

*Versand per E-Mail*

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider

[gever@bag.admin.ch](mailto:gever@bag.admin.ch)  
[tarife-grundlagen@bag.admin.ch](mailto:tarife-grundlagen@bag.admin.ch)

8-2-1

Bern, 22. Januar 2026

**Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Massnahmen zur Kostendämpfung Paket 2 – Leistungen Krankenversicherung):  
Stellungnahme der GDK**

Sehr geehrte Frau Bundesrätin  
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zu den geplanten Änderungen der KVV Stellung nehmen zu können.

**Allgemeine Bemerkungen**

Seitens GDK stellen wir fest, dass die vorgeschlagenen Bestimmungen nicht der Kostendämpfung dienen, sondern in der vorgeschlagenen Form zu Kostensteigerungen führen werden. Die GDK erwartet, dass inskünftig im Rahmen von Kostendämpfungspaketen ausschliesslich Massnahmen zu treffen sind, die tatsächlich kostendämpfend wirken. Den Verordnungsanpassungen kommt in diesem Sinne die wichtige Bedeutung zu, im Rahmen der vom Parlament beschlossenen Massnahmen und Erweiterungen der von der OKP übernommenen Leistungen Leitplanken zu setzen, die das Potential ungerechtfertigter Kostensteigerungen minimieren.

**Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl**

Mit der KVG-Änderung vom 21. März 2025 wurde beschlossen, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese haben sich nach der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital zu richten, das die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt. Gleichzeitig wurde dem Bundesrat die Kompetenz übertragen, die Einzelheiten zu regeln, insbesondere wie der Referenztarif und vergleichbare Behandlungen festzulegen sind. Die entsprechenden Regelungen sollen nun in der KVV verankert werden. Die neuen Artikel 35b und 35c E-KVV sollen regeln, wie die Referenztarife festzulegen und wie vergleichbare Leistungen abzugrenzen sind.

In der [Motion 18.3388](#) «Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl», auf welche die Gesetzesänderung zurückgeht, wird verlangt, dass für die ausserkantonale Behandlung im Grundsatz gleich viel bezahlt wird, wie das im eigenen Kanton der Fall wäre. Der Verordnungsentwurf geht von einer eindeutigen Berechnung der Referenztarife aus, welche jedoch in der Praxis nicht umsetzbar ist, weil nicht alle Parameter der Berechnung zum massgebenden Zeitpunkt bekannt sind. Die Verordnung muss den Kantonen daher ausdrücklich einen Ermessensspielraum lassen, den Referenztarif gestützt auf die neuesten

verfügbaren Daten zu berechnen und für gewisse Parameter Annahmen zu treffen. Prospektive Anpassungen von Referenztarifen aufgrund neu erhältlicher Daten sollten möglich sein.

Zur Wahrung der kantonalen Ermessensspielräume beantragen wir daher, dass sich die Vorgaben in der KVV zur Berechnung der Referenztarife an der langjährigen und bewährten Praxis der GDK-Empfehlungen zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone bei stationären Behandlungen ausserhalb der kantonalen Spitalliste nach Artikel 41 Absatz 3 KVG orientieren. Konkret soll als Referenztarif in der Regel ein mit den Patientenströmen gewichteter Tarif aus den relevanten Tarifen der Spitäler auf der Spitalliste des Wohnkantons festgelegt werden. Zudem soll der Referenztarif nach Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation differenziert werden, wobei eine weitere Differenzierung möglich sein soll, so bspw. für Universitätsspitäler.

Zu den einzelnen Bestimmungen des Verordnungsentwurfs haben wir folgende Bemerkungen:

#### **Art. 35b E-KVV (neu)**

Mit dem Absatz 1 ist die GDK einverstanden. Die Differenzierung nach Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation ist aus unserer Sicht nicht zu beanstanden. Dies entspricht der Empfehlung der GDK und - soweit uns bekannt - der Praxis der Kantone.

Mit den vorgeschlagenen Regelungen in Art. 35b Abs. 2 E-KVV sind wir nicht einverstanden. Gemäss Art. 35b Abs. 2 E-KVV sollen weitere Differenzierungen in Anlehnung an die Planungssystematik möglich sein. Dies ist für die meisten Kantone aufgrund der hohen Zahl der SPLG nicht praktikabel und würde zu einer unübersichtlichen Zahl an Referenztarifen führen. Wichtig ist, dass innerhalb der Bereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation Differenzierungen möglich sind, allerdings auf einer höheren Aggregations-ebene: z.B. in der Akutsomatik für Geburtshäuser oder Frührehabilitation oder für Kindermedizin bzw. Kinderspitäler sowie im Bereich Psychiatrie eine Unterscheidung für Kinder- und Jugendpsychiatrie einerseits und für Erwachsenenpsychiatrie andererseits.

Auch betreffend Art. 35b Abs. 4 E-KVV erachtet die GDK eine Anpassung bzw. Ergänzung als notwendig. Es soll den Kantonen – unabhängig vom vorgeschlagenen Art. 35b Abs. 4 E-KVV – auch offenstehen, für gewisse Bereiche oder Leistungsgruppen auf die Festsetzung eines Referenztarifs zu verzichten. Dies hätte zur Folge, dass in diesen Bereichen oder Leistungsgruppen immer der Tarif des behandelnden Spitals anwendbar ist. Es ist nicht einzusehen, weshalb ein solches Vorgehen nur dann möglich sein soll, wenn für diese Bereiche oder Leistungsgruppen auf der Spitalliste des Kantons keine Spitäler gelistet sind.

Die Publikation der Referenztarife auf den 1. Januar des betreffenden Kalenderjahres, wie sie in Art. 35b Abs. 5 E-KVV vorgesehen ist, ist grundsätzlich realitätsfremd. Vertretbar ist die Forderung nach einer mindestens jährlichen Publikation der Referenztarife und der Vergütungsteiler zwischen Krankenversicherung und Wohnkanton. Dies schliesst eine zeitnahe Aktualisierung nicht aus, sofern sich bei den Tarifen der Listenspitäler unterjährig massgebliche Änderungen ergeben (z.B. Ablösung provisorische Tarife durch definitive abweichende Tarife). Liegen keine rechtskräftigen Tarife vor, soll auf gültige Arbeitstarife zurückgegriffen werden.

Zur Umsetzung der Verordnungsanpassung auf kantonaler Ebene ist eine einjährige Übergangsfrist vorzusehen, da die Kantone für die Anpassung kantonaler Rechtsgrundlagen ausreichend Zeit benötigen.

#### **Art. 35c E-KVV (neu)**

Was die Ermittlung des Referenztarifs anbelangt, soll in der KVV idealerweise lediglich der Grundsatz geregelt werden, dass sämtliche Tarife (d.h. von allen Versicherergruppierungen) aller entsprechenden Leistungserbringer auf der Spitalliste gewichtet nach Leistungsmengen zu berücksichtigen sind. Der Grundsatz, dass bei unterschiedlichen Tarifen je Versicherergruppierung jeweils der höchste Tarif massgebend ist, ist abzulehnen. Eine solche ungewichtete Regelung führt zu einer erheblichen Erhöhung der

aktuellen Referenztarife und somit zu einer unnötigen Kostensteigerung zulasten der OKP und der Kantone bei gleichzeitiger Entlastung der Zusatzversicherungen. Das ist aus Sicht der GDK nicht im Sinn des Kostendämpfungsziels der Vorlage.

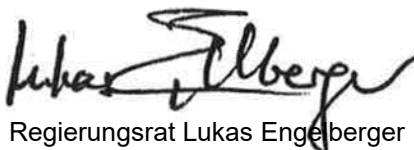
Zur Ermittlung des Referenztarifs sollen aus Sicht der GDK auch provisorische Tarife des entsprechenden Jahres herangezogen werden. Zudem müssen bei der Ermittlung der Referenztarife (Gewichtung aller Tarife der sich auf der Spitalliste befindenden Leistungserbringer) Endversorgerspitäler ausgeklammert werden dürfen. Weiter wird die Definition einer neuen Spitalategorie «qualifiziertes Spital für hochspezialisierte Medizin» (Abs. 2) abgelehnt. Die Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) liegt in der Kompetenz der Kantone. Sie entscheiden, welche Spitäler HSM-Leistungsaufträge erhalten und damit HSM-Spitäler sind – unabhängig von der Anzahl HSM-Leistungsaufträge. Abs. 2 ist zu streichen und Abs. 1 Bst. b Ziffer 2 sowie Abs. 3 entsprechend anzupassen.

### **Leistungen der Apotheker und Apothekerinnen (Art. 25 Abs. 2 Bst. h, Art. 26 KVG)**


Wir unterstützen das Ziel des Kostendämpfungsmassnahmenpakets 2, die Versorgung zu optimieren und die Rolle der Apotheken in der Grundversorgung zu stärken im Rahmen der vom KVG akzeptierten Anpassungen. Die Anpassungen und redaktionellen Überarbeitungen der Artikel 54 und 62 KVV heissen wir insofern gut. Der Erfolg dieser Reform und insbesondere die Minimierung der Gefahr, dass die kostendämpfende Wirkung verfehlt wird, hängt jedoch von klaren Bedingungen bei ihrer Umsetzung ab. Die Laboranalysen in Apotheken müssen konsequent auf medizinisch notwendige und klinisch relevante Analysen beschränkt sein, damit die WZW-Kriterien des KVG eingehalten und eine ungerechtfertigte Mengenausweitung vermieden werden kann. Die pharmazeutischen Leistungen müssen den tatsächlich in der universitären Ausbildung, der Weiterbildung und der Fortbildung erworbenen Kompetenzen der Apothekerinnen und Apotheker entsprechen. Bei der Umsetzung dieser Anforderungen in verbindliche Vorschriften werden die KLV und die Analysenliste eine zentrale Rolle spielen. Um einen ungerechtfertigten Kostenanstieg zulasten der OKP (und ab 2028 der Kantone) sowie ungewollte Auswirkungen auf die Versorgung zu vermeiden, empfehlen wir, ein Monitoring vorzusehen, um allfälligen Korrekturbedarf rechtzeitig erkennen zu können. Für weitere Hinweise zu den Leistungen der Apotheker und Apothekerinnen verweisen wir auf die gemeinsame Stellungnahme der Vereinigungen der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte (VKS) sowie der Kantonsapothekerinnen und Kantonsapotheker (KAV).

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen für einen Austausch gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Handwritten signature of Lukas Engländer in black ink.

Regierungsrat Lukas Engländer  
Präsident GDK

Handwritten signature of Kathrin Huber in black ink.

Kathrin Huber  
Generalsekretärin