Aufsichtseingabe der Kantone zur Entscheidpraxis des Bundesrates bei Beschwerden gegen Tarifentscheide der Kantonsregierungen in der Krankenversicherung

Stellungnahme des Bundesrates zum Bericht der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates vom 5. April 2002

vom 30. September 2002

Sehr geehrter Herr Präsident,
sehr geehrte Damen und Herren,

Die Geschäftsprüfungskommission des Ständerates (GPK-S) ersucht den Bundesrat, zu ihrem Bericht vom 5. April 2002 über die Aufsichtseingabe der Kantone zur Entscheidpraxis des Bundesrates bei Beschwerden gegen Tarifentscheide der Kantonsregierungen in der Krankenversicherung Stellung zu nehmen.

Mit der vorliegenden Stellungnahme entspricht der Bundesrat diesem Ersuchen.

Wir versichern Sie, sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, unserer vorzüglichen Hochachtung.

30. September 2002

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Der Bundespräsident: Kaspar Villiger

Die Bundeskanzlerin: Annemarie Huber-Hotz

Übersicht

Mit Aufsichtseingabe vom 10. April 2001 an die Bundesversammlung beschwerte sich der Kanton Schaffhausen über die Entscheidungspraxis des Bundesrates bei Beschwerden gegen Tarifentscheide der Kantonsregierungen, im Besonderen über die vom Bundesrat gefällten Entscheide im Bereich der Tarifierung von MRI-Leistungen (Magnetresonanzdiagnostik) und der von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten erbrachten Leistungen. Die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) schloss sich mit Schreiben vom 11. Juni 2001 im Wesentlichen dieser Eingabe an. Die Eingabe wirft den bundesrätlichen Entscheiden hauptsächlich vor, sie würden sich systematisch auf die politisch gefärbten Empfehlungen der Preisüberwachung beziehen, was zu einer Verschlechterung der Beziehungen zwischen dem Bund und den Kantonen führe, weil deren Tarifentscheide vom Bundesrat nicht geschützt würden. Die Antragsteller verlangen eine ausgewogenere Aufteilung der Rollen zwischen den Kantonsregierungen und den eidgenössischen Behörden.

Die Geschäftsprüfungskommission des Ständerates hat ihren Bericht am 5. April 2002 veröffentlicht und den Bundesrat eingeladen, bis Ende September 2002 seine Stellungnahme zu den Schlussfolgerungen und den acht Empfehlungen des Berichts vorzulegen.

Trotz des Konfliktpotentials, welches die Umsetzung des KVG noch enthält, stellt der Bundesrat fest, dass einige von der Kommission in ihren Empfehlungen befürwortete Massnahmen, besonders im Bereich der Information und der Kommunikation, bereits getroffen wurden oder dabei sind, erfüllt zu werden (Empfehlungen 1 und 6). Weil die Bedingungen, von welchen sich der Bundesrat bei der Ausübung seiner Rechtsprechung leiten zu lassen hat, vom Gesetz geregelt werden, ist auch sein Handlungsspielraum begrenzt. Wenn er in einer ersten Zeit der Anwendung des KVG herbeigerufen wurde, um mittels seiner Entscheide in Tarifsachen eine Schiedsrichterrolle zu übernehmen, hat die Ausübung seiner rechtsprechenden Funktion weder zu einer Verschiebung der Kompetenzen zum Bund hin geführt (Empfehlung 2), noch in das Ermessens der Kantone eingegriffen (Empfehlungen 3 und 5). Der Rückgang bei den Beschwerden zeigt, dass diese Rechtsprechung die Tarifpartner weder entmutigt hat, Tarifverträge abzuschliessen, noch dazu ermutigt hat, häufiger Beschwerde einzulegen. Im Einklang mit dem Prinzip des Verhandlungsprimats ist der Bundesrat bereit, die Kriterien zu prüfen, welche die Parteien für die Berechnung des Taxpunktwertes bei Einzelleistungstarifen entwickelt haben (Empfehlung 8). Schliesslich stellt er fest, dass die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung, welche am 3. Juli 2002 verabschiedet wurde und am 1. Januar 2003 in Kraft treten wird, die von der Rechtsprechung aufgestellten Prinzipien, besonders jenes der Nachvollziehbarkeit der Kosten, übernimmt. Für die Konkretisierung der allgemeinen Grundsätze für die Tarifierung der Leistungen ist, eher als ein formeller Erlass, der Wille der Tarifpartner und der anderen Akteure im Gesundheitswesen notwendig, ihre Bemühungen darauf zu konzentrieren, transparente und wirksame Steuerungsinstrumente aufzustellen (Empfehlung 4).

Stellungnahme

1 Einleitung

Der Bundesrat wurde eingeladen, auch eine Stellungnahme zum Bericht der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates vom 5. April 2002 betreffend die Einflussnahme des Bundes auf die Kostendämpfung im Bereich des Krankenversicherungsgesetzes (nachfolgend Bericht II) abzugeben. Die beiden Stellungnahmen erfolgen gesondert. Der Bundesrat wird jedoch bei den nachfolgenden Ausführungen auf seine zweite Stellungnahme Bezug nehmen, weil die in den beiden Berichten der GPK zur Sprache kommenden Sachgebiete eng miteinander verknüpft sind. Das gilt insbesondere für die Frage, welches der Handlungsspielraum des Bundesrates in seiner Funktion als Beschwerdeinstanz ist und wie er diesen Handlungsspielraum nutzt.

2 Allgemeine Feststellungen

Mit Befriedigung nimmt der Bundesrat von der Feststellung der Kommission Kenntnis, wonach er im Rahmen seiner Tarifentscheide das Ziel der Kostendämpfung konsequent verfolgt und dazu beigetragen habe, dass die Kosten im Bereich der ambulanten (unter Ausschluss der ambulanten Kosten im Spital) und der stationären Leistungen in den letzten Jahren vergleichsweise stabil geblieben sind.

Der Bundesrat ist sich bewusst, dass dieses Ergebnis in einem teilweise mühsamen und von Auseinandersetzungen geprägten Prozess erreicht worden ist. Auch wenn das neue Krankenversicherungsgesetz das schweizerische Gesundheitssystem nicht von Grund auf verändert hat, sind damit doch zum Teil Strukturen eingeführt worden, welche die Kompetenzabgrenzung von Bund und Kantonen schwieriger machen. Diese Schwierigkeiten hängen bekanntlich damit zusammen, dass die soziale Krankenversicherung, welche in der Kompetenz des Bundes liegt, und das öffentliche Gesundheitswesen, für welches die Kantone zuständig sind, in einem gegenseitigen Abhängigkeitsverhältnis stehen.

Wenn die Kosten für die Krankenversicherung eingedämmt werden sollen, bedeutet dies, dass entweder bei den Leistungen Einsparungen vorgenommen oder die Kosten auf andere Träger verteilt werden. Beides setzt voraus, dass zuvor Kostentransparenz hergestellt wird. Wie wichtig Kostentransparenz ist, haben jüngste Ereignisse in der Wirtschaft gerade wieder gezeigt. Der Bundesrat hat diesem Aspekt deshalb von Anfang an grösste Bedeutung zugemessen. Es ging ihm bei seiner Rechtsprechung nicht darum, die von den Kantonsregierungen genehmigten oder erlassenen Tarife systematisch nach unten zu korrigieren, sondern sein Anliegen war es, allgemeine Grundsätze für die Berechnung der Tarife aufzustellen, welche den Anforderungen des KVG genügen. Die entsprechenden Anforderungen waren für die Tarifpartner und die für die Tarifgenehmigungen zuständigen Behörden indes nicht völlig neu. Nicht nur waren Planungsgrundsätze schon erarbeitet worden, bevor das KVG die Planung im Spitalbereich für obligatorisch erklärte, es waren auch bereits vor dem Inkrafttreten des KVG im Jahre 1996 betriebswirtschaftliche, statistische und buchhalterische Steuerungsinstrumente eingeführt worden. Ob diese nun durch die

Rechtsprechung oder anderswie entwickelt worden waren, der Bundesrat wollte die damit gesammelten Erfahrungen berücksichtigen und die Anwendung dieser Instrumente weiterhin ermöglichen, soweit sie dem Erfordernis der Kostentransparenz Rechnung tragen.

Der Bundesrat ist sich bewusst, dass die Stellung der Kantone im Bereich der Krankenversicherung und des öffentlichen Gesundheitswesens eine schwierige ist, weil sie mehrere Rollen innehaben. Er bedauert mit der Kommission, dass bei den Kantonen der Eindruck entstanden ist, er würde der Funktion der kantonalen Regierungen als erstinstanzliche Entscheidungsinstanz nicht Rechnung tragen und deren Ermessensspielraum nicht respektieren. Doch liegt es in der Natur der Sache, dass auf dem Gebiet der Finanzierung des Gesundheitswesens, wo gegensätzliche Interessen hart aufeinander prallen, jeder Entscheid kontroverse Reaktionen hervorruft. Wie auch die Kommission erwähnt, wird die sich im Gang befindliche Teilrevision des KVG zu einer Entflechtung der Interessen bei den Kantonen führen, weil insbesondere die Spitalfinanzierung und die Verteilung der Kosten zwischen Versicherung und Kantonen neu geregelt werden sollen. Dennoch können tragfähige Lösungen nur zustande kommen, wenn alle Beteiligten verstärkt zusammenarbeiten und gewillt sind, ihre Bestrebungen zu koordinieren.

Der Bericht der Geschäftsprüfungskommission setzt sich in erster Linie mit der Rolle des Bundesrates als Beschwerdeinstanz auseinander. Eine Würdigung der Tätigkeit des Bundesrates muss deshalb nicht nur die Bedingungen berücksichtigen, unter denen dieser seine Rechtsprechung ausübt, sondern auch die Handlungsmöglichkeiten, die ihm dabei zur Verfügung stehen. Das gilt für die Frage, ob die Rechtsprechung des Bundesrates Auswirkungen auf die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen habe (Empfehlung 2), ob die Empfehlungen der Preisüberwachung regelmässig erfolgen und deren Inhalt voraussehbar sei und ob zusätzlich Experten beigezogen werden sollten (Empfehlungen 5 und 6); dies gilt aber auch für die Frage, ob die Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung der Tarife auf dem Wege der Rechtsprechung und / oder durch eine Verordnung zu konkretisieren seien (Empfehlung 4) und ob dem Ermessensspielraum der Kantone und den von ihnen vertretenen öffentlichen Interessen genügend Rechnung getragen werde (Empfehlung 3); diese Sichtweise ist des Weiteren massgebend für die Frage, ob, um besonderen örtlichen Verhältnissen und innerkantonalen Unterschieden Rechnung tragen, zusätzliche Indikatoren Anwendung finden sollen (Empfehlung 8). Weil der Arzttarif TarMed Gegenstand der Empfehlungen des Berichtes II der Kommission ist, wird auf die Stellungnahme des Bundesrates zu jenem Bericht verwiesen, insbesondere was die Förderungsmassnahmen zum Abschluss von Tariverträgen betrifft (Empfehlung 7). Schliesslich geht der Bundesrat in der vorliegenden Stellungnahme auf die von der Kommission angeregten Informations- und Kommunikationsmassnahmen ein, die dazu beitragen sollen, die Konflikte zwischen Bund und Kantonen auszuräumen (Empfehlung 1) und die Transparenz der Entscheidungsgrundlagen zu verbessern (Empfehlung 6).

Der Entwurf für die Totalrevision der Bundesrechtspflege überträgt die Rechtsprechung des Bundesrates auf dem Gebiet der sozialen Krankenversicherung dem neu zu schaffenden Bundesverwaltungsgericht¹. Damit wird den Anregungen der Kommission, die sie in beiden Berichten geäußert hat, Rechnung getragen². Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Begründungen für diese Empfehlung in den beiden Berichten unterschiedlich ausfallen: Laut Bericht II erlaubt die Rechtsprechungsfunktion dem Bundesrat nicht, eine aktive politische Führungsrolle wahrzunehmen, und schränkt diese seinen Handlungsspielraum in Bezug auf kostendämpfende Massnahmen ein. Im Bericht I wird demgegenüber festgestellt, dass das uneingeschränkte Ermessen, über welches der Bundesrat als einzige Beschwerdeinstanz verfüge, und das grosse Gewicht, welches er den Stellungnahmen der Preisüberwachung einräume, eine Verlagerung der Tarifkompetenz weg von den Kantonen hin zum Bund bewirkt habe. Die beiden Berichte decken sich jedoch insoweit, als darin festgestellt wird, dass mit der Festlegung von konkreten Kriterien für die Spitalplanung und für die Tariffestsetzung verschiedene Beschwerden hätten vermieden werden können.

3.1**Rahmenbedingungen und Instrumente
der bundesrätlichen Rechtsprechung**

Hinsichtlich des Verfahrens gilt Folgendes: Das Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren (VwVG) verpflichtet den Bundesrat nicht nur zu einer vollen Ermessenskontrolle bezüglich der bei ihm anhängig gemachten Beschwerden, sondern trägt ihm auch auf, in der Sache selbst zu entscheiden³. Dieser so genannte Devolutiveffekt soll verhindern, dass eine Angelegenheit infolge Rückweisung durch den Bundesrat an die Vorinstanz erneut mit einer Beschwerde an den Bundesrat angefochten werden kann. Eine Rückweisung ist deshalb nur ausnahmsweise möglich und muss mit verbindlichen Weisungen an die Vorinstanz verbunden sein. An verschiedenen Sitzungen zwischen Delegationen des Bundesrates und der Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) wurde von letzterer denn auch ausdrücklich der Wunsch geäußert, der Bundesrat möge in Tarifsachen von seiner reformatorischen Kompetenz Gebrauch machen.

Zur statistischen Auswertung der bundesrätlichen Entscheide: Die obigen Ausführungen erklären, warum bei einer Mehrheit der Beschwerdefälle, in denen es zu einer Gutheissung kam, der Bundesrat den Tarif eben selber, das heisst reformatorisch festgesetzt hat. Die Bedeutung dieser Tariffestsetzungen ist indes insofern zu relativieren, als es sich bei mehr als der Hälfte aller Gutheissungen lediglich um Teilgutheissungen handelte; die vom Bundesrat verfügten Tarifsenkungen entsprechen mithin bei weitem nicht den von den Beschwerdeführern beantragten Tarifierduktionen. Auch ist festzuhalten, dass im Vergleich zu den 443 in den Jahren 1996–2000 eingereichten Beschwerden (Listen- und Tariffälle) die Anzahl der

¹ Art. 30 Entwurf des BG über das Bundesverwaltungsgericht, BBl **2001** 4202 ff., insbes. 4240 ff.

² Bericht I, Ziff. 45, S. 23; Bericht II, Empfehlung 2, S. 11.

³ Art. 49 und 61 VwVG (SR **172.021**).

Beschwerden ab dem Jahr 2001 klar zurückgegangen ist (40 Beschwerden), ein Trend, welcher sich auch im Jahr 2002 zu bestätigen scheint (25 Beschwerden bis zum 31.7.2002). Die reformatorische Entscheidpraxis des Bundesrates hat demzufolge die Tarifpartner weder entmutigt, Tarifverträge abzuschliessen, noch ermutigt, gegen Tarifbeschlüsse der Kantonsregierungen, seien es Festsetzungen oder Genehmigungen, häufiger Beschwerde einzulegen.

Hinsichtlich der Instrumente, welche dem Bundesrat bei der Ausübung seiner Rechtsprechungsfunktion zur Verfügung stehen, sieht Artikel 12 VwVG für die Sachverhaltsermittlung namentlich das Beweismittel des Sachverständigengutachtens vor. Im Bereich der Krankenversicherung ist die Situation insofern eine besondere, als die Kantone bei Tarifgenehmigungen verpflichtet sind, die Empfehlung des Preisüberwachers einzuholen und ein Abweichen von dessen Empfehlung in ihrem Entscheid zu begründen. Entsprechend dem Grundsatz des Verhandlungsprimates und wie es die Botschaft des Bundesrates zum KVG unterstreicht⁴, besteht der Hauptzweck dieser gesetzlichen Regelung darin, die Tarifvereinbarungen den Genehmigungsbehörden und der Preisüberwachung zu einer konzertierten Prüfung vorzulegen. Aus dem gleichen Grund verlangt das KVG, dass die Preisüberwachung vor einer hoheitlichen Tariffestsetzung angehört werden müsse. Damit kommt der Empfehlung der Preisüberwachung der Stellenwert eines Sachverständigengutachtens zu. Die Verpflichtung zur Anhörung der Preisüberwachung schliesst aber für die Tarifpartner oder den Kanton als erste Instanz für die Tariffestsetzung die Möglichkeit nicht aus, zusätzlich interne oder externe Experten oder Expertinnen beizuziehen und deren Analysen im Beschwerdeverfahren vorzulegen. Die Preisüberwachung und im Beschwerdefall der Bundesrat müssen sich dann auch mit diesen Gutachten auseinandersetzen. Hingegen ist es nach Auffassung des Bundesrates nicht angezeigt, dass er selber weitere Sachverständige beizieht. Neben der Komplikation des Verfahrens und der damit verbundenen Verlängerung, welche durch solch zusätzliche Gutachten verursacht würden, könnte eine derartige Massnahme sogar das im KVG vorgesehene System der Tariffestsetzung auf den Kopf stellen. Dieses geht nämlich, wie auch die Kommission festhält, davon aus, dass es vorab Sache der Tarifpartner und der Kantone ist, die Tarife zu vereinbaren bzw. festzusetzen.

Der Bundesrat ist jedoch durchaus willens, sich laufend über Evaluationen, Analysen und weitere Instrumente, welche für die Entscheidungsfindung in Tarifangelegenheiten von Nutzen sind, informieren zu lassen. Er stellt fest, dass bei der Beschaffung und Verbreitung von Informationen wesentliche Fortschritte gemacht worden sind, bedauert jedoch, dass bei deren Verwendung und Weitergabe zum Teil noch ein gewisser Widerstand besteht, was einer Streiterledigung abträglich ist. Trotz allen unterschiedlichen Auffassungen können Lösungen nur zustande kommen, wenn alle Akteure zusammenarbeiten und nicht den Weg der Konfrontation suchen, dies sowohl auf der Ebene des Bundes wie auch der Kantone.

Die Kommission macht auch geltend, die Interventionen der Preisüberwachung erfolgen nur unregelmässig und sporadisch. Nach dem Gesetz ist die Preisüberwachung nicht verpflichtet, eine Empfehlung abzugeben. Angesichts des Umstandes, dass der Preisüberwachung eine Vielzahl von Tarifen unterbreitet worden sind, und mit Blick auf die beschränkten Ressourcen, die ihr zur Verfügung stehen, hat sie nach Auffassung des Bundesrates beim Setzen ihrer Prioritäten vernünftig gehan-

4 BBl 1992 I 180 ff.

delt; sie hat sich in erster Linie auf diejenigen Tarife konzentriert, welche die grössten Kosten generieren und bei denen es besonders dringlich war, Kriterien zur Herstellung transparenter Rechnungen zu entwickeln.

In jenen Fällen, in denen sich die Preisüberwachung im kantonalen Verfahren nicht geäussert hatte, hat die Instruktionsbehörde des Bundesrates die Preisüberwachung im Beschwerdeverfahren eingeladen, zum angefochtenen Tarif Stellung zu nehmen. Mit Blick auf die zur Zeit noch hängigen Beschwerden und die darin angerufenen Rügen stellt der Bundesrat fest, dass die von der Preisüberwachung entwickelten Grundsätze zur Kostentransparenz von den Tarifpartnern und den Kantonen übernommen worden sind; die Stellungnahmen der Preisüberwachung haben Modellcharakter erhalten. Es kann dieser deshalb nicht mehr vorgeworfen werden, der Inhalt ihrer Empfehlung sei nicht voraussehbar. Das heisst andererseits jedoch nicht, dass die Tarifpartner davon abgehalten werden, neue Rechnungs- und Evaluationsmodelle zu entwickeln, zu denen sich die Preisüberwachung wiederum äussern kann. Auch hat sich die Preisüberwachung bereit erklärt, in Beschwerdeverfahren regelmässig Stellungnahmen abzugeben, damit Ungleichbehandlungen und Marktverzerrungen vermieden werden, wie das die Kommission als Folge einer unregelmässigen Abgabe von Empfehlungen der Preisüberwachung befürchtet. Dafür ist allerdings eine personelle Aufstockung der Preisüberwachung unerlässlich.

3.2 Rechtsprechung und/oder Verordnung

Die Frage, ob der Bundesrat frühzeitig hätte eine Verordnung erlassen sollen, anstatt die Kriterien für die Spitalplanung und die Tarifierung der Leistungen auf dem Wege der Rechtsprechung zu konkretisieren, gibt Anlass zu folgenden Bemerkungen:

Was die Umsetzung des KVG angeht, ist vorab festzuhalten, dass mit dem Gesetz keineswegs Neuland betreten wurde. Der Gesetzgeber hat etliche bereits unter dem KUVG existierende Prinzipien und Institute übernommen, namentlich auch den Grundsatz des Vorrangs der Tarifverträge vor hoheitlichen Festsetzungen des Tarifes. Im Bereich der Spitaltarife und der Pflegeheime räumt auch das KVG den Tarifpartnern weiterhin die Möglichkeit ein, die vom Gesetz vorgesehenen Instrumente, das heisst eine einheitliche Leistungsstatistik und Kostenstellenrechnung⁵, im Einzelnen selber auszuarbeiten. Was die Einzelleistungstarife angeht, ist im KVG der Grundsatz festgehalten, dass hiefür eine gesamtschweizerisch vereinbarte einheitliche Tarifstruktur erstellt werden muss⁶. Weil betreffend dieser Frage bereits Verhandlungen geführt worden waren, konnte ein baldiges Ergebnis erwartet werden. Zudem wurde im Gesetz im Sinne einer Übergangsregelung festgelegt, dass altrechtliche Tarifvereinbarungen bis zum 31. Dezember 1997 weiterhin in Kraft bleiben konnten⁷. Auch auf dem Gebiet der Spitalplanung wurde den Kantonen eine Frist bis zum 1. Januar 1998 gesetzt, innert derer sie ihre Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung erstellen und Spitallisten nach Artikel 39 KVG erlassen sollten. Spitäler und andere Einrichtungen, die nach dem alten Recht als Heilanstal-

⁵ Art. 49 Abs. 6 KVG und Art. 9 der Inkraftsetzungsverordnung vom 12.4.1995 (SR 832.101).

⁶ Art. 43 Abs. 5 KVG.

⁷ Art. 8 Inkraftsetzungsverordnung (SR 832.101).

ten galten, waren nach dem neuen Recht als Leistungserbringer zugelassen, solange der Kanton die Planung nicht erstellt und die Listen nicht erlassen hatte⁸. Auch hatte die SDK hierzu Empfehlungen erlassen, allerdings erst am 1. April 1997, das heisst 9 Monate vor Ablauf der Frist zur Erstellung der Listen.

Was die Beschwerdestatistik angeht, betrafen die Beschwerden an den Bundesrat in den ersten drei Jahren der Anwendung des KVG in erster Linie die Spital- und Pflegeheimlisten⁹, das heisst einen Bereich, in welchem die SDK eben erst ihre Empfehlungen erlassen hatte. Ab dem Jahr 1999 betrafen die Beschwerden vor allem Tarifangelegenheiten. Seit diesem Zeitpunkt ist die Zahl der Beschwerden verglichen mit den Zahlen in der Periode vorher pro Jahr um die Hälfte zurückgegangen¹⁰. Bei diesen neuen Beschwerden handelte es sich zwar in der Tat mehrheitlich um Tarifbeschwerden. Doch ging es bei diesen kaum mehr darum, unklare Begriffe aus dem KVG näher zu präzisieren, als vielmehr um die Frage, wie transparent die Kosten ausgewiesen werden müssen, damit sie von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden, bzw. welche Abzüge bei mangelnder Transparenz vorgenommen werden müssen.

In Anbetracht der geschilderten Umstände wäre ein Eingreifen des Bundesrates auf dem Verordnungsweg sicher als verfrüht und dirigistisch empfunden worden. Mit Blick darauf, dass Tarifpartner und die zuständigen Stellen in den Kantonen daran waren, Tarifmodelle weiterzuentwickeln, hielt es der Bundesrat für angebracht, in erster Linie deren Vorschläge zu prüfen, anstatt neue Tarifmodelle zu konstruieren. Ebenso schien es verhältnismässig, in Bezug auf die Anforderungen an die Kostenstellenrechnung und die Leistungserfassung den Parteien und Kantonen einen gewissen Spielraum zu belassen. Die diesbezügliche Verordnung, welche am 3. Juli 2002 erlassen wurde und am 1. Januar 2003 in Kraft treten wird, übernimmt denn auch die von der Rechtsprechung aufgestellten Grundsätze, insbesondere was die Nachvollziehbarkeit der Kosten anbelangt; sie legt die Parteien aber nicht auf ein einziges betriebswirtschaftliches Kostenrechnungsmodell fest.

Wie die Kommission festhält, gibt das KVG dem Bundesrat die Kompetenz, Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife und für deren Anpassung anzustellen (Art. 43 Abs. 7 KVG). Bei den Einzelleistungstarifen, welche gemäss Artikel 43 Absatz 5 KVG auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Struktur beruhen müssen, kann der Bundesrat nicht nur im Zeitpunkt ihrer Genehmigung, sondern bereits bei der Ausarbeitung der Struktur eingreifen. Mit Blick auf die vom Gesetzgeber festgelegte Tarifautonomie sollte diese Intervention jedoch nur subsidiären Charakter haben; es ist in erster Linie Sache der Tarifpartner bzw. der kantonalen Genehmigungsbehörden darauf zu achten, dass eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten garantiert ist (Art. 43 Abs. 6). Wie unter Ziffer 3.1 ausgeführt, sind diesbezüglich gewisse Grundsätze schon auf dem Weg der Rechtsprechung aufgestellt worden. Die Beachtung dieser Prinzipien hängt nicht von der Form ihres Erlasses ab, sondern in erster Linie vom Willen der Akteure im Gesundheitswesen, diese umzusetzen. Der Bundesrat schliesst sich dem Wunsch der

⁸ Art. 101 Abs. 2 KVG und Art. 2 Abs. 2 Inkraftsetzungsverordnung.

⁹ 1996: 123 Beschwerden, wovon 74 Listenfälle; 1997: 111 Beschwerden, wovon 67 Listenfälle; 1998: 113 Beschwerden, wovon 73 Listenfälle.

¹⁰ 1999: 52 Beschwerden, wovon 47 in Tarifsachen; 2000: 44 Beschwerden, wovon 35 in Tarifsachen; 2001: 40 Beschwerden, wovon 39 in Tarifsachen.

Kommission ausdrücklich an, dass alle Parteien ihre Anstrengungen vereinen und – insbesondere wenn es um die Herausgabe von Daten geht, welche für die Erarbeitung von Steuerungsinstrumenten notwendig sind – sich der gleichen Transparenz befleissigen, wie sie sie von der Preisüberwachung und dem Bundesrat fordern.

3.3 Ermessen der Kantone und höherrangige öffentliche Interessen

Mit Blick auf die Entscheide des Bundesrates in Sachen Tarifierung der MRI-Leistungen im Kanton Schaffhausen und in Bezug auf die Physiotherapie-Tarife folgert die Kommission, dem Ermessen der Kantone müsse, wenn es um die Würdigung örtlicher Verhältnisse und die Beurteilung höherrangiger öffentlicher Interessen gehe, mehr Raum eingeräumt werden. Nach Auffassung des Bundesrates vermögen die von der Kommission genannten Beispiele diese These jedoch nicht zu belegen:

Tarifierung der MRI-Leistungen

Während der Geltungsdauer des KUVG hat der Bundesrat in seiner Entscheidpraxis betreffend Tarifangelegenheiten Grundsätze erarbeitet, die generelle Geltung beanspruchen. Beim Entscheid in Sachen Tarifierung der MRI-Leistungen im Kanton Schaffhausen ging es deshalb nicht um einen Sonderfall, sondern die Überlegungen, die dort angestellt wurden, hatten bereits im Rahmen des alten KUVG Gültigkeit. Schon im Entscheid vom 11. Dezember 1995 betreffend die MRI-Tarife im Kanton Genf hatte der Bundesrat festgehalten, dass dem Begriff der Billigkeit von Tarifen angesichts der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen eine besondere Bedeutung zukomme. Weil das KUVG es nicht erlaube, Leistungserbringer auch für unbenutzte Kapazitäten zu entschädigen – handle es sich dabei um solche personeller oder technischer Art –, müsse eine Überprüfung von Tarifen auch volkswirtschaftliche Überlegungen einschliessen. Es sei nicht nur festzustellen, ob der Tarif richtig errechnet worden sei, sondern es sei auch zu berücksichtigen, wie ein konkreter Tarif sich auf das Leistungsvolumen und die Auslastung von technischen Installationen und Apparaten auswirke. Diese Grundsätze waren wegleitend für die Revision des Krankenversicherungsrechts und sind vom Gesetzgeber im neuen KVG festgehalten worden¹¹. Der Entscheid des Bundesrates in Sache Tarifierung von MRI-Leistungen im Kanton Schaffhausen stellt deshalb keineswegs eine fragwürdige Auslegung eines unklaren Begriffs dar. Vielmehr wird darin zum Ausdruck gebracht, dass auf diesem Gebiet eine Bedarfsplanung unverzichtbar ist, wie es die Kommission auch in ihren Empfehlungen und Forderungen im Bericht II wünscht, auf welchen an dieser Stelle verwiesen wird.

Tarife für physiotherapeutische Leistungen

Früher wurden die Struktur und der Taxpunktwert der Einzelleistungstarife dezentral, in der Regel in den Kantonen, festgesetzt. Artikel 43 Absatz 5 KVG sieht jetzt jedoch vor, dass solche Tarife auf einer einheitlichen Tarifstruktur beruhen müssen, welche gesamtschweizerisch vereinbart oder vom Bundesrat festgelegt wird; der Taxpunkt wird hingegen weiterhin dezentral, durch Vereinbarungen in den Kanto-

¹¹ Botschaft des Bundesrates vom 6. November 1991, BBl 1992 I 93 ff.

nen, bestimmt, damit den regionalen Unterschieden bei den Löhnen und Preisen besser Rechnung getragen werden kann. Diese Änderung hat zur Folge, dass die Referenzwerte, welche für die Erarbeitung der Tarifstruktur benutzt werden, nicht mehr geändert oder neu definiert werden können, da sie integrierender Bestandteil des Vertrags sind. Der Umstand beispielsweise, dass die Zahl effektiver Arbeitstage von Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen in einem Kanton nicht dem Referenzwert entspricht, welcher der Tarifstruktur zu Grunde gelegt worden ist, gilt nicht als örtliche Besonderheit, welche es erlauben würde, von der Tarifstruktur abzuweichen. Die Vereinbarungen über eine gesamtschweizerische Tarifstruktur würden ihres Sinnes beraubt, wenn die Tarifpartner anlässlich der Festsetzung des kantonalen Taxpunktwerthes davon abweichen könnten. Vorbehalten bleibt der Fall, dass sie einen anderen als einen Einzelleistungstarif vereinbaren.

Der Bundesrat hat die Tarife für Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen nicht deshalb aufgehoben, weil sie dem Berechnungsmodell der Preisüberwachung nicht exakt entsprachen, sondern weil sie mit dem gesamtschweizerisch festgelegten Kostenmodell nicht vereinbar waren.

Er ist jedoch bereit zu prüfen, ob bei der Festsetzung der Taxpunktwerthe neben den kantonalen Miet- und Lohnindizes, weitere Kriterien verwendet werden können, welche die besonderen örtlichen und regionalen Verhältnisse noch besser abbilden (z.B. Kostenentwicklung pro versicherte Person, Dichte der Leistungserbringer, Kosten pro Leistungserbringer). Es bleibt indes in erster Linie Aufgabe der Tarifpartner und der Kantonsregierungen, im Rahmen der Tarifverhandlungen und anlässlich der hoheitlichen Tariffestsetzungen die Einführung solcher Kriterien zu prüfen.

4 Massnahmen zur Beilegung von Konflikten zwischen Kantonen und Bund

Wie die Kommission ist auch der Bundesrat der Auffassung, dass die Bewältigung von Konflikten in einem derart sensiblen Bereich wie jenem des Gesundheitswesens in erster Linie Gespräche zwischen den betroffenen Parteien und eine offene Information erfordert; Beschwerdeverfahren eignen sich hierfür weniger. Der Bundesrat hat es denn auch nicht unterlassen, die Parteien, welche von solchen Verfahren betroffen sein könnten und – über die SDK – die Kantone als Vorinstanzen über die Probleme und Schwierigkeiten zu informieren, welche bei der Behandlung der Beschwerden aufgetreten waren, und er hat die Parteien auf die Notwendigkeit der Zusammenarbeit aufmerksam gemacht.

Was die Transparenz und den Zugang zu den Entscheidungsgrundlagen der Preisüberwachung angeht, stellt der Bundesrat fest, dass diesbezüglich ebenfalls verschiedentlich Anstrengungen unternommen worden sind. Wie der Jahresbericht 2001 der SDK feststellt (S. 17), liess sich der Vorstand der SDK vom Preisüberwacher und seinen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen über die Überlegungen informieren, welche zu seinen Empfehlungen und Stellungnahmen führen. Der Bundesrat geht davon aus, dass der Vorstand seinerseits die Kantone bereits informiert hat. Wie die Kommission feststellt¹², werden die Entscheidungsgrundlagen transparenter,

¹² Bericht I, Ziff. 43, S. 23.

wenn die Leistungserbringer bereit sind, Daten zu liefern, welche Preisvergleiche und Wirtschaftlichkeitsprüfungen ermöglichen. Der Bundesrat seinerseits ist bemüht, in seinen Beschwerdeentscheiden jene Transparenz zu schaffen, welche die Adressaten von ihm erwarten.

Im Übrigen stellt er fest, dass die so genannte Diskussionsplattform, welche als Ergebnis des Projekts «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz» vom Bund in Zusammenarbeit mit der SDK geschaffen worden ist, nun eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen ermöglicht. Die aus diesem Projekt hervorgehenden Strukturen, namentlich die Errichtung des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, können in unserem Land zu einer Vertiefung und Verbreiterung der Erkenntnisse über das Gesundheitssystem beitragen und den politischen und rechtlich-sprechenden Behörden bei ihrer Entscheidungsfindung behilflich sein.

5 Schlussfolgerungen

Obwohl die Umsetzung des KVG noch immer ein Konfliktpotential in sich birgt, ist festzuhalten, dass einige Empfehlungen der Kommission, insbesondere die Information und Kommunikation betreffend, bereits zu einem wesentlichen Teil umgesetzt worden sind bzw. jetzt umgesetzt werden (Empfehlungen 1 und 6). Was den Handlungsspielraum des Bundesrates als Rechtsprechungsbehörde anbelangt, ist dieser durch das Gesetz vorgegeben. In der ersten Zeit nach dem Inkrafttreten des KVG musste der Bundesrat mit seinen Entscheidungen eine Schiedsrichterrolle übernehmen; auch wenn dabei kantonale Entscheidungen zum Teil umgestossen wurden, ging es dem Bundesrat nicht darum, eine Kompetenzverschiebung von den Kantonen hin zum Bund herbeizuführen (Empfehlung 2) oder den Ermessensspielraum der Kantone einzuschränken (Empfehlungen 3 und 5). Die sinkende Zahl von Beschwerden ist denn auch ein Beleg dafür, dass die Rechtsprechung des Bundesrates die Tarifpartner weder entmutigt hat, Tarifverträge abzuschliessen noch einen Anreiz schafft, mehr zu rekurrieren.

Der Bundesrat ist bereit zu prüfen, ob für die Bemessung der Taxpunktwerte zusätzliche Kriterien heranzuziehen sind, wobei allerdings dem Grundsatz der Tarifautonomie Rechnung zu tragen ist. Schliesslich hält er fest, dass die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002, welche am 1. Januar 2003 in Kraft treten wird, Grundsätze für eine transparente Erfassung von Kosten und Leistungen vorsieht, wie sie von der Rechtsprechung entwickelt worden sind. Die weitere Konkretisierung dieser Prinzipien muss nicht notwendigerweise durch eine Kodifizierung erfolgen, sondern hängt in erster Linie vom Willen der Tarifpartner und allen weiteren Akteuren im Gesundheitswesen ab, mit einer gemeinsamen Anstrengung Instrumente zu entwickeln, mit welchen Kosten und Leistungen einfach und klar ausgewiesen werden können (Empfehlung 4).