

Parlamentsdienste

Services du Parlement

Servizi del Parlamento

Servetschs dal parlament



Parlamentarische  
Verwaltungskontrolstelle  
CH-3003 Bern  
Tel. 031 323 09 70  
Fax 031 323 09 71  
[www.parlament.ch](http://www.parlament.ch)  
[pvk.opca@pd.admin.ch](mailto:pvk.opca@pd.admin.ch)

## **Kostendämpfungsmassnahmen im KVG**

### **Materialienband 3**

### **Die Einflussnahme des Bundes auf den Arzttarif TARMED**

Studie im Auftrag der Parlamentarischen Verwaltungskontrolstelle

Christian Rüefli und Adrian Vatter

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

Bern, 30. November 2001

## Zusammenfassung

Der neue ambulante Einzelleistungstarif TARMED wird gemäss dem Prinzip der Tarifautonomie des KVG im Rahmen einer Projektorganisation von den Tarifpartnern FMH, H+, santésuisse und der Medizinaltarifkommission der SUVA erarbeitet. Akteure des Bundes sind in den Projektarbeiten nicht direkt involviert. Aufgrund des Vertragsprinzips ist keine materielle Einflussnahme von ihrer Seite vorgesehen. Aus dem KVG ergeben sich jedoch für den Bund gewisse Handlungsmöglichkeiten und –pflichten in Zusammenhang mit TARMED.

Die Tarifstruktur unterliegt der Genehmigung durch den Bundesrat, der zuvor den Preisüberwacher zu konsultieren hat. Kommt zwischen den Tarifpartnern keine Einigung zustande, so hat der Bundesrat die Kompetenz, eine Tarifstruktur zu verordnen. Der Bundesrat hat ausserdem die Möglichkeit, inhaltliche Grundsätze bei der Tarifgestaltung (wirtschaftliche Bemessung, sachgerechte Struktur) und Grundsätze für die Tarifierfassung aufzustellen.

Die Analyse der Einflussnahme der Bundesakteure auf TARMED mittels Dokumentenanalysen und Expertengesprächen hat zu den folgenden Ergebnissen geführt:

<i>Welche Strategie verfolgten die Träger des Bundes bei der Einflussnahme auf TARMED?</i>
--

Die Aktivitäten der involvierten Bundesstellen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Departementsvorsteherin des EDI hat die TARMED-Verhandlungen mit grossem persönlichem Engagement begleitet und die Tarifpartner wiederholt zum Abschluss der Arbeiten und zur Einhaltung der Kostenneutralität aufgefordert,
- Das BSV hat sich in regelmässigen Abständen von den Tarifpartnern informieren lassen und hat die Tarifstruktur auf ihre Sachgerechtigkeit, Billigkeit und Wirtschaftlichkeit, d.h. Kostenwirksamkeit überprüft,
- Die Preisüberwachung ist mehrfach in die Revisionsarbeiten einbezogen worden und hat mit konkreten Empfehlungen materiell in die Projektarbeiten eingegriffen,
- Das BJ hat die Tarifpartner über die gesetzlichen Grundlagen und Möglichkeiten der Tarifierfassung informiert,
- Der Bundesrat hat im September 2000 die TARMED-Version Alpha 3.0 genehmigt und seine kostenneutrale Einführung verlangt.

Die taktische Strategie der Träger des Bundes besteht gesamthaft darin, die TARMED-Verhandlungen laufen zu lassen und aktiv zu begleiten, Druck aufzusetzen, damit ein Abschluss möglich wird, sich über das Vorgehen und die Fortschritte informieren zu lassen, gegebene

nenfalls korrigierend einzuschreiten und die vorgelegten Ergebnisse abschliessend zu genehmigen, selber aber keine Resultate zu verfügen. Sie folgt damit weitgehend dem im KVG verankerten Vertragsprinzip im Tarifbereich. Ziel dieser Strategie ist eine tragfähige, allseits akzeptierte Konsenslösung, die von den betroffenen Parteien, denen auch die Umsetzung obliegt, getroffen wird. Obwohl juristisch ein staatliches Einschreiten möglich wäre, ist bisher aus politischen Gründen darauf verzichtet worden.

Zusammenfassend zeichnet sich die inhaltliche Strategie des Bundes durch eine sachgerechte Arbeitsteilung der verschiedenen Träger des Bundes gemäss ihren vom Gesetzgeber auferlegten Aufgaben und Funktionen aus. Die taktische Strategie des Bundes setzt sich aus einer Kombination kooperativer und konfrontativer Elemente zusammen. Während das EDI einerseits eine aktive Prozessbegleitung und -vermittlung anbot, andererseits aber stetigen Termindruck ausübte und mit der Einführung eines Amtstarif drohte, begleitete das BSV die Tarifpartner mit Fachinformationen des Bundes, pochte aber gleichzeitig auf die Einhaltung der getroffenen Vereinbarungen. Die Preisüberwachung bot schliesslich den Tarifpartnern eine kooperative Hilfestellung auf materieller Ebene an, hielt aber nicht mit harter Kritik an wichtigen Eckparametern des TARMED zurück.

*Wie sind die Strategien und Tätigkeiten des Bundes zur Einflussnahme auf TARMED vor dem Hintergrund des Kostendämpfungsziels im KVG zu beurteilen?*

Im Grundsatz bezweckt TARMED eine höhere Transparenz bei der Verrechnung ärztlicher Leistungen und dadurch eine bessere Kostenkontrolle, was letztlich zur Kostendämpfung beitragen soll. Da der Bund primär über die Setzung von Rahmenbedingungen zur Genehmigung sowie über die Überprüfung der Tarifstruktur in die Tarifbildung eingreifen kann, sind seine Möglichkeiten, auf die Kostenentwicklung einzuwirken, vergleichsweise beschränkt. Trotz dieses engen Handlungsspielraums hat der Bund im bisherigen TARMED-Prozess versucht, über zwei Massnahmen die Einhaltung der von den Tarifpartnern ursprünglich vereinbarten Kostenneutralität beim Tarifumbau zu erreichen:

- Zum einen hat der Bundesrat die Genehmigung und Einführung von TARMED vom Vorliegen eines Kostenneutralitätskonzepts abhängig gemacht und verlangt von den Tarifpartnern, ihm eine entsprechende vertragliche Vereinbarung zu unterbreiten.
- Zum anderen hat der Preisüberwacher die Möglichkeit genutzt, bei der Überprüfung der Tarifstruktur materiell einzugreifen und die Korrektur kostentreibender Anreize und Mechanismen zu verlangen. Dies hat er in mehreren Stellungnahmen getan.

Da TARMED noch nicht angewandt wird, kann ein allfälliger Einfluss der Interventionen des Bundes auf die Kostenentwicklung im ambulanten Bereich nur prospektiv eingeschätzt werden. Die Tatsache, dass der Bund die Kostenneutralität als Genehmigungskriterium definiert

und Instrumente zu deren vorgängigen Einschätzung und nachträglichen Überprüfung erarbeitet hat, lässt zumindest erwarten, dass TARMED die angestrebte Kostentransparenz herzustellen vermag und dass korrigierende Eingriffe zur Kostenkontrolle erleichtert werden. Für letztere fehlen bisher jedoch noch die Konzepte, welche nach Ansicht des Bundes von den Tarifpartnern zu erarbeiten und nach wie vor heftig umstritten sind.

Die Zunahme der Versicherungskosten im ambulanten Bereich wurde in mehreren Experteninterviews auf Mengenausweitungen in der Leistungserbringung zurückgeführt. Inwiefern es sich dabei um Vorholeffekte der Ärzte, welche dadurch die Berechnungsbasis der Kostenneutralität auszuweiten hoffen, um andere Kompensationseffekte oder um eine nachfragebedingte Entwicklung handelt, kann mangels detaillierter Datengrundlagen nicht eindeutig eruiert werden.

Als zentrales Ergebnis der Untersuchung kann festgehalten werden, dass der Bund die ihm durch das neue KVG übertragenen Kompetenzen zum grössten Teil, allerdings nicht vollständig genutzt hat. Ein Vergleich der formellen Interventionsmöglichkeiten mit den effektiv erfolgten Interventionen weist darauf hin, dass der Bund zwei im KVG vorgesehene Interventionspunkte nicht ausgeschöpft hat:

- Erstens hat der Bundesrat bis zum jetzigen Zeitpunkt seine subsidiäre Handlungspflicht nicht beansprucht, eine Tarifstruktur zu verfügen, wenn sich die Tarifpartner nicht einigen können, obwohl dieser Schritt von der zuständigen Bundesrätin Ruth Dreifuss mehrmals angekündigt wurde. Für diesen Verzicht werden vor allem zwei Gründe geltend gemacht: Zum einen sieht der Bundesrat seine Aufgabe mit der Genehmigung der Tarifstruktur Version Alpha 3.0 im September 2000 als formal weitgehend erfüllt. Zum anderen lässt sich mit Bezugnahme auf das vorherrschende Vertragsprinzip argumentieren, dass ein Amtstarif erst dann verfügt werden soll, wenn die Tarifpartner selber beschlossen hätten, die Verhandlungen als gescheitert zu erklären.
- Zweitens hat der Bundesrat auf die in Art. 43 Abs. 7 KVG vorgesehene Möglichkeit verzichtet, Grundsätze für die Tarifgestaltung und –anpassung auf dem Verordnungsweg aufzustellen. Der Grund für diesen Steuerungsverzicht liegt zur Hauptsache darin, dass die wesentlichen Ziele des Tarifumbaus von den Tarifpartnern bereits vertraglich festgehalten worden sind und der Bund keine neuen Grundsätze definiert hat. Wirtschaftlichkeit und Sachgerechtigkeit der Struktur sind zudem an anderer Stelle im KVG bereits als Kriterien vorgegeben und werden von den Bundesbehörden vor der Genehmigung überprüft, weshalb sie den Erlass einer Verordnung als nicht notwendig betrachten.

Des Weiteren stellt sich die Frage, ob der Gesetzgeber dem Bund einen ausreichenden Handlungsspielraum vorgegeben hat, oder ob er ihn allenfalls erweitern müsste. Zwar hat der

Bundesrat die Kompetenz, subsidiär eine Tarifstruktur zu verfügen, aber damit ist deren Umsetzung noch nicht gewährleistet, weil dazu erst Rahmenverträge zwischen den Tarifpartnern abgeschlossen und dann auf kantonaler Ebene die Taxpunktweite ausgehandelt werden müssen. Dem Bund stehen damit keine direkten Eingriffsmöglichkeiten zur Verfügung, um die Vertragsverhandlungen voranzutreiben oder die Kantone zur Umsetzung der Tarifstruktur zu drängen.

*Ist die Strategie des Bundes insgesamt kohärent oder bestehen offensichtliche Zieldivergenzen innerhalb der Bundesverwaltung? Welches sind die Wirkungen der Strategie des Bundes aus der Sicht der am Prozess beteiligten Tarifpartner?*

Da die Bundesstellen in erster Linie als Genehmigungsbehörde und Prozessbegleiter fungieren und nicht als Verhandlungspartner auftreten, können sie sich bei ihren Interventionen auf die vorgegebenen gesetzlichen Grundlagen stützen und sind von der Notwendigkeit, strategische Kohärenz herzustellen, weitgehend befreit. Insgesamt kann die Koordination unter den Bundesakteuren innerhalb des gegebenen Rahmens als angemessen und widerspruchsfrei bezeichnet werden. Der Informationsaustausch zwischen den Bundesstellen hat sich als ausreichend erwiesen und dazu beigetragen, dass der Bund von den Tarifpartnern als kompetenter Akteur wahrgenommen wurde.

Die Stärken der Strategie des Bundes im TARMED-Prozess liegt aus der Sicht der Beteiligten im fortlaufenden Monitoring und einer aktiven Vermittlungstätigkeit unter persönlichem Einsatz der Departementsvorsteherin, die über den gesetzlichen Auftrag hinausging. Der wiederholt auferlegte Termindruck und die Drohungen mit der Einführung eines Amtstarif führten zumindest zu Beginn des Prozesses zu einer gewissen Beschleunigung des Tarifumbaus. Gleichzeitig wurden aber von Seiten des Bundes die Mechanik, Komplexität und Tragweite der Tarifstruktur unterschätzt und die Fristen deshalb zu knapp angesetzt. Darüber hinaus hat die wiederholte, jedoch folgenlose Drohung, beim Verstreichen der festgelegten Fristen einen Amtstarif zu verfügen, im Verlaufe des Prozesses stark an Wirkung verloren.

Demgegenüber fehlten von Seiten des Bundes für die Einführung von TARMED konkrete materielle Zielsetzungen und präzise Umsetzungsmodalitäten, an denen sich die Verhandlungspartner hätten orientieren können. Nach Meinung einzelner Vertragsparteien hätte der Erlass einer entsprechenden Verordnung durch den Bundesrat die Erwartungsunsicherheit reduziert und das damit verbundene Konfliktpotential verringert.

Schliesslich macht das hohe persönliche Engagement der Departementsvorsteherin die im KVG angelegte Problematik der unterschiedlichen Rollen des Bundesrates als neutraler Prozessvermittler, als Genehmigungsorgan und spätere Beschwerdeinstanz deutlich. Es ist davon auszugehen, dass sich der Rollenkonflikt des Bundesrates im Verlaufe des weiteren Pro-

zesses zusätzlich verschärfen wird, da das Gesamtgremium nicht nur Genehmigungs- sondern auch abschliessende Beschwerdeinstanz in Tarifstreitigkeiten ist (Art. 53 KVG). Diese doppelte Funktion stattet den Bundesrat mit einer besonderen Machtfülle im Vollzug aus, gefährdet aber den Einigungsprozess zwischen den Tarifpartnern. Die Änderung des Beschwerdeverfahrens, wie sie in der Botschaft zur Totalrevision der Bundesrechtspflege vom 28. Februar 2001 vorgesehen ist, trägt diesem Umstand Rechnung und dürfte, sobald sie umgesetzt ist, zu einer Entflechtung der Zuständigkeiten und damit zu einer Entspannung der Situation führen.

## Résumé

Conformément au principe de l'autonomie tarifaire de la LAMal, le nouveau tarif à la prestation TARMED pour les prestations ambulatoires est élaboré par un groupe de travail formé par les partenaires tarifaires, soit la FMH, H+, santésuisse et la Commission des tarifs médicaux LAA. Les acteurs de la Confédération ne participent pas directement aux travaux du groupe de travail. En effet, le principe de la LAMal qui veut que les tarifs et les prix soient fixés par convention entre les partenaires tarifaires ne leur donne aucune possibilité matérielle de les influencer. Selon la LAMal, la Confédération doit toutefois assumer certaines obligations et dispose d'une certaine marge de manœuvre en ce qui concerne le TARMED.

La structure du tarif est soumise à l'approbation du Conseil fédéral qui doit préalablement consulter le préposé fédéral à la surveillance des prix. Si les partenaires tarifaires ne parviennent pas à un accord, le Conseil fédéral peut fixer la structure tarifaire. Le Conseil fédéral a en outre la possibilité d'établir des principes relatifs à l'élaboration (tarification selon les règles d'une saine gestion économique et structure appropriée) et à l'adaptation du tarif.

L'analyse documentaire et les entretiens avec les experts au sujet de l'influence des acteurs de la Confédération sur le TARMED ont donné les résultats suivants :

*Quelle est la stratégie des organes responsables de la Confédération pour influencer sur le TARMED ?*

Les activités des services concernés de la Confédération peuvent être résumées de la manière suivante :

- La responsable du DFI a suivi les négociations concernant le TARMED en faisant preuve d'un grand engagement personnel. Elle a invité les partenaires tarifaires à achever leurs travaux et à respecter le principe de la neutralité des coûts à plusieurs reprises.
- L'OFAS s'est régulièrement informé auprès des partenaires tarifaires et a vérifié si la structure tarifaire était appropriée, conforme à la loi et si elle satisfaisait au principe de l'économie.
- Le préposé fédéral à la surveillance des prix a été associé à diverses reprises aux travaux de révision. Il est intervenu matériellement au moyen de recommandations concrètes.
- L'OFJ a informé les partenaires tarifaires sur les bases et les possibilités légales en matière d'adaptation tarifaire.

- En septembre 2000, le Conseil fédéral a adopté la version alpha 3.0 du TARMED et a demandé qu'elle soit mise en œuvre dans le respect de la neutralité des coûts.

En résumé, la manière de procéder des organes responsables de la Confédération est de laisser les partenaires tarifaires négocier le TARMED tout en accompagnant les négociations activement, de mettre la pression pour qu'un accord puisse être conclu, de s'informer régulièrement sur la procédure et l'avancement des travaux, d'intervenir de manière correctrice lorsque cela s'avère nécessaire et, finalement, d'approuver les résultats présentés ; elle ne veut en aucun cas imposer une solution toute faite. Cette manière de procéder est donc largement conforme au principe d'une élaboration conventionnelle du tarif tel qu'il est inscrit dans la LAMal. L'objectif de cette stratégie est de parvenir à un consensus solide, accepté de tous et élaboré par les parties concernées qui seront également chargées de son application. Bien que la législation en vigueur aurait permis à l'État d'intervenir, ce dernier n'en a rien fait jusqu'ici pour des raisons politiques.

En résumé, pour ce qui est de son contenu, la stratégie de la Confédération se distingue par une répartition judicieuse des tâches entre les différents organes responsables, répartition conforme aux devoirs et aux fonctions que la Confédération doit assumer en vertu de la loi. Sa manière de procéder fait à la fois appel à la coopération et à la confrontation. Le DFI a accompagné le processus de manière active en jouant, le cas échéant, le rôle d'intermédiaire tout en pressant les partenaires pour qu'ils activent leurs négociations en brandissant la menace de l'introduction d'un tarif fixé par la Confédération. Pour sa part, l'OFAS a accompagné les partenaires tarifaires en leur fournissant des informations spécifiques tout en insistant sur le respect des accords conclus. Quant au préposé fédéral à la surveillance des prix, il a collaboré au projet en apportant son aide en ce qui concerne le contenu mais n'a pas hésité, lorsque cela s'avérait nécessaire, à émettre de dures critiques dans certains domaines cruciaux du TARMED.

*Quelle est, dans la perspective de l'objectif de maîtrise des coûts de la LAMal, l'évaluation des stratégies et des actions que la Confédération a entreprises en vue d'influer sur le TARMED ?*

Le TARMED a pour but principal d'améliorer la transparence de la facturation des prestations médicales pour améliorer le contrôle des coûts et, finalement, contribuer à la maîtrise des coûts. Les possibilités d'intervention de la Confédération se limitent principalement à la définition des conditions d'approbation et au contrôle de la structure tarifaire. Elle n'a donc que relativement peu de moyens d'influer sur l'évolution des coûts. Malgré l'étroitesse de sa marge de manœuvre, la Confédération a, tout au long de



l'élaboration du TARMED, essayé de faire respecter le principe de la neutralité des coûts initialement convenu par les partenaires tarifaires :

- Le Conseil fédéral a, d'une part, fait dépendre l'entrée en vigueur du TARMED du respect du principe de la neutralité des coûts lors de sa mise en œuvre et demande aux partenaires tarifaires de lui présenter une convention en accord avec ce principe.
- D'autre part, lors de son examen de la structure tarifaire, le préposé fédéral à la surveillance des prix est intervenu sur son contenu et a, dans plusieurs de ses avis, exigé la correction des incitations et des mécanismes générateurs de coûts.

Étant donné que le TARMED n'est pas encore appliqué, l'influence des interventions de la Confédération sur l'évolution des coûts dans le secteur des soins ambulatoires ne peut être évaluée que de manière prospective. Puisque la Confédération a fait du principe de la neutralité des coûts un critère d'approbation et qu'elle a élaboré des instruments permettant d'estimer ses effets ex ante et ex post, il est pour le moins possible de penser que le TARMED permettra réaliser la transparence des coûts souhaitée et facilitera la prise de mesures correctrices en matière de maîtrise des coûts. Le Conseil fédéral est d'avis que le concept relatif au contrôle des coûts, qui fait encore défaut aujourd'hui, doit être élaboré par les partenaires tarifaires. Ce concept fait cependant encore l'objet d'une vive controverse.

Lors des entretiens, des experts ont à diverses reprises attribué l'augmentation des coûts dans le secteur des soins ambulatoires à l'augmentation quantitative du nombre de prestations fournies. L'absence de données détaillées ne permet pas de déterminer s'il s'agit d'effets d'anticipation de la part des médecins qui espèrent ainsi élargir la base de calcul relative au respect de la neutralité des coûts, d'autres effets de compensation ou d'une évolution de la demande.

L'une des constatations centrales de l'examen est que la Confédération n'a pas complètement exploité la plupart des compétences que la LAMal lui attribue. Une comparaison entre les possibilités formelles d'intervention et les interventions effectives indique que, sur deux points, la Confédération n'a pas utilisé l'intégralité de sa marge de manœuvre :

- Premièrement, le Conseil fédéral n'a jusqu'à présent pas fait usage de sa compétence subsidiaire lui permettant de fixer la structure tarifaire lorsque les partenaires tarifaires ne parviennent pas à un accord, et cela quand bien même la conseillère fédérale Ruth Dreifuss l'avait annoncé à plusieurs reprises. Deux raisons principales ont été invoquées pour expliquer la raison de cette retenue. La première est que le Conseil fédéral estime avoir largement rempli sa tâche avec l'adoption de la version alpha 3.0 en septembre 2000. La seconde raison découle de l'application du principe selon lequel les tarifs et les

prix doivent être fixés par convention entre les partenaires tarifaires : le Conseil fédéral part du principe qu'il ne peut édicter un tarif que lorsque les partenaires tarifaires arrivent eux-même à la conclusion que les négociations ont échoué.

- En second lieu, le Conseil fédéral a renoncé à établir par voie d'ordonnance des principes relatifs à la fixation et à l'adaptation du tarif comme l'art. 43, al. 7, LAMal lui en donne la possibilité. La raison qui l'a poussé à renoncer à faire usage de cet instrument de pilotage réside principalement dans le fait que les objectifs principaux de la refonte du tarif faisaient déjà l'objet d'un accord contractuel entre les partenaires tarifaires et que la Confédération n'avait pas défini de nouveaux principes. En outre, les principes du caractère économique et de la structure appropriée sont des critères dont le respect, qui fait par ailleurs l'objet d'un contrôle par les autorités fédérales, est déjà prescrit par la LAMal, raison supplémentaire pour laquelle une ordonnance a été jugée superflue dans ce domaine.

La question qui se pose également est celle de savoir si le législateur a donné une marge de manœuvre suffisante à la Confédération ou s'il conviendrait de l'étendre. Certes, le Conseil fédéral a la compétence subsidiaire d'édicter une structure tarifaire, mais cela n'en garantit pas l'application puisque les partenaires tarifaires doivent ensuite conclure des contrats-cadres et que les valeurs du point doivent encore être négociées à l'échelon cantonal. À ce stade, la Confédération ne dispose d'aucun moyen lui permettant d'intervenir directement pour faire accélérer les négociations de ces contrats-cadres ou pour contraindre les cantons à mettre la structure tarifaire en oeuvre.

*D'un point de vue global, la stratégie de la Confédération est-elle cohérente ou y a-t-il des divergences notoires au sein de l'administration fédérale? Quels sont les effets de la stratégie de la Confédération du point de vue des partenaires tarifaires associés au processus ?*

Étant donné que les organes de la Confédération agissent avant tout en tant qu'autorité d'approbation et accompagnateurs du processus et ne sont pas partie prenante aux négociations, ils peuvent fonder leurs interventions sur les bases légales et sont largement libérés de la nécessité d'assurer une cohérence stratégique. Dans le cadre donné, la coordination entre les divers acteurs de la Confédération peut d'une manière générale être considérée comme appropriée et exempte de contradiction. L'échange d'informations entre les divers services concernés de la Confédération s'est avéré suffisant. Les partenaires tarifaires ont perçu la Confédération en tant qu'acteur compétent.

Les personnes concernées estiment que les points forts de la stratégie de la Confédération dans le processus du TARMED ont été le suivi continu du dossier, la disponibilité de celle-ci à

offrir ses bons offices grâce à un engagement personnel de Ruth Dreifuss, engagement au-delà du mandat légal. La pression en matière de délai et les menaces d'introduire un tarif édicté par la Confédération ont, du moins au début du processus, permis d'accélérer les travaux de révision. En revanche, la Confédération a sous-estimé la complexité et la portée de la structure tarifaire et a, par conséquent, imparti des délais trop courts. De plus à force de la brandir de manière réitérée mais sans lui donner de suite, la menace relative à l'introduction d'un tarif édicté par la Confédération a perdu une bonne partie de ses effets au cours du processus.

D'un autre côté, la Confédération n'a pas fixé d'objectifs matériels ni de modalités de mise en œuvre précis auxquels les participants aux négociations auraient pu se référer. De l'avis de certains partenaires tarifaires, une telle ordonnance aurait permis de réduire l'incertitude au sujet des attentes de la Confédération ainsi que le potentiel conflictuel qui y était lié.

L'engagement personnel important de la responsable du département montre clairement la problématique liée aux divers rôles que la LAMal confie au Conseil fédéral qui est à la fois accompagnateur – neutre – du projet, autorité d'approbation et dernière instance de recours à un stade ultérieur (art. 53 LAMal). Il est possible de partir du principe que le conflit entre ces deux derniers rôles va encore s'accroître avec l'avancement du processus. Si cette double fonction met le Conseil fédéral en situation de force dans le domaine de l'exécution, elle constitue également une gêne pour l'aboutissement du processus de négociation. Une fois mise en œuvre, la modification de la procédure de recours telle que le message du 28 février 2001 relatif à la révision totale de l'organisation judiciaire fédérale la prévoit permettrait de tenir compte de ces circonstances et contribuerait au désenchevêtrement des compétences et permettrait de détendre la situation.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG, FRAGESTELLUNG UND VORGEHEN .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1</b>	<b>HINTERGRUND DER STUDIE UND FRAGESTELLUNG.....</b>	<b>3</b>
<b>1.2</b>	<b>DAS ANALYTISCHE PROZESSMODELL UND DER THEORETISCHE RAHMEN.....</b>	<b>6</b>
<b>1.3</b>	<b>UNTERSUCHUNGSDESIGN UND VORGEHEN.....</b>	<b>9</b>
1.3.1	<i>Akteurzentrierte Policy-Analyse mittels Aufarbeitung der Aktivitäten der Bundesstellen und Ermittlung ihrer Strategie .....</i>	<i>9</i>
1.3.2	<i>Einschätzung der Wirksamkeit der Einflussnahme des Bundes bezüglich der Kostendämpfung.....</i>	<i>10</i>
1.3.3	<i>Synthese .....</i>	<i>10</i>
<b>1.4</b>	<b>AUFBAU DES BERICHTS .....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>MÖGLICHKEITEN DER EINFLUSSNAHME DURCH BUNDESAKTEURE .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1</b>	<b>HANDLUNGSSPIELRAUM DER BUNDESAKTEURE LAUT KVG .....</b>	<b>12</b>
<b>2.2</b>	<b>ROLLEN UND INTERESSEN DER INVOLVIERTEN BUNDESAKTEURE .....</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>CHRONOLOGISCHER VERLAUF DER TARMED-EINFÜHRUNG UND IDENTIFIKATION DER SCHLÜSSELEREIGNISSE.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1</b>	<b>BESCHREIBUNG DES PROZESSVERLAUFS SEIT 1999 .....</b>	<b>16</b>
3.1.1	<i>1999: Abschluss der Vorarbeiten und erste Interventionen der Bundesbehörden .....</i>	<i>16</i>
3.1.2	<i>2000: Uneinigkeit über die Einführung und Genehmigung der Tarifstruktur durch den Bundesrat .....</i>	<i>17</i>
3.1.3	<i>2001: Weitere Überarbeitungsrunden und anhaltende Diskussion über die Kostenneutralität .....</i>	<i>18</i>
<b>3.2</b>	<b>SYNOPTISCHE DARSTELLUNG DES ENTSCHEIDUNGSPROZESSES SEIT 1996 .....</b>	<b>19</b>
<b>3.3</b>	<b>IDENTIFIKATION DER SCHLÜSSELEREIGNISSE DES ENTSCHEIDUNGSPROZESSES.....</b>	<b>22</b>
<b>3.4</b>	<b>'ENTRY-POINTS' UND KONKRETE INTERVENTIONEN DER BUNDESAKTEURE .....</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>AKTEURZENTRIERTE POLICY-ANALYSE.....</b>	<b>25</b>

<b>4.1 ANALYSE DER BUNDESAKTEURE .....</b>	<b>26</b>
4.1.1 <i>Eidgenössisches Departement des Innern – Vorsteherin und Generalsekretariat .....</i>	26
4.1.2 <i>Bundesamt für Sozialversicherung.....</i>	29
4.1.3 <i>Preisüberwachung.....</i>	32
4.1.4 <i>Bundesamt für Justiz, Abteilung für Beschwerden an den Bundesrat.....</i>	35
<b>4.2 KOORDINATION UNTER DEN BUNDESSTELLEN .....</b>	<b>36</b>
<b>4.3 DURCH INTERVENTIONEN DER BUNDESAKTEURE ERWIRKTE REAKTIONEN .....</b>	<b>37</b>
<b>4.4 NUTZUNG DES HANDLUNGSSPIELRAUMS DER BUNDESAKTEURE.....</b>	<b>40</b>
4.4.1 <i>Gegenüberstellung von 'entry points' und effektiven Interventionen .....</i>	40
4.4.2 <i>Einschätzung der Interventionen der Bundesakteure .....</i>	43
<b>5 AUSWIRKUNGEN DER EINFLUSSNAHME DES BUNDES AUF DIE KOSTENDÄMPFUNG.....</b>	<b>46</b>
<b>5.1 ENTWICKLUNG DER AMBULANTEN ARZTKOSTEN IN DER OBLIGATORISCHEN         GRUNDVERSICHERUNG .....</b>	<b>46</b>
<b>5.2 KOSTENNEUTRALITÄT IN TARMED.....</b>	<b>49</b>
<b>5.3 DER EINFLUSS VON TARMED UND DER INTERVENTIONEN DES BUNDES AUF DIE         KOSTENENTWICKLUNG .....</b>	<b>50</b>
5.3.1 <i>Kostendämpfung durch die Tarifrevision .....</i>	50
5.3.2 <i>Unintendierte Nebenwirkungen der Tarifrevision .....</i>	51
5.3.3 <i>Zeitliche Verzögerung der Kostendämpfungswirkung.....</i>	52
<b>6 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE UND BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNGEN .....</b>	<b>55</b>
<b>7 SCHLUSSFOLGERUNGEN.....</b>	<b>62</b>
<b>LISTE DER DURCHGEFÜHRTEN EXPERTENGESPRÄCHE .....</b>	<b>69</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>70</b>
<b>QUELLENDOKUMENTE .....</b>	<b>71</b>

# 1 Einleitung, Fragestellung und Vorgehen

## 1.1 Hintergrund der Studie und Fragestellung

Seit 1986 ist eine Revision des Arzttarifs für die Unfallversicherung (UV), die Invalidenversicherung (IV) und die Militärversicherung (MV) im Gang. Auf Initiative der eidgenössischen Sozialversicherer und der Ärzteverbindung FMH wurde das Projekt Gesamtrevision Arzttarif (GRAT) angegangen. Mit der Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes<sup>1</sup> wurden diese Revisionsbestrebungen auf den Bereich der Krankenversicherung ausgedehnt. Das 1996 in Kraft getretene Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht deshalb in Art. 43 Abs. 5 eine gesamtschweizerisch vereinbarte einheitliche Tarifstruktur bei Einzelleistungstarifen vor. Zur Zeit finden sich aufgrund der Kantonshoheit im Tarifwesen (Art. 46 Abs. 4 KVG) kantonale unterschiedliche Tarifierungs- und Bewertungssysteme im Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen, was die Vergleichbarkeit hinsichtlich Leistungs- und Kostenvolumen stark erschwert.

Zeitgleich mit dem GRAT-Projekt erfolgte eine Totalrevision des Spitalleistungskataloges (SLK). Zu diesem Zweck haben die Versicherer mit dem Spitalverband H+ das Projekt INFRA realisiert, welches eine Neubewertung der spitalinfrastrukturellen Leistung bezweckt. GRAT und INFRA wurden zum TARMED verschmolzen, der eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für die Vergütung von Arztleistungen und technischen Leistungen im Spital und in der Arztpraxis darstellt (Weissenburger 2001: 61). TARMED besteht aus einer landesweit geltenden Tarifstruktur, welche jeder ärztlichen und technischen Leistung einen Taxpunkt zuordnet und so deren relativen Werte festlegt, und den Taxpunktwerten, welche auf kantonaler Ebene zwischen Ärzten und Krankenversicherern ausgehandelt werden und so die Preise dieser Leistungen bestimmen.

Die hauptsächlichen Zielsetzungen von TARMED sind die systematische Neustrukturierung und Neubewertung des Leistungskataloges auf den aktuellen Stand des medizinischen Wissens, die Bewertung aller ärztlichen Leistungen nach einheitlichen Massstäben auf betriebswirtschaftlicher Grundlage und die Aufwertung der ärztlichen (intellektuell-manuellen) Leistung gegenüber der technischen (apparativen) Leistung (Weissenburger 2001: 61). Damit bezweckt TARMED mehr Transparenz und höhere Vergleichbarkeit bei der Abgeltung ärztlicher Leistungen und dadurch schliesslich eine bessere Kostenkontrolle im Gesundheitswesen. Die Tarifrevision muss ausserdem kostenneutral erfolgen, d.h. der Krankenversicherung dürfen keine Mehrkosten entstehen, die auf den reinen Tarifumbau zurückzuführen sind.

---

<sup>1</sup> Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10)

Der neue Arzttarif wird partnerschaftlich im Rahmen der Projektorganisation TARMED erarbeitet. An dieser sind keine Bundesakteure beteiligt. Sie sind in den Projektarbeiten nicht direkt involviert.<sup>2</sup> Indem die Verhandlungen ausserhalb der Bundesverwaltung zwischen den Tarifpartnern stattfinden, wird dem im KVG verankerten Vertragsprinzip Rechnung getragen. Die folgenden Akteure treten als Verhandlungsparteien auf:

- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) als Leistungserbringer
- H+ Die Spitäler der Schweiz als Leistungserbringer
- Medizinaltarifkommission (MTK) der SUVA, Invalidenversicherung (IV) und Militärversicherung (MV) als Kostenträger im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung
- santésuisse (vormals Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer KSK) als Kostenträger im Krankenversicherungsbereich.

Die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) hat Beobachterstatus innerhalb der Projektorganisation.

Die von diesen Parteien ausgehandelte Tarifstruktur muss vom Bundesrat genehmigt werden, wobei zuvor der Preisüberwacher zu konsultieren ist. Die Taxpunktweite ihrerseits werden auf kantonaler Ebene zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern ausgehandelt und müssen von den Kantonsbehörden bewilligt werden.<sup>3</sup>

Neben seiner Funktion als Genehmigungs- und Beschwerdeinstanz hat der Bund auf den TARMED insofern Einfluss, dass er Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen kann (Art. 43 Abs. 7 KVG). Dadurch ergibt sich eine Beteiligung verschiedener Bundesbehörden, welche bei der Erarbeitung der Tarifstruktur und ihrer Umsetzungsmodalitäten von der Projektgruppe konsultiert werden. Fachliche Begleitung erfolgt insbesondere durch das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), den Preisüberwacher und das Bundesamt für Justiz (BJ).<sup>4</sup> Eine wichtige subsidiäre Bundeskompetenz besteht darin, dass der Bundesrat eine Tarifstruktur festlegen kann, wenn sich die Tarifpartner nicht einigen können (Art. 43 Abs. 5 KVG). Obwohl dieser Schritt von der zuständigen Bundesrätin Ruth Dreifuss mehrmals angekündigt wurde, hat sie bisher davon abgesehen, von dieser Kompetenz Gebrauch zu machen und einen Amtstarif zu verfügen.

---

<sup>2</sup> Bundesakteure sind an den Tarifverhandlungen nicht mittelbar beteiligt, sondern in ihrer Funktion als eidgenössische Sozialversicherer (Invaliden- und Militärversicherung) zusammen mit den obligatorischen Unfallversicherern via Medizinaltarifkommission (MTK) involviert.

<sup>3</sup> Im Falle von Beschwerden gegen kantonale Tarifentscheide ist der Bundesrat Beschwerdeinstanz (Art. 53 KVG).

<sup>4</sup> In einzelnen spezifischen Fragen sind des Weiteren auch der Eidgenössische Datenschutzbeauftragte, die Wettbewerbskommission und das Bundesamt für Statistik konsultiert worden (Direktauskunft von Andreas Weissenburger, Sekretär der TARMED-Projektgruppe).

Nebst der fachlichen Unterstützung durch die jeweiligen Organe der Bundesverwaltung begleitet das federführende Departement des Innern (EDI) die TARMED-Verhandlungen. Seine Vorsteherin, Bundesrätin Dreifuss, steht in Kontakt mit der Projektleitung und unterhält mit ihr einen Informationsaustausch über die Entwicklung des Prozesses. Weil es gleichzeitig Begleit- und Genehmigungsinstanz ist, darf das EDI jedoch keine materielle Einflussnahme auf die Projektarbeiten ausüben.

Obschon die gesetzliche Frist zur Einführung der gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur am 31. Dezember 1997 verstrichen ist<sup>5</sup>, konnte TARMED bis heute (Oktober 2001) nicht verabschiedet werden. Nachdem die Vertragsparteien im Januar 1999 ein erstes Verhandlungsergebnis präsentiert hatten, sind bereits mehrere Revisionsrunden erfolgt. Am 25. Mai 2000 unterzeichneten die Verhandlungsparteien einen Vorvertrag über die Tarifstruktur Alpha 3, die dem Bundesrat vorgelegt und von diesem am 18. September 2000 genehmigt wurde. Zur Umsetzung von TARMED sind nun Rahmenverträge zwischen den einzelnen Tarifpartnern erforderlich, in welchen sich diese auf die Einführung und Anwendungsmodalitäten von TARMED einigen. Die Ratifizierungsverfahren und die Vorbereitungsarbeiten zur Umsetzung haben jedoch bisher aufgrund verschiedener umstrittener Fragen innerhalb und zwischen den Tarifpartnern nicht abgeschlossen werden können. Als Hauptstreitpunkte erweisen sich die Forderung nach einer kostenneutralen Einführung des neuen Tarifs und die sich daraus ergebenden Konsequenzen, Verfahrensfragen im Zusammenhang mit der Genehmigung der Tarifstruktur durch den Bund, das Vorgehen bei der Ermittlung und Genehmigung der kantonalen Taxpunktwerte sowie die Modalitäten der Anpassung von Tarifstruktur und Taxpunktwerten. Die eigentlichen Tarifverträge werden schliesslich auf Basis der gesamtschweizerisch gültigen Rahmenverträge auf kantonaler Ebene zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern abgeschlossen.

Nachdem die SDK am 30. April 2001 zu einem runden Tisch geladen hatte, um die Umsetzungsarbeiten voranzutreiben, präsentierten die Tarifpartner am 30. August 2001 eine erneute Einigung – TARMED Version 1.1 – und reichten beim Bundesrat einen Antrag auf Revision der bereits genehmigten Tarifstruktur ein. Auch Version 1.1 unterliegt wiederum der jeweiligen internen Ratifizierung.

Noch unklar ist der Zeitpunkt des Inkrafttretens von TARMED. Eine bisher offene Frage ist, ob der Tarif für den Unfall- und den Krankenversicherungsbereich getrennt oder gleichzeitig eingeführt werden soll. Ebenso besteht Uneinigkeit darüber, ob er vorerst nur für die privatärztliche Praxis oder gleichzeitig auch für die ambulanten Spitalleistungen zur Anwendung

---

<sup>5</sup> Art. 8 der Verordnung über die Einführung und Inkraftsetzung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (SR 832.101)



kommt. Der Zeitdruck, die Komplexität der Materie und die Verflochtenheit der Entscheidungsarenen lassen den Einführungszeitpunkt 1. Januar 2003 realistisch erscheinen.

Vor diesem Hintergrund hat das Büro Vatter, Politikforschung & -beratung im Auftrag der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle (PVK) den Prozess der TARMED-Einführung untersucht. Dabei standen die folgenden Fragestellungen im Vordergrund:

- Wie haben die Träger des Bundes ihre Handlungsmöglichkeiten zur Einflussnahme auf den TARMED genutzt?
- Welche Strategie verfolgten die Träger des Bundes bei der Einflussnahme auf TARMED?
- Wann, wie, durch welche Träger und mit welchen Resultaten erfolgten konkrete Aktivitäten des Bundes bei der Einflussnahme auf TARMED?
- Wie sind Strategien und Aktivitäten des Bundes zur Einflussnahme auf TARMED vor dem Hintergrund des Kostendämpfungsziels im KVG zu beurteilen?

## **1.2 Das analytische Prozessmodell und der theoretische Rahmen**

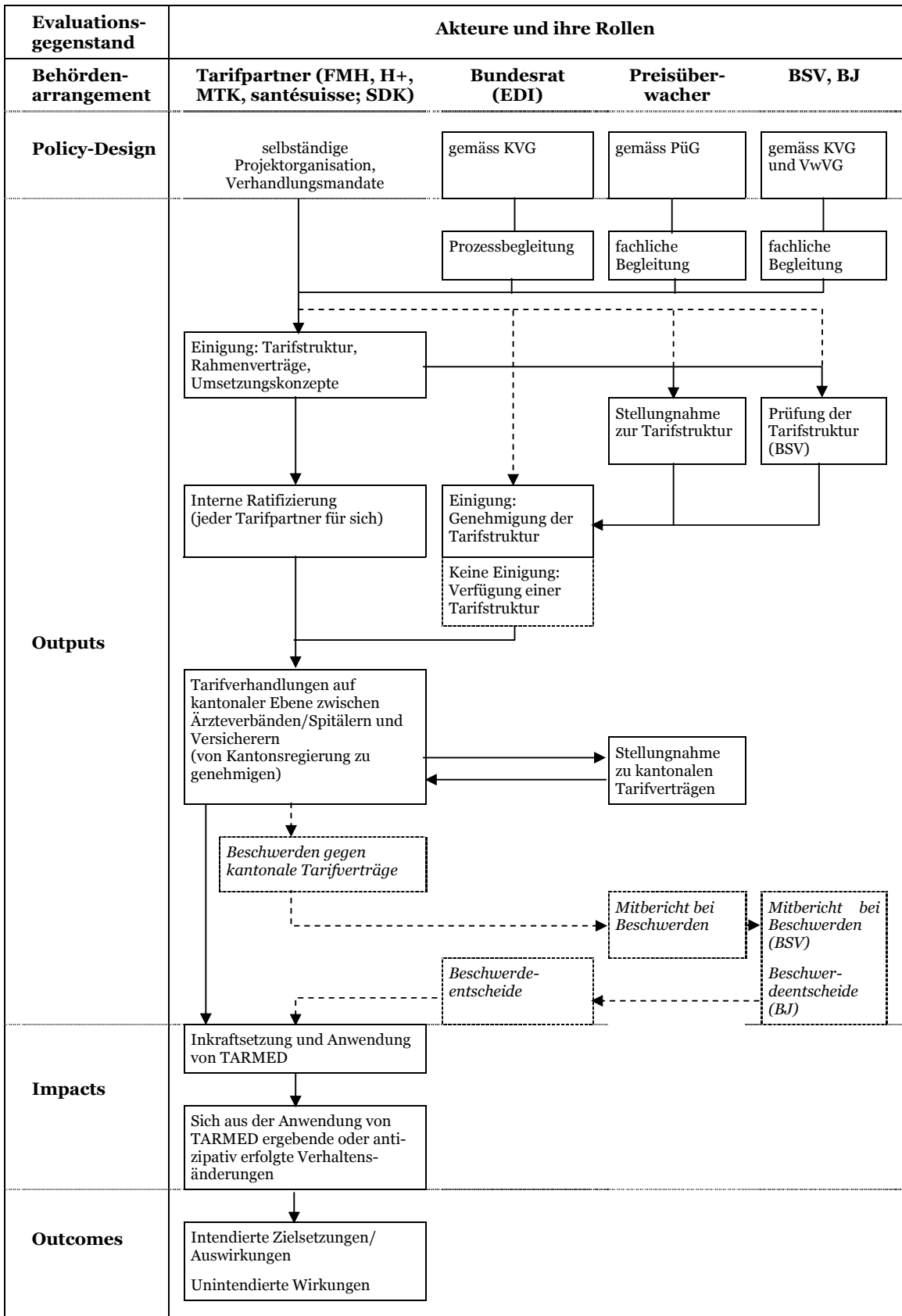
Die obigen Fragestellungen sind im Bereich der Policy-Analyse anzusiedeln. Dem entsprechend gewählten analytischen Vorgehen wird deshalb ein Wirkungsmodell zugrundegelegt, das geeignet ist, den Prozess der TARMED-Verhandlungen in akteurzentrierter und chronologischer Form wiederzugeben. Das untenstehende Prozessmodell (Abbildung 1) orientiert sich an den Stufen der Politikgenerierung und –umsetzung (Policy-Cycle) und enthält die verschiedenen damit verbundenen Evaluationsgegenstände, die wie folgt umschrieben werden können (vgl. Knoepfel und Bussmann 1997: 70ff.):

- Als *Behördenarrangement* werden die administrativen Umsetzungsstrukturen einer Politik bezeichnet, d.h. die Kompetenzordnung, die Aufgabenverteilung unter den beteiligten Akteuren, die Ressourcen der Behörden, aber auch die Aufbau- und Ablaufstrukturen der involvierten Verwaltungseinheiten.
- Das *Policy-Design* oder *Verwaltungsprogramm* steckt den juristischen und programmatischen Rahmen für die Politikumsetzung ab, schreibt also die konkreten Zielsetzungen, Instrumente und Verfahrensweisen vor.
- Als *Outputs* gelten die Endprodukte des politisch-administrativen Entscheidungsprozesses, die der Umsetzung einer politischen Massnahme dienen.
- *Impacts* sind die bei den Politikadressaten eintretenden intendierten und nicht intendierten Verhaltensänderungen, die vom Inkrafttreten des Verwaltungsprogramms ausgelöst werden. Entsprechen die beobachteten Verhaltensänderungen den Erwartungen, ist eine politische Massnahme effektiv.

- Mit *Outcome* sind schliesslich die intendierten oder nicht intendierten Auswirkungen der Verhaltensänderungen (Impacts) auf das Problem, das mittels der im Policy-Design formulierten Massnahmen angegangen werden soll, gemeint.

Aufgrund der vorliegenden Fragestellungen liegt der Schwerpunkt der Analyse auf dem Einfluss der Outputs der Träger des Bundes (Bundesrat/EDI, Preisüberwacher, BSV, BJ) auf dasjenige der Tarifpartner, d.h. auf die Erarbeitung der Tarifstruktur durch die Verhandlungsparteien. Im Weiteren müssen die (beabsichtigten und unbeabsichtigten) Verhaltensänderungen (Impacts) seitens der Tarifpartner, die sich als Folge der Einflussnahme durch den Bund auf die TARMED-Einführung einstellen können, untersucht werden. Schliesslich gilt es auch die potenziellen Kostenwirkungen (Outcomes) der Strategien der Bundesakteure abzuschätzen.

Abbildung 1: Prozessmodell der TARMED-Einführung



### 1.3 Untersuchungsdesign und Vorgehen

Das Erkenntnisinteresse ist im Fall der Fragen nach der Strategie und den Aktivitäten der Träger des Bundes bei der Einflussnahme auf TARMED vor allem deskriptiver, im Fall der Frage nach dem Kostendämpfungseffekt dieser Interventionen wirkungsanalytischer Natur. Insofern ergibt sich ein zweistufiges Vorgehen. Für die adäquate Beantwortung des ersten Teils bietet sich eine *akteurzentrierte Policy-Analyse* an, in welcher der Entscheidungsprozess chronologisch dargestellt und die Rollen und Aktivitäten der an der TARMED-Einführung beteiligten Stellen des Bundes aufgearbeitet werden. Der zweite Schritt besteht darin, die Kostenwirksamkeit dieser Strategien und Aktivitäten einzuschätzen. Hier geht es um die Beantwortung der Frage, ob der bestehende Handlungsspielraum vollständig ausgenutzt und die gewählte Strategie dazu beigetragen hat, die Wirkungszusammenhänge im Gesundheitswesen im Sinne der Kostendämpfung zu beeinflussen und unerwünschte Nebenwirkungen, die das angestrebte Ziel zu unterlaufen drohen, zu vermeiden.

#### 1.3.1 Akteurzentrierte Policy-Analyse mittels Aufarbeitung der Aktivitäten der Bundesstellen und Ermittlung ihrer Strategie

In einem ersten Schritt wurden die verfügbaren Dokumente chronologisch nach einem festgelegten Analyseraster ausgewertet, wie es bei der Policy-Analyse von Vollzugs- und Konfliktprozessen üblicherweise verwendet wird. Die wichtigsten Dokumente bilden dabei das Statuspapier des BSV (2001), die Informationsschreiben der SDK an die Kantone, die Schweizerische Ärztezeitung (SÄZ), Medienmitteilungen der Tarifpartner und weitere auf den Websites der beteiligten Akteure verfügbare Dokumente. Anhand dieser Materialien wurden der bisherige Verlauf der Verhandlungen möglichst umfassend aufgearbeitet und die Schlüsselereignisse, die involvierten Akteure und deren Aktionen und Reaktionen dargestellt.

Die Dokumentenanalyse wurde durch Expertengespräche vertieft und ergänzt. Gespräche fanden mit Vertreterinnen und Vertretern des EDI-Generalsekretariats, des BSV, der Preisüberwachung, des BJ sowie der FMH, der *santésuisse*, der MTK und der SDK statt (vgl. die Liste der Interviewpartner im Anhang). Die so gewonnenen Erkenntnisse erweiterten die Informationsbasis und ermöglichten es, das Policy-Analyseraster zu vervollständigen. Dieses umfasst im Grundsatz folgende Kerngrößen: die Akteure mit ihren Zielen und Interessen, ihre Interventionen, ihre Strategien, ihren Grad der Zielerreichung und die während des Verfahrens stattgefundenen Lernprozesse.

Die Fragestellungen messen der vertieften Analyse der eingesetzten Strategien der Bundesakteure eine wichtige Bedeutung zu. Grundsätzlich gilt es dabei zwischen inhaltlicher und taktischer Strategie zu unterscheiden. Die *inhaltliche Strategie* ergibt sich aus den Interessen und Zielen der Akteure, die im Fall des Bundes weitgehend aus den gesetzlichen Anforderun-

gen an das Verhandlungsergebnis bestehen. Die *taktische Strategie* hingegen beschreibt, mittels welchem Vorgehen der Bundesakteure die Tarifpartner dazu beeinflusst werden sollen, das vorgesehene Ergebnis zu erreichen. Hier kann zwischen drei Grundkategorien von Handlungsmustern unterschieden werden: Konfrontationsstrategie, Bargainingstrategie und Kooperationsstrategie mit ihren jeweils spezifischen Merkmalen. Ein besonderes Augenmerk gilt es dabei auch auf die eingegangenen Koalitionen zu werfen.

Die *inhaltliche Strategie* ergibt sich weitgehend aus den breit kommunizierten Auflagen an das Ergebnis der Verhandlungen über die Tarifstruktur. Im Vordergrund stehen hier die Gesetzeskonformität und die Wirtschaftlichkeit, worunter auch die Kostenneutralität fällt. Die *taktische Strategie* wurde einerseits aus den Expertengesprächen hergeleitet, andererseits anhand der verfügbaren Medienmitteilungen oder anderen Verlautbarungen der verschiedenen Akteure rekonstruiert.

### **1.3.2 Einschätzung der Wirksamkeit der Einflussnahme des Bundes bezüglich der Kostendämpfung**

Da TARMED noch nicht in Kraft ist und noch keine messbaren, kostenwirksamen Auswirkungen zeigt, musste der Erfolg der Strategie des Bundes prospektiv abgeschätzt werden. Es wurde danach gefragt, ob sich im Verlaufe der Verhandlungen über die Tarifstruktur unerwünschte Nebenwirkungen im Sinne von Verhaltensänderungen der Ärzteschaft (*unbeabsichtigte Impacts*) eingestellt haben, welche das ursprüngliche Ziel der Kostendämpfung bei Inkrafttreten des TARMED unterlaufen. Eine im Rahmen der KVG-Wirkungsanalyse durchgeführte Studie zu dessen Auswirkungen im Tarifbereich (INFRAS 2000) weist darauf hin, dass die Veränderungen in der Tarifierung aufgrund der Ausweichmöglichkeiten der Leistungserbringer nicht zu Einsparungen, sondern zu Kostenverlagerungen und zur Kompensation durch Mengenausweitung geführt haben. Obwohl in dieser Studie der Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen nicht spezifisch untersucht wurde, ist davon auszugehen, dass sich auch dort unbeabsichtigte Auswirkungen der laufenden Tarifrevision beobachten lassen. Ob dies der Fall ist, und inwiefern die Aktivitäten des Bund Auslöser für entsprechende Verhaltensänderungen sind, wurde in den Experteninterviews mit den Vertretern der Ärzteschaft und der Krankenversicherer erfragt.

### **1.3.3 Synthese**

Auf der Basis der durchgeführten Policy-Analyse und der Wirksamkeitsabschätzung galt es abschliessend die Ausgangsfrage zu beantworten, nämlich welchen Einfluss die gewählte Grundstrategie (d.h. die Kombination von inhaltlichen Forderungen und taktischem Vorgehen) der Bundesakteure auf den untersuchten Entscheidungsprozess ausgeübt hat und ob sie

zur Erreichung der vorgegebenen Ziele geeignet war. Schliesslich sollen in der Synthese folgende drei Fragen beantwortet werden: Hat der Bund seine mit dem KVG neu gewonnenen Kompetenzen vollständig genutzt? Ist die Strategie des Bundes insgesamt kohärent oder bestehen offensichtliche Zieldivergenzen innerhalb der Bundesverwaltung? Ist die Strategie des Bundes geeignet, Kostendämpfung zu erzielen oder provoziert sie statt dessen Kostenverlagerungen?

### **1.4 Aufbau des Berichts**

Der Berichtsaufbau ist eng an den Forschungsablauf angelehnt. Zunächst werden die sich aus dem KVG und seinen Umsetzungsstrukturen ergebenden Rahmenbedingungen der TARMED-Verhandlungen umschrieben und der Handlungsspielraum der Bundesakteure für eine Einflussnahme abgesteckt. Danach folgt ein detaillierter chronologischer Abriss über den TARMED-Prozess seit 1996 mit einer nach Akteuren gegliederten synoptischen Darstellung, welche die Schlüsselereignisse und die möglichen 'entry points' für Interventionen der Akteure des Bundes enthält. Das vierte Kapitel besteht aus einer akteurzentrierten Policy-Analyse und fasst die Ergebnisse der Expertengespräche zusammen. Sie ist fokussiert auf die Schlüsselereignisse, die angewandte Strategie, die Interventionen der Akteure und die daraus resultierenden Reaktionen und beinhaltet ebenso eine Einschätzung des Zielerreichungsgrades bzw. der verfolgten Strategie und der durchlaufenen Lernprozesse. Danach wird versucht, die Kostenwirksamkeit der Interventionen des Bundes abzuschätzen sowie allfällig stattgefundenen Ausweichreaktionen seitens der Leistungserbringer zu eruieren und herauszufinden, ob sie mit der Einflussnahme der Bundesakteure in Zusammenhang stehen. Die abschliessende Synthese fasst die Ergebnisse der Studie zusammen und präsentiert die daraus gezogenen Schlussfolgerungen.

Die Studie befasst sich mit dem Verhandlungsprozess seit 1996 und beschränkt sich bezüglich des Prozesses und der involvierten Akteure auf die Erarbeitung und Verabschiedung der Tarifstruktur. Auf die Darstellung der nachfolgenden Schritte ihrer Umsetzung, d.h. der Taxpunktwertfestlegung auf kantonaler Ebene und der allfälligen Behandlung von Tarifbeschwerden durch die Bundesbehörden wird verzichtet. Sie gehen nur insofern in die Betrachtung ein, als sie Faktoren der Erwartungssicherheit darstellen und als Entscheidungsparameter mit dem bisherigen Prozessverlauf in Zusammenhang stehen.

## 2 Möglichkeiten der Einflussnahme durch Bundesakteure

### 2.1 Handlungsspielraum der Bundesakteure laut KVG

Das KVG sieht in Art. 43 Abs. 4 ausdrücklich vor, dass Tarife in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart werden. Dasselbe gilt auch für die Tarifstruktur von Einzelleistungstarifen (Art. 43 Abs. 5). Weil diese gesamtschweizerisch einheitlich vereinbart werden muss, ist sie durch die Dachorganisationen von Versicherern und Leistungserbringern zu erarbeiten. Die Projektorganisation trägt folglich diesem Umstand Rechnung und versammelt die entsprechenden Akteure (FMH, H+, santésuisse und MTK als Tarifpartner) sowie die Kantone (SDK) im Beobachterstatus.

Aufgrund des Vertragsprinzips ist keine materielle Einflussnahme von Bundesakteuren auf die Tarifgestaltung vorgesehen, solange die Tarifverhandlungen noch im Gang sind.<sup>6</sup> Sie greifen erst ein, wenn die Tarifverträge abgeschlossen sind und der behördlichen Genehmigung gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG vorgelegt werden. Im Fall von gesamtschweizerischen Verträgen wie dem TARMED bestehen gesetzliche Bestimmungen, die für den Bundesrat und die zuständigen Bundesbehörden folgende Handlungspflichten und –möglichkeiten begründen:

Handlungspflichten gemäss KVG:

- *Genehmigung des Tarifvertrages* (Art. 46 Abs. 4): "Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung (...), wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit im Einklang steht."
- *Pflicht zur Anhörung des Preisüberwachers vor Tarifgenehmigung oder –festsetzung* (Art. 43 Abs. 4): "(...) Bei Tarifverträgen zwischen Verbänden sind vor dem Abschluss die Organisationen anzuhören, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten." (vgl. auch Art. 14 PüG<sup>7</sup>).

---

<sup>6</sup> Im Bereich der Militär- und der Invalidenversicherung können Bundesakteure als Vertragspartner eine mittelbare Einflussnahme auf die Tarifgestaltung ausüben.

<sup>7</sup> Art. 14 des Preisüberwachungsgesetzes lautet folgendermassen:

- 1 Ist die Legislative oder die Exekutive des Bundes, eines Kantons oder einer Gemeinde zuständig für die Festsetzung oder Genehmigung einer Preiserhöhung, die von den Beteiligten an einer Wettbewerbsabrede oder einem marktmächtigen Unternehmen beantragt wird, so hört sie zuvor den Preisüberwacher an. Er kann beantragen, auf die Preiserhöhung ganz oder teilweise zu verzichten oder einen missbräuchlich beibehaltenen Preis zu senken.
- 2 Die Behörde führt die Stellungnahme in ihrem Entscheid an. Folgt sie ihr nicht, so begründet sie dies.
- 3 Bei der Prüfung der Frage, ob ein Preismissbrauch vorliegt, berücksichtigt der Preisüberwacher allfällige übergeordnete öffentliche Interessen.

- *Gewährleistung der Gesundheitsversorgung* (Art. 43 Abs. 6): "Die Vertragsparteien und die zuständigen Behörden achten darauf, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird."
- *Koordination der Sozialversicherungen* (Art. 43 Abs. 7): "Der Bundesrat (...) sorgt für die Koordination mit den Tarifordnungen der anderen Sozialversicherungen."

Subsidiäre Handlungspflicht:

- *Verfügung einer Tarifstruktur* (Art. 43 Abs. 5): "Einzelleistungstarife müssen auf einer gesamtschweizerisch einheitlich vereinbarten Tarifstruktur beruhen. Können sich die Tarifpartner nicht einigen, so legt der Bundesrat diese Tarifstruktur fest."

Handlungsmöglichkeit:

- *Einflussnahme auf die Tarifgestaltung* (Art. 43 Abs. 7): "Der Bundesrat kann Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen. (...)"

Aus den Handlungspflichten ergibt sich, dass der Bundesrat ihm unterbreitete Tarifverträge genehmigen muss, bevor sie in Kraft treten. Prüfkriterien sind Gesetzmässigkeit, Wirtschaftlichkeit und Billigkeit. Vor dem Genehmigungsentscheid ist der Preisüberwacher zu konsultieren, der bei seiner Empfehlung die übergeordneten öffentlichen Interessen zu berücksichtigen hat. Bei seiner Entscheidung hat der Bundesrat darauf zu achten, dass eine zweckmässige und qualitativ hochstehende Versorgung zu möglichst günstigen Kosten gewährleistet wird. Kommt zwischen den Tarifpartnern keine Einigung zustande, so hat der Bundesrat die Kompetenz, eine Tarifstruktur zu verordnen, die denselben Ansprüchen standhalten muss.

Gemäss Art. 8 der Verordnung über die Inkraftsetzung und Einführung des KVG vom 12. April 1995 (SR 832.101) ist die gesetzliche Frist zur Anpassung der Tarifverträge an das neue Recht am 31. Dezember 1997 abgelaufen. Seit spätestens diesem Zeitpunkt müsste TARMED angewendet werden. Weil dieser Zeitpunkt abgelaufen und TARMED noch nicht eingeführt ist, stellt sich die Frage, ob besagter Artikel eine Handlungspflicht des Bundes begründet und als gesetzliche Grundlage zur Verfügung einer Tarifstruktur betrachtet werden kann.

Der Bundesrat hat ausserdem die *Möglichkeit*, inhaltliche Grundsätze bei der Tarifgestaltung (wirtschaftliche Bemessung, sachgerechte Struktur) und Grundsätze für die Tarifanpassung aufzustellen. Dies kann auf Verordnungsstufe erfolgen (Bundesrat 1991: 82f.) und erlaubt ihm eine gewisse Einflussnahme auf das Verhandlungsergebnis, obwohl er materiell nicht an den Vertragsverhandlungen beteiligt ist.



## 2.2 Rollen und Interessen der involvierten Bundesakteure

All diese Aufgaben bzw. Tätigkeiten werden selbstverständlich nicht vom Bundesrat selber wahrgenommen, sondern von den dafür zuständigen Amtsstellen der Bundesverwaltung, welche die entsprechenden Geschäfte behandeln und vorbereiten. Der Gesamtbundesrat fällt lediglich den Genehmigungsentscheid selber. Daraus ergibt sich für die Einführung von TARMED die folgende Rollenaufteilung der daran beteiligten Bundesakteure:

**Tabelle 1:** Aufgaben und Funktionen der in TARMED involvierten Bundesstellen

<b>Akteur</b>	<b>Aufgaben und Funktionen</b>
Bundesrat (Federführendes Departement: EDI)	Einflussnahme auf die Tarifgestaltung Koordination mit anderen Sozialversicherungen Genehmigung der Tarifstruktur, Prüfung auf Gesetzmässigkeit, Wirtschaftlichkeit und Billigkeit Verfügung einer Tarifstruktur, falls Tarifpartner sich nicht einigen können Gewährleistung der Gesundheitsversorgung
Bundesamt für Sozialversicherung, Abteilung Leistungen und Tarife KUV	Fachliche Begleitung bei inhaltlichen und tarifspezifischen Fragen, Abklärungen über Auswirkungen der vorgelegten Tarifstrukturen, Vorbereitung des Genehmigungsentscheides des Bundesrates Erarbeiten einer Tarifstruktur im Falle einer Verfügung durch den Bundesrat
Preisüberwachung	Stellungnahme bei Tarifgenehmigung oder –festlegung Fachliche Unterstützung beim Ausarbeiten einer Tarifstruktur im Falle einer Verfügung durch den Bundesrat
Bundesamt für Justiz, Abteilung für Beschwerden an den Bundesrat	Vorabklärung der Rechtskonformität des Genehmigungs- und Tarifanpassungsverfahrens Expertisen bei Rechtsfragen

Es wird davon ausgegangen, dass die verschiedenen Bundesakteure unterschiedliche Interessen verfolgen, nämlich juristisch-formale, inhaltlich-fachliche und strategisch-politische. Damit soll zwischen verschiedenen Aktionsebenen und Zielorientierungen unterschieden werden, welche für die Interventionen der jeweiligen Akteure massgebend sind.

Mit juristisch-formalen Interessen ist primär die Einhaltung und Erfüllung formaler gesetzlicher Vorgaben gemeint. Inhaltlich-fachliche Interessen enthalten Ziele auf der materiellen Ebene, wie z.B. die Einhaltung sachlicher Vorgaben oder eine hohe Praktikabilität der getroffenen Lösung. Die strategisch-politischen Interessen schliesslich beziehen sich auf die Erreichung eigener oder vorgegebener Ziele und die Art und Weise, wie diese durchgesetzt werden können. Sie bestimmen Faktoren wie den Weg der Zielerreichung, die grundlegende

Interaktionsorientierung (konfrontativ, kooperativ) oder die Wahl der Mittel, des Zeitpunktes und der Adressaten von Interventionen.

Es ist anzunehmen, dass die diversen Interesseebenen bei den verschiedenen Akteuren unterschiedlich stark zum Tragen kommen und somit auch einen unterschiedlichen Einfluss auf den Prozessverlauf nehmen. Die vorgenommene akteurzentrierte Policy-Analyse soll dazu beitragen, die Interessenlagen der Bundesakteure und ihren Einfluss auf die TARMED-Verhandlungen auszuleuchten.

## **3 Chronologischer Verlauf der TARMED-Einführung und Identifikation der Schlüsselereignisse**

### **3.1 Beschreibung des Prozessverlaufs seit 1999**

Die Einführung von TARMED lässt sich prinzipiell in vier Teilprozesse gliedern (vgl. BSV 2001: 11f.):

- 1) Erarbeitung und vertragliche Vereinbarung der Tarifstrukturen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern
- 2) Genehmigung der gesamtschweizerischen Tarifstruktur durch Bundesrat
- 3) Erarbeitung eines Vertrags zwischen den Tarifpartnern über die kostenneutrale Umsetzung (vom Bundesrat zu genehmigen)
- 4) Aushandlung der kantonalen Taxpunktwerte

Der folgende, aus verschiedenen Quellen<sup>8</sup> zusammengestellte Abriss über den Prozessverlauf seit 1999 zeigt allerdings, dass sich die einzelnen Teilprozesse nicht klar voneinander trennen lassen und sich chronologisch überlappen.

#### **3.1.1 1999: Abschluss der Vorarbeiten und erste Interventionen der Bundesbehörden**

Nach 13 Jahren Arbeit an der Arzttarifrevision gaben die Vertragsparteien am 28. Januar 1999 den Abschluss der Projektarbeiten bekannt und präsentierten den neuen Arzt- und Spitaltarif TARMED. An einer Pressekonferenz bekräftigten die Tarifpartner ihren Willen zum partnerschaftlichen Vorgehen und zur kostenneutralen Einführung des neuen Tarifs per 1.1.2000. In der Folge regte sich innerhalb der Ärzteschaft heftiger Widerstand gegen das Tarifwerk. Namentlich die Foederatio Medicorum Scrutantium (FMS), die im Mai 1998 gegründete Vereinigung der invasiv, operativ, interventionell und radiologisch tätigen Ärzte, verlangte eine grundlegende Überarbeitung der Tarifstruktur. Wegen der angestrebten Aufwertung ärztlicher (intellektuell-manueller) Leistungen gegenüber technischen (apparativen) Leistungen sahen sich ihre Mitglieder, die ungefähr ein Viertel der ganzen Ärzteschaft ausmachen, besonders mit Einkommensverlusten konfrontiert. Die FMS präsentierte ein eigenes Tarifmodell und verlangte eine generelle Wertkorrektur der apparativen Leistungen um 20%.

---

<sup>8</sup> BSV 2001, diverse Informationsschreiben der SDK, Schweizerische Ärztezeitung, Stellungnahmen des Preisüberwachers, Presseberichte, [www.parlament.ch](http://www.parlament.ch)

Am 31. März 1999 gab der Preisüberwacher eine Stellungnahme zur vorgelegten Tarifstruktur ab. Er zweifelte die Werte diverser Berechnungsgrundlagen an, wie z.B. das Referenzeinkommen, die Jahresarbeitszeit der Ärzte oder die Produktivität, und forderte entsprechende Korrekturen in der Tarifstruktur. Weitere Anpassungsforderungen erfolgten in einer ergänzenden Stellungnahme vom 31. August 1999. Die Empfehlungen des Preisüberwachers wurden von der FMH teils heftig kritisiert, teilweise aber in die laufende Überarbeitungsrunde aufgenommen.

Am 14. April 1999 fand ein "Gipfelgespräch" zwischen den Tarifpartnern, der SDK, Bundesrätin Dreifuss, dem BSV und dem Preisüberwacher statt, an welchem Fragen zum weiteren Vorgehen bei der Umsetzung des neuen Tarifs erörtert wurden. Bundesrätin Dreifuss verlangte bis Ende Juni 1999 einen Zusammenarbeitsvertrag, der die Tarifpartner auf ein Umsetzungsprogramm verpflichtet. Weiter wurde der SDK Beobachterstatus in der Projektleitung zugestanden und die Stellung des Preisüberwachers im weiteren Prozessverlauf geregelt. Zu diesem Zeitpunkt rückte jedoch insbesondere die Gewährleistung der Kostenneutralität in den Vordergrund. Ein von den Tarifpartnern erarbeitetes Kostenneutralitätskonzept im KVG-Bereich lehnte die Ärztekammer am 24.6.99 ab.

Nach erneuten Überarbeitungs- und Verhandlungsrunden zwischen den Tarifpartnern einigten sich diese am 22. Dezember 1999 auf die Version Alpha 2.2, die dem Bundesrat bzw. dem BSV und der Preisüberwachung zur Prüfung zugestellt wurde. Immer noch ausstehend blieben jedoch wichtige Vereinbarungen, die zur Umsetzung von TARMED notwendig sind, wie z.B. die Konzepte zur Anerkennung von Dignitäten oder der Infrastruktur.

#### **3.1.2 2000: Uneinigkeit über die Einführung und Genehmigung der Tarifstruktur durch den Bundesrat**

Im Januar 2000 stellte die FMS in einem Rechtsgutachten die Genehmigungskompetenz des Bundesrates in Frage, während die FMH ihrerseits mehrmals forderte, das vorgesehene Genehmigungsverfahren offenzulegen. Am 2. Februar 2000 stimmte die Ärztekammer der Version Alpha 2.2 grundsätzlich zu, unter der Bedingung, dass vor deren Einführung eine weitere Revisionsrunde stattfinde.

Anlässlich eines weiteren "Gipfelgesprächs" zwischen Bundesrätin Dreifuss, Vertretern des EDI, des BSV, der Preisüberwachung und den Verhandlungsparteien am 1. Mai 2000 wurde nicht nur der Abschluss der Revisionsrunde 2000 verkündet, sondern traten Meinungsverschiedenheiten über die zu genehmigenden Tarifbestandteile auf, die bisher noch nicht ausgeräumt werden konnten. Der Bundesrat verlangte neben der Tarifstruktur auch ein Regelwerk zur Umsetzung, insbesondere ein Instrumentarium zur kostenneutralen Einführung, und hatte vor, Richtwerte zum Start-Taxpunktwert ins Genehmigungsverfahren einfließen

zu lassen. Die Tarifpartner ihrerseits waren der Ansicht, die zu genehmigende Tarifstruktur bestehe lediglich aus der Nomenklatur und den Taxpunktwerten, und die kostenneutrale Einführung werde wegen der Zielvorgaben und der Schwerfälligkeit des Verfahrens verzögert bzw. verunmöglicht. Diese Positionen sind seither weitgehend unverändert geblieben.

Die Debatte über das Vorgehen bei der TARMED-Einführung und zur Gewährleistung der Kostenneutralität erfuhr einen Höhepunkt, als sich in der Sommersession 2000 Bundesrätin Dreifuss im Ständerat dazu äusserte. Sie erläuterte zum einen ihre grundsätzliche Haltung, dass der Abschluss der Verhandlungen Sache der Tarifpartner sei, und nicht des Bundes und erläuterte andererseits ihre Überlegungen zur kostenneutralen Einführung. Dabei bemerkte sie, gemäss den Berechnungen ihres Departements müsse der durchschnittliche Taxpunktwert um 0,8 Franken zu liegen kommen. Diese Äusserung stiess auf heftigste Kritik seitens der Ärzteschaft.

Am 25. Mai 2000 unterzeichneten die Tarifpartner einen Vorvertrag über die Version Alpha 3.0 und stellten diese dem Bundesrat zur Genehmigung zu, zusammen mit einem Grobkonzept zur kostenneutralen Einführung und dem Stand der Beratungen über die Rahmenverträge zwischen den Tarifpartnern. Der Bundesrat konsultierte wiederum den Preisüberwacher und genehmigte die vorgelegte Tarifstruktur offiziell am 18. September 2000, machte die Einführung von TARMED allerdings abhängig vom Vorliegen eines bundesrätlich genehmigten Vertrages zwischen den Tarifpartnern über die Kostenneutralität. Insofern kann der zweite der oben skizzierten Teilprozesse im Prinzip als abgeschlossen betrachtet werden.

#### **3.1.3 2001: Weitere Überarbeitungsrunden und anhaltende Diskussion über die Kostenneutralität**

Allerdings ist Phase 1 noch nicht beendet, da TARMED von den Tarifpartnern noch immer nicht ratifiziert ist. Sie waren sich von Anfang an darüber einig, dass die vom Bundesrat genehmigte Version 3.0 nicht einführungstauglich sei. Die Tarifstruktur wurde seither weiter überarbeitet. Es war vorgesehen, dem Bundesrat Ende September 2000 die Version 1.0 zu unterbreiten, was aber wegen zu vieler Unstimmigkeiten nicht gelang. Erst Ende März 2001 wurde die erste abrechnungsfähige Version 1.0 dem Bundesrat als Modifikation der genehmigten Version 3.0 zugestellt. Gleichzeitig arbeiteten die Verhandlungsparteien auf bilateraler Ebene an den zur Umsetzung notwendigen Rahmenverträgen, insbesondere an den Bedingungen der Kostenneutralität. H+, die MTK und santésuisse ratifizierten die Tarifstruktur 1.0 im Frühling 2001. Die Ärztekammer vom 5. Mai 2001 stimmte dem UV/IV/MV-Arztтарif unter bestimmten Bedingungen zu, lehnte jedoch den entsprechenden Rahmenvertrag mit santésuisse für den KVG-Bereich ab. Dieser muss nun mit einem verbindlichen Kostenneu-

tralitätskonzept, welches auch die Modalitäten der Einführungsphase und Tarifierpassungen enthält, und einem Vertrag zum Reengineering<sup>9</sup> ergänzt werden.

Am kurz zuvor von der SDK einberufenen runden Tisch vom 30. April 2001 hatten sich die Tarifpartner darauf geeinigt, die Version 1.0 hinsichtlich einer Überarbeitung zu prüfen, ihre Revisionsforderungen vorzubringen und bis Ende August 2001 eine gemeinsame Lösung zu erarbeiten. Gelingt dies nicht, würden die Verhandlungen als gescheitert erklärt. Im Juni 2001 erläuterte Bundesrätin Dreifuss im Parlament das weitere Vorgehen und stellte im Falle eines Scheiterns die Inkraftsetzung und Umsetzung der allenfalls modifizierten, vom Bundesrat genehmigten Version 3.0 in Aussicht. Am 30. August 2001 gaben die Tarifpartner eine erneute Einigung bekannt und stellten TARMED Version 1.1 in Aussicht, welche beim Bundesrat am 13. November 2001 im Sinne eines Antrags auf Revision der genehmigten Tarifstruktur eingereicht wurde. Auch diese Version unterliegt wiederum der jeweiligen internen Ratifizierung. Gleichzeitig wurde ein Reengineering-Konzept für das erste Jahr nach der Einführung erarbeitet.

Die Einführung von TARMED ist nach wie vor abhängig vom Vorliegen von unterzeichneten Rahmenverträgen zwischen den Tarifpartnern, welche auch Vereinbarungen über die kostenneutrale Umsetzung enthalten. Sind diese Verträge ratifiziert und die ihnen zugrundeliegende Tarifstruktur vom Bundesrat genehmigt, verlagern sich die Verhandlungen auf die kantonale Ebene, wo Versicherer und Ärzteverbände die kantonal geltenden Taxpunktwerte aushandeln müssen. Den Taxpunktwerten kommt eine grosse Bedeutung für die kostenneutrale Umsetzung zu. Der Bundesrat möchte deshalb dafür eine Bandbreite vorgeben, was jedoch seitens der Tarifpartner kritisiert wird, weil der Bundesrat im Fall kantonaler Tarifbeschwerden Beschwerdeinstanz ist. Seine Unabhängigkeit sei nicht gewährleistet, wenn er sich vorgängig über allfällige Zielgrössen äussere. Weil die Taxpunktwerte gleichzeitig über die Einkommen der Ärzteschaft entscheiden, die Versicherer jedoch auf Kostenneutralität beharren, sind Tarifbeschwerden gewissermassen vorprogrammiert (vgl. zu dieser Problematik Müller Imboden 2001).

### **3.2 Synoptische Darstellung des Entscheidungsprozesses seit 1996**

Die wichtigsten Ereignisse seit Inkrafttreten des KVG 1996 lassen sich anhand der folgenden, nach Akteuren gegliederten Tabelle synoptisch darstellen. Weil die FMH im Vergleich mit den übrigen Tarifpartnern ein aufwändiges Ratifizierungsverfahren<sup>10</sup> kennt, das einen Beschluss des Zentralvorstands, einen Ärztekammerentscheid und schliesslich eine Urabstim-

---

<sup>9</sup> Mit Reengineering bezeichnen die Tarifpartner die Überarbeitung der Tarifmechanik.

<sup>10</sup> Bei santésuisse entscheidet der Verwaltungsrat, bei H+ der Vorstand. Die MTK trifft ihre Beschlüsse selber.

### 3 Chronologischer Verlauf und Schlüsselereignisse

mung unter der Ärzteschaft vorsieht, und weil sich in ihren Reihen zum Teil heftiger Widerstand gegen TARMED bemerkbar macht, nimmt sie im Entscheidungsprozess eine besondere Stellung ein. Deshalb kommt ihr besondere Aufmerksamkeit zu und wird ihr eine eigene Spalte gewidmet.

**Tabelle 2:** Synoptische Darstellung der TARMED-Verhandlungen seit 1999

Datum	Tarifpartner		SDK	Bund	
	FMH	santésuisse, MTK, H+		BR/EDI (BSV)	PÜ
25.5.98				BR Dreifuss verlangt in Schreiben an FMH eine Tarifstruktur bis 30.6.1998, stellt erstmals einen Amtstarif in Aussicht	
8.1.99	Vereinbarung eines verbindlichen Terminplans unter Moderation des Bundes bis zur definitiven Einführung im Jahr 2000				
28.1.99	Projektabschluss und Präsentation von TARMED Version Beta 2				
Winter 99	FMS verlangt Reengineering gemäss eigenem Tarifmodell				
31.3.99					Stellungnahme zu Version Beta 2, fordert die Anpassung verschiedener Parameter
14.4.99	Treffen Projektleitung mit BR Dreifuss (Umsetzung des neuen Tarifs), Tarifpartner bestätigen Zustandekommen des Tarifs, kostenneutrale Einführung bis 2000 vorgesehen, Kostenneutralitätskonzept bis Ende Mai 1999 in Aussicht gestellt. EDI verlangt Zusammenarbeitsvertrag mit detailliertem Umsetzungsprogramm bis 30. Juni 1999. SDK wird ab sofort in weitere Arbeiten der Tarifgestaltung einbezogen. Preisüberwacher wird laufend informiert und bei Fragen der Kostenneutralität einbezogen.				
24.9.99	Genehmigung und Bereinigung der Tarifstruktur				
8.11.99	TARMED-Version Alpha 2 wird BR Dreifuss zugestellt				
22.12.99	Einigung auf TARMED Version 2.2				
Januar 00	FMS erstellt ein Rechtsgutachten zur Frage, ob TARMED vom Bundesrat genehmigt werden müsse				
2.2.00	Ärzttekammer verabschiedet TARMED Alpha 2.2 vorbehaltlich Reengineering				
April/Mai 00	Revisionsanträge und Überarbeitung der Tarifstruktur				
1.5.00	"Gipfelgespräch" zum Stand der Arbeiten, zum weiteren Vorgehen und zum Genehmigungsverfahren im Zusammenhang mit der kostenneutralen Einführung.				
25.5.00	Unterzeichnung eines Vorvertrags über TARMED Version Alpha 3.0, die dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt wird				
31.5.00				BR Dreifuss antwortet auf Interpellationen im Parlament: Wenn die Verhandlungen scheitern, wird der Bundesrat eine Tarifstruktur durchsetzen	

### 3 Chronologischer Verlauf und Schlüsselereignisse

Datum	Tarifpartner		SDK	Bund	
	FMH	santésuisse, MTK, H+		BR/EDI (BSV)	PÜ
7.6.00				BR Dreifuss äussert sich im Ständerat zu ihrem Vorgehen und gibt bekannt, das ihre Berechnungen einen durchschnittlichen Taxpunktwert von ca.0.8 Fr. erwarten lassen.	
Juni 00	Heftiger Protest gegen Dreifuss' Äusserungen zum Taxpunktwert, Vorwurf, die Verhandlungen präjudiziert zu haben.				
30.6.00	Antrag auf Genehmigung der Tarifstruktur 3.0 an BR mit Beilage des Vorvertrags und des Grobkonzepts zur kostenneutralen Einführung sowie dem Stand der Beratungen hinsichtlich der Rahmenverträge				
18.9.00				BR genehmigt Version Alpha 3.0, verlangt Zusatzvereinbarung über Kostenneutralität	
Herbst 00	Überarbeitung der Tarifstruktur auf Begehren der FMH				
Dezember 00	Überarbeitungsrunde konnte wegen Unstimmigkeiten noch nicht abgeschlossen werden. Uneinigkeit zwischen Tarifpartnern und Bund über Umfang der zu genehmigenden Unterlagen				
16.2.01	"Einführungsversion" 1.0 liegt vor				
12.3.01	TARMED Version 1.0 liegt vor, Antrag an BR auf entsprechende Modifikation der genehmigten Version 3.0				
12.4.01	Ausserordentliche Ärztekammer beschliesst auf Antrag der FMS, dass vor Verabschiedung der Einführungsversion ein Reengineering durchzuführen ist.				
18.4.01		MTK, H+ und santésuisse genehmigen Version 1.0			
30.4.01	Runder Tisch auf Initiative der SDK: BR Dreifuss verlangt Abschluss der Nachbesserungsarbeiten bis Ende August 01. Liegt bis dann kein Vertrag vor, gelten Verhandlungen als gescheitert.				
5.5.01	Ärztekammer genehmigt TARMED im UV/IV/MV-Bereich, weist aber KVG-Rahmenvertrag zurück				
Mai bis August 01	Revisionsarbeiten, Erarbeitung eines Reengineering-Konzepts gemäss Beschlüssen des Runden Tisches				
27.6.01				BR Dreifuss kündigt im Parlament an, im Falle eines Scheiterns der Verhandlungen TARMED Version 3.0 einzuführen.	
30.8.01	TARMED Version 1.1 und Reengineering-Konzept werden dem Bundesrat in Aussicht gestellt				
13.11.01	TARMED Version 1.1 wird dem Bundesrat unterbreitet				



### 3.3 Identifikation der Schlüsselereignisse des Entscheidungsprozesses

Im Folgenden geht es darum, die Schlüsselereignisse des Entscheidungsprozesses zu identifizieren. Als solche gelten wichtige Entscheidungen der Tarifpartner oder der Bundesakteure sowie gezielte Interventionen bzw. Äusserungen derselben, die den Prozessverlauf dadurch direkt zu beeinflussen vermochten, dass sie bei einem oder mehreren anderen Akteuren eine Handlung hervorriefen, die nachfolgende Entscheidungen verzögerte oder beschleunigte.

Anhand der obigen Darstellung des bisherigen Prozessverlaufs seit Ausdehnung der Arzttarifrevision auf den KVG-Bereich 1996 können die folgenden Entscheide oder Interventionen als Schlüsselereignisse bezeichnet werden:

25. Mai 1998: Bundesrätin Dreifuss setzt Zeitdruck auf und stellt erstmals die Verfügung eines Amtstarifs in Aussicht.
28. Januar 1999: Die Tarifpartner geben an einer Pressekonferenz den Abschluss des GRAT/INFRA-Projekts bekannt, TARMED-Version Beta 2 wird erstmals publiziert.
31. März 1999: Der Preisüberwacher fordert in einer Stellungnahme zur Version Beta 2 die Anpassung verschiedener Eckparameter. Die Empfehlungen werden von FMH-Präsident Brunner in der Schweizerischen Ärztezeitung kritisiert.
2. Februar 2000: Die Ärztekammer verabschiedet TARMED in der Version Alpha 2.2 unter der Voraussetzung, dass noch im selben Jahr eine weitere Überarbeitungsrunde stattfindet.
25. Mai 2000: Die Tarifpartner und die SDK unterzeichnen einen Vorvertrag über TARMED Version Alpha 3.0 mit Rahmenbedingungen zur Einführung.
7. Juni 2000: EDI-Vorsteherin Ruth Dreifuss äussert sich im Ständerat zu den laufenden TARMED-Verhandlungen und gibt bekannt, dass nach Berechnungen des BSV und des Preisüberwachers der durchschnittliche Taxpunktwert bei ca. 80 Rappen zu liegen kommen müsste, um die Kostenneutralität zu gewährleisten. Diese Äusserung führt zu heftigem Protest seitens der Ärzteschaft, die der Bundesrätin eine Kompetenzüberschreitung vorwirft und einen Vertrauensverlust beklagt.
30. Juni 2000: Die Tarifpartner beantragen beim Bundesrat Genehmigung der Tarifstruktur Alpha 3.0.

18. September 2000: Der Bundesrat genehmigt die TARMED-Version Alpha 3.0 und verlangt vor deren Einführung eine Zusatzvereinbarung über die Gewährleistung der Kostenneutralität.
12. März 2001: Die Tarifpartner beantragen beim Bundesrat die Genehmigung der überarbeiteten Tarifstruktur in der Version 1.0.
19. März/5. April/  
18. April 2001: H+, MTK und santésuisse genehmigen die TARMED-Version 1.0.
30. April 2001: Anlässlich eines von der SDK einberufenen runden Tisches verlangt Bundesrätin Dreifuss den Abschluss der Nachbesserungsarbeiten bis Ende August 2001. Liegt bis dahin kein Vertrag vor, gelten die Verhandlungen als gescheitert.
5. Mai 2001: Die Ärztekammer stimmt dem Rahmenvertrag im UV/IV/MV-Bereich unter bestimmten Voraussetzungen zu, weist jedoch denjenigen mit santésuisse im KVG-Bereich zurück mit der Auflage, es seien Konzepte zur Kostenneutralität und zum Reengineering vorzulegen.
27. Juni 2001: Bundesrätin Dreifuss kündigt im Nationalrat an, im Falle eines Scheiterns der Verhandlungen die allenfalls modifizierte TARMED-Version Alpha 3.0 einzuführen.
30. August 2001: Die Tarifpartner kündigen die Tarifstruktur-Version 1.1 an und stellen dem Bundesrat ein Reengineering-Konzept zu.
13. November 2001: TARMED Version 1.1 wird dem Bundesrat unterbreitet

#### **3.4 'Entry-points' und konkrete Interventionen der Bundesakteure**

Um die Frage, ob der Bund seinen Handlungsspielraum optimal ausgenützt hat, beantworten zu können, gilt es zunächst die sogenannten 'entry-points' (Interventionspunkte) der Bundesakteure im bisherigen Prozessverlauf zu lokalisieren. Darunter werden zum einen alle Tätigkeiten verstanden, die sich aus den gesetzlich definierten Handlungspflichten ergeben, zum anderen die Gelegenheiten, die sich aufgrund des Prozessverlaufs den Bundesakteuren bieten, ihre gesetzlich vorgegebenen Handlungsmöglichkeiten wahrzunehmen. Diese stellen gewissermassen den Handlungsspielraum dar. In einem zweiten Schritt geht es darum, die effektiv erfolgten Interventionen von Bundesakteuren in diesen Rahmen einzufügen und zu beurteilen, ob und mit welchen Auswirkungen der Handlungsspielraum genutzt wurde.

Vor dem Hintergrund des oben dargestellten Verlaufs des bisherigen Entscheidungsprozesses ist somit bei der Suche nach den Interventionspunkten der Bundesakteure danach zu fragen, wo diese aufgrund ihrer Handlungspflichten und –möglichkeiten Einfluss auf den

Prozessverlauf hätten nehmen können. Diese Punkte sind bereits teilweise aus dem Prozessmodell ersichtlich. Am offenkundigsten und zentralsten ist die Bestimmung, dass die gesamtschweizerisch geltende Tarifstruktur durch den Bundesrat genehmigt werden muss. Dieser Schritt kann dann erfolgen, wenn die Tarifpartner zu einem Verhandlungsergebnis gelangen und dieses dem Bundesrat mit einem entsprechenden Antrag unterbreiten. Am so ausgelösten Genehmigungsverfahren sind neben dem Bundesrat auch der Preisüberwacher, der seine Stellungnahme zur Tarifstruktur abgibt, und das Bundesamt für Sozialversicherung, das ebenfalls eine Prüfung der Tarifstruktur vornimmt und den Entscheid des Bundesrates vorbereitet, beteiligt.

Diese Tätigkeiten setzen das Vorliegen eines Verhandlungsergebnisses voraus. Kommt kein solches zustande, ergibt sich eine subsidiäre Handlungspflicht für den Bundesrat, der die Tarifstruktur erlässt und implementiert. Auch an diesem Schritt sind der Preisüberwacher und das BSV beteiligt, ihre Aufgabe besteht darin, die Tarifstruktur vorzubereiten und umzusetzen.

Der Handlungsspielraum des Bundes beschränkt sich jedoch nicht auf die Genehmigung bzw. allfällige Implementation der Tarifstruktur. Aus dem vorliegenden Policy-Design ergeben sich bereits während des Verhandlungsprozesses weitere Interventionspunkte für die Akteure des Bundes. Zwar ist dem Bund als Genehmigungsinstanz die materielle Einflussnahme auf die Verhandlungen weitgehend verwehrt, doch hat der Bundesrat die Möglichkeit, Grundsätze der Tarifgestaltung auf Verordnungsstufe festzulegen (Bundesrat 1991: 82f.).

Ist eine gesamtschweizerisch geltende Tarifstruktur verabschiedet, finden auf kantonaler Ebene die Tarifverhandlungen statt. Die resultierenden Tarifverträge müssen von den Kantonsbehörden genehmigt werden, womit auch die Kantone auf den Arzttarif Einfluss nehmen können. Vor der Genehmigung ist wiederum der Preisüberwacher zu konsultieren, was ihm einen weiteren Interventionspunkt eröffnet. Gegen die kantonalen Tarifverträge kann Beschwerde beim Bundesrat erhoben werden, woraus sich nochmals Einflussmöglichkeiten der Bundesbehörden ergeben: Die Beschwerden werden vom Bundesamt für Justiz behandelt und vom Bundesrat entschieden, wobei das BSV und der Preisüberwacher konsultiert werden. Weil diese Phase des TARMED-Prozesses noch nicht begonnen hat, sind diese 'entry points' für die weitere Analyse irrelevant und werden nicht weiter berücksichtigt.

Neben diesen formellen Möglichkeiten der Einflussnahme bestehen auch informelle Wege, so z.B. Stellungnahmen von Bundesrätin Dreifuss im Parlament. Antworten auf parlamentarische Vorstösse und auf einfache Anfragen zum TARMED sind hingegen nicht als materielle Interventionen zu bezeichnen. Sie dienen jedoch dem Bundesrat dazu, seine Position darzulegen und auf die Tarifpartner einzuwirken und können so den Prozessverlauf ebenfalls beeinflussen.

## 4 Akteurzentrierte Policy-Analyse

In diesem Kapitel werden die schriftlichen Quellen und Expertengespräche mit den Bundesakteuren zusammengefasst und mit zusätzlichen Informationen sowie wichtigen Erkenntnissen, die aus den Gesprächen mit den Tarifpartnern gewonnen wurden, ergänzt. Der Fokus liegt dabei auf den folgenden Aspekten, die für jeden Akteur gesondert herausgearbeitet wurden:

**Tabelle 3:** Muster des Policy-Analyserasters und zugrundeliegende Fragestellungen/Kriterien

<b>Akteur</b>	
Interessen und Ziele	<i>juristisch-formal:</i> gesetzliche Vorgaben (Policy-Design) <i>inhaltlich-fachlich:</i> materielle Ziele <i>strategisch-politisch:</i> Art und Weise der Zielerreichung
Schlüsselereignisse	Welches sind für den jeweiligen Akteur die Schlüsselereignisse im bisherigen TARMED-Prozess?
inhaltliche Strategie	Welche Anforderungen werden an das Verhandlungsergebnis gestellt?
taktische Strategie	Welches Vorgehen zur Zielerreichung bzw. Handlungsmuster (Konfrontation/Verhandlung/Kooperation) wird gewählt?
Interventionen	Welche Aktivitäten haben die Akteure unternommen, um den TARMED-Prozess zu beeinflussen? (Outputs)
erzielte Reaktionen	Was haben die Interventionen bewirkt, zu welchen Reaktionen haben sie geführt? (Impact)
Zielerreichungsgrad	Wie ist der Zielerreichungsgrad einzuschätzen (tief-mittel-hoch)?
Lernprozesse	Welches sind die 'lessons learned' im Laufe des Prozesses?

Dieses Policy-Analyseraster wird anhand der aus der Dokumentenanalyse und den Expertengesprächen gewonnenen Informationen für jeden Akteur mit den entsprechenden Inhalten aufgefüllt. Dabei wird zum einen auf berichtete Einschätzungen der jeweils befragten Akteure, zum anderen auf objektiv zu beobachtende Sachverhalte und auf Aussagen der anderen Befragten über den analysierten Akteur abgestellt. Die gewonnenen Informationen werden auf ihre Stringenz überprüft und zu einem in sich schlüssigen Gesamtbild ergänzt. Ziel dieses Vorgehens ist es, einen Überblick über die Interessen und Interventionen der involvierten Bundesstellen zu erhalten, anhand dessen die Ausgangsfragen nach den Auswirkungen der Einflussnahme durch die Bundesakteure beantwortet werden können. Der ausgewiesene Zielerreichungsgrad entspricht einer externen Einschätzung der Autoren und beruht auf einer Gegenüberstellung der für jeden Akteur herausgearbeiteten Interessen und Ziele mit den von ihm effektiv erzielten Impacts.

## **4.1 Analyse der Bundesakteure**

Die nachfolgenden Abschnitte beruhen weitgehend auf den Protokollen der Interviews mit den jeweils befragten Akteuren, ergänzt durch Informationen aus der Dokumentenanalyse und Aussagen aus anderen Expertengesprächen. Die in indirekter Rede berichteten Einschätzungen stammen von den Befragten selber und beziehen sich auf den jeweiligen Akteur, nicht auf den Bund insgesamt.

### **4.1.1 Eidgenössisches Departement des Innern – Vorsteherin und Generalsekretariat**

Bundesrätin Ruth Dreifuss ist persönlich an der TARMED-Einführung beteiligt, allerdings nicht an den materiellen Verhandlungen, sondern indem sie als zuständige Departementsvorsteherin den Prozess begleitet und sich von den Tarifpartnern über den Stand der Dinge und das weitere Vorgehen informieren lässt. Zu diesem Zweck lädt sie die Verhandlungsdelegationen und Vertreter der anderen involvierten Bundesstellen (BSV, Preisüberwachung) sowie die SDK mehrmals pro Jahr zu Besprechungen ein.

Bundesrätin Dreifuss hat sich auch verschiedentlich schriftlich direkt an die TARMED-Projektleitung gewandt und in diesen Schreiben Sitzungsergebnisse bestätigt, Fristen gesetzt, zu Unterlagen Stellung genommen und mehrmals angekündigt, sie werde die Tarifstruktur selber erlassen, wenn sich die Tarifpartner nicht einigen können. Somit nimmt sie eine aktive Rolle ein, die sie mit persönlichem Engagement ausfüllt.

Das EDI leistet eine Prozessbegleitung auf zwei Ebenen. Die Departementsspitze bietet ihre "guten Dienste" an und versucht so, den Verhandlungsprozess anzutreiben, zwischen den Tarifpartnern zu vermitteln und auch einen gewissen Zeitdruck aufzusetzen, während das BSV fachliche Begleitung leistet und eher operationell tätig ist. Diese Aktivitäten werden seit 1998 unterhalten, als der gesetzliche Einführungstermin von TARMED verstrichen ist. Von verschiedener Seite, auch von den Tarifpartnern, wird bestätigt, dass der stetige Druck durch das EDI den Tarifumbau stark vorangetrieben hat. Ruth Dreifuss' Vermittlung habe mehrmals deblockierend gewirkt und die Lösungsfindung beschleunigt.

Bei seinen Interventionen orientiert sich das EDI an den grundsätzlich relevanten krankensicherungsrechtlichen Eckpfeilern, auf deren Einhaltung es gegenüber den Tarifpartnern besteht. Es handelt sich dabei um die Kostenneutralität, den Kulturwechsel (Aufwertung intellektueller Leistungen zu Lasten operativ-technischer Leistungen) und die Durchführbarkeit. Im Vordergrund steht nicht die unbedingte Einhaltung gesetzter Termine, sondern die materielle Qualität und Umsetzbarkeit der Tarifstruktur.

Obwohl das EDI das federführende Departement ist, und die Projektarbeiten durch seine Vorsteherin begleitet werden, nimmt es seitens des Bundes keine eigentliche Führungsrolle ein. Es existiert keine spezielle Projektorganisation, und die TARMED-bezogenen Aktivitäten der Bundesstellen werden nicht zentral koordiniert. Zwischen dem EDI GS und dem BSV besteht ein regelmässiger Informationsaustausch im Rahmen der üblichen monatlichen Treffen.

Die Bundesrätin zeigt ein hohes persönliches Engagement. Sie lässt sich stets auf dem Laufenden halten und erweckt auch bei den Tarifpartnern einen kompetenten Eindruck, was ihr Anerkennung verschafft und ihre Position zu einem gewissen Grad stärkt. Bundesrätin Dreifuss agiert jedoch nicht nur als Prozessbegleiterin und Vermittlerin, sondern vertritt gleichzeitig die oberste Genehmigungsinstanz, den Bundesrat. Die Ausübung dieser beiden Funktionen in Personalunion stellt sie vor gewisse Abgrenzungsprobleme. Zum einen macht die Doppelrolle sie persönlich angreifbar, zum anderen kann ihr von Seiten der Tarifpartner der Vorwurf der Kompetenzüberschreitung und Befangenheit gemacht werden. Dies war der Fall, als sie sich in der Sommersession 2000 des Ständerates zu einer Aussage über den wahrscheinlichen durchschnittlichen Taxpunktwert bewegen liess. Sie bewies damit ihren hohen Informationsstand und liess durchblicken, dass die Bundesverwaltung über eigene Modelle und Berechnungen verfügt, andererseits wurde ihr danach Voreingenommenheit vorgeworfen, weil sie sich als Mitglied der Entscheidungsinstanz bei allfälligen Tarifbeschwerden bereits über eine Streitfrage geäussert hat, die formell noch gar nicht gestellt ist.

Insgesamt ist der Handlungsspielraum des Bundes aufgrund der institutionellen Rahmenbedingungen eng und beschränkt sich im Wesentlichen auf die Prozessbegleitung. Zwar hat der Bundesrat die Kompetenz, subsidiär eine Tarifstruktur zu verfügen, aber damit ist deren Umsetzung noch nicht gewährleistet, weil dazu erst Rahmenverträge zwischen den Tarifpartnern abgeschlossen und dann auf kantonaler Ebene die Taxpunktwerte ausgehandelt werden müssen. Der Bund kann insofern keine hierarchischen Funktionen geltend machen, ihm stehen keine direkten Druckinstrumente zur Verfügung, um die Vertragsverhandlungen voranzutreiben oder die Kantone zur Umsetzung der Tarifstruktur zu drängen. Eine gewisse Steuerungsfunktion kann der Bund wahrnehmen, indem er seine Postulate formuliert und gegenüber den Tarifpartnern geltend macht, was im Bereich der Kostenneutralität wiederholt geschehen ist. Hätte der Bund nicht konstant auf die kostenneutrale Umsetzung bestanden, wäre der Tarifumbau vermutlich zwar längst abgeschlossen, hätte aber massive Kostensteigerungen zur Folge.

Wie das EDI-Generalsekretariat betont, sieht das KVG das Vertragsprinzip und als Regelungskonzept die Verhandlung zwischen den Tarifpartnern vor. Der enge Handlungsspielraum des Bundes sei dabei voll ausgenützt worden. Eine indirekte Einflussmöglichkeit bestünde zwar darin, dass der Bundesrat im Falle von Beschwerden gegen Anpassungen der

bisher geltenden kantonalen Taxpunktwerte Druck aufsetzen und allfällige geforderte Tarifierhöhungen ablehnen könnte, bis TARMED in Kraft ist. Dieses Instrument sei jedoch bis jetzt nicht zum Zug gekommen, weil keine entsprechenden Beschwerden erhoben worden sind.

Die Kompetenz des Bundesrats, einen Amtstarif einzuführen, ist ein wichtiges taktisches Element. Bundesrätin Dreifuss hat diesen Schritt schon mehrmals angekündigt. Gemäss ihrem Generalsekretariat wird jedoch der Fall vorausgesetzt, dass die Tarifpartner die Verhandlungen von sich aus als gescheitert erklären, was bisher nicht eingetreten ist. Aus Umsetzungs- und Akzeptanzgründen sei eine Verhandlungslösung auf jeden Fall vorzuziehen, weil sie von den Tarifpartnern mitgetragen werden müsste. Allerdings hat der Bund anlässlich des runden Tisches von Ende April 2001 signalisiert, er würde ein Eingeständnis des Scheiterns und die Tarifverfügung gegenüber wiederholten Überarbeitungsrunden vorziehen und hat als neue Frist für einen Verhandlungsabschluss Ende August 2001 gesetzt. Bei Scheitern der Verhandlungen wäre die bereits genehmigte Tarifstruktur Alpha 3.0, allenfalls in modifizierter Form, verfügt worden (Antwort des Bundesrates vom 27. Juni 2001 auf einfache Anfrage Berberat 01.1035).

Einführungstermine wurden in der Vergangenheit schon mehrmals angesetzt, bisher aber nicht eingehalten. Da sie jedoch nicht vom Bund alleine festgelegt, sondern mit den Tarifpartnern vereinbart wurden, stelle sich aus der Sicht des EDI die Frage eines Glaubwürdigkeitsverlustes nicht für den Bund, sondern vielmehr für die Verhandlungsparteien, die es wiederholt nicht geschafft hätten, die Verhandlungen bis zu den gesetzten Fristen zu Ende zu bringen.

Das EDI ist der Ansicht, die vom Bund gewählte Strategie sei optimal gewesen, mehr hätte unter den gegebenen Rahmenbedingungen nicht gemacht werden können. Seitens des Bundes sei jedoch die Komplexität der Tarifstruktur unterschätzt worden und die Fristen dadurch wohl etwas zu knapp angesetzt. Der ganze Einführungsprozess sei deshalb möglicherweise unter zu grossem Zeitdruck gestanden. Wichtiger als die Einhaltung der gesetzten Termine sei allerdings, dass die Tarifstruktur materiell tauglich, umsetzbar und von allen Seiten akzeptiert wird.

**Tabelle 4:** Policy-Raster Eidgenössisches Departement des Innern (Departementsspitze)

<b>Eidgenössisches Departement des Innern – Vorsteherin und Generalsekretariat</b>	
Interessen und Ziele	<i>juristisch-formal:</i> Genehmigung der gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur, Prüfung auf Wirtschaftlichkeit, Billigkeit, Gesetzmässigkeit und Sachgerechtigkeit <i>inhaltlich-fachlich:</i> Einhalten der Kostenneutralität, Kulturwechsel, Durchführbarkeit <i>strategisch-politisch:</i> Vertragsprinzip wahren und auf Verhandlungslösung warten, Prozessbegleitung und Vermittlung, Prozess antreiben und Informationsfluss gewähren
Schlüsselereignisse	Genehmigung der Tarifstruktur Alpha 3.0
inhaltliche Strategie	Einhalten der Kostenneutralität, Kulturwechsel, Durchführbarkeit
taktische Strategie	"gute Dienste" anbieten, Druck ausüben, um Verhandlungen voranzutreiben, aber nicht eingreifen, solange Verhandlungen im Gang sind (aktives Monitoring)
Interventionen	mehrere Besprechungen mit Tarifpartnern seit 1998 Schriftenwechsel und Informationsaustausch mit Tarifpartnern seit 1998 diverse Stellungnahmen im Parlament
erzielte Reaktionen	Prozessbeschleunigung durch Zeitdruck, Glaubwürdigkeitsverlust durch wiederholte Drohung mit Amtstarif, Kritik wegen Voreingenommenheit bei Stellungnahme zu künftigem Taxpunktwert, Vertrauensverlust
Zielerreichungsgrad	mittel
Lernprozesse	Komplexität und Aufwand des Tarifumbaus unterschätzt, Zeitdruck zu hoch gesetzt, wiederholte Drohung mit Amtstarif hat an Glaubwürdigkeit und Druckpotenzial verloren

#### 4.1.2 Bundesamt für Sozialversicherung

Das BSV ist im vorliegenden Fall nicht als eigenständiger Akteur im Bereich der Krankenversicherung zu betrachten, denn es greift nur in seiner Funktion als eidgenössischer Sozialversicherer in die TARMED-Verhandlungen ein. Seine Rolle besteht im Wesentlichen darin, die Verhandlungen zu begleiten, den Informationsaustausch mit den Tarifpartnern aufrecht zu erhalten, die eingegangenen Versionen einer Prüfung zu unterziehen und die bundesrätliche Genehmigung der Tarifstruktur vorzubereiten. Weil das BSV seine Aufgaben zuhanden der Genehmigungsbehörde, d.h. dem Bundesrat erbringt, darf es keine Entscheide vorwegnehmen oder selber fällen. Es hat die Auswirkungen der Veränderungen in der Tarifstruktur abzuschätzen und deren Stringenz, Wirtschaftlichkeit und Sachgerechtigkeit zu überprüfen. Diese Kriterien sind vom KVG vorgegeben und werden von den Tarifpartnern auch akzeptiert. Der Bund habe sie übernommen und keine neuen Forderungen gestellt, als er sich in den TARMED-Prozess einschaltete. Die Sitzungen zwischen der Projektoberleitung und dem EDI, an denen das BSV auch beteiligt ist, dienen u.a. dazu, die Tarifpartner an diese Grundsätze zu erinnern.



Die befragten Vertreter/innen des BSV erklärten, der Bund setze nach wie vor auf partnerschaftliche Lösungen zwischen den Tarifpartnern, weil die politische Akzeptanz des Verhandlungsergebnisses sehr wichtig sei. Aus politischen, inhaltlichen und fachlichen Gründen wäre es dem Bund nicht möglich, die Tarifstruktur selber einzuführen, weshalb er kaum über eine Manövriermasse verfüge. Er setze zwar einen gewissen Termindruck auf, um die Arbeiten voranzutreiben, müsse jedoch die Komplexität des Unternehmens berücksichtigen. Druck auf die Tarifpartner könne insofern nur ausgeübt werden, als ausgesprochene Drohungen auch umgesetzt werden können. Die juristische Möglichkeit, einen Amtstarif einzuführen, bestehe, weil die in der Einführungsverordnung festgehaltene Frist für die Tarifreform abgelaufen ist. Man müsse den Tarifpartnern allerdings die Möglichkeit geben, die Verhandlungen von sich aus als gescheitert zu erklären. Obwohl schon mehrmals ein Amtstarif in Aussicht gestellt wurde, es aber bei dieser Drohung blieb, sieht das BSV hierin kein grosses Glaubwürdigkeitsproblem. Dieses sei eher bei den Tarifpartnern zu suchen, welche gemeinsam vereinbarte Fristen nicht einhalten und die Arbeiten stets aufs neue verzögern. Insbesondere die Ärzteschaft stehe in der Öffentlichkeit als Verhinderer da, sei aber nach wie vor darum bemüht, dem Bund die Verantwortung für die Verzögerung und die allfälligen negativen Auswirkungen der Tarifrevision zuzuschieben. Im Weiteren seien auch die Kantone dafür verantwortlich zu machen, dass TARMED noch nicht eingeführt ist. Es liege an ihnen, die seit 1998 KVG-widrigen Tarifverträge anzupassen und gegebenenfalls Taxpunktwerte zu verfügen, damit der neue Tarif endlich angewandt werden könne.

Der Bund hat nach Ansicht des BSV seinen von vornherein engen Handlungsspielraum weitgehend genutzt. Die bisherige Strategie sei angemessen gewesen. Weniger hätte man nicht machen sollen, mehr hätte es nicht sein dürfen. Die Koordination unter den Bundesstellen sei sehr sinnvoll gewesen. Zwar habe es viele Ressourcen gebunden, um den Informationsfluss zwischen Bund und Projektgruppe aufrecht zu erhalten, an die Informationen heranzukommen, das Projekt zu verfolgen und die nötigen Abklärungen zu treffen. Dies sei aber notwendig gewesen. Nur auf diese Art sei es möglich gewesen, die Entwicklung zu verfolgen, ihre Folgen abzuschätzen und Reaktionsszenarien zu entwickeln. Das BSV ist sehr darum bemüht, die Informationsasymmetrie möglichst gering zu halten. Antizipation ist sehr wichtig, die gute Vorbereitung und Detailkenntnis der Departementschefin hätten die Tarifpartner stets beeindruckt. Der Bund könne so als kompetenter Akteur auftreten und schaffe sich dadurch eine starke Position und erhöhte Akzeptanz. Der Aufwand der Verwaltung sei allerdings stark unterschätzt worden. Eine noch stärkere Informations- und Beobachtungstätigkeit wäre sicher nützlich gewesen, dann wäre es aber schwierig geworden, die Unabhängigkeit zu wahren, weil man zu stark involviert gewesen wäre. Im Allgemeinen sei die Dimension und die Komplexität der Tarifrevision seitens des Bundes unterschätzt worden sei, der Aufwand erweise sich als grösser als ursprünglich angenommen.

Ein wichtiger Meilenstein für das BSV war die Genehmigung der Tarifstruktur Alpha 3.0. Diese von den Tarifpartnern unterzeichnete Version stelle in gewisser Weise ein Pfand dar und könne dem Bund nun als Druckmittel dienen. Erstaunlicherweise habe dieser Schritt zu keinen Veränderungen in der Optik der Tarifpartner geführt. Es sei nicht klar, ob sie die Bedeutung dieses Entscheids richtig einzuschätzen wüssten. Eigentlich liege der Ball seit dem Genehmigungsentscheid bei den Kantonen, denn es sei an ihnen, die Tarifverträge anzupassen und die TARMED-Einführung vorzubereiten. Auf dieser Ebene habe sich aber nichts getan. Hier zeige sich die Schwäche des Bundes, der über keine Instrumente verfüge, den ausstehenden Abschluss der Rahmenverträge zwischen den Tarifpartnern und die Festlegung der kantonalen Taxpunktwerte voranzutreiben oder gar zu erzwingen. Ein weiteres Schlüsselereignis ist der runde Tisch der SDK vom April 2001, der den Prozess deblockiert und wieder angetrieben habe.

Für die Vertreter/innen des BSV ist es generell schwierig zu beurteilen, welchen Einfluss die verschiedenen Interventionen des Bundes tatsächlich gehabt haben. Materiell hätten die Stellungnahmen der Preisüberwachung sicherlich einiges bewirkt, während der Einfluss des BSV demgegenüber geringer sei. Es prüft lediglich die Einhaltung der gesetzlich definierten und in den Tarifverhandlungen bestätigten Grundsätze. Die Einhaltung der Opfersymmetrie oder Fragen der Umsetzung der Tarifstruktur sind Sache der Tarifpartner. Anders sehe es aber auf der Ebene der Verhandlungsdynamik aus. Diese habe sicher einen gewissen Einfluss auf das Ergebnis. Dass die Bundesakteure stets kompetent aufgetreten sind, habe wohl auch einiges bewirkt und den Prozess vorangetrieben. Auf der persönlichen und informellen Ebene erweist sich gemäss Aussagen der Tarifpartner BSV-Vizedirektor Fritz Britt als treibende Kraft. Er weise regelmässig darauf hin, dass TARMED seit 1998 in Kraft sein sollte, dass die aktuellen Arzttarife streng genommen KVG-widrig seien und dass die Verhandlungen nun endlich abzuschliessen seien. Der Druck, den er ausgeübt habe, habe letztlich auch dazu beigetragen, dass die Ärzteschaft intern wie extern offener informierte, um so Akzeptanz für den neuen Tarif zu schaffen.

**Tabelle 5:** Policy-Raster Bundesamt für Sozialversicherung

<b>Bundesamt für Sozialversicherung</b>	
Interessen und Ziele	<p><i>juristisch-formal:</i> Vorbereitung des bundesrätlichen Genehmigungsentscheidens, Einhaltung der KVG-Kriterien Wirtschaftlichkeit, Billigkeit, Gesetzmässigkeit und Sachgerechtigkeit</p> <p><i>inhaltlich-fachlich:</i> Einhalten der Kostenneutralität, Kulturwechsel, Durchführbarkeit</p> <p><i>strategisch-politisch:</i> Vertragsprinzip wahren und auf Verhandlungslösung warten, Prozessbegleitung und Vermittlung, Prozess antreiben und Informationsfluss gewähren</p>
Schlüsselereignisse	<p>Genehmigung der Tarifstruktur Alpha 3.0 durch den Bundesrat. Seither liegt der Ball bei den Tarifpartnern (Rahmenverträge) und bei den Kantonen (kantonale Taxpunktwerte)</p> <p>Runder Tisch im April 2001 hat den Prozess erneut deblockiert</p>
inhaltliche Strategie	Begleitung und Überprüfung der Projektarbeiten, Abschätzung der Kostenentwicklung aufgrund des neuen Tarifs
taktische Strategie	<p>vorwiegend reaktive Interventionen, Druck auf Einhaltung vereinbarter Meilenstones bzw. getroffener Abmachungen</p> <p>Vertragsprinzip wahren, um nicht einen eigenen Tarif verfügen zu müssen, der nicht akzeptiert und unterlaufen würde</p> <p>Informationsasymmetrie gering halten, Szenarien entwickeln, um auf Entwicklung reagieren zu können</p>
Interventionen	<p>laufende Prozessbegleitung, Überprüfung der Tarifstruktur und deren Auswirkungen</p> <p>Druck auf informeller Ebene</p>
erzielte Reaktionen	<p>informeller Druck hat Prozess beschleunigt und auch zur Information der Ärzteschaft geführt</p> <p>Verzögerungstaktik der Tarifpartner, dadurch eingeschränkte Kontrollmöglichkeiten wegen Zeitdruck</p>
Zielerreichungsgrad	mittel bis hoch
Lernprozesse	technischer Aufwand des Tarifumbaus unterschätzt, Prozessbegleitung erfordert viele zeitliche und materielle Ressourcen

#### 4.1.3 Preisüberwachung

Die Preisüberwachung agiert grundsätzlich unabhängig von anderen Verwaltungsstellen und ist darum bemüht, eine gewisse Distanz zu den zu beurteilenden Dossiers zu wahren, um diese objektiv und kritisch beurteilen zu können. Aus diesem Grund grenzt sie sich jeweils ab, wenn sie zu stark in Verhandlungsprozesse einbezogen wird. Hinsichtlich des TARMED besteht ein Informationsaustausch mit dem BSV und dem EDI-Generalsekretariat, welche die Dossierführung innehaben.

In ihren Stellungnahmen ist die Preisüberwachung jeweils völlig autonom und lässt sich von ihrem Gesetzesauftrag leiten. Ihre Kernaufgabe besteht darin, Preismissbrauch zu verhindern. Sie verfolgt dabei aber auch die gesundheitspolitische Diskussion, welche die Kostendämpfung als handlungsleitendes übergeordnetes öffentliches Interesse definiert. Ein Grundsatz bei der Beurteilung von TARMED ist deshalb die Kostenneutralität beim Tarifumbau, ein Ziel, hinter dem die Bundesakteure geschlossen stehen und auf dessen Einhaltung die Preisüberwachung jeweils pocht.

Idealtypisch würde die Preisüberwachung die von den Tarifpartnern ausgehandelte und dem Bundesrat unterbreitete Tarifstruktur nach Abschluss der Projektarbeiten überprüfen, bevor sie der Bundesrat genehmigt. Realiter ist diese klare Trennung jedoch nicht aufrecht zu erhalten. Die Preisüberwachung wurde schon im Laufe der Vorarbeiten von den Tarifpartnern konsultiert, um die Grundlagen wichtiger Eckparameter im Vorfeld zu bereinigen. Die Projektleitung wollte es vermeiden, wegen falscher oder unklaren Berechnungsgrundlagen und -modellen die Rückweisung der gesamten späteren Tarifstruktur zu riskieren. Seither steht die Preisüberwachung mit den Tarifpartnern in Kontakt. Sie ist auch seit 1999 jeweils an den Besprechungen zwischen Bundesrätin Dreifuss, dem BSV und der Projektleitung beteiligt.

An einer solchen gemeinsamen Besprechung im Januar 1999 wurde auch vereinbart, dass der Preisüberwacher bis im März 1999 zum vorgelegten Verhandlungsergebnis, der Tarifstruktur Alpha 3.0, Stellung beziehe. Diese Stellungnahme zweifelte konkrete Parameter der Tarifstruktur an und forderte die Einhaltung der Kostenneutralität, was mit dazu beitrug, dass im Frühling 1999 ein offener Verteilungskonflikt innerhalb der Ärzteschaft ausbrach. Ein weiterer Auslöser war jedoch gemäss den Preisüberwachern auch die Tatsache, dass breite Kreise der Ärzteschaft zu diesem Zeitpunkt erstmals Einblick in die Tarifstruktur erhielten und einzelne Fachgruppen wegen der vorgesehenen Umverteilung Einkommenseinbussen befürchteten und bemängelten.

Aus der Sicht der Preisüberwachung haben die Bundesakteure bei der Begleitung des TARMED-Einführungsprozesses bisher weitgehend richtig gehandelt. Die erste Intervention des Preisüberwachers vom März 1999 sei sicher notwendig gewesen, weil damit ein Grundsatzentscheid getroffen und die Bedeutung der Kostenneutralität herausgestrichen worden sei. Eher negativ beurteilen die Befragten, dass es dem Bund trotz wiederholten Bemühungen nicht gelungen ist, die Tarifpartner zur Durchführung von Warenkorbstudien zu bewegen, die eine verlässliche Datenbasis für die Beurteilung der Tarifstruktur und ihren Kostenwirkungen liefern würden. Ein entscheidender Moment sei die Genehmigung der unterzeichneten Version Alpha 3.0. gewesen. Diese sei von grosser strategischer Bedeutung, weil er die Position des Bundes eindeutig gestärkt und ihm ein vorläufiges Verhandlungsergebnis in die Hand gegeben habe.

**Tabelle 6:** Policy-Raster Preisüberwachung

<b>Preisüberwachung</b>	
Interessen und Ziele	<p><i>juristisch-formal:</i> Prüfung der Tarifstruktur und kantonaler Tarifverträge</p> <p><i>inhaltlich-fachlich:</i> Kostendämpfung im Gesundheitswesen anstreben, Preismissbrauch verhindern, betriebswirtschaftlich gerechtfertigte Tarife erwirken, Einhaltung der Kostenneutralität überwachen</p> <p><i>strategisch-politisch:</i> Kostendämpfung im Gesundheitswesen anstreben, direkte Interventionen bei festgestellten Preismissbräuchen</p>
Schlüsselereignisse	<p>Entscheid der Tarifpartner, keine Warenkorbstudien durchzuführen</p> <p>Genehmigung der Tarifstruktur 3.0 hat dem Bund ein vorläufiges, von den Tarifpartnern erarbeitetes Ergebnis in die Hand gegeben, was von grosser strategischer Bedeutung ist</p>
inhaltliche Strategie	<p>möglichst detaillierte Überprüfung der Tarifstruktur und ihrer Kostenwirksamkeit</p> <p>Zur Einhaltung der Kostenneutralität Tarifmängel über die Tarifstruktur korrigieren, nicht über kantonale Taxpunktswerte</p>
taktische Strategie	<p>kooperative Hilfestellung auf materieller Ebene</p> <p>detaillierte Empfehlungen mit teilweise massiven Korrekturanträgen (Konfrontation bei Abweichung von eigenen Vorgaben)</p> <p>wiederholte Forderung nach Warenkorbstudien, um Informationsasymmetrie zwischen Tarifpartnern und Bund auszugleichen</p>
Interventionen	<p>5. Februar 1998: Stellungnahme zur Arbeitszeiterhebung in der Arztpraxis auf Anfrage GRAT</p> <p>Stellungnahmen vom 31. März 1999 und vom 10. August 1999</p> <p>Stellungnahme vom 28. August 2000 zuhanden des Bundesrates zur Genehmigung der Version Alpha 3.0</p> <p>diverse Sitzungen und Schriftenwechsel mit Tarifpartnern seit 1997</p> <p>Teilnahme an Informationsbesprechungen zwischen Bund und Tarifpartnern</p>
erzielte Reaktionen	<p>Stellungnahme vom 31. März 1999 mit Kritik an wichtigen Eckparametern war einer der Auslöser des offenen Verteilungskonflikts innerhalb der Ärzteschaft.</p> <p>Die detaillierten Empfehlungen zur Korrektur einzelner Positionen wurden von Tarifpartnern häufig kritisiert und stiessen auf unterschiedliche Akzeptanz (vgl. SÄZ 1999/31).</p> <p>Empfehlungen wurden in der Regel nicht vollumfänglich, sondern nur teilweise umgesetzt (vgl. SÄZ 1999/41, Preisüberwacher 1999: 709ff.).</p>
Zielerreichungsgrad	mittel
Lernprozesse	Erarbeitung von Instrumenten zur Beurteilung von Kostenwirkungen, know how in Benchmarking und Controlling

Der Prozessverlauf wird von der Preisüberwachung insgesamt als eher frustrierend bezeichnet, aber die Bundesakteure hätten ihre Sache kaum besser machen können, sie hätten ihren Handlungsspielraum weitgehend genutzt. Als hauptsächliche Bremse wird die FMH gesehen, welche einerseits mit internen Problemen zu kämpfen habe – was aber in den Verhandlungen gleichzeitig als Stärke ausgespielt wurde –, andererseits durch ihre Weigerung, Warenkorbstudien durchzuführen oder Berechnungsgrundlagen zu veröffentlichen, die Informati-

onsasymmetrie aufrecht erhalten habe und zu ihren Gunsten nutzte. Die Bundesakteure hätten so keine Möglichkeit, ein optimaleres Ergebnis zu erarbeiten und vorzulegen bzw. die Arbeit der Tarifpartner eingehender zu prüfen. Die oft kritisierte akribische Detailprüfung der Preisüberwachung habe sich als lohnend erwiesen, wurden doch dadurch kostentreibende Mechanismen entdeckt und korrigiert. Selbstkritisch bemerkt die Preisüberwachung, man hätte periodisch Kontrollrechnungen durchführen können, um die Einhaltung der Kostenneutralität zu überprüfen, statt sich stets um Details zu kümmern und dadurch die übergeordnete Zielsetzung etwas aus den Augen zu verlieren. Grundsätzlich sei festzuhalten, dass die Komplexität und der Aufwand der TARMED-Einführung von Anfang an von allen Beteiligten unterschätzt worden seien.

### **4.1.4 Bundesamt für Justiz, Abteilung für Beschwerden an den Bundesrat**

Das Bundesamt für Justiz war bisher erst einmal direkt am TARMED-Prozess beteiligt, als es darum ging, die Verfahrensgrundsätze bei der Tarifierfassung im Rahmen der Einhaltung der Kostenneutralität zu erörtern. Diese Abklärungen waren notwendig, weil prinzipiell jede Änderung der Tarifstruktur vom Bundesrat genehmigt werden muss, die Auflage der Kostenneutralität es jedoch unter Umständen erfordert, kurzfristige Anpassungen der Tarifmechanik vorzunehmen, die nicht über den Taxpunktwert gesteuert werden sollen oder können.

Ansonsten liefert das BJ bei Bedarf Expertenwissen bei juristischen Fragen zum Genehmigungsverfahren und zur Tarifierfassung, insbesondere zuhanden des BSV. Als Beurteilungsinstanz im Fall von Beschwerden gegen kantonale Tarifverträge informiert es sich über TARMED, um über das notwendige Fachwissen zu verfügen und entsprechend vorbereitet zu sein. Weil es als Beschwerdeinstanz seine Unabhängigkeit wahren muss, übt es Zurückhaltung aus und greift nicht aktiv in den Prozess ein. Koordination mit anderen Bundesstellen findet nur auf administrativer Ebene, nicht aber in politisch-strategischer Hinsicht statt.

**Tabelle 7:** Policy-Raster Bundesamt für Justiz

<b>Bundesamt für Justiz, Abteilung für Beschwerden an den Bundesrat</b>	
Interessen und Ziele	<i>juristisch-formal:</i> Überwachung der verfahrensrechtlichen Vorgaben <i>inhaltlich-fachlich:</i> eigenen Informationsstand erhöhen, um über genügend know-how zu verfügen <i>strategisch-politisch:</i> keine aktiven Interventionen, auf Verhandlungsergebnisse bzw. Beschwerden warten
Schlüsselereignisse	Genehmigung von TARMED 3.0 durch Bundesrat. Seit diesem Zeitpunkt hat der Bund eine von den Tarifpartnern erarbeitete Tarifstruktur in der Hand, die er im Falle eines Scheiterns der Verhandlungen anpassen und verfügen kann. Dadurch ist das Druckpotenzial des Bundes gestiegen.
inhaltliche Strategie	Überwachung der verfahrensrechtlichen Vorgaben
taktische Strategie	keine Vorwegnahme von juristischen Entscheidungen: Information ohne Einflussnahme Beurteilungsgrundlagen (Kostenneutralitätskonzept und Modalitäten der Tarifanpassung) von den Tarifpartnern aushandeln lassen
Interventionen	Darlegen und Auslegen der gesetzlichen und verfahrenstechnischen Grundlagen, Erläuterung der juristischen Möglichkeiten anlässlich einer Sitzung mit Tarifpartnern Beteiligung an Vorbereitungsabklärungen für Szenario "Tariferlass durch Bundesrat"
erzielte Reaktionen	-
Zielerreichungsgrad	-
Lernprozesse	Erarbeitung von Fachwissen zur Vorbereitung von zu erwartenden Beschwerdeentscheiden

## 4.2 Koordination unter den Bundesstellen

Die Begleitung des TARMED-Prozesses unterliegt keiner Projektorganisation und wird seitens des Bundes nicht zentral koordiniert. Jede Amtsstelle macht das, was in ihrem gesetzlichen Auftrag steht und wozu sie aufgrund ihres Fachwissens am besten geeignet ist. Grundsätzlich ist man allerdings darum bemüht, sich gegenseitig abzusprechen. Vor allem vor Sitzungen mit den Tarifpartnern findet zwischen den Bundesakteuren ein Informationsaustausch statt, der jeweils sehr gut funktioniert. Seitens des Bundes wird darauf geachtet, sich auf eine gemeinsame Haltung zu einigen, um als einheitlicher Akteur auftreten zu können. Diese Kohärenz wird ausdrücklich gesucht, wobei allerdings auf Wahrung der Unabhängigkeit der einzelnen Akteure geachtet wird. Absprachen erfolgen primär in inhaltlicher Hinsicht, um den Informationsstand ausgeglichen zu halten, strategisch-politische Koordinationsbemühungen sind jedoch keine festzustellen.

Das Fehlen von Koordination führt jedoch nicht zu Inkohärenz oder zu einer Schwächung der Position des Bundes. Da sie in erster Linie als Genehmigungsbehörde und Prozessbegleiter

fungieren und nicht als Verhandlungspartner auftreten, stützen sich die Bundesstellen bei ihren Interventionen auf die vorgegebenen gesetzlichen Grundlagen und sind von der Notwendigkeit, strategische Kohärenz herzustellen, weitgehend befreit. Das BSV als operativer Arm des EDI steht dabei unter der strategischen Führung von EDI-Vorsteherin Ruth Dreifuss, während die Preisüberwachung und das Bundesamt für Justiz bereits aufgrund ihrer Funktion unabhängig von anderen Verwaltungsstellen agieren.

Die Kostenwirkungen der eingereichten überarbeiteten Tarifstrukturen werden jeweils vom BSV und von der Preisüberwachung unabhängig voneinander abgeschätzt und geprüft. Dass dabei offenbar jeweils vergleichbare Ergebnisse resultieren, zeigt deren Validität auf. Die Bundesakteure sind darum bemüht, die Informationsasymmetrie möglichst gering zu halten, obwohl sie bezüglich der Verfügbarkeit von Grundlagendaten gegenüber den Tarifpartnern im Nachteil sind. Sie haben sich im Laufe der Projektarbeiten ein detailliertes Fachwissen erarbeitet, das es ihnen erlaubt, gegenüber den Tarifpartnern als kompetenter Ansprechpartner aufzutreten, was diese auch entsprechend wahrnehmen.

### **4.3 Durch Interventionen der Bundesakteure erwirkte Reaktionen**

In diesem Abschnitt sollen die Positionen der Tarifpartner und ihre Einschätzung der Einflussnahme der Bundesakteure auf den TARMED-Prozess anhand ihrer Interviewaussagen kurz wiedergegeben werden. Als Informationsbasis dienen hierzu die Gespräche mit den Vertretern der Ärztegesellschaft FMH und des Dachverbandes der schweizerischen Krankenversicherer, *santésuisse*.

In den durchgeführten Gesprächen bemerkten die Vertreter der Tarifpartner, Bundesrätin Dreifuss habe ihnen sehr viel Spielraum gelassen, was einerseits geschätzt wurde, sich andererseits aber auch als problematisch erwiesen habe. Aufgrund des Vertragsprinzips erwartet das EDI ein vollumfängliches, partnerschaftlich erzielttes Verhandlungsergebnis. Klarere Worte und konkrete Vorgaben seitens des Bundes hätten jedoch den Tarifpartnern Richtlinien vorgegeben, an denen sie sich hätten orientieren können, und so zu einer rascheren Lösung beigetragen. Die FMH beispielsweise ist der Ansicht, seit Ablauf der Frist zur Anpassung der Tarifverträge (31. 12. 1997) hätte der Bund eine gesetzliche Basis (z.B. eine Verordnung) zur Einführung von TARMED schaffen können, welche die genauen Umsetzungsmodalitäten vorgibt. Die Erwartungsunsicherheit bezüglich der kantonalen Taxpunktwerte und ihrer Auswirkungen berge ein grosses Konfliktpotenzial und erschwere den Abschluss der diversen noch erforderlichen Rahmenverträge. Insbesondere die Einsprachemöglichkeiten des Preisüberwachers werden als problematisch eingestuft, weil viele Ärzte gravierende Einkommensverluste befürchten und ausserdem seine Fachkompetenz bezweifelt wird.



Anlässlich der diversen Treffen zwischen den Bundesakteuren und den Tarifpartnern habe das EDI zwar stets auf eine Einigung und auf die Einhaltung der erarbeiteten Termine gepocht, dabei aber auf die internen Entscheidungsstrukturen der einzelnen Verhandlungspartner zu wenig Rücksicht genommen (z.B. auf das langwierige und politisch anforderungsreiche Genehmigungsverfahren der FMH). Der Bund habe ausserdem bei seiner Terminplanung den Zeit- und Ressourcenaufwand unterschätzt, den die Tarifpartner zur Bearbeitung der komplexen Materie erbringen müssten. Zudem sei das Dossier aufgrund der hohen Erwartungen des Bundes überladen worden, weil man zusätzlich zum Tarifumbau gleichzeitig die Lösung verschiedener struktureller Probleme des Gesundheitswesens, beispielsweise in Zusammenhang mit dem elektronischen Datentransfer und Datenschutzfragen oder in bezüglich der Abrechnungsmodalitäten zwischen Leistungserbringern und Versicherern habe erreichen wollen. Dadurch sei das Projekt kaum mehr handhabbar geworden.

Trotz dieser Kritik wurden Bundesrätin Dreifuss gute Dossierkenntnisse attestiert, weshalb sie als kompetente Ansprechpartnerin wahrgenommen wurde. Auch BSV-Vizedirektor Britt wurde als einflussreicher Akteur seitens des Bundes bezeichnet. Die mehrmals ausgesprochene Drohung, einen Amtstarif einzuführen, wurde anfänglich ernst genommen. Ihre Wirkung sei aber rasch verflogen, da allen klar gewesen sei, dass der Bund den Ärztetarif TAR-MED nicht selbständig erarbeiten und einführen könne, weil er nicht über das notwendige Expertenwissen verfüge, um die komplexe Materie zu bewältigen. Die Ärzteschaft hätte einen Amtstarif zwar begrüsst, denn er hätte ihnen die Möglichkeit gegeben, die Verantwortung für die Folgen des neuen Tarifs auf den Bund abzuschieben. Auch in einigen Kantonen würde die Verordnung eines Amtstarifs durch den Bund nicht von vornherein auf Ablehnung stossen, weil er den langwierigen Verhandlungen ein Ende setzen würde. Letztlich gelte ein verordneter Tarif jedoch als illusorisch, weil ein solcher von den Ärzten kaum akzeptiert würde.

Für die Ärzte stellt die Tarifrevision einen Umbau ihres Lohngefüges dar, wodurch sie am unmittelbarsten aller Akteure betroffen sind. Die Verpflichtung zur kostenneutralen Einführung erfordert eine Umverteilung zwischen verschiedenen Fachgruppen, was nicht nur zu internen Verteilkämpfen führt, sondern gemäss FMH verschiedene Ärztegruppen in ihrer materiellen Existenz bedrohe. Nicht zuletzt sei auch die angestrebte Transparenz eine Quelle von Widerstand, weil es in der Tat in den Reihen der FMH gewisse Ärzte gebe, die Tarifmissbrauch betreiben und sich gegen die Offenlegung ihrer Praktiken wehren.

Das Droh- und Druckpotenzial der Ärzteschaft wird als sehr hoch eingeschätzt. Es gelänge ihr stets, ihre Forderungen und Positionen durchzusetzen, weil die anderen Tarifpartner sich kompromissbereit gäben und ihnen nicht entgentreten wollten. Die Verhandlungsmacht der FMH sei aus verschiedenen Gründen weitaus am grössten. Zum einen weil sie im Gegensatz zu den anderen Parteien dezentral organisiert ist und sehr basisnah funktioniert, was ihre Kompromissbereitschaft einschränkt und ihr eine hohe Vetomacht verleiht. Zum ande-

ren nimmt FMH-Präsident Hans-Heinrich Brunner eine Schlüsselposition ein, weil er nicht nur seit Anbeginn des Projekts daran beteiligt ist, sondern gleichzeitig Mitglied auch sowohl der Projektleitung als auch der Projektoberleitung ist und insofern über einen Informationsvorsprung verfügt, den die anderen Partner nicht wettmachen können. Nicht zuletzt ist auch die Vollzugsmacht der Ärzte als eine wichtige Komponente ihrer Verhandlungsposition zu beurteilen: Ihre Tarifierungspraxis schlägt sich in direkter Weise auf die Kostenentwicklung nieder, entzieht sich jedoch weitgehend der Kontrolle durch die Krankenversicherer (Sager und Rüfli 2001: 58).

Die FMH habe indes stets auf eine Verhandlungslösung gesetzt, um ihren Einfluss auf das Tarifwerk zu wahren und unabhängig zu bleiben. Weil allfällige Fehler zu immensen Kostenwirkungen und Umverteilungen führen können, müsse die Tarifmechanik unbedingt vor der Einführung stimmen. Da die Tarifpartner aber keine Kompetenzen hätten, die Taxpunktwerte zu steuern, bestehe ein grosses Sicherheitsbedürfnis. Bei der Schaffung von Erwartungssicherheit kommt insbesondere dem Bundesamt für Justiz eine wichtige Rolle zu, da es über allfällige Beschwerden gegen kantonale Tarifverträge entscheidet. Seien die Entscheidungsgrundlagen und Verfahrensgrundsätze bekannt, könne bei der Ausarbeitung der Rahmenverträgen zur kostenneutralen Einführung darauf eingegangen werden.

Anlässlich der diversen Gespräche zwischen der Projektleitung und Bundesrätin Dreifuss habe letztere regelmässig dazu aufgefordert, die Verhandlungen abzuschliessen und die Kostenneutralität einzuhalten. Dies habe den Prozess vorangebracht und dazu geführt, dass die Tarifstruktur 3.0 beim Bundesrat überhaupt eingereicht wurde. Der Druck von Bundesrätin Dreifuss sei von allen Tarifpartnern ausser der FMH begrüsst und sogar ausdrücklich gefordert worden. Die Versicherer beispielsweise könnten bezüglich TARMED auf die Rückendeckung der Bundesakteure zählen. Das BSV erinnere sie stets daran, in den Verhandlungen darauf zu beharren, dass die Kostenneutralität eingehalten werde. FMH-Präsident Brunner hingegen bezeichne den Zeit- und Leistungsdruck als hauptsächliche Quelle für technische Fehler in den Projektarbeiten.

Die Genehmigung der Tarifstruktur Alpha 3.0 durch den Bundesrat habe die FMH gelassen zur Kenntnis genommen, weil es sich ja um eine von ihr unterzeichnete Version handle. Dieses Ereignis habe keine grossen Wellen geworfen, zumal diese Version von den Tarifpartnern nicht ratifiziert und als nicht einführungstauglich befunden wurde. Die 2000 Änderungsanträge der FMH führten dazu, dass inzwischen 95% der Positionen wieder revidiert worden seien und hätten den bundesrätlichen Genehmigungsentscheid äusserst stark relativiert.

Als wesentlich gravierender empfanden die Ärzte die Äusserungen von Bundesrätin Dreifuss, als sie im Parlament einen Taxpunktwert von 80 Rappen für angemessen erklärte. Weil der

Bundesrat in Tarifstreitigkeiten Beschwerdeinstanz ist, wurde eine derartige Stellungnahme als Kompetenzüberschreitung wahrgenommen und entsprechend heftig kritisiert.

Grundsätzlich herrsche eine gewisse Missstimmung zwischen dem Bund und den Tarifpartnern. Wenn sich die Bundesstellen darüber beklagen, der Informationsfluss sei nicht gewährleistet und die für Berechnungen notwendigen Daten würden nicht geliefert, dann habe das auch damit zu tun, dass die ganze Tarifrevision von den Tarifpartnern bezahlt werde (bis heute ca. 10 Mio.). Ein anderer Grund sei, dass der Bund dem Tarifumbau lange keine Beachtung geschenkt habe und erst aktiv geworden sei, als das Ziel auch im KVG verankert wurde, obwohl er von Anfang an über das Vorhaben informiert gewesen sei. Zudem hätten die Verwaltungsangestellten oft nur wenig Ahnung von den tatsächlichen Verhältnissen in der Praxis, z.B. über die konkreten Auswirkungen der Tarifrevision für gewisse Leistungserbringer.

### **4.4 Nutzung des Handlungsspielraums der Bundesakteure**

#### **4.4.1 Gegenüberstellung von 'entry points' und effektiven Interventionen**

Auf der Basis des vorgegebenen Policy-Designs wurden in Abschnitt 3.4 die formalen Interventionspunkte ('entry points') der Bundesakteure im TARMED-Verhandlungsprozess hergeleitet, welche den Handlungsspielraum des Bundes abstecken. Anhand der aus der Prozessanalyse gewonnenen Informationen können diese 'entry points' den effektiv erfolgten Interventionen gegenübergestellt werden. Dieser Vergleich ermöglicht im nächsten Abschnitt die Beantwortung der Frage, ob, in welchem Ausmass und mit welchen Auswirkungen die Bundesakteure ihren Handlungsspielraum genutzt haben.

**Tabelle 8:** Gegenüberstellung von 'entry points' und effektiven Interventionen des Bundes

<b>Formelle Interventionspunkte für Akteure des Bundes</b>	<b>Effektiv erfolgte Interventionen</b>	<b>Handlungsspielraum genutzt?</b>
Einflussnahme auf die Tarifgestaltung (Möglichkeit, Grundsätze für wirtschaftliche Bemessung, sachgerechte Struktur und Anpassung der Tarife aufzustellen) (Bundesrat; Art. 43.7 KVG)	Seit 1998 begleitet Bundesrätin Dreifuss die Verhandlungen mit hohem persönlichen Engagement. In Sitzungen und Schreiben fordert sie die Tarifpartner zum Abschluss der Arbeiten und zur Einhaltung der Kostenneutralität auf.  BSV und Preisüberwachung erhalten bei Abschluss von Teilprojekten die Unterlagen zur Einsicht und überprüfen die Tarifstruktur auf ihre Sachgerechtigkeit, Billigkeit und Kostenwirksamkeit. Während das BSV sich lediglich informieren lassen will, greift der Preisüberwacher mit konkreten Empfehlungen materiell in die Projektarbeiten ein.  Das BJ hat die Tarifpartner über die gesetzlichen Grundlagen und Möglichkeiten der Tarifierfassung informiert, damit diese die entsprechenden Modalitäten aushandeln und im Kostenneutralitätskonzept vereinbaren können.	<b>Teilweise</b> <b>(*)</b>
Einhaltung von Versorgungsgrundsätzen (qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten) ("zuständige Behörden"; Art. 43.6)	Die Auflage der Kostenneutralität bei der Einführung soll gewährleisten, dass der Tarifumbau bei gleichbleibender Versorgungsqualität nicht zu einem Kostenschub führt.	<b>Ja</b>
Koordination der Sozialversicherungen (Bundesrat; Art. 43.7)	Dieser Anspruch wird durch die Projektorganisation erfüllt, da sowohl die Krankenversicherer als auch die Invaliden-, Militär- und Unfallversicherung in der Projektleitung vertreten sind und TARMED in allen Bereichen zur Anwendung kommen wird.	<b>Ja</b>
Anhörung des Preisüberwachers vor Tarifgenehmigung oder -festsetzung (Preisüberwacher; Art. 43.4)	Der Preisüberwacher wurde laufend in die Revisionsarbeiten einbezogen und im Rahmen technischer Fragen konsultiert. Er hat im März und August 1999 seine Empfehlungen zur Tarifstruktur Alpha 2.0 abgegeben und dem Bundesrat im August 2000 die Genehmigung der Version 3.0 empfohlen.	<b>Ja</b>
Genehmigung der Tarifstruktur (Bundesrat; Art. 46.4)	Der Bundesrat hat am 18. September 2000 die TARMED-Version Alpha 3.0 genehmigt und das Vorlegen eines Rahmenvertrags zur kostenneutralen Einführung verlangt.	<b>Ja</b>

Tabelle 8 (Fortsetzung)

<b>Formelle Interventionspunkte für Akteure des Bundes</b>	<b>Effektiv erfolgte Interventionen</b>	<b>Handlungsspielraum genutzt?</b>
Verfügung einer Tarifstruktur (subsidiär, wenn keine Einigung zustande kommt) (Bundesrat; Art. 43.5)	Bundesrätin Dreifuss hat mehrmals den Erlass eines Amtstarifs angekündigt, diesen Schritt aber nie vollzogen, weil sie darauf wartete, dass die Tarifpartner die Verhandlungen von sich aus als gescheitert erklären. Das bisher letzte Ultimatum, der 31. August 2001, wurde von den Tarifpartnern genutzt. Sie verkündeten rechtzeitig die Einigung über eine neue Version der Tarifstruktur (1.1).	<b>Nein (**)</b>
Stellungnahme zu kantonalen Tarifverträgen (Preisüberwacher; Art. 43.4)	TARMED ist noch nicht ratifiziert, es finden deshalb auch keine kantonalen Tarifverhandlungen statt.	-
Behandlung von Beschwerden gegen kantonale Tarifverträge (Bundesrat/BJ; Art. 53)	Weil TARMED noch nicht eingeführt ist, existieren keine Beschwerden. Das BJ bereitet sich jedoch bereits auf deren Behandlung vor.	-
<b>Informelle Interventionspunkte:</b>		
Stellungnahmen im Parlament (Bundesrat)	Bundesrätin Dreifuss hat mehrmals in Antworten auf Interpellationen oder in der Fragestunde des Parlaments zur Position des Bundesrats und zu ihrem Vorgehen Stellung genommen (Mai/Juni 2000, Juni 2001).	<b>Ja (***)</b>
institutionelle Kontakte mit den Tarifpartnern (BSV)	Das BSV nutzt seine institutionalisierten Kontakte mit den Krankenkassen (z.B. Prämien genehmigungsverfahren), um die Erwartungen des Bundes an die TARMED-Verhandlungen (baldiger Abschluss, kostenneutrale Einführung) zu kommunizieren.	<b>Ja</b>

## Bemerkungen:

- \* Die aktive Moderation und Prozessbegleitung durch Bundesrätin Dreifuss, die Beurteilung der eingereichten Unterlagen durch das BSV und den Preisüberwacher, der in materiellen Eingriffen die Anpassung verschiedener Grundparameter forderte, stellen eine weitgehende Nutzung des vorhandenen Spielraums dar. Hinsichtlich der Kostenneutralität hat der Bund bisher die grundsätzliche Vorgabe übernommen und darauf beharrt, die Erarbeitung eines Umsetzungskonzepts allerdings den Tarifpartnern überlassen. Hier wäre eine Konkretisierung der Auflage in Form eines vorgegebenen Konzepts oder die Schaffung einer Verordnung, welche die Rahmenbedingungen der Tarifanpassung zur Korrektur allfälliger Fehler in der Tarifstruktur regelt, möglich. Der Verzicht auf diese Mittel folgt einer politischen Entscheidung.
- \*\* Das EDI misst dem Vertragsprinzip des KVG einen hohen Stellenwert zu und wird eine Tarifstruktur erst dann selber verfügen, wenn die Tarifpartner die Verhandlungen von sich aus als gescheitert erklären.
- \*\*\* Nach ihrer Aussage im Ständerat, gemäss den Berechnungen ihres Departements dürfte der gesamtschweizerisch durchschnittliche Taxpunktwert auf ungefähr 80 Rappen zu liegen kommen, wurde Bundesrätin Dreifuss eine Kompetenzüberschreitung vorgeworfen, da sie im Fall von Beschwerden gegen kantonale Tarifverträge Genehmigungsinstanz ist. Ihre Stellungnahme wurde namentlich von der FMH als Verletzung des Gebots der Unvoreingenommenheit betrachtet.

### 4.4.2 Einschätzung der Interventionen der Bundesakteure

Dieser Abschnitt nimmt auf der Basis von Tabelle 8 eine Gesamteinschätzung der Einflussnahme der Bundesakteure auf die TARMED-Verhandlungen vor. Beruhend auf den Ergebnissen der vorangehenden akteurzentrierten Policy-Analyse können nun die effektiv erfolgten Aktivitäten der Bundesakteure bezüglich der Nutzung ihres Handlungsspielraums und ihrer Auswirkungen auf den Prozessverlauf beurteilt werden.

Wie die Zusammenstellung der Aktivitäten des Bundes in den vorigen Abschnitten zeigt, wurde der vorhandene formelle Handlungsspielraum mit Ausnahme von zwei Möglichkeiten bisher weitgehend genutzt.

Bisher nicht beansprucht wurde die subsidiäre Handlungspflicht des Bundesrates, eine Tarifstruktur zu verfügen, wenn sich die Tarifpartner nicht einigen können (Art. 43 Abs. 5 KVG). Hierfür bieten sich zwei Erklärungen an: Zum einen hat der Bundesrat bereits eine Version der Tarifstruktur genehmigt. Aus seiner Sicht liegt damit ein Verhandlungsergebnis vor, zu dessen Umsetzung lediglich noch die dazu notwendigen Rahmenverträge zwischen den Tarifpartnern abgeschlossen und die kantonalen Tarifverträge ausgehandelt werden müssten. Zum anderen stellt sich das EDI auf den Standpunkt, ein Amtstarif werde erst dann verfügt, wenn die Tarifpartner selber beschlossen hätten, die Verhandlungen als gescheitert zu erklären. Dies ist bisher noch nicht erfolgt, die Tarifstruktur wird laufend überarbeitet<sup>11</sup>, und die zur Einführung notwendigen Rahmenverträge zwischen den Tarifpartnern sind in Verhandlung.

Auch die in Art. 43 Abs. 7 vorgesehene Möglichkeit, auf dem Verordnungsweg Grundsätze für die Tarifgestaltung und –anpassung aufzustellen, hat der Bundesrat bisher nicht genutzt und somit auf die Ausübung der in dieser "kann"-Formulierung enthaltenen hierarchischen Weisungsbefugnis verzichtet<sup>12</sup>. Ein Grund für diesen Steuerungsverzicht liegt zur Hauptsache darin, dass die wesentlichen Zielsetzungen des Tarifumbaus von den Tarifpartnern bereits vertraglich festgehalten wurden und der Bund keine zusätzlichen Ziele definiert hat. Wirtschaftlichkeit und Sachgerechtigkeit der Struktur sind zudem an anderer Stelle im KVG (z.B. Art. 43 Abs. 4) bereits als Kriterien vorgegeben und sind von den Bundesbehörden vor der Genehmigung durch den Bundesrat überprüft worden. Somit lässt sich aus der Sicht des Bundes argumentieren, dass der Erlass einer Verordnung nicht notwendig sei. Schliesslich stellt sich die Frage, ob die hierarchische Vorgabe von Grundsätzen dem Vertragsprinzip ge-

---

<sup>11</sup> Gemäss einer Aussage von Ludwig Bapst, Delegationsleiter der santésuisse, sind 95% der Positionen der genehmigten Tarifversion Alpha 3.0 wieder überarbeitet worden.

<sup>12</sup> Der Bundesrat hat Art. 43 Abs. 7 bisher einmal angewendet, als er auf dessen Basis Rahmentarife für die Krankenpflege erlassen hat (vgl. AS 1997 2436 und Art. 9a der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) vom 29. September 1995 (832.112.31)).

recht wird, d.h. ob dadurch auf den Entscheidungsfindungsprozess zwischen den Tarifpartnern Einfluss genommen werden kann.

Auch wenn TARMED auf Vertragsbasis erarbeitet wird und die Verhandlungen weitgehend von den Eigeninteressen der Akteure bestimmt werden, ist allerdings denkbar, dass der Bund durch die Verordnung von Grundsätzen die Rahmenbedingungen des Verhandlungsergebnisses vorgeben und dadurch den Einigungsprozess beschleunigen könnte. Den Tarifpartnern wäre Erwartungssicherheit gegeben und sie könnten sich in den Verhandlungen nunmehr auf die inhaltliche Ebene konzentrieren. Wie die Auseinandersetzung um die kostenneutrale Umsetzung des neuen Tarifs zeigt (vgl. Abschnitt 5.2), erwarten die Tarifpartner vom Bund diesbezüglich konkrete Aktivitäten.

Demgegenüber ist festzuhalten, dass die EDI-Vorsteherin, Bundesrätin Ruth Dreifuss, seit 1998 die Rolle der Moderatorin einnimmt und die Verhandlungen aktiv begleitet. Indem sie einerseits zwischen erstarrten Positionen vermittelt und den Prozess deblockiert, andererseits mit den Tarifpartnern Fristen und Meilensteine ausarbeitet, um die Verhandlungen voranzutreiben und zu einem Abschluss zu kommen, nimmt sie auf dieser informellen Ebene direkt Einfluss auf den Prozessverlauf, ohne dessen Ergebnis vorwegzunehmen.

Insofern entspricht das Vorgehen des Bundes weitgehend der Strategie, die Verhandlungen laufen zu lassen und aktiv zu begleiten, Druck aufzusetzen, damit ein Abschluss möglich wird, sich über das Vorgehen und die Fortschritte informieren zu lassen, gegebenenfalls korrigierend einzuschreiten und die vorgelegten Ergebnisse letztlich zu genehmigen, selber aber keine Resultate vorwegzunehmen oder zu verfügen. Bundesrätin Dreifuss hat diese Strategie im Parlament mehrmals dargelegt.

Diese aus den erfolgten Interventionen hergeleitete taktische Strategie ergibt sich zum einen aus dem Prinzip des KVG, dass Tarifverträge "in der Regel (...) zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern festgelegt" werden (Bundesrat 1991: 80), zum anderen aus der politischen Überlegung heraus, dass eine verordnete Tarifstruktur, welche den Anwendern aufoktroiert wird, von denjenigen, die davon benachteiligt würden, kaum akzeptiert und vollzogen würde. Die bundesrätliche Taktik der "eisernen Faust im Samthandschuh" (Zitat Ruth Dreifuss, 11. Juni 2001 im Nationalrat) setzt somit auf eine von den betroffenen Parteien ausgehandelte Konsenslösung und achtet darauf, dass deren Grundsätze, die sich aus dem KVG ergeben oder von den Tarifpartnern selber definiert wurden, eingehalten werden.

Das hohe persönliche Engagement von EDI-Vorsteherin Dreifuss stellt jedoch gleichzeitig einen schwächenden Faktor dar. Als Bundesrätin verfügt sie zwar über ein hohes Druckpotenzial, das aber wegen wiederholter Drohungen, einen Amtstarif zu verfügen und dadurch, dass die Tarifpartner von ihr gesetzte Fristen mehrmals ungenutzt haben verstreichen lassen können, ohne dass sie Konsequenzen zu gewärtigen hatten, abnimmt. Weil sie als Bundesrä-

tin direkt involviert ist, hat sie sich durch ihre persönlichen Interventionen gewissermassen der Möglichkeit beraubt, als aussenstehende neutrale Schiedsrichterin aufzutreten. Gleichzeitig steht Bundesrätin Dreifuss in einem Rollenkonflikt. Obwohl sie formal der Genehmigungs- und Beschwerdeinstanz angehört, nimmt sie die Funktion der Moderatorin wahr und versucht, den Prozess durch persönliche Einflussnahme voranzutreiben. Wie problematisch die Abgrenzung zwischen diesen Rollen sein kann, zeigt das umstrittene Votum zur Höhe der Taxpunktwerte im Ständerat im Juni 2000. Bundesrätin Dreifuss hat zwar die Verhandlungen beschleunigt. Ihre Interventionen sind jedoch aus den genannten Gründen ambivalent zu beurteilen und haben materiell nur beschränkt dazu beigetragen, dass die Tarifpartner die Verhandlungen zu einem Abschluss bringen und dabei ein Ergebnis im Sinne des Bundes erreichen konnten.

Einen direkteren Einfluss auf das Ergebnis der TARMED-Verhandlungen hat demgegenüber der Preisüberwacher. Seine Stellungnahmen, die im Übrigen mit dem Einverständnis der Tarifpartner erfolgten, kritisierten zentrale Eckparameter, auf denen die Tarifstruktur aufbaut und führten zu deren teilweisen Anpassung (vgl. SÄZ 1999/41). Laut eigenen Angaben der Preisüberwachung konnte durch diese Eingriffe in die Tarifmechanik eine Kostensteigerung in der Grössenordnung von 1 Mrd. Franken pro Jahr verhindert werden (Jung 2001: 77). Seine Funktion im kantonalen Tarifgenehmigungsverfahren räumt ihm ausserdem bei der Festlegung der kantonalen Taxpunktwerte eine bedeutende Stellung ein. Die Tatsache, dass die Kantonsregierungen vor der Tarifgenehmigung seine Stellungnahme einholen müssen, sorgt bereits im Vorfeld der eigentlichen Verfahren für Kritik, da seine bisherige Praxis darauf ausgerichtet war, einen Anstieg der Ärzteteinkommen zu verhindern. Das lässt erwarten, dass er auch bei der Taxpunktwertfestlegung eher die Position der Versicherer stützt als die der Ärzte, welche sich dadurch bereits vorgängig unter Druck gesetzt fühlen. Sie versuchen deshalb, mittels ständiger Überarbeitung der Tarifstruktur die angestrebte Einkommensumverteilung möglichst gering zu halten. Aufgrund der Vetomacht der davon betroffenen Ärztegruppen verfügt die FMH über eine vergleichsweise starke Verhandlungsmacht und kann so nicht nur ihre Anträge auf Überarbeitung durchbringen und damit den Abschluss der Verhandlungen hinauszögern, sondern auch die Ratifikation der Rahmenverträge mit den anderen Tarifpartnern hinausschieben.



## 5 Auswirkungen der Einflussnahme des Bundes auf die Kostendämpfung

Das vorliegende Kapitel befasst sich mit der Frage, wie die Strategien und Aktivitäten des Bundes zur Einflussnahme auf den TARMED vor dem Hintergrund des Kostendämpfungszieles im KVG zu beurteilen sind. Dazu wird zunächst die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenversicherung kurz referiert, danach die Kostenneutralität des Tarifumbaus erläutert und in einem dritten Abschnitt schliesslich aufgrund der Experteninterviews der Einfluss des Bundes auf die Kostendämpfung mittels TARMED dargelegt.

### 5.1 Entwicklung der ambulanten Arztkosten in der obligatorischen Grundversicherung

**Tabelle 9:** Entwicklung der Totalkosten, der ambulanten Spital- und Arztkosten in der obligatorischen Grundversicherung, der Anzahl Ärzte und des Preisindex für ärztliche Leistungen seit 1996

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	96-00
Gesamtkosten (in Mio. Fr.)	12'459	13'138	14'024	14'621	15'476	16'294	16'986	-
Veränderung zum Vorjahr	-	5.5%	6.7%	4.3%	5.8%	5.3%	4.2%	24.2%
Kosten für Spital ambulant (in Mio. Fr.)	1'084	1'142	1'303	1'485	1'796	1'937	2'033	-
Veränderung zum Vorjahr	-	5.3%	14.1%	14.0%	20.9%	7.9%	4.9%	65.6%
Kosten für Arzt ambulant (in Mio. Fr.)	3'475	3'545	3'748	3'765	3'841	4'050	4'193	-
Veränderung zum Vorjahr	-	2.0%	5.7%	0.4%	2.0%	5.5%	3.5%	10.5%
Anzahl Ärzte mit Praxistätigkeit	12'711	13'038	13'357	13'622	13'935	-	-	-
Veränderung zum Vorjahr	3.1%	2.6%	2.4%	2.0%	2.3%	-	-	9.6%
Preisindex für ärztliche Leistungen (1985 = 100)	122.4	122.9	122.8	122.8	-	-	-	-
Veränderung zum Vorjahr	0.5%	0.4%	-0.1%	0.0%	-	-	-	-

**Quellen:** Versicherungskosten: Statistik/Prämiengenehmigung BSV (1996, 1997, 2001: Schätzungen, 2002: Prognose)  
Anzahl Ärzte: FMH-Ärztestatistik  
Preisindex für ärztliche Leistungen: BSV 2000: 120

Tabelle 9 stellt die Gesamtkosten in der obligatorischen Krankenversicherung den ambulanten Spital- und Arztkosten gegenüber. Es zeigt sich, dass die Arztkosten im Vergleich zu den Gesamtkosten im Zeitraum zwischen 1996 und 2000 weniger als die Hälfte zugenommen haben, insgesamt jedoch in ähnlichem Ausmass angestiegen sind, wie die Anzahl Ärzte mit Praxistätigkeit. Ein massiver Kostenanstieg ist hingegen im spitalambulantem Bereich zu verzeichnen. Diese Entwicklung ist Ausdruck einer zunehmenden Verlagerung der medizinischen Leistungserbringung im Spital von der stationären hin zur ambulanten Versorgung. Als Gründe für diese Tendenz können einerseits der medizinische Fortschritt, andererseits die Erhöhung der Effizienz der Spitalbetriebe sowie Sparbemühungen der Kantone angeführt werden. Weil der ambulante Bereich fast ausschliesslich über die Krankenversicherung finanziert wird, können die Kantone als Spitalträger mit einer Verlagerung der Leistungserbringung ihre finanzielle Belastung reduzieren und die Kosten auf die Versicherer abwälzen.

Das Kostenwachstum im Bereich der ärztlichen Leistungen kann auf verschiedene Faktoren zurückgeführt werden. Theoretisch bedeutsam sind die Entwicklung des Preisniveaus für ärztliche Leistungen sowie die Anzahl, Struktur und das Verhalten der Ärzteschaft (Leistungserbringer) und der Patienten (Leistungsnachfrager). Aufgrund der Tatsache, dass seit dem dringlichen Bundesbeschluss über Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung von 1992 (vgl. APS 1992: 233f.) die Preise für ärztliche Leistungen weitgehend eingefroren sind,<sup>13</sup> kann die Preisentwicklung nicht für den Kostenanstieg verantwortlich gemacht werden. Vielmehr erweisen sich einerseits die starke Zunahme der Anzahl Ärzte, andererseits das Wachstum der Menge erbrachter Leistungen als wichtige Erklärungsfaktoren (vgl. auch Huber 2000). Abbildung 2, welche die Entwicklung der verschiedenen Grössen seit 1996 aufzeigt, legt einen Zusammenhang zwischen der Anzahl frei praktizierender Ärzte und der Kostenentwicklung nahe.<sup>14</sup> Aufgrund der fehlenden Datengrundlagen<sup>15</sup> kann allerdings keine abschliessende Aussage darüber gemacht werden, wie gross der jeweilige Anteil der angebots- und nachfrageinduzierten Mengenausweitung ist.

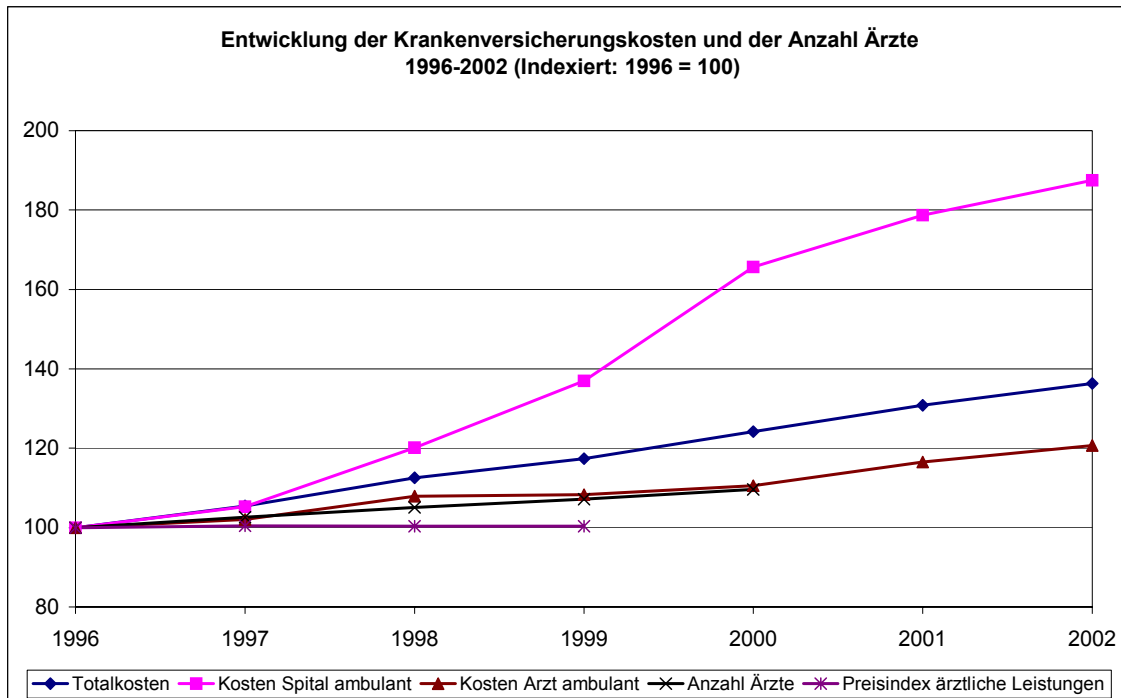
---

<sup>13</sup> Seit 1993 hat sich der Preisindex für ärztliche Leistungen pro Jahr jeweils weniger als 0,5% erhöht (vgl. BSV 2000: 120).

<sup>14</sup> In einer Studie zu den Faktoren der unterschiedlichen Gesundheitskosten in den Kantonen erweist sich ebenfalls die Ärztedichte als eine der signifikantesten Erklärungsdeterminanten (vgl. Rüefli und Vatter 2001).

<sup>15</sup> Die detailliertesten Daten, die dem Bund für eine entsprechende Analyse zur Verfügung stehen, sind gemäss einer Aussage der Preisüberwachung diejenigen der Versichertenstatistik von santésuisse.

**Abbildung 2:** Entwicklung der Krankenversicherungskosten, der Anzahl Ärzte und des Preisindex für ärztliche Leistungen 1996-2002



Eine naheliegende Annahme zur Erklärung der Zunahme der Arztkosten geht davon aus, dass zumindest ein Teil der Ärzteschaft als Folge von TARMED Einkommensverluste zu erwarten hat und diese nun durch eine Mengenausweitung zu kompensieren sucht. Es würde sich damit um sogenannte unintendierte Nebeneffekte des bisherigen TARMED-Prozesses handeln. Aufgrund der fehlenden Datengrundlagen kann jedoch nicht belegt werden, in welchem Masse sich die antizipierten Folgen von TARMED und der Interventionen des Bundes tatsächlich auf das Verhalten der Ärzteschaft und auf die Kostenentwicklung ausgewirkt haben. Zumindest scheint aber aufgrund der vorliegenden Anreizsysteme und der zu antizipierenden Politikentscheide eine angebotsinduzierte Mengenausweitung durch die Leistungserbringer plausibel. Entsprechende, in diese Richtung gehende Vermutungen wurden in verschiedenen Expertengesprächen mehrfach geäußert. Allerdings bestehen auch andere mögliche Ursachen für den Kostenanstieg. So könnte sich z.B. der Rückgang von zusatzversicherten Patienten in der Kostenentwicklung der Grundversicherung niederschlagen, weil diese zum einen Leistungen übernehmen muss, die vorher von der Zusatzversicherung gedeckt waren, zum anderen weil die Ärzte die aus diesem Rückgang resultierenden Einkommensverluste kompensieren.

## 5.2 Kostenneutralität in TARMED

Die Tarifpartner haben sich bei Projektbeginn vertraglich darauf geeinigt, dass der Tarifumbau kostenneutral erfolgen und die neue Tarifstruktur zu keinem Kostenschub führen soll. Prinzipiell gilt die Formel, das Kostenvolumen (Menge x Preise) vor Einführung von TARMED solle dem Kostenvolumen nach dessen Einführung entsprechen (BSV 2001: 13). Während die Bundesakteure – insbesondere das EDI und der Preisüberwacher – und auch die Krankenversicherer auf diesem Ziel beharren und regelmässig betonen, der neue Tarif sei kostenneutral umzusetzen, scheint sich die FMH allmählich von diesem Ziel zu distanzieren, nachdem sie es lange bekräftigt hat (BSV 2001: 15). Die Ärzte befürchten, die Kostenneutralität führe zu einem "verkappten Globalbudget für den ambulanten Sektor" (SÄZ 1999/24).

Die vom Bundesrat anlässlich der Genehmigung der Tarifstruktur Alpha 3.0 verlangte Zusatzvereinbarung zur Kostenneutralität stellt wegen der daraus folgenden Einkommensumverteilung zwischen verschiedenen Ärzteguppen den hauptsächlichen Grund für die anhaltende Verzögerung der Tarifrevision dar. Im Mittelpunkt der laufenden Verhandlungen steht die Frage des Steuerungsmechanismus, der von den Tarifpartnern zu erarbeiten und vertraglich vereinbaren ist. Kern dieses Mechanismus ist der Taxpunktwert, der auf kantonaler Ebene zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern vereinbart und von der Kantonsregierung nach einer Konsultation des Preisüberwachers genehmigt werden muss.

Weil grosse Meinungsunterschiede über die Ausgangshöhe, die Berechnungsmethodik und die Höhe der Berechnungsparameter (Jahreseinkommen, Normarbeitszeit etc.) des die Ärzteeinkommen direkt beeinflussenden Taxpunktweres bestehen, ist bislang im KVG-Bereich keine Einigung in diesen Fragen zustande gekommen, während der UV-/IV-/MV-Bereich weitgehend unbestritten ist. Die FMH macht für die Blockade die politischen Instanzen, primär das EDI, verantwortlich welche die zur Einhaltung der Kostenneutralität notwendigen legalen und administrativen Voraussetzungen nicht geschaffen hätten. Diese Forderung sei zudem bereits mit der teilweisen Berücksichtigung der Empfehlungen des Preisüberwachers erfüllt worden. Für eine zusätzliche vertragliche Vereinbarung über die Kostenneutralität, wie sie das EDI fordert, bestehe keine gesetzliche Grundlage (SÄZ 2001/82: Supplement 5a).

Weil die Kostenneutralität über die Festsetzung des Taxpunktweres gesteuert wird, müssen während der Einführungsphase Anpassungen in der Tarifstruktur möglich sein, um allfällig auftretende Fehler korrigieren zu können. Auch die kantonal geltenden Taxpunktwerte sollen aufgrund verschiedener Indikatoren (z.B. Demographie, medizinischer Fortschritt, Teuerungsentwicklung) möglichst einfach angepasst werden können. Laut den Tarifpartnern sind diese Voraussetzungen zur Zeit nicht gegeben, weil das vom Bundesrat vorgesehene Genehmigungsverfahren dazu zu aufwändig konstruiert sei und zu lange dauern würde. Wenn der Bundesrat jede Änderung in der Tarifstruktur selber genehmigen und vorher den Preisüber-

wacher konsultieren müsse sowie über die bei allfälligen Korrekturen der Taxpunktwerte mit grosser Wahrscheinlichkeit zu erwartenden Beschwerden zu entscheiden habe, sei an eine kostenneutrale Steuerung von TARMED nicht zu denken (Müller Imboden 2001, SÄZ 2001/82). Der Bund müsse deshalb das Genehmigungsverfahren anpassen und eine gesetzliche Grundlage dafür schaffen.

### **5.3 Der Einfluss von TARMED und der Interventionen des Bundes auf die Kostenentwicklung**

#### **5.3.1 Kostendämpfung durch die Tarifrevision**

Der Bund sieht in TARMED ein Instrument zur Kostenkontrolle und dadurch auch zur Kostendämpfung (vgl. Bundesrat 1991: 81). Er bedient sich zweier Kanäle, um eine Kostensteigerung als Folge des Tarifumbaus zu verhindern:

- Zum einen betont er dies, indem er die Kostenneutralität als wesentliche Voraussetzung zur Genehmigung und Einführung der Tarifstruktur betrachtet und die Tarifpartner regelmässig daran erinnert. Der Bundesrat macht die Genehmigung und Einführung von TARMED vom Vorliegen eines Kostenneutralitätskonzepts abhängig und verlangt von den Tarifpartnern, ihm eine entsprechende vertragliche Vereinbarung zu unterbreiten.
- Zum anderen ist die Kostenkontrolle insbesondere ein Kernanliegen des Preisüberwachers in seinen Interventionen zum TARMED. In seiner Stellungnahme zur Tarifstruktur vom März 1999 bemängelte er neben der Überbewertung von massgebenden Eckparametern (Referenzeinkommen, Jahresarbeitszeit), es seien verschiedene Anreize zur Mengenausweitung in der Tarifstruktur enthalten. Er legte Wert darauf, dass diese Anreize in der Tarifstruktur selber korrigiert würden, und nicht nach der Einführung über eine Anpassung der Taxpunktwerte. Die Preisüberwachung wurde ausserdem bereits im Laufe der Projektarbeiten konsultiert und tauschte sich mit den Tarifpartnern über Instrumente und Berechnungsmethoden zur Kontrolle der Kostenentwicklung aus.

Da TARMED noch nicht angewandt wird, kann er auch seine angestrebte Wirkung noch nicht entfalten und muss eine Einschätzung seiner Auswirkungen auf die Kostenentwicklung prospektiv erfolgen. Weil ausserdem im ambulanten Bereich keine detaillierten Datengrundlagen zur ärztlichen Leistungserbringung und den daraus resultierenden Kosten verfügbar sind, kann auch die bisherige Kostenentwicklung nicht im Detail analysiert werden, was Aussagen über die zu erwartende Entwicklung aufgrund veränderter Rahmenbedingungen praktisch verunmöglicht.

Grundsätzlich kann jedoch davon ausgegangen werden, dass das angestrebte Ziel der Kostendämpfung via Tarifumbau relativiert werden muss, weil bei der Einführung von TARMED die *Kostenneutralität* im Vordergrund steht, eine *Kostenreduktion* jedoch politisch ausser Reichweite liegt und auch nicht angestrebt wird. Die Anwendung einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur soll Transparenz und Vergleichbarkeit in der Leistungserbringung schaffen und so mittel- bis langfristig die Kostenkontrolle ermöglichen und den Wettbewerb zwischen den ärztlichen Anbietern verstärken. Insofern ist davon auszugehen, dass die Anwendung des neuen Tarifs nicht die Kosten im ambulanten Bereich direkt senken wird, sondern primär zur Dämpfung des Kostenanstiegs führen kann – sofern die Umsetzung unter den vorgesehenen Bedingungen erfolgt und keine Nebeneffekte zur Folge hat. Die Tatsache, dass der Bund die Kostenneutralität als notwendige Voraussetzung zur Genehmigung der Tarifstruktur definiert und die Instrumente zur vorgängigen Einschätzung und nachträglichen Überprüfung der Kostenwirkungen des neuen Tarifs erarbeitet hat, lässt zumindest erwarten, dass die Tarifrevision dieses Ziel zu erreichen vermag.

Die Einführung von TARMED wird nicht nur im Bereich der privatärztlichen Leistungen, sondern auch im spitalambulanten Bereich zu Veränderungen in der Kostenentwicklung führen. Da TARMED auch den Spitalleistungskatalog und andere kantonale Tarifordnungen zur Entschädigung ambulanter Leistungen im Spital ersetzen wird, sind die obigen Überlegungen zur Transparenz in der Leistungserbringung und zur Kostenneutralität auch auf den Bereich des Spitalambulatoriums übertragbar. Es ist davon auszugehen, dass die durch die Tarifrevisionsrevision geschaffene Transparenz insbesondere in diesem hoch dynamischen Umfeld (vgl. Abbildung 2) die Kostenkontrolle erleichtern und zu einer Kostenanstiegsdämpfung beitragen kann.

### **5.3.2 Unintendierte Nebenwirkungen der Tarifrevision**

Die intendierten Wirkungen (Impacts) der Tarifrevision dürften, wie oben ausgeführt, in einer Kostenanstiegsdämpfung bei der ambulanten Leistungserbringung in der privatärztlichen Praxis und im Spital bestehen. Dieses Ziel soll insbesondere über die Gewährleistung der kostenneutralen Umsetzung erreicht werden, welche unter den gegebenen Rahmenbedingungen eine Einkommensumverteilung zwischen verschiedenen Ärztegruppen, d.h. zwischen Grundversorgern und Spezialisten erfordert. Es ist deshalb zu erwarten, dass die von Einkommenseinbussen betroffenen Gruppen, deren Widerstand gegen die Tarifreform den Abschluss der Projektarbeiten nach wie vor verhindert, diese Nachteile durch Ausweichreaktionen zu kompensieren suchen. In mehreren Expertengesprächen wurde verschiedentlich die Vermutung geäußert, die zu beobachtende Kostenentwicklung im ambulanten Bereich sei auf derartig motivierte Mengenausweitungen der Ärzteschaft zurückzuführen. Für diese Äusserungen lassen sich mehrere Gründe anführen, wie die folgenden Überlegungen zeigen.

Über die Ursachen des Kostenwachstums im Bereich der ärztlichen Leistungen und über den Einfluss, den TARMED auf diese Entwicklung ausübt, kann vorläufig keine abschliessende Aussage gemacht werden. Da im ambulanten Bereich bundesstaatliche Stellen oder politische Interventionen keinen direkten Einfluss auf die Kostenentstehung haben<sup>16</sup> und die Tarife in den letzten fünf Jahren weitgehend stabil geblieben sind, ist davon auszugehen, dass die Kostenentwicklung primär vom Verhalten der Ärzte und ihrer Patienten abhängig ist, d.h. angebots- und nachfrageseitig determiniert wird.

Da TARMED noch nicht angewandt wird, können allfällige Verhaltensänderungen auch nicht auf den neuen Tarif zurückgeführt werden – es sei denn, man gehe von einer antizipativen Wirkung im Sinne einer Kompensation erwarteter Folgen aus. Dann ist allerdings nicht zu erwarten, dass sich die Tarifrevision auf das Patientenverhalten auswirkt, weil davon auszugehen ist, dass sich Nachfrager in der Regel eher reaktiv verhalten. Somit bleiben Verhaltensänderungen der Ärzte als zentraler Erklärungsfaktor. Da der Tarifumbau ihre Einkommen in direkter Weise tangiert, sind zudem Reaktionen auf die damit verbundenen Veränderungen zu erwarten. Eine entsprechende Annahme geht deshalb davon aus, dass diejenigen Ärzte, welche aufgrund des kostenneutralen Tarifumbaus Einkommensverluste zu erwarten haben, diese durch eine erhöhte Verrechnung von Leistungen zu kompensieren suchen (sog. Vorholeffekt). Diese Vermutung wurde in mehreren Experteninterviews bestätigt, als nach allfällig festgestellten Ausweichreaktionen der Ärzteschaft gefragt wurde. Ein möglicher Anreiz dafür könne gemäss Experten darin bestehen, dass das Jahr 1999 als Basisjahr für die Kontrolle der Kostenneutralität (Kostenvolumen vor TARMED = Kostenvolumen unter TARMED) vereinbart wurde, zumindest ein Teil der Ärzteschaft jedoch davon ausgehe, dass das Jahr vor der definitiven Einführung das Basisjahr sei, und dementsprechend versuche, durch erhöhte Leistungserbringung die Berechnungsbasis zu vergrössern und so möglichst hohe Taxpunktwerte zu erreichen.

### **5.3.3 Zeitliche Verzögerung der Kostendämpfungswirkung**

TARMED kann seine stipulierte kostendämpfende Wirkung erst entfalten, wenn er angewandt wird. Der Zeitpunkt seines Inkrafttretens ist insofern für die Kostenentwicklung von Bedeutung: Je länger die Umsetzung verzögert wird, desto stärker wachsen die Kosten im ambulanten Bereich an. Sobald der neue Tarif zur Anwendung kommt, ist aufgrund seiner Zielsetzungen eine Dämpfung des Kostenanstiegs zu erwarten.

---

<sup>16</sup> Staatliche Akteure legen im ambulanten Bereich lediglich die Rahmenbedingungen fest und sind an der Preisbildung beteiligt, haben auf die Höhe von Angebot und Nachfrage jedoch keinen direkten Einfluss.

Wie in Abschnitt 5.2 ausgeführt wird der Abschluss der Tarifrevision hauptsächlich dadurch verzögert, dass in der relevanten Frage der Modalitäten der Tarifierfassung bisher keine Einigung zwischen den Tarifpartnern gefunden werden konnte. Deren Regelung ist nicht nur für die erfolgreiche Steuerung der Kostenneutralität und damit für die Wirksamkeit des Kostendämpfungsmechanismus von hoher Relevanz, sondern auch in zeitlicher Hinsicht für das Inkrafttreten des neuen Tarifierfassungssystems. Während aus der Sicht des Bundes die Ausarbeitung der entsprechenden Konzepte und Vereinbarungen den Tarifpartnern obliegt und diese demnach auch für die Verzögerung des Projekts verantwortlich sind, machen die Vertragsparteien ihrerseits dem Bund den Vorwurf, er habe bisher die dafür notwendigen Rahmenbedingungen nicht geschaffen.

Die von den Tarifpartnern geforderten gesetzlichen Grundlagen der Taxpunktwertsteuerung könnte der Bund aufgrund von Art. 43 Abs. 7 KVG in Form von Grundsätzen der Tarifierfassung erlassen. Dies ist jedoch bisher nicht erfolgt. Die dazu befragten Bundesakteure argumentieren damit, dass die Regelung der Kostenneutralität durch die Vorgabe generell-abstrakter Grundsätze wenig bewirken würde, weil sich die Auseinandersetzungen um die Tarifierfassung auf der inhaltlich-sachlichen Ebene abspielen und vertraglich bereinigt werden müssten. Eine Verordnung könne aber keinen Vertragsabschluss herbeiführen, weil sie juristisch nicht direkt anwendbar sei. Weil die Tarifstruktur genehmigungspflichtig sei und dabei auch auf Kostenneutralität überprüft werde, habe sich der Erlass einer Verordnung ausserdem bisher erübrigt. Der Bundesrat ziehe es vor, den Kantonen mittels eines Kreisschreibens eine Bandbreite für die Höhe der Taxpunktwerte zu empfehlen, statt sie auf dem Verordnungsweg selber vorzugeben.

Damit ist auch die Rolle der Kantone im Tarifierfassungsverfahren angesprochen (vgl. Müller Imboden 2001). Sie sind Genehmigungsinstanz der kantonalen Tarifverträge, die von den Tarifpartnern auf der Basis der vom Bundesrat genehmigten Tarifstruktur ausgehandelt werden und legen bei Nichtzustandekommen eines Vertrages die Höhe des kantonalen Taxpunktvalues fest. Bei der Genehmigung ist der Preisüberwacher beizuziehen. Kommt kein Tarifvertrag zustande, legen die Kantone die Tariffhöhe fest. Gegen den Entscheid der Kantonsregierung kann gemäss Art. 53 KVG beim Bundesrat Beschwerde erhoben werden (vgl. auch das Prozessmodell in Abbildung 1).

Den Kantonen kommt somit eine zentrale Bedeutung bei der Einhaltung der Kostenneutralität zu. Als Genehmigungs-, Verfügungs- oder allenfalls Vermittlungsinstanz haben sie einen wesentlichen Einfluss auf die Ausgestaltung der kantonalen Tarife. Durch die Beschwerdemöglichkeit wird die Stellung der Kantone allerdings etwas relativiert, weil in diesem Fall die Tariffentscheide vom Bundesrat gefällt werden, der sich in der Regel vom Preisüberwacher leiten lässt. Somit verschiebt sich die Verantwortung für die Höhe der Taxpunktvalues und



damit letztlich für die Kostenentwicklung von den Tarifpartnern und den Kantonen wieder zurück zum Bundesrat. Durch die Schaffung einer Verordnung, welche die Grundsätze der Tarifgestaltung- und Anpassung beinhaltet, würde der Bundesrat Normen definieren, von welchen er im Beschwerdefall unter Umständen abweichen müsste. Dies wurde als weiterer Grund angeführt, weshalb bisher keine Grundsätze der Tarifierfassung verordnet wurden.

## 6 Zusammenfassung der Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellungen

Im vorliegenden Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung zusammengetragen und die einzelnen Fragestellungen des Auftrags behandelt. Das nächste Kapitel widmet sich der Hauptfrage, wie die Träger des Bundes ihre Handlungsmöglichkeiten zur Einflussnahme auf TARMED genutzt haben und präsentiert die Schlussfolgerungen.

Welche Strategie verfolgten die Träger des Bundes bei der Einflussnahme auf TARMED?
---

Bei der gewählten Strategie des Bundes gilt es grundsätzlich zwischen der inhaltlichen und der taktischen Vorgehensweise zu unterscheiden. Die *inhaltliche Strategie* des Bundes ergibt sich grösstenteils aus dem vom Gesetzgeber vorgelegten gesetzlichen Vorgaben des KVG und aus den ursprünglichen Zielsetzungen der Arzttarifrevision. Neben den generellen Zielen des Tarifumbaus, d.h. die Erstellung einer betriebswirtschaftlichen Berechnungsgrundlage und die Schaffung von Transparenz und Vergleichbarkeit stehen für den Bund insgesamt drei inhaltliche Aspekte im Vordergrund:

- *Kulturwechsel*: Die neue Tarifstruktur soll die intellektuell-manuellen gegenüber technisch-apparativen Leistungen aufwerten und damit einen gewissen Mentalitätswechsel in der ärztlichen Leistungserbringung erzielen.
- *Durchführbarkeit*: TARMED muss sachgerecht und anwendbar sein. Deshalb ist die Akzeptanz des neuen Tarifs bei Ärzten und Versicherern ein wesentliches Kriterium und stellt der Bund eine allseits annehmbare und praktikable Lösung über die Einhaltung von Fristen.
- *Kostenneutralität*: Der Tarifumbau hat kostenneutral zu erfolgen, d.h. er darf für die Versicherten nicht zu einem Kostenschub führen. Dieses Kriterium steht für den Bund eindeutig im Vordergrund. Sowohl das BSV als auch die Preisüberwachung nehmen jeweils eine Überprüfung der Kostenwirkungen der Tarifstruktur vor, sobald sie von den Tarifpartnern über die Projektfortschritte informiert werden. Der Bundesrat hat die Genehmigung von TARMED-Version 3.0 vom Vorliegen eines unterzeichneten Kostenneutralitätskonzepts abhängig gemacht. Überdies betont auch Bundesrätin Dreifuss in parlamentarischen Stellungnahmen jeweils die Bedeutung der kostenneutralen Umsetzung.

Die *taktische Strategie* der Träger des Bundes folgt weitgehend der Tarifautonomie und dem daraus hervorgehenden Vertragsprinzip. Der Bund erwartet als Verhandlungsergebnis eine von den Tarifpartnern erarbeitete tragfähige, allseits akzeptierte Konsenslösung. Obwohl juristisch ein staatliches Eingreifen in den Verhandlungsprozess möglich wäre, ist bisher aus politischen Gründen darauf verzichtet worden.

Die *taktische Strategie* der einzelnen Bundesakteure lässt sich in Stichworten wie folgt umschreiben:

a) *Eidgenössisches Department des Innern – Bundesrätin Dreifuss:*

*Aktive Prozessbegleitung und Vermittlung:* Moderation und Druckausübung (v.a. Festlegen von Terminen und Drohung mit der Verfügung eines Amtstarifs), aber keine hoheitlichen materiellen Interventionen, Personalisierungsstrategie (das TARMED-Projekt wird gegen aussen stark mit der Person Ruth Dreifuss verknüpft).

b) *Bundesamt für Sozialversicherung:*

*Antizipativ-passive Fachbegleitung:* Abwarten, über Prozessverlauf informiert bleiben, Teilergebnisse prüfen und wenn nötig intervenieren, Szenarioentwicklung, Informationsasymmetrie gering halten.

c) *Preisüberwachung:*

*Interventionistisch-konfrontativ:* autonome Perspektive bei Überprüfung der Tarifstruktur, harte inhaltliche Zielvorgaben, materielle Einflussnahme bei Abschluss von Teilprojekten, aber auch kooperative Hilfestellung in fachlichen Fragen.

d) *Bundesamt für Justiz:*

*Antizipativ-passiv:* Beschwerdeverfahren vorbereiten, auf Verhandlungsergebnisse warten, bisher kein Interventionsbedarf.

Zusammenfassend zeichnet sich die *inhaltliche Strategie* des Bundes durch eine *sachgerechte Arbeitsteilung der verschiedenen Träger des Bundes gemäss ihren vom Gesetzgeber auferlegten Aufgaben und Funktionen* aus, während sich die *taktische Strategie* des Bundes aus einer *Kombination kooperativer und konfrontativer Elemente* zusammensetzt. Die einzelnen Bundesstellen haben sich damit teilweise nicht nur inhaltlich sondern auch taktisch ergänzt.

Wann, wie, durch welche Träger und mit welchen Reaktionen erfolgten konkrete Aktivitäten des Bundes bei der Einflussnahme auf TARMED?

Der Bund hat seine Aktivitäten zur Einflussnahme auf TARMED 1998 aufgenommen. Seit diesem Zeitpunkt erfolgt eine laufende Prozessbegleitung, an der verschiedene Akteure beteiligt sind. Federführend sind für die *prozessuale Begleitung* das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) und seine Vorsteherin, Bundesrätin Dreifuss, während für die *fachlichen Belange* das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) zuständig ist. Vor der *Genehmigung oder Festsetzung von Gesundheitstarifen* ist der Preisüberwacher als unabhängige Prüfungsinstanz zu konsultieren. Für *juristische Fachfragen und Prüfungen* wird das Bundesamt für Justiz (BJ) beigezogen.

Die konkreten Aktivitäten dieser Akteure können in zeitlicher und materieller Hinsicht wie folgt zusammenfassend aufgelistet werden:

*a) Eidgenössisches Departement des Innern*

Bundesrätin Dreifuss wandte sich wiederholt schriftlich an die Projektleitung, erstmals am 25. Mai 1998, um die Arbeiten der Tarifpartner voranzutreiben, zu zugesandten Unterlagen Stellung zu nehmen, oder Sitzungsergebnisse zu bestätigen. Im Rahmen dieser Schreiben forderte sie die Projektleitung mehrmals dazu auf, die Verhandlungen abzuschliessen und TARMED einzuführen, ansonsten sie einen Amtstarif verordnen werde (z.B. Schreiben vom 25.5.1998, 23.12.1999, 20.6.2000). Diese Schreiben wurden zum Teil in der *Ärztzeitung* veröffentlicht und von FMH-Präsident Brunner kommentiert.

Am 23. November 1998 erfolgte erstmals eine Aussprache zwischen Ruth Dreifuss und der FMH, am 8. Januar 1999 fand eine erste Sitzung zwischen der Bundesrätin und der gesamten Projektleitung statt, an welcher auch der Preisüberwacher und die SDK vertreten waren. An diversen weiteren gemeinsamen Treffen auf Einladung der Bundesrätin (14.4.1999, 6.10.1999, 1.5.2000, 27.3.2000, 6.9.2001) wurden nach Angaben des EDI-Generalsekretariats der Stand des Projekts, das weitere Vorgehen und teilweise Detailfragen erörtert.

Die Departementsvorsteherin erreichte durch ihre Vermittlung und Moderation mehrmals eine Deblockade des Verhandlungsprozesses zwischen den Tarifpartnern. Ihre Einflussnahme und das Setzen von Fristen übte einen Druck aus, der die Projektarbeiten in technischer Hinsicht beschleunigte. Die Tarifpartner hätten sich jedoch verschiedentlich konkretere materielle Vorgaben und eine stärkere politisch-inhaltliche Führung gewünscht.

Der Bundesrat hat sich im Parlament verschiedentlich zum TARMED geäußert. Zu nennen sind hier die Stellungnahme des Bundesrates vom 17. Februar 1999 zur Motion Berberat (98.3548) und die Antworten des Bundesrates vom 31. Mai 2000 auf die Interpellationen

Guisan (00.3074), Langenberger (00.3110) und Leuthard (00.3116) sowie vom 27. Juni 2001 auf die einfache Anfrage Berberat (01.1035). Bei diesen Gelegenheiten gab der Bundesrat jeweils Auskunft darüber, wie er den bisherigen Verlauf der TARMED-Verhandlungen einschätzt und wie er das weitere Vorgehen sieht. Einige dieser Stellungnahmen wurden von Ruth Dreifuss in Parlamentsdebatten konkretisiert, so im Ständerat am 7. Juni 2000 und im Nationalrat am 11. Juni 2001. Ihre Äusserung zum erwarteten durchschnittlichen Taxpunkt-wert in der Ständeratsdebatte erzeugte heftigen Protest seitens der Ärzteschaft. Es wurde ihr Voreingenommenheit und die Vorwegnahme eines Verhandlungsergebnisses vorgeworfen, aber auch ein ordnungspolitisches Vergehen, weil der Bundesrat Entscheidungsinstanz bei Tarifbeschwerden ist (vgl. "Der Bund" vom 16.6.2000). Das Missbehagen der Ärzte hatte auf den Prozessverlauf insgesamt zwar keinen entscheidenden Einfluss, führte jedoch zu einer Verzögerung im Entscheidungsprozess.

### *b) Bundesamt für Sozialversicherung*

Die Aktivitäten des BSV bestehen seit 1998 in der fachlichen Begleitung des TARMED-Prozesses. Es prüft die beim Bund eingegangenen Unterlagen zur Tarifstruktur auf ihre Sachge-rechtigkeit und Kostenwirkungen zuhanden des Bundesrates und bereitet dessen Interven-tionen vor, wird jedoch nicht von sich aus aktiv. Seine Vertreter sind jeweils an den Gesprä-chen zwischen Bundesrätin Dreifuss und der Projektleitung beteiligt. Auf informeller Ebene versucht BSV-Vizedirektor Britt, Druck auf die Tarifpartner auszuüben, um die Verhandlun-gen zu Ende zu bringen und unterstützt dabei EDI-Vorsteherin Dreifuss.

### *c) Preisüberwachung*

Die Preisüberwachung hat bisher am konkretesten und als einzige Bundesstelle materiell und direkt in den TARMED-Prozess eingegriffen. Aufgrund ihrer Position im Verfahren hat sie diverse Stellungnahmen zu Teilprojekten der Tarifrevision abgegeben und in ihren Empfeh-lungen meist die Anpassung von einzelnen Tarifpositionen oder von Eckparametern der Ta-rifstruktur gefordert. Diese Interventionen datieren vom 5. Februar 1998 (Stellungnahme zur Arbeitszeiterhebung in der Arztpraxis; auf Anfrage GRAT), 31. März 1999 (Studie mit umfas-senden Empfehlungen), 10. und 31. August 1999 (Ergänzungen zur März-Studie) sowie vom 28. August 2000 (Stellungnahme zuhanden des Bundesrates zur Genehmigung der Version Alpha 3.0). Die Empfehlungen zielen in der Regel darauf ab, Anreize zur Anhebung der Ärz-teeinkommen zu korrigieren und dadurch Kostensteigerungen zu vermeiden. Deshalb ist primär die Ärzteschaft davon betroffen, die sich in ihren Reaktionen entsprechend kritisch äussert (vgl. SÄZ 1999/31). Gemäss den vorliegenden Quellen wurden die Empfehlungen der Preisüberwachung jeweils "teilweise" übernommen. In den Verhandlungen mit den Tarif-

partnern wurden die kritisierten Werte grösstenteils korrigiert, wobei meistens Kompromisslösungen zwischen den Forderungen der Ärzte und den Empfehlungen des Preisüberwachers gefunden wurden (vgl. SÄZ 1999/41).

### *d) Bundesamt für Justiz*

Die laufenden Aktivitäten des Bundesamtes für Justiz haben bisher zu keinen nennenswerten Interventionen in den TARMED-Prozess geführt und auch keine Reaktionen seitens der Tarifpartner ausgelöst.

### *e) Bundesrat*

Der Gesamtbundesrat hat am 18. September 2000 eine Version (Alpha 3.0) der Tarifstruktur genehmigt und den Einführungszeitpunkt vom Vorliegen eines Vertrags über die kostenneutrale Einführung zwischen den Tarifpartnern abhängig gemacht. Dieser muss vorab vom Bundesrat genehmigt werden (Medienmitteilung des EDI vom 18. September 2000). Die Genehmigung war von den Tarifpartnern am 30. Juni 2000 beantragt und am 28. August 2000 vom Preisüberwacher empfohlen worden. Bei den Tarifpartnern hatte der Genehmigungsentscheid nur geringe Reaktionen zur Folge. Sie bezeichneten die dem Bund unterbreitete Version als nicht einführungstauglich. Inzwischen wurden rund 95% der gegen 4500 Tarifpositionen wieder überarbeitet und dem Bundesrat die Änderungen zur Genehmigung vorgelegt. Immer noch ausstehend sind die Rahmenverträge zur kostenneutralen Einführung. Der bundesrätliche Genehmigungsentscheid hat insofern keine konkreten Auswirkungen gezeigt.

Wie sind die Strategien und Tätigkeiten des Bundes zur Einflussnahme auf TARMED vor dem Hintergrund des Kostendämpfungsziels im KVG zu beurteilen?

Im Grundsatz bezweckt TARMED eine höhere Transparenz bei der Verrechnung ärztlicher Leistungen und dadurch eine bessere Kostenkontrolle, was letztlich zur Kostendämpfung beitragen soll. Da der Bund aufgrund der Tarifautonomie kaum materielle Einflussmöglichkeiten auf die Ausgestaltung von TARMED hat und primär über die Setzung von Rahmenbedingungen zur Genehmigung sowie über die Überprüfung der Tarifstruktur in die Tarifbildung eingreifen kann (vgl. Schneider 2001), sind seine Möglichkeiten, auf die Kostenentwicklung einzuwirken, vergleichsweise beschränkt.

Trotz diesem engen Handlungsspielraum hat der Bund im bisherigen TARMED-Prozess versucht, über zwei Massnahmen die Einhaltung der von den Tarifpartnern ursprünglich vereinbarten Kostenneutralität beim Tarifumbau zu erreichen:

- Zum einen hat der Bundesrat die Genehmigung und Einführung von TARMED vom Vorliegen eines Kostenneutralitätskonzepts abhängig gemacht und verlangt von den Tarifpartnern, ihm eine entsprechende vertragliche Vereinbarung zu unterbreiten.
- Zum anderen hat der Preisüberwacher die Möglichkeit genutzt, bei der Überprüfung der Tarifstruktur materiell einzugreifen und die Korrektur kostentreibender Anreize und Mechanismen zu verlangen. Dies hat er in mehreren Stellungnahmen getan.

Da TARMED noch nicht angewandt wird, kann ein allfälliger Einfluss der Interventionen des Bundes auf die Kostenentwicklung im ambulanten Bereich nur prospektiv eingeschätzt werden. Zwar verfügen das BSV und die Preisüberwachung über Instrumente, um die Kostenwirkungen einer ihnen unterbreiteten Tarifstruktur abzuschätzen. Weil jedoch seitens des Bundes keine Daten vorhanden sind, welche Studien über die Auswirkungen der noch nicht verabschiedeten neuen Tarifstruktur ermöglichen würden und die Tarifpartner allfällig vorhandene Daten oder Studien nicht bekanntgeben, sind zur Zeit keine Aussagen über die künftige Kostenentwicklung möglich.

In der Mehrheit der Experteninterviews wurde die Zunahme der Versicherungskosten im ambulanten Bereich auf Mengenausweitungen in der Leistungserbringung zurückgeführt. Inwiefern es sich dabei um Vorholeffekte der Ärzte, welche dadurch die Berechnungsbasis der Kostenneutralität auszuweiten hoffen, um andere Kompensationseffekte oder um eine nachfragebedingte Entwicklung handelt, kann mangels detaillierter Datengrundlagen nicht eindeutig eruiert werden. Die Möglichkeit, dass die vom Bund unmissverständlich geforderte Einhaltung der Kostenneutralitätsvereinbarung Teile der Ärzteschaft zu antizipativen Mengenausweitungen veranlasst, kann aufgrund der vorliegenden Informationen aber zumindest nicht ausgeschlossen werden. In diesem Fall müsste die daraus resultierende Kostensteigerung als unintendierte Nebenwirkung des Vorgehens der Bundesakteure bezeichnet werden.

Die Tatsache, dass der Bund die Kostenneutralität als Genehmigungskriterium definiert und die Instrumente zu deren vorgängigen Einschätzung und nachträglichen Überprüfung erarbeitet hat, lässt allerdings zumindest erwarten, dass TARMED die angestrebte Kostentransparenz herzustellen vermag, und dass die Tarifrevision zu einer Dämpfung des Kostenanstiegs im ambulanten Bereich führen wird. Für korrigierende Eingriffe zur Kostenkontrolle fehlen bisher jedoch noch die Konzepte, welche nach Ansicht des Bundes von den Tarifpartnern zu erarbeiten und nach wie vor heftig umstritten sind. Auf die Regelung der Tarifierfassung mittels einer Verordnung hat der Bund bisher verzichtet.

Ein Einfluss des Bundes auf die Kostenentwicklung besteht insofern weniger in materieller als vielmehr in zeitlicher Hinsicht: je später TARMED in Kraft tritt, desto weiter verzögert sich seine kostendämpfende Wirkung. Mit der Verfügung einer Tarifstruktur und der Verordnung von Grundsätzen der Tarifgestaltung und –anpassung durch den Bund hätte der Prozess der Tarifrevision möglicherweise beschleunigt werden können. Allerdings würden diese Massnahmen die Umsetzung und Anwendung von TARMED noch nicht garantieren, weil dazu der Abschluss von Rahmenverträgen zwischen den Tarifpartnern und die Aushandlung kantonaler Taxpunktwerte nötig sind. Diese Prozesse kann der Bund aufgrund seines engen Handlungsspielraums und mangels entsprechender Instrumente praktisch nicht beeinflussen.



## 7 Schlussfolgerungen

Das Schlusskapitel versucht die Frage nach dem Zielerreichungsgrad der Bundesbehörden hinsichtlich der Einführung von TARMED zu beantworten. Dabei interessiert insbesondere, ob der Bund seinen rechtlichen und politischen Handlungsspielraum im Rahmen des KVG genutzt hat, ob seine gewählte Strategie kohärent gewesen ist und was sie zur Erreichung der angestrebten Ziele beigetragen hat. Die Einflussnahme der Bundesakteure soll überdies auch in Zusammenhang mit dem Ziel der Kostendämpfung im Gesundheitswesen gestellt werden.

Hat der Bund seine mit dem KVG neu gewonnenen Kompetenzen vollständig genutzt?
--

Als zentrales Ergebnis der Untersuchung kann festgehalten werden, dass der Bund die ihm durch das neue KVG übertragenen Kompetenzen zum grössten Teil, allerdings nicht vollständig genutzt hat. Ein Vergleich der formellen Interventionsmöglichkeiten mit den effektiv erfolgten Aktivitäten weist darauf hin, dass der Bund zwei im KVG vorgesehene Handlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft hat, mittels derer er den Abschluss der Tarifrevision möglicherweise hätte beschleunigen können:

- Erstens hat der Bundesrat bis zum jetzigen Zeitpunkt seine subsidiäre Handlungspflicht nicht beansprucht, eine Tarifstruktur zu verfügen, wenn sich die Tarifpartner nicht einigen können (Art. 43 Abs. 5 KVG). Obwohl dieser Schritt von der zuständigen Bundesrätin Ruth Dreifuss mehrmals angekündigt wurde, hat sie bisher davon abgesehen, von dieser Kompetenz Gebrauch zu machen und einen Amtstarif zu verfügen. Für diesen Verzicht werden vor allem zwei Gründe geltend gemacht: Zum einen sieht der Bundesrat seine Aufgabe mit der Genehmigung der Tarifstruktur Version Alpha 3.0 im September 2000 als formal weitgehend erfüllt. Aus seiner Sicht liegt damit ein Verhandlungsergebnis vor, zu dessen Umsetzung lediglich noch die dazu notwendigen Rahmenverträge zwischen den Tarifpartnern abgeschlossen und die kantonalen Tarifverträge ausgehandelt werden müssen. Zum anderen lässt sich mit Bezugnahme auf das vorherrschende Vertragsprinzip argumentieren, dass ein Amtstarif erst dann verfügt werden soll, wenn die Tarifpartner selber beschlossen hätten, die Verhandlungen als gescheitert zu erklären. Dies ist bisher nicht erfolgt. Die Tarifstruktur wird laufend überarbeitet und die zur Einführung notwendigen Rahmenverträge zwischen den Tarifpartnern sind noch Gegenstand laufender Verhandlung.
- Zweitens hat der Bundesrat auf die in Art. 43 Abs. 7 KVG vorgesehene Möglichkeit verzichtet, Grundsätze für die Tarifgestaltung (wirtschaftliche Bemessung, sachgerechte Struktur) und –anpassung auf dem Verordnungsweg aufzustellen. Dies würde ihm zu-

mindest eine indirekte Einflussnahme auf das Verhandlungsergebnis erlauben, obwohl er materiell nicht an den Vertragsverhandlungen beteiligt ist. Der Bundesrat hat aber bis zum heutigen Zeitpunkt auf die Ausübung dieser hierarchischen Weisungsbefugnis verzichtet.<sup>17</sup> Der Grund für diesen Steuerungsverzicht liegt zur Hauptsache darin, dass die wesentlichen Ziele des Tarifumbaus von den Tarifpartnern bereits vertraglich festgehalten worden sind und der Bund keine neuen Grundsätze definiert hat. Wirtschaftlichkeit und Sachgerechtigkeit der Struktur sind zudem an anderer Stelle im KVG (z.B. Art. 43 Abs. 4) bereits als Kriterien vorgegeben und werden von den Bundesbehörden vor der Genehmigung überprüft, weshalb sie den Erlass einer Verordnung als nicht notwendig betrachten.

Eine weitere indirekte Einflussmöglichkeit des Bundes würde zudem darin bestehen, dass der Bundesrat im Falle von Beschwerden gegen Anpassungen der bisher geltenden kantonalen Taxpunktwerte Druck aufsetzen und allfällige geforderte Tariferhöhungen ablehnen könnte, bis TARMED in Kraft ist. Dieses Instrument konnte jedoch bis jetzt nicht zum Zug kommen, weil keine entsprechenden Beschwerden erhoben worden sind.

Abschliessend stellt sich die Frage, ob der Gesetzgeber dem Bund einen ausreichenden Handlungsspielraum vorgegeben hat, oder ob er ihn allenfalls erweitern müsste. Das Grundproblem liegt darin, dass der Bund nur über geringe Kompetenzen verfügt und auf die Vertragsverhandlungen zwischen den Tarifpartnern keinen direkten Einfluss nehmen kann. Insgesamt ist der Handlungsspielraum des Bundes aufgrund der institutionellen Rahmenbedingungen eng und beschränkt sich im Wesentlichen (mit Ausnahme der Kompetenzen der Preisüberwachung) auf die Prozessbegleitung. Zwar hat der Bundesrat die Kompetenz, subsidiär eine Tarifstruktur zu verfügen, aber damit ist deren Umsetzung noch nicht gewährleistet, weil dazu erst Rahmenverträge zwischen den Tarifpartnern abgeschlossen und dann auf kantonaler Ebene die Taxpunktwerte ausgehandelt werden müssen. Dem Bund stehen damit keine direkten Eingriffsmöglichkeiten zur Verfügung, um die Vertragsverhandlungen voranzutreiben oder die Kantone zur Umsetzung der Tarifstruktur zu drängen.

---

<sup>17</sup> Der Bundesrat hat Art. 43 Abs. 7 KVG bisher einmal angewendet, als er auf dessen Basis Rahmentarife für die Krankenpflege erlassen hat (vgl. AS 1997 2436 und Art. 9a der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) vom 29. September 1995 (832.112.31)).

Ist die Strategie des Bundes insgesamt kohärent oder bestehen offensichtliche Zieldivergenzen innerhalb der Bundesverwaltung? Welches sind die Wirkungen der Strategie des Bundes aus der Sicht der am Prozess beteiligten Tarifpartner?

Insgesamt kann die Koordination unter den Bundesakteuren innerhalb des gegebenen Rahmens als angemessen und widerspruchsfrei bezeichnet werden. Obwohl die Interventionen des Bundesakteure in materieller Hinsicht primär nur auf administrativer Stufe koordiniert wurden, sind keine offensichtlichen Zieldivergenzen zwischen den einzelnen beteiligten Stellen des Bundes festzustellen. Der Informationsaustausch zwischen den Bundesstellen kann als ausreichend bezeichnet werden und hat auch dazu beigetragen, dass der Bund von den Tarifpartnern als kompetenter Akteur wahrgenommen wurde.

Zwar ist das EDI das federführende Departement und die Projektarbeiten werden durch seine Vorsteherin begleitet, trotzdem nimmt es aber seitens des Bundes keine eigentliche Führungsrolle im Prozess ein. Es existiert im Weiteren auch keine spezielle Projektorganisation. Entsprechend werden die TARMED-bezogenen Aktivitäten der Bundesstellen nicht zentral koordiniert. Die Arbeitsteilung folgt primär den durch den Gesetzgeber unterschiedlich festgelegten Aufgaben und Funktionen der einzelnen Bundesstellen. Auch ohne einer eigenständigen und koordinierenden Projektorganisation besteht hingegen zwischen dem EDI-Generalsekretariat und dem BSV ein regelmässiger Informationsaustausch im Rahmen der üblichen Treffen. Insbesondere vor Besprechungen mit den Tarifpartnern findet zwischen diesen beiden Bundesstellen ein reger und gut funktionierender Informationsaustausch statt. Seitens des Bundes wird insbesondere darauf geachtet, sich in materiellen Fragen auf eine gemeinsame Haltung zu einigen, um als einheitlicher Akteur aufzutreten. Diese Abstimmung wird ausdrücklich gesucht, wobei allerdings auf Wahrung der Unabhängigkeit der einzelnen Akteure geachtet wird. Absprachen erfolgen damit primär in materieller Hinsicht auf administrativer Ebene, während strategisch-politische Koordinationsbemühungen nicht festzustellen sind.

Das Fehlen von strategischer Koordination führt jedoch nicht zu Inkohärenz oder zu einer Schwächung der Position des Bundes. Da die Bundesstellen in erster Linie als Genehmigungsbehörde und Prozessbegleiter fungieren und nicht als Verhandlungspartner auftreten, können sie sich bei ihren Interventionen auf die vorgegebenen gesetzlichen Grundlagen stützen und sind von der Notwendigkeit, strategische Kohärenz herzustellen, weitgehend befreit. Das BSV steht dabei direkt unter der strategischen Führung von EDI-Vorsteherin Ruth Dreifuss, während die Preisüberwachung und das Bundesamt für Justiz bereits aufgrund ihrer besonderen Funktion unabhängig von anderen Verwaltungsstellen agieren.

Die Stärken der Strategie des Bundes im TARMED-Prozess liegt aus der Sicht der Beteiligten im fortlaufenden Monitoring und einer aktiven Vermittlungstätigkeit unter persönlichem Einsatz der Departementsvorsteherin, die über den gesetzlichen Auftrag hinausging. Grundsätzlich wird den Bundesakteuren eine hohe Fachkompetenz zur Beurteilung der komplexen Materie attestiert, was wiederum ihre Position stärkte. Kritisiert wird von der Ärzteschaft allerdings, dass der Preisüberwacher eine rein betriebswirtschaftliche Sicht einnehme und Empfehlungen abgebe, die in der Praxis nicht zu erfüllen seien. Der wiederholt auferlegte Termindruck und die Drohungen mit der Einführung eines Amtstarif führten im Weiteren zumindest zu Beginn des Prozesses zu einer gewissen Beschleunigung des Tarifumbaus.

Schwachpunkte der Strategie des Bundes zeigen sich hingegen darin, dass seine Träger die Mechanik, Komplexität und Tragweite der Tarifstruktur unterschätzt haben und aus der Sicht der Tarifpartner die Fristen zur Einführung von TARMED bzw. zum Abschluss von Teilprojekten deshalb zu knapp angesetzt worden seien. Der Zeitdruck habe den Prozess zwar vorangetrieben, gleichzeitig jedoch zu Fehlern in der Tarifmechanik und zu einem zunehmenden Unmut bei Teilen der Tarifpartner geführt. Darüber hinaus hat die wiederholte Drohung, beim Verstreichen der festgelegten Fristen einen Amtstarif zu verfügen, im Verlaufe des Prozesses stark an Wirkung verloren. Der mehrfache folgenlose Gebrauch dieses Druckmittels hat die Glaubwürdigkeit von Bundesrätin Dreifuss im Laufe der Zeit in Mitleidenchaft gezogen.

Während der Bund den Tarifpartnern auf der einen Seite klare zeitliche Fristen gesetzt hat, hat er auf der anderen Seite darauf verzichtet, für die Einführung von TARMED konkrete materielle Zielsetzungen und präzise Umsetzungsmodalitäten vorzugeben, an denen sich die Verhandlungspartner hätten orientieren können. Nach Meinung einzelner Vertragsparteien hätte eine entsprechende Verordnung die Erwartungsunsicherheit reduziert und das damit verbundene Konfliktpotenzial verringert. Auch wenn TARMED auf dem Vertragsprinzip erarbeitet wird, hätte der Bund über die Möglichkeit verfügt, durch den Erlass von Grundsätzen die rechtlichen und administrativen Rahmenbedingungen zu präzisieren und dadurch den Einigungsprozess zu beschleunigen. Aus Sicht der Ärzteschaft fehlt bis heute eine gesetzliche Grundlage für die Festlegung und Steuerung einer kostenneutralen TARMED-Einführung.<sup>18</sup> Wie die Auseinandersetzung um die kostenneutrale Umsetzung des neuen Tarifs zeigt, erwarten die Tarifpartner vom Bund diesbezüglich konkrete Aktivitäten.

---

<sup>18</sup> So wird von der FMH bestritten, dass im KVG die Kostenneutralität gesetzlich abgestützt ist. Entsprechend fordert die Ärzteschaft die Bereitstellung der notwendigen gesetzlichen Grundlagen für die Handhabung und Umsetzung der Kostenneutralität (SÄZ 2001/82: Supplement 5a).

Schliesslich macht das hohe persönliche Engagement der Departementsvorsteherin als neutrale Prozessvermittlerin die im KVG angelegte Problematik der unterschiedlichen Rollen des Bundesrates als Genehmigungsorgan und spätere Beschwerdeinstanz besonders deutlich. Wie schwierig die Mehrfachfunktionen des Bundesrates gleichzeitig zu erfüllen sind, zeigte sich insbesondere bei öffentlichen Stellungnahmen der Departementsvorsteherin im Parlament. So führte ihre Äusserung im Ständerat in der Sommersession 2000 über einen möglichen durchschnittlichen Taxpunktwert nicht nur zu einem vorübergehenden Stillstand der Verhandlungen, sondern vor allem auch zum Vorwurf der Befangenheit als zukünftige Entscheidungsinstanz und zu einem Glaubwürdigkeitsverlust bei einem Teil der Tarifpartner.

Es ist davon auszugehen, dass sich der Rollenkonflikt des Bundesrates im Verlaufe des weiteren Prozesses zusätzlich verschärfen wird, da das Gesamtgremium nicht nur Genehmigungs- sondern auch Beschwerdeinstanz in Tariffragen ist (Art. 53 KVG). Sollte gegen die kantonal abgeschlossenen Tarifverträge oder gegen die Tarifverfügung einer Kantonsregierung zu einem späteren Zeitpunkt Beschwerde erhoben werden, entscheidet der Bundesrat darüber. Weil ihm dadurch faktisch die Möglichkeit der Tariffestsetzung gegeben ist, erachten es zumindest die Tarifpartner als problematisch, wenn der Bundesrat seine Vorstellungen über die Höhe der kantonalen Taxpunktwerte bekannt gibt, bevor die Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern begonnen haben. Diese doppelte Funktion stattet den Bundesrat mit einer besonderen Machtfülle im Vollzug aus, gefährdet aber den Einigungsprozess zwischen den Tarifpartnern, weil TARMED als Nullsummenspiel konzipiert ist und die Verlierer sich der behördlichen Autorität ausgeliefert und ihres Einflusses beraubt fühlen. Sie machen geltend, aufgrund der vorliegenden Zuständigkeiten nehme der Bundesrat die kantonalen Tarifverhandlungen vorweg und schränke ihre Tarifautonomie ein. Mit einer Änderung des Beschwerdeverfahrens gemäss Art. 53 KVG im Sinne einer Übertragung dieser Entscheidungsbefugnis von der Exekutive auf die Judikative könnte diesem Umstand Rechnung getragen werden.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> In der Botschaft zur Totalrevision der Bundesrechtspflege ist bereits vorgesehen, die Beschwerde an den Bundesrat – insbesondere gegen Entscheide von Kantonsregierungen im Bereich der Krankenversicherung – weitgehend abzuschaffen und die Rechtsprechungskompetenz dem neu zu bildenden Bundesverwaltungsgericht zu übertragen (Pressemitteilung des EJPD vom 1. März 2001).

Ist die Strategie des Bundes geeignet, Kostendämpfung zu erzielen oder provoziert sie statt dessen Kostenverlagerungen?

Der Bund sieht in TARMED ein Instrument zur Kostenkontrolle und dadurch auch zur Kostendämpfung. Es waren bisher vor allem zwei Träger des Bundes, die mit ihren Instrumenten Einfluss genommen haben, um eine Kostensteigerung als Folge des Tarifumbaus zu verhindern:

- Zum einen weist das EDI die Tarifpartner bei den gemeinsamen Informationstreffen regelmässig darauf hin, dass es die Kostenneutralität als wesentliche Voraussetzung zur Genehmigung und Einführung der Tarifstruktur betrachtet. Der Bundesrat macht beides vom Vorliegen eines Kostenneutralitätskonzepts abhängig und verlangt von den Tarifpartnern, ihm eine entsprechende vertragliche Vereinbarung zu unterbreiten. Hätte der Bund nicht konstant auf die kostenneutrale Umsetzung bestanden, wäre der Tarifumbau wohl zwar längst abgeschlossen, hätte aber massive Kostensteigerungen zur Folge gehabt. Die vom Bundesrat anlässlich der Genehmigung der Tarifstruktur Alpha 3.0 verlangte Zusatzvereinbarung zur Kostenneutralität stellt einen wichtigen Grund für die anhaltende Verzögerung der Tarifrevision dar, war aber einer der wenigen Interventionsmöglichkeiten des Bundes, die Tarifpartner zur Einhaltung des gesteckten Ziels eines kostenneutralen Tarifumbaus anzuhalten.
- Zum anderen ist die Kostenkontrolle insbesondere ein Kernanliegen des Preisüberwachers in seinen Interventionen zum TARMED. In seiner Stellungnahme zur Tarifstruktur vom März 1999 bemängelte er neben der Überbewertung von massgebenden Eckparametern (Referenzeinkommen, Jahresarbeitszeit), es seien verschiedene Anreize zur Mengenausweitung in der Tarifstruktur enthalten. Er legte Wert darauf, dass diese Anreize in der Tarifstruktur selber korrigiert würden, und nicht nach der Einführung über eine Anpassung der Taxpunktweite. Die Preisüberwachung wurde ausserdem bereits im Laufe der Projektarbeiten konsultiert und tauschte sich mit den Tarifpartnern über Instrumente und Berechnungsmethoden zur Kontrolle der Kostenentwicklung aus. Seine Empfehlungen, tarifrelevante Eckwerte anzupassen, um Kostensteigerungen zu vermeiden und die Struktur so zu überarbeiten, dass allfällige Korrekturen nicht über den kantonalen Taxpunktweite erfolgen müssen, sind wichtige Elemente in der zentralen Frage der Kostenneutralität. Mit der Preisüberwachung verfügt der Bund über ein zwar umstrittenes, aber wirkungsvolles Instrument, das ihm eine frühzeitige Einflussnahme ermöglicht. Die Pflicht, dieses Verwaltungsorgan auch bei der Genehmigung kantonalen Tarifverträge anzuhören, setzt die Tarifpartner ausserdem zusätzlich unter Druck. Laut eigenen Aussagen der Preisüberwachung konnten durch die bisherigen Eingriffe in die

Tarifmechanik eine Kostensteigerung in der Grössenordnung von 1 Milliarde Franken pro Jahr verhindert werden (Jung 2001: 77).

Kann TARMED wie vorgesehen kostenneutral eingeführt werden, ist davon auszugehen, dass seine Anwendung mittelfristig zu einer Kostenanstiegsdämpfung führen wird, zumal seitens der Bundesbehörden Instrumente zur Beobachtung und Überprüfung der Kostenentwicklung erarbeitet wurden.

Die Auflage der Kostenneutralität und die damit verbundene Notwendigkeit zur Einkommensumverteilung innerhalb der Ärzteschaft stellen jedoch einen Faktor dar, der zu unerwünschten Nebenwirkungen der Tarifrevision führt. Sie behindert nicht nur den Abschluss der Projektarbeiten, sondern dürfte auch ein Grund für eine Mengenausweitung in der ärztlichen Leistungserbringung sein. Für die Vermutung, Teile der Ärzteschaft versuche mittels derartiger Vorholeffekte die zu erwartenden Einkommensverluste zu kompensieren, lassen sich plausible Gründe anführen. Diese Ausweichreaktionen und die ebenfalls mit der umstrittenen Kostenneutralitätsvereinbarung zusammenhängende anhaltende Verzögerung des Projektabschlusses verhindern bisher eine Kostendämpfung per Tarifrevision und sind möglicherweise zumindest teilweise Ursache der weiteren Kostensteigerung.

Zusammenfassend hat der Bund die bereits von den Tarifpartnern vereinbarte Kostenneutralität als notwendige Bedingung zur Genehmigung des Tarifumbaus erklärt und deren Einhaltung wiederholt eingefordert, jedoch mit Ausnahme der Interventionen des Preisüberwachers und der Informationstätigkeit des Bundesamts für Justiz keine materiellen Beiträge dafür geleistet, dass dieses Kriterium erfüllt wird. Der Bund erwartet von den Tarifpartnern die Ausarbeitung eines Umsetzungskonzepts und unterstützt sie dabei mit Informationen über die gesetzlichen Rahmenbedingungen, stellt selber jedoch weder Instrumente zur Verfügung noch erlässt er inhaltliche Vorgaben. Dieses Vorgehen lässt sich zum einen anhand des Vertragsprinzips erklären: Da die Tarifautonomie bei den Tarifpartnern liegt, haben sie einen kostenneutral umsetzbaren Tarif und die Regelung seiner Anpassungsmodalitäten auszuhandeln. Die Bundes- bzw. Kantonsbehörden werden erst subsidiär, d.h. bei Scheitern dieser Verhandlungen aktiv. Zum anderen entspricht die Haltung des Bundes auch einem politischen Kalkül: Durch eigenes Erarbeiten des Kostenneutralitätskonzepts werden die Tarifpartner gleichzeitig zu dessen Einhaltung verpflichtet. Würde der Bund die Vorgaben machen, wäre deren Akzeptanz kaum gewährleistet.

## **Liste der durchgeführten Expertengespräche**

### **Persönliche Interviews**

#### *Bundesverwaltung*

Pascal Coullery, Generalsekretariat EDI, Fachreferent Soziales/Persönlicher Mitarbeiter von Ruth Dreifuss, 14. August 2001 (schriftliche Ergänzungen vom 28. August 2001, telefonische Ergänzungen vom 18. Oktober 2001).

Rafael Corazza, Stephan Burri und Manuel Jung, EVD, Preisüberwachung, 21. August 2001.

Sandra Schneider, BSV, Chefin Sektion Tarife und Leistungserbringer, 22. August 2001 (telefonische Ergänzungen am 1. und 17. Oktober 2001).

Fritz Britt, Vizedirektor BSV, Chef Abteilung Leistungen und Tarife KUV, 11. Oktober 2001.

#### *Tarifpartner*

François-Xavier Deschenaux, Generalsekretär FMH, 31. August 2001.

Ludwig Bapst, Delegationsleiter santésuisse (Mitglied der TARMED-Projektleitung), 3. Oktober 2001.

### **Telefonische Interviews**

Annamaria Müller-Imboden, Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (Mitglied der TARMED-Projektleitung bis 31. August 2001), 29. August 2001.

Andreas Weissenburger, Sekretär der TARMED-Projektleitung, 24. September 2001.

Niculo Wieser, Bundesamt für Justiz, Abteilung für Beschwerden an den Bundesrat, 4. Oktober 2001.



## Bibliographie

- ANNEE POLITIQUE SUISSE (1992): *Schweizerische Politik im Jahre 1992*. Bern: Institut für Politikwissenschaft der Universität Bern.
- BUNDESAMT FÜR SOZIALVERSICHERUNG (BSV) (2000): *Statistik über die Krankenversicherung*. Bern: BSV.
- BUNDESAMT FÜR SOZIALVERSICHERUNG (BSV) (2001): *"TarMed – eine (un)endliche Geschichte?"*, Statuspapier vom April 2001. Bern.
- BUNDESRAT (1991): *Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991*. Bern: EDMZ.
- HUBER, Hugo (2000): "Indexzahlen zur Entwicklung der Arzt-, Medikamenten- und Spitalkosten". In: GREPPI Spartaco et al.: *Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit*. Forschungsbericht Nr. 5/00. Bern: BSV; Anhang A.
- INFRAS (2000): *Auswirkungen des KVG im Tarifbereich*. Forschungsbericht Nr. 7/00. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- JUNG, Manuel (2001): "Rolle und Einfluss der Preisüberwachung bei Gesundheitspreisen". In: *Soziale Sicherheit* 2/2001: 76-77.
- KNOEPFEL, Peter und BUSSMANN, Werner (1997): "Die öffentliche Politik als Evaluationsobjekt". In: Werner BUSSMANN, Ulrich KLÖTI und Peter KNOEPFEL (Hg.): *Einführung in die Politikevaluation*. Basel/Frankfurt a.M.: Helbing & Lichtenhahn.
- MÜLLER IMBODEN, Annamaria (2001): "Die Einführung des TarMed für die Vergütung von Pflichtleistungen der Krankenversicherung. Gesetzliche Rahmenbedingungen und ihre Konsequenzen". In: *Schweizerische Ärztezeitung* 82, Nr. 18: 911-914.
- PREISÜBERWACHER (1999): "Jahresbericht des Preisüberwachers". In: *Recht und Politik des Wettbewerbs (RPW)* 1999/5: 701-751.
- RÜEFLI, Christian und VATTER, Adrian (2001). *Die Determinanten der unterschiedlichen Gesundheitsausgaben in den Kantonen*. Forschungsbericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG (im Erscheinen). Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- SAGER, Fritz und RÜEFLI, Christian (2001). *Auswirkungen der Aufnahme präventivmedizinischer Leistungen in den Pflichtkatalog*. Forschungsbericht 10/01. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.

SCHNEIDER, Sandra (2001): "Tarifbildung im schweizerischen Gesundheitswesen". In: *Soziale Sicherheit* 2/2001: 56-60.

WEISSENBURGER, Andreas (2001): "Der neue Arzttarif TARMED". In: *Soziale Sicherheit* 2/2001: 61-62.

## **Quellendokumente**

Amtliche Sammlung des Bundesrechts (AS)

Parlamentarische Debatten, Interpellationsantworten des Bundesrats – [www.parlament.ch](http://www.parlament.ch)

SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG (SÄZ). Diverse Ausgaben – [www.saez.ch](http://www.saez.ch) und  
[www.fmh.ch](http://www.fmh.ch)

SCHWEIZERISCHE SANITÄTSDIREKTORENKONFERENZ (SDK): Informationsschreiben  
an die Kantone und weitere Dokumente – [www.sdk-cds.ch](http://www.sdk-cds.ch)