

prio.swiss, Waisenhausplatz 25, 3011 Bern

Bundesamt für Gesundheit
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern
Eingereicht via Plattform «Consultations»

Für Rückfragen:
Agnes Stäuble
agnes.staeuble@prio.swiss
Tel. 058 521 26 10

Bern, 12. März 2026

**Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)
«Massnahmen Kostendämpfungspaket 2 - Leistungen Krankenversicherung»; Stellungnahme prio.swiss**

Sehr geehrte Frau Bundesrätin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, uns im Rahmen der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) «Massnahmen Kostendämpfungspaket 2 - Leistungen Krankenversicherung» äussern zu können.

prio.swiss begrüsst die Umsetzung von Massnahmen, die im Interesse der Prämienzahler und Prämienzahlerinnen sind, die Behandlungsqualität erhöhen und das Kostenwachstum im Gesundheitswesen bremsen. Ebenso begrüsst prio.swiss das Bestreben des Bundesrates, mit kostendämpfenden Massnahmen dem stetigen Kostenwachstum im Gesundheitswesen entgegenzutreten.

Referenztarife – Konkretisierung der Systematik ja, weitere Verkomplizierung nein

Der neu vorgesehene Art. 35b nKVV beschreibt die Festlegung der Referenztarife für vergleichbare Behandlungen bei stationären ausserkantonalen Wahlbehandlungen. Bereits heute kennen die Kantone die Unterscheidung der Referenztarife pro Leistungserbringerkategorie, zum Beispiel wird für die Universitätsspitäler ein anderer Referenztarif als für die anderen Spitäler verwendet. Dies erfolgt analog der Differenzierung der Standort-Tarife.

Eine so detaillierte Möglichkeit, den Referenztarif festzulegen, wie nun in Art. 35b nKVV flächendeckend für die gesamte Schweiz vorgesehen, kann für die Kantone den Anreiz haben, ihre Spitäler in einzelnen Bereichen zu schützen. Gestützt auf diese Bestimmung haben die Kantone beispielsweise die Möglichkeit, den Referenztarif entsprechend anzupassen, wenn sie verhindern möchte, dass die Orthopädie-Fälle ausserkantonal behandelt werden. Zudem scheinen die vorgesehenen Referenztarife pro Leistungsgruppe aus Sicht von prio.swiss systemfremd. Die Unterscheidung nach Leistungserbringerkategorie analog Standort-Tarife bietet bereits die geforderte

Differenzierung. Das geplante Vorgehen führt nach unserem Dafürhalten denn auch zu einer unnötigen Erhöhung der Komplexität.

Weiter sind die Spitalisten der Kantone mit den Leistungsaufträgen heute nicht direkt elektronisch verarbeitbar und denn auch nicht harmonisiert. Sie unterscheiden sich stark und weisen beispielsweise viele textuelle Einschränkungen auf oder es werden Ergänzungen per Fussnoten vorgenommen. Damit die Krankenversicherer die Prüfung der Referenztarife jeweils möglichst einfach vornehmen können, beantragt prio.swiss die Ergänzung von Art. 35b nKVV mit dem folgenden Abs. 6:

Art. 35b Stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen: Festlegung der Referenztarife für vergleichbare Behandlungen

⁶ Der Kanton stellt den Krankenversicherern die Listen der Referenztarife in elektronisch verarbeitbarer Form zur Verfügung.

Schliesslich begrüsst prio.swiss grundsätzlich, dass die Verordnung mit dem neuen Art. 35c nKVV die Systematik, wie die Referenztarife festzulegen sind, konkretisiert. Der Vergleich soll dabei zwischen dem höchsten oder dem gewichteten Durchschnitt der Tarife aller Spitäler gemacht werden, welche einen entsprechenden Leistungsauftrag haben. Dies führt zu einem kleineren Spielraum der Kantone. Anzumerken ist aber, dass auch dadurch die Komplexität wohl etwas erhöht wird.

Wir bitten Sie, die beiden neu vorgesehenen Art. 35b und 35c nKVV vor diesem Hintergrund insgesamt nochmals im Detail zu prüfen.

Apothekenleistungen – Stärkung als Grundversorger ja, Mehrfachbelastung nein

Mit den geplanten Änderungen im Rahmen des Kostendämpfungspakets sollen zudem die Apothekerinnen und Apotheker als Grundversorger gestärkt werden. Angesichts der sich abzeichnenden Engpässe in der Grundversorgung und der zunehmenden Komplexität der Medikationen wird dies von prio.swiss im Grundsatz unterstützt. So können die Kompetenzen und Ressourcen von Apothekerinnen und Apothekern sinnvoll genutzt werden, um die Grundversorgung in Zusammenarbeit mit den Hausärzten sicherzustellen. Mit den vorliegenden Anpassungen der KVV wird im speziellen die Kompetenz der Apothekerinnen und Apotheker im Bereich der Analysen (Diagnostik) gestärkt. Mit der Ergänzung von lit. d in Art. 54 Abs. 1 erhalten die Apothekerin und der Apotheker die Möglichkeit, Analysen auch ohne Anordnung durch einen anderen Leistungserbringer für den Eigenbedarf durchzuführen. Diese Analysen können unter anderem im Zusammenhang mit Beratungsleistungen zur Optimierung der Arzneimitteltherapie durchgeführt werden (Art. 62 Abs. 2 lit. c nKVV resp. Art. 25 Abs. 2 lit. h nKVG).

Arzneimitteltherapien zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) werden in der Regel durch einen Arzt oder eine Ärztin verordnet. Es ist wichtig, dass der für die Therapie verantwortliche Leistungserbringer bei zum Beispiel Therapieoptimierungen weiterhin involviert

resp. informiert ist. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ist für eine optimale Therapie und der damit verbundenen, medizinisch sinnvollen Diagnostik zentral. Die Durchführung von Analysen zur u.a. Therapieoptimierung müssen in jedem Fall medizinisch begründet und deshalb in Absprache mit dem für die Therapie insgesamt verantwortlichen Arzt (Leistungserbringer) erfolgen.

Entsprechend schlägt prio.swiss vor, Art. 54 Abs. 1 lit. d nKVV wie folgt zu ergänzen:

Art. 54 Voraussetzungen

¹ Als Laboratorien der Grundversorgung werden zugelassen:

- d. die Offizin eines Apothekers oder einer Apothekerin für Analysen der Grundversorgung nach Artikel 62 Absatz 1, die für den Bedarf und in Absprache mit dem für die Therapie verantwortlichen Leistungserbringer durchgeführt werden.

Ohne der Vorgabe zu einer interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Apotheke und verantwortlichem Leistungserbringer besteht aus Sicht von prio.swiss die Gefahr von Doppelspurigkeiten aufgrund mehrfach erbrachter (Analysen-)Leistungen.

Kostenbeteiligung bei Mutterschaft – volle Transparenz ja, Mehraufwand nein

Seitens prio.swiss befürchten wir in diesem Zusammenhang sich bei den Krankenversicherern stellende Umsetzungsprobleme. Dies resultierend aus den folgenden Aspekten:

- Unklare Definition des Schwangerschaftsbeginns: Gemäss den bestehenden Grundlagen wird der Beginn der Schwangerschaft nicht gesetzlich definiert. Der involvierte Krankenversicherer stützt sich jeweils auf die von Ärzten oder Hebammen bestimmte Schwangerschaftswoche. Für eine einheitliche und reibungslose Umsetzung wäre jedoch eine klare gesetzliche oder mindestens verbindlich koordinierte Definition notwendig.
- Abweichende Angaben durch Arzt und Hebamme: Was passiert, wenn Arzt und Hebamme ein unterschiedliches Datum als Beginn der Schwangerschaft bestimmen? Es ist ungeklärt, welches Datum für die korrekte Leistungsabrechnung als verbindlich gilt. Dies führt unweigerlich zu Abklärungen, Rückfragen und nachträglichen Korrekturen. Es wäre in diesem Kontext wünschenswert, wenn den Versicherern ein fixes Datum auf der XML-Rechnung konsequent im entsprechenden Feld übermittelt würde.
- Unterschiedliche Regelungen je nach Leistungsart (zum Beispiel Fehlgeburt): Spezifische Regelungen, wie jene des BAG-Schreibens vom 16. März 2018, stellen auf den ersten Tag der 13. Schwangerschaftswoche ab. Die neue Definition des Schwangerschaftsbeginns wirft deshalb die Frage auf, ob diese Regelungen ebenfalls angepasst werden müssen oder ob nach wie vor die Mitteilung des exakt berechneten 1. Tages der 13. SSW erforderlich bleibt.
- Zeitverzögerte Meldung des Beginns der Schwangerschaft: Die Schwangerschaft muss ab dem bestimmten Zeitpunkt vollständig an die Versicherer kommuniziert werden, um Fehlrechnungen und nachträgliche Korrekturen zu vermeiden. Bis eine Versicherungsnehmerin jedoch ihre Schwangerschaft feststellt und ein erster Arzt- resp. Hebammentermin erfolgt, vergehen üblicherweise mehrere Wochen. Der Arzt oder die Hebamme kann den Beginn der Schwangerschaft frühestens beim ersten Termin bestimmen. Dadurch erfolgt die Meldung an

- den Versicherer zwangsläufig zeitverzögert, was erneut zu Korrekturen bei bereits eingereichten Rechnungen führen kann.
- Bis wann steht das Umsetzungsdatum (voraussichtlich 01.01.2027) definitiv fest? Falls die Umsetzung per 01.01.2027 erfolgt: Welches Beginndatum zählt jeweils? Ist die Bestimmung erst für Schwangerschaften mit Empfängnis ab 01.01.2027 oder ebenfalls schon für bestehende Schwangerschaften aus 2026 neu anzuwenden, wenn diese am 01.01.2027 vor der 13. SSW sind?
 - Ist sich der Gesetzgeber bewusst, dass Nachkontrollen bei einem Abort (aufgrund der in Art. 105 Abs. 2 KVV statuierten Regelung) weiterhin nicht von der Kostenbeteiligung befreit werden, weil diese vor der 23. SSW stattfinden und somit nicht als Niederkunft gelten?

Diese Punkte zeigen klar, dass der administrative Aufwand betreffend die Kostenbeteiligung Mutterschaft wiederkehrend und systemisch anfällt. Sowohl Leistungserbringer als auch Versicherer werden über den gesamten Verlauf hinweg zusätzlich belastet. Zudem ist durch die Änderung mit Mehrkosten zu rechnen.

Allgemeine Anmerkung zum erläuternden Bericht – unklare Folgekosten

Abschliessend möchten wir noch anmerken, dass im erläuternden Bericht zur Vorlage zu den Folgekosten vielfach lediglich Annahmen gemacht werden. Wir gehen davon aus, dass dem Bundesrat konkrete Zahlen zu den zu erwartenden Mehrkosten vorliegen – insbesondere, da dies im Widerspruch zum Titel «Kostendämpfungspaket» steht. Gesetzes- oder Verordnungsänderungen sollten nur dann erfolgen, wenn eine nachvollziehbare Schätzung der entstehenden Mehrkosten ausgewiesen ist.

Vielen Dank für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen. Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

prio.siwss



Marco Romano
Stv. Direktor
Leiter Gesundheitspolitik und Public Affairs



Agnes Stäubli
Rechtsdienst