

Tarifstrukturen, Tarifverträge und Kostenneutralität im KVG

Hp. Kuhn, stv. Generalsekretär der FMH

Was ist Inhalt der Tarifstruktur, und was ist im Tarifvertrag selbst zu regeln? Von wem ist der Tarifvertrag abzuschliessen? Was kann und soll Kostenneutralität im Licht des KVG bedeuten und in wessen Zuständigkeit fällt diese Frage? Die Antworten sind nach den allgemein anerkannten Auslegungsprinzipien sowohl im Wortlaut und in der Systematik des aktuellen Gesetzestextes wie auch in der Gesetzgebungsgeschichte (Expertenkommission Schoch, Botschaft des Bundesrates, parlamentarische Beratungen) zu suchen.

1. Tarifstruktur und Tarifvertrag

Geltendes Recht

Das KVG erlaubt die Wahl zwischen einem Numerus Clausus unterschiedlicher Tarifsyste-me: Zulässig sind Zeittarife, Einzelleistungstarife und Pauschaltarife (Art. 43 Abs. 2 lit. a-c KVG).

Der Einzelleistungstarif wird im Gesetz wie folgt definiert: Der Tarif kann namentlich «für die einzelnen Leistungen Taxpunkte festlegen und den Taxpunkt-wert bestimmen (Einzelleistungstarif)». (Art. 43 Abs. 2 lit. b KVG) «Einzelleistungstarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Können sich die Tarifpartner nicht einigen, so legt der Bundesrat diese Tarifstruktur fest.» (Art. 43 Abs. 5 KVG).

Einheitliche Tarifstruktur: Gesetzgebungsgeschichte
Die Expertenkommission Schoch hatte einen Artikel 31 (Festsetzung der Tarife) vorgeschlagen, dessen erste drei Absätze folgenden Wortlaut hatten:

¹ Für die Vergütung ambulanter Leistungen werden die Tarifstruktur und die Wertrelation der Leistungen auf gesamtschweizerischer Ebene festgelegt; dabei ist auf eine sachgerechte Struktur, eine betriebswirtschaftliche Bemessung und auf die Koordination mit den anderen Sozialversicherungen zu achten.

² Die gesamtschweizerisch repräsentativen Verbände der Versicherer und der Leistungserbringer treffen die nach Absatz 1 erforderlichen Vereinbarungen. Diese bedürfen der Genehmigung des Bundesrates. Kommt keine Vereinbarung zustande, legt der Bundesrat die Tarifstruktur fest.

³ Der Taxpunkt-wert für ausdrücklich ambulante Leistungen wird durch Tarifverträge nach Art. 32 und im vertragslosen Zustand nach Art. 35 und 36 festgelegt. (Revision der Krankenversicherung; Bericht und Entwurf der Expertenkommission Schoch vom 2. November 1990 [Sonderdruck], S. 119).

Im Bericht hat die Kommission diesen Vorschlag wie folgt begründet: «Beim Einzelleistungstarif wird jeder tarifierten Leistung eine bestimmte Anzahl Taxpunkte zugewiesen. Daraus ergibt sich der abstrakte Wert

Kn. Ende März hat der Preisüberwacher W. Marti zu den GRAT/INFRA-Tarifen Stellung genommen [1]. Am 14.4.1999 hat eine Besprechung der vier Partnerorganisationen FMH, H+, KSK und MTK mit Frau Bundespräsidentin R. Dreifuss hinsichtlich der Einführung der GRAT/INFRA-Tarife stattgefunden [2]. Per Ende Mai 1999 war ihr ein Konzept der Tarifpartner zum Thema Kostenneutralität vorzulegen [3]. Der FMH-Präsident hat in seinen Anmerkungen zum Konzept der TarMed-Projekt-leitung auf die unterschiedlichen Zuständigkeiten für Tarifstruktur (gesamtschweizerisch) und Tarifvertrag (kantonal möglich und von einigen Partnern gewollt) und auf die grundsätzliche Unvereinbarkeit zwischen Kostenneutralität und betriebswirtschaftlicher Tarifberechnung hingewiesen.

Der nebenstehende Beitrag untersucht die Fragen der Tarifstruktur, der Tarifverträge, der betriebswirtschaftlichen Tarifberechnung und das Verhältnis Globalbudget/Kostenneutralität aus rechtlicher Sicht.

jeder Leistung und die Wertrelation der Leistungen untereinander (sog. Tarifstruktur). Multipliziert man den Taxpunkt-wert mit der Anzahl Taxpunkte einer Leistung, so erhält man ihren konkreten Wert, den Preis. In der heutigen Ordnung werden Tarifstruktur und Taxpunkt-wert meist dezentral festgelegt, und zwar in der Regel auf kantonaler Ebene durch Verbandsverträge zwischen Leistungserbringern und Versicherern. Für den Taxpunkt-wert soll dies auch weiterhin so sein (Art. 31 Abs. 3). Die Tarifstrukturen sollen demgegenüber in Zukunft einheitlich auf gesamtschweizerischer Ebene festgelegt werden. Artikel 31 legt hierfür die Rahmenbedingungen fest.» (Bericht S. 60) Und weiter: «Die Festlegung der gesamtschweizerischen Tarifstrukturen für die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung soll grundsätzlich durch Verträge zwischen den Verbänden der Versicherer und der Leistungserbringer geschehen. Diese Verträge sind dem Bundesrat zur Genehmigung zu unterbreiten. Falls sich die Tarifpartner nicht einigen können, legt der Bundesrat die Tarifstruktur fest...» (Bericht S. 61) «Während die Tarifstrukturen auf gesamtschweizerischer Ebene festgesetzt werden, werden die Taxpunkt-werte für die Berechnung der Einzelleistungsvergütungen, die Pauschalen für die Vergütung der stationären Behandlung sowie allfällige andere Vergütungsmodi (Art. 31 Abs. 6) durch Tarifverträge zwischen einzelnen Versicherern und Leistungserbringern oder zwischen deren Verbänden festgelegt (Art. 32 Abs. 1).» (Bericht S. 61).

Wir stellen fest: Die Expertenkommission definiert die Einzelleistungstarifstruktur, schlägt ausdrücklich vor, dass sie der Genehmigung durch den Bundesrat bedürfen soll, und grenzt diese Tarifstruktur klar von den eigentlichen Tarifverträgen ab.

Die bundesrätliche Botschaft

Der Bundesrat hat in seiner Botschaft vom 6. November 1991 an der von der Kommission Schoch vor-

geschlagenen Gesetzessystematik für die Tarifrfrage festgehalten (Botschaft über die Revision der Krankenversicherung, 6. November 1991, Bundesblatt Nr. 3, Band I, 28. Januar 1992, S. 93ff). Artikel 37 des KVG hätte gemäss bundesrätlicher Botschaft wie folgt gelaute:

¹ Der Tarif ist eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung; er kann namentlich: (lit. b) für die einzelnen Leistungen Taxpunkte festlegen und den Taxpunktwert bestimmen (Einzelleistungstarif).

² Tarife und Preise werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt. Einzelleistungstarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. (Botschaft S. 269)

Der Bundesrat begründet diese von ihm vorgeschlagene Regelung betreffend Einzelleistungstarifizierung wie folgt: «Heute steht bei den ambulanten Leistungen noch die Einzelleistungstarifizierung im Vordergrund. Dabei wird jeder tarifierten Leistung eine bestimmte Anzahl Taxpunkte zugewiesen. Daraus ergibt sich der abstrakte Wert jeder Leistung und die Wertrelation der Leistungen untereinander (sog. Tarifstruktur). Multipliziert man dann den (in Franken und Rappen definierten) Taxpunktwert mit der Anzahl Taxpunkte einer Leistung, so erhält man ihren konkreten Wert, den Preis.» (Botschaft S. 173). Der Bundesrat stellt dann fest, dass es wenig Sinn mache, die Wertrelationen weiterhin kantonale festzulegen: «Was die Tarifstruktur betrifft, ist es demnach angezeigt, diese auf gesamtschweizerischer Ebene einheitlich festzulegen, und zwar durch Vereinbarung zwischen den Tarifpartnern. Dieses Vorgehen ist denn auch in Abs. 4 zweiter Satz vorgesehen. Die Festlegung der Taxpunktwerte soll mit Rücksicht auf die regionalen Kostenunterschiede (Lohn- und Preisgefälle) dagegen weiterhin durch dezentrale Vereinbarungen erfolgen.»

Auffallend ist, dass der Bundesrat die Gesetzessystematik gemäss Entwurf der Expertenkommission beibehält, aber sowohl im Gesetzestext wie auch in den Erläuterungen die Genehmigung der Tarifstruktur durch den Bundesrat gestrichen hat.

Die Parlamentarische Beratung

In der Beratung im Ständerat wurde das Konzept des vorgeschlagenen Artikels 37 übernommen, der Frage der Einzelleistungstarife aber ein eigener Absatz gewidmet: «Einzelleistungstarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten, einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Können sich die Tarifpartner nicht einigen, legt der Bundesrat die Tarifstruktur fest.» (Amtliches Bulletin Ständerat, 17. Dezember 1992, S. 1310/11). Ständerat Huber hat als Berichterstatter diese Änderung wie folgt vorgestellt: «Dann haben wir bei Abs. 4 einerseits Ergänzungen vorgenommen. Wir haben andererseits den letzten Satz gemäss bundesrätlichem Entwurf gestrichen und haben statt dessen einen Abs. 4^{bis} (neu) eingefügt, wonach Einzelleistungstarife auf gesamtschweizerisch vereinbarter, einheitlicher Tarifstruktur beruhen müssen. Um keinen Irrtum aufkommen zu lassen: Wir sprechen hier von den Tarifstrukturen. Es ist aber ganz klar, dass der Taxpunktwert weiterhin kantonale unter den

**Tarifrecht nach KVG:
das Wichtigste auf einen Blick**

Tarifstruktur

Einzelleistungstarife müssen auf einer gesamtschweizerischen Tarifstruktur basieren. Tarifstruktur heisst gemäss KVG Leistungsdefinition (Nomenklatur) und relativer Wert (Taxpunkt). Die Tarifstruktur ist von den Tarifpartnern zu vereinbaren. Eine Genehmigung durch den Bundesrat ist im Gesetz nicht vorgesehen.

Tarifvertrag

Tarifverträge können von einzelnen Leistungserbringern und Versicherern oder von ihren Verbänden auf schweizerischer oder (u.a.) kantonaler Ebene vereinbart werden. Im Tarifvertrag sind der Taxpunktwert und die übrigen wichtigen Fragen der Zusammenarbeit zu regeln, die nicht bereits vom Gesetz vorgegeben sind (Rechnungsdetails, Zahlungsfristen, sofern gewünscht Begrenzungen der Leistungen bezüglich Indikation oder Limitation, usw.). Tarifverträge sind je nach Ebene von der Kantonsregierung oder vom Bundesrat zu genehmigen.

Sachgerechte Tarifstruktur, betriebswirtschaftliche Bemessung

Diese Begriffe wurden im Lauf der Gesetzgebung nicht ausführlich definiert. Für die Rechtsanwendung ist deshalb vom üblichen Sprachgebrauch auszugehen, der etwa wie folgt zusammengefasst werden kann: Betriebswirtschaftliche Bemessung bedeutet, dass die bei vernünftiger Praxisführung und vernünftig ausgelasteter Praxis anfallenden Infrastrukturkosten massgebend sind. Sachgerechte Struktur bedeutet zunächst einmal, dass die einzelnen Leistungen sowohl bezüglich eingerechneter Infrastrukturkosten wie bezüglich Unternehmerlohn untereinander in einem vernünftigen Gleichgewicht sein sollen.

Partnern ausgehandelt werden kann und nicht etwa eidgenössisch über den gleichen Kamm geschoren werden muss.» (Amtliches Bulletin Ständerat, 17. Dezember 1992, S. 1310). Nach diesem Votum passierte die von der Kommission vorgeschlagene Ergänzung ohne Diskussion. Nicht diskutiert hat der Ständerat die Frage der bundesrätlichen Genehmigung der Tarifstruktur. Niemand wollte somit die von der Kommission Schoch vorgesehene, aber vom Bundesrat in der Botschaft gestrichene Genehmigung der Tarifstruktur wieder einführen.

Im Nationalrat wurde im Zusammenhang mit Art. 37 ausschliesslich der Einbezug der Patientenorganisationen diskutiert; Fragen der Tarifsystematik und Tarifgenehmigung waren kein Thema (Amtliches Bulletin Nationalrat, 6. Oktober 1993, S. 1859). Demzufolge blieb in der Differenzbereinigung nur der Beizug der Patientenorganisationen zu klären (Amtliches Bulletin Ständerat, 15. Dezember 1993, S. 1072, 7. März 1994, S. 91–93; Amtliches Bulletin Nationalrat, 28. Februar 1994, S. 21).

Die Gesetzgebungsgeschichte zum Tarifvertrag

Das KVG definiert in Artikel 46, dass Parteien eines Tarifvertrages

¹ ... einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände andererseits [sind].

² Ist ein Verband Vertragspartei, so ist der Tarifvertrag für die Mitglieder des Verbandes nur verbindlich, wenn sie dem Vertrag beigetreten sind.

⁴ Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, 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 in Einklang steht.

Wie ist die Gesetzgebungsgeschichte dieser Bestimmung verlaufen? Die Expertenkommission Schoch hatte vorgeschlagen, dass der Tarifvertrag «zwischen Versicherern oder deren Verbände einerseits und Leistungserbringern oder deren Verbände andererseits abzuschliessen» sei (Art. 32 Abs. 1): Eine andere Wortwahl, aber derselbe Sinn. Anders wäre aber die Bedeutung eines Verbandsvertrages gewesen: «Ist ein Verband Vertragspartei, so ist der Tarifvertrag für seine Mitglied verbindlich. Ausgenommen sind Mitglieder, die durch eine Erklärung gegenüber einer von der Kantonsregierung bezeichneten Stelle jeder Behandlung im Rahmen dieses Gesetzes ablehnen;» (Art. 32 Abs. 5). Gemäss Entwurf Schoch hätte die Genehmigungsbehörde «als einzige Instanz» geprüft und entschieden, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht. Vorbehalten blieb aber dennoch die Beschwerde an den Bundesrat (Art. 32 Abs. 4).

Die bundesrätliche Botschaft

Der Bundesrat hat in seiner Botschaft ans Parlament in Art. 39 Abs. 1 wörtlich diejenige Formulierung zur Definition der Parteien eines Tarifvertrages vorgeschlagen, die heute geltendes Gesetz ist. Wortgleich hat das Parlament ebenfalls den bundesrätlichen Vorschlag zu Art. 39 Abs. 2 (Nichtverbindlichkeit für Mitglieder, Beitrittsrechte Nichtmitglieder) sowie die Bestimmung in Abs. 3 über die Genehmigung des Tarifvertrages durch die Kantonsregierung bzw., wenn der Vertrag in der ganzen Schweiz gelten soll, den Bundesrat übernommen. Der Bundesrat zeichnet in den Erläuterungen der Botschaft ein positives Bild von Verbandsverträgen. «In der heutigen Praxis überwiegen die Verbandsverträge auf Kantonsebene. Sie werden vermutlich auch weiterhin in der Praxis eine wichtige Rolle spielen. Hiergegen ist unseres Erachtens prinzipiell auch nichts einzuwenden. Verbandsverträge erlauben ja eine durchaus wünschenswerte Konzentrierung, Harmonisierung und Rationalisierung im Tarifwesen. Ausserdem werden sie in der Regel von ungefähr gleich gewichtigen Partnern ausgehandelt. Dies erhöht die Chance einer weitgehenden Ausgewogenheit ihres Inhaltes.» «Aus den erwähnten Überlegungen kann sogar der Abschluss von Verbandstarifverträgen auf gesamtschweizerischen Ebene wünschbar sein ... steht die Vorlage im übrigen solchen gesamtschweizerischen Verträgen durchaus

Globalbudget, Kostenneutralität und Tarifstopp

Ein ambulantes Globalbudget ist weder im geltenden KVG noch in der hängigen Teilrevision vorgesehen. Der Begriff einer (wie auch immer zu definierenden) Kostenneutralität kommt im KVG nicht vor.

Die Tarifgenehmigungsbehörde (je nachdem Kantonsregierung oder Bundesrat) kann als ausserordentliche Massnahme einen Tarifstopp verfügen, wenn die Teuerung im betreffenden Medizinbereich mehr als das Doppelte über der allgemeinen Teuerung liegt. Die parlamentarischen Beratungen 1991–1994 zu diesem Artikel sind wenig ergiebig. Die aktuelle parlamentarische Diskussion rund um das abgelehnte ambulante Globalbudget ist wesentlich differenzierter und deshalb für die zeitgemässe Interpretation dieser Gesetzesbestimmung heranzuziehen: Bekämpfung der schwarzen Schafe; Diskussion auch über den Leistungskatalog und über die Anspruchshaltung der Patientinnen und Patienten, etc.

Rechtsgleichheit

Das Gleichbehandlungsgebot ist in der revidierten Bundesverfassung ausdrücklich festgehalten. Es bedeutet, dass Gleiches gleich und Ungleiches nach Massgabe der Ungleichheit verschieden zu behandeln ist. Im öffentlichen Recht bedeutet dieser Grundsatz, dass Lohn- oder Einkommensdifferenzen (von Angestellten der öffentlichen Verwaltung oder von Leistungserbringern der Sozialversicherung) nach den anerkannten Grundsätzen der Arbeitsplatzbewertung (also v. a. Qualifikation, Verantwortung, Belastung) begründet sein müssen. Bundesrätliche Tarifgenehmigungen für andere Leistungserbringerkategorien (z. B. Zahnärzte) sind im Rahmen der Rechtsgleichheit verbindliche Ausgangsbasis für die Einführung der Arzttarife.

positiv gegenüber. Sie befürwortet in Art. 37 Abs. 6 denn auch ausdrücklich die Harmonisierung und die Koordination mit den Tarifordnungen der anderen Sozialversicherungen. Sie verordnet jedoch nicht den Gleichschritt, sondern lässt den Tarifpartnern die Freiheit, den bestmöglichen Rahmen für ihre Tarifordnungen weitgehend selber abzustecken. Es steht somit das Prinzip der Vertragsfreiheit im Vordergrund, auf welches in vielen Vernehmlassungen grosser Wert gelegt wurde.» (Botschaft, Bundesblatt Nr. 3 I, 28. Januar 1992, S. 178f.). Anders als die Kommission Schoch wollte der Bundesrat jedoch abweichende Vereinbarungen ermöglichen, denn «die Vertragsfreiheit soll den Tarifpartnern die Möglichkeit eröffnen, wo dies angezeigt und wirksam ist, mit dem Mittel der Harmonisierung und der Koordination zur Kosteneindämmung beizutragen; dort, wo sich Differenzierungen und Wettbewerb als geeigneter hierfür erweisen, sollen sie diesen Weg wählen und beide Vorgehensweisen optimal miteinander kombinieren können.» (Botschaft a.a.O. S. 179).

Die parlamentarische Beratung

Der Ständerat hat die Frage, auf welcher Ebene denn Verbandsverträge wünschbar seien, etwas anders als der Bundesrat gesehen. Prägend für die Ständeratsdebatte blieb das Votum von Ständerat Huber als Kommissionssprecher: «Um keinen Irrtum aufkommen zu lassen, wir sprechen hier von den Tarifstrukturen. Es ist aber ganz klar, dass der Taxpunktwert weiterhin kantonale unter den Partnern ausgehandelt werden kann und nicht etwa eidgenössisch über den gleichen Kamm geschoren werden muss.» (Amtliches Bulletin Ständerat, 17. Dezember 1992, S. 1310).

Der Nationalrat diskutierte diese Frage im Zusammenhang mit Art. 37 nicht, sondern konzentrierte sich auf die Rolle der Patientenorganisationen (Amtliches Bulletin Nationalrat, 6. Oktober 1993, S. 1858–1860). Aufgrund des Berichtes der Kartellkommission fügte der Nationalrat hingegen die im heutigen Gesetzestext in Art. 46 Abs. 3 lit. a–d erwähnten Verbote von wettbewerbsverhindernden Regelungen ein. Bezüglich der schweizerischen oder kantonalen Ebene für die nach wie vor grundsätzlich wünschenswerte Verbandsverträge wurde dabei nichts diskutiert; die Abstimmung im Nationalrat erfolgte direkt nach den Voten der Kommissionssprecher Nationalrätin Segmüller und Nationalrat Philipona (Amtliches Bulletin Nationalrat, 6. Oktober 1993, S. 1860/61).

Zusammenfassung

- Der Gesetzgeber verlangt für Einzelleistungstarife im neuen KVG eine gesamtschweizerische einheitliche Tarifstruktur. Dazu gehört ausschliesslich die Bezeichnung der Leistung und die Zuteilung eines Taxpunktes, also der Wertrelation.
- Der Begriff der «Kostenneutralität» wird im Zusammenhang mit einheitlichen Tarifstrukturen weder im Gesetz erwähnt, noch im Bericht der Expertenkommission Schoch, in der bundesrätlichen Botschaft oder den parlamentarischen Beratungen. Es gibt keinerlei Anhaltspunkte in der Gesetzgebungsgeschichte, dass die vom KVG verlangte einheitliche Tarifstruktur etwas anderes bzw. mehr sein soll, als die Bezeichnungen der Leistungen (Leistungsnomenklatur) und die Zuweisung eines relativen Wertes (Taxpunktzahl) zu jeder Leistung. Gesetzeswortlaut, systematische Stellung des Art. 43 Abs. 5 sowie die Gesetzgebungsgeschichte definieren die gesamtschweizerisch zu vereinbarende einheitliche Tarifstruktur somit sozusagen als Halbfabrikat eines Tarifes, dessen sich die Tarifpartner (auf welcher Ebene auch immer) bedienen müssen, wenn sie einen Einzelleistungstarifvertrag abschliessen wollen.
- Die von der Expertenkommission Schoch noch vorgeschlagene Tarifstrukturgenehmigung durch den Bundesrat wurde vom Bundesrat in der Botschaft fallengelassen und vom Parlament nicht wieder eingeführt.
- Verbandsverträge sollen die Regel bleiben, aber nicht Ausschliesslichkeit beanspruchen.

- Die Vertragspartner sind frei, ob sie Verbandstarifverträge auf schweizerischer oder tieferer (vor allem kantonaler) Ebene abschliessen wollen. Die bundesrätlichen Präferenzen Richtung schweizerischer Verträge wurden im Ständerat korrigiert und im Nationalrat nicht besprochen.

2. Globalbudget, Tarifstopp und Kostenneutralität

Der geltende Gesetzestext sieht kein ambulantes Globalbudget vor. Ein solches wird auch nicht mit der aktuellen Teilrevision des KVG eingeführt werden, nachdem sowohl Ständerat wie Nationalrat in den Monaten März und April 1999 den entsprechenden bundesrätlichen Revisionsvorschlag abgelehnt haben. Hingegen kann die für die Tarifvertragsgenehmigung zuständige Behörde (also je nach Tarifvertrag die Kantonsregierung oder der Bundesrat) gemäss Art. 55 KVG als ausserordentliche Massnahme anordnen, dass die Tarife oder die Preise für sämtliche oder bestimmte Leistungen nicht erhöht werden dürfen, wenn die «durchschnittlichen Kosten je versicherte Person und Jahr in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für ambulante oder stationäre Behandlung doppelt so stark an[steigen], wie die allgemeine Preis- und Lohnentwicklung ...»

Weil sowohl Globalbudgetierung, Tarifstopp und sogenannte Kostenneutralität im Zusammenhang mit der Gesundheitskostenentwicklung stehen, ist zu prüfen, wie aufgrund von Gesetzestext, Gesetzesystematik und Gesetzgebungsgeschichte mit der aktuellen Frage nach Kostenneutralität umgegangen werden soll.

Aktuelles Gesetz und Gesetzgebungsgeschichte bis 1994

Die Expertenkommission Schoch schlug in einem Art. 38 die Möglichkeit einer Globalbudgetierung als Instrument ausschliesslich für die Kantonsregierung und beschränkt auf die Finanzierung der Spitäler und der Pflegeheime vor. Die Botschaft des Bundesrates sah hingegen die Möglichkeit einer Globalbudgetierung durch den Bundesrat «für einzelne oder alle Kategorien von Leistungserbringern» als «ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung der Kostenentwicklung» vor (Botschaft Art. 46 Abs. 1). Die Bundesratszuständigkeit für eine Globalbudgetierung für alle Leistungserbringer wurde vom Ständerat nach längerer Diskussion mit 35 zu 2 Stimmen abgelehnt zugunsten der Möglichkeit einer kantonalen Globalbudgetierung mit Beschränkung auf Spital und Pflegeheime (Amtliches Bulletin Ständerat, 17. Dezember 1992, S. 1318–1322). Auch der Nationalrat lehnte die bundesrätliche Globalbudgetierungsmöglichkeit für alle Leistungserbringer ab und bevorzugte die kantonale Möglichkeit eines Globalbudgets, beschränkt auf Spitäler und Pflegeheime (Amtliches Bulletin Nationalrat, 6. Oktober 1993, S. 1864–1870). Aus der Ablehnung der Globalbudgetierungsmöglichkeit auf bundesrätlicher Ebene für alle Leistungserbringer-

kategorien ergibt sich, dass das Postulieren einer gesamtschweizerischen Kostenneutralität, sei es beschränkt auf den Zeitpunkt der Einführung einer neuen Tarifstruktur oder sei es dauerhaft, keine Stütze im Gesetz findet. Somit bleibt zu prüfen, was auf tieferer, konkret auf kantonaler, Ebene gelten soll. Im Zusammenhang mit der Ablehnung des schweizerischen Globalbudgets für alle Leistungserbringer hat der Ständerat ersatzweise in einem Art. 47 die Möglichkeit vorgeschlagen, dass die jeweilige Tarifgenehmigungsbehörde (also bei kantonalen Tarifverträgen die Kantonsregierung) unter dem Titel «Tariffestsetzung in ausserordentlichen Lagen» verordnen kann, dass die Tarife nicht erhöht werden dürfen, wenn die durchschnittlichen Kosten je Versicherten und Jahr in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für ambulante oder stationäre Behandlungen mindestens doppelt so stark ansteigen wie die allgemeine Preis- und Lohnentwicklung. Dieser Artikel mit seiner «Kann»-Formulierung wurde vom Ständerat mit 36 zu 2 Stimmen beschlossen und hat in der Folge die Differenzvereinbarung zwischen Ständerat und Nationalrat überstanden. Wie wurde diese Bestimmung in der parlamentarischen Beratung begründet? Ständerat Huber hielt als Kommissionsberichtersteller fest, dass die Kommission in ihrer Mehrheit mit dem Bundesrat einig war, «dass für ausserordentliche Lagen eindeutig ausserordentliche Massnahmen ins Gesetz gehören» (Amtliches Bulletin Ständerat, 17. Dezember 1992, S. 1318) und weiter: «Mit anderen Worten: Unser Ziel in der Kosteneindämmung ist es immer, die Schere zwischen den Gesundheitskosten und den Kosten der Preis- und Lohnentwicklung, diese auseinanderdriftenden Klängen zur Deckung zu bringen; dann glauben wir, das Sparziel erreicht zu haben. Wenn es aber so ist, dass Preise und Löhne tief unten bleiben und die Gesundheitskosten nach oben galoppieren, haben wir den Zustand, den wir nicht wollen; dann müssen wir mit ausserordentlichen Massnahmen eingreifen.» (Amtliches Bulletin Ständerat, 17. Dezember 1992, S. 1319)

Im Nationalrat wurde im Zusammenhang mit den Artikeln 46 und 47 lange um die Frage von Globalbudgetierung, Niederlassungsstopp und Tarifstopperungen. Dementsprechend vermischt war die Diskussion, die heute daraufhin zu untersuchen ist, wie der Tarifstopppartikel gemeint sei. Nationalrat Jöri erinnerte an den bei der Beratung der dringlichen Bundesbeschlüsse gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung verwendeten Ausdruck «Opfersymmetrie»: «Ich meine, dass alle Beteiligten im Dreiecksverhältnis Versicherte, Versicherer und Leistungsanbieter bei der Lösung dieses Schwerpunktproblems Kostendämpfung Haare lassen und im übergeordneten Interesse konsensfähig bleiben müssen.» Er setzte sich deshalb für Globalbudgets ein. (Amtliches Bulletin Nationalrat, 6. Oktober 1993, S. 1866)

Nationalrätin Heberlein erwähnte im Zusammenhang mit Globalbudgetierung die folgenden Probleme: «Die zuständigen Behörden könnten demnach nicht nur Tarife und Preise fixieren, sondern auch für all diese Kategorien pauschale Vergütungsvolumen

festlegen, wieviel zum Beispiel für Medikamente, für medizinische Hilfspersonen pro Jahr ausgegeben werden darf. Würde diese Summe überschritten, so würde im nächsten Jahr der Taxpunktwert entsprechend gekürzt. Wie soll in einem dringlichen Verfahren festgelegt werden, wie viele Leistungen im ambulanten Bereich erbracht werden dürfen? Wer legt den Versorgungsauftrag fest, wenn schon die ordentliche Globalbudgetierung für Spitäler Jahre dauert?» (Amtliches Bulletin Nationalrat, 6. Oktober 1993, S. 1867) Nationalrätin Segmüller erinnerte als Kommissionsberichterstellerin daran, dass die Entscheide in der Kommission zum Globalbudget immer nur mit einer Stimme Differenz gefällt wurden. Sie bevorzugte am Ende die Möglichkeit des Tarif- und Preisstopps (Amtliches Bulletin Nationalrat, 6. Oktober 1993, S. 1868/69).

Insgesamt ergibt die Gesetzgebungsgeschichte nicht viele Anhaltspunkte dazu, wann denn von der ausserordentlichen Lage auszugehen sei, in der die «Kann»-Formulierung des Tarifstopps nach dem Willen des Gesetzgebers eingesetzt werden sollte. Der aus den dringlichen Bundesbeschlüssen übernommene Gesetzesartikel wirft insbesondere deshalb interpretatorische Fragen auf, weil die Eingriffsmöglichkeit der Tarifgenehmigungsbehörde von einer direkten Proportion zwischen Teuerung im Gesundheitswesen und allgemeine Preis- und Lohnentwicklung abhängt. Würden die allgemeinen Preise und Löhne jährlich um 10% steigen, könnte die zuständige Regierung auf bei einer Teuerung von jährlich 19% im Gesundheitswesen noch nicht eingreifen – bei einer allgemeinen Entwicklung von Löhnen und Preisen von 0,5% würde aber bereits das Ansteigen der Gesundheitskosten um 1% einen Eingriff rechtfertigen. Der Gesetzesartikel ist damit logisch offensichtlich inkonsistent. Meines Erachtens ist deshalb die im Parlament 1999 wiederaufgenommene Diskussion um die Globalbudgetierung ebenfalls für die Interpretation des Artikels heranzuziehen:

Die KVG-Teilrevision 1999

In der ersten wesentlichen Teilrevision des KVG hat der Bundesrat in seiner Botschaft vom 21. September 1998 vorgeschlagen, in den Art. 51a und 54 KVG die Möglichkeit der kantonalen Globalbudgetierung für alle Kategorien von Leistungserbringern vorzusehen, und nicht nur für Spitäler und Pflegeheime.

Im Ständerat wurden der vom Bundesrat neu vorgeschlagene Art. 51a mit 29 zu 10 Stimmen und derjenige zu Art. 54 ohne Auszählung der Stimmen abgelehnt. Folgende Argumente führten im Ständerat zu dieser Ablehnung: Ständerätin Saudan stellte fest «que seul trois cantons étaient favorables au budget global en matière ambulatoire: Berne, Genève et Soleure ... que même la position du canton de Berne est pour le moins ambiguë» (Amtliches Bulletin Ständerat, 15. März 1999, S. 159). Ständerätin Simmen berichtete aus der Kommission, dass die Diskussion des Globalbudgets in eine zweite Etappe zu verweisen sei ... «in der Hoffnung, dass sich bis dahin die Datenlage soweit verbessert haben wird, dass man

überhaupt aufgrund von vernünftigen Angaben nach einer Lösung suchen kann.» (Amtliches Bulletin Ständerat, 15. März 1999, S. 160). Ständerat Schiesser erinnerte daran, dass das grösste Problem nach wie vor «der rasante Ausbau des Leistungskataloges in der sozialen Grundversicherung» darstelle (S. 161). Frau Bundespräsidentin Dreifuss antwortete Ständerätin Saudan, dass die Möglichkeit des Globalbudgets den Kantonen im Hinblick auf die Einführung von GRAT gegeben werden sollte: «... c'est la prise de conscience que l'introduction du GRAT – tarif médical à la prestation fondé sur une structure tarifaire convenue pour l'ensemble du pays – supposait une réflexion du type budget global puisque nous sommes d'accord que l'objectif de l'introduction du GRAT doit être de réorganiser le système de rémunération des médecins et de garantir la neutralité des coûts... Il ne suffit pas d'avoir approximativement réussi cette première échéance, il s'agit ensuite de garder le cap, de maintenir la possibilité d'un contrôle des quantités prescrites ou des quantités de prestations.» (Amtliches Bulletin Ständerat, 15. März 1999, S. 164). Diese Voten fielen in bereits in der Eintretungsdiskussion.

In der Detailberatung erinnert Ständerat Cottier als Berichterstatter der Kommission an die Ablehnung der Globalbudgetmöglichkeit durch die Mehrheit der Kantone und durch drei der vier Bundesratsparteien «...les conditions ne sont pas encore réalisées» ... «Lors de la consultation, le président de la FMH a déclaré – et là, la FMH a déjà fait und pas, un progrès par rapport à la consultation – que dans uns certain laps de temps, son association pourrait accepter le budget global sur une base volontaire par le dialogue, et non pas sous la contrainte.» (Amtliches Bulletin Ständerat, 15. März 1999, S. 166f.). Auch wegen der nicht nur positiven Erfahrungen in Kanada und Deutschland halte die Mehrheit der Kommission dafür «que le moment n'est pas venu d'introduire le budget global, même si les cantons seraient libres de l'adopter ou non.» (a.a.O. S. 167). Ständerätin Saudan erinnerte an die praktischen Probleme: Wenn sie sich als Genferin im Kanton Waadt behandeln liesse, würden die Kosten dieser Konsultation dem Genfer System belastet. Zudem könnten sich die Ärzte in der ganzen Schweiz niederlassen. «Cet exemple montre à quel pont on peut avoir un phénomène de vases communicantes. En l'état, je m'oppose à cette disposition parce qu'elle résulte d'une vue beaucoup trop partielle des choses.» (a.a.O. S. 168) Ständerat Rochat korrigierte das vom Kommissionssprecher gegebene Bild über die FMH-Haltung: «Lorsque la FMH dit oui au budget global, elle ne dit pas oui, elle dit que dans un système normal, dans le système actuel où des conventions sont passées correctement avec tous les partenaires, nous sommes dans une situation de budget global puisque, et les caisses-maladie, et les médecins, et les pharmaciens, et les physiothérapeutes discutent des montants à disposition. La FMH ne dit pas autre chose. Elle n'est pas favorable à une telle solution. Elle dit qu'elle appelle de ses vœux un système conventionnel dont un certain nombre de cantons se sont malheureusement écartés...» Ständerat

Rochat erinnerte ebenfalls an das Problem der interkantonalen Dependenz: «Car si un canton a un budget global pour les prestations ambulatoires et que le canton d'à côté ne l'a pas, il n'est pas besoin de faire un très grand dessin pour imaginer les transferts qui vont se produire...» (a.a.O. S. 169).

Die Globalbudgetfrage wurde auch im Nationalrat ausgiebig diskutiert. Da auch hier die Globalbudgetierung schliesslich mit 92 zu 73 Stimmen abgelehnt wurde, sind insbesondere die Voten der Globalbudgetgegner im Nationalrat von Bedeutung. Nationalrat Eymann hielt als Sprecher der SGK-Minderheit fest: «Die Einführung des Globalbudgets im ambulanten und teilstationären Bereich ist eine Ultima-ratio-Massnahme. Bevor man sich dazu entschliesst, sollten alle anderen Kostensenkungsmöglichkeiten ausgeschöpft werden. Die Informationen in der Botschaft und im Gesetzesentwurf sind mit Blick auf die enormen Auswirkungen auf die verschiedenen Leistungserbringer sehr dürftig... Gegen die Einführung eines Globalbudgets spricht die Tatsache, dass damit das Konsumverhalten mit Bezug auf Leistungen, welche von der Krankenversicherung bezahlt werden, nicht direkt beeinflusst werden kann... Auch bliebe diese radikale Instrument ohne Auswirkungen auf die Mengenausweitungen... Wir müssen die Diskussion über den Leistungskatalog und über die Anspruchshaltung der Patientinnen und Patienten führen» (Amtliches Bulletin Nationalrat, prov. Fassung, 23. April 1999, S. 19). Nationalrat Guisan wies darauf hin, dass ein Globalbudget entweder «trop large et inopérant ... ou bien ... trop étroit» sei. «Dans ce dernier cas, le plus probable, il ne permettra plus de s'adapter à la fois au progrès médical et à l'évolution démographique...» (a.a.O. S. 20). Nationalrat Hochreutener: «Die Abgrenzung von ambulanten und stationären ist heute im Wandel, sie ist fließend. Sie können sicher sein, dass es bei einem Globalbudget im ambulanten Bereich zu einer Verlagerung in den stationären Bereich kommen würde, der dann gesamtwirtschaftlich wiederum teurer zu stehen käme.» (a.a.O. S. 21). Aufschlussreich ist die Debatte zwischen Frau Bundespräsidentin Dreifuss und Nationalrat Guisan, weil hier erstmals im Parlament Globalbudgetfrage und Kostenneutralitätsfrage im Hinblick auf einen allfälligen Zusammenhang diskutiert wurden: Frau Bundespräsidentin sah das Globalbudget als wichtiges Instrument, um die Einführung von GRAT zu begleiten: «Nous aimerions que les cantons qui le souhaitent, les cantons qui s'y sont préparés, les cantons qui savent comment il pourront utiliser cet instrument, l'aient à disposition pour que la neutralité des coûts – car c'est aussi une notion de budget global et ça concerne exactement ce secteur ambulatoire – entre l'ancien et le nouveau tarif puisse non seulement être de la responsabilité des partenaires, mais puisse éventuellement être surveillée, accompagnée, influencée par l'autorité politique responsable de la politique de la santé et de l'évolution des coûts, c'est-à-dire les cantons. Voilà la raison pour laquelle nous le souhaitons pour le 1er janvier de l'an 2000.» (a.a.O. S. 23). Nationalrat Guisan entgegnete: «Est-ce que

vous pensez que la neutralité des coûts peut être respectée malgré le vieillissement de la population et les progrès de la technique médicale?» (a.a.O. S. 23). Frau Dreifuss antwortete (unmittelbar vor der Schlussabstimmung): «Par neutralité des coûts, j'entends que l'introduction du GRAT ne doit pas créer une augmentation des coûts liée au nouveau tarif... Par contre, quant au budget global dans l'évolution de la médecine ... je n'utiliserais pas forcément l'expression de «neutralité des coûts». Le budget global est un instrument pour responsabiliser l'ensemble d'une branche, celle des médecins, dans un objectif commun: éviter que les moutons noirs ... ne puissent se cacher derrière les blouses blanches...» (a.a.O. S. 23).

Diskussion

Im Vergleich zu der parlamentarischen Diskussion oder Jahre 1992–1994 zum Tarifstopppartikel (Art. 47) fällt auf, dass die Parlamentarier 1999 im Zusammenhang mit der Frage eines Globalbudgets auch für den ambulanten Bereich mit keinem Wort mehr auf die direkte Dreisatzproportion «allgemeine Entwicklung der Löhne und Preise» versus «Entwicklung der Gesundheitskosten» eingehen, sondern sich differenzierter mit der Frage auseinandersetzen, welches Gesundheitssystem bzw. welche Medizin im Rahmen der sozialen Krankenversicherung erwünscht sein soll. Die Hinweise auf die notwendige Diskussion über den Leistungskatalog und über die Anspruchshaltung der Patientinnen und Patienten und über Rationierungen (Ständerat Schiesser, Nationalräte Eymann und Guisan), über die Abgrenzungsfragen von ambulant und stationär (Ständerätin Saudan und Nationalrat Hochreutener) sowie die Aufforderung zur Bekämpfung schwarzer Schafe (Frau Bundespräsidentin Dreifuss) ergeben Anhaltspunkte dafür, nach welchen Kriterien die Kantone über Tarifgenehmigungen entscheiden bzw. vom Tarifstopppartikel Gebrauch machen sollen.

Die von Frau Bundespräsidentin Dreifuss in den letzten Monaten mit Nachdruck gewünschte Kostenneutralität für die Einführung der neuen Tarifstrukturen findet, wie die vorliegende Analyse zeigt, keine direkte Stütze im Gesetzestext oder in der Gesetzgebungsgeschichte. Frau Bundespräsidentin Dreifuss hat die Kostenneutralitätsüberlegungen sowohl im Ständerat wie im Nationalrat als Argument für die Einführung der kantonalen Globalbudgetmöglichkeit angeführt. Beide Kammern haben aber die Globalbudgetierung für den ambulanten Bereich in der Folge abgelehnt.

3. Kostenneutralität versus betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife und Rechtsgleichheit im Service public

Die Frage der Kostenneutralität kann nicht nur aufgrund der Globalbudgetdebatte und der Gesetzgebungsgeschichte zum Tarifstopppartikel analysiert werden. Zu berücksichtigen sind vielmehr auch die Kriterien der betriebswirtschaftlichen Bemessung und der Rechtsgleichheit im Service public.

Der geltende KVG-Gesetzestext verlangt in Art. 43 Abs. 4, dass bei der Festlegung der Tarife «auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten» ist. Dies hat bereits die Expertenkommission Schoch in ihrem Art. 31 so vorgeschlagen (Bericht S. 119). Der Bundesrat strich diesen Passus in Art. 37 der Botschaft (Bundesblatt Nr. 3 I, 28. Januar 1992, S. 269). Eingang in den heutigen Gesetzestext fand die Bestimmung aufgrund des Vorschlags der ständesrätlichen Kommission (Amtliches Bulletin Ständerat, 17. Dezember 1992, S. 1310). Die Bestimmung wurde weder im Ständeratsplenum noch im Nationalrat inhaltlich diskutiert. Auch die Expertenkommission Schoch hatte keine detaillierten Ausführungen dazu gemacht (Bericht S. 60). Auszugehen ist somit vom üblichen Sprachgebrauch dieser Begriffe, was bedeutet, dass die ökonomischen Realitäten einer vernünftig geführten Arztpraxis für die Bemessung der «Produktionskosten» massgeblich sein müssen. Doch wird eine betriebswirtschaftliche Bemessung und sachgerechte Struktur als gesetzliches Kriterium auch nicht ohne Auswirkungen bleiben können auf die Frage, wie der nach Abzug der Infrastrukturkosten verbleibende Unternehmerlohn, also das Arzteinkommen festgesetzt werden soll. Da die KVG-Tarife sich nicht auf dem freien Markt bilden können, ist die Hilfskonstruktion des sogenannten Referenzeinkommens nicht nur ein ökonomischer Kunstgriff, sondern gleichzeitig die wohl einzig korrekte Umsetzung des gesetzgeberischen Auftrages. Dies aus folgendem Grund: Das KVG beinhaltet ein Versicherungsobligatorium und will den Versicherten den Zugang zu einer adäquaten Behandlung sicherstellen. Behandlungen nach KVG finden somit nicht primär in der freien Marktwirtschaft statt, sondern sind im Ergebnis durchaus Teil des Service public. In dieser obligatorischen Sozialversicherung gilt aber der zentrale Grundsatz der Rechtsgleichheit in der Behandlung der betroffenen Leistungserbringer: Es wäre weder nach der Stossrichtung des KVG noch gemäss Art. 8 der revidierten Bundesverfassung (Rechtsgleichheit) vertretbar, dass Angehörige von Gesundheitsberufen für ihre Tätigkeit zugunsten KVG-versicherter Patienten nach Tarifen entschädigt werden dürften, die nicht nach den anerkannten Kriterien der Rechtsgleichheit untereinander in einem vernünftigen Gleichgewicht stehen. Somit sind die als Basis akzeptierten Referenzeinkommen der vom Bundesrat auf gesamtschweizerischer Ebene genehmigten Tarifverträge (beispielsweise für Zahnärzte und Ernährungsberaterinnen) im Rahmen des Rechtsgleichheitsgrundsatzes der verbindliche Ausgangspunkt für Tarifgenehmigungen bei anderen Gesundheitsberufen [4]. Egal, ob bei letzteren kantonale oder gesamtschweizerische Tarifverträge abgeschlossen werden: Das diesen Tarifen zugrundeliegende Referenzeinkommen muss Rechtsgleichheit mit den bereits bundesrätlich genehmigten Tarifen anderer Berufe herstellen. Unterschiede im als Basis genommenen Referenzeinkommen müssen nach den erwähnten Kriterien Qualifikation, Verantwortung und Bela-

stung [5] begründet sein. Konkret: Das vom Bundesrat beim Zahnärztetarif als Tarifbasis akzeptierte Referenzeinkommen beträgt rund Fr. 200 000.-. Qualifikation (Weiterbildungsdauer), Verantwortung und Belastung der Ärzte sind höher zu veranschlagen als bei Zahnärzten. Das für einen Ärztetarif anzustrebende Referenzeinkommen muss somit höher liegen als das zahnärztliche. Allfällige kantonale Unterschiede bei den Infrastrukturkosten können und sollen dabei berücksichtigt werden. Allerdings wissen wir, dass diese lediglich in einer engen Bandbreite von wenigen Prozenten differieren.

Der Preisüberwacher hat in seiner Stellungnahme zur Einführung der GRAT/INFRA-Tarife die zentrale Rolle des Rechtsgleichheitsgrundsatzes übersehen. Seine Analyse mag deshalb in verschiedenen Punkten bedenkenswert sein – bezüglich der übergeordneten Frage des im Tarif als Basis anzunehmenden Referenzeinkommens ist seine Stellungnahme jedoch rechtlich nicht haltbar.

Der Bundesrat hat in seinem Tariftscheid betreffend Ernährungsberatung im Kanton Tessin (RKUV 1/1999, S. 11, 24) unter Übernahme der entsprechenden Argumentation des Preisüberwachers ausgeführt, dass «(...) le spese causate agli assicuratori da questi fornitori di prestazione saranno verosimilmente di scarsa importanza (...)», so dass auch aus diesem Grund nichts gegen einen gesamtschweizerischen Tarifvertrag für diesen Gesundheitsberuf einzuwenden sei. Bezüglich der Frage, ob der Tarifvertrag (mit Taxpunktwert) schweizerisch oder kantonal abzuschliessen sei, ist dieses Argument unter Effizienzgesichtspunkten vertretbar. Die Berücksichtigung der Frage, ob die Angehörigen eines bestimmten Gesundheitsberufes für die Kosten der Sozialversicherung insgesamt eine grosse Rolle spielen oder nicht, dürfte jedoch keine Rolle spielen für die

Frage des im Tarifvertrag anzustrebenden Referenzeinkommens – denn damit würde der Grundsatz der Rechtsgleichheit verletzt.

Fazit: Der Rechtsgleichheitsgrundsatz ist für die Tariffestlegung im KVG anwendbar. Er bedeutet, dass Unterschiede in den als Basis anzunehmenden Referenzeinkommen verschiedener Gesundheitsberufe nach den anerkannten Kriterien der Arbeitsplatzbewertung gerechtfertigt sein müssen. Die vom Bundesrat gesamtschweizerisch genehmigten Tarifverträge von Gesundheitsberufen sind verbindliche Basis für kantonale Tarifgenehmigungen oder -festlegungen der übrigen Gesundheitsberufe.

Referenzen

- 1 Die Preisüberwachung zu den GRAT/INFRA-Tarifen. Schweiz. Ärztezeitung 1999;80(17):1027-35.
- 2 Brunner HH. In der Höhle der Löwin. Schweiz. Ärztezeitung 1999;80(17):1023-4.
- 3 TarMed: Konzept Kostenneutralität. Schweiz. Ärztezeitung 1999;80(24): Beilage.
- 4 Vgl. Georg Müller zu BV Art. 4; in: Kommentar zur Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, J.-F. Aubert et al (Hg.) Rz 37 «Auf der Begrenzung des Beurteilungsspielraums der rechtsanwendenden Behörden durch das Gleichbehandlungsgebot beruht die Wirkung von Präjudizien und die regelbildende Kraft des Richterrechts. Die Organe der Rechtsanwendung binden sich durch ihre Entscheidungen selbst; sie müssen deshalb auch immer auch erwägen, welche Folgen ihre Anordnungen für die Beurteilung künftiger, ähnlich gelagerter Fälle haben und wie sie sich auf die Praxis insgesamt auswirken werden.»
- 5 Vgl. etwa die Kriterien des Bundesgerichts zu kantonalen Besoldungseinstufungen in BGE 123 I 1 E.6.c. mit Verweisen.

La version française suivra