegen Steuerungsaktivitäten in ambulanten Sektor im Untersuchungszeitraum nicht auf der Meta-Ebene der ‚*high politics*‘, konkret auf der Ebene kantonaler Partei- und Interessenpolitik, gefällt wird, sondern auf der Mesoebene der Verwaltung und ihres Arbeitsumfelds und damit primär auf einer sachlich-organisatorischen Ebene verstanden werden muss.
2. Die zentrale Bedeutung der tiefen Ärztedichte für die Erklärung von Steuerungsaktivitäten im ambulanten Bereich weist darauf hin, dass die relevanten Steuerungsbemühungen sich nicht nur primär gegen Über-, sondern mindestens so stark gegen Unterversorgung richten. Dies illustriert, dass sich die Kantone der Möglichkeit, die Zulassungsbeschränkung zur differenzierten Versorgungssteuerung zu nutzen, durchaus bewusst sind und sich dazu des Instruments der Ausnahmezulassung bedienen. Diese Erkenntnis wird weiter unterstützt durch das Resultat, dass eine hohe Ärztedichte sich als einzige notwendige Bedin-

gung zur Erklärung von geringer oder ausbleibender ambulanter Steuerungsaktivität erweist.

3. Als förderlich für die Ergreifung von Steuerungsaktivitäten im ambulanten Bereich erweist sich die Ansiedlung der zuständigen Personen oder Stellen in einer gemeinsamen Einheit, der auch die Verantwortung für den stationären Bereich obliegt. Dieser organisatorische Faktor verweist unmittelbar auf die Bedeutung der Schnittstelle zum stationären Bereich für die Steuerung im ambulanten Sektor. Wie sich bereits im Fallbeispiel der Langzeitpflege gezeigt hat (vgl. Abschnitt 3.2), werden die beiden Bereiche in unterschiedlicher Art und Weise aufeinander abgestimmt und insbesondere die Steuerung des stationären Angebots teils als Anreiz für die vermehrte Inanspruchnahme von ambulanten Angeboten eingesetzt. Die organisatorische Zusammenführung trägt dieser engen Interdependenz Rechnung.
4. Die Grösse einer kantonalen Verwaltung präsentiert sich im Kantonsvergleich als wesentlicher Faktor für die Umsetzbarkeit von allenfalls politisch wünschbaren Plänen einer verstärkten Steuerung im ambulanten Bereich. Die Verwaltungskapazitäten erweisen sich gleich im doppelten Sinne als Veto-Punkte: Zum einen finden sich Fälle, in denen zu geringe Kapazitäten verhindern, dass neue Steuerungsaktivitäten aufgenommen werden können; zum andern weisen weitere Konfigurationen darauf hin, dass sich grosse Verwaltungen gegen Tendenzen zu einer verstärkten Steuerung durchsetzen können, wenn sie diese – beispielsweise aufgrund unterschiedlicher Problemwahrnehmung hinsichtlich der kantonalen Ärztedichte – nicht notwendig finden. Diese letzten beiden Erkenntnisse unterstreichen die Bedeutung der zuständigen kantonalen Verwaltungen als zentrale Akteure im Entscheidungs- und Umsetzungsprozess bezüglich Steuerungsaktivitäten im ambulanten Sektor.

6 Schlussfolgerungen

6.1 Bilanz zu den Untersuchungsfragen

Die vorliegende Untersuchung verfolgte das Ziel, eine Bestandesaufnahme der Möglichkeiten und effektiven Aktivitäten der Kantone zur Steuerung der ambulanten Gesundheitsversorgung zu erstellen und insbesondere die Möglichkeiten der Steuerung der Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu untersuchen. Die Untersuchung bezieht sich damit auf den Ist-Zustand sowie auf das Verstehen und Erklären dieses Zustandes. Nicht Gegenstand der Untersuchung war dagegen die Bewertung der erhobenen Steuerungsformen anhand ihrer Wirkungen. Drei Fragestellungen standen im Vordergrund:

- Erstens wurde nach den kontextuellen und organisatorischen Rahmenbedingungen der Versorgungssteuerung und deren Folgen für die Konzipierung von Steuerung und Schnittstellenmanagement gefragt.
- Zweitens sollte die konkrete Ausgestaltung der ambulanten Steuerung und der Schnittstellenbewirtschaftung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung illustriert und diskutiert werden.
- Drittens standen die Frage nach der Art der Steuerung des ambulanten Sektors in den Kantonen und die Erklärung dieser Steuerungsformen im Vordergrund.

Bezüglich der **ersten Frage** ist zu bilanzieren, dass die Kantone im Vergleich mit dem Bund (v.a. im Rahmen des KVG) und den Tarifpartnern (Leistungserbringer und Versicherer) über beschränkte Möglichkeiten zur gestaltenden Einflussnahme auf die ambulante Gesundheitsversorgung verfügen. Das weitgehende Fehlen von Finanzierungs Kompetenzen hat in verschiedener Hinsicht eine schwache Steuerungsfähigkeit zur Folge. Den Kantonen fehlt dadurch beispielsweise der Zugang zu steuerungsrelevanten Informationen über die ambulante Versorgung, was es auch verunmöglicht, die stationäre Versorgungssteuerung aus einer integralen Optik heraus vorzunehmen. Auch die Machtposition der Kantone in politisch-administrativen Entscheidungsprozessen in Zusammenhang mit der Versorgungssteuerung ist aufgrund der bestehenden institutionellen Rahmenbedingungen eher schwach.

Innerhalb des Krankenversicherungssystems bilden die Regulierung, die Finanzierung und eigene Leistungserbringung die zentralen instrumentellen Ansatzpunkte zur kantonalen Versorgungssteuerung. Darüber hinaus haben die Kantone kaum direkten Zugriff auf die Leistungserbringer und das Versorgungsgeschehen. Damit sind prinzipiell primär die Angebotsstruktur, die Organisation und die Strukturqualität der Versorgung von den Kantonen teilweise beeinflussbar, während ihnen zur Verfolgung anderer versorgungspolitischer Zieldimensionen die Kompetenzen und Instrumente weitgehend fehlen. Die Kantone verfügen jedoch über Spielraum für eigenständige gesundheitspolitische Steuerungsaktivitäten mit eher weicherem Charakter, wie z.B. für finanzielle Anreize, prozedurale Steuerung (Arbeitsgruppen, Impulsgespräche, Wissensvermittlung etc.) oder für indirekte, nachfrageseitige Aktivitäten in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention. Inwiefern solche Ansätze zum Tragen kommen und das bestehende Potenzial innovativer Steuerungsformen

genutzt wird, ist hingegen abhängig von den jeweiligen kantonsspezifischen politisch-administrativen Strategien und Mechanismen.

Zur Beantwortung der **zweiten Frage** wurden die Ergebnisse von zwei Untersuchungen auf den Aspekt der praktischen Umsetzung von ambulanter Steuerung und Schnittstellenmanagements hin neu ausgewertet. Eine erste Fallstudie befasste sich mit der Zulassungsbeschränkung für ambulante Leistungserbringer gemäss Art. 55a KVG, eine zweite mit der Steuerung der Langzeitpflege in den Kantonen bzw. Städten Basel, Bern und Zürich.

Aus der Untersuchung des Zulassungsstopps lässt sich folgern, dass die Verfügbarkeit von Steuerungskompetenzen noch keine hinreichende Bedingung für wirksame Steuerung darstellt, wenn das entsprechende Instrument konzeptionelle Schwächen aufweist. So hat sich einerseits gezeigt, dass die neu geschaffene Möglichkeit der Kantone, über eine differenzierte Zulassungssteuerung auf die regionale und fachliche Verteilung der Ärzteschaft Einfluss zu nehmen, nur beschränkt greift, weil das Instrument zu schwach ist, um die Mechanismen des ärztlichen Niederlassungsverhalten nachhaltig zu verändern. Andererseits besteht ein doppeltes Informations- bzw. Wissensproblem, das eine differenzierte und am effektiven Bedarf der Bevölkerung ausgerichtete Versorgungssteuerung verunmöglicht: den Kantonen fehlen sowohl die Datengrundlagen für eine differenzierte Beurteilung der Versorgungssituation als auch die Konzepte und Daten zur Ermittlung des effektiven Versorgungsbedarfs. Somit erfolgt die Zulassungssteuerung von Leistungserbringern auf eine pragmatische Art und Weise, in der Regel in Form eines allgemeinen Moratoriums auf der Basis des Status quo der Versorgungssituation bei Inkrafttreten der Massnahme und gezielten individuellen Ausnahmezulassungen. Im Fall der Zulassungsbeschränkung ist zu diagnostizieren, dass das verfügbare Steuerungsinstrumentarium der Komplexität des Regelungsfeldes nicht gerecht wird und in Bezug auf die angestrebten Steuerungsziele als inadäquat bezeichnet werden muss. Allerdings bestehen bislang keine akzeptierten gangbaren Alternativen.

Die Analyse der Langzeitpflege in den drei Städten Basel, Bern und Zürich zeigt drei unterschiedliche Formen des Schnittstellenmanagements zwischen stationärer und ambulanter Versorgung auf, die alle auf das Ziel einer verstärkt ambulanten Pflege hin ausgerichtet sind. Dabei lassen sich zwei Ansatzpunkte unterscheiden: einmal als direkte Intervention bei der ambulanten Versorgung in Basel, andererseits eine indirekte ambulante Steuerung über das stationäre Angebot in Bern und Zürich. So nimmt der Kanton Basel-Stadt mit dem Instrument der obligatorischen Bedarfsabklärung direkt Einfluss auf die Nachfrage und baut das Spitex-Angebot durch ein entsprechendes Gesetz aus. Dagegen steuern Stadt und Kanton Bern auf der stationären Seite über die kantonale Kontingentierung der Pflegeheimplätze. Damit wird ein indirekter Steuerungseffekt bei der ambulanten Nachfrage erzielt. Auf Spitexseite verzichtet Bern auf eine einschränkende Steuerung und strebt einen qualitativen und quantitativen Ausbau an. Auch Kanton und Stadt Zürich setzen primär auf der stationären Seite an, wobei hier die staatliche stationäre Leistungserbringung in der Stadt eine zentrale Rolle spielt. Die Marktmacht ersetzt damit in der Stadt Zürich den Bedarfsnachweis. Auf der ambulanten Seite nimmt der Kanton mit den Richtlinien über das Leistungsangebot der Spitex-Institutionen Einfluss, während die Stadt über Leistungsvereinbarungen die Koordination mit dem stationären Angebot anstrebt. Das Beispiel zeigt die Möglichkeiten eines kombinierten Einsatzes verschiedener Instrumente aus einer bereichsübergreifenden Perspektive auf: ambulante und stationäre Versorgung werden gemeinsam betrachtet und aufeinander abgestimmt gesteuert, was

eine direkte Behandlungs- bzw. Versorgungsallokation ermöglicht. Bedingung dafür sind Finanzierungskompetenzen, welche den direkten Zugriff auf die Steuerungsadressaten ermöglichen und institutionellen Zugang zu den steuerungsrelevanten Informationen gewährleisten.

Für die Beantwortung der **dritten Frage** wurde im Sommer 2009 eine schriftliche Befragung bei den zuständigen kantonalen Verwaltungsstellen durchgeführt und mit Dokumentenanalysen ergänzt. Die Resultate dieser Erhebung zeigen die grosse föderalistische Vielfalt der kantonalen Steuerungsarrangements auf. Dabei erweist sich erwartungsgemäss die Zulassungsbeschränkung für neue Leistungserbringer als Hauptinstrument der Steuerung, bei deren Ausrichtung bestehen jedoch grundsätzliche Unterschiede: so finden sich Kantone, die primär gegen die Überversorgung durch bestimmte Leistungserbringer steuern, während andere über die Ausnahmeregelungen die Unterversorgung von bestimmten Angeboten angehen. Allerdings setzen die meisten Kantone das Instrument des Zulassungsstopps sowohl zur Beschränkung des Angebots als auch zur Förderung von bestimmten ambulanten Angeboten, insbesondere im Bereich der Hausarztmedizin, ein. Die Ausrichtung auf unterschiedliche Steuerungsobjekte und deren Kombinationen als Adressaten kantonalen Steuerungs erweist sich in ihrer geographischen Verteilung als zufällig. Auch bei den weiteren Bemühungen einer kantonalen Beeinflussung des ambulanten Angebots durch die Unterstützung von Steuerungsanstrengungen der Gemeinden sowie die Förderung von Managed Care und der organisatorischen Vernetzung von ambulanten und stationären Leistungserbringern (sektorübergreifende integrierte Versorgung) zeigen sich keine regionale Muster.

Bezüglich der Steuerungsstrukturen ist festzustellen, dass die Steuerung in zwei Dritteln der Kantone in der alleinigen Kompetenz der Gesundheitsbehörden liegt, wobei gelegentlich ad hoc-Konsultationen bei den Betroffenen Akteuren des Versorgungssystems stattfinden. Nur in sieben Kantonen erfolgt ein institutionalisierter Einbezug verwaltungsexterner Akteure.

Die Kantonsbefragung liefert zahlreiche Beispiele für Steuerungsbemühungen einzelner Kantone, die über die reine Regulierung im Rahmen der Zulassungsbeschränkung hinaus reichen. So kommen u.a. finanzielle Anreize zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung in spezifischen Regionen oder zur Förderung der Grundversorgung im Rahmen der Ausbildung zum Einsatz, aber auch verschiedene weiche Instrumente prozeduraler Steuerung, mit denen Kantonsbehörden versuchen, bei den Leistungserbringern strukturelle Veränderungen anzuregen oder zu unterstützen. Damit zeigt sich, dass trotz aller institutionellen und politischen Einschränkungen ein gewisser Handlungsspielraum zu gestaltender Einflussnahme auf die ambulante Versorgung und ihrer Schnittstellen zum stationären Bereich besteht und auch genutzt wird.

Die Analyse der Bedingungen für Steuerung bezog sich nicht auf bestimmte Formen der ambulanten Steuerung, sondern auf deren mit einem additiven Index gemessenen Umfang. Die durchgeführte konfigurative Kausalanalyse mit fsQCA führte zu vier zentralen Erkenntnissen:

- Erstens zeigte sich, dass der Entscheid für oder gegen Steuerungsaktivitäten im ambulanten Sektor nicht auf der Ebene kantonalen Partei- und Interessenpolitik gefällt wird, sondern auf der Ebene der Verwaltung und ihres Arbeitsumfelds und damit primär auf einer sachlich-organisatorischen Ebene verstanden werden muss.
- Zweitens hat sich die tiefe Ärztedichte als zentrale erklärende Bedingung für Steuerungsaktivitäten im ambulanten Bereich herausgestellt. Dies illustriert, dass Kantone bemüht sind, im Regime der Zulassungsbeschränkung über Ausnahmezulassungen eine gewisse Versor-

gungssteuerung vorzunehmen, um so einer drohenden Unterversorgung in spezifischen Bereichen oder Regionen entgegenzutreten. Diese Erkenntnis wird weiter unterstützt durch das Resultat, dass eine hohe Ärztedichte sich als einzige notwendige Bedingung zur Erklärung von geringer oder ausbleibender ambulanter Steuerungsaktivität erweist.

- Drittens erweist sich die Ansiedlung der zuständigen Personen oder Stellen in einer gemeinsamen Einheit, der auch die Verantwortung für den stationären Bereich obliegt, als förderlich für die Ergreifung von Steuerungsaktivitäten im ambulanten Bereich. Dieser organisatorische Faktor verweist unmittelbar auf die Bedeutung der Schnittstelle zum stationären Bereich für die Steuerung im ambulanten Sektor. Wie sich bereits im Fallbeispiel der Langzeitpflege gezeigt hat, werden die beiden Bereiche in unterschiedlicher Art und Weise aufeinander abgestimmt und insbesondere die Steuerung des stationären Angebots teils als Anreiz für die vermehrte Inanspruchnahme von ambulanten Angeboten eingesetzt. Die organisatorische Zusammenführung trägt dieser engen Interdependenz Rechnung.
- Viertens schliesslich ist die Grösse einer kantonalen Verwaltung ein wesentlicher Faktor hinsichtlich der Machbarkeit von Steuerung im ambulanten Bereich. Diese Erkenntnis wird gestützt durch das Befragungsergebnis, dass die kantonalen Verwaltungen die zentralen Akteure beim Entscheid über Steuerungsaktivitäten im ambulanten Bereich sind. 18 Kantonsverwaltungen üben Steuerungsaktivitäten in alleiniger Kompetenz aus. Die Befunde unterstreichen die Bedeutung der zuständigen kantonalen Verwaltungen als zentrale Akteure im Entscheidungs- und Umsetzungsprozess bezüglich Steuerungsaktivitäten im ambulanten Sektor.

6.2 Fazit

Die Befunde des vorliegenden Berichts lassen sich wie folgt zusammenfassen: Die Kantone, die in der Schweiz für die Gewährleistung der Gesundheitsversorgung zuständig sind, verfügen aufgrund der prägenden Strukturmechanismen des schweizerischen Gesundheitssystems nur über beschränkte Möglichkeiten, steuernd, d.h. gestaltend, in die ambulante Gesundheitsversorgung einzugreifen. Im Vergleich mit dem Bund und den Tarifpartnern des Versorgungssystems kommt der kantonalen Ebene diesbezüglich eine geringere Bedeutung zu. Dies zeigt sich u.a. daran, dass ein Grossteil der in der internationalen Literatur diskutierten Instrumente zur Steuerung der ambulanten Gesundheitsversorgung (vgl. Groenewegen et al. 2002; Saltman und Busse 2002; Simoens und Hurst 2006; für eine auf die Schweiz bezogene Auslegeordnung vgl. Braun und Etienne 2004: 8) die Finanzierungsmechanismen der Versorgung betreffen, die in der Schweiz auf Bundesebene über das KVG geregelt werden und somit ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs der Kantone liegen. Innerhalb der bestehenden Rahmenbedingungen des KVG und anderer bundesrechtlicher Vorgaben verbleiben den Kantonen prinzipiell die (strengere) Regulierung der Zulassung von Leistungserbringern, die finanzielle Förderung von (Entwicklungs-)Projekten oder Einrichtungen im Bereich der Versorgung und die Rolle als Impulsgeber, Ratgeber oder Moderator im Sinne des „moderierenden Staats“ (Braun 2001: 107ff.) als hauptsächliche Möglichkeiten der angebotsseitigen Steuerung.

Es ist davon auszugehen, dass eine stärkere Regulierung von den Akteuren des Versorgungssystems politisch bekämpft würde und deshalb wegen der ausgeprägten Veto-Macht der Betroffenen,

und aus politischen Opportunitätsüberlegungen für die meisten Kantonsbehörden keine gangbare Option darstellt. Entsprechend finden sich auch keine empirischen Hinweise dafür, dass aktuell einzelne Kantone diese Strategie verfolgen würden. Demgegenüber hat die hier durchgeführte Kantonsbefragung verschiedene illustrative Beispiele für Steuerungsaktivitäten mit finanzieller oder strukturierender bzw. prozeduraler Ausrichtung ans Licht befördert, die aufzeigen, dass der bestehende Spielraum in verschiedenen Kantonen durchaus für gestaltende Steuerung genutzt wird, so z.B. zur Förderung der Vernetzung und (sektorübergreifenden) integrierten Versorgung, zur Sicherstellung der (gefährdeten) Grundversorgung in spezifischen Regionen bzw. generell zur Grundversorgerförderung oder zur Reorganisation der Notfallversorgung. Auch die Betrachtung der Steuerung in der Langzeitpflege gibt Hinweise darauf, dass im Rahmen der bestehenden Zuständigkeiten Möglichkeiten zur Schnittstellensteuerung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bestehen.

Die genannten Beobachtungen führen zur Feststellung, dass die Kantone trotz eingeschränkter Kompetenzen über gewisse Möglichkeiten zur Versorgungssteuerung verfügen und diesbezüglich vermutlich noch ungenutztes Potenzial vorhanden ist. Ob und wie die bestehenden Möglichkeiten genutzt werden, scheint dabei von verschiedenen Faktoren abhängig zu sein. Zum einen wird Steuerung sicherlich durch eine bestehende Finanzierungskompetenz begünstigt, da sie institutionellen Zugriff auf die Steuerungsadressaten und das Setzen von Anreizen ermöglicht. Zum anderen ist naheliegend, dass Faktoren wie politischer Wille, Engagement oder Innovationsbereitschaft eine wichtige Bedingung für die Nutzung einer vorhandenen (oder die Schaffung einer neuen) Finanzierungskompetenz oder für den Einsatz anderer, weicherer Steuerungsformen sind. Selbstverständlich ist auch die Verfügbarkeit von finanziellen, kognitiven (Fachwissen, Information), personellen etc. Ressourcen eine zentrale Voraussetzung. In diesem Zusammenhang ist auch auf die Bedeutung von Kontakten und Netzwerken zwischen den Gesundheitsbehörden und den Akteuren des Versorgungssystems zu verweisen. Diese stellen ebenfalls eine wertvolle Ressource für Steuerungsaktivitäten dar. So lässt sich die im Bereich der ambulanten Versorgung bisher eher schwach ausgeprägte Steuerungsfähigkeit kantonaler Gesundheitsbehörden durch den Einbezug dieser Akteure erhöhen.

Die konzeptionelle Ausrichtung und die empirische Basis der vorliegenden Studie lassen keine Aussagen über die Wirkungen und Erfolgsfaktoren der verschiedenen diskutierten Steuerungsmaßnahmen zu. Der Hauptgrund dafür ist, dass bislang kaum systematisch erhobene Informationen über die Steuerungsaktivitäten der Kantone im ambulanten Bereich vorlagen, welche als Ausgangspunkt für eine derartige Analyse dienen könnten. Ein zentraler Beitrag des vorliegenden Berichts liegt somit darin, dass er diese Lücke zumindest teilweise schliesst und eine erste konzeptionelle und empirische Bestandesaufnahme der kantonalen Steuerungsaktivitäten vorlegt. Ein zweiter Grund für fehlende Wirkungsaussagen ist, dass eine systematische und empirisch fundierte Wirkungsanalyse im komplexen Feld der ambulanten Gesundheitsversorgung mit einem hohen empirischen und methodischen Aufwand verbunden wäre, der hier nicht geleistet werden konnte. Die hier vorgenommene Auslegeordnung liefert jedoch die konzeptionellen Grundlagen und erste Ansätze für weiterführende Analysen der Steuerungsmechaniken in diesem Bereich und damit auch für die Beurteilung der Frage nach den Steuerungswirkungen.

Literaturverzeichnis

- Achtermann, Wally und Berset, Christel (2006a). *Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Band 1: Analyse und Perspektiven*. Bern: BAG.
- Achtermann, Wally und Berset, Christel (2006b). *Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Band 2: 10 Porträts*. Bern: BAG.
- Allgäuer, Michael (2009). Steuerungsinstrumente in der Langzeitpflege. Steuerung und Vollzug der Langzeitpflege als Verbundaufgabe zwischen Kanton, Gemeinde und Privaten Akteuren. Verdeutlicht an den Beispielen Stadt Basel, Stadt Bern und Stadt Zürich. Bern: Masterarbeit Executive Master of Public Administration am Kompetenzzentrum für Public Management der Universität Bern.
- Alters- und Behindertenamt (2008b). Kostenobergrenzen 2009 in der Spitex, Bern 2008.
- Andreani, Tania et al. (2009). „Ressourcen und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen“, in Meyer, Katharina (Hrsg.). *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Bern: Verlag Hans Huber; 293-311.
- Anhorn, Philippe (2002). „Die Versorgungsnetze im Kanton Waadt“, in *Managed Care* 2/2002; 7-9.
- BADAC – Datenbank über die Schweizer Kantone und Städte (2009). URL: http://dev.badac.ch/bd_sp/main.php?abs=canton_x&code=C3.10b&annee=max&arg=&lang=De. (Stand: 14.9.2009).
- Bemelmans-Videc, Marie-Louise; Rist, Ray C. und Vedung, Evert (1998). *Carrots, Sticks & Sermons. Policy Instruments & Their Evaluation*. New Brunswick/London: Transaction Publishers.
- Berchtold, Peter (2009). „Integrierte Versorgung – das wirksame Therapiekonzept für Qualität und Wirtschaftlichkeit“, in *Die Volkswirtschaft* 11/2009; 26-29.
- Berg-Schlosser, Dirk; De Meur, Gisèle; Rihoux, Benoît und Ragin, Charles C. (2009). „Qualitative Comparative Analysis (QCA) as an Approach“, in Rihoux, Benoît und Ragin, Charles C. (Hrsg.). *Configurational Comparative Methods. Qualitative Comparative Analysis (QCA) and Related Techniques*. Los Angeles: Sage; 1-18.
- Bertschi, Michael (2005). *Untersuchung der ärztlichen Versorgung. Schlussbericht*. Solothurn: san-tésuisse/BAG/Obsan.
- Braun, Dietmar (2001). „Diskurse zur staatlichen Steuerung. Übersicht und Bilanz“, in Burth, Hans-Peter und Görlitz, Axel (Hrsg.). *Politische Steuerung in Theorie und Praxis*. Baden-Baden: Nomos; 101-132.
- Braun, Dietmar und Etienne, Julien (2004). „Policy ideas and health policy instruments: The governance of primary care in Switzerland“. URL: <http://www.unil.ch/webdav/site/iepi/users/epibiri1/public/HealthPolicyMix.pdf> (Stand: 16.6.2009).
- Braun, Dietmar und Giraud, Olivier (2003). „Steuerungsinstrumente“, in Schubert, Klaus und Bandelow, Nils C. (Hrsg.). *Lehrbuch der Politikfeldanalyse*. München/Wien: Oldenbourg; 147-174.
- Braun, Dietmar und Uhlmann Björn (2008). *Die politische Regulierung des Gesundheitssystems der Schweiz - Veränderung und Stillstand*. Endbericht zum Nationalfondsprojekt „Policy Ideas and Policy Instruments in Swiss Health Care“ (No. 100012-107827). Lausanne.
- Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter; und Kifmann, Mathias (2004). *Gesundheitsökonomik. 5. Auflage*. Berlin/Heidelberg/New York: Springer.

- Brunner, Hans-Heinrich; Cueni, Stephan und Januth, Reto (2007). „Krankenversicherung“, in Kocher, Gerhard und Oggier, Willy (Hrsg.). *Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht*. Bern: Verlag Hans Huber; 151-170.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG; 2005). *Leitbild für eine multisektorale Gesundheitspolitik*. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG; 2009). *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2007. Teil Tabellen und Beilagen*. Bern: BAG.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV; 2001). *Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz – Synthesebericht*. Bern: BSV.
- Bundesamt für Statistik (BFS; 2009a). *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2007*. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS; 2009b). *Krankenhausstatistik 2008 – Standardtabellen*. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS; 2009c). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2008 – Standardtabellen*. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS; 2009d). *Spitex-Statistik 2007*. Neuchâtel: BFS.
- Bundesrat (2004a). *Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Vertragsfreiheit)* vom 26. Mai 2004. BBI 2004 4293-4321.
- Bundesrat (2004b). *Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Managed Care)* vom 15. September 2004. BBI 2004 5599-5624.
- Bundesrat (2009a). *Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung)* vom 29. Mai 2009. BBI 2009 5793-5816.
- Bundesrat (2009b). *Botschaft zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung* vom 30. September 2009. BBI 2009 7071-7188.
- Burau, Viola; Wilsford, David und France, George (2009). „Reforming medical governance in Europe. What is it about institutions?“, in *Health Economics, Policy and Law* 2009/4; 265-281.
- Camenzind, Paul (2008). *Erklärungsansätze regionaler Kostenunterschiede im Gesundheitswesen. Analyse der internationalen gesundheitsökonomischen und gesundheitsstatistischen Literatur – mit besonderem Fokus auf die Schweiz*. Arbeitsdokument 30. Neuchâtel: Obsan.
- Chinitz, David (2002). „Good and bad health sector regulation: an overview of the public policy dilemmas“, in Saltman, Richard B.; Busse, Reinhard and Mossialos, Elias (Hrsg.). *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. European Observatory on Health Care Systems Series. Buckingham/Philadelphia: Open University Press; 56-72.
- Conseil d'Etat du Canton de Vaud (2004). *Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique sanitaire*.
- Crivelli, Luca; Filippini, Massimo und Mosca, Iliaria (2006). „Federalism and regional health care expenditures: an empirical analysis for the Swiss cantons“, in *Health Economics* 15(5); 535-541.
- Domenighetti, Gianfranco (1998). „Médecine ambulatoire: Principale Facteur de coût et d'inflation à la charge directe des assurés“, in *Médecine et Hygiène* Nr. 2197 ; 381-388.
- Domenighetti, Gianfranco und Limoni, C. (1994). „Effet de la densité médicale sur les dépense pour la médecine ambulatoire en Suisse“ in *Médecine et Hygiène* Nr. 2040 ; 1927-1931.

- Dubach, Philipp und Künzi, Kilian (2008). *Tätigkeitsstrukturen der Ärzt/innen mit Praxistätigkeit – Wer erbringt welche Leistungen in der Grundversorgung? Eine Analyse von TARMED-Daten*. Bern: BASS.
- Egeberg, Morten (2003). „How Bureaucratic Structures Matter: An Organizational Perspective“, in Peters, B. Guy und Jon, Pierre (Hrsg.). *Handbook of Public Administration*. London: Sage; 116-126.
- Eggl, Yves (2003). *Ressources humaines dévolues aux soins de santé en Suisse. Contribution Suisse au projet de l'OCDE*. Bern: BSV.
- Eidgenössisches Departement des Innern (EDI) (2002). *Soziale Krankenversicherung. Analyse. Bundesratsklausur vom 22. Mai 2002*. Bern: EDI.
- Finsterwald, Daniel (2004). *Managed Care – Pionierland Schweiz*. Band 75 der SGGP-Schriftenreihe. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik.
- Fischer, Justina Anastasia Valerie (2005). *The Impact of Direct Democracy on Society*. Dissertation Nr. 3074. Universität St. Gallen.
- FMH (2009). FMH-Ärzttestistik.
URL: <http://www.fmh.ch/themen/aerztodemographie/aerzttestistik.html> (Stand: 16.7.2009).
- GDK (2007a). Zulassungsbeschränkung: Konzept für eine Nachfolgeregelung. Unveröffentlichtes Dokument. Bern: GDK. URL: http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/KVG-Revision_und_Vollzug/KVG-Revision/Nachfolgeregelung.pdf (Stand: 12. Mai 2009).
- GDK (2007b). Auslaufen der Zulassungsbeschränkung im ambulanten Bereich. Auslegeordnung zu möglichen Nachfolgeregelungen. Unveröffentlichtes Dokument. Bern.
- Gemeinderat der Stadt Bern (2008). 3. Bericht zum Stand der Umsetzung des Alterskonzepts.
- Germann, Raimund E. (1999). „Die Kantone: Gleichheit und Disparität“, in: Klöti, Ulrich et al. (Hrsg.). *Handbuch der Schweizer Politik*. Zürich: NZZ Verlag; 387-419.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2004). Alterspolitik im Kanton Bern, Planungsbericht und Konzept für die weitere Umsetzung der vom Grossen Rat mit dem „Altersleitbild 2005“ festgelegten Ziele, Bern 2004.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2005). *Schlussbericht Projekt Übergangspflege im Kanton Bern*. Bern: GEF.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2007). *Alterspolitik im Kanton Bern, Zwischenbericht*. Bern: GEF.
- Gilardi, Fabrizio und Füglistler, Katharina (2008). „Empirical Modeling of Policy Diffusion in Federal States: The Dyadic Approach“, in *Swiss Political Science Review* 14(3); 413-450.
- Gilliand, Pierre et al. (1991). *Démographie médicale en Suisse 1900 – 1990 – 2020*. Lausanne: Réalités sociales.
- Gilliand, Pierre (2001). „Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens“, in: Gerhard Kocher und Willy Oggier (Hrsg.). *Gesundheitswesen Schweiz 2001/2002. Ein aktueller Überblick*. Solothurn: Konkordat der schweizerischen Krankenversicherer; 90-96
- Groenewegen, Peter P.; Dixon, Jennifer and Boerma, Wienke G.W. (2002). „The regulatory environment of general practice: an international perspective“, in Saltman, Richard B.; Busse, Reinhard and Mossialos, Elias (Hrsg.). *Regulating entrepreneurial behaviour in European*

- health care systems*. European Observatory on Health Care Systems Series. Buckingham/Philadelphia: Open University Press; 200-214.
- Guggisberg, Jürg und Stefan Spycher (2005). *Nachfrage, Inanspruchnahme, Bedarf und Angebotsinduzierung in der ambulanten medizinischen Versorgung*. Forschungsprotokoll Nr. 3. Neuchâtel: Obsan.
- Haari, Roland et al. (2001a). *Wirkungsanalyse KVG: Kostendifferenzen zwischen den Kantonen. Sozialwissenschaftliche Analyse kantonaler Praktiken*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 15/01. Bern: BSV.
- Haari, Roland et al. (2001b). *Wirkungsanalyse KVG: Kostendifferenzen zwischen den Kantonen. Sozialwissenschaftliche Analyse kantonaler Praktiken. Materialband*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 15/01.1. Bern: BSV.
- Hammer, Stephan; Peter, Martin und Trageser, Judith (2008). *Wettbewerb im Gesundheitswesen: Auslegeordnung*. Forschungsprotokoll Nr. 9. Neuchâtel: Obsan.
- Hänggeli, Christoph et al. (2007). „Freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte“, in Kocher, Gerhard und Oggier, Willy (Hrsg.). *Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht*. Bern: Verlag Hans Huber; 47-57.
- Horisberger, B. und Schmid, Olivier (2004). „Ärztstopp als Kostenbremse – Warum es Zeit ist, umzudenken“, in *Schweizerische Ärztezeitung* 85/17; 887-894.
- Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor und Haisch, Jochen (Hrsg.; 2007). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2. überarbeitete Auflage*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Immergut, Ellen M. (1992). *Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe*. Cambridge: University Press.
- Jaccard Ruedin, Hélène et al. (2007). *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse*. Document de travail 22. Neuchâtel: Obsan.
- Kägi, Wolfram; Siegrist, Stefan und Schäfli, Martin (2004). *Einfluss des KVG auf die Verschiebungen zwischen stationärer und ambulanter Medizin*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 2/04. Bern: BSV.
- Kickbusch, Ilona (2008). „Auf dem Weg zu einer multisektoralen Gesundheitspolitik“, in Meyer, Katharina (Hrsg.). *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Bern: Verlag Hans Huber; 341-355.
- Knoepfel, Peter; Varone, Frédéric; Bussman, Werner und Mader, Luzius (1997). „Evaluationsgegenstände und Evaluationskriterien“, in Bussmann, Werner; Klöti, Ulrich und Knoepfel, Peter (Hrsg.). *Einführung in die Politikevaluation*. Basel/Frankfurt a.M.: Helbing & Lichtenhahn; 78-118.
- Knoepfel, Peter; Larrue, Corinne und Varone, Frédéric (2006). *Analyse et pilotage des politiques publiques*. 2ème édition. Zürich/Chur: Rüegger.
- Kocher, Gerhard (2007). „Kompetenz- und Aufgabenverteilung Bund – Kantone – Gemeinden“, in Kocher, Gerhard und Oggier, Willy (Hrsg.). *Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht*. Bern: Verlag Hans Huber; 109-118.
- Koller, Christophe und Heuberger, Nils (2009). *Staatsindikatoren in der Schweiz 1990-2008 (Indikatoren zur Messung der öffentlichen Verwaltung und der kantonalen und Städtischen Behörden)*. Working Paper IDHEAP 1/2009. Lausanne: IDHEAP.

- Kraft, Esther (2009). „Ärztestatistik 2008“, in *Schweizerische Ärztezeitung* 2009;90: 12; 455-461.
- Künzi, Kilian (2005). „Grundversorgungsmedizin“ in der Schweiz. *Stand der Diskussionen zur Frage der „Grundversorger/innen / Hausärzt/innen“ und ihrer zahlenmässigen Entwicklung*. Bern: BAG.
- Mayntz, Renate (1987). „Politische Steuerung und gesellschaftliche Steuerungsprobleme“, in Mayntz, Renate. (Hrsg.) (1997). *Soziale Dynamik und politische Steuerung. Theoretische und methodologische Überlegungen*. Frankfurt a. M.: Campus; 186-208.
- Meister, Urs (2008). *Spitäler zwischen Politik und Wettbewerb. Betriebliche Autonomie im Kantonsvergleich*. Zürich: Avenir Suisse.
- Moser, Markus (2004). *3. KVG-Revision. Schlussbericht zum Teilprojekt Managed Care*. Bern: BSV.
- Muggli, Alfred und Baumberger, Jürg (2003). „Den Stillstand durchbrechen. Integriertes Managed Care Thurgau – ein Beitrag zur Weiterentwicklung der heutigen Hausarztssysteme“, in *Managed Care* 2/2003; 33-35.
- Müller, Rainer (2002). „Gesundheitspolitik“, in Kolip, Petra (Hrsg.). *Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung*. Weinheim/München: Juventa; 149-172.
- OECD (2000). *A System of Health Accounts*. Paris: OECD.
- OECD (2006). *OECD-Berichte über Gesundheitssysteme. Schweiz*. Paris: OECD/WHO.
- Ragin, Charles C. (2009). „Qualitative Comparative Analysis Using Fuzzy Sets (fsQCA)“, in Rioux, Benoît und Ragin, Charles C. (Hrsg.). *Configurational Comparative Methods. Qualitative Comparative Analysis (QCA) and Related Techniques*. Los Angeles: Sage; 87-121.
- Rehmann-Sutter, Christoph (2009). „Qualität messen oder Qualität bewerten“, in *Schweizerische Ärztezeitung* 2009/6; 202-203.
- Regierungsrat des Kantons Zürich (2005). *Alterspolitik im Kanton Zürich. Bericht zur Alterspolitik im Kanton Zürich*.
- Rogers, Everett M. (2003). *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press.
- Rosenbrock, Rolf und Gerlinger, Thomas (2004). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern et al.: Verlag Hans Huber.
- Rüefli, Christian und Vatter, Adrian (2001). *Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 14/01. Bern: BSV.
- Rüefli, Christian (2004a). „Die staatliche Steuerung der ambulanten Gesundheitsversorgung - Steuerungsinstrumente im Dilemma zwischen Konsens und Wirksamkeit“, Paper präsentiert am Workshop der Arbeitsgruppe „Öffentliche Politik“ am Jahreskongress der Schweizerischen Vereinigung für Politische Wissenschaft in Balsthal, 18./19. November 2004.
- Rüefli, Christian (2004b). *Wirkungsanalyse Bedürfnisabhängige Zulassungsbeschränkungen für neue Leistungserbringer (Art. 55a KVG)*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 3/04. Bern: BSV.
- Rüefli, Christian (2005). *Wirkungsanalyse der kantonalen Spitalplanungen*. Bern: BAG.
- Rüefli, Christian (2006). *Informationsbedürfnisse kantonalen Gesundheitsbehörden bei der Planung, Steuerung und Überwachung der stationären Gesundheitsversorgung*. Neuchâtel: BFS (unveröffentlicht).

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2003). *Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Bd. II: Qualität und Versorgungsstrukturen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). *Gutachten 2007: Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Baden-Baden: Nomos.
- Saltman, Richard B. und Busse, Reinhard (2002). „Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe’s health sector: theory and practice“, in Saltman, Richard B. und Busse, Reinhard und Mossialos, Elias (Hrsg.). *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. European Observatory on Health Care Systems Series. Buckingham/Philadelphia: Open University Press; 3-52.
- Schmidt, Manfred G. (1995). *Wörterbuch zur Politik*. Stuttgart: Kröner.
- Schneider, Carsten und Claudius Wagemann (2007). *Qualitative Comparative Analysis (QCA)*. Opladen und Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.
- Schneider, Sandra (2001). „Tarifbildung im schweizerischen Gesundheitswesen“, in *Soziale Sicherheit* 2/2001; 56-60.
- Schubert, Klaus und Klein, Martina (2006). *Das Politiklexikon. 4.*, aktualisierte Auflage. Bonn: Dietz.
- Schweizerischer Wissenschafts- und Technologierat (SWTR; 2007). *Ärztedemographie und Reform der ärztlichen Berufsbildung*. Bern: SWTR.
- Seematter-Bagnoud, Laurence et al. (2008). *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l’horizon 2030*. Document de travail 33. Neuchâtel: Obsan.
- SGK-N (2009). *Parlamentarische Initiative Übergangslösung Zulassungsstopp. Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 25. März 2009*. BBI 2009 3413.
- Simoens, Steven und Hurst, Jeremy (2006). *The Supply of Physician Services in OECD Countries*. OECD Health Working Papers No. 21. Paris: OECD.
- Sommer, Jürg H. (1999). *Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt*. Stuttgart: Schattauer.
- Spycher, Stefan (2004a). *Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik in der Schweiz: Eine Auslegeordnung*. Bern: BASS.
- Spycher, Stefan (2004b). *Prognose und Planung in der ambulanten Gesundheitsversorgung*. Arbeitsdokument Nr. 5. Neuchâtel: Obsan.
- Spycher, Stefan (2005). *Mehr staatliche Steuerung in der Krankenversicherung? Möglichkeiten, Vor- und Nachteile einer verstärkten staatlichen Steuerung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*. Bern: BASS.
- Spycher, Stefan (2009). „Das Versorgungssystem“, in Meyer, Katharina (Hrsg.). *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Bern: Verlag Hans Huber; 289-291.
- Vatter, Adrian (2002). *Kantonale Demokratien im Vergleich. Entstehungsgründe, Interaktionen und Wirkungen politischer Institutionen in den Schweizer Kantonen*. Opladen: Leske + Budrich.
- Vatter, Adrian (2003). „Strukturen, Prozesse und Inhalte der schweizerischen Gesundheitspolitik“, in Zenger, Christoph A. und Jung, Tarzis (Hrsg.). *Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik. Kontext – Normen – Perspektiven*. Bern: Verlag Hans Huber; 155-165.

- Wälti, Marina (2009). *Die Steuerungsstrategien der Kantone im ambulanten Sektor. Eine Fuzzy-Set QCA zur Identifikation von Bedingungen, die eine Steuerung begünstigen*. Lizentiatsarbeit. Bern: Institut für Politikwissenschaft der Universität Bern.
- Wanzenried, Gabrielle und Nocera, Sandra (2008). „The Evolution of Physician Density in Switzerland“, in *Swiss Journal of Economics and Statistics* 2008, Vol. 144 (2); 247–282.
- Wasem, Jürgen (2003). „Wettbewerbliche Weiterentwicklung des Gesundheitssystems an der Schnittstelle von der ambulanten zur stationären Versorgung“, Expertise zuhanden der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Essen: Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen.
URL: <http://www.dkgev.de/media/file/2452.226.pdf> (Stand: 16.6.2009)
- Wildi, Marc; Unternährer, Thomas und Locher, René (2005). *Kostenprognosemodell für die obligatorische Krankenversicherung (OKP)*. Bern: BAG.
- Winkler, Andreas (2004). *Integrierte Versorgung – Spitäler und Ärztenetze im Verbund Interessengemeinschaft Leistungserbringer integriertes Managed Care Thurgau (ILIT): Ein praxisorientiertes Projekt*. Band 78 der SGGP-Schriftenreihe. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik.
- Wyler, Daniel (2007). „Tarife“ in Kocher, Gerhard und Oggier, Willy (Hrsg.). *Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht*. Bern: Verlag Hans Huber; 373-382.

Anhang

Fragebogen deutsch

Erhebung der kantonalen Steuerungsstrategien im ambulanten Sektor

1. Steuert Ihr Kanton die Versorgung in folgenden Bereichen der ambulanten medizinischen Versorgung?

	Ja, via Zulassungsstopp (Überversorgung)	Ja, via Ausnahmebewilligung vom Zulassungsstopp (Unterversorgung)	Ja, via anderes Instrument/andere Strategie: (bitte erläutern)	Nein	Weiss ich nicht
Frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spitalambulatorien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chiropraktor(inn)en	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheker(innen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratorien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapeut(inn)en	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenpfleger(innen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spitex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Sind seitens der kantonalen Gesundheitsbehörden Bestrebungen im Gang, Managed-Care (im Sinne der Vernetzung von Ärzt(inn)en) zu fördern?

- Nein, ist kein Thema
- In Diskussion, aber noch keine konkreten Aktivitäten
- Konkrete Aktivitäten sind in Vorbereitung → bitte erläutern sie kurz was diese Aktivitäten beinhalten:
- Konkrete Aktivitäten sind beschlossen und umgesetzt → bitte erläutern Sie kurz, was diese Aktivitäten beinhalten:
- Weiss ich nicht

3. Sind seitens der kantonalen Gesundheitsbehörden Bestrebungen im Gang, die organisatorische Vernetzung von ambulanten und stationären Leistungserbringern (sektorübergreifende integrierte Versorgung) zu fördern?

- Nein, ist kein Thema
- In Diskussion, aber noch keine konkreten Aktivitäten
- Konkrete Aktivitäten sind in Vorbereitung → bitte erläutern sie kurz was diese Aktivitäten beinhalten:
- Konkrete Aktivitäten sind beschlossen und umgesetzt → bitte erläutern Sie kurz, was diese Aktivitäten beinhalten:
- Weiss ich nicht

4. Sind Ihnen allfällige Steuerungsversuche der Gemeinden bekannt?

- Ja
- Nein
- Weiss ich nicht

4.1 Wenn ja: welche (z. B. Bau eines „Doktorhauses“ durch die Gemeinde)?

4.2 Unterstützt Ihr Kanton diese Steuerungsversuche der Gemeinden?

- Ja, finanziell
- Ja, beratend
- Ja, anders:
- Nein
- Weiss ich nicht

5. Bitte geben Sie die Dienststelle(n) an, die in der kantonalen Gesundheitsbehörde für die ambulante Steuerung zuständig ist/sind.

5.1 Befindet sich die (allenfalls) für die ambulante Steuerung verantwortliche Stelle in der gleichen Dienststelle wie die für die Spitalplanung nach KVG verantwortliche Stelle?

- Ja
- Nein
- Weiss ich nicht

5.2 Welchen Abschluss hat der Leiter der allenfalls für die ambulante Steuerung verantwortlichen Dienststelle?

- Eidg. Fähigkeitszeugnis (EFZ)
 - Handelsmittelschulabschluss
 - Berufsmaturitätszeugnis
 - Gymnasiales Maturitätszeugnis
 - Eidg. Fachausweis nach Berufsprüfung
 - Universitätsabschluss
 - Doktorat
 - Weiss ich nicht
- Anderes:

6. Erfolgt in Ihrem Kanton die ambulante Steuerung ausschliesslich durch die Verwaltung (kantonale Gesundheitsbehörde)?

- Nur durch die Verwaltung
- Einbezug verwaltungsexterner Akteure im Rahmen eines gemeinsamen Gremiums (z. B. Kommission)

→ Wer ist in diesem Gremium vertreten?

- Ärzteschaft
- Spitäler
- Andere Leistungserbringer
- Versicherer
- Andere:

- Andere Form des Einbezugs verwaltungsexterner Akteure:
- Steuerung delegiert (ohne Verwaltung), z. B. an Gesundheitsrat o. ä.
- Weiss ich nicht

7. Gibt es in ihrem Kanton eine oder mehrere Personen, die sich besonders stark für eine Steuerung im ambulanten Sektor einsetzen?

- Ja
- Nein
- Weiss ich nicht

7.1 Wenn ja: was ist das für eine Person?

- Mitarbeiter der kantonalen Verwaltung
- Parlamentsmitglied
- Mitglied der kantonalen Exekutive
- Mitglied einer Interessengruppe (z. B. santésuisse)
- unabhängiger Experte
- andere, nämlich:

Fragebogen französisch

Questionnaire: Les stratégies de pilotage cantonal dans le secteur ambulatoire

1. Votre canton prend-il en charge le pilotage dans les différents domaines de médecine ambulatoire?

	Oui, à travers le gel des admissions (en cas de situation de saturation)	Oui, à travers des exceptions au gel des admissions (en cas de situation de pénurie)	Oui, à l'aide d'autres stratégies (Veuillez s'il vous plaît en faire une description écrite)	Non	Je ne sais pas
Médecins indépendants (tous domaines confondus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les services hospitaliers ambulatoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chiropraticiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pharmaciens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiothérapeutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sages-femmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spitex (Organisations d'aide et de soins à domicile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Du côté des instances officielles cantonales en charge de la santé, des efforts sont-ils en cours en vue de promouvoir le Managed Care (dans le sens de la mise en réseau des médecins)?

- Non, ça n'est pas un sujet en discussion
 En cours de discussion, mais pas encore d'activités concrètes
 Des activités concrètes sont en cours de préparation: veuillez s'il vous plaît préciser brièvement le contenu de ces activités:
 Des activités concrètes ont été décidées et concrétisées : veuillez s'il vous plaît préciser brièvement le contenu de ces activités:
 Je ne sais pas

3. Du côté des instances cantonales officielles en charge de la santé, des efforts sont-ils en cours en vue de promouvoir une mise en réseau organisationnelle des prestataires de soins ambulatoires et hospitaliers (approvisionnement multisectoriel intégré)?

- Non, ça n'est pas un sujet en discussion
 En cours de discussion, mais pas encore d'activités concrètes

Des activités concrètes sont en cours de préparation: veuillez s'il vous plaît préciser brièvement le contenu de ces activités:

Des activités concrètes ont été décidées et concrétisées : veuillez s'il vous plaît préciser brièvement le contenu de ces activités:

Je ne sais pas

4. Êtes-vous au courant des différentes expériences de pilotage de votre commune?

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

4.1 Si oui: lesquelles (p.ex.: Mise à disposition d'infrastructure pour un médecin de famille, combinaison d'un cabinet médical et d'un logement)?

4.2 Votre canton soutient t'il ces expériences de pilotage envisagées par les communes ?

- Oui, financièrement
 Oui, par le conseil
 Oui, autres soutiens:
 Non
 Je ne sais pas

5 Veuillez indiquer les différents secteurs responsables du pilotage ambulatoire, au sein des services publics cantonaux de la santé.

5.1 Le secteur responsable du pilotage ambulatoire se trouve t'il au sein du même service que celui de la planification hospitalière d'après la LAMat?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

5.2 Quel est le diplôme obtenu par le responsable des services de l'éventuel pilotage ambulatoire ?

- Certificat fédéral de capacité (CFC)
- Certificat d'une école supérieure de commerce
- Certificat de maturité professionnelle
- Certificat de maturité gymnasiale
- Brevet fédéral après examen professionnel
- Licence universitaire
- Doctorat
- Je ne sais pas

Autres:

6. Dans votre canton, le pilotage ambulatoire s'effectue t'il exclusivement au travers de l'administration (autorité cantonale en matière de santé) ?

- Seulement au travers de l'administration
- Inclusion d'acteurs externes à l'administration dans le cadre d'un comité (p.ex. une commission)

→ Qui est représenté dans ce comité?

- Le corps médical
- Le corps hospitalier
- D'autres prestataires
- Les assureurs
- Autre:

- D'autres formes d'inclusion d'acteurs externes à l'administration
- Pilotage délégué (sans administration), par exemple Conseil de santé
- Je ne sais pas

7. Existe t'il dans votre canton une ou plusieurs personnes s'intéressant et s'investissant particulièrement dans le domaine du pilotage ambulatoire

- Oui
 Non

7.1 Si oui; quelle est sa position

- Employé dans l'administration cantonale
 Membre du parlement
 Membre du conseil exécutif cantonal
 Membre d'un groupe d'intérêt (p.ex. santésuisse)
 Expert indépendant
 Autres, exemple:

Tabellarische Übersicht: Steuerung der Leistungserbringer in den Kantonen

Tabelle 14: Steuerung der Leistungserbringer in den Kantonen.

Kanton	Frei praktizierende Ärzte	Spitex	Spitalambulatorien	Chiropraktoren	Apotheker	Laboratorien	Physiotherapeuten	Krankenpfleger	Hebammen
AG	Steuerung gegen beides*								
AI	Steuerung gegen beides	Steuerung via Leistungsauftrag	Steuerung via Leistungsauftrag						
AR	Steuerung gegen beides		Steuerung nur gegen Unterversorgung						
BE	Steuerung gegen beides	Steuerung via Leistungsauftrag							
BL	Steuerung nur gegen Unterversorgung		Steuerung nur gegen Unterversorgung						
BS	Steuerung nur gegen Überversorgung ⁶³	Steuerung via Leistungsauftrag	Steuerung via (Global-)Budget		Steuerung nur gegen Überversorgung	Steuerung nur gegen Überversorgung			
FR	Steuerung nur gegen Unterversorgung		Steuerung via (Global-)Budget ⁶⁴			Versucht öff. Laboratorien dazu zu bringen, sich zu schliessen			

⁶³ Der Kanton Basel-Stadt antwortete, ausschliesslich gegen eine Überversorgung zu steuern, hätte aber gesetzlich die Möglichkeit auch gegen eine drohende Unterversorgung zu steuern: am 4. Juli 2005 wurde die kantonale Vollzugsverordnung durch Regierungsbeschluss dahingehend geändert, dass neu auch die Übernahme einer bestehenden Praxis jedweder Fachrichtung, wenn an Stelle der bisherigen Praxis eine Praxis zur Grundversorgung der Bevölkerung (Hausarztpraxis) eröffnet und geführt wird, als begründeter Einzelfall gilt, der allenfalls zu einer Ausnahmebewilligung vom Zulassungsstopp führen kann

⁶⁴ Der Kanton Freiburg nimmt zudem für gewisse spezielle Leistungen (z. B. Herz-Gefäss-Rehabilitationen) Bedürfnisevaluationen vor und gibt allenfalls seine Zustimmung

Kanton	Frei praktizierende Ärzte	Spitex	Spitalambulatorien	Chiropraktoren	Apotheker	Laboratorien	Physiotherapeuten	Krankenpfleger	Hebammen
GE	Steuerung nur gegen Überversorgung								
GL	Steuerung gegen beides		Steuerung nur gegen Überversorgung						
GR	Steuerung gegen beides								
JU	Steuerung gegen beides	Steuerung via Leistungsauftrag							
LU	Steuerung nur gegen Unterversorgung	Steuerung nur gegen Unterversorgung		Steuerung nur gegen Unterversorgung					
NE	Steuerung gegen beides								
NW	Steuerung gegen beides	Steuerung gegen beides*			Steuerung gegen beides		Steuerung gegen beides	Steuerung gegen beides	Steuerung gegen beides
OW	Steuerung nur gegen Überversorgung	Steuerung nur gegen Überversorgung		Steuerung nur gegen Überversorgung					
SG	Steuerung nur gegen Überversorgung								
SH	Steuerung gegen beides	Steuerung via Leistungsauftrag							
SO	Steuerung nur gegen Unterversorgung								
SZ	Steuerung gegen beides	Steuerung gegen beides*		Steuerung gegen beides*	Steuerung gegen beides*		Steuerung gegen beides	Steuerung gegen beides	Steuerung gegen beides

Kanton	Frei praktizierende Ärzte	Spitex	Spitalambulatorien	Chiropraktoren	Apotheker	Laboratorien	Physiotherapeuten	Krankenpfleger	Hebammen
TG	Steuerung gegen beides PLUS »Grundversorgerförderung« ⁶⁵								
TI	Steuerung gegen beides								
UR	Steuerung gegen beides	Steuerung gegen beides	Steuerung via Leistungsauftrag	Steuerung gegen beides					
VD	Steuerung gegen beides								
VS	Steuerung gegen beides	Steuerung via Leistungsauftrag							
ZG	Steuerung nur gegen Überversorgung			Steuerung nur gegen Überversorgung					
ZH	Steuerung gegen beides ⁶⁵		Steuerung via (Global-)Budget						

* Steuerung sowohl gegen Über- als auch Unterversorgung

** In Zusammenarbeit mit dem Spital Thurgau AG und der Ärzteschaft. Bei der Grundversorgerförderung handelt es sich um ein Projekt, wonach Assistenzärzte, die an den Spitätern tätig sind, für eine gewisse Zeit in eine ambulante Arztpraxis wechseln, um dort die Grundversorgetätigkeit kennenzulernen. Sie sollen so animiert werden, später als Grundversorger tätig zu sein. Das Projekt wird von der Spital Thurgau AG, den Grundversorgern und dem Kanton gemeinsam finanziert. Nach einer erfolgreichen Testphase wird es nun weitergeführt.

⁶⁵ Der Kanton Zürich nimmt seit dem 1. Juni 2009 die Grundversorger ausserhalb der Gemeinde Zürich vom Zulassungsstopp ganz aus.

Tabellarische Übersicht: Sonstige Förderung und Steuerung

Tabelle 15: Sonstige Förderung und Steuerung.

Kanton	Förderung von Managed Care	Förderung der sektorübergreifenden integrierten Versorgung	Steuerungsversuche der Gemeinden und allfällige kantonale Unterstützung	Einbezug verwaltungsexterner Akteure in die kantonale Steuerung
AG		In Vorbereitung: neues Notfallkonzept mit Vernetzung der Spitalnotfallstationen und der niedergelassenen Ärzteschaft		Einbezug verwaltungsexterner Akteure in gemeinsamem Gremium (vertreten: Ärzteschaft)
AI		Überlegungen zur Gestaltung des (Belegarzt-)Spitals als Gesundheitszentrum unter anderem mit Ärztehaus		Teilweise Anhörungen möglich → Ad-hoc-Konsultationen
AR				
BE		In Vorbereitung: Modellversuch „integrierte Versorgung in der Geriatrie“, Gesundheitszentren Beschlossen und umgesetzt: ärztlicher Notfalldienst in Praxisräumlichkeiten eines Spitals		
BL		Beschlossen und umgesetzt: Reorganisation des Notfalldienstes und dessen Integration in die Notfallstationen	Steuerungsversuche im Zusammenhang mit Pflegeleistungen, keine kantonale Unterstützung	Im Zusammenhang mit der Neuzulassung von Ärzten, Bestätigung einer Unterversorgung durch die Ärztesgesellschaft → Ad-hoc-Konsultationen
BS	In Vorbereitung: Runde Tische mit Hausärzten und Spitalvertretern, Planung von Gesundheitszentren, Notfalltriagierung mit vorgelagerter Permanence.	In Vorbereitung: Runde Tische mit allen Vertretern, konkrete Aktivitäten im Zusammenhang mit einer „Projektplanung“ im Rahmen der Psychiatrieplanung“, den geriatrischen Behandlungsketten sowie Notfalltriagierung mit vorgelagerter Permanence.	Im Zusammenhang mit der möglichen Schliessung des Gemeindespitals Riehen, Konzeption eines ambulanten Gesundheitszentrums, Beratung	Fallweiser Einbezug von externen Partnern und Organisationen → Ad-hoc-Konsultationen

Kanton	Förderung von Managed Care	Förderung der sektorübergreifenden integrierten Versorgung	Steuerungsversuche der Gemeinden und allfällige kantonale Unterstützung	Einbezug verwaltungsexterner Akteure in die kantonale Steuerung
FR	In Vorbereitung: Aktivitäten im Bereich der öffentlichen Psychiatrie, bei der Betreuung von Menschen mit einer Suchterkrankung.	Im Kantonsspital Fribourg-Freiburg wird es ab Herbst 2009 ein Lokal neben der ordentlichen Notfallstation geben, wo niedergelassene Allgemeinärzte einen Teil ihres Notfalldienstes (Abende und Wochenenden) verrichten können und dort vor allem weniger schwere Notfälle behandeln werden. Im freiburgischen Kantonsspital Meyriez-Murten gibt es bereits eine Permanence, wo zwischen 7 und 22 Uhr Allgemeinärzte den Notfalldienst wahrnehmen		Einbezug verwaltungsexterner Akteure in gemeinsamem Gremium (vertreten: Ärzteschaft, Spitäler, andere LE, Versicherer, Parlamentsmitglieder)
GE				Einbezug verwaltungsexterner Akteure in gemeinsamem Gremium (vertreten: Ärzteschaft, Spitäler). Allerdings hat diese Kommission nur konsultativen Charakter.
GL			Errichtung einer sogenannten Wartgeldpraxis, weil RehaClinic Braunwald, die ambulante medizinische Versorgung der ansässigen Bevölkerung in Zukunft nicht mehr gewährleisten kann. Der Kanton unterstützt dieses Unterfangen sowohl beratend (Zusammenarbeit mit den Gemeindebehörden und den Grundversorgern) wie auch finanziell mit einem Investitionsdarlehen an die Praxis.	Punktuellem Einbezug von externen Beratern → Ad-hoc-Konsultationen
GR				Einbezug verwaltungsexterner Akteure in gemeinsamem Gremium (:Je nach Fragestellung andere Zusammensetzung der Gremien.
JU				
LU			Aktive Suche nach Ärzten in den Gemeinden, Beratung durch den Kanton	Fallweiser Einbezug der Ständesorganisationen und der Spitäler → Ad-hoc-Konsultationen

Kanton	Förderung von Managed Care	Förderung der sektorübergreifenden integrierten Versorgung	Steuerungsversuche der Gemeinden und allfällige kantonale Unterstützung	Einbezug verwaltungsexterner Akteure in die kantonale Steuerung
NE		In Vorbereitung: Gesundheits-Plattform		Falls gewünscht, Einbezug der Neuenburger Ärztesellschaft → Ad-hoc-Konsultationen
NW				
OW		Beschlossen und umgesetzt: am Kantonsspital Obwalden wurde eine Notfallpraxis in Zusammenarbeit mit den Hausärzten des Kantons eröffnet		
SG	Beschlossen und umgesetzt: liberale Zulassungspraxis	Beschlossen und umgesetzt: Aktivitäten bezüglich einer Zusammenarbeit beim Notfalldienst zwischen Haus- und Spitalärzten.		Rückfrage und Auskunft bei der niedergelassenen Ärzteschaft → Ad-hoc-Konsultationen
SH				
SO		Beschlossen und umgesetzt: in der Stadt Solothurn eine von Hausärzten betriebene vorgelagerte Notfallstation in Olten ist eine solche in Vorbereitung.		Fallweiser Einbezug der Ärzteschaft → Ad-hoc-Konsultationen
SZ	Beschlossen und umgesetzt: zusätzliche Ausnahmebewilligungen für Managed Care-Praxen	Beschlossen und umgesetzt: Aktivitäten bezüglich einer Zusammenarbeit beim Notfalldienst zwischen Haus- und Spitalärzten.	Gesundheitszentrum in Einsiedeln. Der Kanton unterstützt dieses, indem er Praxisbewilligungen (Ausnahmebewilligungen vom Zulassungsstopp), dafür erteilt, diese aber an eine gleichzeitige Tätigkeit am sich gleich daneben befindenden Spital bindet. Daneben gibt es auch ein Alters- und Pflegeheim mit integrierter Arztpraxis.	Einbezug von Ärzteschaft, Spitälern und anderen Leistungserbringern durch Erhebungen, periodisch Treffen mit den Standesorganisationen sowie zusätzliche Treffen bei Bedarf, zum Beispiel zur vertieften Abklärung der Versorgungslage. → Ad-hoc-Konsultationen
TG	Beschlossen und umgesetzt: Pionierkanton mit höchster MC-Dichte ⁶⁶	Im Rahmend des Thurgauer MC-Modells sind Spitalärzte eingebunden.	Zusammenschlüsse von Spitexorganisationen, Beratung durch den Kanton	Zumindest fallweise Einbezug durch Gremium mit verwaltungsexternen Akteuren (vertreten: Ärzteschaft, Spitäler, andere LE Versicherer)

⁶⁶ Im Kanton Thurgau sind heute aus den ursprünglich sieben regionalen Hausarztvereinen flächendeckend vier integrierte Ärztenetzwerke mit knapp 190 engagierten Ärzten (Grundversorger, Spezialisten, Spitalärzte) und 66'000 Managed Care-Versicherten entstanden.

Kanton	Förderung von Managed Care	Förderung der sektorübergreifenden integrierten Versorgung	Steuerungsversuche der Gemeinden und allfällige kantonale Unterstützung	Einbezug verwaltungsexterner Akteure in die kantonale Steuerung
TI	In Vorbereitung: Vernetzung der Ärzteschaft durch die elektronische Patientenkarte. Das Projekt versucht die Kommunikation und Datenübermittlung zwischen den verschiedenen Ausübenden der Medizinberufe zu fördern.	In Vorbereitung: Einführung der elektronischen Patientenkarte. In Detailplanung sind insbesondere die Übermittlung von Daten der Radiologie, der Labore, der Ein- und Austritte in und aus den Spitälern (also stationär) und im Bereich der ausserkantonalen Hospitalisationen		
UR				Einbezug verwaltungsexterner Akteure in gemeinsamem Gremium (vertreten: keine Angaben).
VD		Beschlossen und umgesetzt: Gesetz über die Gesundheitsnetzwerke (Loi sur les réseaux de soins) ⁶⁷ .		
VS		Beschlossen und umgesetzt: kantonale Instanz „de liaison interinstitutionnelle“ worin Spitäler, die Spitex und Alters- und Pflegeheime organisiert sind.		Einbezug verwaltungsexterner Akteure in gemeinsamem Gremium (vertreten: Ärzteschaft)
ZG				
ZH	Beschlossen und umgesetzt: Institutsbewilligungen für Netzwerke möglich			Absprachen im Einzelfall → Ad-hoc-Konsultationen

⁶⁷ Zurzeit gibt es im Kanton Waadt fünf solche Netzwerke, die auf regionaler Ebene die Ärzteschaft, die Spitex, Alters- und Pflegeheime, Spitäler sowie andere Leistungserbringer zusammenfassen und so das ganze Spektrum der Gesundheitsleistungen abdecken. Sie sollen zu einer besseren Koordination der Gesundheitsleistungen und einem effizienteren Einsatz der Ressourcen führen, sowie der Orientierung der Patienten dienen. Das Gesetz gab den schon vorher bestehenden Netzwerken eine legale Basis und führte unter anderem die Beitrittspflicht für staatlich subventionierte Leistungserbringer ein und verbesserte die politischen Kontrollmöglichkeiten

Berechnung der abhängigen Variable Steuerungsindex

Tabelle 16: Punkteverteilung anhand der Antworten aus dem Fragebogen

Kanton	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6	Frage 7	Total Punkte	Steuerungs-wert
SZ	1	0	1	1	0,5	1	1	5,5	0,69
BS	1	1,5	1	0	0,5	0,5	0,5	5	0,63
OW	1	0	1	1	0	0	1	4	0,50
TG	1,5	0	0	0	0,5	1	1	4	0,50
UR	1	1	1	1	0	0	0	4	0,50
AI	1	1	1	0	0	0	0,5	3,5	0,44
FR	1	1	0	0	0	0,5	1	3,5	0,44
LU	1	0	1	1	0,5	0	0	3,5	0,44
BE	1	0	1	0	0	0	1	3	0,38
BL	1	1	0	0	0	0	1	3	0,38
GL	1	1	0	0	1	0	0	3	0,38
NW	1	0	1	1	0	0	0	3	0,38
SG	1	0	0	0	0	1	1	3	0,38
VS	1	0	1	0	0	0	1	3	0,38
ZH	1	1	0	0	0	1	0	3	0,38
AR	1	1	0	0	0	0	0	2	0,25
JU	1	0	1	0	0	0	0	2	0,25
SH	1	0	1	0	0	0	0	2	0,25
TI	1	0	0	0	0	0,5	0,5	2	0,25
VD	1	0	0	0	0	0	1	2	0,25
ZG	1	0	0	1	0	0	0	2	0,25
AG	1	0	0	0	0	0	0,5	1,5	0,19
NE	1	0	0	0	0	0	0,5	1,5	0,19
GE	1	0	0	0	0	0	0	1	0,13
GR	1	0	0	0	0	0	0	1	0,13
SO	1	0	0	0	0	0	0	1	0,13

Quelle: eigene Berechnungen

Sitzanteil linker Parteien in den Kantonsregierungen 2002-2008

Tabelle 17: Sitzanteil linker Parteien in absoluten Zahlen

Kanton	Total Sitze	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
AG	5	0	0	0	0	0	0	2
AI	7	0	0	0	0	0	0	0
AR	7	1	0	0	0	1	1	1
BE	7	2	2	2	2	4	4	4
BL	5	1	1	1	1	1	1	1
BS	7	3	3	4	4	4	4	4
FR	7	2	2	2	2	2	2	2
GE	7	3	3	3	4	4	4	4
GL*	7 bzw. 5	2	2	2	2	1	1	1
GR	5	1	1	1	1	1	1	1
JU	5	2	2	2	2	1	1	1
LU	5	1	1	1	1	1	1	1
NE	5	2	2	2	3	3	3	3
NW	7	1	1	1	1	1	1	1
OW	5	0	0	0	0	0	0	0
SG	7	1	1	2	2	2	2	2
SH	5	2	2	1	1	1	1	1
SO	5	1	2	2	1	1	1	1
SZ	7	1	1	1	1	1	1	1
TG	5	1	1	1	1	1	1	1
TI	5	1	1	1	1	1	1	1
UR	7	0	0	1	1	1	1	1
VD	7	3	3	3	3	3	3	3
VS	5	1	1	1	1	1	1	1
ZG	7	2	2	2	2	2	2	2
ZH**	7	2	3	2	2	2	2	2

Die Zahlen entsprechen jeweils dem Stand am Ende des Jahres.

* Ab 2006 Verkleinerung der Regierung von sieben auf fünf Mitglieder.

** 2004 Austritt von Regierungsrätin Verena Diener aus der GP.

Quelle: BADAC 2009

Tabelle 18: Sitzanteil linker Parteien in Prozentzahlen

Kanton	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Durchschnitt 2002-2008
AG	0	0	0	0	0	0	40	5,7
AI	0	0	0	0	0	0	0	0,0
AR	14,3	0	0	0	14,3	14,3	14,3	8,2
BE	28,6	28,6	28,6	28,6	57,1	57,1	57,1	40,8
BL	20	20	20	20	20	20	20	20,0
BS	42,9	42,9	57,1	57,1	57,1	57,1	57,1	53,0
FR	28,6	28,6	28,6	28,6	28,6	28,6	28,6	28,6
GE	42,9	42,9	42,9	57,1	57,1	57,1	57,1	51,0
GL	28,6	28,6	28,6	28,6	20	20	20	24,9
GR	20	20	20	20	20	20	20	20,0
JU	40	40	40	40	20	20	20	31,4
LU	20	20	20	20	20	20	20	20,0
NE	40	40	40	60	60	60	60	51,4
NW	14,3	14,3	14,3	14,3	14,3	14,3	14,3	14,3
OW	0	0	0	0	0	0	0	0,0
SG	14,3	14,3	28,6	28,6	28,6	28,6	28,6	24,5
SH	40	40	20	20	20	20	20	25,7
SO	20	40	40	20	20	20	20	25,7
SZ	14,3	14,3	14,3	14,3	14,3	14,3	14,3	14,3
TG	20	20	20	20	20	20	20	20,0
TI	20	20	20	20	20	20	20	20,0
UR	0	0	14,3	14,3	14,3	14,3	14,3	10,2
VD	42,9	42,9	42,9	42,9	42,9	42,9	42,9	42,9
VS	20	20	20	20	20	20	20	20
ZG	28,6	28,6	28,6	28,6	28,6	28,6	28,6	28,6
ZH	28,6	42,9	28,6	28,6	28,6	28,6	28,6	30,6

Quelle: eigene Berechnungen, basierend auf den Zahlen des BFS

Organisationsgrad der Ärzteschaft in den Kantonen

Tabelle 19: Mitgliederzahlen der kantonalen Ärztesellschaften und Organisationsgrad

Kanton	Gesamtzahl Ärzte nach FMH 2008	Zahl der in kantonalen Ärztesellschaften organisierten Ärztinnen und Ärzte 2009	Organisationsgrad
AG	1646	1200	0,729
AR/AI	181	160	0,884
BE	4043	3100	0,767
BL	1022	650	0,636
BS	1679	1250	0,744
FR	655	575	0,878
GE	2740	2084	0,761
GL*	85	95	1,118
GR	683	578	0,846
JU *	163	170	1,043
LU	1083		
OW	72		
NW	87		
UR	63		
SZ	300		
ZG	349		
Total Zentralschweiz **	1954	1400	0,716
NE	565	350	0,619
SG	1497	1229	0,821
SH	208	150	0,721
SO	687	493	0,718
TI	1110	1056	0,951
TG	605	400	0,661
VD	3190	2200	0,690
VS	783	569	0,727
ZH	6157	4942	0,803

* Die Zahl der in der kantonalen Ärztesellschaft organisierten Ärzte ist höher als die Gesamtzahl der praktizierenden Ärzte nach FMH, weil vielenorts auch pensionierte Ärzte Mitglied in der kantonalen Ärztesellschaft bleiben (sogenannte Freimitglieder). Das scheint insbesondere bei kleinen Gesellschaften stärker ins Gewicht zu fallen. Gerechnet wurde in diesen beiden Fällen mit einem Organisationsgrad von 100%.

** Die Ärztesellschaften der sechs Innerschweizer Kantone Luzern, Schwyz, Uri, Obwalden, Nidwalden und Zug haben sich 1999 zur Vereinigung Zentralschweizer Ärztesellschaften zusammengeschlossen. Da sich keine nach Kantonszugehörigkeit aufgeschlüsselten Angaben zu deren Mitgliederzahl ermitteln liessen (VZAG 2009), wird hier für diese sechs Kantone derselbe Organisationsgrad ausgewiesen.

Quelle: FMH 2009, Internetseiten der kantonalen Ärztesellschaften sowie teilweise persönliche Auskünfte der Sekretäre oder Präsidenten der Ärztesellschaften.

Weitere unabhängige Variablen

Tabelle 20: Übersicht über diverse in Kap. 5 verwendete unabhängige Variablen

Kanton	Index der direkten Demokratie	Grundstrategie in der Spitalplanung *	Anzahl Vollzeitstellen in der kantonalen Verwaltung	Zuständigkeit für Steuerung **	Existenz eines Innovationschampions ***
AG	5,4	1	3147	1	0
AI	5,4	2	144	1	0
AR	4,9	4	544,2	0	1
BE	3,0	4	10028	0	1
BL	5,5	2	3313	1	0
BS	4,4	4	8411	0	1
FR	2,8	3	2514	1	0
GE	1,8	2	13327,4	1	1
GL	5,5	1	377	1	0
GR	4,8	2	2351	1	0
JU	3,7	3	817	1	1
LU	4,4	1	2350	0	0
NE	2,7	3	2502	1	1
NW	4,4	3	463	1	0
OW	4,6	3	347	1	0
SG	3,5	3	5703	0	0
SH	5,0	3	570	1	0
SO	5,3	4	2234	1	0
SZ	4,9	2	1067	1	0
TG	4,3	3	2700	1	1
TI	2,3	4	4135,1	1	1
UR	5,1	1	529,8	1	0
VD	2,5	3	9655	1	1
VS	3,6	3	2815	1	1
ZG	4,5	4	1029	0	0
ZH	3,5	4	12000	0	0
Quelle:	Fischer (2005)	Rüefli (2005)	BADAC (2009)	Eigene Erhebung	

- * 1 = Keine Aktivitäten
 2 = Linearer Bettenabbau
 3 = Strukturelle Reorganisation
 4 = Spitalschliessungen

- ** 0 = Unterschiedliche Verwaltungseinheiten für Spitalplanung und Steuerung der ambulanten Versorgung zuständig
 1 = Gleiche Verwaltungseinheit für Spitalplanung und Steuerung der ambulanten Versorgung zuständig

- *** 0 = Kein Innovationschampion im Kanton vorhanden
 1 = Innovationschampion im Kanton vorhanden

Ärztedichte 2002-2008

Tabelle 21: Berechnung der durchschnittlichen Ärztedichte 2002-2008

Kanton	Zahl der Einwohner pro Arzt 2002	Zahl der Einwohner pro Arzt 2004	Zahl der Einwohner pro Arzt 2006	Zahl der Einwohner pro Arzt 2008	Durchschnitt	Ärztedichte pro 1000 Einwohner (1000/Durchschnitt 2002-2008)
					2002-2008	
AG	712	666	662	675	679	1,5
AI	915	819	834	977	886	1,1
AR	669	577	532	668	612	1,6
BE	501	475	469	507	488	2,0
BL	521	512	499	495	507	2,0
BS	283	266	263	272	271	3,7
FR	688	648	645	706	672	1,5
GE	300	303	304	303	303	3,3
GL	791	698	691	725	726	1,4
GR	601	572	571	619	591	1,7
JU	670	600	591	680	635	1,6
LU	684	659	671	709	681	1,5
NE	492	476	481	531	495	2,0
NW	864	824	876	864	857	1,2
OW	940	871	855	881	887	1,1
SG	646	619	612	635	628	1,6
SH	538	538	502	530	527	1,9
SO	641	625	606	632	626	1,6
SZ	834	774	739	802	787	1,3
TG	795	754	745	767	765	1,3
TI	514	493	486	518	503	2,0
UR	757	790	844	950	835	1,2
VD	426	415	406	439	422	2,4
VS	603	576	571	656	602	1,7
ZG	627	560	552	535	569	1,8
ZH	445	431	433	439	437	2,3

Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf Daten der Ärztestatistik der FMH (2009)



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.