

CAS Paralegal - Abschlussarbeit

Anwendbarkeit der Meistbegünstigungsklausel in Tarifverträgen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Name der Verfasserin: Sabrina Müller
Mühlestrasse 3b
8855 Wangen

Name des Betreuers: Maximilian Diem

Klassenbezeichnung: W WB-W-CAS-PL-08-21-1

Datum: 9. Juni 2021

Inhaltsverzeichnis

Literaturverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis.....	V
1 Einleitung.....	1
1.1 Ausgangslage	1
2 Grundsatz des KVG.....	2
2.1 Gesetzliche Vorgaben gem. KVG.....	3
2.1.1 Wirksamkeit	3
2.1.2 Zweckmässigkeit.....	3
2.1.3 Wirtschaftlichkeit	4
2.2 Verhandlungspartner.....	4
2.2.1 Vertragsgemeinschaften	4
2.2.2 Verhandlungsprimat	5
2.2.3 Kontrahierungszwang im KVG	5
3 Tarif	6
3.1 Definition (Tarif).....	6
3.2 Betriebswirtschaftliche Analyse	7
4 Tarifvertrag	7
4.1 Tarifvertragsautonomie	8
5 Genehmigungsprozess von Tarifverträgen	8
5.1 Preisüberwacher	9
5.1.1 Aufgabe und Verantwortlichkeit gemäss Preisüberwachergesetz (PüG)	9
5.1.2 Kompetenz im Rahmen des Genehmigungsprozess	9
5.2 Zuständigkeit von Bund und Kantonen.....	10
5.3 Prüfung des Vertragsinhalts	10
5.4 Beispiel aus der Praxis.....	11
6 Meistbegünstigungsklausel.....	11
6.1 Die Meistbegünstigungsklausel und ihre Anwendung in OKP Tarifverträgen.....	11
6.1.1 Definition der Meistbegünstigungsklausel.....	11

6.1.2	Anwendbarkeit der Meistbegünstigungsklausel in Tarifverträgen	12
7	Schutz des Wettbewerbs	14
7.1	Kartellgesetz (KG).....	14
7.1.1	Geltung des Kartellgesetzes.....	14
7.1.2	Anwendbarkeit in Tarifverhandlungen	14
7.2	Wettbewerbskommission (WEKO)	15
7.2.1	Beispiel aus der Praxis.....	15
8	Fazit	16

Literaturverzeichnis

BIENLEIN SELINA, Erstes Rechtsgutachten - Erstellung und Revision einer nationalen Tarifstruktur im KVG, in: H+ Die Spitäler der Schweiz (Hrsg.), Erstellung und Revision ambulanter nationaler Tarifstrukturen im KVG - Juristische und praktische Perspektiven und die Revision des Tarifrechts , Zürich/Basel/Genf 2017.

BRUMANN THOMAS BERNHARD, Der Tarifvertrag im Krankenversicherungsrecht, in: Kieser Ueli/Lendfers Miriam (Hrsg.), Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, Zürich/St. Gallen 2012.

BÜHRER ANDREAS/KIESER UELI/OGGIER WILLY, Tarif und Tarifierfassung in der Krankenversicherung - Ein juristischer, ökonomischer und methodischer Blick auf den ambulanten Bereich, Bern 2015.

EICHENBERGER THOMAS/HELMLE CLAUDIO, Kommentar zu Art. 43-44 KVG, in: Blechta Gabor P./Colatrella Philomena/Rüedi Hubert/Staffelbach Daniel, Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz, Art. 1-107 KVG, 1. Aufl., Basel 2019.

ETTER LINO, Kommentar zu Art. 46 KVG, in: Blechta Gabor P./Colatrella Philomena/Rüedi Hubert/Staffelbach Daniel, Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz, Art. 1-107 KVG, 1. Aufl., Basel 2019.

EUGSTER GEBHARD, Kommentar zu Art. 46 KVG, in: Stauffer Hans-Ulrich/Cardinaux Basile (Hrsg.), Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2018.

GROSS HAWK BEATRICE, Entstehung der Tarife, in: Mosimann Hans-Jakob/Steiger-Sackmann Sabine (Hrsg.), Handbücher für die Anwaltspraxis (HAP), Recht der Sozialen Sicherheit, Bd. 11, 1. Aufl., Basel 2014.

JACOBS RETO, Gesundheitswesen und Kartellgesetz, in: Jacobs Reto/Poledna Tomas (Hrsg.), Gesundheitsrecht im wettbewerblichen Umfeld, Bd. 16, Zürich/Basel/Genf 2010.

MOSER MARKUS, Wettbewerb unter Krankenkassen, in: Jacobs Reto/Poledna Tomas (Hrsg.), Gesundheitsrecht im wettbewerblichen Umfeld, Bd. 16, Zürich/Basel/Genf 2010.

OGGIER WILLY/SAXER URS, Recht und Ökonomie der KVG-Tarifgestaltung, Bd. 17, Zürich/Basel/Genf 2010.

OGGIER WILLY/VOKINGER KERSTIN NOËLLE, Kommentar zu Art. 32 KVG, in: Blechta Gabor P./Colatrella Philomena/Rüedi Hubert/Staffelbach Daniel, Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz, Art. 1-107 KVG, 1. Aufl., Basel 2019.

POLEDNA TOMAS, Ausstand von Leistungserbringern im Krankenversicherungsrecht - Überblick und Grundlagen, AJP 2004.

(SCHALLER OLIVIER/TAGMANN CHRISTOPH, Kartellrecht und öffentliches Recht - neuere Praxis im Bereich des Gesundheitswesens, AJP 2004.

WETTBEWERBSKOMMISSION (WEKO), Jahresbericht 2019 der Wettbewerbskommission (WEKO), RPW 2020/1.

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AJP	Aktuelle Juristische Praxis
Art.	Artikel
Aufl.	Auflage
Bd.	Band
bez.	bezüglich
BGE	Entscheidungen des Schweizerischen Bundesgerichts
BGer	Schweizerische Bundesgericht
BIP	Bruttoinlandprodukt
BSK	Basler Kommentar
bspw.	beispielsweise
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999, SR 101
BVGer	Bundesverwaltungsgerichtsentscheid
DRG	Diagnosis Related Group
E.	Erwägung
etc.	et cetera
ff.	fortfolgende
gem.	gemäss
Hrsg.	Herausgeber
i.d.R.	in der Regel
i.V.m.	in Verbindung mit
KG	Bundesgesetz über Kartelle und andere Wettbewerbsbeschränkungen (Kartellgesetz) vom 6. Oktober 1995, SR 251
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz) vom 18. März 1994, SR 832.10
lit.	littera
N	Randnote
OKP	obligatorische Krankenpflegeversicherung
OR	Bundesgesetz betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs (5. Teil: Obligationenrecht) vom 30. März 1911, SR 220
PüG	Preisüberwachergesetz (PüG) vom 20. Dezember 1985, SR 942.20

resp.	respektive
RPW	Recht und Politik des Wettbewerbs
Rz.	Randziffer
S.	Seite
vgl.	vergleiche
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertrags- gesetz) vom 2. April 1908, SR 221.229.1
WEKO	Wettbewerbskommission
z.B.	zum Beispiel

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Die Gesundheitsausgaben in der Schweiz steigen im Bereich der Grundversicherung jedes Jahr weiter an. Für das Jahr 2020 werden die Gesundheitsausgaben laut einer Prognose sogar auf rund 85 Millionen Schweizer Franken geschätzt.¹ Das Verhältnis zwischen den Gesundheitsausgaben und dem BIP zeigt auf, wie die Kostenbelastung im Gesundheitswesen in Beziehung zur ökonomischen Leistungsfähigkeit eines Landes ist. Dieses Verhältnis als Referenzwert kann für den internationalen Vergleich verwendet werden. Im Jahr 2018 zeigt sich, dass dieses Verhältnis 11,2% betrug. Dieser Wert platzierte die Schweiz im internationalen Vergleich in die Spitzengruppe der Länder mit relativ hohen Gesundheitsausgaben. Lediglich die USA (16,9%), Deutschland (11,5%) und Frankreich (11,3%) hatten ein höheres Niveau.²

Die Kosten im Gesundheitswesen werden einerseits durch die einzelnen Leistungserbringer ausgelöst. Hier sind seit dem Jahr 1985 die Spitäler, die Ärzte sowie Sozialmedizinische Institutionen die Top 3 der Leistungserbringer mit dem höchsten Kostenanteil.³ Andererseits ist die Höhe des Tarifs eines Leistungserbringers für die von ihm erbrachte medizinische Leistung massgebend. Diese Tarife werden im Rahmen von Tarifverträgen festgehalten.⁴ Verhandelt werden diese Tarife im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) durch drei eigenständige, konkurrenzierende Einkaufsgemeinschaften mit den jeweiligen anerkannten Leistungserbringer.

Durch diesen Wettbewerb soll sichergestellt werden, dass das Schweizer Gesundheitswesen, auch in Zukunft bezahlbar bleibt.

In der vorliegenden Arbeit wird die Anwendung der sogenannten Meistbegünstigungsklausel in Tarifverträgen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung rechtlich untersucht. Dazu werden zuerst die Ziele des 1996 in Kraft gesetzten Krankenversiche-

¹ STATISTA, Gesundheitsausgaben in der Schweiz von 2012 bis 2020, 1.12.2020 (www.statista.com), zuletzt besucht am 13.4.2021.

² BUNDESAMT FÜR STATISTIK (BFS), Entwicklung der Gesundheitsausgaben, 16.11.2020 (www.bfs.admin.ch), zuletzt besucht am 16.5.2021.

³ STATISTA, Struktur der Gesundheitsausgaben in der Schweiz nach Leistungserbringern von 1985 bis 2018, 23.11.2020 (www.statista.com), zuletzt besucht am 13.4.2021.

⁴ BRUMANN, S. 123.

rungsgesetzes (KVG) und deren Auswirkungen auf mögliche Preisfindung und Preisgestaltung erläutert. Insbesondere wird auf das Instrument des Tarifvertrages im Detail eingegangen, um heraus zu arbeiten, ob solche aus dem allgemeinen Vertragsrecht bekannten Meistbegünstigten- oder Bestpreisklauseln in diesen Verträgen Anwendung finden bzw. weshalb allenfalls nicht.

Auf den Tarifverträgen übergeordnete Tarifstrukturverträge, welche auf nationaler Ebene verhandelt werden, wie z.B. TARMED für ambulante Leistungen in Arztpraxen oder Spitälern, wird nicht eingegangen. Wie die rechtliche Situation betreffend dieser Klausel bei Tarifverträgen im Bereich der Krankenpflegezusatzversicherung ist, wird ebenfalls nicht thematisiert, da diese nicht dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) unterstehen.

Da solche Meistbegünstigungsklauseln zudem auch aus kartellrechtlicher Perspektive problematisch eingeschätzt werden, wird am Schluss dieser Arbeit noch kurz eine Einordnung der OKP in diesen Rechtsbereich vorgenommen.

2 Grundsatz des KVG

Das KVG gibt als Ziel in Art. 32 ff. i.V.m. Art. 43 Abs. 6 KVG den Tarifvertragsparteien sowie den zuständigen Behörden vor, „dass eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird.“⁵ Gemäss Art. 42 Abs. 1 KVG müssen die Rechnungen von den Leistungserbringern nach Tarifen und Preisen fakturiert werden. Diese Tarife und Preise sind in Verträgen zwischen den Leistungserbringern und Krankenversicherern zu vereinbaren. Dabei hat der Gesetzgeber den Tarifvertragsparteien die Kompetenz des Vertragsprimats zugesprochen. Falls trotz mehreren Verhandlungsrunden keine Einigkeit zustande kommt, dann muss die zuständige Behörde den Tarif gem. Art. 43 Abs. 4 KVG festsetzen.⁶

⁵ OGGIER/SAXER, S. 11.

⁶ BRUMANN, S. 125.

2.1 Gesetzliche Vorgaben gem. KVG

Die Leistungserbringer sind nach Art. 43 KVG in Bezug auf die Rechnungsstellung von erbrachten Leistungen nach KVG verpflichtet, sich an die jeweiligen Tarifverträge oder amtlich festgehaltene Tarife und Preise zu halten.⁷ Dies bedeutet ferner, dass die Patienten einen Tarifschutz geniessen (Art. 44 KVG), in dem die zugelassenen Leistungserbringer lediglich die vereinbarten Tarife und Preise nach KVG in Rechnung stellen dürfen.⁸

2.1.1 Wirksamkeit

Die Wirksamkeit muss mit wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen werden können. Massgebend ist demnach, ob die therapeutische oder diagnostische Massnahme von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis als geeignet angesehen wird, das angestrebte therapeutische oder diagnostische Ziel zu erreichen.⁹

2.1.2 Zweckmässigkeit

Zweckmässigkeit bedeutet, dass die Wirksamkeit einer medizinischen Leistung vorausgesetzt wird. Zweckmässigkeit definiert sozusagen die Wirksamkeit im konkreten Einzelfall: Sie beurteilt, ob die Wirksamkeit einer medizinischen Leistung unter den konkreten Umständen eines bestimmten Patienten (Vorzustand, Alter, Komorbiditäten, bereits erfolgte Behandlungen etc.) gegeben ist. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung, ist eine Therapie dann zweckmässig, wenn der angestrebte Erfolg unter Berücksichtigung der Risiken den besten diagnostischen und therapeutischen Nutzen hat.¹⁰

⁷ BSK-EICHENBERGER/HELMLE, Art. 43 KVG N 2.

⁸ BSK-EICHENBERGER/HELMLE, Art. 44 KVG N 4.

⁹ BGE 133 V 115, E. 3.2.1.

¹⁰ BSK-OGGIER/VOKINGER, Art. 32 KVG N 12.

2.1.3 Wirtschaftlichkeit

Nach einem Bundesverwaltungsgerichtsentscheid vom Jahr 2014 wird der Wirtschaftlichkeitsbegriff so definiert, dass die Leistungen in einem angemessenen Kosten-Nutzen-Verhältnis stehen müssen.¹¹ Das heisst konkret, dass der angestrebte Erfolg zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird. Bei einer neuen Leistung bedeutet dies, dass diese nur dann mehr als eine bereits anerkannte Leistung kosten darf, wenn sie entsprechend mehr Nutzen bringt.¹²

2.2 Verhandlungspartner

In einem Tarifvertragsverhältnis stehen sich grundsätzlich die Krankenversicherer und die zugelassenen Leistungserbringer gegenüber. Bereits aus dem Gesetzeswortlaut von Art. 46 KVG ist zu entnehmen, dass auf der einen Seite die einzelnen Leistungserbringer als auch mehrere Leistungserbringer oder die Leistungserbringerverbände als Vertragspartner auftreten. Sowie auf der anderen Seite einzelne Krankenversicherer als auch mehrere Krankenversicherer oder deren Verbände als Vertragspartner die Verhandlungen führen. Die Tarifverträge können von beiden Seiten in jeder Kombination abgeschlossen werden.¹³

2.2.1 Vertragsgemeinschaften

Treten mehrere Leistungserbringer oder mehrere Versicherer in einer Verhandlung zusammen auf, dann spricht man von einer Vertragsgemeinschaft oder Gruppe (vgl. BVGer 1. 9. 2017, C-3322/2015, E. 1.1.). Ein Verband im Sinne von Art. 46 Abs. 2 KVG muss grundsätzlich zum Genehmigungszeitpunkt über Mitglieder verfügen. Somit sind solche Verbände i.d.R. Vereine oder auch Genossenschaften sowie öffentlich-rechtliche Körperschaften (vgl. Art. 59 ZGB). In der Praxis sind die Versicherer meist als Vertragsgemeinschaften organisiert und lassen die Tarifverträge durch bevollmächtigte Vertreter verhandeln (zum Zeitpunkt des Erfassens dieser Arbeit sind dies tarifsuisse AG, Einkaufsgemeinschaft HSK AG, CSS AG).¹⁴

¹¹ EICHENBERGER/HELMLE, N 17.

¹² BÜHRER/KIESER/OGGIER, S. 112.

¹³ BSK-ETTER, Art. 46 KVG N 1.

¹⁴ BSK-ETTER, Art. 46 KVG N 2.

2.2.2 Verhandlungsprimat

Im Gegensatz zur gesetzlichen Regulierung des Leistungsrechts (Spitalplanung, Positiv- und Negativlisten für Pflichtleistungen) gibt das Gesetz unter Art. 43 Abs. 4 Satz 1 KVG für die Vergütung der Leistungen das Verhandlungsprimat vor.¹⁵ Die Tarifpartner sind somit verpflichtet Verhandlungen zu führen, da Art. 41 Abs. 1 KVG die volle Kostendeckungspflicht voraussetzt, was wiederum voraussetzt, dass für die Abgeltung entsprechende Tarife vorhanden sind. Das Verhandlungsprimat wird so hoch gewichtet, dass sich die Tarifpartner selbst während einem hängigen Beschwerdeverfahren nach Art. 53 KVG noch einigen können.¹⁶

Der Gesetzgeber hat mit der Tarifverhandlungspflicht im Grundversicherungsbereich somit bewusst eine Einschränkung der Wirtschaftsfreiheit (Art. 27 BV) geschaffen.¹⁷ Dies wird zudem durch einen immer aufs Neue umstrittenen Kontrahierungszwang verstärkt.

2.2.3 Kontrahierungszwang im KVG

Gemäss KVG gilt ein Kontrahierungszwang zwischen den Versicherern und den anerkannten Leistungserbringern. Dies im Unterschied zur gesetzlichen Norm von Art. 19 Abs. 1 OR, welche besagt, dass eine Vertragsfreiheit besteht und jeder mit jedem einen Vertrag abschliessen *kann*. Der Kontrahierungszwang im KVG sieht also eine Verpflichtung vor, dass der Krankenversicherer mit den zugelassenen Leistungserbringern einen Tarifvertrag abschliesst. Kommt trotz dieser Pflicht keine vertragliche Einigung zwischen den Tarifpartnern zustande, setzt die kantonale Regierung einen Tarif fest.¹⁸ Der Kanton hat einzig die Kompetenz die Zulassung der Leistungserbringer zu steuern. Er hat gem. Art. 38 KVG bei den Spitälern sowie Pflegeheimen und gem. Art. 55a KVG bei Leistungserbringer im ambulanten Bereich die Möglichkeit einen Zulassungsstopp vorzunehmen.¹⁹

¹⁵ GROSS HAWK, Rz. 34.76.

¹⁶ GROSS HAWK, Rz. 34.80.

¹⁷ EUGSTER, N 6 zu Art. 46 KVG.

¹⁸ POLEDNA, S. 651.

¹⁹ MOSER, S. 46.

3 Tarif

3.1 Definition (Tarif)

Der Tarif ist eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung (Art. 43 Abs. 2 KVG). Im KVG ist jedoch der Begriff des Tarifs nicht weiter ausgeführt.²⁰ Art. 43 Abs. 6 KVG ist gemäss Rechtsprechung als Leitschnur für die Tarifgestaltung anzusehen. Es gibt bei der Tarifgestaltung einen grossen Ermessensspielraum, jedoch immer mit Fokus auf das Ziel des KVG, eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Gesundheitsversorgung zu möglichst günstigen Kosten zu erreichen.²¹

Gemäss Art. 43 Abs. 2 KVG gibt es drei verschiedene Arten von Tarifen: Den Zeittarif (lit. a), den Einzelleistungstarif (lit. b) und den Pauschaltarif (lit. c).²² Diese Aufzählung ist nicht abschliessend und eine Kombination der verschiedenen Tarifarten ist möglich.²³

Beim Zeittarif wird der Leistungserbringer nach seinem effektiven Zeitaufwand beziffert. Diese Art von Tarif kommt nicht häufig vor, da dieser Anreize schafft, die Behandlungsdauer auszudehnen. Der Tarif wird bspw. für die Pflegeleistungen in Pflegeheimen oder in der ambulanten Krankenpflege angewendet.²⁴

Beim Einzelleistungstarif verrechnet der Leistungserbringer die erbrachte Leistung nach einem bestimmten Tarif.²⁵ Der zu vereinbarende Wert in Schweizer Franken stellt den Tarif dar, welcher mit dem in der Tarifstruktur vorgegebenen Wert multipliziert, die effektive Vergütung ergibt. Demzufolge wäre dies der Taxpunktwert im Einzelleistungstarif TARMED.²⁶

Beim Pauschaltarif gibt es eine Pauschale für die Behandlung, welche verrechnet werden darf. Solche Pauschalen decken ungeachtet des effektiven Aufwands sämtliche Aufwendungen im Zusammenhang mit der Behandlung ab. Die wohl wichtigste Pauschale in der Praxis ist die Fallpauschale für die Abgeltung der stationären Behandlung

²⁰ BSK-EICHENBERGER/HELMLE, Art. 43 KVG N 5.

²¹ BÜHRER/KIESER/OGGIER, S. 47.

²² BSK-EICHENBERGER/HELMLE, Art. 43 KVG N 6.

²³ BSK-EICHENBERGER/HELMLE, Art. 43 KVG N 7.

²⁴ BSK-EICHENBERGER/HELMLE, Art. 43 KVG N 8.

²⁵ BSK-EICHENBERGER/HELMLE, Art. 43 KVG N 9.

²⁶ BRUMANN, S. 125.

in Spitälern. Jede Behandlung wird anhand bestimmter Kriterien wie Diagnose, Alter, Geschlecht einer Diagnosis Related Group (DRG) zugeordnet. Mit dieser Pauschale sind sämtliche für die Behandlung nötigen Leistungen abgegolten.²⁷

3.2 Betriebswirtschaftliche Analyse

Das Schweizerische Bundesgericht (BGer) hat festgehalten, dass der Wortlaut „betriebswirtschaftliche Bemessung“ im Gesetz Art. 43 Abs. 4 Satz 2 KVG nicht näher definiert ist. Ebenfalls gibt es keine genaue Vorgabe hinsichtlich des Vorgehens.²⁸ Mit diesem Grundsatz wollte der Gesetzgeber „Basartarife“ verhindern und sicherstellen, dass stets eine nachvollziehbare Bemessungsgrundlage vorhanden ist. Die Tarifgestaltung muss sich dabei auf konkrete Kostendaten (Kosten für die Leistungserbringung) abstützen und so logisch nachvollziehbar sein. Dieses Gebot würde verletzt werden, wenn sich der Bundesrat oder andere Behörden bei der Tarifgestaltung von sachfremden Aspekten (politische Angelegenheiten, Bevorzugung einzelner Leistungserbringer- oder gruppen) leiten lassen würden.²⁹

4 Tarifvertrag

Es herrschte lange Zeit Uneinigkeit in der Lehre, ob es sich bei Tarifverträgen der OKP um Verträge öffentlich-rechtlicher oder privatrechtlicher Natur handelt.³⁰ Das BGer ordnete dieses Tarifvertragsverhältnis schliesslich in einem wegweisenden Entscheid der öffentlich-rechtlichen Natur zu (vgl. BGE 139 V 82 E. 3.1.2.). Die Essentialia negotii eines Tarifvertrags sind die verhandelte Taxe sowie der Verweis auf die anzuwendende Tarifstruktur.³¹ Zum Beispiel in der Einzelleistungstarifizierung sind laut BGer der Taxpunktwert sowie die Tarifstruktur die relevanten Bestandteile eines Tarifvertrags.³² Die gesetzliche Definition besagt somit, dass der Tarifvertrag ein Vertrag zwischen

²⁷ BSK-EICHENBERGER/HELMLE, Art. 43 KVG N 10.

²⁸ Urteil BGer 9C_476/2017 vom 29.3.2018, E. 6.4.1.

²⁹ BSK-EICHENBERGER/HELMLE, Art. 43 KVG N 23.

³⁰ BRUMANN, S. 129.

³¹ Zur Konstitution dieser Tarifstruktur werden die bereits genannten Tarifstrukturverträge verhandelt, welche in der vorliegenden Arbeit ausgeklammert bleiben.

³² BSK-ETTER, Art. 46 KVG N 6.

Versicherern und Leistungserbringern (zum Begriff Tarifpartner vgl. Punkt 2.2) über die Entschädigung von erbrachten medizinischen Leistungen ist.³³

4.1 Tarifvertragsautonomie

Bei Tarifverträgen gilt als Grundsatz die Vertragsautonomie (mit Genehmigungsvorbehalt durch die entsprechenden Behörden – siehe Punkt 5). Dabei dürfen die Tarifverträge, wie alle Verträge, keinen widerrechtlichen Inhalt enthalten und insbesondere nicht die zwingenden Bestimmungen des KVG verletzen. Die Vertragsautonomie wird als Instrument zur Kosteneindämmung eingesetzt.³⁴ Die Vertragspartner sind folglich innerhalb der Leitplanken des Rechts hinsichtlich der Ausfertigung des Vertragsinhalts frei. Es darf jedoch bspw. das vorgegebene Leistungsspektrum eines Leistungserbringers nicht mit einem Tarifvertrag beliebig erweitert werden.³⁵

5 Genehmigungsprozess von Tarifverträgen

Die Genehmigung eines Tarifvertrages hat konstitutive Wirkung (vgl. BVGE 2014/36 E. 24.4.2). Nicht genehmigte Tarife sind demzufolge nicht anwendbar. Ein vereinbarter, aber nicht genehmigter Vertrag, gilt dennoch als zustande gekommen, aber er zeitigt keine Rechtsfolgen.³⁶ Dies wird jedoch in der Praxis anders gehandhabt: Nach gelungener Vereinbarung zwischen zwei Verhandlungspartnern, wird der verhandelte Tarif meistens bereits vor der Genehmigung angewendet. Nur so können aufwendige Rückabwicklungen vermieden werden, wenn der bisher verrechnete und der verhandelte Tarif nicht identisch sind. Bei diesem Vorgehen besteht allerdings das Risiko, wenn die Behörde den Tarif nicht genehmigt, dass worst case eine Rückabwicklung der Tariffdifferenz zweimal vorgenommen werden muss. Dies kommt in der heutigen Praxis jedoch fast nicht vor.

³³ BRUMANN, S. 127.

³⁴ BIENLEIN, S. 23.

³⁵ BSK-ETTER, Art. 46 KVG N 6.

³⁶ EUGSTER, N 14 zu Art. 46 KVG.

5.1 Preisüberwacher

5.1.1 Aufgabe und Verantwortlichkeit gemäss Preisüberwachergesetz (PüG)

Der Preisüberwacher spielt in der Krankenversicherungsbranche ebenfalls eine Rolle. In seiner Aufgabe stützt er sich dabei auf das PüG. Das Ziel dieser Gesetzgebung ist die Preismissbrauchsbekämpfung. In Art. 13 Abs. 1 PüG werden die Beurteilungselemente für die ausschliesslich ökonomische Prüfung festgehalten. Die Aufgabe des Preisüberwachers im Bereich der Krankenversicherung bewegt sich somit im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebots (siehe Punkt 2.1.3).³⁷

5.1.2 Kompetenz im Rahmen des Genehmigungsprozess

Gem. Art. 14 Abs. 1 PüG muss bei der Genehmigung jedes Tarifvertrags bei welchem eine Preiserhöhung vereinbart wurde, der Preisüberwacher angehört werden. Bei der Prüfung durch den Preisüberwacher, kann dieser aufgrund der Gesetzesbestimmung beantragen, auf eine Tarifierhöhung zu verzichten, oder einen missbräuchlich beibehaltenen (zu hohen) Tarif zu senken. Durch den Einbezug des Preisüberwachers werden das öffentliche Interesse und auch die nicht an den Verhandlungen beteiligten Versicherten oder Prämienzahler berücksichtigt. Die entsprechende Genehmigungsbehörde, muss die Stellungnahme des Preisüberwachers, in den Genehmigungen (oder Nichtgenehmigungen) bekannt geben. Ebenfalls muss dabei begründet werden, wenn der Empfehlung des Preisüberwachers nicht gefolgt wird (Art. 14 Abs. 2 PüG). Die Stellungnahme des Preisüberwachers ist nicht verbindlich und stellt lediglich eine Empfehlung dar. Deshalb hat diese Empfehlung auch keinen Verfügungscharakter und es sind keine Rechtsmittel dagegen von Nöten.³⁸

³⁷ OGGIER/SAXER, S. 20 ff.

³⁸ OGGIER/SAXER, S. 18 ff.

5.2 Zuständigkeit von Bund und Kantonen

Gem. Art. 46 Abs. 4 KVG ist für die Genehmigung von Tarifverträgen die kantonale Behörde zuständig. Für nationale Tarifverträge, welche in der ganzen Schweiz gelten sollen, ist der Bundesrat zuständig.³⁹

5.3 Prüfung des Vertragsinhalts

Die entsprechende Genehmigungsbehörde prüft nach Art. 36 Abs. 4 KVG, ob der Tarifvertrag im Einklang mit dem Gesetz, der Wirtschaftlichkeit (siehe Punkt 2.1.3) sowie der Billigkeit steht.⁴⁰ Das Gebot der Billigkeit ist dabei ein undefinierter Gesetzesbegriff. Der Bundesrat legte diesen Begriff so aus, dass ein Tarif als unbillig gilt, wenn dieser zwischen den Vertragsparteien nicht sachlich sondern willkürlich verhandelt wurde. Laut Bundesverwaltungsgericht (BVGer) soll ein Tarifvertrag unter dem Gebot der Billigkeit geprüft werden, um die Interessen der Versicherten wahren. Es muss verhindert werden, dass eine Partei unter dem Druck der anderen Zugeständnisse macht, welche nicht sachlich begründet sind und dadurch die Rechte der Versicherten beeinträchtigen würde.⁴¹ Der Genehmigungsentscheid der entsprechenden Behörde ist kassatorischer Natur, was bedeutet, dass die Behörde den Tarifvertrag als Ganzes genehmigen oder verweigern kann. Die Behörde hat keine Kompetenz in die Tarifvertragsgestaltung einzugreifen sowie Auflagen zu machen oder den Tarifvertrag nur unter bestimmten Bedingungen zu genehmigen. Dadurch würde die Behörde in die Vertragsautonomie eingreifen, was nicht zulässig ist (vgl. BVGer 11.12.2013 C-5354/2011 E. 4.2.3).⁴²

Bezüglich Administrativverträgen, für welche die Krankenversicherer und Leistungserbringer keine Tarifvertragskompetenz inne haben, oder bezüglich eigenständigen Qualitätssicherungsverträgen, gilt keine Genehmigungspflicht. Hierbei handelt es sich nicht um Tarifverträge im Sinne von Art. 46 Abs. 4 KVG handelt.⁴³

³⁹ BIENLEIN, S.21.

⁴⁰ OGGIER/SAXER, S. 15.

⁴¹ BSK-ETTER, Art. 46 KVG N 43.

⁴² GROSS HAWK, Rz. 34.96.

⁴³ EUGSTER, N 13 zu Art. 46 KVG.

5.4 Beispiel aus der Praxis

Der Tarifvertrag zwischen der Universitätsklinik Balgrist und der Assura Krankenversicherung im Bereich der stationären Rehabilitation wurde zur Genehmigung dem Kanton Zürich eingereicht. Der Regierungsrat des Kantons Zürich hat seinen Entscheid betreffend Genehmigung im Protokoll vom 5.11.2014 festgehalten. Unter Punkt 3 führte der Regierungsrat die Klauseln, die nicht genehmigt werden konnten auf. Neben anderen Klauseln, wurde auch die Meistbegünstigungsklausel bemängelt: *„Art. 13 Abs. 3 der Tarifverträge hält fest, dass der niedrigste vom Leistungserbringer mit einem anderen Versicherer vereinbarte und genehmigte Tarif angewendet werden soll, sofern er tiefer ist als der im Vertrag vereinbarte. Solche Meistbegünstigungsklauseln sind gemäss Art. 46 Abs. 3 lit. d KVG nicht zulässig und daher nicht genehmigungsfähig.“* Der Regierungsrat genehmigte sodann den Tarifvertrag ausgenommen dieser Meistbegünstigungsklausel.⁴⁴ Dieses Beispiel zeigt auf, dass die Kantone im Rahmen des Genehmigungsprozesses auch eine Kontrollinstanz für solche nicht zulässigen Inhalte sind.

6 Meistbegünstigungsklausel

6.1 Die Meistbegünstigungsklausel und ihre Anwendung in OKP Tarifverträgen

6.1.1 Definition der Meistbegünstigungsklausel

Definition aus der Wirtschaft: *„So genannte Meistbegünstigungsklauseln gehörten in der Vergangenheit eigentlich zum normalen Geschäftsverkehr. Mit ihnen lässt sich ein Vertragspartner von dem anderen Vertragspartner garantieren, dass er stets die günstigsten Konditionen, z. B. beim Preis, bei Stornierungsfristen oder bei der Gewährleistung bekommt. Der durch die Meistbegünstigungsklausel verpflichtete Vertragspartner darf dann anderen Geschäftspartnern keine günstigeren Konditionen gewähren.“*⁴⁵

⁴⁴ KANTON ZÜRICH, Regierungsratsbeschluss Nr. 1155, 5.11.2014 (www.zh.ch), zuletzt besucht am 1.6.2021.

⁴⁵ HAUFE, Meistbegünstigungsklauseln sind nach Kartellrecht höchst problematisch, 15.4.2014 (www.haufe.de), zuletzt besucht am 27.5.2021.

Die Kartellkommission umschrieb die Meistbegünstigungsklausel gem. Art. 46 Abs. 3 lit. d KVG als Abrede, bei welcher eine Vertragspartei nach Vertragsabschluss einer dritten Partei keine günstigeren Tarife gewähren darf. Dabei waren jedoch nicht sogenannte Bestpreisklauseln gemeint. Bei Bestpreisklauseln soll ein Tarif, welcher ein Tarifpartner später mit einem Dritten vereinbart hat, auch für den ersten Tarifpartner gelten; sofern dieser Tarif für den ersteren vorteilhafter ist, als der ursprünglich vereinbarte Tarif. In der neueren Praxis werden Meistbegünstigungsklauseln jedoch gleich wie Bestpreisklauseln ausgelegt.⁴⁶

Im Hinblick auf OKP Leistungen hat der Gesetzgeber die Anwendung solcher Klauseln jedoch in den Tarifverträgen explizit verboten:

Art. 46 Abs. 3 lit. d KVG besagt: *„Nicht zulässig und damit ungültig sind insbesondere folgende Massnahmen, ohne Rücksicht darauf, ob sie in einem Tarifvertrag oder in getrennten Vereinbarungen oder Regelungen enthalten sind:*

- a. Sondervertragsverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern;*
- b. Verpflichtung von Verbandsmitgliedern auf bestehende Verbandsverträge;*
- c. Konkurrenzverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern;*
- d. Exklusivitäts- und Meistbegünstigungsklauseln.“*

6.1.2 Anwendbarkeit der Meistbegünstigungsklausel in Tarifverträgen

Das Verbot des Gesetzgebers bezüglich Bestpreis- oder Meistbegünstigungsklauseln, ist in Tarifverträgen grundsätzlich zweckmässig, da dies sonst der Tarif- resp. Vertragsvielfalt widerspricht. Letztendlich würde eine solche Klausel in der Praxis unausweichlich zu Einheitspreisen in der Gesundheitsbranche führen. Als weiterer Grund für den Entscheid, die Anwendung solcher Abmachungen zu verbieten, muss sicherlich die Gefahr gezählt werden, dass dadurch Tarifverhandlungen blockiert sowie innovative resp. spezifische Lösungen verhindert werden könnten. Dies aus dem Grund, dass jedes Verhandlungsergebnis automatisch für Dritte gelten würde, ohne dadurch einen

⁴⁶ BSK-ETTER, Art. 46 KVG N 32.

Vorteil von den Dritten für das gemachte Zugeständnis zu erhalten.⁴⁷ Solche Meistbegünstigungsklauseln sind nebst dem eigentlichen Tarifvertrag ebenfalls in separaten Vereinbarungen oder Regelungen verboten.⁴⁸

Mit diesem Verbot wollte der Gesetzgeber den Wettbewerb unter den Krankenversicherern verstärken. Denn dies ist ein wichtiges Element im Konzept des KVG.⁴⁹

Das ganze Schweizer Gesundheitswesen ist geprägt vom Wettbewerbsprinzip und verfolgt dadurch das Ziel, dass das Schweizer Gesundheitswesen auch in Zukunft bezahlbar bleibt. Dies äussert sich im Konzept des KVG dahingehend, dass der Gesetzgeber viele Vorschriften für einen funktionierenden Wettbewerb erlassen hat. Was wäre jedoch, wenn diese Meistbegünstigungsklausel zugelassen würde? Dann hätte man die Garantie, dass die am besten verhandelten Preise für sämtliche Krankenversicherer und Leistungserbringer gelten würden. Dies könnte sich ebenfalls positiv auf die Gesundheitskosten auswirken, was somit dem Solidaritätsprinzip des KVG und allen Versicherten wieder zu Gute kommen würde. Aber gleichzeitig würde die Anwendung einer solchen Klausel wohl die Mechanik eines gut funktionierenden Wettbewerbs aushebeln und dadurch das Verhandeln von tieferen Preisen erschweren. Es hätten im Endeffekt wohl alle denselben Preis, aber vielleicht nicht den bestmöglichen?

Der Gesetzgeber gewichtet jedenfalls diesen funktionierenden Wettbewerb höher als eine allen zustehende „Preisgarantie“ und hat keine solche Klausel in Tarifverträgen zugelassen. Dies wird im Wortlauf von Art. 43 Abs. 6 KVG deutlich: Die Tarifverhandlungen sollen dazu führen, „dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird“.⁵⁰

Im weiteren wird die Meistbegünstigungsklausel zudem kartellrechtlich als sehr problematisch eingeschätzt.

⁴⁷ BSK-ETTER, Art. 46 KVG N 32.

⁴⁸ BÜHRER/KIESER/OGGIER, S. 106.

⁴⁹ MOSER, S. 46.

⁵⁰ MOSER, S. 50.

7 Schutz des Wettbewerbs

7.1 Kartellgesetz (KG)

Die Gesundheitsversorgung in der Schweiz ist weitgehend eine staatliche Aufgabe. Aus diesem Grund ist auch der Einfluss der Politik gross, denn das Gesundheitswesen ist einer der am stärksten regulierten Bereiche der Wirtschaft. Diese Regulierung führt dazu, dass der Wettbewerb unter den Anbietern stark eingeschränkt ist. Das KG bezweckt wiederum den Schutz des wirksamen Wettbewerbs. Der Gesetzgeber ist der Meinung, dass diese Koordination zu den volkswirtschaftlich besten Ergebnissen führt.⁵¹

7.1.1 Geltung des Kartellgesetzes

Der Geltungsbereich des KG kennt keine Bestimmung, in welcher ganze Branchen ausgenommen würden. Das KG findet grundsätzlich auf alle Branchen und Märkte Anwendung. Gemäss Art. 2 Abs.1 KG ist dessen Geltung an den Grundsatz des Unternehmens geknüpft. Unternehmen in diesem Sinne sind sämtliche Anbieter von Gütern oder Dienstleistungen, egal welche Rechts- oder Organisationsform diese haben. Art. 2 Abs.1 KG qualifiziert neben den natürlichen und juristischen Personen des Privatrechts auch die Rechtsformen des öffentlichen Rechts als Unternehmen.⁵² Dies sind z.B. Ärzte, Apotheker, Therapeuten. Der Staat, als Unternehmer im Bereich von öffentlichen Spitälern⁵³ und ihrem medizinischen Angebot, fällt ebenfalls unter das KG.⁵⁴

7.1.2 Anwendbarkeit in Tarifverhandlungen

Die Anwendbarkeit des Kartellgesetz auf Tarifverträge in der OKP kann aufgrund der geltenden Lehre verneint werden.⁵⁵ Im Besonderen ist jedoch auf Verbandsverträge (Verbände der Krankenversicherer und der Leistungserbringer) einzugehen. Inhalte und Preise werden dabei nicht einzeln und individuell verhandelt, sondern es findet in

⁵¹ JACOBS, S. 1 ff.

⁵² JACOBS, S. 2.

⁵³ ab dem Jahr 2012 öffentliche Spitäler = Listenspitäler.

⁵⁴ JACOBS, S. 3.

⁵⁵ BSK-ETTER, Art. 46 KVG N 27.

diesen Fällen eine Einigung bezüglich Vertragsinhalt sowie Preis für eine Mehrzahl von Versicherern oder Leistungserbringern statt. Bei einer solchen Einigung könnte unter Umständen von einer Wettbewerbsabrede ausgegangen werden. Gem. Art. 5 KG gehen die Wettbewerbsbehörden denn auch tatsächlich davon aus, dass einheitliche Tarifverträge wettbewerbseinschränkenden Charakter haben und nicht aus Gründen der wirtschaftlichen Effizienz gerechtfertigt werden können. Gem. Art. 46 Abs. 2 KVG sieht der Gesetzgeber jedoch wiederum explizit die Möglichkeit von Verbandsverträgen vor. Der Wettbewerb werde dabei nicht eingeschränkt, da der Beitritt der Verbandsmitglieder zu einem Verbandsvertrag nicht obligatorisch und nicht zwingend ist. Der Gesetzgeber hat bewusst im Sinne der Kosteneinsparung und des Wettbewerbs alle möglichen Vertragsvarianten zugelassen. Ob mit dieser Regelung der Spielraum für die Anwendung des KG in Frage kommt, ist und bleibt unklar und in der Praxis umstritten. Denn der wettbewerbsrechtlich an sich problematische Verbandsvertrag ist gem. Art. 46 Abs. 1 KVG ausdrücklich als Vertragsform vorgesehen. In der Praxis wird eine Intervention durch die Wettbewerbsbehörde bei einem Verbandsvertrag abgeschlossen.⁵⁶

7.2 Wettbewerbskommission (WEKO)

Das Kartellgesetz hat das Ziel, den Wettbewerb in den Märkten zu fördern sowie Wettbewerbsbeschränkungen zu unterbinden. Dieser Aufgabe nimmt sich die Wettbewerbskommission (WEKO) an (vormals Kartellkommission). Die WEKO fällt in ganz unterschiedlichen Bereichen Entscheide, wie z.B. im Bankenwesen, Gesundheitswesen, Bau, Infrastruktur etc.. Sämtliche Aktivitäten der WEKO haben das Ziel, den Wettbewerb in der Schweiz zu fördern und dadurch den Erfolg des Wirtschaftsstandorts Schweiz zu sichern.⁵⁷

7.2.1 Beispiel aus der Praxis

Die WEKO leitete im Jahr 2006 eine Untersuchung betreffend die Gruppenbildung von Versicherern gegenüber marktbeherrschenden Spitälern in Tarifverhandlungen im

⁵⁶ SCHALLER/TAGMANN, S. 708.

⁵⁷ WETTBEWERBSKOMMISSION (WEKO), S. 2.

Kanton Luzern ein. Diese Tarifverhandlungen fanden im Bereich der Krankenpflege-zusatzversicherung statt.⁵⁸ Im Rahmen dieser Untersuchung war zu prüfen, ob diese Tarifverträge unzulässige Preisabsprachen gemäss KG enthielten sowie ob sich die Leistungserbringer gemäss KG unrechtmässig verhielten.

Die WEKO prüfte, ob die Tarifverträge unzulässige Wettbewerbsabreden gemäss KG darstellten. Dazu analysierte die WEKO die Struktur sowie die Tarife der Tarifverträge. Ebenfalls wurde das Zustandekommen untersucht und anschliessend einer wettbewerbsrechtlichen Würdigung des Sachverhalts unterzogen. Es präsentierte sich dabei bezüglich Struktur und Tarife der Tarifverträge das Bild, dass jedes Spital einen separaten Tarif hatte, welcher für fast alle Versicherer galten. Die Verträge sämtlicher Spitäler waren weitgehend identisch, was den Aufbau und die Vertragsbedingungen anging. Bezüglich des Zustandekommens dieser Tarifverträge, hat der Vergleich der Struktur der Tarifverträge gezeigt, dass diese nicht das Ergebnis von bilateralen Verhandlungen zwischen den einzelnen Versicherern und einzelner Leistungserbringer war. Das Vorgehen entsprach weitgehend demjenigen, welches sich in den Tarifverhandlungen im Rahmen der Grundversicherungstarife zeigt (siehe Punkt 2.2.1).

In diesem Urteil wurde abschliessend festgehalten, dass Absprachen, welche sich lediglich auf gemeinsame Einkaufspreise beziehen (sog. Einkaufsgemeinschaften), nicht unter Preisabsprachen im Sinne des KGs fallen. Eine Preisabsprache in diesem Sinne ist nur dann anzunehmen, wenn die Einkaufsgemeinschaft zu einer Vereinheitlichung der Preise führt.⁵⁹

8 Fazit

Der Grundsatz des KVG schreibt vor, dass eine medizinische Behandlung qualitativ hochstehend, zu möglichst günstigem Preis erbracht werden muss. Der Gesetzgeber hat zur Sicherstellung dieses Grundsatzes das WZW-Prinzip im KVG verankert. Das WZW-Prinzip definiert, dass eine medizinische Behandlung wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein muss, damit sie aus der Grundversicherung finanziert werden

⁵⁸ Diese Verträge unterstehen nicht dem KVG, sondern richten sich nach dem Versicherungsvertrags-gesetz (VVG).

⁵⁹ Einstellungsverfügung der Wettbewerbskommission RPW 2008/4 vom 6.10.2008.

darf. Dies bedeutet im Wesentlichen, dass sich ein Leistungserbringer bei der Durchführung einer medizinischen Behandlung an diese Vorgaben halten muss. Ebenso hat sich die Krankenversicherung, hinsichtlich Bezahlung und/ oder Tarifierung der Leistungen, an diesem Prinzip zu orientieren.

Damit das Ziel des KVG erreicht werden kann, schreibt das Gesetz für die Tariffindung das Verhandlungsprimat vor. Dies bedeutet für die Einkaufsgemeinschaften der Krankenversicherer (tarifsuisse AG, Einkaufsgemeinschaft HSK AG, CSS AG), dass sie mit jedem anerkannten Leistungserbringer einen Tarif aushandeln müssen. Dies stellt eine zulässige Einschränkung der Wirtschaftsfreiheit (Art. 27 BV) dar. Ein verhandelter Tarif wird in einem Tarifvertrag festgehalten, bei welchem die Tarifpartner in der Ausgestaltung weitgehend frei sind. Das KVG hält jedoch fest, dass ein Tarifvertrag keine Meistbegünstigungsklausel enthalten darf. Eine Meistbegünstigungsklausel würde bewirken, dass ein verhandelter Tarif schlussendlich allen Vertragspartnern gleichermaßen zugestanden werden muss. Der Gesetzgeber möchte durch ein Anwendungsverbot dieser Klausel eine Wettbewerbsbeschränkung vermeiden.

Die kantonale Behörde oder der Bundesrat haben hinsichtlich der Genehmigung von Tarifverträgen eine zentrale Kontrollfunktion inne. Ein Tarifvertrag mit einer Meistbegünstigungsklausel würde aufgrund des im KVG festgeschriebenen Verbots nicht genehmigt, wodurch der Vertrag auch keine Rechtskraft entfalten könnte. Vor der Genehmigung eines Tarifvertrags, muss zudem zwingend der Preisüberwacher angehört werden. Dieser vertritt das öffentliche Interesse und dadurch auch die Versicherten, welche nicht an der Tarifverhandlung beteiligt sind. Die Stellungnahme des Preisüberwachers zu einem verhandelten Tarif, stellt aber lediglich eine Empfehlung dar. Wird dieser Empfehlung nicht gefolgt, so muss dies die kantonale Behörde oder der Bundesrat entsprechend begründen.

Der Exkurs ins KG zeigt, dass das KG wiederum nicht auf Tarifverhandlungen anwendbar ist. Die WEKO hat im KVG aber sehr wohl eine wichtige Funktion, wenn es darum geht zu prüfen, ob eine marktbeherrschende Stellung gegeben ist. Dies zeigt das erläuterte Beispiel im Bereich der Krankenpflegezusatzversicherung.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Kostendämpfung und damit einhergehend wirtschaftliche Tarife ein dringliches Thema der OKP darstellen. Der Wettbewerb im KVG ist dabei von grosser Bedeutung. Deshalb kann auch nachvollzogen werden, dass eine Meistbegünstigungsklausel in Tarifverträgen verboten ist, da diese

den Wettbewerb tendenziell eher bremsen würde. Dabei muss jedoch nicht zuletzt beachtet werden, dass bezüglich der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen viele Faktoren mitspielen, wie etwa die demographische Entwicklung oder das Auftreten von teuren Krankheiten (oder auch die Corona Pandemie), welche nicht beeinflusst werden können.