

Parlamentsdienste

Services du Parlement

Servizi del Parlamento

Servetschs dal parlament



Parlamentarische
Verwaltungskontrolstelle
CH-3003 Bern
Tel. 031 323 09 70
Fax 031 323 09 71
www.parlament.ch
pvk.opca@pd.admin.ch

Kostendämpfungsmassnahmen im KVG

Materialienband 2

Die Wirkungen der bundesrätlichen Rechtsprechung im Falle der Spitalplanung

Studie im Auftrag der Parlamentarischen Verwaltungskontrolstelle

Fritz Sager, Christian Rüefli und Lara Mandioni

Büro Vatter, Politikforschung & –beratung, Gerberngasse 27, CH-3011 Bern,

Bern, 30. November 2001

Zusammenfassung

Art. 39 Abs. 1 KVG verlangt von den Kantonen die Angebotsplanung von Spitälern und Pflegeheimen und regelt deren Zulassung zur Leistungserbringung zu Lasten der sozialen Krankenversicherung mittels Spitallisten. Diese Massnahme soll eine Koordination der Leistungserbringer, eine optimale Ressourcennutzung und eine Eindämmung der Kosten bewirken. Der grosse Handlungsspielraum bei der Spitalplanung, den das KVG den Kantonen eröffnet, führt zu interkantonal sehr stark variierenden Zulassungspraktiken. Diese unterschiedlichen Interpretationen der Vorgaben des KVG können von Leistungsanbietern als Ungleichbehandlung wahrgenommen werden, weshalb gemäss Art. 53 KVG gegen die Spitallisten der Kantone Beschwerde an den Bundesrat erhoben werden kann.

Die Evaluation der Auswirkungen der bundesrätlichen Rechtsprechung zu kantonalen Spitallisten mittels einer Gesamtauswertung von 140 Bundesratsentscheiden und vier kantonalen Fallstudien hat die folgenden Ergebnisse hervorgebracht:

Welches sind die wichtigsten Beschwerdeentscheide in Sachen Spitalplanung und -listen?

- a) Als sehr bedeutend sind die Entscheide zu den Listen der Kantone Zürich sowie der beiden Basler Kantone eingestuft worden. Bei der Zürcher Liste handelt es sich um die Stützung einer sehr restriktiven Planung, aus der als Neuerung eine geteilte Liste hervorgeht, welche zwischen einer A-Liste für die Zulassung im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung und einer B-Liste für die Zulassung nur im privaten und halbprivaten Bereich unterscheidet. Der Entscheid zur gemeinsamen Basler Spitalliste wird als wegweisend betrachtet, weil er zwar die Liste stützt, Anbietern, die nur im Zusatzversicherungsbereich tätig sind, hingegen einen Rechtsanspruch auf die Aufnahme in die Spitalliste zugesteht.
- b) Als bedeutend sind die Entscheide zu den Listen der Kantone Aargau, Appenzell Auser rhoden, St. Gallen und Tessin zu erachten. Im Aargauer Entscheid hat der Bundesrat zum ersten Mal eindeutig festgehalten, dass die Zulassung von Privat- und Halbprivatabteilungen nicht von der Bedarfsplanung, sondern lediglich von der Erfüllung der Infrastruktur- und Dienstleistungsvoraussetzungen nach Art. 39 Abs. 1 Bst. a-c KVG abhängig gemacht werden darf. Im Appenzeller Entscheid wird festgehalten, dass die Planung auch Privat- und Halbprivatabteilungen berücksichtigen müsse, die Liste in diesem Bereich aber lediglich als Attest für die Zulassung zur Leistungserbringung gelten darf. Ausserdem begründet der Bundesrat darin die Standortklausel für ausserkantonale Spitäler: Ein kleiner Kanton muss keine systematische Bedarfsevaluation für ausserkantonale Behandlungen vornehmen, sondern darf auf die Liste des Standortkantons verweisen. Der

Fall St. Gallen wird als wichtig eingestuft, weil hier zum letzten Mal eine ungenügende Liste vollständig zurückgewiesen wurde. Der Kanton St. Gallen verlangte anschliessend in einem Erläuterungsgesuch genauere Vorgaben für die korrekte Planung. Der Tessin schliesslich ist der erste Kanton, der von einer neuen Praxis des Bundesrats profitiert, indem eine ungenügende Liste nicht vollständig abgewiesen, sondern provisorisch angenommen und mit Vorlagen für die Überarbeitung versehen wurde.

Wie haben sich diese Beschwerdeentscheide auf die weitere Spitalplanung ausgewirkt?

Die Bundesratsentscheide hatten in den untersuchten Kantonen sehr unterschiedliche Auswirkungen. Die Spitalliste des Kantons Zürich wurde vom Bundesrat gestützt und hatte eine massive Bettenreduktion innert wenigen Jahren zur Folge. Der Kanton Aargau wurde für seine effiziente Spitalversorgung belohnt, welche private Spitäler stark einbezieht. Der Schutz der umstrittenen privaten Anbieter und der Verzicht auf eine Beschränkung ihrer Leistungsangebote haben zu einer Kostenverlagerung von der öffentlichen Hand zur Krankenversicherung und dort zu einem Kostenschub geführt, während der Kanton seine Ausgaben weitgehend konstant halten konnte. Die geplanten Reformen der stark regionalisierten Spitalstrukturen stossen auf grossen Widerstand der Trägergemeinden.

In den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft führte der Bundesratsentscheid zu einem eigentlichen Vertrauensverlust und zu einer gewissen Resignation, weil durch einen Eingriff in die an sich autonome kantonale Strukturpolitik die Logik der gemeinsamen kantonalen Gesamtbettenplanung unterlaufen wurde. Dem Kanton wurde so die Kontrolle über das Ausmass der Leistungserbringung im Zusatzversicherungsbereich entzogen. Im Kanton Tessin hatte der Bundesratsentscheid eine positive Wirkung, indem er eine verfahrenere Situation deblockieren konnte und den Tessiner Behörden konkrete Auflagen für die weitere Planung auferlegte sowie eine Frist vorgab, die dem Kanton als politisches Druckmittel für die Partner im Gesundheitswesen diente, die unter diesen Bedingungen zu einer gemeinsamen Planungsanstrengung gewonnen werden konnten.

Welche Auswirkungen zeitigten diese Beschwerdeentscheide hinsichtlich der Zielsetzung der Kostendämpfung?

Hinsichtlich der Kostendämpfung wurde in allen Expertengesprächen betont, dass allein die kantonalen Planungen, nicht aber die bundesrätliche Sanktionierung derselben kostenwirksam sind. Ein einziger Kosteneffekt wird direkt auf die bundesrätliche Praxis zurückgeführt, nämlich die aufgrund der langen Behandlungszeiten der Beschwerden anfallenden Zusatzkosten für die Versicherer und damit auch für die Prämienzahler.

Darüber hinaus kann aber einem Bundesratsentscheid nur indirekt via angefochtene Spitalliste Kostenrelevanz zugesprochen werden. Da der Bundesrat aufgrund seiner Rolle als Judikative keine aktive politische Steuerung betreibt, sondern reaktiv handeln muss, ist eine Einschätzung der bundesrätlichen Rechtsprechung hinsichtlich der Zielsetzung der Kostendämpfung nur über eine Gesamtsicht möglich. In einer Gesamterhebung der vorliegenden Entscheide zeigen sich verschiedene Regelmässigkeiten:

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass der Bundesrat tendenziell weniger die Interessen der Kantone als Beschwerden von Kassenverbänden sowie Beschwerden von inner- und ausserkantonalen Privatspitälern stützt. Dabei wird Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG, der die Berücksichtigung privater Betreiber vorschreibt, vom Bundesrat mit vergleichsweise grossem Nachdruck durchgesetzt. Weiter zeigt die Gesamtauswertung, dass die Bundesratsentscheide insgesamt eher den von den kantonalen Listen vorgesehenen Kapazitätsabbau aufheben, als dass sie die Schliessung zusätzlicher Spitäler zur Folge haben.

Zusammenfassend können aufgrund der vorgenommenen Untersuchungen folgende Schlussfolgerungen gezogen werden:

- Die Praxis des Bundesrats, Beschwerden nach juristischen anstelle von politischen Kriterien zu entscheiden, erweist sich angesichts der Entwicklung der Gesundheitskosten als problematisch. Das auf Art. 53 KVG beruhende Verfahren führt zwar durchaus zu einer in sich konsistenten und kohärenten bundesrätlichen Rechtsprechung, eine politische Führung mit der Vorgabe eindeutiger Planungs- und Zulassungskriterien bleibt jedoch aus. Bei Beibehaltung dieser Praxis kann der Bundesrat eine Strukturbereinigung allenfalls über das Instrument der Tarifentscheide vorantreiben, indem er systematisch den Kostendeckungsgrad der Versicherer senkt und damit den Druck auf die Kantone erhöht, eine kostendämpfende Planung zu erstellen. Die Untersuchung legt aber eine Praxisänderung und die Wahrnehmung einer politischen Führung des Bundesrats nahe. Die vorgesehene Totalrevision der Bundesrechtspflege eröffnet hier entsprechende Chancen. Rückblickend hätten diverse Beschwerden verhindert werden können, wenn auf Bundesebene zu einem frühen Zeitpunkt die Anforderungen an die Spitalplanung, z.B. mit einer Verordnung, politisch geklärt worden wären. Dies hätte offene Fragen bereinigt und den planenden Kantonen politisch den Rücken gestärkt.
- Die bundesrätliche Rechtsprechung zur kantonalen Spitalplanung sendet juristisch weitgehend kohärente, politisch jedoch unterschiedliche Signale aus. Der Verzicht des Bundesrats, über seine Rechtsprechung in die kantonalen Planungsautonomie einzugreifen, führt dazu, dass die Kantone ihren Handlungsspielraum in unterschiedlicher Weise nutzen. Dass dadurch in Abhängigkeit der eingereichten Beschwerden vom Bundesrat fallbe-

zogene Einzelentscheide gefällt werden, erschwert jedoch die Vereinheitlichung der Planungskriterien und die Harmonisierung unter den Kantonen. Weil gleichzeitig Anreize zur interkantonalen Koordination in der Leistungserbringung fehlen, bleiben letztlich die Kantone als weitgehend voneinander isolierte Planungsregionen verankert, was den der Spitalplanung zugrundeliegenden Zielen, d.h. der Koordination der Leistungserbringer, der optimalen Ressourcennutzung und der Eindämmung der Kosten, eigentlich widerspricht.

- Die vorliegende Untersuchung weist darauf hin, dass das KVG falsche Anreize enthält, die der Bundesrat in seiner Rechtsprechung durchsetzt. Zwei Mängel in der Interpretation des KVG durch den Bundesrat im Bereich der Spitalplanung können identifiziert werden. Erstens ist die Trennung von staatlicher Planung im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung und Markt im Zusatzversicherungssektor hinsichtlich des Ziels der Kostendämpfung ineffektiv. Die konsequente und gesamtheitliche Kosteneindämmung wird den Kantonen dadurch verunmöglicht, dass in privaten und halbprivaten Abteilungen auch Leistungen zu Lasten der Grundversicherung erbracht werden, das Angebot in diesem Bereich aber nicht beschränkt werden darf. Indem der Bundesrat die unklare Abgrenzung von Markt und Planung nicht aufhebt und zusätzlich die Berücksichtigung privater Anbieter vorschreibt, wirkt er in seinen entsprechenden Entscheiden eher kostentreibend. Ein zweiter Problempunkt ist die interkantonale Koordination, die das KVG zwar vorsieht, aber gleichzeitig verhindert. Die Kantone sehen in Art. 41 Abs. 3 KVG einen grossen Anreiz, den Anteil ausserkantonalen Behandlungen aus Kostengründen zu minimieren, ein möglichst umfassendes Leistungsangebot im eigenen Kanton zu erbringen und somit autark bzw. unkoordiniert zu planen. Die bundesrätliche Rechtsprechung bezieht sich deshalb vorwiegend auf die optimale Nutzung der Ressourcen eines bestimmten Kantons und kann somit kaum Anreize zur interkantonalen Koordination setzen.
- Weil die eigentlichen Kostenfaktoren nicht die vorhandenen Betten, sondern die erbrachten Leistungen sind, erweist sich das Instrument der Kapazitätsplanung für das Ziel der Kostendämpfung als inadäquat. Reine Kapazitätsreduktionen werden ihres allfälligen kostendämpfenden Effekts beraubt, weil einerseits Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich verschoben, andererseits abgebaute öffentliche Betten durch zusätzliche Betten privater Anbieter kompensiert werden. Wenn die reinen Zusatzversicherungsangebote aufgrund des praktizierten Wettbewerbsprinzips nicht von der Spitalliste gestrichen werden dürfen, besteht kaum eine Möglichkeit, die Kostenspirale in der Krankenversicherung zu bremsen und das Prinzip der sozialen Krankenversicherung wird indirekt geschwächt.

Résumé

En vertu de l'art. 39, al. 1, LAMal, les cantons sont tenus de planifier l'offre des hôpitaux et des établissements médico-sociaux. Ils règlent leur admission en tant que fournisseurs de prestations à la charge de l'assurance maladie sociale au moyen de listes. Cette mesure a pour but d'assurer la coordination des fournisseurs de prestations, l'exploitation optimale des ressources et la maîtrise des coûts. La LAMal laisse aux cantons une grande marge de manœuvre en matière de planification hospitalière. Les pratiques en matière d'admission varient donc beaucoup d'un canton à l'autre. Pour les fournisseurs de prestations, ces différentes interprétations des conditions d'admission de la LAMal peuvent être perçues en tant qu'inégalité de traitement, raison pour laquelle l'art. 53 LAMal prévoit que les listes cantonales peuvent faire l'objet d'un recours auprès du Conseil fédéral.

L'évaluation des effets de la jurisprudence du Conseil fédéral au sujet des listes cantonales des hôpitaux porte sur une évaluation globale de 140 décisions du Conseil fédéral et 4 études de cas. Les résultats sont les suivants :

Quelles sont les plus importantes décisions sur recours en matière de planification hospitalière et de listes des hôpitaux ?

- c) Les décisions au sujet des listes des hôpitaux du canton du Zurich et des deux Bâle ont été considérées comme très importantes. En ce qui concerne la liste des hôpitaux du canton de Zurich, le Conseil fédéral a confirmé une planification très restrictive qui instaure – il s'agit d'une innovation – une distinction entre admission à fournir des soins à la charge de l'assurance obligatoire des soins (liste A) et admission à fournir des soins en divisions privée et semi-privée (liste B). La décision au sujet de la liste commune des deux Bâle est considérée comme exemple parce que, bien qu'admettant la liste commune, elle reconnaît cependant un droit légitime à l'admission sur la liste des hôpitaux aux fournisseurs de prestations qui ne travaillent que dans le domaine des soins pris en charge par les assurances complémentaires (divisions privée et semi-privée).
- d) Les décisions concernant les listes des hôpitaux des cantons d'Argovie, d'Appenzell Rhodes-Extérieures, de Saint-Gall et du Tessin ont été considérées comme importantes. Dans sa décision au sujet de la liste argovienne, le Conseil fédéral a pour la première fois précisé que l'admission de divisions privées et semi-privées ne saurait être subordonnée à la planification des besoins de la population en soins hospitaliers et qu'elle ne peut que

dépendre du respect des conditions en matière d'infrastructure et de prestations qui sont mentionnées à l'art. 39, al. 1, let. a à c, LAMal. La décision au sujet de la liste appenzeloise, précise que la planification doit également tenir compte des divisions privées et semi-privées, mais que, dans ce domaine, la liste ne peut avoir d'autre fonction que celle d'attester l'admission des établissements concernés à fournir des prestations dans de telles divisions. Par cette décision, le Conseil fédéral confirme également la clause du canton siège pour les hôpitaux hors canton : un petit canton n'est pas tenu de procéder à une évaluation systématique des besoins pour les traitements hors canton, il peut se contenter de renvoyer à la liste du canton siège concerné. Le cas du canton de Saint-Gall est considéré comme important car c'est la dernière fois qu'une liste des hôpitaux a été rejetée dans son intégralité. Par la suite, dans sa requête en interprétation, le canton de Saint-Gall a demandé des précisions pour pouvoir effectuer une planification correcte. En ce qui concerne le cas du Tessin, il est important car c'est le premier canton qui a bénéficié d'une nouvelle pratique du Conseil fédéral qui n'a pas refusé dans son intégralité une liste considérée comme insuffisante, mais qui l'a acceptée provisoirement, sous réserve de révision.

Quels ont été les effets de ces décisions sur recours sur la suite de la planification hospitalière ?

Ces décisions du Conseil fédéral ont eu des effets très différents d'un canton à l'autre. La liste des hôpitaux du canton de Zurich qui a été confirmée par le Conseil fédéral a entraîné une réduction importante du nombre de lits, et cela en quelques années seulement. Quant au canton d'Argovie dont la planification associe fortement les hôpitaux privés, il a vu ses efforts récompensés. La confirmation des offreurs privés contestés et le fait de renoncer à limiter leurs offres de prestations ont entraîné un transfert de coûts des pouvoirs publics vers l'assurance maladie qui a connu une hausse des coûts alors que le canton est parvenu à maintenir un niveau de dépenses pratiquement constant. Les réformes planifiées des structures hospitalières fortement régionalisées se heurtent à une importante résistance de la part des supports institutionnels que sont les communes.

Dans les cantons de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne, la décision du Conseil fédéral a provoqué une perte de confiance et une certaine résignation étant donné que l'intervention dans la politique structurelle en principe autonome du canton a été contournée. Le canton s'est ainsi vu retirer le contrôle de l'ampleur des prestations fournies par les offreurs privés. Dans le canton du Tessin, la décision du Conseil fédéral a eu un effet positif. Elle est parvenue à débloquer une situation inextricable. En fixant un délai et des objectifs concrets, elle a

donné aux autorités cantonales un moyen de pression politique envers les partenaires du domaine de la santé, moyen qui a permis de les amener à collaborer aux efforts en matière de planification.

Quelles ont été les répercussions de ces décisions sur recours du point de vue de l'objectif de maîtrise des coûts ?

De l'avis de tous les experts consultés, ce sont uniquement les planifications cantonales et non les décisions du Conseil fédéral à leur sujet qui ont des effets sur les coûts. Les coûts supplémentaires que les assureurs et les assurés – par répercussion sur les primes – ont dû assumer en raison des longs délais de traitement des recours sont le seul effet sur les coûts qui peut directement être attribué à la pratique du Conseil fédéral.

En outre, il faut tenir compte du fait qu'une décision du Conseil fédéral ne peut avoir que des effets indirects sur les coûts par l'intermédiaire des listes des hôpitaux faisant l'objet d'un recours. En raison de son rôle en tant qu'autorité judiciaire, le Conseil fédéral n'exerce pas un contrôle politique actif. Il ne peut en effet qu'agir de manière réactive. Par conséquent, il n'est possible d'évaluer les effets de la jurisprudence du Conseil fédéral sur l'objectif de maîtrise des coûts de la santé qu'en prenant en compte l'ensemble de ses décisions. Un examen de toutes les décisions à ce jour (juillet 2001) permet de déceler les points communs suivants :

D'une manière générale il est possible de constater que le Conseil fédéral a tendance à moins tenir compte des intérêts des cantons que des recours des fédérations d'assureurs et des hôpitaux privés, du canton concerné ou hors canton. Dans ses décisions, le Conseil fédéral met un accent relativement important sur le respect de l'art. 39, al. 1, let. d, LAMal qui prescrit la prise en considération des exploitants privés. De plus, cette vue d'ensemble permet de constater que les décisions du Conseil fédéral ont plutôt eu tendance à empêcher les réductions de capacités prévues par les listes cantonales plutôt qu'à entraîner la fermeture d'hôpitaux supplémentaires.

En résumé, les examens effectués permettent de tirer les conclusions suivantes :

- La pratique du Conseil fédéral consistant à trancher les recours sur la base de critères juridiques et non pas politiques est problématique du point de vue de l'évolution des coûts de la santé. Certes, la procédure en vertu de l'art. 53 LAMal permet effectivement au Conseil fédéral de construire une jurisprudence consistante et cohérente. Elle ne lui permet en revanche pas d'assurer une direction politique au moyen de critères de planification et d'admission clairs. En continuant sur cette voie, le Conseil fédéral peut tout au plus contribuer à l'assainissement des structures au moyen des décisions relevant des tarifs. Dans ce domaine, il peut systématiquement réduire le taux de couverture des

assureurs pour augmenter la pression exercée sur les cantons et les pousser à établir une planification hospitalière permettant de maîtriser les coûts. L'examen permet de penser que le Conseil fédéral devrait revoir sa pratique et assumer une direction politique. La refonte prévue de l'organisation judiciaire sera justement l'occasion qui permettra de procéder à cette adaptation. Avec le recul, il est possible de constater que divers recours auraient pu être évités si la Confédération avait préalablement défini au niveau politique, notamment au moyen d'une ordonnance, les exigences en matière de planification hospitalière. Cette démarche aurait permis de clarifier les questions demeures ouvertes et de renforcer la position politique des cantons chargés d'effectuer la planification hospitalière.

- La jurisprudence du Conseil fédéral en matière de planification hospitalière envoie des signaux cohérents du point de vue juridique mais disparates du point de vue politique. Le fait que le Conseil fédéral renonce à utiliser sa jurisprudence pour intervenir dans l'autonomie cantonale en matière de planification incite les cantons à faire usage de leur marge de manœuvre de différentes manières. Le fait que le Conseil fédéral ait pris des décisions cas par cas, en fonction des recours déposés, n'a facilité ni l'uniformisation des critères de planification, ni l'harmonisation entre les cantons. De plus, en raison de l'absence d'incitations de coordination intercantonale, les cantons demeurent des régions de planification fortement isolées les unes des autres. Cette situation est préjudiciable aux objectifs de la planification hospitalière, c'est-à-dire à la coordination entre fournisseurs de prestations, à l'exploitation optimale des ressources et à la maîtrise des coûts.
- Le présent examen a permis de mettre en évidence que la LAMal contient des incitations inadéquates que le Conseil fédéral fait appliquer au moyen de ses décisions jurisprudentielles. En ce qui concerne la planification hospitalière, deux lacunes concernant l'interprétation de la LAMal par le Conseil fédéral ont pu être identifiées. La première résulte de la séparation opérée entre planification dans le secteur de l'assurance obligatoire des soins d'une part et marché dans le secteur des assurances complémentaires d'autre part. Les cantons sont dans l'impossibilité de parvenir à une maîtrise des coûts conséquente et globale puisque les divisions privée et semi-privée peuvent également fournir des prestations à la charge de l'assurance de base et qu'il n'est pas possible de limiter l'offre dans ce domaine. En ne supprimant pas la frontière floue qui délimite la zone de marché de la zone à planification et en obligeant les cantons à tenir compte des offreurs privés, les décisions correspondantes du Conseil fédéral ont plutôt tendance à faire augmenter les coûts. La seconde lacune identifiée concerne la coordination intercantonale prévue par la LAMal, mais contrecarrée par cette même loi. L'art. 41, al. 3, LAMal incite fortement les cantons à minimiser, pour des raisons financières, la part des traitements hors de leurs frontières et à faire en sorte que l'offre de

prestations sur leur propre territoire soit la plus complète possible. En d'autres termes, les cantons sont fortement incités à procéder à une planification hospitalière basée sur un principe autarcique, donc de manière non coordonnée. La jurisprudence du Conseil fédéral porte donc sur des planifications visant une exploitation optimale des ressources d'un canton en particulier et, partant, ne peut guère inciter à une coordination intercantonale.

- Comme les facteurs qui déterminent les coûts ne sont pas les lits disponibles mais les prestations fournies, l'instrument de la planification de la capacité ne permet pas d'atteindre l'objectif en matière de maîtrise des coûts. Les seules réductions de capacité ne peuvent pas développer leurs effets sur les coûts étant donné qu'il y a, d'une part, transfert du domaine des soins hospitaliers vers celui des soins ambulatoires et que, d'autre part, la réduction du nombre de lits du secteur public est compensée par une augmentation du nombre de lits offerts par les fournisseurs de soins du secteur privé. Si, au nom du respect du principe de la concurrence, les offres relevant exclusivement du domaine des assurances complémentaires ne peuvent pas être enlevées des listes d'hôpitaux, il ne sera guère possible de freiner la spirale ascendante des coûts dans l'assurance maladie, ce qui affaiblira indirectement le principe de l'assurance maladie sociale.

Inhalt

1	EINLEITUNG.....	3
1.1	AUSGANGSLAGE.....	3
1.2	AUFTRAG.....	3
1.3	AUFBAU DES BERICHTS.....	4
2	PROBLEMSTELLUNG	5
2.1	DIE KOSTENENTWICKLUNG IM SPITALWESEN	5
2.2	SPITALLISTEN UND BESCHWERDEN AN DEN BUNDESRAT.....	6
2.3	DIE KOSTENRELEVANZ DER SPITALPLANUNG	8
2.4	AUSWIRKUNGEN DER BESCHWERDEENTSCHEIDE	10
3	VORGEHEN.....	13
4	DIE BUNDESRÄTLICHE PRAXIS	15
4.1	HÄUFIGKEITSAUSZÄHLUNGEN	16
4.1.1	<i>Beschwerdeführer.....</i>	<i>16</i>
4.1.2	<i>Gegenstand der Beschwerden.....</i>	<i>16</i>
4.1.3	<i>Zentrale Forderung der Beschwerde.....</i>	<i>17</i>
4.1.4	<i>Argument für die Hauptforderung.....</i>	<i>18</i>
4.1.5	<i>Entscheid des Bundesrats.....</i>	<i>18</i>
4.1.6	<i>Begründung des bundesrätlichen Entscheids</i>	<i>19</i>
4.1.7	<i>Auswirkungen der Entscheide.....</i>	<i>19</i>
4.2	RESULTATE DER KREUZTABELLIERUNG	21
4.2.1	<i>Beschwerdeführer.....</i>	<i>21</i>
4.2.2	<i>Gegenstand der Beschwerde.....</i>	<i>22</i>
4.2.3	<i>Zentrale Forderung der Beschwerde.....</i>	<i>23</i>
4.2.4	<i>Argument in Bezug auf die Hauptforderung.....</i>	<i>24</i>
4.2.5	<i>Bundesratsentscheide in Bezug auf die Hauptforderung.....</i>	<i>25</i>
4.3	GESAMTEINSCHÄTZUNG.....	26
5	FALLSTUDIEN IN VIER AUSGEWÄHLTEN KANTONEN.....	29
5.1	WAHL DER FÄLLE UND VORGEHEN.....	29
5.2	FALLSTUDIE ZÜRICH	32
5.2.1	<i>Die Zürcher Spitalliste 1998.....</i>	<i>32</i>
5.2.2	<i>Die Beschwerden von fünf Regionalspitälern gegen die Zürcher Spitalliste 1998.....</i>	<i>33</i>
5.2.3	<i>Die Beschwerdeentscheide des Bundesrates vom 17. Februar 1999.....</i>	<i>34</i>
5.2.4	<i>Die Folgen der Beschwerdeentscheide.....</i>	<i>35</i>
5.2.5	<i>Gesamteinschätzung.....</i>	<i>40</i>

5.3	FALLSTUDIE AARGAU	41
5.3.1	<i>Die Aargauer Spitalliste 1998</i>	41
5.3.2	<i>Die Beschwerde des Aargauischen Krankenkassen-Verbands gegen die Aargauer Spitalliste 1998</i>	42
5.3.3	<i>Der Beschwerdeentscheid des Bundesrates vom 17. Februar 1999</i>	42
5.3.4	<i>Die Folgen des Beschwerdeentscheids</i>	43
5.3.5	<i>Gesamteinschätzung</i>	48
5.4	FALLSTUDIE BASEL	49
5.4.1	<i>Die Spitalliste 1998 der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft für somatische Akutmedizin</i>	49
5.4.2	<i>Die Beschwerden von drei Privatkliniken gegen die Spitalliste 1998 der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft</i>	50
5.4.3	<i>Die Beschwerdeentscheide des Bundesrates vom 23. Juni 1999</i>	50
5.4.4	<i>Die Folgen der Beschwerdeentscheide</i>	51
5.4.5	<i>Gesamteinschätzung</i>	56
5.5	FALLSTUDIE TESSIN	57
5.5.1	<i>Die Tessiner Spitalliste</i>	57
5.5.2	<i>Die Beschwerde des Tessiner Krankenkassenverbandes</i>	57
5.5.3	<i>Der Bundesratsentscheid vom 3. Mai 2000</i>	58
5.5.4	<i>Die Folgen des Beschwerdeentscheids</i>	59
5.5.5	<i>Gesamteinschätzung</i>	64
5.6	VERGLEICH DER FÄLLE	65
6	ZUSAMMENFÜHRUNG DER ERGEBNISSE UND BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGEN.....	68
7	SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	74
	GLOSSAR	77
	INTERVIEWPARTNER.....	78
	DOKUMENTE.....	79
	BIBLIOGRAPHIE	80
	LISTE DER UNTERSUCHTEN BUNDESRATSSENTSCHEIDE.....	81

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) verlangt von den Kantonen die Angebotsplanung von Spitälern und Pflegeheimen. Spitäler und Pflegeheime sind gemäss Art. 39 Abs. 1 KVG dann zur Leistungserbringung zu Lasten der sozialen Krankenversicherung zugelassen, wenn sie den drei fachlichen Kriterien 'ausreichende ärztliche Betreuung' (Bst. a), 'erforderliches Fachpersonal' (Bst. b) und 'zweckentsprechende medizinische Einrichtungen' (Bst. c) sowie den beiden Planungskriterien genügen, dass sie der von einem oder mehreren Kantonen aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen (Bst. d) und auf der Spitalliste eines Kantons aufgeführt sind (Bst. e). Vor allem die beiden letztgenannten Zulassungskriterien sollen gemäss Botschaft des Bundesrats zum KVG (Bundesrat 1991) eine Koordination der Leistungserbringer, eine optimale Ressourcennutzung und eine Eindämmung der Kosten bewirken.

Im Gegensatz zu Tarifverträgen, die zwischen Krankenkassen und Spitälern ausgehandelt werden und bei denen die kantonalen Regierungen die vorletzte Rekursinstanz vor dem Bundesrat darstellen, handelt es sich bei den Spitallisten um ein eigenes und direktes Planungsinstrument der Kantonsregierungen. Der grosse Handlungsspielraum bei der Spitalplanung, den das KVG den Kantonen eröffnet, führt zu interkantonal sehr stark variierenden Zulassungspraktiken. Diese unterschiedlichen Interpretationen der Vorgaben des KVG können von Leistungsanbietern als Ungleichbehandlung wahrgenommen werden, weshalb gemäss Art. 53 KVG gegen die Spitallisten der Kantone Beschwerde an den Bundesrat erhoben werden kann. Der Bundesrat soll als Letztinstanz laut Gesetz innerhalb von vier Monaten über die Beschwerde entscheiden.

1.2 Auftrag

Für die Inspektion der Geschäftsprüfungskommission des Ständerats (GPK-S) zur Kostendämpfung in der Krankenversicherung untersucht die Parlamentarische Verwaltungskontrolstelle des Bundes (PVK) die Frage, über welche Handlungsspielräume zur Umsetzung des Kostendämpfungsziels die Träger der Bundes verfügen und wie sie diese bis anhin genutzt haben. Im Rahmen dieses Projekts hat die PVK die vorliegende Studie in Auftrag gegeben, die mit der Beantwortung der folgenden Fragen es der GPK-S ermöglichen soll, Empfehlungen für die künftige Umsetzung zuhanden des Bundesrats zu formulieren.

Hauptfrage: Wie hat sich die bundesrätliche Rechtsprechung auf die kantonale resp. interkantonale Spitalplanung gemäss Art. 39 Abs. 1 Bst. d und e ausgewirkt?

Unterfragen:

- Welches sind die wichtigsten Beschwerdeentscheide in Sachen Spitalplanung und -listen?
- Wie hat der Bundesrat in besagten Fällen entschieden?
- Wie haben sich diese Beschwerdeentscheide auf die weitere Spitalplanung (evtl. in ausgewählten Kantonen) ausgewirkt?
- Welche Auswirkungen zeitigten diese Beschwerdeentscheide hinsichtlich der Zielsetzung der Kostendämpfung?

1.3 Aufbau des Berichts

Die Studie ist wie folgt aufgebaut: In einem ersten Schritt wird die Problemstellung der Spitalplanung im KVG inhaltlich aufbereitet (Kapitel 2). Anschliessend wird das methodische Vorgehen zur Beantwortung der Untersuchungsfragen dargelegt (Kapitel 3), das aus zwei Schritten besteht: Einerseits der gesamthaften Analyse der bisherigen Beschwerdeentscheide des Bundesrats, die im anschliessenden Kapitel 4 durchgeführt wird. Andererseits werden in Kapitel 5 vier betroffene Kantone in einem komparativen Fallstudiendesign einander gegenüber gestellt. Im darauffolgenden Kapitel 6 werden die Erkenntnisse zusammengeführt und die Forschungsfragen beantwortet. In Kapitel 7 werden abschliessend Schlussfolgerungen gezogen.

2 Problemstellung

2.1 Die Kostenentwicklung im Spitalwesen

Tabelle 1 zeigt die Kostenentwicklung im Spitalwesen von 1996 bis 1999, aufgeschlüsselt nach den beiden hauptsächlichen Finanzierungsträgern, der öffentlichen Hand, d.h. Kantone und Gemeinden, sowie der obligatorischen Krankenversicherung. Nicht berücksichtigt sind die privaten Zusatzversicherungen, für welche keine Daten vorhanden sind.

Tabelle 1: Kostenentwicklung im Spitalwesen 1996 bis 1999

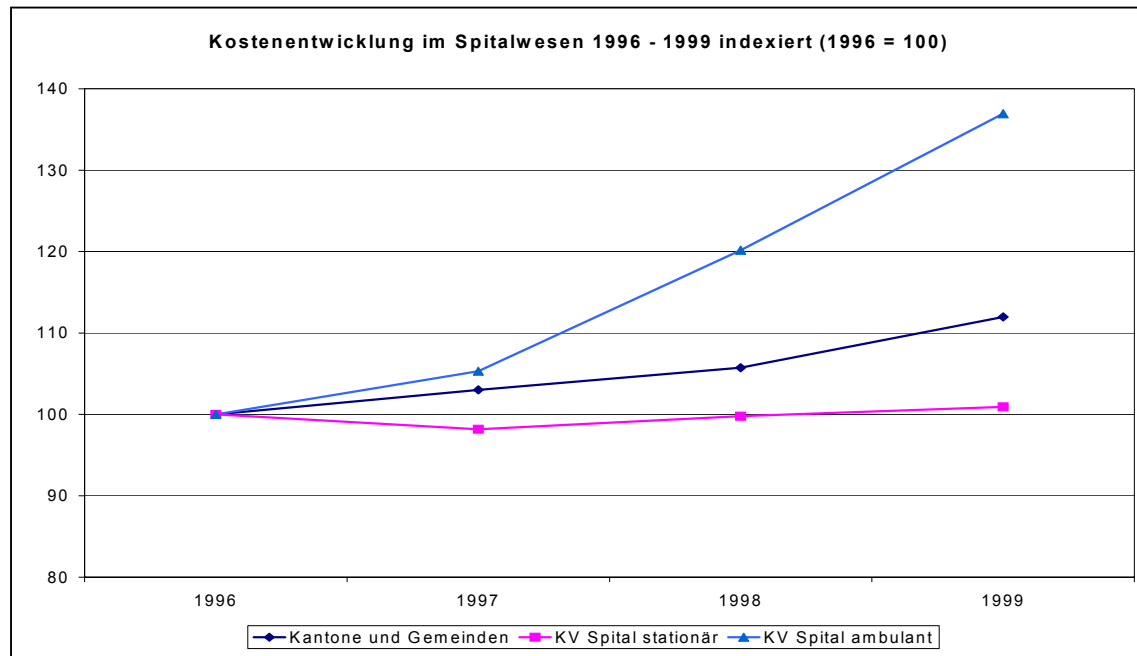
	1996	1997	1998	1999	96-99
Ausgaben von Kantonen und Gemeinden (in Mio. Fr.)	3'585,7	3'693,6	3'791,3	4'015,0	-
Veränderung zum Vorjahr	-	3.0%	2.6%	5.9%	12.0%
Krankenversicherung 'Spital stationär' (in Mio. Fr.)	3'578,2	3'512,6	3'570,5	3'611,3	-
Veränderung zum Vorjahr	-	-1.8%	1.6%	1.1%	0.9%
Krankenversicherung 'Spital ambulant' (in Mio. Fr.)	1'084,1	1'141,6	1'302,8	1'484,6	-
Veränderung zum Vorjahr	-	5.3%	14.1%	14.0%	36.9%

Quellen: Öffentliche Ausgaben: Eidgenössische Finanzverwaltung/BFS (www.statistik.admin.ch)
Versicherungskosten: Statistik/Prämiengenehmigung BSV (1996, 1997: Schätzungen)

Die Total rund acht bis neun Milliarden Franken, die von der öffentlichen Hand und der Krankenversicherung im Spitalwesen ausgegeben werden, entsprechen ungefähr 20% der gesamten jährlichen Kosten im Gesundheitswesen. Aus Tabelle 1 sowie Abbildung 1 geht hervor, dass die Spitalausgaben von Kantonen und Gemeinden zwischen 1996 und 1999 um 12 % zugenommen haben, während die Kosten für stationäre Spitalbehandlungen in der obligatorischen Krankenversicherung praktisch stagniert haben. Aussergewöhnlich hoch ist hingegen der Anstieg der Versicherungskosten für ambulante Spitalbehandlungen, die innerhalb dreier Jahre um 37% gestiegen sind.

Ein wesentlicher Grund für das Wachstum der Kosten im ambulanten Bereich ist die Verlagerung von Spitalbehandlungen vom stationären in den ambulanten Sektor, wo sie vollumfänglich von der Krankenversicherung übernommen werden müssen, während stationäre Behandlungen von der öffentlichen Hand mitfinanziert werden. Es ist davon auszugehen, dass einerseits der medizinische Fortschritt in der Behandlungsmethodik, andererseits die Tatsache, dass ein ambulanter Eingriff weniger Kosten verursacht als eine stationäre Behandlung, diese Verlagerung fördern.

Abbildung 1: Entwicklung der Kosten im Spitalwesen 1996-1999



2.2 Spitallisten und Beschwerden an den Bundesrat

Spitäler und Pflegeheime sind gemäss Art. 39 Abs. 1 KVG dann zur Leistungserbringung zu Lasten der sozialen Krankenversicherung zugelassen, wenn sie den drei fachlichen Kriterien 'ausreichende ärztliche Betreuung' (Bst. a), 'erforderliches Fachpersonal' (Bst. b) und 'zweckentsprechende medizinische Einrichtungen' (Bst. c) sowie den beiden Planungskriterien genügen, dass sie der von einem oder mehreren Kantonen aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen (Bst. d) und auf der Spitalliste eines Kantons aufgeführt sind (Bst. e). Dieser Artikel stellt gemäss der Botschaft des Bundesrats zur Revision der Krankenversicherung den gesetzlichen Rahmen zur Verfügung, damit mittels der Spitalplanung "ein wichtiger Schritt in Richtung Koordination der Leistungserbringer, optimale Ressourcennutzung und Eindämmung der Kosten getan werden" kann (Bundesrat 1991: 75).

Die Spitalplanung ist ein kantonaler Prozess, der die Ermittlung des Bedarfs an stationärer Spitalversorgung in einem Kanton und die Festlegung der Kapazitäten, die zu dessen Deckung nötig sind, umfasst. Auf dieser Grundlage erstellen die Kantone ihre Spitalliste. Diese bezeichnet diejenigen Krankenhäuser bzw. Abteilungen, die zur Leistungserbringung zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen sind und hat private Anbieter angemessen zu berücksichtigen (Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG).

Das KVG und seine Ausführungsverordnungen enthalten keine Bestimmungen darüber oder Hinweise darauf, wie eine gesetzeskonforme Planung und das darauf beruhende Zulassungssystem auszusehen haben. Deshalb obliegt die Festlegung der Auswahlkriterien und der Aufnahmebedingungen in die Spitalliste sowie deren Gestaltung den Kantonen.¹ Diese haben Art. 39 Abs. 1 KVG denn auch unterschiedlich interpretiert, was zu 26 "kantonalen Lösungen" in der Zulassungspraxis von Leistungserbringern geführt hat (Müller 1999: 318).

Gegen die Spitalliste kann beim Bundesrat Beschwerde erhoben werden (Art. 53 KVG). Zur Beschwerde berechtigt sind betroffene Kliniken und Spitäler, Krankenversicherer und Individuen, d.h. Patienten bzw. Versicherte (Ayer 2000: 7). Als Beschwerdeinstanz ist der Bundesrat gezwungen, die KVG-konforme Interpretation der Zulassungskriterien zu liefern (Müller 1999: 318). Er kann eine Spitalliste stützen, aufheben oder unter Vorbehalt genehmigen mit der Auflage, in einem bestimmten Zeitraum gewisse Anpassungen vorzunehmen. Der Bundesrat trägt somit durch seine Rechtsprechung zur Konkretisierung der Grundsätze und Kriterien der Spitalplanung bei, greift aber auch materiell in die kantonalen Planungen ein, wenn er über die Zulassung von Spitälern entscheidet. Dies ist dann der Fall, wenn Spitäler mittels einer Beschwerde beantragen, auf die Spitalliste eines bestimmten Kantons gesetzt zu werden, oder wenn Krankenversicherer die Streichung von kassenpflichtigen Leistungsangeboten von einer Liste fordern.

Beschwerdeentscheide des Bundesrats zu einer konkreten Spitalliste zeigen somit theoretisch auf zwei Ebenen Auswirkungen:

- Sie sanktionieren die jeweilige kantonale Spitalliste und beeinflussen so in direkter Weise die stationären Versorgungsstrukturen des betreffenden Kantons.
- Sie leisten eine juristische Interpretation der KVG-Bestimmungen und konkretisieren dadurch die Zulassungskriterien der kantonalen Spitallisten, was mitunter die Vereinheitlichung der kantonalen Zulassungspraxis begünstigt.

Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass der Bundesrat nicht zu jeder kantonalen Spitalliste einen Entscheid fällen muss, sondern nur, wenn dagegen Beschwerde erhoben wird, und dass die Wahrscheinlichkeit einer Beschwerde von verschiedenen Faktoren abhängig ist, so z.B. vom Ausmass der angestrebten Veränderungen, vom Anteil privater Anbieter im Kanton, vom Verhalten der Spitäler und der Versicherer sowie von der Ausgestaltung des Planungsprozesses durch den Kanton.

¹ Die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) hat am 12. März 1997 ihre "Empfehlungen zur Spitalplanung, zur Spitalliste und zur Pflegeheimliste nach Artikel 39 KVG" verabschiedet.

2.3 Die Kostenrelevanz der Spitalplanung

Tabelle 2 gibt einen Überblick über das geltende Finanzierungssystem. Aufgrund der komplexen Strukturen in der Spitalträgerschaft und –finanzierung, der verschiedenen bestehenden Versicherungsmodelle (obligatorische Krankenversicherung und private Zusatzversicherung) sowie der interkantonal verflochtenen Patientenströme ergeben sich aus der Notwendigkeit zur Spitalplanung und der Bezeichnung der kassenpflichtigen Anbieter für die Kantone verschiedene Abgrenzungsprobleme. Für Ayer (2000: 9) sind in der Spitalplanung die folgenden Grundfragen von Bedeutung: die Art der Liste für inner- und ausserkantonale Institutionen, die Ermittlung des Bedarfs der Bevölkerung, die Zuteilung von Leistungsaufträgen und die Planung von privaten und halbprivaten Abteilungen. Da die Spitalplanung als Kostendämpfungsinstrument konzipiert ist, kommt der Klärung dieser Fragen eine hohe Relevanz für die Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen zu.

Indem die bundesrätliche Rechtsprechung die KVG-Bestimmungen zur Spitalplanung konkretisiert, beeinflusst sie auch wichtige Determinanten der Spitalkosten und deren Aufteilung zwischen öffentlicher Hand und der Krankenversicherung. Während die Grundversorgung von den Kantonen und der obligatorischen Krankenversicherung finanziert wird, werden darüber hinaus gehende Leistungen von privaten Zusatzversicherungen bezahlt. Die Kostendämpfung soll deshalb gemäss der Konzeption des Bundesrates im Bereich der Grundversicherung über interventionistische Planungsinstrumente, im Zusatzversicherungsbereich über den Wettbewerb der Anbieter auf dem freien Markt erfolgen (Müller 1999: 318).

Diese Konzeption ist zu einem wesentlichen Teil damit begründet, dass die gesetzliche Grundlage der Spitalplanung, das KVG, nur den Bereich der obligatorischen Krankenversicherung regelt, die Zusatzversicherungsangebote jedoch dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG; SR 221.229.1) unterstehen. Aus der Überschneidung von Grund- und Zusatzversicherung bei Spitalaufenthalten in halbprivaten oder privaten Abteilungen ergibt sich allerdings eine wesentliche Regelungslücke, weil zusatzversicherte Patienten Anspruch auf den sogenannten Sockelbeitrag haben, d.h. auf jenen Anteil der Kosten, die auch eine Behandlung in der allgemeinen Abteilung verursachen würde (Müller 1999: 318). Die Frage der Behandlung von halbprivaten oder privaten Abteilungen in die Spitalliste bzw. der Abgrenzung von Planung und Markt hat somit eine zentrale kostenrelevante Bedeutung, weil sie nicht nur über die Aufteilung der Finanzierung zwischen der öffentlichen Hand und der Krankenversicherung entscheidet, sondern auch über den Handlungsspielraum der Kantone bei der Kostendämpfung. Während das Zulassungssystem der Spitalplanung ein Steuerungsinstrument darstellt, mittels dessen die Kantone Einfluss auf das Versorgungsangebot nehmen können, besteht im Bereich des freien Markts keine Steuerungsmöglichkeit.

Tabelle 2: Geltendes Finanzierungssystem bei medizinisch indizierten Behandlungen in Listenspitälern gemäss KVG

	Nur Grundversicherte (allg. Abteilung)		Zusatzversicherte (HP/P-Abteilung)	
Kostenträger:	innerkantonal	ausserkantonal	innerkantonal	ausserkantonal
Kanton / Gemeinde	öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler: mindestens 50% der anrechenbaren Betriebskosten der allgemeinen Abteilung sowie Investitionskosten	öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler: in Rechnung gestellte Kosten (ausserkantonaler Tarif) des behandelnden Spitals abzüglich Anteil der Grundversicherung		öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler: in Rechnung gestellte Kosten (ausserkantonaler Tarif) des behandelnden Spitals abzüglich Anteil der Grundversicherung
Grundversicherung	öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler: höchstens 50% der anrechenbaren Betriebskosten der allgemeinen Abteilung Privatspital: anrechenbare Betriebs- und Investitionskosten (Kostendeckungsgrad unbestimmt) der allgemeinen Abteilung	Kosten nach dem Tarif des behandelnden Spitals für KantonsinwohnerInnen in der allgemeinen Abteilung	öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler: höchstens 50% der anrechenbaren Betriebskosten der allgemeinen Abteilung Privatspital: anrechenbare Betriebs- und Investitionskosten (Kostendeckungsgrad unbestimmt) der allgemeinen Abteilung	Kosten nach dem Tarif des behandelnden Spitals für KantonsinwohnerInnen in der allgemeinen Abteilung
Zusatzversicherung			öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler: mindestens 50% der anrechenbaren Betriebskosten sowie Investitionskosten Behandlung in der Halbprivat- oder Privatabteilung (Zusatzkosten für Hotellerie, Chefarztbetreuung, freie Arztwahl im Spital etc.)	Zusatzkosten für Behandlung in der Halbprivat- oder Privatabteilung (Hotellerie, Chefarztbetreuung, freie Arztwahl im Spital etc.)

Bemerkungen:

- innerkantonal: Das behandelnde Spital ist auf der Spitalliste des Kantons (integrale Liste oder Liste A bei einer geteilten Liste) aufgeführt.
- ausserkantonal: Behandlung medizinisch indiziert oder vom Wohnkanton genehmigt; Unfall/Notfall
- Nicht aufgeführt sind die Kosten für Lehre und Forschung, die von der öffentlichen Hand, aber auch von privater Seite finanziert werden. Weder von der öffentlichen Hand noch von der Grund- oder Zusatzversicherung gedeckte Behandlungskosten fallen beim Patienten an.
- Medizinisch nicht indizierte ausserkantonale Behandlungen werden nach anderen Regeln abgegolten.

Quellen: Ayer (2000: 26) und Furrer (1999: 181).

2.4 Auswirkungen der Beschwerdeentscheide

Hinsichtlich der kostenrelevanten Konsequenzen der bundesrätlichen Rechtsprechung zur Spitalplanung kann unter Berücksichtigung der in Abschnitt 2.2 erläuterten Wirkungsebenen zwischen direkten und indirekten intendierten Auswirkungen² unterschieden werden:

- *Direkte Auswirkungen:* Die Spitallisten der Kantone beinhalten diejenigen Institutionen, die zu Lasten der Krankenversicherung Versorgungsleistungen im stationären Bereich erbringen dürfen. Indem die Kantone einzelne Abteilungen oder Krankenhäuser nicht auf ihre Liste setzen, können sie überflüssige Kapazitäten abbauen. Diese Entscheide sind aber beim Bundesrat anfechtbar. Somit stellt sich die Grundsatzfrage, ob die jeweiligen Bundesratsentscheide den Kapazitätenabbau stützen oder aufheben, bzw. den Erhalt bestehender Kapazitäten stützen oder weiteren Abbau fordern (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Direkte Auswirkungen von Beschwerdeentscheiden des Bundesrats

	<i>Liste wird geschützt</i>	<i>Liste wird aufgehoben oder muss überarbeitet werden</i>
<i>Liste sieht Kapazitätsabbau vor</i>	→ Kapazitätsabbau wie vorgesehen (1)	– weiterer Abbau verlangt (3) – Schutz rekurrierender Institutionen (4) → Status quo ante
<i>Liste sieht keinen Kapazitätsabbau vor (Status quo)</i>	→ Status quo (2)	– Abbau verlangt (5)

In den Fällen 1, 3 und 5 wird von einer kostendämpfenden Wirkung des Bundesratsentscheides ausgegangen, weil er zum Abbau von festgestellten Überkapazitäten und damit zumindest zur Reduktion der Fixkosten führt. Wird jedoch eine kantonale Liste geschützt, die den Status quo festschreibt (Fall 2) oder werden die Beschwerden rekurrierender Institutionen, die der Kanton von der Spitalliste ausschliessen wollte, gutgeheissen und der Kanton angewiesen, die betreffenden Spitäler auf die Liste zu setzen (Fall 4), trägt der Bundesratsentscheid nicht zur Kostendämpfung bei, weil er den Status quo schützt.³

² Neben den intendierten Auswirkungen, also dem Soll-Zustand, wird der Ist-Zustand auch wesentlich von nicht intendierten Effekten geprägt. Auf diese nicht vorgesehenen Folgen der bundesrätlichen Rechtsprechung wie bspw. die Verlagerung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich oder die Kompensation abgebauter Betten durch die Aufstockung im privaten/halbprivaten Bereich wird in der Diskussion der Fallstudien im Empirieteil in Kapitel 5 eingegangen.

³ Fall 4 ist insofern zu differenzieren, als der Bundesrat bei mehreren Beschwerden gegen dieselbe Liste gleichzeitig einen Teil des vorgesehenen Kapazitätsabbaus stützen und die zusätzliche Berücksichtigung rekurrierender Spitäler verfügen kann.

- *Indirekte Auswirkungen:* Indem der Bundesrat in seiner Rechtsprechung die im KVG nicht näher definierten Zulassungskriterien konkretisiert, leistet er eine materiell massgebliche, KVG-konforme Interpretation unbestimmter Rechtsbegriffe (Müller 1999: 318). Dadurch wäre an sich zu erwarten, dass er die Varianz der kantonalen Auslegung der Spitalplanung verringert und so Anreize zu einer kantonsübergreifenden Vereinheitlichung der Planungsgrundlagen und –kriterien setzt. Weil nach wie vor die wenigsten Kantone bei der Spitalplanung zusammenarbeiten und nur gerade Basel-Stadt und Basellandschaft eine gemeinsame Spitalliste führen⁴, sind die Kantone nach wie vor weitgehend als isolierte Planungsregionen aufzufassen (vgl. Rothenbühler 1999: 15ff.). Über eine Harmonisierung der Planungskriterien und implizit gesetzte Anreize, z.B. durch die Pflicht zum Einbezug der interkantonalen Patientenströme in die Planung, kann der Bundesrat den Interpretations- und Handlungsspielraum der Kantone einschränken und sie zur interkantonalen Koordination der Leistungserbringung, zur optimalen Ressourcennutzung und dadurch zur Kostendämpfung anregen.

Ausgehend von der Prämisse, dass ein Planungsergebnis umso effizienter – und damit kostendämpfender – ist, je stärker sich die beteiligten Akteure koordinieren und je klarer die Vorgaben sind, können zu den indirekten Auswirkungen deduktiv die folgenden Annahmen formuliert werden, die als Interpretationshilfen bei der Diskussion der bundesrätlichen Praxis dienen:⁵

- Klare, einheitliche Richtlinien an die Kantone, wie ihre Spitallisten zu gestalten sind, haben einen grösseren Kostendämpfungseffekt zur Folge als fallbezogene, inkohärente Einzelentscheide.
- Je mehr Anreize zu überkantonomer Koordination gesetzt werden, desto stärker fällt der Kostendämpfungseffekt aus.
- Je multilateraler die überkantonale Koordination ausfällt, d.h. je mehr Kantone sich miteinander koordinieren, desto stärker fällt der Kostendämpfungseffekt aus.

⁴ Die gemeinsame Liste gilt lediglich für den Bereich der somatischen Akutmedizin, vgl. Abschnitt 5.4.

⁵ Es handelt sich bei diesen Annahmen also nicht um eigentliche Hypothesen, die selber getestet werden, sondern um in der Literatur abgestützte und plausible Thesen, die benutzt werden, um die Ergebnisse aus der Empirie an die Frage der Kostendämpfung zu knüpfen.

Die Rechtsprechung des Bundesrates zur Spitalliste findet zusammenfassend in einem doppelten Spannungsfeld statt. Erstens muss der Bundesrat mit seinen Entscheiden die Trennung von Markt und interventionistischer Planung festsetzen und zweitens ist es an ihm, als letzte Rekursinstanz über die KVG-Konformität bei der Erfüllung der Zulassungskriterien für Leistungsangebote der Grundversicherung zu entscheiden und so eine gewisse nationale Harmonisierung zu erreichen.⁶ Beide Dimensionen betreffen direkt oder indirekt die Frage der Kostendämpfung.

Hinsichtlich der Kostenwirksamkeit der Bundesratsentscheide gilt es ausserdem den Umstand zu berücksichtigen, dass die Kosten des Gesundheitswesens einer starken Wachstumsdynamik ausgesetzt sind, die nicht allein von den Angebotsstrukturen der stationären Spitalversorgung abhängig ist, sondern auch von der Nachfrage nach deren Dienstleistungen. Diese ergibt sich jedoch nicht vollständig aus dem Angebot, sondern unterliegt anderen, von der Spitalplanung unabhängigen Einflussfaktoren wie beispielweise der Altersquote, dem Urbanitätsgrad, der Arbeitslosigkeit, dem Volkseinkommen oder kulturellen Faktoren (Rüefli und Vatter 2001). Insofern ist nicht zu erwarten, dass die bundesrätliche Rechtsprechung eine direkte kostendämpfende Wirkung entfaltet. Hingegen ist anzunehmen, dass die politischen Steuerungsversuche zu gewissen Strukturbereinigungen führen, welche die Kostenentwicklung nicht aufhalten, aber zumindest etwas dämpfen können. Das Ziel der Kostendämpfung ist somit zu relativieren und als Kostenanstiegsdämpfung aufzufassen.

⁶ Ayer (2000) hält hierzu fest: "L'analyse des décisions prises sous cet angle par le Conseil fédéral est ainsi empreint d'incertitude pour les cantons qui cherchent à s'en inspirer lors de l'élaboration de leur planification hospitalière. Ils n'ont que peu de garantie sur le fait que les principes généraux énoncés par le Conseil fédéral seront appliquées de la même manière dans le cadre d'un les concernant directement."

3 Vorgehen

Für die Untersuchung der vorgegebenen Fragestellungen wird ein zweistufiges Forschungsdesign gewählt: In einem ersten Schritt werden mit einer Gesamterhebung die Bundesratsentscheide zu Beschwerden gegen kantonale Spitallisten ausgewertet. In einem zweiten Schritt werden anhand eines Vergleichs ausgewählter Entscheide in vertieften Fallstudien die Wirkungen der bundesrätlichen Rechtsprechungspraxis untersucht.

Es handelt sich dabei um zwei komplementäre Analyseschritte, die nicht aufeinander aufbauen, sondern in sich geschlossen Resultate liefern, die sich ergänzen und die in einer Synthese zusammengeführt werden.

1. Schritt: Auswertung der bisherigen Bundesratsentscheide

In einem ersten Schritt werden die bundesrätlichen Outputs, d.h. die gesammelten Beschwerdeentscheide des Bundesrats vergleichend nach einheitlichen Kriterien ausgewertet. Übergeordnet ist die Frage, ob der Entscheid im Sinne des Beschwerdeführers oder des Kantons war. Durch eine systematische Auswertung der bisherigen Entscheide des Bundesrates sollen verlässliche Aussagen über das Verhalten des Bundesrates in seinen Beschwerdeentscheidungen sowohl über seine Kohärenz als auch über seine Ausrichtung in den einzelnen Fragen gemacht werden.

Das Bundesamt für Justiz, dessen Abteilung für Beschwerden an den Bundesrat für die Behandlung der Beschwerden zuständig ist, stellte zu diesem Zweck die bisherigen Bundesratsentscheide zur Verfügung. Diese 140 Entscheide wurden nach einem einheitlichen Raster kodiert und vergleichend ausgewertet. Die Resultate dieser Analyse werden im nächsten Kapitel vorgestellt. Sie geben eine Übersicht über die bisherige Praxis des Bundesrats. Die Resultate der Auswertung der Bundesratsentscheide wurden in mehreren Validierungsgesprächen auf Bundesebene diskutiert.

2. Schritt: Wirkungsanalyse ausgewählter Bundesratsentscheide

Der zweite Schritt besteht in der qualitativen Analyse der Auswirkungen der bundesrätlichen Beschwerdeentscheide auf die Spitalplanung in den betroffenen Kantonen. Hierzu wird ein komparatives Fallstudiendesign angewandt.

Für die Auswahl der Fälle wird zuerst eine systematische Auswertung von Expertenmeinungen zur Bedeutung einzelner Bundesratsentscheide durchgeführt. Aus den so identifizierten Entscheiden, werden die Testfälle ausgesucht. Gewählt wurden die folgenden Kantone bzw. Bundesratsentscheide:

Kanton Zürich: Entscheide vom 17.2.99 zu Beschwerden von sechs innerkantonalen Regionalspitalern (veröffentlicht als KV 72 in RKUV 3/1999). Der Bundesrat unterstützt die kantonalen Massnahmen der Spitalplanung und schützt den Abbau von Überkapazitäten durch Schliessung von öffentlichen Regionalspitalern.

Kanton Aargau: Entscheid vom 17.2.99 zur Beschwerde des kantonalen Krankenversichererverbands. Der Bundesrat stützt die kantonale Planung, obwohl sie weitgehend den Status quo festschreibt und keine Strukturanpassungen vorsieht. (Gegenbeispiel zu ZH)

Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft: Entscheid vom 23.6.99 zur Beschwerde der privaten Josefsklinik (veröffentlicht als KV 84 in RKUV 4/1999). Der Bundesrat verpflichtet den Kanton, auch Kliniken, die nur Zusatzversicherten behandeln, auf seiner integralen Liste aufzuführen und verwehrt die Schliessung der privaten Josefsklinik.

Kanton Tessin: Entscheid vom 3.5.00 zur Beschwerde des kantonalen Versicherungsverbandes. Sonderfall, da der private Sektor über 50% der Spitalkapazitäten stellt und gemäss Spitalplanung weitere Überkapazitäten abgebaut werden müssen.

Als Vorgehen zur Untersuchung der Auswirkungen der Bundesratsentscheide wird im zweiten Schritt eine Methodenkombination nach den Standards der qualitativen Sozialforschung gewählt. Es wurden einerseits die relevanten Dokumente sowie verfügbare Sekundärdaten zu den Gesundheitskosten in den Kantonen gesichtet und ausgewertet und andererseits Experteninterviews durchgeführt.

4 Die bundesrätliche Praxis

Die bundesrätliche Entscheidungspraxis im Falle der Spitallisten lässt sich nach Angaben des Bundesamts für Justiz, Abteilung für Beschwerden an den Bundesrat, in drei Phasen teilen:

- Beschwerden bis 1997: Bis Ende 1997 dauerte die Übergangsfrist zur Erstellung der Spitalliste, d.h. die seit dem Inkrafttreten des KVG bestehende Planungspflicht galt de facto erst ab 1998. Die bundesrätliche Rechtsprechung beschränkte sich in der Zeit bis Ende 1997 darauf, Listen global anzunehmen oder zurückzuweisen, lieferte aber keine weiteren Vorgaben für die Überarbeitung.
- Januar 1998 bis 23. Juni 1999: Bis zu und mit dem Entscheid zur St. Galler Liste vom 23. Juni 1999 wurden formal unzureichende Spitallisten mit Auflagen zur Überarbeitung zurückgewiesen.
- Seit 3. Mai 2000: Mit dem Tessiner Entscheid vom 3. Mai 2000 profitierte zum ersten Mal eine angefochtene kantonale Liste von der neuen bundesrätlichen Praxis, formal ungenügende Listen nicht mehr a priori zurückzuweisen, sondern mit zwingenden Auflagen provisorisch in Kraft zu setzen.

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung für die vorliegende Studie (Juli 2001) lagen 140 Entscheide des Bundesrates zu Beschwerden gegen kantonale Spitallisten vor. Diese Entscheide wurden von der Abteilung für Beschwerden an den Bundesrat des Bundesamts für Justiz, die für ihre Behandlung zuständig ist, zur Verfügung gestellt. Die Übersicht über die ausgewerteten Entscheide findet sich im Anhang. Die Entscheide wurden nach einem einheitlichen Raster kodiert und systematisch auf zwei Fragen hin ausgewertet: Zum einen wurde in reinen Häufigkeitsauszählungen ein Gesamtbild sowohl der eingegangenen Beschwerden als auch der bundesrätlichen Praxis in ihrer Behandlung angestrebt. Diese Ergebnisse werden in einem ersten Abschnitt präsentiert. Zum zweiten wurde nach systematischen Zusammenhängen hinsichtlich der einzelnen Charakteristika gefragt, also danach, welche Beschwerdeführer, Beschwerdegegenstände und Argumentationen eher zu welchen Entscheiden mit welchen Begründungen führen. Diese Informationen sind relevant für die Einordnung und Gewichtung der im folgenden Kapitel gewonnenen Erkenntnisse über die Wirkungsweise der bundesrätlichen Rechtsprechung. Die entsprechenden Resultate sind deskriptiv-statistisch, von einer analytisch-statistischen Auswertung musste aufgrund der kategoriellen Qualität der Daten abgesehen werden. Die Ergebnisse werden im zweiten Abschnitt präsentiert.

4.1 Häufigkeitsauszählungen

Die Bundesratsentscheide wurden nach folgenden Variablen kodiert: Beschwerdeführer, Gegenstand der Beschwerde, zentrale Forderung der Beschwerde, zentrales Argument in Bezug auf die Hauptforderung, Bundesratsentscheid in Bezug auf die Hauptforderung, Begründung des Entscheids, Auswirkungen auf die Liste und – sofern die Beschwerde von einem Spital erhoben wurde – Auswirkungen auf das betreffende Spital. Die einzelnen Kategorien werden jeweils bei der Präsentation der Häufigkeiten in jeder Variable erläutert.

4.1.1 Beschwerdeführer

In Tabelle 4 zeigen sich drei Hauptquellen von Beschwerden gegen kantonale Spitallisten: Beschwerden werden zum allergrössten Teil von ausserkantonalen Spitälern eingereicht, wobei aufgrund der ausgewerteten Beschwerden nicht in jedem Fall unterschieden werden konnte, ob es sich um reine oder aber öffentlich subventionierte Privatspitäler handelte. Die zweitgrösste Häufigkeit weisen Beschwerden von innerkantonalen Privatspitälern auf. Mit 12.1% machen schliesslich Beschwerden von kantonalen Kassenverbänden ebenfalls einen beträchtlichen Teil aus.

Tabelle 4: Beschwerdeführer

Beschwerdeführer	Häufigkeit	Prozent
Ausserkantonales Privatspital (inkl. öffentlich subventionierte)	88	62.9
Innerkantonales Privatspital	23	16.4
Krankenkassenverband	17	12.1
Innerkantonales öffentliches Spital	7	5.0
Private/Einzelpersonen	4	2.9
Ausserkantonales öffentliches Spital	1	0.7
Total	140	100.0

4.1.2 Gegenstand der Beschwerden

Wenig überraschend ist angesichts der Auszählung der Beschwerdeführer der in *Tabelle 5* präsentierte Umstand, dass es in fast drei Viertel der eingereichten Beschwerden um die Aufnahme eines bestimmten Spitals auf die in Frage stehende Liste geht. Die Liste als Ganzes ist am zweithäufigsten Gegenstand einer Beschwerde. Weiter kann unterschieden werden nach Beschwerden, die sich ausschliesslich auf die innerkantonale Liste oder aber ausschliesslich auf die ausserkantonale Liste eines Kantons beziehen.

Tabelle 5: Gegenstand

Gegenstand	Häufigkeit	Prozent
Aufnahme eines Spitals	102	72.9
Gesamte Liste	15	10.7
Aufnahme einer oder mehrerer Abteilungen	7	5.0
Erweiterung des Leistungsauftrages eines Spitals	5	3.6
Nur innerkantonale Liste	4	2.9
Nur ausserkantonale Liste (geschlossen)	4	4.9
Nur ausserkantonale Liste (offen)	2	1.4
Fehlende Angaben	1	0.7
Total	140	100

4.1.3 Zentrale Forderung der Beschwerde

Wiederum in Einklang mit den vorhergehenden Zahlen sind die in Tabelle 6 präsentierten Häufigkeiten der zentralen Forderungen. Da in den meisten Beschwerden mehrere Forderungen enthalten sind, wurde bei der Kodierung jeweils das zentrale Anliegen identifiziert und kodiert. Es wurde primär um die Zulassung eines Spitals zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung nachgesucht, während in einer Minderheit der Fälle die Streichung eines Spitals oder aber die Aufhebung der gesamten Liste verlangt wurde.

Tabelle 6: Zentrale Forderung

Forderung	Häufigkeit	Prozent
Aufnahme der allgemeinen Abteilung	111	79.3
Streichung eines Spitals	10	7.1
Erweiterung des Leistungsauftrages	6	4.3
Aufhebung der Liste	5	3.6
Ergänzung der Liste mit Zusatzvermerk "zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung"*	3	2.1
Begrenzung des Leistungsauftrages	1	0.7
Begrenzung der Kapazität	1	0.7
Ausweitung der Kapazität	1	0.7
Fehlende Angaben	2	1.4
Total	140	100

* Die Forderung nach Ergänzung um den Zusatzvermerk "zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung" findet sich ausschliesslich bei getrennten Listen. Obwohl implizit gegeben, verlangen die beschwerdeführenden Spitäler diese explizite Absicherung für den privaten/halbprivaten Bereich.

4.1.4 Argument für die Hauptforderung

Bei der Kodierung der Argumente wurde wiederum auf die Hauptforderung⁷ fokussiert. Am häufigsten wurden die Beschwerden mit Art. 39 Abs. 1 Bst. d des KVG begründet, in dem eine angemessene Berücksichtigung privater Anbieter vorgeschrieben ist. Am zweithäufigsten wurden gleichermassen die Rechtmässigkeit der Bedarfsevaluation und die mangelnde Berücksichtigung ausserkantonalen Anbieter moniert. Relativ häufig findet sich das an sich sachfremde Argument der Existenzbedrohung sowie weitere sachfremde Argumente wie z.B. die Berufung auf Treu und Glauben.

Tabelle 7: Argument für die Hauptforderung

Argument	Häufigkeit	Prozent
Vernachlässigung der privaten Trägerschaft	44	31.4
Rechtmässigkeit der Bedarfsevaluation	31	22.1
Erfassung der ausserkantonalen Spitäler	29	20.7
Existenzbedrohung	10	7.1
Ungenügender Abbau der Überkapazität	5	3.6
Sachfremde Argumente	4	2.9
Ungenügende interkantonale Koordination	3	2.1
Erfassung der ausserkantonalen Patienten	1	0.7
Fehlende Angaben	13	9.3
Total	140	100

4.1.5 Entscheid des Bundesrats

Tabelle 8 führt die Häufigkeiten der Entscheide in Bezug auf die identifizierten Hauptforderungen auf. Es fehlt aus diesem Grund die Kategorie 'teilweise gutgeheissen', da pro Beschwerde nur eine Forderung untersucht wurde. Es zeigt sich, dass die Beschwerden mehrheitlich gutgeheissen werden. Eine inhaltliche Interpretation dieser Zahlen ist allerdings nur in Abhängigkeit der gestellten Forderungen sinnvoll. Diese erfolgt in Abschnitt 4.2.

⁷ In den Beschwerden wurden jeweils mehrere Forderungen erhoben bzw. (Eventual-)Anträge gestellt. Die Auswertung konzentriert sich auf den hauptsächlichen Aspekt, d.h. auf die Grundforderung mit den stärksten Auswirkungen auf die kantonale Spitalliste.

Tabelle 8: *Entscheid des Bundesrats*

Entscheid	Häufigkeit	Prozent
Gutgeheissen	84	60.0
Ablehnung	48	34.3
nicht eingetreten	8	5.7
Total	140	100

4.1.6 Begründung des bundesrätlichen Entscheids

In Tabelle 9 finden sich drei Hauptbegründungen des Bundesrats für seine Entscheide: Am meisten wird mit der Rechtmässigkeit der Bedarfsevaluation argumentiert. In rund zwanzig Prozent der Fälle wird die mangelnde Berücksichtigung privater Anbieter angeführt und schliesslich in rund zehn Prozent jene der ausserkantonalen Leistungserbringer.

Tabelle 9: *Begründung der Entscheide*

Begründung	Häufigkeit	Prozent
Rechtmässigkeit der Bedarfsevaluation	86	61.4
Vernachlässigung der privaten Trägerschaft	26	18.6
Erfassung der ausserkantonalen Spitäler	15	10.7
Sachfremde Argumente	9	6.4
Erfassung der ausserkantonalen Patienten	1	0.7
Ungenügende interkantonale Koordination	1	0.7
Fehlende Angaben	2	1.4
Total	140	100

4.1.7 Auswirkungen der Entscheide

Die Entscheide des Bundesrates können je nach Beschwerde nur Auswirkungen auf die gesamte Liste haben oder aber zusätzlich auch ein einzelnes Spital betreffen. Wie Tabelle 10 zeigt, haben rund vierzig Prozent der Entscheide eine Aufhebung der Liste mit der Auflage der Überarbeitung zur Folge. Fast ebenso häufig hat der Entscheid aber auch gar keine Änderung der Liste zur Folge. In rund zehn Prozent der Fälle führte der Bundesratsentscheid zu einer Ausweitung des Versorgungsangebots gegenüber des in der Liste vorgesehenen Zustandes.

Tabelle 10: Auswirkungen auf Liste

Auswirkung auf Liste	Häufigkeit	Prozent
Aufhebung und Überarbeitung der Liste	58	41.4
Keine	47	33.6
Zuwachs der Kapazität	16	11.4
Auflage zur Überarbeitung	9	6.4
Ergänzung der Liste mit Zusatzvermerk "zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung"	6	4.3
Abbau der Kapazität	4	2.9
Total	140	100.0

In Tabelle 11 werden die Auswirkungen der Bundesratsentscheide auf einzelne Spitäler präsentiert. In der Mehrzahl der Fälle, in denen ein entsprechender Entscheid gefällt wurde, profitierte das Spital von der vollumfänglichen Zulassung auf die entsprechende Spitalliste. Dies ergibt sich aus der Praxis des Bundesrates, Listen zur Überarbeitung zurückzuweisen bzw. aufzuheben, was gemäss Art. 101 Abs. 2 KVG die provisorische Zulassung der betreffenden Institutionen bis zur Rechtskraft der kantonalen Liste zur Folge hat. In etwas weniger als der Hälfte dagegen wurde eine Zulassung vom Bundesrat verneint.

Tabelle 11: Auswirkung auf Spital

Auswirkung auf Spital	Häufigkeit	Prozent
Vollumfängliche Zulassung der allgemeinen, halbprivaten und privaten Abteilungen	61	43.6
Keine Zulassung	47	33.6
Zulassung nur der halbprivaten und privaten Abteilung mit Einschränkungen	3	2.1
Vollumfängliche Zulassung nur der halbprivaten und privaten Abteilungen	3	2.1
Zulassung der allgemeinen Abteilung mit Einschränkungen	2	1.4
Abbau der Kapazität	2	1.4
Fehlende Angaben	22	15.7
Total	140	100

Diese Zahlen allein haben, wie bereits erwähnt, nur eine beschränkte Aussagekraft. Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen erhobenen Variablen deshalb in Abhängigkeit voneinander betrachtet.

4.2 Resultate der Kreuztabellierung

Für die Frage, in welcher Beziehung die einzelnen erhobenen Variablen zu den Beschwerdeentscheiden des Bundesrates zueinander stehen, wurde auf die deskriptiv-statistische Methode der Kreuztabellierung zurückgegriffen. Die Kreuztabellierung stellt eine doppelte Häufigkeitsauszählung zweier Variablen dar. Aufgrund der vorliegenden Datenlage musste auf die Verwendung eines statistischen Korrelationsmasses, mit dem die Stärke der Zusammenhänge mathematisch nachgewiesen werden könnte, verzichtet werden: Das für kategorielle Daten wie die hier untersuchten geeignete Mass Cramers V macht nur bei einer beschränkten Zahl möglicher Ausprägungen von Variablen analytisch sinnvolle Aussagen. Bei einer grossen Zahl gebildeter Kategorien wird diese statistische Masszahl immer hochsignifikant, was ihre Aussagekraft sinken lässt. Da aufgrund der komplexen Materie eine recht differenzierte Kodierung notwendig war, können im Folgenden allein qualitative Interpretationen der Kreuztabellen gemacht werden. Es handelt sich allerdings um eine Vollerhebung, weshalb kein statistischer Anspruch auf Verallgemeinerung der Resultate besteht. Das gewählte Vorgehen ist deshalb adäquat.

4.2.1 Beschwerdeführer

Bei der Analyse der Beschwerdeführer zeigt sich wenig Überraschendes: Gegenstand der Beschwerden von kantonalen Kassenverbänden sind in elf von sechzehn Fällen die gesamten Listen, in zwei Fällen nur die innerkantonale Liste und in lediglich drei Fällen geht es um ein einzelnes Spital. Dagegen drehen sich Beschwerden von öffentlichen wie privaten und innerwie ausserkantonalen Spitälern in der grossen Mehrheit um die Aufnahme einzelner Spitäler.

Bei den angeführten Argumenten der Beschwerden zeigt sich, dass Krankenkassenverbände ihre Beschwerden zur Hälfte (in sieben von vierzehn Fällen) mit einer ungenügenden Bedarfsevaluation und weniger häufig (fünf Fälle) mit ungenügendem Kapazitätsabbau begründen. Die Rechtmässigkeit der Bedarfsevaluation ist auch das Hauptargument der innerkantonalen öffentlichen Spitäler. Das Argument der Vernachlässigung privater Trägerschaft ist hingegen die häufiger benutzte Begründung sowohl innerkantonaler Privatspitäler als auch ausserkantonaler Spitäler. Das geschieht in sieben von 17 bzw. in 37 von 85 Fällen. Ein zweites Argument der ausserkantonalen Spitäler stellt die mangelnde Erfassung ausserkantonalen Anbieter (25 von 85 Fällen) dar.

Ein entsprechendes Bild zeigt sich bei den Forderungen: Die Versicherer verlangen in zehn von fünfzehn Fällen die Streichung eines Spitals, die beschwerdeführenden Kliniken dagegen verlangen grossmehrheitlich die Aufnahme ihrer allgemeinen Abteilungen auf die jeweiligen

Listen.⁸ Die Aufhebung der gesamten Liste wird in drei Fällen von einem kantonalen Versichererverband, in zwei Fällen von ausserkantonalen Spitälern verlangt.

Von besonderem Interesse ist die Frage, ob sich Regelmässigkeiten bei der Art des Bundesratsentscheides in Abhängigkeit des Beschwerdeführertyps zeigen. Es zeigt sich, dass Beschwerden von Krankenkassenverbänden knapp mehrheitlich (nämlich in acht von siebzehn Fällen) gutgeheissen wurden. Sechs Beschwerden wurden abgelehnt und auf drei nicht eingetreten.

Tabelle 12: Beschwerdeentscheid in Abhängigkeit der Art des Beschwerdeführers

		Bundesratsentscheid			Gesamt
		abgelehnt	gutgeheissen	nicht eingetreten	
Beschwerdeführer	Krankenkassenverband	6	8	3	17
	innerkantonales öffentliches Spital	7			7
	innerkantonales Privatspital	8	13	2	23
	ausserkantonales öffentliches Spital		1		1
	ausserkantonales Privatspital ev. subventioniert	26	61	1	88
	Private/Einzelpersonen	1	1	2	4
Gesamt	48	84	8	140	

Abgelehnt wurden auch alle sieben Beschwerden, die von innerkantonalen öffentlichen Spitälern eingereicht wurden. Mehrheitlich angenommen wurden dagegen die Beschwerden innerkantonaler Privatspitäler (in dreizehn von 23 Fällen) sowie ausserkantonaler Privatspitäler (in 61 von 88 Fällen).

Begründet wurden die Entscheide bei Beschwerden von Kassenverbänden und innerkantonalen Spitälern primär mit der Rechtmässigkeit der Bedarfsplanung, ebenso bei den ausserkantonalen Privatspitälern als Beschwerdeführern, wobei hier in einem Drittel der Fälle auch die Vernachlässigung privater Trägerschaften angeführt wird.

4.2.2 Gegenstand der Beschwerde

Bei der Analyse der Inhalte der Beschwerden zeigen sich unterschiedliche Zusammenhänge. Von primärem Interesse ist wiederum die Entscheidungspraxis des Bundesrats. In jenen

⁸ Damit würden bei einer integralen Spitalliste gleichzeitig auch die Halbprivat- und Privatabteilungen der jeweiligen Spitäler zur Leistungserbringung zu Lasten der Krankenversicherung anerkannt.

fünfzehn Beschwerden, die sich gegen die gesamte Liste eines Kantons richteten, entschied der Bundesrat zu gleichen Teilen, nämlich in je sieben Fällen, im Sinne der Beschwerdeführer wie im Sinne des Kantons. In einem Fall wurde nicht auf die Beschwerde eingetreten. Ebenfalls ausgeglichen entschied er, wenn es allein um innerkantonale Listen ging: in zwei Fällen wurde die Beschwerde abgelehnt, in zwei Fällen gutgeheissen. Mehrheitlich abgelehnt wurden Beschwerden gegen ausserkantonale Listen.

Tabelle 13: Beschwerdeentscheid in Abhängigkeit des Beschwerdegegenstands

		Bundesratsentscheid			Gesamt
		abgelehnt	gutgeheissen	nicht eingetreten	
Gegenstand	gesamte Liste	7	7	1	15
	nur innerkantonale Liste	2	2		4
	nur ausserkantonale geschlossene Liste	3	1		4
	nur ausserkantonale offene Liste	2			2
	Aufnahme eines Spitals	30	67	5	102
	Aufnahme einer oder mehrerer Abteilungen	3	3	1	7
	Erweiterung des Leistungsauftrages des Spitals	1	4		5
	Gesamt	48	84	7	139

Weniger ausgeglichen ist die Verteilung von Gutheissen und Ablehnung bei Beschwerden, die einzelne Spitäler zum Gegenstand haben. In 67 von 102 Fällen wurden entsprechende Beschwerden gutgeheissen, in 30 Fällen abgelehnt und in fünf Fällen wurde nicht auf die Beschwerde eingetreten. Von 84 positiven Beschwerdeentscheiden des Bundesrates betrafen damit fast 80% einzelne Spitäler, davon 74 (88%) Privatspitäler.

4.2.3 Zentrale Forderung der Beschwerde

Bei den Forderungen der Beschwerden zeigen sich unterschiedliche Muster. Die Forderung nach Streichung eines Spitals von einer kantonalen Liste war gleich häufig erfolgreich wie sie scheiterte (je vier Fälle). Mehrheitlich gutgeheissen wurden dagegen Beschwerden, die die Aufnahmen einer allgemeinen Abteilung eines Spitals forderten (in rund 65% der Fälle). Schliesslich wurden alle fünf Beschwerden gestützt, die eine Aufhebung der gesamten Liste forderten.

Tabelle 14: Beschwerdeentscheid in Abhängigkeit der Hauptforderung der Beschwerde

		Bundesratsentscheid			Gesamt
		abgelehnt	gutgeheissen	nicht eingetreten	
Forde- rung	Streichung eines Spitals	4	4	2	10
	Begrenzung des Leistungsauftrages	1			1
	Begrenzung der Kapazität	1			1
	Aufnahme der allgemeinen Abteilung	37	70	4	111
	Erweiterung des Leistungsauftrages	2	4		6
	Ausweitung der Kapazität			1	1
	Aufhebung der Liste		5		5
	Liste mit Zusatzergänzung	3			3
	Gesamt	48	83	7	138

4.2.4 Argument in Bezug auf die Hauptforderung

Den Argumenten, mit denen die Forderungen der Beschwerden gestützt werden, ist in unterschiedlichem Mass Erfolg beschieden. Es zeigt sich, dass Beschwerden, die vor allem mit der Rechtmässigkeit der kantonalen Planung argumentierten mehrheitlich gutgeheissen wurden. Noch erfolgreicher war das Argument der mangelnden Berücksichtigung privater Trägerschaften: mehr als 85% der Beschwerden, die ihre Forderung primär damit stützten, wurden gutgeheissen.

Jene Beschwerden dagegen, die mit einer unzureichenden Berücksichtigung ausserkantona-
ler Anbieter argumentierten, wurden häufiger abgewiesen. Ebenfalls wenig Erfolg hatte das Argument der Existenzbedrohung für ein Spital: entsprechende Beschwerden wurden in zwei Drittel der Fälle abgewiesen.

Tabelle 15: Beschwerdeentscheid in Abhängigkeit der Argumentation

	Bundesratsentscheid			Gesamt
	abgelehnt	gutgeheissen	nicht eingetreten	
Argument Rechtmässigkeit der Bedarfsevaluation	12	16	3	31
Erfassung ausserkantonaler Spitäler	17	12		29
Erfassung ausserkantonaler Patienten	1			1
ungenügender Abbau der Überkapazität	3	2		5
ungenügende kantonale Koordination	3			3
Vernachlässigung der privaten Trägerschaft	6	38		44
Existenzbedrohung	6	3	1	10
Sachfremd		3	1	4
Gesamt	48	74	5	127

Es ist interessant, dass die Argumentation der Beschwerde nur teilweise bei der Begründung des Entscheids wieder aufgenommen wird. Dies trifft vorab für Beschwerden zu, die ihre Forderungen mit der ungenügenden Berücksichtigung ausserkantonaler Spitäler sowie der Vernachlässigung privater Trägerschaften stützen. In jeweils rund der Hälfte der Fälle nimmt der Bundesrat das Hauptargument der Beschwerde nicht an erster Stelle auf, sondern begründet seinen Entscheid mit der Rechtmässigkeit der Bedarfsplanung.

4.2.5 Bundesratsentscheide in Bezug auf die Hauptforderung

Der Bundesrat begründet seine positiven wie negativen Entscheide primär mit der Rechtmässigkeit der Bedarfsevaluation des Kantons. 33 von 47 abgelehnten und 52 von 84 gutgeheissenen Beschwerden wurde so begründet. Bei den positiven Beschwerdeentscheiden kommt zusätzlich in 25 Fällen die Berücksichtigung privater Anbieter zum Tragen. Nicht-Eintreten dagegen wird vorab mit sachfremden Argumenten, also meist Formfragen, begründet.

Von den 48 negativen bundesrätlichen Entscheiden hatten 39 (rund 80%) keine Auswirkungen auf die betroffene Liste. Einer führte zu einem Abbau von Kapazitäten, zwei machten Auflagen zur Überarbeitung und sechs führten zur Aufnahme eines zusätzlichen Vermerks,

die genannten Institutionen seien "zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung" zur Leistungserbringung zugelassen.

Von den 84 gutgeheissenen Beschwerden hatten 58 die Ablehnung bzw. Überarbeitung der Liste zur Folge. In drei Fällen führte der Bundesratsentscheid zu einer Kapazitätsreduktion, in sechzehn Fällen zu einem Kapazitätzuwachs gegenüber des von der Liste vorgesehenen Zustandes.

Tabelle 16: Auswirkung auf die Liste in Abhängigkeit des Beschwerdeentscheids

		Auswirkungen auf die Spitalliste						Gesamt
		keine	Abbau der Kapazität	Zuwachs der Kapazität	Auflage zur Überarbeitung	Aufhebung und Überarbeitung der Liste	Zusatzvermerk	
Entscheid	abgelehnt	39	1		2		6	48
	gutgeheissen		3	16	7	58		84
	nicht eingetreten	8						8
	Gesamt	47	4	16	9	58	6	140

Für die Spitäler selber hatten die ablehnenden Bundesratsentscheide vor allem zur Folge, dass sie nicht auf die Liste aufgenommen wurden (in 41 von 43 Fällen). Die gutgeheissenen Beschwerden dagegen führten zu fast 86% zur vollumfänglichen Zulassung eines Spitals (in 61 von 71 Fällen) auf eine kantonale Liste.

4.3 Gesamteinschätzung

Die systematische Auswertung von 140 Beschwerdeentscheiden führt zu drei zentralen Erkenntnissen hinsichtlich der bundesrätlichen Rechtsprechung im Bereich der Spitalplanung:

- Erstens kann der noch im Frühjahr 2000 von Oggier (2000: 7), allerdings bereits mit Vorbehalten kolportierte Vorwurf, der Bundesrat stütze tendenziell die Kantone, nicht aufrecht erhalten werden. Tabelle 12 zeigt vielmehr, dass von den 140 untersuchten Beschwerden gegen kantonale Spitallisten deren 84 (60%) gutgeheissen wurden. Kantonale Listen wurden demgegenüber in 48 Fällen (34%) gestützt, während auf 8 Beschwerden nicht eingetreten wurde. Dabei wurden Beschwerden von Kassenverbänden knapp und Beschwerden von inner- und ausserkantonalen Privatspitälern deutlich mehrheitlich angenommen.⁹

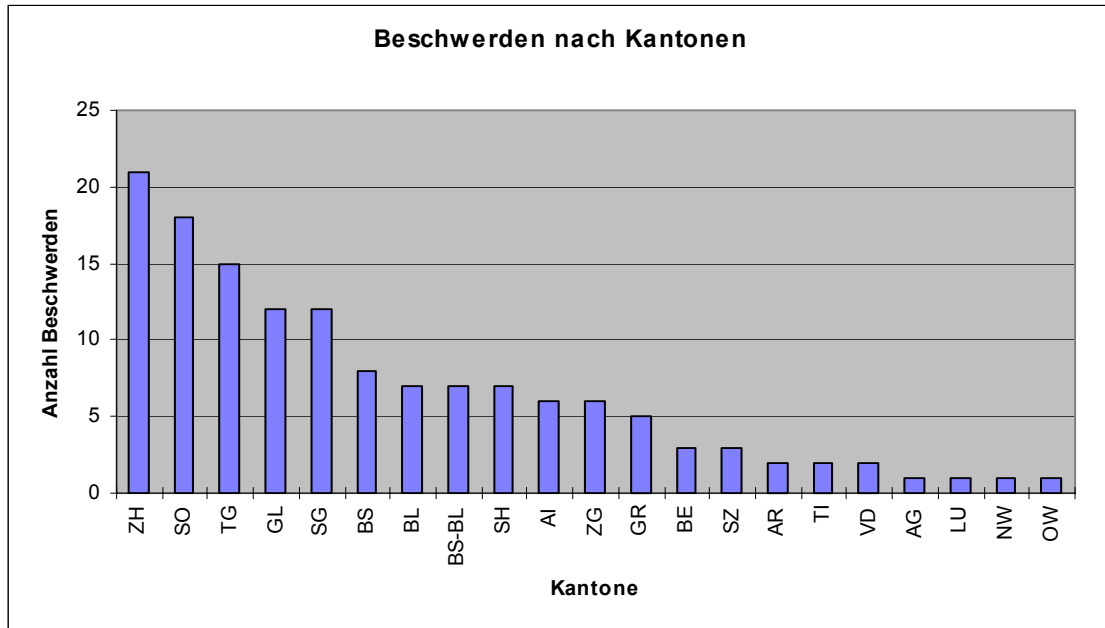
⁹ Bei diesem Resultat muss betont werden, dass es sich auf die Gesamtheit der untersuchten Entscheide bezieht. Das Ergebnis dürfte ändern, wenn nur die Entscheide zu Listen der zweiten und

- Zweitens erweist sich das Argument der mangelnden Berücksichtigung privater Trägerschaft als besonders erfolgreich bei Beschwerden gegen kantonale Listen. Art. 39 Abs. 1 Bst. d des KVG wird also vom Bundesrat mit vergleichsweise grossem Nachdruck durchgesetzt. Immer noch mehrheitlich, aber weniger ausgeprägt, wurden Beschwerden mit dem Argument der Rechtmässigkeit der Bedarfsevaluation gutgeheissen. Das Argument allein weist allerdings keine Richtung auf. Es kann sowohl ein Gegenargument gegen die Zulassung von Spitälern als auch ein Argument für die Aufnahme von Spitälern sein.
- Drittens zeigt die Gesamtauswertung, dass die Bundesratsentscheide unter dem Strich häufiger die von den kantonalen Listen vorgesehenen Kapazitätsreduktionen aufheben, als dass sie sie stützen. So stehen demjenigen Drittel der Beschwerdeentscheide, die eine Streichung von Spitälern zur Folge hatten, jene rund 45% der Entscheide gegenüber, die eine angefochtene Liste zur Überarbeitung zurückweisen, womit nach Übergangsrecht KVG die provisorische Zulassung des in Frage stehenden Spitals bis zur Rechtskraft der Spitalliste verbunden ist.

Diese Befunde zur bundesrätlichen Praxis müssen aber in Relation zu den eingereichten Beschwerden gestellt werden. Es muss hervorgehoben werden, dass der Bundesrat bei den Spitallisten nicht als politisch-exekutives Organ sondern als juristische Instanz entscheidet, was eine proaktive Steuerung kantonaler Planungen verhindert und den bundesrätlichen Handlungsspielraum auf eine reaktive, formal-juristische Sanktionierung beschränkt. Die hier untersuchte Bundesratspraxis ist also primär determiniert durch die eingegangenen Beschwerden. Dabei können sich Verzerrungen im Gesamtbild ergeben, wenn koordinierte Aktionen privater Anbieter gegen formal-juristisch unzureichende Spitallisten einzelner Kantone durchgeführt werden, was in einzelnen Fällen vorgekommen ist. Bei Vorliegen mehrerer praktisch gleichlautender Beschwerden wurden auch kumulierte Bundesratsentscheide gefällt, die zum Teil mit identischer Argumentation alle Beschwerden gegen die Spitalliste eines Kantons gleichzeitig behandelten. Die potenzielle Verzerrung ergibt sich daraus, dass auch in einem solchen Fall jeder Entscheid einzeln und ungewichtet kodiert wurde, wodurch in Kauf genommen wurde, dass gewisse Eigenschaften in der Grundgesamtheit überrepräsentiert sind. Abbildung 2 gibt einen Eindruck über die potenziellen Verzerrungen, indem sie die Verteilung der untersuchten Beschwerdeentscheide auf die Kantone aufzeigt.

dritten Phase, also zu Listen ab 1. Januar 1998, als die obligatorische Planungspflicht in Kraft getreten ist. Nach Einschätzung des BJ wurden vom Bundesrat Beschwerden gegen Listen der Übergangsfrist also für die Jahre 1996 und 1997, die für mangelhaft befunden wurden, häufiger gutgeheissen, als Beschwerden gegen Listen für die Jahre ab 1998.

Abbildung 2: Beschwerdeentscheide nach Kantonen



Bemerkung: 'BS-BL' bezeichnet die gemeinsame Spitalliste der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft für den Bereich der somatischen Akutmedizin.

In Abbildung 2 zeigt sich, dass im untersuchten Zeitraum für gewisse Kantone (z.B. Genf¹⁰) noch keine Beschwerdeentscheide vorliegen. Des weiteren stehen Kantone mit nur einem oder zwei Entscheidungen (z.B. Luzern) anderen mit über zwanzig Entscheidungen gegenüber (z.B. Zürich).

Durch die Beschränkung auf eine judikative Rolle und seine politische Zurückhaltung bei der Bereitstellung von Planungsvorgaben hat der Bundesrat also nur einen beschränkten Handlungsspielraum. Seine Entscheidungspraxis wird damit reaktiv und zu einem gewissen Masse extern determiniert. Während somit eine Gesamteinschätzung der bundesrätlichen Rechtsprechung noch möglich ist, muss ihre Wirkungsweise von Fall zu Fall bzw. für jeden Kanton eingeschätzt werden. Zu diesem Zweck werden im nächsten Kapitel vertiefte Fallstudien zur Wirksamkeit einzelner Bundesratsentscheide durchgeführt.

¹⁰ In der Zwischenzeit hat der Bundesrat für den Kanton Genf sechs Entscheide gefällt.

5 Fallstudien in vier ausgewählten Kantonen

Nachdem im vorangegangenen Kapitel die Frage nach der bundesrätlichen Rechtsprechungspraxis in einer Gesamtsicht von 140 Beschwerdeentscheiden beantwortet werden konnte, soll in diesem Kapitel die Frage nach der Wirksamkeit dieser Praxis angegangen werden. Wie bei der Auswertung der Bundesratsentscheide festgestellt wurde, kann diese Frage nur für jeden Fall einzeln beantwortet werden, da der Bundesrat keine aktive politische Harmonisierung der kantonalen Planungen betreibt. Im folgenden Abschnitt werden vier Kantone bzw. Beschwerdeentscheide nach dem Kriterium ihrer Bedeutung näher beleuchtet. Die anschliessenden vier Abschnitte versammeln die durchgeführten Fallstudien und in einem letzten Kapitel wird ein Vergleich vorgenommen.

5.1 Wahl der Fälle und Vorgehen

Es ist eine Aufgabe dieser Studie, die wichtigsten Entscheide des Bundesrats hinsichtlich des Ziels der Kostendämpfung zu identifizieren und die Wirkungsweise dieser Entscheide zu untersuchen. Zu diesem Zweck wurde erstens die bestehende Literatur aufbereitet (Ayer 2000; Müller 1999). Zweitens konnte für die Beantwortung der inhaltlichen Fragen bei der Behandlung von Beschwerden auf einen internen Leitfaden der Abteilung für Beschwerden an den Bundesrat des Bundesamts für Justiz Zugriff genommen werden. Darin wird im Sinne eines Arbeitsinstruments zur Wahrung der juristischen Kohärenz aufgeführt, welche Grundsatzentscheide im Bereich der Spitalplanung bei welchen Beschwerden zum ersten Mal gefällt wurden. Drittens liegen die verschiedenen Kreisschreiben der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz zum Thema vor, in denen teilweise sehr pointiert auf die Entscheide des Bundesrates eingegangen wird. Viertens wurden mit verschiedenen Akteuren auf Bundesebene Expertengespräche geführt, in denen die Frage nach den bedeutendsten Beschwerden gestellt wurde.

In verschiedenen Erhebungsschritten wurden die folgenden Beschwerdeentscheide bzw. Kantone wie folgt eingeschätzt (*Tabelle 17*):

Tabelle 17: Einschätzung der Bedeutung verschiedener Entscheide nach Quellen

Kt./Fall	Müller 1999	Ayer 2000	BJ In- ter- views	BJ Do- kumente	BSV In- terviews	SDK In- terviews	SDK Do- kumente	Total X
BS/BL 97-159	XX	XX	XX	X	XX	XX	XX	13
ZH 97-109	XX	XX	XX	XX	XX	XX	X	13
AG 97-139		X		XX	X	X	X	6
AR 97-64	XX	X		X	X		X	6
SG 97-121	XX			X		X	XX	6
TI 98-47			XX		X	XX		5
GR 98-36			X	X	X	X		4
TG 98-14		XX		XX				4
LU 98-10				X		X		2
SO 96-109			X	X				2

Legende: X – Entscheid als bedeutend eingestuft; XX – Entscheid als sehr bedeutend eingestuft

Die Übersicht über die Einschätzungen in den verschiedenen Quellen weist die Entscheide zu Zürich und den beiden Basel deutlich als wegweisend in der bundesrätlichen Rechtsprechungspraxis aus. Neben diesen beiden Fällen wurden zwei weitere aus dem relativ breiten Mittelfeld gewählt. Dabei wurde nicht allein die generelle Bedeutung des Entscheids, sondern vor allem seine Kostenrelevanz sowie auch die Besonderheiten der betroffenen Kantone (hoher Anteil privater Anbieter im Tessin, sehr regionalisierte Spitalstruktur im Aargau) als Wahlkriterien einbezogen. Aufgrund dieses Vorgehens wurden die folgenden Beschwerdeentscheide als Fallstudien für die vorliegende Untersuchung ausgewählt:

ZH: Entscheide vom 17.2.99 zu Beschwerden von sechs innerkantonalen Regionalspitälern (RKUV 3/1999 211). Der Bundesrat unterstützt die kantonalen Massnahmen der Spitalplanung und schützt den Abbau von Überkapazitäten durch Schliessung von öffentlichen Regionalspitälern. Die Entscheide zum Kanton Zürich werden als bedeutend gewertet, da der Bundesrat hier eine sehr rigide Spitalliste stützt, die grosse Opfer seitens der Kliniken gefordert hat und mit hohen politischen Risiken verbunden ist. Der Entscheid wird als Stellungnahme des Bundesrates für die vertikale Kapazitätsreduktion verstanden.

AG: Entscheid vom 17.2.99 zur Beschwerde des kantonalen Krankenversichererverbands. Der Bundesrat stützt die kantonale Planung, obwohl sie weitgehend den Status quo fest-

schreibt und keine Strukturanpassungen vorsieht. Der Entscheid wird gewissermassen als Gegenbeispiel zum Fall ZH gewählt, da in beiden Fällen eine kantonale Liste geschützt worden ist, in einem Fall jedoch eine besonders einschneidende, im anderen Fall dagegen eine besonders bewahrende. Beide Fälle wurden in den Interviews auf Bundesebene als potenziell kostenwirksam bezeichnet, aber in unterschiedliche Richtungen. Der Aargauer Fall wird als Beispiel gewählt, bei dem der Bundesrat kostenwirksam wirkt, indem er eine vermeintliche 'Nicht-Planung' schützt. Ebenfalls wurde im Aargauer Entscheid das im Entscheid zur Spitalliste des Kantons Appenzell Ausserrhoden erstmals festgehaltene Prinzip bestätigt, dass die Zulassung von Privat- und Halbprivatabteilungen nicht von der Bedarfsplanung, sondern lediglich von der Erfüllung der Infrastruktur- und Dienstleistungsvoraussetzungen nach Art. 39 Abs. 1 Bst. a-c KVG abhängig gemacht werden darf. Angebote im Zusatzversicherungsbe- reich haben also Anspruch auf einen Listenplatz. Aufgrund der Grössenunterschiede zwischen den beiden Kantonen wird davon ausgegangen, dass dieses Prinzip im Aargau die stärkeren Auswirkungen zeigt als in Appenzell Ausserrhoden.

BS/BL: Entscheid vom 23.6.99 zur Beschwerde der privaten Josefsklinik (RKUV 4/1999 356). Der Bundesrat verpflichtet den Kanton, auch Kliniken, die nur Zusatzversicherte behandeln, auf seiner integralen Liste aufzuführen und verwehrt die Schliessung der Josefsklinik. Dem Entscheid wird zentrale Signalwirkung zugeschrieben, da der Bundesrat hier die Planung von privaten und halbprivaten Betten nachdrücklich zurückweist und einen Rechtsanspruch auf deren Auflistung in der Spitalliste begründet.

TI: Entscheid vom 3.5.00 zur Beschwerde des kantonalen Versicherungsverbandes. Der Tessin ist ein Sonderfall, da der private Sektor über 50% der Spitalkapazitäten stellt und gemäss Spitalplanung weitere Überkapazitäten abgebaut werden müssen. Der Entscheid wird deshalb als bedeutsam bezeichnet, weil der Bundesrat hier zum ersten Mal davon abgekommen ist, ungenügende Listen zurückzuweisen, sondern die Liste in Kraft gesetzt, aber verbindliche Auflagen zur Überarbeitung gestellt hat.

Mit der Wahl dieser Fallstudien werden sowohl Beschwerden von Versicherern wie von Spitälern, als auch angenommene wie abgelehnte Beschwerden berücksichtigt, wie *Tabelle 18* zeigt.

Tabelle 18: Die ausgewählten Fälle

	Beschwerde von Versichererverband	Beschwerde von Spital
Beschwerde gutgeheissen/teilweise gutgeheissen	TI	BS/BL
Spitalliste gestützt/teilweise gestützt	AG, TI	ZH

Die Fallstudien basieren auf der Analyse der verfügbaren Dokumente des jeweiligen Falls sowie auf rund einstündigen Experteninterviews, mit denen für jeden Kanton die folgenden drei zentralen Akteure kantonaler Spitalplanungsprozesse mit einer/m oder mehreren Repräsentant/innen abgedeckt wurden (die Liste der Interviewpartner findet sich im Anhang):

- die zuständige kantonale Amtsstelle (z.B. Amt für Spitäler; Abteilung Versorgung des Gesundheitsdirektion)
- kantonaler Spitalverband (privat und/oder öffentlich)
- kantonaler Krankenkassenverband

Die Fallstudien sind nach einem einheitlichen Raster aufgebaut: In einem ersten Schritt wird die jeweilige kantonale Spitalliste vorgestellt und der darin interessierende Aspekt herausgearbeitet. Anschliessend werden die untersuchte Beschwerde und der entsprechende Entscheid des Bundesrates vorgestellt. Nach dieser Beschreibung der Ausgangslage wird in einer qualitativen Analyse die Auswirkung des Entscheids erarbeitet, indem zuerst generell auf die Ereignisse in der Folge der bundesrätlichen Rechtsprechung, dann auf die Positionen, die Strategien und die Einschätzung der kantonalen Stellen in diesen Geschehnissen, dann auf jene der Versicherer und schliesslich auf jene der Spitäler eingegangen wird. Abschliessend wird in jeder Fallstudie eine Gesamteinschätzung der Wirksamkeit des untersuchten Bundesratsentscheids vorgenommen.

5.2 Fallstudie Zürich

5.2.1 Die Zürcher Spitalliste 1998

Der Regierungsrat des Kantons Zürich erlässt am 25. Juni 1997 die Spitalliste 1998 und setzt sie auf den 1. Januar 1998 in Kraft. Die Liste ist in zwei Teile gegliedert: einen Abschnitt A und einen Abschnitt B.

Die Liste A enthält die Institutionen, die zur Versorgung von Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Abteilung zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen sind. Sie unterscheidet inner- und ausserkantonale Spitäler und beinhaltet die jeweiligen Leistungsaufträge an die Kliniken.

Die Liste B enthält die Institutionen, die zur Versorgung von Patientinnen und Patienten in der Halbprivat- und Privatabteilung zugelassen sind. Mit zwei Ausnahmen sind in der Liste B nur innerkantonale Spitäler enthalten. Die Liste B enthält keine Leistungsaufträge, sondern will lediglich für gleiche Wettbewerbsbedingungen der im Kanton Zürich gelegenen Spitäler sorgen.

Der Regierungsrat geht davon aus, dass in den Zürcher Spitälern Überkapazitäten bestehen und berücksichtigt in der Liste A deshalb nur diejenigen privaten und öffentlichen Akutspitäler, die gestützt auf die bisherige Planung bereits einen wesentlichen Auftrag des Kantons zur Versorgung von Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Abteilung hatten und auch weiterhin für die Versorgung von nur grundversicherten Personen als notwendig erachtet werden. Konkret wird die bestehende Versorgungsstruktur von vier auf drei Versorgungsstufen reduziert und die bisherige Kategorie 'Regionalspitäler' ('dezentrale teilregionale Grundversorgung') aufgehoben. Die sechs Regional- und Ergänzungsspitäler Adliswil, Bauma, Dielsdorf, Pfäffikon, Thalwil und Wald erhalten deshalb keinen Leistungsauftrag zur stationären Behandlung in der allgemeinen Abteilung und figurieren nur auf der Liste B. Mit diesen vertikalen Kürzungsmassnahmen in der allgemeinen Abteilung sollen nach Berechnungen des Regierungsrats rund 320 Betten eingespart werden. Die Liste A enthält 30 Spitäler mit Standort im Kanton Zürich.

5.2.2 Die Beschwerden von fünf Regionalspitälern gegen die Zürcher Spitalliste 1998

Insgesamt gehen 22 Beschwerden gegen die Zürcher Spitalliste 1998 beim Bundesrat ein. Sechs Beschwerden stammen von öffentlichen Spitälern, die nur auf der Liste B aufgeführt sind.¹¹ Zwei davon werden vom selben Spital eingereicht. Insgesamt führen also fünf öffentliche Regionalspitäler bzw. die Spitalträger (Gemeinden oder Gemeindeverbände) Beschwerde gegen ihre Nichtaufnahme auf die Liste A, nämlich Adliswil, Bauma, Dielsdorf, Pfäffikon und Thalwil. Diese Beschwerdeführer verlangten allesamt Aufnahme in die Liste A bzw. die vollständige Zulassung zur Tätigkeit im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung. Die Beschwerde des Zweckverbands Spital Bauma wurde im Rahmen des zugehörigen Bundesratsentscheids veröffentlicht (RKUV 3/1999: 211-257). Dieser Fall wird hier als illustrierendes Beispiel referiert.

Der Zweckverband Spital Bauma beantragt neben der Aufnahme in die Liste A die Präzisierung des Leistungsauftrags für die Liste B durch den Zusatz "zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung". Die Beschwerde wird damit begründet, dass die Streichung der untersten Versorgungsstufe und die Nichtaufnahme auf die Liste A auf ungenügenden und intransparenten Grundlagen beruhten. Die Nichtaufnahme verfehle das Ziel der Kosteneindämmung und gefährde die Sicherheit der stationären Versorgung der Bevölkerung in der betroffenen Region. Ausserdem sie mit der Nichtaufnahme die Gemeindeautonomie tangiert worden.

¹¹ Von den übrigen sechzehn Beschwerden wurde eine zurückgezogen, zehn Beschwerden stammen von ausserkantonalen und fünf von im Kanton Zürich gelegenen Privatkliniken.

5.2.3 Die Beschwerdeentscheide des Bundesrates vom 17. Februar 1999

Der Bundesrat hat mit den Entscheiden vom 17. Februar 1999 die Zürcher Spitalliste 1998 gutgeheissen und die sechs Beschwerden der fünf öffentlichen Spitäler, konkret die Forderung um Aufnahme in die Liste A, im Grundsatz abgewiesen. Gutgeheissen wird lediglich der Antrag, die Leistungsaufträge in der Liste B mit dem Zusatz "zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung" zu ergänzen. Den betroffenen fünf Spitälern wird eine Frist von sechs Monaten bis zum Eintreten der Rechtswirksamkeit der Nichtaufnahme auf die kantonale Liste A eingeräumt.

In seinen Erwägungen im "Entscheid in Sachen Zweckverband Spital Bauma gegen Regierungsrat des Kantons Zürich" hält der Bundesrat fest, dass die Bedarfsplanung des Regierungsrats und damit die Ermittlung der Kapazitäten der Leistungserbringer und die Erhebung des gegenwärtigen und des künftigen Bedarfs an Leistungen der stationären Akutversorgung korrekt sind. "Gemäss Bundesrecht darf und muss er (der Regierungsrat) einen Abbau der Überkapazitäten an Spitalbetten anstreben" (RKUV 3/1999: 227).

Ebenfalls gestützt wird die Wahl der Mittel, mit denen der Abbau der überzähligen Betten angestrebt wird. Der Bundesrat hält fest, dass die Zürcher Regierung sich auf sachrichtige Beurteilungsfaktoren stützt. "Die Prognose, wonach bei der Variante 'Konzentration' sich wirksamer Kosten eindämmen lassen als bei der Variante 'linearer Abbau', lässt sich daher nicht beanstanden. Wenn der Regierungsrat deswegen einen Teil der überzähligen Betten durch die Nichtaufnahme von organisatorischen Spitaleinheiten in die Liste A abbauen will, was der Variante 'Konzentration' entspricht, so hat er sich damit von einem Kriterium leiten lassen, das den Zielen der Spitalplanung entspricht, nämlich die Kosten der stationären Versorgung einzudämmen (...), und sein Auswahlermessen (...) korrekt ausgeübt" (RKUV 3/1999: 232). Wie die SDK in ihrem Rundschreiben vom 17.3.1999 festhält, hält der Bundesrat in seinen Entscheiden betreffend die Spitäler Thalwil und Adliswil fest, dass der Abbau von Überkapazitäten zwingend sei. Es sei dabei nicht von Belang, dass die Kosten aus Überkapazität nach Art. 49 Abs. 1 KVG nicht anrechenbar seien, gehe es doch primär um eine effektive Kosteneindämmung und nicht nur um die Verlagerung der Ausgaben von den Kassen auf die öffentliche Hand.

Auch in der Frage, ob der Regierungsrat nach Wahl der Variante 'Konzentration' richtig handle, wenn er beschliesst, die unterste Versorgungsstufe aufzuheben und entsprechend sechs Regionalspitäler nicht auf die Liste A aufzunehmen, stützt der Bundesrat den Kanton. Mit der materiellen Regelung habe der Regierungsrat weder die Gemeindeautonomie verletzt noch gegen das Gebot der Angemessenheit verstossen. Die Liste A gewährleiste im Akutbereich die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung und die Koordination der Spitäler auch nach Aufhebung der untersten Versorgungsstufe. Die Liste baue Überkapazitäten ab

und dämme damit die Kosten der stationären Versorgung in der Bevölkerung ein. "Soweit es um die Regionalspitäler geht, beruht die Liste A auf einer richtigen und vollständigen Ermittlung des massgeblichen Sachverhalts sowie auf richtiger Auslegung des Bundesrechts und trägt dem Gebot der Angemessenheit Rechnung (...). Der Bundesrat sieht daher keinen Grund, die Liste A aufzuheben und zur Neufestsetzung an die Vorinstanz zurückzuweisen" (RKUV 3/1999: 252).

5.2.4 Die Folgen der Beschwerdeentscheide

Im Nachgang zur Zürcher Spitalliste sowie den Beschwerdeentscheiden des Bundesrats ergeben sich verschiedene Änderungen in der Zürcher Spitallandschaft, die allerdings nur teilweise auf die bundesrätliche Rechtsprechung zurückzuführen sind. Diese Entwicklungen haben die Änderung der 1998er Liste zur neuen Zürcher Spitalliste 2001 zur Folge, die der Regierungsrat am 18. Juli 2001 verabschiedet. In der neuen Liste figurieren die Beschwerde führenden Regionalspitäler auch nicht mehr im Abschnitt B, da sie mit der Schliessung der Akutabteilungen aufgrund des vom Bundesrat sanktionierten Entzugs der Staatsbeitragsberechtigung auf den 31. August 1999 gleichzeitig auch den übrigen Spitalbetrieb definitiv oder provisorisch einstellten. Von den fünf Beschwerdeführern werden das Krankenhaus Adliswil und das Spital Bauma definitiv und das Spital Dielsdorf, das Kreisspital Pfäffikon und das Krankenhaus Thalwil auf weiteres von der B-Liste gestrichen. Gegen die neue Liste 2001 reicht der kantonale Versichererverband am 2. Oktober 2001 Beschwerde beim Bundesrat ein. Ein Entscheid des Bundesrat steht zur Zeit der vorliegenden Untersuchung noch aus.

Die Folgen der bundesrätlichen Beschwerdeentscheide, die Einschätzung ihrer Wirksamkeit und die generelle Haltung zur Spitalplanung gemäss KVG werden in den folgenden Abschnitten nach den einzelnen Akteuren aufgeschlüsselt dargestellt.

5.2.4.1 Die Haltung des Kantons

Zum Bundesratsentscheid: Der Kanton Zürich hat die Beschwerdeentscheide des Bundesrates aus nahe liegenden Gründen begrüsst und auch die gemachten Auflagen im Rehabilitationsbereich als akzeptabel bezeichnet. Der Kanton Zürich sieht sich aus zwei Gründen als Spezialfall in der Spitalplanung:

- Zum einen wird auf die lange Planungstradition des Kantons verwiesen, weswegen beim Kanton eine gewisse Routine und bei den Spitälern und Versicherern eine Anerkennung der etablierten Praxis vorherrsche. Bei Inkrafttreten des KVG war die Planung aus dem Jahr 1991 gültig, in der mit vier Versorgungsstufen gearbeitet worden war. Seit dieser Planung hatte sich die Bedarfslage stark verändert.

- Zum zweiten wurde die gesetzliche Verankerung der Spitalplanungspflicht im KVG von Zürich als Chance gesehen, eine gründlich Strukturbereinigung und damit einen Abbau der vorhandenen Überkapazitäten vorzunehmen. Von Seiten des Kantons wird der grosse politische Wille betont, das Ziel der Kostendämpfung zu erreichen und dazu den technisch besten Weg mit einer sorgfältigen Planung zu wählen.

Diese beiden Voraussetzungen haben in Zürich zu einer konsequenten Planung nach sachlichen Kriterien geführt, in der wenig Rücksicht auf lokale politische Empfindlichkeiten genommen wurde. Einen Ausdruck fand dieses Prinzip im Verzicht auf eine partizipative Planung mit dem Einbezug aller Betroffenen und mit dem Anspruch auf eine konsensuelle Lösung. Die Planung wurde allein vom Kanton durchgeführt. Die Entscheidung zu einer tief greifenden Strukturbereinigung war mit erheblichen politischen Risiken verbunden, da sie zum Teil gegen grosse Widerstände aus der Bevölkerung durchgesetzt werden musste. Gerade aus diesem Grund wird es als ausserordentlich wichtig bezeichnet, dass eine restriktive Spitalliste wie jene des Kantons Zürich vom Bundesrat geschützt worden ist. Der Entscheid wird auch als Signal für andere Kantone gewertet, sich gegen Beschwerdedrohungen von Spitälern durchzusetzen und strenge Planungen vorzunehmen.

In der neuen Zürcher Spitalliste 2001 wird den Entwicklungen seit der Spitalliste 1998 Rechnung getragen. Die Beschwerdeentscheide des Bundesrats wirken hier, indem mit der Aufnahme zweier ausserkantonaler Neurorehabilitationskliniken auf die A-Liste einer Auflage des Bundesrates Rechnung getragen wird. Andere Massnahmen, die im Sinne des KVG sind, können dagegen nicht auf den Bundesrat zurückgeführt werden, so vor allem die interkantonale Koordination. Der entsprechende Rahmen wurde in der Ostschweizer Krankenhausvereinbarung (Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Spitalbereich und die Abgeltung von Spitalleistungen) geschaffen. Weiter wurde die bereits in der Spitalliste 1998 mit einem provisorischen Leistungsauftrag an das Kantonsspital Schaffhausen geregelte Freizügigkeit im Bereich der Grundversorgung zwischen den Kantonen Zürich und Schaffhausen für die Bewohner des Grenzgebiets konkretisiert. Ähnliche Versuche von Spitalabkommen kamen mit den Kantonen Aargau und St. Gallen nicht zustande. Zudem wird eine interkantonale Bedarfsplanung Rehabilitation bis 2004 an die Hand genommen. Diese baut auf der bereits etablierten Zusammenarbeit im Rahmen der Sanitätsdirektorenkonferenz OST auf. Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit erfolge, da sie sachlich sinnvoll sei, indem im Rehabilitationsbereich das geographische Auseinanderklaffen von rehabilitativem Angebot und rehabilitativer Nachfrage durch eine kantonsübergreifende Bedarfsplanung zur Deckung gebracht werden kann. Das KVG rege aber abgesehen von der Planungspflicht im Rehabilitationsbereich keine interkantonale Koordination an, solange die Planungshoheit bei den Kantonen liege.

Allgemein: Von Seiten des Kantons Zürich wird nur wenig Kritik am aktuellen Planungssystem sowie an der Rolle des Bundesrates im KVG laut. Das geltende Recht sei ausreichend und der Bundesrat treffe innerhalb der bestehenden Vorgaben klare, juristische Entscheide. Das Problem der Spitalplanung wird primär beim Umsetzungswillen der Kantone lokalisiert. Allerdings habe der Kanton mit den beiden einleitend genannten Faktoren über besonders gute Voraussetzungen für eine erfolgreiche Planung verfügt. Als allenfalls wünschbar für andere Kantone wird deshalb die Bereitstellung von Planungsvorgaben in einer Verordnung bezeichnet. Damit könnten die Risiken für die Kantone mit wenig Planungserfahrung gemindert werden, mit ihren Spitalisten bei allfälligen Beschwerden vor dem Bundesrat zu scheitern.

5.2.4.2 Die Haltung der Versicherer

Zum Bundesratsentscheid: Der Verband Zürcher Krankenversicherer (VZKV) hat keine Beschwerde gegen die Zürcher Liste 1998 eingereicht, da die Kassen das Vorgehen des Kantons mit der vertikalen Streichung von ganzen Spitälern explizit mittragen wollten. Entsprechend wird der Entscheid des Bundesrats zugunsten des Kantons begrüsst. Gleichwohl wird der Entscheid lediglich als 'Tropfen auf den heissen Stein' bezeichnet, da die Zürcher Spitalliste 1998 durchaus bemerkbare Mängel aufgewiesen habe, die sich jetzt bei der neuen Liste 2001 in einer Art und Weise manifestierten, dass der VZKV am 2. Oktober 2001 eine partielle Beschwerde eingereicht hat.

Das Problem der Liste 1998 liegt gemäss VZKV erstens darin, dass sie nur eine Planung bis 2000 vorlege und die Zeit danach offen gelassen habe. Nach Abschluss dieser Planungsphase bestehe aber immer noch ein Überschuss von rund 400 Betten. Da die Liste 2001 aber auf den gleichen Planungsgrundlagen wie die Planung 1998 beruhe, seien diese Überkapazitäten keinen konkreten Spitälern zuzuordnen. Dies ermögliche es dem Kanton, darauf zu verzichten, nach kleinen Spitälern jetzt auch grössere Häuser zu schliessen.

Von Seiten VZKV wird hier auf den Beschwerdeentscheid zum Regionalspital Pfäffikon verwiesen, in welchem der Bundesrat festhält, dass die Planung rollend erfolgen müsse. Da der Kanton Zürich seine Planungsgrundlagen aber seit fünf Jahren nicht mehr nachgeführt habe, beständen keine aktuellen Zahlen. Die Beschwerde des VZKV richtet sich gegen diesen Mangel. Da keine aktualisierten Grundlagen vorlägen, könne die neue Liste auch keine Strategie für die Zukunft enthalten. Angefochten werde also nicht ein bestehender Inhalt der Liste, sondern ein fehlender Inhalt.

Ein zweites Problem der vom Bundesrat sanktionierten Zürcher Liste 1998 sei die Unterteilung in die Abschnitte A und B. Was in der ersten Phase bis 2000 sehr gut funktioniert habe, erweise sich dann als Bumerang, wenn als Folge der 2. KVG-Revision der Sockelbeitrag auch

für innerkantonale Spitäler ausgerichtet werden müsse. Seitens der VZKV wird hier eine gewisse kurzfristige Sicht des Kantons beanstandet, der sich der hohen Kosten, die die Versicherer zu tragen haben, nicht bewusst gewesen sei. Die vom KVG vorgesehene Marktsituation funktioniere nicht, da der Markt selber die Nachfrage bestimme. So seien denn auch abgebaute Kapazitäten teilweise wieder von privaten Anbietern kompensiert worden. Von der KVG-Reform wird seitens VZKV eine Planungspflicht im privaten und halbprivaten Bereich erwartet. Ebenfalls wird langfristig der Übergang von der Bettenplanung zur Leistungsplanung als sinnvoll erachtet.

Allgemein: Der VZKV betont die konstruktive Konfliktkultur der verschiedenen Interessen im Kanton Zürich. Durch gutes Einvernehmen und informelle und formelle Kontakte sei die Vorgehensweise des Kantons bei der Planung gut abgestützt. Diese Konfliktkultur sei aber mit den rapide steigenden Kosten im Gesundheitswesen zunehmend in Frage gestellt. Es sei deshalb von vordringlicher Bedeutung, dass der Bundesrat eine politische Funktion wahrnehme und gewisse Vorgaben mache, die einen Rahmen für die kantonalen Akteure bilden. Solange der Bundesrat formal juristisch Entscheide treffe, werde der Schwarze Peter der politischen Verantwortung im Kreis herum gereicht. Der Kanton sei zwar politisch voll verantwortlich, könne aber im Falle einer Sanktionierung die Verantwortung für die Spitalplanung an den Bundesrat abgeben, der aber wiederum nicht politisch entscheidet und die Verantwortung entsprechend wieder zurückgebe.

An der bundesrätlichen Praxis wird seitens VZKV erstens moniert, dass der sich Bundesrat mit der langen Behandlungsdauer der Beschwerden laufend "gegen das KVG versündige". Zweitens wird bemängelt, dass der Bundesrat zwar als Judikative handle, aber kein juristisch sauberes Verfahren anbiete. So entspreche es beispielsweise nicht einem juristischen Prozess, dass nur schriftlich verkehrt werde und keine Anhörung sowie keine Gegenüberstellung der Parteien stattfinde. Die Beschwerden würden vielmehr in klassisch administrativer Manier behandelt, was aber wiederum der Funktion der Exekutive entspreche und nicht der hier eingenommenen Rolle einer Judikative. Es wird die Befürchtung geäußert, dass der Bundesrat nicht stärker politisch entscheiden werde, wenn er die Rechtsprechungsfunktion an das Verwaltungsgericht abgeben und dann mittels einer Verordnung klarere Rechtsgrundlagen und Planungsvorgaben schaffen kann. Vielmehr stehe zu erwarten, dass der Bundesrat noch passiver werde und auch keine politischen Signale mehr über Beschwerdeentscheide abgeben werde.

5.2.4.3 Die Haltung der Spitäler

Der Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) vertritt die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler des Kantons Zürich. Nicht Mitglieder des Verbands sind die Spitäler der Stadt Zürich sowie das Universitätsspital des Kantons. Die Planung gehört nicht zu den

Kernaufgaben des VZK. Der VZK ist nicht in die kantonale Spitalplanung mit einbezogen worden, und musste somit auch keine Verbandsmitglieder eliminieren.

Zum Bundesratsentscheid: Die vom Bundesrat sanktionierte Zürcher Spitalliste hat bei den Spitälern zwei Strategien zur Folge: Erstens müssen die abgewiesenen Beschwerdeführer auf die neue Situation reagieren, zweitens führen die Veränderungen in der Spitallandschaft auch zu Anpassungen der übrigen Spitäler.

- Die abgewiesenen Regionalspitäler konzentrieren sich nach Auslaufen ihrer Staatsbeitragsberechtigung auf die Langzeitpflege, können aber mit einer Ausnahme ihre Akutabteilungen nicht weiter betreiben. Nur das Krankenhaus Adliswil kann den Betrieb als chirurgische Tagesklinik teilweise aufrechterhalten, die allerdings auf den 1. Oktober 1999 von einem benachbarten Spital übernommen wird. Das Spital Bauma wird als Pflegeheim an eine private Trägerschaft verkauft. Die übrigen drei Spitäler Dielsdorf, Pfäffikon und Thalwil betreiben ebenfalls Pflegeheimabteilungen, können jedoch wieder auf die B-Liste gelangen, wenn sie ihren Spitalbetrieb unter den dafür geltenden Rahmenbedingungen wieder aufnehmen.
- Bei den übrigen Spitälern hat die in Kraft getretene Liste nach Angaben des VZK zu einer gewissen Effizienzsteigerung geführt, indem einerseits betriebliche Optimierungen vorgenommen und andererseits auch Häuser fusioniert werden. Ein Beispiel dafür, wie von Seiten der verbleibenden Spitäler auf die Zürcher Spitalliste reagiert wird, bietet die neu gegründete Gesundheitsversorgung Zürcher Oberland. Das Spital Wald figuriert nicht auf der A-Liste 1998, worauf von seinem Trägerverein bereits 1997 die Fusion mit dem benachbarten Kreisspital Rüti zum neuen Spital Rüti-Wald beschlossen wird. Während die stationäre Akutversorgung in Rüti stattfinden soll, ist die stationäre Langzeitversorgung auf Wald und Rüti aufgeteilt. Da diese Fusion zu keiner besseren Auslastung führt, fusionieren auf den 1. Januar 2000 die Spitäler Bauma, Rüti-Wald und Wetzikon zur Gesundheitsversorgung Zürcher Oberland (GZO). Die Akutversorgung wird neu in Wetzikon vorgenommen. Das Spital Rüti-Wald schliesst seine Akutabteilung am 30. September 2000. Nach Angaben der GZO hat diese Bereinigung zu einer grösseren Auslastung der verbleibenden Strukturen geführt. Die bestehenden Abteilungen weisen höhere Belegungsraten und effizientere Betriebsstrukturen auf.

Der VZK steht der erfolgten Strukturbereinigung nicht grundsätzlich ablehnend gegenüber. Allerdings wird das Ausdünnen des öffentlichen Angebots in Relation zu den verbleibenden Privatspitälern gesetzt. Wie die geschlossenen Akutabteilungen der beschwerdeführenden Krankenhäuser gezeigt haben, führt die Nichtaufnahme auf die A-Liste bei öffentlich subventionierten Häusern zur Einstellung des Spitalbetriebs und damit auch zur Streichung von der B-Liste. Damit wird Konkurrenz für die verbleibenden Privatkliniken eliminiert. Dies ist

aus Sicht der öffentlichen Spitäler nur bedingt wünschenswert. Während die Privaten nämlich ihren Gewinn aus der Halbprivat-/Privatabteilung abschöpfen, nutzen die öffentlichen Spitäler diesen Gewinn für die Quersubventionierung der allgemeinen Abteilung. Wenn also aufgrund der Spitalplanung im allgemeinen Bereich Marktanteile an die Privaten übergehen, schwächt dies indirekt das Prinzip der sozialen Krankenversicherung, da mit dem KVG ein eigentliches "Umgehungssystem" etabliert worden sei, in dem im halbprivaten/privaten Bereich alles gemacht werde, was gesetzlich erlaubt sei, was langfristig mit der kontinuierlichen Schwächung des öffentlichen Angebots zu einer Zweiklassenmedizin führen werde.

Allgemein: Von Seiten der Spitäler wird allerdings dem Kanton Verständnis für seine Planung entgegengebracht, nicht zuletzt, weil damit klare Signale gesetzt wurden. Dies sei unabhängig davon, ob man mit der eingeschlagenen Richtung einverstanden sei oder nicht. Die Kritik auf Bundesebene wiederum trifft in erster Linie das Parlament, das ein ungenügendes und widersprüchliches Gesetz geschaffen habe. Dem Bundesrat wird zugestanden, dass er keine dankbare Aufgabe habe, wenn er die Fehler des Parlaments nun "ausbaden" müsse. Andererseits habe der Bundesrat zwei Möglichkeiten gehabt: er hätte sowohl die bestehenden Lücken politisch ausfüllen und in Verordnungen entsprechende Anreize setzen als auch, wie es jetzt der Fall sei, sich auf die rein juristische Anwendung des Gesetzes beschränken können. Von den Vertretern der öffentlichen Spitäler wird moniert, dass mit dieser Haltung keine Rahmenbedingungen gesetzt würden, die die grundlegende Frage der Spitalplanung beantworteten: Was ist gewollt?

Diese Lücke sei in Zürich vom Kanton politisch gefüllt worden, während der Bundesrat inaktiv war. Eine Wirksamkeit auf die Gesundheitsausgaben wird denn auch allein der kantonalen Planung zugesprochen, nicht aber der bundesrätlichen Rechtsprechung.

5.2.5 Gesamteinschätzung

Der Bundesratsentscheid hatte insofern direkte Folgen für die Zürcher Spitallandschaft, als dass er eine Liste sanktionierte, die zur Schliessung von sechs Regionalspitälern führte. Von den Interviewpartnern wird dieses Verdienst allerdings einhellig dem Kanton, der die Liste vorgelegt hat, und nicht dem Bundesrat, der sie lediglich gestützt hat, zugesprochen. Im Falle der Beschwerden von fünf Zürcher Regionalspitälern können dem Bundesratsentscheid zwei indirekte Wirkungen zugeschrieben werden:

- Erstens wird eine sehr restriktive Planung gestützt und in den Entscheiden verschiedentlich die vertikale und konzentrierte Kürzung als zu favorisierende Strategie im Kapazitätsabbau bezeichnet. Damit sendet er ein Signal an die anderen Kantone aus, dass einschneidende Planungen gestützt werden, wenn sie juristisch korrekt sind. Es wird allerdings keine Verantwortung für politisch unliebsame Entscheide übernommen.

- Zweitens stützt der Bundesrat eine hierarchische und nicht-kooperative Planung, die ohne die partizipative Beteiligung der betroffenen Akteure im Gesundheitswesen erarbeitet worden ist. Damit kann dem Bundesrat wiederum zu einem gewissen Grad Signalwirkung an andere Kantone zugeschrieben werden, dass Planungen gestützt werden, die sich auf sachliche Kriterien stützen und keine politischen Rücksichtnahmen machen.

Trotzdem hat der Bundesratsentscheid keine eigentliche Auswirkung im Sinne einer Kostendämpfung gezeigt. Dies ist anhand der Vorbehalte der Kassen gegen die neue Zürcher Liste 2001 ersichtlich, die direkt auf die vom Bundesrat sanktionierte Spitalliste 1998 zurückgeht. Die reine Fortschreibung dieser gestützten Liste entbehrt einer Strategie, wie die Kosten im Spitalwesen in Zukunft zu steuern sind. Die Ausgaben sind denn auch trotz Vorliegen der Liste 1998 im Kanton Zürich massiv angestiegen.¹² Der Bundesrat hat zwar in einem der Zürcher Entscheide festgehalten, dass Planung rollend sein muss, aber keine Vorgaben für ihre Ausgestaltung bereitgestellt.

5.3 Fallstudie Aargau

5.3.1 Die Aargauer Spitalliste 1998

Die Spitalplanung des Kantons Aargau beruht auf der Spitalkonzeption 2005, welche 1994 vom Grossen Rat verabschiedet wurde. Die Spitalliste 1998 wurde am 24. September 1997 vom Regierungsrat erlassen. Es handelt sich um eine integrale Spitalliste, die nach Institutionen, Bettenzahl, Leistungsaufträgen und Kategorien gegliedert ist, den Spitälern aber Gesamtbettenzahlen zuweist, ohne eine Unterscheidung zwischen Betten für Grund- und Zusatzversorgung vorzunehmen.

Die Aargauer Spitalkonzeption stellte keine Überkapazitäten fest, so dass im Bereich der Akutspitäler alle neun öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten Spitäler und die fünf nicht subventionierten Kliniken mit privater Trägerschaft auf die Liste aufgenommen wurden. Die Bettendichte im Akutbereich liegt mit 3,3 pro 1000 Einwohner weit unter dem schweizerischen Mittelwert oder unter den Zielvorgaben anderer Kantone, weshalb keine Überkapazitäten zu verzeichnen sind. Der Bestand von Planbetten kann jedoch bis zum Jahr 2005 um 234 Betten reduziert werden.

Der Regierungsrat verzichtete darauf, die historisch gewachsenen Spitalregionen zu verändern, beschloss jedoch, die Schwerpunktbildung sowie die regionale Konzentration als Ent-

¹² Während im Kanton Zürich die pro-Kopf-Gesundheitsausgaben von Kanton und Gemeinden in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre stetig abnahmen, ist zwischen 1998 und 1999 wieder ein Kostensprung von 6,5% zu verzeichnen. Die Versicherungskosten haben demgegenüber zwischen 1994 und 1999 um durchschnittlich 6,9% pro Jahr zugenommen (Rüefli und Vatter 2001).

wicklungsmodelle periodisch zu überprüfen. Er gibt "im Sinne der Empfehlungen des Bundesrates" einer offenen Zulassungspraxis den Vorzug, "damit der Wettbewerb gefördert und den Versicherern bessere Voraussetzungen geschaffen werden, mittels Abschluss von Verträgen auf die Kostenentwicklung einzuwirken." (Spitalliste für den Kanton Aargau, Abschnitt 5).

Kernstück der Spitalkonzeption 2005 sind die Vorgaben verbindlicher Leistungsaufträge für die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler und Kliniken, die auf den 31. 12. 2001 überprüft werden. Ihre Weiterführung ist an Bedingungen geknüpft:

- Koordination des Angebots in der Notfallversorgung sowie in der Infrastruktur zwischen vier Regionalspitälern.
- Die Regionalspitäler sind verpflichtet, in verschiedenen medizinischen Bereichen inkl. im Notfallbereich das Leistungsangebot der Kantonsspitäler in Anspruch zu nehmen.

Die Ziele dieser Leistungsaufträge sind die Optimierung der Leistungserbringung, der medizinischen Versorgung und der inner- und interkantonalen Zusammenarbeit sowie die Steigerung von Effektivität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer (Spitalkonzeption des Kantons Aargau: 7).

5.3.2 Die Beschwerde des Aargauischen Krankenkassen-Verbands gegen die Aargauer Spitalliste 1998

Am 29. Oktober 1997 reichte der Aargauische Krankenkassen-Verband (AKV) beim Bundesrat Beschwerde gegen die Spitalliste des Kantons ein und beantragte deren Aufhebung. Er kritisierte, die Spitalliste beruhe nicht auf einer bedarfsgerechten Planung, für die Privatkliniken und den Rehabilitationsbereich fehle die Planung ganz, und einzelne Einrichtungen seien zu Unrecht auf der Liste aufgeführt (Informationsschreiben der SDK vom 17.3.1999). Zu streichen seien das Geburtshaus Storchenäschel Lenzburg, das Solbad Eden Rheinfelden und die Klinik Barmelweid (Rothenbühler 1999a: 53). Wesentlicher Kritikpunkt war, dass die Spitalliste eine blosser Inventarisierung darstelle und keine Leistungsaufträge im Sinne des KVG enthalte.

5.3.3 Der Beschwerdeentscheid des Bundesrates vom 17. Februar 1999

Der Bundesrat hat in seiner Entscheidung vom 17. Februar 1999 die Beschwerde des Krankenkassen-Verbands abgewiesen und die Spitalliste des Kantons Aargau geschützt. Die vorgenommene Bedarfsplanung sei KVG-konform. Aufgrund des bescheidenen Anteils der Privatspitäler an der Gesamtkapazität (laut Spitalliste 1998 213 von 1633 Akutbetten, d.h. 13%) sei es vertretbar, bei diesen auf eine Beschränkung der Bettenzahl zu verzichten. Die Zulassung der beanstandeten einzelnen Kliniken wurde ebenfalls geschützt.

Ergänzungen erwartete der Bundesrat hinsichtlich der Leistungsaufträge, die von der Spitalkonzeption in die Spitalliste zu übertragen seien, insbesondere bei innerkantonalen Privatkliniken, die Behandlungen in der allgemeinen Abteilung anbieten. Die Umschreibung der Leistungen der Halbprivat- und Privatabteilungen in der Liste sei jedoch laut dem Bundesrat nicht zwingend. Diese Abteilungen müssen lediglich in die Planung einbezogen werden, und ihre Aufnahme auf die Spitalliste bedeute lediglich die Zulassung zur obligatorischen Krankenversicherung im Sinne eines "fachtechnischen Attests". "Der Bundesrat anerkennt zwar die KVG-Konformität der "integralen" Aargauer Spitalliste, mit der "das Modell der integralen Liste gleichsam in idealtypischer Form realisiert" sei. Er streicht jedoch die angeblichen Mängel dieses Modells (fehlende Zuordnung der Betten zu den einzelnen Versicherungskategorien, Kostentransparenz) heraus und regt an, "diesbezüglich die Entwicklung genau" zu "verfolgen und nötigenfalls Korrekturen an der Spitalliste" vorzunehmen (Informationsschreiben der SDK vom 17.3.1999).

5.3.4 Die Folgen des Beschwerdeentscheids

Der bundesrätliche Beschwerdeentscheid ist im Aargau weitgehend folgenlos geblieben, da die Spitalliste gutgeheissen und keine grundsätzlich umstrittenen Punkte beanstandet wurden. In den folgenden Abschnitten werden die Reaktionen der einzelnen Akteure und ihre Einschätzungen der Wirksamkeit des Entscheides beschrieben.

5.3.4.1 Die Haltung des Kantons

Zum Bundesratsentscheid: Der Kanton Aargau hat den Entscheid des Bundesrates, der seine Spitalliste geschützt und gutgeheissen hat, begrüsst. Angesichts der bisherigen Rechtsprechung des Bundesrats sei es eigentlich unverständlich, weshalb die Liste nicht zurückgewiesen wurde, weil sie prinzipiell den Status quo übernommen und keinen Kapazitätsabbau vorgesehen habe. Angesichts solcher Feststellungen schaffe der Bundesrat in seiner Rechtsprechung eher Verunsicherung als Klarheit, pendle sich aber allmählich ein.

In den Augen des Kantons haben die Bundesratsentscheide zur Spitalplanung allerdings nicht den geringsten Kosteneffekt, weil sie sich auf die Ressourcen (Betten/Institutionen) abstützen, und nicht auf die erbrachten Leistungen. Er ist der Ansicht, dass statt einer Bedarfsplanung eigentlich eine Angebotsplanung erstellt werden müsste, weil im Gesundheitswesen der Bedarf zu einem grossen Teil von den Anbietern festgelegt werde, und nicht von den Nachfragern. Das Finanzierungssystem des KVG orientiere sich immer noch an Ressourcen, statt an Leistungen, während der Kanton Aargau eine flächendeckende Leistungsfinanzierung kenne. Die Spitalliste sei somit für den Kanton gar nicht von zentralem Interesse.

Der Kanton Aargau habe möglicherweise zu rasch seine öffentlichen Leistungen reduziert, um eine vergleichsweise tiefe Bettendichte (1996: 3.45) zu erreichen. Eine tiefe Bettendichte

senke die Behandlungskapazität des Gesundheitswesens, weil entsprechend weniger Personal zur Verfügung stehe und in gewissen Bereichen Engpässe auftreten können. Im Kantons-
spital Aarau bestünden für bestimmte Operationen schon jetzt Wartefristen von über einem Jahr, was ja auch nicht ideal sei. Die Ausweichmöglichkeiten seien, eine Zusatzversicherung zu kaufen, um so schneller behandelt zu werden, was aber für alle Beteiligten entsprechend teurer werde, die Behandlung ausserkantonal vornehmen zu lassen, was dem Kanton höhere Kosten verursache, oder in ein mitunter weniger gut ausgerüstetes Regionalspital auszuweichen, wo die Behandlungsqualität nicht gegeben sei. Kapazitätsreduktion im öffentlichen Bereich führe ausserdem dazu, dass private Anbieter nachrücken und den Abbau wieder kompensieren, was einer Zweiklassenmedizin Tür und Tor öffne.

Allerdings beziehe der Kanton Aargau die privaten Anbieter in sein Leistungsangebot ein, zumal er sie nicht mitfinanzieren muss. Sobald jedoch die 2. KVG-Revision die Finanzierungsmodalitäten ändert und die Kantone auch an Privatspitäler Beiträge entrichten müssen, werde der Kanton Aargau die Leistungsaufträge an Private reduzieren müssen.

Allgemein: Bettenabbau und Kapazitätsreduktion per se seien nur dann kostendämpfend, wenn damit überflüssige, unnötige Ressourcen abgebaut würden, die bloss Fixkosten verursachen. Es seien aber nicht die Spitalbetten, die Kosten generieren, sondern die Patienten. Jedes gestrichene Bett werde woanders wieder kompensiert, weil der Bedarf ja nicht mit den Kapazitäten abnehme. Werde ein Spital geschlossen, sei das nicht nur eine Investitionsvernichtung, sondern habe das auch den Ausbau eines anderen Spitals zur Folge, weil die Patienten schliesslich irgendwo versorgt werden müssten. Für diese entstünde so ein höherer Aufwand (weiterer Weg, u.U. doppelte Abklärungen) und höhere Kosten, weil Zentrumsspitäler teurer sind. Seien zudem mehrere Ärzte an derselben Behandlung beteiligt, würden möglicherweise Untersuchungen mehrmals gemacht und sinke das Vertrauen der Patienten in die Ärzte.

Wäre die Spitalplanung kostenwirksam, müsste das an den Tarifen ersichtlich sein. In der Tat weise der Kanton Aargau eine sinkende Staatsquote im Gesundheitswesen auf und habe er seine Kosten auch zu einem Teil auf die Versicherer abgewälzt. Dies sei aber auch als Folge von Tarifentscheiden des Bundesrats erfolgt. Dieser habe beispielsweise kostendeckende Pflegeheimtarife verfügt, weil der Kanton diesen Bereich subventionieren wollte und deshalb mit den Versicherern tiefe Tarife ausgehandelt hatte. Aufgrund dieses Entscheides habe der Kanton die Finanzierung wieder geändert und sich daraus zurückgezogen, was die Kosten auf die Versicherer abgewälzt habe.

Den Bereich der Rehabilitation habe der Kanton denn angesichts des neuen KVG auch privatisiert, weil so die Versicherer alle Kosten übernehmen mussten. Bezogen auf die Kantonsbevölkerung weise der Aargau Überkapazitäten in der Rehabilitation auf, weil er viele ausser-

kantonale Patienten versorge. Deren Heimatkantone hätten sich unter dem KVG-Regime an den Kosten beteiligen müssen, was vermutlich zu deren Rückzug, zu einem sinkenden Kostendeckungsgrad und letztlich zur Schliessung einiger Rehabilitationskliniken geführt hätte. Deshalb seien sie privatisiert worden, worauf die Kantone Kosten gespart hätten und die Kliniken erhalten geblieben seien, was nicht zuletzt auch einer volkswirtschaftlichen und regionalpolitischen Nutzenüberlegung entsprach. Die Versicherer, die gegen die vermeintlichen Überkapazitäten in der Rehabilitation Beschwerde geführt haben, hätten die überkantonale Bedeutung dieser Institutionen nicht berücksichtigt und sich einzig an den Kantonsgrenzen orientiert.

Das KVG habe die Bedeutung der Kantonsgrenzen fälschlicherweise erhöht, weil ausserkantonale Hospitalisationen teurer sind als innerkantonale, und die Kantone somit darauf bedacht seien, Leistungen möglichst selber anzubieten, und weil die Kantone als Planungsregionen definiert werden, was aber ökonomisch keinen Sinn mache. Der Kanton Aargau habe deshalb mit allen Nachbarkantonen ausser Zürich Spitalabkommen abgeschlossen, um seinen Patienten die freie Spitalwahl möglichst zu gewährleisten.

5.3.4.2 Die Haltung der Versicherer

Zum Bundesratsentscheid: Der Aargauische Krankenkassen-Verband (AKV) misst dem Bundesratsentscheid zur Aargauer Spitalliste eine geringe Bedeutung zu, weil sich seine Beschwerde primär gegen konkrete Institutionen richtete, so z.B. gegen das Geburtshaus Storchenschäntli. Weil der Kanton Aargau schon von vornherein eine vergleichsweise tiefe Betten-dichte aufgewiesen habe, sei der Handlungsbedarf zur Kapazitätsreduktion geringer gewesen als in anderen Kantonen. Beanstandet wurde allerdings, dass die Spitalliste im Prinzip eine Bestandesaufnahme der schon vorher im Kanton zugelassenen Institutionen darstellt. Besonders Auflistung der verschiedenen "Hotelbetriebe" (private Rehabilitationskliniken) im Fricktal wurde kritisiert.

Durch den Entscheid, das Leistungsangebot in Privat- und Halbprivatabteilungen müsse nicht näher umschrieben werden, habe der Bundesrat dem Kanton die Handhabe entzogen, das Angebot im stationären Bereich umfassend zu steuern. Weil der Kanton nun lediglich die Betriebsbewilligung ausstellen könne, das Leistungsangebot privater Kliniken aber nicht einschränken dürfe, hätten diese ihre Kapazitäten in letzter Zeit ziemlich erhöht, was zu einer Mengenausweitung im Zusatzversicherungsbereich geführt habe. Die privaten Anbieter erbrächten zudem Leistungen insbesondere in Nischenbereichen, die für den Kanton nicht interessant seien.

Dadurch, dass die Spitalliste Leistungsaufträge formuliert, soll die innerkantonale Koordination unter den Spitälern gefördert werden. Die Zusammenarbeit unter den Regionalspitälern

im Notfallbereich sei jedoch kläglich gescheitert. Die Belegarztspitäler seien eine Zusammenarbeit eingegangen. Die Fusion zum Gesundheitszentrum Fricktal sei zwar auf Druck der Gesundheitsdirektion zustande gekommen, sei letztlich jedoch betriebswirtschaftlichen Zwängen gefolgt. Zur Zeit sei ein Projekt in Vernehmlassung, das die Aargauer Spitäler privatisieren und in eine Aktiengesellschaft umwandeln wolle. All diese Veränderungen seien allerdings nicht als Folge des Bundesratsentscheides zu verstehen, sondern auf die kantonale Spitalpolitik zurückzuführen. Die besondere Lage des Aargaus mit seinen starken, historisch gewachsenen Regionen verhindere jedoch innovative Strukturreformen. Weil die Spitäler häufig von Gemeinden mitgetragen würden und über starke regionale Lobbys verfügen, die ihre Institutionen schützen wollen, habe der Kanton seine liebe Mühe, Veränderungen in der Spitallandschaft durchzubringen.

Allgemein: Auf grundsätzliche Kritik stösst Art. 41 Abs. 3 des KVG, der die Finanzierung ausserkantonaler Hospitalisationen regelt. Weil die Kantone in dieser Regelung einen Anreiz sähen, ihrer Bevölkerung ein möglichst umfassendes Versorgungsangebot zur bieten zu können, um die Anzahl teurer ausserkantonaler Spitalaufenthalte gering zu halten, streben sie Autarkie an und werde die interkantonale Koordination behindert. Nicht zuletzt deswegen wäre eine national koordinierte Spitalplanung sinnvoll. Dies wird allerdings als Utopie eingestuft, da sich die Sanitätsdirektoren der Kantone untereinander oft nicht über den Kurs ihrer Spitalpolitik einig seien. Zwischen dem Kanton und den Versicherern bestehe jedoch ein gutes Verhältnis, was nicht überall so sei. Die Versicherer würden bei Reformprojekten jeweils beigezogen.

Die Kostendämpfung müsste gemäss den Versicherern dort ansetzen, wo die Kosten entstehen, d.h. namentlich im ambulanten Bereich. Man müsste vermehrt Anreize schaffen, um Leistungen stationär zu erbringen, z.B. den Kontrahierungszwang mit Ärzten aufheben. Die Kostendämpfung via Tarifverhandlungen, die auch der Kanton Aargau in seiner Spitalkonzeption anstrebt, funktioniere kaum, weil im Bereich der Grundversicherung dafür kein Spielraum bestehe. Das dual-fixe Finanzierungssystem mit festem Kostenteiler zwischen Kantonen und Versicherern, wie es die zweite KVG-Revision vorsieht, würde den Versicherern die Tarifverhandlungen erleichtern. Das Problem der ungehemmten Mengenausweitung von privaten Anbietern könne dann angegangen werden, wenn die Spitalfinanzierung reformiert werde und der Sockelbeitrag aus der obligatorischen Grundversicherung auch an diese Institutionen ausgerichtet werden müsse. Die Kantone erhielten als Mitfinanzierer eine bessere Handhabe und könnten allenfalls, sofern auf eine leistungsbezogene Finanzierung umgeschwenkt würde, auf das Versorgungsangebot auch im privaten Bereich Einfluss nehmen. Solange dort aber der Wettbewerb spielen soll und der Bundesrat den Kantonen die Aufnahme privater Institutionen auf die Spitalliste quasi vorschreibe bzw. sie nicht zum Abbau derjenigen Leistungsanbieter bewegen könne, die durch Mengenausweitung den grössten

Kostenanstieg verursachen und es dem Kanton nicht gelinge, die Effizienz der öffentlichen Anbieter durch strukturelle Reformen zu erhöhen, würden die Gesundheitskosten weiter ansteigen.

5.3.4.3 Die Haltung der Spitäler

Zum Bundesratsentscheid: Die Vereinigung Aargauischer Krankenhäuser (VAKA), welcher alle Listenspitäler angehören, zeigte sich vom Bundesratsentscheid zur Aargauer Spitalliste befriedigt, war allerdings eher erstaunt, dass die Beschwerde des AKV abgewiesen wurde. Dies sei aufgrund der bisherigen Praxis des Bundesrates nicht zu erwarten gewesen, insbesondere, wenn man die Entscheide zur Zürcher Spitalliste betrachte, in denen der Bundesrat einen massiven Kapazitätsabbau des Kantons gutgeheissen hat. Da der Kanton Aargau im Gegensatz dazu sämtliche seiner Spitäler auf die Liste gesetzt und weitgehend auf eine Kapazitätsreduktion verzichtet habe, sei es nicht ganz nahvollziehbar gewesen, dass der Bundesrat auch diese Liste schütze und die Beschwerde abweise. Dass der AKV Beschwerde gegen die Liste erhoben hat, habe ausserdem nicht weiter überrascht, er habe angesichts der Situation im Bereich der privaten Anbieter tatsächlich guten Grund dazu gehabt. Viele Privatkliniken seien tatsächlich eher medizinische Hotelbetriebe und in ihrer Bedeutung für die Gesundheitsversorgung eher umstritten.

Der Bundesratsentscheid, die Aargauer Spitalliste gutzuheissen, sei damit erklärbar, dass die Bettendichte im gesamtschweizerischen Vergleich bereits unterdurchschnittlich, die Bettenauslastung hingegen überdurchschnittlich hoch gewesen sei. Der Kanton Aargau habe somit bereits über ein sehr effizientes Versorgungssystem verfügt, was der Bundesrat wohl letztlich anerkannt haben dürfte. Der Kanton habe die VAKA in der Vernehmlassung zur Spitalliste konsultiert, worauf diese keinen Anlass zur Unzufriedenheit gesehen und sowohl der Spitalplanung als auch der Liste zugestimmt habe. Am Planungsprozess selber war die VAKA nicht direkt beteiligt.

Der Spitalverband pflege eine gute Zusammenarbeit mit den Kantonsbehörden, dürfe aber nicht als verlängerter Arm des Kantons betrachtet werden. Die Vereinigung sei schliesslich vor bald 90 Jahren gegründet worden, um dem zunehmenden Einfluss des Kantons entgegenhalten zu können. Die regionalen Akutspitäler unterstehen jeweils unabhängigen Trägerchaften – hauptsächlich den Gemeinden – und wehrten sich gegen eine zu starke Einflussnahme durch den Kanton. Dieser werde es bei der anstehenden Spitalgesetzrevision schwer haben, seine Zentralisierungsbestrebungen durchzusetzen.

Es bestehe ein klarer Wettbewerb zwischen den öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten und den privat getragenen Spitälern. Diese Konkurrenz werde zwar von den Spitälern betont, aber nicht gelebt, weil sie nicht zur Nutzung von Synergien führe und keinen Preiswettbe-

werb zur Folge habe. Ausserdem sei festzustellen, dass die privaten Anbieter einen starken Zulauf von Patienten verzeichnen können, auch von allgemein Versicherten. Dies sei zumindest zu einem Teil auf die kürzere Aufenthaltsdauer zurückzuführen, die aus der Verlagerung zu teilstationären und ambulanten Spitalbehandlung resultiere und vor allem von Privatkliniken angestrebt werde.

Die Steuerung des Spitalwesens erfolge zwischen der kantonalen Gesundheitsdirektion, der VAKA und den einzelnen Spitälern. Die konsequente Einführung von Globalbudgets und von Aufenthalts- statt Fallpauschalen habe einen Durchbruch in der Finanzierung bedeutet und wesentlich zur Kostendämpfung beigetragen. Dadurch hätten die stationären Kosten weitgehend auf einem unterdurchschnittlichen Niveau gehalten werden können. Die Verlagerung der Behandlung vom stationären auf den teilstationären und ambulanten Bereich habe hingegen insofern einen kostentreibenden Effekt, dass diese Behandlungen vollumfänglich von der Krankenversicherung bezahlt werden müssen. Weil diese Behandlungsmethoden vor allem von den Privatkliniken gefördert würden, die allesamt auf der Spitalliste sind, habe die Liste und der bundesrätliche Entscheid, sie zu stützen, keinen Beitrag zur Kostendämpfung geleistet.

5.3.5 Gesamteinschätzung

Im Kanton Aargau hat der Bundesratsentscheid, die Spitalliste gutzuheissen, die folgenden Auswirkungen gezeigt:

- Der Entscheid hat bei allen befragten Akteuren Verwunderung und Erstaunen ausgelöst, weil aufgrund der bisherigen bundesrätlichen Rechtsprechung nicht zu erwarten gewesen wäre, dass eine Liste, die weitgehend das bestehende Leistungsangebot festschreibt und keinen Kapazitätsabbau vorsieht, gutgeheissen würde. Offenbar wurde das Aargauer Versorgungssystem aufgrund der bereits unterdurchschnittlichen Bettendichte und der überdurchschnittlichen Bettenauslastung als effizient betrachtet und sind an der Spitalliste keine juristischen Mängel festgestellt worden.
- Auf die Kostenentwicklung hat der Bundesratsentscheid insofern Einfluss, dass er die privaten Anbieter schützt und ihre Leistungserbringung nicht einschränkt. Damit werden vor allem die Krankenversicherer belastet, welche die teuren – und im Fall der diversen hotelähnlichen Rehabilitationskliniken in ihrem Nutzen umstrittenen – Behandlungen vollumfänglich finanzieren müssen. Weil der Kanton die Angebote der Privatspitäler via Leistungsaufträge in seine Versorgungsplanung einbezieht, jedoch nicht für die Finanzierung aufkommen muss, kann er seinen eigenen finanziellen Aufwand tief halten. Mit der Privatisierung der Rehabilitationskliniken vor Inkrafttreten des KVG hat der Kanton diese am Leben erhalten und den Versicherern die Finanzierung übertragen. Dementsprechend

ist im Kanton Aargau eine starke Kostenverlagerung von der öffentlichen Hand zur Krankenversicherung festzustellen (vgl. Rüefli und Vatter 2001). Dieser Effekt ist allerdings keine direkte Folge des Bundesratsentscheids, sondern Resultat der kantonalen Spitalpolitik, welche vom Bundesrat in seinem Entscheid implizit gutgeheissen wurde.

5.4 Fallstudie Basel

5.4.1 Die Spitalliste 1998 der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft für somatische Akutmedizin

Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft erliessen am 5. November 1997 eine gemeinsame Spitalliste für den Bereich der somatischen Akutmedizin. Dieses in der Schweiz einzigartige Zusammengehen ergibt sich aus den vielfältigen Verflechtungen und gegenseitigen Abhängigkeiten der beiden Kantone. Die beiden Regierungen beabsichtigten, in einem ersten Schritt bis 1998 336 Betten abzubauen, wovon in Basel-Stadt 270 (127 in öffentlichen, 143 in privaten Spitälern) und in Basel-Landschaft 66 (37 in öffentlichen, 29 in privaten Spitälern). Der zweite Abbauschritt sieht bis 2002 disziplinenbezogene, kantonsübergreifende Strukturanpassungen und die Aufhebung von weiteren 291 Akutbetten in Chefarztspitälern im Kanton Basel-Stadt vor. Dadurch soll die Bettendichte bis 2002 von 6.0 auf 3.8 pro Tausend Einwohner gesenkt werden.

Der Kanton Basel-Stadt weist die Besonderheit auf, dass 35% des Gesamtbettenbestands privat betrieben werden (gesamtschweizerisch ca. 15%). Im Unterschied zu den meisten anderen Kantonen wird jedoch die Behandlung von allgemeinversicherten Patienten in den Privatspitälern staatlich subventioniert. Die gemeinsame Basler Spitalliste unterscheidet denn auch nicht nach allgemeinen, halbprivaten und privaten Abteilungen, sondern lässt unterschiedslos alle Abteilungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Grundversicherung zu.

In der Vernehmlassung zur Spitalliste waren die drei Privatkliniken Merian Iselin Spital, Bethesda-Spital und Josefsklinik mit einem bis Ende 1998 befristeten Leistungsauftrag aufgeführt. Nach der Vernehmlassung wurde die definitive Bettenzuteilung vorgenommen. Die Josefsklinik, die zu diesem Zeitpunkt nur im Zusatzversicherungsbereich auf dem Gebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe tätig war und ein Belegarztsystem mit 42 Betten unterhielt und die Ergolzlinik, ein seit 1995 tätiges Belegarztspital mit 19 Betten für allgemeine Chirurgie, Urologie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Augenchirurgie sowie Gynäkologie, erhielten im Gegensatz zu den anderen Privatkliniken keinen darüber hinaus reichenden Leistungsauftrag mehr. Ihre Streichung wurde mit dem Argument begründet, sie habe sich nicht mehr sinnvoll in die bedarfsgerechte Spitalplanung integrieren lassen (RKUV 4/1999: 359).

5.4.2 Die Beschwerden von drei Privatkliniken gegen die Spitalliste 1998 der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft

Gegen die gemeinsame Spitalliste der beiden Basler Kantone wurden im Dezember 1997 insgesamt sieben Beschwerden erhoben. Drei stammten von ausserkantonalen Privatkliniken, welche die Aufnahme auf der Spitalliste forderten. Die übrigen vier wurden von den betroffenen Basler Privatspitälern eingereicht, d.h. von der Josefsklinik, vom Hildegard Hospiz und von der Ergolz-Klinik (zwei Beschwerden). Sie alle forderten, ihr Leistungsauftrag sei zu verlängern und sie seien in die gemeinsame Spitalliste aufzunehmen (Informationsschreiben der SDK vom 22. Juli 1999). Interessant dabei ist, dass diejenigen Privatkliniken Beschwerde gegen die gemeinsame Spitalliste erhoben, die keine kantonalen Subventionen erhielten. Die Beschwerde der Josefsklinik wurde als exemplarisches Beispiel für einen Bundesratsentscheid zu integralen Spitallisten in der RKUV veröffentlicht (4/1999: 356-364; KV 84), weshalb hier auf sie detaillierter eingegangen wird.

Die Josefsklinik machte in ihrer Beschwerde geltend, sie sei 1991 bis 1994 mit grossem Aufwand renoviert und ausgebaut worden. Sie sei die einzige auf Gynäkologie und Geburtshilfe spezialisierte Klinik in Basel und werde nicht subventioniert. Der Regierungsrat habe ausdrücklich festgehalten, die Feinaufteilung der vorgesehenen Bettenreduktion erfolge nach dem Vernehmlassungsverfahren. Obwohl dieses keine Klarheit gebracht habe, sei die Josefsklinik gestrichen worden. Dieser Entscheid sei mit den Zielen der Spitalplanung nicht zu rechtfertigen und diene bloss dazu, eine Konkurrentin auszuschalten, um die Auslastung der teuren subventionierten Betten zu verbessern. Dem Entscheid fehle eine genügende gesetzliche Grundlage, verletze das öffentliche Interesse und sei unverhältnismässig. Er verletze die Handels- und Gewerbefreiheit der Josefsklinik, greife in ihre Eigentumsgarantie ein und verstosse gegen das Gebot der Rechtsgleichheit (RKUV 4/1999: 360).

5.4.3 Die Beschwerdeentscheide des Bundesrates vom 23. Juni 1999

Der Bundesrat entschied die vier Beschwerden am 23. Juni 1999. Er schützte das Vorgehen der Kantonsregierungen, eine Konzentration des Leistungsangebots vorzunehmen und erachtete die bis Ende 1998 befristete Aufnahme der betroffenen Privatkliniken als KVG-konform. Gleichzeitig hielt der Bundesrat aber fest, dass die Kliniken die Aufnahme ihrer Halbprivat- und Privatabteilungen in die Spitalliste beantragen können, weil in diesem Bereich der Wettbewerb spielen soll (Pressemitteilung des Bundesrates vom 25. Juni 1999).

Patienten in Halbprivat- und Privatabteilungen können den Sockelbeitrag aus der obligatorischen Grundversicherung nur beanspruchen, wenn die entsprechenden Abteilungen auf der Spitalliste zumindest ihres Standortkantons figurieren. Die Leistungen müssen aber auf der Liste nicht näher umschrieben werden, und die Kantone sind nicht verpflichtet, diesen Abteilungen Betten zuzuteilen. "Die Aufnahme auf die Spitalliste stellt lediglich eine Art fach-

technisches Attest dar, wonach der entsprechende Leistungserbringer die Infrastruktur- und Dienstleistungsvoraussetzungen nach KVG erfüllt und er deshalb zu Lasten der Grundversicherung praktizieren kann, das heisst die Patienten den erwähnten Sockelbeitrag aus der Grundversicherung beanspruchen können" (RKUV 4/1999: 363).

Da es sich bei der gemeinsamen Spitalliste der beiden Basler Kantone um eine integrale Liste handelt, welche nicht zwischen allgemeinen, halbprivaten und privaten Abteilungen unterscheidet, stellte sich hier die Frage, wie sich die Zulassung der Halbprivat- und Privatabteilungen von Spitälern gestalten, deren allgemeine Abteilungen nicht in die Spitalliste aufgenommen wurden. Der Bundesrat entschied diese Frage insofern, dass wenn ein Kanton eine Betriebsbewilligung erteilt und deren Voraussetzungen weiterhin erfüllt sind, nach dem Zulassungssystem des KVG für Halbprivat- und Privatabteilungen beschränkt auf diese Abteilungen ein Rechtsanspruch auf Aufnahme in die Spitalliste des Standortkantons besteht (RKUV 4/1999: 364).

Der Bundesrat ordnete deshalb die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft an, die Josefsklinik mit ihrer Halbprivat- und Privatabteilung in die Spitalliste aufzunehmen. Denselben Entscheid traf er im Fall der Beschwerden der Praxis-Klinik Ergolz und der Diomed-Klinik des Hildegard Hospizes gegen die gemeinsame Basler Spitalliste.

5.4.4 Die Folgen der Beschwerdeentscheide

Im Fall der Josefsklinik hatte der Bundesratsentscheid keine konkrete Auswirkung, da die Klinik von sich aus im Juni 1999 – nur wenige Tage vor Veröffentlichung des Entscheids – bekanntgab, per 1. 1. 2000 den Betrieb einzustellen. Die Ungewissheit, in welcher die Klinikverantwortlichen während des Beschwerdeverfahrens, das insgesamt 18 Monate dauerte – die gesetzlich vorgesehene Frist beträgt 4 Monate – gelassen wurden führte dazu, dass wichtige Investitionsentscheide aufgeschoben werden mussten. Dies brachte die Klinik in eine schwierige Lage, weshalb sie sich letztendlich entschied, zu schliessen.

Die Ergolz-Klinik wurde von den beiden Basler Kantonen unter einer separaten Rubrik je auf die eigene Spitalliste gesetzt, mit dem Vermerk, nur die halbprivate und private Abteilungen seien anerkannt. Das Hildegard Hospiz, dessen Klinik im Bereich der Alternativmedizin tätig ist, wurde ebenfalls unter einer eigenen Rubrik in der jeweiligen kantonalen Spitalliste aufgeführt. Da die Klinik mit finanziellen Problemen kämpft, plant sie per 2002 die Umwandlung in ein Pflegeheim.

Auf die Basler Spitallandschaft hatte der Bundesratsentscheid insofern nur geringe Auswirkungen. Die sich daraus ergebenden Differenzen gegenüber dem von beiden Kantonen in der gemeinsamen Spitalliste angestrebten Zustand haben sich im Fall der Josefsklinik und des

Hildegard Hospizes von selbst erledigt, während im Fall der Ergolz-Klinik der bundesrätlichen Entscheidung Rechnung getragen wurde.

5.4.4.1 Die Haltung des Kantons

Zum Bundesratsentscheid: Die gemeinsame Spitalliste der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft ist das Resultat eines komplizierten politischen Entscheidungsprozesses. Nachdem der Grundsatzentscheid zur gemeinsamen Planung gefallen und der Sollwert der Bettendichte definiert worden war, setzten die Auseinandersetzungen um das Ausmass des Bettenabbaus, den jeder Kanton zu leisten hatte, ein. Diese wurden dadurch kompliziert, dass der Kanton Basel-Landschaft einen grossen Teil seiner Versorgung beim Stadtkanton einkauft und sich dagegen wehrte, selber Kapazitäten abzubauen. Im Kanton Basel-Stadt stellten sich die privaten Belegarztspitäler anfänglich gegen das Vorhaben des Kantons, in einem ersten Schritt vor allem deren Versorgungskapazitäten zu reduzieren. Dieses Vorgehen habe sich aus der Tatsache ergeben, dass die Belegarzdichte ausserordentlich hoch sei und der Bettenabbau leichter zu bewerkstelligen sei als die vorgesehene Strukturreform bei den öffentlichen Spitälern. Da die Baselstädtischen Privatspitäler vom Kanton subventioniert werden und dementsprechend eng in die kantonale Versorgungsstrukturen eingebunden sind, gelang es jedoch, diesen Konflikt mittels eines breiten Konsensfindungsprozesses zu schlichten. Die betroffenen Privatspitäler verzichteten in der Folge darauf, gegen die Basler Spitalliste Beschwerde zu erheben, was vom Kanton als Anzeichen für die Qualität des gefundenen Konsenses gewertet wird.

Die Kantonsvertreter kritisieren zunächst, dass sich der Bundesrat für seinen Entscheid 18 Monate Zeit gelassen hatte, obwohl die gesetzlich vorgesehene Frist vier Monate beträgt (vgl. Art. 53 Abs. 3 KVG). Sie würdigen die Tatsache, dass der Bundesrat die gemeinsame Spitalplanung grundsätzlich geschützt hat. Der Hauptvorwurf an den Bundesrat lautet allerdings, er habe in seinem Entscheid das KVG inkonsequent ausgelegt. Er sehe zwar eine Gesamtbettenplanung vor, bestehe jedoch gleichzeitig darauf, dass im Zusatzversicherungsbereich der Wettbewerb spiele, keine Kapazitäten festgelegt werden dürften und neue Leistungsangebote quasi einen Rechtsanspruch auf Marktteilnahme geltend machen könnten. Die Basler Kantone sind der Ansicht, mit ihrer gemeinsamen Gesamtbettenplanung einen innovativen Weg gegangen zu sein und verteidigten ihr Vorgehen entsprechend. Nach dem Bundesratsentscheid wurde mittels Briefen an den Bundesrat, parlamentarischen Vorstössen und persönlichen Vorsprachen bei Bundesrätin Dreifuss versucht, eine Korrektur des Entscheides zu bewirken, was allerdings vergeblich war. Da die Kantonsbehörden den Eindruck erhielten, dass EJPD-Vorsteherin Metzler kein Verständnis für ihre Position zeige, machte sich Resignation breit.

Der Bundesrat habe in seinem Entscheid prinzipiell die Logik der Basler Spitalplanung desavouiert und die innovativen Bemühungen sowie die besondere Situation der kantonally subventionierten Basler Privatspitäler nicht gewürdigt. Zwar habe der Entscheid letztlich keine materiellen Veränderungen der gemeinsamen Basler Spitalliste für somatische Akutmedizin zur Folge gehabt. Dennoch wird kritisiert, dass der Bundesrat auf der Basis eines Versicherungsgesetzes in die kantonale Gesundheitsversorgungsautonomie eingegriffen habe, ohne dabei die lokalen Verhältnisse angemessen zu berücksichtigen. Dadurch behindere der Bund die Kantone bei der Umsetzung des KVG. Der Konflikt zwischen den Basler Kantonen und den Bundesbehörden ist insofern primär ein Konflikt um die Interpretation und Auslegung des KVG und seiner Regelungen zur Spitalplanung. Der Kanton kann sich des Eindrucks, der Bundesrat habe seinen Entscheid nicht unter dem Aspekt der Kostendämpfung, sondern unter dem politischen Gesichtspunkt der Liberalisierung des Gesundheitswesens gefällt, nicht erwehren. Während sich die beiden Basler Kantone intensiv um eine Konsenslösung bemüht hätten, um ihre erwiesenen Überkapazitäten abzubauen, habe der Bundesrat in die kantonale Strukturpolitik eingegriffen und diese durch seinen Entscheid eigentlich desavouiert.

Allgemein: Obwohl im kantonalen Sanitätsdepartement ein Jurist die kantonalen Spitalplanungen und die bundesrätliche Rechtsprechung verfolgt, hätten frühere Bundesratsentscheide keinen Einfluss auf die kantonale Planung ausgeübt. Dies sei gar nicht möglich, weil der Bundesrat seine Entscheide in der Regel erst traf, nachdem die Kantone ihre Spitallisten in Kraft gesetzt hatten. Man habe die Entwicklung der Rechtsprechung beobachtet und sich auf den Entscheid zur Basler Beschwerde vorbereiten können, habe aber nichts mehr geändert, weil die Liste schon in Kraft war und dem Willen des Kantons entsprach.

5.4.4.2 Die Haltung der Versicherer

Zum Bundesratsentscheid: Das faktische Betriebsverbot der allgemeinen Abteilung der Klinik Ergolz habe sich für die Versicherer als Bumerang erwiesen, weil die in den halbprivaten und privaten Abteilungen behandelten Patienten Anspruch auf den Sockelbeitrag aus der Grundversicherung haben. Wenn sich die Spitalplanung nur auf die allgemeine Abteilung beziehen dürfe, wie das der Bundesrat vorsieht, im Zusatzversicherungsbereich jedoch jeder Anbieter unbeschränkt zur Leistungserbringung zugelassen sei, werde die Spitalplanung unterlaufen. Die entgegen der Spitalplanung zugelassene Ergolz-Klinik betreibe zur Zeit allgemeine Betten im Graubereich, weil wegen der integralen Liste die Abgrenzung zwischen den Versorgungsniveaus der Grund- und der Zusatzversicherung schwierig sei.

Die integrale Planung ermögliche den Spitälern mehr Flexibilität und sei deswegen von praktischer Bedeutung. Die Versicherer erachten sie hingegen eher als nachteilig, weil wegen der fehlenden Abgrenzung zwischen den Versorgungskategorien die Kostenkontrolle er-

schwert wird. Ausserdem sei so die Menge der erbrachten Leistungen in den halbprivaten und privaten Abteilungen nicht steuerbar. Mengenausweitungen schlagen deshalb wegen des Sockelbeitrages auf die Kosten in der Grundversicherung zurück. Wenn Angebote im Zusatzversicherungsbereich einen Rechtsanspruch auf Aufnahme in die Spitalliste haben, bestehe keine Möglichkeit mehr, künftige private Anbieter vom Markt fernzuhalten. Weil im Gesundheitswesen das Angebot weitgehend die Nachfrage schaffe, könne die Kostenspirale ungehemmt ihren Lauf nehmen. Die Versicherer könnten sich deshalb vorstellen, dass auch im Halbprivat-/Privatbereich eine Kapazitätszuweisung erfolgen müsste, weil dann der Sockelbeitrag an Leistungen, die nicht dem vom Kanton ermittelten Bedarf entsprechen, entfallen könnte.

Der Bundesratsentscheid habe im Fall der gemeinsamen Basler Spitalliste die Stabilisierung der Kosten behindert und keine positive Wirkung entfaltet. Allenfalls hätten die Entscheide eine gewisse Klärung geschaffen, indem die Grundsatzkriterien der Spitalplanung definiert worden seien. Die sich daraus ergebende Rechtssicherheit sei an sich positiv zu würdigen, auch wenn sie sich im konkreten Fall negativ auswirke. Eine Signalwirkung anderer Bundesratsentscheide auf die kantonale Planung können die Versicherer nicht ausmachen, in ihrer Wahrnehmung agieren die Kantone autonom und unbeeinflusst von den Vorgängen in anderen Kantonen.

Allgemein: Grundsätzlich wird die Spitalplanung als sinnvoller Weg zur Kostendämpfung angesehen, in der Ausgestaltung sei sie aber noch zu unklar, weil die Abgrenzung zwischen Planung und Markt noch zu schwammig sei. Es müsste klar definiert werden, worin der Mehrwert von halbprivaten und privaten gegenüber allgemeinversicherten Leistungen besteht. Wenn hier klare Rahmenbedingungen geschaffen würden, könnte auch das Spannungsfeld, das aufgrund des Sockelbeitrags an Leistungen der Zusatzversicherungen besteht, etwas entschärft werden. Die Versicherer würden sich denn auch ein leistungsbezogenes Finanzierungssystem wünschen, weil ein solches mehr Transparenz schaffen würde. Allerdings ergäben sich auch hier Abgrenzungsprobleme, weil nicht klar definiert wäre, ob eine Leistung wirklich bedarfsgerecht erbracht worden ist.

5.4.4.3 Die Haltung der Spitäler

Zum Bundesratsentscheid: Den Bundesratsentscheid zur Josefsklinik stufen die Basler Privatspitäler als eine Ohrfeige ein. Sie beklagen einen grossen Vertrauensverlust und ein Glaubwürdigkeitsproblem und vermissen die politischen Leitlinien in der bundesrätlichen Rechtsprechung. Statt die im KVG eingebauten Probleme zu entschärfen und konkrete Lösungswege dafür aufzuzeigen, habe der Bundesrat noch weitere Hürden eingebaut und für zusätzliche Verunsicherung gesorgt. Der fragliche Entscheid habe in den Augen der Spitäler

gezeigt, dass eine konstruktive Linie nicht gefragt ist und öffne gewinnorientierten privaten Anbietern Tür und Tor.

Um den in der Basler Spitalliste vorgesehenen Kapazitätenabbau bei den Privatspitälern vorzunehmen, wurde ihnen aufgetragen, sich untereinander auf ein Szenario zu einigen. Bei den Verhandlungen habe sich die Josefsklinik nicht kooperativ gezeigt, weshalb die anderen Kliniken unter sich die Strukturveränderungen beschlossen und das geschnürte Paket dem Kanton vorgelegt hätten. Die beiden Basler Kantone hätten die vorgeschlagene Lösung zur Koordination von Plan und Markt, welche die Spitalplanung unter angemessener Berücksichtigung privater Anbieter erfordert, akzeptiert und ihre gemeinsame Spitalliste daraufhin entsprechend verabschiedet. Dass der Bundesrat die getroffene Verhandlungslösung dann desavouiert habe, obwohl er inzwischen über den Schliessungsentscheid der Josefsklinik informiert worden sei, zeuge von einem Politikversagen, von Führungslosigkeit und von Gleichgültigkeit gegenüber der kantonalen Politik.

Abgesehen von diesen Folgen, die primär auf der emotionalen Ebene anzusiedeln sind, in ihrer Bedeutung aber nicht unterschätzt werden dürften, hätten sich bisher keine konkreten Auswirkungen des Bundesratsentscheides eingestellt. Die in Basel partnerschaftlich erfolgte Abstimmung zwischen Plan und Markt sei wieder aufgehoben worden, bisher sei jedoch trotz des offenbar bestehenden Rechtsanspruch auf einen Spitalistenplatz kein neuer privater Anbieter aufgetreten. Insofern sei der Entscheid konkret nicht kostenwirksam gewesen.

Allgemein: Die kantonale Spitalplanung habe im stationären Bereich eine massive Kostenwirkung gehabt, weil besonders in den Privatkliniken viele Leistungen nun teilstationär erbracht würden. Dies sei den Ärzten von den Spitalleitungen auch nahegelegt worden. Die Folge sei, dass die Versicherer nun stärker belastet würden. Viel stärkere Kostenverschiebungen seien allerdings aufgrund der Finanzierungsreform zu erwarten. Ein Sockelbeitrag der Kantone an private Spitäler würde massiv prämiendämpfend wirken und hätte auch Veränderungen in der Aufgabenteilung zwischen privaten und öffentlichen Leistungserbringern zur Folge, würde aber kaum neue Anbieter auf den Plan locken. Der Markt der privaten Anbieter sei allmählich gesättigt, der Rückzug der Versicherten aus der Zusatzversicherung habe die Nachfrage sinken lassen.

In den Basler Kantonen findet sich diesbezüglich allerdings eine Sondersituation, weil die privaten Anbieter über Leistungsaufträge als Partner in die Versorgungsstrukturen eingebettet sind und nicht als Konkurrenten der öffentlichen Spitäler betrachtet werden. Diese Zusammenarbeit ermögliche eine gewisse Kontrolle und verhindere eine ungehemmte Kostenexplosion.

Generell stelle sich die Frage, wieviel Planung notwendig sei. An und für sich wird eine regionale Planung unter einheitlichen Richtlinien sinnvoll erachtet, aber zum einen verhindere

das Föderalismusprinzip die Schaffung optimaler Versorgungsstrukturen, zum anderen müsste der Bund dirigistischer vorgehen und Anreize zur regionalen Planung setzen.

5.4.5 Gesamtschätzung

Der bundesrätliche Entscheid zur gemeinsamen Basler Spitalliste hat die folgenden Auswirkungen gezeigt:

- Der Bundesratsentscheid hat sich insbesondere auf der politischen Ebene ausgewirkt, indem er die kooperative Planung der beiden Kantone, in deren Prozess auch die betroffenen Privatspitäler einbezogen worden waren, zwar grundsätzlich gestützt, gleichzeitig aber deren zugrunde liegende Logik desavouiert hat. Mit dem Argument, die Zulassung von Halbprivat- und Privatabteilungen sei von der Bedarfsbeurteilung unabhängig und ergebe sich automatisch aus der Erfüllung der Infrastruktur- und Dienstleistungsvoraussetzungen gemäss Art. 39 Abs. 1 Bst. a-c KVG, verunmöglicht der Bundesrat dem Kanton, einen Gesamtbettenbedarf für die ganze Kantonsbevölkerung festzulegen. Sowohl die kantonalen Behörden als auch die kooperativen und via Kantonssubventionen eng in die kantonale Versorgung eingebundenen Privatspitäler beklagen einen Vertrauensverlust in den Bund und beklagen dessen einschneidenden Eingriff in die kantonale Spitalversorgungspolitik. Der Entscheid verunmögliche die Kostendämpfung mittels Kapazitätsabbau und zwingt den Kanton zur Zulassung unnötiger und unerwünschter Leistungserbringer.
- Hinsichtlich der Gesundheitskosten hat der Bundesratsentscheid keine direkte Wirkung entfaltet. Die fragliche Josefsklinik hat von sich aus geschlossen, bevor der Bundesrat die Beschwerde entschieden hat, die Ergolzlinik bezog bereits vorher keine kantonalen Subventionen, muss von den Versicherern allerdings weiterhin finanziert werden, und das Hildegard Hospiz plant die Umwandlung in ein Pflegeheim. Neue Leistungserbringer sind seit dem Entscheid keine aufgetreten, müssten aber in der Argumentation des Bundesrates auf die Spitalliste gesetzt werden, wenn sie Leistungen im Zusatzversicherungsbereich erbringen würden. Dadurch würden zunächst primär die Versicherer zusätzlich belastet, welche die Kosten im Zusatzversicherungsbereich, aber auch die Grundleistung aus der obligatorischen Krankenversicherung zu bezahlen hätten, je nach Entwicklung der Spitalfinanzierung aber auch der Kanton, wenn er künftig den Sockelbeitrag an innerkantonale Hospitalisationen ausrichten muss. Weil der vom Bundesrat angestrebte Wettbewerb im Halbprivat-/Privatbereich nicht spielt, trägt der Entscheid zur gemeinsamen Basler Spitalliste nicht zur Kostendämpfung, sondern eher potenziell zur Kostensteigerung bei.

5.5 Fallstudie Tessin

5.5.1 Die Tessiner Spitalliste

Der Kanton Tessin stellt aufgrund der hohen Dichte von privaten Institutionen einen Sonderfall im nationalen Spektrum dar. Am 17.12.1997 verabschiedete der Tessiner Staatsrat die kantonale Spitalliste. Es handelt sich um eine integrale Liste, aufgeteilt in innerkantonale und ausserkantonale Institutionen. Die innerkantonale Spitalliste umfasst alle öffentlichen und privaten Institutionen, die im Kanton niedergelassen sind, d.h. acht öffentliche Spitäler und 15 Privatspitäler im somatischen Akutbereich sowie eine öffentliche Institution und fünf Privatkliniken für psychiatrische Behandlungen. Die Spitäler wurden acht Versorgungskategorien zugewiesen und zusätzlich in drei Grundkategorien eingeteilt: Institutionen im Akutbereich, für mittel- und langfristige Pflege und Pflegeheime. 226 Akutbetten, davon 73 im öffentlichen und 153 im privaten Sektor, wurden in Betten für mittel- und langfristige Pflege umgewandelt. Die Bezeichnung "mittel- und langfristige Pflege" wurde in der Planung verwendet, obwohl deren Bedeutung nicht klar und im KVG auch nicht vorgesehen ist.

5.5.2 Die Beschwerde des Tessiner Krankenkassenverbandes

Am 29. Januar 1998 reichte der Tessiner Krankenkassenverband, die Federazione Ticinese degli Assicuratori Malattia (FTAM), Beschwerde beim Bundesrat ein. Er focht die innerkantonale Spitalliste an und verlangte deren Aufhebung. Die Beschwerde wurde damit begründet, dass die Versicherer nicht in die Spitalplanung einbezogen worden seien, dass der Kanton ihrer Forderung nach Abbau der seit langem bestehenden Überkapazitäten nicht nachgekommen sei und alle bisherigen Leistungserbringer auf der Liste aufgeführt seien. Ausserdem seien die Leistungsaufträge der Regierung ungenügend differenziert und widerspreche die Einteilung nach Pflegedauer statt nach medizinischen Kategorien dem KVG. Kritisiert wurden ebenfalls ein ungenügender Abbau von Überkapazität im psychiatrischen Bereich und die Neueröffnung einer Rehabilitationsabteilung des Spitals in Faido.

Zu den Kritiken nahm die Tessiner Regierung am 3. März 1998 wie folgt Stellung: Erstens wurde angeführt, dass im Akutbereich bereits 332 Betten abgebaut worden seien, indem 35 geschlossen und die übrigen umgewandelt worden seien. Ausserdem ziehe eine zusätzliche Verringerung der Überkapazität eine neue Bettenbedarfsevaluation nach sich, die im Moment wegen des fehlenden Instrumentariums nicht durchführbar sei. In Bezug auf die Leistungsaufträge erlaube die Kategorie der mittel- und langfristigen Pflege eine Entlastung des Akutbettensektors. Dies sei mit positiven Folgen für die Versicherer verbunden, da niedrigere Kosten im akuten Bereich anfallen würden. Schliesslich würden, falls die Beschwerde gutgeheissen würde, alle Spitäler der bisherigen Liste auch auf der neuen Liste verbleiben.

5.5.3 Der Bundesratsentscheid vom 3. Mai 2000

Der Bundesrat entschied am 3. Mai 2000 über die Beschwerde des Tessiner Krankenkassenverbandes. Der Entscheid bezeichnet den Bettenabbau als die wirksamste Strategie zur Kostendämpfung. Der Kanton Tessin erledige diese Aufgabe nur sehr schlecht, weil die lückenhafte Definition des Versorgungsbedarfs es verunmögliche, die Nachfrage nach Leistungen und als Konsequenz auch das gesamte Spitalangebot und die Art der Leistungsaufträge zu planen. Die ungenaue Bettenbedarfsevaluation und die problematische Spitalplanung von 1995/1996 führten zu hohen Evaluationsparametern, zu einer ungenügenden Kapazitätsreduktion und zu einer unzuverlässigen Bestimmung der Betten für die mittel- und langfristige Pflege. Weil das KVG nur zwischen Spitälern und Pflegeheimen unterscheidet, habe der Kanton Tessin unrechtmässig geplant. In eine ähnliche Richtung geht auch die Kritik, dass die Dauer der Behandlung ohne ärztliche Indikation als Unterscheidungskriterium für die Kategorien der Institutionen KVG-widrig und nicht zulässig sei.

Ein weiteres Argument des Bundesrates besteht darin, dass der Bettenbedarf, die Definition der Abteilungen und die Struktur der Liste zwar zum Teil festgelegt, aber nicht für die Kategorisierung der Institutionen verwendet wurden. Der Bundesrat betont auch, dass der Vergleich mit den Evaluationsparametern anderer Kantone ein nützliches Element für eine effiziente Planung darstelle, dass der Kanton Tessin in Bezug auf den Bereich privater Anbieter spezifische, auf seine Situation bezogene Parameter anwenden müsse.

Ein weiterer Punkt, der gegen die Tessiner Liste spreche, sei die Umwandlung von Akutbetten in Betten für die mittel- und langfristige Pflege. Das Ziel der Kostendämpfung könne nur dann erreicht werden, wenn Überkapazitäten durch die Streichung von Betten abgebaut würden.

Der Bundesrat würdigte die besondere Situation des Tessins mit einem Anteil privater Leistungserbringer von 52%, kritisierte aber, dass der Kanton seine Situation akzeptiert habe, ohne fristgemäss kostendämpfende Massnahmen zu treffen. Er hob indessen hervor, dass sich die Tessiner Regierung in die richtige Richtung bewege. Die Spitalplanung von 1997 biete eine akzeptable Basis, genüge aber den Ansprüchen des KVG nicht. Weil der Bundesrat der Ansicht war, die Aufhebung der Spitalliste würde einen Daten- und Kenntnisverlust verursachen, hiess er die Beschwerde des Krankenkassenverbandes nur teilweise gut, und liess die Liste in Kraft. Er machte dem Kanton aber die zwingende Auflage, bis zum 30. Juni 2001 die Spitalliste zu überarbeiten, eine neue Gesamtbettenbedarfsevaluation zu erstellen, die Möglichkeit und Zweckmässigkeit des Ausschlusses bestimmter Spitäler von der Liste zu prüfen und den Listenspitälern präzise Leistungsaufträge zu erteilen (Informationsschreiben der SDK vom 16.5.2000).

5.5.4 Die Folgen des Beschwerdeentscheids

Der Bundesratsentscheid vom 3. Mai 2000 führte unmittelbar zu organisatorischen und strategischen Massnahmen der verschiedenen Akteure im Gesundheitssystem, aus denen die aktuelle Tessiner Spitalliste 2001 resultierte. Bereits vor Vorliegen des Entscheids wurde vom Kanton eine Arbeitsgruppe einberufen, die eine neue Spitalliste erarbeiten sollte. Die neue Liste wurde am 20. Dezember 2000 vorgelegt. Darin wird den Auflagen des Bundesratsentscheids Rechnung zu tragen gesucht. Einem öffentlichen und sechs privaten Instituten wurde die Zulassung zur Tätigkeit im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung verwehrt. Zusätzlich wurden in anderen Kliniken weitere Betten gestrichen, so dass ein gesamthafter Bettenabbau von 454 Einheiten resultiert. Den Spitälern wird eine Frist bis 31. Dezember 2003 eingeräumt, die Änderungen durchzuführen. Gegen die neue Liste ist von der FTAM Beschwerde eingereicht worden, die sich gegen die lange Frist richtet. Sie sei mit zweieinhalb Jahren viel grosszügiger als in anderen Fällen, wo sie vier bis acht Monate betrage. Die damit verursachten Zusatzkosten für die Versicherer seien inakzeptabel. Der Entscheid des Bundesrates ist noch hängig.

Im Folgenden werden die Haltung, die Strategien im Nachgang des Bundesratsentscheids und die Einschätzung dessen Folgen für die einzelnen Akteure dargestellt.

5.5.4.1 Die Haltung des Kantons

Zum Bundesratsentscheid: Der Kanton Tessin ist grundsätzlich zufrieden mit dem Bundesratsentscheid vom 3. Mai 2000. Besonders begrüsst werden die konkreten Auflagen, die darin dem Kanton für die weitere Planung gemacht wurden. Diese Haltung erkläre sich damit, dass die Erstellung der Spitalliste sich für den Kanton Tessin aus zwei zentralen Gründen als schwierig erwiesen habe. Zum einen habe der Kanton über keine festen Anhaltspunkte darüber, wie die Planung zu erstellen sei, verfügt. Das Planungsverfahren sowie die interkantonale Zusammenarbeit seien nur oberflächlich geregelt. Zum anderen sei die Planung mit einer starken politischen Komponente behaftet, weil die Tessiner Bevölkerung die Privatspitäler als seit langem etablierte Institutionen betrachte, die traditionell ins öffentliche Versorgungsangebot eingebunden seien. Die Schliessung öffentlicher Spitäler setze zudem eine Gesetzesänderung voraus, die einer Volksabstimmung untersteht. In solchen Situationen habe sich das Tessiner Volk bisher eher für den Erhalt eines in Frage gestellten Spitals geäussert.

Unter diesen Bedingungen erarbeitete der Kanton Tessin bzw. das Dipartimento delle Opere Sociali (DOS) die erste Spitalliste, die am 1. Januar 1998 fristgemäss in Kraft trat. Im Planungsprozess wurden auch die Vertreter der Privatspitäler konsultiert. Die kantonalen Stellen seien sich bewusst gewesen, dass diese Spitalliste lückenhaft und nicht KVG-konform sei. Dies wurde jedoch in Kauf genommen, da als Reaktion auf eine ungenügende Liste einerseits

eine Konkretisierung der Vorgaben des Bundesrats, andererseits ein gewisser politischer Druck, der die Erarbeitung einer einvernehmlichen Lösung mit den Akteuren im Tessiner Gesundheitswesen erleichtern sollte, erwartet wurde. Mit der Beschwerde der FTAM wurde also von vornherein gerechnet. Diese Strategie erzielte drei Ergebnisse:

- Die sehr kritische Stellungnahme des BSV im Rahmen des Beschwerdeverfahrens bezeichnete die Tessiner Spitalliste als nicht KVG-konform, schlecht strukturiert und wegen Lücken in der Bedarfsbewertung als unvollständig. Dies führte im Mai 1999 zur Einberufung einer Arbeitsgruppe für eine neue Spitalplanung und –liste durch den Kanton, die sich aus Vertretern des DOS, der Privatkliniken, der öffentlichen Spitäler, der Versicherer und der Ärzteschaft zusammensetzte. Diese Gruppe befasste sich mit der Planungsmethodik und mit der Datenerhebung und –auswertung, musste für die weiteren Schritte aber erst den Bundesratsentscheid zur Beschwerde des Krankenkassenverbandes abwarten.
- Die in der Beschwerde geäußerte Kritik an der Ungenauigkeit und KVG-Widrigkeit der Tessiner Spitalliste überzeugte die Planungsgruppe davon, dass eine Stütze von aussen nötig sei, um eine KVG-konforme und effiziente Spitalliste zu verfassen. Vom bundesrätlichen Beschwerdeentscheid erhoffte sie sich konkrete Auflagen, die Hinweise zur Planung geben und die Auswahl der zu schliessenden Institutionen vereinfachen würden.
- Schliesslich musste sich nach Angaben des Kantons auch die Bevölkerung an die Idee gewöhnen, dass Spitalschliessungen und eine Beschränkung der Bettenkapazität sowohl in öffentlichen als auch in privaten Institutionen für einen KVG-konformen Kapazitätenabbau notwendig waren.

Mit Vorliegen des Bundesratsentscheids konnte die Arbeitsgruppe die Tessiner Spitalliste fertigstellen. Sie kritisierte die lange Behandlungsdauer der Beschwerde. Der Bundesrat habe für seinen Entscheid länger gebraucht als der Kanton Tessin für seine gesamte Planung.

Weil die neue Spitalliste wegen der erneuten Beschwerde der FTAM noch nicht in Kraft treten konnte, hat die Tessiner Arbeitsgruppe nach einer Zwischenverfügung des BJ verlangt, um die Spitalliste provisorisch in Kraft zu setzen, damit die Bemühungen des Kantons Früchte tragen könnten. Das BJ habe jedoch bis dato vom Erlass einer solchen Zwischenverfügung abgesehen. Der Kanton Tessin sieht sich so seiner Handlungsfähigkeit bei der Durchsetzung der Liste beraubt. Das spreche wiederum für die Wichtigkeit eines klaren Bundesratsentscheids, der die Kantone bei der Planung grundlegend unterstütze. Der Bundesrat würde so an Legitimation gewinnen und er könnte als bedeutsame politische Kraft anerkannt werden, meinen die Kantonsvertreter.

5.5.4.2 Die Haltung der Versicherer

Zum Bundesratsentscheid: Die Federazione Ticinese degli Assicuratori Malattia (FTAM) ist die Vertreterin der Krankenversicherer im Tessin. Sie hat die Tessiner die Spitalliste von 1997 angefochten. Aus ihrer Sicht besteht im Tessin die Problemlage, dass die Zahl von Leistungserbringern zu hoch sei, was u.a. eine unverhältnismässige Medikamentenverschreibung zur Folge habe. Solange die Privatspitäler auf der Liste figurierten, müssten die Versicherer zwischen 70% und 92% deren Kosten tragen, im öffentlichen Sektor dagegen nur 46%. Ausserdem hätten die betroffenen Institutionen die kostendämpfenden Auflagen des Bundesrats nur teilweise umgesetzt.

Ein Problem sei, dass die Koordination zwischen privaten und öffentlichen Institutionen stark verbesserungswürdig sei und hier besser kommuniziert werden müsse. In Bezug auf die Koordination zwischen privaten Anbietern sehe es ähnlich aus. Jedes Spital handle für sich selbst und versuche allein, die Vorgaben des Bundesrates zur Kostendämpfung zu vollziehen. Die einzige Kooperation finde im Austausch von Betten aus verschiedenen Bereichen statt. Diese Massnahme wird von der FTAM als kostenunwirksam und nicht planungskonform beurteilt.

Die FTAM hält die Schliessung von Spitälern für die effizienteste Massnahme zur Kostendämpfung der Kosten und zieht diese Strategie dem linearen Bettenabbau vor, weil bei einer linearen Bettenreduktion vor allem in kleinen Spitälern die Fixkosten noch mehr ins Gewicht fallen. Gegenüber dem in der Spitalplanung 1997 vorgesehenen Abbau von 454 Betten sei in der Erhebung des Bettenzustandes vom 31.12.1999 eine ohne Interventionen erfolgte Bettenreduktion von 205 Einheiten ausgewiesen worden. Der Grosse Rat habe für den Abbau der restlichen Kapazität eine Frist von zweieinhalb Jahren festgesetzt, während der Bundesrat normalerweise dafür vier bis acht Monaten festlege. Die FTAM macht geltend, dass die weiter bestehenden Überkapazitäten in dieser überlangen Zeitspanne unnötige hohe Kosten verursacht habe.

Die FTAM ist mit dem Entscheid des Bundesrates vom Mai 2000 grundsätzlich zufrieden. Der Bundesrat sei den Forderungen des Verbandes fast vollständig nachgekommen. Bemängelt wird allerdings, dass der Bundesrat für seinen Entscheid die gesetzliche Frist von vier Monaten massiv überzogen und ganze 27 Monate gebraucht habe. In der Zwischenzeit seien die Kosten exponentiell angestiegen, weil alle Privatspitäler auf der Liste verblieben seien. Wegen der Verteuerung der medizinischen Leistungen, dem technologischen Fortschritt, der Kosten der Privatspitäler, der Überalterung der Bevölkerung, und vor allem wegen der kostenineffizienten Verlagerung medizinischer Behandlungen vom stationären zum ambulanten Bereich hätten die Kosten der Versicherer im ambulanten Bereich um 100% zugenommen. Die Verlagerung von Betten aus dem stationären in den ambulanten Pflegebereich wird von

der FTAM als Scheinlösung bezeichnet, die das Problem der Überkapazitäten lediglich kaschiert.

Allgemein: Die Bettenumwandlung vom stationären in den ambulanten Bereich werde in der ganzen Schweiz fälschlicherweise als kostendämpfende Massnahme betrachtet. Die Ursache dieses Phänomens liege in der mangelnden Umsetzung der Auflagen des Bundesrats. Wenn diese korrekt erfolgt wäre, könnte damit tatsächlich eine Kostendämpfung erreicht werden. Eine effektive Verringerung der Bettenkapazität sei aber nur durch die Streichung von Betten möglich. Dies geschehe aber nicht oder nur in unvollständiger Art.

Die FTAM könne gegen die Bettenumwandlung nichts unternehmen, weil die Ärzte die Art der Pflege verschreiben würden. Andererseits verunmögliche das Fehlen klarerer Leistungsaufträge für öffentliche und private Spitäler eine Verbesserung der finanziellen Lage der Versicherer. Diese blieben dadurch auch in ihren Organisations- und Strategiefähigkeit beschränkt. Entsprechend hat die FTAM keine Möglichkeit gesehen, die Situation nach dem Bundesratsentscheid mitzugestalten und gezwungenermassen mit einer erneuten Beschwerde reagiert.

Die FTAM bezeichnet es als wünschenswert, dass der Bundesrat die Kantone in der Spitalplanung unterstützt. Er solle genauere Hinweise und präzisere Leitlinien sowie zwingende Parameter liefern, die zu einer effizienteren und für die Kantone einfacheren Spitalplanung führen. Dazu solle der Bundesrat einen Informationsdienst mit allen aktualisierten Daten zu den Spitalplanungen und Spitallisten aller Kantone zur Verfügung stellen. Die FTAM hält den Vergleich der verschiedenen kantonalen Situationen im Fall des Tessins für das einzige praktikable planerische Mittel. Der Bundesrat habe sich in der Argumentation seines Beschwerdeentscheides allerdings gegen diesen Vorschlag geäussert.

5.5.4.3 Die Haltung der Spitäler

Die Associazione Cliniche Private Ticinesi (ACPT) vertritt die privaten Tessiner Spitäler und Kliniken, die sich entweder als "non profit" oder "for profit" bezeichnen. Die ACPT ist im Spitalwesen sehr engagiert und ist in der Ausarbeitung der neuen Tessiner Spitalliste 2001 als Verhandlungspartner ins Spiel gekommen. Durch Stellungnahmen versucht sie, die Interessen der Privaten gegenüber dem Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) zu gewährleisten. Der EOC ist als Körperschaft der sieben öffentlichen Tessiner Spitäler organisiert.

Zum Bundesratsentscheid: Im Nachgang an den Bundesratsentscheid zur Tessiner Spitalliste von 1998 sieht die ACPT die folgende Probleme im Tessiner System: Erstens stelle der lineare Bettenabbau keine effiziente Strategie gegen die Überkapazität dar. Viel wirksamer und stärker kosteneindämmend wäre die radikale Streichung von öffentlichen und privaten Spitälern aus der Spitalliste. Zweitens vergüteten die Krankenkassen die Leistungen der Privatinstitu-

tionen in der allgemeinen Abteilung nicht gemäss den realen Kosten eines Pflgetags, sondern in minderm Mass, obwohl im Tessin 70% der Leistungen der privaten Spitäler in der allgemeinen Abteilung erbracht würden und nur 20% der Behandlungen auf halbprivate und lediglich 10% auf private Abteilungen entfielen. Als dritter Punkt wird erwähnt, dass aufgrund des Sockelbeitrags die öffentlichen Spitäler systematisch bevorzugt würden. Die finanzielle Situation der Privaten verschlechtere sich noch zusätzlich mit den Bemühungen und Investitionen der Privatinstitutionen, KVG-konform zu werden und so Platz auf der Tessiner Spitalliste zu finden. Nur ein Verhandlungsgespräch der ACPT mit dem FTAM in Bezug auf die Tariffestsetzung könnte die Situation verbessern und Ordnung ins Tessiner Finanzsystem bringen.

Weil der Bundesrat eine wirtschaftlichere Buchhaltung, das Vorliegen eines klaren und präzisen Leistungsauftrages und Massnahmen der Qualitätssicherung als Kriterien für die Berücksichtigung einer Institution auf die Spitalliste bestimmt habe, seien allen Spitalern erhebliche Kosten entstanden. Sowohl öffentliche als auch private Institutionen seien mit Investitionen und bedeutsamen Ausgaben den Anforderungen nachgekommen, die jetzt einen wichtigen Teil der Kostenstellenrechnung ausmachten. Die direkte Folge sei eine Verschlechterung der bereits ungünstigen finanzielle Lage, insbesondere der Privatspitäler. Einige private Kliniken hätten sogar Kredite aufnehmen müssen, um die steigenden Ausgaben decken zu können. Aufgrund der neuen Spitalliste 2001 hätten ausserdem zwei Privatkliniken geschlossen, und von den 454 abgebauten Betten seien nur 60 in öffentlichen Spitalern, der Rest in Privatkliniken eliminiert worden.

Dass die privaten Anbieter Leistungen vor allem in der allgemeinen Abteilung erbringen und dem Kanton dadurch sehr niedrige oder sogar keine Kosten entstünden, führe zwangsläufig zur Verschlechterung der Lage der Privatspitäler und zu einem Mangel an Koordination zwischen dem öffentlichen und privatem Bereich. Zwischen der ACPT und der EOT werde nur informell diskutiert, und es gebe keine zuverlässige Zusammenarbeit. Demgegenüber funktioniert nach Ansicht der ACTP die Koordination zwischen privaten Institutionen gut. Die ACPT betont, dass seit dem Bundesratsentscheid die Privatspitäler noch intensiver zusammengearbeitet hätten und diese Zusammenarbeit weiterentwickeln würden. Obwohl die Organisation der Privatinstitutionen sehr differenziert sei, hätten sie sich entschlossen, gemeinsam zu handeln und, wo es möglich sei, gegenseitige Hilfe zu bieten. Zur Wahrung allgemeiner Interessen seien gegenseitige Vereinbarungen unterzeichnet und sogar einige Abkommen mit der EOC abgeschlossen worden.

Der Kanton erhofft sich als potenzielle Konsequenz des Bundesratsentscheids und der neuen Spitalliste 2001 eine geschätzte Kosteneindämmung von 52 Mio. Die ACPT hält es hingegen für sehr wahrscheinlich, dass die tatsächliche Kostendämpfung geringer ausfallen wird. Die Verringerung der Kosten sei nicht nur das Ergebnis einer Neuorientierung der Spitalplanung,

in die nun auch Vertreter der ACPT einbezogen sei, sondern auch eines besseren Dialogs zwischen den Akteuren, d.h. der FTAM, der ACPT, dem EOC und den Ärzten.

Allgemein: Was die Zukunft des Tessiner Spitalwesens betrifft, weist die ACPT darauf hin, dass die Spitalliste 2001 nur die erste Etappe der ganzen Planung darstelle. Während dieser Phase hätten die privaten Institutionen die grösseren Konzessionen geleistet. Für die zweite Phase der Spitalplanung und die Überarbeitung der Spitalliste werde die ACPT Subventionen der Privatinstitutionen vom Kanton einfordern. Sie ist überzeugt, dass die privaten Kliniken geringere Kosten für den Kanton verursachen, weswegen sie als effizient und wirtschaftlich anerkannt und deshalb subventioniert werden sollten. Obwohl die öffentlichen Institutionen ziemlich effizient seien, bestünden im Akutbereich immer noch Mängel, wie z.B. Das zu grosse Bettenangebot in peripheren Regionalspitälern wie Cevio oder Acquarossa. Als weitere kostendämpfende Massnahme wird zudem die nationale Koordination der Spitzenmedizin erachtet.

5.5.5 Gesamteinschätzung

Dem Bundesratsentscheid im Fall der Spitalliste Tessin können zusammenfassend drei konkrete Auswirkungen zugeschrieben werden:

- Der Bundesrat wirkte erstens als Auslöser der eigentlichen Spitalplanung, indem er die ungenügende Liste des Kantons Tessin in Kraft setzte, aber inhaltliche Auflagen machte, die es dem Kanton ermöglichten, eine KVG-konforme Spitalliste zu erstellen. Von der Liste 2001 werden geschätzte Kostenreduktionen im Spitalwesen im Umfang von CHF 52 Mio. erwartet.
- Zweitens wirkte der Bundesrat als "Schatten der Hierarchie" (Scharpf 1993): Mit dem Entscheid vom 5. Mai 2000 verfügte der Kanton Tessin über ein politisches Druckmittel gegenüber den kantonalen Akteuren im Spitalwesen. Die Einberufung der Arbeitsgruppe für die Spitalliste 2001 nach der negativen Stellungnahme des BSV markiert einen Strategiewechsel von der direktiven zur partizipativen Planung, die in einer neuen Spitalliste resultierte. Die neue Liste wird grundsätzlich auch von den Versicherern mitgetragen, ihre erneute Beschwerde richtet sich konkret gegen die zu lange Frist, die den zu streichenden Spitälern eingeräumt worden ist.
- Drittens wirkte der Bundesrat aufgrund der langen Behandlungsdauer der Beschwerde kostentreibend. Bezeichnend ist die in einem Gespräch gemachte Aussage, der Bundesrat habe für die Behandlung der Beschwerde gegen die Tessiner Spitalliste länger gebraucht, als der Kanton für die Erarbeitung der Liste selber. Gerade in der besonderen Situation des Tessins mit einem sehr hohen Anteil von Privatspitälern führte diese Verzögerung zu einer defavorablen Kostenentwicklung für die Versicherer, die noch verstärkt wurde

durch die von Versichererseite monierte Verlagerung von Betten aus dem stationären in den ambulanten Bereich. Ebenfalls problematisch im Fall Tessin ist die offene Situation hinsichtlich der angefochtenen Liste 2001, die nicht provisorisch in Kraft gesetzt und damit auch nicht vom Kanton durchgesetzt werden kann, solange keine Zwischenverfügung des Bundes vorliegt. Eine solche ist bislang noch nicht ausgestellt worden.

5.6 Vergleich der Fälle

Abschliessend soll in einem Vergleich der vier Fallstudien eine Bewertung der Auswirkungen der bundesrätlichen Rechtsprechung in den Kantonen vorgenommen werden. Es zeigt sich hier an erster Stelle, dass in keinem Fall von einer unmittelbaren Kostenfolge eines Bundesratsentscheids gesprochen werden kann. Die Wirksamkeit der bundesrätlichen Rechtsprechung kann aber in anderen Aspekten festgestellt werden, die sich indirekt auch auf die Kosten im Gesundheitswesen auswirken können.

- Erstens wird in allen vier untersuchten Fällen aufgrund der bundesrätlichen Zurückhaltung bei der Bereitstellung von Planungsvorgaben oder -kriterien einer gewissen Verunsicherung bei der Spitalplanung Ausdruck gegeben. So zeigt sich der Kanton Aargau selber erstaunt, dass die Beschwerde gegen seine Spitalliste abgelehnt wurde, und spricht von "Rechtsverunsicherung". Im Kanton Zürich wiederum wurde nicht auf Leitlinien des Bundesrates gewartet, sondern auf die eigene Planungstradition abgestellt. Im Fall der beiden Basel muss von einem eigentlichen Vertrauensverlust in den Bundesrat gesprochen werden. Bezeichnend ist der Kanton Tessin, der aufgrund der unklaren Vorgaben bewusst eine ungenügende Spitalliste vorlegte und so eine Beschwerde provozierte, von deren Beantwortung er sich genauere Planungskriterien erhoffte. An dieser Stelle kann auch der Kanton Bern als Beispiel dafür angeführt werden, wie die als undurchsichtig wahrgenommene Rechtsprechungspraxis des Bundesrats auf die kantonale Arbeit Einfluss nimmt. So wurden die Arbeiten am kantonalen Spitalversorgungsgesetz verschiedentlich verzögert, da die Signale des Bundesrats als widersprüchlich aufgefasst wurden und eine Klärung in weiteren Entscheiden abgewartet werden sollte.¹³

¹³ Direktauskunft von Dr. Annina Jegher, Chefin Abteilung Planungsgrundlagen, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.

- Zweitens zeigt sich im Vergleich, dass den Entscheiden zwar politische Signalwirkung zugesprochen wird, diese aber primär auf individuellen Interpretationen beruht. So kann beispielsweise die Genehmigung der Zürcher Liste 1998 als Signal verstanden werden, dass hierarchische Planungen, die keine politische Rücksicht nehmen, sondern allein auf Sachkriterien basieren, vom Bundesrat gestützt werden. Ein eben solches Signal kann in die Basler Entscheide hinein interpretiert werden, welche eine partizipative Planung, in der sich Spitäler unter sich auf einen Kapazitätsabbau geeinigt haben, desavouierte, indem die Beschwerde jenes Spitals gutgeheissen wurde, das diesen Konsens brach. Die beiden anderen untersuchten Kantone geben aber Grund zur Annahme, dass es sich um zufällige Signale handelt, die nicht Ausdruck einer kohärenten politischen Strategie sind, sondern sich aus der formal juristischen Qualität der betreffenden Listen ergeben hat. So wurde mit der Aargauer Liste keine kooperative, sondern eine staatliche Planung gestützt. Im Tessin wurde mit dem Entscheid gar eine kooperative Planung angestossen.
- Bezüglich der materiellen Auswirkungen derartiger Signale ist drittens festzuhalten, dass der Bundesrat seine Rechtsprechung zur Spitalplanung grösstenteils erst konkretisiert hat, nachdem die Kantone ihre Spitallisten verabschiedet hatten und dagegen Beschwerde erhoben wurde. Die bundesrätlichen Beschwerdeentscheide wurden somit meist nach Inkraftsetzen der kantonalen Listen gefällt, weshalb sie keinen direkten materiellen Einfluss auf die Planungsprozesse in den Kantonen ausüben konnten. Allfällige indirekte Auswirkungen von Bundesratsentscheiden können daher erst in die Überarbeitung der kantonalen Planung oder Spitalgesetzgebung einfließen.
- Viertens erweist sich die Praxis des Bundesrats, Halbprivat- und Privatabteilungen von Spitälern einen Rechtsanspruch auf einen Listenplatz zuzusprechen, sofern sie die Infrastruktur- und Dienstleistungsvoraussetzungen nach Art. 39 Abs. 1 Bst. a-c KVG erfüllen, zumindest im Bereich der Krankenversicherung als kostentreibender Faktor. Weil diese Abteilungen vollständig von den Versicherern (obligatorische Krankenversicherung und Zusatzversicherung) finanziert werden, muss die obligatorische Grundversicherung auch Leistungen entschädigen, die unter Umständen nicht der kantonalen Bedarfsplanung entsprechen, vom Bundesrat aber zugelassen wurden. Den kantonalen Bemühungen um Kostendämpfung steht deshalb die kostensteigernde Aufrechterhaltung des Wettbewerbs um Leistungen der Zusatzversicherungen entgegen.
- Fünftens kann dort von einer kostentreibenden Wirkung der langen Behandlungszeit der Beschwerden gesprochen werden, wo die Kassen Beschwerde gegen die Aufnahme einzelner Spitäler oder die ganze Liste einreichen und am Schluss Recht bekommen, aber bis zu diesem Entscheid die in den in Frage stehenden innerkantonalen Spitälern anfallenden Zusatzkosten vollständig zu tragen haben. Von den untersuchten Fällen war dies aus-

geprägt im Tessin der Fall, dieser Umstand wurde aber auch in anderen Kantonen moniert.

- Sechstens werden sowohl das KVG als auch die bundesrätlichen Entscheide als Negativanreiz gegen eine interkantonale Koordination wahrgenommen. Verschiedentlich wurde festgehalten, dass für die Kantone kein Anreiz zu einer interkantonalen Zusammenarbeit bestehe, wenn ausserkantonale Anbieter einen Anspruch auf den Sockelbeitrag geltend machen können, während innerkantonale Betten in halbprivaten und privaten Abteilungen vollständig von den Versicherern finanziert werden müssen. Der Effekt sei, dass Kantone sich nach Möglichkeiten darum bemühen, ein umfassendes Leistungsangebot für ihre Bevölkerung zu gewährleisten, was planerisch und ökonomisch nicht sinnvoll ist. Solange der Bundesrat keine verbindlichen Anreize für eine interkantonale Planung schaffe, werde sich diese Situation nicht ändern.
- Ebenfalls auf Einschätzungen von kantonalen gesundheitspolitischen Akteuren beruht ein siebter Schluss aus den Fallstudien: Die im KVG vorgenommene Trennung von Markt und Staat kann nicht in der erwünschten Weise greifen, solange als Planungsgrundlage nur Bettenkategorien zur Verfügung stehen. So wurde in verschiedenen Gesprächen darauf hingewiesen, dass in der allgemeinen Abteilung abgebaute Kapazitäten durch private und halbprivate Angebote wieder kompensiert würden, die im Rahmen der Zusatzversicherung ebenfalls Leistungen zu Lasten der Grundversicherung anbieten und so die Grundprämien in die Höhe treiben. Ebenfalls wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass nicht die Betten die eigentlichen Kostenfaktoren seien, sondern die Leistungen. Eine Umgehungsstrategie der Anbieter besteht unter dem KVG deshalb darin, Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich zu verschieben, der vollständig von der obligatorischen Grundversicherung finanziert wird. Diese Leistungen können nicht über Kapazitätszuweisungen geplant werden. Während von Seiten der Versicherer und teilweise der Spitäler ein Übergang zur Leistungsplanung als Ausweg skizziert wird, verwarren sich die Kantone aufgrund der damit verbundenen Komplikationen gegen diesen Weg.

Im folgenden Kapitel werden die Erkenntnisse aus den beiden Analyseschritten (Gesamterhebung und Fallstudien) zusammengeführt und die untersuchungsleitenden Forschungsfragen beantwortet. Abschliessend werden Schlussfolgerungen aus der Untersuchung gezogen.

6 Zusammenführung der Ergebnisse und Beantwortung der Forschungsfragen

Unter der zentralen Hauptfrage, wie sich die bundesrätliche Rechtsprechung auf die kantonale respektive interkantonale Spitalplanung gemäss Art. 39 Abs. 1 Bst. d und e auswirkt, formuliert der Auftrag vier Unterfragen. In diesem Kapitel werden die gewonnenen Erkenntnisse zusammengetragen und entlang dieser vier Fragen präsentiert.

Welches sind die wichtigsten Beschwerdeentscheide in Sachen Spitalplanung und -listen?

In einer Auswertung von schriftlichen und mündlichen Quellen konnten hinsichtlich ihrer Bedeutung drei Kategorien von Beschwerdeentscheiden herausgearbeitet werden:

- e) Als sehr bedeutend sind die Entscheide zu den Listen der Kantone Zürich sowie beider Basel eingestuft worden. Bei der Zürcher Liste handelt es sich um die Stützung einer sehr restriktiven Planung, aus der als Neuerung eine geteilte Liste hervorgeht, welche zwischen einer A-Liste für die Zulassung im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung und einer B-Liste für die Zulassung nur im privaten und halbprivaten Bereich unterscheidet. Der Entscheid zur Basler Liste wird als wegweisend betrachtet, weil darin die Planung des Angebots im Bereich der Zusatzversicherung nachdrücklich zurückgewiesen wird.
- f) Als bedeutend werden die Entscheide zu den Listen der Kantone Aargau, Appenzell Ausserrhoden, St. Gallen und Tessin bezeichnet. Im Aargauer Entscheid hat der Bundesrat zum ersten Mal eindeutig festgehalten, dass die Zulassung von Privat- und Halbprivatabteilungen nicht von der Bedarfsplanung, sondern lediglich von der Erfüllung der Infrastruktur- und Dienstleistungsvoraussetzungen nach Art. 39 Abs. 1 Bst. a-c KVG abhängig gemacht werden darf. Private Anbieter haben also Anspruch auf einen Listenplatz. Im Appenzeller Entscheid wird der Aargauer Entscheid gewissermassen vorbereitet, indem festgehalten wird, dass die Planung auch Privat- und Halbprivatabteilungen berücksichtigen müsse, die Liste in diesem Bereich aber lediglich als Attest für die Zulassung zur Leistungserbringung gelten darf. Wichtig ist der Appenzeller Entscheid aber vor allem auch deshalb, weil der Bundesrat darin die Standortklausel für ausserkantonale Spitäler absegnet: Ein kleiner Kanton muss entsprechend keine systematische Bedarfsplanung für ausserkantonale Behandlungen vornehmen (geschlossene Liste), sondern darf auf die Liste des Standortkantons verweisen, die eine grundsätzliche Leistungspflicht der obligatorischen Versicherung begründet (offene Liste). Der Fall St. Gallen wird als wichtig eingestuft, weil hier zum letzten Mal eine ungenügende Liste vollständig zurückgewiesen

wurde. Der Kanton St. Gallen verlangte anschliessend in einem Erläuterungsgesuch genauere Vorgaben für die korrekte Planung. Der Tessin schliesslich ist der erste Kanton, der von einer neuen Praxis des Bundesrats profitiert, indem eine ungenügende Liste nicht vollständig abgewiesen, sondern provisorisch angenommen und mit Vorlagen für die Überarbeitung versehen wurde.

- g) Erwähnung finden in den Quellen auch verschiedene andere Entscheide, deren Bedeutung aber nicht als wegweisend bezeichnet werden kann. Es sind dies die Entscheide zu den Listen der Kantone Thurgau (Evaluationspflicht für die Auflistung relevanter ausserkantonaler Leistungsbezüge, Konkretisierung der 'angemessenen Berücksichtigung von Privatspitälern'), Graubünden (Frage der Orientierungsgrösse für die Bedarfsplanung: nur Kantonsbevölkerung oder auch externe, z.B. Touristen), Luzern (Frage der zuständigen Behörde für die Spitalplanung) und Solothurn (ausserkantonale Liste).

Wie hat der Bundesrat in besagten Fällen entschieden?

Die oben genannten Fälle wurden wie folgt entschieden:

Tabelle 19: Wichtigste Beschwerdeentscheide des Bundesrats

Kanton	Datum	Entscheid
ZH	17.2.1999	Beschwerden abgelehnt, Liste geschützt
BS-BL	23.6.1999	Beschwerden gutgeheissen, Liste ergänzt
AG	17.2.1999	Beschwerde abgelehnt, Liste geschützt
AR	21.10.1998	Beschwerden teilweise gutgeheissen, Liste geschützt
SG	18.8.1999	Beschwerden gutgeheissen, Liste aufgehoben
TI	3.5.2000	Beschwerde gutgeheissen, Auflagen zur Überarbeitung der Liste
TG	5.7.2000	Beschwerden gutgeheissen, Liste ergänzt
GR	20.12.2000	Beschwerde gutgeheissen, Liste ergänzt
LU	8.11.2000	Beschwerde abgelehnt, Liste geschützt
SO	12.2.1997	Beschwerde gutgeheissen, Liste aufgehoben

Es muss an dieser Stelle betont werden, dass der Bundesrat nicht nach politischen, sondern nach formal-juristischen Kriterien entscheidet. In dieser Praxis ist eine weitgehende Kohärenz der Rechtsprechung festzustellen. Für die gleiche Fragestellung werden teilweise identische Textbausteine verwendet. Die Beschränkung auf formal-juristische Bewertungen führt aber zu einem Verzicht auf eine eigentliche politische Steuerung. Die Entscheide sind nicht proaktiv, sondern von den eingehenden Beschwerden abhängig (zur gesamthaften Rechtsprechungspraxis des Bundesrats vgl. unten, letzte Frage).

Wie haben sich diese Beschwerdeentscheide auf die weitere Spitalplanung ausgewirkt?

Die untersuchten vier Bundesratsentscheide werden einerseits und aus naheliegenden Gründen in den betroffenen Kantonen, andererseits aber auch über die Kantonsgrenzen hinaus generell wahrgenommen. Auf diesen beiden Ebenen können auch ihre Wirkungen festgestellt werden.

Im betroffenen Kanton selber hatten der oder die jeweiligen Bundesratsentscheide sehr unterschiedliche Auswirkungen:

- Im Kanton Zürich stützte der Bundesrat die angefochtene Liste mit wenigen Detailauflagen. Die Folge davon war eine massive Bettenreduktion innert wenigen Jahren. Die Gesundheitskosten sowohl des Kantons als auch der Versicherer sind allerdings weiter gestiegen. Mit der starken Unterstützung, die die Liste 1998 nicht nur beim Bundesrat, sondern auch bei anderen Akteuren im Gesundheitswesen genoss, wird in Verbindung gebracht, dass in die folgende Liste 2001 eine reine Fortschreibung der Spitalliste 1998 darstellt, für die keine neuen Planungsgrundlagen erhoben wurden. Es wird von Versichererseite her beklagt, dass eine verbindlichere Aufforderung des Bundesrats zu einer rollenden Planung, als dies in einem der Entscheide geschehen ist (bspw. mit der Auflage, die Planungsgrundlagen alle fünf Jahre zu erneuern), zu einer besseren Spitalplanung hätte führen können.
- Im Kanton Aargau löste der Bundesratsentscheid Erstaunen aus, da die Spitalliste alle Institutionen im Kanton enthielt und nicht in die Spitallandschaft eingriff. Da die Spitalliste auf einer als rechtmässig eingestuften Bedarfsplanung beruhte, wurde die Aargauer Spitalpolitik, welche unter starkem Einbezug privater Spitäler zu einer unterdurchschnittlichen Bettendichte und einer überdurchschnittlichen Bettenauslastung geführt hat, belohnt. Der Schutz der umstrittenen privaten Anbieter und der Verzicht auf eine Beschränkung ihrer Leistungsangebote hat zu einer Kostenverlagerung von der öffentlichen Hand zur Krankenversicherung und dort zu einem Kostenschub geführt, während der Kanton seine Ausgaben weitgehend konstant halten konnte.
- In den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft führte der Bundesratsentscheid zu einem eigentlichen Vertrauensverlust und zu einer gewissen Resignation, weil durch einen Eingriff in die an sich autonome kantonale Strukturpolitik die gemeinsame kantonale Gesamtbettenplanung unterlaufen wurde. Der Entscheid zwingt den Kanton zur Zulassung unnötiger und unerwünschter Leistungserbringer und hindert ihn daran, im Zusatzversicherungsbereich Kapazitätsreduktionen vorzunehmen. Dadurch werden primär die Versicherer zusätzlich belastet, welche die Kosten im Zusatzversicherungsbereich, aber auch die Grundleistung aus der obligatorischen Krankenversicherung zu bezahlen haben. Weil der vom Bundesrat angestrebte Wettbewerb im Halbprivat-/Privatbereich nicht

spielt, trägt der Entscheid zur gemeinsamen Basler Spitalliste nicht zur Kostendämpfung, sondern potenziell eher zur Kostensteigerung bei.

- Im Kanton Tessin hatte der Bundesratsentscheid eine positive Wirkung, indem er eine verfahrenere Situation deblockieren konnte. Da der Kanton Tessin der Ansicht war, über unzureichende Vorgaben für die Planung zu verfügen, legte er eine unvollständige Planung vor, gegen die Beschwerde erhoben wurde. Mit dem Beschwerdeentscheid schuf der Bundesrat drei Voraussetzungen für eine Deblockade der Situation im Tessin: Erstens hiess er die Liste grundsätzlich gut; zweitens machte er konkrete Auflagen, die den Tessiner Behörden als Leitplanken für die weitere Planung dienten; und drittens setzte er eine Frist, die dem Kanton als politisches Druckmittel für die Partner im Gesundheitswesen diene, die unter diesen Bedingungen zu einer gemeinsamen Planungsanstrengung gewonnen werden konnten. Die Beschwerde der Kassen gegen die kooperativ erarbeitete Liste richtet sich nur auf Einzelaspekte.

Über die einzelnen Kantone hinaus kann den Bundesratsentscheiden eine gewisse Signalwirkung zugesprochen werden. Als Multiplikator tritt hier die SDK mit ihren Kreisschreiben zu den einzelnen Bundesratsentscheiden auf. In diesen Zirkularen werden sehr prägnante Interpretationen geliefert, die in den Kantonen wahrgenommen werden und sich teilweise auch in den geführten Interviews wiederfanden. Hier sind es vor allem der Basler und die Zürcher Entscheide, die auf ein grosses Echo gestossen sind, während der Aargauer Entscheid und der Tessiner Entscheid zwar von der SDK, aber weniger häufig in den Interviews mit den kantonalen Akteuren angesprochen wurden.

- Der Zürcher Entscheid wird sehr positiv wahrgenommen. Dem Umstand wird grosse Bedeutung zugesprochen, dass der Bundesrat eine sehr restriktive Planung stützt. Eine direkte Auswirkung auf andere Planungen konnte jedoch nicht festgestellt werden.
- Der Entscheid zur Aargauer Liste wird in verschiedenen Interviews aus anderen Kantonen kritisch kommentiert, indem hier gleichzeitig mit den Zürcher Entscheiden ein geradezu gegenteiliges Signal gesetzt wurde, das die positive Botschaft der Zürcher Entscheide wieder relativiere. Im Fall Aargau sei eine Planung gutgeheissen worden, die den Ist-Zustand zum Soll-Zustand erhoben habe.
- Auf kantonaler Ebene, insbesondere auch von der SDK, wird der Basler Entscheid ausgesprochen negativ wahrgenommen. Einerseits wurde hier eine ebenso kantonsübergreifende wie kooperative Planung desavouiert, andererseits wurde eine ernsthafte Anstrengung zur Kapazitätsreduktion abgelehnt. Über die beiden Basel hinaus wurden nach diesem Entscheid kritische Stimmen an der bundesrätlichen Rechtsprechung laut, die den Widerspruch von juristischen Entscheidungen und politischen Zielsetzungen betonen.

- Der Tessiner Entscheid wird allein von der SDK kommentiert, die die Haltung des Bundesrats aus drei Gründen begrüsst: Erstens weil die bisherigen Anstrengungen des Kantons belohnt wurden, zweitens weil keine eindeutige Bevorzugung der Privatspitäler vorgenommen wurde und drittens weil deutlich Stellung für vertikale an Stelle linearer Kürzungen bezogen wurde.

Über die Wahrnehmungsebene hinaus haben die Bundesratsentscheide hingegen kaum materiellen Einfluss auf die operative Ebene kantonaler Planungsprozesse. Die untersuchten Kantone agieren diesbezüglich autonom und sehen sich durch Entscheide zu den Spitallisten anderer Kantone nicht dazu veranlasst, Änderungen in ihrer eigenen Spitalplanung oder in ihrer Spitalliste vorzunehmen. Zu berücksichtigen ist hier ausserdem der Umstand, dass die Kantone ihre Listen bis am 1.1.1998 in Kraft setzen mussten, während die wegweisenden Bundesratsentscheide erst danach, als Folge von Beschwerden gegen diese Liste, gefällt wurden und somit erst bei einer allfälligen Revision oder angeordneten Überarbeitung im Rahmen kantonaler Planungsprozesse Berücksichtigung finden konnten.

Welche Auswirkungen zeitigten diese Beschwerdeentscheide hinsichtlich der Zielsetzung der Kostendämpfung?

In allen Expertengesprächen wurde betont, dass allein die kantonalen Planungen, nicht aber die bundesrätliche Sanktionierung derselben kostenwirksam sind. Dem Bundesratsentscheid kann also allein eine 'Mitverantwortung' für die Effekte der jeweiligen Liste zugesprochen werden. Ein einziger Kosteneffekt wird direkt auf die bundesrätliche Praxis zurückgeführt, nämlich die aufgrund der langen Behandlungszeiten der Beschwerden anfallenden Zusatzkosten für die Versicherer und damit auch für die Prämienzahler.

Darüber hinaus kann aber einem Bundesratsentscheid nur indirekt via angefochtene Spitalliste Kostenrelevanz zugesprochen werden. Da der Bundesrat, wie gesehen, aufgrund seiner Rolle als Judikative keine aktive politische Steuerung betreibt, sondern reaktiv handeln muss, ist eine Einschätzung der bundesrätlichen Rechtsprechung hinsichtlich der Zielsetzung der Kostendämpfung nur über eine Gesamtsicht möglich. In einer Gesamterhebung der vorliegenden Entscheide zeigen sich verschiedene Regelmässigkeiten:

- Als erstes kann festgehalten werden, dass der Bundesrat tendenziell weniger die Interessen der Kantone als Beschwerden von Kassenverbänden sowie Beschwerden von inner- und ausserkantonalen Privatspitälern stützt.
- Zweitens wird Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG, der die Berücksichtigung privater Betreiber vorschreibt, vom Bundesrat mit vergleichsweise grossem Nachdruck durchgesetzt. Ebenfalls

mehrheitlich wird dem Argument der Rechtmässigkeit der Bedarfsevaluation Gehör geschenkt.

- Drittens zeigt die Gesamtauswertung, dass die Bundesratsentscheide insgesamt eher den von den kantonalen Listen vorgesehenen Kapazitätsabbau aufheben, als dass sie die Schliessung zusätzlicher Spitäler zur Folge haben.

Gesamthaft gesehen führt die rein juristische Sichtweise des Bundesrats bei der Behandlung von Beschwerden gegen kantonale Spitallisten also zu Effekten, die – soweit dies deduktiv eingeschätzt werden kann – der politischen Zielsetzung der Kostendämpfung tendenziell widersprechen. Hierbei handelt es sich aber, wie mehrfach erwähnt, nicht um politische Entscheide. Als politisch muss jedoch der Grundsatzentscheid gewertet werden, keine politischen Entscheide zu kantonalen Spitallisten zu fällen.

Der Verzicht auf eine Steuerung und die inhaltliche Konkretisierung der Planungskriterien über bundesrätliche Beschwerdeentscheide lässt den Kantonen ihren Handlungsspielraum, den diese auch unterschiedlich nutzen. Das Vorgehen, in Abhängigkeit der eingereichten Beschwerden fallbezogene Einzelentscheide zu fällen, erschwert jedoch die Harmonisierung unter den Kantonen, weil die Kantone als voneinander unabhängige Planungsregionen behandelt werden und durch die bundesrätliche Rechtsprechung keine Anreize zur Koordination der Leistungserbringer gesetzt werden können. Die Vereinheitlichung der Zulassungskriterien, die ebenfalls zur Harmonisierung unter den Kantonen beitragen würde, wird ausserdem dadurch erschwert, dass die Konkretisierung der Planungsvorgaben über die bundesrätliche Rechtsprechung erst erfolgt, nachdem die Kantone ihre Spitallisten erstellt und betroffene Akteure dagegen Beschwerde erhoben haben. Eine allfällige Signalwirkung von wegweisenden Bundesratsentscheiden bezieht sich somit auf bereits verabschiedete Listen und kann erst in eine Überarbeitung einfließen.

Die bundesrätliche Praxis, privaten Anbietern im Zusatzversicherungsbereich gewissermassen einen Rechtsanspruch auf Aufnahme in die Spitalliste zuzugestehen, wirkt der Kostendämpfungspolitik der Kantone entgegen. Weil auch diese Leistungserbringer Anspruch auf den Sockelbeitrag aus der obligatorischen Krankenversicherung haben, trägt die bundesrätliche Rechtsprechung zur Spitalplanung nicht zur Kostendämpfung in der Krankenversicherung bei, wenn sie den Kantonen die Möglichkeit der Angebotssteuerung in diesem Bereich verwehrt. Zudem bestehen für die Kantone Anreize, ihre Spitäler zu privatisieren und die Finanzierung auf die Krankenversicherung zu überwälzen (Oggier 2000: 10). Tendenzielle Kostenverlagerungen von der öffentlichen Hand zur Krankenversicherung sind in den neunziger Jahren in allen hier untersuchten Kantonen festzustellen (Rüefli und Vatter 2001).

7 Schlussfolgerungen

Anhand der im vorherigen Kapitel zusammengetragenen Erkenntnisse der Untersuchung werden im Folgenden abschliessend vier Schlussfolgerungen zur bundesrätlichen Rechtsprechung im Bereich der Spitalplanung formuliert.

- Die Praxis des Bundesrats, Beschwerden nach juristischen anstelle von politischen Kriterien zu entscheiden, erweist sich angesichts der Entwicklung der Gesundheitskosten als problematisch. Das auf Art. 53 KVG beruhende und sich nach der Gesetzgebung zum Verwaltungsverfahren richtende Vorgehen, dass Beschwerden an den Bundesrat gegen kantonale Spitallisten vom Bundesamt für Justiz beurteilt werden, führt zwar durchaus zu einer in sich konsistenten und kohärenten bundesrätlichen Rechtsprechung. Die nach eindeutigen juristischen Kriterien gefällten Entscheide senden gleichzeitig aber auch politisch teilweise widersprüchliche Signale aus. Bei Beibehaltung dieser Praxis kann der Bundesrat eine Strukturbereinigung allenfalls über das Instrument der Tarifentscheide vorantreiben, indem er systematisch den Kostendeckungsgrad der Versicherer senkt und damit den Druck auf die Kantone erhöht, eine kostendämpfende Planung zu erstellen. Die Untersuchung legt aber eine Praxisänderung und die Wahrnehmung einer politischen Führung des Bundesrats nahe. Die vorgesehene Totalrevision der Bundesrechtspflege trägt diesem Umstand bereits Rechnung und sieht vor, die Rechtsprechungskompetenz bei Beschwerden gegen Kantonsregierungen dem neu zu schaffenden Bundesverwaltungsgericht zu übertragen. Die weitgehende Abschaffung der Beschwerde an den Bundesrat eröffnet diesem die Möglichkeit einer verstärkten politischen Steuerung. Rückblickend hätten diverse Beschwerden verhindert werden können, wenn auf Bundesebene zu einem frühen Zeitpunkt die Anforderungen an die Spitalplanung, z.B. mit einer Verordnung, politisch geklärt worden wären. Dies hätte offene Fragen bereinigt und den planenden Kantonen politisch den Rücken gestärkt.
- Die bundesrätliche Rechtsprechung zur kantonalen Spitalplanung sendet, wie erwähnt, juristisch weitgehend kohärente, politisch jedoch unterschiedliche Signale aus. Der Verzicht des Bundesrats, über seine Rechtsprechung eine politische Steuerungsfunktion auszuüben und die Planungsvorgaben zu konkretisieren ist darin begründet, dass die Planungsautonomie bei den Kantonen liegt und der Bundesrat nicht in diese eingreifen kann. Der dadurch entstehende Handlungsspielraum wird von den Kantonen denn auch geschätzt und in unterschiedlicher Weise genutzt. Das Vorgehen, in Abhängigkeit der eingereichten Beschwerden fallbezogene Einzelentscheide zu fällen, erschwert jedoch die Vereinheitlichung der Planungskriterien und die Harmonisierung unter den Kantonen. Weil gleichzeitig Anreize zur interkantonalen Koordination in der Leistungserbringer

fehlen, bleiben letztlich die Kantone als weitgehend voneinander isolierte Planungsregionen verankert, was den der Spitalplanung zugrundeliegenden Zielen, der Koordination der Leistungserbringer, der optimalen Ressourcennutzung und der Eindämmung der Kosten, eigentlich widerspricht.

- Die vorliegende Untersuchung weist darauf hin, dass das KVG falsche Anreize enthält, die der Bundesrat in seiner Rechtsprechung durchsetzt. Zwei Mängel in der Interpretation des KVG durch den Bundesrat im Bereich der Spitalplanung können identifiziert werden. Erstens ist die Trennung von Staat und Markt hinsichtlich des Ziels der Kostendämpfung ineffektiv. Da in privaten und halbprivaten Abteilungen auch Leistungen zu Lasten der Grundversicherung erbracht werden, Angebote in diesem Bereich aber nicht beschränkt werden dürfen, können die Kantone keine konsequente und gesamtheitliche Kosteneindämmung betreiben. Der Bundesrat wirkt dabei in seinen Entscheiden insofern kostentreibend, als dass er die unklare Abgrenzung von Markt und Planung nicht aufhebt und zusätzlich auf der Grundlage von Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG, der die Berücksichtigung privater Anbieter vorschreibt, durchsetzt. Ein zweiter Problempunkt ist die interkantonale Koordination, die das KVG zwar vorsieht, aber gleichzeitig verhindert. Indem gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG Kantone nur an ausserkantonale Hospitalisationen den Sockelbeitrag erbringen müssen, haben sie einen grossen Anreiz, den Anteil ausserkantonalen Behandlungen aus Kostengründen zu minimieren, ein möglichst umfassendes Leistungsangebot im eigenen Kanton zu erbringen und autark bzw. unkoordiniert zu planen. Die bundesrätliche Rechtsprechung bezieht sich deshalb vorwiegend auf die optimale Nutzung der Ressourcen eines bestimmten Kantons und kann deshalb kaum Anreize zur interkantonalen Koordination setzen.
- Das Instrument der Kapazitätsplanung ist für das Ziel der Kostendämpfung inadäquat. Die eigentlichen Kostenfaktoren sind nicht die vorhandenen Betten, sondern die erbrachten Leistungen. Dies führt dazu, dass reine Kapazitätsreduktionen über die Verschiebung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich einerseits, über die Kompensation des Abbaus durch zusätzliche Betten in der privaten oder halbprivaten Abteilung andererseits ihres allfälligen kostendämpfenden Effekts beraubt werden. Wenn die reinen Zusatzversicherungsangebote aufgrund des praktizierten Wettbewerbsprinzips nicht von der Spitalliste gestrichen werden dürfen, schwächt dies indirekt das Prinzip der sozialen Krankenversicherung. Weil diese Institutionen Anspruch auf Beiträge der obligatorischen Krankenversicherung haben und sich oft in nachfragestarken Nischenbereichen betätigen, deren Abdeckung für öffentliche Anbieter nicht interessant ist, besteht kaum eine Möglichkeit, die Kostenspirale in der Krankenversicherung zu bremsen. Zwar kann die öffentliche Hand so Kosten sparen, die Belastung der Krankenversicherung nimmt hingegen dadurch stark zu. Eine Lösung wird von verschiedener Seite im Wechsel

zur Leistungsplanung gesehen, die nicht mehr die Betten, sondern die erbrachten Leistungen den Versicherungskategorien zuordnet. Ein solcher Wechsel bedarf allerdings einer klaren Steuerung, da die aktuellen Leistungskataloge bereits sehr unübersichtlich sind. Von den betroffenen kantonalen Stellen wird denn auch darauf hingewiesen, dass mit der Einführung der Leistungsplanung sehr grosse Probleme verbunden wären, so dass eine Umsetzung kaum realistisch sei. Eine aktive Führungsrolle des Bundesrats ist deshalb von vordringlicher Bedeutung.

Glossar

- geteilte Liste: Die Spitalliste ist in zwei Abschnitte unterteilt, von denen Abschnitt A die allgemeinen Abteilungen, Abschnitt B die halbprivaten und privaten Abteilungen, die Leistungen zulasten der obligatorischen Grundversicherung erbringen dürfen, enthält. Den allgemeinen Abteilungen werden entsprechend der Planung maximale Bettenzahlen zugeordnet.
- integrale Liste: Die Spitalliste enthält alle zur Leistungserbringung gemäss KVG zugelassenen Abteilungen und legt maximale Bettenzahlen fest, ohne zwischen allgemeiner, halbprivater oder privater Abteilung zu unterscheiden.
- offene Liste: Die Spitalliste eines Kantons beinhaltet auch alle ausserkantonalen Spitäler, die auf der Spitalliste ihres Standortkantons figurieren (sog. Generalklausel). Diese Art von Listen findet sich primär in Kleinkantonen.
- geschlossene Liste: Die Spitalliste enthält abschliessend diejenigen (auch ausserkantonale) Spitäler, die der Kanton als notwendig erachtet, um seiner Bevölkerung das gewünschte Versorgungsangebot sicherzustellen.
- Sockelbeitrag: Anteil der Kosten der Behandlung in einer halbprivaten bzw. privaten Abteilung, die auch eine Behandlung in der allgemeinen Abteilung verursachen würde. Schnittstelle zwischen obligatorischer Grund- und freiwilliger Zusatzversicherung.
- Standortklausel: Prinzip, gemäss welchem ein Spital, das auf der Liste seines Sitzkantons aufgeführt ist und einen Leistungsauftrag erfüllt, Leistungen zulasten der Krankenversicherung auch an ausserkantonale Patienten erbringen kann.
- linearer Abbau: Kapazitätsreduktion durch Bettenabbau wird auf mehrere oder alle Spitäler eines Kantons verteilt
- vertikale Kürzung: Neustrukturierung des Spitalleistungsangebots eines Kantons durch die Schliessung ganzer Spitäler

Interviewpartner

Jegher, Annina, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Leiterin Abteilung Planungsgrundlagen, 21. August 2001 (Telefoninterview).

Müller Imboden, Annamaria, Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz SDK, 22. August 2001.

Schneider, Sandra, Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Tarife und Leistungserbringer, 22. August 2001.

Thiévent-Schlup, Martine, Bundesamt für Justiz, Abteilung für Beschwerden an den Bundesrat, 5. September 2001.

Wieser, Niculo, Bundesamt für Justiz, Abteilung für Beschwerden an den Bundesrat, 12. Juli und 5. September 2001.

Wyss, Franz, Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz SDK, 22. August 2001.

Fallstudie Zürich

Geser, Guido, Verband Zürcher Krankenversicherer (VZKV), Präsident und Geschäftsführer, 9. Oktober 2001.

Merz, Titus, Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, Rechtsabteilung, juristischer Sekretär mit besonderen Aufgaben, 12. September 2001.

Mühlemann, Andreas, Spitaldirektor Spital Uster, Vorstandsmitglied Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK), 12. September 2001.

Rufer, Willy F., Geschäftsleiter Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK), 12. September 2001.

Schuster, Siegfried, Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, Abteilung Gesundheitsversorgung, Adjunkt mit besonderen Aufgaben, 12. September 2001.

Würsch, Stefan, Spital Wetzikon, Direktor Gesundheitsversorgung Zürcher Oberland (GZO), Präsident der Direktoren-Konferenz des VZK, 12. September 2001.

Fallstudie Aargau

Bürgi, Edmund, Präsident Vereinigung Aargauischer Krankenhäuser (VAKA), (telefonisch), 18. Oktober 2001.

Maag, Daniel, Geschäftsführer Aargauischer Krankenkassen-Verband (AKV), 25. September 2001.

Trommsdorff, Erhard, Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Chef Spitalabteilung, 9. Oktober 2001.

Fallstudie Basel

Agnetti, Patrizio, Mitarbeiter Planung, Sanitätsdepartement des Kantons Basel-Stadt, 17. Oktober 2001.

Fricker, Stephan, Merian Iselin Spital Basel, Vorstandsmitglied Basler Privatspitäler-Vereinigung; Verband nichtstaatlicher Spitäler Basel-Stadt, 11. September 2001.

Meister, Hanspeter, Departementssekretär und Leiter Planung, Sanitätsdepartement des Kantons Basel-Stadt, 17. Oktober 2001.

von Allmen, Thomas, Geschäftsführer Krankenversicherer beider Basel, 26. September 2001.

Fallstudie Tessin

de Neri, Gian Paolo, Präsident Federazione Ticinese degli Assicuratori Malattia (FTAM), 7. September 2001

Lepori-Bonetti, Mimi, Präsidentin Associazione delle Cliniche Private Ticinesi (ACPT), 7. September

Monasevic, Milan, administrativer Direktor Clinica Alabardia, San Nazzaro, 4. September 2001.

Petazzi, Giovanni, Direktor Divisione della Salute Pubblica, Dipartimento delle Opere Sociali (DOS), 1. Oktober 2001

Radozuweit, Stefano, Dipartimento delle Opere Sociali (DOS), 1. Oktober 2001

Dokumente

Fallstudie Zürich

Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich, Sitzung vom 18. Juli 2001

Informationsschreiben der SDK vom 17.3.1999

RKUV 3/1999: 211-257; KV 72

Zürcher Spitalliste 2001 vom 18. Juli 2001

Fallstudie Aargau

Informationsschreiben der SDK vom 17.3.1999

Spitalkonzeption 2005 des Kantons Aargau

Spitalliste für den Kanton Aargau, gültig ab 1. Januar 1998

Fallstudie Basel

Informationsschreiben der SDK vom 22. Juli 1999

Pressemitteilung des Bundesrates vom 25. Juni 1999

RKUV 4/1999: 356-364; KV 84

Spitalliste 1998 (Vernehmlassung) für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft

Fallstudie Tessin

Informationsschreiben der SDK vom 16. Mai 2000

Progetto di pianificazione ospedaliera ed elenco degli stabilimenti sanitari autorizzati ad esercitare a carico dell'Assicurazione obbligatoria contro le malattie (art. 39 LAMal)

Bibliographie

- AYER, Ariane (2000). *La planification hospitalière cantonale*. Neuchâtel: Institut de droit de la santé.
- BUNDESRAT (1991). *Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991*. Bern: EDMZ.
- FURRER, Marie-Thérèse (1999). "In der Schweiz diskutierte Finanzierungsmodelle", *Soziale Sicherheit* 4/1999: 180-182.
- MÜLLER, Klaus (1999). "Die aktuelle Rechtsprechung des Bundesrates zur Spitalliste. Bisherige Klarstellung und weiterer Klärungsbedarf", *Soziale Sicherheit* 6/1999: 317-321.
- OGGIER, Willy (2000). "Thesenpapier Versorgung, Entwurf 2.0", In: BUNDESAMT FÜR SOZIALVERSICHERUNG (Hg.). *Massnahmen des KVG zur Kostendämpfung*. Forschungsbericht Nr. 6/00. Bern: BSV.
- ROTHENBÜHLER, Martin (1999a). *Übersicht über den aktuellen Stand der Planungen und der Spital- und Pflegeheimlisten der Kantone*. Arbeitsunterlage für das Zentralsekretariat der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz SDK. Bern.
- ROTHENBÜHLER, Martin (1999b). *Evaluation der Spitalplanung und der Spitallisten nach Artikel 39 KVG*. Bericht zuhanden des Zentralsekretariats der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz SDK. Bern.
- RÜEFLI, Christian und VATTER, Adrian (2001). *Die Determinanten der unterschiedlichen Gesundheitsausgaben in den Kantonen*. Forschungsbericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG (im Erscheinen). Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- SCHARPF, Fritz W. (1993). *Legitimationsprobleme der Globalisierung. Regieren in Verhandlungssystemen*. Köln: MPIFG Discussion Paper.

Liste der untersuchten Bundesratsentscheide

Register-Nummer	Kanton	Datum der Beschwerde	Datum des Entscheids
97-139	AG	29.10.97	17.02.99
96-029	AI	31.01.96	23.10.96
96-038	AI	07.02.96	23.10.96
96-046	AI	13.02.96	23.10.96
96-047	AI	13.02.96	23.10.96
96-045	AI	14.02.96	23.10.96
97-064	AI	30.01.97	07.06.99
97-058	AR	16.05.97	21.10.98
97-064	AR	23.05.97	21.10.98
97-144	BE	22.10.97	23.12.99
98-068	BE	02.02.98	20.03.00
98-006	BE	15.02.98	20.03.00
97-162	BL	08.12.97	23.06.99
97-156	BL	08.12.97	08.03.99
97-153	BL	08.12.97	23.06.99
97-152	BL	08.12.97	23.06.99
97-166	BL	12.12.97	23.06.99
97-165	BL	15.12.97	23.06.99
00-034	BL	13.03.00	18.06.00
97-164	BS	08.12.97	23.06.99
97-163	BS	08.12.97	23.06.99
97-161	BS	08.12.97	23.06.99
97-160	BS	08.12.97	23.06.99
97-158	BS	08.12.97	23.06.99
97-157	BS	08.12.97	08.03.99
97-154	BS	08.12.97	23.06.99
00-033	BS	10.03.00	28.06.00
97-142	BS-BL	10.12.96	23.06.99
97-147	BS-BL	05.12.97	23.06.99
97-148	BS-BL	05.12.97	23.06.99
97-159	BS-BL	08.12.97	23.06.99
97-151	BS-BL	08.12.97	23.06.99
97-150	BS-BL	08.12.97	08.03.99
97-149	BS-BL	08.12.97	08.03.99

Register-Nummer	Kanton	Datum der Beschwerde	Datum des Entscheids
96-051	GL	13.02.96	26.03.97
96-052	GL	13.02.96	26.03.97
96-065	GL	13.02.96	26.03.97
96-050	GL	15.02.96	26.03.97
96-049	GL	16.02.96	26.03.97
96-048	GL	20.02.96	26.03.97
96-068	GL	26.03.96	26.03.97
96-069	GL	26.03.96	26.03.97
96-073	GL	28.03.96	23.06.97
98-005	GL	13.01.98	23.08.00
98-080	GL	06.02.98	23.08.00
96-071	GL	.	23.06.97
98-019	GR	19.01.98	27.06.01
98-021	GR	19.01.98	20.12.00
98-036	GR	29.01.98	20.12.00
98-037	GR	02.02.98	20.12.00
98-013	GR	15.12.98	20.12.00
98-010	LU	16.01.98	08.11.00
98-004	NW	12.01.98	03.11.99
98-027	OW	23.01.98	13.12.99
97-083	SG	18.07.97	18.08.99
97-089	SG	28.07.97	18.08.99
97-082	SG	18.08.97	18.08.99
97-095	SG	22.08.97	18.08.99
97-110	SG	25.08.97	18.08.99
97-106	SG	27.08.97	18.08.99
97-124	SG	29.08.97	18.08.99
97-122	SG	29.08.97	18.08.99
97-120	SG	29.08.97	18.08.99
97-119	SG	29.08.97	18.08.99
97-121	SG	29.08.97	23.06.99
97-118	SG	01.09.97	18.08.99
96-013	SH	29.01.96	23.10.96
96-015	SH	29.01.96	02.12.96
96-017	SH	29.01.96	23.10.96
96-018	SH	29.01.96	23.10.96
96-025	SH	31.01.96	23.10.96
98-044	SH	30.01.98	30.08.00
98-074	SH	02.02.98	30.08.00

Register-Nummer	Kanton	Datum der Beschwerde	Datum des Entscheids
96-091	SO	05.06.96	12.02.97
96-092	SO	05.06.96	12.02.97
96-093	SO	05.06.96	12.02.97
96-094	SO	06.06.96	12.02.97
96-095	SO	07.06.96	12.02.97
96-096	SO	07.06.96	12.02.97
96-097	SO	07.06.96	12.02.97
96-109	SO	08.06.96	26.03.97
96-098	SO	10.06.96	12.02.97
96-099	SO	10.06.96	12.02.97
96-100	SO	10.06.96	12.02.97
96-101	SO	10.06.96	12.02.97
96-102	SO	10.06.96	12.02.97
96-103	SO	10.06.96	12.02.97
96-104	SO	10.06.96	12.02.97
96-105	SO	10.06.96	12.02.97
96-107	SO	10.06.96	12.02.97
96-108	SO	06.07.96	12.02.97
96-066	SZ	21.02.96	25.11.96
98-029	SZ	26.01.98	13.06.00
98-067	SZ	02.02.98	03.06.00
96-019	TG	29.01.96	02.12.96
96-020	TG	29.01.96	02.12.96
96-028	TG	31.01.96	02.12.96
96-035	TG	01.02.96	18.11.96
96-036	TG	02.02.96	02.12.96
96-139	TG	21.09.96	18.06.97
97-049	TG	05.05.97	27.10.97
98-022	TG	20.01.98	05.07.00
98-039	TG	30.01.98	05.07.00
98-071	TG	01.02.98	05.07.00
98-049	TG	02.02.98	05.07.00
98-070	TG	02.02.98	05.07.00
98-109	TG	30.03.98	05.07.00
98-034	TG	28.08.98	05.07.00
98-014	TG	28.01.99	05.07.00
98-047	TI	29.01.98	03.05.00
98-059	TI	30.01.98	11.12.00

Register-Nummer	Kanton	Datum der Beschwerde	Datum des Entscheids
98-001	VD	05.01.98	30.08.00
98-069	VD	30.01.98	30.08.00
96-030	ZG	31.01.96	02.12.96
96-031	ZG	31.01.96	02.12.96
96-032	ZG	31.01.96	02.12.96
96-033	ZG	31.01.96	02.12.96
96-132	ZG	26.08.96	25.06.97
98-045	ZG	16.12.97	23.06.99
97-086	ZH	22.07.97	03.11.99
97-087	ZH	23.07.97	03.11.99
97-125	ZH	29.07.97	03.11.99
97-093	ZH	14.08.97	03.11.99
97-096	ZH	22.08.97	03.11.99
97-098	ZH	22.08.97	17.02.99
97-097	ZH	22.08.97	17.02.99
97-112	ZH	25.08.97	17.02.99
97-102	ZH	25.08.97	17.02.99
97-111	ZH	25.08.97	03.11.99
97-109	ZH	25.08.97	03.11.99
97-108	ZH	25.08.97	03.11.99
97-107	ZH	25.08.97	03.11.99
97-103	ZH	26.08.97	03.11.99
97-115	ZH	27.08.97	17.02.99
97-105	ZH	27.08.97	17.02.99
97-116	ZH	28.08.97	03.11.99
97-117	ZH	28.08.97	03.11.99
97-088	ZH	29.08.97	03.11.99
97-114	ZH	29.08.97	03.11.99
97-123	ZH	31.08.97	03.11.99