

*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, 17. April 2025

### **Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Kosten- und Qualitätsziele): 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 zur Haltung der GDK**

Durch die Anpassung der KVV soll die am 29. September 2023 vom Parlament verabschiedete Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) (indirekter Gegenvorschlag zur Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)») konkretisiert werden. Mit den neuen KVV-Bestimmungen sollen die rechtlichen Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden, dass der Bundesrat und die Kantone Kostenziele festlegen können – jeweils nach Anhörung der betroffenen Akteure und für einen Zeitraum von vier Jahren –, die das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) steuern, ohne dabei die Versorgungsqualität zu schmälern. Aus Sicht der GDK bleibt es eine Herausforderung, mit der Verordnung eine möglichst schlanke Umsetzung zu gewährleisten und dennoch zu ermöglichen, dass eine kostendämpfende Wirkung erzielt wird.

Die GDK unterstützt die Stossrichtung der Änderung der Verordnung. Es ist besonders begrüßenswert, dass bei der Festlegung der Kostenziele wichtige Einflussgrößen wie die Entwicklung der Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt berücksichtigt werden sollen (vgl. Art. 75a VE-KVV). Gemäss erläuterndem Bericht erachtet es der Bundesrat nicht als notwendig, zusätzlich zu den Zielen im Hinblick auf die Sicherung und Förderung der Qualität nach Art. 58 KVG weitere Qualitätsziele vorzugeben. Wir unterstützen diese Haltung: Zusätzliche Qualitätsziele des Bundes könnten den administrativen und organisatorischen Mehraufwand für Leistungserbringer sowie Verwaltungseinheiten des Bundes und der Kantone erheblich erhöhen, ohne dabei einen (nennenswerten) Mehrwert zu generieren. Die im KVG verankerten Qualitätsverträge sowie die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission, des Kompetenzzentrums für Qualitätsmessungen ANQ, des Nationalen Zentrums für Infektionsprävention Swissnoso und zahlreicher medizinischer Fachgesellschaften sind einige Beispiele, die dem übergeordneten Ziel der Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung genügend Rechnung tragen. Dennoch lässt die gesetzliche Grundlage in Art. 54a nKVG zu, dass die Kantone Qualitätsziele festlegen, sollten sie dies für notwendig erachten.

Dass der Bund im Rahmen des «Entlastungspaket 2027» vorsieht, die Entwicklung seiner Ausgaben für die Prämienverbilligung nach KVG zu dämpfen, indem er diese an die Kostenziele knüpft, lehnt die GDK klar ab. Dieser Vorschlag greift in laufende Reformprozesse ein. Die Stimmbevölkerung lehnte die «Prämien-Entlastungs-Initiative» 2024 in der Erwartung eines griffigen indirekten Gegenvorschlags ab. Noch bevor ein solcher Realität wird, beabsichtigt der Bund, seine Ausgaben für die Prämienverbilligung zu senken und Art. 54 nKVG abweichend zu regeln. Neu soll dem Bundesrat erlaubt sein, die Kostenziele bei wesentlichen Änderungen der Grundlagen während der Vierjahresperiode anzupassen. Der Bund erhält mithin den Anreiz, gestützt auf Art. 66 Abs. 2 KVG ein geringes Kostenwachstum als Ziel zu definieren, um seine Ausgaben für die Prämienverbilligung tief zu halten.

### **Datenweitergabe (Art. 28 VE-KVV)**

Art. 28 Abs. 1 VE-KVV führt auf, welche Daten die Versicherer dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) weitergeben müssen. Der Verordnungsvorentwurf richtet sich diesbezüglich nach den Bedürfnissen der Bundesverwaltung. Es ist nicht vorgesehen, dass das BAG neue Daten zugänglich macht, die die Kantone nutzen können, um kantonale Qualitäts- und Kostenziele festzulegen. Dies ist aus Sicht der GDK problematisch im Hinblick auf eine belastbare Grundlage für die Zielvorgaben, da die derzeit vorhandenen Daten sehr rudimentär und limitiert sind. Die niederschwellige Verfügbarkeit von Daten, die sich durch ausreichend hohe Qualität, Granularität und Repräsentativität auszeichnen, stellt eine notwendige Voraussetzung für die Festlegung adäquater Kosten- und Qualitätszielen durch Bund und Kantone sowie für die Erfüllung der Aufgaben der Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (EKKQ) dar.

Ferner ist im entsprechenden neuen Art. 21 Abs. 4 KVG erwähnt, dass das BAG die erhobenen Daten auch den Kantonen zur Verfügung stellt. Auf Verordnungsebene kommt dies aktuell weniger zum Ausdruck. Im Einleitungssatz des Art. 28 Abs. 1 VE-KVV sowie in Art. 28 Abs. 6 VE-KVV ist nur von den Aufgaben des Bundes die Rede. Die Kantone müssen jedoch grundsätzlich denselben Datenzugang haben – beispielsweise auf Fall- oder Patientenebene –, sodass es ihnen ermöglicht wird, zu untersuchen, ob das Kostenwachstum auf eine Preiserhöhung, eine Mengenausweitung, oder eine Ausweitung des Leistungskatalogs zurückzuführen ist. Dies stellt die Grundvoraussetzung für die Festlegung von geeigneten kantonalen Zielen dar, die das Potenzial haben, die Kostenentwicklung zu steuern oder die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Zur Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen kann es sich inskünftig als notwendig erweisen, neue Datensammlungen zu schaffen oder bereitzustellen. Daher müssten aus Sicht der GDK die Kantone sowie die EKKQ entsprechende Anträge zuhanden des BAG, des BFS oder der EKKQ (im Falle der Kantone) stellen können. Eine entsprechende Verordnungsbestimmung, die das regelt, ist in die KVV aufzunehmen.

### **Tarife und Preise (Art. 59c VE-KVV ff.)**

Die GDK begrüsst die durch das 3. Kapitel, 1. Abschnitt «Tarifgestaltung und Fallbeitrag» herbeigeführten Anpassungen, die bewährten Verfahren und Standards grundsätzlich entsprechen. Insbesondere ist die in Art. 59c Abs. 3 VE-KVV verankerte Ergänzung, dass die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen Bestandteil der Tarifverträge bilden müssen, sehr zu begrüßen, da sie allfällige Missverständnisse verhindert.

Aus Sicht der GDK ist es fraglich, ob der in Art. 59c<sup>ter</sup> Abs. 2 VE-KVV vorgeschriebene Grundsatz betreffend die Schätzung für leistungsbezogene Pauschalen, die vor- und nachgelagerte Bereiche<sup>1</sup> umfassen muss, in der Praxis ohne Weiteres umgesetzt werden kann. Ferner sollte in Art. 59c<sup>ter</sup> – neben dem Bundesrat – auch der zuständige Kanton als berechtigt zum Erhalt von Unterlagen genannt werden, da sich

---

<sup>1</sup> Wir haben festgestellt, dass die Formulierung der deutschen Version des Abs. 2 Art. 59c<sup>ter</sup> VE-KVV («einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche») von der französischen Version desselben Artikels («y compris les domaines concernés avant et après l'hospitalisation») abweicht. Wir gehen davon aus, dass in diesem Fall die deutsche Version führend ist: Die Schätzung für leistungsbezogene Pauschalen betrifft nicht nur die Leistungen vor und nach einem Spitalaufenthalt, sondern vor- und nachgelagerte Leistungen allgemein.

sonst die Tarifpartner erfahrungsgemäss auf den Standpunkt stellen könnten, dass lediglich der Bundesrat Anspruch darauf hat, die einschlägigen Unterlagen zu sichten.

Um dieser Forderung Rechnung zu tragen, könnte Art. 59c<sup>ter</sup> beispielsweise so angepasst werden:

### **Antrag zu Art. 59c<sup>ter</sup> KVV**

*Art. 59c<sup>ter</sup> Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge ~~an den Bundesrat~~*

*<sup>1</sup> Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig oder nach Artikel 46 Absatz 4 KVG der Kanton, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:*

- a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien;*
  - b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag, insbesondere dazu, inwiefern dieser den Grundsätzen nach 59c KVV bzw. 59c<sup>bis</sup> KVV entspricht;*
- [...]*

Schliesslich räumt die verhältnismässig offene Formulierung des Art. 59d Abs. 1 VE-KVV, dass die Einhaltung der Bestimmungen des Art. 59c f. regelmässig überprüft werden muss, den Tarifpartnern einen grossen Spielraum ein. Alternativ könnte der fragliche Artikel die Tarifpartner auffordern, einen Tarif zu überarbeiten, sobald dieser nicht mehr der aktuellen Gegebenheit entspricht. Die Pflichten für die Überprüfung und die Anpassung der Bepreisung der in der Spezialitätenliste aufgeführten Arzneimittel sind beispielsweise gesetzlich explizit festgehalten.

### **Kostenziele (3a. Kapitel, 1. Abschnitt)**

Den Wortlaut im Verordnungsvorentwurf zur Festlegung der Kostenziele erachten wir als zu offen formuliert. Einerseits hätten die Kantone aufgrund der offenen Formulierung der Grundsätze für die Festlegung von Kostenzielen hinreichend Gestaltungsspielraum. Gleichzeitig fehlt eine konkrete Rechtsgrundlage, auf die sich die Kantone stützen könnten, um beispielsweise, falls nötig, Gegenmassnahmen respektive Sanktionen zu beschliessen, wenn die definierten Kostenziele – systematisch, unbegründet und über einen längeren Zeitraum hinweg – nicht erreicht werden.

Der Verordnungsentwurf müsste in puncto Kostenziele die Bedürfnisse der Bundesverwaltung sowie jene der kantonalen Verwaltungen gleichermassen abbilden, damit diese ihre gesetzesmässigen Aufgaben und Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsversorgung wahrnehmen können. In diesem Sinn müssen die Kantone die Möglichkeit haben, von den nationalen Zielgrössen abzuweichen, um diese den regionalen Gegebenheiten entsprechend für die jeweilige Leistungserbringergruppe ambitionierter oder tiefer festzulegen.

Ferner ist eine enge Abstimmung der Kostenziele des Bundes (nach Art. 54 nKVG) und jener der Kantone (nach Art. 54a nKVG) zwingend nötig. Die Leistungserbringer müssen die Gewissheit haben, welche Ziele vorgehen, insbesondere wenn diese Interpretationsspielraum aufweisen oder sich zumindest in Teilen widersprechen sollten. Es müsste geklärt werden, wie die Anhörungen nach Art. 54 nKVG und Art. 54a nKVG aufeinander abgestimmt werden, um den Prozess der Festlegung der Kostenziele zu verschlanken und etwaige Redundanzen respektive Inkompatibilität zwischen den Zielen von Bund und Kantonen zu vermeiden.

Eine weitere Schwierigkeit ist, dass die Bestimmungen des Art. 75a Abs. 1 VE-KVV nicht präzisieren, welche Art von Kostenzielen möglich sind, z.B. ob diese absolut oder relativ festgelegt werden müssen und ob diese zwischen den Kostengruppen vergleichbar sein müssen. Es stellt sich daher aus unserer Sicht die Frage, inwiefern sich geeignete und messbare Ziele auf Basis dieser verhältnismässig offen formulierten Rechtsgrundlage festlegen liessen. Zudem sollen die Kostenziele bzw. die vorliegende Verordnung so ausgestaltet sein, dass möglichst keine Anreize entstehen, das Abrechnungsverhalten aufgrund der Ziele

zu verändern, denn das Abrechnungsverhalten der Leistungserbringer kann die beobachtete Kostenentwicklung beeinflussen. Daher schlagen wir eine Ergänzung des Art. 75a Abs. 1 vor. Damit muss sichergestellt werden, dass die Kostenziele nicht dahinführen, dass Leistungen zwar erbracht wurden, aber aufgrund der festgelegten Kostenziele erst verspätet abgerechnet werden.

Die Feststellung des Bundes, dass der Zugang zur und die Qualität der medizinischen Grundversorgung durch die Kostenziele nicht beeinträchtigt werden dürfen, ist sehr wichtig. Wir stellen bereits heute fest, dass insbesondere Endversorger mit komplexem Patientengut trotz effizienzsteigernder Massnahmen grösste Schwierigkeiten mit der finanziellen Stabilität haben. Die Festlegung von Kostenzielen darf in Bereichen, in denen wir heute schon nicht kostendeckende Tarife sehen, die Schiefelage der versorgungsrelevanten Leistungserbringer nicht verstärken.

Während die in Art. 75a Abs. 2 definierten Kriterien aus unserer Sicht nachvollziehbar sind, dürfte es bei dem Vollzug anspruchsvoll sein, fundierte Informationen zu den Kriterien beizuziehen. Begrüssenswert in dieser Hinsicht ist die Umsetzung von Projekten wie SpiGes, das darauf abzielt, die Datenerhebung und -nutzung im Bereich der (spitalstationären) Gesundheitsversorgung zu vereinfachen.

Des Weiteren sollen die Kantone – da in erster Linie diese für die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung zuständig sind – in die Koordination der Kostenziele mit den Qualitätszielen in geeigneter Weise einbezogen werden. Diesbezüglich möchten wir folgende Ergänzung von Art. 75a Abs. 3 vorschlagen:

### **Antrag zu Art. 75a KVV**

*Art. 75a Gesamtziele*

[...]

<sup>3</sup> *Der Bundesrat koordiniert unter Einbezug der Kantone die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.*

Art. 75b VE-KVV listet fünf Kostengruppen auf. Aus Sicht der GDK ist es nicht klar ersichtlich, wieso der Verordnungsvorentwurf (nur) diese Kostengruppen umfasst. Während das Kostenwachstum beispielsweise im Bereich der spitalstationären Behandlungen – sowohl im Vergleich zu den anderen vier explizit aufgeführten Kostengruppen als auch gemessen am jüngsten Wirtschaftswachstum – unterdurchschnittlich stark ausgefallen ist, umfasst der Verordnungsvorentwurf andere Kostengruppen nicht, die in den letzten Jahren ein starkes Wachstum verzeichnet haben. Es sollte möglich sein, für weitere respektive für alle Leistungserbringer Kostenziele zu definieren – beispielsweise für Physiotherapie, Apotheken, Laboratorien, oder psychologische Psychotherapie. Zudem soll sich Bst. d nicht nur auf Arzneimittel beschränken, sondern allgemein die Heilmittel ansprechen, die auch Medizinprodukte umfassen. Falls der Bund die Kostengruppen nicht ausweiten will, müssten die Kantone explizit die Möglichkeit haben, über die Auflistung in Art. 75b VE-KVV hinauszugehen.

### **Antrag zu Art. 75b KVV**

*Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:*

[...]

*d. ~~Arzneimittel~~ Heilmittel (Arzneimittel inkl. Medizinprodukte)*

[...]

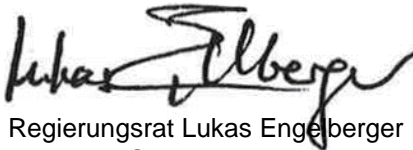
**Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (EKKQ) (3a. Kapitel, 2. Abschnitt)**

Wir stellen fest, dass die Verordnung notwendige Präzisierungen zu den KVG-Bestimmungen betreffend Aufgabenteilung zwischen EKKQ und der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) vorsieht. Um Doppelpurigkeiten zu vermeiden, ist es aus Sicht der GDK zweckmässig, dass sich die EKKQ möglichst auf bestehende Datensammlungen von BAG, BFS und EQK abstützt. Ebenso wird eine Vertretung der EQK in der EKKQ begrüsst, sowie die explizite Koordination zwischen den beiden Kommissionen gemäss Art. 75f VE-KVV.


Die EKKQ ist als beratende Kommission konzipiert, welche über keine Entscheidungsbefugnisse verfügt. Insofern kann die relativ hohe Anzahl von drei Wissenschaftsvertretungen von insgesamt acht Mitgliedern unterstützt werden. Die Kantone sind wie die Versicherer, Leistungserbringer und Versicherten mit einer Person in der Kommission vertreten, was wir begrüssen.

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

Freundliche Grüsse

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lukas Engleberger'.

Regierungsrat Lukas Engleberger  
Präsident GDK

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'K. Huber'.

Kathrin Huber  
Generalsekretärin