

Tarifverhandlungen im Schweizer Gesundheitswesen – Settings und Interaktionen

Jonas Willisegger, lic. rer. soc.

Hannes Blatter, lic. ès sc. pol.

Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR

Hochschule Luzern – Wirtschaft

CONCORDIA

CONCORDIA **research** –

eine Schriftenreihe der Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia – Nr. 2

Herausgeber

Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia
Bundesplatz 15
6002 Luzern

Hochschule Luzern – Wirtschaft
Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR
Zentralstrasse 9
6002 Luzern

© Copyright Hochschule Luzern – Wirtschaft, Luzern 2017
Abdruck – auch auszugsweise – ist unter Angabe der Quelle gestattet.
ISBN 978-3-906190-06-8

Diese Publikation entstand im Rahmen des Forschungs- und Beratungsschwerpunkts «Öffentliches Gesundheitsmanagement» des Instituts für Betriebs- und Regionalökonomie (IBR) an der Hochschule Luzern – Wirtschaft. Die Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia unterstützt die Forschung in diesem Themenbereich jährlich mit einem massgeblichen finanziellen Beitrag. Die vollständige Forschungs- und Publikationsfreiheit der Hochschule Luzern ist vertraglich vereinbart.

Im Rahmen der Publikationsreihe CONCORDIA research werden Erkenntnisse aus aktuellen Forschungsprojekten zusammengefasst und zur Diskussion gestellt. Die Publikationen richten sich an Akteure des Gesundheitswesens, der Politik, der Kranken- und Sozialversicherungen und eine interessierte Öffentlichkeit. Die inhaltliche Verantwortung für die Publikation liegt allein bei den Autoren. Die Interpretation der Forschungsergebnisse und der Schlussfolgerungen müssen sich nicht mit den Positionen der Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia decken.

Kontakt:

Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia:

Dr. Andreas Lauterburg, andreas.lauterburg@alavis.ch

Hochschule Luzern:

Oliver Kessler, oliver.kessler@hslu.ch

Dr. Matthias Wächter, matthias.waechter@hslu.ch

Autoren dieser Publikation:

Jonas Willisegger, jonas.willisegger@hslu.ch

Hannes Blatter, hannes.blatter@hslu.ch

Zitiervorschlag:

Willisegger, Jonas; Blatter, Hannes (2017). Tarifverhandlungen im Schweizer Gesundheitswesen – Settings und Interaktionen. Luzern: Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia.

Vorwort

Preis, Qualität und Menge sind auch im Gesundheitswesen wichtige Bestimmungsgrößen bei der Beurteilung der Ergebnisse der politischen und wirtschaftlichen Rahmenordnung. Theoretisch bilden sich in rein marktwirtschaftlichen Systemen die Preise in einem Wechselspiel zwischen institutionellen Rahmenbedingungen und individuellen Austauschbeziehungen heraus. Qualitätsunterschiede können sich in einer Preisdifferenzierung niederschlagen und das Verhältnis von Angebot und Nachfrage hat einen starken Einfluss auf die Preise. Doch welchen Regeln folgt die Preis- bzw. Tarifbildung im schweizerischen Gesundheitswesen und dessen Modell des regulierten Wettbewerbs?

Im Bereich der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung wurde die Bildung der Tarife (Preise) unter klaren regulatorischen Vorgaben an die Leistungserbringer und die Kranken- und Unfallversicherungen delegiert und damit auf eine Verhandlungsebene verlagert. Die den Tarifpartnern zugestandene Autonomie umfasst sowohl die Aushandlung der Tarifstrukturen als auch der Tariffhöhe. Im Zentrum der von den Gesetzgebern angestrebten Wettbewerbsmechanismen stehen damit Verhandlungen.

In der jüngeren Vergangenheit ist wiederholt ein Scheitern von zentralen Tarifverhandlungen zu verzeichnen. So befindet sich die Weiterentwicklung des Tarifs für die ambulanten medizinischen Leistungen (Tarmed) in einem von allen Seiten anerkannten Reformstau. Dieser hat den Bundesrat veranlasst, mehrfach seine subsidiäre Rolle wahrzunehmen und in die Tarifstruktur einzugreifen. Im Spitalbereich griffen in verschiedenen Kantonen die Regierungsräte mit der Festlegung provisorischer Tarife ebenfalls in den Tarifbildungsprozess ein. Klärungsprozesse wurden teilweise von den Verhandlungstischen in die Gerichtssäle verlagert. Blockaden in der Weiterentwicklung der Tarifstrukturen und der Tariffindung schlagen sich letztlich auch in Fehlanreizen nieder, die zu Über-, Unter- oder Fehlversorgung führen.

Vor diesem Hintergrund richten die Autoren dieser Publikation den Fokus ihrer Forschungsarbeit auf die Ebene der konkreten Verhandlungssettings und -interaktionen als Grundmechanismen der Preis- und Qualitätssteuerung im schweizerischen Gesundheitswesen. In einem interdisziplinären Ansatz untersuchen sie unter Einbezug der Literatur zur Verhandlungsforschung und von Interviews mit den zentralen Stakeholdern die heutige Ausgangssituation der Tarifverhandlungen. Diese stellen sie einem Kriterienkatalog für optimierte Verhandlungssettings und -prozesse gegenüber und leiten daraus Empfehlungen zuhanden der Tarifpartner und Politik ab.

Mit diesem Beitrag auf der **Verhandlungsebene** vertiefen die Autoren ihre Überlegungen zu einem besseren Verständnis des schweizerischen Modells des regulierten Wettbewerbs. Ihre Analysen und Empfehlungen auf der **Systemebene** wurden Ende 2016 im ersten Band der Reihe Concordia research publiziert. Die Autoren zeigen, dass auf beiden Ebenen die Treiber einer positiven Dynamik und Verhandlungsführung gestärkt sowie Hemmnisse und Hindernisse abgebaut werden müssen. Wir hoffen, mit diesen Erkenntnissen im Rahmen des Forschungs- und Beratungsschwerpunktes «Öffentliches Gesundheitsmanagement» zur Weiterentwicklung des schweizerischen Modells in Richtung eines effektiven Preis- und Qualitätswettbewerbs beizutragen und freuen uns auf Ihre Überlegungen.

Luzern, im August 2017

Dr. Andreas Lauterburg
Präsident des Stiftungsrates, Stiftung Kranken- und
Unfallkasse Konkordia

Oliver Kessler und Dr. Matthias Wächter
Co-Leiter Forschungs- und Beratungsschwerpunkt
«Öffentliches Gesundheitsmanagement»

Management Summary

In wettbewerbsorientierten Rahmenordnungen kommt der Preisrespektive der Tariffbildung eine zentrale Rolle zu. Im schweizerischen Gesundheitswesen wird die Bildung der Tarife medizinischer Leistungen nach klaren regulatorischen Vorgaben an die Leistungserbringer und Krankenkassen delegiert. Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) enthält Vorschriften für die Tariffestsetzung und lässt Kollektivverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Einkaufsgemeinschaften der Krankenversicherer explizit zu. Damit stellt sich die Frage, ob im Bereich der medizinischen Grundversicherung tatsächlich von einem – wenn auch regulierten – Wettbewerb die Rede sein kann, ob sich Marktmechanismen in den gegebenen Akteurskonstellationen effektiv entfalten können und inwiefern hier auch Qualitätsaspekte zum Tragen kommen.

Der von der Stiftung Konkordia mitfinanzierte Forschungsschwerpunkt «Öffentliches Gesundheitsmanagement» (ÖGM) am Institut für Betriebs- und Regionalökonomie (IBR) der Hochschule Luzern – Wirtschaft misst der Weiterentwicklung des schweizerischen Modells des regulierten Wettbewerbs eine hohe Bedeutung zu. Im Rahmen von internen Vorstudien sowie einer Studie im Auftrag des Schweizerischen Versicherungsverbandes (SVV) wurde der Bedeutung der Tarifverhandlungen als Bindeglied zwischen dem Leistungserbringer- und dem Versicherermarkt nachgegangen. Im Zentrum standen die übergeordneten Fragen, wie und in welcher Intensität der auf dem Versicherermarkt bestehende Wettbewerbsdruck über die Tarifverhandlungen auf den Leistungserbringermarkt übertragen wird und wie es um die Ausgangslage für einen sinnvollen regulatorischen Rahmen zur angestrebten Stärkung dieses Wettbewerbs steht.

Ausgehend von dieser übergeordneten Perspektive liegt der Fokus des vorliegenden Beitrags auf den konkreten Verhandlungssituationen im ambulanten medizinischen (praxis- und spitalambulant) sowie stationären (Akutsomatik) Bereich der obligatorischen

Krankenpflegeversicherung. Während in der ersten Ausgabe der Schriftenreihe CONCORDIA research¹ auf die Rahmenbedingungen und systembedingten Anreize des Preis- und Qualitätswettbewerbs im Schweizer Gesundheitswesen eingegangen wurde, werden nun die ÖGM-Forschungsergebnisse zur Fragestellung vorgestellt, wie die Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern auf Struktur- und Preisebene konkret ablaufen und inwiefern grundlegende Bedingungen für funktionierende Verhandlungssituationen überhaupt erfüllt sind. Damit soll der Brennpunkt der im Gesundheitswesen diskutierten und zum Teil angestrebten Wettbewerbsmechanismen – nämlich der Verhandlungstisch zwischen den Finanzierern und Erbringern medizinischer Leistungen – einer systematischen Untersuchung unterzogen werden.

Angesichts der zentralen Rolle der Tarife und der von den Tarifstrukturen ausgehenden Anreize im Schweizer Gesundheitswesen lohnt sich ein vertiefter Einblick in die konkreten Verhandlungssettings und Interaktionen. Dazu wird auf der Basis einschlägiger Literatur zur Verhandlungsforschung ein Kriterienkatalog für optimale Vertragsverhandlungen abgeleitet. Dieser stellt den Soll-Zustand dar, mit welchem die Ist-Situation der Interaktionen zwischen den Tarifpartnern – also den Versicherern und den medizinischen Leistungserbringern – auf den Ebenen der Tarifstruktur- und Preisverhandlungen untersucht werden kann. Im Fokus stehen dabei zusammenfassend folgende Phasen und Elemente optimaler Verhandlungssettings (in Anlehnung an Gulliver 1979):

¹ Willisegger, Jonas; Blatter, Hannes (2016). *Preis- und Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen – Rahmenbedingungen und Anreize*. Luzern: Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia.

1.) Verhandlungsagenda und Definition der Verhandlungspunkte

- Verhandeln über das Verhandeln: Im Vorfeld der Verhandlungen kann über die Rahmenbedingungen (Verhandlungsort, Agenda, Verhandlungspunkte etc.) verhandelt werden und es herrscht nicht reine Routine.
- Beteiligte Akteure: Die Zusammensetzung der beteiligten Akteure ist fundiert und breit abgestützt. Auf der persönlichen Ebene ist die Stimmung positiv.
- Vorbereitungsphase: Die Verhandlungspartner bereiten sich bewusst auf den Verhandlungsprozess vor, indem sie nicht nur Zielgrößen und Verhandlungsspielräume festlegen, sondern sich auch mit der Perspektive der Gegenseite auseinandersetzen.

2.) Exploration des Feldes, Expression von Differenzen

- Koordination des Verhandlungsprozesses: Der Verhandlungsprozess ist für innovative Elemente genügend flexibel gestaltet, wird aber gleichzeitig bewusst koordiniert.
- Ergebnisorientierung: Die Verhandlungspartner orientieren sich an einem «optimalen»² Verhandlungsergebnis und haben bezüglich Einigungszone realistische Erwartungen.
- Verhandlungsdimensionen: Es wird auf verschiedenen Ebenen (Dimensionen) «integrativ» verhandelt, so dass Win-Win-Situationen möglich sind.
- Subjektive und objektive Bewertung von Optionen: Es existieren anerkannte (objektive) Kriterien zur Bewertung von Verhandlungsoptionen.

3.) Einengung der Unterschiede, Einigung

- «Wartedilemma»: Im Verhandlungsprozess haben alle Parteien die gleiche Dringlichkeit, eine Einigung zu erreichen.
- Machtverhältnis: Im Verhandlungsprozess ist die Macht, das Verhandlungsergebnis zu beeinflussen, gleichmässig auf alle Parteien verteilt.
- Nicht-Einigung: Die allfällige Uneinigkeit bezüglich einzelner Verhandlungsgegenstände wird gegenseitig anerkannt und führt nicht zum Verhandlungsabbruch («agree to disagree»).

² In diesem Projekt wird unter «optimalen» Tarifverhandlungen im Gesundheitswesen verstanden, dass die Parteien sich konstruktiv auf ein Verhandlungsergebnis einigen können und dadurch ihre Tarifautonomie behalten.

Der Vergleich des Ist-Zustandes der Verhandlungssituationen im Schweizer Gesundheitswesen mit der Soll-Beschreibung lässt sich mit folgenden Thesen zusammenfassen:

- Die Spielräume in den verschiedenen Verhandlungssettings variieren sehr stark und reichen von starren TARMED-Verhandlungen über flexiblere Baserate-Verhandlungen bis zu innovativen Ansätzen in den besonderen Versicherungsformen.
- Die Verhandlungspartner begegnen sich in stationären und ambulanten Tarifverhandlungen teilweise nicht auf Augenhöhe, was dem gegenseitigen Vertrauen schadet. Dieses kann mit entscheidungskompetenten Verhandlungsdelegationen, die auf fundierte Datenanalysen zurückgreifen und deshalb fachkompetent auftreten können, zurückgewonnen werden.
- In sämtlichen untersuchten Verhandlungssettings machen die Verhandlungen selbst einen nur sehr kleinen Teil der insgesamt investierten Zeit in die Tarifgestaltung aus, während der Vorbereitungsphase eine zentrale Rolle zukommt.
- Ungeklärte Systemfragen und fehlende gemeinsame Datengrundlagen, die von allen beteiligten Akteuren getragen und von den Tarifpartnern akzeptiert werden, verhindern ergebnisorientierte, mehrdimensionale Verhandlungen.

Der Vergleich der Tarifverhandlungssettings im Schweizer Gesundheitswesen mit dem aus der Verhandlungsforschung abgeleiteten Kriterienkatalog zeigt zudem, dass heute entscheidende Voraussetzungen für einen funktionierenden Qualitätswettbewerb fehlen. Die Verhandlungen fokussieren nach wie vor stark auf die Kostendimension, während Qualitätsaspekte zwar teilweise einbezogen werden, jedoch nicht auf eine breit akzeptierte und verbindliche Datengrundlage abgestützt werden können. Wie diese zentrale Voraussetzung eines funktionierenden Qualitätswettbewerbs im Schweizer Gesundheitswesen geschaffen werden kann, zeigt die Skizze eines SOLL-Bildes auf der Makroebene des regulierten Wettbewerbs, welche die Autoren in der ersten Ausgabe der Schriftenreihe CONCORDIA research präsentiert haben.³

³ *Willisegger, Jonas; Blatter, Hannes (2016), S. 34 ff.*

In der vorliegenden zweiten Ausgabe der Schriftenreihe steht die Mikroebene des regulierten Wettbewerbs im Vordergrund. Bei der Analyse der Interaktionen zwischen den Tarifpartnern im Rahmen der Vertragsverhandlungen besteht ein wichtiges Ergebnis der bisherigen Arbeiten darin, das Bewusstsein für das Zusammenspiel verschiedener Faktoren zu schärfen, die durch den interdisziplinären Bezug auf die Verhandlungsforschung aus einer neuartigen Perspektive herausgearbeitet und in die gesundheitspolitische Debatte eingebracht werden können.

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	6
1 Ausgangslage	12
2 Zielsetzung, Fragestellung und Fokussierung	14
3 Grundlagen und Rahmenbedingungen	16
3.1 Staatliche Steuerung in Verhandlungssystemen	16
3.2 Verhandlungssettings im ambulanten und stationären Bereich	18
3.3 Ein- und mehrdimensionale Verhandlungssettings	20
3.4 «Im Schatten des Staates»; der institutionelle Rahmen von Verhandlungen	22
4 Methode	25
5 Soll-Zustand: Kriterienkatalog für optimale Tarifverhandlungen	27
6 Ist-Zustand der Verhandlungssituationen im Schweizer Gesundheitswesen	33
6.1 Unterschiedliche Spielräume in unterschiedlichen Verhandlungssituationen	33
6.2 Problematische Asymmetrien zwischen den Verhandlungspartnern	36
6.3 Die Bedeutung der Verhandlungsphasen	37
6.4 Klärung von Systemfragen und gemeinsamen Datengrundlagen	41
7 Fazit	42

Literaturverzeichnis

Anhang: Interviewpartnerinnen und -partner

1. Ausgangslage

Im März 2017 hat der Bundesrat erneut⁴ seine subsidiäre Kompetenz wahrgenommen und seinen Eingriff in den Ärztetarif TARMED vorgestellt. Diese Intervention war nur möglich, weil die jahrelangen Verhandlungen der Tarifpartner über eine Gesamtrevision des TARMED scheiterten. Insgesamt erhoffte sich der Bundesrat gemäss Vorlage zur Vernehmlassung, durch seinen Eingriff jährliche Einsparungen im Umfang von rund 700 Millionen Franken zu erzielen (Bundesamt für Gesundheit 2017). Nach der Vernehmlassung hat er nun seine Einsparungsziele auf 470 Millionen Franken pro Jahr reduziert.⁵

⁴ Bereits am 27. September 2013 entschied der Bundesrat, von seiner Kompetenz, subsidiär in die TARMED-Tarifstruktur einzugreifen, Gebrauch zu machen und die Tarife für die Hausärzte um jährlich 200 Millionen Franken anzuheben (Bundesrat 2013). Die entsprechende Verordnung trat am 1. Oktober 2014 in Kraft.

Die Ärztekammer der FMH will diese «Angriffe auf die Tarifautonomie» (FMH 2017) abwehren. Die Ärztinnen und Ärzte fordern den Rückzug des staatlichen TARMED-Tarifeingriffs. Der Spitalverband H+ sowie der Krankenversicherungsverband santésuisse kritisieren diesen Eingriff des Bundesrates ebenfalls stark. Einzig der Krankenversicherungsverband curafutura begrüsst das Massnahmenpaket als wichtigen Zwischenschritt und wünscht eine möglichst rasche Umsetzung.

Im Vorfeld zum Scheitern der Verhandlungen kam es zu faszinierenden, sich kreuzenden Allianzen. So fanden sich auf der einen Seite die FMH mit dem neuen Krankenversicherungsverband curafutura. Auf der anderen Seite schloss sich die FMCH (Dachverband von 16 chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften) mit dem Krankenversicherungsverband santésuisse zusammen. Dennoch konnte ein Scheitern nicht verhindert werden.

⁵ Siehe aktuelle Medienmitteilung: www.edi.admin.ch/edi/del/home/dokumentation/mm.msg-id-67740.html.

Hat hier das BATNA eine entscheidende Rolle gespielt? BATNA steht für «Best Alternative To a Negotiated Agreement» (Fisher 2013) und postuliert in der Verhandlungsforschung, dass neben dem möglichen verhandelten Ergebnis immer auch die Alternative bei einem Scheitern der Verhandlungen mitberücksichtigt werden muss. Aus Sicht der Krankenversicherer lässt sich also fragen: Hätten die Krankenversicherer Einsparungen im Umfang

von 700 bzw. neu 470 Millionen Franken bei den leistungserbringenden Ärztinnen und Ärzten im ambulanten Bereich verhandeln können? Dies darf aus heutiger Sicht bezweifelt werden, denn es wurde im Rahmen der Revisionsverhandlungen von Seiten der Leistungserbringer wie auch der Krankenversicherer immer auf die Kostenneutralität der Gesamtrevision verwiesen.

Von den insgesamt 30,1 Milliarden Franken Bruttoleistungen der OKP⁶ im Jahr 2015 werden rund zwei Drittel jährlich im stationären (Akutsomatik), spitalambulanten und ambulanten medizinischen Bereich in Tarifverhandlungen ausgehandelt (Bundesamt für Gesundheit 2017). Dementsprechend geht es um sehr viel Geld. Die Verhandlungen selber sind weitestgehend an die Tarifpartner delegiert. Dennoch ist der Bundesrat nun innert kurzer Zeit bereits zum zweiten Mal aus seinem Schatten (Scharpf 2000) getreten, da die Tarifpartner offenbar nicht in der Lage oder willens waren, eine Verhandlungslösung zu finden.

⁶Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Dieser Forschungsbericht legt den Fokus deshalb auf die Verhandlungen im stationären und ambulanten Bereich des schweizerischen Gesundheitswesens und untersucht die Bedingungen der Verhandlungen, identifiziert in der wissenschaftlichen Literatur optimale Verhandlungssettings und vergleicht diese mit der aktuellen Situation in der Schweiz. Dadurch soll ein Diskussionsbeitrag zum besseren Verständnis dieses noch weitgehend unerforschten Kristallisationspunktes des Wettbewerbs geleistet werden, an dem die unterschiedlichen Interessen der Akteure aufeinandertreffen und Verhandlungslösungen gefunden werden müssen.

2. Zielsetzung, Fragestellung und Fokussierung

Welche Bedeutung haben Tarifverhandlungen zwischen medizinischen Leistungserbringern und Versicherern im stark regulierten Schweizer Gesundheitsmarkt? Wie und in welcher Intensität wird der Wettbewerbsdruck auf dem Versicherermarkt über die Tarifverhandlungen auf den Leistungserbringermarkt übertragen und wie steht es um die Ausgangslage für einen sinnvollen regulatorischen Rahmen zur angestrebten Stärkung dieses Wettbewerbs? Mit solchen Fragestellungen beschäftigt sich unter anderem der Forschungsschwerpunkt «Öffentliches Gesundheitsmanagement» (ÖGM) des Instituts für Betriebs- und Regionalökonomie (IBR) der Hochschule Luzern – Wirtschaft im Rahmen verschiedener Forschungsprojekte.

Eines dieser Projekte fokussierte auf die zentrale Frage, ob und auf welche Weise neben der Kosten- bzw. Preisdimension auch Qualitätsaspekte im Kontext der Verhandlungen zwischen den ambulanten und stationären medizinischen Leistungserbringern und der Versicherungsseite im Sinne eines Qualitätswettbewerbs aufgegriffen werden können. Gestützt auf die empirischen Erkenntnisse bisheriger ÖGM-Vorstudien und einer Studie im Auftrag des Schweizerischen Versicherungsverbands (SVV) wurden die Tarifverhandlungen zu den Grundversicherungsleistungen (OKP) im praxis- und spitalambulanten Bereich (TARMED-Tarifstruktur) sowie im stationären, akutsomatischen Bereich (DRG-Tarifstruktur) systematisch analysiert.

Die Untersuchung erfolgte einerseits auf der Systemebene, wo die gesetzlichen und institutionellen Rahmenbedingungen, die zentralen Akteurskonstellationen und die systemimmanenten Treiber und Hemmer eines funktionierenden Qualitätswettbewerbs beleuchtet wurden.⁷ Andererseits fokussierte die Untersuchung gezielt auf die konkreten Verhandlungssettings innerhalb des gegebenen institutionellen Rahmens. Dazu wurden die relevanten Akteure, deren Anreizstrukturen und Interaktionen ins Zentrum der Analyse gestellt, um einen Überblick über die

⁷ *Siehe Nr. 1 der Schriftenreihe CONCORDIA research: Willisegger und Blatter (2016).*

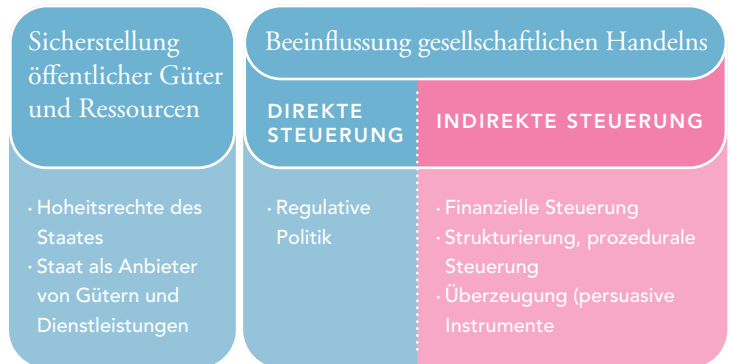
ambulanten und stationären Tarifverhandlungen im Gesundheitswesen zu erhalten. Mit einem interdisziplinären Ansatz wurde erstmals aus der Verhandlungsforschung ein Kriterienkatalog für ideale Verhandlungssituationen abgeleitet und den Tarifverhandlungen im Schweizer Gesundheitswesen gegenübergestellt. Die zentralen Erkenntnisse daraus werden im vorliegenden Bericht zusammenfassend dargestellt.

3. Grundlagen und Rahmenbedingungen

3.1. Staatliche Steuerung in Verhandlungssystemen

Zunächst soll der Frage nachgegangen werden, inwiefern der Staat den Tarifpartnern im Gesundheitswesen im Sinne des regulierten Wettbewerbs Freiräume zur Selbststeuerung lässt und inwiefern er lenkend eingreift. Nicht nur im Politikfeld des Gesundheitswesens, sondern grundsätzlich steht dem Staat eine breite Palette von Steuerungsinstrumenten zur Verfügung, um öffentliche Leistungen zu erbringen und politische Ziele zu erreichen. Neben der direkten Sicherstellung von Gütern und Ressourcen beeinflusst der Staat gemäss Braun und Giraud (2003) gesellschaftliches Handeln mit geeigneten Steuerungsinstrumenten (siehe Abbildung 1). Dies tut er entweder direkt über staatliche Regulierung mittels Ge- und Verboten, um kollektives oder individuelles Verhalten mittels Rechtsvorschriften zu steuern, oder er beeinflusst gesellschaftliches Handeln indirekt. Hier kommen die weichen Formen der Steuerung ins Spiel, die im Kontext immer komplexerer Herausforderungen staatlicher Steuerung in der jüngeren Vergangenheit an Bedeutung gewonnen haben.

Abbildung 1:
Überblick über die staatlichen Steuerungsinstrumente (Braun und Giraud 2003)



Gerade im Gesundheitswesen fand angesichts der zunehmenden Komplexität und Spezialisierung der Medizin sowie aufgrund der gesellschaftlichen und demografischen Veränderungen in den vergangenen Jahren eine Entwicklung weg von der direkt steuernden oder zumindest planenden Gesundheitspolitik hin zu weniger hierarchischer, indirekter Steuerung statt (Schedler 2015). Dazu zählen finanzielle Anreize wie Verbrauchersteuern, Steuererleichterungen, regionale Förderprogramme oder an Auflagen gebundene Subventionen genauso wie die Bereitstellung von Strukturen und prozedurale Steuerung. Dabei werden die Adressaten der staatlichen Steuerung über die Bereitstellung von institutionellen Strukturen (z.B. Milizorganisationen oder sonstige Gremien, in denen die Adressaten in klar definiertem Rahmen selber steuern können) und über Verhaltensangebote (z.B. staatliche Drogenabgabestellen) beeinflusst. Auch staatlich definierte bzw. geförderte Verhandlungsplattformen, in denen klar definierte Akteure selber Lösungen entwickeln und der Staat nur prozedural steuert und subsidiär regulierend interveniert (z.B. Tarifverhandlungen im Gesundheitswesen), gehören zu dieser Steuerungsform. Eine weitere Form der indirekten staatlichen Steuerung ist schliesslich die Überzeugung. Der Staat steuert vorzugsweise persuasiv in jenen Politikbereichen, in denen Überzeugung die besseren Ergebnisse liefert als Regulierung (z.B. AIDS-Prävention, Eindämmung des Drogenkonsums).

Für die Tarifverhandlungen im Gesundheitswesen als Forschungsgegenstand hat die indirekte, prozedurale Steuerung als Bestandteil der Strukturierung besondere Relevanz. Bereits Claus Offe (1973) hat die Verbindung zwischen prozeduraler Steuerung und Verhandlungssystemen klar aufgezeigt. Der Staat lässt durch seine prozedurale Steuerung in Verhandlungssystemen Regeln des Interessenausgleichs entstehen. Er beeinflusst die Art der getroffenen Entscheidungen, indem er die Interessen der von ihm definierten Verhandlungspartner selektiert und den Austausch bestimmter Informationen zwischen den Parteien vorschreibt oder gewisse

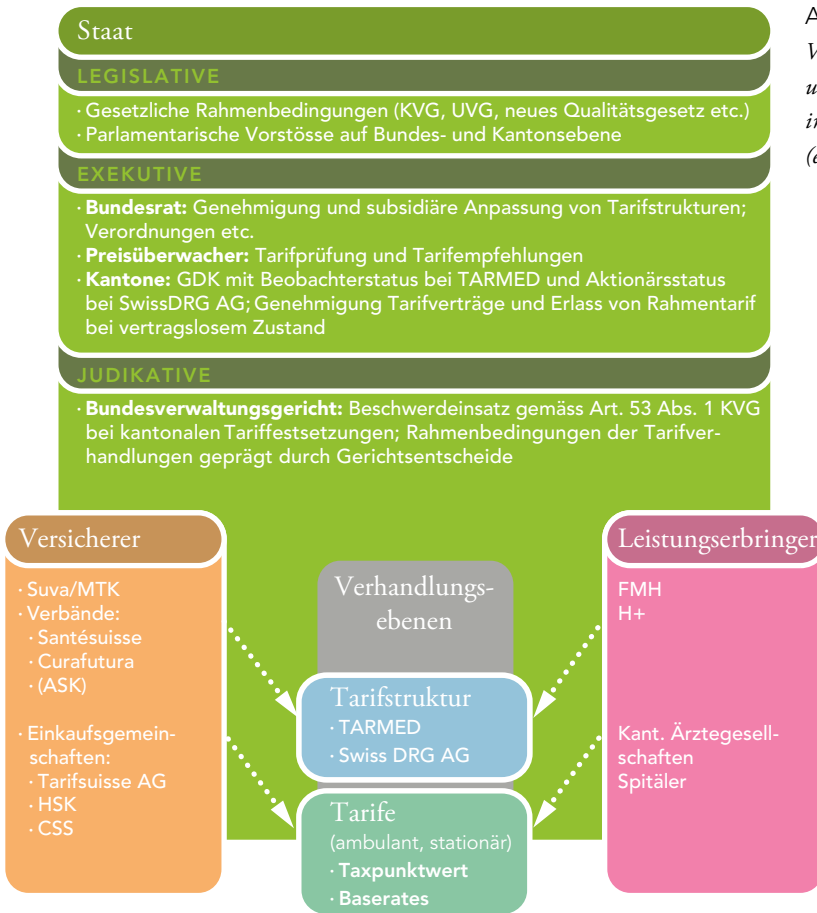
Informationen gezielt selber zur Verfügung stellt. Braun und Giraud (2003, S. 168 – 169) machen wie viele weitere politikwissenschaftliche Beiträge zur Governance-Debatte darauf aufmerksam, «dass staatliches Handeln immer mehr in Koordination von staatlichen und privaten Akteuren oder aber nur zwischen privaten, aber vom Staat organisierten Verhandlungssystemen stattfindet.»

3.2. Verhandlungssettings im ambulanten und stationären Bereich

Die Rahmenbedingungen und Verhandlungssettings für die Gestaltung der Tarife der ambulanten und stationären medizinischen Leistungen durch die Tarifpartner (Leistungserbringer und Versicherer) haben sich in den letzten Jahren verändert. Grundsätzlich wird auf zwei Ebenen verhandelt – auf der Ebene der Tarifstrukturen und auf der Ebene der Tarifhöhe. Diese beiden Verhandlungsebenen, die involvierten Tarifpartner und die rahmengebende öffentliche Hand lassen sich vereinfacht gemäss Abbildung 2 darstellen.

- Auf der Strukturebene gestalten Branchenverbände einheitliche Tarifstrukturen für die anschliessenden Preisverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern. Diese Branchenverbände müssen zum Teil stark divergierende Interessen ihrer Basis in die Strukturverhandlungen einbringen. Während die grossen Verbände der Leistungserbringer (insbesondere FMH und H+) mit einer ausgeprägten Heterogenität ihrer Mitglieder kämpfen, ist auf Versichererseite gar von einer veritablen Branchenzersplitterung die Rede. Im Jahr 2013 verlor der Branchenverband *santésuisse* wichtige Mitglieder, die mit *curafutura* einen neuen Branchenverband gründeten.
- Auf der Ebene der Preisverhandlungen, wo zwischen Leistungserbringern und Versicherern Tarifverträge über Leistungseinkäufe abgeschlossen werden, lässt sich die erwähnte Zersplitterung ebenfalls nachzeichnen. *Helsana*, *Sanitas* und *KPT* schlossen sich 2011 zu einer unabhängigen Einkaufsgemeinschaft (HSK) zusammen und lösten sich damit von der *santésuisse*-Tochter *tarifsuisse AG*. Seit 2015 agiert auch die grösste Versicherung *CSS* als unabhängige Einkäuferin.

Abbildung 2:
*Verhandlungsebenen
 und wichtige Akteure
 im Projektfokus
 (eigene Darstellung)*



3.3. Ein- und mehrdimensionale Verhandlungssettings

Grundsätzlich geht es bei Preisverhandlungen um die Lösung eines eindimensionalen Verteilungsproblems, was in der Verhandlungsliteratur als **distributives Bargaining** bezeichnet wird (Scharpf 2000). Es handelt sich dabei um ein simples Seilziehen zur Verteilung von Nutzen und Kosten eines klar definierten Verhandlungsgegenstandes – hier also um die medizinischen Leistungspreise in Form von Baserates im stationären und Taxpunktwerte im ambulanten Bereich. Neben dem distributiven Bargaining identifiziert Scharpf (2000) noch weitere grundsätzliche Formen von Verhandlungen (siehe Abbildung 3).

- Bei sogenannten **Spot-Verträgen** geht es weder um Verteilfragen (Verteilungsdimension), noch steht die konstruktive Suche nach Problemlösungen im Vordergrund (Produktionsdimension). Hier sind die Objekte des Austauschs bereits wohl definiert, Verteilungsfragen sind durch die Bezugnahme auf Marktpreise gelöst und der Abschluss des Vertrages sowie die Erfüllung der jeweiligen Verpflichtungen liegen zeitlich nahe beieinander (es geht lediglich um Annahme oder Ablehnung).
- Beim **Problemlösen** steht lediglich die gemeinsame Nutzenproduktion im Fokus, ohne dabei Verteilfragen lösen zu müssen. Dies können Verhandlungen über die gemeinsame Umsetzung von Projekten sein. Kooperatives Verhalten ohne Verteilungsprobleme steht bei diesem Verhandlungstyp im Zentrum.
- Die vierte Verhandlungsform nach Scharpf (2000) ist die **positive Koordination**. Aus verhandlungstheoretischer Sicht kann die Möglichkeit eines Verhandlungsergebnisses, bei dem beide Seiten einen Nutzen erzielen (Win-Win-Situation), erhöht werden, wenn neben der reinen Verteilungsdimension auch die sogenannte Produktionsdimension im Verhandlungsprozess eine Rolle spielt und damit das Verhandlungsthema auf verschiedene Gegenstände ausgeweitet wird (vgl. auch Hauser 2002; Scharpf 2000; Sebenius 2013).

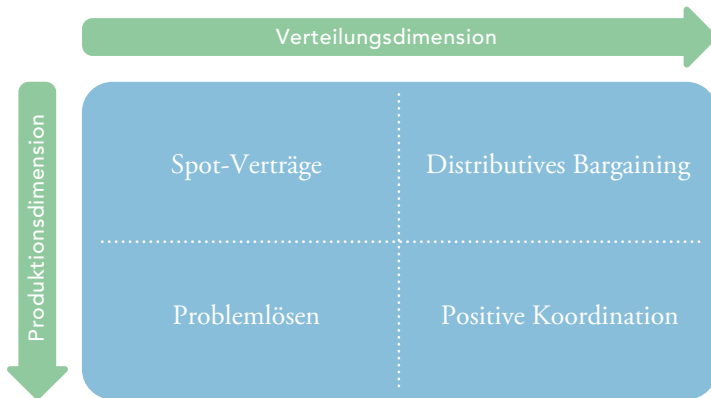


Abbildung 3:
*Verschiedene Formen
 von Verhandlungen
 nach Scharpf (2000)*

In Anwendung auf Tarifverhandlungen im Gesundheitswesen bedeutet positive Koordination, dass neben der Verhandlung über die Leistungspreise auch eine kreative Suche nach integrativen Lösungen beispielsweise für neue Kooperationsformen (zur Qualitäts- und Effizienzsteigerung), integrierte Versorgungsmodelle, differenzierte Zahlungsfristen oder exklusive Mengenrabatte stattfindet, von denen möglichst alle Verhandlungspartner profitieren. Voraussetzung einer erfolgreichen positiven Koordination ist die Anerkennung der gleichzeitigen Existenz und Legitimität von Verteilungs- und Produktionsproblemen und die Bereitschaft, sich mit beiden auseinanderzusetzen (Scharpf 2000, Seite 229). In diesem Zusammenhang gewinnen die institutionellen Rahmenbedingungen, in denen die Verhandlungen stattfinden, eine grosse Bedeutung.

3.4. «Im Schatten des Staates»: der institutionelle Rahmen von Verhandlungen

Die Verhandlung von Tarifverträgen zwischen Leistungserbringern und Versicherern stellt im Schweizer Gesundheitswesen eine Selbstorganisation gesellschaftlicher Akteure «im Schatten des Staates» dar (Scharpf 2000, Seite 327 ff.). Dabei schafft der Staat ein Verhandlungsregime, um bestimmte wirtschaftliche oder gesellschaftliche Problemfelder zu regulieren. Im Schweizer Gesundheitswesen gibt das Krankenversicherungsgesetz (KVG) die institutionellen Rahmenbedingungen für die Tarifverhandlungen vor und garantiert die Verbindlichkeit der ausgehandelten Vereinbarungen.

Die Tarifpartner verhandeln vorwiegend in Koalitionen (Einkäufergemeinschaften und Verbände, siehe Abbildung 2). Einzelne Versicherer nutzen aber auch die Möglichkeit, parallel dazu separate Verträge mit ausgewählten Leistungserbringern abzuschliessen, um dadurch eine Produktdifferenzierung zu erreichen. Verhandlungen auf mehreren Ebenen erhöhen die Komplexität der möglichen Settings und damit theoretisch die Möglichkeit erfolgreicher Verhandlungsabschlüsse (Raiffa 1982). Denn aus verhandlungstheoretischer Sicht wird die Macht grosser Koalitionen reduziert, indem die Verbände von den Ressourcen einzelner starker Mitglieder abhängig sind und Einzelakteure gleichzeitig selber Verhandlungspartner finden können, mit denen sie unabhängig individuelle Verträge abschliessen.

Die Verbände der Tarifpartner verfolgen natürlich grundsätzlich die Interessen ihrer Mitglieder. Doch unter gewissen Konstellationen erfüllen sie auch Funktionen, die den Interessen Dritter oder dem Gemeinwohl dienen. In diesem Kontext sind damit vor allem die Interessen der Versicherten und des Gemeinwohls an maximaler Qualität zu minimalen Kosten bei optimaler Zugänglichkeit der medizinischen Leistungen gemeint. Diesen Interessen verpflichtet ist auch die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates,

in Strukturverhandlungen eingreifen zu können, wenn die Tarifstruktur sich als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können (Art. 43 KVG).

Dieser «Schatten des Staates», unter dem verhandelt wird, trägt theoretisch zur Fähigkeit der Tarifpartner bei, Ergebnisse im Sinne des Gemeinwohls bzw. der Versicherten zu erzielen (Scharpf 2000). Denn die Tarifpartner haben ein Interesse daran, sich selbst regulieren zu können und eine Intervention des Regulators als Hüter des Gemeinwohls zu vermeiden. Der «Schatten des Staates» ist in der Schweiz besonders ausgeprägt, da das KVG die Tarifgestaltung und Genehmigung sehr ausführlich regelt und die Tarifpartner im Grunde über keine abschliessende Entscheidungskompetenz, sondern nur über eine Erstgenehmigungskompetenz zuhanden einer mehrstufigen Genehmigungskaskade auf Kantons- und Bundesebene verfügen (Bapst 2010). Werden sie sich in den Verhandlungen der Leistungspreise nicht einig, dann setzt die jeweilige Kantonsregierung – überprüft vom Preisüberwacher, der Empfehlungen abgeben kann – die Tarife fest (Art. 47 KVG).

Wenn die Tarifpartner kooperieren und sich bei den Verhandlungen einig werden, behalten sie ihre Kompetenz zur Selbstregulierung. Verweigert ein Partner die Kooperation, kommt es zur staatlichen Festsetzung der Tarife und damit zum Verlust der Verhandlungsautonomie beider Tarifpartner. Dabei existieren verschiedene Anreize zur Nicht-Kooperation bzw. zur Bevorzugung der kantonalen Festsetzung gegenüber einer Tarifeinigung. Diese ergeben sich unter anderem aus der Mehrfachrolle der Kantone, die gleichzeitig Regulator, Leistungserbringer und Kostenträger sind. Aus Gründen der Strukturhaltung könnten kantonale Gesundheitsdirektoren beispielsweise ein Interesse haben, die Base-rates für Spitalleistungen hoch zu halten, um vergleichsweise «ineffiziente» Spitäler indirekt zu subventionieren. Gleichzeitig sind kantonale Finanzdirektoren dem Spardruck ausgesetzt,

generell die Gesundheitskosten des Kantons und damit die Base-rates tief zu halten. Je nach politischer Konstellation könnte es somit für den einen oder anderen Tarifpartner von Vorteil sein, die Tarifverhandlungen abubrechen und die kantonale Festsetzung zu erwirken.

In der Verhandlungsforschung wird die beste Alternative zu einem geplanten Verhandlungsziel als BATNA («Best Alternative To Negotiated Agreement») bezeichnet (Fisher et al. 2013). Die kantonale Tariffestsetzung ist somit das BATNA der Verhandlungspartner. Ist dieses für eine der beiden Seiten attraktiver als das absehbare Verhandlungsergebnis, werden die Tarifverhandlungen scheitern.

Eine weitere Konstellation, die dem Schweizer Gesundheitswesen eigen ist, ist der Kontrahierungszwang. Die Versicherer müssen mit allen zugelassenen Leistungserbringern Tarifverträge verhandeln und dürfen nicht selektionieren. Mit diesem Selektionsverbot verbunden ist das Beitrittsrecht zu sogenannten Verbandsverträgen. Den zwischen Leistungserbringer- und Versicherungsverbänden ausgehandelten Verträgen dürfen auch Nicht-Mitglieder beitreten, die im Vertragsgebiet tätig sind. Somit entsteht ein klassisches Trittbrettfahrer-Problem (Olson 1965), dem das KVG mit Art. 46 entgegenzuwirken versucht. Denn ein Vertrag kann vorsehen, dass nachträglich Beigetretene einen Unkostenbeitrag leisten müssen.

4. Methode

Die Forschungsergebnisse, die in dieser Publikation vorgestellt werden, beruhen auf einem akteurzentrierten Ansatz mit politikwissenschaftlichen und ökonomischen Bezügen. Der Fokus liegt dabei auf den für die Tarifverhandlungen im Gesundheitswesen relevanten Akteuren, deren Interessen, Interaktionen sowie auf den institutionellen Rahmenbedingungen.

Im Rahmen der bisherigen ÖGM-Forschungstätigkeit wurde das Zusammenspiel zwischen Preis- und Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen auf zwei Analyseebenen untersucht. In der vorliegenden Publikation steht die Verhandlungsebene im Vordergrund. Die Forschungsergebnisse auf der Systemebene werden in der Ausgabe Nr. 1 der Schriftenreihe CONCORDIA research thematisiert (siehe Fussnote 1).

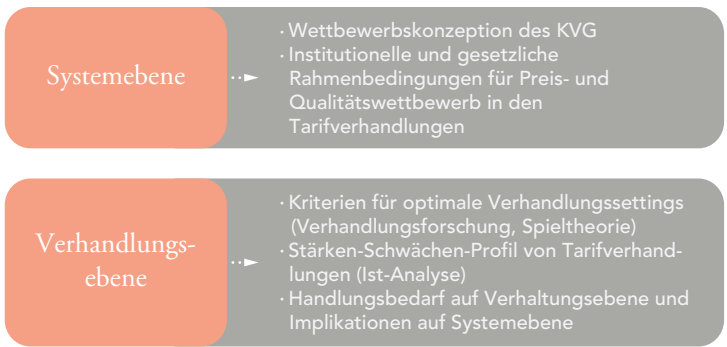


Abbildung 4:
*Die zwei
Analyseebenen
(eigene Darstellung)*

Mit der Analyse der Verhandlungsebene wird das Ziel verfolgt, aus bestehenden verhandlungstheoretischen Ansätzen einen Kriterienkatalog für optimale Verhandlungen zu entwickeln, mit welchem die Verhandlungssituationen im ambulanten und stationären Bereich analysiert werden können. Der Fokus liegt dabei auf folgenden Tarifverhandlungssettings des Schweizer Gesundheitswesens:

- Tarifverhandlungen der akutstationären Gesundheitsversorgung (DRG-Baserates) zwischen Spitalern und Versicherern⁸
- Tarifverhandlungen der praxis- und spitalambulanten Gesundheitsversorgung (TARMED-Taxpunktwerte) zwischen kantonalen Ärztesellschaften oder Spitalambulatorien und Versicherern⁹
- Verhandlungen der Tarifstruktur TARMED zwischen dem Versicherungsverband curafutura, FMH, H+ und Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK)¹⁰
- Verhandlungen der Vergütung von Ärztenetzen im Rahmen der besonderen Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (Art. 41 Abs. 4 KVG) zwischen Betriebsgesellschaften der Ärztenetze und Versicherer

Der theoretisch abgeleitete Kriterienkatalog stellt den SOLL-Zustand dar, mit welchem die tatsächlichen Verhandlungssituationen überprüft werden können. Diese empirische Überprüfung erfolgte im Rahmen von leitfadengestützten Interviews mit 18 Expertinnen und Experten, welche die verschiedenen Akteurgruppen und Perspektiven im Kontext der Tarifbildung im Gesundheitswesen repräsentieren (siehe Liste im Anhang).

⁸ Die Höhe der Baserates (Basispreis einer Spitalbehandlung, der je nach Behandlungsfall gemäss Tarifstruktur SwissDRG mit einem Kostengewicht multipliziert wird) wird zuerst zwischen den Tarifpartnern verhandelt und anschliessend von den Kantonen genehmigt bzw. bei Nichteinigung festgesetzt.

⁹ Die TARMED-Tarifstruktur beinhaltet die Positionen für alle ärztlichen und arzt nahen Leistungen in der Arztpraxis und im ambulanten Spitalbereich sowie teilweise in der stationären Behandlung. Jeder ärztlichen Leistung wird eine bestimmte Anzahl von Taxpunkten zugeordnet. Der Taxpunktwert wird zwischen den kantonalen Ärztesellschaften und den Einkaufsgemeinschaften der Versicherer verhandelt. Siehe auch FMH-Website: http://www.fmh.ch/ambulante_tarife/tarmed-tarif.html (28.04.2017)

¹⁰ Siehe u.a. Medienmitteilung zur Gründung der «TARMED Suisse AG» vom 13.05.2015. Online verfügbar unter: http://www.fmh.ch/files/pdf16/2015_03_13_Tarmed_Suisse_AG_DE_2.pdf (28.04.2017)

5. Soll-Zustand: Kriterienkatalog für optimale Tarifverhandlungen

Wie in Kapitel 3.3 aufgezeigt, kann von optimalen Verhandlungen gesprochen werden, wenn es gemäss Scharpf (2000) zu einer «positiven Koordination» bzw. zu integrativen Verhandlungen im mehrdimensionalen Raum kommt. Dabei kann ein Mehrwert für beide Verhandlungspartner erzielt werden, indem bei verschiedenen Verhandlungsgegenständen verschiedene Interessen vorhanden sind, die positiv koordiniert werden können. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass es mehr als eine Verhandlungsdimension gibt, in welcher Optionen für die Verhandlungspartner bestehen. Nur so kann in einem Verhandlungssetting die Spannung zwischen Kooperation und Rivalität überwunden werden.

Gulliver (1979) zeigt mit seinem normativ geprägten **Phasenmodell optimaler Verhandlungen** einen Weg auf, mit dem diese «positive Koordination» erreicht werden kann. Gullivers Modell dient im Folgenden als strukturierende Grundlage. Das Modell kann zusammen mit weiteren Theorien und Konzepten der konsultierten verhandlungstheoretischen Grundlagenliteratur zu einem strukturierten Kriterienkatalog für optimale Tarifverhandlungen im Gesundheitswesen kondensiert werden. Dieser Kriterienkatalog gliedert sich in folgende Punkte:

Agenda, Definition der Verhandlungspunkte

«Verhandeln über das Verhandeln»: Im Vorfeld der Verhandlungen kann über die Rahmenbedingungen (Verhandlungsort, Agenda, Verhandlungspunkte etc.) verhandelt werden und es herrscht nicht reine Routine.

Theoretischer Hintergrund:

Im Vorfeld der Verhandlungen werden bereits gewisse Rahmenbedingungen wie raumzeitliche Faktoren oder auch die grundsätzlichen Verhandlungsgegenstände ausgehandelt. Implizit wird damit grundsätzlich Verhandlungs- und Konzessionsbereitschaft signalisiert. Es findet eine gewisse Testphase für die Kooperation statt, in welcher die Frage beantwortet wird, ob es sich um eine reine Routine handelt oder ob bezüglich Verhandlungsort, Agenda, Verhandlungspunkte etc. tatsächlich verschiedene Optionen bestehen und die Verhandlungspartner bereit sind zu einem Verhandlungsergebnis, das vom Status quo abweicht.

Beteiligte Akteure: Die Zusammensetzung der beteiligten Akteure ist fundiert und breit abgestützt. Auf der persönlichen Ebene ist die Stimmung positiv.

Theoretischer Hintergrund:

Die Trennung zwischen Interessenskonflikten und Beziehungskonflikten gehört zu den zentralen Elementen des Harvard-Konzepts des sachbezogenen Verhandeln (Fisher 2013). Der Fokus auf Interessen, nicht auf Positionen, stellt sachbezogene Verhandlungen zwischen Parteien sicher, die fachlich fundiert argumentieren und eigenständig entscheiden können. Dadurch respektieren sich die Verhandlungspartner gegenseitig und begegnen sich auf Augenhöhe.

Vorbereitung: Die Verhandlungspartner bereiten sich bewusst auf den Verhandlungsprozess vor, indem sie nicht nur Zielgrößen und Verhandlungsspielräume festlegen, sondern sich auch mit der Perspektive der Gegenseite auseinandersetzen.

Theoretischer Hintergrund:

Ein weiterer zentraler Punkt im Harvard-Konzept (Fisher 2013) ist die Entwicklung von Entscheidungsmöglichkeiten (Optionen) zum beidseitigen Vorteil (Win-Win-Situationen). In einem ersten Schritt stecken die Verhandlungspartner für sich selbst in verschiedenen Verhandlungsdimensionen ihre Spielräume ab und definieren ihre Ziele. Zur späteren Erreichung von Win-Win-Situationen sollten sie aber bereits im Vorfeld der eigentlichen Verhandlung die Perspektive der Gegenseite einnehmen und die definierten Verhandlungsgegenstände aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachten.

Exploration des Feldes, Expression von Differenzen

Koordination des Verhandlungsprozesses: Der Verhandlungsprozess ist für innovative Elemente genügend flexibel gestaltet, wird aber gleichzeitig bewusst koordiniert.

Theoretischer Hintergrund:

Im Verhandlungsverlauf nach Gulliver (1979) dient die Explorationsphase dem gegenseitigen Informationsaustausch über Präferenzen. Die Parteien stecken ihre Felder ab und schaffen Raum für die weitere Verhandlung. In dieser innovativen Phase werden Tauschmöglichkeiten und Gegengeschäfte ausgelotet und Lernprozesse vollzogen. Wichtig dabei ist, dass diese Phase für neue Ideen und innovative Überlegungen ausreichende Flexibilität bietet, sich gleichzeitig aber auch an der vereinbarten Verhandlungsagenda orientiert und damit bewusst und zielorientiert koordiniert wird.

Ergebnisorientierung: Die Verhandlungspartner orientieren sich an einem «optimalen»¹¹ Verhandlungsergebnis und haben bezüglich Einigungszone realistische Erwartungen.

Theoretischer Hintergrund:

Nach der Exploration der gesamten Breite des Verhandlungsfeldes wird nach Gulliver (1979) die Komplexität des Verhandlungsproblems schrittweise reduziert, indem Nebensache der Verhandlung bereinigt werden und eine Fokussierung auf gemeinsame Ziele stattfindet. Dies kann gelingen, wenn Verhandlungspakete geschnürt und die einfachen, aber relevanten Verhandlungsgegenstände der Agenda priorisiert werden. Kooperative Verhandlungen hängen stark vom gegenseitigen Vertrauen der Parteien ab. Fehlt dieses, vergraben sich die Verhandlungspartner in ihren Positionen.

Verhandlungsdimensionen: Es wird auf verschiedenen Ebenen (Dimensionen) «integrativ» verhandelt, so dass Win-Win-Situationen möglich sind.

Theoretischer Hintergrund:

Wie bereits erwähnt, kann aus verhandlungstheoretischer Sicht die Möglichkeit eines Verhandlungsergebnisses, bei dem beide Seiten einen Nutzen erzielen (Win-Win-Situation), erhöht werden, wenn neben der reinen Verteilungsdimension auch die sogenannte Produktionsdimension im Verhandlungsprozess eine Rolle spielt und damit das Verhandlungsthema auf verschiedene Gegenstände ausgeweitet wird (vgl. Hauser 2002; Scharpf 2000; Sebenius 2013). Für die Beschreibung der SOLL-Situation einer optimalen Verhandlungssituation bedeutet dies, dass mehrdimensionale Tarifverhandlungen, in denen neben der Kosten- und Preisdimension noch weitere Themen verhandelt werden, einem reinen Seilziehen um die Höhe des zu verhandelnden Tarifs vorzuziehen sind.

¹¹ Vgl. Fussnote 2.

Subjektive und objektive Bewertung von Optionen: Es existieren anerkannte (objektive) Kriterien zur Bewertung von Verhandlungsoptionen.

Theoretischer Hintergrund:

Die Anwendung objektiver Beurteilungskriterien ist ein zentrales Element im Harvard-Konzept (Sebenius 2013). Dies führt zu nachvollziehbaren und akzeptablen Ergebnissen. Bei subjektiven Haltungen können aus der Verhaltensökonomie bekannte Wahrnehmungsverzerrungen eine Rolle spielen wie z.B. der Ausstattungseffekt (was man hat, das präferiert man stärker), die Überkonfidenz (man schätzt sein eigenes Wissen als zu zuverlässig ein) oder die Ankersetzung (irgendwie gesetzte Eckwerte beeinflussen eigene Ziele) (vgl. Hauser 2002).

Einengung der Unterschiede, Einigung

«Wartedilemma»: Im Verhandlungsprozess haben alle Parteien die gleiche Dringlichkeit, eine Einigung zu erreichen.

Theoretischer Hintergrund:

Bei der Analyse möglicher Hindernisse für effiziente Verhandlungsergebnisse muss auch die zeitliche Dynamik berücksichtigt werden (Hauser 2002). Das Hinauszögern von Verhandlungen kann von einer Partei taktisch genutzt werden, wenn sie es sich leisten kann, auf das Verhandlungsergebnis zu warten, und somit eine geringere Dringlichkeit als ihr Gegenüber hat. Haben beide Parteien die gleich hohe Dringlichkeit bezüglich Verhandlungsabschluss oder kennen sie die Dringlichkeit der Gegenseite nicht, können beide Parteien versucht sein, eine Verzögerungstaktik zu fahren mit der Folge, dass der Verhandlungsprozess gesamthaft ineffizient wird.

Machtverhältnis: Im Verhandlungsprozess ist die Macht, das Verhandlungsergebnis zu beeinflussen, gleichmässig auf alle Parteien verteilt.

Theoretischer Hintergrund:

In ausgeglichenen Verhandlungssituationen werden Entscheidungsmöglichkeiten zu beidseitigem Vorteil (Win-Win-Situation) entwickelt. Ist die Macht, das Verhandlungsergebnis zu beeinflussen, ungleichmässig verteilt, sinken die Chancen für eine Win-Win-Situation. In den Verhandlungen sollten Interessen und nicht Machtbeziehungen zwischen den Verhandlungsparteien die zentrale Rolle spielen (Sebenius 2013). Eine wichtige Rolle bei der Frage nach der Verteilung der Verhandlungsmacht spielt das BATNA-Konzept (siehe oben). Je grösser die Bereitschaft ist, Verhandlungen scheitern zu lassen und sich für das BATNA zu entscheiden, desto grösser ist die Verhandlungsmacht.

Nicht-Einigung: Die allfällige Uneinigkeit bezüglich einzelner Verhandlungsgegenstände wird gegenseitig anerkannt und führt nicht zum Verhandlungsabbruch («agree to disagree»).

Theoretischer Hintergrund:

Die Situation der Tarifverhandlungen im Gesundheitswesen gleicht einem Dilemma. Wenn ein Tarifpartner die Verhandlungen scheitern lässt und die kantonale Festsetzung favorisiert, hat er kurzfristig seine Verhandlungsmacht ausgespielt. Doch langfristig verlieren beide Parteien, weil sie ihre Tarifautonomie verlieren. Deshalb muss die Frage gestellt werden, ob es für die Tarifpartner Wege gibt, auch bei Nichteinigkeit ihre Autonomie zu behalten, indem sie auch allfällige Uneinigkeiten gegenseitig anerkennen und beispielsweise über einen privaten Intermediär lösen lassen, bevor der Staat subsidiär eingreift.

Dieser theoretisch abgeleitete Kriterienkatalog stellt den SOLL-Zustand dar, mit welchem die tatsächlichen Verhandlungssituationen im ambulanten und stationären Bereich anhand der geführten Interviews (siehe Anhang) überprüft wurden.

6. Ist-Zustand der Verhandlungssituationen im Schweizer Gesundheitswesen

Die systematische Detailauswertung des umfangreichen Datenmaterials zu den untersuchten Verhandlungssettings kann in den folgenden vier Themenfeldern zusammengefasst werden. Erstens bestehen unterschiedliche Spielräume in unterschiedlichen Verhandlungssituationen, zweitens sind problematische Asymmetrien zwischen den Verhandlungspartnern zu beobachten, drittens ist die Bedeutung der Verhandlungsphasen zu berücksichtigen und viertens sollten Systemfragen geklärt und gemeinsame Daten Grundlagen geschaffen werden. In den folgenden Abschnitten werden diese Themenfelder erläutert. Zudem wird anhand identifizierter Verhandlungsdimensionen aufgezeigt, weshalb heute entscheidende Voraussetzungen für einen funktionierenden Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen fehlen.

6.1. Unterschiedliche Spielräume in unterschiedlichen Verhandlungssituationen

Die Analyse der verschiedenen Verhandlungssettings zeigt, dass es bei den **TARMED-Taxpunktwertverhandlungen** um ein reines Seilziehen zwischen der Ärzteschaft (in diesem Fall der kantonalen Ärztegesellschaften) und den Einkaufsgemeinschaften der Versicherer geht. Die Verhandlungsagenda ist durch die Leistungs- und Kostenvereinbarung (LeiKoV) vertraglich festgelegt.¹² Häufig werden die Tarife gar nicht mehr verhandelt, sondern vom Vorjahr übernommen. Auch bei den **TARMED-Strukturverhandlungen** besteht eine enge vertragliche Regelung der Agenda.

¹² Der nationale Rahmenvertrag LeiKoV wurde von den beiden Verbänden FMH und Santésuisse im Jahr 2005 unterzeichnet und vom Bundesrat genehmigt. Die einzelnen Kantone hatten dann die Möglichkeit, einen kantonalen Anhang LeiKoV abzuschliessen und dadurch der nationalen LeiKoV beizutreten. Die Santésuisse und die Ärztegesellschaften ermitteln im Rahmen der LeiKoV jährlich einen Kostenkorridor. Unterstützt werden sie dabei von einem zentralen, paritätisch zusammengesetzten Lenkungsbüro LeiKoV. Diejenigen Kantone, welche der LeiKoV beigetreten sind, bestimmen die ärztliche Vertretung im Lenkungsbüro. Dieses nimmt einen jährlichen SOLL-IST-Kostenvergleich vor. Darauf basierend macht es Empfehlungen für eine allfällige Taxpunktwertanpassung zuhanden der Vertragsparteien der LeiKoV. Siehe Stoffel (2006).

Grundsätzlich wenig Spielraum für die Festlegung der Verhandlungsaagenda besteht zudem im Unfallversicherungsbereich. Die **UVG-Tarifverhandlungen** orientieren sich an Standardverträgen, welche die Agenda eng vorgeben. Normalerweise wird bei Anpassungen der Standardverträge lediglich über einzelne Vertragspunkte verhandelt, während der Rest unberührt bleibt. Im Rahmen der Neupreisberechnungen, die jedes zweite Jahr durchgeführt werden, liefern die Leistungserbringer der MTK ihre Kosten- und Leistungsdaten, welche dann die Grundlage für die Berechnungen bilden. Qualität gilt zwar nicht als Rechtfertigungsgrund für einen höheren Tarif, doch Leistungserbringer, welche minimale Qualitätsanforderungen nicht erreichen, können von der MTK eine tiefere Baserate erhalten.

Im **stationären Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung** zeigt sich ein weniger statisches Bild. Baserate-Verhandlungen im Rahmen des SwissDRG weisen vergleichsweise viel Spielraum beim Agenda-Setting auf. Zwar liegt der Fokus auch hier auf der Verhandlung der Tarifhöhe. Doch die Analyse zeigt, dass es durchaus auch Möglichkeiten für Pakete gibt, die neben dem reinen Seilziehen um die Tarifhöhe auch weitere Verhandlungsebenen beinhalten, in denen auch Qualitätsaspekte zum Gegenstand werden können. In der Regel wird die Kernfrage zur Höhe der Baserate zuerst geklärt. Weitere Verhandlungsthemen sind Fragen zu Datenaustausch und -qualität (Informationen zur Anlagebuchhaltung, Investitionsrechnung, Kostendaten, Forschungsabgrenzung etc.) und zu Tarifstrukturen (ausserhalb von Swiss DRG gibt es diesbezüglich Gestaltungsspielraum beispielsweise bei den Strukturen der Psychiatrie und Rehabilitation), Vertragsmodalitäten (z.B. Wechselwirkungen mit anderen bestehenden Verträgen), Qualitätsaspekte (z.B. vereinbarte Fallzahlen oder Umsetzung von gemeinsam vereinbarten Assessments zur Qualitätsförderung) oder auch Schnittstellenfragen (z.B. Vereinbarungen zu Ein- und Austritten von Patientinnen und Patienten).

Interessant ist, dass mehrdimensionale Verhandlungen von den meisten interviewten Akteuren klar gegenüber reinem Seilziehen bevorzugt werden. Von Seiten der Leistungserbringer werden Verhandlungen als schlecht erachtet, bei denen ein Versicherer Kosten- und Leistungsdaten erhält, damit ein Benchmarking macht, die geforderte Baserate berechnet, einen entsprechenden Mustervertrag entwirft und diesen auf den Verhandlungstisch legt. Geschätzt werden vielmehr Verhandlungen, bei denen es zu Gegengeschäften kommt, nachdem man sich bezüglich der Preisfrage angenähert hat. Bezüglich Behandlungsqualität haben die Leistungserbringer aber eine klare Haltung. Sie wollen diese eigenständig innerhalb ihrer spezifischen Fachrichtungen definieren und entsprechende Definitionsfragen selbst nicht zum Verhandlungsgegenstand machen.

Im **Zusatzversicherungsbereich (VVG)** ist der Einblick in die sehr individuellen Verhandlungen zwischen Spitalären und Versicherern aufgrund fehlender Transparenz äusserst schwierig. Gemäss Interviewaussagen kommen hier zahlreiche Verhandlungsdimensionen ins Spiel. Qualitätsfragen betreffen vor allem die Hotellerie, wobei die Versicherer bei dieser Thematik sehr unterschiedlich weit sind. Einzelne Versicherer haben sich stärker auf das VVG-Geschäft spezialisiert als andere. Interessant sind hier Interviewaussagen, wonach das VVG im Spitalwesen zunehmend zum Streitpunkt zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern werden dürfte. Dank der neuen Spitalfinanzierung wurde Transparenz auf der Kostenseite geschaffen, was zu vermehrtem Druck auf die Plausibilität der Mehrkosten im VVG führt. Falls die Versicherer das VVG als strategisches Geschäftsfeld behandeln, werden sie gemäss Experteneinschätzung zunehmend mehr Gewicht auf die Transparenz der Leistungserbringung im VVG legen.

Viel Flexibilität für mehrdimensionale Verhandlungen bieten die **besonderen Versicherungsformen**. Die Parteien arbeiten hier konstruktiv in einem partnerschaftlichen Verhältnis zusammen an innovativen Projekten, bei denen auch die Qualität der Ärztenetze eine zentrale Rolle spielt. Aus dem theoretischen Blickwinkel scheint die Produktionsdimension in diesem von der Vertragsfreiheit geprägten Setting gegenüber der Verteilungsdimension dominant zu sein. Hier sind die Verhandlungspartner frei bezüglich Vertragsabschluss und deshalb interessiert an der partnerschaftlichen Entwicklung von innovativen Versicherungs- bzw. Versorgungsangeboten, die für beide Seiten Vorteile beinhalten. Neben den datenbasierten Verhandlungen über Preise und Vergütung sind auch Aspekte der Struktur- und Prozessqualität in den Ärztenetzen selbstverständliche Verhandlungsgegenstände. So wird gemäss Interviewaussagen beispielsweise als Ziel vereinbart, dass ein Ärztenetz seine Quote der elektronischen Abrechnungen oder seine Generika-Quote in einem bestimmten Zeitraum erhöht. Für einzelne Krankenversicherer könnte auch die vertraglich vereinbarte Steuerung der Patientenzuweisung in bestimmte Spitäler interessant sein. Die geführten Interviews lieferten jedoch keine Hinweise, dass dies heute bereits Verhandlungsgegenstand ist.

6.2. Problematische Asymmetrien zwischen den Verhandlungspartnern

Die Analyse zu den stationären und ambulanten Tarifverhandlungen lässt eine gewisse Asymmetrie bezüglich Zusammensetzung, Knowhow und Erfahrung der Verhandlungsdelegationen erkennen. Während auf Seite der Spitäler in der Regel die entscheidungskompetenten Finanzverantwortlichen selbst und auf der Seite der kantonalen Ärztesellschaften meist engagierte Einzelpersonen an den Verhandlungen teilnehmen, gibt es auf Seite der Einkaufsgemeinschaften grosse Unterschiede bezüglich Entscheidungsweisen und Kompetenzen, die von den Leistungserbringern zum Teil scharf kritisiert werden.

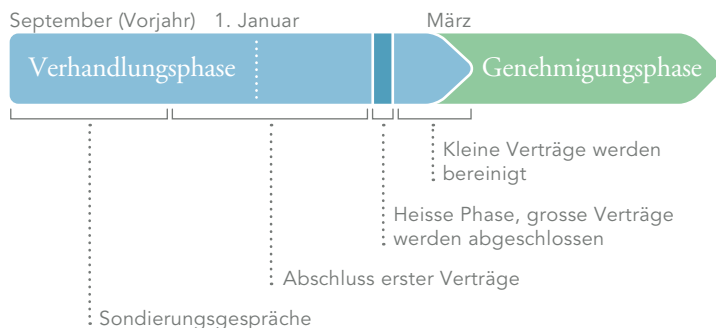
Aus Sicht der Versicherer kann hier das wichtige Fazit gezogen werden, dass entscheidungskompetente Verhandlungsdelegationen, die auf fundierte Datenanalysen zurückgreifen und deshalb fachkompetent auftreten können, auf der Gegenseite Vertrauen gewinnen. Dabei ist zu bedenken, dass die Selbstwahrnehmung bezüglich Kompetenz und Verfügbarkeit von Datenmaterial nicht immer mit der Wahrnehmung des Verhandlungspartners übereinstimmt. Verschiedene Interviews haben gezeigt, dass die bessere Datengrundlage meist beim Gegenüber vermutet wird.

6.3. Die Bedeutung der Verhandlungsphasen

In sämtlichen untersuchten Verhandlungssettings hat sich gezeigt, dass die Verhandlungen selbst einen nur sehr kleinen Teil der insgesamt in die Tarifgestaltung investierten Zeit ausmachen. Für die Datenerfassung und -auswertung (Kosten- und Leistungsdaten, Benchmarking-Methoden, Entwicklung von Szenarien und Argumentarien etc.) werden sowohl bei den Krankenversicherern als auch bei den Spitälern ganze Abteilungen beschäftigt. Gerade im DRG-System mit der verstärkten Kostentransparenz seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung dürfte die eigentliche Verhandlungsphase in Zukunft an Bedeutung verlieren. Wie von verschiedenen Interviewpartnern erwähnt, geht es hier vorwiegend um einen Wettbewerb um die beste Benchmarking-Methode. Die entsprechenden Datenanalysen liefern die harten Argumentationsgrundlagen für die Verhandlungspositionen. Effektiv zu verhandeln gibt es im Anschluss nur noch wenig.

Versicherer, Spitäler sowie auch Kantone streben grundsätzlich nach Planungs- und Budgetsicherheit und sind deshalb an möglichst raschen Resultaten interessiert. Gewisse Kantone wie beispielsweise Zürich wollen auf Grund der Planungssicherheit früh wissen, ob es zu Tariffestsetzungen kommt und bauen deshalb Dringlichkeit bei den Verhandlungsparteien auf. Abbildung 5 zeigt einen Überblick über die Verhandlungs- und Genehmigungsphasen der Baserate-Verhandlungen im Jahresverlauf.

Abbildung 5:
*Übersicht über die
 Verhandlungs- und
 Genehmigungsphasen
 der Baserate-Ver-
 handlungen im
 Jahresverlauf
 (eigene Darstellung)*



Versicherer haben die Tendenz, möglichst früh im laufenden Jahr tiefe Tarife abzuschliessen, damit sie in den übrigen Verhandlungen darauf Bezug nehmen können. Ihre Verhandlungsbereitschaft ist deshalb anfangs Jahr höher als gegen Jahresende. Interessanterweise sind die Versicherer der Ansicht, dass die Spitäler tendenziell eine höhere Dringlichkeit bezüglich des Verhandlungsabschlusses haben. Diesen Eindruck haben gleichzeitig die Spitäler von den Versicherern. Doch öffentliche Spitäler im Besitz des Kantons haben in der Regel keine eigene Tresorerie. Folglich werden sie nicht illiquid, wenn sie aufgrund eines noch ausstehenden Verhandlungsabschlusses keine Rechnungen stellen können. Auf der anderen Seite kann auch der Versicherer eine gewisse Zeit ohne Tarifeinigung auskommen, weil seine Versicherten im Spital trotzdem behandelt werden. Wenn bereits ein Tarifvertrag aus dem Vorjahr existiert, kann der Kanton im Folgejahr diesen Tarif provisorisch fortschreiben. Doch im darauffolgenden Jahr muss eine erneute Einigung stattfinden. Ein provisorischer Tarif kann nicht über zwei Jahre fortgeschrieben werden.

Ein zentraler Faktor, welcher auf Versichererseite die Dringlichkeit erhöht, ist die Rückabwicklung von Leistungsvergütungen, die auf Basis eines provisorischen Tarifs ausbezahlt wurden und die nach Bekanntgabe des definitiven Tarifs – sei es aufgrund einer nachträglichen Einigung, einer kantonalen Festsetzung oder eines

Gerichtsverfahrens – neu berechnet werden müssen. Versicherer beklagen in den Interviews den grossen Aufwand mit solchen Rückabwicklungen. Doch diese Problematik wird von den Verhandlungsleitern der Versicherer oftmals nicht wahrgenommen. Sie sind sich nicht bewusst, was sie mit einer allfälligen Verzögerungstaktik auf der eigenen Seite anrichten, weil sie kaum Berührungspunkte mit den Abteilungen haben, die für die Rückabwicklungen zuständig sind. Rückt diese Problematik jedoch ins Bewusstsein der Verhandlungsparteien, können Rückabwicklungen durchaus auch zum Verhandlungsgegenstand werden. Es kann beispielsweise vorkommen, dass Leistungserbringer auf eine Rückabwicklung bei der Vergütung ihrer Leistungen verzichten, im Gegenzug aber ein Entgegenkommen bei der Baserate fordern.

Ein weiterer zentraler Faktor der Dringlichkeit auf Versichererseite ist der Zeitpunkt der Prämieeingabe beim BAG. Versicherer sind bei der Prämiegestaltung auf die Datenlieferungen der Spitäler angewiesen. Die Leistungserbringer können ohne Problem jeweils bis April warten mit der Fakturierung, aber die Versicherer müssen im April anfangen, ihre Prämien zu kalkulieren, damit sie diese im Juni eingeben können. Bei Nicht-Einigung können die Versicherer, wie bereits erwähnt, mit provisorischen Werten rechnen. Abbildung 6 zeigt einen Überblick über die Abhängigkeiten und Dringlichkeiten der Verhandlungsparteien im Jahresverlauf.

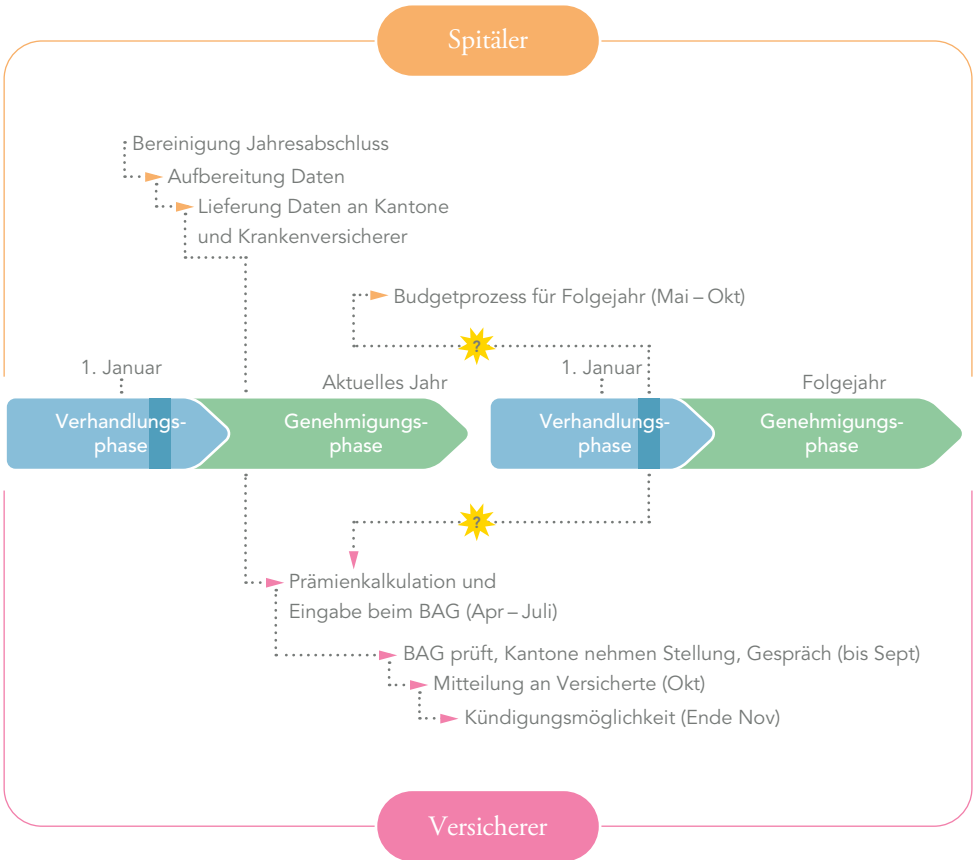


Abbildung 6:
 Übersicht über die
 Abhängigkeiten und
 Dringlichkeiten der
 Parteien in den
 Verhandlungs- und
 Genehmigungsphasen
 der Baserate-
 Verhandlungen (eigene
 Darstellung)

Auch für die Verhandlungen im Bereich der besonderen Versicherungsformen wird auf beiden Seiten viel Zeit investiert. Und die TARMED-Strukturverhandlungen folgen einem derart komplexen Prozess, dass dort kaum zwischen Vorbereitungs- und eigentlicher Verhandlungsphase unterschieden werden kann. Lediglich bei den Taxpunktverhandlungen scheinen sich die Vorbereitungszeiten in Grenzen zu halten, solange die Tarife des Vorjahres fortgeschrieben werden.

6.4. Klärung von Systemfragen und gemeinsamen Datengrundlagen

In der Übergangsphase der Einführung der neuen Spitalfinanzierung waren konstruktive Ergebnisse in den Baserate-Verhandlungen äusserst schwierig zu erzielen. Viele offene Systemfragen mussten bzw. müssen noch vom Bundesverwaltungsgericht (BVGer) geklärt werden. Erst wenn klar ist, welche Benchmarking-Methode vom BVGer akzeptiert wird, welche Vergleichsparameter für die Tarifbildung herangezogen werden und welche Rolle in diesem Zusammenhang Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der medizinischen Leistungserbringung spielen, können die Tarifpartner konstruktiv verhandeln und Win-Win-Situationen schaffen.

Im ambulanten OKP-Bereich behindern insbesondere die fehlende Transparenz bezüglich Kosten- und Leistungsdaten sowie fehlende Lösungsansätze zur Messung und vertraglichen Verankerung von Qualitätsaspekten in Arztpraxen ergebnisorientierte, mehrdimensionale Taxpunktverhandlungen, bei denen auch innovativ über Qualitätsaspekte diskutiert werden kann. Beispiele solcher mehrdimensionalen Verhandlungen lassen sich bei den besonderen Versicherungsformen finden, wo auf Basis von gemeinsamen Datengrundlagen kooperativ verhandelt wird.

Sind geklärte System- bzw. Methodenfragen und transparente Datengrundlagen als wichtige Voraussetzungen nicht gegeben, beschränken sich die Tarifverhandlungen auf ein reines Seilziehen um Interpretationsvarianten von Gerichtsentscheiden (stationär) oder finden erst gar nicht mehr statt (ambulant). Die Verhandlungsmacht befindet sich dann bei demjenigen Akteur mit dem längsten Durchhaltevermögen, mit den grössten Ressourcen zur Beschreitung des Gerichtsweges im Streit um die Deutungshoheit bezüglich Datenanalysen, Benchmarking- und Berechnungsmethoden.

7. Fazit

Angesichts der zentralen Rolle der Tarife und der von den Tarifstrukturen ausgehenden Anreize im Schweizer Gesundheitswesen lohnt sich ein vertiefter Einblick in die konkreten Verhandlungssettings und Interaktionen. Zum ersten Mal wurde mit einem neuen interdisziplinären Ansatz aus der Verhandlungsforschung ein Kriterienkatalog für optimale Verhandlungssituationen abgeleitet und den Tarifverhandlungen des Gesundheitswesens gegenübergestellt. Ein wichtiges Ergebnis dieser Arbeit besteht darin, das Bewusstsein für das Zusammenspiel ganz verschiedener Faktoren zu schärfen, die durch den Bezug auf die Verhandlungsforschung aus einer neuartigen Perspektive herausgearbeitet und in die gesundheitspolitische Debatte eingebracht werden können.

So zeigt der Soll-Ist-Vergleich der Tarifverhandlungssettings im Schweizer Gesundheitswesen, dass die heutige Situation weit von einem Optimum entfernt ist und dass an diesem Kristallisationspunkt der vielbeschworenen Marktmechanismen entscheidende Voraussetzungen für einen funktionierenden Preis- und Qualitätswettbewerb fehlen. Die Verhandlungen fokussieren nach wie vor eindimensional auf die Kostendimension, während mehrdimensionale Qualitätsaspekte zwar teilweise einbezogen werden, jedoch nicht auf eine breit akzeptierte und verbindliche Datengrundlage abgestützt werden können. Folglich ist ein systematischer Datenaustausch unter den Leistungserbringern sowie zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung – mit Ausnahme der Verhandlungssettings der besonderen Versicherungsformen – nicht gegeben.

Die Analyseergebnisse der in dieser Publikation vorgestellten Forschungsarbeiten lassen sich mit folgenden Thesen zusammenfassen:

- Die Spielräume in den verschiedenen Verhandlungssettings variieren sehr stark und reichen von starren TARMED-Verhandlungen über flexiblere Baserate-Verhandlungen bis zu innovativen Ansätzen in den vom Kontrahierungszwang befreiten besonderen Versicherungsformen.
- Die Verhandlungspartner begegnen sich in stationären und ambulanten Tarifverhandlungen teilweise nicht auf Augenhöhe, was dem gegenseitigen Vertrauen schaden. Dieses kann mit entscheidungskompetenten Verhandlungsdelegationen, die auf fundierte Datenanalysen zurückgreifen und deshalb fachkompetent auftreten können, zurückgewonnen werden.
- In sämtlichen untersuchten Verhandlungssettings machen die Verhandlungen selbst einen nur sehr kleinen Teil der insgesamt investierten Zeit in die Tarifgestaltung aus, während der Vorbereitungsphase eine zentrale Rolle nicht nur in zeitlicher, sondern auch in inhaltlicher Hinsicht zukommt.
- Ergebnisorientierte, mehrdimensionale Verhandlungen setzen geklärte Systemfragen und gemeinsame Datengrundlagen voraus.

Sowohl Krankenversicherer als auch Leistungserbringer können davon profitieren, wenn sie ihre Verhandlungsdelegationen und deren Mandate im Hinblick auf die oben formulierten Bedingungen und Feststellungen einer kritischen Prüfung unterziehen und allenfalls Anpassungen vornehmen.

Literaturverzeichnis

- Bapst, Ludwig (2010). *Tarifpolitik zwischen Markt und Macht*. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik.
- Braun, Dietmar; Giraud, Olivier (2003). «Steuerungsinstrumente». In: Klaus Schubert & Nils Bandelow (Hrsg.). *Lehrbuch der Politikfeldanalyse*. Wien/München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Bundesamt für Gesundheit (2017). *Bundesrat passt die Struktur des Ärztetarifs TARMED erneut an*. <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-66074.html> (12.06.2017).
- Bundesamt für Gesundheit (2017). *Statistik der Obligatorischen Krankenversicherung 2015*. Bern.
- Bundesrat. (2013). *Die Hausarztmedizin soll weiter aufgewertet werden* (Medienmitteilung). Bern: Bundesrat. <http://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=50400> (20.07.2017).
- Fisher, Roger; Ury, William; Patton, Bruce (2013). *Das Harvard-Konzept. Der Klassiker der Verhandlungstechnik*. Frankfurt, New York: Campus.
- FMH (2017). *Ärzttekammer – Prämienanstieg dämpfen ohne Leistungen zu rationieren*. http://www.fmh.ch/files/pdf19/2017_05_04_Medienmitteilung_Aerztekammer_D1.pdf (12.06.2017).
- Gulliver, Peter (1979). *Disputes and Negotiations. A Cross-Cultural Perspective*. New York: Academic Press.
- Hauser, Christoph (2002). *Eine ökonomische Theorie der Mediation* (Vol. 9). Chur, Zürich: Rüegger Verlag.
- Offe, Claus (1973). *Strukturprobleme des kapitalistischen Staates. Aufsätze zur politischen Soziologie*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Olson, Mancur (1965). *The Logic of Collective Action: Public Goods and the Theory of Groups*. Cambridge (MA): Harvard University Press.
- Raiffa, Howard (1982). *The Art and Science of Negotiation*. Cambridge (MA), London (UK): Harvard University Press.
- Scharpf, Fritz W. (2000). *Interaktionsformen: Akteurzentrierter Institutionalismus in der Politikforschung*. Opladen: Leske und Budrich.
- Schedler, Kuno (2015). *Die Governance des Gesundheitswesens*. St. Gallen: Institut für Systemisches Management und Public Governance der Universität St. Gallen. IMPacts Ausgabe 09. 5–7.
- Sebenius, James K. (2013). *What Roger Fisher Got Profoundly Right: Five Enduring Lessons for Negotiators*. *Negotiation Journal*, 159–169.
- Stoffel, Urs (2006). *Die Leistungs- und Kostenvereinbarung (LeiKoV)*. *Schweizerische Ärztezeitung*, 87 (39), 1688–1690.
- Willisegger, Jonas; Blatter, Hannes (2016). *Preis- und Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen – Rahmenbedingungen und Anreize*. Luzern: Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia.

Anhang: Interviewpartnerinnen und -partner

Interviewpartner/Innen	Interviewtermin
Versicherer	
Luca Emmanuele Leiter integrierte Versorgung und Qualität, CSS Versicherung	14.10.2015
Daniel Huber Bereichsleiter stationäre Tarife, ZMT/MTK	04.11.2015
Martin Rüfenacht Bereichsleiter ambulante Tarife, ZMT/MTK	04.11.2015
Renato Laffranchi Leiter Leistungseinkauf, Tarifsuisse AG	24.11.2015
Michael Willer Geschäftsleitungsmitglied Helsana, Leiter Leistungen	02.12.2015
Leistungserbringer	
Ueli Zihlmann Geschäftsführer der Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern	13.10.2015
Hansjörg Schmid Leiter Departement Finanzen und Personal und Stv. Direktor Luzerner Kantonsspital	15.10.2015
Longin Korner Leiter Netzmanagement MedSolution	03.11.2015
Ute Studer Geschäftsleiterin LUMED	03.11.2015
Conrad Engler Leiter Kommunikation und PR, H+	04.11.2015
Esther Kraft Leiterin Abteilung DDQ FMH	18.11.2015
Jürg Schlup Präsident FMH	18.11.2015
Raphael Nosetti Finanzchef Hirslanden Klinik St. Anna, Luzern	01.12.2015
Staatliche Akteure	
Ulrich Meyer Vizepräsident des Bundesgerichts, Mitglied des Eidg. Versicherungsgerichts	06.10.2015
Tobias Wolf Abteilungsleiter Tarife, Geschäftsfeld Gesundheitsversorgung, Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich	07.10.2015
Stefan Meierhans Preisüberwacher	15.10.2015
Franziska Schneider Richterin Abt. III, Bundesverwaltungsgericht	19.11.2015
Oliver Peters Vizedirektor des Bundesamtes für Gesundheit BAG	24.11.2015

Die Autoren

Jonas Willisegger, Politikwissenschaftler (lic. rer. soc., Universitäten Bern und Lausanne), arbeitet seit August 2013 am Kompetenzzentrum Public and Nonprofit Management, IBR, Hochschule Luzern – Wirtschaft und beschäftigt sich schwerpunktmässig mit Weiterbildungsangeboten im Bereich Public Management sowie mit Forschungsprojekten unter anderem für das Forschungsprogramm «Öffentliches Gesundheitsmanagement». Vor seiner Tätigkeit an der Hochschule Luzern arbeitete er als Direktionsadjunkt und stellvertretender Informationsbeauftragter in Bundesamt für wirtschaftliche Landesversorgung und beschäftigte sich mit strategischen Fragen zur nationalen Versorgungssicherheit und zur entsprechenden Krisenvorsorge. Zuvor arbeitete er in der Politikberatung und betreute für das Büro Vatter in Bern verschiedene Projekte im sozial-, umwelt- und wirtschaftspolitischen Umfeld.

Hannes Blatter, Politikwissenschaftler (lic. ès sc. pol., Universität Lausanne), arbeitet seit April 2012 am Kompetenzzentrum Public and Nonprofit Management, IBR, Hochschule Luzern – Wirtschaft und initiierte und leitete Forschungsprojekte für das Forschungsprogramm «Öffentliches Gesundheitsmanagement». Darüber hinaus gibt er Weiterbildungen in den Bereichen Gesundheitswesen und Public Management. Er ist zudem Geschäftsführer des Luzerner Forums für Sozialversicherungen und Soziale Sicherheit (www.luzerner-forum.ch) und Inhaber einer Firma für Politikberatung (www.hannesblatter.ch). Vor seiner Tätigkeit an der Hochschule Luzern war er Generalsekretär der CSS Versicherung in Luzern. Zuvor war er Fraktionssekretär der CVP Bundeshausfraktion und Stv. Generalsekretär der CVP Schweiz. In der Vergangenheit war u. a. auch persönlicher Mitarbeiter des Direktionspräsidenten im Inselspital in Bern.

