

**Die Parteidifferenzhypothese und das Prinzip
«ambulant vor stationär» im kantonalen Spitalwesen**

Masterarbeit eingereicht an der
Universität Bern

Betreuende Person: **Prof. Dr. Rudolf Blankart**

Kompetenzzentrum für Public Management
Schanzeneckstrasse 1
CH-3001 Bern

von

Timo Krebs
aus Rüeggisberg (BE)
08-114-555

Timo Krebs
Looslistrasse 52
3027 Bern
timo.krebs@students.unibe.ch

Bern, 01.04.2019

Abstract

Die vorliegende Masterarbeit befasst sich mit dem Einfluss der Parteien auf die kantonale Gesundheitsversorgung am Beispiel der Umsetzung des Prinzips «ambulant vor stationär» in der kantonalen Gesundheitsversorgung durch die Spitäler. Das Ziel bestand darin festzustellen, ob Parteien einen Einfluss auf Verschiebungen weg vom stationären hin zum ambulanten Bereich in den Spitälern haben und inwiefern Unterschiede zwischen den Parteien bestehen.

Theoretisch ist die Untersuchung in das Forschungsfeld rund um die Parteiendifferenzhypothese eingebettet. Methodisch wird eine quantitative Auswertung von Paneldaten für den Zeitraum 2003 bis 2017 ausgeführt, bei welcher sowohl die Parteistärke in den kantonalen Parlamenten, wie auch die Parteizugehörigkeit der Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren berücksichtigt wurde. Für die abhängige Variable wurden die Ausgaben für ambulante und stationäre Leistungen in den Spitälern verwendet, welche im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechnet wurden.

Die Resultate der vorliegenden Arbeit weisen darauf hin, dass je nach Partei unterschiedliche Effekte in Bezug auf die Verschiebungen zu erwarten sind, jedoch auch weitere Umweltfaktoren Einfluss haben, auf welche die kantonale Politik nur beschränkt einen Einfluss nehmen kann.

Vorwort und Danksagung

Während mir das Interesse am Themenfeld der Gesundheitsversorgung und mein politikwissenschaftlicher Hintergrund eine grobe Idee für die Forschungsarbeit gaben, konnte ich mir kein genaues relevantes Forschungsfeld vorstellen. Deshalb möchte ich Prof. Blankart ein grosses Dankeschön aussprechen, der mir sowohl beim Festlegen der Forschungsfrage, als auch während der Erarbeitung der Arbeit hilfreich zur Seite stand.

Mit Abgabe dieser Masterarbeit schliesse ich nicht nur diese Arbeit, sondern auch mein Masterstudium ab. Ein riesiges Danke möchte ich deshalb an meine Partnerin aussprechen. Ich kann mir nicht vorstellen, wie ich ohne ihre Unterstützung die Zeit durchgestanden hätte während des Masterstudiums und insbesondere während des Verfassens der Masterarbeit: Vielen Dank. Ein weiteres grosses Dankeschön gilt es meiner Familie auszusprechen. Sowohl meinen Eltern, als auch meinem Bruder danke ich für das Lektorat der Arbeit. Meinem Bruder danke ich zudem für die moralische Unterstützung während den vielen langen Tagen und Wochen in denen ich mich ausschliesslich dieser Arbeit widmete. Meinen Eltern danke ich schliesslich für die bedingungslose Unterstützung während meines ganzen Studiums.

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	II
Vorwort und Danksagung.....	III
Inhaltsverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	V
Tabellenverzeichnis.....	V
Abkürzungsverzeichnis.....	VI
1 Einleitung.....	1
<i>1.1 Ausgangslage und Problemstellung.....</i>	<i>1</i>
<i>1.2 Fragestellung und Rahmen der Arbeit.....</i>	<i>2</i>
<i>1.3 Vorgehen und Aufbau der Arbeit.....</i>	<i>3</i>
2 Theoretische Grundlagen.....	5
2.1 Parteiendifferenzhypothese.....	5
2.1.1 Grundlagen.....	5
2.1.2 Parteiendifferenzhypothese und die Schweiz.....	8
2.1.3 Parteiendifferenzhypothese in der Gesundheitspolitik.....	9
2.2 Gesundheitssystem Schweiz.....	12
2.2.1 Kosten- und Finanzierungsstruktur.....	12
2.2.2 Kantonale Spitalplanung.....	15
2.3 Ambulant vor stationär.....	17
2.3.1 Das Prinzip.....	17
2.3.2 Entwicklung.....	19
2.3.3 Aktuelle Forschungsliteratur.....	22
2.4 Wirkungsmodell.....	25
3 Empirisches und methodisches Vorgehen.....	27
3.1 Untersuchung Einflussfaktoren.....	27
3.1.1 Abhängige Variable.....	27
3.1.2 Parteien als unabhängige Variablen.....	29
3.1.3 Kontrollvariablen.....	33
3.2 Methode.....	40
3.3 Modelle.....	43
4 Resultate.....	46
5 Diskussion.....	54

6 Fazit	57
Literaturverzeichnis	VII
Anhang 1: SASIS-AG Versichertenstatistik für die Schweiz 2014 - 2017	XIII
Anhang 2: kantonale Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren 2003 bis 2017	XIV
Selbstständigkeitserklärung	XVI

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil ambulanter Leistungen an Spitalleistungen.....	20
Abbildung 2: Entwicklung Ausgaben pro Kopf für spitalambulante Leistungen.....	21
Abbildung 3: Entwicklung pro-Kopf-Ausgaben für spitalstationäre Leistungen.....	22
Abbildung 4: Wirkungsmodell.....	26

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Resultate Modell 1.....	47
Tabelle 2: Resultate Modell 2.....	48
Tabelle 3: Resultate Modell 3.....	49
Tabelle 4: Resultate Modell 4.....	52
Tabelle 5: Kantonale Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren 2003 bis 2017.....	XIV

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BDP	Bürgerlich-Demokratische Partei
BFS	Bundesamt für Statistik
BIP	Bruttoinlandprodukt
CVP	Christdemokratische Volkspartei
DRG	Diagnosis-related group
FDP	FDP.Die Liberalen / Freisinnig-Demokratische Partei
FE	Fixed-Effects
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GLP	Grünliberale Partei
GPS	Grüne Partei Schweiz
KVG	Krankenversicherungsgesetz
LPS	Liberale Partei Schweiz
OKP	obligatorische Krankenpflegeversicherung
OLS	ordinary least squares
PCSE	panel-corrected standard error
RE	Random-Effects
RR	Regierungsrat
SP	Sozialdemokratische Partei
SVP	Schweizerische Volkspartei

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Die Schweiz steht, wie die meisten OECD-Staaten, vor dem Problem von ständig wachsenden Gesundheitsausgaben. Nach der schweizerischen Verfassung sind in erster Linie die 26 Kantone der Schweiz zuständig für die Gesundheitsversorgung der Schweiz und diese sind ebenfalls massgeblich an der Finanzierung der Gesundheitskosten beteiligt.

Das Gesundheitssystem in der Schweiz hat sich in den letzten Jahrzehnten stark gewandelt, beispielsweise mit der Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im Jahr 1996, den technischen Fortschritten im Gesundheitswesen, der Einführung von neuen nationalen Abgeltungssystemen wie dem TARMED für den ambulanten Bereich 2004 oder dem SwissDRG für den spitalstationären Bereich 2012.

Insbesondere der Grundsatz «ambulant vor stationär» hat in den letzten Jahren immer mehr an Aktualität gewonnen. Eine Studie des Beratungsunternehmens PwC (2016) errechnete ein Einsparpotential von 71 bis 251 Mio. CHF pro Jahr bei Verschiebungen von 13 ausgewählten Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich, was bis zu 30% der Behandlungskosten entspricht. Die Autoren der Studie gehen von einem gesamten Einsparpotential von einer Milliarde CHF jährlich aus. Das Wissen um dieses Potential für Einsparungen ist auch in der Politik angekommen und wird als möglicher Ausweg aus den immer steigenden Gesundheitskosten betrachtet. Denn die steigenden Gesundheitskosten wirken sich auf jährlich steigende Prämien für die obligatorische Krankenversicherungen aus¹ und die schweizerische Bevölkerung ist zunehmend besorgt über diese Prämien, so rangierte das Thema «Gesundheit / Krankenkassen» auf Platz zwei beim Sorgenbarometer 2018 der Credit Suisse (2018).

Seit der Kanton Luzern als erster Kanton auf den 1. Juli 2017 eine Liste mit Behandlungen einführt, die nur noch ambulant statt stationär durchgeführt werden sollen, folgten verschiedene weitere Kantone diesem Beispiel und auf den 1. Januar 2019 führte auch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) eine Liste mit Behandlungen ein, welche künftig nur noch in Ausnahmefällen stationär durchgeführt werden sollten. Diese Listen entstanden aus dem politischen Wunsch heraus, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken. Parlamentarische Vorstösse auf nationaler Ebene zur Thematik «ambulant vor stationär» gibt es mindestens seit 1996 regelmässig. So forderte ein Nationalrat der SP in der Motion 96.3561 eine Anpassung der Finanzierungsstrukturen zur Förderung von ambulanten Leistungen, gefolgt von weiteren

1 Vgl. den Krankenkassenprämien-Index des Bundesamts für Statistik.

Vorstössen aus verschiedenen Parteien, die Systemanpassungen zur Förderung der ambulanten Leistungen forderten oder das bestehende System kritisierten. Und dieser Grundsatz ist schliesslich auch in mehreren kantonalen Gesundheitsbildern verankert (vgl. Sager et Al., 2010: 14).

Es ist an den Kantonen, die Effizienz im Spitalwesen zu steigern (vgl. Trageser et al., 2017). Es ist an der Politik, diese Kantone zu steuern. Denn nicht nur die Gesundheitsausgaben, auch der Gesundheitszustand der Bevölkerung ist ein klares Produkt der Politik (vgl. z.B. Beckfield & Krieger, 2009: 169). Wird diese Politik jedoch auch durch Parteien beeinflusst? „Do parties matter?“ - diese zentrale Fragestellung hinter der Parteiendifferenzhypothese (oder englisch: Partisan Theory) ist aus den verschiedensten Betrachtungswinkel hoch spannend. Im Rahmen dieser Arbeit wird diese Fragestellung auf den Grundsatz «ambulant vor stationär» angewendet. Sowohl aus wissenschaftlicher, als auch aus gesellschaftlicher Sicht ist äusserst interessant, ob die Parteien einen Unterschied machen können bezüglich diesem Bereich der Gesundheitspolitik. Können Parteien zur Umsetzung des Prinzips «ambulant vor stationär» beitragen? Oder ist die Umsetzung von völlig anderen Faktoren abhängig?

Die Schweiz bietet sich als föderaler Staat und als einer der Staaten mit dem am dezentralisiertesten Gesundheitssystem (vgl. Vatter, 2003: 155) für vergleichende Studien an, insbesondere im Bereich der Gesundheitspolitik. Die Untersuchung der Schweizer Kantone hat grundsätzlich verschiedene Vorteile. So teilen sich die Kantone allgemein sowohl eine institutionelle als auch kulturelle Umwelt, welche das Risiko minimiert, dass nicht berücksichtigte Faktoren einen markanten Einfluss auf die Unterschiede der beobachteten Untersuchungseinheiten haben (vgl. Brändle und Colombier, 2016: 1057).

Im folgenden Unterkapitel wird nun die Forschungsfrage dieser Masterarbeit und der wissenschaftliche Kontext, in dem sich diese Arbeit befindet, genauer erläutert. Im dritten Unterkapitel der Einleitung folgt eine Übersicht über den Aufbau der gesamten Arbeit.

1.2 Fragestellung und Rahmen der Arbeit

Die Forschungsfrage, an der sich diese Arbeit orientiert, ist erstens die Frage, ob die Macht unterschiedlicher Parteien einen Einfluss auf die Umsetzung des Prinzips «ambulant vor stationär» im Bereich der Spitäler haben. Und zweitens folgt daraus die Frage, ob dieser Einfluss positiv oder negativ ist für die Umsetzung des Prinzips.

«Ambulant vor stationär» ist ein Ziel, welches nicht nur im Bereich der Spitäler verfolgt werden kann, sondern auch in anderen Bereichen wie der Langzeitpflege. Wie Oesch und Künzi (2015) feststellten, haben alle Kantone mit einer Strategie bezüglich der Langzeitpflege den entsprechenden Grundsatz in ihre Strategiedokumente eingearbeitet. Im Rahmen dieser Arbeit wird jedoch der Bereich der Langzeitpflege nicht berücksichtigt und der Fokus auf den Bereich der Spitäler gelegt. Dies weil die Kantone im Bereich der Spitäler eine besonders grosse Rolle spielen. Sie sind für die Spitalplanung zuständig und viele der Schweizer Spitäler sind in kantonalem Besitz.

Die Untersuchung von Gesundheitssystemen, wieso sie unterschiedlich ausgestaltet sind oder auch unterschiedliche Resultate auf die Gesundheit der betroffenen Bevölkerung haben, ist ein Untersuchungsfeld, welches seit langem in den verschiedensten wissenschaftlichen Disziplinen untersucht wird, beispielsweise in der Politikwissenschaft, der Volkswirtschaft oder dem Feld der Public Health. Der Einfluss der Parteien auf die Ausgestaltung der Gesundheitssysteme und insbesondere ihrem Umfang und ihrer Auswirkung wurde hierbei ebenfalls verschiedentlich untersucht (vgl. Kapitel 2). Diese Masterarbeit schliesst sich dieser umfassenden ökonomisch geprägten Literatur zur Frage des Einflusses der Politik und insbesondere der Parteien auf das Gesundheitssystem an, indem sie sich auf einen spezifischen Teil der Gesundheitspolitik, und zwar das Prinzip «ambulant vor stationär», fokussiert.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wird ein quantitativer Ansatz gewählt. Während qualitative Einzelfalluntersuchungen sicher auch spannend wären, ist das Ziel, nicht nur einen Kanton zu betrachten, sondern das gesamte System mit allen 26 Kantonen. Da das politische Ziel in der Regel verbunden ist mit einer Reduktion der Gesundheitskosten, werden zur Betrachtung der Verhältnisse zwischen dem stationären und dem ambulanten Spitalbereich die entsprechenden Kostenzahlen untersucht.

1.3 Vorgehen und Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit ist in sechs Kapitel unterteilt. Nach diesem ersten Kapitel mit der Einführung in die Arbeit folgt das Kapitel 2 mit den theoretischen Grundlagen. Im Rahmen dieses Kapitels wird zuerst die Parteiendifferenzhypothese erläutert, anschliessend folgt ein Überblick über das Schweizer Gesundheitswesen. Weiter wird das Prinzip «ambulant vor

stationär» betrachtet, bevor das Kapitel mit der Erläuterung des theoretischen Wirkungsmodells schliesst, in welchem die Forschungsfrage eingebettet wird.

In Kapitel 3 folgt die empirische Methodik. Es wird erstens erläutert, welche Faktoren für die Berechnungen zur Beantwortung der Forschungsfrage berücksichtigt werden. Insbesondere wird erläutert, wie die abhängige Variable, die für die Forschungsfrage relevanten unabhängigen Variablen und weitere Kontrollvariablen operationalisiert werden. Zweitens folgt ein Unterkapitel zur Methodik, in welchem diskutiert wird, welche methodischen Ansätze im Rahmen dieser Arbeit zur Anwendung kommen und weshalb. Drittens folgt ein Unterkapitel, in dem die zur Anwendung kommenden Regressionsmodelle erläutert werden.

Anschliessend werden in Kapitel 4 die Resultate dieser Modelle präsentiert. In Kapitel 5 folgt die Diskussion und Einordnung dieser Resultate, bevor in Kapitel 6 ein Fazit über die gesamte Masterarbeit gezogen wird. Im Rahmen dieses Fazit erfolgt auch eine nochmalige kurze Zusammenfassung und eine kritische Auseinandersetzung mit den Grenzen der Arbeit.

2 Theoretische Grundlagen

In diesem Kapitel werden die für diese Arbeit relevanten Grundlagen und Theorien aufgezeigt. Das Kapitel ist in fünf Unterkapitel aufgeteilt. Im ersten Unterkapitel wird die Parteiendifferenzhypothese erläutert, welche das theoretische Fundament für die Forschungsfrage darstellt. Neben dem aktuellen Stand der Forschungsliteratur wird auch auf die Anwendung der Parteiendifferenzhypothese auf das System der Schweiz, sowie im Kontext der Gesundheitspolitik eingegangen. Das zweite Unterkapitel zeigt auf, wie das Gesundheitsversorgungssystem in der Schweiz funktioniert. Insbesondere wird auf die Kosten und Finanzierung und auf die Spitallandschaft eingegangen. Das dritte Unterkapitel befasst sich mit dem Prinzip «ambulant vor stationär». Das vierte Unterkapitel nimmt den Inhalt der Forschungsfrage auf, indem es die Verschiebungen vom stationären in den ambulanten Sektor betrachtet. Was ist der Hintergrund des Grundsatzes „ambulant vor stationär“? Was sind Faktoren, die dessen Umsetzung fördern? Im letzten Unterkapitel wird schliesslich auf Basis der vorhergehenden Ausführungen zu den theoretischen Grundlagen das dieser Arbeit als Basis dienenden Wirkungsmodell aufgezeigt.

2.1 Parteiendifferenzhypothese

„Do parties matter?“ Eine Fragestellung, die wahrscheinlich bereits so alt ist wie die Politikwissenschaften und die politische Ökonomie. Die Parteiendifferenzhypothese ist grob zusammengefasst die Hypothese, dass Differenzen zwischen den Parteien bestehen und dass diese eine Auswirkung auf die Policy-Gestaltung haben. Dieses Unterkapitel ist in drei Abschnitte eingeteilt. Im ersten Abschnitt werden zuerst einleitend einige Resultate der Forschungsliteratur zur Frage inwiefern Parteien eine Rolle bei der Policy-Gestaltung haben präsentiert. Anschliessend folgen Ausführungen zur Parteiendifferenzhypothese. Im zweiten Abschnitt wird auf die Anwendung der Parteiendifferenzhypothese auf die Schweiz eingegangen, denn die Erklärungskraft der klassischen Anwendung der Parteiendifferenzhypothese auf den Fall Schweiz wurde vielfach bezweifelt, insbesondere weil die Schweiz und ihre Kantone als Konsensdemokratie über stabile Konkordanzregierungen verfügt. Im dritten Abschnitt schliesslich folgt die Betrachtung der Forschungsliteratur zur Parteiendifferenzhypothese im Kontext der Gesundheitspolitik.

2.1.1 Grundlagen

Spielen Parteien bei der Policy-Gestaltung eine Rolle? Betrachtet man die Resultate der bereits etwas älteren Meta-Studie von Imbeau et al. (2001: 14), so ist das Ergebnis sehr

kritisch: Nur 22% der untersuchten Studien konnten die Hypothese, dass Parteien Einfluss haben, bestätigen. Der Anteil der erfolgreichen Studien steigt, je jünger die jeweiligen Untersuchungen sind. Wie Wenzelburger (2015: 98) ausführt, sind die Resultate vielschichtig und teilweise auch widersprüchlich. Jedoch, so führt Wenzelburger weiter aus, widerspiegeln „die Ergebnisse der Metastudie von 2001 den aktuellen Forschungsstand zum Einfluss von Parteien auf Public Policies nur unzureichend“ (Wenzelburger, 2015: 98). Denn der aktuelle Forschungsstand, so Wenzelburger (2015: 99) zeigt klare Effekte für verschiedene Parteien in unterschiedlichen Policy-Feldern auf: So ist klar eine Förderung von Privatisierungen bei der Regierungsbeteiligung von konservativen Parteien zu beobachten oder eine stärkere Aktivität in der Umwelt- und Klimapolitik bei einer Regierungsbeteiligung der grünen Parteien. Potrafke (2017) kommt in seiner Meta-Studie zu rund 100 Paneldatenuntersuchungen zum Schluss, dass Parteidifferenzen existieren: Linke Parteien führen zu mehr Staatstätigkeit. Parteien spielen also offensichtlich eine Rolle, nun stellt sich die Frage, wieso? Auf diese Frage geht der nächste Abschnitt ein.

Die Frage, ob der Einfluss von Parteien zu verschiedenen Policy-Ergebnissen führt, wurde in einer Vielzahl von Politikfeldern und auch mit einer Vielzahl von methodischen Ansätzen untersucht (vgl. Zohlnhöfer, 2003: 48). Die „klassische Formulierung“ (vgl. Schmidt, 1993; Zohlnhöfer, 2003) der sogenannten Parteidifferenzhypothese stammt dabei von Hibbs (1977). Er ging davon aus (vgl. Hibbs, 1977; Wenzelburger, 2015; Zohlnhöfer, 2003, 2013), dass die Parteien von unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen gewählt werden und diese Parteien dann, wenn sie an der Macht sind, die Interessen dieser Wählerinnen und Wähler umsetzen. Dieser Ansatz wurde anschliessend mehrfach kritisiert. Die Annahme, dass Parteien von klar unterscheidbaren Klassen oder Bevölkerungsgruppen gewählt werden, entspricht nicht den Realitäten. Neben der Konfliktlinie der wirtschaftlichen Klassen existieren in den meisten politischen Systemen noch eine Vielzahl von weiteren Konfliktlinien.

Gleichzeitig folgte jedoch auch die These der „catch-all“-Parteien: Parteien möchten möglichst viele Wählerinnen und Wähler gewinnen und bewegen sich deshalb in ihren politischen Programmen aufeinander zu. Diese häufige These der Entwicklung der Parteien zu „catch-all“-Parteien, wurde in der Literatur ebenfalls bereits mehrfach verworfen (vgl. Katz und Maier, 1995; Zohlnhoefer, 2003; Blyth und Katz, 2005; Potrafke, 2009). Hierbei gilt zudem zu beachten, dass diese These meist auch für Länder mit Zwei-Parteien-Systemen aufgestellt wurde, während in der Schweiz traditionell vier Parteien an der nationalen Exekutive beteiligt sind und noch weitere Parteien mit zumindest einer gewissen Relevanz

existieren, insbesondere auch in den einzelnen Kantonen.

Die Parteien entwickelten sich stattdessen laut verschiedenen Studien zu Volks- oder Kartellparteien (Katz & Mair, 1995; Wenzelburger, 2015; Zohlnhöfer, 2013). Mit diesem Wandel kann zwar nach Hibbs weiterhin eine Differenz zwischen den Parteien erklärt werden, jedoch müssten gleichzeitig auch programmatische Annäherungen zwischen den Parteien stattgefunden haben (Zohlnhöfer, 2003: 7; 2013: 268).

Neben dem Ansatz von Hibbs kann die Parteiendifferenzhypothese auch mit dem sogenannten Burke-Ansatz erklärt werden (vgl. Zohlnhöfer, 2013). Dieser Ansatz betrachtet Parteien als Gruppierungen, in welchen sich die Mitglieder und auch die Führung bestimmte Werte, wie auch Vorstellungen über die politische Umsetzung dieser Werte, teilen. Nach diesem Ansatz entstehen Parteiendifferenzen also durch unterschiedliche Wertvorstellungen und sind nicht auf einen Wettbewerb zwischen den Wählerinnen und Wähler angewiesen, wobei dies natürlich nicht einfach getrennt werden kann (vgl. Zohlnhöfer, 2003). Dieser alternative Ansatz wird beispielsweise von Bandelow und Hartmann (2015: 429) gerade im Kontext der Gesundheitspolitik als relevanter eingeschätzt.

Unabhängig davon, welche Herleitung der Parteiendifferenzhypothese betrachtet wird, kann man zusammenfassend mit den Worten von Zohlnhöfer (2013: 269) festhalten:

„Insgesamt kann festgehalten werden, dass es durchaus Grund zu der Vermutung gibt, dass Parteien unterschiedlicher Couleur auch unterschiedliche Präferenzen hinsichtlich der Ziele oder Instrumente der von ihnen zu verfolgenden Politiken haben.“

Die klassische Untersuchungseinheit zur Parteiendifferenzhypothese ist die Betrachtung, ob eine Regierung im linken oder rechten politischen Spektrum liegt. Einige Autorinnen und Autoren weiten diese zweipolige Betrachtungsweise aus; so benutzt beispielsweise Potrafke (2009) eine Links-Rechts-Skala, auf welcher er die Regierungen einteilt. Andere Studien betrachten die Regierungen in der Kategorie von verschiedenen Parteienfamilien (z.B. Montanari & Nelson, 2014; Navarro et al., 2006).

Das klassische Untersuchungsfeld für die Parteiendifferenzhypothese ist der Sozialstaat, insbesondere die Sozialausgaben. Wenzelburger (2015) stellt in seiner Übersicht der aktuellen Literatur fest, dass auch in der Sozialpolitik eine parteipolitische Differenz zu beobachten ist, so bauen sowohl Sozial- als auch Christdemokratische Parteien den Sozialstaat im Vergleich zu den konservativen Parteien schneller und stärker aus. Auch in weiteren Policy-Feldern sind gemäss der Übersicht von Wenzelburger solche Effekte nachweisbar, beispielsweise in der Bildungs- oder Umweltpolitik. Das Feld der Gesundheitspolitik hat der Autor jedoch nicht betrachtet und die Betrachtung der Parteiendifferenzhypothese im Kontext der

Gesundheitspolitik folgt im Rahmen dieser Arbeit auch erst in einem späteren Unterkapitel.

2.1.2 Parteiendifferenzhypothese und die Schweiz

Nun zur Anwendung der Parteiendifferenzhypothese in der Schweiz. Die Parteiendifferenzhypothese wird in der Regel bei Demokratiemodellen mit dem „majoritarian winner-take-all“-Prinzip, oder auch Westminster-Modell genannten, Demokratiesystem zur Anwendung gebracht. Betrachtet wird jeweils, ob die Regierung Links oder Rechts ist. Einige Ausnahmen hierzu werden im Rahmen dieser Arbeit aufgezeigt, jedoch orientieren sich auch diese Untersuchungen in der Regel an der Regierung und der mehrheitlichen Parteizugehörigkeit dieser Regierung. Die Erklärungskraft der Parteiendifferenzhypothese wurde daher im Fall der Schweiz vielfach bezweifelt, insbesondere auch deshalb, weil die Schweiz als Konsensdemokratie eine stabile Vierparteienregierung hat (z.B. Obinger, 1998: 244). Eine Zuschreibung, welche auch für die Kantone übernommen werden kann.

Lijphart (1989) hat die Schweiz in seinem Vergleich von verschiedenen idealtypischen Demokratiemodellen als Extrembeispiel der Konsensdemokratie betrachtet. Die Machtverteilung in den beiden Systemen Mehrheits- und Konsensdemokratie unterscheidet sich in mehreren Dimensionen. In der Konsensdemokratie ist die Macht viel stärker verteilt als in der Mehrheitsdemokratie, in der eine oder wenige Parteien in der Exekutive auch über die Legislative dominiert respektive dominieren. Beim Model der Konsensdemokratie handelt es sich dabei um eine Weiterentwicklung und Schärfung des Modells der Konkordanzdemokratie, wie Vatter (2008) festhält. Der Begriff der Konkordanz gehört in der Schweiz zur Alltagssprache in den Medien und der Politik: Nicht nur der Bundesrat auf nationaler Ebene, sondern auch die Exekutiven in den Kantonen und häufig in den Gemeinden werden als Konkordanzregierungen betrachtet.

Es wurden mehrfach Entwicklungen weg von der Konsensdemokratie postuliert. Katz (1984) beobachtete bereits für den Zeitraum von 1951 bis 1975 eine entsprechende Veränderung in den Kantonen. Vatter (2008) hält in seiner Untersuchung fest, dass die Schweiz jedoch nach wie vor eine Konsensdemokratie ist, auch wenn er in den Entwicklungen von 2007 und 2008 eine leichte Tendenz hin zu stärkerem Wettbewerb und weniger Konsens feststellt. Die Kantone haben hierbei nicht alle Merkmale der Konsens- oder Konkordanzdemokratie, und doch treffen viele der von Vatter (2008: 6-8) zusammengefassten Kriterien auf diese subnationalen Entitäten zu: Die Mehrparteienregierungen sind breit abgestützt, die kantonalen

Regierungen werden in der Regel nach dem Majorzsystem gewählt², mit dem Instrument des Referendums bestehen umfassende Möglichkeiten für eine Vielzahl von Akteurinnen und Akteuren für ein Veto und die Machtverhältnisse zwischen Legislative und Exekutive sind relativ ausgeglichen.

Wenn nun die Kantone als Untersuchungsfeld betrachtet werden, so lässt die gängige Methode mit der Betrachtung von Links- gegen Rechtsregierung wahrscheinlich keine aufschlussreichen Schlussfolgerungen zu. Die Verteilung der Regierungssitze nach Parteien ist in den meisten Kantonen relativ stabil und die Unterschiede zwischen den Kantonen sind teilweise vernachlässigbar. Da die Machtverteilung zwischen Regierungen und Parlamenten jedoch nicht eindeutig zu Gunsten der Regierungen ausfallen, lässt sich der Fokus auf die Exekutiven hinterfragen. Von Beyme (1981: 344) hielt fest, dass je nach institutionellen Variablen politische Resultate nicht alleine der Regierungspartei zugeschrieben werden können. In der Schweiz sind im internationalen Vergleich besonders viele Vetopunkte vorhanden. Was einerseits bewirken kann, dass der Effekt der Parteien allenfalls kleiner ausfällt, denn „Starke Parteeffekte zeigen sich [...] eher in Ländern mit niedrigen institutionellen Hürden“ (Wenzelburger, 2015: 99). Andererseits rechtfertigt dies auch die Betrachtung der Parteien über die Mehrheitsregierungen hinaus. Parteien können auch im Rahmen ihrer Tätigkeiten in der Legislative betrachtet werden. Die gängige Untersuchung der Regierungsmehrheiten, wie dies meist in OECD-Ländern praktiziert wird, um Effekte der Parteidifferenzhypothese nachzuweisen, bietet sich wie erläutert für die Schweiz wohl kaum an. Jedoch können andere Ansätze, wie beispielsweise die Betrachtung der Parteien in der Legislative durchaus erfolgversprechend sein. Der für diese Arbeit gewählte Ansatz wird im dritten Kapitel zum empirischen und methodischen Vorgehen erläutert.

2.1.3 Parteidifferenzhypothese in der Gesundheitspolitik

In diesem Unterkapitel wird eine Übersicht über die Literatur zur Gesundheitspolitik und insbesondere den Einfluss der Parteien aufgezeigt. Die Fragestellung, wieso die Gesundheitssysteme verschiedener Länder anders ausgestaltet wurden, beziehungsweise inwiefern die Politik einen Einfluss hatte, wurde schon vielfach untersucht.

Nicht in allen Politikbereichen kann der Einfluss der Parteien gleich gut festgestellt werden. Nach von Beyme (1981: 345) ist gerade das Gesundheitswesen ein Policy-Bereich, bei dem

2 Ausnahmen bilden hierbei der Kanton Zug, in dem bis 2013 das Proporzverfahren zur Anwendung kam, und der Kanton Tessin, der das Proporzverfahren im gesamten Untersuchungszeitraum anwendet.

der Einfluss der Parteien vergleichsweise gering ist. In der Meta-Studie von Imbeau et al. (2001), zeigte sich, dass lediglich 19% der Studien zur Gesundheitspolitik erfolgreich den Einfluss der Parteien aufzeigte, wobei dies möglicherweise auf einen methodischen Fokus der untersuchten Studien zurückzuführen ist: Alle von Imbeau et al. untersuchten Studien ordnen die Parteien auf einer Links-Rechts-Skala ein und vernachlässigen somit mögliche Differenzierungen bei auf dieser Skala ähnlich eingeordneten Parteien. Zudem steigt die Erfolgsrate, wie Imbeau et al. aufzeigen, bei neueren Studien markant an.

Eine Begründung, wieso die Parteiendifferenzhypothese bei der Gesundheitspolitik mutmasslich kaum eine Erklärungskraft hat, ist, dass die Sicherung der Gesundheitsversorgung in der Regel eine sehr starke Unterstützung bei fast allen Wählerinnen und Wählern geniesst (vgl. Jensen, 2011; Montanari und Nelson, 2013: 260). Das heisst, die an Hibbs angelehnte Annahme, dass Parteiendifferenzen durch einen Wettbewerb um die Wählerinnen und Wähler entsteht, würde bei der Gesundheitspolitik nicht zu entsprechenden Differenzen führen. Hingegen hält Bandelow (2004: 19) fest, dass die Gesundheitspolitik stark mit Umverteilungsfragen verknüpft ist. Gleichzeitig prägen ideologische Grundsatzfragen die Gesundheitspolitik (Bandelow, 2004: 18), was auf eine potentielle Wirkung des Burk'schen Ansatzes hin zu Parteiendifferenzen hinweist.

Ob die Parteien tatsächlich einen Einfluss auf die Gesundheitspolitik haben, ist sehr umstritten. Montanari und Nelson (2013) kommen in ihrer Studie zum Schluss, dass linke Regierungen die Gesundheitsversorgung stärker ausbauen als Mitte- oder Rechts-Regierungen. Die Regierungsparteien haben gemäss dieser Studie einen Einfluss, neben weiteren Einflussfaktoren wie beispielsweise dem Bruttoinlandprodukt. Bellido et al. (2018) kommen ebenfalls zum Resultat, dass linke Regierungen zu höheren Gesundheitsausgaben führen als andere Regierungen. Dieser Effekt sei jedoch seit der Finanzkrise von 2008 nicht mehr feststellbar, die Autoren und die Autorin vermuten, dass aufgrund der Krise die Handlungsfähigkeit der Regierungen eingeschränkt wurden. Weiter weisen die Resultate von Bellido et al. (2018) darauf hin, dass es einen Unterschied macht, ob es sich um eine breite Regierungskoalition, eine Minderheits- oder eine Mehrheitsregierung handelt. Potrafke (2010) hingegen stellt keinen signifikanten Einfluss der Faktoren Koalitions- oder Minderheitenregierungen fest. Ebenfalls weisen die Resultate von Bellido et al. (2018) darauf hin, dass stabile Regierungen, die über eine längere Zeit an der Macht sind und auch über eine Parlamentsmehrheit verfügen, eher Einsparungen bei den Gesundheitsausgaben tätigen. Gemäss Bellido et al. ist dies vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Gefahr für negative

Reaktionen durch die Wählerinnen und Wähler kleiner ist. Ein ähnliches Resultat, jedoch mit einem klaren Parteeffekt, präsentieren Clemente et al. (2016) bei ihrer Untersuchung der spanischen Regionen: Je länger eine rechte Regierung an der Macht ist, desto tiefer fallen die öffentlichen Gesundheitsausgaben aus.

Potrafke (2010) stellt in seiner Untersuchung keinen Einfluss der ideologischen Ausrichtung der Regierungen auf die Gesundheitsausgaben fest. Herwartz und Theilen (2014) führen dies auf methodische Fehler zurück. Sie kommen zu einem ähnlichen Resultat wie Clemente et al. (2016): Wenn eine Regierung genügend lange an der Macht ist, dann sind die Ausgaben bei rechten Regierungen tiefer als bei linken Regierungen.

Vatter und Rüefli (2003), sowie Brändle und Colombier (2016) untersuchen die Einflussfaktoren auf die Gesundheitsausgaben der Kantone. Beide Autorentams können in ihren Studien nachweisen, dass die Gesundheitsausgaben vor allem auch durch Faktoren der Nachfrageseite beeinflusst werden. Beispielsweise haben das Bruttoinlandprodukt pro Kopf, die Arbeitslosenrate und der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer an der Gesamtbevölkerung einen positiven Einfluss auf das Ausgabenwachstum. Vatter und Rüefli (2003) berücksichtigen zudem noch angebotsseitige Faktoren, wie die Anzahl Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, die Anzahl Spezialistinnen und Spezialisten oder die Anzahl Spitalbetten, welche ebenfalls alle signifikant positive Werte haben. Brändle und Colombier (2016) zeigen zudem, dass mit einem höheren Anteil an Parlamentssitzen, welche durch Frauen besetzt sind, die Ausgaben stärker steigen. Ebenfalls steigt das Ausgabenwachstum je nach Modell in grossen Parlamenten stärker als in kleinen Parlamenten. Beide dieser Faktoren könnten jedoch auch im Zusammenhang zur parteipolitischen Zusammensetzung der Parlamente stehen, welche bei Brändle und Colombier (2016) jedoch keinen nachweisbaren signifikanten Einfluss haben. Der Anteil der Frauen ist in den linken Parteien in der Regel höher als in den rechten Parteien und vor allem in kleinen, ländlich geprägten Kantonen sind die Kantonsparlamente kleiner und in diesen Kantonen sind in der Regel die linken Parteien auch schwächer. Auf jeden Fall weisen Brändle und Colombier (2016) einen Einfluss von politisch-ökonomischen Faktoren nach. Das gleiche gelingt auch Vatter und Rüefli (2003), insbesondere die Stärke der linken Parteien und der Gewerkschaften führen nach ihren Resultaten ebenfalls zu höheren Gesundheitsausgaben.

Einige Studien orientieren sich statt an den Gesundheitsausgaben direkt an der Bevölkerungsgesundheit. Die Resultate von Navarro et al. (2006) beispielsweise zeigen, dass

je nachdem welche Parteiideologie in einem Land traditionell dominant ist, nicht nur Policies unterschiedlich ausgestaltet sind, sondern dass auch verschiedene Indikatoren der Bevölkerungsgesundheit, wie beispielsweise die Kindersterblichkeit, variieren. Muntaner et al. (2011) kommen in ihrer Literaturübersicht unter anderem zum Resultat, dass einerseits vor allem linke Regierungen einen positiven und konsistenten Effekt auf die Bevölkerungsgesundheit hatten, andererseits die Wirkung der Staatsform in Form der fortschrittlichen liberalen Demokratie ebenfalls einen grossen positiven Effekt hatten. Mackenbach und McKee (2013) kommen in ihrer Studie zum Schluss, dass kaum ein statistischer Effekt auf die Gesundheit durch sozialdemokratische Regierungen gegenüber anderen Regierungen feststellbar ist; lediglich in gewissen Bereich der Gesundheitsprävention können bei langjährigen Regierungen gewisse positive Einflüsse festgehalten werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Parteien einen Einfluss auf die Gesundheitspolitik haben, und zwar sowohl was die Finanzierung anbelangt, wie auch die Wirkung dieser Politik auf die Bevölkerungsgesundheit. Obwohl es teilweise umstritten ist, ob Differenzen zwischen Parteien existieren, fanden doch einige Studien Evidenz für solche Differenzen, auch im Bereich der Gesundheitspolitik.

2.2 *Gesundheitssystem Schweiz*

Die Gesundheitsversorgung wird in der Schweiz von der Kompetenzteilung zwischen dem Bundesstaat, den 26 Kantonen und teilweise sogar den Gemeinden geprägt. Die Kantone sind grundsätzlich für die Gesundheitspolitik und insbesondere für die Gesundheitsversorgung verantwortlich. Mit der Einführung der obligatorischen Krankenversicherung 1996 hat der Bund im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) ebenfalls einige Kompetenzen erhalten. Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung liegt jedoch weiterhin weitestgehend in den Händen der Kantone (Vatter und Rüfli, 2014: 845). Dieses Unterkapitel ist in zwei Teile aufgeteilt. Der erste Teil behandelt die Finanzen im Gesundheitswesen. Wo fallen die Kosten an und wer ist für deren Finanzierung zuständig? Der zweite Teil betrachtet die kantonalen Spitallandschaften, insbesondere das Steuerungsinstrument der Spitalplanung, welches die Kantone gemäss nationaler Gesetzgebung anwenden müssen, und wie sich die kantonalen Spitallandschaften grob gestalten.

2.2.1 *Kosten- und Finanzierungsstruktur*

Dieses Unterkapitel teilt sich in mehrere Abschnitte auf. Im ersten Abschnitt wird die Kostenstruktur des schweizerischen Gesundheitswesens erläutert. Anschliessend folgt zweitens eine Übersicht der Finanzierungsquellen für diese anfallenden Kosten. Drittens wird das System der obligatorischen Krankenpflegeversicherungen erläutert. Diese tragen rund einen Drittel der Kosten und dienen dieser Masterarbeit als Datenquelle für die quantitative Beantwortung der Forschungsfrage. Viertens folgen kurze Erläuterungen zu den nationalen Abrechnungssystemen TARMED und SwissDRG.

Das schweizerische Gesundheitswesen kostete im Jahr 2016 rund 80 Milliarden CHF. Gemäss der Statistik des Bundesamts für Statistik (BFS) „Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen“ haben sich diese Kosten im Zeitraum von 1995 bis 2010 in etwa verdoppelt. Rund 25% der Kosten fallen im Bereich der ambulanten Kurativbehandlungen an, wovon wiederum knapp ein Drittel im Spital durchgeführt wurde. Rund 20% der Kosten fallen bei der stationären Kurativbehandlung an, wobei dieser Anteil seit 1995 stetig leicht sank. Ein weiterer grosser Teil der Kosten fällt mit ebenfalls rund 20% bei der Langzeitpflege an. Schliesslich fallen rund 13% der Gesundheitsausgaben für Medikamente an und die restlichen Kosten teilen sich auf die Bereiche Rehabilitation, unterstützende Dienstleistungen, verschiedene Gesundheitsgüter und Prävention auf. Total fällt etwas mehr als ein Viertel der gesamten Kosten im Gesundheitssystem im Spitalwesen an.

Die Finanzierung dieses im internationalen Vergleich teuren Gesundheitsversorgungssystemes (vgl. de Pietro et al., 2015: 79) wird durch verschiedene Finanzierungsquellen getragen. Die obligatorischen Krankenpflegeversicherungen finanzieren gemäss den Daten der BFS-Statistik „Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens“ rund 36% der anfallenden Kosten, rund 29% der Finanzierung erfolgt durch Selbstzahlungen der Patientinnen und Patienten, gefolgt von staatlichen Beiträgen in der Höhe von 17.5%. Die Sozialversicherungen und weitere öffentliche Finanzierungsquellen sowie Privatversicherungen tragen weitere 10% respektive 8% der anfallenden Kosten. Vor allem der hohe Anteil der Selbstzahlungen fällt im internationalen Vergleich auf: der Anteil ist markant höher als in den meisten anderen OECD-Staaten (vgl. de Pietro et al., 2015: 79).

Wie der vorherigen Aufteilung der Finanzierungsquellen zu entnehmen ist, spielen die Krankenversicherungen eine wesentliche Rolle bei der Finanzierung der Gesundheits-

ausgaben in der Schweiz. Mit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes 1996 wurde die OKP für alle Bewohnerinnen und Bewohner der Schweiz obligatorisch. Der Umfang der Dienstleistungen der OKP wird im Rahmen des KVG, der Krankenversicherungsverordnung, sowie der Krankenpflegeverordnung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) vorgeschrieben. Die Versicherten können zwischen verschiedenen Versicherungsmodellen auswählen, insbesondere bezüglich der Höhe der sogenannten Franchise. Diese bestimmt, bis zu welchem Betrag die Versicherten die anfallenden Kosten selber tragen müssen, bevor die OKP die Kosten übernimmt. Neben diesem Betrag müssen die Versicherten auch einen Selbstbehalt von 10% der anfallenden Kosten tragen. Dieser Selbstbehalt, welcher auf 700 CHF jährlich begrenzt ist, und die Franchise, die bis zu 2500 CHF pro Jahr und Versicherten betragen kann, erklären den hohen Anteil der Selbstzahlungen der Schweizer Bevölkerung. Nach aktuellem Stand bieten 57 Versicherungsunternehmen diese Versicherungen auf dem Markt an, wobei sie mit den OKP keinen Gewinn tätigen dürfen. Die Unternehmen müssen alle Kundinnen und Kunden in die OKP aufnehmen und garantieren damit eine flächendeckende Versicherung. Neben der OKP können die Unternehmen ebenfalls sogenannte Zusatzversicherungen anbieten, in dessen Rahmen sie Gewinne erwirtschaften dürfen.

Eine Eigenheit des momentanen Systems ist die Unterscheidung der Finanzierung je nach Behandlungsart. Während in der Regel die OKP (zusammen mit den Selbstzahlungen der Patientinnen und Patienten) die gesamten Kosten von Behandlungen begleicht, ist dies im Fall der stationären Behandlung in Spitälern nicht der Fall. Bei der stationären Behandlung in Spitälern zahlen die Kantone rund die Hälfte der Kosten und die OKP deckt lediglich den Rest dieses Betrages ab. Im Jahr 2015 betrug der Anteil je nach Kanton noch 51% bis 55%, ab 2017 sind alle Kantone verpflichtet, mindestens 55% der Kosten zu tragen (vgl. de Pietro et al., 2015: 118).

Eine weitere Eigenschaft des Schweizer Systems ist es, dass der Staat indirekt einen Teil der durch die OKP übernommenen Kosten übernimmt und zwar in Form von Prämienverbilligungen. Da die OKP für alle Bewohnerinnen und Bewohner obligatorisch und die Prämienhöhe nicht einkommensabhängig ist, fallen für einkommensschwache Personen oft erhebliche finanzielle Belastungen an. Diese Personen werden durch die Prämienverbilligung entlastet. Im Jahr 2012 bezahlten der Bund und die Kantone rund vier Milliarden CHF an Prämienverbilligung aus, was rund 16% der durch die OKP verwalteten Finanzströme entspricht (de Pietro et al., 2015: 100).

Zum Abschluss dieses Unterkapitels zu Kosten und Finanzierung des schweizerischen Gesundheitswesens folgt noch eine Erläuterung der nationalen Abrechnungssysteme TARMED und SwissDRG.

Ambulant erbrachte Leistungen, sei dies durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder ambulante Spitalbehandlungen, werden seit September 2004 über das national einheitliche Tarifsysteem TARMED abgerechnet. Dieses wurde durch Krankenversicherungen, die staatlichen Sozialversicherungen, sowie die Leistungserbringenden entwickelt. Das Tarifsysteem ist als Punktesystem zu verstehen. Für jede Behandlung ist national einheitlich definiert, wie viele Punkte diese wert ist. Kantonal werden auf Basis von Verhandlungen zwischen den Versicherungen und den Leistungserbringenden die monetären Werte dieser Punkte definiert, jeweils für die Spitäler und die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte separat.

Mit dem SwissDRG wurde im Januar 2012 auch für die stationäre Akutbehandlung ein national einheitliches Abrechnungssystem eingeführt. Dieses basiert auf den sogenannten „diagnosis related groups“ (DRG), welche Patientinnen und Patienten abhängig von den Krankheitsbildern und Behandlungen in Gruppen einteilen. Für diese Gruppen werden dann im Rahmen des SwissDRG Fallpauschalen festgelegt. Analog zum TARMED wurde das SwissDRG ebenfalls in Kooperation zwischen den Versicherungen und Leistungserbringenden mit Einbezug der Kantone erarbeitet. Ähnlich dem TARMED werden auch beim SwissDRG die Pauschalen in eine Art Punktesystem eingeordnet und der monetäre Wert dieser Punkte, die sogenannte Basisrate, jeweils unterschiedlich definiert. Im Fall des SwissDRG definieren die Kantone basierend auf den jährlichen Verhandlungen zwischen den Versicherungen und den Spitäler für alle auf die kantonalen Spitallisten aufgenommenen Spitalern diese Basisrate. Vor 2012 benutzten bereits einige Kantone mit dem AP-DRG ein DRG-basiertes Vergütungssystem, einige hatten das Tarifsysteem Prozess-Leistungs-Tarifierung und andere arbeiteten mit Tagespauschalen. Der Kanton Aargau benutzte mit dem Modell der integrierten Patientenpfade und Abteilungspauschalen ein eigenes System (vgl. Uni Basel und BSS, 2014; Lobsiger et al., 2016). Im Rahmen des SwissDRG verloren also die Kantone die Möglichkeit, selbst zu bestimmen, was wie in den Spitalern abgerechnet wird. In Kombination mit den Spitalisten, welche im nächsten Unterkapitel erläutert werden, haben die Kantone jedoch auch beim SwissDRG eine Möglichkeit, steuernd einzugreifen.

2.2.2 *Kantonale Spitalplanung*

Dieses Unterkapitel ist in zwei Abschnitte unterteilt. Der erste Teil widmet sich der Steuerung

der Gesundheitsversorgung durch die Kantone, namentlich dem Instrument der Spitalplanung. Im zweiten Teil wird ein grober Überblick über die bestehende Situation in den Kantonen gegeben bezüglich den Spitälern vor Ort.

Die Spitalpolitik der Kantone bestimmt beispielsweise die Struktur der Spitalversorgung, die Handlungsautonomie oder die Finanzierung und ist in der Spitalplanung festgehalten. Sie hat im Wesentlichen das Ziel, die Versorgungssicherheit zu garantieren und bezieht sich daher auf die gesamten Spitalleistungen (vgl. Rüefli et al., 2005: 6). Die Spitalplanung beeinflusst somit nicht nur den stationären Bereich, sondern auch den ambulanten. In erster Linie können die Kantone die öffentlichen Spitäler steuern, jedoch gibt es mehrere Aspekte, welche auch die privaten Spitäler betreffen. So benötigen diese eine Betriebsbewilligung und erhalten teilweise öffentliche Beiträge und/oder verfügen über Leistungsverträge und müssen, damit sie Leistungen im Bereich der OKP erbringen können, in die kantonalen Spitallisten aufgenommen werden (vgl. Rüefli et al., 2005: 6).

Mit der Einführung des KVG 1996 setzte der Bund auch in der Spitalplanung gewisse Rahmenbedingungen fest, beispielsweise verpflichtet er die Kantone zur Spitalplanung mit Hilfe von Spitallisten. Diese Listen definieren, welche Spitäler zugelassen sind, Behandlungen zu Lasten der OKP abzurechnen. Mit Aufnahme in eine kantonale Spitalliste geht das jeweilige Spital auch die Verpflichtung ein, das entsprechende Leistungsangebot für die Bevölkerung dieses Kantons zu leisten. Nach Rüefli et al. (2005) sind die Spitallisten das wahrscheinlich wichtigste Steuerungsinstrument der kantonalen Spitalplanung. Und die Kantone sind im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung die mit Abstand wichtigsten Akteure (Quentin et al., 2015: 30).

Die Handhabung dieser Spitallisten war traditionsgemäss im interkantonalen Vergleich sehr unterschiedlich, mit der Überarbeitung des KVG 2007 führte der Bund weitere Vorgaben bezüglich den Spitallisten ein. So wurden die Kantone verpflichtet, die Spitalplanung auf Basis von objektiv nachvollziehbaren Kriterien zu gestalten (vgl. de Pietro et al., 2015; Quentin et al., 2015). Dies führte dazu, dass sich die Spitalplanungen der Kantone gegenseitig annäherten, da viele Kantone das Modell des Kantons Zürich gemäss der Empfehlung der Schweizer Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK) übernahmen. Ebenfalls gleicht sich der Finanzierungsanteil, welcher die Kantone im spitalstationären Bereich übernehmen, immer mehr an aufgrund von Vorgaben des Bundes, welcher ab 2017 eine Mindestbeteiligung von 55% vorschreibt.

Zusätzlich sind die Kantone im Rahmen des KVG auch zu einer interkantonalen Koordination

und Planung verpflichtet. Veranschaulichen lässt sich die Wirkung dieser Verpflichtung bei der hochspezialisierten Medizin (vgl. de Pietro et al., 2015; Quentin et al., 2015: 32): Im Bereich der hochspezialisierten Medizin einigten sich die Kantone unter dem Druck des Bundes auf eine national gültige Liste, wo diese Behandlungen durchgeführt werden. Die Liste resultierte aus interkantonalen Verhandlungen und wird durch die GDK geführt.

Wie im gesamten OECD-Bereich wurde spätestens seit Ende der 90-er Jahren auch in der Schweiz die Anzahl Spitalbetten reduziert. Vor allem auch im Vergleich zu den Nachbarländern Deutschland, Österreich und Frankreich war die Reduktion in der Schweiz gross und im Jahr 2013 war die Anzahl Betten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner in der Schweiz 20% tiefer als im EU-Durchschnitt (Quentin et al., 2015: 31). Wie Rüefli et al. (2005: 122) ausführen, gibt es je nach Kanton verschiedene Gründe, welche zur Reduktion der Anzahl Betten führten. Teilweise sind die Reduktionen auf die aktive Steuerung mit den Spitallisten zurückzuführen, teilweise sind sie ein Resultat von kantonalen Sparbemühungen, teilweise waren die Reduktionen jedoch auch ein Resultat von marktwirtschaftlichen Konsolidierungen bei den privaten Anbietern. Zudem muss beachtet werden, dass Spitalbetten zwar in einem Kanton stationiert sind, das Angebot sich jedoch oft auch an Patientinnen und Patienten ausserhalb des Kantons richtet; so kann ein Spital, welches beispielsweise im Kanton St. Gallen liegt, durchaus auch auf den Spitallisten der benachbarten Kantone, wie den beiden Appenzell, aufgeführt sein und entsprechend auch durch die dortige Spitalplanung beeinflusst werden. Nichtsdestotrotz können die Veränderungen im Versorgungsangebot auch auf die aktive Steuerungstätigkeit der Kantone zurückgeführt werden. Einige Kantone reduzierten die Anzahl Leistungsbereiche stark, andere Kantone reduzierten die Anzahl anerkannter Spitäler und wiederum andere Kantone reduzierten weder im einen noch im anderen Bereich (vgl. Rüefli, 2005: 125). Während der jüngere Effekt der Spitalplanung vor allem in Zürich gross war, schlug sich die Orientierung anderer Kantone an demselben Modell häufig in weniger starken Veränderungen nieder (Quentin et al., 2015: 33).

2.3 *Ambulant vor stationär*

In den vorhergehenden zwei Unterkapiteln wurden die Grundlagen für den Kontext, in dem sich die Forschungsfrage bewegt, ausbreitet. Dieses Unterkapitel widmet sich nun dem Prinzip «ambulant vor stationär» und somit einem zentralen Bestandteil der Forschungsfrage. Hierfür wird zuerst das Prinzip und das in dieser Arbeit zur Anwendung kommende Verständnis dieses Prinzips erläutert.

2.3.1 *Das Prinzip*

Die medizintechnische Entwicklung der letzten Jahrzehnte hat vermehrt ermöglicht, Behandlungen ambulant statt stationär durchzuführen. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird weltweit von den Gesundheitsversorgern verfolgt (vgl. PwC, 2016: 5). Man verspricht sich davon vor allem zwei Vorteile: Einerseits soll der Komfort für die Patientinnen und Patienten steigen, beispielsweise indem ihnen die Übernachtung im Spital erspart bleibt, andererseits bieten ambulante Behandlungen gegenüber stationären Behandlungen ein grosses finanzielles Sparpotential (vgl. Von Eiff und Kordes, 2012; PwC, 2016).

Unter dem Begriff der ambulanten Gesundheitsversorgung wird im Allgemeinen jede Behandlung verstanden, für die der Patient oder die Patientin nicht formal in eine Institution aufgenommen wird und vor allem auch nicht in einer Institution übernachtet (OECD, 2000: 115; Sager et al., 2010: 23). Wie Sager et al. (2010) ausführen, gibt es in der Schweiz keine allgemeingültige Definition der ambulanten Gesundheitsversorgung. Diese Masterarbeit beschränkt sich jedoch auf die Betrachtung der ambulant erbrachten Leistungen im Spitalbereich. Bei Untersuchungen zur Verschiebung von Leistungserbringungen vom stationären in den ambulanten Bereich wird der Fokus in der Regel auf chirurgische Eingriffe gelegt (vgl. Roth und Pellegrini, 2015 und PwC, 2016). Während gewisse Ärztinnen und Ärzte wahrscheinlich entsprechende Eingriffe in ihren Praxen vornehmen, wird im Rahmen dieser Arbeit angenommen, dass der grösste Teil dieser Eingriffe im ambulanten Bereich in den Spitälern erfolgt. Diese Annahme beruht auf zwei Prämissen: Einerseits sind für die meisten chirurgischen Eingriffe auch im ambulanten Bereich Infrastrukturen nötig, welche vor allem in Spitälern vorhanden sind, andererseits haben die Spitäler ein finanzielles Interesse daran, die Leistungen, welche sie auf der stationären Seite verlieren, mit ambulanten Leistungen zu kompensieren. Ambulantes Operieren wird hierbei wie in Deutschland als Eingriff verstanden, bei dem der Patient oder die Patientin sowohl die Nacht vor, wie auch die Nacht nach dem Eingriff zu Hause verbringt (vgl. von Eiff & Kordes, 2012: 10), was dem bereits weiter oben verwendeten Verständnis entspricht. Kägi et al. (2004) benutzen in ihrer Untersuchung bezüglich Verschiebungen die Definition der ambulanten Behandlung als Gegensatz zur stationären Behandlung, welche eine Behandlung vor Ort definiert, welche länger als einen Tag dauert. Während Kägi et al. (2004) einerseits den gesamten ambulanten Bereich bezüglich Verschiebungen betrachten, fokussieren sie sich für sogenannte 'echte' Verschiebungen ebenfalls auf den Bereich der Chirurgie. Ein Vorteil des Fokus auf den spitalambulanten Bereich ist ebenfalls, dass im Vergleich zum praxisambulanten Bereich die Kantone durch die Spitalplanung, welche nicht nur den stationären Bereich, sondern auch die

ambulanten Bereiche der Spitäler tangiert, über direktere Steuerungsinstrumente verfügen (vgl. Rüefli et al., 2005: 6). Ein Einfluss der Parteien ist somit wahrscheinlicher als ausserhalb des Spitalbereichs.

«Ambulant vor stationär» wird somit im Rahmen dieser Arbeit als Prinzip verstanden, welches die Wahl der Behandlungsmethoden im Spital beeinflussen soll. Die Aufteilung zwischen stationär und ambulant erfolgt dabei über die Unterscheidung, welche durch die Abrechnungssysteme gegeben sind und entsprechend durch die Krankenpflegeversicherungen übernommen werden.

2.3.2 *Entwicklung*

In diesem Abschnitt wird die aktuelle Entwicklung der ambulanten und stationären Gesundheitskosten in den Kantonen pro Kopf aufgezeigt. Die dafür verwendeten Daten stammen aus der Versichertenstatistik der SASIS AG³.

Während das schweizerische Gesundheitssystem als Gesamtes als Vorbild für Reformen in den USA gilt (Busato et al., 2010: 1), waren die USA gegenüber der Schweiz schon lange ein Vorreiter, wenn es um die Nutzung ambulanter Behandlungsmethoden anstelle von stationären Methoden ging. Ambulantes Operieren wurde bereits in den 70er-Jahren in den USA institutionalisiert, vor allem auch als Antwort auf die steigenden Gesundheitskosten, und es konnten bereits früh hohe Kosteneinsparungen von teilweise über 50% erzielt werden (vgl. Kägi et al., 2004: 4). Ein Ausbau des ambulanten Operierens fand in der Schweiz nach Kägi et al. erst ab Ende der 80er-Jahre statt.

Die Schweiz ist bei der Verschiebung im internationalen Vergleich keine Vorreiterin: 2008 betrug der Anteil der spitalambulanten Chirurgie 20% der Gesamtheit aller chirurgischen Eingriffe. In Ländern wie Grossbritannien, den Niederlanden, Dänemark und den USA betrug dieser Anteil im Jahr 2008 weit über 50% (PwC, 2016: 8). Der Anteil der ambulanten Leistungen wächst jedoch, wie der Abbildung 1 zu entnehmen ist, in allen Kantonen seit Jahren stark. Betrachtet man die abgerechneten Spitalleistungen über die Jahre 2003 bis 2017, so ist die Tendenz der Verschiebung der Verhältnisse zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich beobachtbar.

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung des Kostenanteils der ambulanten Leistungen im Verhältnis zur Gesamtheit der in Spitälern erbrachten Leistungen (ambulant und stationär).

3 Nähere Angaben zu diesen Daten können dem Kapitel 3.1.1 zu den abhängigen Variablen entnommen werden.

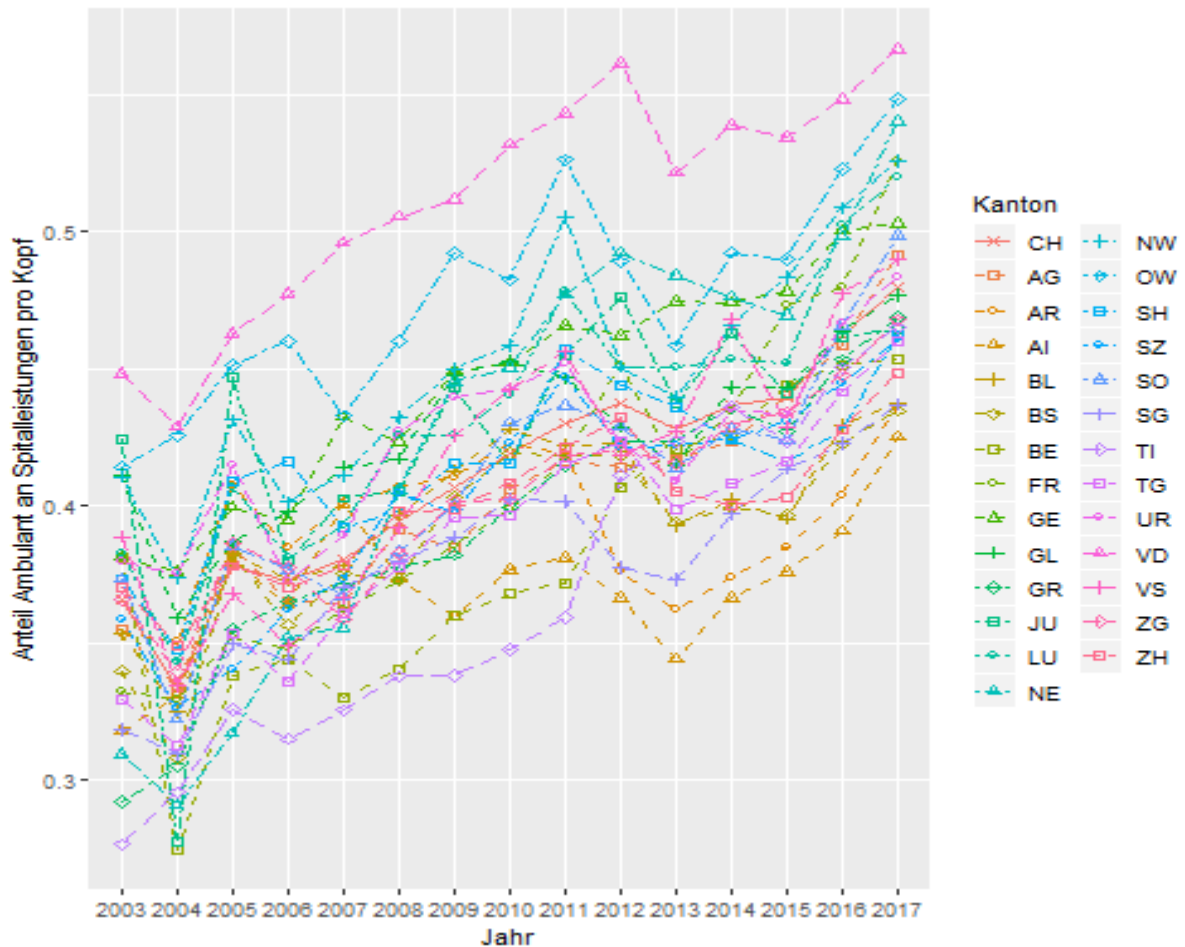


Abbildung 1: Anteil ambulanter Leistungen an Spitalleistungen
 Quelle: SASIS Versichertenstatistik, eigene Darstellung

Bei der Betrachtung der Abbildung 1 fallen drei Punkte auf. Erstens sind die Entwicklungen in den verschiedenen Kantonen nicht einheitlich. Die Tendenz hin zum ambulanten Bereich ist feststellbar, diese Entwicklung verläuft aber nicht linear und die Verhältnisse ändern sich auch von Jahr zu Jahr. Es gibt also Differenzen, welche im Rahmen dieser Arbeit untersucht werden können. Zweitens gibt es im Jahr 2004 einen Ausreisser gegen unten, kombiniert mit einem Ausschlag gegen oben im Jahr 2005. Dies ist wahrscheinlich auf die schweizweite Einführung des Abrechnungssystems TAR MED für den ambulanten Bereich zurückzuführen. Drittens gab es über die Gesamtheit der Kantone betrachtet einen Bruch in der Entwicklung um die Jahre 2012 und 2013. Auch dies ist wahrscheinlich auf die neue schweizweite Einführung eines Abrechnungssystems zurückzuführen: SwissDRG für den stationären Leistungsbereich der Spitäler wurde am 1.1.2012 eingeführt.

In Abbildung 2 ist die Entwicklung der Ausgaben pro Kopf für spitalambulante Leistungen abgebildet. Das Ausschlagen der Kurven im Jahr 2004 gegen unten mit einem

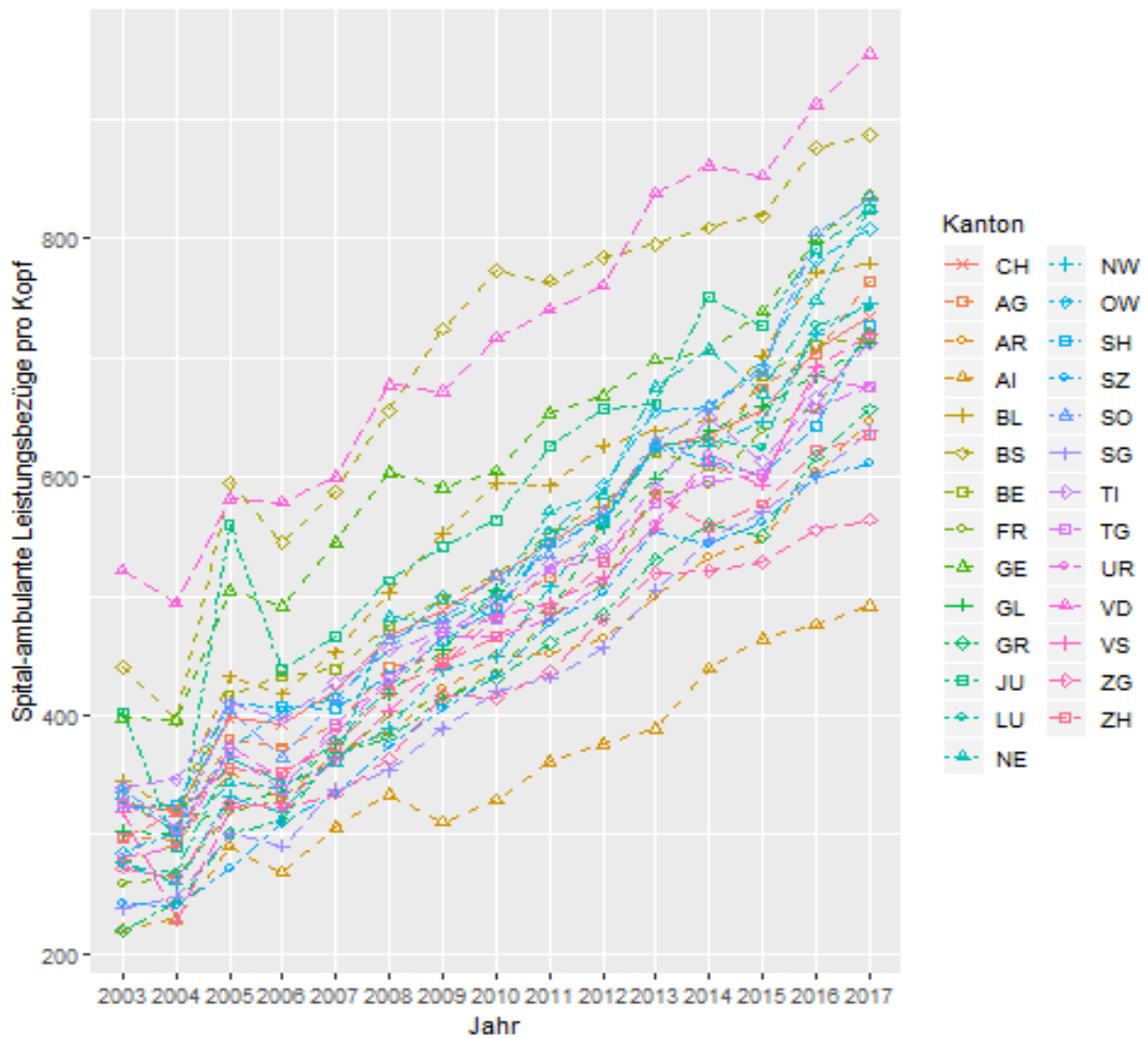


Abbildung 2: Entwicklung Ausgaben pro Kopf für spitalambulante Leistungen
 Quelle: SASIS Versichertenstatistik, eigene Darstellung

anschliessenden Ausschlag gegen oben im Jahr 2005 ist auch hier wieder feststellbar. Dies bestätigt die Vermutung, dass die bei der Abbildung 1 beobachteten Ausschläge in diesen Jahren vor allem auf den ambulanten Bereich zurückzuführen ist, und somit höchstwahrscheinlich mit der Einführung des TARMED zu erklären ist.

In Abbildung 3 ist die Entwicklung der Ausgaben pro Kopf für spitalstationäre Leistungen abgebildet. Das Ausschlagen der Kurven um das Jahr 2012, welche bei der Abbildung 1 beobachtbar war, ist auch hier feststellbar, was für den Einfluss der Einführung des SwissDRG spricht. Nach Lobsiger et al. (2016) hat das SwissDRG eine gewisse positive Wirkungen auf Verschiebungen vom stationären in den ambulanten Bereich.

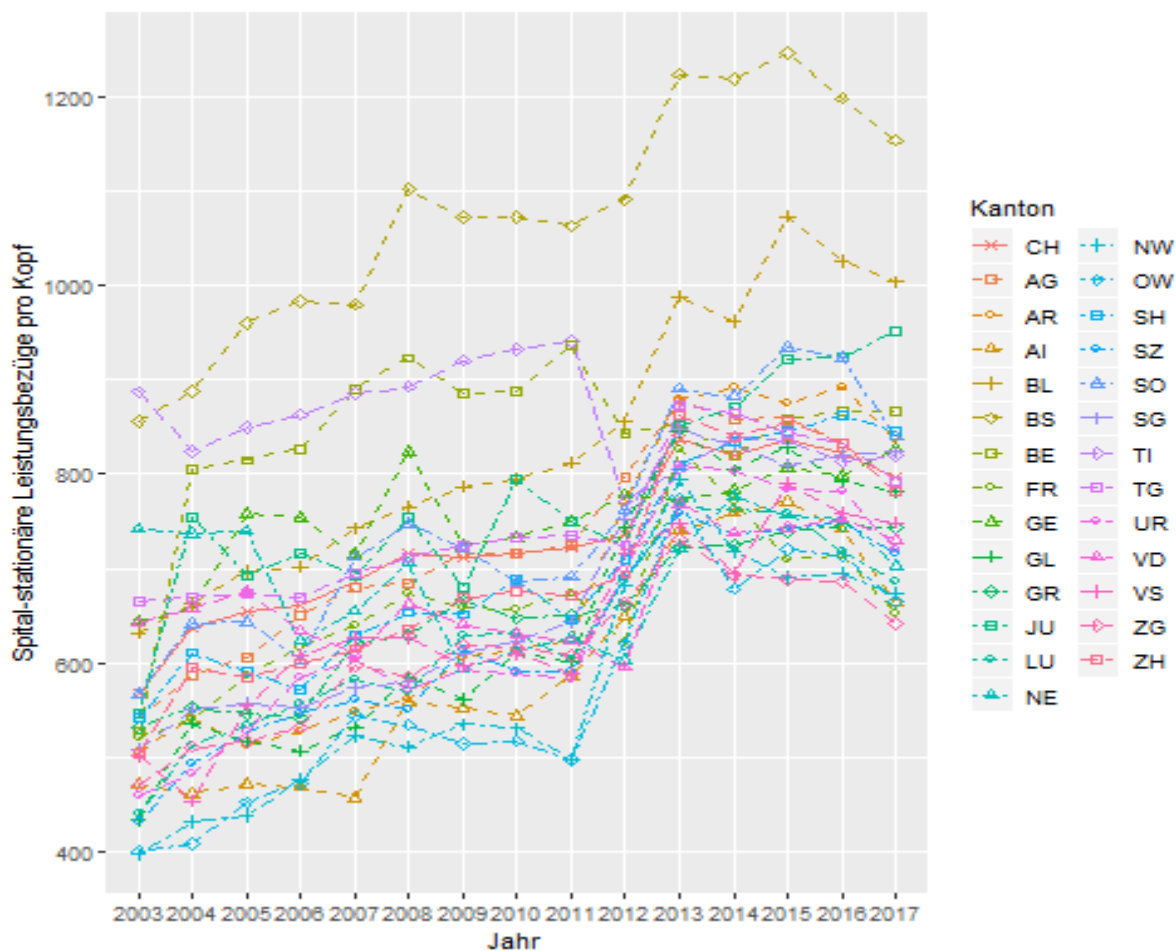


Abbildung 3: Entwicklung pro-Kopf-Ausgaben für spitalstationäre Leistungen
 Quelle: SASIS Versichertenstatistik, eigene Darstellung

Es ist also festzuhalten, dass ein grundsätzlicher Trend hin zu mehr ambulanten Leistungen stattfindet. Gleichzeitig nehmen jedoch auch die stationären Leistungen zu, wenn auch in geringerem Mass. Verschiebungen im Verhältnis zwischen den Ausgaben in diesen beiden Leistungsbereichen sind daher nur beschränkt als tatsächliche Verschiebungen von bestimmten Leistungen von einem Bereich in den anderen zu verstehen. Nichtsdestotrotz zeigen diese Abbildungen, dass der Trend, auch wenn er im internationalen Vergleich spät sein mag, hin zu einer Stärkung des ambulanten Bereichs im Vergleich zum stationären Bereich stattfindet.

2.3.3 Aktuelle Forschungsliteratur

Der nach wie vor tiefe Anteil der ambulanten Leistungen wird in der Forschungsliteratur generell den finanziellen Anreize für die Gesundheitsversorger, die Versicherungen und auch die Patientinnen und Patienten zugeschrieben (vgl. Kägi et al., 2004; PwC, 2016). Im

ambulanten Bereich finanzieren die Versicherungen die gesamte Leistung⁴. Im stationären Bereich hingegen werden die Kosten, wie im vorhergehenden Unterkapitel zum Gesundheitssystem der Schweiz erläutert, zu rund der Hälfte durch die Kantone getragen und die Versicherungen tragen daher nur rund die andere Hälfte der anfallenden Kosten. Somit haben die Versicherungen nur bei massiven Kostenunterschieden einen Anreiz, sich für eine ambulante statt stationäre Behandlung durch die Spitäler einzusetzen. Auch die Spitäler selbst haben finanzielle Anreize, Behandlungen teilweise stationär durchzuführen, auch wenn dies volkswirtschaftlich teurer ist, da die Spitäler bei stationären Leistungen zusätzliche Einnahmen bei halbprivat- und privatversicherten Personen durch zusätzliche Entschädigungen derer Zusatzversicherungen erzielen können.

Kägi et al. (2004) hingegen halten gleichzeitig fest, dass Spitäler in öffentlicher Hand durchaus Interesse an einer Verschiebung haben, da sie als Teil der Kantone ein Interesse an der Verlagerung der Kosten zur obligatorischen Krankenversicherung haben, jedoch konnten sie in ihrer Untersuchung eine entsprechende konkrete Verschiebung nicht feststellen. Diese Verschiebung wurde als Ziel zur Effizienzsteigerung in den Spitälern jedoch explizit in zahlreichen kantonalen Spitalplanungen festgehalten (Rüefli et al., 2005: 128).

Bei einer Studie zur Auswirkung der Einführung des SwissDRG im Jahr 2012 auf die Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem gesamten ambulanten Sektor (Uni Basel und BSS, 2014) stellen die Autoren fest, dass es in den Kantonen, die vorher mit dem Tarifsystem TAPA abrechneten, verglichen mit den anderen Kantonen zu einem signifikanten Kostenanstieg im praxisambulanten Bereich im Zeitraum von 5 Tagen vor Aufnahme oder nach Entlassung der stationären Patientinnen und Patienten gekommen ist. Die Autoren fanden darüber hinaus nur eine schwache Evidenz für eine gesamthafte Verschiebung von Behandlungen vom akutstationären in den ambulanten Bereich. Insbesondere bei Kantonen, die vorher das Tarifsystem PLT benutzten, stellten die Autoren eine Verlagerung bei den nicht chirurgischen Eingriffen fest. Die Autoren berechneten durch die Einführung des SwissDRG dank Einsparungen im stationären Bereich, bereinigt mit zusätzlich angefallenen Kosten im ambulanten Bereich, eine jährliche Einsparung von mindestens 73 Mio. CHF. Durch die von den Autoren prognostizierte Reduktion der Aufenthaltsdauer im stationären Bereich rechneten sie mit einem jährlichen Einsparpotential von rund 1 Mia. CHF. Ein Wert, den auch die Autoren der PwC-Studie von 2016 (PwC, 2016)

4 Der Finanzierungsanteil der Patienten und Patientinnen (Franchise und Selbstbehalt) wird hier der Einfachheit halber den Versicherungen zugeschrieben.

errechneten.

Nach Kägi et al. (2004) können die Einsparpotentiale bei der ambulanten Chirurgie auf drei zeitliche Abschnitte aufgeteilt werden. In der präoperativen Phase kann angenommen werden, dass weniger umfangreiche und insgesamt weniger Abklärungen oder Tests zur Anwendung kommen als im stationären Bereich. Hierbei muss jedoch auch berücksichtigt werden, dass die Patientenstruktur im ambulanten Sektor potentiell anders ist als im stationären. Ein weiteres Einsparpotential liegt bei der geringeren Anzahl Spitalübernachtungen im Vorfeld der Operation. Während der Phase der eigentlichen Operation kann laut den Autoren beobachtet werden, dass die ambulanten Eingriffe tendenziell schneller und somit dank geringerer Inanspruchnahme von Personal und Infrastruktur günstiger sind. Dies liegt einerseits an den Operationsmethoden, kann jedoch auch darauf zurückzuführen sein, dass nur die weniger schweren Fälle ambulant behandelt werden. In der postoperativen Genesungsphase liegt das Potential vor allem in der früheren Entlassung und somit geringeren Kosten für die Nachbetreuung im Spital, welche bei ambulanter Behandlung überwiegend von Angehörigen gratis übernommen wird.

Bereits mit der Einführung des KVG und der damit für die Kantone obligatorischen Spitalplanung wurden gewisse Verschiebungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich erwartet oder sogar erhofft (vgl. Kägi et al., 2004; Rüefli et al., 2005). Kägi et al. (2004) kommen in ihren Untersuchungen zum Schluss, dass mit der Spitalplanung ein Abbau der Überkapazitäten im stationären Bereich erfolgten. Teilweise wurden Pflegefälle aus dem spitalstationären Bereich ausgelagert, jedoch wurden kaum echte Verschiebungen in den ambulanten Bereich erzielt.

Bei der Untersuchung von elf konkreten Eingriffen, welche dank der technischen Entwicklung neu häufiger ambulant durchgeführt werden können, stellen Roth und Pellegrini (2015) drei wesentliche Entwicklungen fest. Erstens fand bei gewissen Eingriffen tatsächlich eine Verschiebung in dem Sinne statt, dass das Wachstum an ambulanten Leistungen durch einen Rückgang an stationären Leistungen kompensiert wurde. Zweitens gab es aber auch Leistungsbereiche, bei denen das Wachstum im ambulanten Bereich grösser war als der Rückgang im stationären Bereich. Während also gewisse Leistungen ersetzt wurden, fand gleichzeitig eine Steigerung der Gesamtzahl an Eingriffen statt, welche dank den technischen Fortschritten attraktiver geworden sind. Drittens gab es Bereiche, in denen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich ein Wachstum an Leistungen stattfand. Roth und Pellegrini führten dies auf die Verbesserung der medizinischen Technik zurück, welche

Eingriffe in mehr Fällen ermöglichte. In schwierigen Fällen durch stationäre Behandlungen und in weniger komplexen Situationen konnten die Patientinnen und Patienten mit ambulanten Leistungen behandelt werden. Wie Kägi et al. (2004: V) also festhalten:

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

Abschliessend kann festgehalten werden, dass obwohl verschiedene Massnahmen, wie die Einführung der Spitalplanung oder das SwissDRG, Einfluss auf das Verhältnis der Ausgaben zwischen dem ambulanten Bereich und dem stationären Bereich hatten, diese Veränderungen nur bedingt auf direkte Verschiebungen zurückzuführen sind. Diese finden ebenfalls statt, repräsentieren jedoch nur einen Teil der stattfindenden Ausgabenverschiebungen.

2.4 Wirkungsmodell

Damit staatliche Akteure und somit die Parteien als Teil der kantonalen Legislativen und Exekutiven auf die Gesundheitspolitik Einfluss nehmen und somit eine politische Steuerung wahrnehmen können, sind nach Sager et al. (2010: 31-32) drei zentrale Grundbedingungen zu erfüllen. Erstens müssen sie über die Steuerungskompetenz verfügen. In der Schweiz ist einiges durch den Bundesstaat vorgegeben, jedoch verfügen die Kantone über verschiedene gesetzliche Grundlagen, wie beispielsweise die Spitallisten, mit deren Hilfe sie eine Steuerung in der Gesundheitsversorgungspolitik wahrnehmen dürfen und können. Als zweite Bedingung nennen Sager et al. die Steuerungsfähigkeit; die Kantone müssen in der Lage sein, die nötigen Interventionen zu konzipieren und umzusetzen. Drittens muss eine Steuerbarkeit im Sinne einer Messbarkeit gegeben sein. Vor allem im ambulanten Bereich ist die Beobachtbarkeit durch Daten sehr knapp. In der Annahme, dass alle Kantone die zweite und dritte Voraussetzung gleich gut erfüllen können, besteht vor allem die Frage, wie die Kantone ihre Steuerungskompetenz wahrnehmen, um Einfluss auf die Gesundheitspolitik auszuüben.

Kägi et al. (2004) kommen in ihrer Studie zum Schluss, dass im Rahmen des KVG primär die Spitalplanung einen direkten Einfluss auf eine mögliche Verschiebung vom stationären zum ambulanten Sektor hat. Zudem wuchs durch das KVG aufgrund der Finanzierungsmechanismen der Druck auf die Kantone, im stationären Spitalsektor zu sparen. Die Kantone steuern ihre Spitäler und die damit verbundenen Kosten einerseits über die Spitalplanung, andererseits werden die Ausgaben aber auch stark über die Spitalfinanzierung gesteuert (vgl. Kägi et al., 2004: 128ff). Ebenfalls wird über Leistungsaufträge (vgl. Kägi et al., 2005: 152)

gesteuert. Über weitere Massnahmen in der Gesundheitsversorgung, wie den Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte sind ebenfalls indirekte Wirkungen auf die Spitäler zu erwarten.

Das folgende Wirkungsmodell (Abbildung 4) zeigt die Logik auf, nach welcher die politischen Parteien Einfluss auf das Verhältnis zwischen dem ambulanten und dem stationären Leistungsbereich der Spitäler nehmen.

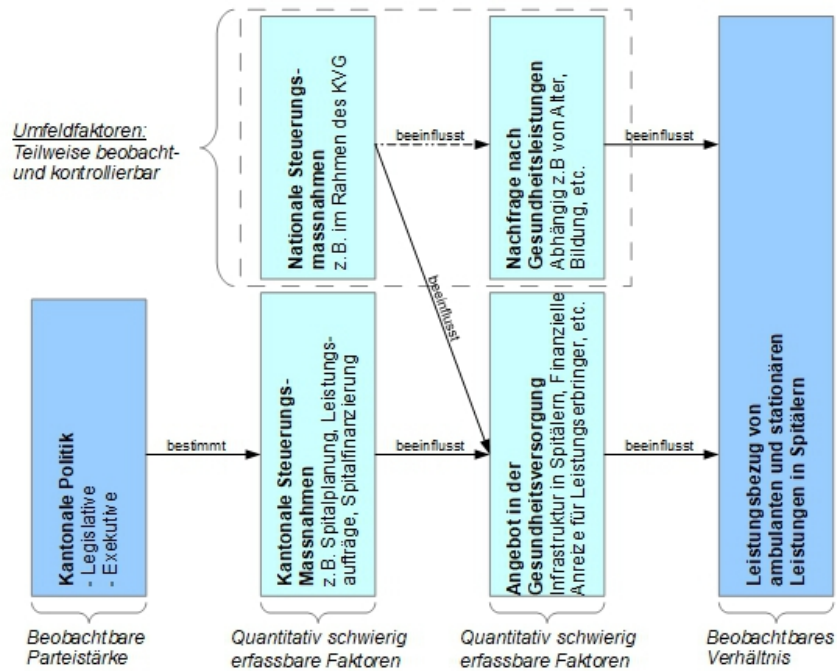


Abbildung 4: Wirkungsmodell

Bei einer systematischen Befragung aller Kantone durch Sager et al. (2010) gaben acht Kantone an, dass sie im Bereich der Spitalambulatorien steuernd eingreifen, in einem Fall (Basel-Stadt) sogar mit mehreren Instrumenten. Vier Kantone nutzten das Instrument des Zulassungsstopps als Mittel gegen die Unter- oder Überversorgung, zwei Kantone steuerten mit Leistungsaufträgen an die Spitäler auch den ambulanten Teil dieser Spitäler gezielt und drei Kantone nutzten die Steuerung über (Global-)Budgets, um einen gewissen Einfluss wahrzunehmen.

3 Empirisches und methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird das gewählte empirische und methodische Vorgehen vorgestellt und dessen Wahl begründet. Um eine möglichst robuste Antwort auf die Forschungsfrage zu erhalten, werden für diese Arbeit verschiedene Modelle berechnet. Das Kapitel ist in drei Unterkapitel aufgeteilt. Im ersten Unterkapitel werden die zur Anwendung kommenden Variablen ausgeführt, insbesondere die Wahl der abhängigen Variable, die Wahl der für die Forschungsfrage relevanten unabhängigen Variablen, wie auch die Wahl der Kontrollvariablen. Hierbei werden auch die Datenherkunft und die Operationalisierung der Variablen erläutert. Im zweiten Unterkapitel wird die Wahl des methodischen Vorgehens vorgestellt, welches sich am Standard in der Forschungsliteratur orientiert, diesen jedoch nicht unkritisch eins zu eins übernimmt. Drittens schliesslich wird die Wahl der zu berechnenden Modelle erläutert. Sämtliche Berechnungen und weitere Arbeiten, welche an den Daten vorgenommen werden, werden in der Statistiksoftware R-Studio durchgeführt.

3.1 *Untersuchung Einflussfaktoren*

Dieses Unterkapitel ist in drei Kategorien aufgeteilt. Als erstes wird die abhängige Variable, bzw. die Ausgestaltung der zwei abhängigen Variablen, ausgeführt. Zweitens werden die für die Forschungsfrage relevanten unabhängigen Variablen betrachtet. Drittens schliesslich folgt eine Diskussion der Wahl der Kontrollvariablen, welche im Rahmen dieser Arbeit berücksichtigt werden sollen. Bei jeder dieser Variablen wird jeweils direkt ausgeführt, woher die Daten für diese Variable stammen und wie die Variable operationalisiert wird.

3.1.1 *Abhängige Variable*

Die Forschungsfrage dieser Arbeit ist, ob und welche Parteien eine Verschiebung vom stationären in den ambulanten Leistungsbereich in den Spitälern beeinflussen. Somit ist als abhängige Variable eine Wiedergabe dieser Verschiebung nötig. Es bieten sich zwei Ansätze an, welche beide mit eigenen Modellen berücksichtigt werden sollen. Die genaue Ausgestaltung der Modelle wird in Kapitel 3.3 ausgeführt. Die abhängige Variable wird immer für jede Beobachtung, sprich für jedes Jahr (t) und jeden Kanton (i) in unserer Untersuchung betrachtet.

Der erste Ansatz ist die Betrachtung der vorliegenden Verhältnisse. Um diese festzustellen, wird der Anteil der ambulanten Leistungen an den gesamten Spitalleistungen, sprich die ambulanten und die stationären Leistungen, berechnet. Hierfür werden die Leistungen pro Kopf betrachtet, um die Unterschiede der Kantone bezüglich der Bevölkerungsgrösse

auszugleichen.

$$Y_{1it} = \frac{\text{ambulante Spitalleistungen pro Kopf}_{it}}{\text{ambulante + stationäre Spitalleistungen pro Kopf}_{it}}$$

Die Daten aus der SASIS AG – Versichertenstatistik⁵ bieten umfassende Angaben zu den durch die Krankenkassen erbrachten Leistungen. Die Statistik stammt von der SASIS AG und liegt für die Jahre 2003 bis 2017 vor. Die Datenquelle für diese Versichertenstatistik ist der sogenannte SASIS-Datenpool, welcher in einer Vielzahl von politikwissenschaftlichen und/oder ökonomischen Untersuchungen zu den Gesundheitsausgaben unter dem früher gängigen Namen Santésuisse-Datenpool verwendet wurde (unter anderem Busato et al, 2012; Camenzind, 2012; Crivelli et al., 2006; Kägi et al., 2004; Schleiniger, 2014; Sturny, 2004). Der Datenpool bringt einige Vorteile, hat jedoch auch Nachteile. Der Pool ist eine Statistik der Krankenpflegeversicherungen und dient in erster Linie als Brancheninformationssystem für die verschiedenen Versicherer (vgl. Sturny, 2004: 9). Der Datenpool umfasst alle durch die Versicherungen erfassten Rechnungen inkl. der privaten Kostenbeteiligung der versicherten Personen. Am Datenpool nehmen seit einigen Jahren alle Versicherungen der Schweiz teil. Dies war jedoch nicht von Anfang an der Fall, so deckt der Datenpool zum Beispiel im Jahr 2003 nur 89.1% der Versicherten im Kanton Appenzell Ausserrhoden ab. Die Daten der Versichertenstatistik werden jedoch durch Santésuisse respektive die SASIS AG für die Versichertenstatistik auf 100% hochgerechnet. Da der Datenpool nur die erfassten Rechnungen enthält, heisst dies, dass alle nicht bei den Versicherungen eingereichten Rechnungen, beispielsweise weil die Höhe der Rechnungen unter der Franchise der versicherten Person liegt, nicht berücksichtigt werden. Das Fehlen dieses Bereiches sollte nicht problematisch sein, da die Beträge sehr klein sein dürften, da einerseits ein grosser Teil der Kassen alle Rechnungen entgegennehmen und teilweise diese auch direkt von den Dienstleistungserbringenden zugeschickt bekommen, und andererseits die Beträge eher tief sein werden, da sie beim Überschreiten der Franchisenhöhe eingeschickt würden. Ebenfalls fehlen Leistungen, die nicht unter die OKP fallen. Da diese Leistungen über den staatlich definierten Grundbedarf hinausgehen, handelt es sich um Kosten für vermeintliche Luxusprodukte, weshalb die Vernachlässigung dieser Beträge im Rahmen dieser Arbeit nicht problematisch ist. Eine weitere Finanzierungsquelle des Gesundheitswesens fehlt jedoch in der Versichertenstatistik ebenfalls, nämlich der Staat. Wie bereits im vorherigen Kapitel ausgeführt, umfasst diese beim spitalstationären Bereich rund die Hälfte der anfallenden

5 Die Versichertenstatistik wird jährlich für einen Zeitraum von vier Jahren publiziert. Im Anhang 1 ist als Beispiel die Tabelle der Jahre 2014 bis 2017 für die gesamte Schweiz abgebildet.

Kosten. Die Ergänzung der Versichertenstatistik mit Daten zu den Ausgaben der Kantone im Spitalbereich wurde deshalb für diese Arbeit geprüft. Es wurde aus zwei Gründen auf eine Ergänzung verzichtet: Erstens konnten keine geeigneten Daten zugezogen werden⁶ und zweitens ist der Kostenanteil der Kantone bei rund 50% einigermaßen stabil, bzw. bewegt sich bis zum Jahr 2017 bei allen Kantonen auf 55% zu (vgl. GDK, 2018). Aufgrund der relativen Stabilität dieses vernachlässigten Finanzierungsanteils am Spitalwesen werden die Zahlen der Versichertenstatistik als genügend repräsentativ für diese Arbeit bewertet. Wie Sturny (2004: 7) bereits bei ihrem Vergleich der Entwicklungen im stationären und ambulanten Bereich festhält, erlaubt der Datenpool keine Aussagen über die gesamten Kosten im Schweizer Gesundheitswesen, da lediglich die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfassten Kosten enthalten sind. Hingegen erlaubt der Datenpool eine differenzierte Analyse der Kostenentwicklungen, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich sowie nach Kanton differenziert.

Als zweite Operationalisierung der Verschiebungen zwischen dem stationären und ambulanten Leistungsbereich in den Spitälern wird die Wachstumsrate als abhängige Variable genommen. Das heisst, die jährlichen Verschiebungen in den Kantonen der im vorherigen Abschnitt erklärten ersten abhängigen Variable werden betrachtet. Wie verändert sich der Anteil der ambulanten Leistungen an den gesamten Spitalleistungen von Jahr zu Jahr? Dieser Ansatz bietet verschiedene Vorteile. Insbesondere werden zeitunabhängige fixe Effekte bezüglich des Levels der Ausgaben eliminiert (Potrafke, 2009: 113), das heisst, Unterschiede zwischen den Kantonen, die bereits bestanden, bevor unsere Untersuchung ansetzt, können dank der Wachstumsrate ignoriert werden. Zudem bietet dieser Ansatz auch den Vorteil, dass nicht-stationäre Probleme umgangen werden können (Brändle & Colombier, 2016: 1054).

$$Y_2 = \frac{Y_{1i,t} + Y_{1i,t-1}}{Y_{1i,t-1}}$$

3.1.2 Parteien als unabhängige Variablen

Um die Forschungsfrage beantworten zu können, muss festgehalten werden, wie stark die Parteien zu gegebenem Zeitpunkt in den Kantonen sind. Während sich viele Studien, welche sich mit der Frage „do parties matter?“, bzw. der Parteidifferenzhypothese

⁶ Die Statistik zu Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens vom Bundesamt für Statistik (BFS) enthält Angaben zu den kantonalen Finanzierungsbeiträgen zur stationären Gesundheitsversorgung. Dies beinhaltet jedoch neben den Spitälern auch Beiträge zu den Pflegeheimen und weiteren stationären Einrichtungen.

auseinandersetzen, auf die Regierungsparteien fokussieren, wird in dieser Studie ein anderer Ansatz, beziehungsweise zwei andere Ansätze gewählt. Bevor diese im Rahmen dieses Unterkapitels erläutert werden, wird jedoch ausgeführt, wieso die Parteien selbst und nicht ein Ideologie-Index oder lediglich eine Unterscheidung Links vs. Rechts betrachtet werden.

Während ein grosser Teil der Studien zum Parteieneinfluss auf die Gesundheitspolitik sich auf die Links-Rechts-Skala konzentrieren, gibt es verschiedene Beispiele, die aus diesem Muster ausbrechen. Montanari und Nelson (2014) beispielsweise unterscheiden zwischen linken Parteien, konfessionellen Parteien sowie säkularen Parteien aus Mitte-Rechts. Navarro et al. (2006) unterschieden sogar zwischen vier Kategorien: Den Sozialdemokraten, den Christdemokraten, den Liberalen und den autoritären Konservativen. Eine ähnliche Einordnung würde sich auch mit den Parteien in der Schweiz machen lassen. Bei der Gruppierung der Parteien gehen jedoch Informationen verloren; ein Verlust, der im Rahmen dieser Arbeit nicht nötig ist. Ein Vorteil der Untersuchung der Schweizer Kantone im Gegensatz zu internationalen Vergleichen ist, dass die meisten Parteien sich national organisieren und daher nicht verschiedenen europäischen Parteienfamilien zugeordnet werden müssen. Deshalb werden im Rahmen dieser Arbeit die Schweizer Parteien⁷ an und für sich betrachtet. In dieser Untersuchung werden wie üblich die vier Bundesratsparteien, welche auch die grössten Parteien in der Schweiz sind, berücksichtigt. Zusätzlich wird die fünftgrösste Partei, die Grüne Partei Schweiz berücksichtigt. Da es im Verlauf des Untersuchungszeitraumes von 2003 bis 2017 zu verschiedenen Fusionen und Abspaltungen im Schweizer Parteiensystem gekommen ist, werden die Parteien wie folgt zusammengefasst betrachtet:

- Die Sozialdemokratische Partei der Schweiz (SPS).
- Die Christlichdemokratische Volkspartei (CVP).
- Die FDP.Die Liberalen (FDP). Diese Partei entstand 2009 aus der Fusion der Freisinnig-Demokratischen Partei (FDP) und der liberalen Partei Schweiz (LPS). Alle Parteimitglieder der neuen FDP, der alten FDP und der LPS werden somit der FDP zugeordnet.
- Die Schweizerische Volkspartei (SVP). Im Jahr 2008 gab es eine Abspaltung der Partei und die neue Bürgerlich-Demokratische Partei (BDP) wurde gegründet. Im Rahmen dieser Arbeit werden die BDP und SVP gemeinsam als SVP betrachtet.

⁷ Für eine ideologische Zuordnung der Parteien, wie auch eine Einordnung der Fusionen und Abspaltungen vgl. Vatter, 2016: 116, sowie Walter und Emmenegger, 2019.

- Die Grüne Partei der Schweiz (GPS) ist traditionell neben den Bundesratsparteien die fünftgrösste Partei. Zwischen 2004 und 2007 entstand durch eine Abspaltung bei der Grünen Partei im Kanton Zürich die Grünliberale Partei (GLP), welche sich bis 2007 auch national formierte. Im Rahmen dieser Arbeit werden die GLP und GPS gemeinsam als GPS betrachtet.

Untergruppierungen der Parteien, wie beispielsweise Jungparteien, werden als den übergeordneten Parteien zugehörig betrachtet.

Nun folgt der zweite Teil dieses Unterkapitels, in welchem erläutert wird, wieso für diese Forschungsarbeit nicht die gängige Betrachtungsebene der Regierungsparteien gewählt wurde. Es werden zwei Ansätze gewählt: Die Parteistärke in den kantonalen Parlamenten und die Parteizugehörigkeit des für den Gesundheitsbereich zuständigen Regierungsmitgliedes. Beide Ansätze werden separat diskutiert. Beiden Ansätzen gemeinsam ist, dass die Variablen mit einer zeitlichen Versetzung betrachtet werden. Sprich für ein Jahr t , in welchem die abhängige Variable betrachtet wird, wird die unabhängige Untersuchungsvariable in der Ausgestaltung $t-1$ betrachtet. Dieses Vorgehen, welches zum Beispiel auch Blankart et al. (2018) verwenden, repräsentiert die Annahme, dass der Einfluss der Politik nicht sofort Wirkung zeigt, sondern eine gewisse Zeit benötigt; so werden Gesetze und Verordnungen selten sofort in Kraft gesetzt. Insbesondere das Budget, welches die kantonalen Spitäler direkt betreffen kann, wird jeweils für das Folgejahr verabschiedet, womit das Budget für Jahr t im Jahr $t-1$ beschlossen wurde.

Die Resultate von Montanari und Nelson (2014) weisen darauf hin, dass der Einfluss der Parteiideologie der Regierungsparteien auf die Resultate der Gesundheitspolitik von der Stärke des Parteiwettbewerbes abhängig ist. Wenzelburger (2015: 92) hält fest, dass der Einfluss verschiedener Parteiideologien in der Regel über den Anteil an Kabinettsitzen gemessen wird. Imbeau et al. (2015: 23) stellen in ihrer Meta-Studie unter anderem auch fest, dass Studien, welche die Parteistärke im Sinne der gewonnenen Stimmen bei Wahlen berücksichtigten, in der Regel erfolgreicher sind beim Nachweis von Parteiendifferenzen. Schmitdt (1996) schliesslich hält in seinem Artikel fest, dass gerade in der Schweiz mit den breiten Regierungskoalitionen die Betrachtung der Regierungspartei kaum anwendbar ist. Die Untersuchung der Parteizusammensetzung der kantonalen Regierungen von Walter und Emmenegger (2019) zeigen, dass die parteipolitische Zusammensetzung sich seit den 1970er Jahren immer schneller und stärker verändert. Nichtsdestotrotz sind die kantonalen

Regierungen in der Regel nach wie vor Konkordanzregierungen, in welchen jeweils die meisten grossen Parteien vertreten sind. Die kantonalen Regierungen sind ebenfalls weiterhin relativ stabil. Ein System mit Regierung und Opposition, wie es in den meisten OECD-Ländern bekannt ist, gibt es in den Schweizer Kantonen nicht. Deshalb werden im Rahmen dieser Arbeit nicht die Regierungen betrachtet, sondern die Parlamente. Insbesondere wird die Parteistärke für jede Partei (p) als Anteil der Parlamentssitze in den kantonalen Legislativen betrachtet. Die Parlamentssitze werden entsprechend den Ausführungen zu den Parteien im ersten Abschnitt dieses Unterkapitels zugeordnet.

$$X_{1pit} = \frac{\text{Anzahl Parlamentssitze}_{p \ i \ t-1}}{\text{Grösse Parlament}_{i \ t-1}}$$

Die Daten werden der Statistik „Kantonale Parlamentswahlen: Mandatsverteilung nach Parteien und Kantonen“ des Bundesamtes für Statistik entnommen. Beim Kanton Appenzell Innerrhoden (AI) kann keine Partezuordnung der Parlamentarierinnen und Parlamentarier vorgenommen werden. Deshalb wird dieser Kanton bei der Betrachtung der Parteien im Parlament fallen gelassen.

Der zweite Ansatz betrachtet die sogenannten Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren, sprich diejenigen Regierungsmitglieder, welche für das Thema Gesundheit zuständig sind und welche dem entsprechenden Verwaltungsteil vorstehen. Die kantonalen Regierungen sind Kollegialbehörden und sind somit in der Regel selbst zuständig für die inhaltliche Aufgabenteilung. Während viele Entscheide auf Regierungsebene durch den gesamten Regierungsrat beschlossen werden, haben die einzelnen Regierungsrätinnen und Regierungsräte auch viele Gestaltungsmöglichkeiten innerhalb ihrer jeweiligen Dossiers. Und in den Fällen, in denen der gesamte Regierungsrat entscheidet, basieren diese Entscheidungen in der Regel auf Vorarbeiten des zuständigen Mitglieds und dessen Untergebenen in der Verwaltung. Sager et al. (2010: 80) halten fest, dass Entscheidungen für oder gegen Steuerungsaktivitäten im ambulanten Sektor vor allem auf der Ebene der Verwaltung und ihres Arbeitsumfeldes, welches ja direkt den Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren untersteht, gefällt werden. Rüfli et al. (2005: 30) nennt die Wahlchancen der Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren als einen der einschränkenden Faktoren bezüglich des Handlungsspielraums der Kantonsregierungen bei der Spitalplanung, was auf den grossen Einfluss dieser Akteurinnen und Akteure auf diesen Bereich hinweist. Deshalb werden, statt wie üblich die Regierungen an sich, die Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren betrachtet.

$$X_{2pit} = \text{Parteizugehörigkeit der Gesundheitsdirektorin / des Gesundheitsdirektors}_{p \ i \ t-1}$$

Die dafür nötigen Daten wurden durch den Autor dieser Arbeit erhoben und sind im Anhang 2 einsehbar. Die Daten basieren auf Angaben von kantonalen Webseiten, dem «Année Politique Suisse», Wikipedia und den Online-Ausgaben verschiedener regionaler Zeitungen. Operationalisiert wird die unabhängige Variable im Rahmen dieser Untersuchung mit fünf Dummies für jede der berücksichtigten Parteien, mit der Ausprägung 1, wenn das Regierungsratsmitglied Mitglied der jeweiligen Partei ist und ansonsten einer Ausprägung von 0. Somit werden folgende Gesundheitsdirektoren nicht berücksichtigt: Mauro Poggia, welcher seit 2014 im Kanton Genf für die Gesundheit zuständig und Mitglied des Mouvement citoyens genevois (MCG) ist, sowie Markus Stadler, welcher bis 2003 als Parteiloser im Kanton Uri für die Gesundheit zuständig war. Alle anderen Regierungsratsmitglieder können entsprechend den im ersten Abschnitt dieses Unterkapitels erläuterten Einteilungen der Parteien einer dieser Parteien zugeordnet werden.

3.1.3 Kontrollvariablen

Die politikwissenschaftliche und ökonomische Literatur zu Einflussfaktoren auf Gesundheitspolitik, Gesundheitsausgaben, Gesundheitsversorgung und Bevölkerungsgesundheit weist eine Vielzahl von möglichen Einflussfaktoren auf. Während gewisse Faktoren in einzelnen Studien signifikanten Einfluss haben, weisen andere Studien keinen nachweisbaren Einfluss nach. Ausser der Studie von Kägi et al. (2004) untersucht kaum eine Studie die Verschiebungen zwischen dem stationären und ambulanten Bereich, sondern legen den Fokus auf andere Fragestellungen, in der Regel auf die gesamten Gesundheitsausgaben. Auf Basis der vorliegenden Forschungsliteratur wird in diesem Unterkapitel einerseits aufgezeigt, welche unabhängigen Kontrollvariablen im Rahmen dieser Arbeit berücksichtigt werden. Andererseits wird aufgeführt, welche Variablen zunächst in Erwägung gezogen, später jedoch fallen gelassen wurden. Dieser Entscheid basiert jeweils auf verschiedenen Faktoren, meist einer Kombination von mangelhafter Datenlage und theoretischen Überlegungen.

Eine Vielzahl von Studien (vgl. Kapitel 2) weisen nach, dass die Angebotsseite einen signifikanten Einfluss auf die Gesundheitsausgaben hat. Unter anderem auf diesen Resultaten basiert auch die in dieser Arbeit untersuchte Annahme, dass die Politik einen wesentlichen Einfluss hat. Die Kantone haben einen Einfluss auf die Steuerung der Spitäler und können ebenfalls, zumindest ein Stück weit, Einfluss auf weitere Faktoren wie die Versorgung durch in Praxen tätige Ärztinnen und Ärzte und somit das Angebot in der Gesundheitsversorgung

nehmen. Daher werden im Rahmen dieser Arbeit keine angebotsseitigen Kontrollvariablen berücksichtigt, ausser der weiter unten aufgeführten Dummy-Variable bezüglich der Universitätsspitäler, da dieser Faktor historisch bedingt ist.

Die Kontrollvariablen sind in drei Unterkategorien aufteilbar. Erstens handelt es sich um Kontrollvariablen, die den politischen Kontext wiedergeben, wie beispielsweise der zeitliche Abstand zu den nächsten Wahlen. Zweitens werden Variablen aufgeführt, welche die Nachfrageseite repräsentieren, wie beispielsweise der Wohlstand oder die Demografie der Bevölkerung. In die dritte Kategorie fallen Variablen, die den institutionellen Kontext ein gewisses Stück weit repräsentieren.

Bei den Kontrollvariablen zum politischen Kontext werden drei mögliche Faktoren im folgenden Abschnitt erläutert.

Je nachdem, wie die Parteiendifferenzhypothese eingebettet wird, spielen erstens Wahlen eine wesentliche Rolle, um Parteiendifferenzen erklären zu können. Die Resultate von Potrafke (2010) weisen darauf hin, dass der Wahltermin auch bei den Ausgaben im Gesundheitsbereich eine signifikante Rolle spielt. Weitere Studien (z.B. Herwartz & Theiler, 2014 oder Montanari & Nelson, 2014) kommen ebenfalls zu ähnlichen Resultaten. Der Zeitpunkt der Wahlen wurde wie die Angaben bezüglich der Parteistärken im Parlament der Statistik „Kantonale Parlamentswahlen: Mandatsverteilung nach Parteien und Kanton“ des BFS entnommen. Die Wahlen für die kantonalen Exekutiven und Legislativen finden jeweils gleichzeitig statt, mit einer Ausnahme: Im Kanton Appenzell Ausserrhoden wird die Exekutive jährlich neu gewählt. Nachfolgewahlen während der Legislaturperiode für zurücktretende Regierungsratsmitglieder werden für diese Arbeit nicht berücksichtigt, da einerseits der Anreiz, die Tätigkeiten anzupassen um die eigene Wiederwahl zu sichern nicht gegeben ist und andererseits diese Zeitpunkte auch nicht im Voraus von anderen Politikerinnen und Politikern berücksichtigt werden können. Operationalisiert wird die Kontrollvariable für den Wahlzeitpunkt mit einer ganzen Zahl zwischen -4 und 0⁸. Im Jahr, in dem eine Wahl stattfindet, wird eine Null eingesetzt, für das Jahr vor der Wahl eine -1, etc.

Das Resultat von Herwartz und Theiler (2014), dass ein Einfluss der Regierungsideologie auf die Gesundheitsausgaben nur feststellbar ist, wenn die Regierung genügend lange an der

8 In den meisten Kantonen finden die Wahlen alle vier Jahre statt, in diesen Fällen enthält die Kontrollvariable Ausprägungen zwischen -3 und 0. Ausnahmen bilden der erwähnte Kanton Appenzell Ausserrhoden mit der jährlichen Wahl der Regierung und die Kantone Freiburg und Waadt, sowie seit 2001 der Kanton Jura und seit 2013 der Kanton Genf, welche eine Legislaturlänge von 5 Jahren haben.

Macht war, weist darauf hin, dass zweitens die Berücksichtigung der Amtsdauer wichtig sein könnte. Weitere Resultate bestätigen dies, wie beispielsweise Clemente et al. (2016), die festhalten, dass je länger eine Regierung an der Macht ist, die Einflüsse der Parteiideologie auf die Gesundheitsausgaben umso stärker feststellbar sind. Auch die Resultate von Bellido et al. (2018) weisen darauf hin, dass je länger eine Regierung im Amt ist, ihre Effekte umso stärker sind. Den gleichen Effekt stellen bereits Navarro et al. (2006) fest. Schmitt (2016) kritisiert an den bisherigen Studien mit Panel-Daten bezüglich des Parteeinflusses auf die Sozialausgaben, dass nicht die einzelnen Regierungen betrachtet werden. Analog dazu wird im Rahmen dieser Arbeit für die Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren die unabhängige Variable der Amtsdauer der Gesundheitsdirektorin respektive des Gesundheitsdirektors als Moderator für den Einfluss dieser Personen kontrolliert. Als Amtsdauer wird die Anzahl Jahre der zuständigen Person im Regierungsrat genommen. Als Jahr im Amt gilt, wenn eine Person die Mehrheit des Jahres (> 6 Monate) das Amt innehatte, der genaue Zeitpunkt innerhalb des Jahres wird nicht berücksichtigt. Das heisst operationalisiert, dass bei einer Neuwahl, auch wenn es sich um eine Person derselben Partei handelt, der Zähler wieder auf Null gesetzt wird. Ebenfalls wird die Zählung bei Null begonnen, wenn ein bisheriges Regierungsmitglied neu den für die Gesundheit verantwortlichen Verwaltungsteil leitet. Die dafür nötigen Daten wurden speziell für diese Arbeit zusammengetragen und sind in Anhang 2 einsehbar.

Weitere mögliche Faktoren, die nach Betrachtung der aktuellen Forschungsliteratur (vgl. Kapitel 2) kontrolliert werden könnten, sind drittens die Prüfung von Minderheitenregierungen und Koalitionsregierungen. Inwiefern diese Variablen einen Einfluss haben, ist nicht klar. So kann Potrafke (2010) beispielsweise keinen signifikanten Einfluss finden. Wichtiger ist jedoch, dass diese Variablen im Kontext der Schweizer Kantone wenig Sinn machen. Alle Kantonsregierungen sind mehr oder weniger umfassende Koalitionsregierungen. Minderheitenregierungen, wie es sie teilweise in anderen Staaten gibt, sind in der Schweiz nicht bekannt. Deshalb wird auf die Kontrolle dieser Faktoren verzichtet.

Die zweite Kategorie der Kontrollvariablen sind Variablen, welche gemäss Forschungsliteratur die Nachfrageseite bei der Gesundheitsversorgung beeinflussen. Diese Faktoren unterscheiden sich möglicherweise bezüglich des Einflusses auf die ambulante und die stationäre Spitalversorgung.

Das Bruttoinlandprodukt (BIP) pro Kopf wird wiederholt als signifikanten Einflussfaktor auf

die Gesundheitsausgaben präsentiert (vgl. Bellido et al., 2018; Brändle & Colombier, 2016; Clemente et al., 2016; de la Maisonneuve et al., 2016; etc.). Die Studie von Reich et al. (2012) führt zwar zu einem signifikanten negativen Effekt, die Autorinnen und Autoren führen dies jedoch auf ihr Datenmaterial zurück. Auf die Berücksichtigung des BIP wird im Rahmen dieser Arbeit verzichtet. Erstens sind kantonale Zahlen zum BIP erst ab dem Jahr 2008 erhältlich, das heisst die Daten sind nicht für den gesamten Untersuchungszeitraum vorhanden. Zweitens existiert mit dem Instrument des kantonalen Finanzausgleiches ein Instrument, welches kantonale Unterschiede bezüglich des BIP's auszugleichen versucht. Drittens ist die Schweiz eine Nation von Pendlerinnen und Pendler, das heisst die Bevölkerung erarbeitet das BIP möglicherweise in einem anderen Kanton als sie wohnt. Das heisst, das BIP würde einem ersten Kanton zugeschrieben, während der Rest unserer Daten einem zweiten Kanton zugeschrieben werden. Aus diesen drei Gründen wird auf eine Kontrollvariable bezüglich des BIP's verzichtet.

Die Arbeitslosenrate hat gemäss mehreren Studien ebenfalls einen positiven Einfluss auf die Gesundheitsausgaben (vgl. Brändle & Colombier, 2016; Reich et al., 2012; Bellido et al., 2018). Es ist vorstellbar, dass dies einen Einfluss auf die abhängige Variable hat, weil sich einerseits möglicherweise der Zugang zu den verschiedenen Dienstleistungen unterscheidet oder weil Arbeitslose stärker auf gewisse Gesundheitsleistungen zurückgreifen. Die Arbeitslosenrate wird auf Basis der Anzahl Arbeitslosen geteilt durch die Wohnbevölkerung der Kantone errechnet. Die Anzahl Arbeitslosen wird der Tabelle „Registrierte Stellensuchende nach Kanton, Jahresdurchschnitt“ des BFS entnommen und die kantonale Wohnbevölkerung der Tabelle „Struktur der ständigen Wohnbevölkerung nach Kanton“, welche ebenfalls vom BFS veröffentlicht wird.

Die Altersstruktur ist ebenfalls ein Faktor, welcher häufig in der Forschungsliteratur berücksichtigt wird. Einerseits wird oft der Anteil der älteren Bevölkerung berücksichtigt, andererseits berücksichtigen einige Arbeiten auch den Anteil der jüngsten Bevölkerung.

Colombier und Brändle (2016), wie auch Reich et al. (2012) können keinen signifikanten Effekt bezüglich des Einflusses der über 65-Jährigen auf die Gesundheitsversorgung feststellen. Weitere Studien (z.B. Blomqvist & Carter, 1997; Bellido et al., 2018; Crivelli et al., 2006) stellen jedoch einen signifikanten positiven Einfluss auf die Gesundheitsausgaben durch einen grösseren Bevölkerungsteil, welcher ein bestimmtes Alter überschritten hat, fest. Unabhängig von den Effekten auf die Gesamtausgaben im Gesundheitswesen, ist bezüglich

der älteren Bevölkerung ein Effekt auf die Verteilung zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich zu erwarten. Denn der Anteil der über 60-Jährigen an der Gesamtnachfrage betrug 2010 im ambulanten Gesundheitswesen 41%, während die Nachfrage bei den stationären Gesundheitsleistungen 56% betrug (Credit Suisse, 2013: 21).

Bei den Jungen variieren die Resultate bezüglich der Gesundheitsausgaben je nach Studie. Colombier und Brändle (2016) und Crivelli et al. (2006) haben einen negativen Effekt bei einem wachsenden Anteil von Kleinkindern festgestellt, jedoch ist das Resultat nur in gewissen Modellen signifikant. Bellido et al. (2018) stellen einen negativen Effekt auf die Gesundheitskosten durch die jüngere Bevölkerung fest, sind jedoch ihren Resultaten gegenüber kritisch. Reich et al. (2012) weisen in ihrer Studie einen positiven Effekt bei den unter 5-Jährigen nach.

Die Tabelle „Struktur der ständigen Wohnbevölkerung nach Kanton“ des BFS liefert eine Aufteilung der kantonalen Wohnbevölkerung in 0-19-Jährige, in 20-64-Jährige und in über 65-jährige. Sowohl für die Jungen als auch für die Alten werden entsprechende Kontrollvariablen berücksichtigt, bei der ihre Anzahl im Verhältnis zur gesamten Kantonsbevölkerung als Quote berücksichtigt werden.

Der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer an der Gesamtbevölkerung wird in gewissen Studien auch als möglicher Einflussfaktor auf die Gesundheitsausgaben untersucht. Die Resultate von Brändle und Colombier (2016), wie auch von Reich et al. (2012) weisen einen positiven Einfluss auf die Gesundheitsausgaben nach. Laut Brändle und Colombier (2016: 1056) ist dies vor allem auf zwei mögliche Begründungen zurückzuführen: Ausländerinnen und Ausländer vollführen in der Regel körperlich anspruchsvollere Arbeiten, was zu stärkeren gesundheitlichen Problemen führt und entsprechend höhere Gesundheitsausgaben nach sich zieht. Zweitens sei eine höhere Nachfrage nach stationären Behandlungen möglicherweise auf einen schlechteren Zugang zur ambulanten Gesundheitsversorgung aufgrund von höheren Hürden durch Sprachbarrieren und schlechterer Ausbildung zurückzuführen. Entsprechend dem Vorgehen bezüglich der Altersstruktur wird auch für diese Kontrollvariable der relative Anteil der Ausländerinnen und Ausländer an der Gesamtbevölkerung auf Basis der Daten der Tabelle „Struktur der ständigen Wohnbevölkerung nach Kanton“ des BFS berücksichtigt.

Ein weiterer Faktor, welcher die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen durch die Bevölkerung beeinflussen könnte, ist der Bildungsstand. Clemente et al. (2016) untersuchen den Bildungsstand der Bevölkerung zur Erklärung der öffentlichen Gesundheitsausgaben. Sie

können keinen signifikanten Einfluss feststellen. Während dieser Faktor ein spannender Indikator sein könnte, ist anzunehmen, dass der Bildungsstand sowohl mit der Arbeitslosenquote als auch mit dem Anteil der ausländischen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung korreliert. Da zudem die Variable ausser von Clemente et al. (2016) kaum berücksichtigt wird, und Clemente et al. (2016) keine Signifikanz nachweisen können, wird auf die Kontrolle dieses Faktors verzichtet.

Der Urbanisierungsgrad ist ein weiterer Faktor, welcher teilweise berücksichtigt wird. Reich et al. (2012) kontrollieren die Bevölkerungsdichte in den Kantonen und erhalten zwar ein positives Resultat bezüglich des Einflusses auf die Ausgaben, dieses ist jedoch nicht signifikant. Bei ihrer Untersuchung der spanischen Regionen teilen Clemente et al. (2016) die Regionen mit einer hohen Bevölkerungsdichte aufgrund der Resultate denjenigen zu, die tiefere Gesundheitsausgaben haben, was auf einen negativen Effekt hinweist. Crivelli et al. (2006) schliesslich können einen signifikanten positiven Effekt der Bevölkerungsdichte auf die Gesundheitsausgaben nachweisen. Während der Urbanisierungsgrad eine interessante Kontrollvariable wäre, ist die Verwendung der kantonalen Bevölkerungsdichte an dessen Stelle mit Vorsicht zu geniessen. Die Siedlungsstruktur variiert auch innerhalb eines Kantons sehr stark, und während die hohe Bevölkerungsdichte in Genf oder Basel-Stadt tatsächlich die Siedlungsstruktur beschreiben, ist dies in den meisten anderen Kantonen weniger eindeutig. Die Arealstatistik 2004/09 des BFS würde Angaben zur Siedlungsfläche in den Kantonen liefern, welche in Kombination mit Kantonsbevölkerung und Gesamtfläche der Kantone Aussagen bezüglich Urbanisierungsgrad und Siedlungsstruktur zulassen würde. Diese Daten sind jedoch nicht für die einzelnen Jahre vorhanden. Deshalb wird auf die Berücksichtigung des Urbanisierungsgrades verzichtet.

Die dritte Gruppe an allenfalls zu kontrollierenden Faktoren sind diejenigen, welche im breitesten Sinne den institutionellen, kulturellen oder technischen Kontext darstellen. Es werden fünf verschiedene potentielle Faktoren betrachtet.

Einige Studien (vgl. Crivelli et al. 2006, Reich et al., 2012; Vatter und Rüefli, 2003) bauen eine Dummy-Variable für die lateinische Schweiz ein. Je nach Studie wird dabei ein ausgabensteigernder Effekt in der lateinischen Schweiz festgestellt, welcher auf eine Kulturdifferenz zurückgeführt wird. Entsprechend diesen Resultaten wird auch im Rahmen dieser Untersuchung eine Dummy-Variable als Kontrollvariable berücksichtigt. Wenn es sich beim Kanton um einen Kanton handelt, in dem die Mehrheit der Bevölkerung Französisch

oder Italienisch spricht, dann erhält die Dummy-Variable die Ausprägung 1; im Fall, dass die Mehrheit Deutsch spricht, die Ausprägung 0⁹.

Wie unter anderem Rüefli et al. (2005: 152) hinweisen, ist das Vorgehen der Kantone bezüglich der Spitalplanung stark am Status Quo orientiert und neigt somit zu einer Pfadabhängigkeit. Auf Grund dieser Tatsache werden die Standorte der Universitätsspitäler berücksichtigt. Diese sind historisch bedingt und wurden nicht durch die Parteien in den letzten Jahrzehnten bestimmt. Brändle und Colombier (2016) können jedoch keinen entsprechenden Einfluss auf die Gesundheitsausgaben nachweisen. Nichtsdestotrotz ist vorstellbar, dass die Universitätsspitäler aufgrund ihrer Eigenschaft als Universitätsspitäler einen Einfluss auf das Leistungsangebot haben, welches sich von den anderen Spitälern unterscheidet, beispielsweise indem technische Fortschritte früher implementiert werden. Deshalb wird dieser mögliche Einflussfaktor mit Hilfe einer Dummy-Variable berücksichtigt, welche beim Vorhandensein eines Universitätsspitals die Ausprägung 1 und ansonsten 0 erhält¹⁰.

Inwieweit die Kantone eine Steuerung im ambulanten Bereich tätigen können, ist nach Sager et al. (2010: 81) wesentlich von der Grösse der Verwaltung abhängig. Je grösser die Verwaltung, desto stärker sind ihre Fähigkeiten, die Steuerungsaktivitäten umzusetzen. Das heisst, auch wenn Politikerinnen und Politiker gerne die Gesundheitsversorgung steuern möchten, ist es eventuell möglich, dass dies aufgrund einer zu kleinen Verwaltung mit mangelnden Ressourcen nicht möglich ist. Eine grössere Verwaltung kann möglicherweise effizienter arbeiten und eher auf Spezialistinnen und Spezialisten für verschiedene Themen zurückgreifen. Es gibt jedoch keine gute Datenlage zur Grösse der kantonalen Verwaltungen. Dies insbesondere auch, weil die Grösse der Verwaltungen in vielen Kantonen unterschiedlich gemessen wird. So werden beispielsweise in einigen Kantonen Lehrpersonen mitgerechnet, in anderen Kantonen sind Angestellte in der Gesundheitsversorgung mitgezählt und in weiteren Kantonen zählen beide nicht zu der Gesamtgrösse der Verwaltung. Weil es einerseits keine Daten zur Verwaltungsgrösse gibt und andererseits die Regressionsmodelle mit den zusätzlichen Moderationseffekten bezüglich den Freiheitsgraden an ihre Grenzen kommen, wird auf die Berücksichtigung der Verwaltungsgrösse verzichtet.

Wie in Kapitel 2 beobachtet, gab es rund um die Einführungen von SwissDRG und TARMED Brüche in den kantonalen Entwicklungen bezüglich des Verhältnisses zwischen dem

9 Die Kantone welche somit der lateinischen Schweiz zugerechnet werden, sind: Freiburg, Genf, Jura, Neuenburg, Waadt, Wallis und das Tessin.

10 Kantone mit einem Universitätsspital sind: Basel-Stadt, Bern, Genf, Waadt und Zürich.

ambulanten und dem stationären Leistungsbereich der Spitäler. Deshalb wird die Einführung dieser zwei nationalen Vorgaben per Dummy geprüft. Im Fall von TAR MED nimmt der Dummy ab dem Jahr 2005 den Wert 1 an, das heisst für die Jahre 2003 und 2004 hat der Dummy den Wert 0. Die Einführung des TAR MED wurde auf den Oktober 2004 festgeschrieben, das heisst die Mehrheit der Leistungen des Jahres 2004 wurde noch in nicht in TAR MED abgerechnet, weshalb diese Codierung gewählt wird. SwissDRG wurde auf den 1. Januar 2012 eingeführt, daher wird ab dem Jahr 2012 dieser Dummy mit 1 codiert, die vorherigen Jahre erhalten den Wert 0.

Schliesslich ist die letzte Kontrollvariable, welche in Erwägung gezogen wird, jene des technischen Fortschrittes. Vergleichbar mit Kägi et al. (2004) werden in dieser Masterarbeit die Verschiebungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich lediglich als Verschiebung zwischen den Verhältnissen zwischen diesen Behandlungsbereichen untersucht. Wie Kägi et al. hinweisen, finden unabhängig von tatsächlich stattfindenden Verschiebungen (im Sinne einer ambulanten Leistungserbringung welche eine stationäre Leistungserbringung ersetzt) auch Entwicklungen in beiden Bereichen statt, die auf andere Faktoren zurückzuführen sind. Blomqvist und Carter (1997) kommen in ihrer Studie zum Schluss, dass der technologische Wandel der Hauptfaktor für die Zunahme der Gesundheitskosten am Bruttosozialprodukt ist. Somit könnte der technologische Fortschritt ein wesentlicher Faktor sein bei der Erklärung von Verschiebungen der Anteile zwischen dem ambulanten und dem stationären Leistungsbereich. Dieser technische Fortschritt wird in allen Kantonen ähnlich vonstatten gehen, eventuell mit einer Vorreiterrolle durch die Kantone mit Universitätsspitalern, eine Kontrollvariable, welche bereits berücksichtigt wurde. Es wird einfachheitshalber ein relativ stabiles technisches Fortschreiten der Medizintechnologie im Verlauf des Untersuchungszeitraumes angenommen, was erlaubt, den technischen Fortschritt mit dem Einbezug der Jahreszahl als Kontrollvariable abzudecken. Diese Variable deckt jedoch auch andere möglicherweise fortschreitende Tendenzen ab, und muss bei der Auswertung entsprechend vorsichtig interpretiert werden.

3.2 Methode

In diesem Unterkapitel wird die Wahl der Berechnungsmethoden diskutiert. Insbesondere wird der Beck-Katz-Ansatz (vgl. Beck und Katz, 1995, 1996; Beck 2001) diskutiert, welcher für viele Autorinnen und Autoren als Standard gilt (vgl. Jensen, 2011: 917, Plümper et al., 2005). Auf Basis der Analyse dieses Standards und weiterer theoretischer Überlegungen wird ausgeführt, welche methodischen Ansätze im Rahmen dieser Arbeit zur Anwendung kommen.

Obwohl die einfache multivariate Regression auch bei Panel-Daten durchaus als statistisches Analyse-Modell zur Anwendung kommt (z.B. Vatter und Rüefli, 2003), weist eine Vielzahl von Arbeiten darauf hin, dass diese statistische Methode in der Regel ungenügend ist. Für viele Autorinnen und Autoren (vgl. Jensen, 2011: 917, Plümper et al., 2005) ist bei der Untersuchung von Panel-Daten der sogenannte Beck-Katz-Ansatz Standard (vgl. Beck und Katz, 1995, 1996; Beck 2001). Der Ansatz beinhaltet vor allem drei Elemente. Erstens wird ein „panel-corrected standard error“ (PCSE) verwendet statt dem üblichen Standard-Fehler, welcher bei „ordinary least squares“ (OLS) Regressionen in der Regel zur Anwendung kommt. Der PCSE führt zu robusteren Resultaten bei den Regressionen. Da der PCSE jedoch anfällig für Autokorrelationen ist, empfehlen Beck und Katz zweitens die Einführung der abhängigen Variable als zeitversetzte weitere unabhängige Variable. Drittens wird in der Regel anstatt eines sogenannten Random-Effects-Modells (RE-Modell) ein Fixed-Effects-Modell (FE-Modell) verwendet. In beiden Fällen wird in der Regel mit Dummies für die Zeiteinheiten gearbeitet, sprich auch die Zeit wird „fixiert“. Dieses Standard-Vorgehen ist jedoch nicht in allen Fällen geeignet und wurde insbesondere von Plümper et al. (2005) ausführlich kritisiert.

Der PCSE wird wie oben ausgeführt in der Forschungsliteratur häufig verwendet, um bei OLS-Regressionen mit Panel-Daten korrekte Angaben bezüglich den Standard-Fehlern zu erhalten (z.B. Jensen, 2011; Schmidt, 1999). Mit dem «plm package» in R-Studio (vgl. Bailey & Katz, 2011: 2; Croissant & Millo, 2008) kann der PCSE zwar problemlos in R berechnet werden, jedoch sind die methodischen Einschränkungen, die sich bei der Benutzung des PCSE ergeben, nicht zu vernachlässigen. Aufgrund der potentiellen Probleme bezüglich Autokorrelation wird deshalb auf die Benutzung des PCSE verzichtet.

Der Standard in der Forschungsliteratur (vgl. Jensen, 2011: 917) ist, die abhängige Variable um ein Jahr zeitversetzt betrachtet als unabhängige Variable einzubeziehen¹¹, was dem Beck-Katz-Ansatz entspricht. Das Einsetzen der abhängigen Variable als zeitversetzte unabhängige Variable führt, wie dies unter anderem Plümper et al. (2005) ausführen, jedoch zu verschiedenen Problemen, insbesondere wird damit die Erklärungskraft der bewusst gewählten unabhängigen Variablen reduziert. Bei der Ausgestaltung der abhängigen Variable als Wiedergabe der Veränderung der Quote gegenüber dem Vorjahr kann problemlos auf die Einsetzung der abhängigen Variable als zeitversetzte zeitabhängige Variable verzichtet

11 Im Englischen wird der Begriff „lagged variable“ verwendet.

werden. Bei der Nutzung der unabhängigen Variable als Wiedergabe des im jeweiligen Jahr vorliegenden Anteils der ambulanten Leistungen an den gesamten Spitalleistungen, wird im Rahmen dieser Arbeit ebenfalls auf diesen Punkt des Beck-Katz-Ansatzes verzichtet. Dies aus zwei Gründen: Durch den Einbezug von Start-Werten als Kontrollvariablen in einigen der Modelle wird die historische Komponente berücksichtigt und damit das Ziel, welches durch das in der Regel empfohlene Vorgehen erreicht werden soll, ebenfalls abgedeckt. Gleichzeitig wird der Nachteil durch die bewusste Wahl der Kontrollvariablen gegenüber dem Standard-Vorgehen verkleinert.

Ein gewichtiger Unterschied zwischen der standardmässigen Anwendung von RE-Modell und FE-Modell einerseits, und einer OLS-Regression über den Panel-Datensatz als normalen Datensatz¹² andererseits, ist die Berücksichtigung der Datensatz-Struktur. Zudem werden in der Regel für beide Modelle Dummy-Variablen für die Zeiteinheiten eingeführt. Dieses Vorgehen ist in der Forschungsliteratur Standard und wird in den meisten Fällen gar nicht weiter erläutert. Dies ist auf möglicherweise völlig unbrauchbare Resultate zurückzuführen, welche bei der Untersuchung von Panel-Daten ohne diese Zeit-Dummies resultieren könnten. Die Selbstverständlichkeit, mit welcher diese Zeit-Dummies verwendet werden, ist jedoch nicht unproblematisch, wie Plümper et al. (2005) ausführen. Im Fall dieser Arbeit werden gewisse zeitliche Schocks von aussen, wie die Einführung von TARMED und SwissDRG mit Hilfe von Kontrollvariablen abgedeckt. Deshalb scheint die Einführung von zeitlichen Dummies nicht unbedingt angebracht, da sie auch das Rechnungsmodell weiter belasten. Ob die Einführung der Dummies sinnvoll ist, wird im Rahmen dieser Arbeit jeweils mit dem Lagrange-Multiplier-Test geprüft (vgl. Breusch & Pagan, 1980). Der Test wird jeweils bei den Modellen durchgeführt und bestimmt über den Einbezug der Jahres-Dummies.

Die gewichtige Frage ist nun, ob ein RE-Modell oder ein FE-Modell für diese Forschungsarbeit besser geeignet ist. Eine Vielzahl von Untersuchungen, die mit Panel-Daten arbeiten, arbeiten sowohl mit RE-, als auch mit FE-Modellen. Nicht wenige nutzen den sogenannten Hausman-Test, um zu entscheiden, welches der Modelle besser ist (vgl. Bellido et al., 2018; Crivelli et al., 2006; Potrafke, 2010; Reich, 2012). Andere Autorinnen und Autoren entscheiden sich aufgrund ihrer theoretischen Überlegungen und Resultate bisheriger Studien für eines der Modelle. So entscheiden sich Herwartz und Theiler (2014), bei ihrer Untersuchung der OECD-Länder für Fixed-Effects in der Annahme, dass die Verbindungen zwischen den abhängigen und unabhängigen Variablen sehr länderspezifisch sind. Montanari

12 Im Englischen wird der Begriff „pooled data“ verwendet.

und Nelson (2014) entscheiden sich ebenfalls für den Einbezug der Dummies, mit einer ähnlichen Begründung. Andere Autorinnen und Autoren wiederum berechnen beide Modelle, um in der Gesamtsicht möglichst robuste Resultate zu erhalten (z.B. Jensen, 2011).

Für die für diese Arbeit gewählten Modelle, welche unten aufgeführt werden, scheint theoretisch bedingt eine Nutzung des FE-Modells wenig attraktiv, denn die damit verbundenen Nachteile, wie sie Plümper et al. (2005) ausführen, sind nicht zu vernachlässigen. In der Regel werden Länder-Dummies eingeführt, um nicht berücksichtigte länderspezifische Einflüsse damit abzudecken (vgl. Plümper et al., 2005: 330). Einer der Vorteile bei der Untersuchung der Schweizer Kantone ist es, dass die Kantone sich in vielerlei Hinsicht sehr ähnlich sind. Mögliche variierende Einflüsse werden mit Modellen, welche Kontrollvariablen einbeziehen, berücksichtigt, somit fällt ein gewichtiger Vorteil der Länder-Dummies weg. Ein grosser Nachteil der Länder-Dummies – oder in diesem Fall der Kantons-Dummies – ist, dass die Erklärungskraft der unabhängigen Variablen in der gesamtschweizerischen Beobachtung minimiert wird. Wenn ein Niveauunterschied zwischen den Kantonen aufgrund der berücksichtigten unabhängigen Variablen existiert, so wird dieser durch die Dummy-Variablen absorbiert. Nichtsdestotrotz ist das Berücksichtigen von beiden Modellen angebracht, wenn die abhängige Variable in ihrer ersten Ausprägung betrachtet wird. Mit dem Hausman-Test kann jeweils geprüft werden, ob das FE-Modell technisch dem RE-Modell tatsächlich überlegen ist.

Auf Basis dieser Ausführungen lässt sich somit, bevor im nächsten Unterkapitel die Auswahl der Modelle diskutiert wird, festhalten, dass sich die Arbeit am Beck-Katz-Ansatz orientiert, jedoch nur selektiv Elemente übernimmt und diese mit weiteren theoretisch begründeten Elementen ergänzt. Im Rahmen dieser Arbeit werden die Analysen sowohl mit den RE-Modellen wie auch den FE-Modellen durchgeführt. Ob Zeit-Dummies berücksichtigt werden, wird anhand des Lagrange-Multiplier-Tests geprüft. Für die Berechnungen wird das «plm»-Package in R-Studio benutzt (vgl. Croissant & Millo, 2008).

3.3 Modelle

Wie im ersten Unterkapitel dieses Kapitels zum empirischen und methodischen Vorgehen zu den Variablen erläutert, werden zwei unterschiedliche abhängige Variablen und zwei unterschiedliche erklärende unabhängige Variablen betrachtet. In diesem Unterkapitel wurde neben der Datenquelle der Variablen auch deren Operationalisierung erläutert. Der methodische Ansatz, wie im vorangehenden Unterkapitel erläutert, wird für alle Modelle

gleich angewendet. Das grundsätzliche Modell lautet:

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 * X_{p_{it}} + (\beta_2 * X_{2p_{it}} * M_{it}) + \beta_3 * K_{it} + (\alpha_t) + \varepsilon_{it}$$

Das Modell wird jeweils für beide abhängigen Variablen (Y) mit je einer Variante für die unabhängigen parteipolitischen Variablen (X) separat berechnet. Bei X_2 wird jeweils ein Interaktionsterm berücksichtigt: Es wird der Effekt der Amtsdauer der Regierungsratsmitglieder (M) als Moderator mit dem Effekt der Partei der Gesundheitsdirektorin oder des Gesundheitsdirektors multipliziert. Dies, wie bereits vorangehend erwähnt in der Annahme, dass die Wirkung eines Regierungsratsmitgliedes sich stärker auszeichnet, je länger dieses im Amt ist. Je nach Modell wird eine unterschiedliche Anzahl an weiteren Kontrollvariablen (K) berücksichtigt. Das Alpha schliesslich steht für die Zeit-Dummies, falls diese berücksichtigt werden, und Epsilon ist der Fehlerterm.

Insgesamt werden vier verschiedene Modelle betrachtet, jeweils in unterschiedlicher Ausgestaltung. Für die erste abhängige Variable (Y_1) wird jeweils sowohl ein RE-Modell als auch ein FE-Modell berechnet. Diese werden mit dem Hausman-Test verglichen und anschliessend dem Lagrange-Multiplier-Test unterzogen. Mit diesen zwei Tests wird festgestellt, welche Variante am robustesten ist und nur deren Resultate werden im Kapitel 4 zu den Resultaten aufgeführt. Die zweite abhängige Variable (Y_2) wird jeweils mit einem RE-Modell berechnet, da der Einsatz von Dummies aufgrund der Ausgestaltung der abhängigen Variable nicht nötig sein sollte.

Das Modell 1 berücksichtigt lediglich die politischen Variablen, sprich die für die Forschungsfrage relevanten unabhängigen Variablen mit der Kontrollvariable für die Amtszeit als Moderationseffekt bei Y_2 , sowie die Kontrollvariable für den Zeitpunkt der Wahlen.

Das Modell 2 ergänzt das Modell 1 mit den Kontrollvariablen, welche die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ein Stück weit abbilden sollen. Es werden die Kontrollvariablen für den Anteil an Arbeitslosen, der jungen Bevölkerung unter 20 Jahren, der alten Bevölkerung über 65 Jahren und der Ausländerinnen und Ausländer an der Gesamtbevölkerung miteinbezogen.

Modell 3 schliesslich ergänzt Modell 2 mit den restlichen Kontrollvariablen. Dies sind Kontrollvariablen für die lateinische Schweiz und das Vorhandensein von Universitätsspitalern, sowie die Kontrollvariable bezüglich des Jahres, welche den technischen Fortschritt abdecken soll.

Das Modell 4 schliesslich überprüft die beiden parteipolitischen Variablenausgestaltungen zusammen. Mit einem Interaktionsterm wird eine mögliche Interaktion der beiden

parteilpolitischen Variablen berücksichtigt.

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 * X_{1pit} + \beta_2 * X_{2pit} + \beta_3 * X_{1pit} * X_{2pit} + \beta_4 * K_{it} + \alpha_t + \varepsilon_{it}$$

In Modell 4 werden also beide erklärenden unabhängigen Variablen eingesetzt (X_1 und X_2). Es ist vorstellbar, dass eine stärkere Vertretung einer Partei im Parlament (X_1) vor allem dann einen Effekt auf die Verschiebungen zwischen den Leistungsbereichen hat, wenn die zuständige Person im Regierungsrat auch dieser Partei (X_2) angehört. Entsprechend wird hier ein Interaktionsterm eingesetzt. Operationalisiert bedeutet dies fünf Interaktionsterme zwischen der jeweiligen Parteistärke im Parlament und dem jeweiligen Dummy der Partei für das Regierungsratsmitglied. Aufgrund dieser zusätzlichen Variablen werden die Freiheitsgrade der Regressionen stark belastet. Daher werden im Modell 4 nur diejenigen Kontrollvariablen berücksichtigt, welche laut den Modellen 1, 2 oder 3 einen signifikanten Einfluss auf die abhängigen Variablen haben. Welche dies sind, wird bei den Ausführungen zu den Resultaten bei Modell 4 erläutert.

4 Resultate

Im Rahmen dieses Kapitels werden die Resultate der vier verschiedenen Regressions-Modelle präsentiert, welche im vorherigen Kapitel erläutert wurden. Für jedes Modell werden die Resultate in einer eigenen Tabelle aufgeführt und beschrieben. Am Ende dieses Kapitels folgt eine kurze Gesamtschau der Resultate, bevor sie im nächsten Kapitel diskutiert werden.

Für die Regressionen wurden zwei unterschiedliche abhängige Variablen benutzt. Y_1 ist der Anteil der ambulanten Leistungen im Verhältnis zur Gesamtleistung der Spitäler. Y_2 ist die Veränderung dieses Verhältnisses gegenüber dem Vorjahr. Die Stärke der Parteien wurde ebenfalls in zwei unterschiedlichen Ausgestaltungen eingefangen, einmal mit dem Anteil der Parlamentssitze und einmal mit Dummies, ob das zuständige Regierungsratsmitglied der entsprechenden Partei zugehört. Bei den ersten drei Modellen werden vier unterschiedliche Varianten präsentiert, jeweils eine für jede Kombination der abhängigen Variable und der unabhängigen Parteivariablen. Bei den Regressionen mit der abhängigen Variablen Y_1 wurde jeweils sowohl ein RE-, als auch ein FE-Modell berechnet, sowie Varianten mit und ohne Zeit-Dummies. Es werden jeweils nur die Resultate derjenigen Regression abgebildet, welche nach dem Hausman-Test und dem Lagrange-Multiplier-Test am robustesten sind.

In diesem ersten Abschnitt werden die Resultate von Modell 1 präsentiert, welche auch in Tabelle 1 abgebildet sind. Bei den Regressionen mit Y_2 liegt keine Signifikanz vor und die Betrachtungen zum R^2 und der F-Statistik weisen darauf hin, dass diese Modellvarianten keine brauchbaren Resultate liefern. Die Resultate bezüglich der SVP und der FDP sind nur in einer Variante signifikant, und zwar scheint der Anteil der ambulanten Leistungen an den Spitalleistungen kleiner zu sein, wenn ein SVP- oder FDP-Mitglied zuständig für das Gesundheitsdossier im Regierungsrat ist. Dieser Wert ist dabei mit -0.034 respektive -0.036 bei beiden Parteien sehr ähnlich. Bei der CVP liegen keine signifikanten Werte vor. Bei der SP liegt ein ähnliches Resultat vor wie bei der SVP und der FDP, in diesem Fall ist der Wert jedoch weniger signifikant und beträgt -0.030. Für die GPS liegt ein signifikanter Wert bezüglich der Parteistärke im Parlament vor, welcher positiv ist. Die resultierenden Werte für die berücksichtigten Kontrollvariablen sind in keinem Fall signifikant und haben absolut betrachtet sehr kleine Werte.

In der Tabelle 2 können die Resultate von Modell 2 abgelesen werden. Zusätzlich zu Modell 1 werden hier Kontrollvariablen bezüglich der Demografie und somit der vermeintlichen Nachfrage berücksichtigt. Insgesamt fallen die Resultate sehr ähnlich aus wie bei Modell 1.

Tabelle 1: Resultate Modell 1

	1a	1b	1c	1d
Abhängige Variable	Y ₁	Y ₂	Y ₁	Y ₂
Modell-Typ	FE	RE	RE	RE
Zeit-Dummies	Ja	Nein	Ja	Nein
Parteivariablen	Parlament	Parlament	Regierung	Regierung
SVP	0.01 (-0.044)	0.009 (-0.021)	-0.034* (-0.019)	0.007 (-0.024)
FDP	-0.071 (-0.053)	0.019 (-0.029)	-0.036** (-0.018)	0.007 (-0.023)
CVP	-0.063 (-0.065)	0.011 (-0.019)	-0.021 (-0.018)	0.012 (-0.023)
SP	-0.046 (-0.061)	0.014 (-0.028)	-0.030* (-0.018)	0.005 (-0.022)
GPS	0.101** (-0.051)	0.018 (-0.033)	-0.019 (-0.02)	0.017 (-0.024)
RR.Amtsjahre			-0.01 (-0.01)	0.004 (-0.012)
SVP * RR.Amtsjahre			0.012 (-0.01)	-0.004 (-0.012)
FDP * RR.Amtsjahre			0.011 (-0.01)	-0.003 (-0.012)
CVP * RR.Amtsjahre			0.01 (-0.01)	-0.005 (-0.012)
SP * RR.Amtsjahre			0.009 (-0.01)	-0.004 (-0.012)
GPS * RR.Amtsjahre			0.01 (-0.01)	-0.005 (-0.012)
Wahljahr	0.001 (-0.001)	0.0001 (-0.001)	0.0001 (-0.001)	0.0003 (-0.001)
Konstante		-0.004 (-0.018)	0.365*** (-0.019)	0.001 (-0.022)
N	350	350	364	364
R ²	0.805	0.002	0.783	0.008
Adjusted R ²	0.777	-0.016	0.767	-0.026
F Statistik	66.419***	0.626	1,222.972***	2.882

Anmerkungen:

Signifikanzniveaus: * $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

Alle Koeffizienten und Standardabweichungen (in Klammern dargestellt) wurden auf drei Nachkommastellen gerundet.

Bei Modellen a und c wurde auf Basis des Hausman-Test und des Lagrange Multiplier Tests entschieden, ob fixe Effekte für die Zeit- und Ortseinheiten (Jahre und Kantone) verwendet werden.

Die Resultate der Regressionen mit Y₂ sind wieder nicht ansatzweise robust und werden nicht weiter erläutert. Wie bei Modell 1 sind für die SVP und FDP die Werte beim Regierungsamt signifikant und haben die gleichen negativen Werte. Bei der CVP liegt wieder kein signifikanter Wert vor, wie in diesem Modell auch bei der SP. Bei der GPS wiederum ist der Wert bezüglich der Parlamentsstärke wieder signifikant und positiv. Die Kontrollvariablen bezüglich Anzahl Amtsjahre der Regierungsratsmitglieder und bezüglich Wahljahr fallen wie

Tabelle 2: Resultate Modell 2

	2a	2b	2c	2d
Abhängige Variable	Y ₁	Y ₂	Y ₁	Y ₂
Modell-Typ	FE	RE	RE	RE
Zeit-Dummies	Ja	Nein	Ja	Nein
Parteivariablen	Parlament	Parlament	Regierung	Regierung
SVP	0.02 (-0.046)	0.015 (-0.023)	-0.034* (-0.019)	0.007 (-0.024)
FDP	-0.05 (-0.058)	0.021 (-0.029)	-0.036** (-0.018)	0.009 (-0.023)
CVP	-0.076 (-0.07)	0.018 (-0.02)	-0.022 (-0.018)	0.011 (-0.023)
SP	-0.014 (-0.065)	0.015 (-0.029)	-0.03 (-0.018)	0.006 (-0.023)
GPS	0.098* (-0.054)	0.013 (-0.037)	-0.018 (-0.02)	0.018 (-0.025)
RR.Amtsahre			-0.008 (-0.01)	0.002 (-0.012)
SVP * RR.Amtsahre			0.01 (-0.01)	-0.002 (-0.012)
FDP * RR.Amtsahre			0.008 (-0.01)	-0.001 (-0.012)
CVP * RR.Amtsahre			0.008 (-0.01)	-0.003 (-0.012)
SP * RR.Amtsahre			0.007 (-0.01)	-0.002 (-0.012)
GPS * RR.Amtsahre			0.007 (-0.01)	-0.003 (-0.012)
Wahljahr	0.001 (-0.001)	0.0001 (-0.001)	0.0001 (-0.001)	0.0003 (-0.001)
Anteil Stellensuchende	0.453 (-0.509)	-0.163 (-0.316)	0.517 (-0.553)	-0.101 (-0.287)
Anteil U20	0.611** (-0.283)	0.113 (-0.171)	0.826*** (-0.253)	0.108 (-0.15)
Anteil Ü64	0.411 (-0.29)	0.131 (-0.145)	0.710** (-0.289)	0.121 (-0.132)
Anteil Ausländer*innen	-0.257 (-0.24)	0.036 (-0.039)	0.12 (-0.209)	0.036 (-0.039)
Konstante		-0.058 (-0.067)		-0.048 (-0.06)
N	350	350	364	364
R ²	0.809	0.006	0.804	0.013
Adjusted R ²	0.779	-0.024	0.77	-0.033
F Statistik	55.651***	1.901	43.733***	4.403

Anmerkungen:

*Signifikanzniveaus: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01*

Alle Koeffizienten und Standardabweichungen (in Klammern dargestellt) wurden auf drei Nachkommastellen gerundet.

Bei den Modellen a und c wurde auf Basis des Hausman-Tests und des Lagrange-Multiplier-Tests entschieden, ob fixe Effekte für die Zeit- und Ortseinheiten (Jahre und Kantone) verwendet werden.

bei Modell 1 nicht signifikant aus. Ebenfalls liegen bezüglich dem Anteil der Stellensuchenden an der Gesamtbevölkerung keine signifikanten Werte vor. Bezüglich der Altersstruktur der Bevölkerung liegen jedoch signifikante Werte vor. Ein höherer Anteil der

jungen Bevölkerung korreliert sowohl bei der Regression mit dem Parlamentsanteil als auch bei der Regression bezüglich Regierungsratsmitgliedern signifikant positiv mit dem Anteil der ambulanten Leistungen an den gesamten Spitalleistungen. Bezüglich der älteren Bevölkerung ist der Wert auch in beiden Fällen positiv, jedoch nur bei der Variante bezüglich der Gesundheitsdirektion signifikant. Der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer an der Gesamtbevölkerung wiederum liefert keine signifikanten Werte.

Das dritte Modell (vgl. Tabelle 3) mit den zusätzlichen Kontrollvariablen hat gegenüber den ersten zwei Modellen den starken Vorteil, dass die Resultate für die zweite abhängige Variable, der jährlichen Veränderung im Anteil der ambulanten Leistungen an den Gesamtleistungen, interpretierbar sind. Das R^2 , beziehungsweise das Adjusted R^2 weisen jedoch darauf hin, dass die Aussagekraft der Modelle immer noch sehr beschränkt ist. Für die SVP liegt wieder ein signifikanter Wert vor, und zwar ist der Anteil der ambulanten Leistungen kleiner wenn ein SVP-Mitglied in der Regierung für die Gesundheit zuständig ist. Bei der FDP liegen zwei signifikante Werte vor. Einerseits liegt ein signifikant positives

Tabelle 3: Resultate Modell 3

	3a	3b	3c	3d
Abhängige Variable	Y_1	Y_2	Y_1	Y_2
Modell-Typ	RE	RE	RE	RE
Zeit-Dummies	Ja	Nein	Ja	Nein
Parteivariablen	Parlament	Parlament	Regierung	Regierung
SVP	0.041 (-0.041)	0.028 (-0.025)	-0.035* (-0.019)	-0.022 (-0.022)
FDP	-0.004 (-0.051)	0.055* (-0.029)	-0.034* (-0.018)	-0.021 (-0.021)
CVP	-0.017 (-0.047)	0.031 (-0.021)	-0.024 (-0.018)	-0.018 (-0.021)
SP	-0.04 (-0.056)	0.036 (-0.029)	-0.031* (-0.018)	-0.03 (-0.021)
GPS	0.093* (-0.05)	-0.013 (-0.034)	-0.018 (-0.02)	-0.01 (-0.023)
RR.Amtsjahre			0.012 (-0.01)	0.01 (-0.011)
SVP * RR.Amtsjahre			0.011 (-0.009)	0.011 (-0.011)
FDP * RR.Amtsjahre			0.01 (-0.009)	0.009 (-0.011)
CVP * RR.Amtsjahre			0.009 (-0.009)	0.011 (-0.011)
SP * RR.Amtsjahre			0.009 (-0.01)	0.008 (-0.011)
GPS * RR.Amtsjahre			-0.01 (-0.009)	-0.01 (-0.011)
Wahljahr	0.0004 (-0.001)	-0.0003 (-0.001)	0.0002 (-0.001)	-0.0001 (-0.001)

Anteil Stellensuchende	0.269 (-0.493)	0.46 (-0.352)	0.433 (-0.528)	0.412 (-0.337)
Anteil U20	0.570** (-0.263)	0.169 (-0.182)	0.803*** (-0.235)	0.149 (-0.152)
Anteil Ü64	0.235 (-0.255)	0.057 (-0.15)	0.495* (-0.258)	0.112 (-0.128)
Anteil Ausländer*innen	-0.076 (-0.115)	-0.014 (-0.039)	0.081 (-0.122)	-0.003 (-0.041)
Lat.CH	0.023 (-0.016)	-0.006 (-0.006)	0.009 (-0.02)	-0.0004 (-0.005)
Unispital	0.002 (-0.018)	0.005 (-0.005)	-0.003 (-0.022)	-0.001 (-0.004)
SwissDRG	-0.076** (-0.031)	-0.016*** (-0.005)	-0.077** (-0.03)	-0.016*** (-0.005)
TARMED	-0.03 (-0.04)	0.041*** (-0.006)	-0.023 (-0.039)	0.042*** (-0.006)
Jahr	0.020*** (-0.006)	0.002** (-0.001)	0.020*** (-0.005)	0.001 (-0.001)
Konstante	0.133 (-0.101)	-0.123* (-0.071)	0.036 (-0.089)	-0.073 (-0.059)
N	350	350	364	364
R ²	0.795	0.199	0.795	0.201
Adjusted R ²	0.78	0.164	0.776	0.152
F Statistik	1,259.209***	83.229***	1,291.465***	86.134***
<i>Anmerkungen:</i>				
<i>Signifikanzniveaus: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01</i>				
<i>Alle Koeffizienten und Standardabweichungen (in Klammern dargestellt) wurden auf drei Nachkommastellen gerundet.</i>				
<i>Bei den Modellen a und c wurde auf Basis des Hausman-Tests und des Lagrange-Multiplier-Tests entschieden, ob fixe Effekte für die Zeit- und Ortseinheiten (Jahre und Kantone) verwendet werden.</i>				

Wachstum des ambulanten Leistungsbereiches bei einer stärkeren FDP-Vertretung im Parlament vor, gleichzeitig ist der Anteil der ambulanten Leistungen kleiner, wenn das Gesundheitsdossier in der Verantwortung eines FDP-Mitgliedes liegt. Bei der SP ist wie bei der SVP der Wert bezüglich Y_1 und der Regierungsverantwortung negativ. Und bei den Grünen schliesslich liegt wie bei den vorherigen beiden Modellen ein signifikant positiver Wert für Y_1 und die Parlamentsstärke vor. Bei Modell 3 liegt wieder bei denjenigen Werten eine Signifikanz vor, welche diese auch bei Modell 2 bereits hatten. Das heisst, bezüglich der Altersstruktur liegen signifikante positive Korrelationen sowohl für einen höheren Anteil junger als auch alter Personen vor. Für die anderen Kontrollvariablen bezüglich Politik und Nachfrage liegen keine signifikanten Werte vor. Ebenfalls liefern die Dummies für die lateinische Schweiz und die Standortkantone der Universitätsspitäler keine signifikanten Werte. Der Dummy für das SwissDRG liefert in allen vierten Varianten des Modells einen signifikant negativen Wert. Der Dummy für das TARMED-System hat für die Modelle mit Y_2 einen signifikant positiven Wert, bei Y_1 sind die Werte negativ, jedoch nicht signifikant. Schliesslich ist Y in den ersten drei Varianten des Modells umso signifikant höher, je höher

die Jahreszahl ist. In der vierten Variante liegt keine Signifikanz vor.

Das Modell 4 kombiniert die bisher getrennt betrachteten Parteivariablen und kontrolliert, wie in Kapitel drei bereits erläutert, die Interaktion zwischen Parlamentsfraktionen und den Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren einer Partei. Aufgrund der bei Modell 1, 2 und 3 vorliegenden Resultate wurden die für Modell 4 benutzten Kontrollvariablen selektioniert. Es wurde auf die Variablen bezüglich Amtsdauer, Wahljahr, Anzahl Stellensuchenden, Ausländerinnen und Ausländer, der lateinischen Schweiz und den Universitätsspitalern verzichtet. Die resultierenden Werte dieser Regressionen sind in Tabelle 4 einsehbar. Bei der SVP liegt ein signifikanter Wert vor, und zwar beim Interaktionsterm. Wenn ein SVP-Mitglied die Verantwortung für das Gesundheitsdossier im Regierungsrat hat, sinkt der Anteil der ambulanten Leistungen mit wachsendem Anteil an durch die SVP besetzten Sitzen im Parlament. Bei der FDP sind sowohl der Wert für den Regierungsrat als auch der Interaktionsterm für Y_1 signifikant. Der Anteil der ambulanten Leistungen fällt höher aus, wenn die FDP mehr Sitze im Parlament hat, unter der Bedingung, dass auch die Gesundheitsdirektion von einem FDP-Mitglied geleitet wird. Für die CVP liegen keine signifikanten Werte vor. Bei der SP sind alle Werte für Y_1 signifikant und bezüglich der Parlamentsstärke liegt sogar ein signifikanter Wert bei Y_2 vor. Ein höherer Anteil an Parlamentssitzen der SP führt laut Regression zu einem geringeren Anteil der ambulanten Leistungen, falls nicht im Regierungsrat ein SP-Mitglieder für das Gesundheitsdossier zuständig ist. Falls das Dossier bei einem SP-Mitglied liegt, wird der Wert durch den Interaktionsterm überkompensiert und führt ab einem Sitzanteil von rund 10% zu einem positiven Effekt. Der Anteil an SP-Parlamentssitzen hat beim Modell mit Y_2 , also der Veränderung des Anteils der ambulanten Leistungen, einen signifikant positiven Wert. Bei der GPS schliesslich liegen ebenfalls zwei signifikante Werte bezüglich Y_1 vor. Ein grösserer Anteil an Parlamentssitzen der GPS korreliert mit einem höheren Anteil der ambulanten Leistungen, jedoch nur ohne entsprechendem Parteimitglied in der Regierungsposition. In diesem Fall ist der Wert signifikant negativ und absolut betrachtet sehr hoch. Bei den Kontrollvariablen liegen wiederum teilweise signifikante Werte vor. Der Anteil der unter 20-Jährigen korreliert signifikant positiv mit dem Anteil der ambulanten Leistungen, jedoch nicht mit der Veränderung dieses Anteils. Für den Anteil der über 64-Jährigen liegt keine Signifikanz vor. Die Werte des SwissDRG-Dummies ist sowohl für den Anteil, als auch für die Veränderung des Anteils der ambulanten Leistungen negativ und signifikant. Der Wert des Dummies für den TARMED ist nur bezüglich der Veränderung des Anteils der ambulanten

Tabelle 4: Resultate Modell 4

	4a	4b
Abhängige Variable	Y_1	Y_2
Modell-Typ	RE	RE
Zeit-Dummies	Ja	Nein
Parl.SVP	0.025 (-0.042)	0.019 (-0.022)
RR. SVP	0.035 (-0.029)	-0.02 (-0.032)
Parl.*RR.SVP	-0.160* (-0.09)	0.042 (-0.097)
Parl. FDP	-0.053 (0.052)	0.048 (0.032)
RR. FDP	-0.055*** (-0.016)	-0.017 (-0.016)
Parl.*RR.FDP	0.127*** (-0.046)	0.043 (-0.043)
Parl. CVP	-0.0002 (-0.047)	0.023 (-0.019)
RR.CVP	-0.006 (-0.014)	-0.012 (-0.014)
Parl.*RR.CVP	-0.018 (-0.058)	0.025 (-0.031)
Parl. SP	-0.153** (-0.062)	0.066* (-0.035)
RR.SP	-0.051*** (-0.016)	-0.008 (-0.015)
Parl.*RR.SP	0.162*** (-0.049)	-0.021 (-0.041)
Parl GPS	0.091* (-0.05)	-0.009 (-0.038)
RR.GPS	0.046 (-0.028)	0.005 (-0.03)
Parl.*RR.GPS	-0.547** (-0.23)	-0.053 (-0.235)
Anteil U20	0.565** (-0.26)	0.108 (-0.143)
Anteil Ü64	0.386 (-0.261)	0.034 (-0.127)
SwissDRG	-0.079*** (-0.03)	-0.017*** (-0.005)
TARMED	-0.032 (-0.038)	0.040*** (-0.006)
Jahr	0.020*** (-0.005)	0.002** (-0.001)
Konstante	0.154 (-0.097)	-0.089 (-0.057)
N	350	350
R ²	0.817	0.213
Adjusted R ²	0.8	0.165
F Statistik	1,423.841***	88.839***

Anmerkungen:

Signifikanzniveaus: * $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

Alle Koeffizienten und Standardabweichungen (in Klammern dargestellt) wurden auf drei Nachkommastellen gerundet.

Bei den Modellen a wurde auf Basis des Hausman-Tests und des Lagrange-Multiplier-Tests entschieden, ob fixe Effekte für die Zeit- und Ortseinheiten (Jahre und Kantone) verwendet werden.

Leistungen signifikant und fällt in dem Fall positiv aus. Die Kontrollvariable für die Jahreszahl schliesslich ist in beiden Regressionsvarianten signifikant und positiv.

Bevor im nächsten Kapitel diese Resultate diskutiert werden, lässt sich zusammenfassend folgendes festhalten: Die Resultate bezüglich der Ausrichtung und Signifikanz sind bei verschiedenen Variablen, jedoch nicht bei allen, über die Modelle hinweg einigermaßen konsistent. In allen Modellen liegt eine negative Korrelation zum ambulanten Leistungsanteil bei einer Parteizugehörigkeit zur FDP beim zuständigen Regierungsmitglied vor. Weiter ist der Wert des SP-Anteils in der Legislative ausser in Modell 2 jeweils negativ und signifikant für Y_1 . Ebenfalls ist der Wert konsistent positiv bei einem grösseren Anteil an Parlamentssitzen der GPS, berücksichtigt man nicht eine gleichzeitige Regierungsverantwortung eines Parteimitgliedes. Die Dummy-Variable für das SwissDRG ist in allen Fällen, sowohl für Y_1 , als auch für Y_2 , signifikant und negativ. Die Dummy-Variable für den TARMED ist jeweils für Y_2 signifikant und positiv. Schliesslich ist auch die Variable für das Jahr mit einer Ausnahme immer positiv und signifikant, sowohl für Y_1 als auch für Y_2 .

5 Diskussion

In diesem Kapitel werden die im vorherigen Kapitel präsentierten Resultate der Regressionen diskutiert. Welche unabhängigen Variablen haben nach den vorliegenden Resultaten tatsächlich einen Einfluss auf das Verhältnis zwischen dem ambulanten und dem stationären Leistungsbereich der Spitäler? Ähnlich wie Kägi et al. (2004: 50) festhalten, sind reine Verschiebungen im Verhältnis jedoch nur beschränkt tatsächliche echte Verschiebungen vom stationären in den ambulanten Bereich. Daher sind alle Resultate mit einer gewissen Vorsicht zu interpretieren. Das Kapitel ist in zwei Teile unterteilt: Im ersten Abschnitt werden die für die Forschungsfrage relevanten Variablen der Parteien betrachtet. Gibt es Parteidifferenzen? Welche Partei hat welchen Effekt? Im zweiten Abschnitt werden anschliessend die berücksichtigten Kontrollvariablen diskutiert, bevor schliesslich im nächsten Kapitel ein Fazit über die gesamte Arbeit gezogen wird.

In diesem ersten Abschnitt nun werden die Parteien betrachtet. Die Resultate bezüglich der Parteien können so gewertet werden, dass Parteidifferenzen in Bezug auf die Höhe des Anteils der ambulanten Leistungen an den gesamten Spitalleistungen bestehen. Ausser für die SP und die FDP lassen sich für keine Partei Aussagen über direkte jährliche Veränderungen treffen.

Die für die SVP signifikanten Werte weisen auf einen negativen Effekt bezüglich der Höhe hin, wenn diese Partei den Gesundheitsdirektor oder die Gesundheitsdirektorin stellt. Dies korreliert mit den kritischen Positionen, die SVP-Nationalräte, als Reaktion auf die Einführung der Luzerner Liste mit den Eingriffen, welche nur noch ambulant durchgeführt werden sollten, im Rahmen der Fragestunden zeigten¹³. Aus diesen Fragen lässt sich eine kritische Haltung gegenüber dem staatlichen Eingriff ablesen.

Bei der FDP lässt sich ein positiver Effekt feststellen. Wenn ein FDP-Mitglied im Rahmen des Regierungsrates für das Gesundheitsdossier zuständig ist, liegen zwar signifikante negative Werte vor, in der Interaktion mit den Parlamentarierinnen und Parlamentarier der FDP ist das Resultat jedoch insgesamt positiv. Dieser Effekt korreliert mit der Grundannahme, dass die FDP besonders ausgabensensitiv ist und mit der Förderung der ambulanten gegenüber den stationären Leistungen können staatliche Ausgaben gesenkt werden, da die Kantone im ambulanten Bereich die Kosten nicht mitfinanzieren müssen. Der Effekt der FDP liegt hierbei nicht nur für das Verhältnis zwischen den beiden Leistungsbereichen, sondern auch für die jährliche Veränderung dieses Verhältnisses vor.

Für die CVP liegen keine signifikanten Werte vor und es lassen sich keine Aussagen machen.

¹³ Es handelt sich hierbei um die Geschäfte 17.5168, 17.5169 und 17.5165.

Bei der SP sind die Resultate am schwierigsten zu interpretieren. Wenn das Gesundheitsdossier nicht bei einem Regierungsratsmitglied der SP liegt, ist der Anteil der ambulanten Leistungen tiefer, je stärker die SP im Parlament vertreten ist. Wenn das Dossier bei einem SP Mitglied liegt, aber theoretisch keine Parlamentarierinnen und Parlamentarier der SP angehören würden, wäre dies auch der Fall. Falls jedoch die SP im Rahmen des Regierungsrates für das Gesundheitsdossier zuständig ist, steigt der Anteil mit einer stärkeren Fraktionsvertretung. Und je stärker die SP ist, desto stärker steigt der Anteil der ambulanten Leistungen von Jahr zu Jahr im Kanton. Der Effekt der SP ist somit kaum interpretierbar, jedoch besteht sicherlich ein Effekt der SP auf die Gesundheitspolitik.

Bei der GPS schliesslich liegt ein klar positiver Effekt vor, je stärker die Partei im Parlament vertreten ist. Wenn jedoch gleichzeitig auch ein Mitglied der Partei die Gesundheitsdirektion leitet, dann liegt ein massiv negativer Einfluss vor. Dieser Effekt ist jedoch wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass alle drei berücksichtigten Regierungsmitglieder vor allem am Anfang des Untersuchungszeitraumes ihr Amt inne hatten, als der Anteil der ambulanten Leistungen allgemein noch tiefer war.

Die Resultate weisen darauf hin, dass es von Vorteil ist, die einzelnen Parteien zu betrachten, um Parteidifferenzen beobachten zu können und nicht nur eine einfache Links-Rechts-Einteilung vorzunehmen, da gerade bei den zwei rechten Parteien, der FDP und der SVP Unterschiede vorhanden sind.

Betrachtet man die Kontrollvariablen, so lässt sich festhalten, dass nicht alle Faktoren eine Rolle spielen. Laut den vorliegenden Resultaten scheint die Amtszeit der Regierungsratsmitglieder keinen Effekt zu haben, das heisst zusätzliche Regierungserfahrung scheint keinen Einfluss auf die Ausschöpfung des Steuerungspotentials zu haben. Das Wahljahr hat ebenfalls keinen Einfluss. Dieses Resultat überrascht im schweizerischen System einerseits nicht, andererseits ist es jedoch mit Vorsicht zu geniessen, da keine Interaktion mit den Parteien geprüft wurde. Insgesamt spielt das Wahljahr keine Rolle, jedoch könnte es möglicherweise die Handlung von bestimmten Parteien durchaus beeinflussen.

Die demografischen Kontrollvariablen, welche den Einfluss verschiedener Bevölkerungsgruppen kontrollierte, zeigen, dass die Nachfrage ein Faktor ist, um Unterschiede im Verhältnis zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich zu erklären. Je jünger die Bevölkerung ist, desto höher ist der Anteil an ambulanten Leistungen. Das ist naheliegend, können doch gerade jüngere Personen Behandlungen, welche sowohl stationär als auch ambulant angeboten werden, ambulant durchführen lassen, weil sie einerseits häufig gesünder

sind als ältere Personen und andererseits in der Regel ein familiäres Umfeld haben, welches eine Vor- und Nachsorge zu Hause ermöglicht.

Der Einfluss der älteren Bevölkerung scheint tendenziell ebenfalls positiv zu sein. Die Resultate sind über die Gesamtheit der Modelle zwar nicht so robust wie diejenigen zur jungen Bevölkerung, jedoch ist die Stossrichtung gleichwohl klar. Zu erwarten wäre ein negativer Effekt gewesen, nehmen ältere Personen doch überdurchschnittlich oft stationäre Leistungen in Anspruch (Credit Suisse, 2013: 21). Eine Erklärung für die vorliegenden positiven Werte kann im Rahmen dieser Arbeit leider nicht geleistet werden.

Der Anteil von Stellensuchenden und von Ausländerinnen und Ausländer hat keinen Effekt auf das Verhältnis zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich.

Zudem lässt sich festhalten, dass sich kein Unterschied zwischen der lateinischen Schweiz und der Deutschschweiz feststellen lässt. Hier existiert also kein kultureller Unterschied. Ebenfalls haben Universitätsspitäler keinen Einfluss auf ihre Standortkantone. Das heisst jedoch nicht, dass Universitätsspitäler nicht allenfalls andere Effekte haben als reguläre Spitäler, denn die Universitätsspitäler behandeln meist Patientinnen und Patienten aus der ganzen Schweiz. Die Resultate weisen lediglich darauf hin, dass kein Effekt auf die kantonseigene Bevölkerung existiert.

Die Einführung des TARMED hat nach den vorliegenden Resultaten einen positiven Effekt auf die Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich hin gehabt. Dieses Resultat ist jedoch mit Vorsicht zu geniessen, da dies eventuell am Untersuchungszeitraum dieser Arbeit liegt. Da der TARMED im Herbst 2004 eingeführt wurde, führte dies zu einem Ausreisser gegen unten, weil viele ambulante Leistungen aufgrund von Unsicherheiten im Zusammenhang mit der Systemumstellung erst im Folgejahr abgerechnet wurden. Somit sind die Verhältnisse zwischen den Leistungsbereichen der zwei Jahre des Beobachtungszeitraums, in denen TARMED noch nicht eingeführt war (2003 und 2004) tiefer und repräsentieren nur bedingt die Realität. Die vorliegenden Resultate für das SwissDRG hingegen weisen auf einen klar negativen Effekt hin. Das widerspricht den Aussagen von Lobsiger et al. (2016), welche eine tendenziell positive Wirkung festhielten. Dieses vorliegende Resultat weist auf weiteren Forschungsbedarf hin, denn dieser Effekt entspricht sicherlich nicht dem Ziel, das Prinzip «ambulant vor stationär» weiter zu stärken, was auch ein Ziel der nationalen Politik ist.

Schliesslich lässt sich festhalten, dass die fortschreitende Zeit einen Effekt hat: Es gibt einen grundsätzlichen Trend hin zu einem grösseren Anteil an ambulanten Leistungen. Dies ist wahrscheinlich auf technologische Fortschritte zurückzuführen, jedoch können aufgrund des dafür gewählten Indikators andere Effekte nicht ausgeschlossen werden.

6 Fazit

Die vorliegenden Resultate lassen erstens die Schlussfolgerung zu, dass Parteiendifferenzen einen Einfluss auf das Verhältnis zwischen dem ambulanten und dem stationären Leistungsbereich der Spitäler in den Kantonen haben. Zweitens ist die Veränderung dieses Verhältnisses je nach Stärke der jeweils beobachteten Partei unterschiedlich gestaltet. Ebenfalls konnten im vorherigen Kapitel erläutert werden, wie diese Unterschiede zwischen den Parteien aussehen.

Im Rahmen dieser Arbeit wurde der Ansatz der Parteiendifferenzhypothese untersucht, um Unterschiede zwischen den Kantonen in den Entwicklungen der Verschiebungen vom stationären in den ambulanten Leistungsbereich der Spitäler zu untersuchen. Andere Ansätze, wie beispielsweise der institutionelle Ansatz oder der Machtressourcen-Ansatz wurden nicht berücksichtigt. Das heisst nicht, dass diese nicht auch Unterschiede erklären könnten. Wie Schmidt bereits 1999 in seiner Studie „Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen“ festhielt, sind, um die gesamte Dynamik zu verstehen, alle Ansätze zu berücksichtigen. Moser und Sager (2015) beispielsweise zeigen in ihrer Untersuchung auf, dass die Entwicklungen im Bereich der Palliativmedizin in den Kantonen von Pfadabhängigkeiten und der Rolle der Institutionen abhängig sind; dies könnte auch auf die Verschiebungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor zutreffen.

Weiter ist festzuhalten, dass die vorliegenden Werte allenfalls auch auf andere Effekte als die direkten Verschiebungen vom stationären zum ambulanten Spitalbereich zurückzuführen sind. Die Betrachtung der Kostenverschiebungen zwischen dem ambulanten und dem stationären Leistungsbereich ist in dieser Masterarbeit bewusst auf den Spitalbereich eingegrenzt worden. Damit wurden jedoch allfällige Verschiebung hin zum praxisambulanten Bereich oder in den Pflegebereich sowie weitere Wechselwirkungen mit anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung nicht berücksichtigt (vgl. Peytremann-Bridevaux & Santos-Eggimann, 2006).

Indem nur die hochgerechneten Kosten für die gesamten Leistungsbereiche betrachtet wurden, kann lediglich eine Veränderung in den Verhältnissen und keine konkrete Verschiebung nachgewiesen werden. Denn wie in Kapitel 2.3.3 hingewiesen wurde, sind Veränderungen in diesen Verhältnissen auch auf andere Faktoren zurückzuführen, wie beispielsweise Mengenausweitungen, dass also gewisse Behandlungen viel häufiger durchgeführt werden als früher.

Und wie Wicki und Zahnd im Vorwort von Kägi et al. (2004) festhalten, sind auch solche

ökonomischen Untersuchungen nicht gänzlich wertfrei, werden doch Verschiebungen hin zu externen Kosten nicht berücksichtigt: Verbringen Patientinnen und Patienten weniger Zeit im Spital, wird die Pflegeleistung eventuell im Anschluss durch Angehörige geleistet, was gesamtökonomisch möglicherweise durchaus negativ zu Buche schlagen könnte.

Die Gesundheitspolitik allgemein, und speziell die Verschiebungen zwischen verschiedenen Leistungsbereichen, ist ein komplexes Untersuchungsfeld mit vielen Wechselwirkungen. Der in dieser Masterarbeit gewählte Ansatz führte zu einer erheblich vereinfachten Beobachtung dieser Wechselwirkungen und bildet damit die Parteiendifferenzen nur unvollständig ab. Um ein besseres Verständnis für die Wirkung der unterschiedlichen Parteien zu erhalten, scheint weitere wissenschaftliche Forschung angebracht zu sein.

Literaturverzeichnis

Bandelow, Nils (2004): „Governance im Gesundheitswesen: Systemintegration zwischen Verhandlung und hierarchischer Steuerung.“ In Uwe Schimank und Stefan Lang (Hrsg.): *Governance und gesellschaftliche Integration* (89 – 107). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bandelow, Nils und Anja Hartmann (2015): „Gesundheitspolitik unter gelb-schwarzer Führung: begrenzte Erklärungskraft der Parteiendifferenz in einem vermachteten Politikfeld.“ In Reimut Zohlnhöfer und Thomas Saalfeld: *Politik im Schatten der Krise*. Wiesbaden: Springer VS: 427-449.

Bailey, Delia und Jonathan N. Katz (2011): „Implementing Panel-Corrected Standard Errors in R: The pcse Package.“ *Journal of Statistical Software*, 42(CS1): 1-11.

Beck, Nathaniel (2001): „Time-series cross-section data: What have we learned in the past few years?“ *Annual Review of Political Science*, 4: 271–293.

Beck, Nathaniel und Jonathan Katz (1995): „What to do (and not to do) with time series cross-section data.“ *American Political Science Review*, 89(3): 634–647.

Beck, Nathaniel und Jonathan Katz (1996): „Nuisance versus substance: Specifying and estimating time-series cross-section models.“ *Political Analysis*, 6(1): 1–36.

Beckfield, Jason und Nancy Krieger (2009): „Epi + demos + cracy: Linking Political Systems and Priorities to the magnitude of Health Inequities – Evidence, Gaps, and a Research Agenda“. *Epidemiologic Reviews*, 31(1): 152-177.

Bellido, Héctor, Lorena Olmos und Juan Antonio Román-Aso (2018): „Do political factors influence public health expenditures? Evidence pre- and post-great recession.“ *The European Journal of Health Economics*, 20(3): 455-474.

Blankart, Rudolf, Andrew Foster und Vincent Mor (2018): „The effect of political control on financial performance, structure, and outcomes of US nursing homes.“ *Health Services Research*, 54(1): 167-180.

Blomqvist, Ake und Richard Carter (1997): „Is Health Care Really a Luxury?“ *Journal of health economics*, 16(2): 207-229.

Blyth, Mark und Richard Katz (2005): „From catch-all politics to cartelisation: the political economy of the cartel party.“ *West European Politics*, 28(1): 33–60.

Braendle, Thomas und Carsten Colombier (2016): „What drives public health care expenditure

growth? Evidence from Swiss cantons, 1970-2012“. *Health Policy*, 120(9): 1051-1060.

Brändle, Thomas und Carsten Colombier (2017): „Welche Faktoren beeinflussen das Wachstum der kantonalen Gesundheitsausgaben?“ *Soziale Sicherheit*, 20(1): 30-34.

Breusch, Trevor und Adrian Pagan (1980): „The Lagrange multiplier test and its applications to model specification in econometrics.“ *The review of economic studies*, 47(1): 239-253.

Busato, André, Pius Matter, Beat Künzi und David C. Goodman (2010): „Supply sensitive services in Swiss ambulatory care: An analysis of basic health insurance records for 2003-2007.“ *BMC Health services research*, 10(1): 315

Camenzind, Paul (2012): „Explaining regional variations in health care utilization between Swiss cantons using panel econometric models.“ *BMS Health Services Research*, 12(1): 62.

Clemente Lopez, Jesus, Angelina Lazaro und Antonio Montañés (2016): *Public health expenditure in Spain: Is there partisan behaviour?* München: Universitätsbibliothek München.

Credit Suisse (2013): *Gesundheitswesen Schweiz 2013. Der Spitalmarkt im Wandel*. Zürich: Credit Suisse.

Credit Suisse (2018): *Credit Suisse Sorgenbarometer 2018, Schlussbericht*. Bern: gfs.Bern im Auftrag der Credit Suisse.

Crivelli, Luca, Massimo Filippini und Ilaria Mosca (2006): „Federalism and regional health care expenditures: an empirical analysis for the Swiss cantons.“ *Health Economics*, 15(5): 535-541.

Croissant, Yves und Giovanni Millo (2008): „Panel Data econometrics in R: The plm package.“ *Journal of statistical software*, 27(2): 1-43.

de la Maisonneuve, Christine, Rodrigo Moreno-Serra, Fabrice Murtin, Joaquim Oliveira Martins (2016): *The drivers of public health spending: Integrating policies and institutions*. Paris: OECD Publishing.

de Pietro, Carlo, Paul Camenzind, Isabelle Sturny, Luca Crivelli, Suzanne Edwards-Garavoglia, Anne Spranger, Friedrich Wittenbecher, Wilm Quentin (2015): „Switzerland: Health system review.“ *Health Systems in Transition*, 17(4): 1-288.

GDK (2018): *Spitalfinanzierung: Kantonale Finanzierungsanteile ab 2012*. URL: https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/TB_Zusammenstellung_Kostenteiler_20180718.pdf, 14.3.2019.

-
- Hibbs, Douglas (1977): „Political Parties and Macroeconomic Policy.“ *American Political Science Review*, 71(4): 1467-1487.
- Herwartz, Helmut und Bernd Theilen (2014): „Health Care and Ideology: A Reconsideration Of Political Determinants Of Public Healthcare Funding In The OECD.“ *Health Economics*, 23(2): 225-240.
- Imbeau, Louis M., Francois Pétry und Moktar Lamari (2001): "Left-right party ideology and government policies: A meta-analysis." *European Journal of Political Research*, 40(1): 1-29.
- 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.
- Katz, Richard und Peter Mair (1995): „Changing models of party organization and party democracy: the emergence of the cartel party.“ *Party Politics*, 1(1): 5–28.
- Lijphart, Arend (1989): „Democratic political systems: types, cases, causes, and consequences.“ *Journal of Theoretical Politics*, 1(1): 33-48.
- Lobsiger, Michael, Timo Tondelli, Wolfram Kägi und Stefan Felder (2016): „Auswirkungen von SwissDRG auf die ambulante Versorgung.“ *Schweizerische Ärztezeitung*, 95(39): 1443-1444.
- Mackenbach, Johan und Martin McKee (2013): „Social-Democratic Government and Health Policy in Europe: A Quantitative Analysis.“ *International Journal of Health Services*, 43(3): 389-413.
- Montanari, Ingalill und Kenneth Nelson (2013): „Health Care Provision: An Exploratory Analysis of Increase, Decline, Converging Trends and Driving Forces in Comparative Perspective.“ In Emmanuele Pavolini und Ana M. Guillén: *Health Care Systems in Europe under Austerity*: 256-270. London: Palgrave Macmillan.
- Montanari, Ingalill und Kenneth Nelson (2014): „Health care determinants in comparative perspective: The role of partisan politics for health care provision.“ *International Journal of Comparative Sociology*, 54(5-6): 445-466.
- Moser, Ladina und Fritz Sager (2015): „Pfadabhängigkeit in der Mehrebenensteuerung: Das Beispiel Palliative Care.“ *Swiss Political Science Review*, 21(3): 437-459.
- Muntaner, Carles, Carme Borrell, Edwin Ng, Haejoo Chung, Albert Espelt, Maica Rodriguez-Sanz, Joan Benach und Patricia O'Campo (2011): „Politics, welfare regimes, and population health: controversies and evidence.“ *Sociology of Health & Illness*, 33(6): 946-964.

Navarro, Vicente, Carles Muntaner, Carme Borrell, Joan Benach, Águeda Quiroga, Maica Rodríguez-Sanz, Núria Vergés und Isabel Pasarín (2006): „Politics and health outcomes.“ *The Lancet*, 368(9540): 1033-1037.

Obinger, Herbert (1998): „Federalism, Direct Democracy, and Welfare State Development in Switzerland.“ *Journal of Public Policy*, 18(3): 241-263.

OECD (2000): *A System of Health Accounts*. Paris: OECD.

Oesch, Thomas und Kilian Künzi (2015): *Strategien der Kantone im Bereich der Langzeitpflege*. Bern: Büro BASS im Auftrag des BAG.

Peytremann-Bridevaux, Isabelle und Brigitte Santos-Eggimann (2006): „Understanding recent trends in Swiss ambulatory care utilization when out-of-pocket payment is minimal.“ *Sozial- und Präventivmedizin*, 51(5), 318-322.

Plümper, Thomas, Vera Troeger und Philip Manow (2005): „Panel data analysis in comparative politics: Linking method to theory.“ *European Journal of Political Research*, 44(2): 327-354.

Potrafke, Niklas (2009): „Did globalization restrict partisan politics? An empirical evaluation of social expenditures in a panel of OECD countries.“ *Public Choice*, 140(1-2): 105-124.

Potrafke, Niklas (2010): „The growth of public health expenditures in OECD countries: Do government ideology and electoral motives matter?“ *Journal of Health Economics*, 29(6): 797-810.

Potrafke, Niklas (2017): „Partisan politics: The empirical evidence from OECD panel studies.“ *Journal of Comparative Economics*, 45(4): 712-750.

PwC (2016): *Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde jährlich einsparen lässt*.

Quentin, Wilm, Friedrich Wittenbecher, Anne Spranger, Luca Crivelli, Isabelle Sturny, Paul Camenzind und Carlo De Pietro (2015): „Hospital reforms in Switzerland.“ *Eurohealth*, 21(4): 30-33.

Reich, Oliver, Cornelia Weins, Claudia Schusterschitz und Magdalena Thöni (2012): „Exploring the disparities of regional health care expenditures in Switzerland: some empirical evidence.“ *The European Journal of Health Economics*, 13(2): 193-202.

Roth, Sacha und Sonia Pellegrini (2015): *Virage ambulatoire Transfert ou expansion de l'offre de soins? (Obsan Rapport 68)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Rüefli, Christian, Céline Anderegg und Yann Boggio (2005): *Wirkungsanalyse der*

kantonalen Spitalplanungen. Bern: Büro Vatter im Auftrag des BAG.

Sager, Fritz, Christian Rüefli und Marina Wälti (2010): *Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Möglichkeiten der Steuerung durch die Kantone (Obsan Dossier 10)*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Schleiniger, Reto (2014): „Health care cost in Switzerland: Quantity- or price-driven?“ *Health Policy*, 117(1): 83-89.

Schmidt, Manfred G. (1996): „When parties matter. A review of the possibilities and the limits of partisan influence on public policy.“ *European Journal of Political Research*, 30(2): 155-183.

Schmidt, Manfred G. (1999): „Warum die Gesundheitsausgaben wachsen. Befunde des Vergleichs demokratisch verfasster Länder.“ *Politische Vierteljahresschrift*, 40(2): 229-245.

Sturny, Isabelle (2004): *5-Jahres-Vergleich 1999-2003 der Kosten der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung in der Schweiz*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Trageser, Judith, Eva Gschwend, Rolf Iten, Anna Vettori, Massimo Filippini und Nina Bogen (2017): *Effizienz und Performance kantonaler Gesundheitssysteme – Schlussbericht*. Zürich/Lugano: INFRAS, USI und ETH.

Uni Basel und B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung (2014): *Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor*. Basel: B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung im Auftrag von FMH und H+.

Vatter, Adrian (2003): „Strukturen, Prozesse und Inhalte der schweizerischen Gesundheitspolitik“. In Zenger, Christoph und Jung, Tazis: *Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik. Kontext – Normen – Perspektiven*. Bern: Verlag Hans Huber.

Vatter, Adrian und Christian Rüefli (2003): „Do political factors matter for health care expenditure? A comparative study of Swiss cantons.“ *Journal of Public Policy*, 23(3): 301-323.

Vatter, Adrian (2008): „Vom Extremtyp zum Normalfall? Die schweizerische Konsensusdemokratie im Wandel: Eine Re-Analyse von Lijphars Studie für die Schweiz von 1997-2007“. *Political Science Review*, 14(1): 1-49.

Vatter, Adrian und Christian Rüefli (2014): „Gesundheitspolitik“. In Peter Knöpfel, Yannis Papadopoulos, Pascal Scarini, Adrian Vatter und Silja Häusermann: *Handbuch der Schweizer*

Politik. 5., überarbeitete Auflage. Zürich: NZZ Verlag: 827-854.

Vatter, Adrian (2016): *Das politische System der Schweiz.* Baden-Baden: Nomos.

von Beyme, Klaus (1981): „Do parties matter? Der Einfluss der Parteien auf politische Entscheidungen.“ *Politische Vierteljahresschrift*, 22(4): 343-358.

von Eiff, Wilfried und Marla Kordes (2012): „Politische Rahmenbedingungen und gesetzliche Grundlagen.“ In Thomas Standl und Christoph Lussi: *Ambulantes Operieren.* Berlin, Heidelberg: Springer.

Walter, André und Patrick Emmenegger (2019): „The Partisan Composition of Cantonal Governments in Switzerland, 1848-2017. A New Data Set.“ *Swiss Political Science Review*, 25(1): 1-18.

Wenzelburger, Georg (2015): „Parteien“ In Georg Wenzelburger und Reimut Zohlnhöfer: *Handbuch Policy Forschung.* Wiesbaden: Springer VS: 81-112.

Zohlnhöfer, Reimut (2003): „Der Einfluss von Parteien und Institutionen auf die Wirtschafts- und Sozialpolitik.“ In Herbert Obinger, Uwe Wagschal und Bernhard Kittel: *Politische Ökonomie.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 47-80.

Zohlnhöfer, Reimut (2013): „Politische Parteien und öffentliche Politik.“ In Karl-Rudolf Korte und Timo Grunden: *Handbuch Regierungsforschung.* Wiesbaden: Springer VS: 267-276.

Anhang 1: SASIS-AG Versichertenstatistik für die Schweiz 2014 - 2017

SASIS AG-Versichertenstatistik Abrechnungsdatum 2017

Hochgerechnet auf 100% mit Bestandesdaten Risikoausgleich 2014 - 2017 und der Asylstatistik 2014 - 2017; die Daten sind nicht historisiert



Datenpool

Kanton: Schweiz

	2014		2015				2016				2017			
	Brutto-leistungen absolut	Pro Kopf absolut	Brutto-leistungen absolut	Zunahme Vorjahr BL in %	Pro Kopf absolut	Zunahme Vorjahr pro Kopf in %	Brutto-leistungen absolut	Zunahme Vorjahr BL in %	Pro Kopf absolut	Zunahme Vorjahr pro Kopf in %	Brutto-leistungen absolut	Zunahme Vorjahr BL in %	Pro Kopf absolut	Zunahme Vorjahr pro Kopf in %
Versicherte Datenpool	8'152'708		8'286'166				8'374'123				8'469'167			
Versicherte Risikoausgl.	8'132'891		8'237'767	1.3%			8'310'161	0.9%			8'370'320	0.7%		
Abdeckung	100.00%		100.00%				100.00%				100.00%			
Spital stationär	6'681'408'204	820	6'932'424'216	3.8%	837	2.1%	6'882'974'823	-0.7%	822	-1.8%	6'748'124'058	-2.0%	797	-3.1%
Spital ambulant	5'177'825'477	635	5'432'567'601	4.9%	656	3.2%	5'915'545'305	8.9%	706	7.7%	6'222'977'594	5.2%	735	4.0%
Ärzte Behandlungen	6'277'204'947	770	6'777'030'244	8.0%	818	6.2%	7'069'470'969	4.3%	844	3.2%	7'330'100'456	3.7%	866	2.5%
Ärzte Medikamente	1'738'002'425	213	1'826'448'209	5.1%	220	3.4%	1'934'295'761	5.9%	231	4.8%	2'046'215'904	5.8%	242	4.6%
Ärzte Laboranalysen	466'658'764	57	506'607'618	8.6%	61	6.8%	532'645'902	5.1%	64	4.0%	559'522'147	5.0%	66	3.9%
Apotheken	3'330'135'636	408	3'558'607'764	6.9%	429	5.1%	3'745'195'034	5.2%	447	4.1%	3'836'532'973	2.4%	453	1.3%
Pflegeheime	1'785'766'488	219	1'783'607'243	-0.1%	215	-1.7%	1'817'533'684	1.9%	217	0.8%	1'842'001'885	1.3%	217	0.2%
PhysiotherapeutInnen	752'223'968	92	849'674'310	13.0%	103	11.1%	943'884'980	11.1%	113	9.9%	1'002'190'610	6.2%	118	5.0%
Laboratorien	737'529'957	90	809'019'396	9.7%	98	7.9%	866'487'672	7.1%	103	6.0%	906'747'321	4.6%	107	3.5%
SPITEX- Organisationen	698'611'171	86	753'291'898	7.8%	91	6.1%	824'045'543	9.4%	98	8.2%	883'509'675	7.2%	104	6.0%
Übrige*	1'018'944'328	125	1'051'742'923	3.2%	127	1.6%	1'125'690'924	7.0%	134	5.9%	1'168'283'984	3.8%	138	2.6%
Total	28'664'311'364	3'516	30'281'021'423	5.6%	3'654	3.9%	31'657'770'597	4.5%	3'780	3.4%	32'546'206'607	2.8%	3'843	1.7%

*Restliche Leistungserbringer und nicht zuordnungsbarer Leistungen

Quelle:

- SASIS-Datenpool Jahresdaten, Datenabzug 04.05.2018

© SASIS AG, Solothurn, 2018

Anhang 2: kantonale Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren 2003 bis 2017

Tabelle 5: Kantonale Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren 2003 bis 2017				
Kanton	Amtszeit	Name	Partei	Geschlecht
AG	Bis 2008	Ernst Hasler	SVP	M
AG	2008 bis 2016	Susanne Hochuli	GPS	W
AG	Ab 2017	Franziska Roth	SVP	W
AI	2003 bis 2009	Werner Ebnetter	CVP	M
AI	Ab 2010	Antonia Fässler	CVP	W
AR	Bis 2005	Alice Scherrer	FDP	W
AR	Ab 2006	Matthias Weishaupt	SP	M
BE	Bis 2005	Samuel Bhend	SP	M
BE	2006 bis 2015	Philippe Perrenoud	SP	M
BE	A 2016	Pierre Alain Schnegg	SVP	M
BL	Bis 2006	Erich Straumann	SVP	M
BL	2007 bis 2012	Peter Zwick	CVP	M
BL	Ab 2013	Thomas Weber	SVP	M
BS	Bis 2014	Carlo Conti	CVP	M
BS	Ab 2015	Lukas Engelberger	CVP	M
FR	Bis 2006	Ruth Lüthi	SP	W
FR	Ab 2007	Anne-Claude Demierre	SP	W
GE	Bis 2013	Pierre-François Unger	CVP	M
GE	Ab 2014	Mauro Poggia	MCG	M
GL	Bis 2005	Robert Marti	SVP	M
GL	Ab 2006	Rolf Widmer	CVP	M
GR	2003 bis 2007	Martin Schmid	FDP	M
GR	2008 bis 2011	Barbara Janom Steiner	BDP	W
GR	Ab 2012	Christian Rathgeb	FDP	M
JU	Bis 2006	Claude Héche	SP	M
JU	2007 bis 2010	Philippe Receveur	CVP	M
JU	2011 bis 2015	Michel Thentz	SP	M
JU	Ab 2016	Jacques Gerber	FDP	M
LU	Bis 2009	Markus Dürri	CVP	M
LU	Ab 2010	Guido Graf	CVP	M
NE	Bis 2004	Monika Dusong	SP	W
NE	2005 bis 2008	Roland Débely	FDP	M
NE	2009 bis 2012	Gisèle Ory	SP	W
NE	Ab 2013	Laurent Kurth	SP	M
NW	Bis 2009	Leo Odermatt	GPS	M

NW	2010 bis 2017	Yvonne von Deschwand	FDP	W
OW	Bis 2005	Elisabeth Gander-Hofer	FDP	W
OW	2006 bis 2013	Esther Gasser Pfulg	FDP	W
OW	Ab 2014	Maya Büchi-Kaiser	FDP	W
SG	Bis 2004	Anton Grüninger	CVP	M
SG	Ab 2005	Heidi Hanselmann	SP	W
SH	Bis 2004	Herbert Bühl	GPS	M
SH	2005 bis 2016	Ursula Hafner-Wipf	SP	W
SH	Ab 2017	Walter Vogelsanger	SP	M
SO	Bis 2005	Rolf Ritschard	SP	M
SO	2006 bis 2017	Peter Gomm	SP	M
SZ	Bis 2011	Armin Hüppin	SP	M
SZ	Ab 2012	Petra Steimen-Rickenbacher	FDP	W
TG	Bis 2013	Bernhard Koch	CVP	M
TG	Ab 2014	Jakob Stark	SVP	M
TI	Bis 2010	Patrizia Pesenti	SP	W
TI	Ab 2011	Paolo Beltraminelli	CVP	M
UR	Bis 2003	Markus Stadler	Parteilos	M
UR	2004 bis 2011	Stefan Fryberg	FDP	M
UR	Ab 2012	Barbara Bär	FDP	W
VD	Bis 2004	Charles-Louis Rochat	FDP	M
VD	Ab 2005	Pierre-Yves Maillard	SP	M
VS	Bis 2008	Thomas Burgener	SP	M
VS	Ab 2009	Esther Waeber-Kalbermatten	SP	W
ZG	Bis 2011	Joachim Eder	FDP	M
ZG	2012 bis 2015	Urs Hürlimann	FDP	M
ZG	Ab 2016	Martin Pfister	CVP	M
ZH	Bis 2007	Verena Diener	GPS / GLP	W
ZH	Ab 2008	Thomas Heiniger	FDP	M

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Mir ist bekannt, dass andernfalls der Senat gemäss dem Gesetz über die Universität zum Entzug des auf Grund dieser Arbeit verliehenen Titels berechtigt ist.

Bern, 01.04.2019

Timo Krebs