

Zielvorgaben für das Wachstum der Gesundheitsausgaben: Ausgewählte Erfahrungen und Erkenntnisse für die Schweiz

Thomas Brändle
Carsten Colombier
Martin Baur
Serge Gaillard



Die Arbeitspapiere der EFV spiegeln nicht notwendigerweise die offiziellen Positionen des Amtes, des Departements oder des Bundesrats wider. Für die in den Arbeiten vertretenen Thesen und verbleibende Fehler sind die Autoren verantwortlich.

Impressum

Autoren Thomas Brändle, Carsten Colombier, Martin Baur und Serge Gaillard

Herausgeber Eidgenössische Finanzverwaltung EFV
Ökonomische Analyse und Beratung
Bundesgasse 3
CH-3003 Bern, Schweiz

E-Mail thomas.braendle@efv.admin.ch, carsten.colombier@efv.admin.ch
Internet www.efv.admin.ch
www.efv.admin.ch/workingpapers

Layout Elektronische Medien und Publikationen

ISSN 1660-7937

Sprachversion Auch in Französisch und Englisch verfügbar

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung	4
1. Einleitung	5
2. Interessenlage bei gegenwärtigen Rahmenbedingungen	10
3. Grundsätzliche Überlegungen	11
3.1 Argumente für eine verbindliche Zielvorgabe	11
3.2 Vorbehalte gegenüber einer verbindlichen Zielvorgabe	12
4. Erfahrungen aus ausgewählten Ländern	14
4.1 Deutschland	14
4.2 Niederlande	22
4.3 Weitere Erfahrungen mit der Einführung von verbindlichen Budgetvorgaben	27
5. Erkenntnisse für die Schweiz	30
6. Abschliessende Bemerkungen	33
Literaturverzeichnis	35
Anhang	40

Kurzfassung

Die Schweiz hat eine gute, jedoch zugleich teure Gesundheitsversorgung. Die Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind in den letzten Dekaden doppelt so stark wie das BIP gestiegen. Dieser Kostenanstieg belastet die privaten und öffentlichen Haushalte zunehmend, stellt die Finanzierbarkeit der obligatorischen Grundversicherung in Frage und gefährdet den gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen. Eine vom Bund einberufene Expertengruppe hat verbindliche Zielvorgaben als zentrale Massnahme zur Dämpfung des Ausgabenwachstums vorgeschlagen. In diesem Papier werden internationale Erfahrungen aus vergleichbaren Ländern mit einer Kostensteuerung in der sozialen Krankenversicherung, wie Deutschland und den Niederlanden, ausgewertet und Erkenntnisse für die Schweiz abgeleitet. Verbindliche Zielvorgaben erhöhen die Kostenverantwortung der Entscheidungsträger in wettbewerblich orientierten Gesundheitswesen und tragen so zu einer Dämpfung des Ausgabenwachstums bei. Sie veranlassen die Leistungserbringer stärker zu Kosten-Nutzen-Überlegungen, lassen ihnen jedoch zugleich vergleichsweise eine grosse Entscheidungsfreiheit. Für eine erfolgreiche Umsetzung der Zielvorgabe sind der Einbezug aller wesentlichen Gesundheitsakteure und klare Entscheidungs- und Verhandlungsstrukturen zentral. Befürchtungen einer Rationierung von medizinisch notwendigen Leistungen, geringerer Qualitätsanreize oder einer Konservierung bestehender Strukturen durch Zielvorgaben können durch entsprechende Vorkehrungen wie die Berücksichtigung der altersbedingten Morbidität und des medizinisch-technisch Fortschritts bei der Festlegung der Zielvorgaben begegnet werden. Ebenfalls sind begleitende Massnahmen wie anreizkompatible Vergütungstarife und ein Qualitätsmonitoring von hoher Bedeutung.

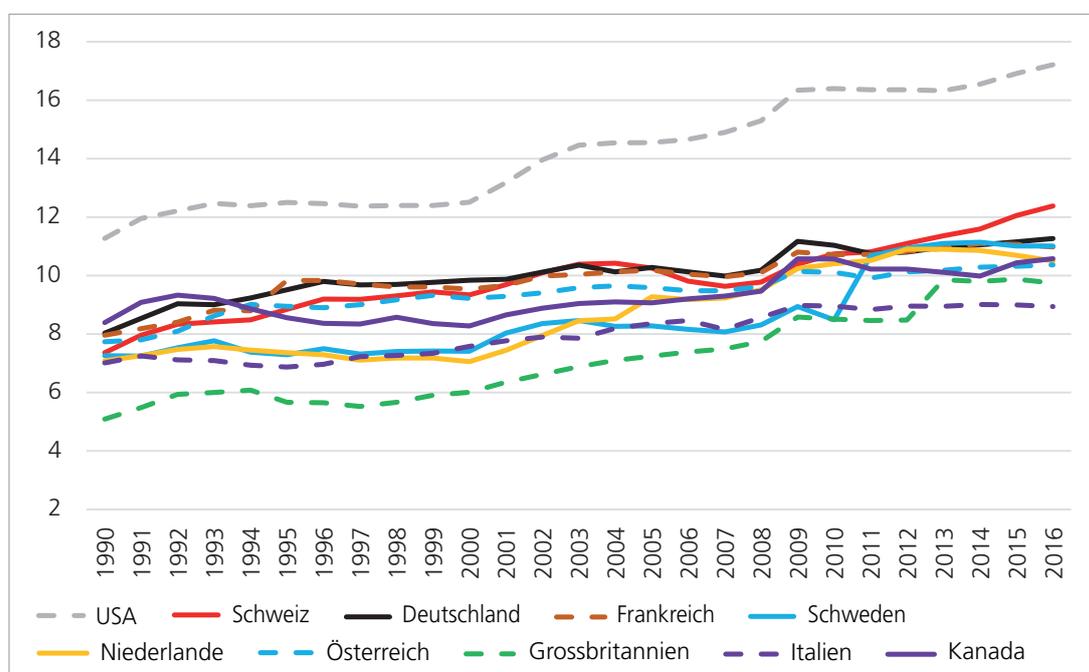
Stichwörter: Obligatorische Krankenpflegeversicherung, Kostenwachstum, Kostendämpfung, Globalbudget, Zielvorgabe.

JEL Code: H51, I13, I18

1 Einleitung¹

Die Schweiz hat eine vergleichsweise gute, jedoch zugleich relativ teure Gesundheitsversorgung. Gemessen am BIP gibt die Schweiz unter den OECD Ländern derzeit nach den USA am zweitmeisten für Gesundheit aus, gefolgt von Deutschland und Frankreich (vgl. Abbildung 1).² Insbesondere im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sind die jährlichen Prämienanstiege von durchschnittlich 4,5 % eklatant und übersteigen die Einkommens- respektive Lohnzuwächse mit 1,3 % und 1,2 % pro Kopf bei Weitem (vgl. Abbildung 2).³ Wachsen die Prämien im selben Rhythmus weiter, wäre der Finanzierungsbedarf vergleichbar mit einer Anhebung der Mehrwertsteuer um 1 Prozentpunkt alle vier Jahre. Die starken Prämienanstiege lassen sich nicht alleine durch Alterung und medizinischen Fortschritt begründen, sondern sind auch durch eine starke Mengenausweitung getrieben.

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben ausgewählter Länder (in BIP- %)



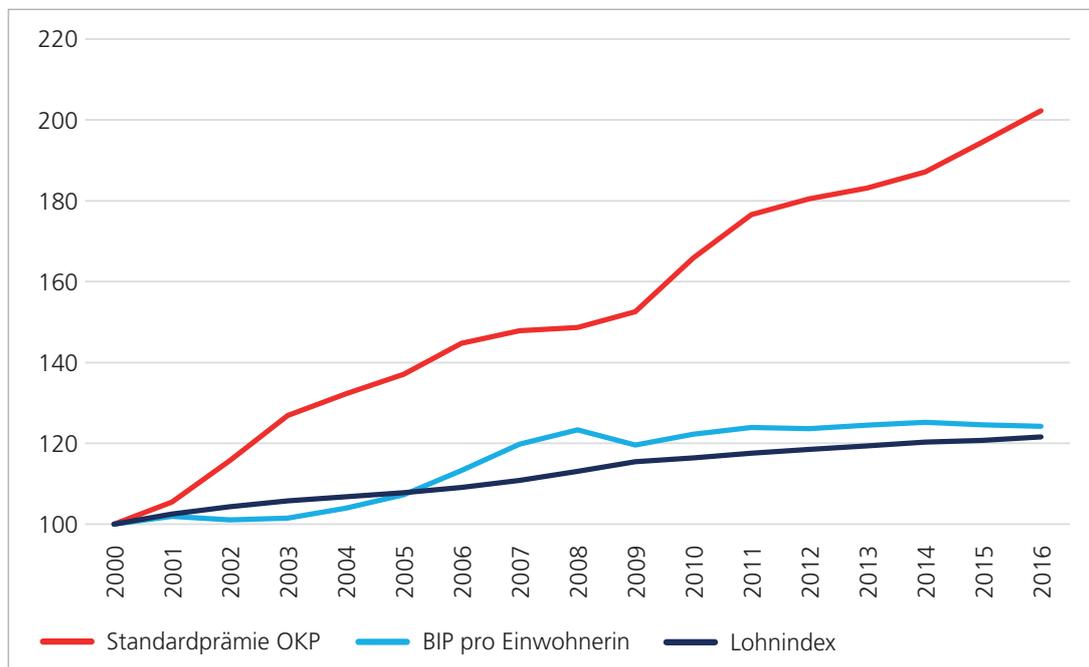
Quelle: OECD.

Der starke Kostenanstieg führt einerseits zu einer stärkeren Belastung der privaten Haushalte, insbesondere derjenigen mit niedrigen und mittleren Einkommen. So muss gegenwärtig von einem mittleren Lohnwachstum im Durchschnitt circa ein Viertel für den Prämienanstieg aufgewendet werden. Bleibt die Dynamik unverändert, nimmt diese Belastung weiter zu. Andererseits

- 1 Für wertvolle Kommentare und Anregungen möchten wir uns bei Marianne Widmer, Stefan Spycher, Vincent Koch, Karl Schwaar und Michael Eggler bedanken. Für die Bereitschaft zu einem Experteninterview zur Kostensteuerung im deutschen Gesundheitswesen, gilt unserer besonderer Dank Klaus Meesters vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen.
- 2 Für Bestimmungsgründe des Gesundheitsausgabenwachstums, vgl. Gerdtham und Jönsson (2000), Martin et al. (2011), Hartwig und Sturm (2014) im internationalen Kontext, sowie Vatter und Ruefli (2003), Crivelli et al. (2006), Reich et al. (2012), Brändle und Colombier (2016) und Colombier (2018) für die Schweiz und ihre Kantone.
- 3 Die Werte beziehen sich auf die Zunahme der Standardprämie eines Erwachsenen mit Franchise von 300 Franken, freier Arztwahl und Unfalldeckung, auf das BIP pro Einwohner und das Wachstum der Löhne basierend auf dem Lohnindex. Während die Standardprämie um durchschnittlich 4,5 % gestiegen ist, haben die gesamten Bruttokosten der OKP pro Einwohner indes im Durchschnitt um 3,7 % zugenommen. Diese Entwicklung spiegelt sich auch auf aggregierter Ebene wider: Die jährliche Wachstumsrate der gesamten OKP-Ausgaben beträgt im Mittel für die Jahre 2000–2016 4,6 %, während die Lohnsumme und das BIP lediglich um 2,8 % beziehungsweise 2,3 % angestiegen sind (vgl. Abbildung A1 im Anhang).

geraten die öffentlichen Haushalte unter Druck. Vor allem die Kantone sehen sich steigenden Beiträgen an Spitälern und Pflege ausgesetzt und sparen zunehmend bei der individuellen Prämienverbilligung. Die sozialpolitischen Konsequenzen übermässig steigender Gesundheitsausgaben werden zudem den Forderungen nach einer stärkeren finanziellen Beteiligung des Bundes Auftrieb verleihen. Gelingt keine baldige Dämpfung des Ausgabenwachstums, steht die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens ernsthaft in Frage.

Abbildung 2: Entwicklung von Standardprämie der OKP, BIP pro Kopf und Lohnindex in der Schweiz, 2000–2016



Quelle: BFS, BAG, SECO; Index 2000=100.

Angesichts der anhaltend hohen Kostendynamik ist die Frage nach wirksamen Instrumenten zur Kostendämpfung von zunehmend starkem wirtschafts- und finanzpolitischen Interesse. So reicht das diskutierte Massnahmenspektrum von stärkerer Angebotssteuerung, stärkeren Eingriffen in die Medikamentenpreise und Tarifstrukturen über Massnahmen für mehr Wettbewerb, einer systematischen Überprüfung des Leistungskatalogs, Erhöhung der finanziellen Selbstbeteiligung bis hin zur Forderung klarerer Finanzierungsverantwortlichkeiten. Die Tarifautonomie im ambulanten Bereich ist weitestgehend blockiert, und Einzeleingriffe in den Tarif oder zu spezifische Verhaltensvorgaben haben stets Ausweichverhalten zur Folge.

Erschwerend kommt hinzu, dass wirtschaftspolitische Eingriffe im Gesundheitswesen mit starken Unsicherheiten behaftet sind. So sind bei der Diskussion um steigende Gesundheitskosten neben der Alterung und dem medizinisch-technischen Fortschritt weitere Besonderheiten des Gesundheitswesens von Bedeutung. Zu nennen sind die schwierige Standardisierbarkeit der Leistungen, ausgabensteigernde Anreize aufgrund der Versicherungsdeckung (moral hazard) und die asymmetrisch verteilte Information zwischen Patienten und Ärzten. Letzteres kann angesichts des besseren Informationsstandes der Ärzte zu einer anbieterinduzierten Nachfrage führen, welche über dem medizinisch notwendigen Mass der Behandlungen liegt. Dieser Anreiz kann je nach

Entschädigungsform noch verstärkt werden. Diese Besonderheiten des Gesundheitswesens, zusammen mit einer Vielzahl von Akteuren und Interessen sowie vermischten Verantwortlichkeiten, führen zu einer hohen Systemkomplexität.

In der obligatorischen Grundversicherung der Schweiz bestehen nach Auffassung von Experten erhebliche Effizienzreserven und entsprechend erhebliches Einsparpotenzial. Im Auftrag des Bundes ist im Jahr 2017 eine Expertenkommission zum Thema Kostendämpfung in der obligatorischen Grundversicherung einberufen worden. Sie erachtet ein Ansetzen primär auf der Angebotsseite des Gesundheitswesens als erfolgversprechend. Ein zentraler Vorschlag der Expertengruppe ist die Einführung einer verbindlichen Zielvorgabe für das Ausgabenwachstum mit der Möglichkeit von Korrekturmassnahmen. Erfahrungen in ähnlichen Nachbarländern legen nahe, dass in wettbewerblich orientierten Gesundheitssystemen eine Budgetvorgabe zu mehr Kostenverantwortung beiträgt und das Kostenwachstum dämpfen kann. Ein derartiges Element fehlt im gegenwärtigen System weitestgehend. In der Tat ist die obligatorische Grundversicherung der einzige grosse Bereich der sozialen Sicherung ohne explizite Kostenverantwortung und ohne Budgetrestriktion (vgl. Bericht Expertengruppe 2017).

Als Beitrag zur wirtschaftspolitischen Debatte fokussiert dieses Arbeitspapier auf den Vorschlag einer stärkeren Ausgabensteuerung mittels verbindlicher Zielvorgaben. Im Vordergrund stehen die Auswertung der wissenschaftlichen Literatur und ausgewählter ausländischer Erfahrungen. Darauf aufbauend werden Anforderungen an solch ein Instrument mit Blick auf das Schweizer Gesundheitswesen formuliert.

In einem ersten Schritt wird eine kurze politökonomische Interessensanalyse der verschiedenen Akteure des Schweizer Gesundheitswesens bei gegenwärtigen Rahmenbedingungen angestellt. Die Analyse deckt sich mit den ersten Reaktionen: Eine verbindliche Zielvorgabe für das Ausgabenwachstum hat mit erheblichem Widerstand der Akteure, insbesondere der Leistungserbringer, zu rechnen. Sie stellen budgetbedingte Leistungseinschränkungen und Qualitätsverluste zu Lasten der Patienten in den Mittelpunkt ihrer ablehnenden Argumentation. Zugleich befürchten sie jedoch mehr Verantwortung und schlechtere Einkommensaussichten.⁴

In einem zweiten Schritt werden die in der Literatur diskutierten grundsätzlichen Vorteile wie auch die Vorbehalte gegenüber einer verbindlichen Budgetvorgabe aufgezeigt. Eine verbindliche Zielvorgabe ermöglicht eine direkte Steuerung des Ausgabenwachstums und führt eine bisher fehlende Budgetrestriktion in der mittels Zwangsabgaben finanzierten Grundversicherung ein. Mittels gemeinsam festgelegter, verbindlicher Zielvorgaben werden die Entscheidungsträger, insbesondere die Tarifpartner, in die bisher kaum vorhandene finanzielle Verantwortung genommen. Die Tarifpartner würden zu verstärkter Kooperation verpflichtet, was mehr Reformdruck in das blockierte System bringen würde. Eine verbindliche Zielvorgabe gibt einen budgetären Orientierungsrahmen für die Einigung der Tarifpartner vor und kann diese zu sachgerechteren und moderateren Verhandlungsabschlüssen anhalten. Eine Zielvorgabe bewegt die einzelnen Leistungserbringer dazu, stärker Kosten-Nutzen Überlegungen bei der Behandlung anzustellen. Zugleich lässt ihnen eine verbindliche Zielvorgabe im Vergleich zu anderen Massnahmen jedoch die Freiheit, dort zu sparen, wo dies aus ihrer Sicht am besten möglich ist – das heisst idealerweise bei medizinisch nicht notwendigen Behandlungen. Weder Krankenkassen oder Patienten,

⁴ Entsprechende Hinweise liefert die gemeinsame Stellungnahme wesentlicher Akteure zum Massnahmenvorschlag: http://www.santesuisse.ch/de/details/content/globalbudgets_sind_leichtfertige_experimente_zu_lasten_der_patientinnen_und_patienten_1349/

noch Bund und Kantone könnten dies besser. In diesem Sinn kann eine verbindliche Zielvorgabe das wettbewerblich und dezentral ausgestaltete Gesundheitswesen durch eine explizite Steuerung des Ausgabenwachstums ergänzen. Die stärkere Steuerung des Ausgabenwachstums würde die Prämienzahler und die öffentlichen Haushalte entlasten und ihre Planungssicherheit zugleich erhöhen.

Mögliche Nachteile einer verbindlichen Budgetrestriktion können sein, dass das Risiko einer Beschränkung medizinisch notwendiger Leistungen steigen könnte. Dies kann sich beispielsweise in Form längerer Wartezeiten äussern. Eine derartige Leistungsbeschränkung könnte auch einen weniger gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen bedeuten. Es besteht auch die Befürchtung, dass knapper verfügbare Mittel zur Folge haben können, dass sich die Ärzte und Spitäler weniger an den Patientenbedürfnissen orientieren, Leistungen tendenziell in nicht von der Budgetrestriktion erfasste Bereiche verlagern oder gewisse Patienten beziehungsweise Behandlungsmethoden zwecks Einkommenssicherung priorisieren. Ausserdem wird angeführt, dass mit einer verbindlichen Budgetvorgabe zu wenige Anreize bestehen, die Qualität und die Effizienz zu erhöhen, so dass dadurch Innovationen gebremst und zu rigide Strukturen erhalten werden. So könnte beispielsweise die erwünschte Verschiebung von stationären zu ambulanten Leistungen erschwert werden. Schliesslich werden budgetäre Vorgaben im Gesundheitswesen oftmals als relativ bürokratisch und interventionistisch beurteilt.

In einem dritten Schritt werden die Erfahrungen mit vergleichbaren Instrumenten in ausgewählten Ländern betrachtet. Es werden insbesondere Deutschland und die Niederlande herangezogen, welche sich durch ihre ähnlich ausgestalteten Gesundheitssysteme anbieten. Die Erfahrungen legen nahe, dass verbindliche Zielvorgaben für das Ausgabenwachstum – in Form des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität in Deutschland und verbindlicher Vereinbarungen in den Niederlanden – vor allem als «Anker» für das Kostenwachstum dienen. Verbindliche Zielvorgaben ergänzen das bestehende Instrumentarium um einen top-down Ansatz und nehmen die Tarifpartner im Rahmen klarer Entscheidungsstrukturen stärker in die Kostenverantwortung. Bei der Zielsteuerung muss jedoch auch auf technologische und demografische Entwicklungen Rücksicht genommen werden, um so die Erbringung medizinisch notwendiger Leistungen zu gewährleisten. Zudem sind gewisse Bereiche, wie die zu fördernde integrierte Versorgung oder Grundleistungen wie Impfungen von der Budgetvorgabe teilweise ausgenommen. Bezüglich der Korrekturmechanismen ist in Deutschland ein klar definiertes Abschlagssystem vorgesehen. In den Niederlanden wirken die gegenwärtigen Sanktionen eher als Androhung und erhöhen den Reformdruck. Die Durchsetzung von Sanktionen hat sich in den Niederlanden jedoch insbesondere für die Zeit vor dem Jahr 2012 aufgrund zeitlich stark verzögerter definitiver Zahlen zur Zielerreichung, gerichtlicher Klagen auf ein Recht zur Gesundheitsversorgung und anderer gesundheitspolitischer Prioritäten als schwer erwiesen.

Abschliessend steht im Fokus, welche Anforderungen an eine verbindliche Zielvorgabe für das Ausgabenwachstum im Schweizer Gesundheitswesen aus den internationalen Erfahrungen abgeleitet werden können. Erstens ist ein verbindliches Zielvorgabenregime am ehesten durchsetzbar, wenn möglichst alle relevanten gesundheitspolitischen Akteure an ihrer Festlegung mitwirken, in den entsprechenden Gremien vertreten sind und damit die Vorgaben auch mittragen. Damit insbesondere die Leistungserbringer die Zielvorgaben tragen, muss ihnen aufgezeigt werden, dass eine stärkere Steuerung beziehungsweise eine Dämpfung des Kostenwachstums mittelfristig unumgänglich ist, da, wie in allen anderen Bereichen der sozialen Sicherung, auch in der Grundversicherung keine unbeschränkten Mittel verfügbar sind. Es muss auch deutlich werden, dass eine verbindliche Vorgabe unter Einbezug der wesentlichen Akteure eine partizipative Lösung darstellt, welche im Vergleich zu anderen Massnahmen einen grossen Entscheidungsspielraum bewahrt.

Zweitens ist mit einer verbindlichen Budgetvorgabe zunächst eine Verschärfung der Verteilungskonflikte im Gesundheitswesen zu erwarten. Nicht zuletzt deshalb braucht es für die Festlegung und Umsetzung von verbindlichen Budgetvorgaben belastbare Verhandlungs- und Entscheidungsstrukturen sowie klare Sanktionsmechanismen. Dies gilt einerseits für die Festlegung der verbindlichen Zielvorgaben und andererseits für die Umsetzung der Vorgaben durch Kantone und Tarifpartner. Insbesondere ist es wichtig, dass auch innerhalb der jeweiligen Fachverbände ein Konsens über die Zielvorgabe erreicht wird. Eine verbindliche Zielvorgabe muss zudem durch parallele Massnahmen begleitet werden. Besonders wichtig sind anreizkompatible Vergütungssysteme in Richtung einer stärkeren Pauschalierung, die die Anreize zur Mengenausweitung reduzieren. Priorität hat auch ein effektives Qualitätsmonitoring, um unerwünschte Effekte wie Leistungseinschränkungen, Leistungsverschiebung und geringere Effizienzreize zu vermeiden. Ein Zielvorgabenregime, begleitet von einem umfassenden Qualitätsmonitoring, stellt schliesslich höhere Kooperations- und Transparenzanforderungen an die Akteure im Gesundheitswesen.

2 Interessenlage bei gegenwärtigen Rahmenbedingungen

Im Fall einer Konkretisierung einer Zielvorgabe ist mit einer starken Abwehr der Leistungserbringer zu rechnen. Im Vergleich zum Status quo beschränkt eine Zielvorgabe das Ausgabenwachstum und damit gleichzeitig die Möglichkeiten zu Einkommenszuwächsen. Die Leistungserbringer werden insbesondere das mit einer bindenden Budgetvorgabe einhergehende Risiko der Rationierung und des weniger gleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen in den Mittelpunkt ihrer Argumentation stellen – die qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sei durch solch drastische staatliche Eingriffe in Gefahr. Aus ihrer Sicht wird der starke Prämienanstieg angesichts steigender Einkommen als finanzierbar erachtet. Aus den steigenden Prämien wird am ehesten noch eine Forderung nach einer stärkeren Steuerfinanzierung abgeleitet, beispielsweise mehr finanzielle Mittel für die individuelle Prämienverbilligung. Die Position der Leistungserbringer wird zudem teilweise von Patienten unterstützt, welche Mehrkosten oftmals mit mehr Qualität gleichsetzen, diese Mehrkosten aufgrund der Versicherungsdeckung jedoch nur zu einem kleinen Teil direkt selber tragen. Da das Gesundheitswesen einen besonders sichtbaren, sensiblen und als wichtig empfundenen Politikbereich darstellt, ist zu erwarten, dass politische Entscheidungsträger und Wähler für diesen Kritikpunkt empfänglich sein werden (vgl. White 2013 und Katz et al. 1997).

Mit dem Status quo können auch die Krankenkassen mehrheitlich gut leben: Aufgrund der gegenwärtig mangelnden Kostenverantwortung ihrerseits müssen sie weder mit den Leistungserbringern hart verhandeln, noch eine strenge Kontrolle aufbauen und durchführen. Für die Krankenversicherungen ist es einfacher, Prämienanstiege gegenüber der politisch weniger gut organisierten, heterogenen Gruppe der Versicherten durchzusetzen. Instrumente zu Handen der Krankenversicherer, die es erlauben würden, ihrer Funktion als Sachwalter der Versicherten im Sinn einer aktiven Kostenkontrolle gegenüber den Leistungserbringern besser gerecht zu werden (beispielsweise Lockerung des Kontrahierungszwangs, verstärkte systematische Rechnungskontrolle), werden nach Möglichkeit vermieden. Im Zweifelsfall wird eine Ablehnung des vorgeschlagenen Instruments unter Verweis auf die Priorität einer qualitativ hochstehenden Patientenversorgung – gemeinsam mit den Leistungserbringern – vorgezogen.

Die politische Verantwortung für beziehungsweise die Kritik an den jährlichen Prämienanstiegen wird seitens der Tarifpartner lieber dem Bundesrat bei der jährlichen formalen Prämien genehmigung überlassen. Seine Eingriffskompetenzen sind jedoch beschränkt. Die Kantone haben im stationären Bereich bereits die Möglichkeit Globalbudgets einzusetzen, machen davon jedoch wenig Gebrauch. Die Kantone sind als Regulierer, Finanzierungsträger und oftmals Betreiber von stationären Einrichtungen in einer Mehrfachrolle. Das Interesse der Versicherten und damit implizit auch der Steuerzahler für ein nachhaltig finanzierbares Gesundheitswesen werden im laufenden politischen Prozess also nur ungenügend vertreten.⁵

⁵ Für eine politökonomische Betrachtung des Verhaltens von wirtschaftlichen Interessengruppen im laufenden politischen Prozess, siehe beispielsweise Frey und Kirchgässner (2002).

3 Grundsätzliche Überlegungen

3.1 Argumente für eine verbindliche Zielvorgabe

Ein wesentliches Argument für eine verbindliche Zielvorgabe für das Wachstum der Ausgaben im Schweizer Gesundheitswesen ist in der kaum vorhandenen Kostenverantwortung und der sehr lockeren Kostensteuerung im gegenwärtigen System zu sehen. Insbesondere der Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), welcher über Zwangsabgaben finanziert wird, ist der einzige grosse Bereich der sozialen Sicherung in der Schweiz, in dem politisch nicht über die Kosten befunden wird.⁶ Wie in allen anderen Bereichen der sozialen Sicherung stehen jedoch auch in der obligatorischen Grundversicherung keine unbegrenzten finanziellen Mittel zur Verfügung.

Die Einführung einer verbindlichen Zielvorgabe würde als ein Instrument zur «Disziplinierung» dienen. Eine Zielvorgabe setzt ein verbindliches (Gesamt-)Kostenwachstumsziel, nimmt die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen (Leistungserbringer, Krankenkassen, Bund und Kantone) in die finanzielle Verantwortung und baut den nötigen politischen Druck mittels der Möglichkeit von Sanktionen auf. Sanktionen erhöhen nicht nur die Verbindlichkeit der Zielvorgaben, sondern übertragen auch das finanzielle Risiko (kollektiv) auf die Leistungserbringer für den Fall der Zielvorgabenüberschreitung (vgl. Henke et al. 1994). Eine Zielvorgabe könnte auch die Diskussion um die Frage, wieviel für die OKP ausgegeben werden soll, versachlichen und transparenter gestalten.

Verbindliche Zielvorgaben in Kombination mit einer globalen Budgetierung wirken als eine Budgetrestriktion, welche beispielsweise die Tarifpartner zu moderateren Verhandlungsabschlüssen anhält und die einzelnen Leistungserbringer dazu bewegt, stärker Kosten-Nutzen Überlegungen zu berücksichtigen. Zielvorgaben können somit über eine gemeinsame Kostenverantwortung zu einer stärkeren Koordination zwischen den einzelnen Leistungserbringergruppen führen, das gegenseitige Vertrauen stärken und mehr Reformdruck in das blockierte System bringen. Zugleich bedeutet dies jedoch auch höhere Informationsanforderungen an und mehr Transparenz seitens der wesentlichen Akteure im Gesundheitswesen.

Eine verbindliche Zielvorgabe lässt den (gut informierten) Tarifpartnern eine möglichst grosse Freiheit, Sparmassnahmen und Effizienzverbesserungen dort umzusetzen, wo dies am besten möglich ist – das heisst idealerweise bei medizinisch nicht notwendigen Behandlungen. In diesem Sinn ist eine Zielvorgabe auch mit dem Selbstverständnis freier Medizinalberufe kompatibel, die unter einer gesamthaft bindenden Budgetrestriktion immer noch am besten, weitgehend autonom und dezentral entscheiden können, wo auf nicht notwendige Behandlungen verzichtet werden kann. Eine Zielvorgabe ist aus diesem Blickwinkel besser mit der freiberuflichen Autonomie kompatibel als konkrete regulatorische Handlungsvorgaben. Eine verbindliche Zielvorgabe kann durch die partizipative Mitverantwortung für die Budgeteinhaltung die lösungsorientierte Kultur innerhalb der Leistungserbringergruppen fördern.

Verbindliche Vorgaben stellen für das Ziel der Kostendämpfung ein direkteres Instrument dar als andere wirtschaftspolitische Massnahmen, die auf eine Verstärkung des Wettbewerbs setzen, alleine bei der Entschädigung oder den Tarifen ansetzen und damit die Kostenentwicklung nur

⁶ So zeigt eine Umfrage der OECD (Paris et al. 2010 und Jourmard et al. 2010) für 29 Länder auf, dass die Schweiz eines der wenigen Länder ohne irgendeine Art politisch bestimmte, explizite Budgetbeschränkung auf aggregierter oder sektorspezifischer Ebene ist. Dabei ist anzumerken, dass Länder mit steuerfinanzierten Gesundheitswesen oftmals Obergrenzen und Globalbudgets im Rahmen des regulären Haushaltsprozesses erlassen.

indirekt beeinflussen. Entsprechend erhöht eine Zielvorgabe die Planungssicherheit für die öffentlichen Haushalte und die Tarifpartner. Sie zwingt zu mehr (Kosten-)Transparenz (vgl. Sutherland et al. 2012) und zu einer Verstärkung der Prämienzahlungen.

Zwar wirkt eine verbindliche Zielvorgabe gegenüber den Kernelementen eines Modells des regulierten Wettbewerbs wesensfremd, sie kann den regulierten Wettbewerb jedoch in sinnvoller Weise ergänzen. Zum einen kann es ein wettbewerblich ausgerichtetes System, welches primär auf Effizienzverbesserungen abzielt, durch eine explizite Kostensteuerung korrigierend ergänzen. Zum anderen erhöht ein Zielvorgabenregime zwar prima facie die Regulierungsdichte. Je besser jedoch der «top-down» Ansatz einer Zielvorgabe umgesetzt wird, desto weniger braucht es weitere regulatorische Eingriffe zur Kostendämpfung. Von einer Zielvorgabe sollen durch eine verbindliche Budgetrestriktion Anreize zur Kostendämpfung auf dezentraler Ebene innerhalb des Gesundheitswesens (durch die Tarifpartner) ausgehen. Gleichzeitig soll die Bedeutung von zusätzlichen Massnahmen und Verhaltensvorgaben zur Kostendämpfung (von ausserhalb des Gesundheitswesens, durch Politik und Verwaltung) abnehmen (siehe Hurley und Card 1996 sowie Grumbach und Bodenheimer 1990).⁷

3.2 Vorbehalte gegenüber einer verbindlichen Zielvorgabe

Erstens können sich unter einer Zielvorgabe strategische Anreize für die Leistungserbringer ergeben. Die unter einer Budgetvorgabe beschränkt verfügbaren Mittel, zu denen sich die Leistungserbringer kollektiv verpflichtet haben, haben a priori Allmendegutcharakter: Das Einkommen der einzelnen Leistungserbringer hängt nicht nur vom eigenen Leistungserstellungsverhalten, sondern auch vom Verhalten aller anderen Leistungserbringer unter der Budgetvorgabe ab. Auf individueller Ebene des Leistungserbringers setzt eine kollektive Budgetvorgabe den finanziellen Anreiz, möglichst viele Leistungen zu verrechnen, um so seinen «Marktanteil» unter dem vorgegebenen Budget zu erhöhen. Ökonomisch ausgedrückt besteht ein individuell rationaler Anreiz zur Übernutzung der Allmende Globalbudget. Die Kosten dieser Ausweitung in Form eines kollektiven Preis- beziehungsweise Tarifabschlags ex-post (bei flexiblen Punktwerten) treffen hingegen alle Leistungserbringer, auch diejenigen, die unter der Budgetvorgabe erwünscht sparsam waren. Dieses Anreizproblem ist insbesondere in einem System der Einzelleistungsent-schädigung ausgeprägt. Prinzipiell erfordert eine Budgetvorgabe eine stärkere kooperative Koordination bezüglich der Leistungsmenge, obgleich die individuellen finanziellen Interessen einer Kooperation kurzfristig entgegen laufen. Theoretisch kann eine auf den einzelnen Leistungserbringer heruntergebrochene Budgetvorgabe diese Anreizkonstellation brechen. Gesamthaf können so motivierte Mengenausweitungen mit einem Verlust an Behandlungsqualität einhergehen und damit das verbindliche Budgetvorgabenregime aushöhlen.⁸

Ein zweites Argument gegen die Einführung einer Budgetrestriktion durch eine verbindliche Zielvorgabe ist, dass das Risiko der Beschränkung medizinisch notwendiger Leistungen (Rationie-

7 In einem Übersichtsartikel zu Massnahmen zur Gesundheitskostendämpfung beurteilt die OECD (Moreno-Serra 2013) die Erfahrung mit Budgetobergrenzen mehrheitlich positiv. Es wird jedoch zugleich darauf hingewiesen, dass belastbare empirische Untersuchungen dazu Mangelware sind.

8 Vgl. Abschnitt 4, Benstetter und Wambach (2006) für Globalvorgaben für den ambulanten Bereich der gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland, Schut und Varkevisser (2013) für die Niederlande, Hurley et al. (1997), Hurley und Card (1996) für Globalbudgetvorgaben für den ambulanten Bereich in Kanada, und Cheng et al. (2009), Hsu (2014) sowie Chen und Fan (2015) für vergleichbare Beobachtungen in Taiwan.

rung) in Form von Leistungspriorisierung oder in Form von längeren Wartezeiten steigt.⁹ Eine Leistungsbeschränkung birgt zugleich das Risiko des weniger gleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen, da beispielsweise zunehmend Leistungen aus dem grundversicherten Leistungskatalog gestrichen werden müssen und nur noch durch Zusatzversicherungen abgedeckt sind oder «out of pocket» bezahlt werden müssen. Es könnte auch sein, dass die Leistungserbringer – zwecks Einkommenssicherung – entsprechend gewisser Kriterien Patienten oder Behandlungen im globalbudgetierten Leistungsbereich priorisieren («cream skimming» oder «cherry picking»)¹⁰. Knapper verfügbare Mittel unter einer Budgetrestriktion könnten auch bedeuten, dass sich die Leistungserbringer weniger stark an den Bedürfnissen und Wünschen der Patienten orientieren.

Werden Vorgaben nur in bestimmten Leistungsbereichen gemacht, gibt es ausserdem Anreize zur (unerwünschten) Kosten- und Leistungsverchiebung in die nicht budgetbeschränkten Bereiche.

Neben unerwünschten strategischen Anreizen, Rationierung und Verschiebeproblematik wird auch argumentiert, dass Budgetobergrenzen wenig finanzielle Anreize setzen, die Qualität oder die Effizienz zu erhöhen, so dass tendenziell Innovationen gebremst und die Strukturen – inklusive bestehender Ineffizienzen – erhalten werden (vgl. UBC 2014, Sutherland et al. 2012). Dies könnte beispielsweise kosteneinsparende und erwünschte Verschiebungen von stationären zu ambulanten Leistungen erschweren, da die Leistungserbringer im ambulanten Bereich eine zusätzliche Belastung ihres Budgets fürchten. Gleichzeitig wird angeführt, dass sektorale Budgetvorgaben die Anreize zu einer Verbesserung der integrierten Versorgung über verschiedene Behandlungsstufen verringern.¹¹ In diesem Zusammenhang werden budgetäre Vorgaben im Gesundheitswesen oftmals auch als relativ bürokratisch und interventionistisch beurteilt.

Beim Herunterbrechen der Zielvorgaben besteht zudem die Gefahr, dass besonders arbeitsintensive Bereiche mit weniger Möglichkeiten zum Produktivitätsfortschritt zu stark beschränkt und sehr technologieintensive Bereiche zu wenig restriktiv budgetiert werden (vgl. Kühn 1999). Ausserdem kann eine zu strenge Zielvorgabe notwendige Investitionen in die Infrastruktur verzögern oder verhindern, was sich mittelfristig in erhöhtem finanziellem Nachholbedarf oder verschlechterter Leistungsqualität widerspiegeln kann (vgl. Leidl 1997 und Schwierz 2016).

Schliesslich ist zu erwarten, dass die Einführung von Zielvorgaben den Wettbewerb um die beschränkten Mittel zwischen den und innerhalb der verschiedenen Fachbereiche verschärft. Dies kann zu Zerwürfnissen und politischen Verteilungskämpfen führen und die Kooperations- und Koordinationsbereitschaft zwischen den Fachbereichen tendenziell reduzieren. Dies ist jedoch bei Bemühungen für eine verstärkte Kosteneindämmung unausweichlich (vgl. Leidl 1997, Hurley et al. 1997).

Gesamthaft zeigt die Literatur die potentiellen Vorteile und die möglichen Nachteile einer stärkeren Steuerung der Gesundheitsausgaben mittels budgetären Vorgaben gut auf. Die Vorteilhaftigkeit einer solchen Massnahme ist jedoch schlussendlich im Vergleich zu den Alternativen und der gesundheitspolitischen Priorität der Kostendämpfung zu beurteilen und hängt wesentlich von ihrer konkreten Ausgestaltung ab. Es bietet sich deshalb die genauere Betrachtung der Erfahrungen vergleichbarer Länder mit budgetären Zielvorgaben an.

9 Vgl. Schwierz (2016) für die EU, Moreno-Serra (2013) für die OECD und Sutherland et al. (2012) für Kanada.

10 Vgl. beispielsweise UBC (2014), Hurley et al. (1997) und Hsueh et al. (2004).

11 Vgl. beispielsweise Long und Marquis (1993), Hurley et al. (1997), Sutherland et al. (2012).

4 Erfahrungen aus ausgewählten Ländern

Im Fokus stehen Deutschland und die Niederlande, deren Gesundheitssysteme mit der Schweiz vergleichbar sind (vgl. Box 1 & 2 im Anhang für einen Überblick). Alle drei Länder kennen eine soziale Krankenversicherung mit reguliertem Versicherungswettbewerb. Deutschland kennt wie die Schweiz die freie Arztwahl, in den Niederlanden fungieren die Hausärzte als Pförtner zum Gesundheitswesen. Wie die Schweiz arbeiten die Niederländer mit einem relativ hohen Selbstbehalt der Versicherten, in Deutschland ist die Eigenbeteiligung der privaten Haushalte verhältnismässig gering. Sowohl in Deutschland als auch in den Niederlanden ist das Gesundheitswesen deutlich zentraler organisiert. Deshalb werden Erfahrungen mit den Globalbudgetvorgaben aus dem ambulanten Bereich des dezentral organisierten kanadischen Gesundheitssystems herangezogen. Zudem fliessen Erfahrungen mit Globalbudgets aus Taiwan ein, da dieser Fall in der Literatur sehr gut dokumentiert ist.

Deutschland und die Niederlande befinden sich ebenfalls in der Gruppe der Länder mit sehr hohen Gesundheitskosten. In Deutschland werden 11,3 % des BIP (in 2015; Schweiz: 11,9 %) für die Gesundheit ausgegeben. Dies ist gleichbedeutend mit 344 Mrd. Euro, pro Einwohnerin werden zurzeit 4213 Euro ausgegeben (Schweiz: 9384 CHF). In den Niederlanden beträgt der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP rund 10,7 %. Das Ausgabentotal beläuft sich auf 72 Mrd. Euro, womit pro Einwohnerin 4269 Euro aufgewendet werden. Während in der Schweiz im Jahr 2015 lediglich rund 35 % (ohne Kostenbeteiligung Versicherte 33,4 %) der Gesundheitsausgaben durch die soziale Krankenversicherung finanziert werden, liegt in Deutschland und den Niederlanden der Finanzierungsanteil mit 58 % (66 % inklusive Pflegeversicherung) und 43 % (2013) (72 % inklusive Langzeitpflege) deutlich höher.¹²

4.1 Deutschland

Kostensteuerung und Entwicklung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität

Bereits seit Mitte der 1970er-Jahre wurden in Deutschland Reformanstrengungen unternommen, um die Kostenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu dämpfen (vgl. Gerlinger und Schönwälder 2012c). Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wurde erstmalig im Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 umrissen und damit de jure zur Zielgrösse für die Entwicklung der Leistungsvergütungen im GKV-Bereich erhoben (vgl. Peters 2017, S. 5f.).¹³ Allerdings war dieser Grundsatz noch wenig verbindlich im Gesetz formuliert und stand zudem in Konflikt mit anderen gesetzlich verankerten Zielgrössen wie die Entwicklung der Praxis-kosten.

Im ambulanten Bereich gibt es seit 1987 Bemühungen, das Ausgabenwachstum durch eine globale Budgetierung zu begrenzen (vgl. Henke et al. 1994). Dies erfolgte zunächst durch Ausgabenobergrenzen. Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz von 1989 sollten in den Verhandlungen der Tarifpartner prospektiv Globalbudgets festgelegt werden, welche sich an der Schät-

¹² Zu beachten ist, dass in der Schweiz ein erheblicher Anteil der Gesundheitsausgaben durch die öffentliche Hand (rund 28,4 %) finanziert wird. Der Anteil der obligatorischen Krankenversicherung und der öffentlichen Hand beläuft sich im Jahr 2015 auf 63,6 %.

¹³ Genau genommen gilt seit 2009 der Grundsatz der Beitragssatzstabilität, da nicht nur eine Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes, sondern auch des durchschnittlichen Zusatzbeitrags ausgeschlossen werden soll (vgl. Peters 2017, S. 24; § 71 Abs. 1 S. 1 SGB V). Aus Vereinfachungsgründen wird hier der Ausdruck Grundsatz der Beitragssatzstabilität synonym zum Ausdruck Grundsatz der Beitragssatzstabilität verwendet.

zung der Einnahmen orientierten (vgl. Leidl 1997). Allerdings waren diese Bemühungen nicht sehr erfolgreich, da es zu Ausgabenüberschreitungen kam. Darauf reagierte die Politik, in dem sie im GKV-Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 einen nachträglichen Budgetausgleich als ex-post Sanktionsmechanismus einführte. Das System der floatenden oder flexiblen Punktwerte wurde verwendet. Die Punktwerte des ambulanten Entgelttarifs, des einheitlichen Bewertungsmassstabs (EBM), wurden bei Überschreitung des Globalbudgets nach unten auf das verfügbare Budget angepasst. Gemessen am Beitragssatzstabilitätsziel war dieses System erfolgreich, da es von 1992 bis 1995 nur eine Beitragssatzerhöhung von 0,02 Punkten bedurfte.

Im stationären Bereich erfolgte mit der Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1993 ein grundlegender Wandel in der Budgetierung (vgl. Gerlinger und Schönwälder 2012b). Mit dem Gesetz wurde ab dem Jahr 1996 erstmalig der Versuch unternommen, eine striktere Orientierung der Vergütung am Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu etablieren. Es wurde ein Mischsystem aus Fallpauschalen, Sonderentgelten und Tagesentgelten für die Vergütung geschaffen, wobei jedoch nur rund 25 % der Leistungen via Fallpauschalen abgerechnet wurden. Somit bestand weiterhin ein Anreiz für die Krankenhäuser, die Verweildauer der Patienten aus Einkommensgründen zu verlängern. Mit dem Gesundheitsreformgesetz von 2000 folgte eine vollständige, budgetneutrale Umstellung der Krankenhausvergütung auf diagnosebezogene Fallpauschalen (G-DRG), die ab 2003 in Kraft trat.¹⁴

Im Zuge eines kontinuierlichen Reformprozesses seit den 1990er-Jahren wird auf eine Stärkung der Finanzverantwortung von Krankenkassen, Leistungserbringern sowie Patienten und zugleich auf mehr Wettbewerb unter den Krankenkassen (seit dem Jahr 1994 freie Krankenkassenwahl für Versicherte) und den Leistungserbringern (seit dem Jahr 2003 Fallpauschalen im stationären Bereich) gesetzt (vgl. Gerlinger 2012b und Gerlinger und Schönwälder, 2012c). Mit der stärkeren Finanzverantwortung der Akteure hat sich der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zur Zielvorgabe für eine einnahmeorientierte Kostensteuerung der GKV entwickelt.

Ausbau des selbstverwalteten Gesundheitswesens

Sowohl der Ausbau des regulierten Wettbewerbs als auch die Stärkung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität sind begleitet von der ausgeweiteten Steuerungskompetenzen der gemeinsamen Selbstverwaltung und der Kompetenzerweiterung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) (vgl. Gerlinger 2012b). Seit den 1990er-Jahren hat der Bundesgesetzgeber die gemeinsame Selbstverwaltung insbesondere mit der Schaffung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) durch das GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 stark ausgebaut.¹⁵ In der GKV soll der G-BA die ausreichende, zweckmässige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten sicherstellen. Dazu hat der G-BA die Richtlinienkompetenz für praktisch alle Bereiche der medizinischen Versorgung in der GKV. Der G-BA entscheidet so über den Umfang des Leistungskatalogs und ist beauftragt, sämtliche (neue und bestehende) Leistungen der GKV einer Nutzen-Wirtschaftlichkeitsprüfung zu unterziehen. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 hat der G-BA zudem weitreichende Kompetenzen zum Erlass von Richtlinien im Bereich der Qualitätssicherung erhalten. Dabei stützt sich der G-BA auf das Institut für die Qualität

¹⁴ In einer Übergangsphase sollten die krankenhausspezifischen Basisfallwerte bis 2008 gegen einen landesspezifischen Basisfallwert konvergieren und letztere wiederum 2010 in einem Korridor um einen Bundesbasisfallwert zu liegen kommen.

¹⁵ Der G-BA ist an die Stelle der früheren Bundesausschüsse der Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen, des Ausschusses Krankenhaus sowie des Koordinierungsausschusses getreten.

und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG), welche zu diesem Zweck gegründet wurden. Weitere institutionelle Änderungen umfassen u.a. die Stärkung der Krankenkassen durch eine gesetzlich vorgesehene Gründung eines zuvor fehlenden gemeinsamen Bundesverbandes, den GKV-Spitzenverband, und die Übertragung von Kompetenzen für Kollektivverhandlungen über Vergütungen im stationären Bereich auf die Bundes- und Landeskrankenhausgesellschaften.

Grundsatz der Beitragssatzstabilität als Zielvorgabe

Erst mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz von 1999, welches im Jahr 2000 in Kraft trat, wird der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gesetzlich bindender (vgl. Busse und Blümel 2014, S. 237).¹⁶ Nach § 71 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V müssen die Tarifpartner nun die Vereinbarungen über die Vergütungen so gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden.¹⁷ Damit weist das Gesetz ausdrücklich darauf hin, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität für Vergütungsvereinbarungen zwischen den Tarifpartnern in jedem Bereich z.B. die ambulante und stationäre Versorgung und Arzneimittel, gilt (vgl. Peters 2017, S. 30).¹⁸ Eine generelle Ausnahme besteht jedoch, wenn die medizinisch notwendige Versorgung auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht gewährleistet ist. Die medizinische notwendige Versorgung durch die GKV wäre nicht mehr gewährleistet, wenn aufgrund morbiditätsbedingter Veränderungen, von Kostenentwicklungen ausserhalb des Verantwortungsbereichs der GKV, dem medizinisch-technischen Fortschritt oder konjunkturbedingt rückläufiger Beitragseinnahmen, ärztliche Leistungen, auf welche GKV-Versicherte einen Anspruch haben, nicht mehr erbracht werden können (vgl. Peters 2017, S. 36). In diesen Fällen läge ein «Vergütungsnotstand» vor. Unter Wirtschaftlichkeitsreserven lassen sich Ineffizienzen wie bestehende Über- oder Unterversorgung in der GKV fassen (vgl. Peters 2017, S. 41). Darüber hinaus werden im Gesetz Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und strukturierte Behandlungsprogramme chronisch Kranker als Ausnahmen genannt. Für die verschiedenen Bereiche der GKV gelten zudem gesetzlich vorgesehene Einschränkungen des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität wie die Morbiditätsorientierung für die Vergütung der niedergelassenen Ärzte. Folglich wird vom Gesetzgeber ausdrücklich eine einnahmeorientierte Kostensteuerung mit den Zielen, Effizienzreserven auszuschöpfen und Rationierungen zu verhindern, verknüpft.

Gesetzlich wird für die Umsetzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität auf die Leistungserbringer ein stark strukturierter Rahmen vorgegeben. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität soll in Verhandlungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen avisiert werden (vgl. Gerlinger 2012a; Gerlinger und Burkhardt 2012e). Für den ambulanten und stationären Bereich werden (separat) auf Bundesebene im gemeinsamen G-BA, in welchem die Bundesverbände der Tarifpartner, unparteiische Mitglieder und nicht-stimmberechtigte Patientenvertreter Einsitz nehmen, die Tarife und der Umfang des Leistungskatalogs der GKV für jedes Jahr festgelegt.¹⁹ Da-

16 Während zuvor gesetzlich festgehalten war, dass die Vertragspartner den Grundsatz der Beitragssatzstabilität «zu beachten» haben, ist mit dem Gesundheitsreformgesetz festgehalten worden, dass die Vertragspartner die Vergütungsvereinbarungen «so zu gestalten» haben, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen sind (vgl. Peters 2017, S. 24).

17 Das Wort «Beitragserhöhungen» umfasst nicht nur den gesetzlich festgelegten allgemeinen Beitragssatz für die GKV von derzeit 14,6 % des beitragspflichtigen Einkommens, sondern ebenfalls die kassenindividuellen Zusatzbeiträge (vgl. Peters 2017, S. 24).

18 Neben den genannten Bereichen zählen hierzu die zahnärztliche Versorgung, zahntechnische Leistungen bei Zahnersatz, Hilfsmittelversorgung, Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen.

19 Neben dem sogenannten Plenum des G-BA existieren neun Unterausschüsse, welche die Entscheidungen des Plenums vorbereiten (vgl. <https://www.g-ba.de/>).

nach werden auf Landesebene in zwei Stufen bis zu den einzelnen Leistungserbringern, d.h. Krankenhaus und Arztpraxis, die Globalbudgets bestimmt. Im ambulanten Bereich vereinbaren Krankenkassenverbände und kassenärztliche Vereinigungen (KVen) ein Globalbudget für den gesamten Sektor (die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung), welches von den KVen auf die Ärzte heruntergebrochen wird. Es wird jeweils ein getrenntes Globalbudget für die Haus- und Fachärzte bestimmt. Jedem Kassenarzt wird prospektiv pro Quartal ein fixes Globalbudget, das Regelleistungsvolumen, auf Basis des Behandlungsbedarfs der Patienten zugeteilt. Im stationären Bereich legen die Landeskrankenkassenverbände und die Landeskrankenhausesellschaften die Landesbasisfallrate für den DRG-Katalog fest (vgl. Gerlinger 2012d). Die Bewertungsrelationen der Fallpauschalen werden auf der Bundesebene durch die Tarifpartner bestimmt. Die Verhandlungen über das Globalbudget der einzelnen Krankenhäuser finden zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Krankenhäusern (bzw. Krankenhausträgern) statt.

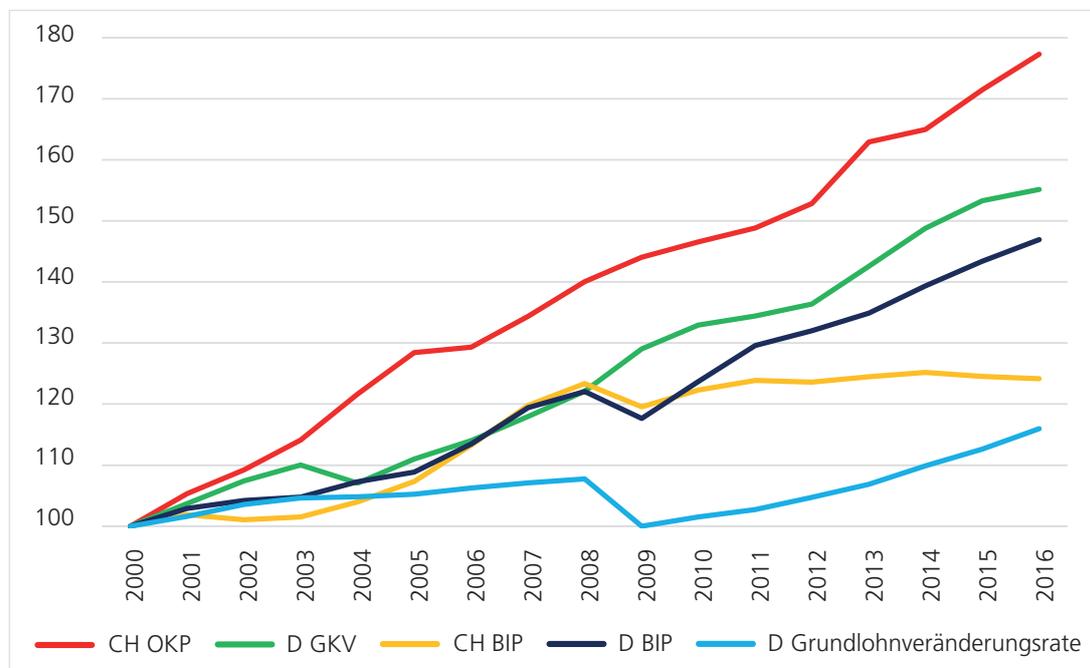
Wird keine Einigung zwischen den Tarifpartnern im ambulanten oder stationären Bereich erzielt, greift subsidiär eine Schiedsstelle ein (vgl. § 18a KHG; § 89 SGB V; § 114 SGB V). Die Schiedsstellen auf der Bundes- und Landesebene sind sowohl für die niedergelassenen Ärzte als auch die Krankenhäuser jeweils mit Vertretern der Krankenkassenverbände (GKV-Spitzenverband, Landeskrankenkassenverbände) und der Verbände der Leistungserbringer (KVen, Krankenhausgesellschaften) in gleicher Anzahl besetzt. Zudem werden ein unparteiischer Vorsitzender und zwei weitere unparteiische Mitglieder von den Verbänden der Krankenkassen und Leistungserbringer gemeinsam bestellt. Bei einem Patt gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Die Vereinbarungen der Tarifpartner und auch die Verfügung der Schiedsstelle müssen von den Aufsichtsbehörden, sprich Bundes- bzw. Landesministerium der Gesundheit, genehmigt werden. Überschreitet ein Arzt oder Krankenhaus sein Globalbudget, erfolgt als Sanktionierung ein stufenweiser degressiver Tarifabschlag. Überschreitet im ambulanten Bereich ein Arzt 150 % des arztgruppenspezifischen Durchschnitts des Regelleistungsvolumens, erfolgt ein degressiv gestaffelter Abschlag der EBM-Punktwerte (vgl. Blankart und Busse 2017). Der Abschlag erfolgt jedoch nicht automatisch, sondern erst nach einer individuellen Wirtschaftlichkeitsprüfung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen. Im stationären Bereich müssen die Krankenhäuser bei Über- und Unterschreitung des vereinbarten Globalbudgets im Folgejahr 65 % der Budgetüberschreitung an die GKV zurückzahlen und bekommen bei Budgetunterschreitung 20 % (ausser für Arzneimittel und Medizinalprodukte) erstattet. Zusätzlich gibt es eine Sanktionierung bei Leistungsausdehnung über den vereinbarten Umfang hinaus. Seit 2017 ist eine Verschärfung der Sanktionierung eingeführt worden, wonach Mehrleistungen grundsätzlich mit einem Abschlag in Höhe der Fixkosten für die nächsten drei Jahre versehen werden sollen, eine sog. Fixkostendegression (§ 10 Abs. 13 KHEntG). Ausnahmen werden dadurch ermöglicht, dass nach § 71 SGB V vom Grundsatz der Beitragsatzstabilität abgewichen werden kann, wenn die medizinisch notwendige Versorgung auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht gewährleistet ist (vgl. Box 3 im Anhang für eine detaillierte Darstellung).

Ausgabenentwicklung mit einer Zielvorgabe

In Abbildung 3 wird die Entwicklung in der Phase der verbindlicheren Kostensteuerung (seit dem Inkrafttreten des GKV-Gesundheitsreformgesetzes im Jahr 2000) betrachtet. Dabei ist der Grundsatz der Beitragsstabilität massgeblich für die Veränderung der Vergütungstarife in der GKV. Zum Vergleich werden die nominelle Wirtschaftsentwicklung und der Schweizer Fall in pro-Kopf-Grössen herangezogen. Die Ausgaben der GKV je beitragszahlendes Mitglied (Beitragszahler) sind mit einer durchschnittlichen Wachstumsrate von jährlich 2,8 % stärker als die sogenannten Grundlohnveränderungsrate (Wachstumsrate der Grundlohnsumme je Beitrags-

zahler) mit 1,5 % gestiegen. Insofern ist im strikten Sinne keine Beitragssatzstabilität erreicht worden. Allerdings ist das Lohnsummenwachstum zwischen 2000 und 2015 relativ moderat ausgefallen. Entsprechend geringer fällt die Differenz der pro-Kopf-GKV-Ausgabendynamik zum Wachstum des nominalen pro-Kopf-BIP (2,5 % p.a.) aus. Wird das Rezessionsjahr 2009 ausgeklammert, liegt die pro-Kopf-Wachstumsrate des nominalen BIP sogar um 0,3 Prozentpunkte oberhalb derjenigen der GKV-Ausgaben. Im Gegensatz dazu hat in der Schweiz das OKP-Ausgabenwachstum je Prämienzahler seit dem Jahr 2000 mit einer jährlichen Wachstumsrate von 3,7 % das Wirtschaftswachstum pro Einwohner von 1,4 % deutlich übertroffen (selbst wenn das Jahr 2009 ausgeklammert wird, 3,7 % vs. 1,7 %).

Abbildung 3: Entwicklung der Ausgaben der sozialen Krankenversicherung pro Beitrags-/Prämienzahler, des BIP pro Einwohner in Deutschland und der Schweiz sowie die deutsche Grundlohnveränderungsrate



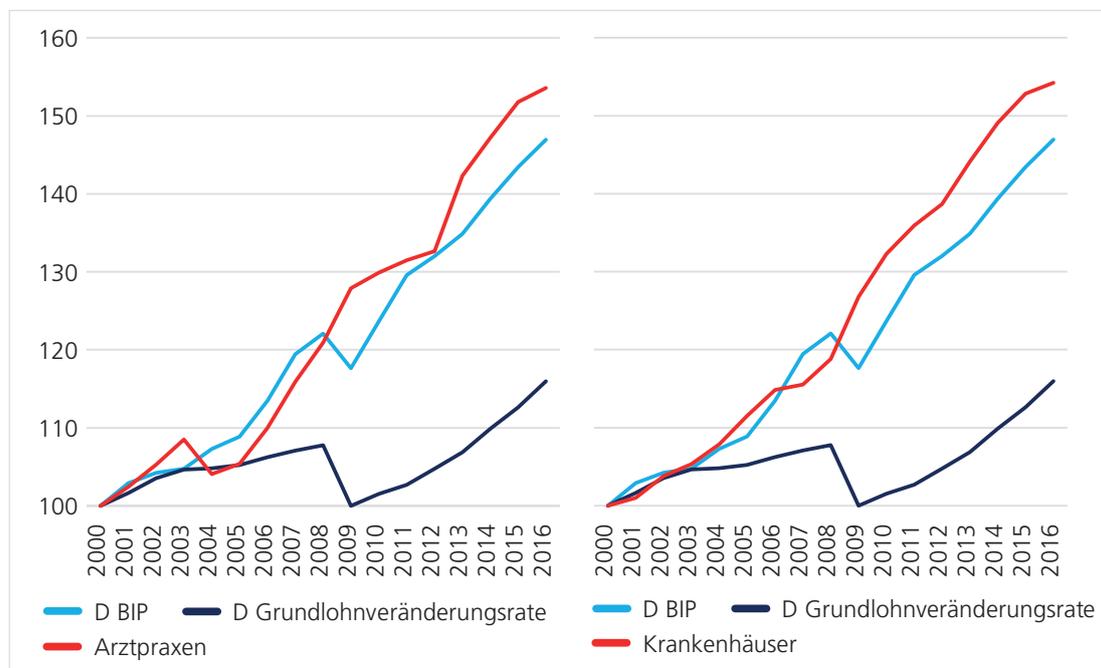
Quelle: BFS, Statistisches Bundesamt Deutschland, GKV-Spitzenverband Deutschland.

Wird die Zielvorgabe in der GKV als Anker verstanden, welche die GKV-Ausgabendynamik nahe an die Wirtschaftsentwicklung binden soll, kann die einnahmeorientierte Kostensteuerung als effektiv bezeichnet werden. Damit wird zwar der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht strikt eingehalten. Eine Abweichung vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist jedoch gesetzlich vorgesehen (vgl. Peters 2017, S. 31; § 71 Abs. 1 SGB V), wenn damit Rationierungen vermieden werden können. Entsprechend existieren Ausnahmen und je nach Bereich der GKV verschiedene Einschränkungen des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität. Von 2000 bis 2016 ist der Beitragssatz von 13,5 % auf 14,6 % des Grundlohns mit zwischenzeitlich sogar höheren Sätzen angestiegen. Daher wurden neben den kostendämpfenden Massnahmen zusätzliche Finanzierungsquellen für die GKV erschlossen. So ist im Jahr 2004 ein steuerfinanzierter Bundeszuschuss eingeführt worden, der zunächst bei rund 0,8 % der GKV-Ausgaben lag und derzeit knapp 6 % der Ausgaben finanziert (vgl. Gerlinger 2013). Die Arbeitnehmer zahlen einen krankenkassenindividuellen Zusatzbeitragssatz, der gegenwärtig bei durchschnittlich 1,1 % ihres beitragspflichtigen

gen Einkommens liegt (vgl. GKV-Spitzenverband 2017). Demgegenüber ist der Arbeitgeberbeitrag an die GKV im Jahr 2005 eingefroren worden.

Eine Betrachtung der Ausgabenentwicklung der GKV aufgefächert nach ambulantem und stationärem Bereich zeigt, dass die Ausgaben je Beitragszahler sowohl bei den Arztpraxen als auch bei den Krankenhäusern zwischen 2000 und 2016 im gleichen Masse angestiegen sind (vgl. Abbildung 4). Folglich ist die Bindungskraft der Beitragsatzstabilität in beiden Bereichen als ungefähr gleich stark einzuschätzen. Im stationären Bereich kann die Differenz zum BIP primär mit dem Anstieg der Fallzahlen erklärt werden (vgl. Blankart und Busse 2017).

Abbildung 4: Entwicklung der GKV-Ausgaben für Arztpraxen und Krankenhäuser pro Beitragszahler und die Grundlohnveränderungsrate (Basisjahr 2000=100)



Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland und GKV-Spitzenverband Deutschland.

Zielvorgabe und Vergütung der Leistungserbringer

Die Stärkung der Grundsatzes der Beitragsatzstabilität ist durch Vergütungsreformen, insbesondere durch die Umstellung der Krankenhausvergütung auf DRG (Krankenhausentgeltgesetz von 2003) und zahlreicher Reformen des ambulanten Entgelttarifs (EBM), zuletzt im Jahr 2009 im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes hin zu einer stärkeren Pauschalierung begleitet worden (vgl. Busse und Blümel, 2014, S. 151).²⁰

²⁰ Von geringer Relevanz sind hingegen Massnahmen zur Ausdünnung des im internationalen Vergleich grosszügigen Leistungskatalogs und zur stärkeren Eigenbeteiligung der PatientInnen. Letztere betrifft insbesondere die Erhebung einer in der Zwischenzeit wieder abgeschafften Praxisgebühr von 10 € pro Quartal und einer stärkeren Zuzahlung bei Medikamenten (vgl. Busse und Blümel, 2014, S. 239; ebd., S. 281).

Ambulanter Bereich: Bei den Kassenärzten besteht seit Einführung der Globalbudgets Unzufriedenheit mit der Einkommensentwicklung und der Verteilung der Budgets auf die verschiedenen Ärzteguppen (vgl. Gerlinger und Burkhardt 2012a). Dies ist ein Grund für eine seit Ende der 1990er-Jahre praktisch andauernde Reform des Vergütungssystems, mit dem Ziel einer besseren Anreizkompatibilität zwischen Entschädigungsform und Globalsteuerung. Das seit 1993 verwendete System der «floatenden» Punktwerte setzte starke (strategische) Anreize zur Leistungsausdehnung durch den einzelnen Arzt, um sein Einkommen zu sichern. Im System der floatenden Punkte ohne weitere Restriktionen tritt im besonderen Masse die Allmendegut-Problematik einer Globalbudgetierung zutage. Die individuell-rationale Leistungsausdehnung führt in der Folge dazu, dass die Punktwerte stärker fallen und diejenigen Ärzte höhere Einkommen erzielen, welche die meisten Leistungen abrechnen. Insgesamt fallen jedoch die Ärzteteinkommen mit zunehmender Leistungsausdehnung stärker, was als «Hamsterradeffekt» in der Literatur beschrieben wird. Der «Hamsterradeffekt» konnte in der Tat in der Zeit zwischen 1993 und 1995 anhand stark fallender Punktwerte und Ärzteteinkommen in Deutschland beobachtet werden (vgl. Benstetter und Wamsbach 2006).

Um diesem Problem beizukommen, führte der G-BA im Jahr 1997 erstmalig Praxisbudgets für die Kassenärzte ein (vgl. Gerlinger und Schönwälder 2012a). Jedem Arzt wurde ein Praxisbudget mit einer Mengengrenze für jedes Quartal zugeteilt, die sich aus der Multiplikation von Fallzahl und arztgruppenspezifischer Punktzahl ergab. Bei Überschreiten der Mengengrenze wurden die Punktwerte reduziert bzw. z.T. gar nicht mehr abgegolten. Gleichzeitig wurden bestimmte Leistungen ausserhalb des Praxisbudgets finanziert wie Impfungen oder die Versorgung schwerkranker Patienten (vgl. Blankart und Busse 2017). Das System der flexiblen Punktwerte ist jedoch beibehalten worden. Mit der Reform sollte der Anreiz zur Ausdehnung des Leistungsvolumens reduziert werden (vgl. Schmitz 2013). In der Tat kann zwischen 1996 und 2000 eine Stabilisierung der Punktwerte und wieder eine leichte Zunahme der Ärzteteinkommen beobachtet werden (vgl. Benstetter und Wamsbach 2006). Untersuchungen zeigen jedoch eine gewisse Evidenz für die Verschiebung von Arztterminen von Kassenpatienten vom Ende des einen Quartals zum Beginn des nächsten Quartals. Darüber hinaus stellt Schmitz (2013) fest, dass die Ärzte nach Einführung der Praxisbudgets verstärkt Privatpatienten gegenüber Kassenpatienten bevorzugen. Die Ärzte verschieben einen Teil ihrer Leistungen ausserhalb des Praxisbudgets. Gemäss Schmitz (2013) lässt sich diese angebotsinduzierte Verschiebung zu Gunsten der privat Versicherten mit den Einkommensmotiven der Ärzte erklären und kann den gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen für die gesetzlich Versicherten einschränken.

Um die Einkommensstabilität der Ärzte zu erhöhen, ist im Jahr 2009 das arzt spezifische Regelleistungsvolumen eingeführt worden, welches im Gegensatz zum Praxisbudget nicht nur eine bestimmte Mengengrenze definiert, sondern auch die Vergütung dieser Menge durch fest vorgegebene Punktwerte garantiert und damit ein fixes Globalbudget darstellt (vgl. Busse und Blankart 2017). Zudem wird seit 2009 die Morbiditätsstruktur der Patienten des Arztes bei der Vergütung berücksichtigt. Aufgrund der Androhung der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreiten des Regelleistungsvolumens mit der möglichen Folge von Abschlägen auf die reguläre Vergütung wird der Anreiz zur Mengenausdehnung gesenkt. Nach Erfahrungen des GKV-Spitzenverbandes wird entsprechend das Regelleistungsvolumen von den Ärzten nur in seltenen Fällen überschritten. Die Androhung von Sanktionen geht Hand in Hand mit dem seit 2009 geltenden, revidierten EBM-Tarif, der grundsätzlich Leistungen pauschal vergüten soll. Die Obergrenze für das Regelleistungsvolumen ist dabei relativ grosszügig gestaltet (150 % der Fallzahl des arztgruppenspezifischen Durchschnitts). Zusammen mit der morbiditätsorientierten Vergü-

tung sollte daher das Rationierungsrisiko gegenüber dem System der floatenden Punktwerte reduziert sein. Jedoch bleibt der Anreiz bei einem fixen Globalbudget, Leistungen von Kassen- auf Privatpatienten zu verlagern.

Stationärer Bereich: Im stationären Bereich erfolgt eine stärkere Orientierung am Grundsatz der Beitragsstabilität seit dem Gesundheitsstrukturgesetz (1993), die jedoch mit der Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von 2009 wieder etwas zurückgenommen wurde (vgl. Gerlinger und Schönwälder 2012b, Gerlinger und Burkhardt 2012d). Massgebend ist seit 2009 der Orientierungswert, welcher die tatsächliche Kostenentwicklung der Krankenhäuser zugrundelegt. Ist die Grundlohnveränderungsrate allerdings höher als das Kostenwachstum der Krankenhäuser, orientieren sich die Veränderungen der DRG-Tarife weiterhin an der Grundlohnsumme. Im Zuge der engeren Bindung der Krankenhausaussgaben an die Entwicklung der Grundlohnsumme erfolgte eine Abkehr von der Deckung der «voraussichtlichen Selbstkosten» hin zur Erstattung der «leistungsgerechten Erlöse» und damit zu einer Globalbudgetierung der Krankenhäuser. Die Vergütung der Krankenhäuser wurde von einem reinen System tagesbezogener Pflegesätze auf ein Mischsystem aus Tagessätzen und leistungsbezogenen Fallpauschalen umgestellt. Die Einführung von Fallpauschalen war mit der Erwartung verbunden, stärkere Anreize für ein kosteneffizientes Verhalten zu setzen, um so letztlich die vorgegebenen Erlösbudgets, d.h. Globalbudgets, einzuhalten (vgl. Gerlinger und Schönwälder, 2012b). Im Jahr 2003 erfolgte eine vollständige Umstellung der Krankenhausentschädigung auf diagnosebezogene Fallpauschalen (G-DRG) und damit eine Abkoppelung der Mengenentwicklung vom Grundsatz der Beitragsstabilität. Die Mengenentwicklung ist somit im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben in stärkerem Masse Gegenstand der Verhandlungen zwischen Krankenkassenverbänden und Krankenhäusern.

Im Idealfall sollen Globalbudgets in Kombination mit Fallpauschalen Anreize zur Reduktion medizinisch nicht notwendiger Leistungen und zu einer kosteneffizienteren Gestaltung der Behandlungsabläufe geben. Der Anreiz zu einer kostengünstigen Bereitstellung der Leistungen kann allerdings ebenso dazu führen, dass die Krankenhäuser ihre Kosten zu Lasten der Qualität senken, die Patienten zu früh entlassen, medizinisch gut planbare Fälle bevorzugen und Drehtüreffekte eintreten (vgl. Kirchgässner und Gerritzen 2011). Leistungskontrollen der Krankenkassen zeigen zum Beispiel, dass erhebliche Effizienzreserven im stationären Vergütungssystem bestehen (vgl. Blankart und Busse 2017). Die Fallzahlen in deutschen Krankenhäusern sind in jüngerer Zeit trotz Globalbudgetierung deutlich angestiegen, zwischen 2007 und 2012 um 8,4 % (vgl. Schreyögg et al. 2014; Busse und Blankart 2017). Jedoch verschiebt sich gemäss Schreyögg et al. (2014) aufgrund der Anreize des DRG-Tarifs der Fallmix stärker hin zu wirtschaftlich profitablen Fällen wie medizinisch gut planbare Fälle und Fälle mit unklarer medizinischer Indikation. Damit setzt das DRG-System auch Anreize, welche dem Kostendämpfungsziel der Globalbudgetierung entgegenstehen. Zudem legen Untersuchungen nahe, dass der Kostendruck durch das DRG-System oft zu Personalabbau, jedoch nicht zu effizienteren Behandlungsabläufen führt (vgl. Gerlinger 2012c). In diesem Fall entsteht ein Konflikt zwischen Versorgungsqualität und Kostendruck. Die mögliche Vernachlässigung der Versorgungsqualität im DRG-System fällt zusammen mit der Befürchtung, dass unter einem Globalbudget zu wenig finanzielle Anreize für die Qualitätssicherung gesetzt werden (vgl. Abschnitt 3).

Die Qualitäts- und Rationierungsbedenken in der stationären Versorgung haben den Gesetzgeber dazu veranlasst, die Schwächen des DRG-Systems mit Hilfe des im Jahr 2016 in Kraft getrete-

nen Krankenhaus-Strukturgesetzes zu korrigieren (vgl. Gerlinger 2016). So soll bei der DRG-Vergütung die Versorgungsqualität durch Zu- und Abschläge auf die Fallpauschalen einbezogen werden. Darüber hinaus sind die Tarifpartner gesetzlich damit beauftragt worden, Leistungen zu beobachten, bei denen in erhöhtem Masse wirtschaftlich begründete Fallzahlensteigerungen zu erwarten sind, und Gegenmassnahmen zu ergreifen. Werden diese nicht ergriffen, muss die zuständige Schiedsstelle subsidiär eingreifen.²¹

Abschliessend ist anzumerken, dass in Folge der strikteren Kostendämpfungspolitik seit 2000 eine erhöhte Unzufriedenheit der Ärzte und des Pflegepersonals mit den Arbeitsbedingungen, u.a. einer schlechten Vereinbarkeit von Beruf und Familie, festzustellen ist (vgl. Hardy et al. 2015). Dies hat wohl auch zu einer Abwanderung von Ärzten und Pflegepersonal in andere Länder Westeuropas geführt.²²

Fazit

Insgesamt zeigt die Ausgabenentwicklung der GKV, dass die stark gesetzlich strukturierte Umsetzung der verbindlichen Zielvorgabe zusammen mit der Übernahme von Finanzverantwortung der Tarifpartner sich als wirksam erwiesen hat. Die Ausgabenentwicklung in der GKV ist ungefähr proportional zum Wachstum des BIP verlaufen. Damit ist die Ausgabenzunahme der GKV im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben geblieben. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität dient als makroökonomische Zielvorgabe für die Entwicklung der Vergütungstarife in der GKV und hat somit eine Ankerfunktion, wobei Ausnahmen und Einschränkungen des Grundsatzes in bestimmten Bereichen zwecks Sicherstellung medizinisch notwendiger Leistungen explizit zugelassen sind. Die Kostensteuerung in Deutschland hat eine starke Komponente der Selbstverwaltung, wobei die Tarifpartner und der G-BA die wesentliche Verantwortung tragen. Eine erfolgreiche Umsetzung der Zielvorgabe ist zudem eng verknüpft mit der Ausgestaltung der Vergütungssysteme der Leistungserbringer. Die Vergütungen sollten die Anreize so setzen, dass unerwünschte Nebenwirkungen wie der Hamsterradeffekt oder Qualitätsverluste möglichst auszuschliessen sind. Schliesslich zeigen die Erfahrungen, dass eine Zielvorgabe für die Gesundheitsausgaben als lernendes System zu begreifen ist, welches Nachjustierungen und begleitende Massnahmen erfordert.

4.2 Niederlande²³

Im Vergleich zur Schweiz haben die Niederlande eine Tradition der politischen Kostensteuerung im Gesundheitswesen. Bereits 1974, nach der Ölkrise, erliess die Regierung einen Planbeschluss, welcher erstmalig eine politische Zielvorgabe für das Gesundheitsausgabenwachstum von 7,3 auf maximal 8 % im Verhältnis zum BIP im Jahr 1980 vorsah.

21 Dies ist z.B. im Fall von Bandscheibenoperationen und Hüftendoprothetik mittels einer Senkung der Fallpauschalen für diese Leistungen durch die Schiedsstelle verfügt worden.

22 Ein Indiz für diese Entwicklung ist, dass sich zwischen 2000 und 2015 der Anteil der ausländischen Ärzte an der Gesamtzahl der Ärzte von 4 % auf 10 % mehr als verdoppelt hat (vgl. Statistik der Bundesärztekammer 2016).

23 Die vorliegende Analyse fokussiert auf das Gesundheitswesen, der Langzeitpflegebereich wird nicht gesondert diskutiert. Auch der Langzeitpflegebereich weist ein vergleichsweise hohes Kostenniveau auf. Eine jüngste Reform hat die Finanzierungsverantwortlichkeiten auf die kommunale Ebene verschoben (vgl. Kroneman et al. 2016 für eine spezifische Analyse).

Zielvorgaben als Teil des regelbasierten Haushaltsprozesses ab 1994

Die Gesundheitsausgaben, inklusive beitragsfinanzierte Ausgaben der Krankenversicherungen, sind seit 1994 explizit Teil des regelbasierten Haushaltsprozesses und unterliegen einer Art budgetären Zielvorgabe («Budgetary Framework for Healthcare»). Bei Überschreitung dieser Ausgabenziele ist das Gesundheitsministerium befugt, die Volumina zu beschränken oder die Tarife ex-post zu reduzieren. Dieses Regime wird seit 1994 angewendet. Die jährlichen realen Zielvorgaben für das Gesundheitswesen waren 1,3 % (1994–1998), 2,3 % (1999–2002), 2,5 % (2003–2007) und danach 2,7 %. Während sich die gesamte Haushaltssituation in den Niederlanden in den Jahren vor der Finanzkrise erheblich verbesserte, ist für den Gesundheitsbereich zu konstatieren, dass die Budgetvorgaben zwischen 1994 und 2012 nur einmal, im Jahr 2006, eingehalten wurden. Dabei fällt auf, dass im Verlauf der jeweiligen Zielperiode die Zielüberschreitung häufig kontinuierlich zugenommen hat (vgl. Schakel et al. 2016). In den ersten Jahren wurden die Zielvorgaben von Massnahmen begleitet wie einer stärkeren pauschalen Entschädigung der selbständigen Spezialisten und einer Verschiebung von in der Grundversicherung entschädigten Leistungen in den Zusatzversicherungsbereich.

Warum wurden die Zielvorgaben zwischen 1994–2012 nicht eingehalten?

Ein Grund ist darin zu sehen, dass die definitiven Zahlen und damit das Ausmass an budgetmässiger Zielverfehlung oftmals erst mit bis zu 2 Jahren Verzögerung vorlagen. Entschädigungsab-schlüsse ex post durchzusetzen, erwies sich bei einer Zeitverzögerung zu den realisierten Budgetüberschreitungen von bis zu 3 Jahren als politisch nicht umsetzbar.

Ab 1999 traf die Regierung mehrjährige budgetäre Vereinbarungen mit den Leistungserbringergruppen, um mehr Stabilität und Rückhalt seitens der betroffenen Interessengruppen für die Zielvorgaben zu erhalten. Neben dem Umstand, dass die Kostendämpfungspolitik auf zunehmende öffentliche Ablehnung stiess, wurde von Gerichtsseite mehrmals als Folge von rechtlichen Klagen bestätigt, dass ein Recht auf Gesundheitsversorgung bestehe. Dies sei nicht mit ansteigenden Wartezeiten aufgrund von strikten Budgetvorgaben zu vereinbaren. Die Glaubwürdigkeit dieser Vorgaben war in Folge im politischen Prozess ausgehöhlt.

Für die letzte Dekade stand zudem politisch der graduelle Umbau des Gesundheitswesens von einer stark inputorientierten, staatlichen Angebotsplanung in Richtung eines regulierten, dezentralen Wettbewerbssystems im Vordergrund. Im Zuge der Einführung einer obligatorischen Grundversicherung mit freier Versicherungswahl (2006) können die konkurrierenden, privaten Krankenversicherungen zunehmend mit den Leistungserbringern frei über Preise und Leistungen verhandeln. Von dieser Reform versprach man sich bei gleichem Zugang primär eine höhere Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung und insbesondere die Reduktion von Wartezeiten.²⁴ Mit einer effizienteren Leistungserstellung wurde mittelfristig auch ein geringeres Kostenwachstum erwartet. Die jedoch stetig weiter steigenden Gesundheitsausgaben aufgrund wachsender Leistungsvolumina standen im neuen System weniger im Fokus. Sie wurden von Seiten der Politik teilweise bewusst hingenommen oder mit einer Ausdünnung des obligatorischen Leistungskatalogs und der Einführung und graduellen Erhöhung der Selbstbehalte (150

²⁴ Schut und Varkevisser (2013) zeigen, dass in den 1990er Jahren lange Wartezeiten vor dem Hintergrund von Globalbudgets im stationären Bereich ein weitverbreitetes Phänomen in den Niederlanden war.

Euro in 2008 bis auf knapp 400 Euro in 2016) adressiert (vgl. Helderman und Jeurissen 2010, Batenburg et al. 2015). Die in diesem neuen wettbewerblichen System gestärkten Krankenversicherungen hatten wenig Anreize, mittels selektiver Kontrahierung von Leistungserbringern die Kosten einzudämmen. Dies zum einen aufgrund eines grosszügig ausgestalteten ex-post Ausgleichs für finanzielle Risiken (neben einem morbiditätsorientierten ex-ante Risikoausgleichs), der sie weitgehend gegen Budgetüberschreitung absicherte. Zum anderen lagen bereits lange bestehende Vertragsbeziehungen und zunehmend konzentrierte Marktstrukturen vor. So ist gemäss Thewissen et al. (2015) eine zunehmende Konzentration auf der Angebotsseite im stationären Bereich zu beobachten, die die Tendenz zu regionalen Monopolen verstärkt. Gleichzeitig ist der Markt für Versicherungen durch Oligopolstrukturen gekennzeichnet: die vier grössten Krankenversicherungen decken 90 % der Versicherten im obligatorischen Bereich ab (vgl. auch Maarse et al. 2013 sowie Okma und Crivelli 2013). Ausserdem hatten die Krankenversicherungen angesichts fehlender Informationen über Qualität und Kosten auch Angst vor medial berichteten Einschränkungen des Zugangs und Qualitätseinbussen seitens der Patienten.

Im Jahr 2005 wurde im stationären Sektor und damit auch im Spezialistenbereich ein DRG-Entschädigungssystem eingeführt (DBC), in welchem über einen zunehmend grösseren Teil zwischen Leistungserbringern und Versicherern frei über die Preise verhandelt werden konnte. Der Anteil der Leistungen mit freien Preisverhandlungen stieg von 10 % im Jahr 2005 auf 34 % im Jahr 2011 und auf 70 % ab dem Jahr 2012 an. Im restlichen Leistungsbereich (mit tendenziell komplexeren Leistungen) setzte die Regierung weiterhin ein Globalbudget an. Das DRG-System wirkte nicht kostendämpfend: Die Wartezeiten konnten zwar deutlich reduziert werden, es gab jedoch eine klare Mengenausweitung, Anzeichen für eine systematische Höherkodierung und eine Tendenz zu einem leichteren Fallmix (vgl. Thewissen et al. 2015). Die Budgetvorgaben wurden deutlich überschritten, sodass im Jahr 2009 ein «macro budget instrument» eingeführt wurde, mit welchem die Regierung eine Budgetkürzung gegenüber den Leistungserbringern in Abhängigkeit ihrer Anteile an den entstandenen Kosten durchsetzen kann.

Einzig im Medikamentenbereich trug das neue wettbewerbliche Gesundheitssystem zur Kostendämpfung bei. Das finanzielle Risiko trugen verstärkt die Krankenversicherungen, die mittels Ausschreibungen für Generika und dem stärkeren Anhalten der Leistungserbringer zum Verschreiben und den Versicherten zum Kauf von Generika Einsparungen erzielten.

Einhaltung der mehrjährigen Vereinbarungen für das Ausgabenwachstum seit 2012

Unter einer neuen Koalitionskonstellation (2012–2017) schaffte es die niederländische Regierung, neue und stringentere mehrjährige Ausgabenwachstumsvorgaben für den Gesundheitsbereich zu formulieren und bislang einzuhalten. Was sind mögliche Erklärungsfaktoren?

Im Zuge der Finanz- und Schuldenkrise sind Sparprogramme bei wegbrechenden Steuereinnahmen und Sozialversicherungsbeiträgen mehrheitsfähig geworden. Auch die in den Niederlanden sehr ernst genommenen Fiskalregeln des Europäischen Stabilitäts- und Wachstumspakts, die im Jahr 2010 nicht eingehalten werden konnten, haben zusätzlichen Spardruck erzeugt. Von diesen Austeritätsbestrebungen konnte sich das Gesundheitswesen nicht völlig ausnehmen. Grundsatzfragen wie die Grosszügigkeit des versicherten Leistungskatalogs und die Aufteilung der Kosten zwischen der öffentlichen Hand und den privaten Haushalten wurden vermehrt diskutiert (vgl. Batenburg et al. 2015, Jeurissen 2017).

Im Vergleich zu früheren Anläufen der Kostendämpfung sind mit einem stärker korporatistisch geprägten Ansatz spezifische Vereinbarungen zwischen Regierung, Vertretern der Versicherungen, der Patientenorganisation und der einzelnen Leistungsbereiche (ambulante Grundversorgung, Spezialisten, Hospitäler und Psychiatrie) getroffen worden.²⁵ Für die Periode 2012 bis 2014 wurde im Bereich Spezialisten, im psychiatrischen Bereich und im stationären Bereich eine jährliche reale Zielwachstumsrate von 2,5 % an Leistungsvolumen angestrebt, im Bereich ambulante Grundversorgung 3 %. Die 3 %-Zielrate im ambulanten Bereich soll dabei der erwünschten Verschiebung von stationärer zu ambulanter Leistungserbringung Rechnung tragen. Für die Periode 2015–17 sind noch strengere Zielvorgaben vereinbart worden (1,5 % und 1 % für den Spezialisten- und psychiatrischen Bereich; 2,5 % für den ambulanten Grundversorgungsbereich, 1,5 % davon für die Substitution von stationär zu ambulant). Für 2018 wurde für den Spezialistenbereich die sektorale Vereinbarung (zwischen Gesundheitsministerium, Versicherungen und Dachvereinigung der Spezialisten) verlängert und ein reales Wachstum von 1,6 % festgelegt. Auch für den ambulanten Grundversorgungsbereich ist die Vereinbarung (zwischen Gesundheitsministerium, Verband der Grundversorger, Patientenorganisation und Krankenversicherung) für 2018 verlängert worden, mit einer realen Wachstumsrate von 2,5 % und einem Pauschalbetrag (75 Million Euro) zur Förderung der Substitution von Spezial- zu Grundversorgung. Diese Vereinbarungen sind zu einem «Anker» für die Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern geworden. Jede dieser bereichsspezifischen Vereinbarungen enthält die gesetzlich festgehaltene Sanktionsmöglichkeit in Form von ex-post Budgetkürzungen bei Überschreitung in Abhängigkeit des «Marktanteils» der Leistungserbringer an den gesamthaft erstellten Leistungen dieses Bereichs. Die jeweilige Leistungserbringergruppe ist somit kollektiv dafür verantwortlich, die Budgetvereinbarungen einzuhalten und die möglichen Sanktionen, die durch das Gesundheitsministerium erlassen werden, zu tragen.

Zwar passt dieser stärker partnerschaftliche Ansatz zur gemeinsamen Kostenverantwortung nicht notwendigerweise zu einem Modell des regulierten, dezentralen Wettbewerbs, es fügt sich jedoch in die niederländische Tradition von korporatistischen Entscheidungsstrukturen ein. Durch diese «korporatistischen» Vereinbarungen mit der Androhung von Sanktionen sollen die Regierung, respektive das Gesundheitsministerium, möglichst nicht direkt in das Gesundheitswesen eingreifen, sondern über den Einbezug aller Akteure das gegenseitige Vertrauen und die gemeinsame Kostenverantwortung erhöhen (vgl. Batenburg et al. 2015). Solch eine intensive Interessensabstimmung zu kostendämpfenden Vereinbarungen kann ausserdem als eigener Beitrag zur ständigen Anpassung und Verbesserung der Organisation und Steuerung des Gesundheitswesens aufgefasst werden (vgl. Leidl 1997).

Der vorgesehene Sanktionsmechanismus ist stark umstritten. Es besteht der individuell rationale Anreiz zur Mengenausweitung mit dem Ziel der Einkommenssicherung (vgl. Allmendeproblematik in Abschnitt 3). Ausserdem werden erfolgreiche Marktteilnehmer mit einem höheren Marktanteil oder Marktteilnehmer mit geringen Gewinnmargen in sehr wettbewerbsintensiven Bereichen tendenziell bestraft. Schut und Varkevisser (2013) argumentieren zudem, dass die (kollektive) Vereinbarung mit dem stationären Bereich Anreize auf der Ebene der einzelnen Hospitäler vermittelt, ihre finanzielle Situation mittels höherer Preise (in weniger kompetitiven Umfeldern) und einer angebotsinduzierten Veränderung in Richtung eines attraktiveren Fallmix zu Gunsten leichter, besserer planbarer und profitablerer Fälle abzusichern. Ausserdem könne die Unsicher-

²⁵ Vgl. Jeurissen (2017), Schakel et al. (2016), Thewissen et al. (2015) und Batenburg et al. (2015).

heit über ex-post Abschläge den Markteintritt neuer Leistungserbringer hemmen und mittelfristig Investitionen in Innovation reduzieren (vgl. Schut et al. 2013).

Bisher wurden die Zielvorgaben weitestgehend eingehalten und der Sanktionsmechanismus musste nicht angewendet werden. Bei jüngsten, geringen Überschreitungen im Spezialistenbereich einigte man sich darauf, das «macro-budget-instrument» nicht anzuwenden.

Die Vereinbarungen enthalten jedoch nicht nur eine Budgetzielvorgabe und einen Sanktionsmechanismus via ex-post Abschläge, sondern halten auch thematische Schwerpunktsetzung von Massnahmenbündeln zur Zielerreichung fest. Die Massnahmenbündel zielen auf gezielte Tarifkürzungen oder auf Effizienzerhöhungen (Vereinbarungen zur Stärkung der ambulanten Grundversorgung, zur Verschreibungspraxis, zur Überweisungspraxis, genauere Einhaltung von Richtlinien, ehealth und einem genaueren Qualitätsmonitoring, etc.) ab. Diese breiter ausgelegten Vereinbarungen scheinen im Vergleich zu früheren Budgetzielvorgaben, welche mehrheitlich allein durch die Regierung erlassen wurden, die gemeinsame Kostenverantwortung erhöht zu haben. Da zeitverzögerte budgetrelevante Informationen über Kosten und Mengenentwicklung jedoch weiterhin eine Herausforderung darstellen, bestehen Bemühungen, die Abrechnungsprozesse der Tarifpartner durch bindende Vorgaben zu beschleunigen und das Kostenmonitoring zu verstärken.²⁶

Parallel zu den Zielvorgaben wurden weitere wesentliche Massnahmen (zur Kostendämpfung) umgesetzt. Diese beinhalten i) eine stärkere Einschränkung des Pflichtleistungskatalogs (bspw. im Bereich Physiotherapie, diätetische Leistungen, gewisse psychiatrische Leistungen), ii) eine weitere Anhebung der Kostenbeteiligung (von 170 Euro im Jahr 2011 auf aktuell knapp 400 Euro) und iii) ein weiterer Ausbau des Bereichs, über den Krankenversicherer und Leistungserbringer frei verhandeln können und sie somit ein höheres eigenes finanzielles Risiko zu tragen haben. Unter iii) ist insbesondere zu nennen, dass zwischen 2012–2015 der relativ grosszügige ex-post Ausgleich für Krankenversicherer ausgelaufen ist, welcher sie vor den finanziellen Risiken von Budgetüberschreitungen weitestgehend schützte. Die Hospitäler verhandeln nun bei gut 70 % (im Vergleich zu gut 35 % im Jahr 2011) ihres Leistungsvolumens frei mit den Krankenversicherungen. Zudem ist das DRG Entschädigungssystem vereinfacht worden (von 30 000 auf ca. 4000 Komponenten im Jahr 2013).

Ein erleichternder Umstand für die Zielerreichung ist auch darin zu sehen, dass im Medikamentenbereich das absolute Ausgabenniveau stabilisiert, bzw. sogar gesenkt werden konnte, da a) dieser Bereich historisch sehr hohe Wachstumsraten aufwies und b) in einigen Kernbereichen der Patentschutz teurer Medikamente für chronische Krankheiten ausgelaufen ist.

Fazit

Insgesamt erhärtet sich der Eindruck, dass im Zeitraum 1994–2012 Zielüberschreitungen zu einfach politisch hingenommen worden sind und es nicht genügend gelungen ist, die Akteure im Gesundheitswesen in die budgetäre Verantwortung zu nehmen. Der stärker korporatistische Ansatz, mittels bindenden und breit abgestützten Vereinbarungen die Kostenentwicklung zu dämpfen, erweist sich als erfolgreicher. Wobei für diese Phase einige begünstigende Rahmenbedingungen zu betonen sind: Der allgemeine Sparzwang ist ausgeprägter, es wurden parallele

²⁶ Vgl. Jeurissen (2017), Batenburg et al. (2015), Thewissen et al. (2015) und European Observatory on Health Systems and Policies (2017).

Massnahmen ergriffen und bestimmte Sonderfaktoren, wie das Auslaufen von kostenintensiven Patenten, sind ebenfalls von Bedeutung.

4.3 Weitere Erfahrungen mit der Einführung von verbindlichen Budgetvorgaben

Erfahrungen aus Kanada

Im dezentralen, steuerfinanzierten Gesundheitswesen Kanadas wurden in den 1990er Jahren im ambulanten Bereich (mit Einzelleistungsvergütung) in den zehn Provinzen sukzessive globale, mehrjährige Budgetvorgaben eingeführt (vgl. Hurley und Card 1996). Die Provinzen haben dabei ihre eigenen Budgetvorgaben bestimmt. Diese Budgetvorgaben sind unter einem durch eine Rezession verstärkten allgemeinen Spardruck implementiert worden.

Hurley et al. (1997) arbeiten die Unterschiede in der Einführung dieser Globalbudgetvorgaben im ambulanten Bereich zwischen Nova Scotia und Alberta heraus. Die Autoren betonen die hohen Organisations- und Informationsanforderungen, das Risiko von internen Verteilungskämpfen und die individuellen strategischen Anreize zur Mengenausweitung unter einer Budgetvorgabe. In Nova Scotia wurde eine ehrgeizigere Budgetvorgabe angesetzt, mit arzt-spezifischen Verrechnungsobergrenzen und einem strikten ex-post Sanktionsmechanismus in Form von Tarifreduktionen und Rückforderungen. In Alberta waren die Budgetvorgaben weniger ambitioniert, es gab eine längere Übergangsphase, und es wurden keine arzt-spezifischen Verrechnungsobergrenzen vereinbart. Ein Sanktionsmechanismus war vorgesehen, jedoch die genauen Massnahmen weniger präzise definiert. Für den Beobachtungszeitraum finden Hurley et al. (1997), dass die Einführung von Globalbudgets in Alberta erfolgreicher war als in Nova Scotia. Mehrere Faktoren werden als Erklärung angeführt. Erstens wird argumentiert, dass die Einkommenssituation der Ärzte in Nova Scotia in der Ausgangslage angespannter war als in Alberta und so eine Budgetrestriktion in Alberta einfacher durchzusetzen war. Zweitens wird betont, dass die strengere Budgetvorgabe im ersten Jahr in Nova Scotia (mit einem erlaubten Anstieg von null Prozent) eine negative Verlustdynamik in der Ärzteschaft auslöste und die Anreize zur Mengenausweitung mit dem Ziel der Einkommenssicherung verstärkte. Umgekehrt förderte eine grosszügigere und länger ausgestaltete Übergangsphase in Alberta die Konsensfähigkeit der Budgetvorgaben. Drittens legt die Analyse nahe, dass unterschiedliche Verhandlungsstrukturen zwischen Provinzregierung und Ärztereinigung und Unterschiede der Entscheidungsstrukturen innerhalb der Ärztereinigungen eine Rolle für die Akzeptanz der Vorgaben gespielt haben. Einerseits wird argumentiert, dass in Alberta bereits stärker formalisierte und weniger informelle, personenbasierte Verhandlungsstrukturen zwischen Regierung und Ärztereinigung bestanden, welche sich unter Budgetvorgaben als belastbarer herausstellten. Andererseits wird angeführt, dass die Ärztereinigung in Alberta die Budgetvorgaben kollektiv und damit stärker partizipativ guthies, während in Nova Scotia nur der Vorstand über die Budgetvorgaben befand. Bezüglich der Bereitschaft der Ärzte, an einer klareren Definition des Leistungskatalogs und der Verstärkung der Rechnungskontrolle unter der Budgetvorgabe mitzuarbeiten, konnten keine Unterschiede festgestellt werden. Mit dem klar definierten Budget gab es auch unerwünschte Effekte: Die Ärzteschaft war gegenüber der Verschiebung von stationärer zu ambulanter Behandlung aufgrund der Budgetvorgaben zurückhaltend.

In allen Provinzen wurde Anfang der 1990er-Jahre ein neues Board mit Vertretern der Regierung und der jeweiligen Ärztereinigung geschaffen, die die Kostenentwicklung gegenüber den Budgetvorgaben beurteilten und mit der Implementierung der Sanktionsmechanismen beauftragt waren. Während Nova Scotia lineare Tarifkürzungen vorgab, war Alberta flexibler bei der Instru-

mentenwahl, und es bestand die Möglichkeit, die Mitglieder der Ärztevereinigung vorgängig bzgl. der Instrumentenwahl zu konsultieren. Schlussendlich wird nahegelegt, dass sich die Regierung in Alberta politisch auch durch ihren höheren Popularitätsgrad und ihr klüger angelegtes Sparprogramm besser gegenüber der Ärztevereinigung durchsetzen konnte.

Katz et al. (1997) studieren das Verhalten der Ärzteverbände in den Provinzen Ontario, Alberta und British Columbia während der Einführung dieser Globalbudgets. Sie beobachten, dass mit Budgetvorgaben die Tarifverhandlungen härter wurden und die Verteilungskämpfe innerhalb der Ärzteverbände zugenommen haben. Sie argumentieren ebenfalls, dass es durchaus eine wichtige Rolle spielt, wie die Ärztevereinigungen zur Entscheidungsfindung gelangen und wie stark es gelingt, die unterschiedlichen Interessen (Fach- versus Allgemeinärzte, Ärzte in ruralen versus urbanen Regionen, junge versus ältere Ärzte) abzugleichen, damit eine gefestigte, möglichst einheitliche Verhandlungsposition gegenüber den Provinzregierungen möglich ist. Dies ist insbesondere in einem System wichtig, in dem die staatliche Seite der primäre Leistungsfinanzier ist und damit per se eine stärkere Verhandlungsposition hat.

Erfahrungen aus Taiwan

Die Einführung von Globalbudgetvorgaben in Taiwan für den Hospitalsektor im Jahr 2002 ist sehr gut dokumentiert. Das gesamte Globalbudget wird durch die einheitliche Sozialversicherung finanziert und sieht eine strikte Ausgabenobergrenze vor, wobei die verrechneten Leistungen im Einzelleistungstarif ex-post gerade so entschädigt werden, dass maximal die Ausgabenobergrenze erreicht wird («floating point value system»). Der Budgetprozess beinhaltet Verhandlungen zwischen der staatlichen Sozialversicherung, den Vereinigungen der Leistungserbringer, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden sowie Experten aus Wissenschaft und Praxis. Das so zusammengesetzte Komitee verhandelt und bestimmt jährlich, unter Leitung des Gesundheitsministeriums, das gesamte Globalbudget und dessen Aufteilung nach Bereichen für das Folgejahr. Das Globalbudget wird dann auf die sechs Gesundheitsregionen aufgeteilt. Im Vergleich zu einer hospitalspezifischen Budgetierung wurde davon ausgegangen, dass mit einer Budgetierung für eine Versorgungsregion stärkere Anreize zur Kooperation zwischen den Hospitälern und zur gemeinsamen Verantwortung für eine angemessene Menge an gesamthaft erbrachten Leistungen bestehen würde.

Die empirische Analyse von Cheng et al. (2009), welche auf Umfragedaten für einige zentrale Krankheitsbilder für den Zeitraum 2002–2004 basiert, zeigt, dass die Einführung der Globalbudgetierung mit einem Anstieg der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer um 7 %, einem Anstieg der verschriebenen Behandlungen von 15 % pro eingeliefertem Patienten und einem Anstieg der gesamthaft abgerechneten Leistungen um 14 % einhergeht. Die Studie legt nahe, dass die Spitäler im Analysezeitraum keine stärkere Kooperation anstrebten, sondern versuchten, ihre relativen Marktanteile durch Mengenausweitung mit dem Ziel der Einkommenssicherung zu erhöhen. Dies führte zu einem «Preisverfall» der abgerechneten Leistungen. Chen und Fan (2015) kommen, basierend auf einem umfangreicheren Datensatz für die Jahre 1997–2004 und unter Verwendung einer besseren empirischen Methode, zu einem ähnlichen Ergebnis. Sie betonen zusätzlich, dass mit Einführung des Globalbudgets Anreize bestanden, eher kapitalintensive Leistungen auf Kosten von humankapitalintensiven Leistungen zu erbringen. Dies konnte von grösseren Hospitälern in der Ausgangssituation besser ausgenutzt werden. Hsu (2014) untersucht ebenfalls die Einführung von Globalbudgets, jedoch für einen längeren Zeitraum und mit Fokus auf Herzerkrankungen (2000–2008). Hsu (2014) findet, dass erst die Einführung eines Monitoringmechanismus im Jahr 2005, nach einem Anstieg von über 12 % an verrechneten

4 Erfahrungen aus ausgewählten Ländern

Leistungen im Vorjahr, die starke Mengenausweitung bremsen konnte. Der Monitoringmechanismus besteht darin, dass die staatliche Sozialversicherung mit einzelnen Hospitälern Verträge über die Menge an Leistungserbringung unter Berücksichtigung von Qualitätsstandards abschliesst. Erreichen die Hospitäler die vereinbarten Qualitätsziele, erhalten sie eine Vorzugsschädigung von der Sozialversicherung.

5 Erkenntnisse für die Schweiz

Zielvorgaben als Anker

Anhand der Erfahrungen in Deutschland und den Niederlanden ist festzustellen, dass verbindliche Zielvorgaben für das Ausgabenwachstum vor allem als «Anker» für das Kostenwachstum dienen. Verbindliche Zielvorgaben ergänzen das bestehende Instrumentarium um einen top-down Ansatz. Sie disziplinieren die Leistungserbringer, nehmen diese stärker in die Kostenverantwortung und sind so auch bei Tarifverhandlungen eine verbindliche Orientierungsgrösse. Bei der Zielsteuerung wird jedoch auch auf technologische und demografische Entwicklungen Rücksicht genommen, um so die Erbringung medizinisch notwendiger Leistungen zu gewährleisten. Zudem sind gewisse Bereiche, wie die zu fördernde integrierte Versorgung oder Grundleistungen wie Impfungen von der Budgetvorgabe teilweise ausgenommen.

Bezüglich der Sanktionsmechanismen ist in Deutschland ein klar definiertes Abschlagssystem vorgesehen. In den Niederlanden wirken die gegenwärtigen Sanktionen eher als Androhung und erhöhen den Reformdruck. Die Durchsetzung von Sanktionen ex-post hat sich in den Niederlanden jedoch insbesondere für die Zeit vor dem Jahr 2012 aufgrund zeitlich stark verzögerter definitiver Zahlen zur Zielerreichung, gerichtlichen Klagen auf ein Recht zur Gesundheitsversorgung und anderer gesundheitspolitischer Prioritäten als schwer erwiesen. Die Erfahrungen mit der Einführung von Globalbudgets aus Kanada deuten darauf hin, dass Sanktionen und Lösungsvorschläge für Einsparmassnahmen, die auch innerhalb der Fachverbände akzeptiert wurden oder aus den Fachverbänden der Leistungserbringer selbst kommen, mehr Erfolgchancen haben als von der Regierung im Alleingang durchgesetzte Tarifabschlüsse.

Anforderungen an ein Zielvorgabenregime

Erstens ist ein Zielvorgabenregime am ehesten durchsetzbar, wenn alle relevanten gesundheitspolitischen Akteure (bspw. Bund, Kantone, Krankenversicherer, Leistungserbringer, Patientenorganisationen) an ihrer Festlegung und den entsprechenden Gremien teilnehmen. Damit insbesondere auch die Leistungserbringergruppen die Zielvorgaben tragen, muss ihnen aufgezeigt werden, dass eine stärkere Steuerung, respektive Dämpfung der Kostenentwicklung mittelfristig unumgänglich ist, da wie in allen anderen Bereichen der sozialen Sicherung auch in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine unbeschränkten Mittel zur Verfügung stehen. Es muss deutlich werden, dass eine Zielvorgabe unter Einbezug der wesentlichen Akteure eine partizipative Lösung darstellt. Bei solch einem stärker korporatistischen Ansatz können sie sich aktiv einbringen und sich gleichzeitig, im Vergleich zu anderen Eingriffen und Vorgaben, einen möglichst grossen Freiraum erhalten. Eine Zielvorgabe alleine durch die Regierung erscheint aufgrund mangelnder Akzeptanz wenig erfolgversprechend.

Zweitens können formelgestützte Zielwachstumsraten als ein wesentlicher Input und damit als Orientierungsgrösse im Rahmen eines breit besetzten Gremiums dienen. Bei einer formalen Bestimmung von sinnvollen Zielvorgaben sollten die medizinisch-technische und die demografische Entwicklung sowie Ausnahmen für unerwartete Epidemien oder bestimmte Leistungen mit hoher Versorgungssicherheitspriorität berücksichtigt werden. Je klarer im Voraus Bestimmungsfaktoren und Ausnahmen definiert werden, desto sachlicher und transparenter können die Zielvorgaben festgelegt werden. Dabei ist aufgrund möglicher Anreize für Verschiebungen zu beachten, dass Zielvorgaben möglichst in allen Leistungsbereichen der Grundversicherung Anwendung finden. Darauf aufbauend braucht es einen partizipativen Aushandlungsprozess, der von den beteiligten gesundheitspolitischen Akteuren auch nach aussen mitgetragen und in der Praxis innerhalb der jeweiligen Bereiche angestrebt wird.

Drittens braucht es für die Einführung und Umsetzung von Zielvorgaben formale Verhandlungs- und Entscheidungsstrukturen. Dies gilt einerseits für das Gremium, welches über die Zielvorgaben entscheidet. Andererseits gilt dies für die Fachverbände der Leistungserbringer, Versicherer und auch für die Kantone, welche die Zielvorgaben umsetzen. Insbesondere scheint es wichtig, dass innerhalb der Fachverbände ein Konsens über die zu erreichenden Zielvorgaben geschaffen wird und sich die einzelnen Fachgruppen auch konstruktiv einbringen können. Belastbare und klar geregelte Entscheidungsstrukturen sind insbesondere bei den zu erwartenden Verteilungskämpfen unter einer verbindlichen Budgetvorgabe wertvoll. Entsprechend sind Schlichtungsmechanismen mit subsidiären Entscheidungskompetenzen für den Fall der Nichteinigung vorzusehen. Bei Nichteinhaltung der Budgetvorgaben sind Sanktionsmechanismen im Vorab zu definieren.²⁷

Die Erfahrungen in den Niederlanden legen nahe, dass auch parallel diskutiert werden sollte, mit welchen Massnahmen man Willens ist, die Ziele zu erreichen. Dies deutet darauf hin, dass die Formulierung einer Zielvorgabe mit Sanktionsmechanismus alleine zu kurz greift. Insbesondere ist die Vereinbarkeit der Entschädigungsregime der Leistungserbringer mit einer Zielvorgabe von grosser Bedeutung. Entschädigungsregime, welche in Richtung einer stärkeren Pauschalierung von Leistungen oder Kopfpauschalen («capitation fees») gehen, sind dabei angemessener als Einzelleistungstarife, damit insbesondere Anreize zur strategischen Mengenausweitung unter einer Budgetvorgabe eingedämmt werden. Dieser Massnahmenswerpunkt zeigt sich sehr gut in Deutschland, wo im ambulanten Bereich de facto ein Globalbudget pro Leistungserbringer mit stärker pauschalierter Leistungsentschädigung festgelegt worden ist.

Die Erfahrungen in Kanada legen nahe, dass in der Einführungsphase längere Übergangszeiten mit eher grosszügigeren Zielvorgaben vorzuziehen sind. Dies erhöht die politische Akzeptanz und verhindert eine mögliche Verlustdynamik seitens der Leistungserbringer.

Die ausgewertete Literatur suggeriert darüber hinaus, dass eine Budgetvorgabe am ehesten umsetzbar ist, wenn relativ vergleichbare Opfer zwischen den globalbudgetierten Bereichen verlangt werden. Begleitend ist es wichtig zu kommunizieren, dass kein Bereich des Gesundheitswesens unbeschränkte Ressourcen zur Verfügung haben kann.

Aus den ausgewerteten Erfahrungen geht ebenfalls hervor, dass Zielvorgaben mit Sanktionsmechanismus deutlich höhere Koordinations- und Kooperationsanforderungen an die Akteure stellen. Und dies in einer Situation, in der aufgrund der Einführung einer Budgetrestriktion die Verteilungskämpfe und damit die Spannungen innerhalb des Gesundheitswesens zunehmen. Zudem ist die Erhöhung der Transparenz eine notwendige Vorbedingung für eine stärkere Steuerung der Gesundheitsausgaben. Kernelemente bestehen einerseits aus einem zeitnahen Kostenmonitoring für die Bestimmung der Zielvorgaben wie auch für die Umsetzung von Korrekturmassnahmen. Andererseits ist auch ein begleitendes Qualitätsmonitoring notwendig, damit mögliche negative Nebenwirkungen wie Rationierungen oder Verschiebungen minimiert werden können. Ein stärkeres Monitoring wird mehr Ressourcen von staatlicher Seite und seitens der Tarifpartner erfordern. Dieser höhere Aufwand ist jedoch ins Verhältnis zu setzen zum Aufwand für die Umsetzung alternativer Kostendämpfungsmassnahmen.

²⁷ Diese Hauptanforderungen weisen Parallelen zu den von Ostrom (1990) aufgestellten Prinzipien für den erfolgreichen Umgang mit lokalen Allmendegütern auf. Sie betont die Rolle von Regeln, das Mitwirken der von diesen Regeln Betroffenen am Regelgebungsprozess, eine klare Definition, was unter die Regeln fällt, klare Regelüberwachung und klare Sanktions- und Streitschlichtungsmechanismen.

Unterschiede zu den untersuchten Ländern

Mehrheitlich steuerfinanzierte Systeme mit Globalbudgetvorgaben, wie beispielsweise Kanada, erlauben, dass die staatliche Seite als «single payer» über eine viel stärkere Verhandlungsposition gegenüber den Fachverbänden verfügt. In einem steuerfinanzierten System können insbesondere vor dem Hintergrund allgemeiner Sparzwänge oder regelgebundener Finanzpolitik Ausgaben Grenzen im Gesundheitsbereich im Rahmen des Budgetprozesses durchgesetzt werden. Ähnliches ist auch für die Niederlande zu beobachten. Die Niederlande verfügen einerseits über einen «Budgetary Framework for Healthcare» als Teil des regelbasierten Haushaltsprozesses. Andererseits erzeugen auch die Vorgaben des europäischen Stabilitäts- und Wachstumspakts zusätzlichen Druck und haben insbesondere in den letzten Jahren dazu beigetragen, das Kostenwachstum zu dämpfen. Dieser Budgetrahmen wurde in den letzten Jahren um stärker korporatistische Entscheidungsstrukturen ergänzt. In Deutschland hingegen steht der Grundsatz der Beitragssatzstabilität im Vordergrund, welcher mittels eines gesetzlich stark vorgegebenen Verhandlungsrahmens durch die Tarifpartner heruntergebrochen und umgesetzt wird.

Ein zweiter wesentlicher Systemunterschied zu den Niederlanden und Deutschland ist die stärkere Dezentralisierung des Schweizer Gesundheitswesens. Die Organisation des Schweizer Gesundheitswesens läuft in vielen Bereichen entlang der Kantons Grenzen. Dieser Umstand fügt einem Zielvorgabenregime ein zusätzliches Komplexitätsmoment hinzu – insbesondere beim Aufbau von Entscheidungsstrukturen und dem Herunterbrechen der Zielvorgaben.

Ein dritter wesentlicher Unterschied, insbesondere zu den mehrheitlich beitragsfinanzierten Systemen der Niederlanden und Deutschlands ist darin zu sehen, dass die Arbeitgeberverbände als starke Interessengruppe bei der Diskussion um übermässig wachsende Gesundheitskosten hierzulande wenig in Erscheinung treten. Die Arbeitgeberverbände wirken in diesen Ländern bewusster darauf hin, dass die Sozialversicherungsbeiträge für die Gesundheit nicht übermässig den Faktor Arbeit belasten. Im Vergleich dazu fällt es dem heterogenen Pool an Versicherten in der Schweiz schwer, seine Interessen für ein nachhaltig finanzierbares Gesundheitswesen zu aggregieren und politisch einzubringen.

Viertens haben die Krankenversicherer und Verbände der Leistungserbringer in Deutschland und den Niederlanden eine aktivere Rolle inne. In Deutschland nimmt der Verband der Krankenversicherungen seine Rolle als Träger von Kostenverantwortung und in der Überprüfung der erbrachten Leistungen aktiv wahr (bspw. Medizinischer Dienst der Krankenkassen). Auch die kassenärztliche Vereinigung steht in der Kostenverantwortung, insbesondere beim Herunterbrechen der Budgets auf die einzelnen Leistungserbringer. Sie ist zudem von Gesetzes wegen für die ambulante Versorgung zuständig. In den Niederlanden tragen die Krankenversicherungen ein höheres finanzielles Risiko und besitzen mit den Instrumenten der weitgehenden Verhandlungsfreiheit und des selektiven Kontrahierens eine stärkere Verhandlungsposition gegenüber den Leistungserbringern. Sowohl die Krankenversicherungen als auch die Verbände der Leistungserbringer haben sich im Rahmen verbindlicher Vereinbarungen mit der niederländischen Regierung zur gemeinsamen Kostenverantwortung bekannt.

6 Abschliessende Bemerkungen

Wie in allen anderen Bereichen der sozialen Sicherung stehen auch in der Grundsicherung keine unbegrenzten finanziellen Mittel zur Verfügung. Bisherige Massnahmen zur Dämpfung des Ausgabenwachstums haben nicht den erhofften Erfolg erzielt. Gesamthaft fehlt es an einer Kostenverantwortung in der mittels Zwangsabgaben finanzierten Grundversicherung. Angesichts der anhaltend hohen Kostendynamik besteht dringender wirtschaftspolitischer Handlungsbedarf. Unter den sich in der Diskussion befindlichen wirtschaftspolitischen Massnahmen zur Kostendämpfung wird prominent und kontrovers der Vorschlag verbindlicher Zielvorgaben für das Ausgabenwachstum diskutiert.

Die vorliegende Arbeit liefert hierzu einen Grundlagenbeitrag, indem die wissenschaftliche Literatur und ausgewählte internationale Erfahrungen im Hinblick auf eine stärkere Kostensteuerung im Schweizer Gesundheitswesen ausgewertet werden.

Mit Blick auf die grundsätzlichen Vorteile einer verbindlichen Zielvorgabe legt die wissenschaftliche Literatur nahe, dass Zielvorgaben eine direkte Steuerung des Ausgabenwachstums erlauben und so eine bisher fehlende Budgetrestriktion in der Grundversicherung eingeführt wird. Mittels gemeinsam festgelegter Zielvorgaben werden die Entscheidungsträger, insbesondere die Tarifpartner, in die bisher kaum vorhandene finanzielle Verantwortung genommen. Zudem bewegt eine Zielvorgabe die einzelnen Leistungserbringer dazu, stärker Kosten-Nutzen Überlegungen anzustellen. Zugleich lässt ihnen eine Zielvorgabe im Vergleich zu anderen Massnahmen jedoch die Freiheit, dort zu sparen, wo dies aus ihrer Sicht am besten möglich ist, das heisst bei medizinisch nicht notwendigen Behandlungen. Argumente gegen eine verbindliche Zielvorgabe für das Ausgabenwachstum betonen das Risiko der Beschränkung medizinisch notwendiger Leistungen und eines weniger gleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen. Ausserdem wird befürchtet, dass mit einer verbindlichen Budgetvorgabe zu wenig Anreize bestehen könnten, die Qualität und die Effizienz zu erhöhen, so dass Innovationen gebremst und die Strukturen zu rigide erhalten werden. Während dies prinzipiell plausible Einwände sind, sollte eine institutionell gut ausgestaltete Steuerung, die weiterhin Ausgabenwachstum zulässt und dem einzelnen Arzt eine grosse Behandlungsfreiheit bei mehr finanzieller Verantwortung belässt, ein hochstehendes Versorgungsniveau sicherstellen können.

Die ausgewerteten Erfahrungen mit verbindlichen Zielvorgaben zeigen, dass eine Bindung der Ausgabendynamik in der obligatorischen Grundsicherung an die gesamtwirtschaftliche Entwicklung gelingen kann. Für ein wirksames Zielvorgabenregime ist es wichtig, insbesondere die Tarifpartner gemäss einem eher korporatistischen Ansatz in die Verantwortung zu nehmen. Dafür braucht es belastbare Verhandlungs- und Entscheidungsstrukturen sowie klare Sanktionsmechanismen. Verbindliche Zielvorgaben müssen zudem durch parallele Massnahmen begleitet werden. Besonders wichtig erscheinen anreizkompatible Vergütungssysteme und eine effektive Qualitätssicherung, respektive ein umfassendes Kosten- und Qualitätsmonitoring, um unerwünschte Effekte wie Rationierung, geringere Effizianzanreize und strategische Anreize zur Einkommenssicherung weitestgehend zu vermeiden.

Eine verbindliche Zielvorgabe soll dabei nicht das wettbewerblich und dezentral ausgestaltete Gesundheitssystem der Schweiz ersetzen, sondern es vielmehr durch eine bessere Ausgabensteuerung sinnvoll ergänzen und die nachhaltige Finanzierbarkeit für private und öffentliche Haushalte sicherstellen.

Gesamthaft bleibt die Kosten-Nutzen Bewertung solch einer Massnahme auch im Vergleich zu den Alternativen und vor dem Hintergrund der gesundheitspolitischen Priorität der Kostendämpfung zu beurteilen. Zudem hängt sie wesentlich von der konkreten Ausgestaltung und der Möglichkeit zur institutionellen Einbettung in das bestehende Gesundheitssystem ab.

Literaturverzeichnis

AOK-Bundesverband 2017, Lexikon. <http://aok-bv.de/lexikon/>

AOK-Bundesverband 2017, Reformdatenbank. <http://aok-bv.de/hintergrund/reformdatenbank/>

Batenburg, R., M. Kroneman und A. Sagan (2015). The Impact of the Crisis on the Health System and Health in the Netherlands. In: A. Maresso, P. Mladovsky, S. Thomson, A. Sagan, M. Karanikolos, E. Richardson, J. Cylus, T. Evetovits, M. Jowett, J. Figueras und H. Kluge (eds). *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe*. WHO und European Observatory on Health Systems and Policies, Brüssel: 249–281.

Benstetter, F. und A. Wambach (2006). The Treadmill Effect in a Fixed Budget System. *Journal of Health Economics*, 25(1): 146–169.

Blankart, R. und Busse, R. (2017), Erfahrungen aus Deutschland, Inputpapier für die Expertengruppe «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)» des EDI.

Bevan, G., J.K. Heldermaun und D. Wilsford (2010). Changing Choices in Health Care: Implications for Equity, Efficiency and Cost. *Health Economics, Policy and Law*, 5: 251–267.

Brändle, T. und C. Colombier (2016). What Drives Public Health Care Expenditure Growth? Evidence from Swiss Cantons, 1970–2012. *Health Policy*, 120: 1051–1060.

Busse, R. und Blümel, M. (2014). Germany: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 16(2): 1–296.

Chen, B. und V. Fan (2015). Strategic Provider Behavior Under Global Budget Payment with Price Adjustment in Taiwan. *Health Economics*, 24: 1422–1436.

Chen, B. und V. Fan (2016). Global Budget Payment: Proposing the CAP Framework. *Inquiry, the Journal of Health Care, Organization, Provision and Financing*, 53(1): 1–4.

Cheng, S.H., Chen, C.C., und W.L. Chang (2009). Hospital Responses to a Global Budget Program Under Universal Health Insurance in Taiwan. *Health Policy*, 92: 158–164.

Colombier, C. (2018). Population Ageing in Healthcare – A Minor Issue? Evidence from Switzerland, *Applied Economics*, 50(15): 1746–1760.

Crivelli, L., Filippini, M. und Mosca, I. (2006). Federalism and Regional Healthcare Expenditure: An Empirical Analysis for Swiss Cantons. *Health Economics Letters*, 15(5): 535–541.

Eastaugh, S. (2000). National Healthcare Spending and Fiscal Control: Comparisons among 15 Countries. *Hospital Topics*, 78(4): 9–13.

Expertengruppe im Auftrag des Bundes (2017). Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Bern, Bundesamt für Gesundheit.

Frey, B.S. und G. Kirchgässner (2002). *Demokratische Wirtschaftspolitik. Theorie und Anwendung*. Vahlens Handbücher der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.

Gerlinger, T. (2012a). Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.

Gerlinger, T. (2012b). Die Bedeutung der gemeinsamen Selbstverwaltung im Steuerungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung, *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaft*, 47: 141–161.

Gerlinger, T. (2012c). Die Vergütung von Krankenhausleistungen, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.

Gerlinger, T. (2012d). Das Steuersystem in der stationären Versorgung, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.

Gerlinger, T. (2013). Steuerfinanzierter Bundeszuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.

Gerlinger, T. (2016). Rückblick auf die Gesundheitspolitik im Jahr 2015, *Zeitschrift für Sozialreform*, 62(1): 35-47.

Gerlinger, T. und W. Burkhardt (2012a). Finanzierung und Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in der gesetzlichen Krankenkasse, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.

Gerlinger, T. und W. Burkhardt (2012b). Grundprobleme der Vergütung ärztlicher Leistungen. Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.

Gerlinger, T. und W. Burkhardt (2012c). Bismarks Erbe und prägende Merkmale des deutschen Gesundheitswesens, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.

Gerlinger, T. und W. Burkhardt (2012d). Finanzierung und Vergütung, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.

Gerlinger, T. und W. Burkhardt (2012e). Die wichtigsten Akteure im deutschen Gesundheitswesen. Teil 2: Verbände und Körperschaften der gemeinsamen Selbstverwaltung, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.

Gerlinger, T. und W. Burkhardt (2014). Strukturen und Inanspruchnahme, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.

Gerlinger, T. und T. Schönwälder (2012a). Ambulante Versorgung, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.

Gerlinger, T. und T. Schönwälder (2012b). Die stationäre Versorgung, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.

Gerlinger, T. und T. Schönwälder (2012c). Etappen der Gesundheitspolitik 1975 bis 2012, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.

Gertham, U.G. und B. Jönsson (2000). International Comparisons of Health Expenditure in the OECD Countries: Theory, Data and Econometric Analysis. In: Cuyler, A. und J. Newhouse (eds.). *Handbook of Health Economics*, Vol. 1, Elsevier, Amsterdam.

Gesetzliche Krankenversicherung – Spitzenverband Bund, Faktenblatt 2017.
<https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenversicherung.jsp>

Grumbacher, K. und T. Bodenheimer (1990). Reins or Fences: A Physicians's View of Cost Containment. *Health Affairs*, Winter 1990: 120–127.

Hardy, J., Calveley, M. und St. Shelley (2015). Arbeitsmigration im Gesundheitswesen: Trends und Auswirkungen, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.

Hartwig, J. und Sturm, J.E. (2014). Robust Determinants of Health Care Expenditure Growth. *Applied Economics*, 46(36): 4455–4474.

Helderman, J.K. und P. Jeurissen (2010). No Pay – No Cure! The Evolution of Cost Containment Policies in Dutch Healthcare. In: *Fifth Transatlantic Dialogue: The Future of Governance*: 21–36.

Henke, K. D., M. Murray und C. Ade (1994). Global Budgeting in Germany: Lessons for the United States. *Health Affairs*, 1994: 7–21.

Hsu, P-F. (2014). Does a Global Budget Superimposed on Fee For Service Payments Mitigate Hospitals' Medical Claims in Taiwan? *International Journal of Health Care Finance Economics*, 14: 369–384.

Hsueh, Y.S., S.Y. Lee und Y.T. Huang (2004). Effects of Global Budgeting on the Distribution of Dentists and Use of Dental Care in Taiwan. *Health Services Research*, 39: 2135–2153.

Hurley, J. und R. Card (1996). Global Physician Budgets as Common-Property Resources: Some Implications for Physicians and Medical Associations. *Canadian Medical Association*, 154(8): 1161–1168.

Hurley, J., J. Lomas und L.J. Goldsmith (1997). Physician Responses to Global Physician Expenditure Budgets in Canada: A Common Property Perspective. *Milbank Quarterly* 75(3): 343–364.

Jeurissen, P. (2017). Regulated Competition and Cost Containment: The Case of The Netherlands. Inputpapier für die Expertengruppe «Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)» des EDI.

Jourard, Y., C. André und C. Nicq (2010). Health Care Systems: Efficiency and Institutions. OECD Economics Department Working Papers, No. 769.

Katz, S., C. Charles, J. Lomas und H.G. Welch (1997). Physician Relations in Canada: Shooting Inward as the Circle Closes. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22(6): 1413–1431.

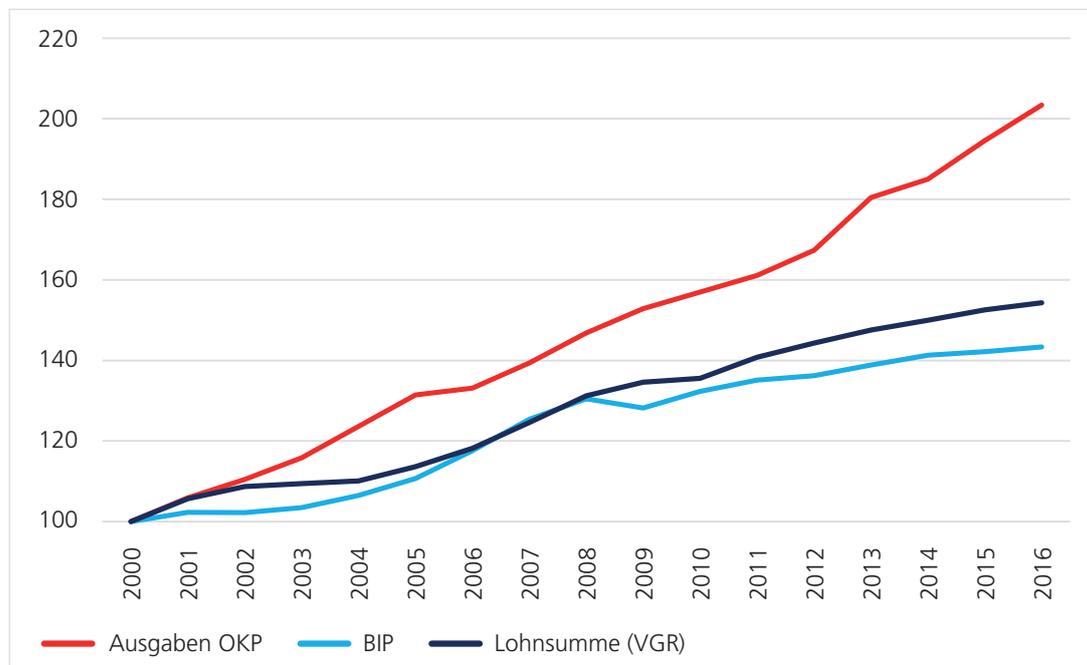
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2009). Der Gemeinsame Bundesausschuss und seine Richtlinien zur ärztlichen Versorgung, KBV-Fortbildungsheft Nr. 10, Autor: P. Rheinberger.

- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2012). Gesamtvertrag und Gesamtvergütung, KBV-Fortbildungsheft Nr. 6, Autor: Th. Kriedel.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2014). Der Bundesmantelvertrag, KBV-Fortbildungsheft Nr. 5, Autoren: Schröder, J. und D. Röhrig.
- Kirchgässner, G. und Gerritzen, B. (2011). Leistungsfähigkeit und Effizienz von Gesundheitssystemen: Die Schweiz im internationalen Vergleich, Bericht zuhanden des Staatssekretariats für Wirtschaft (Seco), Bern.
- Kühn, H. (1999). Globalbudget und Beitragssatzstabilität. *Jahrbuch für kritische Medizin*, 32: 17–37.
- Kroneman, M., W. Boerma, M. van den Berg, P. Groenewegen, J. de Jong und E. van Ginneken (2016). Netherlands: Health System Review. In: E. van Ginneken (Editor) and R. Busse (eds). *Health Systems in Transition*, 18(2). European Health Observatory on Health Systems and Policies, WHO, Brussels.
- Leidl, R. (1997). Kostendämpfungspolitik in den Niederlanden und in Deutschland: Eine Untersuchung von Massnahmen in drei Leistungsbereichen. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 5(2): 101–122.
- Long, S. H. und M. S. Marquis (1993). Toward a Global Budget for the U.S. Health System: Issues and Information Needs. RAND Report 21.
- Maarse, H., P. Jeurissen und D. Ruwaard (2013). Concerns over the Financial Sustainability of the Dutch Healthcare System. *CESifo DICE Report*, 1/13: 32–36.
- Martin, J.J., M., del Amo Gonzalez, M.P.L. und Garcia, D. C. (2011). Review of the Literature on the Determinants of Healthcare Expenditure. *Applied Economics*, 43(1): 19–46.
- Moreno-Serra, R. (2013). The Impact of Cost Containment Policies on Health Expenditure: Evidence from Recent OECD Experiences. *OECD Journal on Budgeting*, 2013(3): 1–29.
- Okma, K. und L. Crivelli (2013). Swiss and Dutch «Consumer Driven Health Care»: Ideal Model or Reality? *Health Policy*, 109: 105–112.
- Ostrom, E. (1990). *Governing the Commons. The Evolution of Institutions for Collective Action*. Cambridge University Press.
- Paris, V., M. Devaux und L. Wei (2010). Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries. OECD Health Working Papers, No. 50.
- Peters, S. (2017). Die vorrangige Bedeutung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bei Vergütungsvereinbarungen nach SGB V – eine sozial- und verfassungsrechtliche Betrachtung. In: J. Heilmann, T. Aigner-Hof (Hrsg.), *Recht in der Arbeitswelt – Beiträge zum Arbeits- und Sozialrecht*, LIT Verlag, Berlin.

- Reich, O., Weins, C., Schusterschnitz, C. und Thöni, M. (2012). Exploring the Disparities of Regional Healthcare Expenditures in Switzerland: Some Empirical Evidence. *European Journal of Health Economics*, 13: 193–202.
- Schakel, H.C., P. Jeurissen und S. Glied (2016). The Influence of Fiscal Rules on Healthcare Policy in the United States and Netherlands. Erscheint in *International Journal of Health Planning and Management*.
- Schmitz, H. (2013). Practice Budgets and the Patient Mix of Physicians: The Effect of a Remuneration System Reform on Health Care Utilisation. *Journal of Health Economics*, 32: 1240–1249.
- Schreyögg, J., Bäuml, M., Krämer, J., Dette, T., Busse, R. und Geissler, A. (2014). Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG, Hamburg Center for Health Economics, Universität Hamburg.
- Schut, F.T. und M. Varkevisser (2013). Tackling Hospital Waiting Times: The Impact of Past and Current Policies in the Netherlands. *Health Policy*, 113: 127–133.
- Schut, E., S. Sorbe und J. Hoi (2013). Health Care Reform and Long Term Care in the Netherlands. OECD Economics Department Working Papers, No. 1010.
- Schwierz, C. (2016). Cost Containment Policies in the Hospital Expenditure in the European Union. European Economy Discussion Paper Nr. 37, European Commission.
- Sutherland, J., N. Repin und R. T. Crump (2012). Reviewing the Potential of Financial Incentives for Funding Healthcare in Canada. Canadian Foundation for Healthcare Improvement.
- Thewissen, S., P. Jeurissen und G. Van der Vlugt (2015). Health Care Budgeting in the Netherlands. In: *Fiscal Sustainability of Health Systems*. OECD Publishing.
- UBC Centre for Health Services and Policy Research (2014). Current Hospital Funding in Canada: The Limitations of Global Budgets. UBC Policy Brief, 1/2014.
- Vatter, A. und Ruefli, C. (2003). Do Political Factors Matter for Healthcare Expenditure? A Comparative Study of Swiss Cantons. *Journal of Public Policy*, 23(3): 301–323.
- White, J. (2013). Budget-makers and Health Care Systems. *Health Policy*, 112: 163–171.

Anhang

Abbildung A1: Entwicklung OKP Kosten, nominales BIP und Löhne



Quelle: BFS, BAG, SECO; Index 2000=100.

Box 1: Kurzübersicht über das deutsche Gesundheitssystem

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wird durch Sozialbeiträge finanziert und ist dem Typ nach ein Bismarcksches Sozialsystem (vgl. Gerlinger und Burkhardt 2012c). Alle ArbeitnehmerInnen, welche ein Einkommen von maximal der Versicherungspflichtgrenze beziehen, sind versicherungspflichtig in der GKV. Rund 85 % der Bevölkerung ist bei einer GKV versichert, worunter sich ebenfalls freiwillig Versicherte befinden. Die restliche Bevölkerung ist bei der privaten Krankenversicherung (PKV) versichert. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 ist seit Anfang des Jahres 2009 ein Gesundheitsfonds eingerichtet worden (vgl. Blümel und Busse, 2014, Gerlinger 2013, Gesetzliche Krankenversicherung Spitzenverband Bund 2017). In den Gesundheitsfonds fließen die Beitragseinnahmen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, bis Ende 2014 der Sonderbeitragsatz für Arbeitnehmer in Höhe von 0,9 % des beitragspflichtigen Einkommens und ein individueller Zusatzbeitrag, seit Beginn 2015 nur noch ein kassenindividueller einkommensabhängiger Zusatzbeitragsatz, sowie der steuerfinanzierte Bundeszuschuss. Dieser liegt im Jahr 2015 bei 11,5 Mrd. Euro, d.h. rund 6 % der Ausgaben der GKV. Der Gesundheitsfonds enthält als ein zentrales neues Element einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Aus diesem erhält jede Krankenkasse einen standardisierten Betrag pro Versicherten aus dem Gesundheitsfonds, korrigiert um einen Risikozu- bzw. abschlag, welcher sich nach Alter, Geschlecht und Morbiditätsrisiko (basierend auf 80 ausgewählten kostenintensiven chronischen bzw. schweren Erkrankungen) der Versicherten richtet. Reichen die Mittel des Fonds für eine Krankenkasse nicht zur Finanzierung der Ausgaben aus, muss diese Krankenkasse von ihren Mitgliedern Zusatzbeiträge erheben. Hingegen muss ein Kassenüberschuss in Form von Beitragsrückerstattungen oder Leistungsverbesserungen an die Versicherten zurückgegeben werden. Zwischen den Krankenkassen herrscht ein regulierter Wettbewerb, welcher über die Festsetzung

der Zusatzbeitragssätze ausgetragen wird. Die Krankenkassen haben einen Kontrahierungszwang mit den Kassenärzten und den Krankenhäusern. Seit 2007 bestehen zudem Wahltarife, unter denen Versicherte z.B. mit einem Selbstbehalt oder mit speziellen Versorgungsmodellen (z.B. Hausarztmodell oder integrierte Versorgung) abweichende Beitragszahlungen leisten können. Diese Wahlmöglichkeiten sind begleitet worden von der Option für Krankenkassen, individuelle Verträge mit einzelnen Arztpraxen für spezialisierte Versorgungsmodelle abzuschließen. Für einige Leistungen wie für Medikamente, Zahnersatz, häusliche Krankenpflege wird von den Versicherten eine Selbstbeteiligung verlangt.

Das deutsche Gesundheitswesen zeichnet sich durch einen starken Korporatismus aus (vgl. Gerlinger und Burkhardt 2012c). Die wesentliche Verantwortung für die Steuerung (inklusive Kostensteuerung) des Gesundheitswesens ist auf die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), der Kassenärzte (Kassenärztliche Bundesvereinigung, KBV), der Kassenzahnärzte (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, KZBV) und der Krankenhäuser (Deutsche Krankenhausgesellschaft, DKG) übertragen worden. Das zentrale Steuerungsorgan des selbstverwalteten Gesundheitswesens ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), welchem die Spitzenverbände der Tarifpartner, eine unparteiische Vorsitzende, zwei weitere unparteiische Mitglieder und nicht stimmberechtigte PatientInnenvertreterInnen angehören. Der G-BA konkretisiert, welche stationären und ambulanten Leistungen «ausreichend, zweckmässig und wirtschaftlich» sind (§ 92 Sozialgesetzbuch (SGB) V). Die wesentliche Aufgabe des G-BA besteht darin, den Leistungskatalog der GKV durch Richtlinien festzulegen und damit die Gesundheitsversorgung sicherzustellen und weiterzuentwickeln (vgl. Gerlinger und Burkhardt 2012e und Gerlinger 2012). So werden Behandlungs- und Diagnosemethoden sowie Medikamente regelmässig hinsichtlich ihres Nutzens und ihrer Wirtschaftlichkeit überprüft. Zudem sorgt der G-BA mit dem Erlass von Richtlinien für Behandlungs- und Diagnosemethoden für die Qualitätssicherung. Die Gebührenordnung der Kassenärzte, der sog. einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) wird ebenfalls im G-BA zwischen der KBV, KZBV und dem GKV-Spitzenverband ausgehandelt. Ausserdem werden im G-BA Bundesmantelverträge für die Vergütung der Leistungserbringer vereinbart. Die vom G-BA beschlossenen Richtlinien müssen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgelegt werden und können vom BMG innerhalb von zwei Monaten beanstandet werden. Werden keine Richtlinien beschlossen bzw. kommen diese nicht fristgerecht zustande, kann das BMG diese selbst erlassen («Ersatzvornahme» bzw. subsidiäre Kompetenz). Eine weitere Besonderheit im ambulanten Bereich liegt darin, dass die Ärzte der kassenärztlichen Vereinigungen, d.h. die Vertragsärzte der Krankenkassen, den gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung haben. Entsprechend fällt die Bedarfsplanung in die Hoheit der KVen und der KK-Landesverbände. Die KVen sind zudem für die Zulassung der Ärzte, welche mit der GKV abrechnen dürfen, zuständig. Im stationären Bereich haben dagegen die Länder den Versorgungsauftrag und sind entsprechend für die Bedarfsplanung und Zulassung von Krankenhäusern zuständig (vgl. Gerlinger und Schönwälder 2012b). Darüber hinaus tragen die Länder auch Finanzierungsverantwortung, in dem sie für die Finanzierung von Krankenhausinvestitionen zuständig sind.

Box 2: Kurzüberblick über das niederländische Gesundheitssystem

Das niederländische System orientiert sich mit Einführung des «Health Insurance Act» in 2006 stark an einem Modell des regulierten Wettbewerbs. Es besteht seit 2006 eine einheitliche, obligatorische Grundversicherung mit freier Versicherungswahl und Risikoausgleich. Die Krankenversicherungen, private, meist nicht gewinnorientierte Unternehmen stehen dabei im Wettbewerb um die Versicherten. Finanziert wird das Gesundheitswesen zum Grossteil hälftig über krankenkassenspezifische Einheitsprämien und hälftig über einkommensabhängige Sozialversicherungsbeiträge. Die Finanzierung der Prämien Jugendlicher geschieht durch Staatsmittel, über individuelle Krankenversicherungszuschläge werden einkommensschwache Haushalte entlastet. Die Sozialversicherungsbeiträge werden von der Steuerverwaltung erhoben und dem niederländischen Gesundheitsfonds überwiesen, welcher die Mittel risikoadjustiert an die Krankenversicherer ausbezahlt. Die Einheitsprämien werden von den privaten Haushalten direkt an die Krankenversicherung bezahlt, oftmals (zu gut 65 %) wird ein vergünstigter Versicherungsvertrag über den Arbeitgeber mit den Versicherungen ausgehandelt. Die niederländische Regierung, beziehungsweise das Gesundheitsministerium ist stärker in der Rolle eines Regulators. Es setzt beispielsweise den obligatorischen Leistungskatalog fest und bestimmt die Höhe der privaten Kostenbeteiligung. Es besteht Tarifautonomie mit politisch gut organisierten Interessengruppen. Die Leistungserbringer stehen grundsätzlich im Wettbewerb, dies wird durch Entschädigungsformen, wie die holländische DRG Version (DBC) für den stationären Bereich und den Spezialistenbereich, die weitgehende Verhandlungsfreiheit mit der Möglichkeit zu selektiven Kontrahieren zwischen Versicherungen und Leistungserbringern (Hospitälern, Spezialisten und gewisse Bereiche der Hausarztschädigung) bestärkt. Die Spezialisten sind entweder Angestellte im Hospital oder Selbständige, die dem Hospital Infrastrukturnutzungsentgelte entrichten. Im ambulanten Grundversorgungsbereich kommt den Hausärzten eine bedeutende «gatekeeper» Funktion zu. Für sie kommt i) eine Kombination aus fester Entschädigung in Abhängigkeit des Patientenpools («capitation fee») und einer Einzelleistungsentschädigung (gemeinsam ca. 80 % der Leistungen mit Vertragszwang), ii) eine Pauschalentschädigung im Bereich integrierte Versorgung und iii) eine «pay for performance» Komponente zur Anwendung. Diese beiden letzten Teile machen ca. 20 % der Leistungen aus und können zwischen Hausärzten und Versicherungen (selektiv) ausgehandelt werden. Die Kostenbeteiligung, welche in den letzten Jahren angestiegen ist, beträgt gegenwärtig knapp 400 Euro, ausgenommen sind Leistungen für Mutterschaft, Leistungen des Hausarztes sowie Leistungen für unter 18 Jährige. Die privaten Haushalte können sich für eine höhere Kostenbeteiligung entscheiden und es besteht ein grosser Markt für Zusatzversicherungen (gut 90 % der Versicherten haben eine Zusatzversicherung).²⁸

28 Vgl. Thewissen et al. (2015) und European Observatory on Health Systems and Policies (Kroneman et al. 2016) für eine kompakte Systembeschreibung und Okma und Crivelli (2013) für einen Vergleich zwischen dem Gesundheitswesen der Schweiz und den Niederlanden.

Box 3: Umsetzung der Zielvorgabe, Sanktionen, Ausnahmen und subsidiäre Kompetenz

Ambulanter Bereich: Die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen im ambulanten Bereich in der GKV hat ihre gesetzliche Grundlage in § 72 Abs. 1 SGB V, wonach Ärzte und Krankenkassen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zusammenwirken müssen. Die ambulante Versorgung und damit die Globalbudgets werden auf drei Stufen vertraglich geregelt: auf der Bundesebene werden die Rahmenbedingungen (Tarife und Leistungskatalog) gesetzt, auf der Landesebene wird in einem ersten Schritt durch Verhandlungen zwischen KV und KK-Landesverband das Globalbudget für alle niedergelassenen Ärzte (morbiditätsorientierte Gesamtvergütung) für das jeweilige Bundesland festgelegt, bevor in der dritten Stufe die KV das Globalbudget auf die Ärzte in Form von Praxisglobalbudgets (Regelleistungsvolumen) verteilt.

Einigung auf Bundesebene: Auf der Bundesebene sorgen die Spitzenverbände von Ärzten und Krankenkassen im G-BA dafür, dass ein einheitlicher Standard für die ambulante Versorgung für die gesamte Bundesrepublik gewährleistet wird (vgl. Gerlinger und Burkardt 2012c). Dazu wird im G-BA ein Bundesmantelvertrag vereinbart, der die finanziellen und inhaltlichen Rahmenbedingungen für die ambulante ärztliche Versorgung festlegt. Somit werden im Wesentlichen der Qualitätsmassstab für Behandlungen und der Leistungskatalog und die Tarife für die ambulanten Behandlungen, d.h. der EBM, als Rahmen für die Verhandlungen auf der Länderebene vorgegeben (vgl. Gerlinger und Burkhardt 2012a). Seit 2008 ist ein neuer EBM in Kraft, gemäss dem die ärztlichen Leistungen grundsätzlich durch Pauschalen abgegolten werden sollen. Dabei sind Ausnahmen z.B. für besonders förderungswürdige Leistungen vorgesehen, welche weiterhin als Einzelleistung vergütet werden können. Der G-BA gibt einen bundeseinheitlichen Orientierungswert der Vergütung eines EBM-Leistungspunkts in Euro für die Verhandlungen zwischen KVen und KK-Landesverbänden auf der Landesebene vor. Die Tarifpartner auf der Landesebene können basierend auf dem Orientierungswert landesspezifische Zu- und Abschläge vereinbaren, um den regionalen Besonderheiten in der Kosten- und Versorgungsstruktur Rechnung zu tragen (vgl. KBV-Fortbildungsheft 2012, Nr. 6).

Einigung auf Landesebene: Auf der Landesebene wird in einer ersten Stufe das Globalbudget des ambulanten Sektors, die sog. morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (MGV), zwischen KVen und KK-Landesverbänden im sog. Landesausschuss im Rahmen eines Gesamtvertrags vereinbart (vgl. KBV Fortbildungsheft 2012, Nr. 6). Der Bundesmantelvertrag ist automatisch Teil des Gesamtvertrags auf der Landesebene. Nach §71 Abs. 1 SGB V müssen die Vertragsparteien bei der Aushandlung des Globalbudgets dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität folgen, es sei denn, die medizinisch notwendige Versorgung ist auch nach Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven nicht gewährleistet. Dabei bestehen Ausnahmen z.B. für Vorsorge- und Früherkennungsmassnahmen und strukturierte Behandlungen chronisch Kranker und Einschränkungen dieses Grundsatzes für bestimmte Leistungsbereiche wie im ambulanten Bereich (vgl. Abschnitt 4.1). Aufgrund der Veränderung der Morbiditätsstruktur darf im Rahmen der MGV der Grundsatz der Beitragssatzstabilität modifiziert werden (vgl. Peters 2017, S. 92f.). Hintergrund dafür ist, dass das Morbiditätsrisiko allein von den Krankenkassen getragen werden sollte. Dabei wird der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nur im Hinblick auf die medizinisch notwendige Leistungsmenge modifiziert. Die Tarifgestaltung orientiert sich weiterhin am Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Aus ökonomischer Sicht ist diese Regelung effizient, da eine Ausgabensteigerung aufgrund der Zunahme der Krankheitslast (Demografie, Morbidität) und durch «echten» medizinischen Fortschritt von den Krankenkassen bzw. Versicherten zu schultern sind, während solche aufgrund von Ineffizienzen wie der angebotsinduzierten Nachfrage, durch die Ärzteschaft getra-

gen werden sollten (vgl. Gerlinger und Burkhardt 2012b). Konkret wird die MGV, die seit 2009 in Kraft ist, auf Basis des Behandlungsbedarfs der Patienten, welches sich am Vorjahresvolumen orientiert, dem regional angepassten EBM-Tarif, der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten festgelegt (vgl. Blankart und Busse 2017).

Runterbrechen auf die Ebene des Leistungserbringers: Nach Aushandlung des Globalbudgets ist es Aufgabe der KV das Globalbudget nach Massgabe des ebenfalls zwischen KV und KK-Landesverband ausgehandelten Verteilungsmassstabs und gewisser gesetzlicher Kriterien auf die Kassenärzte zu verteilen (vgl. Gerlinger und Burkhardt 2012a). So ist jeweils ein getrenntes Globalbudget für die Haus- und Fachärzte festzulegen. Jedem Kassenarzt wird prospektiv pro Quartal ein fixes Globalbudget, das Regelleistungsvolumen, auf Basis des Behandlungsbedarfs der Patienten zugeteilt (vgl. Blankart und Busse 2017 sowie Gerlinger und Burkhardt 2012a). Das Regelleistungsvolumen ergibt sich aus der arztgruppenspezifischen Vergütung eines Falls (Fallwert), der Fallzahl auf Basis des Vorjahresquartals und dem morbiditätsorientierten Gewichtungsfaktor (Alter).

Sanktionsmechanismus: Überschreitet ein Arzt 150 % des arztgruppenspezifischen Durchschnitts des Regelleistungsvolumens, erfolgt eine Wirtschaftlichkeitsprüfung des betroffenen Arztes durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen. Auf Basis dieser Prüfung wird entschieden, ob eine Sanktionierung in Form eines degressiv gestaffelten Abschlags der EBM-Punktwerte erfolgt. Neben den zwischen KK-Landesverband und KV vereinbarten Ausnahmen von der MGV, sind zudem gesetzlich definierte Ausnahmen für die Regelleistungsvolumen vorgesehen. So gibt es z.B. keine Mengengrenze in unterversorgten Regionen und für Überschreitungen des Regelleistungsvolumens aufgrund von Verschiebungen von stationärer zu ambulanter Behandlung.

Stationärer Bereich: Im stationären Bereich ist der Umsetzungsprozess des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität ebenfalls auf drei Stufen verteilt.

Einigung auf Bundesebene: Im Rahmen des DRG Entschädigungsregime verhandeln auf der Bundesebene der GKV-Spitzenverband und die deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) über den Bundesbasisfallwert, den Fallpauschalen-Katalog und die Bewertungsrelationen zwischen den Leistungen (vgl. § 9 Abs 1, KHEntG). Zudem werden Zusatzentgelte für bestimmte Leistungen vereinbart. Seit dem Jahr 2010 orientiert sich die Veränderung des Bundesbasisfallwerts nicht mehr allein an der Veränderung der Grundlohnsumme (vgl. Gerlinger 2012c). Gesetzlich muss die Veränderung des Bundesbasisfallwerts in einem Intervall zwischen der Veränderungsrate der Personal- und Sachkosten des Krankenhausesektors (Orientierungswert) und der Veränderungsrate der Grundlohnsumme zu liegen kommen. Ist der Orientierungswert geringer als die Veränderungsrate der Grundlohnsumme, erfolgen keine Verhandlungen und der Veränderungswert des Bundesbasisfallwerts wird auf die Veränderungsrate der Grundlohnsumme festgelegt (vgl. Blankart und Busse 2017). Der Bundesbasisfallwert ist ein Orientierungswert für die Verhandlungen über die Landesbasisfallwerte und diese sollen in einem Korridor zwischen +2,5 % und -1,25 % des Bundesbasisfallwerts zu liegen kommen.

Einigung auf Landesebene: In der zweiten Stufe verhandeln die KK-Landesverbände und die Landeskrankhausgesellschaften im Landesausschuss über die Höhe und Veränderung des für alle Krankenhäuser in einem Bundesland geltenden Landesbasisfallwerts (vgl. § 10 Abs. 1 KHEntG). Der Veränderungswert des Landesbasisfallwerts darf den Veränderungswert des Bundesbasisfallwerts grundsätzlich nicht überschreiten, wobei Ausnahmen aufgrund technischer

Gründe, Korrekturen von Fehlschätzungen des Landesbasisfallwerts oder temporärer Zuschläge erlaubt sind (vgl. § 10 Abs. 4 KHEntG). Seit 2016 gilt zudem, dass die Veränderung des Landesbasisfallwertes um einen bestimmten Betrag hochgesetzt werden kann, wenn die Krankenhaus-tarifflöhne stärker zunehmen als der Basisfallwert.

Einigung auf Krankensebene: Im Unterschied zum ambulanten Bereich wird kein Globalbudget für den gesamten stationären Bereich vorgegeben, sondern die Globalbudgets werden auf der Krankensebene zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern verhandelt (vgl. Blankart und Busse 2017). Unter Vorgabe der bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen zwischen den Fallpauschalen verschiedener Leistungen, der Zusatzentgelte für bestimmte Leistungen und dem Landesbasisfallwert, wird ein Case-Mix verhandelt, woraus der wesentliche Teil des Globalbudgets für das Krankenhaus resultiert (ca. 82 %) – das Erlösbudget (vgl. §4 KHEntG). Darüber hinaus wird auf gesetzlicher Basis ein Budget für krankensebeneindividuelle Leistungen (Erlössumme), welches z.B. Sicherstellungszuschläge für unterversorgte Gebiete oder Zusatzentgelte für besonders förderungswürdige Leistungen, umfasst, vereinbart, welche das Globalbudget komplettieren.

Sanktionsmechanismus: Um Über- und Unterschreitungen des vereinbarten Globalbudgets auszugleichen, müssen die Krankenhäuser im Folgejahr 65 % der Budgetüberschreitung an die GKV zurückzahlen und bekommen bei Budgetunterschreitung 20 % (ausser für Arzneimittel und Medizinalprodukte) erstattet (vgl. Blankart und Busse 2017). Zusätzlich gibt es eine Sanktionierung bei Ausdehnung der Leistungen über den vereinbarten Umfang hinaus. Seit 2017 ist eine Verschärfung der Sanktionierung eingeführt worden, wonach Mehrleistungen grundsätzlich mit einem Abschlag in Höhe der Fixkosten für die nächsten drei Jahre versehen werden sollen. sog. Fixkostendegression (§ 10 Abs. 13 KHEntG). Die Höhe des Abschlags wird auf der Landesebene vereinbart. Einige Leistungen wie Transplantationen sind davon ausgenommen und bei anderen Leistungen ist ein Abschlag in Höhe von 50 % vorgesehen.

Schiedsstelle bei Nichteinigung: Kommt keine Einigung zwischen den Tarifpartnern auf der Bundes- oder Landesebene zustande (im ambulanten oder stationären Bereich), hat eine Schiedsstelle die subsidiäre Kompetenz für die Festlegung des Inhalts der Verträge innerhalb von drei Monaten zuständig. Ein Schiedsspruch wird mit einfacher Mehrheit der Mitglieder des Schiedsamts getroffen. Unabhängig davon, ob die Tarifpartner eine Einigung erzielen oder ein Schiedsamt die Vereinbarung trifft, müssen die Verträge bei einer Aufsichtsbehörde (Bundesministerium bzw. Landesministerium für Gesundheit) zur gesetzlichen Prüfung vorgelegt werden (vgl. KBV-Fortbildungsheft 2012, Nr. 6). Die Aufsichtsbehörde kann die Verträge, z.B. über die Globalbudgets, innerhalb von zwei Monaten beanstanden, wenn ein Rechtsverstoss vorliegt. Dies wäre z.B. der Fall, wenn die Behörde einen Verstoss gegen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität feststellt. Gegen den Bescheid der Behörde als auch den Schiedsspruch können die Tarifpartner Klage beim Sozialgericht einreichen. Andernfalls muss im Fall einer Beanstandung durch die Behörde neu verhandelt werden. Im stationären Bereich sind ebenfalls Schiedsstellen, welche aus Vertretern der Tarifpartner und unparteiischen Mitgliedern bestehen, auf der Bundes- und Landesebene eingerichtet (vgl. § 18a KHG). Sie besitzen damit eine subsidiäre Kompetenz bzw. das Recht zur Ersatzvornahme im Fall einer Nichteinigung der Tarifpartner.

Arbeitspapiere der EFV

Neue Reihe

(ISSN 1660-8240 bzw. -7937 (Internet))

- Nr. 21: Brändle, T., Colombier, C. (2017) Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2045
- Nr. 20: Brändle, T., Colombier, C. (2015) What Drives Public Health Care Expenditure Growth? Evidence from Swiss Cantons, 1970–2012
- Nr. 19: Colombier, C. (2012) Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060.
- Nr. 18: Bruchez, P.-A., Schlaffer, B. (2012) Endettement public excessif: mieux vaut prévenir que guérir
- Nr. 17: Geier, A. (2011) Konjunktur und Wachstum – Teil 2: Eine empirische Untersuchung für die Schweiz.
- Nr. 16: Colombier, C. (2011) Konjunktur und Wachstum – Teil 1: Eine Betrachtung aus theoretischer Sicht.
- Nr. 15: Geier, A. (2011) The debt brake – the Swiss fiscal rule at the federal level.
- Nr. 14: Geier, A. (2010), Ökonomische Blasen: thematische Übersicht und gegenwärtige Lage in der Schweiz.
- Nr. 13: Zeller, R., Geier, A. (2010), Auswirkung eines inflationsbedingten Zinsanstiegs auf die Altersvorsorge – Überlegungen im Zusammenhang mit der aktuellen Finanzkrise.
- Nr. 12: Bruchez, P.A (2010), Quatre questions concernant la conception des subventions – Privé versus public, libre choix, politique de l'arrosoir, subventionner les bénéficiaires ou les institutions?
- Nr. 11: Bruchez, P.A., Colombier, C., Geier, A., Schlaffer, B. et A. Rey (2009), Politique conjoncturelle de la Confédération.
- Nr. 10: Colombier, C. und W. Weber (2008), Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2050.
- Nr. 9: Bruchez, P.A., Colombier, C. und W. Weber (2005), Bundeshaushalt und Inflation.
- Nr. 8: Bruchez, P.A. et Ch. Schaltegger (2005), International Tax Competition and Trends in Tax Policy: Some Implications for Switzerland.
- Nr. 7: Bruchez, P.A. et D.S Gerber (2004), Sensibilité du 2^{ème} pilier aux chocs inflationnistes – Une discussion qualitative.
- Nr. 6: Fischer, R. (2004), Die Unterschiede in der Steuerbelastung der Kantone – Eine Analyse auf der Basis eines mikroökonomischen Haushaltsmodells.
- Nr. 5: Geier, A. (2004), Application of the Swiss Fiscal Rule to Artificial Data.
- Nr. 4: Colombier, C. (2004), Government and Growth.
- Nr. 3: Bruchez, P.A., Gisiger, M. und W. Weber (2004), Die Schweizer Finanzmarktinfrastuktur und die Rolle des Staates.
- Nr. 2: Colombier, C. (2004), Eine Neubewertung der Schuldenbremse; unter Mitarbeit von: F. Bodmer, P. A. Bruchez, A. Geier, T. Haniotis, M. Himmel, U. Plavec, überarbeitete Version. (ursprüngliche Version: Nr. 1/2003)
- Nr. 1: Weber, W. (2004), Der «Index of Deflation Vulnerability» des IWF – Eine Analyse für die Schweiz.

Alte Reihe

Nr. 7/2003: Bodmer, F., Eine Analyse der Einnahmenschwankungen.

Nr. 6/2003: Bodmer, F. and A. Geier, Estimates for the Structural Deficit in Switzerland 2002 to 2007.

Nr. 5/2003: Colombier, C., Der Zusammenhang zwischen dem Bruttoinlandsprodukt und den Schweizer Bundeseinnahmen.

Nr. 4/2003: Bruchez, P. A., Will the Swiss fiscal rule lead to stabilisation of the public debt?

Nr. 3/2003: Bruchez, P. A., A modification of the HP Filter aiming at reducing the end point bias.

Nr. 2/2003: Bruchez, P. A., Réexamen du calcul du coefficient k.

Nr. 1/2003: Colombier, C., Eine Neubewertung der Schuldenbremse; unter Mitarbeit von: F. Bodmer, P. A. Bruchez, A. Geier, T. Haniotis, M. Himmel, U. Plavec. (überarbeitete Version: Nr. 2, neue Reihe)

Nr. 3/2002: Colombier, C., Der «Elchtest» für den Sondersatz der Mehrwertsteuer in der Hotellerie.

