

**Einflussnahme des Bundes auf die Kostendämpfung
im Bereich des Krankenversicherungsgesetzes –
Untersuchung anhand von zwei ausgewählten Beispielen**

Bericht der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates

vom 5. April 2002

Zusammenfassung

Das KVG wird von einer Vielzahl verschiedener Akteure vollzogen. In dieser Untersuchung wird vor dem Hintergrund der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen aufgezeigt, über welche Handlungsspielräume der Bund bei der Erreichung des Ziels der Kosteneindämmung verfügt und wie er diese in ausgewählten Bereichen (Spitalplanung und TARMED) genutzt hat.

Das KVG gibt dem Bund in den allermeisten Fällen nur indirekte Einflussmöglichkeiten auf die Kostenentwicklung.

Im Fall der Spitalplanung ergeben sich diese aus der Rechtsprechungsfunktion des Bundesrates. Obschon die Rechtsprechung in sich konsistent und kohärent ist, verhält sie sich nicht immer in Sinne der Kostendämpfung. Weil viele offene Fragen nur im Einzelfall und erst im Laufe der Zeit geklärt wurden, blieb eine Rechtsunsicherheit in den planenden Kantonen bestehen. Die Möglichkeit des Bundesrates, nur auf Beschwerde und für den Einzelfall Entscheide zu treffen, erschwerte die Vereinheitlichung der Planungskriterien und die Harmonisierung unter den Kantonen. Dies widerspricht aber den Zielen der optimalen Ressourcennutzung und der Kosteneindämmung. Schliesslich setzte der Bundesrat in seiner Rechtsprechung falsche Anreize des KVG bezüglich der Kostendämpfung durch.

Auch im Fall vom Einzelleistungstarif TARMED ist der Aktionsradius der Bundesbehörden beschränkt. Der Bund hat hier vor allem auf die Einhaltung der Kostenneutralität beharrt.

Die Geschäftsprüfungskommission betont die Wichtigkeit von Wirkungsanalysen im KVG, um die Funktionsweise von kostendämpfenden Massnahmen zu erforschen. Vermehrt eingesetzt werden müssen prospektive Evaluationen, um die Wirkungen bereits im politischen Meinungsbildungsprozess verlässlicher abschätzen zu können.

Die Handlungsspielräume der verschiedenen Akteure müssen konsequent im Dienste der Kostendämpfung genutzt werden. Dazu bedarf es generell einer intensiveren Zusammenarbeit unter den Behörden und Institutionen im Gesundheitswesen.

Eine vermehrte Zusammenarbeit muss auch im Bereich der Spitalplanung angestrebt werden. Es sind Anreize für eine stärkere interkantonale Spitalplanung zu schaffen. Der Bundesrat soll dem Bedürfnis der Kantone nach einer grösseren Planungssicherheit Rechnung tragen. Im Bereich der Spitalplanung ist sodann eine umfassende Wirkungsanalyse fällig. Schliesslich ist ein Übergang von der Kapazitäts- zur Leistungsplanung zu prüfen.

Bei der Umsetzung von TARMED sollte der Bundesrat die Grundsätze der kostenneutralen Tarifgestaltung konkretisieren, um die Rechtssicherheit bei den Tarifpartnern und Kantonen zu verbessern. Um Rollenkonflikte zu vermeiden, sollte der Bundesrat selbst keine Moderation bei verwaltungsexternen Verhandlungen vornehmen. Dafür sollte er sich vermehrt für den Einsatz einer professionellen Moderation und Mediation stark machen. Schliesslich ist auch der TARMED nach seiner Einführung sobald als möglich auf seine Wirkungen zu überprüfen.

Bericht

1 Einleitung

1.1 Kontext und Ziel der Untersuchung

Vor dem Hintergrund der Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen beschloss die Geschäftsprüfungskommission des Ständerates im Rahmen ihres Jahresprogrammes 2000, den Einfluss des Bundes bei der Kostendämpfung im Bereich des Krankenversicherungsgesetzes zu untersuchen.

Die Eindämmung der Kostensteigerung ist eines der drei übergeordneten Ziele des auf den 1. Januar 1996 in Kraft getretenen Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG). Während das Solidaritätsziel (Verstärkung der Solidarität zwischen den verschiedenen Versichertengruppen) im Wesentlichen erreicht wurde und auch bei der Bereitstellung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung Erfolge erzielt worden sind, konnte das KVG die Erwartungen an die Kosteneindämmung noch nicht erfüllen. Die Kostensteigerungen liegen in der selben Grössenordnung wie vor Einführung des KVG.

Im internationalen Vergleich weist unser Land hohe Gesundheitskosten aus; nach den USA steht die Schweiz diesbezüglich an zweiter Stelle. Auch andere Staaten des OECD-Raumes kennen die Kostenproblematik. Der Schweiz (und Deutschland) ist es aber in den 90er Jahren nicht gelungen, die Kosten zu stabilisieren. Dies im Gegensatz zu verschiedenen anderen Staaten wie Kanada, Dänemark oder die Niederlande, die im Zeitraum von 1993–1997 den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandprodukt senken konnten.

Die vorliegende Untersuchung zeigt die Handlungsspielräume der Träger des Bundes bei der Umsetzung des Kostendämpfungsziels auf. Am Beispiel der bundesrätlichen Rechtsprechung zur Spitalplanung und am Beispiel des Einzelleistungstarifs TARMED wird überprüft, ob und wie die Träger des Bundes ihre Handlungsmöglichkeiten wahrnehmen und welche Auswirkungen ihre Aktivitäten im Hinblick auf das Kostendämpfungsziel haben.

1.2 Ablauf der Untersuchung

Die Subkommission EDI/UVEK¹ der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates beauftragte die Parlamentarische Verwaltungskontrollstelle (PVK) mit der Durchführung einer Evaluation. Die Evaluation erfolgte im Rahmen von zwei Untersuchungsschritten. Die Subkommission fragte die PVK in einem ersten Schritt, welche Kostendämpfungsmassnahmen das KVG überhaupt vorsieht, welche Bedeutung den einzelnen Massnahmen zukommt und welche Handlungsspielräume diese Massnahmen den Trägern des Bundes eröffnen. Auf Grund der Ergebnisse aus der ersten Phase und weiterer Grundlagen wählte die Subkommission im Frühjahr 2001

¹ Mitglieder der Subkommission sind Ständerat Hansruedi Stadler (Präsident), Ständerätinnen Christiane Langenberger und Françoise Saudan sowie Ständeräte Michel Béguelin, Hans Hofmann und Filippo Lombardi

zwei Bereiche aus, die einer vertieften Analyse unterzogen werden sollten. Bei dieser Auswahl trug die Subkommission im Wesentlichen dem Umstand Rechnung, dass die Auswirkungen des KVG bereits Gegenstand einer weit reichenden Evaluationsstätigkeit des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV)² waren. Die PVK sollte Bereiche evaluieren, die nicht bereits eingehend erforscht sind. Ausserdem musste der Bund aufgrund des Ziels der Untersuchung über ein gewisses Mass an Kompetenzen hinsichtlich der Kostendämpfung verfügen, und die Massnahmen sollten bereits im KVG verankert (und nicht bloss geplant) sein. Aufgrund dieser Prämissen entschied sich die Subkommission für die bundesrätliche Rechtsprechung im Falle der Spitalplanung und die Einflussnahme des Bundes auf den Arzttarif TARMED, um die Nutzung der Handlungsspielräume durch die Träger des Bundes und die diesbezüglichen Wirkungen aufzuzeigen. Die beiden Evaluationen zu diesem zweiten Untersuchungsschritt wurden von Mai bis November 2001 von einem externen Expertenteam (Büro Vatter, Politikforschung & -beratung, Bern) vorgenommen. Die PVK hielt die Ergebnisse der gesamten Untersuchung in einem Synthesebericht fest.

Die Subkommission EDI/UVEK würdigte die Ergebnisse der Evaluationen im Januar 2002 und zog daraus die politischen Schlussfolgerungen. Sie hörte am 21. März 2002 die Vorsteherin des Departements des Innern an und erstattete der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates Bericht über die Untersuchung. Diese verabschiedete den vorliegenden Bericht mit Schlussfolgerungen und Empfehlungen am 5. April 2002.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Untersuchung durch die PVK kurz zusammengefasst. Für ausführliche Informationen verweist die Geschäftsprüfungskommission des Ständerates auf die entsprechenden Expertenberichte, die am Schluss dieses Berichts aufgeführt sind. Schwerpunkte des vorliegenden Berichtes sind eine Würdigung der Ergebnisse der Evaluationen und die Schlussfolgerungen, die auf politischer Ebene zu ziehen sind.

2 Zusammenfassung der Ergebnisse der Untersuchung

Die Ergebnisse der Evaluation sind im Synthesebericht der PVK vom 30. November 2001 enthalten, der als integrierender Bestandteil des vorliegenden Berichtes in dessen Anhang veröffentlicht wird. Ausführliche Informationen finden sich in den Materialienbänden 1–3, die separat veröffentlicht werden. Diese Ziffer enthält eine kurze Darstellung der Ergebnisse zu den wichtigsten Fragestellungen.

² Der Evaluationsauftrag ist in Art. 32 der Verordnung vom 27.6.1995 über die Krankenversicherung (KVV) enthalten. Eine Liste der Evaluationsprojekte des BSV findet sich im Anhang oder auf http://www.bsv.admin.ch/aktuell/presse/2001/d/01171201_projektiliste.pdf

2.1 Handlungsspielräume der Träger des Bundes in Bezug auf die Erreichung des Kostendämpfungsziels

Über welche Handlungsspielräume verfügen die Träger des Bundes, um zur Erreichung des Kostendämpfungsziels des KVG beizutragen?

Um diese Frage zu beantworten, zeigt die PVK in einer Programmanalyse³ auf, welche Kostendämpfungsmassnahmen das KVG vorsieht, welche Bedeutung den einzelnen Massnahmen zukommt und welche Handlungsspielräume diese Massnahmen den Trägern des Bundes eröffnen.

Zunächst ist festzuhalten, dass das Gesundheitswesen ein Angebotsmarkt darstellt, in welchem die Nachfragehöhe nicht zuletzt auch vom Leistungsangebot mitbestimmt wird. Die Hälfte der kostendämpfenden Massnahmen des KVG zielen denn auch auf eine Einschränkung des Angebots ab.

Rein quantitativ gesehen nehmen die Träger des Bundes (gemeint ist der engere Kreis, bestehend aus Bundesrat, Eidg. Departement des Innern, Bundesamt für Sozialversicherung) im Vollzug der von der PVK identifizierten 44 Kostendämpfungsmassnahmen des KVG eine vorherrschende Position ein. In qualitativer Hinsicht sind die Einflussmöglichkeiten der Bundesorgane zu relativieren, da diese in der Regel nur über regulative Kompetenzen ohne Sanktionsmacht oder über Rechtsprechungsfunktionen verfügen. Nur in wenigen Ausnahmefällen und nur im ambulanten Sektor können die Träger des Bundes die Mengenausweitung direkt beeinflussen (beispielsweise im Rahmen der Festlegung des Pflichtleistungskatalogs oder durch die ausserordentliche Möglichkeit der Zulassungsbeschränkungen).

Fazit: Das KVG gibt den Trägern des Bundes in den allermeisten Fällen nur indirekte Möglichkeiten, zur Kosteneindämmung beizutragen.

2.2 Einflussnahme des Bundes im Bereich der Spitalplanung⁴

Wie haben die Träger des Bundes ihre Handlungsspielräume im Bereich der Spitalplanung genutzt und welche Wirkungen zeitigten ihre Aktivitäten hinsichtlich der Zielsetzung der Kostendämpfung?

Der oben festgestellte begrenzte Aktionsradius und die oftmals nur indirekten Einflussmöglichkeiten zeigen sich auch bei der vertieften Analyse der Spitalplanung.

Artikel 39 Absatz 1 KVG verlangt von den Kantonen die Angebotsplanung von Spitälern und Pflegeheimen und regelt deren Zulassung zur Leistungserbringung zu Lasten der sozialen Krankenversicherung mittels Spitallisten. Diese Massnahme soll

³ Vgl. Kostendämpfungsmassnahmen im KVG, Materialienband 1, Büro Vatter: Eine Programmanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Handlungsspielräume des Bundes (Bericht der Parlamentarischen Verwaltungskontrolstelle vom 29. August 2001 zuhanden der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates)

⁴ Vgl. auch Büro Vatter, Kostendämpfungsmassnahmen im KVG, Materialienband 2: Die Wirkungen der bundesrätlichen Rechtsprechung im Falle der Spitalplanung (Studie vom 30. November 2001 im Auftrag der Parlamentarischen Verwaltungskontrolstelle)

gemäss bundesrätlicher Botschaft zum KVG von 1991⁵ eine Koordination der Leistungserbringer, eine optimale Ressourcennutzung und eine Eindämmung der Kosten bewirken.

Das KVG belässt den Kantonen einen grossen Handlungsspielraum bei der Spitalplanung. Der Handlungsspielraum des Bundes ergibt sich aus Artikel 53 KVG, welcher eine Beschwerdemöglichkeit gegen die Spitallisten der Kantone an den Bundesrat vorsieht. Die Rechtsprechung des Bundesrates sanktioniert die jeweilige kantonale Spitalliste und beeinflusst damit die stationären Versorgungsstrukturen des betreffenden Kantons. Darüber hinaus leistet sie eine KVG-konforme Interpretation der (unbestimmten) Zulassungskriterien für die Leistungserbringer.

Die Gesamtauswertung der bundesrätlichen Rechtsprechung im Bereich der Spitalplanung ergab, dass die Bundesratsentscheide tendenziell eher den von den kantonalen Listen vorgesehenen Kapazitätsabbau aufgehoben haben, als dass sie die Schliessung zusätzlicher Spitäler zur Folge hatten. Die näher untersuchten Beschwerdeentscheide haben keine direkten Kostenfolgen gehabt. Der einzige Kosteneffekt, der in den Fallstudien direkt auf die bundesrätliche Praxis zurückgeführt wird, ergibt sich aus der Verfahrensdauer. Die lange Behandlungszeit der Beschwerden wirkte in denjenigen Fällen kostentreibend, in denen Krankenversicherer Beschwerde gegen die Aufnahme einzelner Spitäler oder gegen ganze Listen ergriffen, am Schluss Recht bekamen, aber bis zum Vorliegen des Entscheids die fraglichen Zusatzkosten vollständig zu tragen hatten. Indirekt haben sich die Entscheide zugunsten der Aufnahme von halbprivaten und privaten Abteilungen in die Spitalliste eher kostentreibend ausgewirkt.

Die mit der Evaluation beauftragten Experten wiesen sodann auf verschiedene problematische Punkte hin, die aber nur in einem indirekten Zusammenhang mit der Rechtsprechungskompetenz des Bundesrates stehen und sich teilweise aus der gesetzlichen Regelung selbst ergeben:

- Die in sich konsistente und kohärente bundesrätliche Rechtsprechung sendet politisch teilweise widersprüchliche Signale aus. Eine politische Führung mit der Vorgabe eindeutiger Planungs- und Zulassungskriterien blieb aus und hatte in allen untersuchten Kantonen eine gewisse Verunsicherung bei der Spitalplanung zur Folge. Nach Ansicht der Experten hätten diverse Beschwerden verhindert werden können, wenn auf Bundesebene zu einem frühen Zeitpunkt die Anforderungen an die Spitalplanung, z.B. mit einer Verordnung, politisch geklärt worden wäre. Das Vorgehen des Bundesrates, lediglich auf Beschwerde hin Einzelentscheide zu fällen, ist in der Planungsautonomie der Kantone begründet. Ein solches Vorgehen ersichert aber die Vereinheitlichung der Planungskriterien und die Harmonisierung unter den Kantonen (und somit die Kosteneindämmung). Die Experten legen deshalb die Wahrnehmung der politischen Führung durch den Bundesrat im Dienste der Kostendämpfung nahe.
- Die Rechtsprechungspraxis des Bundesrates, Halbprivat- und Privatabteilungen von Spitälern einen Rechtsanspruch auf einen Listenplatz zuzusprechen, setzt einen falschen Anreiz des KVG durch und erweist sich im Bereich der Krankenversicherung als kostentreibender Faktor. Da in privaten

⁵ BBl 1992 I 167

und halbprivaten Abteilungen Leistungen zu Lasten der Grundversicherung erbracht werden, Angebote in diesem Bereich aber nicht beschränkt werden dürfen, können die Kantone keine gesamtheitliche Spitalplanung im Dienste der Kosteneindämmung betreiben. Dieser Punkt wurde in der 2. Teilrevision des KVG aufgegriffen, welche derzeit im Nationalrat vorberaten wird. Gemäss Beschluss des Ständerates sollen neu alle nach dem KVG zu erbringenden Leistungen der Spitalplanung unterliegen, unabhängig davon, wo (allgemeine Abteilung, Halbprivat- oder Privatabteilung, öffentliches bzw. öffentlich subventioniertes oder Privatspital) und unter welcher Versicherungsdeckung (Grundversicherung oder Zusatzversicherung) diese Leistungen erbracht werden.

- In Abhängigkeit der eingereichten Beschwerde und der damit einhergehenden einzelfallbezogenen Entscheide, bezieht sich die bundesrätliche Rechtsprechung vorwiegend auf Planungen eines bestimmten Kantons und kann daher kaum Anreize zur interkantonalen Koordination setzen. Erwähnt werden von den Experten in diesem Zusammenhang die noch geltenden Bestimmungen bzw. die Praxis zur Spitalfinanzierung, die Kantone einen grossen Anreiz gibt, autark bzw. unkoordiniert zu planen. Bisher mussten die Kantone lediglich bei ausserkantonalen Behandlungen in Halbprivat- und Privatabteilungen einen Sockelbeitrag (d.h. jener Anteil der Kosten, die auch eine Behandlung in der allgemeinen Abteilung verursachen würde) leisten, während innerkantonale Behandlungen in halbprivaten und privaten Abteilungen vollständig von den Versicherern finanziert werden mussten. Folge davon ist, dass sich die Kantone bemühen, ein umfassendes Leistungsangebot für ihre Bevölkerung zu gewährleisten, was den der Spitalplanung zugrunde liegenden Zielen abträglich ist. Nach dem Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom November 2001 und gemäss den parlamentarischen Beratungen zur 2. Teilrevision des KVG wird auch diese Problematik korrigiert. In Zukunft müssen die Kantone den Sockelbeitrag auch bei innerkantonalen Behandlungen in Privat- oder Halbprivatabteilungen erbringen.
- Schliesslich halten die von der PVK beauftragten Experten fest, dass das Instrument der Kapazitätsplanung für das Ziel der Kosteneindämmung inadäquat ist. Eigentliche Kostenfaktoren sind nicht die vorhandenen Betten, sondern die erbrachten Leistungen. Ausserdem wird auf problematische Verlagerungseffekte hingewiesen: in der allgemeinen Abteilung via Spitalplanung abgebaute Kapazitäten werden durch private und halbprivate Angebote kompensiert, welche im Rahmen der Zusatzversicherungen ebenfalls Leistungen zu Lasten der Grundversicherung anbieten und so die Grundprämien in die Höhe treiben. Zudem werden Leistungen vom stationären in den ambulanten Sektor verschoben, der vollständig von der sozialen Krankenversicherung finanziert wird. Eine Lösung dieses Problems wird von Seiten der Versicherer und teilweise auch der Spitäler im Übergang zur Leistungsplanung gesehen; die kantonalen Träger verwahren sich jedoch angesichts der damit verbundenen Komplikationen gegen diesen Weg.

Fazit: Der Bundesrat hat über seine Rechtsprechungskompetenz auf den Bereich der Spitalplanung Einfluss genommen. Die bundesrätliche Rechtsprechung hat tendenziell eher kostentreibend gewirkt. Direkte Kostenfolgen können ihr indessen nicht zugeschrieben werden. Die Praxis des Bundesrates, in Abhängigkeit der eingereichten Beschwerden fallbezogene Einzelentscheide zu treffen, erschwerte die Vereinheitlichung der Planungskriterien und die Harmonisierung unter den Kantonen. Mit seiner Rechtsprechung setzte der Bundesrat auch falsche Anreize durch, die das KVG bereits enthält. Die bundesrätliche Rechtsprechung bezieht sich vorwiegend auf die optimale Nutzung der Ressourcen eines bestimmten Kantons und setzt damit kaum Anreize zur interkantonale Koordination.

2.3 Einflussnahme des Bundes auf den Arzttarif TARMED⁶

Welche Strategien und Aktivitäten verfolgten die Träger des Bundes bei der Einflussnahme auf den ambulanten Einzelleistungstarif TARMED? Wie sind diese vor dem Hintergrund des Kostendämpfungsziels zu beurteilen?

Das KVG sieht in Artikel 43 Absatz 5 eine gesamtschweizerisch vereinbarte einheitliche Tarifstruktur bei Einzelleistungstarifen im Bereich der ambulanten Leistungen vor. Als landesweit geltende Tarifstruktur bezweckt TARMED mehr Transparenz und höhere Vergleichbarkeit bei der Abgeltung ärztlicher Leistungen und dadurch eine bessere Kostenkontrolle im Gesundheitswesen. Ausserdem muss die Tarifrevision kostenneutral erfolgen. Der Bund hat erst rund ein halbes Jahr nach Verstreichen der gesetzlichen Einführungsfrist des neuen Tarifwerks von seinen Einflussmöglichkeiten Gebrauch gemacht. Obschon die gesetzliche Frist zur Einführung bereits Ende 1997 verstrichen ist, konnte TARMED noch nicht verabschiedet werden. Der Bundesrat hat zwar am 18. September 2000 die Version Alpha 3.0 der Tarifstruktur genehmigt. Die Einführung der neuen Struktur hängt aber vom Vorliegen eines Vertrages zwischen den Tarifpartnern über die kostenneutrale Einführung ab. Auch dieser Vertrag bedarf der bundesrätlichen Genehmigung.

Auf Grund der Tarifautonomie können die Träger des Bundes in materieller Hinsicht auf die Ausgestaltung von TARMED kaum Einfluss nehmen. Die Handlungsmöglichkeiten und -pflichten ergeben sich aus dem KVG. Der Bundesrat hat erstens die Tarifstruktur zu genehmigen (nach Konsultation des Preisüberwachers). Er hat zweitens die Kompetenz, eine Tarifstruktur zu verordnen, wenn zwischen den Tarifpartnern keine Einigung zustande kommt. Drittens hat der Bundesrat die Möglichkeit, Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie die Anpassung der Tarife aufzustellen. Viertens fungiert der Bundesrat im Falle von Beschwerden gegen kantonale Entscheide im Bereich der Taxpunktwerte als Beschwerdeinstanz.

Die Träger des Bundes haben die gesetzlichen Handlungsmöglichkeiten weitgehend, aber noch nicht vollständig genutzt. Der Bundesrat hat bisher keine Tarifstruktur verfügt, obwohl sich die Tarifpartner nunmehr bereits vier Jahre nach der gesetzlich

⁶ Vgl. auch Büro Vatter, Kostendämpfungsmassnahmen im KVG, Materialienband 3: Die Einflussnahme des Bundes auf den Arzttarif TARMED (Studie vom 30. November 2001 im Auftrag der Parlamentarischen Verwaltungskontrollstelle)

vorgesehenen Einführungsfrist immer noch nicht in allen Punkten einigen konnten. Erklärt wird das Nichteingreifen damit, dass mit der Genehmigung der Tarifstruktur Alpha 3.0 ein Verhandlungsergebnis vorliegt und gemäss Vertragsprinzip erst eingegriffen wird, wenn die Tarifpartner von sich aus die Verhandlungen als gescheitert erklären. Ausserdem hält es der Bundesrat nicht für nötig, Grundsätze für die Tarifgestaltung und -anpassung auf dem Verordnungsweg aufzustellen. Die Vertragspartner hätten wesentliche Ziele des Tarifumbaus bereits vertraglich festgehalten. Die Wirtschaftlichkeit und Sachlichkeit der Struktur seien zudem an anderer Stelle des KVG als Kriterien vorgegeben und würden im Rahmen des Genehmigungsverfahrens geprüft. Eine weitere Einflussmöglichkeit würde darin bestehen, dass der Bundesrat im Falle von Beschwerden gegen Anpassungen der bisher geltenden kantonalen Taxpunktwerte Druck aufsetzt und allfällige Forderungen nach Tarifierhöhungen ablehnt. Vor Ablauf der Einführungsfrist wurde eine Beschwerde der kantonalen Ärztesgesellschaft Schaffhausen zur Erhöhung des kantonalen Taxpunktwertes im Jahre 1997 vom Bundesrat abgelehnt. Seither sind jedoch keine entsprechenden Beschwerden mehr erhoben worden.

Die von der PVK beauftragten Experten stellen fest, dass sich der inhaltliche und taktische Einfluss des Bundes an die im KVG enthaltenen Ziele und Vorgaben hält. Inhaltlich steht die Durchsetzung der Kostenneutralität für den Bund eindeutig im Vordergrund. Hier wird auf die einflussreiche Stellung der Preisüberwachung verwiesen. Taktisch hat sich der Bund durch seine Vermittlungstätigkeit hervorgetan, deren Erfolg nicht zuletzt dem hohen persönlichen Engagement der Vorsteherin des EDI zu verdanken ist. Den Bundesakteuren wird eine hohe Fachkompetenz bescheinigt, die Koordination unter den Bundesakteuren hat sehr gut funktioniert. Die wiederholten, aber folgenlosen Drohungen mit der Einführung eines Amtstarifs für den Fall, dass sich die Verhandlungspartner nicht in nützlicher Frist einigen können, verlor im Laufe des Prozesses ihre Wirkung. Der Bund hat den Tarifpartnern zwar klare Fristen gesetzt, hat es aber unterlassen, Grundsätze und Zielsetzungen der Tarifgestaltung auf dem Verordnungsweg aufzustellen, an denen sich die Tarifpartner hätten orientieren können. Der Erlass einer Verordnung zu den rechtlichen und administrativen Rahmenbedingungen des neuen Tarifwerks hätte den Einigungsprozess beschleunigen können. Hingegen steht fest, dass der Bund über keine unmittelbaren Eingriffsmöglichkeiten verfügt, um die Vertragsverhandlungen voranzutreiben oder die Kantone zur Umsetzung der Tarifstruktur zu drängen.

Schliesslich zeigt die Analyse des TARMED eine problematische Mehrfachrolle des Bundesrates als Vermittlungs- und Genehmigungsinstanz auf. Tritt der Bundesrat zusätzlich als Beschwerdeinstanz zu kantonalen Tarifentscheiden in Erscheinung, wird sich dieser Rollenkonflikt noch verschärfen. Die Tarifpartner machen geltend, dass der Bundesrat aufgrund der Mehrfachfunktion die kantonalen Tarifverhandlungen vorweg nehme und die Tarifautonomie einschränke.

Fazit: Auch im Bereich von TARMED ist der Aktionsradius der Bundesbehörden beschränkt. Deren Kompetenzen beschränken sich im Wesentlichen auf eine Prozessbegleitung. Dem Bund kommt als Genehmigungs-, Verfügungs- und Vermittlungsinstanz bei der Einhaltung der Kostenneutralität eine zentrale Rolle zu. Hätte der Bund nicht konstant auf der kostenneutralen Umsetzung bestanden, wäre der Tarifumbau vermutlich längst abgeschlossen, hätte aber mit grosser Wahrscheinlichkeit massive Kostensteigerungen zur Folge gehabt.

3 **Würdigung und Schlussfolgerungen der Geschäftsprüfungskommission**

3.1 **Gesetzgebung**

Die Untersuchung der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates bezieht sich auf die Massnahmen und Handlungsspielräume des Bundes in Bezug auf das Kostendämpfungsziel des KVG. Wenn hier deshalb vorwiegend die Handlungen der Bundesakteure analysiert und beurteilt werden, darf nicht der Eindruck entstehen, nur diese seien für die Kostendämpfung verantwortlich. Zahlreiche Kostendämpfungsmassnahmen werden von mehreren Trägern umgesetzt. Neben dem Bund und den Kantonen kommt insbesondere den Krankenversicherern und den Leistungserbringern eine wesentliche Rolle zu. Dies lässt auf eine hohe Arbeitsteilung und komplexe Vollzugsstrukturen schliessen.

Dass das Kostendämpfungsziel des KVG noch nicht erreicht wurde, hat auch mit dem Gesetz selbst zu tun. Die Untersuchung zeigt auf, dass falsche Anreize des Gesetzes von den Akteuren im Gesundheitswesen teilweise durchgesetzt werden. Es ist deshalb wichtig, dass die Auswirkungen der gesetzlichen Massnahmen überprüft und falsche Anreize korrigiert werden.

Die Kommission unterstützt die entsprechenden wissenschaftlichen Evaluationen im Auftrag des BSV und dessen Absicht, die Untersuchung der Kostenentwicklung in nächster Zeit in den Vordergrund zu stellen. Um Fehlprogrammierungen auf der Ebene der Gesetzgebung und anschliessende Vollzugsprobleme zu vermeiden, müssen nach Ansicht der Geschäftsprüfungskommission vermehrt auch prospektive Evaluationen vorgenommen werden. Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, dass man sich bei der Einführung von kostendämpfenden Massnahmen zu wenig Rechenschaft über die Funktionsweise, die Wirkungsmechanismen und Folgewirkungen solcher Massnahmen gab. Der Bundesrat muss im politischen Meinungsbildungsprozess in Zukunft klarer darlegen, welche Bedeutung einer Massnahme für die Kosteneindämmung zukommt und unter welchen Voraussetzungen eine Kosteneindämmung auch tatsächlich erreicht werden kann. Aussagen betreffend die zu erwartenden Wirkungen sind in den Botschaften des Bundesrates zu Gesetzesvorlagen transparent und nachvollziehbar darzulegen. Im Zusammenhang mit Wirkungsabklärungen erweist sich auch eine Verbesserung der statistischen Grundlagen als dringend notwendig.

Empfehlung 1: Vermehrter Einsatz von prospektiven Evaluationen

Die Geschäftsprüfungskommission empfiehlt dem Bundesrat neben den nachträglichen Wirkungsabklärungen den vermehrten Einsatz von prospektiven Evaluationen bei der Vorbereitung komplexer Reformvorhaben im KVG-Bereich. Der Bundesrat setzt sich in Zusammenarbeit mit den Kantonen für die Verbesserung der statistischen Grundlagen im Gesundheitswesen ein.

3.2

Bundesrätliche Rechtsprechung

Die Rechtsprechungsfunktion des Bundesrates im Bereich der Krankenversicherung ist aus verschiedenen Gründen problematisch. Sie erlaubt dem Bundesrat nicht, eine aktive politische Führung wahrzunehmen. Als «Judikative» kann der Bundesrat erst im Nachhinein und nur nach juristischen Kriterien reagieren und sanktionieren. Dies schränkt seinen ohnehin schon kleinen Handlungsspielraum hinsichtlich der Zielsetzung der Kostendämpfung ein. Indem der Bundesrat nur von Einzelfällen ausgehen kann, die ihm auf dem Beschwerdeweg unterbreitet werden, wird die Vereinheitlichung von Planungskriterien und die Harmonisierung unter den Kantonen und somit die Kosteneindämmung erschwert. Zweifelsohne beeinträchtigt die bundesrätliche Rechtsprechung auch das Vertrauensverhältnis zwischen dem Bund und den Kantonen und belastet die Zusammenarbeit. Teilweise liess sich in den untersuchten Beschwerdefällen zur Spitalplanung ein Vertrauensverlust auf Seiten der kantonalen Träger als Ausfluss der Entscheide des Bundesrates nachweisen.

In seiner Botschaft zur Totalrevision der Bundesrechtspflege⁷ schlägt der Bundesrat vor, die Rechtsprechungsfunktion des Bundesrates im Bereich der Krankenversicherungsgesetzes an das geplante Bundesverwaltungsgericht zu übertragen. Dieser Vorschlag verdient nach Ansicht der Geschäftsprüfungskommission vorbehaltlose Unterstützung. Die Übertragung der bundesrätlichen Rechtsprechung an das Bundesverwaltungsgericht erlaubt dem Bundesrat, in Zukunft verstärkt politisch zu agieren und seinen Handlungsspielraum im Dienste der Kostendämpfung voll auszuschöpfen.

Empfehlung 2: Übertragung der Rechtsprechungsfunktion an das Bundesverwaltungsgericht

Die Geschäftsprüfungskommission empfiehlt der Kommission für Rechtsfragen, die im Rahmen der Totalrevision der Bundesrechtspflege geplante Übertragung der Rechtsprechungsfunktion des Bundesrates im Bereich der Krankenversicherung an das Bundesverwaltungsgericht zu unterstützen.

Empfehlung 3: Vermehrte politische Steuerung im Dienste der Kostendämpfung

Die Geschäftsprüfungskommission empfiehlt dem Bundesrat, den durch die Abgabe seiner heutigen Rechtsprechungsfunktion entstehenden Handlungsspielraum im Sinne einer vermehrten politischen Steuerung im Dienste der Kostendämpfung konsequent zu nutzen.

⁷ BB1 2001, 4202 ff.

3.3

Zusammenarbeit unter den Behörden und Institutionen im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen ist ein hochkomplexer Politikbereich mit ausgeprägt dezentralem und föderalistischem Charakter. Mit der Vielzahl der Akteure im Gesundheitswesen und den divergierenden Partikularinteressen stellt es eine grosse Herausforderung dar, diese auf die im KVG verankerten übergeordneten Interessen auszurichten.

Im Rahmen dieser Untersuchung wurde festgestellt, dass das KVG teilweise problematische Anreize enthält, die dem Ziel der Kosteneindämmung zuwiderlaufen und von den Akteuren im Gesundheitswesen durchgesetzt werden. Als Beispiel sei die bisher geltende Spitalfinanzierung erwähnt, die – wie in Ziffer 2.2 ausgeführt – eine autarke und interkantonal unkoordinierte Planung begünstigt. Hingewiesen sei auch auf die Problematik, dass die via Spitalplanung abgebauten Kapazitäten in der allgemeinen Abteilung durch private und halbprivate Angebote kompensiert werden. Zudem existieren Umgehungsstrategien der Anbieter, ihre Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich zu verschieben, der vollständig von der sozialen Krankenversicherung finanziert wird. Oft geht es lediglich darum, Kosten zu verlagern, aber nicht wirklich einzusparen. Die Sichtweise der Akteure wird zu wenig auf die Kosteneindämmung an sich ausgerichtet.

Hinzu kommt, dass aufgrund der divergierenden Interessen im Gesundheitswesen ein hohes Konfliktpotential besteht. Das Instrumentarium eines konstruktiven Konfliktlösungsprozesses ist nach Ansicht der Geschäftsprüfungskommission noch nicht genügend entwickelt.

Diese Umstände lassen es der Geschäftsprüfungskommission als notwendig erscheinen, die Zusammenarbeit der Behörden und Institutionen soll intensiviert werden, um das Ziel der Kosteneindämmung gemeinsam zu erreichen. Mit der Verbesserung der Zusammenarbeit befasst sich insbesondere das vom EDI und der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz eingesetzte Projekt «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz». Ziel ist es, die Zusammenarbeit im föderalistisch organisierten Gesundheitswesen zu intensivieren, den Dialog zu vertiefen und die vorhandenen Kräfte, die sich für die Gesundheit der Bevölkerung einsetzen, zusammenzubringen.

Empfehlung 4: Intensivierung der Zusammenarbeit unter den Behörden und Institutionen im Gesundheitswesen

Die Geschäftsprüfungskommission empfiehlt dem Bundesrat, sich im Bereich der Kostendämpfung in der Krankenversicherung für eine bessere Zusammenarbeit unter den Behörden und Institutionen im Gesundheitswesen einzusetzen. Er gibt insbesondere dem Projekt «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz» genügend politisches Gewicht.

3.4

Spitalplanung

3.4.1

Harmonisierung der Spitalplanung unter den Kantonen

Im Rahmen dieser Untersuchung haben die Experten mehrmals hervorgehoben, dass kaum Anreize bestehen für eine interkantonale Koordination der Leistungserbringer. Was die hier untersuchte bundesrätliche Rechtsprechung zur Spitalplanung betrifft, vermag sie kaum Anreize zu einer interkantonalen Koordination zu schaffen, zumal sie sich vorwiegend auf die optimale Nutzung der Ressourcen eines bestimmten Kantons bezieht. Ausserdem trifft der Bundesrat in Abhängigkeit der eingereichten Beschwerden fallbezogene Einzelentscheide, was die Vereinheitlichung der Planungskriterien und die Harmonisierung unter den Kantonen als Ganzes erschwert. Damit bleiben die Kantone letztlich isolierte Planungsregionen, was dem Kostendämpfungsziel widerspricht.

Auch das geltende KVG enthält Anreize für die Kantone, autark und unkoordiniert zu planen. Angesprochen wurde diesbezüglich die Regelung der Spitalfinanzierung, wonach sich die Kantone bisher nur an ausserkantonalen Hospitalisationen in Privat- und Halbprivatabteilungen finanziell beteiligen mussten (sogenannter Sockelbeitrag). Die entsprechenden innerkantonalen Behandlungen gingen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung. Dadurch entsteht für die Kantone ein Anreiz, der ein umfassendes innerkantonales Leistungsangebot aufzubauen anstatt sich konsequent an den Zielen der Spitalplanung (Koordination der Leistungserbringer, optimale Ressourcennutzung und Kosteneindämmung) zu orientieren. Die Korrekturen sind in diesem Punkt über einen Entscheid des Eidg. Versicherungsgerichts und die 2. Teilrevision des KVG eingeleitet. Die Geschäftsprüfungskommission hat der Kommission für Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates mitgeteilt, dass der diesbezügliche Vorschlag des Bundesrates im Rahmen der 2. Teilrevision des KVG, der vom Ständerat übernommen wurde, zu unterstützen ist.

Nach Ansicht der Geschäftsprüfungskommission braucht es zusätzliche Anreize für eine stärkere interkantonale Planung, um das Ziel der Kosteneindämmung erreichen zu können.

Postulat 1: Verstärkung der interkantonalen Spitalplanung

Die Geschäftsprüfungskommission beauftragt den Bundesrat zu prüfen und Bericht zu erstatten, wie Anreize für eine stärkere interkantonale Spitalplanung geschaffen werden können.

3.4.2

Erhöhung der Planungssicherheit in den Kantonen

Die Untersuchung der bundesrätlichen Rechtsprechung zur Spitalplanung hat ergeben, dass die Zurückhaltung des Bundesrates bei der Bereitstellung von Planungsgrundlagen bei den Kantonen eine Verunsicherung ausgelöst hat. Das KVG schreibt keine Planungsmethode vor und lässt wichtige Begriffe im Planungsbereich (z.B. bedarfsgerechte Planung) offen. Durch die Vorgabe eindeutiger Planungs- und Zulassungskriterien hätten rückblickend diverse Beschwerden verhindert werden kön-

nen. Den Kantonen wäre durch eine frühzeitige Klärung der Anforderungen an die Spitalplanung politisch der Rücken gestärkt worden, was die Erreichung des Kostendämpfungsziels mit grosser Wahrscheinlichkeit begünstigt hätte. Die Zurückhaltung des Bundes führte in einzelnen Kantonen auch zu Verzögerungen bei der Planung.

Die Geschäftsprüfungskommission hat Verständnis für die diesbezügliche Zurückhaltung des Bundesrates, der damit der Planungsautonomie der Kantone Rechnung trägt. Diese wird auch vom Eidg. Versicherungsgericht gestützt, welches in einem Meinungsaustausch mit dem Bundesamt für Justiz bereits im August 1996 festhielt, dass die Spitalplanung und die Ausgestaltung der Spitallisten in die alleinige Kompetenz der Kantone fallen. Nach Ansicht der Kommission enthält die geltende Rechtsordnung kaum einen eigentlichen Spielraum für den Bundesrat, Kriterien für die kantonale Spitalplanung mittels einer Verordnung aufzustellen.

Es stellt sich für die Kommission hingegen die Frage, ob die Planungssicherheit nicht auf anderem Wege geschaffen werden müsste und könnte. Der Bedarf nach einer Konkretisierung sieht die Kommission vor allem im Wunsch nach mehr Rechtssicherheit in den Kantonen. Auch im Rahmen der 2. Teilrevision des KVG wurde im Ständerat die Frage aufgeworfen, ob die Revisionsvorlage nun genügend Rechtssicherheit im Planungsbereich schafft. Im Ständerat wurde deshalb angeregt, dass sich die vorberatende nationalrätliche Kommission nochmals vertieft mit den Fragen der Spitalplanung auseinandersetzt⁸. Soweit es die Geschäftsprüfungskommission beurteilen kann, besteht bei den kantonalen Akteuren nach wie vor ein Bedürfnis nach mehr Erwartungs- und Planungssicherheit. Die Rechtsprechung des Bundesrates ist jedoch nicht das geeignete Mittel, um diesem Bedürfnis gerecht zu werden. Als reaktives Instrument kann sie die Planungen nur sanktionieren oder korrigieren. Im Bereich der Spitalplanung sind die Kantone häufig und erst im Nachhinein korrigiert worden. Die Rechtsprechung des Bundesrates war denn auch umstritten. Ausserdem dürfte aufgrund der Rechtsprechungsfunktion des Bundesrates zu einem grossen Teil das informelle Gespräch zwischen Bund und Kantonen zu kurz gekommen sein. In Zukunft sollte der Bundesrat im Bereich der Spitalplanung vermehrt zum Vornherein das Gespräch mit den Kantonen suchen, um mindestens auf diesem Weg seine Vorstellungen über die Anforderungen an die kantonalen Spitalplanungen bekannt zu geben.

Empfehlung 5: Schaffung bzw. Erhöhung der Planungssicherheit

Die Geschäftsprüfungskommission empfiehlt dem Bundesrat, in Zusammenarbeit mit der Sanitätsdirektorenkonferenz zu prüfen, wie er die Erwartungs- und Planungssicherheit der Akteure im Bereich der Spitalplanung schaffen bzw. erhöhen kann.

⁸ Vgl. Amtl. Bulletin Ständerat vom 4. Oktober 2001, S. 662

3.4.3 Übergang zur Leistungsplanung

Im Rahmen dieser Untersuchung wurde gezeigt, dass die Kapazitätsplanung nicht das adäquate Instrument ist, um das Ziel der Kosteneindämmung zu erreichen. Es leuchtet ein, dass primär die erbrachten Leistungen und weniger die vorhandenen Kapazitäten (vorhandene Betten) Kosten verursachen. Dieser Zusammenhang lässt sich am Beispiel der Zürcher Spitalliste teilweise nachvollziehen. In diesem Fall hat der Bundesrat eine sehr restriktive Spitalliste gestützt, die eine beträchtliche Bettenreduktion innerhalb von wenigen Jahren zur Folge hatte. Das Beispiel Zürich zeigt aber, dass eine Bettenreduktion nicht automatisch zu einer Eindämmung der Kosten führt, sind doch die Gesundheitsausgaben trotz Vorliegen der restriktiven Liste seit 1998 in diesem Kanton stark angestiegen.

Hingewiesen wurde weiter oben (siehe Ziff. 2.2) auch auf die unerwünschten Verlagerungseffekte, die Kapazitätsplanungen mit sich bringen können. Schliesslich rückt der Übergang zur Leistungsfinanzierung im Rahmen der 2. Teilrevision des KVG die Leistungen in den Vordergrund und wendet sich damit von der bisherigen objektbezogenen Finanzierung ab. Dieser Wechsel bei der Finanzierung dürfte mittelfristig auch eine Planung der Leistungen begünstigen.

Nach Ansicht der Geschäftsprüfungskommission sollte im Hinblick auf die Kosteneindämmung eine Neuausrichtung der Spitalplanung in Richtung einer Leistungsplanung vertieft geprüft werden. Die Kommission ist sich bewusst, dass ein Systemwechsel gut vorbereitet werden muss und die offenen Fragen in Vernetzung zu anderen Bereichen angegangen werden müssen. Ein solcher Wechsel bedarf auch einer klaren Steuerung, die vom Bundesrat wahrgenommen werden muss. Die Geschäftsprüfungskommission möchte den Anstoss geben, sich frühzeitig mit einem Übergang zur Leistungsplanung zu befassen. Ein rechtlicher Anknüpfungspunkt dazu bildet Artikel 49 Absatz 6 KVG, wonach die Spitäler ihre Kosten ermitteln und ihre Leistungen nach einheitlicher Methode erfassen müssen.

Postulat 2: Vorbereitung des Übergangs zur Leistungsplanung

Die Geschäftsprüfungskommission beauftragt den Bundesrat, die Einführung der Leistungsplanung zu prüfen und hiezu das Bundesamt für Sozialversicherung zu veranlassen, frühzeitig und in enger Zusammenarbeit mit den Kantonen ein Konzept zur Einführung der Leistungsplanung zu erarbeiten.

3.4.4 Überprüfung der Wirksamkeit der Spitalplanung

Die Untersuchung der Geschäftsprüfungskommission betreffend die Spitalplanung hat sich lediglich mit den Handlungsspielräumen der Träger des Bundes und den diesbezüglichen Auswirkungen auf die Kosteneindämmung befasst. Es können hingegen keine Aussagen gemacht werden zur Frage, ob und in wie weit infolge der Spitalplanung tatsächlich Kosten eingespart wurden.

Auch die vom BSV bzw. im Auftrag des Zentralsekretariats der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) in diesem Bereich veranlassten Studien geben keine Antwort auf die obige Frage.

Das BSV selbst stellt in seinem Synthesebericht zur Wirkungsanalyse KVG vom Dezember 2001 fest, dass die Spitalplanung nur unvollständig beleuchtet wurde⁹. Eine eigentliche Evaluation der Spitalplanung ist gemäss BSV bis heute noch nicht zustande gekommen. Obschon das Sekretariat der SDK diese Aufgabe übernommen habe, wurde das in Aussicht gestellte umfassende Evaluationsprogramm bis heute nicht realisiert.

Die Geschäftsprüfungskommission ist der Ansicht, dass es wichtig ist zu erfahren, ob und in welchem Ausmass die kantonalen Spitalplanungen kostendämpfend gewirkt haben. Eine umfassende Wirkungsanalyse in diesem Bereich ist tatsächlich fällig. Das Projekt «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz» wäre nach Auffassung der Kommission eine geeignete Plattform, um eine solche Studie zu lancieren. Die Angebotsplanung bildet einen thematischen Schwerpunkt dieses Projekts.

Empfehlung 6: Durchführung einer umfassenden Wirkungsanalyse

Die Geschäftsprüfungskommission empfiehlt dem Bundesrat, in Zusammenarbeit mit den Kantonen die Durchführung einer umfassenden Wirkungsanalyse der Spitalplanung zu veranlassen.

3.5 Arzttarif TARMED

3.5.1 Konkretisierung der Grundsätze der Tarifgestaltung bei der Umsetzung von TARMED

Die Einführung von TARMED hängt vom Vorliegen eines Vertrages über die kostenneutrale Einführung zwischen den Tarifpartnern ab. Solche Rahmenverträge, die vom Bundesrat genehmigt werden müssen, sind immer noch ausstehend. Mittlerweile ist mit einem Einführungszeitpunkt auf Anfang 2003 zu rechnen. Sobald die neue Tarifstruktur TARMED einmal in Kraft gesetzt ist, werden die Tarifverhandlungen auf kantonaler Ebene (Aushandlung kantonalen Taxpunktwerte) aufgenommen. Wie die bisherigen Erfahrungen (insbesondere mit den Tarifen der Physiotherapeuten) zeigen, ist damit zu rechnen, dass in zahlreichen Fällen die Verhandlungen scheitern und hoheitliche Tariffestsetzungen durch Kantonsregierungen erfolgen werden. Gegen solche Entscheide der Kantone kann beim Bundesrat Beschwerde geführt werden. Eine Untersuchung der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates im Zusammenhang mit einer Aufsichtseingabe des Regierungsrates des Kantons Schaffhausen hat ergeben, dass diese Tariffentscheide des Bundes verschiedene problematische Auswirkungen zeitigen können. Insbesondere das Fehlen von generell-abstrakten Normen zur Tarifgestaltung führte zu einer grossen Rechtsunsicherheit bei den Tarifpartnern und den Kantonen.

Nach Ansicht der Geschäftsprüfungskommission muss der Bundesrat im Falle von TARMED frühzeitig und konkret definieren, was er unter der wirtschaftlichen Bemessung der Tarife gemäss Artikel 43 Absatz 7 versteht. Es sollte verhindert wer-

⁹ Vgl. Wirkungsanalyse KVG: Synthesebericht des BSV vom Dezember 2001, S. 65, 71 f.

den, dass der Bundesrat die unbestimmten Begriffe des KVG erst auf dem Wege der Rechtsprechung konkretisiert und somit die Kantone und Tarifpartner hinsichtlich ihrer Erwartungen im Unsicheren lässt.

Die vorliegende Untersuchung hat ergeben, dass der Bund praktisch keine inhaltlichen Vorgaben zum Kriterium der Kostenneutralität gemacht hat. Für den Vollzug der Struktur sollte der Bundesrat allerdings von seiner Verordnungskompetenz in Artikel 43 Absatz 7 Gebrauch machen und die Umsetzungsmodalitäten näher definieren. Nur mit klaren Vorgaben auf Verordnungsstufe kann der Bundesrat deren Einhaltung als bundesrechtliche Normen bei den Beschwerdeentscheiden einfordern.

Empfehlung 7: Erlass einer Verordnung für die Umsetzung von TARMED

Die Geschäftsprüfungskommission empfiehlt dem Bundesrat, die Grundsätze über die Tarifgestaltung und -anpassung gemäss Artikel 43 Absatz 7 KVG auf dem Verordnungsweg zu konkretisieren und so die Erwartungssicherheit der Tarifpartner zu verbessern. Nach der Verabschiedung der neuen Tarifstruktur soll der Bundesrat insbesondere die Modalitäten und Steuerungsmechanismen der kostenneutralen Umsetzung des Einzelleistungstarifs TARMED präzisieren.

3.5.2 **Entflechtung der Rollen bei verwaltungsexternen Verhandlungen**

In der Untersuchung der GPK wurde auf die Problematik der Rollenvielfalt des Bundes als Genehmigungs- und Vermittlungsinstanz hingewiesen, die durch die später hinzukommende Rechtsprechungsfunktion noch akzentuiert wird. Der Bundesrat hat als Genehmigungsinstanz eine grosse Entscheidungsmacht und kann deshalb den Verhandlungsprozess beeinflussen. Es ist ihm kaum möglich, seine Vermittler- oder Moderatorenrolle neutral wahrzunehmen. Jedenfalls besteht eine gewisse Gefahr, dass der Bundesrat bereits in den Verhandlungsprozess materiell eingreift, was seine Entscheidungsmacht als Genehmigungsinstanz schwächt.

Die Problematik dieser Rollenvielfalt wurde etwa deutlich, als sich die Vorsteherin des EDI in einer Ständeratsdebatte im Sommer 2000 zum erwarteten durchschnittlichen Taxpunktwert äusserte. Dies bewog einige Tarifparteien zur Kritik, die Departementsvorsteherin sei als Mitglied der zukünftigen Entscheidungsinstanz befangen und als neutrale Prozessvermittlerin nicht glaubwürdig.

Die Problematik, die die Mehrfachrolle des Bundesrates mit sich bringen kann, legt nahe, dass sich der Bundesrat auf seine Rolle beschränkt, die politischen Zielvorgaben zu setzen. Damit kann der Bundesrat nicht nur seine letztinstanzliche Entscheidungsmacht stärken, sondern in Ausnahmefällen auch mit grösserer Wirkung in wirklich blockierte Verhandlungssituationen eingreifen. Um die Konfliktbearbeitung in Verhandlungen effizienter und lösungsorientierter zu gestalten, sollten die Verhandlungen vermehrt durch alternative Entscheidungsmechanismen wie professionelle Moderation oder Mediation begleitet werden. Als Moderator/Moderatorin sollte eine neutrale Stelle auftreten, die weder Interessen zu vertreten hat noch über Entscheidungskompetenzen oder eine besondere Machtfülle im Vollzug verfügt.

Empfehlung 8: Vermeidung von Rollenkonflikten

Die Geschäftsprüfungskommission empfiehlt dem Bundesrat, sich bei verwaltungsexternen Verhandlungen wie der Tarifbildung darauf zu beschränken, politische Zielvorgaben zu setzen, selbst aber keine Moderation vorzunehmen.

Empfehlung 9: Vermehrter Einsatz alternativer Entscheidungsmechanismen

Die Geschäftsprüfungskommission empfiehlt dem Bundesrat die Ausarbeitung eines Konzepts für alternative Entscheidungsmechanismen wie professionelle Moderation oder Mediation, welche verwaltungsexterne Verhandlungen optimieren können.

3.5.3 Überprüfung der Wirkungen von TARMED

Am Rande dieser Analyse hat sich die Geschäftsprüfungskommission die Frage gestellt, ob TARMED mit seinem Ansatz als Einzelleistungstarif nicht grundsätzlich in die falsche Richtung weist oder ob TARMED überhaupt einen Beitrag im Sinne der Kosteneindämmung leisten kann. Bereits in seiner Botschaft zum KVG hat der Bundesrat festgehalten, «dass der Einzelleistungstarif gewisse Anreize zur Leistungserbringung, und damit zur Mengenausweitung in sich trägt»¹⁰. Eine neuere international vergleichende Studie¹¹ weist auf eine enge Korrelation von Kostenentwicklung im ambulanten Bereich und dem Vergütungsmodell hin. Ein auf Patientenpauschalen beruhendes Vergütungsmodell wäre vor diesem Hintergrund offenbar zu bevorzugen. Da TARMED noch nicht in Kraft ist, können gegenwärtig keine präzisen Aussagen über die Kostenentwicklung im ambulanten und spitalambulanten Bereich gemacht werden. Die Geschäftsprüfungskommission geht grundsätzlich davon aus, dass TARMED die angestrebte Kostentransparenz (über die Frage, welcher Arzt welche Leistung wie häufig verrechnet) herstellen kann und korrigierende Eingriffe zur Kostenkontrolle erleichtern wird. Der tatsächliche Wirkungsmechanismus ist aber nach seiner Einführung sobald als möglich zu prüfen, mit den Wirkungen anderer Vergütungsmodelle zu vergleichen und allfällige Korrekturen sind einzuleiten.

Postulat 3: Prüfung der Wirkungen von TARMED

Die Geschäftsprüfungskommission beauftragt den Bundesrat, den Einzelleistungstarif TARMED nach seiner Einführung bald möglichst auf seine Wirkungen zu überprüfen und dem Parlament darüber Bericht zu erstatten.

¹⁰ BBl 1992 I 174

¹¹ Vgl. Analyse der Leistungsfähigkeit des schweizerischen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich, in: Die Volkswirtschaft 9-2001, S. 9 ff.

4

Weiteres Vorgehen

Die Geschäftsprüfungskommission bittet den Bundesrat, den vorliegenden Bericht mit Empfehlungen sowie die unten aufgeführten Expertenberichte anlässlich seiner *Klausurtagung zum Krankenversicherungsgesetz im Mai 2002* zu berücksichtigen und der Kommission seine *Stellungnahme* zu diesem Bericht und den Empfehlungen *bis Ende September 2002* zukommen zu lassen.

5. April 2002

Im Namen der Geschäftsprüfungskommission
des Ständerates

Der Präsident der Kommission:
Michel Béguelin, Ständerat

Der Präsident der Subkommission EDI/UVEK:
Hansruedi Stadler, Ständerat

Der stellvertretende Sekretär
der Geschäftsprüfungskommissionen:
Martin Albrecht

Anhang:

- Liste der Evaluationsprojekte des BSV
- Parlamentarische Verwaltungskontrolstelle, 2001: Kostendämpfungsmassnahmen im KVG: Massnahmen und Handlungsspielräume der Träger des Bundes. Synthese zuhanden der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates

Abkürzungsverzeichnis

BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
EDI	Eidg. Departement des Innern
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994
KVV	Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung
PVK	Parlamentarische Verwaltungskontrolstelle
SDK	Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz
TARMED	Tarif Medizin: Einzelleistungstarif mit Geltungsbereich in der ganzen Schweiz

Verzeichnis der Expertenberichte (die dieser Untersuchung zu Grunde liegen)

- Parlamentarische Verwaltungskontrolstelle, 2001: Kostendämpfungsmassnahmen im KVG: Massnahmen und Handlungsspielräume der Träger des Bundes. Synthese zuhanden der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates (vgl. Anhang zu diesem Bericht).
- Parlamentarische Verwaltungskontrolstelle, 2001: Kostendämpfungsmassnahmen im KVG, Materialienband 1: Eine Programmanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Handlungsspielräume des Bundes.
- Parlamentarische Verwaltungskontrolstelle (Hrsg.), 2001: Kostendämpfungsmassnahmen im KVG, Materialienband 2: Die Wirkungen der bundesrätlichen Rechtsprechung im Falle der Spitalplanung.
- Parlamentarische Verwaltungskontrolstelle (Hrsg.), 2001: Kostendämpfungsmassnahmen im KVG, Materialienband 3: Die Einflussnahme des Bundes auf den Arzttarif TARMED.

Wirkungsanalyse KVG: Übersicht über die Teilprojekte
Analyse des effets de la LAMa: Aperçu de l'ensemble des projets partiels

Stand / état au 17.12.2001

Titel des Berichts; Autorenschaft
Titre du rapport; auteur(s)

Publikation (EDMZNr./
 N° OCFIM)*

Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé

Rapport établi dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMa:
 Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (OFS)

318.010.15/98 f

Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens

Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG

318.010.15/98 d

Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen

Andreas Balthasar; Interface Institut für Politikstudien

318.010.21/98 d

Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons.

318.010.21/98 f

Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung

Stefan Spycher, Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien, BASS

318.010.1/99 d

Kurzfassung / Condensé

318.010.2/99 d / f

Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- & Versichertenorganisationen

Karin Faisst, Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Uni Zürich

318.010.4/99 d

Qualitätssicherung – Bestandesaufnahme

Karin Faisst, Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

318.010.10/99 d

Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung?

Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung; S. Spycher, Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien, BASS

318.010.3/00 d

Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG

Wilhelmine Stürmer, Daniela Wendland, Ulrike Braun, Prognos AG

318.010.4/00 d

Analyse des effets de la LAMa dans le financement du système de santé et d'autres régimes de protection sociale

Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert, (OFS)

318.010.5/00 f

* **EDMZ-Nr.:** Bestellnummer BBL/EDMZ, 3003 Bern / **N° OCFIM:** n° de commande l'OFCL/OCFIM, 3003 Berne, www.admin.ch/ednz

**Publikation in Vorbereitung/publication en préparation

Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit	318.010.5/00 d
Auswirkungen des KVG im Tarifbereich Stefan Hammer, Rolf Iten, INFRAS	318.010.07/00 d
Analyse des effets de la LAMal: Le «catalogue des prestations» est-il suffisant pour que tous accèdent à des soins de qualité? M. Polikowski, R. Lauffer, D. Renard, B. Santos-Eggimann IUMSP de Lausanne	318.010.12/00 f
Analyse juridique des effets de la LAMal: Catalogue des prestations et procédures A. Ayer, B. Despland, D. Sprumont, Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel	318.010.14/00 f
Bestandsaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung Rita Baur, Ulrike Braun, Prognos AG	318.010.15/00 d
Die Sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen: Monitoring 2000 Andreas Balthasar, Interface Institut für Politikstudien	318.010.2/01 d
Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons	318.010.2/01 f
Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten Matthias Peters, Verena Müller, Philipp Luthiger, IPSO	318.010.3/01 d
Wirkungsanalyse KVG: Information der Versicherten Rita Baur, Andreas Heimer, Prognos AG	318.010.4/01 d
Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung Andreas Balthasar, Oliver Bieri, Cornelia Furrer, Interface Institut für Politikstudien	318.010.5/01 d
Evaluation de l'application de la réduction de primes Auswirkungen des KVG auf die Versicherer Stephan Hammer, Raffael Pulli, Rolf Iten, Jean-Claude Eggimann, Infras	318.010.5/01 f 318.010.6/01 d
Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer Stephan Hammer, Raffael Pulli, Nicolas Schmidt, Rolf Iten, Jean-Claude Eggimann, Infras	318.010.8/01 d
Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog Teilbericht Impfungen im Schulalter; Markus Battaglia, Christoph Junker, Institut f. Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern	318.010.9/01 d

* **EDMZ-Nr.:** Bestellnummer BBL/EDMZ, 3003 Bern / **N° OC-FIM:** n° de commande l'OFCL/OC-FIM, 3003 Berne, www.admin.ch/edmoz

**Publikation in Vorbereitung/publication en préparation

Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog	318.010.10/01 d
Politologische Analyse auf der Grundlage von drei Fallbeispielen. Fritz Sager, Christian Rüefli, Dr. Adrian Vatter, Politikforschung und Beratung.	
Monitoring 2000 von Anfragen an PatientInnen- und Versichertenorganisationen	318.010.11/01 d
Karin Faisst, Susanne Fischer, Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Zürich	
Praxis der Versicherer bei der Vergütung von Leistungen nach KVG	318.010.12/01 d
Daniel Hornung, Thomas Röthlisberger, Adrian Stiefel, Büro für Raum- und Umweltplanung	
Die Kosten neuer Leistungen	318.010.13/01 d**
Kostendifferenzen zwischen den Kantonen. Statistische Analysen	318.010.14/01 d**
Kostendifferenzen zwischen den Kantonen. Sozialwissenschaftliche Analyse kantonaler Politiken.	318.010.15/01 d**
Synthese "5 Jahre KVG"	318.010.16/01 d

* **EDMZ-Nr.:** Bestellnummer BBL/EDMZ, 3003 Bern / **N° OCFIM:** n° de commande l'OFCL/OCFIM, 3003 Berne, www.admin.ch/ednz

**Publikation in Vorbereitung/publication en préparation