



b
UNIVERSITÄT
BERN

Das neue Spitalfinanzierungssystem und die Handlungsspielräume des Kantons Bern

Masterarbeit eingereicht der Universität Bern
im Rahmen des Executive Master of Public Administration (MPA)

Betreuender Dozent: **Prof. Fritz Sager**
Kompetenzzentrum für Public Management
Schanzeneckstrasse 1
3001 Bern

Verfasser: **Carlo Tschudi**
aus Glarus Süd
Hardeggerstr. 18
3008 Bern

Die vorliegende Masterarbeit wurde im Rahmen des Executive Master of Public Administration der Universität Bern verfasst.

Die inhaltliche Verantwortung für die eingereichte Masterarbeit liegt beim Autor.

Vorwort

„ZRUNLSDPUFSIAOA“ steht nicht etwa für das neue Spitalfinanzierungssystem sondern ist die Abkürzung für „Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker“.

Das neue Spitalfinanzierungssystem wirkt auf Anhieb ähnlich unverständlich wie diese Abkürzung. Es wird jedenfalls als neues Heilmittel für die Kosteneindämmung im Gesundheitswesen gepriesen. Seine Packungsbeilage enthält nicht allzu viele Informationen über die Risiken und Nebenwirkungen. Deshalb soll untersucht werden, welche Wirkungsweise der Erfinder diesem Heilmittel zuschreibt und welche Risiken und Nebenwirkungen auf den Kanton Bern zukommen können.

Die vorliegende Masterarbeit soll all jenen als erweiterte Packungsbeilage dienen, die das neue Kostensenkungsheilmittel zu schlucken haben und ihre Risiken und die Nebenwirkungen möglichst kennen möchten.

Bern, im Dezember 2011

Carlo Tschudi

Zusammenfassung

Die Schweiz soll über eine qualitativ hochstehende, aber für alle finanziell tragbare medizinische Versorgung verfügen. Diese ursprünglichen Zielsetzungen des Krankenversicherungsgesetzes aus dem Jahre 1994 gelten nach wie vor. Sie werden teilweise erreicht: Insbesondere Spitalbehandlungen sind für den grössten Teil der Bevölkerung möglich und finden auf hohem Niveau statt. Steuerzahlerinnen¹ und Prämienzahler müssen dafür jedoch immer tiefer in die Tasche greifen. So werden zum Beispiel im Kanton Bern im Jahre 2011 die Spitalbehandlungen mit knapp einer Milliarde Franken steuerfinanziert und mit knapp einer Milliarde Franken prämienfinanziert.

Um dem ursprünglichen Ziel der Kosteneindämmung im Spitalversorgungsbereich zum Durchbruch zu verhelfen, wurde das Krankenversicherungsgesetz in einem langwierigen Prozess revidiert. 2007 resultierte die „KVG-Revision 2007 (Spitalfinanzierung)“. Sie trat anfangs 2009 in Kraft, ihre Hauptwirkung entfaltet sie jedoch ab anfangs 2012. Diese Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes beinhaltet fundamentale Änderungen: Es wird die freie Spitalwahl für die ganze Schweiz eingeführt, es findet ein Wechsel von der Objekt- zur Subjektfinanzierung statt, da neuerdings Leistungen und nicht mehr Kosten bezahlt werden, es werden leistungsbezogene Fallpauschalen eingeführt und die Finanzierung erfolgt dual-fix durch die Krankenversicherer und die Kantone.

Im ersten Teil dieser Masterarbeit wird prospektiv evaluiert, welches Wirkungsmodell dieser KVG-Revision 2007 zugrunde liegt. Dieser Revision durch den Bundesgesetzgeber kommt dabei im Verhältnis zu den Kantonen die Rolle der steuernden Variablen zu. Es wird dabei davon ausgegangen, dass der politische Prozess in Phasen abläuft (Politikzyklus). In den Phasen der Politikformulierung und der Politikentscheidung wird idealerweise ein Politikkonzept erstellt. Damit wird das politische Programm für die Lösung eines gesellschaftlichen Problems systematisch strukturiert. Das Politikkonzept enthält auch ein Wirkungsmodell. Dieses enthält Hypothesen über das zu erwartende Verhältnis zwischen politischem Programm und anvisiertem Zweck. Die KVG-Revision 2007 enthält kein explizites Wirkungsmodell. Es referenziert denn auch kaum auf empirische Grundlagen. Es sind jedoch implizite und punktuelle Ansätze eines Wirkungsmodells erkennbar. Beispielsweise stellt der Bundesgesetzgeber die Hypothese auf, dass die Stärkung der wettbewerbsfördernden Instrumente kosteneindämmend wirken soll. Wieso dem so sein soll, bleibt jedoch diffus.

Im zweiten Teil dieser Masterarbeit werden die Auswirkungen der KVG-Revision 2007 auf den Kanton Bern untersucht. Damit ist die abhängige Variable angesprochen. Es wird aufgezeigt, welche Handlungsspielräume dem Kanton Bern offen stehen. Das fehlende Wirkungsmodell, das unklare Verhältnis zwischen regulativen und wettbewerbsorientierten Instrumenten und offen gelassene Fragen erschweren es dem Kanton Bern, die KVG-Revision 2007

¹ Unabhängig von der jeweils verwendeten geschlechtsspezifischen Form sind in der Regel immer beide Geschlechter gemeint.

adäquat umzusetzen. Erkennbar ist zudem ein Verlust an Steuerungsmacht des Kantons zu Gunsten der anderen Akteure. Die KVG-Revision 2007 bedingt, dass der Kanton Bern sein Rollenverständnis und seine Steuerungsinstrumente in der Rechtsetzung wie der Rechtsanwendung überprüft und anpasst. Handlungsspielräume und Anpassungsbedarf können nicht pauschal ermittelt werden sondern individuell nach Steuerungsinstrument. Insbesondere bedarf die Governance-Struktur mit den Regionalen Spitalzentren keiner Anpassung.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Zusammenfassung	2
Inhaltsverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	7
Tabellenverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis	7
1 Einleitung	9
1.1 Ausgangslage	9
1.2 Ziel und Evaluationsgegenstände der Masterarbeit	9
1.3 Aufbau der Masterarbeit	10
1.4 Verortung der Masterarbeit	11
2 Prospektive Evaluation des Wirkungsmodells des neuen Spitalfinanzierungssystems ...	12
2.1 Einleitung	12
2.2 Ausgangslage	12
2.2.1 Kompetenzaufteilung Bund – Kanton Bern	12
2.2.1.1 Die soziale Krankenversicherung des Bundes	12
2.2.1.2 Die Gesundheitsversorgung im Kanton Bern	13
2.2.2 Das Spitalfinanzierungssystem vor der KVG-Revision 2007	13
2.3 Evaluationsgegenstand	13
2.4 Theoretische Grundlagen des Wirkungsmodells	14
2.4.1 Politikzyklus	14
2.4.2 Politikkonzept	15
2.4.3 Wirkungsmodell	16
2.4.3.1 Allgemeines	16
2.4.3.2 Das Wirkungsmodell im föderalistischen Politikvollzug	18
2.5 Das Wirkungsmodell des neuen Spitalfinanzierungssystems	18
2.5.1 Einleitung	18
2.5.2 Ziele der KVG-Revision 2007	19
2.5.3 Output (Instrumente)	20
2.5.3.1 Freie Spitalwahl	20
2.5.3.2 Leistungsfinanzierung	21

2.5.3.3	Dual-fixe Finanzierung	22
2.5.4	Intendierter Outcome (Verhaltensänderungen der Politikadressatinnen)	22
2.5.4.1	Einleitung	22
2.5.4.2	Versicherte	22
2.5.4.3	Krankenversicherer	22
2.5.4.4	Spitäler	23
2.5.4.5	Kantone	23
2.5.5	Intendierter Impact (Gesamtheit der Auswirkungen).....	24
2.5.6	Grafische Darstellung des Wirkungsmodells	25
2.6	Evaluation des Wirkungsmodells	26
2.6.1	Kriterien	26
2.6.2	Empirische Evidenz.....	26
2.6.3	Innere Kohärenz	27
2.6.3.1	Einleitung	27
2.6.3.2	Freie Spitalwahl	27
2.6.3.3	Leistungsfinanzierung	29
2.6.3.4	Dual-fixe Finanzierung	29
2.6.3.5	Zusammenfassende Evaluation der inneren Kohärenz	29
2.6.4	Äussere Kohärenz	30
2.6.5	Zwischenfazit	31
3	Auswirkungen des neuen Spitalfinanzierungssystems auf die kantonalbernerischen Steuerungsinstrumente	32
3.1	Einleitung	32
3.2	Der Instrumentenbegriff	32
3.3	Die Spitalversorgung im Kanton Bern	33
3.4	Das Vorgehen des Kantons Bern für die Anpassung seines Rechts an die KVG- Revision 2007.....	35
3.5	Die kantonalbernerischen Steuerungsinstrumente im Überblick	36
3.6	Auswirkungen auf ausgewählte Instrumente in der Rechtsetzung.....	37
3.6.1	Einleitung	37
3.6.2	Festsetzung des Kantonsanteils	37
3.6.3	Mengensteuerung	38
3.6.3.1	Bisheriges System und Auswirkungen der KVG-Revision 2007	38

3.6.3.2	Übereinstimmung mit dem Wirkungsmodell der KVG-Revision 2007	39
3.6.3.3	Mögliches Instrumentarium des Kantons	39
3.6.4	Leistungsbestellung	40
3.6.5	Investitionssteuerung	41
3.6.5.1	Bisheriges System und Auswirkungen der KVG-Revision 2007	41
3.6.5.2	Mögliches Instrumentarium des Kantons	42
3.6.5.3	Übereinstimmung mit dem Wirkungsmodell der KVG-Revision 2007	43
3.6.6	Pflichten der Spitäler	43
3.6.6.1	Bisheriges System und Auswirkungen der KVG-Revision 2007	43
3.6.6.2	Möglicher Pflichtenkatalog des Kantons	43
3.6.6.3	Übereinstimmung mit dem Wirkungsmodell der KVG-Revision 2007	46
3.6.7	Zusätzliche Beiträge an die Spitäler	47
3.6.7.1	Bisheriges System und Neuerungen der KVG-Revision 2007	47
3.6.7.2	Mögliche zusätzliche Beiträge des Kantons	47
3.6.7.3	Anwendbarkeit des Grundsatzes der Wettbewerbsneutralität	48
3.6.7.4	Übereinstimmung mit dem Wirkungsmodell der KVG-Revision 2007	51
3.6.8	Der Kanton als Eigentümer von Spitälern	52
3.6.8.1	Bisheriges System	52
3.6.8.2	Auswirkungen der KVG-Revision 2007	53
3.6.8.3	Mögliche Lösungsansätze	53
3.6.8.4	Übereinstimmung mit dem Wirkungsmodell der KVG-Revision 2007	53
3.7	Zwischenfazit	54
4	Schlussfolgerungen	55
5	Quellenverzeichnis	57
5.1	Literatur	57
5.2	Dokumente des Bundes	59
5.3	Dokumente des Kantons Bern	59
5.4	Verträge	60
5.5	Erlasse	60
6	Selbstständigkeitserklärung	62
7	Über den Autor	63

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Politikzyklus.....	15
Abbildung 2: Wirkungsmodell.....	16
Abbildung 3: Hypothesen im Wirkungsmodell	17
Abbildung 4: Wirkungsmodell des neuen Spitalfinanzierungssystems	25
Abbildung 5: Vorgehensweise für die Anpassung kantonalen Rechts an die KVG-Revision 2007	35
Abbildung 6: Überblick über die Leistungserbringer in der Spitalversorgung	52

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verortung der Masterarbeit	11
Tabelle 2: Das Wirkungsmodell im föderalistischen Politikvollzug	18
Tabelle 3: Rollen des Kantons in der Spitalversorgung	34
Tabelle 4: Die kantonalbernerischen Steuerungsinstrumente im Überblick	37
Tabelle 5: Überblick über die Pflichten der Spitäler	46
Tabelle 6: Überblick über die zusätzlichen Beiträge des Kantons Bern an die Spitäler	48

Abkürzungsverzeichnis

a	Alt (bei Erlassen)
AB	Amtliches Bulletin der Bundesversammlung
Abs.	Absatz
Art.	Artikel
AS	Amtliche Sammlung des Bundesrechts
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BGE	Bundesgerichtsentscheid
BSG	Bernische Systematische Gesetzessammlung
Bst.	Buchstabe
BR	Bundesrat
DRG	Diagnosis Related Groups
E	Entwurf (bei Erlassen)
EU	Europäische Union
Fn.	Fussnote
GAV	Gesamtarbeitsvertrag
i.S.v.	im Sinn von
i.V.m.	In Verbindung mit
Kap.	Kapitel
Nr.	Nummer

NR	Nationalrätin oder Nationalrat
RRB	Regierungsratsbeschluss
RSZ	Regionales Spitalzentrum
Rz.	Randziffer
s.	siehe
SR	Ständerätin oder Ständerat
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups
TARMED	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz
z.B.	Zum Beispiel

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Das Krankenversicherungsgesetz von 1994 verfolgt drei Hauptziele: Stärkung der Solidarität unter den Versicherten, Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden, aber für alle finanziell tragbaren medizinischen Versorgung und Beitrag zu einer massvollen Kostenentwicklung (Bundesrat 1991: 93; Eugster 2007: 402 f.). Wie allgemein bekannt ist, wurde das Ziel der Kosteneindämmung nicht erreicht. Zum Beispiel rechnet der Kanton Bern für das Jahr 2011 mit Ausgaben von ca. 967 Millionen Franken für die Spitalversorgung (Gesundheits- und Fürsorgedirektion 2011b: 12). Dies entspricht der Hälfte der Kosten für die Spitalversorgung. Die andere Hälfte wird prämienfinanziert. Insbesondere der Spitalfinanzierung fehlt es an kosteneindämmenden Anreizen (Bundesrat 2004: 5555). Ist diese Einsicht einigermaßen konsensfähig, ist es die Frage nach den entsprechenden Lösungsoptionen bedeutend weniger. Die erste Botschaft des Bundesrates zur Kosteneindämmung im Spitalversorgungsbereich datiert aus dem Jahre 2000; erst Ende 2007 rangen sich die eidgenössischen Räte nach langwierigen Differenzenbereinigungsverfahren zur „KVG-Revision 2007 (Spitalfinanzierung)“ durch.

Die KVG-Revision 2007 trat am 1. Januar 2009 in Kraft (AS 2008 2057). Die zentralen Bestimmungen entfalten jedoch ihre Wirkung ab anfangs 2012 (Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 des KVG). Auf diesen Zeitpunkt hin richten sich die institutionellen Akteure wie die Leistungserbringer, die Krankenversicherer und die Kantone auf diese Neuerungen aus. Die Kantone überprüfen ihr Instrumentarium in der Rechtsetzung und der Rechtsanwendung. Dabei zeigen sich etliche Unsicherheiten, wie die KVG-Revision 2007 zu verstehen ist und wie sie umgesetzt werden kann.

1.2 Ziel und Evaluationsgegenstände der Masterarbeit

Die Masterarbeit soll dazu beitragen, die KVG-Revision 2007 besser zu verstehen. Gelingt dies, sollte deutlicher werden, welche Auswirkungen sie zeitigt und welcher Handlungsspielraum dem Kanton Bern zukommt. Sie leistet infolgedessen auch einen Beitrag, um die stark ideologisch geprägte Debatte zu versachlichen.

Gesetze sollen Wirkungen erzeugen; in erster Linie sollen sie gesellschaftliche Probleme lösen. In der Politikwissenschaft wird der Ansatz vertreten, dass Gesetze auf einem Wirkungsmodell basieren sollen. Dadurch kann sichergestellt werden, dass die Gesetze konzeptionell gut verankert sind, dass sie die gewünschten Wirkungen entfalten und dass ihre Wirkungen später überprüft werden können. Der KVG-Revision 2007 liegt kein explizites Wirkungsmodell zugrunde. Gleichwohl wollte die Bundesversammlung damit Wirkungen erzeugen. In dieser Masterarbeit soll nachträglich aufgrund der Gesetzesmaterialien evaluiert werden, auf welchem Wirkungsmodell die KVG-Revision 2007 fusst. Die Evaluation ist prospektiver Na-

tur, da sie versucht, die Hypothesen des Wirkungsmodells des Gesetzgebers in einem Zeitpunkt zu überprüfen, in dem noch keine Daten für eine retrospektive Evaluation vorhanden sind. Die Evaluation fokussiert somit auf das Wirkungsmodell an sich und nicht auf die tatsächlich eingetretenen Wirkungen. Als Nebeneffekt kann die angewandte Methodik als Beispiel dienen, wie im Rahmen eines Politikkonzepts ein Wirkungsmodell für ein Rechtsetzungsprojekt erstellt werden kann (s. Tschudi 2010).

Mit der Evaluation des Wirkungsmodells der KVG-Revision 2007 wird in einem ersten Schritt die steuernde Variable untersucht. In einem zweiten Schritt wird der Handlungsspielraum der abhängigen Variable analysiert. Gemeint ist der Spielraum des Kantons Bern in seiner Spitalversorgungsgesetzgebung. Dieser Schritt erfolgt nach rechtswissenschaftlichen Methoden.

Die Masterarbeit ermöglicht den in der Politikformulierung und der Politikentscheidung tätigen Instanzen, den Handlungsspielraum des Kantons Bern bei der Revision der Spitalversorgungsgesetzgebung zu erkennen.

1.3 Aufbau der Masterarbeit

Die Masterarbeit besteht aus zwei Hauptteilen:

- ▶ Prospektive Evaluation des Wirkungsmodells des neuen Spitalfinanzierungssystems (Kap. 2)
- ▶ Auswirkungen des neuen Spitalfinanzierungssystems auf die kantonbernischen Steuerungsinstrumente (Kap. 3).

Der erste Hauptteil fokussiert auf die KVG-Revision 2007 und untersucht das darin angelegte Wirkungsmodell. Zu diesem Zweck wird vorab das Umfeld ausgeleuchtet, in dem das Revisionsvorhaben angelegt ist: Kompetenzaufteilung zwischen Bund und Kantonen und die Situation vor der Revision. Danach werden die theoretischen Grundlagen eingeführt. Dazu gehören der Politikzyklus, das Politikkonzept und das Wirkungsmodell. Anschliessend wird das Wirkungsmodell auf die KVG-Revision 2007 angewandt und es findet die effektive Evaluation statt.

Der zweite Hauptteil fokussiert auf den Handlungsspielraum des Kantons Bern. Einleitend wird das kantonale Umfeld ausgeleuchtet, in dem die KVG-Revision 2007 ihre Wirkung entfaltet. Danach werden einige Instrumente der kantonalen Rechtssetzung näher geprüft und in ein Verhältnis zur KVG-Revision 2007 gestellt. Insbesondere wird der rechtlich mögliche Spielraum ausgelotet und die Kompatibilität der Instrumente mit dem Wirkungsmodell der KVG-Revision 2007 geprüft.

1.4 Verortung der Masterarbeit

Die Masterarbeit verortet sich wie folgt:

	Wirkungsmodell KVG-Revision 2007 (Kap. 2)	Handlungsspielraum Kanton Bern (Kap. 3)
Wissenschaftliche Ausrichtung	Politikwissenschaftlich	Rechtswissenschaftlich
Steuerungstheoretische Basis	Es wird vorausgesetzt, dass der Staat mittels Rechtsetzung steuern kann; eine Auseinandersetzung mit Steuerungstheorien findet deshalb nicht statt	
Phase im Politikzyklus	Politikentscheidung	Politikformulierung
Wissenschaftlicher Ansatz	Prospektive Evaluation des Wirkungsmodells der neuen Spitalfinanzierung (\neq Gesetzesauslegung)	Analyse des Handlungsspielraums (rechtlich und wirkungsmodellorientiert)
Fokus	Hauptelemente der KVG-Revision 2007	Hauptsächlicher Änderungsbedarf in der Rechtsetzung; Nicht aber: in der Rechtsanwendung
Tiefenschärfe	Überblicksmässig Gesetzesstufe (Verordnungsstufe nur ausnahmsweise)	Skizzierung der rechtlich möglichen Handlungsspielräume Nicht aber: vertiefte rechtliche Analyse Gesetzesstufe (Verordnungsstufe nur ausnahmsweise)
Perimeter betr. Leistungserbringer	Spitäler i.S.v. Art. 39 KVG Nicht aber: Geburtshäuser, Pflegeheime, Rettungsdienste, ambulante Leistungserbringer	
betr. Leistungen	Spitalbehandlungen (teilweise inkl. ambulante Behandlungen im Spital) Nicht aber: Aus- und Weiterbildungsplätze, Rettungsleistungen	

Tabelle 1: Verortung der Masterarbeit

2 Prospektive Evaluation des Wirkungsmodells des neuen Spitalfinanzierungssystems

2.1 Einleitung

In diesem Kapitel wird das Wirkungsmodell der KVG-Revision 2007 evaluiert. In einem ersten Schritt wird aufgezeigt, welche Kompetenzen Bund und Kantone in der Spitalversorgung zustehen und wie sich die Situation vor der Revision präsentiert hat. Der Evaluationsgegenstand selbst wird eingehend dargestellt. In einem zweiten Schritt werden die theoretischen Grundlagen vorgestellt. Dazu gehören der Politikzyklus, das Politikkonzept und das Wirkungsmodell. Das Wirkungsmodell beinhaltet die Ziele, den Output, den intendierten Outcome und den intendierten Impact mit den jeweiligen Hypothesen. In einem dritten Schritt wird die KVG-Revision 2007 prospektiv evaluiert: Ziele, Output, intendierter Outcome und intendierter Impact werden analysiert und anhand der Kriterien der Evidenz und der inneren und äusseren Kohärenz beurteilt. Abgeschlossen wird dieses Kapitel mit einem Zwischenfazit.

2.2 Ausgangslage

2.2.1 Kompetenzaufteilung Bund – Kanton Bern

2.2.1.1 Die soziale Krankenversicherung des Bundes

Nach Art. 117 BV erlässt der Bund Vorschriften über die Kranken- und Unfallversicherung. Diese Regelungszuständigkeit erlaubt dem Bund eine Monopolisierung der Kranken- und Unfallversicherung. Wenn der Bund seine diesbezüglichen Kompetenzen ausschöpft, können die Kantone im Bereich der sozialen Krankenversicherung nicht mehr selbständig legislieren. Anders verhält es sich, wenn der Bund den Kantonen zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung Aufträge erteilt oder Regelungskompetenzen einräumt (Eugster 2007: 399).

Der Bund regelt die soziale Krankenversicherung im Krankenversicherungsgesetz von 1994 und den dazugehörigen Verordnungen. Mit dem Krankenversicherungsgesetz soll die Solidarität zwischen Kranken und Gesunden gestärkt werden und ein effizientes System geschaffen werden, das hohe Leistungsqualität zu möglichst günstigen Kosten gewährleistet. Um das Effizienzziel zu erreichen, setzt der Gesetzgeber sowohl auf Wettbewerb als auch auf Regulierung. Im Bereich der Krankenversicherer setzt das Krankenversicherungsgesetz primär auf Wettbewerb, bei den Leistungserbringern vorwiegend auf planwirtschaftliche Instrumente (Gächter/Vollenweider 2008: 164 ff.).

Das Krankenversicherungsgesetz enthält eine obligatorische Krankenpflegeversicherung und eine freiwillige Taggeldversicherung. Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversiche-

rung sind Spitäler zugelassen, wenn sie – nebst anderen Voraussetzungen – auf der Spitalliste eines Kantons aufgeführt sind (Art. 39 KVG).

2.2.1.2 Die Gesundheitsversorgung im Kanton Bern

Der Kanton und die Gemeinden sorgen für eine ausreichende und wirtschaftlich tragbare medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung und stellen die dafür notwendigen Einrichtungen bereit (Art. 41 KV). Die Gewährleistung der Spitalversorgung obliegt seit 2005 dem Kanton und nicht mehr den Gemeinden (Art. 4 ff. SpVG). Diese umfassende kantonale Kompetenz wird durch das Krankenversicherungsgesetz als eigentliches Finanzierungsgesetz zunehmend beeinflusst, wenn nicht gar überlagert (Coullery 2008: 630 f.; s. auch Gächter/Vollenweider 2008: 27).

2.2.2 Das Spitalfinanzierungssystem vor der KVG-Revision 2007

Das Krankenversicherungsgesetz sieht für die im stationären Rahmen erbrachten Leistungen eine duale Finanzierung durch die Krankenversicherer und die Kantone vor: Bei stationärer Behandlung in öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten. Implizit wird damit festgelegt, dass die restlichen Betriebskosten durch die Kantone zu übernehmen sind (Art. 49 aKVG). Damit soll dem Grundsatz Rechnung getragen werden, dass Steuerkompetenz und Finanzierungspflicht übereinstimmen sollen. Zudem ergibt sich durch die teilweise Finanzierung der Spitalkosten mittels Steuergeldern eine sozialere Verteilung der Finanzierungslast (Bundesamt für Sozialversicherung 2001: 35 f.).

2.3 Evaluationsgegenstand

Am 15. September 2004 verabschiedete der Bundesrat die Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung). Nach dreijähriger parlamentarischer Beratung beschloss die Bundesversammlung am 21. Dezember 2007 die Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes betreffend die Spitalfinanzierung (= KVG-Revision 2007).

Mit dieser Teilrevision soll die Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 grundsätzlich wie folgt geändert werden:

- ▶ Freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz (mit Vergütung nach den Tarifen im Wohnortkanton) (Art. 41 KVG).
- ▶ Von der Objekt- zur Subjektfinanzierung: Neu vergüten Krankenversicherer und Kantone stationäre Behandlungen und nicht mehr Kosten der Leistungserbringer. Die bisher von den Kantonen separat bezahlten Infrastrukturkosten fliessen in die Fallpauschalen ein (Art. 49 KVG).

- ▶ Vom Kostenrückerstattungsprinzip zur Leistungsfinanzierung. Die Fallpauschalen sind leistungsbezogen (Art. 49 KVG).
- ▶ Die Spitaltarife orientieren sich an jenen Spitälern, welche die Leistungen in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 KVG).
- ▶ Dual-fixe Finanzierung: Der kantonale Anteil an der Abgeltung der stationären Leistungen beträgt mindestens 55 Prozent (Art. 49a KVG). Die Kantone finanzieren neu auch Privatspitäler, die auf der Spitalliste figurieren, mit. Nicht mehrheitsfähig war der Wechsel zu einem monistischen Modell, wonach nur ein Finanzierer besteht. Auch nicht mehrheitsfähig war die Idee, dass die ambulante Versorgung nach denselben Prinzipien finanziert wird.

Nachfolgend soll nun untersucht werden, welches Wirkungsmodell dieser Teilrevision zu Grunde liegt. Diese Evaluation weist demnach einen prospektiven Charakter auf. Davon zu unterscheiden ist die vom Bundesrat am 25. Mai 2011 in Auftrag gegebene Wirkungsanalyse. Gemäss Medienmitteilung vom 25. Mai 2011 des Bundesamtes für Gesundheitswesen sollen von 2012-2018 sechs wissenschaftliche Studien durchgeführt werden. Sie sollen insbesondere die Einflüsse der Revision auf die Kosten, auf die Qualität der stationären Pflege und auf die Sicherstellung der Versorgung untersuchen (Bundesamt für Gesundheit 2011). Diese Studien werden retrospektiven Charakter aufweisen.

Untersucht wird einzig die Spitalfinanzierungsvorlage. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung ist nicht Teil dieser Untersuchung (Bundesgesetz vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung).

Der Einfachheit wird darauf verzichtet, die Geburtshäuser, die aufgrund der KVG-Revision 2007 auch gelistet werden können (Art. 39 Abs. 3 KVG), explizit in die Evaluation einzubeziehen; nachfolgend wird deshalb nur von Spitälern die Rede sein und Geburtshäuser sind grösstenteils mitgemeint.

2.4 Theoretische Grundlagen des Wirkungsmodells

2.4.1 Politikzyklus

Politik kann als sequentielle Abfolge von Phasen des politischen Prozesses betrachtet werden. Eine solche idealtypische Darstellung hilft, politische Prozesse besser zu verstehen und zu beschreiben. Politik wird dabei verstanden als „Policy Making“, das heisst als Versuch der Be- und Verarbeitung gesellschaftlicher Probleme. Die verschiedenen Phasen des Policy Making können auch als Politikzyklus in Kreisform dargestellt werden (Jann/Wegrich 2009: 75 ff.):

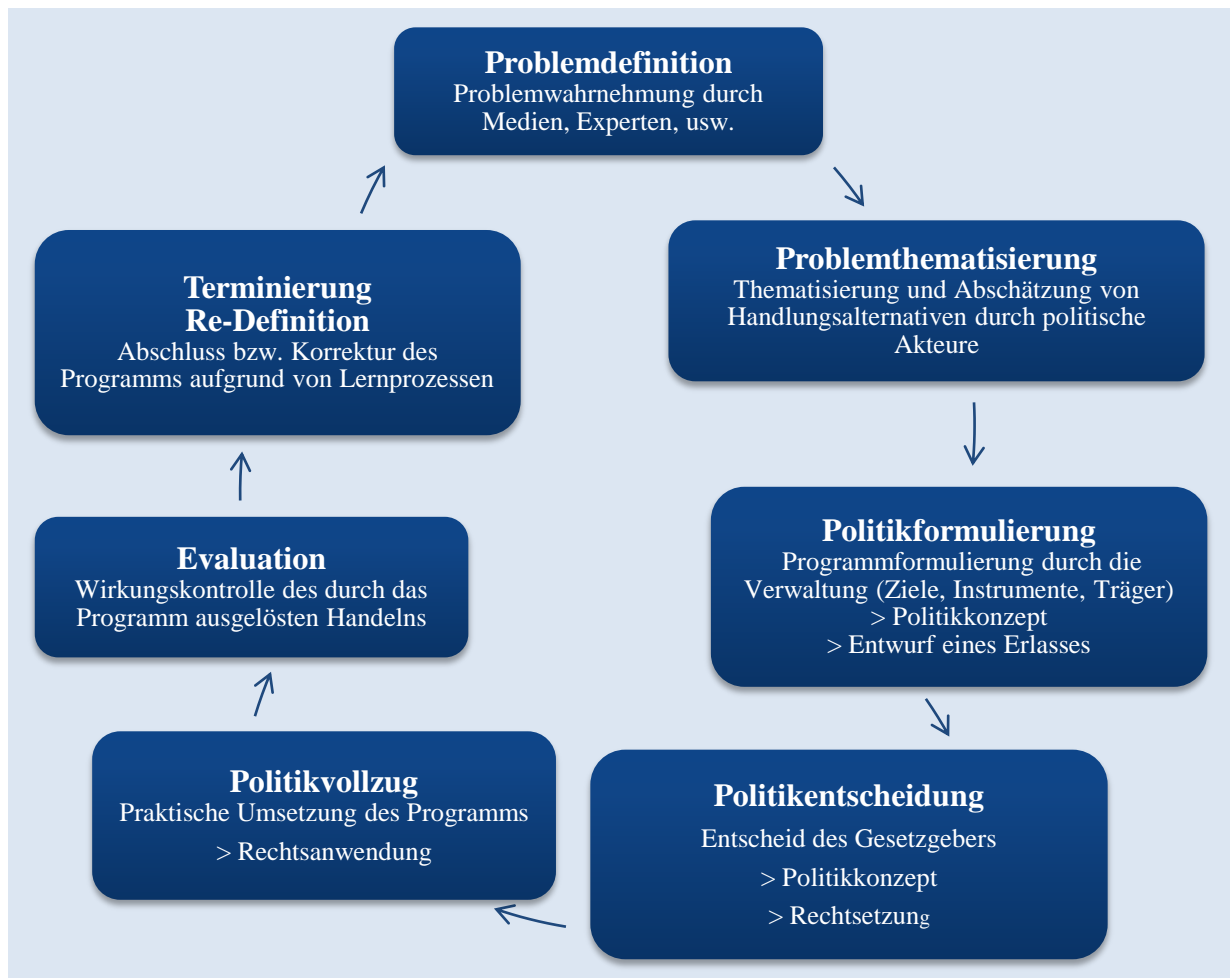


Abbildung 1: Politikzyklus

2.4.2 Politikkonzept

Mit dem Politikkonzept wird das politische Programm (policy) für die Lösung eines gesellschaftlichen Problems systematisch strukturiert. Der Begriff des Politikkonzepts wird nicht einheitlich verwendet und wird auch mit Programmkonzept, logisches Modell, Programmtheorie oder policy design bezeichnet (Dose 2008: 125; Ledermann/Sager 2009: 7). Ein gutes Politikkonzept kann dem politischen Programm zum Erfolg verhelfen und Policy Failure (Nicht-Erfolg eines politischen Programms aufgrund des Konzepts) vermeiden. Davon zu unterscheiden ist Implementation Failure (Nicht-Erfolg eines politischen Programms aufgrund seiner Realisierung) (Ledermann/Sager 2009: 8).

Ein Politikkonzept sollte insbesondere folgende zentrale Elemente enthalten:

- ▶ Analyse der Gründe für den Rechtssetzungsbedarf;
- ▶ Zielvorgaben;
- ▶ Institutionelle Bedingungen (z.B. Grundrechte, staats- und verwaltungsrechtliche Grundsätze, Kompetenzverteilung Bund-Kantone);
- ▶ Realisierbarkeit;

- ▶ Instrumente erster Ordnung (= operative Vorgaben; z.B. Gebote, Verbote, negative und positive Anreize);
 - ▶ Instrumente zweiter Ordnung (Organisationssteuerung; Bereitstellung materieller und personeller Infrastruktur).
- (weitergehend: Tschudi 2010).

Das Politikkonzept mündet in die Rechtsetzung oder in andere Formen staatlichen Handelns.

2.4.3 Wirkungsmodell

2.4.3.1 Allgemeines

Das Politikkonzept enthält auch ein Wirkungsmodell. Dieses äussert sich ex ante über die voraussehbaren Steuerungswirkungen. Mit anderen Worten handelt es sich um eine Steuerungskonzeption, die implizite oder explizite Hypothesen über das zu erwartende Verhältnis zwischen politischem Programm und anvisiertem Zweck enthält (Knoepfel et al. 1997: 79; Dose 2008: 125).

Das Wirkungsmodell kann folgendermassen dargestellt werden (nach Jann/Wegrich 2009: 82; Rieder 2007: 279):



Abbildung 2: Wirkungsmodell

Als Output gelten die staatlichen Interventionen oder Leistungen, mit denen versucht wird, das Verhalten von Politikadressatinnen zu verändern. Dazu gehören Normen und deren Anwendung, Bereitstellung und Verteilung von Ressourcen, Verträge und Einzelentscheidungen. Mit den Outputs werden die anstehenden Probleme in aller Regel nicht gelöst. Dazu bedarf es der Reaktion der Politikadressaten, deren Ergebnis als Outcome oder Wirkung bezeichnet wird. Diese Reaktion kann wie intendiert ausfallen; mindestens so wahrscheinlich sind Anpassungs- und Vermeidungsstrategien der Politikadressatinnen oder sogar passiver bis aktiver Widerstand. Schliesslich stellt sich die Frage, wie das Gesamtsystem reagiert; man spricht von Impact oder den Auswirkungen. Gefragt wird, ob Probleme gelöst, ob und welche Nebenwirkungen oder nicht intendierte Ergebnisse eingetreten sind (Jann/Wegrich 2009: 83; s. auch Knoepfel/Bussman 1997: 72 f.; s. auch Lienhard 2005: 26). Es gilt zu beachten, dass

diese Begriffe nicht einheitlich angewandt werden; teilweise werden Outcomes als Impacts und umgekehrt verwendet. In dieser Masterarbeit wird die international gängige Terminologie verwendet (Dose 2008: 129, Fn 8; Sager/Rüefli 2005: 109).

Politikadressaten sind jene Gruppen von Personen, die in direkter oder indirekter Weise positiv oder negativ vom Versuch betroffen sind, das angegangene gesellschaftliche Problem im Rahmen einer öffentlichen Politik in bestimmter Weise zu lösen (Knoepfel/Bussmann 1997: 63).

Wirkungsmodelle enthalten implizite oder explizite Hypothesen über das erwartete Verhältnis eines politischen Programms zu der erwarteten Steuerungswirkung. Da die Hypothesen meist implizit oder gar diffus bleiben, ist es schwierig, den Wirkungspfad eines Wirkungsmodells vom Steuerungsimpuls bis zu den Wirkungen nachzuvollziehen. Für die Analyse kann folgende Differenzierung hilfreich sein, die anhand eines spitalfremden Themas dargestellt wird (Dose 2008: 125 ff.; Knoepfel u.a. 1997:79):

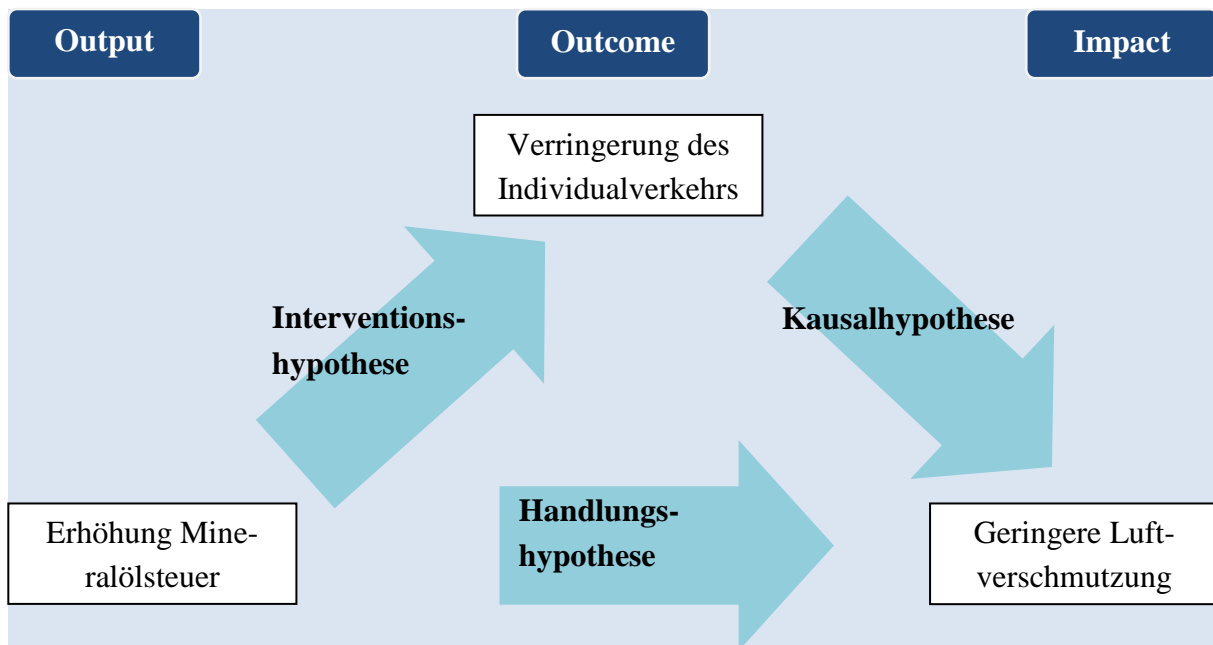


Abbildung 3: Hypothesen im Wirkungsmodell

- ▶ Die Interventionshypothese enthält eine Annahme über einen Zusammenhang zwischen dem Steuerungsimpuls des politischen Programms und dem Verhalten der Politikadressatinnen. Konkret: Die Erhöhung der Mineralölsteuer führt dazu, dass die Verkehrsteilnehmerinnen ihre Motorfahrzeuge weniger benutzen.
- ▶ Die Kausalhypothese enthält eine Annahme über einen kausalen Zusammenhang zwischen dem Verhalten der Politikadressaten und einem sozialen oder wirtschaftlichen Zustand. Konkret: Die Verringerung des Individualverkehrs führt zu weniger Luftverschmutzung.
- ▶ Die Handlungshypothese (auch Aktionshypothese genannt) verbindet die Wirkungskette vom Steuerungsimpuls des politischen Programms direkt mit der Veränderung des sozia-

len oder wirtschaftlichen Zustandes. Konkret: Die Erhöhung der Mineralölsteuer führt zu weniger Luftverschmutzung (Dose 2008: 125 ff.; Knoepfel u.a. 1997: 79).

2.4.3.2 Das Wirkungsmodell im föderalistischen Politikvollzug

Im föderalistischen Politikvollzug ergibt sich eine Verdoppelung der Politikadressatinnen: Da die Kantone Bundesrecht umsetzen müssen, sind sie Politikadressaten des Bundes. Die problemverursachenden Akteurinnen als eigentliche Zielgruppen der Bundesgesetzgebung werden so zu Politikadressatinnen der Kantone. Für das Wirkungsmodell bedeutet dies folgendes: Die Bundesregelung ist der Output. Die Kantone vollziehen die Bundesregelung, was dem Outcome der Bundesregelung entspricht; gleichzeitig stellt ihr Vollzugsprogramm den Output der Kantone dar. Die dadurch ausgelösten Verhaltensänderungen der problemverursachenden Akteure stellen den Outcome der Kantonspolitik dar. Während sich Output und Outcome zwischen Bundes- und Kantonsebene unterscheiden, beziehen sich die Impacts für die Bundes- und Kantonspolitik auf dasselbe Ausgangsproblem und können unabhängig von der Staatsebene betrachtet werden (Sager/Rüefli 2005: 109). Tabellarisch kann das Wirkungsmodell folgendermassen dargestellt werden (in teilweiser Übernahme der Tabelle bei Sager/Rüefli 2005: 110):

Staatsebene	Wirkungsstufen			
Bund	Output Politikkonzept u. Rechtsetzung	Outcome Aktivitäten der Kantone		Impact Auswirkungen der Verhaltensänderungen
Kantone		Output Politikkonzept / Rechtsetzung / direkter Vollzug	Outcome Verhaltensänderungen der Akteure	

Tabelle 2: Das Wirkungsmodell im föderalistischen Politikvollzug

2.5 Das Wirkungsmodell des neuen Spitalfinanzierungssystems

2.5.1 Einleitung

Es existiert kein explizites und kohärentes Wirkungsmodell des neuen Spitalfinanzierungssystems. Die Botschaft des Bundesrats verweist einzig auf die Wirkungsanalyse zum Krankenversicherungsgesetz von 2001. Diese zeige auf, dass das Krankenversicherungsgesetz auf der Leistungsebene (kompletter Leistungskatalog) und auf der Systemebene (obligatorische Versicherung mit Kassenvielfalt und Einheitsprämie) die gesetzgeberischen Ziele erreicht habe; die kostendämpfende Wirkung sei jedoch nicht erreicht worden (Bundesrat 2004: 5555). Die Botschaft selbst enthält kein Wirkungsmodell und verweist auch nicht auf anderweitige Grundlagen, die ein solches Modell beinhalten könnten. Das nachfolgende Wirkungsmodell wird deshalb nach abgeschlossenem Gesetzgebungsprozess anhand der Aussagen der Haupt-

akteure Bundesrat und Bundesversammlung erstellt. Aus den Materialien wurden diejenigen Aussagen gefiltert, die wirkungsorientiert sind und mit dem gesetzgeberischen Resultat übereinstimmen.

Da die Evaluation prospektiven Charakter aufweist, wird nicht nach dem effektiv eingetretenen Impact gefragt sondern nach dem intendierten Impact. Dieser deckt sich mit den Zielen.

Die prospektive Evaluation des Wirkungsmodells eines Gesetzgebungsprojektes zielt auf die Frage, ob die vom Gesetzgeber gewollten Wirkungen aufgrund seiner konzeptionellen Grundüberlegungen auch eintreten können. Aufgrund ihres prospektiven Charakters rückt sie in die Nähe der juristische Auslegung des Verwaltungsrechts, die auf die Eruiierung des Sinns und Zwecks von Gesetzesbestimmungen ausgerichtet ist: Mit der Gesetzesauslegung soll der rechtsverbindliche Sinn eines Rechtssatzes ermittelt werden. Auch wenn bei den Auslegungsmethoden ein Methodenpluralismus gilt, steht gemäss der bundesgerichtlichen Praxis die teleologische Auslegungsmethode im Vordergrund; d.h. dass auf Sinn und Zweck und auf die Wertungen, die einer Gesetzesbestimmung zu Grunde liegen, abgestellt wird (Häfelein/Müller/Uhlmann 2010: 46 f.). Die Methoden der Evaluation eines Wirkungsmodells und die juristische Auslegung unterscheiden sich in ihrem Zweck: Mit der Evaluation des Wirkungsmodells wird der Frage nachgegangen, ob das politische Programm erfolgreich sein kann. Die juristische Auslegung will den Sinn einer Bestimmung ermitteln, um sie auf einen konkreten Sachverhalt anwenden zu können. Die Evaluation eines Wirkungsmodells ersetzt die Gesetzesauslegung nicht – vielmehr ergänzt sie diese.

Das nachfolgende Wirkungsmodell konzentriert sich auf die Kernelemente der KVG-Revision 2007. Dazu gehören die freie Spitalwahl, die leistungsorientierte Vergütung der stationären Behandlung mittels Fallpauschalen und die anteilmässige Abgeltung durch Krankenversicherer und Kantone. Die freie Spitalwahl wurde erst in der parlamentarischen Beratung eingeführt. Als Materialien für die freie Spitalwahl dienen demnach einzig die Amtlichen Bulletins von National- und Ständerat. Für die anderen Kernelemente kann auch die Botschaft des Bundesrates beigezogen werden.

2.5.2 Ziele der KVG-Revision 2007

Der Bundesrat beabsichtigte mit der Revision folgendes:

- ▶ Die systemhemmenden Unklarheiten sollen beseitigt werden und die im Gesetz verankerten Grundsätze sollen konsequent umgesetzt werden (Bundesrat 2004: 5552).
- ▶ Die Anreize sollen konsequent auf das Ziel der Kosteneindämmung ausgerichtet werden (Bundesrat 2004: 5555).
- ▶ Als politische Zielsetzungen sollen die gemeinsame Finanzierungsverantwortung von obligatorischer Krankenpflegeversicherung und Kantonen und die Neuregelung des Zusammenwirkens von staatlicher Planung und Wettbewerbselementen erreicht werden (Bundesrat 2004: 5564).

- ▶ In sozialpolitischer Hinsicht soll der gesamten Wohnbevölkerung durch das Versicherungsobligatorium weiterhin der Zugang zu einer breiten Leistungspalette und entsprechende Kostenübernahme garantiert werden. Die dafür notwendigen Versorgungsstrukturen werden durch die Kantone aufgrund ihrer Planungspflicht gewährleistet.
- ▶ Das System der Leistungsfinanzierung soll kosteneindämmende Wirkung entfalten (Bundesrat 2004: 5577).
- ▶ Die Finanzierung der stationär erbrachten Leistungen durch individuelle Kopfprämien und durch Steuergelder soll eine soziale Abfederung gewährleisten (Bundesrat 2004: 5564).
- ▶ Die Pauschalierung der Vergütung soll im Gegensatz zum Einzelleistungstarif die Mengenausweitung begrenzen (Bundesrat 2004: 5578).
- ▶ Der neue Finanzierungsschlüssel gilt auch für Privatspitäler, die auf der kantonalen Spitalliste aufgenommen worden sind. Damit sollen die Listenspitäler gleichbehandelt werden und Wettbewerbsverzerrungen sollen vermieden werden (Bundesrat 2004: 5579).

Die Bundesversammlung schloss sich diesen Zielsetzungen im Grossen und Ganzen an. Anhand diverser Einzelvoten der Parlamentarierinnen soll dies verdeutlicht und konkretisiert werden:

- ▶ Es entsteht ein Spitalmarkt Schweiz anstelle von 26 kleinen Märktlein (SR Anita Fetz in AB 2007 S 754).
- ▶ Mit den Betriebsvergleichen zwischen den Spitälern und den Fallpauschalen soll die Kosteneffizienz gesteigert werden (SR Christiane Brunner in AB 2005 S 679).
- ▶ Mit der Transparenz der Kosten sollen die Kosten im stationären Bereich eingedämmt werden (SR Christiane Brunner in AB 2005 S 679).
- ▶ Die Transparenz in Sachen Qualität und Behandlungsergebnisse soll zunehmen (SR Urs Schwaller in AB 2007 S 754; NR Bea Heim in AB 2007 N 448).
- ▶ Es sollen alle Versicherten und alle Listenspitäler gleichbehandelt werden (NR Ruth Humbel Näf in AB 2007 N 413).
- ▶ Die Versicherten sollen gemäss dem Cassis-de-Dijon-Prinzip² von einer schweizweiten Freizügigkeit bei der Wahl des Listenspitals profitieren (NR Ruth Humbel Näf in AB 2007 N 413).

2.5.3 Output (Instrumente)

2.5.3.1 Freie Spitalwahl

Bis Ende 2011 kann die versicherte Person für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons aufgeführt sind (Art. 41 aKVG). Ab 2012 kann sie unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (sogenanntes Listenspital; Art. 41 Abs. 1bis KVG). Listenspitäler sind zugelassen, wenn sie gesundheitspolizeiliche und sozialversicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllen; zu Letzteren zählt, dass die Spitäler der kantonalen Spi-

² Das Cassis-de-Dijon-Prinzip ist eine Warenverkehrsfreiheit, die besagt, dass alle Produkte, die in einem EU-Land vorschriftsgemäss hergestellt worden sind, in allen anderen Mitgliedstaaten verkauft werden dürfen.

talversorgungsplanung entsprechen und auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt sind (Art. 39 Abs. 1 KVG). Diese Voraussetzungen werden durch die KVG-Revision 2007 nicht in Frage gestellt sondern differenzierter normiert (Art. 39 Abs. 2bis ff. KVG). Der Krankenversicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung der stationären Behandlung anteilmässig, jedoch höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt (Art. 49a Abs. 1 i.V.m. Art. 41 Abs. 1bis KVG).

Neu ist, dass ab 2012 die versicherte Person nebst diesen Listenspitälern auch sogenannte Vertragsspitäler wählen kann. Vertragsspitäler erfüllen die gesundheitspolizeilichen Voraussetzungen, befinden sich jedoch nicht auf einer Spitalliste (Art. 49a Abs. 4 KVG). Die Kantone können demnach das Angebot der Vertragsspitäler nicht steuern. Die Vertragsspitäler liegen in der Vertragsautonomie zwischen Krankenversicherern und Spitälern. In diesen Fällen übernimmt der Krankenversicherer den kantonalen Anteil (Art. 49a Abs. 4 KVG).

Von diesen Vertragsspitälern zu unterscheiden sind Privatspitäler, die Patientinnen auf privatrechtlicher Basis ohne jegliche Kostenrückvergütung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung behandeln. Wählt die versicherte Person ein Spital, das weder auf der Spitalliste figuriert noch als Vertragsspital gilt, übernimmt sie sämtliche Behandlungskosten ohne Rückvergütungsmöglichkeit durch die obligatorische Krankenversicherung.

2.5.3.2 Leistungsfinanzierung

Ab 2012 werden Behandlungen und nicht mehr Kosten vergütet. Anstelle von Betrieben werden neu Leistungen finanziert. Die Fallpauschalen sind damit leistungsbezogen auszugestalten. Die Fallpauschalen beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Sie enthalten alle Kostenanteile einer Behandlung und damit neuerdings auch die Investitionskostenanteile, die bis anhin von den Kantonen separat finanziert worden sind; davon ausgenommen sind gemeinwirtschaftliche Leistungen wie zum Beispiel Lehre, universitäre Forschung und Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen. Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Der Bundesrat ordnet schweizweit Betriebsvergleiche an und veröffentlicht sie (Art. 49 KVG) (s. Mader 2010: Rz. 61 ff.).

Im akutstationären Bereich wird das diagnosebezogene Fallpauschalen-System Swiss-DRG eingeführt (DRG: Diagnosis Related Groups). DRG ist ein Patientenklassifikationssystem auf der Basis von diagnosebasierten Fallgruppen. Bei der Vergütung der Leistung wird jeder Fallgruppe eine spezifische Fallpauschale zugeordnet und damit die Leistung pauschal abgegolten. Spitäler werden deshalb nicht mehr einzelne Eingriffe und Aufenthaltstage in Rechnung stellen können. Swiss-DRG, das noch in Entwicklung begriffen ist, wird voraussichtlich etwa 1'000 Fallgruppen enthalten (Gesundheits- und Fürsorgedirektion 2011b: 23 f.). Die Tarifstruktur wird durch die Krankenversicherer, die Spitäler und die Kantone erarbeitet, weiterentwickelt und gepflegt (Art. 49 Abs. 2 KVG). Zu diesem Zweck wurde am 18. Januar 2008 die SwissDRG AG gegründet (weiterführende Hinweise: <http://bit.ly/pKkAZp>).

Das DRG-System eignet sich nicht für psychiatrische und rehabilitative Behandlungen. Deshalb können auch ab 2012 die kantonalen Planungen und die Tarifierungen leistungsorientiert oder kapazitätsorientiert erfolgen (Art. 58c Bst. b KVV).

2.5.3.3 Dual-fixe Finanzierung

Bis Ende 2011 übernehmen die Krankenversicherer höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten der öffentlich oder öffentlich subventionierten Spitälern (Art. 49 aKVG). Der Rest wird von den Kantonen finanziert (insbesondere die Investitionskosten der Spitäler). Ab 2012 übernehmen die Krankenversicherer und die Kantone anteilmässig die Fallpauschalen der Listenspitäler (Art. 49a Abs. 1 KVG). Die Kantone beteiligen sich somit neu auch an den Investitionskosten von Privatspitälern, welche sich auf der Spitalliste befinden. Der kantonale Anteil beträgt mindestens 55 Prozent (Art. 49a Abs. 2 KVG). Die Kantone übernehmen damit eine ähnliche Finanziererrolle wie die Krankenversicherer, indem sie die Leistungen der Spitäler anteilmässig rückvergüten; sie werden jedoch nicht zu einer Tarifpartei i.S.v. Art. 46 Abs. 1 KVG sondern genehmigen weiterhin die von den Krankenversicherern und den Spitälern ausgehandelten Tarife oder legen sie bei fehlendem Tarifvertrag fest (Art. 46 Abs. 4 und Art. 47 Abs. 1 KVG).

2.5.4 Intendierter Outcome (Verhaltensänderungen der Politikadressatinnen)

2.5.4.1 Einleitung

Die im vorangehenden Kapitel dargestellten Instrumente richten sich an die Politikadressaten. Es handelt sich dabei um die Versicherten, die Krankenversicherer, die Spitäler und die Kantone. Die Gliederung dieses Kapitels orientiert sich an diesen Kategorien von Politikadressatinnen.

2.5.4.2 Versicherte

Die Versicherten sollen eine grössere Freiheit erhalten, das Spital zu wählen (NR Toni Bortoluzzi in AB 2007 N 440; NR Jacqueline Fehr in AB 2007 N 1771). Die Bundesparlamentarier führen nicht weiter aus, welche Verhaltensänderungen durch diese Freiheit ausgelöst werden sollen. Leistungen, die bis anhin über die Zusatzversicherung eingekauft werden mussten, werden in die Grundversicherung verschoben; damit zahlen die Versicherten weniger Prämien (NR Jacqueline Fehr in AB 2007 N 440). Allenfalls damit zusammenhängende Verhaltensänderungen der Versicherten werden ebenfalls nicht thematisiert.

2.5.4.3 Krankenversicherer

Die freie Spitalwahl bewirkt bei den Krankenversicherern, dass sie die Leistungen für Behandlungen in Listenspitalern der ganzen Schweiz anteilmässig zu übernehmen haben. Neu verfügen sie über eine gewisse Autonomie, um unabhängig von den Kantonen Verträge mit Spitälern abzuschliessen; diese Spitäler erhalten damit den Status eines Vertragsspitals.

Mit der neuen Ausgestaltung der Leistungsfinanzierung beteiligen sich die Krankenversicherer neu auch an den Investitionskosten der Spitäler. Bei den Tarifverhandlungen können sie ihre Tarifvorstellungen an den effizientesten und günstigsten Spitälern ausrichten.

2.5.4.4 Spitäler

Die freie Spitalwahl soll bei den Spitälern folgendes bewirken:

- ▶ Sie sind vermehrt einem Wettbewerb ausgesetzt (NR Pierre Triponez in AB 2007 N 440; BR Couchepin in AB 2006 S 53) und müssen sich in der Konkurrenzsituation behaupten.
- ▶ Durch die mit der freien Spitalwahl einhergehende Vergleichbarkeit sollen sie Leistungen mit hoher Qualität erbringen (NR Toni Bortoluzzi in AB 2007 N 440).

Die Leistungsfinanzierung soll bei den Spitälern folgendes bewirken:

- ▶ Anstelle der Objektfinanzierung soll der Wettbewerb unter den Spitälern gestärkt werden (Bundesrat 2004: 5570).
- ▶ Es sollen vermehrt unternehmerische Kriterien zum Tragen kommen; dies bedeutet für die Entscheidungsträgerinnen mehr Eigenverantwortung und erhöhtes Risiko. Unzweckmässige Strukturen sollen abgebaut werden (Bundesrat 2004: 5556).
- ▶ Durch die Berücksichtigung des Preis-Leistungsverhältnisses und der Investitionskosten sollen die Spitäler vermehrt einem Wettbewerb ausgesetzt sein (Bundesrat 2004: 5579; SR Erika Forster-Vannini in AB 2005 S 684).
- ▶ Durch die Pauschalierung der Vergütung sollen die Spitäler geringere Anreize zur Mengenausweitung haben (Bundesrat 2004: 5578).

2.5.4.5 Kantone

Die freie Spitalwahl soll bei den Kantonen folgendes bewirken:

- ▶ Es sollen grössere, überkantonale Versorgungsregionen und damit die interkantonale Planung gefördert werden (NR Jacqueline Fehr in AB 2007 N 440 und AB 2007 N 1771; NR Pierre Triponez in AB 2007 N 440; BR Pascal Couchepin in AB 2007 N 441; NR Ruth Humbel Näf in AB 2007 N 441).
- ▶ Die Kantone regulieren den Markt mittels Spitalliste (NR Jacqueline Fehr in AB 2007 N 1771).
- ▶ Durch die Vorgabe der Planungskriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit (Art. 39 KVG) sollen die Kantone die Spitäler nach dem Prinzip der gleich langen Spiesse auf ihre Spitallisten aufnehmen (NR Ruth Humbel Näf in AB 2007 N 414).
- ▶ Die Kantone kontrollieren weiterhin die Kosten, weil sie nur so viel für ausserkantonale Behandlungen bezahlen müssen, wie sie auch für die Behandlung im eigenen Kanton bezahlen müssten (NR Jacqueline Fehr in AB 2007 N 1771).
- ▶ Hochtarifkantone werden gezwungen, ihre Tarife zu senken (SR Philipp Stähelin in AB 2007 S 753).

Durch die freie Spitalwahl haben die Kantone anteilmässig auch Leistungen ausserkantonaler Listenspitäler zu vergüten.

2.5.5 Intendierter Impact (Gesamtheit der Auswirkungen)

Davon ausgehend, dass der Gesetzgeber Wirkungen erzielen will, stimmen Ziele und intendierter Impact in der Phase der Politikformulierung überein. Ob der intendierte Impact in Wirklichkeit erreicht wird, wäre durch eine retrospektive Evaluation des Wirkungsmodells zu eruieren. Deshalb kann für den intendierten Impact auf die Ziele gemäss Kap. 2.5.2 verwiesen werden.

2.5.6 Grafische Darstellung des Wirkungsmodells

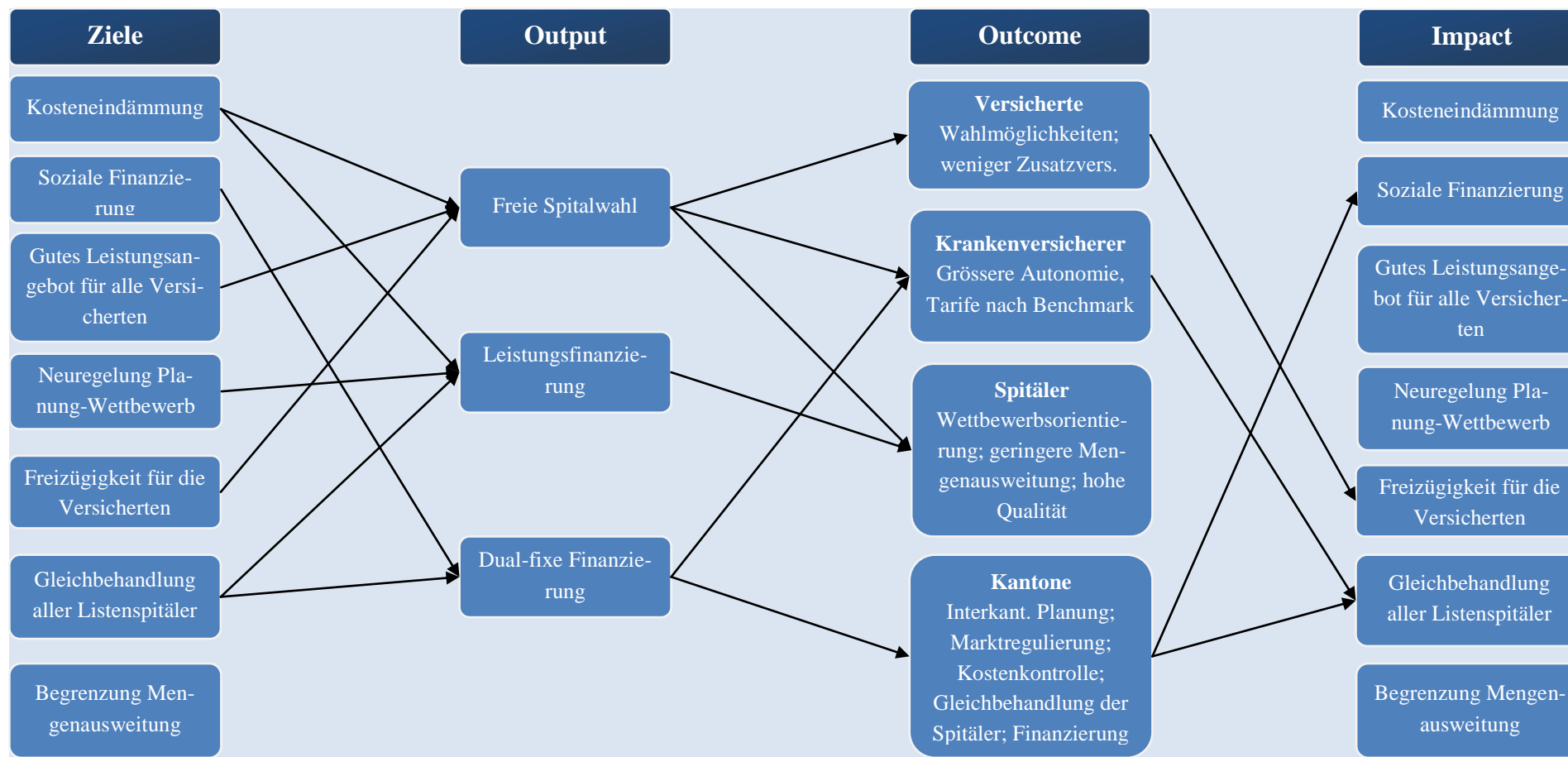


Abbildung 4: Wirkungsmodell des neuen Spitalfinanzierungssystems

2.6 Evaluation des Wirkungsmodells

2.6.1 Kriterien

Ein Politikkonzept kann prospektiv anhand der Kriterien der empirischen Evidenz und der inneren und äusseren Kohärenz evaluiert werden. Diese Kriterien lassen sich auch für das Wirkungsmodell verwenden, da es eine Teilmenge des Politikkonzepts darstellt.

- ▶ Mit der empirischen Evidenz wird geprüft, ob die wichtigsten Bestandteile des Wirkungsmodells empirisch ausreichend abgestützt sind oder zumindest nicht im Widerspruch zu empirischen Beobachtungen stehen.
- ▶ Bei der inneren Kohärenz geht es um die Stimmigkeit des Wirkungsmodells: Passen die einzelnen Bestandteile des Wirkungsmodells – auch in den Grössenordnungen der Wirkungsbeziehungen – zueinander? Ist ein namhafter Effekt auf die Problemdimensionen zu erwarten?
- ▶ Bei der äusseren Kohärenz ist zu klären, ob das Wirkungsmodell nicht im Widerspruch zu bestehenden oder geplanten anderen öffentlichen Politiken steht; wäre dem so, würde die Wirksamkeit stark beeinträchtigt oder es würden unerwünschte Nebenwirkungen eintreten (Knoepfel u.a. 1997: 81 f.; Ledermann/Sager 2009: 11).

2.6.2 Empirische Evidenz

Evidenzorientierte Aussagen finden sich in den Materialien nur spärlich: Die Botschaft des Bundesrates für die KVG-Revision 2007 verweist für die Gründe der Revision auf die bundesrätliche Botschaft vom 21. September 1998 und auf die Wirkungsanalyse des Krankenversicherungsgesetzes, die durch das Bundesamt für Sozialversicherung erstellt worden ist (Bundesrat 2004: 5555). Die Botschaft des Bundesrates von 1998 betont die bereits mit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes anvisierte Notwendigkeit, die Kosten einzudämmen (Bundesrat 1998: 796, 799 f.). Die mit dem Krankenversicherungsgesetz eingeführten Instrumente hätten ihre Wirkung noch nicht entfalten können, da die Akteure des Gesundheitswesens diese Instrumente noch nicht ausgeschöpft hätten; der Bundesrat vertraue ihnen weiterhin (Bundesrat 1998: 800). Kostenmässig könne man folgende Bilanz ziehen: Die Kosten würden sich insgesamt stabilisieren (1996-1999). Während sie im ambulanten Bereich wachsen, sei im Bereich der stationären Spitalbehandlung keine Kostensteigerung festzustellen. Diese Entwicklung dürfte auf die positiven Effekte der kantonalen Spitalplanungen zurückzuführen sein (Bundesrat 1998: 797 f.). Weitere, für den Spitalfinanzierungsbereich wesentliche Aussagen finden sich nicht, da mit dieser Vorlage dieser Bereich nicht revidiert werden sollte. Die Wirkungsanalyse des Bundesamtes für Sozialversicherung gelangt betreffend Spitalfinanzierung zu folgenden Schlüssen: Es scheine, dass die Erhebungen des Bundesamtes für Statistik zeigen, dass sich die Kantone langsam und graduell aus der Finanzierung der Spitäler zurückziehen. Die duale Spitalfinanzierung habe den Privatisierungstrend verstärkt und zu einer Verlagerung der Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich geführt (Bundesamt

für Sozialversicherung 2001: 37 ff.). Die Voten der Bundesparlamentarierinnen enthalten vereinzelt evidenzorientierte Aussagen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Gesetzgebungsakteure nur punktuell auf empirisch belegte Daten berufen. Insbesondere der oft ins Spiel gebrachte Wettbewerbsgedanke wird nicht weiter begründet und empirisch untermauert. Offenbar wird angenommen, dass der Wettbewerb unter Spitälern zu mehr Effizienz und damit zu Kosteneinsparungen führt. Diese Annahme kontrastiert jedoch mit der Aussage des Bundesrates, dass die kantonalen Spitalplanungen, die regulativer Natur sind, zur Kosteneindämmung beigetragen haben (Bundesrat 1998: 797 f.).

Die Spitalfinanzierungsvorlage ist dementsprechend empirisch schwach abgestützt.

2.6.3 Innere Kohärenz

2.6.3.1 Einleitung

Um die innere Kohärenz evaluieren zu können, werden die einzelnen Elemente der Steuerungskonzeption der KVG-Revision 2007 jeweils anhand der Interventions-, der Kausal- und der Handlungshypothese untersucht (s. Kap. 2.4.3.1).

2.6.3.2 Freie Spitalwahl

Nachfolgend wird untersucht, welche Annahmen der Gesetzgeber über einen Zusammenhang zwischen dem Steuerungsimpuls und dem Verhalten der Akteure getroffen hat (Interventionshypothese).

Hauptadressaten der freien Spitalwahl sind die Versicherten. Mit der freien Spitalwahl verfügen sie vorab über eine Möglichkeit. Diese Möglichkeit wird durch etliche Faktoren limitiert:

- ▶ Geltungsbereich: Es können Listen- und Vertragsspitäler gewählt werden, nicht aber Privatspitäler, die Behandlungen auf privatrechtlicher Basis anbieten.
- ▶ Dringlichkeit der Behandlung: Je dringlicher die Behandlung ist, desto geringer ist die Spitalwahlfreiheit.
- ▶ Medizinisches Angebot: Je spezifischer die medizinische Behandlung ist, desto geringer ist das Angebot.
- ▶ Leistungsfähigkeit respektive –möglichkeit der Versicherten: Es werden höchstens Tarife vergütet, die in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gelten. Will sich ein Versicherter, der in einem Kanton mit tiefen Tarifen wohnt, in einem ausserkantonalen Spital behandeln lassen, das höhere Tarife kennt, so hat er die Tariffdifferenz selber zu bezahlen (respektive die allfällig vorhandene Zusatzversicherung).
- ▶ Erreichbarkeit von Spitälern: Je weiter sich ein Wahlspital vom Wohnort einer Versicherten befindet desto schwieriger ist es für sie, ihre Wahlfreiheit zu nutzen. Im Kanton Bern verfügt somit eine Person aus dem Oberhasli faktisch über eine eingeschränktere Spitalwahlfreiheit als eine Person aus der Agglomeration Bern.

Die Spitalwahlfreiheit, die rechtlich für die ganze Schweiz gilt, unterliegt somit gewissen Einschränkungen; deren Ausmass ist nicht bekannt.

Diese Spitalwahlfreiheit unterscheidet sich von derjenigen, die bis Ende 2011 gilt, hauptsächlich durch deren Finanzierung: Bis Ende 2011 wird sie durch Zusatzversicherungen ermöglicht, ab 2012 wird sie durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ermöglicht. Sie bedingt je nach kantonaler Ausgestaltung der Tarife aber gleichwohl eine Zusatzversicherung. Fraglich ist nun, welche Interventionshypothese der Gesetzgeber der Möglichkeit der Versicherten, das Spital zu wählen, zu Grunde legte. Werden die Versicherten Spitäler wählen, die für ihre hohe Qualität bürgen? Werden sie Spitäler mit den tiefsten Tarifen wählen? Werden sie ausserkantonale Spitäler vermehrt aufsuchen? Der Gesetzgeber hat sich hierzu nicht geäussert (s. 2.5.4.2). Er hat aber Rahmenbedingungen geschaffen, damit die Spitalwahl grundlagenorientiert erfolgen kann: Der Bundesrat ordnet Betriebsvergleiche zwischen den Spitälern an und veröffentlicht sie (Art. 49 Abs. 8 KVG).

Auch wenn die Hauptadressaten der freien Spitalwahl die Versicherten sind, liegt der Hauptfokus des Gesetzgebers offenbar auf einer Veränderung des Verhaltens der Spitäler. Sie sollen einem vermehrtem Wettbewerb ausgesetzt sein und dadurch qualitativ hohe Leistungen erbringen und die Mengenausweitung reduzieren (s. 2.5.4.4). Der Wettbewerbsgedanke wird in den Gesetzgebungsmaterialien oft erwähnt, aber nicht erklärt. Wettbewerbsorientiertes Verhalten der Spitäler setzt voraus, dass ein Markt besteht und dass insbesondere die Spitalwahlfreiheit durch die Versicherten in erhöhtem Masse genutzt wird respektive werden kann. Liegt ein Markt vor, würden die Spitäler gezwungen, ihre Leistungen effizient und auf hohem Niveau zu erbringen. Wie bereits oben dargestellt, wurde während den Gesetzgebungsarbeiten nicht vertieft, inwiefern die freie Spitalwahl das Verhalten der Versicherten beeinflusst und damit ein Spitalmarkt respektive spitalmarktähnliche Verhältnisse geschaffen werden. Die Interventionshypothese bleibt dementsprechend auch bezüglich der Spitäler diffus.

Der Gesetzgeber wollte mit der freien Spitalwahl auch das Verhalten der Kantone beeinflussen. Die freie Spitalwahl soll vorab grössere, überkantonale Versorgungsregionen ermöglichen (s. 2.5.4.5). Dieses Ziel wird jedoch mit der gesetzlichen Pflicht der Kantone zur Koordination ihrer Spitalplanungen und zur gesamtschweizerischen Planung der hochspezialisierten Medizin direkter erreicht als mit der freien Spitalwahl (Art. 39 Abs. 2bis KVG).

Mit der freien Spitalwahl wollte der Gesetzgeber die Krankenversicherer nicht zu einem spezifischen Verhalten bewegen.

Es sind keine Annahmen des Gesetzgebers erkennbar, die er über einen kausalen Zusammenhang zwischen dem Verhalten der Akteure und dem zu erzielenden gesellschaftlichen Zustand getroffen hat (Kausalhypothese). Insbesondere kann nicht eruiert werden, ob sich die freie Spitalwahl auf die Kosteneindämmung oder auf den Leistungskatalog auswirken soll. Es kann immerhin festgestellt werden, dass ein Zusammenhang zwischen der Wahlmöglichkeit der Versicherten und dem intendierten Impact der Freizügigkeit der Versicherten besteht.

Der Gesetzgeber äussert sich auch nicht explizit zur Frage, wie sich die freie Spitalwahl zu den intendierten Impacts verhält (Handlungshypothese). Auch hier ist jedoch ein Zusammenhang erkennbar.

2.6.3.3 Leistungsfinanzierung

- ▶ **Interventionshypothese:** Mit der Leistungsfinanzierung will der Gesetzgeber vor allem das Verhalten der Spitäler beeinflussen. Sie sollen unternehmerisch agieren und unzweckmässige Strukturen sollen abgeschafft werden. Sie sollen vermehrt einem Wettbewerb ausgesetzt sein (s. 2.5.4.4). Mit der Leistungsfinanzierung sollen die nicht kostendämmenden Anreize der bestehenden Objektfinanzierung korrigiert werden (Bundesrat 2004: 5577). Der Gesetzgeber beruft sich dabei auf keine Quellen.
- ▶ **Kausal- und Handlungshypothese:** Bereits der Bundesrat war der Meinung, dass die Spitäler zur Kosteneindämmung beitragen, wenn sie aufgrund der Leistungsfinanzierung unternehmerisch geführt werden (s. 2.5.5). Weitere Relationen ergeben sich weniger aus den Aussagen der Gesetzgebungsakteure sondern aus erkennbaren Zusammenhängen. So wird mit der Leistungsfinanzierung das Wettbewerbselement gestärkt und führt zur intendierten Verlagerung von Planung zu Wettbewerb. Zudem wird die Gleichbehandlung der Listenspitäler erreicht.

2.6.3.4 Dual-fixe Finanzierung

- ▶ **Interventionshypothese:** Nach dem Willen des Bundesrates soll verhindert werden, dass eine kontinuierliche Verlagerung der Finanzlast auf die soziale Krankenversicherung stattfindet. Der steuerfinanzierte Anteil soll erhalten und eine Überwälzung auf die Kopfprämien mit den entsprechenden Umverteilungswirkungen soll vermieden werden (Bundesamt für Sozialversicherung 2001: 39). Der Gesetzgeber ist diesem Anliegen mit der dual-fixen Finanzierung gefolgt. Er nimmt damit vor allem die Kantone in die Pflicht.
- ▶ **Kausal- und Handlungshypothese:** Die Fixierung des steuerlichen Anteils von mindestens 55 Prozent an den Spitalkosten dient sozialpolitischen Zielen (Bundesrat 2004: 5564).
- ▶ **Rollenkonformität der Akteure:** Mit dem neuen Kostenverteilungsschlüssel übernehmen die Kantone eine ähnliche Rolle wie die Krankenversicherer: Sie zahlen retrospektiv einen definierten Anteil der Fallkosten einer stationären Behandlung. Obschon dieser Anteil 55 Prozent ausmacht, werden sie nicht zu einer Tarifpartei sondern bleiben Tarifgenehmigungs- und festsetzungsinstanz (Art. 46 Abs. 4 und 47 Abs. 1 KVG). Sie genehmigen somit Tarifverträge, die Tarife enthalten, die sie zu 55 Prozent zu vergüten haben. Eine derartige Rollenvermischung ist inkohärent.

2.6.3.5 Zusammenfassende Evaluation der inneren Kohärenz

Die KVG-Revision 2007 ist geprägt von der Leitidee, dass die Kosteneindämmung durch mehr Wettbewerbselemente erreicht werden soll; dazu dienen insbesondere die Instrumente der freien Spitalwahl und der Leistungsfinanzierung. Die beabsichtigte Wirkungskette vom Output über den Outcome zum Impact ist partiell erkennbar. Die regulativen Instrumente der

Planungspflicht der Kantone und der Spitalliste werden jedoch nicht angetastet und bleiben somit neben den wettbewerbsorientierten Instrumenten bestehen. Das Nebeneinander von regulierenden und wettbewerbsfördernden Normen prägt das Krankenversicherungsgesetz seit Anbeginn (s. 2.2.1.1). Mit der KVG-Revision 2007 fand eine Gewichtsverlagerung zu Gunsten der Wettbewerbselemente statt, ohne deren Verhältnis zu den regulativen Elementen zu klären. Insbesondere ist nicht klar, mit welcher Instrumentengattung welche Wirkung erzeugt wird, respektive werden soll. Unwidersprochen bleibt die Aussage des Bundesrates, wonach die fehlende Kostensteigerung im Bereich der stationären Spitalbehandlung auf die Anstrengungen der Kantone bei den Spitalplanungen zurückzuführen seien (Bundesrat 1998: 798). Wäre dem tatsächlich so, hätten mit der KVG-Revision 2007 die regulativen Instrumente verstärkt werden müssen oder es hätte aufgezeigt werden müssen, dass sie versagt haben; in letzterem Fall hätten sie dementsprechend revidiert werden müssen.

Ein explizites Wirkungsmodell der KVG-Revision 2007 ist nicht erkennbar – weder aus einer Gesamtschau noch auf der Ebene der einzelnen Instrumente. Es sind jedoch Ansätze vorhanden. So sind teilweise die Handlungshypothesen vorhanden, die von den Instrumenten auf die intendierten gesellschaftlichen Wirkungen schliessen: Mit der freien Spitalwahl soll die intendierte Freizügigkeit der Versicherten erreicht werden; die Leistungsfinanzierung soll kostendämpfend wirken; und die dual-fixe Finanzierung soll sozialpolitisch wirken. Die intendierten Impacts der Verlagerung von Planungs- zu Wettbewerbselementen und die Gleichbehandlung der Listenspitäler erscheinen kohärent.

2.6.4 Äussere Kohärenz

Wurde die innere Kohärenz intrasystemisch evaluiert, soll hier der Frage nachgegangen werden, inwiefern die KVG-Revision 2007 intersystemisch kohärent ausgefallen ist.

Wie bereits in Kap. 2.2.1.2 ausgeführt, übersteuert das Krankenversicherungsgesetz als Finanzierungsgesetz die Kompetenz der Kantone, die Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung sicherzustellen. Mit der KVG-Revision 2007 hat diese Übersteuerung zugenommen. Nebst der bereits bestehenden Planungspflicht werden die Kantone auch verpflichtet, mindestens 55 Prozent der Fallkosten zu übernehmen. Damit ist kein Widerspruch ausgemacht sondern es kann ein Kompetenzverlust der Kantone festgestellt werden.

Die KVG-Revision 2007 klammert die Vereinheitlichung der Steuerung der stationären und der ambulanten Behandlung aus. Insbesondere werden keine Steuerungsmechanismen zu Gunsten der kostengünstigeren Behandlung installiert und die bestehenden Fehlanreize bleiben bestehen. Auch hier liegt deswegen kein Widerspruch zu einer anderen Politik vor. Vielmehr wird das Verhältnis zwischen ambulanter und stationärer Behandlung politisch noch zu klären sein.

2.6.5 Zwischenfazit

Die prospektive Wirkungsanalyse fördert folgende Erkenntnisse zu Tage:

- ▶ Es besteht kein explizites, umfassendes Wirkungsmodell der KVG-Revision 2007.
- ▶ Die KVG-Revision 2007 enthält implizite und punktuelle Ansätze eines Wirkungsmodells. Am deutlichsten erscheint die Handlungshypothese (Output – Impact): Der Bundesgesetzgeber geht zum Beispiel davon aus, dass durch die Stärkung wettbewerbsfördernder Instrumente die Kosten eingedämmt werden können. Demgegenüber bleiben die Interventionshypothese (Output – Outcome) und die Kausalhypothese (Outcome – Impact) diffus.
- ▶ Einzelne Wirkungsketten sind erkennbar: Beispielsweise führt die freie Spitalwahl zu einer Wahlmöglichkeit der Versicherten und zur Freizügigkeit der Versicherten. Diese Wirkungskette wird jedoch nicht begründet. Auch finden sich keine Aussagen über das Ausmass der Freizügigkeit. Beispielsweise nimmt die dual-fixe Finanzierung die Krankenversicherer und die Kantone mit einem Finanzierungsschlüssel in die Pflicht und führt zur sozialpolitischen Wirkung der vorwiegend sozialen Finanzierung der stationären Gesundheitskosten.
- ▶ Die KVG-Revision 2007 referenziert kaum auf empirische Grundlagen. Dies lässt sich teilweise durch die langdauernde parlamentarische Entscheidungsphase erklären.
- ▶ Die regulativen Instrumente werden im Krankenversicherungsgesetz belassen und teilweise stärker normiert (z.B. die Versorgungsplanung [Art. 39 KVG]). Eine explizite Klärung zwischen den regulativen und den wettbewerbsorientierten Instrumenten findet nicht statt.
- ▶ Die KVG-Revision 2007 riskiert aufgrund des fehlenden expliziten Wirkungsmodells zu scheitern (Policy Failure).
- ▶ Die Tendenz, dass die Krankenversicherungsregeln die kantonale Autonomie in der Gesundheitsversorgung übersteuert, nimmt mit der KVG-Revision 2007 zu (z.B. durch den Verlust der Rolle der Kantone als Leistungseinkäufer mittels der dual-fixen Finanzierung).
- ▶ Die Rollen der Kantone als Finanzierer von mindestens 55 Prozent der Fallkosten und als Tarif- und Festsetzungsbehörden sind inkohärent.
- ▶ Die stationäre und die ambulante Behandlung erfolgen nach wie vor nach unterschiedlichen Finanzierungsmechanismen. Es besteht das Risiko, dass die Akteure deswegen Anreize erhalten, die nicht auf das Gesamtwohl ausgerichtet sind.

3 Auswirkungen des neuen Spitalfinanzierungssystems auf die kantonbernischen Steuerungsinstrumente

3.1 Einleitung

Im vorangehenden Kapitel wird das Wirkungsmodell der KVG-Revision 2007 prospektiv evaluiert. Diese Revision löst im Kanton Bern etwelchen Anpassungsbedarf aus. Wie in Kapitel 2.4.3.2 aufgezeigt, entspricht der Vollzug der KVG-Revision 2007 durch den Kanton Bern dem Outcome auf Bundesebene und dem Output auf Kantonsebene. Nachfolgend soll aufgezeigt werden, welche Auswirkungen der KVG-Revision 2007 der Kanton Bern zu vergegenwärtigen hat und welche „Output-Möglichkeiten“ ihm zur Verfügung stehen. Dies soll vor allem anhand der dem Kanton Bern zur Verfügung stehenden Steuerungsinstrumente aufgezeigt werden. Der Fokus liegt auf den Instrumenten in der Rechtsetzung. Instrumente der Rechtsanwendung wie die Verfügung einer Spitalliste und die Genehmigungs- und Festsetzungsverfügungen in Tarifsachen werden thematisiert, insoweit Rechtsetzungsfragen damit verbunden sind. Es findet jedoch z.B. keine Auseinandersetzung mit der Frage statt, wie eine neu zu verfügende Spitalliste ausgestaltet werden kann.

Dieses Kapitel wird mit einer kurzen Charakterisierung der Spitalversorgung im Kanton Bern eingeleitet; es werden insbesondere die Rollen des Kantons und seine Steuerungsinstrumente vorgestellt. Hinzu kommt die Skizzierung des geplanten Vorgehens in der Rechtsetzung. Danach stehen ausgewählte Steuerungsinstrumente im Zentrum. Nach deren Vorstellung wird analysiert, wie sich die KVG-Revision 2007 auf diese Instrumente auswirkt. Es folgen die Darstellung des rechtlichen Handlungsspielraums und die Überprüfung der Übereinstimmung mit dem Wirkungsmodell der KVG-Revision 2007. Das Kapitel wird mit einem Zwischenfazit abgeschlossen.

3.2 Der Instrumentenbegriff

Um gesellschaftliche Probleme zu lösen, verfügt der Staat über einen reichhaltigen Werkzeugkasten. Die sich in diesem Werkzeugkasten befindlichen Instrumente sind Massnahmen-typen oder Handlungsformen, deren sich der Staat zur Erreichung politischer Ziele bedient. Der Werkzeugkasten kann nach verschiedenen Kriterien geordnet werden. Es gibt in der rechts-, politik-, wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Literatur zahlreiche unterschiedliche Ansätze für Typologien der Instrumente. Diese Ansätze schliessen einander nicht aus, decken sich teilweise und haben gemeinsam, dass sie unvollständig sind (Mader: 2004: 51; s. auch Dose 2008: 241 ff., Braun/Giraud 2009: 159). Einen Überblick über mögliche Typologien findet sich bei Tschudi 2010: 37 ff.).

Nachfolgend wird von einem weitgefassten Instrumentenbegriff ausgegangen. Die Rechtsetzung selbst wird als Instrument betrachtet wie die einzelnen Massnahmen auch, die im Gesetz angelegt sind.

3.3 Die Spitalversorgung im Kanton Bern

Wie bereits in Kapitel 2.2.1.2 dargestellt, ist der Kanton Bern originär kompetent, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherzustellen (Art. 41 KV). Diese Kompetenz steht dem Bundesgesetzgeber nicht zu, da ihm die hierfür notwendige verfassungsmässige Grundlage fehlt (Art. 3 BV). Der Bund kann in diesem Bereich vor allem Regeln zur Krankenversicherung aufstellen (Art. 117 BV). Diese Regeln übersteuern die kantonalen Kompetenzen, da die Krankenversicherung die Kosten der stationären Behandlung ungefähr zur Hälfte finanziert. Dieser Übersteuerungsmechanismus kann anhand der Spitalliste exemplarisch dargestellt werden: Befindet sich ein Spital auf der kantonalen Spitalliste, kann es – sofern auch weitere Voraussetzungen erfüllt sind – seine Behandlungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen (Art. 39 KVG). Es handelt sich somit um eine rein krankenversicherungsrechtliche Bestimmung. Da die kantonale Spitalliste krankenversicherungsrechtlich auf einer kantonalen Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung basieren muss (Art. 39 KVG), sichern die Kantone planerisch ihren Bedarf an Spitalversorgungsleistungen aufgrund des Krankenversicherungsgesetzes und aufgrund ihrer eigenen Gesetzgebung. Mit der Planungspflicht greift der Bundesgesetzgeber somit relativ stark in die kantonalen Kompetenzen ein. Hinzu kommt, dass der Listenplatz für ein Spital von existenzieller Bedeutung ist, da fast jede stationäre Behandlung Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auslöst.

Der Kanton Bern nimmt seinen Gesundheitsversorgungsauftrag differenziert wahr. Ihm stehen dabei drei Gesetzgebungen zur Verfügung:

- ▶ Gesundheitsgesetzgebung: Sie regelt die ambulante Gesundheitsversorgung. Sie wird durch privatrechtlich agierende Gesundheitsfachpersonen ausgeübt. Der Kanton beschränkt sich vorwiegend auf gesundheitspolizeiliche Aufgaben (Art. 5 GesG).
- ▶ Spitalversorgungsgesetzgebung: Sie regelt die somatische und psychiatrische Akutversorgung und die geriatrische und rehabilitative Versorgung, die durch Spitäler erbracht werden, und das Rettungswesen (Art. 1 SpVG).
- ▶ Sozialhilfegesetzgebung: Sie regelt unter anderem die Angebote für Menschen mit einer Behinderung und die Angebote für pflege- und betreuungsbedürftige und ältere Menschen (Art. 67 ff. SHG).

Die Spitalversorgung kann anhand der diversen Rollen des Kantons Bern wie folgt charakterisiert werden:

Rollen	Ausprägungen
Regulator	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Der Kanton erlässt die notwendigen Bestimmungen (insbesondere in der Spitalversorgungsgesetzgebung). ▶ Er beaufsichtigt die Leistungserbringer (Spitäler, Rettungsdienste) aus gesundheitspolizeilicher Perspektive (Art. 70 ff. SpVG); insbesondere stellt er Betriebsbewilligungen aus (Art. 71 ff. SpVG) ▶ Er plant die Spitalversorgung und erlässt die Spitalliste (Art. 8 EG KUMV, Art. 4 ff. SpVG) ▶ Er genehmigt die Tarife oder setzt sie fest (Art. 12 EG KUMV)
Eigentümer	Die Regionalen Spitalzentren stellen die umfassende Grundversorgung in den Regionen sicher (Art. 10 SpVG). Sie werden als Aktiengesellschaften geführt und gehören mehrheitlich dem Kanton (Art. 36 ff. SpVG). Die kantonalen Institutionen der Psychiatrieversorgung und das psychiatrische Universitätsspital sind Teil der Kantonsverwaltung (Art. 41 SpVG).
Leistungsbesteller	Bis Ende 2011 bestellt der Kanton die Leistungen mittels Leistungsvertrag (Art. 16 ff. und Art. 59 ff. SpVG). Ab 2012 bestellt er vertraglich nur noch Rettungsleistungen, gemeinwirtschaftliche Leistungen (insbesondere Lehre, Forschung) und weitere Zusatzleistungen im kantonalen Interesse (z.B. Vorhalteleistungen in der Psychiatrie).
Leistungserbringer	Die kantonalen psychiatrischen Kliniken und das psychiatrische Universitätsspital gehören der kantonalen Verwaltung an (Art. 41 SpVG).
Finanzierer	Ab 2012 vergütet der Kanton den Spitälern 55 Prozent der Behandlungskosten (Art. 49a KVG). Er finanziert das Rettungswesen (Art. 62 ff. SpVG) und weitere Leistungen (Art. 32 SpVG).

Tabelle 3: Rollen des Kantons in der Spitalversorgung

Aus dieser Darstellung wird deutlich, dass der Kanton Bern in der Spitalversorgung den Schritt zum Gewährleistungsstaat vollzogen hat. Er tritt als Gewährleister respektive Sichersteller von Spitalleistungen auf. Gewisse Kernaufgaben wie Planung, Tarifgenehmigung und gesundheitspolizeiliche Aufsicht verbleiben beim Kanton. Die stationäre Versorgung wird von Akteuren mit unterschiedlichem Hintergrund erbracht: Verselbständigte Regionale Spitalzentren, Privatspitäler, Universitätsspitäler (Inselspital-Stiftung, Universitäre Psychiatrische Dienste als Teil der Kantonsverwaltung), kantonale Institutionen der Psychiatrieversorgung als Teil der Kantonsverwaltung), Rettungsdienste (als Teil der Verwaltung der Stadt Bern, als eigenständige Aktiengesellschaft, als Teil eines RSZ) (Reichard 2006: 57, Lienhard 2008: 44; Art. 35 ff. SpVG).

Damit hat sich der Kanton Bern in der Spitalversorgung eine Governance-Struktur gegeben. Der Staat, der Markt und soziale Netzwerke und Gemeinschaften gelten als institutionelle Regelungsmechanismen, die in variablen Kombinationen genutzt werden können. Dement-

sprechend können Elemente von Hierarchie, Wettbewerb und Verhandlungssysteme verbunden sein (Benz 2004: 20; Engi 2008: 72 ff.). Es bleibt darauf hinzuweisen, dass der Staat nicht gleichberechtigt neben den anderen Governance-Modi steht; er sichert schliesslich deren Funktionsfähigkeit (Dose 2008: 120) und verfügt über eine demokratische Legitimation, die den anderen Governance-Modi abgeht (Engi 2008: 78 ff.).

3.4 Das Vorgehen des Kantons Bern für die Anpassung seines Rechts an die KVG-Revision 2007

Im Dezember 2010 beauftragte der Regierungsrat die Gesundheits- und Fürsorgedirektion, das kantonale Recht schrittweise und damit in verschiedenen Paketen an die KVG-Revision 2007 anzupassen (dieser Regierungsratsbeschluss wurde nicht publiziert).

Grafisch kann dies wie folgt dargestellt werden (nach Gesundheits- und Fürsorgedirektion 2011c: 3):

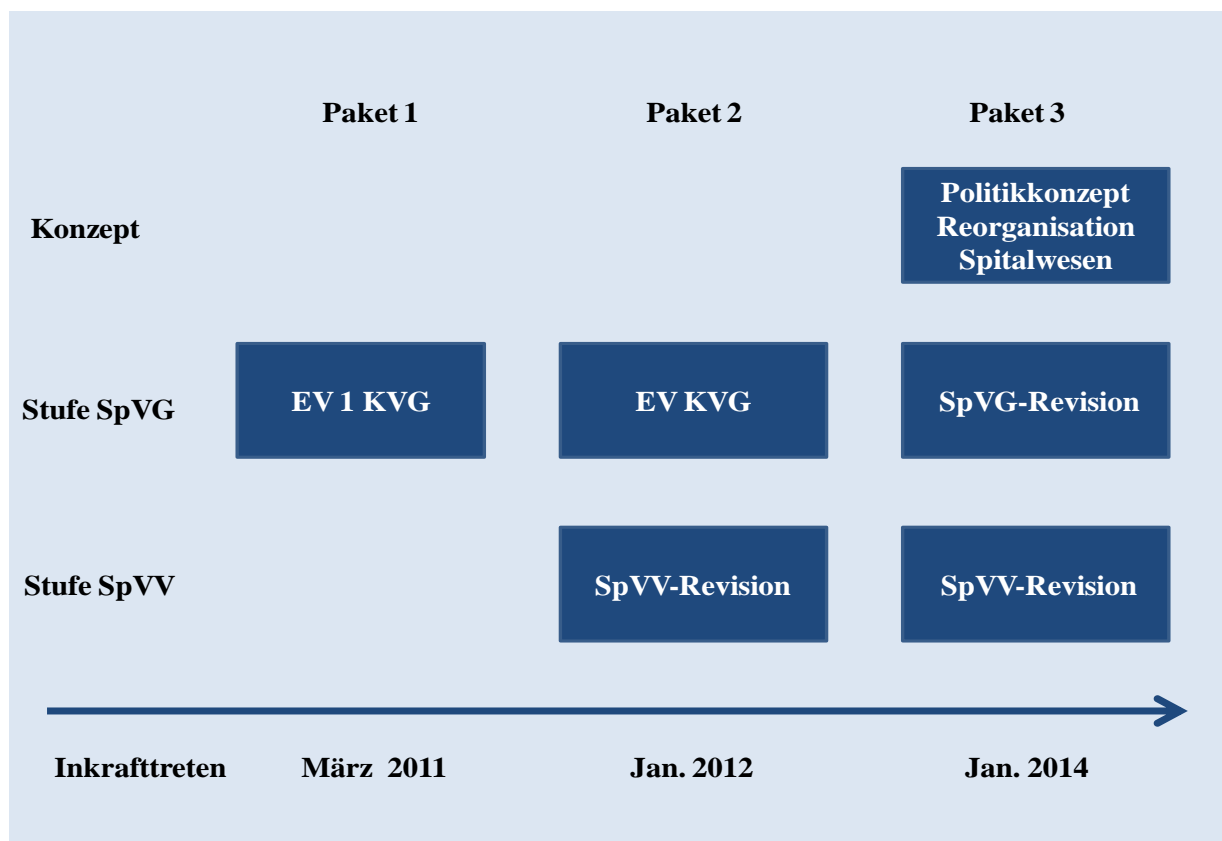


Abbildung 5: Vorgehensweise für die Anpassung kantonalen Rechts an die KVG-Revision 2007

Die Pakete 1 und 2 enthalten Dringlichkeitsrecht. In Fällen zeitlicher Dringlichkeit kann der Regierungsrat ordnungsweise Bestimmungen erlassen, die zur Einführung übergeordneten Rechts nötig sind (Art. 88 Abs. 3 KV); dringliche Einführungsbestimmungen sind ohne Ver-

zug durch ordentliches Recht abzulösen (Kälin/Bolz 1995: Note 10 zu Art. 88). Das Paket 1 bzw. die EV1 KVG verankert nur Bestimmungen, die zum Vollzug des Krankenversicherungsgesetzes bereits Ende März 2011 vorliegen müssen und damit dringlich sind (insb. die Festlegung des kantonalen Anteils an den Vergütungen). Der Regierungsrat erliess die EV1 KVG am 23. März 2011 – Ende März 2011 trat sie in Kraft (Art. 4 EV1 KVG). Das Paket 2 beziehungsweise die EV KVG enthält diejenigen Bestimmungen, die anfangs 2012 vorliegen müssen und somit auch dringlich sind. Die Bestimmungen in der EV1 KVG werden dabei in diese EV KVG integriert. Der Entwurf der EV KVG wurde von Mai bis Juni 2011 in die Konsultation gegeben und wurde im August 2011 einer grossrätlichen Kommission zur Stellungnahme unterbreitet. Der Regierungsrat erliess die EV KVG am 2. November 2011 und am 1. Januar 2012 tritt sie in Kraft (Regierungsrat 2011b; Art. 41 EV KVG). Die Bestimmungen der EV KVG werden in die ordentliche Revision des Spitalversorgungsgesetzes einfließen. Der oben erwähnte Regierungsratsbeschluss von 2010 sieht vor, dass das revidierte Spitalversorgungsgesetz anfangs 2014 in Kraft tritt.

3.5 Die kantonallybernischen Steuerungsinstrumente im Überblick

Wie bereits oben in Kap. 3.3 dargestellt, agiert der Kanton Bern in der Spitalversorgung in diversen Rollen. Dabei verfügt er über ein differenziertes Instrumentarium. Nachfolgend wird der Vollständigkeit und der Übersichtlichkeit halber das ganze Instrumentarium der Spitalversorgungsgesetzgebung aufgezeigt und Bereiche vorgestellt, die teilweise über den Perimeter dieser Masterarbeit hinausgehen (z.B. Rettungswesen). Es gilt zu beachten, dass die Instrumente unterschiedlichen Charakter aufweisen: In zeitlicher Hinsicht gibt es solche, die alt- oder neurechtlich orientiert sind (z.B. gehören Leistungsverträge als Hauptinstrument der Leistungsbestellung der Vergangenheit an). Es gibt Instrumente, die nebeneinander aufgelistet werden, die sich jedoch zum Teil überschneiden (z.B. stellen die Leistungsverträge ein Instrument für die Leistungsbestellung dar; die Menge kann in der Spitalliste gesteuert werden).

Bereiche	Rolle des Kantons	Steuerungsinstrumente
Spitalversorgung	Regulator	Aufsicht und Betriebsbewilligung
		Versorgungsplanung
		Spitalliste
		Mengensteuerung
		Festsetzung des Kantonsanteils
		Pflichten der Spitäler
		Genehmigung und Festsetzung von Tarifen
	Leistungsbesteller	Leistungsverträge
		Leistungsbestellung
	Finanzierer	Investitionssteuerung
Zusätzliche Beiträge		

Bereiche	Rolle des Kantons	Steuerungsinstrumente
	Eigentümer	Wahrung der Eigentümerrechte
Rettungswesen	Regulator	Aufsicht und Betriebsbewilligung
		Versorgungsplanung
	Leistungsbesteller	Leistungsverträge
		Leistungsbestellung
	Finanzierer	Investitionsbeiträge
Aus- und Weiterbildung Nicht universitäre Gesundheitsberufe	Regulator	Versorgungsplanung
		Aus- und Weiterbildungspflicht der Leistungserbringer
	Regulator/Finanzierer	Bonus-Malus-System
Universitäre Gesundheitsberufe	Regulator	Aus- und Weiterbildungspflicht
	Finanzierer	Abgeltung
Innovation	Finanzierer	Beiträge

Tabelle 4: Die kantonallybernischen Steuerungsinstrumente im Überblick

3.6 Auswirkungen auf ausgewählte Instrumente in der Rechtsetzung

3.6.1 Einleitung

Die KVG-Revision 2007 wirkt sich auf die bernische Rechtsetzung wie auf die Instrumente in der Rechtsanwendung aus. Nachfolgend wird das Schwergewicht auf die Instrumente in der Rechtsetzung gelegt.

Es werden diejenigen Instrumente vertieft, die erhöhten Klärungsbedarf und eine gewisse Bedeutung aufweisen. Dementsprechend werden nicht alle Instrumente gemäss obiger Abbildung in Kap. 3.5 abgehandelt. Es gilt jedoch zu beachten, dass gewisse Instrumente innerhalb der Abhandlung eines anderen Instrumentes dennoch thematisiert werden.

Die nachfolgenden Kapitel enthalten in aller Regel die folgenden Elemente: Situation bis Ende 2011, kantonaler Änderungsbedarf, bundesrechtliche Rahmenbedingungen, Verhältnis der möglichen kantonalen Änderungen zum Wirkungsmodell der KVG-Revision 2007.

3.6.2 Festsetzung des Kantonsanteils

Die Krankenversicherer und die Kantone haben ab 2012 die Kosten der stationären Behandlung zu übernehmen (dual-fixe Finanzierung). Der kantonale Anteil beträgt mindestens 55 Prozent (Art. 49a Abs. 2 KVG). Damit will der Bund sicherstellen, dass der steuerfinanzierte Anteil an den Kosten der stationären Behandlungen nicht weiter sinkt (s. 2.6.3.4). Ausnahmen gibt es nur für Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene im Einführungszeitpunkt

die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene unterschreitet: Sie dürfen ihren Vergütungsanteil zwischen 45 und 55 Prozent festlegen (Abs. 5 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 des KVG). Die Kantone haben jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den für alle Kantonseinwohnerinnen geltenden kantonalen Anteil festzusetzen (Art. 49a Abs. 2 KVG). Erstmals müssen die Kantone ihren Finanzierungsanteil auf 1. Januar 2012 festsetzen (Absatz 5 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 des KVG).

Der Kanton Bern setzte seinen Anteil bereits auf 55 Prozent fest (Art. 2 EV1 KVG). Da seine Durchschnittsprämien über dem schweizerischen Durchschnitt liegen, kam ein tieferer Prozentsatz nicht in Frage. Ein höherer Prozentsatz kam für den Regierungsrat ebenfalls nicht in Frage, da die KVG-Revision 2007 den Kanton Bern um circa 260 Mio. Franken mehr belastet (Gesundheits- und Fürsorgedirektion 2011a: 7 und 9). Die Festsetzung des kantonalen Anteils erfolgte mittels Dringlichkeitsrecht (Art. 88 Abs. 3 KV); sie wird im Rahmen der ordentlichen Revision des Spitalversorgungsgesetzes in ordentliches Recht überführt werden müssen.

Mit der Festlegung des kantonallybernischen Anteils auf 55 Prozent wird der Kanton Bern dem Wirkungsmodell des Bundes bezüglich der dual-fixen Finanzierung gerecht.

3.6.3 Mengensteuerung

3.6.3.1 Bisheriges System und Auswirkungen der KVG-Revision 2007

Vor der KVG-Revision 2007 mussten die Kantone den Spitälern auf der Spitalliste bestimmte Kapazitäten zuweisen. Gemäss der früheren Rechtsprechung des Bundesrates erfolgte diese Zuweisung mittels Festlegung von Bettenzahlen. Im Interesse der Kosteneindämmung sollen damit Überkapazitäten abgebaut respektive verhindert werden (Rütsche 2011: 19 f., mit zahlreichen Hinweisen).

Die Spitalliste von 2005 enthält keine Kapazitätsbegrenzungen und ist rechtskräftig. Der Regierungsrat des Kantons Bern erliess die Spitalliste 2007, die die Spitalliste 2005 ablösen sollte, ohne Kapazitätsbegrenzungen. Der Bundesrat hob diese mit Entscheid vom 25. Februar 2009 auf, da Kapazitätsgrenzen fehlten (Bundesrat 2009: 7). Am 16. Dezember 2009 erliess der Regierungsrat des Kantons Bern die Spitalliste 2010; sie enthält Kapazitätsbegrenzungen (Regierungsrat 2009: 1 ff.). Auch diese Spitalliste wurde angefochten; das Beschwerdeverfahren vor Bundesverwaltungsgericht ist hängig (mit der KVG-Revision 2007 wurde der Bundesrat durch das Bundesverwaltungsgericht als Beschwerdeinstanz abgelöst [Art. 53 Abs. 1 KVG]).

Mit der KVG-Revision 2007 wird nicht explizit geregelt, ob die Kantone die Menge an Spitalleistungen steuern müssen oder dürfen. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion beauftragte deshalb Prof. Bernhard Rütsche, diese Frage gutachterlich zu klären. Er gelangt mittels juristischer Auslegung der KVG-Revision 2007 zu folgenden Schlüssen: Das KVG-Planungsziel

der Kosteneindämmung bedinge eine Mengensteuerung. Aber mit der KVG-Revision 2007 sei der Wettbewerb im Spitalbereich gestärkt worden. Das stationäre Angebot werde nicht mehr ausschliesslich durch die kantonale Spitalplanung, sondern in substantieller Weise zusätzlich durch die Krankenversicherer und die Patienten gesteuert. Mit der Ermöglichung von Vertragsspitalern (Art. 49a Abs. 4 KVG) werde der Wettbewerb zwischen den Spitälern gefördert. Zudem spreche das System der freien Spitalwahl, das den interkantonalen Wettbewerb zwischen den Listenspitalern fördere, gegen eine Pflicht zur Mengensteuerung. Die Kantone seien demnach zur Mengensteuerung im Spitalbereich berechtigt, aber nicht verpflichtet (Rütsche 2011: 47 ff.). Dieses Auslegungsergebnis deckt sich mit Elementen des Wirkungsmodell, wie sie in Kapitel 2.5. ausgearbeitet worden sind: Die Steuerungskompetenz der Kantone wird zu Gunsten derjenigen der Versicherten / Patienten, der Krankenversicherer und der Spitäler geschmälert; das Ziel der Kosteneindämmung soll vermehrt mit wettbewerblichen Elementen erreicht werden.

Wenn man dem Auslegungsergebnis von Rütsche folgt, ist der Kanton Bern aufgrund der Krankenversicherungsgesetzgebung zur Mengensteuerung nicht (mehr) verpflichtet. Vorbehalten bleibt ein anderslautendes Urteil des Bundesverwaltungsgerichts. Es ist dem Kanton Bern jedoch unbenommen, eine eigene gesetzliche Grundlage für eine Mengensteuerung zu schaffen.

3.6.3.2 Übereinstimmung mit dem Wirkungsmodell der KVG-Revision 2007

Führt der Kanton Bern die Mengensteuerung ein, stellt sich die Frage, ob sie dem Wirkungsmodell der KVG-Revision 2007 zuwiderläuft. Ziel und Impact sind für Bund und Kanton Bern identisch (und damit die Handlungshypothese [s. Kap. 2.4.3.1]): Beide wollen die Kosten der Spitalbehandlungen eindämmen. Unterschiede sind jedoch beim Output wie beim Outcome erkennbar (und damit bei der Interventions- und der Kausalhypothese [s. Kap. 2.4.3.1]): Der Bund will Ziel und Impact mit der wettbewerblich orientierten Stärkung der Versicherten und der unternehmerischen Verantwortung der Spitäler erreichen. Insbesondere will er die Effizienz der Spitäler erhöhen. Demgegenüber würde eine kantonale Mengensteuerung die unternehmerischen Freiheiten der Spitäler einschränken. Patientinnen könnten nur im Rahmen des durch den Kanton festgelegten Kontingents behandelt werden. Behandlungen über dieses Kontingent hinaus wären mit Sanktionen behaftet.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Kanton Bern eine Mengensteuerung einführen kann; sie steht nicht in rechtlichem Widerspruch zur KVG-Revision 2007. Sie geht jedoch von einem anderen Wirkungsmodell aus als die KVG-Revision 2007.

3.6.3.3 Mögliches Instrumentarium des Kantons

Will der Kanton Bern eine Mengensteuerung einführen, stellt sich die Frage nach seinem Instrumentarium.

- ▶ Er könnte die Höchstfallzahlen auf der Spitalliste festlegen. Dabei müsste er berücksichtigen, dass die Behandlung ausserkantonaler Patienten aufgrund der freien Spitalwahl von

der Mengenbegrenzung auszunehmen wäre. Medizinisch gerechtfertigte Mengenausweitungen wären ebenfalls von der Mengenbegrenzung auszunehmen. Schliesslich müsste auch die Aufnahmepflicht der Spitäler berücksichtigt werden (Art. 41a KVG; Rütsche 2011: 71 f.). Die Mengensteuerung dürfte im akutsomatischen Bereich nur über Leistungsmengen und nicht über Kapazitäten erfolgen. Für die Durchsetzung einer solchen Mengensteuerung ist folgendes zu erwägen: Es kann rechtlich nicht eindeutig gesagt werden, ob Kanton und Versicherer stationäre Leistungen zu vergüten haben, welche in Überschreitung der Höchstwerte erbracht worden sind. Planerische Sanktionen (z.B. Streichen von der Spitalliste) können nicht lückenlos umgesetzt werden, könnten die Versorgungssicherheit gefährden und könnten mit der Rechtsgleichheit in Konflikt geraten. Die Festlegung degressiver Tarife im Rahmen der Spitalplanung respektive der Spitalliste würde dem Krankenversicherungsgesetz widersprechen. Eine Abschöpfung planwidrig erlangter Erträge würde ebenfalls dem Krankenversicherungsgesetz widersprechen. Einzig eine Lenkungsabgabe wäre mit dem Krankenversicherungsgesetz vereinbar, wenn sie auf der Grundlage planwidrig erlangter Erträge bemessen wird (Rütsche 2011: 71 ff.).

- ▶ Er könnte degressive Tarife durchsetzen. Die Kantone können nicht Tarifverhandlungsparteien sein – obschon sie mindestens 55 Prozent der Fallkosten vergüten müssen. Sie sind Tarifgenehmigungs- oder festsetzungsbehörden (Art. 46 Abs. 4 und Art. 47 Abs. 1 KVG). Da den Tarifverhandlungsparteien (Krankenversicherer und Spitäler) Tarifautonomie zukommt, können Kantonsregierungen einem Tarifvertrag nicht die Genehmigung verweigern, weil er keinen degressiven Tarif enthält (Rütsche 2011: 93). Anders verhält es sich, wenn die Kantonsregierung einen Tarif festsetzen muss: Kraft ihres Ermessensspielraums steht es ihr frei, einen degressiven Tarif festzulegen (Rütsche: 2011: 93).

3.6.4 Leistungsbestellung

Bis Ende 2011 bestellt der Kanton Bern die Spitalleistungen mittels Leistungsverträgen bei den Spitälern (Art. 16 ff., Art. 29 SpVG). Er finanziert damit vorwiegend Betriebskosten (Art. 29 SpVG); Investitionskosten werden durch separate Investitionsbeiträge des Kantons abgegolten (Art. 31 SpVG). Die Beiträge werden in Form von leistungsbezogenen Fallpauschalen ausgerichtet (Art. 30 SpVG; Art. 33 ff. SpVV). Mit diesem Fallpauschalensystem, das auf dem Spitalversorgungsgesetz von 2005 beruht, nimmt der Kanton Bern schweizweit eine Vorreiterstellung ein und ebnet den Weg für die eidgenössische Einführung eines Fallpauschalensystems. Nebst den kantonalen Beiträgen erhalten die Spitäler für die Finanzierung ihrer Betriebskosten tarifierte Beiträge der Krankenversicherer (Art. 43 ff. KVG).

Dieses Regime lässt sich mit der neuen Spitalfinanzierung ab 2012 nicht mehr aufrechterhalten. Auch wenn die kantonallybernische Spitalversorgungsgesetzgebung das Fallpauschalensystem bereits kennt und damit das neue Finanzierungssystem des Krankenversicherungsgesetzes vorweggenommen hat, verändert sich mit der KVG-Revision 2007 die Rolle des Kantons: Er mutiert vom Leistungsbesteller zum Mitfinanzierer. Da er verpflichtet wird, mindestens 55 Prozent der Fallpauschalen zu vergüten (Art. 49a Abs. 2 KVG), nimmt er eine ähnliche Rolle

wie die Krankenversicherer ein: Er zahlt dem Spital retrospektiv seinen Anteil an den Fallkosten. Eine Leistungsbestellung im Voraus erübrigt sich in diesem System. Leistungsverträge machen nur noch für Zusatzleistungen Sinn. Theoretisch könnte der Kanton weiterhin Leistungsverträge mit den Listenspitälern abschliessen. Es würde jedoch keine Hauptleistungen der Vertragsparteien vereinbart, da diese durch die Krankenversicherungsgesetzgebung vorgegeben sind; somit würden höchstens Nebenleistungen wie z.B. Modalitäten der Leistungserfüllung vereinbart. Die vertragliche Regelung von Modalitäten ist bereits im Krankenversicherungsgesetz angelegt (Art. 49a Abs. 3 KVG). Es ist davon auszugehen, dass das Interesse der Listenspitäler an derartigen Leistungsverträgen relativ gering ist. Aufgrund des Vertragscharakters ist kantonaler Zwang zur Vertragsunterzeichnung ausgeschlossen.

Diese Entwicklung ist Folge des oben skizzierten Wirkungsmodells der KVG-Revision 2007 (s. Kap. 2.5) und ergibt sich auch aus der Auslegung dieser Revision durch Rütscbe (s. Kap. 3.6.3). Die Kantone haben zu Gunsten der anderen Akteure an Einfluss verloren. Mit dem Bedeutungsverlust der Leistungsverträge verliert der Kanton Bern eines seiner Hauptsteuerinstrumente.

3.6.5 Investitionssteuerung

3.6.5.1 Bisheriges System und Auswirkungen der KVG-Revision 2007

Bis Ende 2011 werden die Investitionen der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler durch den Kanton gesteuert. Privatspitäler finanzieren ihre Betriebs- wie ihre Investitionskosten aus den Tarifeinnahmen der Krankenversicherer. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion führt eine Investitionsfinanzplanung für die Investitionsvorhaben der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler (Art. 50 SpVV). Investitionen dieser Spitäler gilt der Kanton leistungsbezogen und projektbezogen ab. Mit der leistungsbezogenen Investitionsabgeltung finanzieren die Regionalen Spitalzentren Investitionen mit Kosten von weniger als 500'000 Franken, das Inselspital finanziert Investitionen mit Kosten von weniger als zwei Millionen Franken (Art. 44 SpVV). Projektbezogene Investitionsvorhaben der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler werden durch den Kanton finanziert, wenn das Investitionsvorhaben der Versorgungsplanung und der Investitionsfinanzplanung der Gesundheits- und Fürsorgedirektion entspricht und der Kanton über hinreichende finanzielle Mittel verfügt (Art. 52 SpVV). Damit der Kanton die projektbezogene Investitionsabgeltung leisten kann, besteht ein Fonds für Spitalinvestitionen (Art. 34 SpVG; Art. 48 SpVV).

Diese Art der Investitionsfinanzierung kann aufgrund der KVG-Revision 2007 ab 2012 nicht mehr weitergeführt werden. Die leistungsbezogene Fallpauschale enthält auch einen Anteil an den Investitionskosten. Diese Neuregelung kann aus der Revisionsvorlage nicht direkt herausgelesen werden; vielmehr ergibt sie sich aus der Streichung des expliziten Ausschlusses der Investitionskosten als anrechenbare Kosten für die Tarifberechnung in Art. 49 Abs. 1 KVG (s. Art. 49 Abs. 1 aKVG, online: <http://www.lexfind.ch/dtah/50577/2/>). Zudem beschränkt sich die Vergütung der Kantone nicht mehr nur auf die öffentlichen und öffentlich

subventionierten Spitäler sondern bezieht sich auf alle Listenspitäler (Art. 49 f. und Art. 39 Abs. 1 KVG); somit finanzieren die Kantone neu auch die Investitionskosten von Privatspitälern mit, die sich auf der Spitalliste befinden. Indem der Investitionskostenanteil den Listenspitälern durch die Vergütung mittels Fallpauschalen direkt zufliest, gibt es grundsätzlich keinen Bedarf an separaten kantonalen Subventionen für Investitionskosten mehr. Der Kanton Bern verliert damit ein wichtiges Steuerungsinstrument. Die Listenspitäler verfügen grundsätzlich autonom über diese Fallkostenanteile. Das Krankenversicherungsgesetz schreibt nicht vor, dass die Spitäler die Investitionskostenanteile zweckgebunden verwenden müssen.

3.6.5.2 Mögliches Instrumentarium des Kantons

Im Rahmen des Dringlichkeitsrechts beschloss der Regierungsrat am 2. November 2011 folgendes: Die Listenspitäler führen ein Lebenszyklusmanagement über ihre Infrastruktur. Sie informieren das Spitalamt über den Zustand und die Refinanzierbarkeit ihrer Infrastruktur. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion bringt diese Daten dem Regierungsrat zur Kenntnis und die Gesundheits- und Fürsorgedirektion kann die Daten in einem allgemein zugänglichen Medium veröffentlichen (Art. 11 EV KVG). Diese Normen werden begründet mit der zweckmässigen Verwendung des vom Kanton über den Tarif mitfinanzierten Investitionskostenanteils, mit der Aufrechterhaltung der zur Versorgung notwendigen Infrastruktur, der nachhaltigen Erfüllung der via Spitalliste erteilten Leistungsaufträge, der gleich langen Spiesse für alle Spitäler, die öffentliche Gelder erhalten, und mit der Gewährleistung der Refinanzierbarkeit der Infrastruktur (Gesundheits- und Fürsorgedirektion 2011c: 17 f.). Diese Regelungen sind mit dem Wirkungsmodell der KVG-Revision 2007 vereinbar, da sie den Spitälern ihre unternehmerische Freiheit lassen. Die kantonale Steuerung ist sehr zurückhaltend, da sie keine staatlichen Sanktionen vorsieht sondern vielmehr über die Publizität der Infrastrukturdaten der Spitäler deren Verhalten zu beeinflussen versucht. Die Patientinnen und die zuweisenden Ärzte können den Zustand der Infrastrukturen der Spitäler erkennen und verfügen somit über eine gewisse Wahlfreiheit. Damit trägt der Kanton Bern zu Rahmenbedingungen bei, die einen Wettbewerb ermöglichen.

Im Hinblick auf die ordentliche Revision des Spitalversorgungsgesetzes sind auch regulative Instrumente denkbar: Bewilligungen, Gewährung von Subventionen, Einflussnahme auf fuhrungsverantwortliche Spitalleitungsgremien und die Kantonalisierung der Infrastruktur der Regionalen Spitalzentren. Sie dürfen jedoch dem Krankenversicherungsgesetz nicht zuwiderlaufen. Aus KVG-Perspektive ist folgendes zu beachten:

- ▶ Anforderungen an die Infrastruktur: Die Kantone können Anforderungen stellen, soweit sie gesundheitspolizeilich motiviert sind (Art. 39 Abs. 1 Bst. a-c KVG; Rütsche 2011: 76).
- ▶ Verpflichtung zur Einhaltung von spitalbergreifenden Gebäude- und Gerateplanungen: Solche Verpflichtungen kollidieren mit der Pflicht der Kantone zu einer leistungsorientierten Planung (Art. 58c Bst. a KVV). Die Planung von Infrastrukturen obliegt den Spitälern. Denkbar ist jedoch, dass ein Spital mangels Wirtschaftlichkeit keinen Listenplatz erhält respektive von der Liste gestrichen wird, weil beispielsweise Synergien ungenügend genutzt werden (Art. 58b Abs. 5 Bst. c KVV; Rütsche 2011: 76 f.).

- ▶ Zweckkonforme Verwendung des Investitionskostenanteils durch die Spitäler: Diese Pflicht würde der Pflicht der Kantone zu einer leistungsorientierten Planung widersprechen (Art. 58c Bst. a KVV). Ungenügende Qualität und Wirtschaftlichkeit eines Spitals können jedoch dazu führen, dass ein Spital keinen Listenplatz erhält respektive von der Liste gestrichen wird (Rütsche 2011: 77).

3.6.5.3 Übereinstimmung mit dem Wirkungsmodell der KVG-Revision 2007

Diese Entwicklung stimmt mit dem oben beschriebenen Wirkungsmodell des Bundes überein (s. Kap. 2.5). Der Bundesgesetzgeber wollte die Listenspitäler durch vermehrten Wettbewerb in ihrem unternehmerischen Handeln stärken. Dazu gehört auch die unternehmerische Freiheit, Investitionen zu tätigen. Damit hat er in Kauf genommen, die Steuerungsmöglichkeiten der Kantone einzuschränken. Dies tat er mit dem Ziel, die Kosten einzudämmen. Nebst diesem legitimen öffentlichen Interesse bestehen jedoch für den Kanton Bern weitere öffentliche Interessen, die er im Zusammenhang mit Spitalinvestitionen zu wahren hat: Die Sicherstellung der Versorgung mit Spitalleistungen, die Steuerung des Versorgungsangebotes und der Kapazitäten, der sorgfältige Umgang mit Steuergeldern, der Investitionsschutz, die Nachhaltigkeit von Spitalbauten und die Sicherung von Arbeitsplätzen.

3.6.6 Pflichten der Spitäler

3.6.6.1 Bisheriges System und Auswirkungen der KVG-Revision 2007

Bis Ende 2011 sind die Pflichten der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler an die Leistungsverträge gekoppelt – sei es als Voraussetzungen für den Abschluss eines Leistungsvertrages oder sei es als gesetzlich vorgesehene Vertragspflichten. Vorausgesetzt werden insbesondere die Bereitstellung einer angemessenen Zahl von Ausbildungsplätzen und Weiterbildungsstellen, Arbeitsbedingungen, die einem Gesamtarbeitsvertrag entspringen oder einem solchen entsprechen, und das Vorliegen einer Spitalseelsorge und eines spitalinternen Sozialdienstes (Art. 18 ff. SpVG). Diese und weitere Pflichten werden in den Leistungsverträgen nebst der Hauptleistung der Spitäler als Vertragspflichten festgeschrieben (Art. 17 und Art. 21 f. SpVG; Art. 23 ff. SpVV).

Wie bereits oben in Kap. 3.6.4 ausgeführt, verlieren die Leistungsverträge ab 2012 ihre Bedeutung als Hauptsteuerungsinstrument des Kantons. Will man die bestehenden Pflichten der Spitäler ab 2012 weiterführen, bedarf es deshalb einer Neudefinition der verpflichteten Spitäler und eines modifizierten Instrumentariums. Vorab ist zu unterscheiden, welche Pflichten alle Spitäler treffen und welche sich auf die Listenspitäler beschränken.

3.6.6.2 Möglicher Pflichtenkatalog des Kantons

Pflichten, die allen Spitalern obliegen, sind:

- ▶ Betriebsbewilligungspflicht: Gesundheitspolizeilich hat ein Spital zu gewährleisten, dass die ärztliche Betreuung ausreichend ist, dass es über das erforderliche Fachpersonal ver-

fügt, dass es über die zweckentsprechenden medizinischen Einrichtungen verfügt und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten kann (Art. 39 Abs. 1 Bst. a-c KVG). Diese Voraussetzungen erfüllt ein Spital, indem es über eine kantonale Betriebsbewilligung verfügt (Art. 71 SpVG). Sind diese Voraussetzungen erfüllt, kann das Spital tätig werden.

- ▶ Weitere Pflichten: Im Vordergrund stehen Datenlieferungspflichten gegenüber dem Bund und den Kantonen (Art. 13 EV KVG) und die Pflicht, sich an der praktischen Aus- und Weiterbildung der nicht-universitären Gesundheitsberufe zu beteiligen (Art. 15 EV KVG). Deren Nicht-Einhaltung würde finanziell sanktioniert.

Die bis Ende 2011 geltenden Pflichten der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler sollen ab 2012 für Listenspitäler gelten. Dadurch sollen gleich lange Spiesse für alle Listenspitäler geschaffen werden (Gesundheits- und Fürsorgedirektion 2011c: 1). Es stehen Voraussetzungen für die Aufnahme auf der Spitalliste und zwei verschiedene Arten von Pflichten zur Diskussion.

- ▶ Voraussetzungen für die Aufnahme auf die Spitalliste: Es sind Zustände und Eigenschaften zu erfüllen, um auf die Spitalliste aufgenommen werden zu können. Somit handelt es sich um die Prüfung der Bereitschaft und Fähigkeit des Spitals zur Erfüllung des Leistungsauftrages (Art. 58b Abs. 4 Bst. c KVV). Mit dem Listenplatz kann das Spital zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein. Erfüllt es die Voraussetzungen nicht, gelangt es nicht auf die Spitalliste; es handelt sich nicht um eine Pflicht und deren Nichtbefolgung wird auch nicht sanktioniert. Die Krankenversicherungsgesetzgebung sieht gesundheitspolizeiliche und sozialversicherungsrechtliche Voraussetzungen vor.
 - Gesundheitspolizeilich sind die obigen Voraussetzungen für den Erhalt einer Betriebsbewilligung zu erfüllen (Art. 39 Abs. 1 Bst. a-c KVG).
 - Sozialversicherungsrechtlich wird vorausgesetzt: Bedarfsnotwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, Zugang der Patientinnen zur Behandlung innert nützlicher Frist und die Bereitschaft und die Fähigkeit des Spitals zur Erfüllung des Leistungsauftrages (Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG; Art. 58b Abs. 4 KVV). Der Bund normiert damit die Voraussetzungen für die Zulassung der Spitäler zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessend. Die Kantone sind nicht befugt, weitere Voraussetzungen festzulegen. Da die KVG-Voraussetzungen offen formuliert worden sind, verfügen die Kantone jedoch über einen relativ grossen Gestaltungsspielraum in der Umsetzung (Rütsche 2011: 73 f.). Dementsprechend enthält Art. 3 EV KVG Voraussetzungen für die Spitäler, die die KVG-Voraussetzungen „Wirtschaftlichkeit“ und „Qualität“ konkretisieren (Sozialberatung, Patientenmanagement, Seelsorge).
- ▶ Listenspezifische Pflichten: Befindet sich ein Spital auf der Spitalliste, hat es die oben beschriebenen Voraussetzungen für den Erhalt eines Listenplatzes weiterhin zu erfüllen. Tut es dies nicht mehr im geforderten Mass, kann es von der Spitalliste gestrichen werden. Zudem stehen insbesondere weitere Pflichten an: Aufnahme-, Behandlungs- und Nothilfepflicht (die Aufnahmepflicht ist bereits in Art. 41a KVG statuiert), Pflicht zur Einhaltung eines Rechnungslegungsstandards und Führen einer Kostenrechnung. Auch diese

Pflichten lassen sich unter die Voraussetzungen der Qualität und der Wirtschaftlichkeit subsumieren. Werden diese Pflichten nicht eingehalten, droht der Verlust des Listenplatzes.

- ▶ **Folgepflichten:** Sie sind durch Listenspitäler einzuhalten, verfügen jedoch über keinen direkten Konnex zum Zweck der Spitalliste. Sie dienen anderen öffentlichen Interessen als den Zugang zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu ermöglichen. So soll die Pflicht betreffend Gesamtarbeitsvertrag dem Arbeitnehmendenschutz dienen (Art. 6 EV KVG). Die Nicht-Einhaltung wird finanziell sanktioniert werden. Eine Sanktionierung durch den Verlust des Listenplatzes geht nicht an, da die Voraussetzungen für den Listenplatz nicht tangiert sind.

Die diversen Pflichten können tabellarisch wie folgt dargestellt werden:

Voraussetzungen/Pflichten	Konkrete Pflichten	Rechtsfolgen bei Nichteinhaltung
Alle Spitäler		
Betriebsbewilligungspflicht	Ausreichende ärztliche Betreuung, erforderliches Fachpersonal, medizinische Einrichtungen, pharmazeutische Versorgung	Administrative Massnahmen: Nichterhalt oder Entzug der Betriebsbewilligung, Verlust des Listenplatzes. Ev. Auflagen, Bedingungen. Disziplinarische Massnahmen: Busse
Weitere Pflichten	Datenlieferungspflicht	Geldzahlung
	Pflicht zur Beteiligung an der praktischen Aus- und Weiterbildung der nicht-universitären Gesundheitsberufe	Ausgleichszahlungen im Rahmen eines Bonus-Malus-Systems
Listenspitäler		
Voraussetzungen für Spitalliste	Bedarf, Wirtschaftlichkeit, Qualität, Zugänglichkeit	Kein Listenplatz. Ev. Auflagen, Bedingungen
Listenspezifische Pflichten	Bedarf, Wirtschaftlichkeit, Qualität, Zugänglichkeit	Verlust des Listenplatzes. Ev. Auflagen, Bedingungen
	Aufnahme-, Behandlungs- und Nothilfepflicht	Do.
	Pflicht zur Führung einer Sozialberatung und eines Patientenmanagements	Do.
	Pflicht zur Sicherstellung der Seelsorge	Do.
	Pflicht zur Einhaltung eines Rechnungslegungsstandards	Do.

Voraussetzungen/Pflichten	Konkrete Pflichten	Rechtsfolgen bei Nichteinhaltung
	Pflicht zur Führung eines Kostenrechnungsmodells	Do.
	Pflicht zur Führung eines Lebenszyklusmanagements	Do.
Folgepflichten	Pflicht, sich einem GAV zu unterziehen	Finanzielle Sanktion
	Pflicht, die Vergütungen des Spitalkaders offenzulegen	Do.
	Pflicht, die privatärztliche Tätigkeit zu regeln	Do.

Tabelle 5: Überblick über die Pflichten der Spitäler

3.6.6.3 Übereinstimmung mit dem Wirkungsmodell der KVG-Revision 2007

Es ist zu klären, inwiefern diese Voraussetzungen und Pflichten mit dem Wirkungsmodell der KVG-Revision 2007 in Einklang stehen.

- ▶ Voraussetzungen für die Spitalliste: Der Bundesgesetzgeber hat im Rahmen dieser Revision die Planungskriterien der Qualität und der Wirtschaftlichkeit eingeführt (Art. 39 Abs. 2ter KVG). Sie basieren auf einem Antrag von Nationalrat Felix Gutzwiler. Damit sollen die zentralen Kriterien der Systemsteuerung auch als Planungskriterien deutlich gemacht werden. Zudem soll ein minimaler Standard der Planung eingehalten werden (NR Felix Gutzwiler in AB 2007 N 434). Nationalrat Toni Bortoluzzi konnte sich mit seinen kategorischen Einwänden gegen die „Planungswut“ des Staates nicht durchsetzen (NR Toni Bortoluzzi in AB 2007 N 434). Mit dieser neuen Bestimmung nimmt der Bund die Kantone in ihrer Rolle als Planer stärker in die Pflicht und auferlegt ihnen einen Mindeststandard für ihre Planungen. Die für den Wettbewerb zentralen Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit sollen auch im planerischen und damit regulativen Bereich angewandt werden. Hier kommt wiederum das bereits in Kap. 2.2.1.1 erwähnte typische Nebeneinander von wettbewerblichen und regulativen Elementen im Krankenversicherungsgesetz zum Ausdruck. Die Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität wurden durch den Bundesrat insbesondere mit dem Kriterium der Zugänglichkeit der Spitalbehandlungen ergänzt (Art. 58b Abs. 4 Bst. b KVV). Diese Planungskriterien richten sich an die Kantone, welche für die Spitalplanungen verantwortlich sind. Sie stellen jedoch implizit auch Voraussetzungen für die Spitallisten dar. Da diese Voraussetzungen für alle Listenspitäler gleichermassen gelten, stehen sie nicht in Widerspruch zum Wirkungsmodell der KVG-Revision 2007.
- ▶ Listenspezifische Pflichten: Diese Pflichten erklären sich wie die Voraussetzungen mit den Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit und die Qualität. Auch sie gelten für alle Listenspitäler. Sie führen somit nicht zu Wettbewerbsverzerrungen. Und auch sie stehen

für das Nebeneinander von wettbewerblichen und regulativen Elementen. Ein Widerspruch zum Wirkungsmodell der KVG-Revision 2007 ist nicht auszumachen.

- ▶ Folgepflichten: Diese Pflichten dienen öffentlichen Interessen, die sich nicht mit dem Zugang zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung erklären lassen. Da sie für alle Listenspitäler gelten, stehen auch diese Pflichten nicht in Widerspruch zum Wirkungsmodell der KVG-Revision 2007.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der Kanton Bern die Möglichkeit hat, solche Pflichten in modifizierter Weise fortzuführen respektive neu einzuführen.

3.6.7 Zusätzliche Beiträge an die Spitäler

3.6.7.1 Bisheriges System und Neuerungen der KVG-Revision 2007

Bis Ende 2011 leistet der Kanton seine Beiträge an die Behandlungen der Patienten in den öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler mittels leistungsbezogener Pauschalen (Art. 30 SpVG). Ab 2012 wird er seine Beiträge im Rahmen der dual-fixen Finanzierung ebenfalls als Anteil der Fallpauschalen leisten (s. Kap. 2.5.3.2 f.). Damit sind die Hauptleistungen der Spitäler finanziert (wobei zu beachten ist, dass nicht dieselben Spitäler betroffen sind und die Fallpauschalen unterschiedlich zusammengesetzt sind). Nebst diesen Hauptleistungen erbringen die Spitäler weitere Leistungen, die staatlich subventioniert werden. Dazu gehören insbesondere: Lehre und Forschung, Leistungen der integrierten Versorgung, Vorhalteleistungen, zusätzliche Leistungen (z.B. Schwangerschaftsberatungsstellen [Art. 1 Bundesgesetz über die Schwangerschaftsberatungsstellen]), Modellversuche (als gesetzliche Grundlage dienen Art. 30 Abs. 2 und Art. 32 SpVG; teilweise gelangt auch Art. 4 GesG zur Anwendung).

Ab 2012 dürfen die Fallpauschalen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Darunter fallen insbesondere die Kosten für die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen und Kosten für die Forschung und für die universitäre Lehre (Art. 49 Abs. 3 KVG). Diese Kosten sollen von den Kantonen weiterhin separat subventioniert werden und die Fallpauschalen sollen dadurch vergleichbar sein (SR Christiane Brunner in AB 2006 S 58).

3.6.7.2 Mögliche zusätzliche Beiträge des Kantons

Ab 2012 stehen folgende zusätzlichen kantonalen Beiträge zur Diskussion:

Bereich	Beiträge an	Kant. Grundlage	KVG-Bezug
Bildung	Lehre und Forschung	UniG	Explizite gemeinwirtschaftliche Leistung
Spitalversorgung	Ambulante Spitalversorgungsleistungen	SpVG	Zusätzlich zu TARMED
	Integrierte Versorgung	SpVG	
	Zusätzliche Leistungen	SpVG	
	Vorhalteleistungen	SpVG	
	Restrukturierungen	SpVG	
	Sicherstellung der Liquidität	SpVG	
	Investitionen	SpVG	Investitionskostenanteil im KVG-Tarif enthalten
Praktische Aus- und Weiterbildung	Aus- und Weiterbildungsplätze	SpVG / SHG	Teilweise im KVG-Tarif enthalten
Modellversuche und medizinische Innovation	Modellversuche, medizinische Innovation	SpVG	

Tabelle 6: Überblick über die zusätzlichen Beiträge des Kantons Bern an die Spitäler

3.6.7.3 Anwendbarkeit des Grundsatzes der Wettbewerbsneutralität

Fraglich ist ob die Kantone ab 2012 zusätzliche Beiträge nur unter Beachtung des Grundsatzes der Wettbewerbsneutralität ausrichten können. Das Bundesgericht hält diesbezüglich zum altrechtlichen System des Krankenversicherungsgesetzes folgendes fest: Der Grundsatz der Wettbewerbsneutralität gelte nicht, da eine Ungleichbehandlung von öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern einerseits und Privatspitälern andererseits gesetzlich gewollt sei. Einen freien und unverfälschten Wettbewerb zwischen öffentlichen und privaten Spitälern gäbe es nach geltendem Recht nicht, ebenso wenig einen aus der Wirtschaftsfreiheit abgeleiteten Anspruch auf Gleichbehandlung von staatlichen und privaten Spitälern (BGE 132 V 6 E. 2.5.4). Rüttsche hält dafür, dass nach der KVG-Revision 2007 die Spitäler in Bezug auf die Finanzierung gleichbehandelt werden müssen und damit der Grundsatz der Wettbewerbsneutralität im Verhältnis von staatlichen und privaten Spitälern zum Tragen komme. Deswegen werde eine kantonale Subventionierung der Spitäler mit dem Prinzip der Wettbewerbsneutralität nicht vereinbar sein und nur ausnahmsweise aus wichtigen Gründen in Frage kommen (insbesondere bei Gefährdung der Versorgungssicherheit und bei Finanzierungsschwierigkeiten von Investitionsvorhaben). Vorbehalten bleibe die Subventionierung gemeinwirtschaftlicher Leistungen (Rüttsche 2011: 36 f.).

Bund und Kantone haben sich an den Grundsatz der Wirtschaftsfreiheit zu halten (Art. 94 Abs. 1 i.V.m. Art. 27 BV). Darunter fällt auch das Gebot der Wettbewerbsneutralität des Staates (Art. 94 Abs. 1 i.V.m. Abs. 4 BV). Staatliche Massnahmen dürfen den Wettbewerb unter direkten Konkurrentinnen nicht verzerren, namentlich wenn sie bezwecken, in den Wettbewerb einzugreifen, um einzelne Konkurrenten gegenüber anderen zu bevorzugen oder zu benachteiligen (Vallender 2008a: 536). Sogenannte Abweichungen und grundrechtskonforme Massnahmen des Staates können die Wirtschaftsfreiheit einschränken. Abweichungen richten sich gegen den Wettbewerb. Sie sind nur zulässig, wenn sie in der Bundesverfassung vorgesehen sind oder durch kantonale Regalrechte begründet sind (Art. 94 Abs. 4 BV). Grundrechtskonforme Beschränkungen sind hingegen zulässig, wenn sie über eine gesetzliche Grundlage verfügen, im öffentlichen Interesse sind, verhältnismässig sind und den Kerngehalt nicht antasten (Art. 36 BV; zum Ganzen: Vallender 2008b: 1576). Als grundrechtskonform gelten verhältnismässige, wirtschaftspolizeiliche Massnahmen sowie sozialpolitische Vorschriften und andere Eingriffe in die Wirtschaftsfreiheit, die nicht wirtschaftspolitisch motiviert sind (Vallender 2008b: 1576).

Der Grundsatz der Wettbewerbsneutralität ist aus verschiedenen Gründen in der Spitalversorgung nur in sehr eingeschränktem Rahmen anwendbar:

- ▶ Gesundheitspolizeiliche Zulassung für die Spitaltätigkeit: Bereits die gewerbliche Tätigkeit als Spital erfordert eine kantonale Betriebsbewilligung (Art. 71 SpVG). Der Grundsatz der Wettbewerbsneutralität des Staates wird dadurch nicht tangiert.
- ▶ Spitalversorgung als öffentliche Aufgabe der Kantone: Wie bereits in Kap. 2.2.1 ausgeführt, obliegt die Spitalversorgung ausschliesslich den Kantonen. Der Bund verfügt in diesem Bereich über keine verfassungsmässige Grundlage für eigene Kompetenzen (Art. 3 BV). Die Sicherstellung der Spitalversorgung ist demnach eine originäre öffentliche Aufgabe der Kantone. Ob sie die Spitalversorgung selber betreiben oder im Rahmen einer Governance-Struktur führen, ist ihnen überlassen. Derartige öffentliche Aufgaben unterstehen grundsätzlich nicht der Wirtschaftsfreiheit (BGE 132 V 6 E. 2.5.4).
- ▶ Krankenversicherung – Spitalversorgung: Mit der Krankenversicherung bezweckt der Bund, der Bevölkerung den Zugang zur medizinischen Versorgung versicherungsmässig zu ermöglichen, nicht aber, die Versorgung selber sicherzustellen. Die gewerbliche Tätigkeit eines Spitals mit einer kantonalen Betriebsbewilligung wird rechtlich nicht eingeschränkt, wenn das Spital nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen kann. Es ist jedoch nicht zu verkennen, dass die Spitaltätigkeit faktisch eingeschränkt wird (BGE 132 V 6 E. 2.5.3).
- ▶ Soziale Krankenversicherung – Wirtschaftsfreiheit: Die soziale Krankenversicherung ist der Wirtschaftsfreiheit weitgehend entzogen. Ihr Zweck liegt nicht in der Gewährleistung von Wettbewerb zwischen den Spitälern sondern vielmehr in der versicherungsmässigen Abdeckung von Spitalbehandlungskosten. Der Wirtschaftsfreiheit kommt daher im Wesentlichen die Bedeutung zu, dass eine Zugangsregelung zur sozialen Krankenversicherung nur nach sachlich haltbaren, den Grundsätzen des Wettbewerbs unter Konkurrenten Rechnung tragenden Kriterien erfolgt (BGE 132 V 6 E. 2.5.3).

- ▶ Zulassung der Spitäler zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung: Aufgrund von Art. 117 BV besitzt der Bund im Bereich der sozialen Krankenversicherung ein mittelbares rechtliches Monopol, das als solches eine Einschränkung der Wirtschaftsfreiheit darstellt (Eugster 2007: 632). Das mittelbare rechtliche Monopol beinhaltet eine Benützungspflicht für eine vom Gemeinwesen angebotene Leistung (Vallender 2008a: 553); im Bereich der Krankenversicherung ergibt sich dies aus dem Versicherungsobligatorium (Art. 3 KVG). Die Zulassung erfolgt mittels der kantonal verfügbaren Spitalliste (Art. 39 Abs. 1 KVG). Mit der Spitalliste soll die Zahl der für die Leistungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung zugelassenen Spitäler oder Spitalbetten begrenzt werden, um Überkapazitäten zu vermeiden und den Kostenanstieg einzudämmen. Der Entscheid, ob ein Spital in die Spitalliste aufzunehmen sei, hat demnach eine wesentliche gesundheits- und sozialpolitische, aber regelmässig auch regional-, beschäftigungs- und allgemeinpolitische Bedeutung. Es besteht kein Rechtsanspruch auf Aufnahme auf die Spitalliste (BGE 126 V 2.4.1). Mit der KVG-Revision 2007 ist der Entscheid der Kantonsregierung nicht mehr politischer Natur, da er kriteriengeleitet zu erfolgen hat. Die bundesrechtlichen Planungskriterien der Bedarfsnotwendigkeit, der Qualität, der Wirtschaftlichkeit und der Zugänglichkeit gelten auch für die Spitalliste (Art. 39 Abs. 2ter KVG; Art. 58b Abs. 4 KVV). Die Anwendung dieser Kriterien durch die Kantone erfolgt im Rahmen eines erheblichen Ermessensspielraums (s. auch Art. 53 Abs. 2 Bst. e KVG, der die Rüge der Unangemessenheit bei Beschwerdeverfahren betreffend Spitallisten für unzulässig erklärt). Durch die Anwendung der erwähnten Kriterien sollte der Spitallistenentscheid wettbewerbsneutral ausfallen und er sollte zugleich das Rechtsgleichheitsgebot (Art. 8 BV) respektieren (s. auch Mader 2010: Rz. 78 ff., Rz. 239 f. u. Rz. 272 ff.; BGE 2C_656/2009 vom 24. Juli 2010 E. 4.3). Abschliessend ist festzuhalten, dass die Zulassung der Spitäler eine krankenversicherungsrechtliche Materie ist und die Frage nach der Zulässigkeit zusätzlicher kantonalen Beiträge nicht berührt.
- ▶ Vergütung der Spitalbehandlung: Sie erfolgt für alle Listenspitäler, unbesehen ob sie über eine öffentlich- oder privatrechtliche Trägerschaft verfügen, nach denselben Regeln (s. Art. 49 f. KVG). Die von Rüsche ins Spiel gebrachte Wettbewerbsneutralität wird ohne weiteres gewahrt.
- ▶ Gemeinwirtschaftliche Leistungen nach Krankenversicherungsgesetz: Sie dürfen nicht über die Fallpauschalen vergütet werden (Art. 49 Abs. 3 KVG). Diese Bestimmung wurde durch die Bundesversammlung eingefügt. Eine Legaldefinition gibt es nicht. Es handelt sich um Leistungen von allgemeinem Interesse, die nicht in die Tarife einfließen sollen. Damit bleiben die Tarife vergleichbar und die Kantone verfügen über eine gewisse Autonomie in der Spitalversorgung (SR Christiane Brunner in AB 2006 S 58). Damit wird auch gesagt, dass die Kantone diese Leistungen separat vergüten dürfen. Kommt hinzu, dass die Aufzählung der möglichen gemeinwirtschaftlichen Leistungen nicht abschliessend ist. Die in Kap. 3.6.7.2 aufgelisteten möglichen Beiträge des Kantons stellen gemeinwirtschaftliche Leistungen im Sinne des Gesetzgebers dar. Das Krankenversicherungsgesetz schliesst demnach zusätzliche kantonale Beiträge nicht aus.
- ▶ Zusätzliche Beiträge aufgrund kantonaler öffentlicher Interessen: Die Beiträge für Lehre und Forschung ermöglichen die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen

und die Förderung der Forschungstätigkeit. Die Beiträge für die ambulante Spitalbehandlung, für die integrierte Versorgung, für Vorhalteleistungen und für zusätzliche Leistungen dienen spezifischen Versorgungsinteressen des Kantons. Die Beiträge für Restrukturierungen, für die Aufrechterhaltung der Liquidität und für Investitionen dienen der zukunftsorientierten Anpassung der Spitäler und der Versorgungssicherheit. Die Beiträge für Restrukturierungen sollen die zukunftsorientierte Anpassung der Spitalinfrastrukturen ermöglichen. Die Beiträge für Aus- und Weiterbildungsplätze von Gesundheitsfachpersonen dienen der Sicherstellung des beruflichen Nachwuchses. Schliesslich dienen die Beiträge für Modellversuche und für die medizinische Innovation der Weiterentwicklung des Spitalwesens. All diesen zusätzlichen Beiträgen ist gemeinsam, dass sie gesundheitsversorgungspolitisch motiviert sind, sich nicht gegen den Wettbewerb richten und somit keine Abweichungen i.S.v. Art. 94 Abs. 4 BV darstellen. Verfügen sie über eine gesetzliche Grundlage und sind sie verhältnismässig, stehen sie nicht in Widerspruch zum Gebot der Wettbewerbsneutralität des Staates. Die oben beschriebene Haltung von Rütsche, wonach die Kantone ab 2012 nur ausnahmsweise und aus wichtigen Gründen subventionieren dürfen, erweist sich als zu absolut. Den Kantonen steht es frei, rechtliche Grundlagen zu schaffen, um zusätzlich zu den Beiträgen für die obligatorische Krankenpflegeversicherung weitere Beiträge zu sprechen.

- ▶ Zusätzliche Beiträge aufgrund anderer öffentlicher Interessen: Beiträge, die der Kanton aufgrund anderer öffentlicher Interessen erbringt, unterstehen nicht der Wirtschaftsfreiheit. Beispielsweise subventioniert der Kanton Schwangerschaftsberatungsstellen (Art. 1 Bundesgesetz über die Schwangerschaftsberatungsstellen) und Beratungsstellen für pränatale Untersuchungen (Art. 17 GUMG).

3.6.7.4 Übereinstimmung mit dem Wirkungsmodell der KVG-Revision 2007

Allfällige zusätzliche Beiträge der Kantone gemäss dem obigen Kap. 3.6.7.2 stehen grundsätzlich ausserhalb des Wirkungsmodells der KVG-Revision 2007. Das Wirkungsmodell konzentriert sich auf die Spitalleistungen, welche im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden und nach dem oben in Kap. 2.5.3.2 f. beschriebenen Mechanismus finanziert werden. Mögliche Konflikte zwischen dem Wirkungsmodell und zusätzlichen kantonalen Beiträgen sind nicht auszumachen.

Anders würde es sich verhalten, wenn die Kantone die mittels Fallpauschalen finanzierten Spitalleistungen zusätzlich subventionieren möchten. Derartige Subventionen würden zu Wettbewerbsverzerrungen führen, die dem Wirkungsmodell widersprechen würden. Insbesondere wäre die Effizienz der Spitalbetriebe nicht mehr gewährleistet und die Vergleichbarkeit der Spitalbetriebe würde leiden.

3.6.8 Der Kanton als Eigentümer von Spitälern

3.6.8.1 Bisheriges System

Mit dem Spitalversorgungsgesetz von 2005 gab sich der Kanton Bern eine Governance-Struktur (s. Kap. 3.3). Seither wird die Spitalversorgung im Kanton Bern durch folgende Leistungserbringer wahrgenommen; dabei erfolgt die Gliederung anhand der Staatsnähe der Leistungserbringer.

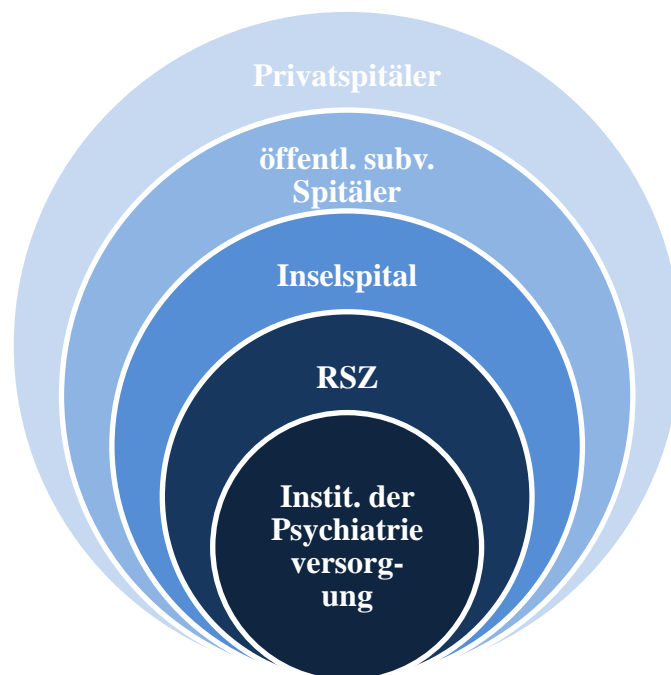


Abbildung 6: Überblick über die Leistungserbringer in der Spitalversorgung

- ▶ Die kantonalen Institutionen der Psychiatrieversorgung und das psychiatrische Universitätsspital sind den Ämtern der Gesundheits- und Fürsorgedirektion gleichgestellt (Art. 41 Abs. 1 SpVG). Sie gehören folglich der kantonalen Verwaltung an. Sie sind in das Finanz- und Rechnungswesen des Kantons eingebunden (Art. 2 FLG).
- ▶ Die Regionalen Spitalzentren sind als Aktiengesellschaften organisiert und gehören mehrheitlich dem Kanton (Art. 36 SpVG). Der Regierungsrat beschloss eine Eigentümerstrategie mit Vorgaben über die Rechte und Pflichten als Aktionär (Art. 94 SpVV; Regierungsrat 2011a).
- ▶ Das Inselspital ist eine privatrechtliche Stiftung mit einer ausgeprägten Staatsnähe. So wird z.B. der Verwaltungsrat der Stiftung durch den Regierungsrat des Kantons Bern gewählt (Art. 73 SpVV i.V.m. Art. 1 Inselvertrag) und die Investitionen werden durch den Kanton finanziert (Art. 31 SpVG; s. auch Kap. 3.6.5).
- ▶ Öffentlich subventioniert werden vor allem Rehabilitations-, Psychiatrie- und Suchtfachkliniken, die privatrechtlich organisiert sind.

3.6.8.2 Auswirkungen der KVG-Revision 2007

Die KVG-Revision 2007 wirkt sich nicht direkt auf die Organisation des bernischen Spitalwesens und damit auch nicht auf die Eigentümerrolle des Kantons aus: Das Krankenversicherungsgesetz ist vorwiegend ein Finanzierungsgesetz und mit der Revision werden die Spielregeln für die Finanzierung neu definiert. Diese Finanzierungsregeln gelten für alle Spitäler und sind trügerschaftsneutral. Es bleibt Sache der Kantone, ihre Spitalorganisation zu regeln. Aufgrund der KVG-Revision 2007 sind weder die bernische Organisation des Spitalwesens noch die Eigentumsverhältnisse zu ändern.

Indirekt sind jedoch sehr wohl Auswirkungen zu beobachten. Die neuen Finanzierungsregeln sind vor allem auf Spitäler ausgerichtet, die als selbständige Unternehmen agieren. Ihr Finanz- und Rechnungswesen ist von demjenigen des Staates abgegrenzt und sie erfüllen (teilweise) die anerkannten Standards der Kostenrechnung und der Rechnungslegung. Sie können insbesondere Investitionskostenanteile aus den Tarifeinnahmen rückstellen und sie bei Bedarf verwenden. Dies ist bei Unternehmen, die der kantonalen Verwaltung angehören, grundsätzlich nicht möglich. Rückstellungen können in dieser Art und Weise nicht getätigt werden, es gelten andere Abschreibungsregeln und Gewinne können betriebsbezogen nicht erzielt werden.

3.6.8.3 Mögliche Lösungsansätze

Die mit der KVG-Revision 2007 entstehenden Probleme im Bereich des Finanz- und Rechnungswesens von kantonalen psychiatrischen Institutionen können gelöst werden, indem diese Institutionen verselbständigt werden oder ihnen das Führen einer besonderen Rechnung erlaubt wird.

- ▶ Die Verselbständigung könnte auf ähnliche Weise wie bei den Regionalen Spitalzentren erfolgen. Dieser Weg ist durch das Spitalversorgungsgesetz bereits vorgezeichnet, indem es dem Grossen Rat die Kompetenz gibt, diese Institutionen als Aktiengesellschaften zu beschliessen (Art. 41 Abs. 4 SpVG). Eine Verselbständigung könnte nicht auf anfangs 2012 bewerkstelligt werden und wäre somit nur mittelfristig realisierbar.
- ▶ Die besondere Rechnung kann durch den Grossen Rat bewilligt werden (Art. 36 FLG). Sie ermöglicht ein Abweichen von den staatlichen Regeln für das Finanz- und Rechnungswesen.

3.6.8.4 Übereinstimmung mit dem Wirkungsmodell der KVG-Revision 2007

Mit der freien Spitalwahl und der Leistungsfinanzierung sollen die Spitäler wettbewerbstaughlicher werden und vermehrt unternehmerisch agieren (s. Kap. 2.5.4.4). Grundsätzlich kann auch ein staatliches Unternehmen effizient geführt werden und den Vorstellungen des Bundesgesetzgebers entsprechen. Verfügt jedoch ein Unternehmen über eine Autonomie in der Betriebsführung, kann es sich besser an die neuen Rahmenbedingungen des Krankenversicherungsgesetzes anpassen. Dies sah auch der Grosse Rat so, als er 2005 den Regionalen Spitalzentren die Unabhängigkeit ihrer Betriebsführung zusicherte (Art. 40 SpVG).

3.7 Zwischenfazit

Die obige Analyse führt zu folgenden Erkenntnissen:

- ▶ Das Fehlen eines expliziten Wirkungsmodells der KVG-Revision 2007 erschwert die Umsetzung.
- ▶ Es ist anspruchsvoll, die KVG-Revision 2007 nachzuvollziehen. Der Gesetzestext, die Botschaft des Bundesrates und die Protokolle von National- und Ständerat bergen etliches Potential für Inkohärenzen.
- ▶ Die KVG-Revision 2007 kann ab anfangs 2012 direkt umgesetzt werden. Sie benötigt grundsätzlich keine kantonale Einführungsgesetzgebung. Eine Ausnahme bildet zum Beispiel die Festsetzung des kantonalen Anteils.
- ▶ Die KVG-Revision 2007 enthält Unklarheiten, die gesetzgeberisch hätten vermieden werden können. Beispielsweise hätte die Frage, ob die Kantone zu einer Mengensteuerung verpflichtet oder berechtigt sind, vom Gesetzgeber und nicht von einem Gutachter beantwortet werden müssen (notabene vor Eintritt der Wirkungen der KVG-Revision 2007).
- ▶ Krankenversicherungsrechtliche Finanzierungsregeln übersteuern vermehrt kantonale Versorgungsregeln.
- ▶ Der Rechtsetzungsbedarf des Kantons Bern ergibt sich durch die Anpassung seines Instrumentariums an neue Rahmenbedingungen (z.B. Leistungsverträge, Investitionssteuerung), durch die Wahrung seiner öffentlichen Interessen (Investitionsschutz, sorgfältiger Umgang mit Steuergeldern) und durch andere Wirkungsmodelle zur Kosteneindämmung (Mengensteuerung).
- ▶ Der rechtliche Spielraum und die Übereinstimmung mit dem Wirkungsmodell können divergieren. So kann z.B. die Mengensteuerung kantonalrechtlich verankert werden, obwohl sie mit dem Wirkungsmodell der KVG-Revision 2007 kollidiert.
- ▶ Der Kanton Bern verliert zu Gunsten anderer Akteure wie Krankenversicherer, Spitäler und Versicherte an Steuerungsmacht. Z.B. wird er Leistungen nicht mehr mittels Leistungsverträgen bestellen können sondern wird Leistungen analog einem Krankenversicherer mitfinanzieren.
- ▶ Der Handlungsspielraum des Kantons Bern kann nicht pauschal eruiert werden. Vielmehr muss er anhand der Vorgaben des Krankenversicherungsgesetzes und den einzelnen Steuerungsinstrumenten geprüft werden.

4 Schlussfolgerungen

Idealerweise trägt der Gesetzgeber dazu bei, gesellschaftliche Probleme zu lösen. Damit ihm dies gelingt, sind an die Prozessschritte der Politikformulierung und der Politikentscheidung verschiedene Anforderungen zu stellen. Dazu gehören die allseits bekannten institutionellen Rahmenbedingungen wie z.B. der formalisierte Einbezug der zentralen gesellschaftlichen Akteure mittels Vernehmlassungsverfahren. Dazu gehören aber auch weniger bekannte und praktizierte konzeptionelle Elemente, die in dieser Masterarbeit thematisiert werden: Ein Gesetzesentwurf bedarf vorab eines Politikkonzepts. So kann sichergestellt werden, dass das Gesetzgebungsprojekt konzeptionell angegangen wird und eine systematische Strukturierung des politischen Programms stattfindet. Das Politikkonzept enthält ein Wirkungsmodell, in dem die Lösung des gesellschaftlichen Problems antizipiert wird. Basiert das Gesetzesprojekt auf diesen konzeptionellen Grundlagen, stehen seine Chancen nicht schlecht, dass die beabsichtigten Wirkungen eintreten und kein Policy Failure konstatiert werden muss. Selbstverständlich ist damit aber keine Erfolgsgarantie verbunden. Hierzu ist die gesellschaftliche Wirklichkeit zu komplex und zukünftige Entwicklungen können nicht mit absoluter Gewissheit vorausgesagt werden.

Die KVG-Revision 2007 ist eine Zangengeburt: Sie kam erst nach langwierigem Ringen der Bundesversammlung zustande. Zumindest demokratiepolitisch ist die Verabschiedung dieser Revision als Erfolg zu betrachten. Aus konzeptioneller Perspektive sind jedoch etliche Wehrmutstropfen auszumachen. Die Revision basiert empirisch auf tönernen Füßen. Die Einführung von Wettbewerbselementen entspricht dem Zeitgeist, ohne jedoch wirkungsmässig erklärt zu werden. Etliche Fragen bleiben offen. Die von der Revision betroffenen Akteure tun sich dementsprechend schwer, sie zu verstehen. Ihnen wird jedoch auch erleichtert, sie in ihrem Interesse zu interpretieren. Damit steigt das Risiko, dass die Vorlage nicht im Sinne ihres Erfinders umgesetzt wird und die beabsichtigten Wirkungen nicht in gewünschtem Masse eintreffen. Es sei aber auch darauf hingewiesen, dass die Spitalfinanzierung eine höchst komplexe Materie darstellt und in einem komplexen Umfeld stattfindet. Dies lässt den nur scheinbar widersprüchlichen Schluss zu, dass ein Wirkungsmodell umso indizierter ist, dass aber die Wirkungen der KVG-Revision 2007 umso weniger verlässlich antizipiert werden können.

Die Versicherten, die Spitäler, die Krankenversicherer und die Kantone müssen sich auf anfangs 2012 in unterschiedlichem Mass an das neue Finanzierungssystem der KVG-Revision 2007 anpassen. Der Anpassungsbedarf des Kantons Bern ist beträchtlich. Auf ihn kommt eine grosse finanzielle Mehrbelastung zu, die aus sozialpolitischen Gründen vom Bundesgesetzgeber gewollt ist. Er hat sein Rollenverständnis und sein Steuerungsinstrumentarium auf der Ebene der Gesetzgebung wie der Rechtsanwendung neu auszurichten. Dazu verfügt er über unterschiedlich grosse Handlungsspielräume. Es sind auch Bereiche auszumachen, in denen der Kanton Bern über einen geringeren Anpassungsbedarf verfügt als andere Kantone. So ist die 2005 geschaffene Governance-Struktur mit den Regionalen Spitalzentren ohne weiteres

geeignet, das neue Finanzierungssystem umzusetzen. Es gilt jedoch auch zur Kenntnis zu nehmen, dass der Kanton Bern im Bereich der Steuerung der Spitalversorgung an Steuerungsmacht verliert. Ob er seine Verantwortung für eine hinreichende Spitalversorgung weiterhin zureichend wahrnehmen kann, wird sich erst in Zukunft zeigen.

5 Quellenverzeichnis

5.1 Literatur

- Benz Arthur (2004): Einleitung: Governance – Modebegriff oder nützliches sozialwissenschaftliches Konzept? In: Governance – Regieren in komplexen Regelsystemen. Eine Einführung, hrsg. v. Arthur Benz, Wiesbaden 2004
- Braun Dietmar/Giraud Olivier (2009): Politikinstrumente im Kontext von Staat, Markt und Governance. In: Lehrbuch der Politikfeldanalyse 2.0, hrsg. v. Klaus Schubert/Nils C. Bandelow, München 2009, S. 159-187
- Coullery Pascal (2008): Gesundheits- und Sozialhilferecht. In: Bernisches Verwaltungsrecht, hrsg. v. Markus Müller/Reto Feller, Bern 2008, S. 625-679
- Dose Nicolai (2008): Problemorientierte staatliche Steuerung, Baden-Baden 2008
- Engi Lorenz (2008): Politische Verwaltungssteuerung, Basel 2008
- Eugster Gebhard (2007): Krankenversicherung. In: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, hrsg. v. Ulrich Meyer, Basel 2007, S. 337-823
- Gächter Thomas/Vollenweider Irene (2008): Gesundheitsrecht, Basel 2008
- Häfelin Ulrich/Müller Georg/Uhlmann Felix (2010): Allgemeines Verwaltungsrecht, Zürich 2010
- Jann Werner/Wegrich Kai (2009): Phasenmodelle und Politikprozesse. In: Lehrbuch der Politikfeldanalyse 2.0, hrsg. v. Klaus Schubert/Nils C. Bandelow, München 2009, S. 75-113
- Kälin Walther/Bolz Urs, Handbuch des bernischen Verfassungsrechts, Bern 1995
- Knoepfel Peter/Bussmann Werner (1997): Die öffentliche Politik als Evaluationsobjekt. In: Einführung in die Politikevaluation, hrsg. v. Werner Bussmann/Ulrich Klöti/Peter Knoepfel, Basel 1997, S. 58-77
- Knoepfel Peter/Varone Frédéric/Bussmann Werner/Mader Luzius (1997): Evaluationsgegenstände und Evaluationskriterien. In: Einführung in die Politikevaluation, hrsg. v. Werner Bussmann/Ulrich Klöti/Peter Knoepfel, Basel 1997, S. 78-118

- Ledermann Simone/Sager Fritz (2009): Problem erkannt, aber nicht gebannt – Der Nutzen einer Verknüpfung von Konzept- und Umsetzungsevaluation am Beispiel der Strategie „Migration und Gesundheit“. In: Zeitschrift für Evaluation, 2009, S. 7-25
- Lienhard Andreas (2005): Staats- und verwaltungsrechtliche Grundlagen für das New Public Management in der Schweiz, Bern 2005
- Lienhard Andreas (2008): Grundlagen der Public Corporate Governance. In: Verwaltungsorganisationsrecht – Staatshaftungsrecht – öffentliches Dienstrecht, Jahrbuch 2008, Bern 2009, S. 43-77
- Mader Luzius (2004): Regulierung, Deregulierung, Selbstregulierung: Anmerkungen aus legalistischer Sicht. In: Zeitschrift für Schweizerisches Recht, 1. Heft, II. Halbband, Basel 2004, S. 1 – 156
- Mader Mélanie (2010): Financement des hôpitaux et des soins: éléments importants des révisions LAMal, marge de manoeuvre des cantons et rôle de la liberté économique. In: Jusletter vom 16. August 2010 [Online : <http://jusletter.weblaw.ch>]
- Reichard Christoph (2006): Öffentliche Dienstleistungen im gewährleistenden Staat. In: Öffentliche Dienstleistungen für die Bürger. Wege zu Effizienz, Qualität und günstigen Preisen, hrsg. von der Gesellschaft für öffentliche Wirtschaft, Berlin 2006, S. 53-79
- Rieder Stefan (2007): Wirkungsmodelle in der Evaluation des föderalen Politikvollzugs. In: leges 2007, S. 275-291
- Rütsche Bernhard (2011): Neue Spitalfinanzierung und Spitalplanung. Insbesondere zur Steuerung der Leistungsmenge im stationären Bereich, Bern 2011
- Sager Fritz/Rüefli Christian (2005): Die Evaluation öffentlicher Politiken mit föderalistischen Vollzugsarrangements, Eine konzeptionelle Erweiterung des Stufenmodells und eine praktische Anwendung. In: Swiss Political Science Review 11 (2), 2005, S. 101-129
- Schubert Klaus/Bandelow Nils C. (2009): Lehrbuch der Politikfeldanalyse 2.0, München 2009
- Tschudi Carlo (2010): Politikkonzept für die Rechtsetzung im Gesundheits- und Sozialwesen des Kantons Bern, Bern 2010 [Online: <http://bit.ly/pxmDgM>]
- Vallender Klaus A. (2008a): Kommentar zu Art. 27 BV. In: Die schweizerische Bundesverfassung, Kommentar, 1. Band, hrsg. v. Bernhard Ehrenzeller/Philippe Mastroradi/Rainer J. Schweizer/Klaus A. Vallender, Zürich 2008, S. 524-561

Vallender Klaus A. (2008b): Kommentar zu Art. 94 BV. In: Die schweizerische Bundesverfassung, Kommentar, 2. Band, hrsg. v. Bernhard Ehrenzeller/Philippe Mastroradi/Rainer J. Schweizer/Klaus A. Vallender, Zürich 2008, S. 1573-1585

5.2 Dokumente des Bundes

Bundesamt für Gesundheit (2011): Medienmitteilung vom 25. Mai 2011 betr. Neue Spitalfinanzierung: Bundesrat gibt grünes Licht für Wirkungsanalyse [Online: <http://bit.ly/pqbKBk>]

Bundesamt für Sozialversicherung (2001): Wirkungsanalyse KVG: Synthesebericht, Forschungsbericht Nr. 16/01, Bern 2001

Bundesgericht (2006): BGE 132 V 6

Bundesgericht (2010): BGE 2C_656/2009 vom 24. Juli 2010

Bundesrat (1991): Botschaft vom 6. November 1991 zur Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 93

Bundesrat (1998): Botschaft vom 21. September 1998 betreffend den Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge und die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, BBl 1999 793-863

Bundesrat (2004): Botschaft vom 15. September 2004 betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung), BBl 2004 5551-5598

Bundesrat (2009): Bundesratsentscheid vom 25. Februar 2009 in der Beschwerdesache Santé-suisse gegen diverse Leistungserbringer und den Regierungsrat des Kantons Bern betreffend Spitalliste 2007

Bundesversammlung: Amtliche Bulletins von National- und Ständerat 2005 – 2007 (AB 2005, 2006, 2007)

5.3 Dokumente des Kantons Bern

Gesundheits- und Fürsorgedirektion (2011a): Vortrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion an den Regierungsrat betreffend Einführungsverordnung 1 zur Änderung vom 21. Dezember 2007 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (EV1 KVG), Bern 2011 [Online: <http://bit.ly/qjK4wz>]

- Gesundheits- und Fürsorgedirektion (2011b): Versorgungsplanung 2011-2014 gemäss Spitalversorgungsgesetz, Fassung für den Mitbericht, Mai 2011 (Konsultationsfassung von Dezember 2010 [online: <http://bit.ly/qGfvIx>])
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion (2011c): Vortrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion an den Regierungsrat betreffend Einführungsverordnung zur Änderung vom 21. Dezember 2007 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (EV KVG, Bern 2011 [Online: <http://bit.ly/rGktVj>])
- Regierungsrat (2009): Regierungsratsbeschluss Nr. 2132/2009 über die Spitalliste ab 1. Januar 2010 [Online: <http://bit.ly/pH2uzZ>]
- Regierungsrat (2011a): Regierungsratsbeschluss Nr. 0049/2011 betreffend die Teilrevision der Eigentümerstrategie des Kantons Bern bezüglich der Regionalen Spitalzentren [Online: <http://bit.ly/npCY58>]
- Regierungsrat (2011b): Regierungsratsbeschluss Nr. 1833/2011 betreffend die Einführungsverordnung zur Änderung vom 21. Dezember 2007 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (EV KVG [Online: <http://bit.ly/scpj3C>])

5.4 Verträge

- Inselvertrag: Vertrag vom 12. Dezember 2007 zwischen dem Kanton Bern und der Inselelspital-Stiftung betreffend Führung, Organisation und Eigentumsverhältnisse des Inselelspitals (Inselvertrag) (RRB 1593/2007 betreffend Abschluss des Inselvertrages durch den Regierungsrat [Online: <http://bit.ly/owiYq0>]). Der Inselvertrag wurde nicht publiziert.

5.5 Erlasse

- Bundesgesetz vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (AS 2009 3517).
- Bundesgesetz vom 9. Oktober 1981 über die Schwangerschaftsberatungsstellen (SR 857.5)
- BV Bundesverfassung vom 18. April 1999 der Schweizerischen Eidgenossenschaft (SR 101)
- EG KUMV Gesetz vom 6. Juni 2000 betreffend die Einführung der Bundesgesetze über die Kranken-, die Unfall- und die Militärversicherung (BSG 842.11)
- EV1 KVG Einführungsverordnung 1 vom 23. März 2011 zur Änderung vom 21. Dezember 2007 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (BSG 842.111.2)
- EV KVG Einführungsverordnung vom 2. November 2011 zur Änderung vom 21. De-

	zember 2007 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (noch ohne BSG-Nr.)
FLG	Gesetz vom 26. März 2002 über die Steuerung von Finanzen und Leistungen (BSG 620.0)
GesG	Gesundheitsgesetz vom 2. Dezember 1984 (BSG 811.01)
GUMG	Bundesgesetz vom 8. Oktober 2004 über genetische Untersuchungen beim Menschen (SR 810.12)
KV	Verfassung vom 6. Juni 1993 des Kantons Bern (BSG 101.1)
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz; SR 832.10)
SHG	Gesetz vom 11. Juni 2001 über die öffentliche Sozialhilfe (BSG 860.1)
SpVG	Spitalversorgungsgesetz vom 5. Juni 2005 (Spitalversorgungsgesetz; BSG 812.11)
SpVV	Spitalversorgungsverordnung vom 30. November 2005 (BSG 812.112)
UniG	Gesetz vom 5. September 1996 über die Universität (BSG 436.11)

6 Selbstständigkeitserklärung

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

Bern, im Dezember 2011

Carlo Tschudi

7 Über den Autor



Carlo Tschudi

ist bernischer Fürsprecher (Rechtsanwalt) und Mediator. Er arbeitete in der Rechtsberatung für Asylsuchende, war in der bernischen Verwaltungsjustiz tätig, leitete den Rechtsdienst eines städtischen Sozialamtes und war an der Hochschule für Soziale Arbeit (Fachhochschule Nordwestschweiz) in diversen Funktionen tätig (insbesondere sozialrechtliche Weiterbildungsangebote). Seit 2006 ist er Vorsteher des Rechtsamtes der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.