# Kostendämpfungsmassnahmen im Krankenversicherungsgesetz

## Massnahmen und Handlungsspielräume der Träger des Bundes

### Synthese der Parlamentarischen Verwaltungskontrollstelle zuhanden der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates

vom 30. November 2001

---



2002-0882

# Bericht

## 1 Untersuchungsgegenstand und -fragen

Im Jahre 2000 beauftragte die ständerätliche Geschäftsprüfungskommission (GPK-S) die Parlamentarische Verwaltungskontrollstelle (PVK) mit einer Evaluation im Bereich des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994. Das Anfang 1996 in Kraft getretene KVG verfolgt drei übergeordnete Zielsetzungen:

- Sicherstellung einer hoch stehenden, aber für alle finanziell tragbaren medizinischen Versorgung,
- Verstärkung der Solidarität zwischen Versicherten mit unterschiedlichem Krankheitsrisiko und mit unterschiedlichem Einkommen,
- Eindämmung der Kostensteigerung im Gesundheitswesen.

Fünf Jahre nach dem Inkrafttreten des KVG zeigen laut Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) verschiedene in seinem Auftrag erstellte Studien,[1] dass die beiden erstgenannten Zielsetzungen im Wesentlichen erreicht werden konnten.[2] International gesehen zeichnet sich das schweizerische Gesundheitssystem somit durch einen hohen Leistungsstandard, eine gute Zugänglichkeit aller Bevölkerungsschichten zu den Leistungen und eine hohe Wahlfreiheit der Versicherten in der Grundversicherung aus.[3]

Die dritte Zielsetzung, die *Eindämmung der Kostensteigerung*, wurde hingegen bis anhin *nicht erreicht*. Der jährliche Anstieg der Kosten des Gesundheitswesens lag seit der Einführung des KVG stets über der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung. Das KVG hat mit anderen Worten keine spürbaren Auswirkungen auf die Kostenentwicklung gezeitigt. Während einerseits von behördlicher Seite wiederholt betont wird, dass auf Grund der zeitlichen Verzögerung der Wirkungen das Fehlschlagen des KVG in dieser Hinsicht noch nicht abschliessend beklagt werden könne, mehren sich andererseits Stimmen, welche die Tauglichkeit des KVG zur Erreichung des Kostendämpfungsziels grundsätzlich in Frage stellen. Ein Blick über die Schweizer Grenzen hinaus zeigt: Unser Land weist im internationalen Vergleich hohe Gesundheitskosten auf; nach den USA steht die Schweiz diesbezüglich an zweiter Stelle. Für die hohen Gesundheitsausgaben verantwortlich gemacht werden in der Literatur etwa das hohe Angebots- und Nachfrageniveau, aber auch falsche wirtschaftliche Anreize sowie die föderalistischen Strukturen des schweizerischen Gesundheitssystems.[4]

Vor dem Hintergrund der skizzierten Problemlage – hohe sowie weiter ansteigende Gesundheitskosten – beschäftigt sich die Evaluation der PVK mit den Massnahmen

1 Art. 32 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) enthält den gesetzlichen Auftrag zur Durchführung von wissenschaftlichen Untersuchungen über den Vollzug und die Wirkungen des KVG. Im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG wurden 23 Einzelprojekte durchgeführt. Eine Synthese ist per Ende 2001 geplant.

2 Gärtner, Ludwig, 2001: Das Krankenversicherungsgesetz und die Entwicklung der Gesundheitskosten. In: Die Volkswirtschaft 9-2001, 19–23.

3 Ebd.: 23.

4 Vgl. dazu Kap. 3.4 der vorliegenden Synthese.

des KVG und den Handlungsspielräumen der Träger des Bundes zur Umsetzung des Kostendämpfungsziels. Denn: Auch wenn die bundesrätliche Botschaft zum KVG die Eindämmung der Kosten in erster Linie als Aufgabe der verschiedenen beteiligten Partner im Gesundheitswesen bezeichnet, verfügen die Träger des Bundes (gemeint ist der engere Kreis, bestehend aus Bundesrat und Bundesverwaltung) durchaus über Kompetenzen im Zusammenhang mit der Kostendämpfung.

Die leitenden Fragen der PVK-Evaluation lauten zusammengefasst:

- Welche Kostendämpfungsmassnahmen existieren im KVG und welche Merkmale weisen sie auf?
- Wie bedeutend sind sie in Bezug auf die Erreichung des Kostendämpfungsziels?
- Über welche Handlungsspielräume verfügen dabei die Träger des Bundes?
- Wie haben die Träger des Bundes ihre Handlungsspielräume in ausgewählten Massnahmen bis anhin genutzt?
- Welche Auswirkungen zeitigten ihre Aktivitäten hinsichtlich der Zielsetzung der Kostendämpfung?

## 2 Aufbau der Untersuchung und Struktur der Synthese

Die PVK wählte einen *partizipativen Ansatz* für die Bearbeitung des vorliegenden Themas. Das heisst, die zuständige Subkommission EDI/UVEK der GPK-S als Auftraggeberin war bei der Definition und Eingrenzung des näheren Untersuchungsgegenstandes massgeblich und laufend beteiligt.

Die Evaluation erfolgte im Rahmen von zwei Untersuchungsschritten:

- Der *1. Untersuchungsschritt* beinhaltete die Beantwortung der ersten drei Fragen nach den Kostendämpfungsmassnahmen im KVG, ihrer Bedeutung und den entsprechenden Handlungsspielräumen der Träger des Bundes. Die PVK führte zu diesem Zweck von Dezember 2000 bis Februar 2001 eine Programmanalyse des KVG sowie eine schriftliche Expertenbefragung durch.

  Ziffer 3 der Synthese liefert Hinweise zum methodischen Vorgehen sowie eine Zusammenfassung und Würdigung der Ergebnisse des 1. Untersuchungsschrittes. Eine ausführliche Darstellung findet sich im Materialienband 1 unter dem Titel «Kostendämpfungsmassnahmen im KVG: Eine Programmanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Handlungsspielräume des Bundes».

- Die vierte und die fünfte Frage nach der Nutzung der Handlungsspielräume durch die Träger des Bundes in ausgewählten Massnahmen und der diesbezüglichen Wirkungen waren Gegenstand des *2. Untersuchungsschrittes*. Auf Grund der Ergebnisse aus der ersten Phase und weiterer Grundlagen wählte die zuständige Subkommission der GPK-S im Frühjahr 2001 zwei Bereiche

aus, die einer vertieften Analyse unterzogen werden sollten (Hinweise zum Auswahlverfahren finden sich in Ziff. 4). Es handelte sich dabei um die bundesrätliche Rechtsprechung im Falle der Spitalplanung und die Einflussnahme des Bundes auf den Arzttarif TARMED. Diese beiden Evaluationen wurden von Mai bis November 2001 von einem externen Expertenteam durchgeführt (Büro Vatter, Politikforschung & -beratung, Bern).

Ziffer 5 und 6 der Synthese geben Auskunft über das methodische Vorgehen und enthalten eine Zusammenfassung der Ergebnisse sowie Schlussfolgerungen der beiden Studien. Ausführliche Informationen dazu liefern die Materialienbände 2 und 3.

# 3 Programmanalyse des KVG

## 3.1 Überblick über die Kostendämpfungsmassnahmen im KVG

### 3.1.1 Fragestellung und Hinweise zum methodischen Vorgehen

Welche Kostendämpfungsmassnahmen existieren im KVG und welche Merkmale weisen sie auf? So lautet verkürzt formuliert die erste Frage der vorliegenden Untersuchung. Für ihre Beantwortung hat die PVK in einem ersten Schritt relevante Quellen – v.a. die Botschaft zum KVG von 1991 – *inhaltlich ausgewertet*. Erhoben wurden sämtliche Massnahmen, die in den konsultierten Quellen explizit in den Zielzusammenhang ‚Kostendämpfung' gestellt worden sind. Unter Massnahmen verstehen wir dabei nicht nur ordnungsrechtliche Gebote und Verbote, sondern beispielsweise auch das Setzen staatlicher Rahmenbedingungen, die den beteiligten Akteuren kostendämpfendes Verhalten ermöglichen sollen. Massnahmen umfassen in diesem Sinne jegliche gesetzlichen Versuche, die Kosten in der Krankenversicherung zu beeinflussen. Mit Hilfe verschiedener, in der Politikanalyse üblicher Kriterien oder Merkmale wurden die erhobenen Massnahmen anschliessend beschrieben und einer *Häufigkeitsanalyse* unterzogen. Dadurch konnte ein Überblick über die konzeptionelle Ausgestaltung des Massnahmenspektrums zur Kostendämpfung erstellt werden.

### 3.1.2 Zusammenfassung und Würdigung der Ergebnisse der Häufigkeitsanalyse

Die PVK hat insgesamt *44 Massnahmen* erhoben und beschrieben, welche explizit als Kostendämpfungsmassnahmen im geltenden KVG aufgeführt sind. Ihre Zusammenstellung findet sich im Materialienband 1, Anhang 1. Die Beschreibung der Massnahmen anhand der bei der Auswertung verwendeten Merkmale ergibt folgendes Bild:

*Angestrebter Wirkungsmechanismus:* Die bundesrätliche Botschaft zum KVG teilt die Kostendämpfungsmassnahmen in die drei folgenden Kategorien ein: Einschränkung des Angebots, Einschränkung der Nachfrage, Beeinflussung des Verhaltens von Leistungserbringern und Versicherern. Laut unserer Häufigkeitsanalyse beab-

sichtigen 40 Prozent der geltenden Massnahmen, die Kosten via *Einschränkung des Angebotes* einzudämmen. Bei ungefähr gleich vielen Massnahmen wird über eine Beeinflussung des Verhaltens von Versicherern und Leistungserbringern versucht, die Kosten zu dämpfen (38 Prozent). Massnahmen, die auf eine Einschränkung der Nachfrage zielen, machen hingegen lediglich rund 14 Prozent aus.[5]

Das Gesundheitswesen wird in der Literatur oft als Angebotsmarkt charakterisiert, in welchem die Nachfragehöhe nicht zuletzt auch vom Leistungsangebot mitbestimmt wird. Laut unserer Analyse scheint das KVG dieser Problemlage zu entsprechen, zielen doch annähernd die Hälfte der Massnahmen auf eine Einschränkung des Angebots. Allerdings gilt zu berücksichtigen, dass die Programmanalyse beschreibt, wie ein politisches Programm aus der Sicht des Gesetzgebers funktionieren *sollte*. Eine kritische Betrachtung der Wirkungsmechanismus-Kategorien der bundesrätlichen Botschaft zeigt jedoch, dass diese kaum stringent, ja teilweise gar irreführend sind. So handelt es sich beispielsweise bei den laut Botschaft im Sinne der Einschränkung des Angebotes wirkenden Massnahmen in weitaus den meisten Fällen um Massnahmen, die – wenn überhaupt – höchstens *indirekt* auf das Angebot wirken.

*Adressaten der Kostendämpfungsmassnahmen:* Die Massnahmen richten sich mit Abstand am häufigsten an die Leistungserbringer (65 Prozent). Dabei machen die stationären resp. die ambulanten ärztlichen Leistungserbringer in etwa gleich grosse Gruppen aus. Diese Aufteilung korrespondiert mit dem Bild neuerer Statistiken, die zeigen, dass sich der stationäre und der ambulante Sektor bezüglich der Kosten, die sie verursachen, tendenziell angleichen. Weit weniger ins Gewicht fallen andere Adressatenkreise wie die Versicherten (14 Prozent) oder die Tarifpartner (13 Prozent).[6]

*Instrumente:* Regulative Massnahmen, die beabsichtigen, das Verhalten der Adressaten via gesetzliche Pflicht zu steuern, bilden mit 45 Prozent die grösste Gruppe, gefolgt von denjenigen Massnahmen, welche mittels finanzieller Anreize eine Beeinflussung des Akteurverhaltens anstreben (41 Prozent). Dieses Resultat bestätigt in etwa die gängige Charakterisierung des schweizerischen Gesundheitswesens als *Mischsystem* zwischen planwirtschaftlichen und marktorientierten Elementen. Auffallend gering ist hingegen der Anteil der persuasiven Instrumente, die mittels Information versuchen, das Verhalten der Adressaten zu beeinflussen (5 Prozent).[7]

*Träger:* Die Programmanalyse der PVK hat ergeben, dass zahlreiche Kostendämpfungsmassnahmen von mehreren Trägern umgesetzt werden. Dies lässt auf eine hohe Arbeitsteilung und komplexe Vollzugsstrukturen schliessen. Bundesrat und Bundesverwaltung werden ferner weitaus am häufigsten als Träger der Massnahmen genannt (in zusammen rund 41 Prozent der Fälle). Zahlenmässig weit weniger wichtig sind die Tarifpartner (15 Prozent), die Kantone (13 Prozent), die Versicherer (12 Prozent) oder die Leistungserbringer (10 Prozent).[8]

5 Bei den restlichen 7 Prozent handelt es sich um Massnahmen, die nicht in eine der drei vorgegebenen Kategorien eingeteilt werden können.

6 Mit einem Anteil von zusammen 8 Prozent treten ferner die drei folgenden Adressatengruppen auf: Versicherer, Bundesrat, Kantone.

7 Nicht klassifizierbar sind weitere 9 Prozent.

8 Weitere Träger sind die beratenden Fachkommissionen, (Berufs)-Verbände, Versicherte sowie die im Dienste der Prävention tätige Stiftung 19; sie formieren zusammen einen Anteil von 9 Prozent.

Dieses Resultat mutet *eher erstaunlich* an, lautet die programmatische Leitidee des KVG gemäss Bundesrat doch, dass Kostendämpfung primär eine Aufgabe der verschiedenen Partner im Gesundheitswesen ist. Eingriffe des Staates sollten nach dieser Auffassung nur im Notfall erfolgen. Die zahlenmässig vorherrschende Rolle der bundesstaatlichen Träger muss jedoch *relativiert* werden, denn die Nennung eines Trägers im Gesetz sagt noch nicht viel aus über dessen wirklichen Einfluss. Ziffer 3.3 der vorliegenden Synthese enthält deshalb eine kritische Würdigung der Handlungsspielräume des Bundes in den als wichtig identifizierten Massnahmen.

## 3.2 Bedeutung der Kostendämpfungsmassnahmen im KVG

### 3.2.1 Fragestellung und Hinweise zum methodischen Vorgehen

Wie bedeutend sind die beschriebenen Massnahmen in Bezug auf die Erreichung des Kostendämpfungsziels? Um diese Frage zu beantworten, hat die PVK eine *schriftliche Expertenbefragung* durchgeführt. Die teilnehmenden 24 Personen wurden per Zufallsverfahren aus einem «Pool» von 83 Sachverständigen ausgewählt. Sie waren gebeten, das Kostendämpfungspotential der erhobenen Massnahmen auf einer Skala von «gross» bis «klein» zu beurteilen. Um den aktuellen Stand der Dinge wiederzugeben, wurden die geltenden Massnahmen ergänzt durch fünf weitere Massnahmen, welche sich zum Zeitpunkt der Umfrage im parlamentarischen Entscheidprozess befanden.

### 3.2.2 Zusammenfassung und Würdigung der Ergebnisse der Expertenbefragung

Die PVK hat *21 im Sinne der Kosteneindämmung bedeutende Massnahmen* identifiziert, deren Kostendämpfungspotential von den befragten Experten zwischen «mittel» und «gross» eingeschätzt wurde.

Die Befragung hat somit eine *relativ hohe Anzahl* von bedeutenden Kostendämpfungsmassnahmen ergeben. Die Rangliste anführend und klarer Spitzenreiter sind die *alternativen Versicherungsangebote* mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (HMO). Sie werden gefolgt von der sich zur Zeit im parlamentarischen Entscheidprozess befindlichen Revision der *Spitalfinanzierung*. Platz drei belegen ex aequo die *Spitalplanung* sowie die *dreifache Kostenübernahmevoraussetzung* «Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen». Die komplette Liste der 21 bedeutenden Massnahmen findet sich im Anhang der vorliegenden Synthese.

Nur gerade *eine* der fünf sich zum Befragungszeitpunkt im parlamentarischen Entscheidprozess befindende Massnahme hat den Sprung in die «Top 21» geschafft (Spitalfinanzierung). Insbesondere als nicht bedeutend identifiziert wurde die in der öffentlichen Diskussion wiederholt als wichtig bezeichnete *Aufhebung des Kontrahierungszwanges* im ambulanten Bereich. Ihr vergleichsweise schlechtes Abschneiden im Expertenurteil erklärt sich durch den Umstand, dass der Bundesrat diese

Massnahme lediglich für Ärztinnen und Ärzte vorsehen will, die älter als 65 Jahre sind.[9]

Die *konzeptionelle Ausgestaltung* der 21 als wichtig erachteten Massnahmen ist vergleichbar mit dem in Ziffer 3.1.2 gezeichneten Bild für alle 44 Kostendämpfungsmassnahmen. In gewissem Masse abweichend ist das Ergebnis höchstens hinsichtlich des Steuerungsmittels: Die finanziellen Anreize weisen im Vergleich zu sämtlichen Massnahmen bei den wichtigen nämlich einen höheren prozentualen Anteil auf (52 gegenüber von 41 Prozent). Dies bedeutet, dass die konsultierten Experten den *finanziellen Anreizinstrumenten* tendenziell eine grössere Bedeutung für die Erreichung des Kostendämpfungsziels zumessen.

## 3.3 Handlungsspielräume des Bundes in den als bedeutend identifizierten Massnahmen

### 3.3.1 Fragestellung und Hinweise zum methodischen Vorgehen

Über welche Handlungsspielräume verfügen die Träger des Bundes in den als wichtig identifizierten Kostendämpfungsmassnahmen? Um diese Frage beantworten zu können, wurden die einzelnen Handlungsmöglichkeiten des Bundes mit Hilfe einer Analyse des KVG sowie relevanter Botschaften zu den beiden KVG-Teilrevisionen erhoben und gewürdigt. Ausgehend von der Vermutung, dass die zahlenmässige Dominanz der Träger des Bundes (vgl. Ziff. 3.1.2) nicht a priori auf deren *tatsächlichen Einfluss* schliessen lässt, sollte dabei das Ausmass der bundesstaatlichen Handlungsspielräume annäherungsweise abgeschätzt werden. Als relevant erachtet wurde in diesem Zusammenhang etwa, ob eine direkte Möglichkeit zur Beeinflussung der Mengenausweitung besteht, welcher Art die Kompetenz ist (z. B. Rechtsprechungs- oder Entscheidungskompetenz) oder ob der Bund über Sanktionsmöglichkeiten verfügt.

### 3.3.2 Zusammenfassung und Würdigung der Ergebnisse der Auswertung der Handlungsspielräume des Bundes

Bei 9 der insgesamt 21 bedeutenden Massnahmen treten die Träger des Bundes als Hauptträger auf, während sie in 9 Fällen nebst anderen Trägern über gewisse Kompetenzen verfügen, ohne jedoch Hauptträger zu sein. In 3 weiteren Fällen liegt keine Bundeskompetenz vor.

*Bund als Hauptträger (9 Fälle)*

Mit Ausnahme von vier Massnahmen im Rahmen der *Festlegung des Pflichtleistungskatalogs*, wo der Bundesrat direkt die Mengenausweitung beeinflussen kann, verfügt er lediglich im *ambulanten Sektor* über gewisse (ausserordentliche) Mög-

[9] In Abänderung der bundesrätlichen Vorlage hat der Ständerat als Erstrat am 29. Nov. 2001 mit grosser Mehrheit (37 zu 3 Stimmen) die Aufhebung des Kontrahierungszwanges beschlossen.

lichkeiten, direkt die Menge des Angebots einzuschränken (Möglichkeit der Zulassungsbeschränkung im ambulanten Sektor, in Kraft seit 1. Januar 2001). Für den stationären Sektor hingegen ist gar keine wichtige Massnahme mit Hauptträgerschaft Bund zu verzeichnen. Dies entspricht der geltenden Kompetenzformel, wonach die Gesundheitsversorgung in die kantonale Hoheit fällt.

Was den *Tarifbereich* betrifft, so sind hier zwar entsprechende Handlungsspielräume des Bundes zu verzeichnen (Einflussnahme auf die Tarifgestaltung mittels Aufstellung von Grundsätzen, Anhörung des Preisüberwachers vor der Genehmigung von Tarifverträgen), es handelt sich jedoch um *weiche regulative Kompetenzen* (keine Sanktionsmacht des Bundesrates).[10]

*Bund mit gewissen Kompetenzen (9 Fälle)*

Bei zwei Dritteln dieser Massnahmen beschränken sich die bundesstaatlichen Handlungsspielräume auf die Funktion des Bundesrates als *Rechtsetzungs- resp. Rechtsprechungsinstanz.* Bei drei weiteren Massnahmen fungiert der Bundesrat als Genehmigungsinstanz, ist mit subsidiären Festsetzungskompetenzen ausgestattet oder verfügt über diverse Kompetenzen im Rahmen einer Institution mit Beteiligung des Bundes.

Es bestehen *keine direkten erstinstanzlichen Möglichkeiten* für die Träger des Bundes, die Mengenausweitung zu beeinflussen. Eine Beeinflussung ist höchstens indirekt via Rechtsprechung (Spitalplanung) möglich.

## 3.4 Exkurs: Internationaler Vergleich

Im Rahmen der Verarbeitung der Ergebnisse der Programmanalyse des KVG wünschte die zuständige Subkommission der GPK-S einen kurzen Abriss zur Frage, wie sich die Schweiz bezüglich der Kostenproblematik im Gesundheitswesen und der Bemühungen zu ihrer Eindämmung im *internationalen Vergleich* positioniert. Eine Auswertung einschlägiger vergleichender Studien zeigt (vgl. ausführlicher dazu Materialienband 1, Anhang 6):

Die Schweiz liegt international gesehen nach den USA an der Spitze, was die Pro-Kopf-Ausgaben für die Gesundheit betrifft. Ein Vergleich über die Zeit zeigt im weiteren, dass auch andere Staaten des OECD-Raumes – unbesehen der jeweiligen Organisation ihres Gesundheitssystems – die Kostenproblematik kennen und in den letzten Jahren ebenfalls versucht haben, diese mittels verschiedener Massnahmen zu bekämpfen. Internationale Statistiken verdeutlichen jedoch, dass es der Schweiz (und Deutschland) in den 90er Jahren nicht gelungen ist, die Kosten zu stabilisieren resp. zu reduzieren. Dies im Gegensatz zu verschiedenen anderen Staaten – wie Kanada, Dänemark oder die Niederlande –, die im Untersuchungszeitraum (1993–1997) den Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP senken konnten.

[10] Es gilt zu beachten, dass sich diese Aussagen auf die *wichtigen* Massnahmen beziehen. Was den Tarifbereich betrifft, hat der Bundesrat mit seiner Tarifgenehmigungs- und Rechtsprechungsfunktion natürlich durchaus Sanktionsmacht. Allerdings belegt die erste Funktion (Tarifgenehmigung) in unserer Umfrage einen Platz im hinteren Drittel der Ränge. In Bezug auf die Rechsprechungsfunktion gilt: Diese ist nicht als Kostendämpfungsmassnahme im KVG deklariert und wurde entsprechend auch nicht in unserer Umfrage im Sinne ihres Potentials bewertet.

Dies geschah in verschiedenen Ländern mit Hilfe eines Abbaus von Kapazitäten v. a. im stationären Bereich. International gesehen ebenfalls ein verbreitetes Mittel zur Beeinflussung der öffentlich finanzierten Gesundheitskosten ist die Kostenverlagerung durch eine Erhöhung der privaten Kostenbeteiligung. Die Schweiz hat in einer OECD-Umfrage demgegenüber keine derartigen Massnahmen ausgewiesen. Dies vermag allerdings nicht zu erstaunen, wird in unserem Land doch ein vergleichsweise sehr hoher Anteil der Gesundheitskosten privat finanziert (über Patienten resp. Zusatzversicherungen).

## 4 Teilstudien zu Spitalplanung und TARMED: Hinweise zum Auswahlverfahren

Wie eingangs in Ziffer 2 erwähnt, hat die Subkommission EDI/UVEK der GPK-S auf Grund der Ergebnisse des ersten Untersuchungsschrittes zwei Bereiche ausgewählt, die anschliessend unter dem Stichwort «Nutzung von Handlungsspielräumen durch die Träger des Bundes» einer näheren Analyse unterzogen wurden. Im Dienste der Transparenz soll im Folgenden das Auswahlverfahren kurz dargestellt werden.

Um eine *begründete Auswahl* von Massnahmen treffen zu können, standen der GPK-S fünf Kriterien zur Verfügung:

- Bedeutung der Massnahme: Die Massnahme sollte im Expertenurteil als wichtig im Sinne der Kostendämpfung erscheinen (vgl. «Rangliste» der 21 Kostendämpfungsmassnahmen mit dem grössten Kostendämpfungspotential im Anhang der Synthese).
- Zeitpunkt der Analyse: Auf Grund der leitenden Fragestellung der Evaluation – Handlungsspielräume der Träger des Bundes und ihre Nutzung – kamen lediglich Massnahmen in Frage, die bereits im geltenden KVG vorgesehen waren (d. h. keine geplanten).
- Ausmass der Kompetenzen der Träger des Bundes: Der Bund sollte über ein gewisses Mass an Kompetenzen beim Vollzug der Massnahme verfügen.
- Stand der Untersuchung der Massnahme: Es sollten Bereiche evaluiert werden, die nicht bereits eingehend erforscht worden sind (vgl. Materialienband 1, Anhang 5 mit einem Überblick über bereits erschienene und laufende Studien).
- Empfehlungen von Experten (auf Grund von Ergebnissen der Expertenbefragung).

Die PVK hat der zuständigen Subkommission der GKP-S *fünf* Massnahmen zur vertieften Untersuchung empfohlen, welche die oben genannten Kriterien am besten erfüllen: Spitalplanung (Art. 39, Abs. 1, Bst. d und e sowie Art. 53 KVG), Möglichkeit der Einflussnahme auf Tarifgestaltung und Tarifgenehmigung durch den Bundesrat (insbesondere Art. 43, Abs. 7 sowie Art. 46, Abs. 4), Förderung der Gesundheit (Art. 19 und 20 KVG), Kostenkontrolle – d. h. einheitliche Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler bzw. Pflegeheime sowie Anordnung von Betriebsvergleichen (Art. 49, Abs. 6 und 7 sowie Art. 50 KVG) und schliesslich Kontrollen zur Sicherung der Qualität der Leistungen (Art. 58 KVG).

Von diesen fünf empfohlenen Massnahmen hat die Subkommission schliesslich die im Folgenden behandelten Bereiche «bundesrätliche Rechtsprechung im Falle der Spitalplanung» (Ziff. 5) und «Einflussnahme des Bundes auf den Arzttarif TARMED» (Ziff. 6) ausgewählt.

## 5 Bundesrätliche Rechtsprechung im Falle der Spitalplanung

Das vorliegende Ziffer beschäftigt sich mit der vertieften Analyse der Nutzung von Handlungsspielräumen durch die Träger des Bundes und ihrer Wirkungen im Falle der Rechtsprechung des Bundesrates bei der Spitalplanung. Eine umfassende Darstellung der Befunde findet sich in Materialienband 2: «Die Wirkungen der bundesrätlichen Rechtsprechung im Falle der Spitalplanung».

### 5.1 Untersuchungsgegenstand

Das KVG verpflichtet die Kantone in Artikel 39 Absatz 1 zur Angebotsplanung von Spitälern und Pflegeheimen. Letztere müssen verschiedene Zulassungsbedingungen erfüllen, um Leistungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung erbringen zu können. Nebst den drei fachlichen Kriterien – ausreichende ärztliche Betreuung, erforderliches Fachpersonal und zweckentsprechende medizinische Einrichtungen – haben sie auch *zwei Planungsbedingungen* zu erfüllen. Demnach müssen sie

- der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen zu berücksichtigen sind;
- auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sein.

Diese Planungskriterien sollen gemäss der bundesrätlichen Botschaft zum KVG von 1991 eine Koordination der Leistungserbringer, eine optimale Ressourcennutzung sowie eine Eindämmung der Kosten bewirken.

Das KVG eröffnet den Kantonen einen *grossen Handlungsspielraum* bei der Spitalplanung. Dies hat seit 1998 zu interkantonal stark variierenden Zulassungspraktiken geführt. Da die unterschiedlichen Interpretationen des KVG von den Leistungserbringern als Ungleichbehandlung wahrgenommen werden können, ist es laut Artikel 53 KVG möglich, gegen die Spitallisten der Kantone Beschwerde an den Bundesrat zu erheben. Dieser ist Letztinstanz und entscheidet laut Gesetz innerhalb von vier Monaten über die Beschwerden.

Bis Juli 2001 hat der Bundesrat insgesamt *140 Beschwerdeentscheide* in Sachen kantonale Spitallisten gefällt und so eine KVG-konforme Interpretation der (unbestimmten) Zulassungskriterien geliefert. Mit seinem Entscheid kann der Bundesrat eine Spitalliste stützen, aufheben oder unter Vorbehalt genehmigen mit der Auflage, in einem bestimmten Zeitraum gewisse Anpassungen vorzunehmen. Dies bedeutet: Die Beschwerdeentscheide sanktionieren die jeweilige kantonale Spitalliste und beeinflussen damit direkt die stationären Versorgungsstrukturen des betreffenden Kantons. Darüber hinaus leisten sie auch eine juristische Interpretation der KVG-

Bestimmungen und konkretisieren somit die Zulassungskriterien der kantonalen Spitallisten.

## 5.2 Problemlage und Fragestellungen

Aus der Notwendigkeit zur Spitalplanung und der Bezeichnung der kassenpflichtigen Angebote ergeben sich auf Grund der komplexen Strukturen in der Spitalträgerschaft und -finanzierung, angesichts der verschiedenen Versicherungsmodelle (obligatorische Krankenversicherung, private Zusatzversicherung) sowie der interkantonal verflochtenen Patientenströme verschiedene *Abgrenzungsprobleme*. Die bundesrätliche Rechtsprechung konkretisiert diese Abgrenzungsfragen und beeinflusst dadurch wichtige Bestimmungsfaktoren der Spitalkosten und deren Aufteilung zwischen öffentlicher Hand und Krankenversicherung.

Von zentraler Bedeutung ist dabei die *Behandlung von halbprivaten und privaten Abteilungen* auf den Spitallisten. Diese werden im Gegensatz zu der von den Kantonen und der obligatorischen Krankenversicherung getragenen Grundversorgung durch die privaten Zusatzversicherungen finanziert. Gemäss der Auffassung des Bundesrates soll die Kostendämpfung in diesem Bereich über den Wettbewerb der Anbieter auf dem freien Markt erfolgen, im Bereich der Grundversicherung jedoch über interventionistische Planungsinstrumente. Aus der Überschneidung von Grund- und Zusatzversicherung bei Spitalaufenthalten in halbprivaten oder privaten Abteilungen ergibt sich eine wesentliche *Regelungslücke*, da zusatzversicherte Patienten Anspruch auf den so genannten Sockelbeitrag haben. Dieser bezieht sich auf jenen Anteil der Kosten, den auch eine Behandlung in der allgemeinen Abteilung verursachen würde.

Die Frage der Behandlung halbprivater und privater Abteilungen in der Spitalliste ist somit von zentraler kostenrelevanter Bedeutung: Nicht nur entscheidet sie über die Aufteilung der Finanzierung zwischen der öffentlichen Hand und der Krankenversicherung, sie determiniert auch den Handlungsspielraum der Kantone bei ihren Anstrengungen zur Kosteneindämmung via Spitalplanung.

Vor dem Hintergrund der skizzierten Problemlage soll die vorliegende Evaluation die Frage beantworten, wie sich die bundesrätliche Rechtsprechung auf die kantonale resp. interkantonale Spitalplanung gemäss Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d und e ausgewirkt hat. Im Einzelnen wurden folgende Untersuchungsfragen gestellt:

- Welches sind die wichtigsten Beschwerdeentscheide in Sachen Spitalplanung und Spitallisten?
- Wie hat der Bundesrat in besagten Fällen entschieden?
- Wie haben sich diese Beschwerdeentscheide auf die weitere Spitalplanung ausgewirkt?
- Welche Auswirkungen zeitigten diese Beschwerdeentscheide hinsichtlich der Zielsetzung der Kostendämpfung?

## 5.3 Hinweise zum methodischen Vorgehen

Zur Beantwortung der gestellten Fragen hat das Büro Vatter, Politikforschung & -beratung, ein zweistufiges, sich gegenseitig ergänzendes Verfahren gewählt.

- In einem *ersten Schritt* wurden sämtliche bis Juli 2001 gefällten *140 Bundesratsentscheide* zu kantonalen Spitallisten nach einheitlichen Merkmalen erhoben und ausgewertet. Die Häufigkeitsauszählung dieser Merkmale ergibt ein *Gesamtbild* der eingegangenen Beschwerden und der bundesrätlichen Praxis in ihrer Behandlung. Im Weiteren wurde nach möglichen Zusammenhängen zwischen den verschiedenen Merkmalen der Beschwerdeentscheide geforscht. So wurde beispielsweise untersucht, welche Art von Beschwerdegegenständen am ehesten vom Bundesrat gutgeheissen wurden, oder welche Beschwerdeführer tendenziell am erfolgreichsten waren.

  Die Ergebnisse dieser Gesamtanalyse sind in Ziffer 5.4.1 der vorliegenden Synthese zusammengefasst. Sie geben Hinweise auf die *unmittelbaren Auswirkungen* der Entscheide und ermöglichen dadurch eine zusammenfassende Einschätzung der bisherigen Rechtsprechungspraxis in Bezug auf die Zielsetzung der Kostendämpfung.

- In einem *zweiten Schritt* haben die Mandatnehmer die *direkten und indirekten Auswirkungen der wichtigsten Beschwerdeentscheide* untersucht. Mittels Literaturauswertungen und der Einholung von Expertenmeinungen (Bundesverwaltung, Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz) wurden zunächst die hinsichtlich des Kostendämpfungsziels wichtigsten Entscheide identifiziert. Anschliessend wurden vier Entscheidfälle für die weitere Untersuchung ausgewählt. Wahlkriterien waren nicht nur die Bedeutung des Entscheids, sondern auch seine Kostenrelevanz sowie strukturelle Besonderheiten der betroffenen Kantone. In vergleichenden *Fallstudien* wurden die vier gewählten Beschwerdeentscheide hinsichtlich ihrer Wirkungen in den betroffenen Kantonen analysiert. Dazu bedienten sich die Mandatnehmer eines dreifachen methodischen Ansatzes. Erstens führten sie persönliche Interviews mit betroffenen Akteuren durch. Vertreter kantonaler Gesundheitsdirektionen wurden dabei ebenso befragt wie Angehörige von Krankenkassen- und Spitalverbänden. Zweitens wurden relevante Dokumente ausgewertet und drittens verfügbare Sekundärdaten zu den Gesundheitskosten in den Kantonen analysiert.

  Der zweite Untersuchungsschritt beantwortet die Fragen nach den *direkten und indirekten Auswirkungen* der wichtigsten Beschwerdeentscheide in Sachen Spitalplanung. Entsprechende Ergebnisse finden sich in Ziffer 5.4.2.

## 5.4 Ergebnisse

### 5.4.1 Gesamtanalyse der bundesrätlichen Rechtsprechungspraxis

Die Auswertung der bis anhin gefällten 140 Entscheide zu Beschwerden gegen kantonale resp. interkantonale Spitallisten erfolgte anhand *verschiedener Merkmale*. So wurde etwa erhoben, aus welchen Kreisen die Beschwerdeführer stammten (z. B. Krankenkassenverband, inner- oder ausserkantonale Spitäler mit öffentlicher bzw. privater Trägerschaft) und was die Beschwerden beinhalteten. Auch die zentralen Forderungen der Beschwerden und ihre Begründungen wurden erhoben. Ging es in der einzelnen Beschwerde etwa darum, eine Spitalliste aufzuheben oder wurde eine Ausweitung resp. Begrenzung der Kapazität verlangt? Wurde dies begründet mit der vermeintlichen Verletzung der Bestimmung, wonach private Anbieter in der Planung angemessen zu berücksichtigen sind oder wurde beispielsweise die Rechtmässigkeit der Bedarfsevaluation in Abrede gestellt? Schliesslich wurde auch das Schicksal der Beschwerden erhoben: Wie hat der Bundesrat entschieden, wie lauteten seine Begründungen und wie haben sich seine Entscheide unmittelbar ausgewirkt?

Im Folgenden präsentieren wir eine kleine Auswahl interessanter Beobachtungen zur Gesamtanalyse der bisherigen Rechtsprechungspraxis.

#### 5.4.1.1 Häufigkeitsauszählungen

*Beschwerdeführer:* In fast zwei Dritteln der Fälle handelte es sich bei den Beschwerdeführern um ausserkantonale Privatspitäler (inkl. öffentlich subventionierte). Weit weniger häufig haben an zweiter und dritter Stelle innerkantonale Privatspitäler sowie kantonale Krankenkassenverbände vom Beschwerderecht an den Bundesrat Gebrauch gemacht.

*Zentrale Forderungen:* Entsprechend dieser Verteilung der Urheber der Beschwerden bestand die zentrale Forderung in rund 80 Prozent der Fälle in der Zulassung eines Spitals zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung.

*Begründungen der Beschwerden:* Argumentiert wurde am häufigsten mit der in Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d stipulierten Bestimmung, wonach private Anbieter in der Planung angemessen zu berücksichtigen sind (rund ein Drittel der Fälle).

*Bundesrätliche Entscheide:* Die Auswertung der Entscheide zu den zentralen Forderungen der Beschwerden zeigt, dass Beschwerden gegen kantonale Spitallisten mehrheitlich gutgeheissen worden sind. Das heisst: In 60 Prozent der Fälle hat der Bundesrat gegen die Kantonsregierungen entschieden.[11]

Was sind nun die *unmittelbaren Auswirkungen* der Beschwerdeentscheide? Die Gesamtauswertung ergibt: Am häufigsten haben die Bundesratsentscheide eine Spitalliste aufgehoben und ihre Überarbeitung verlangt. Ein Zuwachs der Kapazität ist in rund 12 Prozent der Fälle zu verzeichnen. Dabei handelt es sich um Entscheide, bei denen beispielsweise eine Aufnahme eines Spitals auf die kantonale Liste ver-

[11] Da pro Beschwerde nur eine, und zwar die zentrale Forderung untersucht wurde, fehlt in dieser Auswertung die Kategorie «teilweise gutgeheissen».

fügt wurde. Dem stehen lediglich rund 3 Prozent gegenüber, in denen das Versorgungsangebot gegenüber dem in der kantonalen Liste vorgesehenen Zustand mit dem Beschwerdeentscheid verringert wurde.

#### 5.4.1.2 Zusammenhänge zwischen verschiedenen Merkmalen

Gibt es Regelmässigkeiten zwischen den erhobenen Merkmalen? Sind gewisse Beschwerdeführer beispielsweise weniger erfolgreich als andere? Die Verknüpfung der erhobenen Merkmale gibt eine Antwort auf diese und weitere Fragen.

*Beschwerdeführer und Gegenstände von Beschwerden:* Kantonale Kassenverbände bemängelten in den weitaus meisten Fällen die gesamte zur Diskussion stehende Spitalliste. Demgegenüber bezogen sich Beschwerden von Spitälern (und zwar sowohl öffentliche als auch private sowie inner- als auch ausserkantonale Einrichtungen) in der grossen Mehrheit auf die Aufnahme einzelner Spitäler auf die betreffende Liste.

*Beschwerdeführer und zentrale Forderungen:* Die Krankenkassenverbände verlangten in der deutlichen Mehrheit die Streichung eines Spitals, während beschwerdeführende Kliniken grossmehrheitlich die Aufnahme ihrer allgemeinen Abteilungen auf die jeweilige Liste forderten.

*Beschwerdeführer und bundesrätliche Entscheide:* Ausserkantonale Privatspitäler können sich zu den erfolgreichsten Beschwerdeführern zählen. Beinahe zwei Drittel ihrer Beschwerden wurden vom Bundesrat gutgeheissen. Ebenfalls mehrheitlich angenommen wurden Beschwerden innerkantonaler Privatspitäler und Eingaben von Krankenkassenverbänden. Abgelehnt wurden demgegenüber alle Beschwerden, die von innerkantonalen öffentlichen Spitälern eingereicht worden waren.

*Gegenstände der Beschwerden und bundesrätliche Entscheide:* Rund 80 Prozent der gutgeheissenen Beschwerden betrafen einzelne Spitäler, davon beinahe 90 Prozent Privatspitäler.

*Argumente und bundesrätliche Entscheide:* Dass gewisse Argumente der Beschwerdeführer in Bezug auf ihre Hauptforderung erfolgreicher waren als andere, ist ein weiteres interessantes Ergebnis der Gesamtanalyse. Demnach wurden mehr als 85 Prozent der Beschwerden, die ihre Forderung mit dem Argument der mangelnden Berücksichtigung der privaten Trägerschaften stützten, vom Bundesrat gutgeheissen.

#### 5.4.1.3 Gesamteinschätzung

Aus den vorangegangenen und weiteren Ergebnissen ergibt sich folgende Gesamteinschätzung der bundesrätlichen Rechtsprechung im Bereich der Spitalplanung:

– Der Bundesrat hat mit seiner bisherigen Rechtsprechungspraxis tendenziell *eher die Interessen von Beschwerdeführern als die der Kantonsregierungen gestützt*. So hat er 60 Prozent der 140 Beschwerden gutgeheissen. In 34 Prozent der Fälle hat er demgegenüber die kantonalen Listen gestützt, während er auf die restlichen 6 Prozent nicht eingetreten ist. Dabei wurden Beschwerden von Krankenkassenverbänden knapp, Beschwerden von inner-

und ausserkantonalen Privatspitälern hingegen deutlich mehrheitlich angenommen.

- Als *besonders erfolgreich* hat sich das Argument der *mangelnden Berücksichtigung privater Trägerschaften* erwiesen. Diese Bestimmung wird vom Bundesrat mit vergleichsweise grossem Nachdruck durchgesetzt. Ebenfalls mehrheitlich gutgeheissen, jedoch weniger ausgeprägt, ist das Argument der Rechtmässigkeit der Bedarfsevaluation. Dieses wurde allerdings sowohl als Argument für die Aufnahme von Spitälern auf kantonale Spitallisten als auch gegen die Zulassung von Spitälern ins Feld geführt.
- Die Gesamtauswertung zeigt, dass die Bundesratsentscheide insgesamt *eher den von den kantonalen Listen vorgesehenen Kapazitätsabbau aufgehoben haben*, als dass sie die Schliessung zusätzlicher Spitäler zur Folge hatten. Einem Drittel der Beschwerdeentscheide, die eine Streichung von Spitälern bedeuteten, stehen rund 45 Prozent der Entscheide gegenüber, die eine angefochtene Liste zur Überarbeitung zurückwiesen, und nach Übergangsrecht die provisorische Zulassung des in Frage stehenden Spitals nach sich zogen.

Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass die bundesrätliche Rechtsprechungspraxis *primär durch die eingegangenen Beschwerden bestimmt* ist. Da der Bundesrat keine aktive politische Steuerung der kantonalen Spitalplanung betreibt, sondern als Judikative *reaktiv* im Sinne der formal-juristischen Sanktionierung agiert, ist sein Handlungsspielraum hinsichtlich der Zielsetzung der Kostendämpfung beschränkt.

Gesamthaft gesehen hat die Erhebung jedoch gezeigt, dass die rein juristische Sichtweise des Bundesrates bei der Behandlung von Beschwerden gegen kantonale Spitallisten zu Ergebnissen führt, die *der politischen Zielsetzung der Kosteneindämmung tendenziell widersprechen*.

### 5.4.2 Fallstudien zu den Wirkungen der bundesrätlichen Rechtsprechung

Mittels Fallstudien haben die Mandatnehmer die Fragen nach den wichtigsten Beschwerdeentscheiden sowie deren direkten und indirekten Auswirkungen hinsichtlich der Spitalplanung und der Zielsetzung der Kostendämpfung untersucht.

#### 5.4.2.1 Die untersuchten Fälle: ZH, BS/BL, AG und TI

Insgesamt hat die Untersuchung zehn Beschwerdeentscheide identifiziert, die im Sinne von Grundsatzentscheiden wegweisend für die Weiterentwicklung der Spitalplanung waren. Es handelt sich um Entscheide in den Kantonen AG, AR, BS/BL, GR, LU, SG, SO, TG, TI und ZH. Sieben dieser Beschwerden hat der Bundesrat gutgeheissen, eine davon teilweise. Von diesen zehn Entscheiden haben die Mandatnehmer *vier Fälle* ausgewählt, die hinsichtlich des Kostendämpfungsziels als wichtig zu erachten sind. Diese vier Beschwerdeentscheide wurden anschliessend vertieft analysiert.

*Kanton Zürich:* Als sehr bedeutend identifiziert wurden die bundesrätlichen Entscheide vom 17. Februar 1999 zu Beschwerden von sechs innerkantonalen Regionalspitälern. Hier sanktionierte der Bundesrat die kantonalen Massnahmen der Spitalplanung. Insbesondere schützte er den Abbau von Überkapazitäten durch die Schliessung von öffentlichen Regionalspitälern. Diese Entscheide werden insofern als bedeutend bewertet, als der Bundesrat damit eine *sehr restriktive Spitalliste* gestützt hat, die grosse Opfer seitens der Kliniken gefordert hat und mit hohen politischen Risiken für die Zürcher Kantonsregierung verbunden war.

*Kantone Basel-Stadt und Basel-Land:* Ebenfalls als sehr bedeutend zu bewerten ist der Entscheid vom 23. Juni 1999 zur Beschwerde der privaten Josefsklinik gegen die gemeinsame Spitalliste der Basler Kantone. Mit diesem Entscheid verpflichtete der Bundesrat die Kantone, auch Abteilungen, die nur Zusatzversicherte behandeln, auf ihrer integralen Liste aufzuführen und verwehrte die Schliessung der fraglichen privaten Klinik. Somit *wies* der Bundesrat hier die *Planung von privaten und halbprivaten Betten nachdrücklich zurück* und begründete einen Rechtsanspruch auf deren Auflistung in der Spitalliste.

*Kanton Aargau:* Mit dem Entscheid vom 17. Februar 1999 zur Beschwerde des kantonalen Krankenversichererverbandes bestätigte der Bundesrat die kantonale Planung, obwohl sie weitgehend den *Status quo festschrieb und keine Strukturanpassungen* vorsah. Dieser Entscheid ist quasi das Gegenbeispiel zum Fall des Kantons Zürich. Im Aargau stützte der Bundesrat zwar ebenso die Kantonsregierung, sein Entscheid wirkte jedoch potentiell in die andere, d. h. kostensteigernde Richtung. Der Entscheid gilt auch insofern als bedeutend, als erstmals klar festgehalten wurde, dass die Zulassung von Privat- und Halbprivatabteilungen nicht von der Bedarfsplanung abhängig gemacht werden darf. Private Anbieter haben somit Anspruch auf einen Listenplatz.

*Kanton Tessin:* Dieser gilt als Sonderfall, da hier private Spitäler mehr als 50 Prozent der gesamten Spitalkapazitäten ausmachen. Mit dem Entscheid vom 3. Mai 2000 zur Beschwerde des kantonalen Versicherungsverbandes profitierte der Tessin als erster Kanton von der *neuen Praxis* des Bundesrates, *ungenügende Listen nicht vollständig zurückzuweisen*, sondern – mit verbindlichen Auflagen zur Überarbeitung – provisorisch in Kraft zu setzen.

### 5.4.2.2 Auswirkungen der Beschwerdeentscheide

#### 5.4.2.2.1 In den einzelnen Kantonen

Grundsätzlich kann festgehalten werden: Die Entscheide hatten in den untersuchten Kantonen sehr *unterschiedliche Auswirkungen*. Diese werden im Folgenden dargestellt.

Mit der Sanktionierung der *Zürcher Spitalliste* hat der Bundesrat eine sehr restriktive Planung gestützt, die eine beträchtliche Bettenreduktion innerhalb von wenigen Jahren zur Folge hatte. Das Beispiel Zürich zeigt jedoch gleichzeitig, dass Bettenreduktionen nicht automatisch zu einer Eindämmung der Kosten führen, sind diese doch trotz Vorliegen der restriktiven Liste von 1998 in diesem Kanton stark angestiegen.

Demgegenüber wurden im *Kanton Aargau* private Anbieter geschützt und ihre Leistungserbringung nicht eingeschränkt. Dies hatte eine Kostenverlagerung von der öffentlichen Hand zu den Krankenversicherern zur Folge. Dies ist zwar nicht als direkter Effekt des Bundesratsentscheides zu werten, sondern primär auf die kantonale Spitalpolitik zurückzuführen. Trotzdem ist dafür auch die bundesrätliche Rechtsprechung mitverantwortlich, da sie mit ihrem Entscheid die kantonale Planung sanktioniert und implizit gutgeheissen hat.

Die Wirkungen des Entscheids im Falle der gemeinsamen Spitalliste der Kantone *Basel-Stadt und Basel-Land* lagen demgegenüber in erster Linie auf politischer Ebene. Hier führte die bundesrätliche Rechtsprechung zu einem eigentlichen Vertrauensverlust der kantonalen Träger. Der Entscheid hat den Kantonen die Kontrolle über das Ausmass der Leistungserbringung im Zusatzversicherungsbereich weitgehend entzogen und stellt in ihrer Wahrnehmung einen einschneidenden Eingriff in die kantonale Spitalversorgungspolitik dar. Materiell hat der Entscheid keine direkte Wirkung entfaltet.[12] Da jedoch neue Leistungserbringer nach Argumentation des Bundesrates auf die Spitalliste gesetzt werden müssten, wenn sie im Zusatzversicherungsbereich Leistungen erbringen würden, trägt der Entscheid potentiell zur Kostensteigerung bei.

Im *Kanton Tessin* konnte der Bundesratsentscheid eine verfahrene Situation deblockieren. Er gab den Tessiner Behörden konkrete inhaltliche Auflagen für die weitere Planung sowie eine Frist für die Erstellung der Spitalliste. Damit erhielt die Tessiner Regierung ein politisches Druckmittel gegenüber den kantonalen Akteuren im Spitalwesen. Hingegen trug der bundesrätliche Entscheid auf Grund der langen Behandlungsdauer (27 Monate) im Bereich der Krankenversicherung nicht zur Kostendämpfung bei, da die Versicherer die Kosten der umstrittenen Überkapazitäten während dieser Zeit weiterhin übernehmen mussten.

#### 5.4.2.2.2 Auswirkungen im Vergleich

*Direkte Auswirkungen hinsichtlich der Kosteneindämmung*

Die untersuchten Beschwerdeentscheide haben *keine direkten Kostenfolgen* gehabt. Sämtliche befragten Vertreter kantonaler Gesundheitsdirektionen, Spital- und Krankenkassenverbände betonten vielmehr, dass allein die kantonalen Planungen, nicht aber die bundesrätliche Sanktionierung derselben kostenwirksam sind. Der einzige Kosteneffekt, der in den Fallstudien direkt auf die bundesrätliche Praxis zurückgeführt wird, ist negativer Art: So wurde nicht nur im Tessin, sondern auch in anderen Kantonen die *lange Behandlungszeit* der Beschwerden beklagt. Diese wirkt in denjenigen Fällen kostentreibend, in denen Krankenversicherer Beschwerde gegen die Aufnahme einzelner Spitäler oder gegen ganze Listen ergreifen, am Schluss Recht bekommen, aber bis zum Vorliegen des Entscheids die fraglichen Zusatzkosten vollständig zu tragen haben.

12 Insbesondere hat die fragliche Klinik, die nach Ansicht der kantonalen Spitalplanung zusammen mit anderen Einrichtungen von der Liste hätte gestrichen werden sollen, noch vor dem Bundesratsentscheid von sich aus geschlossen.

*Indirekte Wirkungen hinsichtlich der Kosteneindämmung*

Darüber hinaus haben die Fallstudien verschiedene weitere, indirekt kostenrelevante Auswirkungen ergeben:

Die bundesrätliche Zurückhaltung bei der Bereitstellung von Planungsvorgaben oder -kriterien hat in allen untersuchten Kantonen eine gewisse *Verunsicherung* bei der Spitalplanung zur Folge gehabt. Bezeichnend ist der Kanton Tessin, der angesichts der unklaren Vorgaben bewusst eine ungenügende Spitalliste vorlegte, um eine Beschwerde zu provozieren, von deren Beantwortung er sich genauere Planungskriterien erhoffte.

Die Rechtsprechungspraxis des Bundesrates, Halbprivat- und Privatabteilungen von Spitälern einen Rechtsanspruch auf einen Listenplatz zuzusprechen, erweist sich im Bereich der Krankenversicherung als *kostentreibender Faktor*. Weil diese Abteilungen vollständig aus der Krankenversicherung finanziert werden, muss die obligatorische Grundversicherung auch Leistungen entschädigen, die unter Umständen nicht der kantonalen Bedarfsplanung entsprechen, jedoch vom Bundesrat zugelassen worden sind. Dies steht im Widerspruch zu den kantonalen Bemühungen um Kostendämpfung via Spitalplanung.

Sowohl die geltende Regelung der Spitalfinanzierung im KVG als auch die bundesrätlichen Entscheide in Sachen Spitalplanung werden von den befragten Kreisen als *Negativanreiz gegen eine interkantonale Koordination* wahrgenommen. Für die Kantone bestehen keine Anreize zu einer interkantonalen Zusammenarbeit, wenn ausserkantonale Anbieter einen Anspruch auf den Sockelbeitrag geltend machen können, während innerkantonale Betten in halbprivaten und privaten Abteilungen vollständig von den Versicherern finanziert werden müssen.[13] Folge dieses Umstandes ist es nach Ansicht verschiedener befragter Experten, dass sich die Kantone darum bemühen, ein umfassendes Leistungsangebot für ihre Bevölkerung zu gewährleisten, was planerisch und ökonomisch jedoch nicht sinnvoll ist.

Schliesslich machen die befragten gesundheitspolitischen Akteure darauf aufmerksam, dass die im KVG vorgenommene Trennung von Markt und Staat nicht greifen kann, solange als Planungsgrundlage nur *Bettenkategorien* zur Verfügung stehen. Denn: In der allgemeinen Abteilung via Spitalplanung abgebaute Kapazitäten werden durch *private und halbprivate Angebote* wieder kompensiert, welche im Rahmen der Zusatzversicherungen ebenfalls Leistungen zu Lasten der Grundversicherung anbieten und so die Grundprämien in die Höhe treiben. Zudem existiert eine *Umgehungsstrategie der Anbieter* laut mehreren Interviewpartnern darin, Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich zu verschieben, der vollständig von der obligatorischen Grundversicherung finanziert wird. Als Ausweg aus dieser Situation wird von Seiten der Versicherer und teilweise auch der Spitäler der Übergang zur Leistungsplanung propagiert; die kantonalen Träger verwahren sich jedoch angesichts der damit verbundenen Komplikationen gegen diesen Weg.

[13] Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat nunmehr am 30. Nov. 2001 entschieden, dass Privat- und Halbprivatpatienten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern ebenfalls Anrecht auf kantonale Beiträge haben (Urteil K 178/00).

## 5.5 Fazit zur bundesrätlichen Rechtsprechung im Falle der Spitalplanung

Aus der Beantwortung der Untersuchungsfragen sowie auf Grund weiterer Befunde ihrer Abklärungen ziehen die Mandatnehmer folgende Schlussfolgerungen:

Erstens erweist sich die Praxis des Bundesrates, *Beschwerden nach juristischen anstelle von politischen Kriterien* zu entscheiden, angesichts der Entwicklung der Gesundheitskosten als *problematisch*. Das in Artikel 53 KVG stipulierte Beschwerderecht ermöglicht zwar einerseits eine *in sich konsistente und kohärente bundesrätliche Rechtsprechung*, andererseits sendet es jedoch auch *politisch teilweise widersprüchliche Signale* aus. Eine politische Führung mit der Vorgabe eindeutiger Planungs- und Zulassungskriterien bleibt dadurch aus. Durch seine Beschränkung auf die judikative Rolle hat sich der Bundesrat somit selber grosser Teile seines Handlungsspielraumes im Dienste der Kostendämpfung beraubt. Rückblickend hätten diverse Beschwerden verhindert werden können, wenn auf Bundesebene zu einem frühen Zeitpunkt die Anforderungen an die Spitalplanung, z. B. mit einer Verordnung, politisch geklärt worden wären. Dies hätte offene Fragen bereinigt und den planenden Kantonen politisch den Rücken gestärkt. Für die Zukunft legen die Ergebnisse der Untersuchung aus Sicht der Mandatnehmer eine Praxisänderung und die *Wahrnehmung der politischen Führung durch den Bundesrat* im Dienste der Kostendämpfung nahe.

Der Verzicht des Bundesrates, über seine Rechtsprechung eine politische Steuerungsfunktion auszuüben und die Planungsvorgaben zu konkretisieren, ist darin begründet, dass die Planungsautonomie bei den Kantonen liegt. Der dadurch entstehende Handlungsspielraum wird von den Kantonen unterschiedlich genutzt. Das Vorgehen des Bundesrates, in Abhängigkeit der eingereichten Beschwerden fallbezogene Einzelentscheide zu fällen, *erschwert* jedoch die *Vereinheitlichung der Planungskriterien und die Harmonisierung unter den Kantonen*. Weil gleichzeitig Anreize zur interkantonalen Koordination der Leistungserbringer fehlen, bleiben die Kantone letztlich als weitgehend voneinander isolierte Planungsregionen verankert. Dies wiederum widerspricht den der Spitalplanung zugrunde liegenden Zielen: Koordination der Leistungserbringer, optimale Ressourcennutzung und Eindämmung der Kosten.

Die vorliegende Untersuchung verdeutlicht den Umstand, dass das KVG *falsche Anreize* enthält, welche der Bundesrat in seiner Rechtsprechung durchsetzt. Erstens ist die *Trennung von staatlicher Planung* im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung *und Markt* im Zusatzversicherungsbereich hinsichtlich des Ziels der Kostendämpfung *ineffektiv*. Da in privaten und halbprivaten Abteilungen auch Leistungen zu Lasten der Grundversicherung erbracht werden, Angebote in diesem Bereich aber nicht beschränkt werden dürfen, können die Kantone keine konsequente und gesamtheitliche Spitalplanung im Dienste der Kosteneindämmung betreiben. Indem der Bundesrat in seiner Rechtsprechung die unklare Abgrenzung zwischen Markt und Planung nicht aufhebt und zusätzlich die Berücksichtigung privater Anbieter vorgeschrieben hat, wirkt er in den entsprechenden Entscheiden eher kostentreibend. Zweitens sieht das KVG zwar die interkantonale Koordination vor, verhindert sie jedoch gleichzeitig. Auf Grund der geltenden Bestimmungen zur Finanzierung ausserkantonaler Hospitalisationen haben die Kantone einen *grossen Anreiz*, letztere zu minimieren, ein möglichst umfassendes Leistungsangebot im

eigenen Kanton zu erbringen sowie *autark bzw. unkoordiniert zu planen*. Die bundesrätliche Rechtsprechung bezieht sich somit vorwiegend auf Planungen eines bestimmten Kantons und kann daher kaum Anreize zur interkantonalen Koordination setzen. Nach Stand der bisherigen parlamentarischen Verhandlungen sollten diese Probleme – auf den Bereich der obligatorischen Krankenversicherung beschränkte Bedarfsplanung und Finanzierung von Hospitalisationen – im Rahmen der 2. KVG-Teilrevision angegangen werden.

Schliesslich zeigt es sich, dass das *Instrument der Kapazitätsplanung für das Ziel der Kosteneindämmung inadäquat* ist. Eigentliche Kostenfaktoren sind nicht die vorhandenen Betten, sondern die erbrachten Leistungen. Kapazitätsplanungen ermöglichen eine Reihe von aus Sicht der Kosteneindämmung unerwünschten *Verlagerungseffekten*: Einerseits können Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich verschoben, andererseits abgebaute Betten in öffentlichen Spitälern durch zusätzliche Betten privater Anbieter kompensiert werden. Wenn die reinen Zusatzversicherungsangebote auf Grund des praktizierten Wettbewerbsprinzips nicht von der Spitalliste gestrichen werden dürfen, besteht kaum die Möglichkeit, die Kostenspirale in der Krankenversicherung zu bremsen. Dies bedeutet auch eine indirekte Schwächung des Prinzips der sozialen Krankenversicherung. Eine Lösung dieses Problems wird von verschiedenen Seiten im Wechsel zur *Leistungsplanung* gesehen. Ein solcher Wechsel bedarf jedoch einer klaren Steuerung, da bereits die aktuellen Leistungskataloge sehr unübersichtlich sind. Eine *aktive Führungsrolle des Bundesrates* in dieser Sache wird dabei von den Mandatnehmern als vordringlich erachtet.

## 6 Einflussnahme des Bundes auf den Arzttarif TARMED

Dieses Ziffer liefert eine Zusammenfassung der Teilstudie zur Nutzung der Handlungsspielräume durch die Träger des Bundes im Falle des Einzelleistungstarifs TARMED. Eine ausführliche Darstellung des methodischen Vorgehens und der Ergebnisse findet sich im Materialienband 3 unter dem Titel «Einflussnahme des Bundes auf den Arzttarif TARMED».

### 6.1 Untersuchungsgegenstand und -fragen

Bereits seit 1986 ist eine Revision des Arzttarifs für die Unfallversicherung, die Invalidenversicherung und die Militärversicherung im Gang. Auf Initiative der eidgenössischen Sozialversicherer und der Ärzteverbindung FMH wurde das Projekt «Gesamtrevision Arzttarif» (GRAT) angegangen. Mit der Einführung des KVG wurden diese Revisionsbestrebungen auf den Bereich der Krankenversicherung ausgedehnt. Das KVG sieht in Artikel 43 Absatz 5 eine gesamtschweizerisch vereinbarte einheitliche Tarifstruktur bei Einzelleistungstarifen vor. Gegenwärtig finden sich auf Grund der Kantonshoheit im Tarifwesen kantonal unterschiedliche Tarifierungs- und Bewertungssysteme im Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen, was die Vergleichbarkeit hinsichtlich Leistungs- und Kostenvolumen stark erschwert. Zeitgleich mit dem GRAT-Projekt starteten die Versicherer mit dem Spitalverband H+ das Projekt INFRA, das eine Neubewertung der spitalinfrastrukturellen Leistungen bezweckt. GRAT und INFRA wurden zum TARMED verschmol-

zen. TARMED stellt eine *gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur* für die Vergütung von Arztleistungen und technischen Leistungen im Spital und in der Arztpraxis dar. TARMED besteht aus einer landesweit geltenden Tarifstruktur und einzelnen Taxpunktwerten, welche die Preise der Leistungen bestimmen. Die Taxpunktwerte werden ihrerseits auf der kantonalen Ebene zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern ausgehandelt und müssen von den Kantonsbehörden genehmigt werden.

Die zentralen *Zielsetzungen* von TARMED sind die systematische Neustrukturierung und Neubewertung des Leistungskatalogs; einheitliche, betriebswirtschaftlich fundierte Bewertungsgrundlagen für ärztliche Leistungen und schliesslich eine Verringerung der Einkommensunterschiede zwischen Grundversorgern und Spezialärzten mittels einer Aufwertung der ärztlichen gegenüber den technisch-apparativen Leistungen. Damit bezweckt TARMED mehr Transparenz und höhere Vergleichbarkeit bei der Abgeltung ärztlicher Leistungen und dadurch eine bessere Kostenkontrolle im Gesundheitswesen. Die Tarifrevision muss ausserdem *kostenneutral* erfolgen.

Im Sinne des im KVG verankerten Vertragsprinzips wird TARMED partnerschaftlich zwischen den Leistungserbringern sowie den Kostenträgern im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung bzw. des Krankenversicherungsbereichs ausgehandelt.[14] Die *Träger des Bundes*[15] sind nicht direkt in die Aushandlung des neuen Tarifwerks involviert. Dennoch ergeben sich im Zusammenhang mit TARMED aus dem KVG für die Träger des Bundes gewisse *Handlungsmöglichkeiten und -pflichten*:

- Die Tarifstruktur unterliegt der Genehmigung durch den Bundesrat, wobei zuvor der Preisüberwacher zu konsultieren ist.
- Kommt zwischen den Tarifpartnern keine Einigung zustande, hat der Bundesrat die Kompetenz, eine Tarifstruktur zu verordnen.
- Der Bundesrat hat ausserdem die Möglichkeit, Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufzustellen.
- Im Falle von Beschwerden gegen kantonale Entscheide im Bereich der Taxpunktwerte fungiert der Bundesrat als Beschwerdeinstanz.

Obschon die gesetzliche Frist zur Einführung der vereinheitlichten Tarifstruktur bereits Ende 1997 verstrichen ist, konnte TARMED bis Ende 2001 nicht verabschiedet werden. Seitdem die Vertragsparteien Anfang 1999 ein erstes Verhandlungsresultat präsentiert haben, sind immer wieder Revisionen erfolgt. Der Zeitpunkt des Inkrafttretens von TARMED ist bis heute offen. Mittlerweile ist mit einem Einführungszeitpunkt Anfang 2003, also mehr als fünf Jahre nach dem gesetzlich vorgesehenen Termin, zu rechnen.

14 Folgende, in der Projektorganisation TARMED vertretene Verhandlungsparteien treten auf: Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH); die Spitäler der Schweiz (H+); die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK); IV und MV; santésuisse (vormals Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer). Die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) hat Beobachterstatus innerhalb der Projektorganisation.

15 Gemeint sind hier der Bundesrat und die Bundesverwaltung, nicht die als Verhandlungsparteien auftretenden eidgenössischen Sozialversicherer IV und MV.

Vor dem Hintergrund dieser Verzögerungen und der Bedeutung von TARMED für die Transparenz und Kostenkontrolle in der Krankenversicherung stellte die GPK-S im zweiten Teil ihrer Inspektion folgende Untersuchungsfragen:

- Welche *Strategien* verfolgten die Träger des Bundes bei der Einflussnahme auf TARMED?
- Wann, wie, durch welche Träger und mit welchen Resultaten erfolgten *die Aktivitäten des Bundes* bei der Einflussnahme auf TARMED?
- Wie sind die Strategien und Aktivitäten des Bundes vor dem Hintergrund des *Kostendämpfungsziels* im KVG zu beurteilen?

## 6.2 Hinweise zum methodischen Vorgehen

Zur Beantwortung dieser Untersuchungsfragen haben die Mandatnehmer folgendes *Vorgehen* gewählt:

- In einem ersten Schritt wurde der Entscheidungsprozess chronologisch dargestellt und die Rollen, die Strategien und die konkreten Aktivitäten der an der TARMED-Einführung beteiligten Träger des Bundes aufgearbeitet.
- In einem zweiten Schritt wurden diese Strategien und Aktivitäten im Sinne eines Soll-Ist-Vergleichs abgeschätzt. Was die Soll-Dimension betrifft, ging es vor allem um die Beantwortung der Frage, ob die Träger des Bundes ihre Handlungsspielräume ausgeschöpft haben und ob sie kohärente Strategien gewählt haben, um die Wirkungszusammenhänge im Gesundheitswesen im Sinne der Kostendämpfung zu beeinflussen.

In *methodischer Hinsicht* beruht die Untersuchung auf einer systematischen Inhaltsanalyse einschlägiger Dokumente und auf einer Reihe von Experteninterviews mit Vertretern der Träger des Bundes, der Tarifpartner, der SDK und der Projektleitung TARMED.

## 6.3 Ergebnisse

### 6.3.1 Strategien der Einflussnahme der Träger des Bundes

Bei der Analyse der Strategien der Träger des Bundes ist zwischen der inhaltlichen und der taktischen Vorgehensweise zu unterscheiden.

Die *inhaltliche* Vorgehensweise ergibt sich weitgehend aus den gesetzlichen Vorgaben des KVG und den oben genannten ursprünglichen Zielen der Arzttarifrevision. Neben den generellen Zielen des Tarifumbaus wie Schaffung von Transparenz und Vergleichbarkeit zielen die Träger des Bundes auf eine Aufwertung intellektueller zu Lasten technisch-apparativer Leistungen, auf eine leichte Durchführbarkeit des neuen Tarifwerks sowie auf dessen Kostenneutralität. Das letztgenannte Kriterium steht dabei für den Bund eindeutig im Vordergrund.

Die *taktische* Strategie des Bundes besteht darin, die TARMED-Verhandlungen laufen zu lassen und aktiv zu begleiten, Druck aufzusetzen, um den Abschluss der Verhandlungen zu erreichen, sich über den Stand der Dinge informieren zu lassen, gegebenenfalls korrigierend einzuschreiten und die vorgelegten Ergebnisse abschliessend zu genehmigen, selber aber keine Resultate zu verfügen. Diese Strategie entspricht weitgehend dem im KVG verankerten Vertragsprinzip. Ziel dieser Vorgehensweise ist eine tragfähige, allseits akzeptierte Konsenslösung, die von den betroffenen Parteien, denen die Umsetzung obliegt, getroffen wird. Taktisch gesehen besteht die Strategie des Bundes aus einer Kombination kooperativer und konfrontativer Elemente; das Handlungsspektrum reicht von der Prozessbegleitung und Moderation über das Ausüben von Zeitdruck bis hin zur Drohung mit der Einführung eines Amtstarifs, wenn sich die Verhandlungspartner nicht in nützlicher Frist einigen können.

### 6.3.2 Konkrete Aktivitäten der Träger des Bundes zur Einflussnahme auf TARMED

Der Bund hat seine Aktivitäten zur Einflussnahme auf TARMED 1998 aufgenommen. Seit diesem Zeitpunkt erfolgt eine laufende Begleitung, an der verschiedene Akteure des Bundes nach Massgabe ihres gesetzlichen Auftrags wie folgt beteiligt sind:

Das *Eidgenössische Departement des Innern* legt das Schwergewicht auf eine Prozessbegleitung, ohne seitens des Bundes eine eigentliche Führungsrolle einzunehmen. Das Departement leistet eine Interessenvermittlung zwischen den Tarifpartnern unter besonderer Berücksichtigung der Kostenneutralität. Bundesrätin Dreifuss ersuchte die Verhandlungspartner wiederholt, die Arbeiten am neuen Tarifwerk voranzutreiben und abzuschliessen, ansonsten sie einen Amtstarif verordnen werde. Durch ihre Vermittlung und Moderation konnte die Vorsteherin des EDI den Verhandlungsprozess mehrmals deblockieren und beschleunigen.

Das *Bundesamt für Sozialversicherung* begleitet den TARMED-Prozess in fachlicher Hinsicht: Es prüft die beim Bund eingegangenen Unterlagen zur Tarifstruktur auf ihre Sachgerechtigkeit und ihre Kostenwirkungen und bereitet die Interventionen des Bundesrates vor. Vertreter des BSV sind an den Gesprächen der EDI-Vorsteherin mit den Tarifpartnern beteiligt und versuchen auf der informellen Ebene Druck auf die Tarifpartner auszuüben.

Die *Preisüberwachung* hat bisher am konkretesten und als einzige der genannten Bundesstellen materiell in den TARMED-Prozess eingegriffen. Um das Risiko einer bundesrätlichen Ablehnung der vorgeschlagenen Tarifstruktur zu minimieren, bezogen die Tarifpartner den Preisüberwacher freiwillig in ihre Verhandlungen ein. Dies lässt auf eine relativ einflussreiche Stellung der Preisüberwachung beim Genehmigungsprozess durch den Bundesrat schliessen. Die wiederholten Interventionen der Preisüberwachung zielen in der Regel darauf ab, Anreize zur Anhebung der Ärzteeinkommen zu korrigieren und dadurch Kostensteigerungen zu vermeiden. Obwohl die Ärzteschaft auf Grund ihrer Betroffenheit kritisch auf die Eingriffe des Preisüberwachers reagiert und mitunter dessen Fachkompetenz anzweifelt, wurden die Empfehlungen des Preisüberwachers zumindest teilweise übernommen, wobei meistens Kompromisse zwischen den Forderungen der Ärzteschaft und der Preisüber-

wachung gefunden wurden. Nach eigenen Aussagen konnte die Preisüberwachung mit ihren bisherigen Eingriffen in die Tarifmechanik eine Kostensteigerung von rund 1 Milliarde Franken pro Jahr verhindern.

Das *Bundesamt für Justiz* hat die Tarifpartner über die gesetzlichen Grundlagen und Möglichkeiten der Tarifanpassung informiert. Darüber hinaus erfolgten bisher keine nennenswerten Interventionen im TARMED-Prozess.

Der *Bundesrat* hat am 18. September 2000 die Version Alpha 3.0 der Tarifstruktur genehmigt. Der Einführungszeitpunkt der neuen Struktur hängt vom Vorliegen eines Vertrages über die kostenneutrale Einführung zwischen den Tarifpartnern ab, wobei dieser Vertrag vorher vom Bundesrat genehmigt werden muss. Die Genehmigung der neuen Struktur war von den Tarifpartnern beantragt und vom Preisüberwacher empfohlen worden. Von den Bundesbehörden als eine Art Druckmittel gegenüber den Tarifpartnern wahrgenommen, hatte der bundesrätliche Genehmigungsentscheid der Version Alpha 3.0 *de facto* jedoch keine konkreten Auswirkungen. Die Tarifpartner bezeichneten die genehmigte Tarifstruktur als nicht einführungstauglich und ratifizierten sie nicht. Inzwischen wurden etwa 95 Prozent der rund 4500 Tarifpositionen wieder überarbeitet und dem Bundesrat erneut zur Genehmigung vorgelegt. Noch immer ausstehend sind die Rahmenverträge zur kostenneutralen Einführung der neuen Tarifstruktur.

### 6.3.3 Ausschöpfung der Handlungsmöglichkeiten der Träger des Bundes

Die Analyse der konkreten Interventionen der Träger des Bundes in den TARMEDProzess zeigt, dass der Bund bisher seine gesetzlichen Handlungsmöglichkeiten *weitgehend, aber nicht vollständig genutzt* hat. Die Träger des Bundes haben folgende Eingriffsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft:

- Der Bundesrat hat bisher keine Tarifstruktur verfügt, obwohl sich die Tarifpartner nunmehr bereits vier Jahre nach der gesetzlich vorgesehenen Frist zur Einführung der vereinheitlichten Struktur noch immer nicht in allen Punkten einigen konnten. Die Bundesakteure erklären diesen Interventionsverzicht zum einen damit, dass mit der Genehmigung der Tarifstruktur Alpha 3.0 ein Verhandlungsergebnis vorliegt. Zum andern solle gemäss Vertragsprinzip ein Amtstarif erst dann verfügt werden, wenn die Tarifpartner von sich aus die Verhandlungen als gescheitert erklärten, was bisher nicht geschehen ist.
- Ausserdem hat der Bundesrat auf die Möglichkeit verzichtet, Grundsätze für die Tarifgestaltung und –anpassung auf dem Verordnungsweg aufzustellen. Dieser Steuerungsverzicht wird von den Vertretern des Bundes damit begründet, dass die Vertragspartner wesentliche Ziele des Tarifumbaus bereits vertraglich festgehalten haben; die Wirtschaftlichkeit und Sachgerechtigkeit der Struktur seien zudem an anderer Stelle im KVG[16] als Kriterien vorgegeben und würden von den Bundesbehörden beim Genehmigungsverfahren geprüft.

16 Z.B. Art. 43 Abs. 4 KVG.

– Eine weitere indirekte Einflussmöglichkeit des Bundes besteht darin, dass der Bundesrat im Falle von Beschwerden gegen Anpassungen der bisher geltenden kantonalen Taxpunktwerte Druck aufsetzen und allfällige Forderungen nach Tariferhöhungen ablehnen könnte, bis TARMED in Kraft ist. Dieses Instrument konnte jedoch bisher nicht zum Zug kommen, da keine entsprechenden Beschwerden erhoben worden sind.

### 6.3.4 Beurteilung der Strategien des Bundes aus Sicht der Beteiligten

Aus Sicht der am Prozess Beteiligten liegen die *Stärken der Strategien* des Bundes im fortlaufenden Monitoring und in einer aktiven Vermittlungstätigkeit unter persönlichem Einsatz der EDI-Vorsteherin, die über den gesetzlichen Auftrag hinausgeht. Den Bundesakteuren wird mehrheitlich eine hohe Fachkompetenz bei der Beurteilung der komplexen Materie attestiert, was wiederum deren Position stärkt. Die Koordination unter den verschiedenen Bundesakteuren bei der Begleitung des Verhandlungsprozesses kann insgesamt als angemessen und widerspruchsfrei bezeichnet werden.

Im Rückblick *kritisch vermerkt wird*, dass die Träger des Bundes die Mechanik, Komplexität und Tragweite der neuen Tarifstruktur unterschätzt und deshalb die Fristen zu knapp angesetzt haben. Die wiederholte, jedoch folgenlose Drohung, beim Verstreichen festgelegter Fristen einen Amtstarif zu verfügen, hat im Laufe des Prozesses stark an Wirkung verloren. Auf der einen Seite hat der Bund den Tarifpartnern klare zeitliche Fristen gesetzt. Auf der anderen Seite fehlten für die Einführung von TARMED konkrete materielle Zielsetzungen und präzise Umsetzungsmodalitäten seitens des Bundes, an denen sich die Verhandlungspartner hätten orientieren können. Hier hätten sich die Tarifpartner eine stärkere politisch-inhaltliche Führung gewünscht. Nach Meinung einzelner Vertragsparteien hätte der Erlass einer entsprechenden bundesrätlichen Verordnung die Erwartungsunsicherheit der Beteiligten reduziert und das damit verbundene Konfliktpotential verringert. Auch wenn TARMED auf dem Vertragsprinzip erarbeitet wird, hätte der Bund über die Möglichkeit verfügt, durch den Erlass von Grundsätzen die rechtlichen und administrativen Rahmenbedingungen zu präzisieren und dadurch den Einigungsprozess zu beschleunigen. Was die Auseinandersetzung um die kostenneutrale Umsetzung des neuen Tarifs betrifft, erwarten die Tarifpartner vom Bund diesbezüglich konkrete Aktivitäten.

### 6.3.5 Fazit zur Einflussnahme des Bundes auf den Arzttarif TARMED

Auf Grund der Tarifautonomie können Bundesrat und Bundesverwaltung in materieller Hinsicht auf die Ausgestaltung von TARMED kaum Einfluss nehmen. Trotz dieses engen Spielraums haben die Bundesbehörden mit Hilfe von zwei Massnahmen versucht, die ursprünglich vereinbarte Kostenneutralität beim Tarifumbau zu erreichen:

- Der *Bundesrat* hat die Genehmigung und Einführung von TARMED im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom Vorliegen eines *Kostenneutralitätskonzepts* abhängig gemacht und verlangt von den Tarifpartnern, ihm eine entsprechende vertragliche Vereinbarung zu unterbreiten. Hätte der Bund nicht konstant auf der kostenneutralen Umsetzung bestanden, wäre der Tarifumbau vermutlich längst abgeschlossen, hätte aber massive Kostensteigerungen zur Folge gehabt. Allerdings beschränkte sich das Engagement des Bundesrates primär auf formale Vorgaben, inhaltliche Hilfestellungen (z.B. Zielvorgaben) blieben weitgehend aus.
- Der *Preisüberwacher* hat bei der Ausarbeitung der Tarifstruktur materiell eingegriffen und in mehreren Stellungnahmen *die Korrektur kostentreibender Anreize* verlangt. Er legte Wert darauf, dass diese Anreize bereits in der Tarifstruktur und nicht erst nach der Einführung über eine Anpassung der Taxpunktwerte korrigiert werden.

Versucht man die *Handlungsmöglichkeiten* der Bundesbehörden kritisch zu würdigen, sind insbesondere zwei Aspekte hervorzuheben:

Erstens sind im Bereich von TARMED die Kompetenzen der Bundesbehörden gering. Abgesehen von den Interventionsmöglichkeiten der Preisüberwachung beschränken sie sich im Wesentlichen auf eine *Prozessbegleitung*. Zwar hat der Bundesrat die Kompetenz, subsidiär eine Tarifstruktur zu verfügen, aber damit ist deren Umsetzung noch nicht gewährleistet, weil dazu erst Rahmenverträge zwischen den Tarifpartnern abgeschlossen und auf der kantonalen Ebene Taxpunktwerte ausgehandelt werden müssen. Dem Bund stehen somit keine unmittelbaren Eingriffsmöglichkeiten zur Verfügung, die Vertragsverhandlungen voranzutreiben oder die Kantone zur Umsetzung der Tarifstruktur zu drängen. Letzteren kommt als Genehmigungs-, Verfügungs- und Vermittlungsinstanz bei der Einhaltung der Kostenneutralität eine zentrale Rolle zu.

Zweitens ist im KVG eine *Mehrfachfunktion des Bundesrates* als Genehmigungsorgan und als Beschwerdeinstanz angelegt. Diese wird durch das Engagement der EDI-Vorsteherin als Prozessvermittlerin zusätzlich akzentuiert. Die Problematik dieser Rollenvielfalt wurde etwa deutlich, als sich Bundesrätin Dreifuss in einer Ständeratsdebatte im Sommer 2000 zum erwarteten durchschnittlichen Taxpunktwert äusserte, was einige Tarifparteien zur Kritik bewog, die Departementvorsteherin sei als Mitglied der zukünftigen Entscheidungsinstanz befangen und als neutrale Prozessvermittlerin nicht glaubwürdig. Sollte gegen die kantonal abgeschlossenen Tarifverträge oder gegen Tarifverfügungen der Kantone zu einem späteren Zeitpunkt Einspruch erhoben werden, entscheidet der Bundesrat, womit sich dessen Rollenkonflikt noch verschärfen dürfte.[17] Seine Mehrfachfunktion stattet den Bundesrat mit einer besonderen Machtfülle im Vollzug aus, gefährdet aber den Einigungsprozess zwischen den Tarifpartnern, weil TARMED als Nullsummenspiel konzipiert ist und sich die Verlierer der behördlichen Autorität ausgeliefert und ihres Einflusses beraubt fühlen. Sie machen geltend, auf Grund der vorliegenden Zuständigkeiten

17 Die bundesrätliche Botschaft zur Totalrevision der Bundesrechtspflege sieht allerdings die vollständige Übertragung der Rechtsprechungsfunktion des Bundesrates an das geplante Bundesverwaltungsgericht vor, wodurch die Rollenvielfalt des Bundesrates beim TARMED reduziert werden könnte.

nehme der Bundesrat die kantonalen Tarifverhandlungen vorweg und schränke ihre Tarifautonomie ein.

Da TARMED noch nicht angewandt wird, kann der Einfluss des Bundes auf die *Kostenentwicklung* im ambulanten und spitalambulanten Bereich nur prospektiv eingeschätzt werden. Zwar verfügen das BSV und die Preisüberwachung über Instrumente, um die Kostenwirkung der ihnen unterbreiteten Tarifstruktur abzuschätzen. Weil jedoch seitens des Bundes keine Daten zur Auswirkung der vorgeschlagenen Tarifstruktur vorhanden sind, können gegenwärtig keine Aussagen über die künftige Kostenentwicklung gemacht werden. Die Tatsache, dass der Bund die Kostenneutralität als Genehmigungskriterium definiert und Instrumente zu deren Einschätzung und nachträglichen Überprüfung erarbeitet hat, lässt erwarten, dass TARMED die angestrebte *Kostentransparenz* herstellen kann und *korrigierende Eingriffe zur Kostenkontrolle erleichtern* wird. Für Letztere fehlen allerdings noch die Konzepte, welche von den Tarifpartnern zu erarbeiten und die nach wie vor umstritten sind.

Die Zunahme der Versicherungskosten im ambulanten Bereich wurde in mehreren Experteninterviews auf Mengenausweitungen in der Leistungserbringung zurückgeführt. Zahlreiche der befragten Experten vermuten, dass es sich hierbei neben anderen Faktoren auch um *Vorholeffekte* der Ärzte handelt, die durch eine Angebotserweiterung die Berechnungsbasis der Kostenneutralität auszuweiten hoffen. Diese Vermutung ist indes auf Grund mangelnder detaillierter Datengrundlagen zurzeit nicht wissenschaftlich beweisbar.

## 7 Schlussbetrachtung

Die *Eindämmung der Kostensteigerung* ist eines der drei Ziele des KVG. Während bei der Sicherstellung einer hochstehenden medizinischen Versorgung und der Verstärkung der Solidarität zwischen verschiedenen Versichertengruppen Erfolge erzielt worden sind, wurde das Ziel der Kosteneindämmung bis anhin nicht erreicht.

Das KVG wird von einer Vielzahl verschiedener Akteure vollzogen: Neben dem Bund und den Kantonen kommt insbesondere den Krankenversicherern und den Leistungserbringern eine wesentliche Rolle zu. Die vorliegende Studie konzentriert sich auf die Rolle der *Bundesakteure*. Obschon das KVG die Kosteneindämmung in erster Linie als Aufgabe der beteiligten Partner im Gesundheitswesen bezeichnet und den staatlichen Trägern in vielen Bereichen lediglich eine subsidiäre Rolle zuweist, verfügen auch die Träger des Bundes durchaus über Kompetenzen im Zusammenhang mit der Kosteneindämmung. Hier setzt die vorliegende Untersuchung an. Sie fragt in einem ersten Schritt, welche Kostendämpfungsmassnahmen das KVG überhaupt vorsieht, welche Bedeutung den einzelnen Massnahmen zukommt und welche Handlungsspielräume diese Massnahmen den Trägern des Bundes eröffnen. In einem zweiten Schritt wird am Beispiel der bundesrätlichen Rechtsprechung im Falle der Spitalplanung und am Beispiel des Einzelleistungstarifs TARMED vertieft untersucht, ob und wie die Träger des Bundes ihre Handlungsmöglichkeiten wahrnehmen und welche Auswirkungen ihre Aktivitäten im Hinblick auf das Kostendämpfungsziel zeitigen.

Die *Programmanalyse* im ersten Untersuchungsschritt zeigt, dass rein quantitativ gesehen die Bundesorgane als Vollzugsträger der 44 identifizierten Kostendämp-

fungsmassnahmen des KVG eine vorherrschende Position einnehmen. In qualitativer Hinsicht ist diese Einschätzung aber zu relativieren, da die Träger des Bundes oftmals nur über «weiche» regulative Kompetenzen ohne Sanktionsmacht oder über Rechtsprechungsfunktionen verfügen. Nur in einer kleinen Minderheit der als wichtig identifizierten Massnahmen können die Träger des Bundes direkten Einfluss auf die *Mengenausweitung* nehmen.

Der begrenzte Aktionsradius und die oftmals nur indirekten Einflussmöglichkeiten der Träger des Bundes auf die Kostenentwicklung in der Krankenversicherung zeigen sich auch an den beiden vertieften Analysen zur *Spitalplanung* und zum Einzelleistungstarif *TARMED*. Beide Studien zeigen aber auch, dass die Träger des Bundes ihre *Handlungsmöglichkeiten bisher nicht voll ausgeschöpft* und sich nicht konsequent im Sinne der Kostendämpfung verhalten haben. Beim Setzen von Rahmenbedingungen haben sich die Bundesorgane in beiden Bereichen ausserdem tendenziell auf eine *formale Rolle* beschränkt und weitgehend darauf verzichtet, inhaltliche Vorgaben und Hilfestellungen zu geben.

Im Falle der *Spitalplanung* erfolgt die Rechtsprechung des Bundesrates nach juristischen Kriterien. Sie ist zwar in sich durchaus konsistent und kohärent, sendet aber politisch widersprüchliche Signale aus. Eine *politische Führung* mit der Vorgabe eindeutiger Planungs- und Zulassungskriterien bleibt auf diese Weise aus. Rückblickend hätte aus Sicht der kantonalen Akteure eine Verordnung über die Spitalplanung zu einem früheren Zeitpunkt offene Fragen klären und die Erwartungssicherheit der planenden Kantone stärken können. Die Praxis des Bundesrates, in Abhängigkeit der eingereichten Beschwerden fallbezogene Einzelentscheide zu treffen, erschwert jedoch die Vereinheitlichung von Planungskriterien und die Harmonisierung unter den Kantonen. Die Untersuchung zur Spitalplanung weist darauf hin, dass das KVG *falsche Anreize* enthält, die der Bundesrat mit seiner Rechtsprechung durchsetzt: Erstens ist die Trennung zwischen staatlicher Planung im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung und Markt im Zusatzversicherungsbereich nicht klar. Indem der Bundesrat diese im KVG angelegte unklare Abgrenzung zwischen Planung und Markt nicht aufhebt und zusätzlich die Berücksichtigung privater Anbieter vorschreibt, wirkt er in seinen entsprechenden Entscheiden eher kostentreibend. Zweitens begünstigt das KVG die Tendenz, dass die Kantone den Anteil ausserkantonaler Behandlungen aus Kostengründen minimieren, ein möglichst umfassendes Angebot im eigenen Kanton erbringen und somit autark und unkoordiniert planen. Die bundesrätliche Rechtsprechung bezieht sich dadurch vorwiegend auf die optimale Nutzung der Ressourcen eines bestimmten Kantons und setzt kaum Anreize zur interkantonalen Koordination. Auf diese Weise bleiben die Kantone letztlich isolierte Planungsregionen, was den Zielen der optimalen Ressourcennutzung und der Kosteneindämmung widerspricht.

Beim Arzttarif TARMED zeigt sich, dass der Bund erst rund ein halbes Jahr nach dem Verstreichen der gesetzlichen Einführungsfrist des neuen Tarifwerks von seinen Einflussmöglichkeiten Gebrauch zu machen begann. Seit diesem Zeitpunkt engagieren sich die Träger des Bundes mittels einer aktiven Prozessbegleitung an der Herausbildung der neuen Tarifstruktur. Hingegen fehlten von Seiten des Bundes konkrete *materielle Vorgaben* und präzise *Umsetzungsmodalitäten*, an denen sich die Verhandlungspartner hätten orientieren können. Nach Meinung einzelner Vertragsparteien hätte eine entsprechende Verordnung des Bundesrates nach Ablauf der

Einführungsfrist von TARMED die *Erwartungsunsicherheit* reduziert und das damit verbundene Konfliktpotential verringert.

Zusammenfassend weisen die bundesrätliche Rechtsprechung im Bereich der Spitalplanung und die Einflussnahme des Bundes auf den Arzttarif TARMED eine *wesentliche Gemeinsamkeit* auf: In beiden Fällen fehlt die politische Führung. Eine eigentliche Steuerung des Gesundheitswesens zugunsten des übergeordneten Ziels der Kosteneindämmung bleibt aus.

## Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---|---|
| BSV | Bundesamt für Sozialversicherung |
| EDI | Eidg. Departement des Innern |
| FMH | Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte |
| GPK-S | Geschäftsprüfungskommission des Ständerates |
| GRAT | Projekt Gesamtrevision Arzttarif |
| HMO | Health Maintenance Organization |
| H+ | Der Schweizer Spitalverband |
| INFRA | Projekt zur Neubewertung spitalinfrastruktureller Leistungen |
| IV | Invalidenversicherung |
| KVG | Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994, SR *832.10* |
| KVV | Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995, SR *832.102* |
| MTK | Medizinaltarif-Kommission UVG |
| MV | Militärversicherung |
| OECD | Organisation for Economic Cooperation and Development |
| PVK | Parlamentarische Verwaltungskontrollstelle |
| SDK | Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz |
| SR | Systematische Sammlung des Bundesrechts |
| SUVA | Schweizerische Unfallversicherungsanstalt |
| UVEK | Eidg. Departement für Umwelt, Verkehr, Energie und Kommunikation |
| UVG | Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung, SR *832.20* |

## «Rangliste» der 21 KVG-Massnahmen mit dem grössten Kostendämpfungspotential

| Massnahme: | «Rang» |
|---|---|
| Alternative Versicherungsangebote mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer | 1 |
| Spitalfinanzierung (in Revision) | 2 |
| Spitalplanung | 3 |
| Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen als Voraussetzung zur Kostenübernahme | 3 |
| «Sicherheitsriegel» in Bezug auf die Erweiterung des Leistungskatalogs | 5 |
| Kündigung der Tarifverträge mit Spitälern und Pflegeheimen bei überzogenen Kosten | 5 |
| Kostenkontrolle | 5 |
| Globalbudgetierung für Spitäler und Pflegeheime | 8 |
| Vereinbarung von Pauschalen | 8 |
| Statistische Durchleuchtung der Kostenentwicklung | 10 |
| Einschränkung der Zulassung zulasten der Krankenversicherung | 10 |
| Wählbare Kostenbeteiligung | 12 |
| Keine volle Vergütung von Leistungen in bestimmten Fällen | 12 |
| Festbeträge für einzelne Leistung | 12 |
| Wirtschaftlichkeitsgebot; Rückerstattungspflicht bei unwirtschaftlicher Behandlung | 12 |
| Volle Freizügigkeit | 12 |
| Pauschal- und Zeittarif | 12 |
| Möglichkeit der Einflussnahme auf die Tarifgestaltung durch den Bundesrat | 12 |
| Kein Ausschluss des Preisüberwachers vor der Genehmigung der Tarifverträge | 12 |
| Tariffestsetzung durch die Genehmigungsbehörde | 12 |
| Förderung der Gesundheit | 12 |

**Durchführung der Untersuchung**

| | |
|---|---|
| Projektleitung: | Prisca Lanfranchi und Daniel Janett |
| wissenschaftliche Mitarbeit (Programmanalyse KVG): | Claudia Heierli |
| Sekretariat: | Hedwig Heinis |

Externe Expertenstudien zu den Wirkungen der bundesrätlichen Rechtsprechung im Falle der Spitalplanung und zur Einflussnahme des Bundes auf den Arzttarif TARMED: Büro Vatter, Politikforschung & -beratung, Gerberngasse 27, 3011 Bern.