



Bern, 26.11.2025

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

(Kosten- und Qualitätsziele)

Erläuternder Bericht



Übersicht

Am 29. September 2023 verabschiedeten die eidgenössischen Räte die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG¹) zur Einführung von Kosten- und Qualitätszielen. Diese Änderung des KVG wurde als indirekter Gegenvorschlag zur Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» vorgelegt, die das Volk am 9. Juni 2024 abgelehnt hat. Die Volksinitiative verlangte die Einführung einer Kostenbremse in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Ausgangslage

Der Bundesrat hat am 10. November 2021 als indirekten Gegenvorschlag zur Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» die Einführung von Kostenzielen vorgeschlagen.

Am 29. September 2023 hiess das Parlament diesen indirekten Gegenvorschlag gut.

Das Volk lehnte die Volksinitiative am 9. Juni 2024 ab. Die Referendumsfrist begann am 1. Oktober 2024 und ist am 9. Januar 2025 abgelaufen.

Inhalt der Vorlage

Die Grundidee dieser Vorlage ist es, die Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen bezüglich des Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu konkretisieren. Die Kosten- und Qualitätsziele werden nach vorgängiger Anhörung der Versicherer, der Versicherten, der Kantone und der Leistungserbringer jeweils für vier Jahre vom Bundesrat festgelegt. Auch die Kantone werden eigene Kosten- und Qualitätsziele festlegen können, wobei sie die Vorgaben des Bundesrats berücksichtigen und die Versicherer, Versicherten und Leistungserbringer vorgängig anhören. Eine Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring wird die Entwicklung der Kosten überwachen und zuhänden des Bundes und der Tarifpartner Empfehlungen zu geeigneten Massnahmen abgeben.

Diese Ziele sollen das Kostenwachstum in der OKP auf ein effizientes Mass beschränken und die Transparenz über die Kostenentwicklung stärken, die mit Blick auf Faktoren wie die demografische Entwicklung, die Entwicklung der Wirtschaft, Löhne und Preise, den medizinischen Fortschritt sowie das vorhandene Effizienzpotenzial als gerechtfertigt erscheint.

¹ SR 832.10

Erläuternder Bericht

1 Ausgangslage

Der Bundesrat hat am 10. November 2021 als indirekten Gegenvorschlag zur Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»² die Einführung von Kostenzielen vorgeschlagen.

Am 29. September 2023 hiess das Parlament den indirekten Gegenvorschlag (Änderung des KVG)³ gut. Vorgesprochen ist eine Änderung des KVG in den folgenden Bereichen:

- die Festlegung von Zielen betreffend das Kostenwachstum in der OKP. Diese Kosten- und Qualitätsziele werden nach vorgängiger Anhörung der Versicherer, der Versicherten, der Kantone und der Leistungserbringer vom Bundesrat jeweils für vier Jahre festgelegt;
- die Möglichkeit zur Festlegung eigener Kosten- und Qualitätsziele für die Kantone, wobei sie die Vorgaben des Bundesrates berücksichtigen und die Versicherer, Versicherten und Leistungserbringer vorgängig anhören;
- die Schaffung einer Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring, welche die Kostenentwicklung überwacht und zuhanden des Bundes und der Tarifpartner Empfehlungen zu geeigneten Massnahmen abgibt;
- die Möglichkeit, auch zum Zweck der Festlegung von Kostenzielen nach Artikel 54 KVG sowie der Messung von Qualitätszielen und der Kosteneffizienz, die Daten pro versicherte Person weiterzugeben.

In Zusammenhang mit der Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen wurden die Bestimmungen zur Tarifgestaltung wie folgt angepasst:

- Tarifverträge müssen innerhalb eines Jahres nach Einreichung geprüft werden. Eine einmalige Fristverlängerung ist möglich.
- Wenn ein Tarifvertrag die gesetzlichen Anforderungen nicht mehr erfüllt und die Tarifpartner ihn nicht selbst anpassen oder kündigen, kann die zuständige Genehmigungsbehörde eine Anpassung verlangen. Gelingt es den Tarifpartnern nicht, innerhalb eines Jahres einen angepassten Tarifvertrag abzuschliessen, so legt die Genehmigungsbehörde nach Anhörung der Beteiligten den Tarif fest. Bei der Ausübung ihrer Befugnisse kann die zuständige Behörde bei nationalen Tarifstrukturen, die sich als nicht mehr sachgerecht erweisen, differenzierte Tarife für bestimmte medizinische Fachgebiete oder Gruppen von Leistungserbringern festsetzen.

Darüber hinaus wurden verschiedene Änderungen in anderen Bereichen des KVG vorgenommen, etwa betreffend die Health Technology Assessments (HTA) und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen:

- Leistungen, die nicht oder nicht mehr wirksam, zweckmässig oder wirtschaftlich sind, müssen auf der Grundlage eines evidenzbasierten Verfahrens nach transparenten Kriterien und den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen evaluiert werden. Leistungen, die gemäss diesem Verfahren die genannten Kriterien nicht erfüllen, werden von der OKP nicht vergütet. Bezüglich der Wirtschaftlichkeit der Leistungen sollen Versicherer und Leistungserbringer in den Tarifverträgen Massnahmen zur Sicherstellung einer zweckmässigen Intervention und des Gebots der Wirtschaftlichkeit vorsehen.

² Botschaft zur Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» und zum indirekten Gegenvorschlag (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung), BBl 2021 2819.

³ BBl 2024 2412.

Die Umsetzung der Änderung des KVG erfordert eine Anpassung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)⁴ und von Anhang 2 der Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung (RVOV)⁵. Diese Änderung soll namentlich den rechtlichen Rahmen für die Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele, die Zusammensetzung, Aufgaben und Kompetenzen der neuen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (EKKQ) sowie deren Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) detaillierter regeln.

Gleichzeitig sollen im Bereich der Tarifgestaltung die Grundsätze, denen Tarifverträge entsprechen müssen, sowie die Anforderungen an die Genehmigungsgesuche ergänzt werden.

2 Vernehmlassung

Zur beantragten Änderung wurde nach Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe d des Bundesgesetzes vom 18. März 2005⁶ über das Vernehmlassungsverfahren (Vernehmlassungsgesetz, VIG) eine Vernehmlassung durchgeführt. Diese dauerte vom 29. Januar bis zum 6. Mai 2025.

Insgesamt wurden 125 Adressaten angeschrieben. 87 Stellungnahmen sind im Rahmen der Vernehmlassung eingegangen (26 Kantone und Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK], 5 politische Parteien, 3 gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft, 42 Leistungserbringer und betroffene Organisationen, 4 Versichererverbände, 1 Krankenversicherer, 5 Konsumentenverbände und übrige Stellungnehmende).

Die GDK und die Mehrheit der Kantone befürworten die Stossrichtung der Änderung der KVV. Insbesondere begrüssen sie, dass bei der Festlegung der Kostenziele wichtige Einflussgrössen wie die Entwicklung der Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt berücksichtigt werden und dass der Bundesrat darauf verzichtet, über die Ziele nach Artikel 58 KVG hinaus zusätzliche Qualitätsziele vorzugeben. Mehrere Stellungnahmen kritisieren derweil, dass der Bund im Rahmen des «Entlastungspakets 2027» vorsieht, die Entwicklung seiner Ausgaben für die Prämienverbilligung gemäss KVG zu dämpfen, indem er sie an die Kostenziele knüpft.

Von den politischen Parteien unterstützen Die Mitte, FDP, SP und GRÜNE die Vorlage insgesamt. Die Mitte betont die Wichtigkeit, dass alle Akteure im Gesundheitswesen ihre Verantwortung für die stetig steigenden Gesundheitskosten übernehmen. Die FDP hebt ihrerseits hervor, dass es administrative Belastungen zu vermeiden und die Effizienz des Systems zu bewahren gelte. GRÜNE und SP bedauern das Fehlen einer verbindlichen Regelung im Falle der Nichteinhaltung der Kostenziele sowie die mangelnde Abstimmung mit den anderen laufenden Reformen, namentlich dem Sparpaket 2027. Die SVP erkennt die Notwendigkeit der Setzung von Kosten- und Qualitätszielen im Gesundheitswesen unter Berücksichtigung der Gesamtkostenrechnung. Sie spricht sich aber gegen die Schaffung einer neuen Kommission und gegen die Festlegung von Kostenzielen nach Kostengruppen aus.

Die Versicherer unterstützen die Vorlage im Grossen und Ganzen, vor allem die Festlegung von Zielen nach Kostengruppen, und weisen darauf hin, dass die vorgesehene Koordination bei den Qualitätszielen entscheidend ist.

Die Gesamtheit der Leistungserbringer anerkennt die Notwendigkeit einer Kosteneindämmung, befürchtet aber, dass die vorgeschlagenen Massnahmen die Qualität, die Zugänglichkeit und die Betreuung in komplexen Fällen gefährden. Einige kritisieren insbesondere die Festlegung von Zielen nach Kostengruppen und fordern eine stärkere Vertretung der Leistungserbringer in der neuen Kommission. Zudem betonen sie, dass vor der Festlegung der Ziele zwingend alle betroffenen Akteure angehört werden müssen.

Die Patientenorganisationen bringen ihre Unterstützung der Vorlage unter gewissen Vorbehalten zum Ausdruck. Sie anerkennen zwar das Ziel der Kosteneindämmung, warnen aber vor der Gefahr, dass vulnerablen Personen der Zugang zur Gesundheitsversorgung verwehrt oder eingeschränkt wird. Sie

⁴ SR 832.102

⁵ SR 172.010.1

⁶ SR 172.061

fordern, dass die Kostenziele eng mit Qualitäts- und Billigkeitskriterien abgestimmt werden, die soziale Faktoren, Prekarität und das Alter als zentrale Steuerungselemente miteinschliessen.

Die übrigen Akteure äussern sich unterschiedlich, aber insgesamt zurückhaltend. Viele von ihnen anerkennen die Notwendigkeit einer Kostensteuerung, befürchten jedoch nachteilige Auswirkungen der Vorlage auf spezifische Sektoren.

Die Änderungen der Bestimmungen zur Tarifgestaltung, deren Systematik neu strukturiert wird, werden von den Akteuren grundsätzlich begrüsst. Gefordert wird jedoch, dass zentrale Begriffe klarer definiert und kostendeckende, wirtschaftlich tragbare Tarife garantiert werden. Zudem sollen die Kantone Einblick in alle einschlägigen Genehmigungsunterlagen gemäss KVV erhalten. Einige Akteure haben ferner konkrete inhaltliche Formulierungsvorschläge für gewisse Bestimmungen eingebracht.

3 Rechtsvergleich, insbesondere mit dem europäischen Recht

Im Rahmen der Botschaft zum indirekten Gegenvorschlag wurde ein Rechtsvergleich mit besonderem Fokus auf Deutschland und die Niederlande vorgenommen. Für die vorliegende Änderung der KVV ist wurde kein erneuter Rechtsvergleich vorgenommen.

4 Grundzüge der Vorlage

4.1 Die Neuregelung

Kostenziele

Die beantragte Regelung stützt sich auf die neuen Artikel 54 ff. KVG. Diese sehen die Festlegung von Zielen zur Eindämmung der Kostenentwicklung in der OKP vor. Der Bundesrat legt diese Kostenziele nach vorgängiger Anhörung der Versicherer, der Versicherten, der Kantone und der Leistungserbringer jeweils für vier Jahre fest. Die Anhörung der verschiedenen Gesundheitsakteure ist somit im KVG vorgesehen und muss in der KVV nicht ebenfalls explizit verankert werden.

Artikel 75a KVV definiert die Grundsätze, nach denen die Festlegung der Kostenziele erfolgen muss, sowie die dafür massgebenden Parameter.

Der Artikel trägt auch den Überschneidungen zwischen den Kostenzielen und den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG Rechnung. Er sieht deshalb vor, dass der Bundesrat die Festlegung der Kostenziele nach Artikel 54 KVG und der Qualitätsziele nach Artikel 58 KVG koordiniert.

Artikel 75b KVV sieht vor, dass – zusätzlich zu Zielen für die gesamten Kosten – auch Kostenziele nach Kostengruppen festzulegen sind. Diese Kostengruppen sind: stationäre Behandlungen, ambulante Behandlungen im Spital, ambulante Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte ausserhalb des Spitals, Arzneimittel und Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.

Artikel 54a KVG gibt den Kantonen die Möglichkeit, eigene Kostenziele festzulegen, wobei die Versicherer, die Versicherten und die Leistungserbringer vorgängig anzuhören sind.

Auf eine Präzisierung, wie die Kantone ihre Ziele festlegen, wurde verzichtet, da es ihnen freisteht, ob sie Ziele vorsehen. Falls die Kantone sich dazu entschliessen, Kostenziele festzulegen, sollen sie dabei über einen grossen Spielraum verfügen. Auf nationaler Ebene kann so auch von den kantonalen Erfahrungen mit unterschiedlichen Ansätzen profitiert werden. Eine interkantonale Koordination in diesem Rahmen ist möglich, muss aber durch die Kantone selbst organisiert werden und kann nicht in der KVV vorgesehen werden.

Die neuen Bestimmungen der KVV regeln ausserdem die Zusammensetzung, die Organisation und die Aufgaben der EKKQ sowie deren Zusammenarbeit mit der EQK.

Artikel 75c KVV bestimmt die Zusammensetzung der EKKQ, deren Mitglieder die Leistungserbringer, die Kantone, die Versicherer, die Versicherten, die EQK und die Wissenschaft vertreten. Im Hinblick auf eine optimale Koordination zwischen der EQK und der EKKQ, wird ein Mitglied der EQK diese Kommission in der EKKQ vertreten.

Artikel 75d KVV konkretisiert die Aufgaben der EKKQ. Die Kommission soll namentlich eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten einrichten, die Entwicklung der Leistungsbereiche anhand der Kostengruppen nach Artikel 75b überwachen und basierend auf der Überwachung der Kosten Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner abgeben.

Gemäss Artikel 75e KVV muss die Geschäftsordnung der EKKQ dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) zur Genehmigung vorgelegt werden. Das BAG führt das Sekretariat der Kommission.

Schliesslich wird auch eine Zusammenarbeit zwischen der EKKQ und der EQK vorgesehen (Art. 75f KVV), insbesondere bezüglich des Qualitätsmonitorings.

Datenweitergabe

Artikel 28 Absatz 1 KVV listet auf, welche Daten die Versicherer dem BAG regelmässig weitergeben müssen. Aufgrund der Ergänzung von Artikel 21 Absatz 2 mit den Buchstaben d und e KVG (Festlegung von Kostenzielen nach Artikel 54 des Gesetzes sowie Messung von Qualitätszielen und der Kosteneffizienz) wurde auch Artikel 28 Absatz 1 KVV mit den Buchstaben d und e vervollständigt, damit eine ausreichende rechtliche Grundlage besteht, um die Daten der Versicherer zur Erfüllung dieser neuen Aufgaben zu erhalten. Auch Artikel 28 Absatz 6 KVV wurde mit den Buchstaben d und e ergänzt, um die Verknüpfung der Daten bei der Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben d und e KVG zu ermöglichen.

Tarifgestaltung

Die Änderung der Artikel 59c und 59d KVV konkretisiert die neuen Artikel 46 Absatz 4^{bis} und 46a KVG zur Tarifgestaltung.

Die Systematik der Bestimmungen zu den Tarifen und Preisen wurde neu strukturiert. Auch die Bestimmungen selbst wurden überarbeitet und konkretisiert. Die Grundsätze der Tariffbildung, die Aufgaben der Genehmigungsbehörde und die Anforderungen an das Genehmigungsgesuch wurden klarer strukturiert und definiert. Artikel 49 Absatz 2^{bis} KVG, der dem Bundesrat die subsidiäre Kompetenz gibt, Anpassungen an den Strukturen vorzunehmen, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweisen und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können, bedarf keiner Konkretisierung auf Verordnungsebene.

Weitere Bestimmungen

Die Änderung des KVG betreffend Health Technology Assessments (HTA), wonach Leistungen, die nicht oder nicht mehr wirksam, zweckmässig oder wirtschaftlich sind, anhand eines evidenzbasierten Verfahrens nach transparenten Kriterien und den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen evaluiert werden müssen, bedarf ebenfalls keiner Konkretisierung auf Verordnungsstufe. Dies, da das Evaluationsverfahren nach Artikel 32 Absatz 3 KVG und die weiteren Voraussetzungen für HTA-Programme bereits auf der Website des BAG publiziert sind (www.bag.admin.ch > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Health Technology Assessment (HTA) > HTA-Programm).

Der geänderte Artikel 56 Absatz 5 Buchstaben a und b KVG verpflichtet Leistungserbringer und Versicherer, in den Tarifverträgen Massnahmen zur Sicherstellung des zweckmässigen Einsatzes sowie der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vorzusehen. Auch hierzu ist keine zusätzliche Ausführungsbestimmung nötig, da die Genehmigungsbehörde gemäss Artikel 46 Absatz 4 KVG prüfen muss, ob der Tarifvertrag «mit dem Gesetz in Einklang steht», was Artikel 56 Absatz 5 KVG miteinschliesst.

5 Erläuterungen zu einzelnen Artikeln

5.1 Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und 6 Daten der Versicherer

Artikel 21 Absatz 2 KVG sieht vor, dass die Daten pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung bestimmter Aufgaben genügen: namentlich zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer sowie zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung; zur Analyse der Wirkung des Gesetzes und des Gesetzesvollzugs und zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen im Hinblick auf

Gesetzes- und Gesetzesvollzugsänderungen sowie schliesslich zur Evaluation des Risikoausgleichs. Diese Liste wurde um die Buchstaben d und e ergänzt, wonach die Daten zur Festlegung von Kostenzielen nach Artikel 54 KVG sowie zur Messung von Qualitätszielen und der Kosteneffizienz ebenfalls pro versicherte Person weitergegeben werden können.

Artikel 28 KVV konkretisiert Artikel 21 KVG durch die Auflistung der Daten, welche die Versicherer dem BAG regelmässig weitergeben müssen. Der Einleitungssatz von Absatz 1 muss folglich mit den Buchstaben d und e von Artikel 21 Absatz 2 KVG ergänzt werden (Festlegung von Kostenzielen nach Artikel 54 des Gesetzes sowie Messung von Qualitätszielen und der Kosteneffizienz), damit eine ausreichende rechtliche Grundlage vorliegt, um diese Daten von den Versicherern zur Erfüllung dieser zusätzlichen Aufgaben zu erhalten.

Ebenso werden die Buchstaben d und e von Artikel 21 Absatz 2 KVG in Absatz 6 von Artikel 28 KVV ergänzt, um die Verknüpfung der Daten mit anderen Datenquellen zu ermöglichen, sofern dies für die Aufgaben der Festlegung von Kostenzielen nach Artikel 54 KVG sowie der Messung von Qualitätszielen und der Kosteneffizienz erforderlich ist.

Gemäss Artikel 21 Absatz 4 KVG müssen die Daten den Datenlieferanten, den Kantonen, der Forschung und Wissenschaft sowie der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden. In welcher Form die Daten zur Verfügung gestellt und verwendet werden können, wird in der Verordnung präzisiert. Artikel 28b KVV regelt, in welchem Rahmen das BAG die Daten veröffentlicht und den Datenlieferanten, der Forschung und Wissenschaft sowie der Öffentlichkeit im Sinne von Artikel 21 Absatz 4 KVG zur Verfügung stellt. Artikel 28c KVV legt zudem fest, dass das BAG auf Gesuch weitere Daten oder die Daten in einer anderen Form zur Verfügung stellen kann.

Darüber hinaus wurde Artikel 28 Absatz 6 *in fine* umformuliert, um das Verständnis dieses Absatzes zu verbessern. Diese Änderung bekräftigt, dass alle Anonymisierungsmassnahmen, die im Rahmen der Auswertung nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a bis c KVG getroffen wurden, auch zur Erfüllung anderer Aufgaben basierend auf dem KVG getroffen wurden.

Art. 28c Abs. 2 dritter Satz Gesuch für besondere Nutzung

In der deutschen und der italienischen Fassung ist der Ausdruck «Amtsgeheimnis» durch «Geschäftsgeheimnis» zu ersetzen. Es handelt sich um eine sprachliche Korrektur.

Art. 59c–59d

Mit der Änderung von Artikel 46 Absatz 4^{bis} und Artikel 46a KVG werden neue gesetzliche Grundlagen geschaffen, um die Rolle der Genehmigungsbehörde bei der Tarifprüfung zu stärken und bestehende Tarifverträge bei fehlender Gesetzeskonformität anzupassen oder aufzuheben. Zur Umsetzung wird daher zum einen die Systematik der Bestimmungen zu den Tarifen und Preisen neu strukturiert. Zum anderen werden diese Bestimmungen, wie oben erwähnt, restrukturiert und konkretisiert, um die Grundsätze der Tarifbildung, die Aufgaben der Genehmigungsbehörde und die Anforderungen an das Genehmigungsgesuch klarer zu definieren. Der 1. Abschnitt erhält anstelle der nicht mehr geeigneten Überschrift «Grundsätze» die neue Überschrift «Tarifgestaltung und Fallbeitrag» und ist wie folgt aufgebaut:

Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge

Die Grundsätze für zu vereinbarende Tarifverträge werden separat geregelt, und in einem zweiten Schritt wird präzisiert, wie die Genehmigungsbehörde die Einhaltung dieser Grundsätze überprüft und bei der Tariffestsetzung subsidiär berücksichtigt. Die Änderung der Überschrift und von Absatz 1 sorgen für mehr Klarheit beim Verfahren. Absatz 1 regelt die Grundsätze auf Ebene des Tarifvertrags, Absatz 2 hält die Grundsätze für Tarifverträge fest, die eine Tarifstruktur enthalten. Um die Praxis des Bundesrats bezüglich der Genehmigung von Tarifen in der KVV abzubilden, sollen in Artikel 59c Absatz 2 KVV insbesondere folgende Grundsätze konkretisiert werden:

- **Repräsentativität:** Das Kriterium der Repräsentativität bei der Unterzeichnung von Tarifverträgen über gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstrukturen ist nicht im Gesetz verankert, sondern ergibt sich indirekt aus den Artikeln 43 ff. KVG. Nach Artikel 43 Absatz 5 KVG müssen Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Die Einheitlichkeit der Tarifstruktur setzt eine Repräsentativität der Tarifpartner voraus. Die Vereinbarung der Tarifstruktur soll sich auf einen breiten Konsens stützen können und nicht durch eine

vertragliche Regelung weniger Tarifpartner einer unbestimmten Zahl von anderen Partnern aufgezungen werden können ([Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats 11.4018](#)⁷ Darbellay Christophe vom 30. September 2011, Kriterien für die Repräsentativität bei der Unterzeichnung von Tarifverträgen im Gesundheitswesen, S. 17). Nur eine grosse Repräsentativität der Tarifpartner bei Tarifverträgen kann sicherstellen, dass die Struktur zur einheitlichen Anwendung taugt, und dabei die Interessen sämtlicher massgeblicher Parteien berücksichtigt werden (Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats 11.4018, S. 19). Dies gilt auch für Pauschal tariffstrukturen im ambulanten und stationären Bereich (Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats 11.4018, S. 27).

Bei den Verträgen über Tarifstrukturen im Bereich der auf ambulante Behandlungen bezogenen Patientenpauschaltarife sieht das Gesetz zudem folgende Regel vor: Gibt es in diesem Bereich eine vom Bundesrat genehmigte oder festgelegte Tarifstruktur, so muss diese von allen Leistungserbringern für die entsprechenden Behandlungen angewandt werden (Art. 43 Abs. 5^{ter} KVG).

Die Genehmigungsbehörde prüft namentlich, ob der Tarifvertrag mit dem Gebot der Billigkeit in Einklang steht (Art. 46 Abs. 4 KVG). Das heisst insbesondere, dass eine Tarifstruktur nicht ohne sachlichen Grund einzelne Leistungserbringer bevorzugen oder benachteiligen oder auf Sonderinteressen Einzelner beruhen darf. Als eine Möglichkeit, die Einhaltung des Billigkeitsgebots zu prüfen, kann die Genehmigungsbehörde kontrollieren, ob die Vertragsparteien bezüglich des konkreten Regelungsgegenstands hinreichend repräsentativ für die Leistungserbringer oder die Versicherer sind. Alternativ kann auch geprüft werden, ob die Tarifstruktur von allen betroffenen Leistungserbringern angewendet werden kann, ohne dass eine Gruppe gegenüber einer anderen nennenswert benachteiligt wird. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die konkrete Tragweite des Kriteriums der Repräsentativität im Einzelfall zu beurteilen ist.

- *Sachgerechte Tarifstruktur:* Nach Artikel 43 Absatz 4 KVG ist bei der Vereinbarung oder Festsetzung durch die zuständige Behörde auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten. Eine Struktur kann als sachgerecht bezeichnet werden, wenn sie auf einem kohärenten Tarifmodell beruht, sich auf wirtschaftliche Kriterien abstützt sowie die gesetzlichen Anforderungen (Wirtschaftlichkeit und Billigkeit, qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten) erfüllt. Das Erfordernis der sachgerechten Tarifstruktur impliziert den Grundsatz der Billigkeit, insofern es sicherstellen muss, dass die Vergütungen angemessen sind und im Verhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen. Eine sachgerechte Tarifstruktur muss somit den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, der Billigkeit und der Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden und kostengünstigen gesundheitlichen Versorgung Rechnung tragen. Unter Sachgerechtigkeit versteht sich, dass die Vergütung der verschiedenen Leistungen untereinander in einer angemessenen Relation steht.⁸

Im Rahmen der Prüfung der Tarife ist zudem immer auch die wirtschaftliche Tragbarkeit für das Gesamtsystem der sozialen Krankenversicherung zu berücksichtigen. Belegbare Kostensteigerungen, etwa infolge höherer Behandlungsqualität oder veränderter Kosten, sind nur dann zulässig, wenn sie aus Sicht des Gesamtsystems wirtschaftlich tragbar sind und sich innerhalb eines engen Rahmens bewegen. Der Bundesrat hat hierzu wiederholt betont, dass die wirtschaftliche Tragbarkeit für das Gesamtsystem gegenüber der betriebswirtschaftlichen Rechtfertigung des Tarifes grundsätzlich zu priorisieren ist. Nur ein für das Gesamtsystem tragbarer Tarif kann als «günstig» gelten.⁹

Art. 59c^{bis} Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen im stationären Bereich

Diese Bestimmung regelt die Anwendung von leistungsbezogenen Pauschalen im stationären Bereich. Sie hält fest, dass die Tarife nach Artikel 49 Absatz 1 KVG je nach Art und Intensität der erbrachten

⁷ Abrufbar unter: www.parlament.ch > Ratsbetrieb > Suche Curia Vista > 11.4018

⁸ Siehe dazu Inhalt und Kommentar vom 18. Oktober 2017 zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung, Punkt 2.2.2, S. 7, abrufbar unter: www.bag.admin.ch > Gesetze & Bewilligungen > Gesetzgebung > Gesetzgebung Versicherungen > Gesetzgebung Krankenversicherung > Abgeschlossene Rechtsetzungsprojekte > Tarifstrukturen ambulant

⁹ Vgl. RKUV 2/1997, KV 5, S. 140

Leistung¹⁰ zu differenzieren sind. Das heisst, dass bei der Festlegung der Tarife die Komplexität und der Umfang der einzelnen Leistungen berücksichtigt werden müssen, um eine angemessene und korrekte Vergütung sicherzustellen.

Art. 59c^{ter} Inhalt des Gesuchs um Genehmigung eines Tarifvertrags

Abs. 1

Die Voraussetzungen, unter denen ein Gesuch das Erfordernis der Vollständigkeit erfüllt, werden in Artikel 59c^{ter} KVV konkretisiert. Dabei handelt es sich um eine verfahrensrechtliche Präzisierung auf Verordnungsstufe im Rahmen der bundesrechtlichen Genehmigungskompetenzen nach den Artikeln 43 Absatz 5, Artikel 46 Absatz 4, Artikel 47a Absatz 7 und Artikel 49 Absatz 2 KVG. Auch Anpassungen an der Tarifstruktur sowie Anwendungsmodalitäten unterliegen nach den Artikeln 47a Absatz 7 und Artikel 49 Absatz 2 KVG der Genehmigungspflicht.

Hinsichtlich der Vollständigkeit eines Gesuchs sind bisher in Artikel 59d KVV Detailbestimmungen für die leistungsbezogenen (stationären) Pauschalen vorgesehen. Wie bei einem Genehmigungsgesuch für stationäre Pauschalen sind die Anforderungen auch für den ambulanten Bereich erforderlich. Entsprechend wurde der geltende Artikel 59d KVV im Rahmen des neuen Artikels 46 Absatz 4^{bis} KVG angepasst und überarbeitet. Unter Artikel 59c^{ter} KVV werden die allgemeinen Anforderungen bzw. einzureichenden Unterlagen für ein Genehmigungsgesuch aufgeführt, die sowohl für den ambulanten als auch den stationären Bereich gelten. Die Bestimmung formuliert nun bereichsübergreifend die allgemeinen Anforderungen an die Einreichung eines Genehmigungsgesuchs und gilt für alle Tarifverträge gleichermassen. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich vergleichbare Transparenz-, Prüf- und Begründungserfordernisse bestehen. Die Aufzählung ist nicht abschliessend.

Für das Genehmigungsverfahren sind somit ein von allen mitwirkenden Vertragsparteien gemeinsam unterzeichneter Antrag auf Genehmigung, der Tarifvertrag, Erläuterungen zu den getroffenen Vereinbarungen, die Berechnungsgrundlagen und Berechnungsmethoden des Tarifs, die Abschätzung der Kostenentwicklung im Rahmen der Tarifierstellung sowie das Kostenmonitoring (Definition, Begründung und Vorgehen inkl. Datenquellen vgl. Art. 47c KVG) einzureichen. Gemäss Artikel 47c Absatz 1 KVG muss eine Tarifvereinbarung ein gemeinsames Monitoring der Entwicklung von Mengen, Volumen und Kosten sowie gegebenenfalls Korrekturmassnahmen bei unerklärlichen Entwicklungen vorsehen. Dieses Monitoring ist Bestandteil des unterzeichneten Tarifvertrags nach Artikel 59c^{ter} Absatz 1 Buchstabe a KVV. Es ist daher nicht gesondert in Absatz 1 von Artikel 59c^{ter} KVV aufzuführen.

Die Erläuterungen zum Tarifvertrag müssen insbesondere präzisieren, inwiefern dessen Bestimmungen den Grundsätzen der Artikel 59c und 59c^{bis} KVV entsprechen. Nach Artikel 43 Absatz 4 letzter Satz KVG sind bei Tarifverträgen zwischen Verbänden vor dessen Abschluss die Organisationen anzuhören, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, wie z. B. die Schweizerische Patientenorganisation oder die Fédération romande des consommateurs. Ein solches Anschreiben und allfällige Rückmeldungen der Organisationen sind dem Genehmigungsgesuch ebenfalls beizulegen. Ein Tarifvertrag, der eine Tarifstruktur als Gegenstand hat, muss neben der Tarifstruktur auch die Anwendungsmodalitäten als Vertragsbestandteil beinhalten.

Abs. 2

Bei leistungsbezogenen Pauschalen, die stationäre Behandlungen nach Artikel 49 Absatz 1 KVG vergüten, sind bei der Schätzung der Auswirkungen der Tarifierstellung auf das Leistungsvolumen und die Kosten auch die Kosten der betroffenen Bereiche vor und nach dem Spitalaufenthalt zu berücksichtigen. Der Inhalt dieses Absatzes entspricht dem bisherigen Artikel 59d Absatz 1 Buchstabe c KVV. Die in Artikel 49 Absatz 1 KVG genannten Bereiche sind: Akutsomatik Rehabilitation und Psychiatrie.

Abs. 3

¹⁰ Siehe dazu Inhalt und Kommentar vom 22. Oktober 2008 zur Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV), III. Besonderer Teil: Erläuterungen der einzelnen Bestimmungen, Artikel 59d, S. 12, abrufbar unter: www.bag.admin.ch Gesetze & Bewilligungen > Gesetzgebung > Gesetzgebung Versicherungen > Gesetzgebung Krankenversicherung > Abgeschlossene Rechtsetzungsprojekte > Spitalfinanzierung

Dieser Absatz übernimmt den Inhalt von Artikel 59d Absatz 2 erster Satz KVV, wonach der Tarifvertrag bei auf einem Patientenklassifikationssystem (wie z. B. DRG) basierenden Vergütungsmodellen ausserdem ein Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Überprüfung der Kodierung enthalten muss. Damit wird sichergestellt, dass die erbrachten Leistungen korrekt abgerechnet werden und eine transparente Grundlage für die Festlegung der Tarife vorliegt. Die Bestimmung trägt dazu bei, dass die Pauschaltarife den effektiven Leistungen entsprechen sowie systematisch überprüfbar sind.

Abs. 4

Die sinngemässe Anwendung von Absatz 1 bei kantonaler Genehmigungskompetenz erlaubt es den Kantonen, einzelne Anforderungen zu konkretisieren oder gegebenenfalls davon abzuweichen, sofern dies durch ihr Verfahren oder die Organisation sachlich geboten ist. Diese Regelung trägt dem verfassungsrechtlich verankerten Grundsatz der Organisationsautonomie der Kantone nach Artikel 46 Absatz 3 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV¹¹) Rechnung. Sie lässt die materielle Pflicht zur Einreichung der erforderlichen Unterlagen unberührt, ermöglicht jedoch eine flexible verfahrensrechtliche Umsetzung im Rahmen der kantonalen Zuständigkeit.

Art. 59c^{quater} Aufgaben der zuständigen Behörde

Absatz 1 beschreibt die Aufgabe der Genehmigungsbehörde, einen eingereichten Tarifvertrag zu prüfen. Die nach Artikel 46 Absatz 4 KVG zuständige Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach Artikel 43 KVG und Artikel 59c Absatz 1 KVV entspricht. Ist der Bundesrat für die Genehmigung zuständig, so prüft er zusätzlich, ob der Tarifvertrag auch die erweiterten Anforderungen gemäss den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59c^{bis} KVV erfüllt. Der Bundesrat muss demnach neben den allgemeinen Grundsätzen auch die weiteren spezifischen Anforderungen an die (Tarif-)Struktur und die Vergütung der Leistungen berücksichtigen.

Absatz 2 regelt den Fall, in dem kein Tarifvertrag zustande kommt und daher eine Behörde die Tarife festsetzen muss. Diesfalls wendet die zuständige Behörde sinngemäss dieselben Grundsätze wie bei der Genehmigung an. Ist der Bundesrat für die Festsetzung einer Tarifstruktur zuständig, berücksichtigt er zusätzlich die Grundsätze gemäss den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 sowie 59c^{bis} KVV. Damit wird sichergestellt, dass bei der Festsetzung der Tarife die gleichen Grundsätze der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Transparenz angewendet werden, wie sie bei der Genehmigung des Tarifvertrags zu berücksichtigen sind.

Art. 59d Pflicht zur Überprüfung der Tarife

Die Bestimmung legt die Pflichten der Tarifpartner bei der Überprüfung und Anpassung der Tarife fest. Nach Absatz 1 müssen die Tarifpartner dafür sorgen, dass die festgesetzten Tarife den Grundsätzen der Artikel 59c und 59c^{bis} entsprechen, soweit diese anwendbar sind, d.h. unter Berücksichtigung der Tatsache, dass nicht alle Grundsätze für jeden Tarifvertrag zwingend massgebend sind. Damit wird sichergestellt, dass die Tarife den gesetzlichen Anforderungen genügen und dabei insbesondere auf aktuellen Grundlagen beruhen und mögliche Effizienzgewinne auch über die Zeit hinweg berücksichtigen. Die Pflicht zur regelmässigen Überprüfung oder spätestens nach 5 Jahren nach der letzten Genehmigung oder der letzten umfassenden Überprüfung eine Kontrolle durchzuführen, trägt der dynamischen Entwicklung im medizinischen, wirtschaftlichen und tarifarischen Bereich Rechnung, ohne die Tarifpartnern unverhältnismässig einzuschränken.

Der massgebende Ausgangspunkt für die Berechnung der Frist ist die letzte Genehmigung des Tarifvertrags oder die letzte umfassende Überprüfung. Damit wird sichergestellt, dass erst eine umfassende und gründliche Überprüfung eine neue Frist von fünf Jahren auslöst. Die Verordnung enthält hingegen keine Angaben zur maximalen Dauer der Überprüfung. In der Verwaltungspraxis wird erwartet, dass die Überprüfung so zeitnah wie möglich abgeschlossen und das Ergebnis der Genehmigungsbehörde mitgeteilt wird, damit diese die Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen überprüfen kann. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass die Überprüfung vor Ablauf der Fünfjahresfrist abgeschlossen ist. Für Genehmigungen von geringfügigen Änderungen, die ohne vorherige umfassende Überprüfung vorgenommen werden, beispielsweise die Korrektur einzelner Tarifpunkte oder rein technische Änderungen, beginnt

¹¹ SR 101

hingegen keine neue Frist. Dadurch wird verhindert, dass geringfügige Anpassungen den Rhythmus der regelmässigen Überprüfungen verfälschen.

Anpassungen, die auf Verlangen der Genehmigungsbehörde gemäss Artikel 46a KVG vorgenommen werden, gelten als umfassende Überprüfung, und mit ihrer Genehmigung beginnt eine neue Frist von fünf Jahren. Auf diese Weise werden die Überprüfungspflicht der Tarifpartner, die Rolle der Organisationen und das Eingreifen der Behörden klar koordiniert. Die zeitliche Komponente ermöglicht Flexibilität, verlangt jedoch eine kontinuierliche Qualitätskontrolle.

Nach Absatz 2 müssen die Tarifpartner die zuständigen Behörden über die Resultate der Überprüfungen informieren und falls erforderlich die entsprechenden Unterlagen gemäss Artikel 59c^{ter} Absatz 1 Buchstabe d KVV vorlegen. Diese Bestimmung gewährleistet, dass die zuständige Behörde über alle erforderlichen Informationen verfügt, um die Übereinstimmung der Tarife mit den gesetzlichen Grundsätzen zu überprüfen.

Art. 59d^{bis} Anpassung der Tarifverträge

Abs. 1

Die Bestimmung verpflichtet die Tarifpartner sowie die in den Artikeln 47a Absätze 1 und 2 und 49 Absatz 2 KVG genannten Organisationen, die notwendigen Anpassungen der bestehenden Tarifverträge vorzunehmen. Damit wird sichergestellt, dass die Verträge den rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen laufend entsprechen und mit den Entwicklungen im Gesundheitswesen Schritt halten. Anpassungen können sich etwa aus neuen gesetzlichen Vorgaben, aus Änderungen der Versorgungsstrukturen oder aus technischen und medizinischen Entwicklungen ergeben.

Abs. 2

Die angepassten Tarifverträge sind von den Tarifpartnern der zuständigen Behörde zur Genehmigung vorzulegen. Dadurch bleibt die behördliche Aufsicht über die Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen und die Wahrung der Interessen der versicherten Personen gewährleistet. Die Genehmigungspflicht dient insbesondere der Transparenz sowie der Sicherstellung der Rechtmässigkeit und Angemessenheit der Tarifanpassungen.

Abs. 3

Für geringfügige Anpassungen wird klargestellt, dass deren Genehmigung keine neue Überprüfungsfrist nach Artikel 59d auslöst. Damit soll verhindert werden, dass kleinere, rein formale oder technische Änderungen eine umfassende Überprüfungspflicht in Gang setzen, die weder notwendig noch zweckmässig wäre. Eine Ausnahme besteht dann, wenn die geringfügigen Anpassungen Teil einer umfassenden Überprüfung der Tarifverträge sind. In diesem Fall gilt die neue Frist nach Artikel 59d, um sicherzustellen, dass die vollständige Revision einer angemessenen behördlichen Kontrolle unterliegt.

Mit dieser Verordnungsänderung wird ebenfalls aufgenommen, dass das Parlament im Rahmen der KVG-Änderung «Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 2» vom 21. März 2025¹² den Artikel 43 Absatz 7 KVG dahingehend angepasst hat, wonach der Bundesrat Grundsätze für die Erarbeitung, Weiterentwicklung sowie die regelmässige Anpassung und Pflege der Tarife aufstellen kann, um eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu gewährleisten und dabei insbesondere die Kostentransparenz, die Effizienz bei der Leistungserbringung und die Effizienzgewinne aufgrund technischer Fortschritte berücksichtigt. Die vorliegende Änderung konkretisiert einige der in Artikel 43 Absatz 7 KVG aufgeführten Aspekte, wie sie von den Kammern genehmigt wurden. Im Rahmen der Umsetzung der KVG-Änderung « Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 2 »¹³ wird geprüft, ob noch weitere Ausführungsbestimmungen erforderlich sind.

Zudem hat die Eidgenössische Finanzkontrolle in ihrem Bericht «Prozesse zur Sicherstellung der Kostenrealität im medizinischen Tarifwesen (EFK-23653)»¹⁴ dem BAG empfohlen, alle Tarife in seiner Zu-

¹² [BBl 2025 1108](#)

¹³ Abrufbar unter www.bag.admin.ch > Politik & Grundsätze > Rechtsgrundlagen > Gesetzgebung Versicherungen > Gesetzgebung Krankenversicherung > Laufende Rechtsetzungsprojekte

¹⁴ Abrufbar unter: www.efk.admin.ch > Publikationen > Berichte

ständigkeit als Fachamt regelmässig auf deren Kostenrealität zu prüfen. Mit dem Auftrag an die Tarifpartner zur regelmässigen Prüfung und Aktualisierung werden beide Anliegen ein erstes Mal konkretisiert. Dies gilt im Übrigen auch für die zweite Empfehlung der EFK im selben Bericht, wonach die Tarifpartner besser über die Anforderungen an die Tarifierung und Inhalt von Genehmigungsgesuchen informiert werden sollen. Die Artikel 59c-59c^{ter} sehen hier weitere Konkretisierungen vor.

Art. 75a Gesamtziele

Abs. 1

Nach Artikel 54 KVG legt der Bundesrat nach Anhörung der Versicherer, der Versicherten, der Kantone und der Leistungserbringer jeweils für vier Jahre für die Leistungen Kosten- und Qualitätsziele fest. Die neuen Bestimmungen des KVG präzisieren derweil nicht, welche Kosten- und Qualitätsziele festgelegt und welche Faktoren dabei berücksichtigt werden müssen.

Die Definition der Kosten, auf die sich die Ziele beziehen, wird in einem Umsetzungskonzept festgelegt. Dieses umfasst die Gesamtheit der Kosten derjenigen Leistungen, welche gemäss KVG versichert sind. Die Kosten umfassen also nicht nur den durch die Prämien und die Kostenbeteiligung der Versicherten finanzierten Teil, sondern auch die Kofinanzierung oder die Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden. Das Umsetzungskonzept wird zudem die Methodik zur Festlegung der Kostenziele beinhalten und erläutern, wie diese Ziele – unter Einbezug der betroffenen Akteure und basierend auf transparenten Kriterien – berechnet, validiert und in den politischen Prozess eingebunden werden.

Abs. 2

Bei der Festlegung der Höhe der Kostenziele ist darauf zu achten, dass der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird. Konkret muss der Bundesrat, analog zu Artikel 43 Absatz 6 KVG dafür sorgen, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird.

Das Parlament hat darauf verzichtet, Sanktionen oder verbindliche Massnahmen für den Fall einer Zielüberschreitung einzuführen. Es ist folglich nicht möglich, auf Verordnungsstufe solche Konsequenzen vorzusehen, da diese einer formell-gesetzlichen Grundlage bedürfen. Den verschiedenen Akteuren steht es jedoch frei, im Falle der Abweichung von den gesetzten Zielen Massnahmen zu ergreifen.

Nach Artikel 54a Absatz 1 KVG kann jeder Kanton unter Berücksichtigung der vom Bundesrat festgelegten Kosten- und Qualitätsziele eigene Ziele festlegen. Der Ausdruck «unter Berücksichtigung» bedeutet dabei, dass die Kantone, falls sie eigene Kosten- und Qualitätsziele festlegen, die Kosten- und Qualitätsziele des Bundesrates in ihre Berechnungen oder ihre Überlegungen einbeziehen und sich soweit möglich auf dieselben Daten stützen müssen.

Weitere Instrumente zur Kosteneindämmung wurden vor Kurzem eingeführt oder werden dies demnächst, im Bereich der ambulanten Behandlungen insbesondere die im TARDOC-System vorgesehene Wachstumsbandbreite und das Monitoring nach Artikel 47c KVG. Diese Instrumente sind allerdings von den Kostenzielen zu unterscheiden:

Die Einführung von TARDOC und ambulanten Pauschalen darf keine Mehrkosten verursachen, die direkt auf den Wechsel der Tarifstruktur zurückzuführen sind (Kostenneutralität, Art. 59c Abs. 1 Bst. c KVV). Gemäss den gesetzlichen Anforderungen darf ein solcher Wechsel nicht zu höheren Kosten bei gleichbleibendem Leistungsangebot (identische Qualität und Quantität) führen. Die statische Kostenneutralität soll eine kostenneutrale Umstellung zum Zeitpunkt der Einführung gewährleisten. Sie wird durch die Normierung der Einführungsversionen von TARDOC und der ambulanten Pauschalen in Kombination mit Bestimmungen zum Taxpunktwert gewährleistet. Die dynamische Kostenneutralität betrachtet die jährliche Entwicklung des Leistungsvolumens nach der Einführung über einen längeren Zeitraum hinweg. Sie definiert einen Wachstumskorridor für die Kosten sowie Korrekturmassnahmen für den Fall, dass der definierte Wachstumskorridor überschritten wird. Diese Massnahme beschränkt sich auf einen Teil bestimmter Bereiche im Geltungsbereich der Kostenziele (Kostengruppen «ambulante Behandlungen im Spital» und «ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals») und dürfte keine grösseren Auswirkungen auf die festgelegten Ziele für den Zeitraum 2028–2031 haben. Die Phase der Kostenneutralität dauert bis mindestens 2028 und bis die Auflagen des Bundesrats erfüllt sind.

Artikel 47c KVG verpflichtet die Tarifpartner, bei sämtlichen gesamtschweizerisch oder kantonale geltenden Tarifverträgen ein gemeinsames Monitoring der Entwicklung der Mengen, Volumen und Kosten sowie Korrekturmassnahmen bei nicht erklärbaren Abweichungen vorzusehen. Die zuständige Behörde genehmigt diese Verträge. Die Überwachung beschränkt sich demnach auf durch einen Tarifvertrag abgedeckte Bereiche und betrifft nicht alle Bereiche, auf welche die Kostenziele anwendbar sind. Artikel 47c und 54 KVG zielen beide auf die Eindämmung des Kostenwachstums im Gesundheitswesen und auf die Vermeidung einer ungerechtfertigten Zunahme der Leistungen ab. Beide Regelungen sehen die Festlegung von Werten für die Kostenentwicklung vor. Im Falle von Artikel 47c KVG sind dafür allerdings die Tarifpartner zuständig, während bei Artikel 54 KVG grundsätzlich der Bundesrat zuständig ist. Die Kostenziele nach Artikel 54 KVG könnten künftig als Orientierung für die Kostenüberwachung im Sinne von Artikel 47c KVG dienen.

Abs. 3

Um die Transparenz, namentlich für die Gesundheitsakteure, zu erhöhen, wurden die massgebenden Parameter (die Entwicklung der Demografie und der Morbidität, der medizinisch-technische Fortschritt, die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung sowie das Effizienzpotenzial) zur Festlegung der Kostenziele in die Verordnung aufgenommen.

Das Effizienzpotenzial ist beachtlich. Dieses muss daher bei der Definition der Kostenziele ebenfalls berücksichtigt werden. Die Kostenziele basieren auf dem aktuellen Niveau der Ausgaben, das bestehende Ineffizienzen miteinschliesst, und prognostizieren die künftigen Kosten anhand «natürlicher» Faktoren (Demografie, Morbidität, Einkommenseffekt, technischer Fortschritt, Teuerung). Dieses bestehende Effizienzpotenzial muss mittelfristig reduziert werden. Es ist allerdings zu beachten, dass das Effizienzpotenzial (wie auch andere Faktoren) je nach Bereich oder Kostengruppe variieren kann. Wie das Effizienzpotenzial berechnet und den Unterschieden zwischen den Kostengruppen bei der Festlegung der Kostenziele Rechnung getragen wird, wird im Konzept eingehender erläutert (vgl. betr. Konzept die Ausführungen zu Art. 75a Abs. 1 KVV). Dieses zeigt auch detailliert auf, wie der technische Fortschritt in den verschiedenen Kostengruppen bei der Festlegung der Kostenziele berücksichtigt wird. Die Auflistung der zu berücksichtigenden Faktoren wurde nicht abschliessend formuliert, sodass der Bundesrat frei ist, in Sinne eines gesamtheitlichen Ansatzes weitere Faktoren einzubeziehen.

Abs. 4

Im Bereich der Qualität muss der Bundesrat seit dem Inkrafttreten der KVG-Revision zur Stärkung der Qualität und Wirtschaftlichkeit alle vier Jahre Ziele im Hinblick auf die Förderung und Sicherung der Qualität der Leistungen (Qualitätsentwicklung) festlegen (Art. 58 KVG). Dazu wurde eine entsprechende Kommission (Eidgenössische Qualitätskommission) eingesetzt (Art. 58b KVG).

Die gesetzlichen Bestimmungen lassen keine Unterscheidung zwischen den Zielen im Hinblick auf die Sicherung und Förderung der Qualität nach Artikel 58 KVG und den Qualitätszielen nach Artikel 54 KVG zu. Im Sinne der Vermeidung von Doppelspurigkeiten ist es folglich nicht nötig, zusätzliche Qualitätsziele festzulegen.

Die Qualitätsziele nach Artikel 58 KVG werden ebenso wie die Kosten- und Qualitätsziele nach Artikel 54 KVG vom Bundesrat festgelegt. Die Abstimmung der beiden Verfahren und der Austausch zwischen den eidgenössischen Kommissionen müssen aber gewährleistet werden. Die zuständigen Stellen im BAG sollen sich regelmässig auf inhaltlicher Ebene austauschen und die Ergebnisse in ihre Arbeiten einfließen lassen. Insbesondere ist sicherzustellen, dass sich die Ziele auf die gleichen Zeiträume beziehungsweise die gleiche Legislatur beziehen. Aus diesem Grund wird der Bundesrat die Festlegung der Kostenziele nach Artikel 54 KVG und der Qualitätsziele nach Artikel 58 KVG koordinieren. Die beiden Verfahren folgen demselben zeitlichen Ablauf.

Die Koordination zwischen den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG und den Kostenzielen obliegt dem Bundesrat. Die Kantone sind im Festlegungsprozess nicht involviert. Vor der Festlegung der beiden Arten von Zielen werden jedoch alle Gesundheitsakteure angehört.

Art. 75b Ziele für die Kostengruppen

Abs. 1

Kostenziele werden für die folgenden Kostengruppen festgelegt: stationäre Behandlungen, ambulante Behandlungen im Spital, ambulante Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte ausserhalb des Spitals, Arzneimittel und Pflege im Pflegeheim oder zu Hause. Diese Kostengruppen umfassen den grössten Teil der OKP-Kosten. Sie entsprechen bereits bekannten Kostengruppen, für die schon Datenquellen vorhanden sind.

Die Kostengruppe «Arzneimittel» wird bei der Festlegung der Kostenziele aufgrund der verfügbaren Daten berücksichtigt. Sie umfasst die Bereiche «ärztlich verschriebene Arzneimittel» und «von Apotheken abgegebene Arzneimittel» (siehe Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung [MOKKE]). Dahingegen gibt es im Bereich der Medizinprodukte derzeit keine hinreichend zuverlässigen Daten. Deshalb wird dieser Bereich bei den verschiedenen Kostengruppen nicht berücksichtigt.

Die Aufzählung der Kostengruppen wurde nicht abschliessend formuliert, sodass der Bundesrat weitere Kostengruppen vorsehen kann für Kosten, die noch nicht existieren oder die derzeit nicht klar einer der bestehenden Gruppen zugeordnet werden können.

Dank der Definition von Kostenzielen nach Kostengruppen kann nicht nur die Transparenz verbessert werden, sondern auch auf die je nach Leistungsbereich unterschiedlichen Situationen und Bedingungen eingegangen werden. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Faktoren wie das Effizienzpotenzial oder der technische Fortschritt je nach Leistungsbereich variieren und die verschiedenen Kostengruppen sich folglich unterschiedlich entwickeln. Zudem müssen sich die Gesamtziele auf die Ziele der einzelnen Kostengruppen abstützen können. Daher ist es unumgänglich, die künftige Kostenentwicklung pro Gruppe zu bestimmen.

Um das Risiko einer Kristallisierung der Kosten der verschiedenen Gruppen infolge der Festlegung von Zielen für jede Kostengruppe zu vermeiden, müssen allfällige Kostenverschiebungen, die sich beispielsweise dadurch ergeben, dass gewisse Behandlungen künftig ambulant durchgeführt werden oder die Kosten für Arzneimittel in die Pauschalen integriert werden, antizipiert werden – wenn möglich bei der Festlegung der Ziele oder spätestens beim Monitoring der Kostenziele und ihrer Analyse.

Abs. 2

Die für die gesamten Kosten geltenden Grundsätze sollen auch für die Festlegung der Ziele in den einzelnen Kostengruppen massgebend sein. Absatz 2 sieht dies daher ausdrücklich vor.

2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Art. 75c Mitglieder

Abs. 1

Der Bundesrat wählt gemäss Artikel 54c Absatz 1 und 3 KVG das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Kommission.

Abs. 2

Die EKKQ ist eine ausserparlamentarische Kommission nach Artikel 57a des Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetzes vom 21. März 1997¹⁵ (RVOG).

Nach Artikel 57e Absatz 1 RVOG dürfen die ausserparlamentarischen Kommissionen in der Regel nicht mehr als 15 Mitglieder umfassen. Sie müssen unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben nach Geschlecht (Frauen und Männer mindestens je 40 Prozent), Sprache, Region, Alters- und Interessengruppen ausgewogen zusammengesetzt sein.

Unabhängig von der Grösse der Kommission können angesichts der grossen Bandbreite nicht alle betroffenen Akteure (namentlich eine grosse Zahl von Leistungserbringern) in dieser vertreten sein. Aus

¹⁵ SR 172.010

diesem Grund wurde beschlossen, dass Kommission neun Mitgliedern umfasst. Angesichts ihrer überschaubaren Grösse wird die Kommission effizient handeln und rascher intervenieren können. Es wurde Wert auf die Mitwirkung wissenschaftlicher Expertinnen und Experten gelegt, da die Aufgaben und die Arbeiten der Kommission spezifisches Fachwissen erfordern. Damit die Kommission ihre Verantwortungsrolle beim Qualitätsmonitoring ohne Doppelspurigkeiten erfüllen kann, damit die Arbeiten der EKKQ und der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) koordiniert werden können und damit die EKKQ über zusätzliches Fachwissen im Bereich Qualität verfügt, soll ein Mitglied die EQK in der EKKQ vertreten.

Die Gesundheitskostenthematik erfordert ein hohes spezifisches Fachwissen im Bereich Leistungskosten, Kostenmanagement und Wirtschaft. Diese Kenntnisse sind in den anderen im KVG vorgesehenen Kommissionen nicht ausreichend vorhanden. Zwar gibt es gewisse Überschneidungen zwischen den Aufgaben der EKKQ und der EQK, die Mitglieder der EQK verfügen aber vorwiegend über spezifisches Fachwissen in den Bereichen Leistungsqualität und Qualitätsmanagement. Aus den genannten Gründen ist die Schaffung einer neuen Kommission gerechtfertigt. Die Mitglieder der EKKQ werden anhand ihrer Kompetenzen im Gesundheitsbereich, ihrer allgemeinen Finanzkenntnisse und ihres Know-hows im Gesundheits- und Sozialversicherungsbereich ausgewählt. Ein weiteres zentrales Auswahlkriterium ist ihre Unabhängigkeit.

Sämtliche Akteure des Gesundheitssektors werden vor der Festlegung der Kostenziele Gelegenheit haben, dazu Stellung zu nehmen.

Abs. 3

Nach Artikel 7a Absatz 2 der Regierungs- und Verwaltungsverordnungsverordnung vom 25. November 1998¹⁶ (RVOV) sind die Mitglieder der EKKQ in der Erfüllung ihrer Aufgaben weisungsungebunden. Sie vertreten demnach nicht die Interessen eines Verbands. Die Verbände können aber Mitglieder für die verschiedenen Sitze in der Kommission vorschlagen. Die Kommissionsmitglieder müssen über ein grosses Wissen im Bereich Kostenmanagement, gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems sowie grosse Fachkompetenz im Bereich der Kosten der Leistungserbringung verfügen.

Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen

Abs. 1

Die EKKQ ist eine Verwaltungskommission ohne Entscheidungsbefugnisse. Ihre beratende Funktion wird ausdrücklich festgehalten.

Abs. 2

Absatz 2 zählt die Aufgaben der Kommission auf. Die Liste ist nicht abschliessend formuliert, damit die Kommission, falls erforderlich, weitere Aufgaben übernehmen kann.

Die Kommission richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein.

Die Tatsache, dass die Kommission sich bei der Überwachung der Entwicklung der Leistungsbereiche auf die gleichen Kostengruppen stützt, ermöglicht einen Vergleich der verschiedenen Analysen und die Nutzung der Arbeiten der Kommission namentlich im Hinblick auf die Massnahmen nach Artikel 54c Absatz 2 KVG.

Zudem basieren die Empfehlungen der Kommission auch auf der Überwachung der Kosten.

Die Änderung des KVG sieht für die EKKQ keine aktive Rolle bei der Festlegung der Kostenziele vor; diese Aufgabe obliegt dem Bundesrat. Die Kommission wird jedoch die Möglichkeit haben, sich vor der Festlegung der Ziele dazu zu äussern, ebenso wie alle anderen Akteure des Gesundheitswesens.

Abs. 3

Die Entwicklung eines komplett neuen Monitoringinstruments ist wenig zielführend.

¹⁶ SR 172.010.1

Das BAG verfügt bereits über mehrere Monitoringinstrumente (MOKKE, Statistik der OKP, Dashboard Krankenversicherung usw.). Zudem hat der Bundesrat die EQK beauftragt, ein nationales Monitoringssystem zur Qualität der Leistungen im Gesundheitswesen aufzubauen und zu betreiben. Gemäss dem Grundsatz «once only» gilt es, Doppelspurigkeiten zu vermeiden.

Die EKKQ ist daher dafür zuständig, die Analysen aus diesen bereits bestehenden Datenbanken zu interpretieren, und nicht, neue Datenbanken zu schaffen.

Da sich die Zuständigkeit für das Kosten- und Qualitätsmonitoring sowie die Überwachung der verschiedenen Leistungsbereiche auf Artikel 54c Absatz 2 KVG stützen, besteht eine ausreichende gesetzliche Grundlage für die Datenübermittlung in diesem Rahmen an die Kommission.

Wie vorstehend bereits erwähnt, handelt es sich bei dieser Überwachung nicht um eine Doppelspurigkeit angesichts des gemeinsamen Monitorings der Entwicklung der Mengen, Volumen und Kosten, das die Tarifpartner nach Artikel 47c KVG vorsehen. Jene Überwachung ist auf Bereiche beschränkt, in denen ein Tarifvertrag abgeschlossen wird, und gilt nicht für sämtliche Kosten im Gesundheitswesen, wie dies bei den Kostenzielen der Fall ist.

Der Zugang der EKKQ zu den Daten des Bundesamtes für Statistik (BFS) betrifft nur Daten, die zu Verwaltungszwecken auf der Grundlage von Artikel 59a Absatz 3 KVG erhoben wurden.

Art. 75e Organisation

Abs. 1

Die Verordnung sieht vor, dass die Kommission eine Geschäftsordnung erlässt.

Abs. 2

Das BAG wird für die Führung des Sekretariats zuständig sein.

Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission

Um sicherzustellen, dass die Kommission ihre Aufgaben wahrnehmen kann, und um Überschneidungen mit der EQK zu vermeiden, müssen die beiden Kommissionen ihre Tätigkeiten koordinieren. Für die Qualitätsentwicklung ist die EQK zuständig (Art. 58c Abs. 1 Bst. b KVG). Aus diesem Grund und um zu vermeiden, dass die Kommissionen diese Arbeiten doppelt ausführen, wird die Zusammenarbeit mit der Änderung der KVV ausdrücklich vorgesehen.

Darüber hinaus müssen beide Kommissionen im jeweiligen Verfahren zur Festlegung der Qualitäts- und der Kostenziele angehört werden.

Art. 77a Abs. 5^{bis}

Die vorliegende Bestimmung wurde eingefügt, damit die EKKQ ihre Arbeiten nicht an diejenigen der EQK ausrichten muss, sondern eine Koordination der Tätigkeiten in beide Richtungen möglich ist.

5.2 Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung (RVOV)

Anhang 2

Ausserparlamentarische Kommissionen

1. Gesellschaftsorientierte Kommissionen: Entschädigungskategorien, Taggeldansätze und Zuordnung zu den Departementen

1.1 Einstufung G3, Taggeld 500 Franken

Anhang 2 der RVOV muss mit der neuen Kommission ergänzt werden.

Die EKKQ ist eine Kommission der Kategorie G3: Ihre Tätigkeit verlangt von ihren Mitgliedern ein hohes spezifisches Expertenwissen, namentlich müssen die Mitglieder fachliche Autoritäten auf dem Gebiet der Kommission sein und Kenntnisse besitzen, die nicht kurzfristig zu erwerben sind (Art. 8n Abs. 1 Bst. a RVOV).

6 Auswirkungen

6.1 Auswirkungen auf den Bund

Finanzielle Auswirkungen

Die beantragte Neuregelung soll die Kostenentwicklung bei den Leistungen zulasten der OKP bremsen, um den Prämienanstieg für die Versicherten zu dämpfen.

Grundsätzlich kann die Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen das Kostenwachstum in den grössten Kostengruppen bremsen. Der Bundesrat erachtet insbesondere Kostenziele als ein geeignetes Instrument, um das vorhandene Effizienzpotenzial im Gesundheitswesen nutzen zu können, womit die Kostenentwicklung in der OKP gebremst werden kann.

Eine Regulierungsfolgenabschätzung (RFA)¹⁷ wurde im Rahmen der Botschaft zur Änderung des KVG erstellt. Deren Ergebnisse können folglich nicht unmittelbar auf die von den eidgenössischen Räten am 29. September 2023 verabschiedete Gesetzesänderung angewandt werden. Die RFA schätzt das gesamtwirtschaftliche Einsparpotenzial jedoch als hoch ein, auch wenn sie nicht exakt prognostizieren kann, wie sich Kostenziele auf die Kostenentwicklung auswirken würden, weil die Unsicherheiten zu gross sind.

Mit den Kostenzielen soll ein Instrument eingeführt werden, das die Kosten- und Mengentransparenz steigern wird, mit entsprechend positiven finanziellen Auswirkungen unter anderem auf den Bund.

Personelle Auswirkungen

Die Umsetzung führt auf Bundesebene in erster Linie zu zusätzlichen Vollzugsaufgaben im Zusammenhang mit der Festlegung der Kostenziele, der Feststellung der Zielerreichung sowie der Schaffung der neuen Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und deren Sekretariat.

Die EKKQ ist eine Kommission der Kategorie G3 im Sinne von Artikel 8n Absatz 1 Buchstabe a RVOV. Die Vergütung der Kommissionsmitglieder richtet sich nach den Entschädigungsregelungen für gesellschaftsorientierte Kommissionen nach den Artikeln 8n, 8o und 8r RVOV. Ziel der vorgeschlagenen Regelung ist es, die Kostenentwicklung in den wichtigsten Kostengruppen der OKP zu bremsen, um den Anstieg der von den Versicherten zu bezahlenden Prämien zu begrenzen und damit die Beiträge des Bundes an die individuelle Prämienverbilligung zu reduzieren. Der Bundesrat ist insbesondere der Ansicht, dass ein Kostendämpfungsziel ein geeignetes Instrument darstellt, um das im Gesundheitssystem vorhandene Potenzial für Effizienzsteigerungen auszuschöpfen, was den Kostenanstieg in der OKP bremsen kann. Das Ausmass der tatsächlichen Einsparungen wird von der konkreten Höhe und der Einhaltung der Kostenziele abhängen.

6.2 Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden sowie auf urbane Zentren, Agglomerationen und Berggebiete

Grundsätzlich gilt, dass eine Dämpfung der Kostenentwicklung dazu führt, dass die Versicherten weniger Prämien und die Kantone weniger Prämienverbilligungen zu bezahlen haben.

Die Rolle der Kantone bei der Umsetzung der Kostenziele wird davon abhängen, ob diese eigene Kosten- und Qualitätsziele festlegen.

Es ist damit zu rechnen, dass sich Kostenziele positiv auf die Kantons- und Gemeindefinanzen auswirken. Die Kantone sind neben den Versicherern die wichtigsten Kostenträger der Ausgaben für Leistungen nach dem KVG. Sie haben einen beträchtlichen Spielraum, wie sie das neue Instrument anwenden und wie viele Ressourcen sie dafür einsetzen wollen.

¹⁷ Vgl. swiss economics (2021): Regulierungsfolgenabschätzung zu einer Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP. Abrufbar unter: www.bag.admin.ch > Versicherungen > Krankenversicherung > Laufende Revisionsprojekte > Indirekter Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative «KVG-Änderung: Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen»

6.3 Auswirkungen auf die Volkswirtschaft

Die Einführung von Kosten- und Qualitätszielen soll die Transparenz erhöhen. Durch die Benennung einer aufgrund von Indikatoren hergeleiteten Grössenordnung für ein mit dem medizinischen Bedarf erklärbares Kostenwachstum der versicherten, als wirtschaftlich erachteten Leistungen wird transparent, welcher Teil des Kostenwachstums erklärbar ist und welcher Teil möglicherweise auf Mengenausweitungen als Folge von überhöhten oder nicht sachgerechten Tarifen und Preisen zurückzuführen ist. Dies verstärkt den Handlungsdruck und reduziert den Spielraum für Sonderinteressen und wirkt sich positive auf die gesamte Volkswirtschaft aus.

Die Vorlage wurde unter dem Gesichtspunkt des Bundesgesetzes über die Entlastung der Unternehmen von Regulierungskosten (Unternehmensentlastungsgesetz, UEG)¹⁸ geprüft. Sie bringt keine neuen Verpflichtungen oder Belastungen für die Unternehmen mit sich.

6.4 Auswirkungen auf die Gesellschaft

Die vorgeschlagene Neuerung soll das medizinisch nicht begründbare Mengen- und Kostenwachstum reduzieren und somit den Anstieg der OKP-Kosten und daraus folgend den Prämienanstieg dämpfen sowie die Qualität der medizinischen Versorgung steigern und die Versorgungssicherheit stärken. Von tieferen Prämien profitieren die versicherten Personen und damit die ganze Gesellschaft direkt.

Da mit den Kostenzielen keine verpflichtenden Vorschriften zur Einschränkung des Angebots verbunden sind, erscheinen negative Konsequenzen für die Qualität oder für den Zugang zu medizinischen Leistungen unwahrscheinlich. Zudem sollen begleitende Massnahmen wie ein zeitnahe Monitoring sicherstellen, dass die Qualität der medizinischen Versorgung mindestens gleich und die Versorgungssicherheit gewährleistet bleibt. Allfällige negative Auswirkungen auf Versorgungssicherheit und -zugang können dadurch frühzeitig erkannt und korrigierende Massnahmen ergriffen werden.

7 Rechtliche Aspekte

7.1 Vereinbarkeit mit internationalen Verpflichtungen der Schweiz

Die Ausführungsbestimmungen zur Einführung von Kosten- und Qualitätszielen verfolgen hauptsächlich ein internes Ziel der Schweiz: die Steuerung der Kostenentwicklung in der OKP. Betroffen sind vor allem Akteure in der Schweiz (Kantone, Leistungserbringer, Versicherer und Versicherte).

7.2 Erlassform

Die Form des geltenden Erlasses wird beibehalten.

7.3 Subdelegation von Rechtsetzungsbefugnissen

Die Änderung von Artikel 28 Absatz 1 Einleitungssatz und Absatz 6 KVV stützt sich auf Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben d und e KVG.

Artikel 54 KVG bildet die Grundlage für die Aufnahme der Artikel 75a (Gesamtziele) und 75b (Ziele für die Kostengruppen) in die KVV, Artikel 54c KVG jene für die Artikel 75c (Mitglieder), 75d (Aufgaben und Kompetenzen), 75e (Organisation) und 75f (Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission).

Die Änderung der Artikel 59c (Grundsätze für Tarifverträge) und 59d (Pflicht zur Überprüfung der Tarife) KVV stützt sich auf Artikel 46 Absatz 4^{bis} KVG.

7.4 Datenschutz

Die Änderung schafft die Grundlagen, mit denen die Umsetzung der Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung nach den Artikeln 54–54c KVG gewährleistet werden kann. Die Ausführungsbestimmungen setzen die Anforderungen des Datenschutzgesetzes entsprechend um. Die Risikoprüfung

¹⁸ SR 930.31

ergab keine neuen oder gestiegenen Risiken. Die neuen zusätzlichen Bearbeitungszwecke nach Artikel 28 KVV (Festlegung von Kostenzielen im Sinne von Artikel 54 KVG sowie Messung der Qualitätsziele und der Kosteneffizienz) dienen nicht neuen personenbezogenen Auswertungen.