

REGIERUNGSRAT

Regierungsgebäude, 5001 Aarau
Telefon 062 835 12 40
Fax 062 835 12 50
regierungsrat@ag.ch
www.ag.ch/regierungsrat

Per E-Mail

Bundesamt für Gesundheit

Leistungen-Krankenversiche-
rung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

11. März 2026

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Massnahmen Kostendämpfungspaket 2 - Leistungen Krankenversicherung); Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 26. November 2025 haben Sie die Kantonsregierungen eingeladen, zur geplanten Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Massnahmen Kostendämpfungspaket 2 - Leistungen Krankenversicherung) Stellung zu nehmen. Der Regierungsrat des Kantons Aargau dankt Ihnen für die Möglichkeit und nimmt diese gerne wahr.

1. Allgemeine Bemerkungen

Der Regierungsrat befürchtet, dass die vorgeschlagenen Bestimmungen nicht der Kostendämpfung dienen. Stattdessen dürften sie in der vorgeschlagenen Form sogar zu Kostensteigerungen führen. Den Verordnungsanpassungen kommt in diesem Sinne die wichtige Bedeutung zu, im Rahmen der vom Parlament beschlossenen Massnahmen und Erweiterungen den von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommenen Leistungen Leitplanken zu setzen, die das Potenzial ungerechtfertigter Kostensteigerungen minimieren.

2. Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl

Mit der KVG¹-Änderung vom 21. März 2025 hatten National- und Ständerat beschlossen, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Zu richten haben sich diese nach der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, das die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt. Gleichzeitig erhielt der Bundesrat die Kompetenz, die Einzelheiten zu regeln. Insbesondere handelt es sich hierbei um Ausführungsbestimmungen, wie der Referenztarif und vergleichbare Behandlungen festzulegen sind. Die entsprechenden Regelungen soll der Bundesrat nun in der KVV verankern. Die neuen Art. 35b und 35c E-KVV sollen regeln, wie die Referenztarife festzulegen und wie vergleichbare Leistungen abzugrenzen sind.

¹ Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (SR 832.10).

Am 18. Mai 2018 haben die Motionäre die (18.3388) Motion Lorenz Hess, Isabelle Moret und Hans Stöckli "Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl" im Nationalrat eingereicht. Die Motion verlangt, dass die Kantone für eine ausserkantonale Behandlung im Grundsatz gleich viel bezahlen, wie das im eigenen Kanton der Fall wäre. Der Verordnungsentwurf geht von einer eindeutigen Berechnung der Referenztarife aus. Eine solche ist in der Praxis nicht umsetzbar, weil nicht alle Parameter der Berechnung zum massgebenden Zeitpunkt bekannt sind. Die Verordnung muss den Kantonen somit ausdrücklich einen Ermessensspielraum belassen, den Referenztarif gestützt auf die neuesten verfügbaren Daten zu berechnen und für gewisse Parameter Annahmen zu treffen. Prospektive Anpassungen von Referenzpreisen aufgrund neu erhältlicher Daten sind unerlässlich.

Der Regierungsrat beantragt zur Wahrung der kantonalen Ermessensspielräume, dass sich die Vorgaben in der KVV zur Berechnung der Referenztarife an der langjährigen und bewährten Praxis der Empfehlungen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone bei stationären Behandlungen ausserhalb der kantonalen Spitalliste nach Art. 41 Abs. 3 KVG orientieren. Die Kantone sollen somit in der Regel als Referenztarif ein mit den Patientenströmen gewichteter Tarif aus den relevanten Tarifen auf der eigenen Spitalliste festlegen. Weiter ist der Referenztarif nach Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation zu differenzieren, wobei eine weitere Differenzierung möglich sein soll, so beispielsweise für Universitätsspitäler.

3. Ausführungen zu den einzelnen Bestimmungen des Verordnungsentwurfs

Zu den einzelnen Bestimmungen des Verordnungsentwurfs hat der Regierungsrat folgende Bemerkungen:

3.1 Art. 35b E-KVV (neu)

Mit Art. 35b Abs. 1 E-KVV ist der Regierungsrat einverstanden. Seines Erachtens ist die Differenzierung nach Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation nicht zu beanstanden.

Mit den vorgeschlagenen Regelungen in Art. 35b Abs. 2 E-KVV kann sich der Regierungsrat jedoch nicht anfreunden. 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 Spitalplanungs-Leistungsgruppen (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. Diese Differenzierungen sollten allerdings auf einer höheren Aggregationsebene erfolgen (beispielsweise in der Akutsomatik für Geburtshäuser, Frührehabilitation oder für Kindermedizin beziehungsweise 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 der Regierungsrat eine Anpassung beziehungsweise 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 wäre. 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.

Art. 35b Abs. 5 E-KVV sieht vor, dass die Publikation der Referenztarife auf den 1. Januar des betreffenden Kalenderjahrs erfolgt. Dieser Publikationszeitpunkt erweist sich grundsätzlich als realitätsfremd. Vertretbar ist jedoch 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 (beispielsweise Ablösung provisorische Tarife durch definitive abweichende Tarife). Liegen keine rechtskräftigen Tarife vor, ist auf gültige Arbeitstarife zurückzugreifen.

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

3.2 Art. 35c E-KVV (neu)

Was die Ermittlung des Referenztarifs anbelangt, soll die KVV idealerweise lediglich den Grundsatz regeln, dass sämtliche Tarife (das heisst 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 würde zu einer erheblichen Erhöhung der derzeitigen Referenztarife führen. Daraus ergäbe sich eine überflüssige Kostensteigerung zulasten der OKP und der Kantone bei gleichzeitiger Entlastung der Zusatzversicherungen. Aus Sicht des Regierungsrats widerspricht dies Sinn und Zweck des Kostendämpfungsziels der Vorlage.

Zur Ermittlung des Referenztarifs sollten die Kantone auch provisorische Tarife des entsprechenden Jahrs heranziehen. Weiter sollten die Kantone bei der Ermittlung der Referenztarife (Gewichtung aller Tarife der sich auf der Spitalliste befindenden Leistungserbringer) Endversorgerspitäler ausklammern dürfen. Hinzukommend lehnt der Regierungsrat die Definition einer neuen Spitalkategorie "qualifiziertes Spital für hochspezialisierte Medizin" (Absatz 2) ab. Die Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) liegt in der Kompetenz der Kantone. Sie entscheiden, welche Spitäler HSM-Leistungsaufträge erhalten und damit HSM-Spitäler sind. Diese Entscheidung muss unabhängig von der Anzahl HSM-Leistungsaufträge erfolgen. Absatz 2 ist zu streichen. Absatz 1 lit. b Ziff. 2 sowie Absatz 3 sind entsprechend anzupassen.

4. Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker (Art. 25 Abs. 2 lit. h, Art. 26 KVG)

Der Regierungsrat unterstützt das Ziel des Kostendämpfungsmassnahmenpakets 2, die Versorgung zu optimieren und die Rolle der Apotheken in der Grundversorgung im Rahmen der vom KVG akzeptierten Anpassungen zu stärken. Insofern heisst der Regierungsrat die Anpassungen und redaktionellen Überarbeitungen der Art. 54 und 62 KVV gut. Der Erfolg der 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. Dadurch lassen sich die Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) des KVG einhalten und eine ungerechtfertigte Mengenausweitung vermeiden. 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 Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995 (SR 832.112.31) und die Analysenliste eine zentrale Rolle spielen. Um einen ungerechtfertigten Kostenanstieg zulasten der OKP (und ab dem Jahr 2028 der Kantone) sowie ungewollte Auswirkungen auf die Versorgung zu vermeiden, empfiehlt der Regierungsrat, ein Monitoring vorzusehen. Dadurch lässt sich ein allfälliger Korrekturbedarf rechtzeitig erkennen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Vernehmlassung.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrats

Stephan Attiger
Landammann

Joana Filippi
Staatsschreiberin