

Entscheidungsgrundlagen für die Krankenversicherung und das Gesundheitswesen

Nicht nur in der Schweiz, sondern in allen entwickelten Volkswirtschaften wachsen die Kosten im Gesundheitswesen schneller als das Sozialprodukt. Der Anteil des Gesundheitswesens an der volkswirtschaftlichen Leistung nimmt somit stetig zu. In der Schweiz ist das Gesundheitswesen infolge dieser Entwicklung mit einem Anteil von 10 % an der Gesamtbeschäftigung zu einem der wichtigsten Wirtschaftssektoren geworden. Wäre das Gesundheitswesen ein gewöhnlicher Wirtschaftssektor, würde man sich über das jährliche, auch in konjunkturell schwachen Perioden anfallende überproportionale Wachstum freuen. Da aber Gesundheit ein spezielles Gut ist, bereiten die steigenden Kosten zunehmend Sorgen.



Till Bandi
CCG, Bereich Statistik 2, BSV
till.band@bsv.admin.ch

Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Unbehagen oder Alarm?

In allen entwickelten Volkswirtschaften ist man sich einig, dass ein Kostenanstieg im bisherigen Tempo mittel- und längerfristig nicht tragbar wäre. Die Tatsache, dass die Preise im schweizerischen Gesundheitswesen weniger stark steigen als die Konsumentenpreise insgesamt, zeigt, dass die steigenden Kosten zur Hauptsache Folge der gestiegenen Leistungsmenge sind. Obschon der Kostenanstieg die Haushaltsbudgets zunehmend belastet, ergibt sich daraus offensichtlich noch keine Alarmstimmung: Mögliche Sparpotenziale durch Wechsel der Versicherten zu anderen Krankenversicherern oder neuen Versicherungsmodellen werden – wenn auch regional unterschiedlich – nur verhältnis-

mässig wenig genutzt. Zudem zeigen Abstimmungen und Umfragen immer wieder, dass die Bereitschaft, auf Leistungen des Gesundheitswesens zu verzichten, wenig populär ist.

Not tut daher eine breit abgestützte gesellschaftliche Risikopolitik, die sich am allgemeinen Modell der Risikopolitik orientiert (vgl. **Abb. 1**). Das abstrakte Schema lässt allerdings die heikle Frage der konkreten Ausgestaltung offen. Wie **Abbildung 2** zeigt, kann bei der Betrachtung des Gesundheitswesens und der im Gesundheitswesen entstehenden Kosten einerseits danach gefragt werden, welches die Faktoren sind, die Kosten verursachen und deren Entwicklung beeinflussen, andererseits kann danach gefragt werden, wie die Kosten finanziert werden. Wichtig ist zudem die Frage, ob den steigenden Kosten eine entsprechende Verbesserung der Leistungen gegenüber steht.

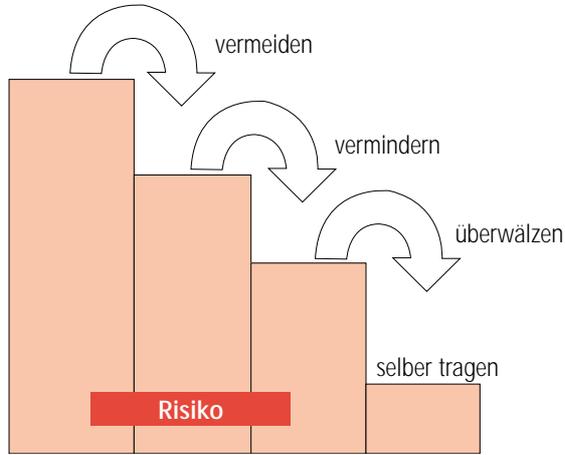
Bei der Verteilung der Finanzierungslasten kommt der Krankenversicherung, insbesondere dem obligatorischen Teil der Krankenversicherung, eine wichtige Funktion zu. Der Gesetzgeber will denn auch über die Krankenversicherung sicherstellen, dass die Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen des Gesundheitswesens für alle zugänglich ist und die Finanzierungslasten gerecht verteilt werden.

Der Wunsch nach Prämienenkungen setzt Kostensenkungen voraus. Diese andere Seite der Medaille betrifft vor allem die Patienten, die an den Leistungen des Gesundheitswesens interessiert sind. Aber auch dort ist nur ein kleiner Teil Verursacher von sehr hohen Kosten: Rund 80 % der stationären Kosten werden durch die teuersten 10 % der Patienten verursacht. 90 % der Patienten verursachen dagegen nur geringe oder überhaupt keine Kosten (**Abb. 3**). Es ist daher nicht erstaunlich, dass die Prämien- und die Leistungsseite nicht als Einheit empfunden werden. Denkbar ist allerdings auch, dass durch eine andere Verteilung der Finanzierungslasten die unterschiedliche Wahrnehmung zwischen den Prämienzahlern und den Leistungsbezügern besser überbrückt oder zumindest das gegenseitige Verständnis verbessert werden kann.

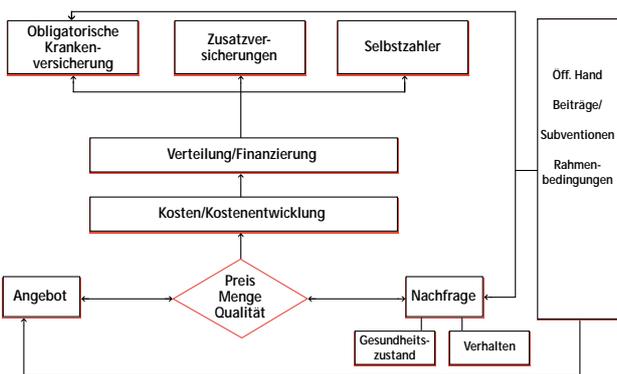
Was kann gegen steigende Kosten getan werden?

Angesichts der steigenden Gesundheitskosten ist unbestritten, dass entweder die Kostensteigerung gebremst und/oder die Verteilung der Finanzierungslasten

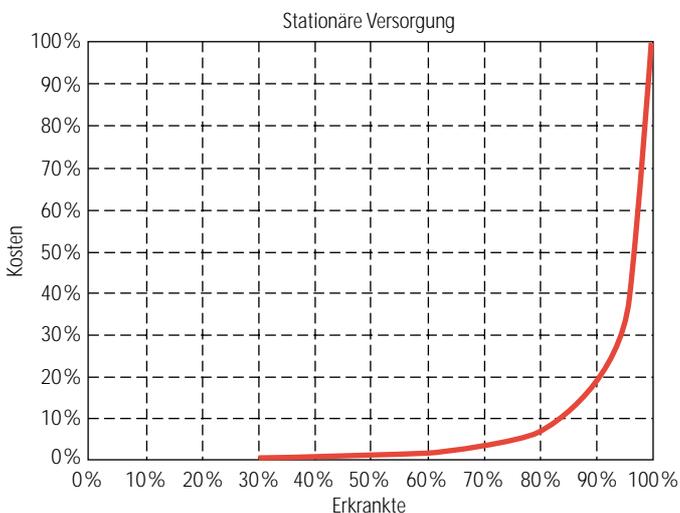
Schematische Darstellung einer allgemeinen Risikopolitik 1



Gesundheitswesen: Kostenentstehung und Kostenverteilung 2



Ungleichmässige Kostenverteilung 3



überprüft werden muss. Es stellt sich somit die Frage, welchen Beitrag das KVG dazu leisten kann.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass entweder die Angebots- oder die Nachfrageseite beeinflusst oder die Wirtschaftlichkeit der Leistungen verbessert werden muss. Es bieten sich folgende hauptsächliche Handlungsmöglichkeiten an:

Nachfrageseite

- **Beeinflussen der Preise/Tarifverträge:** Bei den Entgelten im Gesundheitswesen handelt es sich vielfach um administrierte Preise, die grösstenteils durch Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern abgemacht und durch die Kantone bzw. den Bund genehmigt werden. Damit ist ein eigentlicher Preiswettbewerb nicht möglich.
- **Nachfrage:** Da die Krankenversicherung obligatorisch ist, ist der Kreis der Versicherten vorgegeben. Ansatzpunkt müsste daher die Beeinflussung des **Gesundheitszustandes** der Bevölkerung sein. In Frage kommen präventive Massnahmen, welche dazu beitragen, den Gesundheitszustand zu verbessern. Die andere Möglichkeit besteht darin, das Verhalten der *Versicherten* mit Anreizen zu beeinflussen, damit vor allem Bagatellerkrankungen nicht versicherungsrelevant werden oder dass sie kostengünstigere Behandlungs- bzw. Versicherungsformen wählen.

Angebotsseite

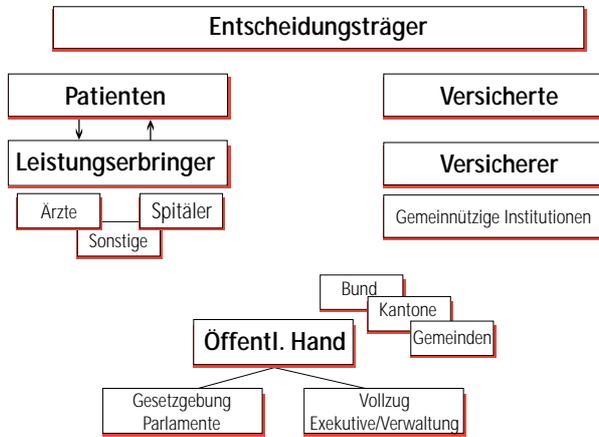
- Eine **Verminderung der Angebotsmenge** könnte zu einer Senkung der Kosten führen, sofern nicht die Preise als Folge einer Verknappung des Angebotes ansteigen. Denkbar sind:
 - Einschränkungen bei der Zulassung von Leistungserbringern;
 - Einschränkung des Leistungskatalogs, d.h. der durch die Krankenversicherung gedeckten Leistungen;
 - Minderung der Anreize – durch eine Senkung der Preise und damit der Einkommen der Leistungserbringer –, im Gesundheitswesen tätig zu sein. Voraussetzung ist dabei natürlich, dass die Senkung der Tarife nicht durch Mengenexpansion kompensiert wird.
 - Einschränkung des technischen Fortschrittes.
- Zur Kostensenkung beitragen kann auch die **Begrenzung der Preise** (administrierte Preise) im Rahmen von Tarifverhandlungen, sei es auf eidgenössischer, sei es auf kantonaler Ebene oder beispielsweise durch die Einführung neuer Entschädigungsformen (Fallkosten- oder Behandlungspauschalen usw.).

Wirtschaftlichkeit

- Eine Verbesserung des Verhältnisses zwischen Preis und Leistung wirkt sich kostensenkend aus: Dieselbe Leistungsmenge kostet dann weniger, oder umgekehrt können für gleich bleibende Kosten die Leis-

Handlungsebenen und Entscheidungsträger im Gesundheitswesen

4



tungen verbessert und/oder die Leistungsmenge erhöht werden. Die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit ergibt sich dabei im Gesundheitswesen meist durch technischen Fortschritt, was besonders am Beispiel der Medikamente deutlich wird. Die Schwierigkeit besteht allerdings darin, eine qualitative Verbesserung auch wirklich objektiv nachzuweisen und von allfälligen Marketing- und Modetrends zu unterscheiden. Eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit setzt also voraus, dass die «Leistung» in quantitativer *und* qualitativer Hinsicht *eindeutig* definiert werden kann. Ausgehend von dieser Definition kann dann – meist über Preisvergleiche (Benchmarking) – geprüft werden, ob eine Leistung kostengünstig erbracht wird. Wie schwierig diese Anforderung zu erfüllen ist, lässt sich anhand der Probleme illustrieren, die entstehen, wenn die Leistungen im stationären Bereich gemessen werden sollen: Nachdem der früher meist angewandte Massstab der Pflagetage fallen gelassen wurde, da damit der Aufwand und nicht das Ergebnis gemessen wurde, fehlen heute allgemein akzeptierte Masse sowohl im Bereich der ärztlichen Massnahmen wie auch für die Pflage.

- Bei der normalerweise angewendeten Einschätzung der Wirtschaftlichkeit wird zudem die Wirtschaftlichkeit der Leistung der einzelnen Leistungserbringer betrachtet. Aus der Sicht des Patienten wäre es dagegen angebracht, die Wirtschaftlichkeit der gesamten Behandlung (Angemessenheit, Effizienz und Effektivität) zu erfassen. Die heute eingesetzten Wirtschaftlichkeitsmasse sind im Lichte dieser Anforderung ungenügend.

Planungsansätze und Kostenbegrenzungen

- Mit Hilfe von Budgetvorgaben, z.B. in Form von Globalbudgets, kann sowohl auf einzelbetrieblicher

Ebene wie auch im Rahmen von Tarifverträgen mit Leistungserbringergruppen gearbeitet werden. Dabei fallen natürlich die Signale einer über Preise gesteuerten Wettbewerbswirtschaft weg.

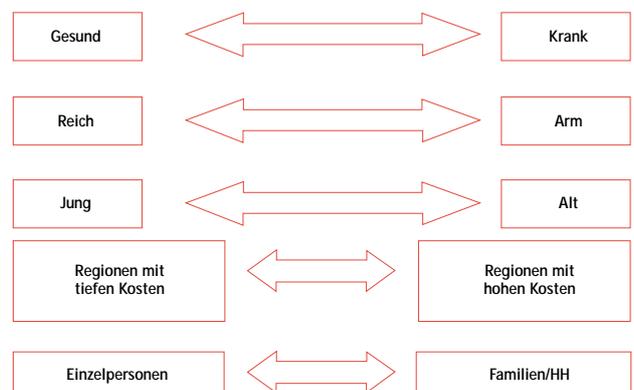
Veränderung der Kostenverteilung

- Die Finanzierungslasten des Gesundheitswesens werden im Wesentlichen zwischen drei Partnern aufgeteilt: Selbst getragene Kosten werden durch die Patienten übernommen (out of Pocket), ein Grossteil der Kosten wird über die Versicherung aufgebracht und die öffentliche Hand übernimmt oder verbilligt Kosten aus sozial- und gesundheitspolitischen Gründen. Bei der Versicherung ist zu unterscheiden zwischen der Grundversicherung und Zusatzversicherungen, bei der öffentlichen Hand zwischen Subventionierung der Haushalte bzw. der Versicherten/Patienten und Infrastrukturbeiträgen (Subventionierung von Krankenhäusern).
- Neben diesen konkret sichtbaren Beiträgen wird die Kostenverteilung stark über die Rahmenbedingungen beeinflusst. Ganz besonders deutlich wird dies beim heute gültigen System bei der Einheitsprämie, die eine starke Umverteilung zwischen den verschiedenen Altersklassen der Versicherten zur Folge hat, und beim Risikoausgleich, mit dem sichergestellt werden soll, dass die freie Wahl des Versicherers nicht zu starken Verzerrungen des Wettbewerbs und zu Risikoselektion führt.

Bei der Beurteilung, wer in welchem Ausmass die Kosten und deren Entwicklung beeinflusst und wie die Finanzierungslasten verteilt werden sollen, gilt es zu berücksichtigen, welche Handlungsoptionen und Verhaltensweisen den verschiedenen Beteiligten im Gesundheitswesen überhaupt offen stehen. Zu unterscheiden ist zwischen den in **Abbildung 4** dargestellten verschiedenen Ebenen.

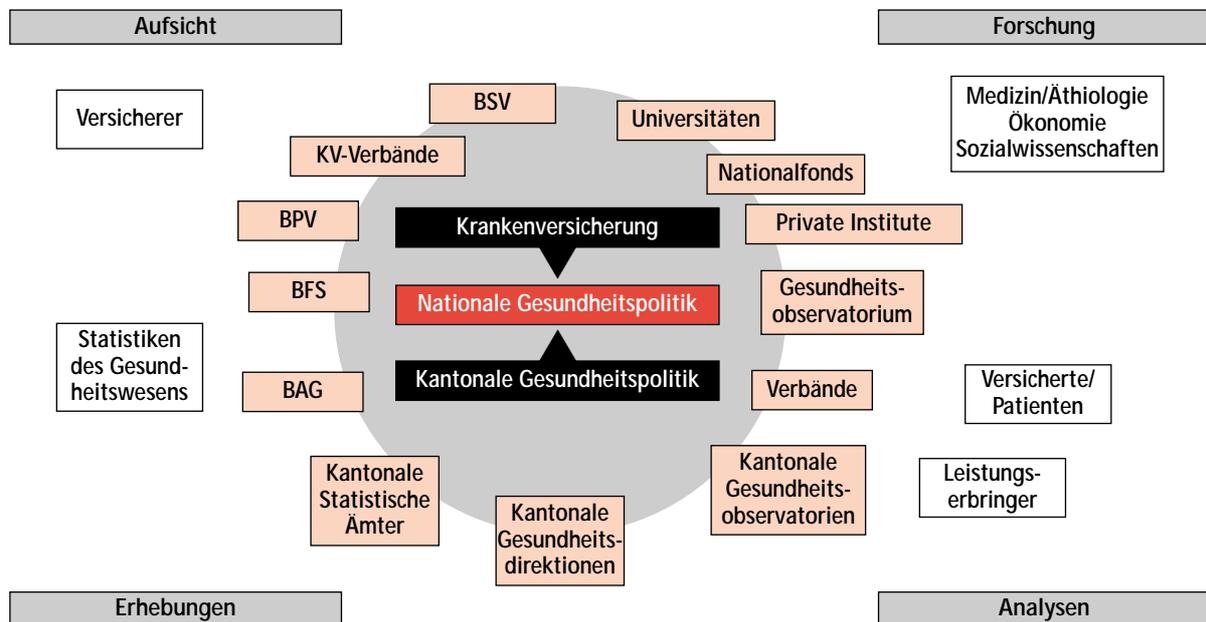
Solidarität in der Krankenversicherung

5



Informationsquellen zum Gesundheitswesen

6



Aufgabe der **Sozialpolitik** ist es – neben der Gewährleistung des Zugangs zu den Leistungen des Gesundheitswesens – sicherzustellen, dass die Finanzierungslasten gerecht verteilt werden, so dass sie der Leistungsfähigkeit der Beteiligten Rechnung tragen. Zudem sollen die Leistungen des Gesundheitswesens möglichst flächendeckend angeboten werden. Es gilt daher zwischen verschiedenen Solidaritäten zu unterscheiden (vgl. **Abb. 5**). Während in erster Linie die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken Ziel der Krankenversicherung ist, kommen zusätzliche sozial-, gesellschafts- und regionalpolitische Solidaritäten hinzu, die es bei der Beurteilung möglicher Lösungsvorschläge mit zu berücksichtigen gilt.

Informationsbedarf

Angesichts der zunehmenden Komplexität des Gesundheitswesens und des zunehmenden Kostendrucks nimmt auch der Informationsbedarf stark zu, was sich unter anderem im Anstieg der parlamentarischen Vorstösse spiegelt. Der Informationsbedarf steigt, weil mehr Transparenz notwendig ist, um die anstehenden Allokationsprozesse und Verteilungsfragen auf möglichst sachlicher Basis lösen zu können. Mehr Informationen sind aber natürlich auch erforderlich, um die infolge des zunehmenden Kostendrucks eingeführten Planungselemente in der Gesundheitspolitik funktionsstüchtig zu erhalten.

Von den Aufgaben des BSV her gesehen sind Daten notwendig für

- Aufsicht,
- Gesetzgebung,
- Analyse der Wirkungen einzelner Massnahmen (prospektiv zur Abschätzung von Kostenfolgen neuer Massnahmen und nachträglich, um die effektiv eingetretenen Wirkungen zu evaluieren),
- Information, Transparenz.

Neben der Aufsicht über die Versicherer, der Prämien genehmigung und weiteren direkten Aufsichtspflichten sollten die notwendigen Entscheidungsgrundlagen vorhanden sein, um sicherzustellen, dass

- die sozialpolitischen Ziele und die Versorgungsziele erreicht werden,
- der Wettbewerb zwischen den Versicherern funktioniert,
- die von den verschiedenen Parteien erwarteten Verhalten erfüllt werden.

Trotz vielfältiger Anstrengungen sind die vorhandenen Informationen zur Lösung der anstehenden Probleme oft ungenügend. Auf Bundesebene laufen daher seit Jahren Anstrengungen, um die Situation zu verbessern. Die Palette der Informationen ist denn auch sehr breit (s. **Abb. 6**), doch sind die Informationen oft unvollständig und können daher keine Antwort auf die eigentlich interessierenden Fragestellungen geben. Die Gründe liegen auf verschiedenen Ebenen:

- **Aufwand:** Die Beschaffung von Informationen ist bei den Informationslieferanten mit Aufwand verbunden. Die Bereitschaft zur Mitwirkung an umfangrei-

chen, aufwändigen Erhebungen nimmt mit zunehmendem Umfang und grösserer Häufigkeit ab. Als Alternative bietet sich an, die bei den Durchführungsstellen und Leistungserbringern – heute meist in elektronischer Form – vorhandenen Informationen zu nutzen (→ Datenschutz).

- **Zeitliche Verfügbarkeit:** Ergebnisse von Erhebungen, aber auch Aufsichtsdaten liegen oft erst mehr als zwei Jahre nach den eigentlichen Ereignissen vor. Die Probleme sind aber längst vorher sichtbar und erfordern Gegenmassnahmen, die sich entsprechend nicht auf empirisch gesichertes Wissen abstützen können. Schwierig ist dabei die Beurteilung der Bedeutung von Einzelereignissen, die von den Medien – oft unter Ausblendung der Zusammenhänge – in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt werden.
- **Datenschutz:** Die Handhabung und die Unsicherheit über die Anwendung der Datenschutzbestimmungen können dazu führen, dass – trotz Anonymisierung der Angaben und trotz vorhandenen gesetzlichen Grundlagen – die eigentlich vorhandenen Daten nicht als Entscheidungsgrundlagen verwendet werden können.
- **Fehlendes Wissen/mangelhafte begriffliche Grundlagen:** Damit die Wirtschaftlichkeit der Leistungen nachgewiesen werden kann, muss sie messbar sein. Bei vielen Leistungen fehlen aber die dafür notwendigen, einheitlichen Begriffsdefinitionen. Ganz besonders schwierig wird es, wenn die Dimension der Leistungsqualität bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit mitberücksichtigt werden soll. Oft ist eine bessere begriffliche Definition nur erreichbar, wenn

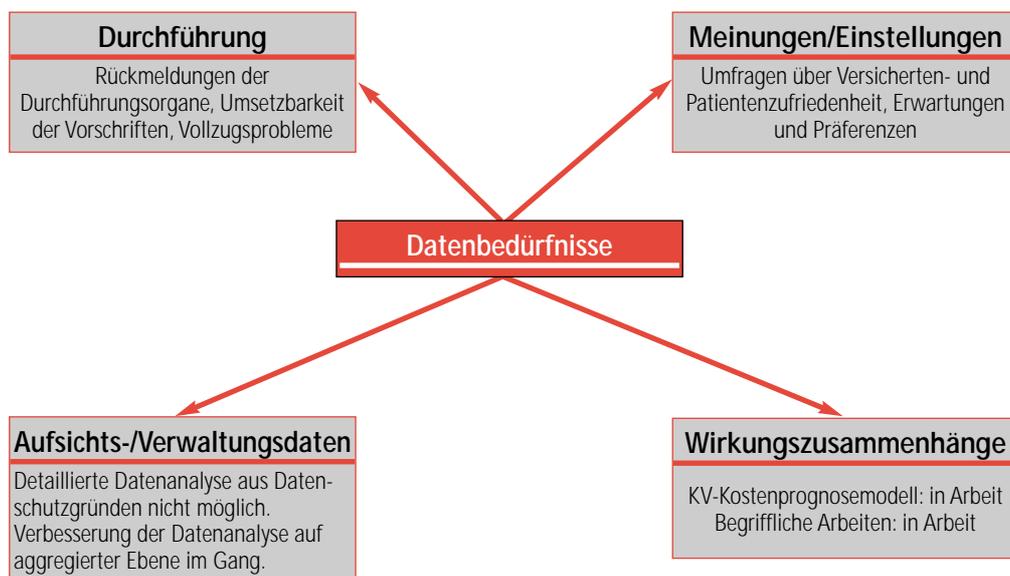
in Betrieben oder Versicherungen die notwendigen Arbeitsabläufe und Informationssysteme den Bedürfnissen angepasst werden. Dabei entsteht erheblicher finanzieller und personeller Aufwand. Beispiele sind die Einführung der Kostenträgerrechnungen bei den Krankenhäusern, die Einführung einer Pflegediagnose usw. Bei all diesen Vorhaben ist sorgfältig abzuwägen, ob der damit verbundene Aufwand gerechtfertigt und zumutbar ist.

Aus den kritischen Anmerkungen zur Datenqualität und -verfügbarkeit folgt, dass die Anstrengungen zur Verbesserung der Entscheidungsgrundlagen in mehreren Richtungen gehen müssen. Mittelfristig sind aufgrund der laufenden Projekte sowohl auf der Ebene der begrifflichen Klärungen (siehe Kasten S. 346) wie auch bei der Verfügbarkeit von Daten für kurzfristig benötigte Entscheidungsgrundlagen mit neuen Prognosewerten (siehe Kasten KV-Kostenprognose S. 345) Verbesserungen zu erwarten. Den Verbesserungsanstrengungen sind allerdings durch die heutigen Datenschutzbestimmungen und deren Handhabung enge Grenzen gesetzt.

Bei all diesen Überlegungen darf nicht vergessen werden, dass die grundlegenden Entscheide über die weitere Entwicklung des Gesundheitswesens primär auch von ordnungspolitischen, qualitativen und ethischen Überlegungen abhängig sind, für die eine verbesserte Datenlage vielfach nicht von zentraler Bedeutung ist. Umgekehrt gilt aber auch, dass Einsparungen bei der Bereitstellung von Entscheidungsgrundlagen ein Vielfaches an Kosten verursachen können.

Dimensionen der Datenbedürfnisse und laufende Projekte

7



Verbesserung der Entscheidungsgrundlagen: Ein neues KV-Prognosemodell

Angesichts der steigenden Kosten des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung wurden verschiedene Versuche unternommen, die Ursachen der Kostenentwicklung besser zu erfassen, um auf die zukünftige Kostenentwicklung auf allen Ebenen gezielter einwirken zu können: Vorgängig zu den jährlichen Prämien genehmigungsverfahren wurden die Kostensteigerungserwartungen der Krankenversicherer und der Kantone und die von den Kantonen ergriffenen Kostensenkungsmassnahmen erhoben. Ziel war es, damit eine Grundlage zu schaffen, um die Diagnose der Kostenentwicklung zu differenzieren und gegenseitig abzugleichen. Dieses Vorgehen sollte ermöglichen, auf den verschiedenen Ebenen des Gesundheitswesens gezielt Massnahmen ergreifen zu können. Die als Übergangsmassnahme gedachten Zusatzerhebungen hatten aus verschiedenen Gründen nicht den erwünschten Erfolg.

In den vergangenen Jahren wurden die statistischen Erhebungen und Datenquellen erweitert und ausgebaut. Damit sind nun heute die Voraussetzungen gegeben, um die datengestützte Diskussion der Kostensteigerungsanalyse qualitativ zu verbessern.

Das BSV ist daher daran, zusammen mit den Krankenversicherern und den Kantonen, die vorhandenen Datenquellen, ergänzt durch Angaben über Struktur und Wirkungsweise des Gesundheitswesens, in einem Prognosemodell verarbeiten zu lassen, um damit Trends aufzuzeigen, Handlungsoptionen zu simulieren und deren Wirkungen rechnerisch zu evaluieren. Das Modell soll so beitragen, allen Beteiligten die Wirkungsmechanismen, die hinter der Kostenentwicklung der Krankenversicherung stehen, zahlenmässig zu illustrieren und die Diskussion über Handlungsbedarf und Handlungsmöglichkeiten auf Kostenfolgeschätzungen abzustützen und zwischen den Beteiligten abzustimmen. Im Sinne eines rekursiven Lernmodells sollen dabei Erfahrungen und Rückmeldungen wiederum im Modell verarbeitet werden können. Das Modell soll zudem als Grundlage für die Erstellung der Budgets der Krankenversicherer (u.a. zur Budgetierung der Prämien) und der Kantone (u.a. Prämienverbilligung) dienen.

Ziele des Prognosemodells

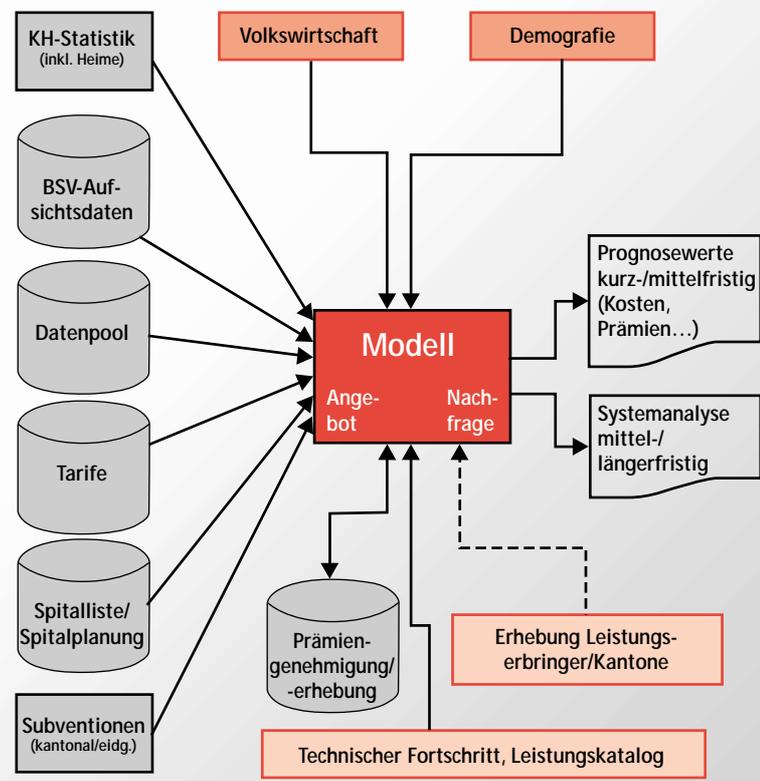
Das Prognosemodell soll folgende Werte liefern:

1. das zu erwartende Kostenwachstum im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung pro Kanton und für die gesamte Schweiz differenziert nach verschiedenen Kostenarten (schrittweise Differenzierung).
2. das zu erwartende Prämienwachstum im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung pro Kanton und für die gesamte Schweiz (Kostenwachstum plus/minus das Wachstum der Verwaltungskosten und der Kapitalerträge).
Für die Kosten- sowie für die Prämienprognosen sollen Werte für ein Trend-, ein Minimal- und ein Maximalszenario ausgewiesen werden.
3. Simulationsrechnungen über die Kostenfolgen und Prämienwirkungen von Änderungen der Rahmenbedingungen.

Für den Aufbau des Modells sind die in Abbildung 8 dargestellten Datenquellen vorgesehen.

Informationsquellen zum Gesundheitswesen

8



Ein Grundlagenprojekt im Bereich Statistik 2: Entwicklung einer Methode zur Leistungsbeschreibung im stationären Bereich

Seit 1998 werden gesamtschweizerisch die stationären und die teilstationären Aufenthalte von Patienten in allen Spitälern statistisch erfasst (Medizinische Statistik). Dabei werden neben anonymisierten soziodemografischen Angaben Informationen über Diagnosen und Behandlungen gesammelt. Um diese Daten in eine für die Gewinnung von Entscheidungsgrundlagen brauchbare Form zu bringen, müssen die Informationen verdichtet werden, so dass die Leistungen oder Produkte eines Betriebs sichtbar werden. Dies ist eine grundlegende Voraussetzung für die Beantwortung von Fragestellungen, die mit der Umsetzung und Weiterentwicklung des Krankenversicherungsgesetzes zusammenhängen. Für diese Transformation von Information zu Wissen ist es nun nötig, die inhaltlich sehr hohe Komplexität dieser Daten in eine Form zu bringen, die dem Zweck der Leistungsbeschreibung angemessen und der Verbesserung von Transparenz und Vergleichbarkeit dienlich ist.

Für derartige Komplexitätsreduktionen von medizinischen Diagnosen und Behandlungen wurde in den USA das sogenannte CCS (Clinical Classifications System) entwickelt. Der Zweck der CCS-Gruppierung ist die Zusammenfassung der in Patientenstatistiken anfallenden Diagnose- und Behandlungscodes und die Bildung von Gruppen mit möglichst einheitlicher klinischer Bedeutung. Während bei den Angaben betreffend die Diagnosen Tausende von Einträgen vorhanden sind, besteht die zusammengefasste Form nur noch aus rund 250 Gruppen. Die Evaluation und Anpassung des CCS-Systems wird momentan im Auftrag des BSV von H+ Die Spitäler der Schweiz durchgeführt.

Dieses Instrument kann einen Beitrag leisten für die regionalisierte Planung von Ressourcen und bei der Beschreibung der Inanspruchnahme von Leistungen im stationären und teilstationären Bereich. Es handelt sich dabei aber ausdrücklich nicht um ein Patientenklassifikationssystem, sondern um ein Hilfsmittel für die Datenauswertung von Patientenstatistiken. (*Daniel Zahnd*)

Ein Grundlagenprojekt im Bereich Statistik 2: Erarbeitung der methodischen Grundlagen für Betriebsvergleiche von Krankenhäusern

Das Krankenversicherungsgesetz sieht in Artikel 49 Absatz 7 im Zusammenhang mit der Festlegung der Tarife im stationären Bereich die Durchführung von Betriebsvergleichen vor. Dabei handelt es sich nach dem Gesetzestext um den «Vergleich der Kosten» eines Betriebs mit «vergleichbaren Spitälern». Betriebsvergleiche werden also als Kostenvergleiche aufgefasst, als betriebswirtschaftliches Instrument.

Nach dem Willen des Gesetzes können im Falle von Tarifstreitigkeiten die benötigten Daten bei den Spitälern angefordert werden zwecks Entscheidungsfindung durch die zuständige Behörde. Da die Daten eines einzelnen Betriebs nur beim Vergleich mit anderen Betrieben beurteilt werden können, braucht es theoretisch dieselben Angaben von mehreren oder allen Spitälern. Angesichts der Komplexität der Materie kann zudem ein Vergleich nicht nur auf monetäre Aspekte beschränkt sein. Es geht deshalb zunächst um die Auswahl und die empirische Überprüfung von verschiedenen robusten Indikatoren, die unter anderem möglichst unabhängig von der Datenqualität sind. Die grösste Herausforderung ist die Herstellung und Beurteilung von Vergleichbarkeit: Wann sind zwei Abteilungen oder Spitäler miteinander vergleichbar? Wie kann Vergleichbarkeit bestimmt werden? Die Erarbeitung von diesbezüglichen methodischen Grundlagen ist das Ziel eines Projekts, das im Auftrag des Bereichs Statistik 2 von einem externen Experten durchgeführt wird. Neben einer Bestandesaufnahme über bestehende in- und ausländische Systeme von Betriebsvergleichen werden auch die in der Schweiz angewendeten Methoden dokumentiert. Schliesslich soll das Instrument der Betriebsvergleiche nicht nur der Entscheidungsunterstützung dienen, sondern ebenso als Hilfsmittel für die interne Kostenkontrolle in den Betrieben und letztlich als Benchmarking-Instrument genutzt werden können. Der Abschluss dieses Projekts ist in Form eines Methodenberichts gegen Ende des Jahres 2003 angesetzt. (*Daniel Zahnd*)