



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Bern, 26. November 2025

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

Erläuternder Bericht zur Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens

Übersicht

Am 21. März 2025 verabschiedeten die eidgenössischen Räte die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2). Es soll dazu beitragen, die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) auf das medizinisch begründbare Mass einzudämmen.

Ausgangslage

Die Eidgenössischen Räte haben am 21. März 2025 die Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 verabschiedet und entsprechende Anpassungen des KVG beschlossen. Die Gesetzesanpassungen stützen sich auf den Expertenbericht «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» vom 24. August 2017 und sollen dazu beitragen, die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) auf das medizinisch begründbare Mass einzudämmen.

Inhalt der Vorlage

Das vorliegende Verordnungspaket enthält die notwendigen Anpassungen für die Umsetzung eines Teils der beschlossenen KVG-Anpassungen und umfasst die Massnahmen «Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker», «Erweiterung der Leistungen der Hebammen», «Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl» sowie die «Präzisierung der Kostenbeteiligung bei Mutterschaft» (Paket Leistungen Krankenversicherung).

Inhalt

Übersicht.....	2
1 Ausgangslage	4
2 Vernehmlassung	4
3 Rechtsvergleich, insbesondere mit dem europäischen Recht	4
4 Grundzüge der Vorlage – die beantragte Neuregelung im KVG	5
4.1 Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker	5
4.2 Erweiterung der Leistungen der Hebammen	5
4.3 Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl	6
4.4 Kostenbeteiligung bei Mutterschaft	7
5 Erläuterungen zu einzelnen Artikeln – Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)	8
5.1 Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker	8
5.2 Erweiterungen der Leistungen der Hebammen	9
5.3 Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl	9
5.4 Kostenbeteiligung bei Mutterschaft	13
6 Auswirkungen	13
6.1 Auswirkungen auf den Bund.....	13
6.2 Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden sowie auf urbane Zentren, Agglomerationen und Berggebiete.....	14
6.3 Auswirkungen auf die Volkswirtschaft	14
6.4 Auswirkungen auf die Gesellschaft	14
7 Rechtliche Aspekte.....	15
7.1 Vereinbarkeit mit internationalen Verpflichtungen der Schweiz.....	15
7.2 Erlassform	16
7.3 Subdelegation von Rechtsetzungsbefugnissen.....	16
7.4 Datenschutz	16
8 Inkrafttreten	16

1 Ausgangslage

Die Eidgenössischen Räte haben am 21. März 2025 die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) beschlossen (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 ([BBI 2025 1108; nachfolgend Kostendämpfungspaket 2]). Dieses Rechtsetzungspaket stützt sich auf den Expertenbericht «Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» vom 24. August 2017¹ und soll dazu beitragen, die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) auf das medizinisch begründbare Mass einzudämmen. Weitere Massnahmen zur Kostendämpfung, die in den Paketen 1a und 1b enthalten sind, sind bereits per 1. Januar 2022, 2023 und 2024 in Kraft getreten.

Das Kostendämpfungspaket 2 umfasst 16 Massnahmen. Die nötigen Ausführungsbestimmungen zu Paket 2 erfolgen in drei separaten Verordnungspaketen:

- Das vorliegende Paket zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) umfasst die Massnahmen «Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker», «Erweiterung der Leistungen der Hebammen», «Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl» sowie die «Präzisierung der Kostenbeteiligung bei Mutterschaft» (Paket Leistungen Krankenversicherung).
- Ein Paket mit Änderungen im Bereich des Arzneimittelrechts umfasst neben weiteren Änderungen die Massnahmen «Differenzierte WZW-Prüfung», «Prozess Bezeichnung und Vergütung von Impfungen», „Preismodelle und Rückerstattungen», «Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen», «vorläufige Vergütung von Arzneimitteln» sowie «Kostenfolgemodelle» (Paket Arzneimittelrecht).
- Die Massnahme «Verwendung der Daten der Versicherten durch die Versicherer» wird im Rahmen einer Revision der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV; SR 832.121) umgesetzt.

Die weiteren Massnahmen benötigen kein oder kein sofortiges Umsetzungsrecht, vorbehaltlich der Ausarbeitung durch die Tarifpartner eines gesamtschweizerischen einheitlichen Standards für die elektronische Übermittlung der Rechnungen.

2 Vernehmlassung

Zur beantragten Änderung wird nach Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe d des Vernehmlassungsgesetzes, (VIG; SR 172.061) eine Vernehmlassung durchgeführt.

3 Rechtsvergleich, insbesondere mit dem europäischen Recht

Im Rahmen der Botschaft wurde ein Rechtsvergleich mit besonderem Fokus auf Deutschland, Frankreich und Österreich vorgenommen. Für die vorliegende Änderung der KVV ist kein erneuter Rechtsvergleich erfolgt.

¹ <https://www.bag.admin.ch> > Startseite > Versicherungen > Krankenversicherung > Kostendämpfung > Kostendämpfungsmassnahmen Bericht der Expertengruppe vom 24.08.2017.

4 Grundzüge der Vorlage – die beantragte Neuregelung im KVG

4.1 Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker

Im Rahmen der Verabschiedung des Kostendämpfungspakets 2 wurde die Anpassung der Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker (nachfolgend Apothekerleistungen) im KVG beschlossen (Art. 25 Abs. 2 Bst.h, Art. 26 nKVG). Heute sind Apothekerleistungen auf die Abgabe von Arzneimitteln und auf die Durchführung von Analysen im Rahmen der Grundversorgung beschränkt, die von einem anderen Leistungserbringer angeordnet sind. Die Abgabe von Arzneimitteln bleibt unverändert. Neu sollen Apothekerinnen und Apotheker weitergehende Leistungen zulasten der OKP erbringen können. Diese umfassen pharmazeutische Leistungen zur Optimierung der ärztlich angeordneten Arzneimitteltherapie und der Therapietreue sowie die damit in Zusammenhang stehende Durchführung oder Veranlassung von Analysen und Abgabe von der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen, die in interprofessioneller Absprache mit den behandelnden Ärzten und Ärztinnen erfolgen (Art. 25 Abs. 2 Bst. h Ziff. 2 nKVG). Weiter können Leistungen der medizinischen Prävention neu auch von einem Apotheker oder einer Apothekerin ohne ärztliche Anordnung im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen durchgeführt werden (Art. 26 Abs. 2 nKVG). Die neuen Apothekerleistungen müssen auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) geprüft und durch das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) bezeichnet werden.

Die erfolgte Änderung der Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe h und 26 nKVG erfordert Anpassungen der KVV. Artikel 54 Absatz 1 KVV betreffend die Voraussetzungen der Zulassung von Laboratorien ist dahingehend anzupassen, dass die Zulassung der Offizin der Apothekerin oder des Apothekers als Laboratorium entsprechend erweitert wird (Analysen der Grundversorgung zum *Eigenbedarf*). Zudem ist Artikel 62 KVV (separate Bezeichnung bestimmter Analysen) um diejenigen Analysen zu ergänzen, die neu durch Apothekerinnen und Apotheker veranlasst werden können. Die Art, die Zielgruppe, der Zeitpunkt im Behandlungsprozess der konkreten Leistungen und spezifische Anforderungen an die Leistungserbringer hingegen sind in der KLV zu bezeichnen. Weiter erfolgt eine leichte redaktionelle Überarbeitung der Artikel 54 und 62 KVV.

4.2 Erweiterung der Leistungen der Hebammen

Infolge eines parlamentarischen Antrags und im Rahmen der Beratungen bei der Prüfung des Kostendämpfungspakets 2 wurde die Bestimmung in Artikel 29 KVG angepasst. Sie erfuhr eine strukturelle Änderung, wodurch Hebammen nun mehr Leistungen zulasten der OKP verrechnen können.

Absatz 2 umfasst die Leistungen bei Mutterschaft, die alle betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer (hauptsächlich Ärztinnen, Ärzte und Hebammen) bei einem normalen und komplikationslosen Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett für die gesunde Mutter und das gesunde Kind erbringen.

Der neue Absatz 3 nennt die Leistungen, die Hebammen bei Krankheit von Mutter und Kind während der Schwangerschaft, der Geburt oder des Wochenbetts erbringen. Die Leistungen anderer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in diesem Bereich bleiben wie bisher in den Artikeln 25 und 25a KVG geregelt.

Folglich sind auch Anpassungen auf Verordnungsebene erforderlich. Betroffen sind die Artikel 33 Buchstabe d und 62 Absatz 2 Buchstabe b KVV.

Das EDI bezeichnet die Leistungen bei Mutterschaft. Dabei legt es auch die Leistungen der Hebammen in einer abschliessenden Positivliste fest. Die Aufzählung in Artikel 33 Buchstabe d KVV wird somit in der Bestimmung durch den Verweis auf den neuen Absatz 3 von Artikel 29 nKVG ergänzt. Diese Anpassung ist aufgrund der Änderung von Artikel 29 Absätze 2 und 3 KVG erforderlich.

In Artikel 62 Absatz 2 Buchstabe b KVV wird aufgrund des Umstands, dass das EDI die von Hebammen veranlassten Analysen bezeichnet, der neue Absatz 3 von Artikel 29 KVG in die Aufzählung aufgenommen. Damit können die von Hebammen bei Krankheit veranlassten Analysen für Mutter und Kind in der Gesetzgebung verankert werden. Diese Kompetenzübertragung ist aufgrund der Anpassung von Artikel 29 Absätze 2 und 3 KVG notwendig.

4.3 Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl

Mit der KVG-Änderung vom 21. März 2025 wurde beschlossen, die Festlegung von Referenztarifen für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen durch die Kantone näher zu regeln (Art. 41 Abs. 1^{bis} nKVG).

Die Festlegung des Referenztarifs, also des für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlung massgebenden Tarifs, lag bisher grundsätzlich im Ermessen der Kantone. Eine Festlegung von teilweise sehr tiefen Referenztarifen durch die Kantone kann aber die freie Spitalwahl der Versicherten und den erwünschten kantonsübergreifenden Wettbewerb unter den Spitätern beeinträchtigen. In diesen Fällen müssen die versicherten Personen die Mehrkosten der ausserkantonalen Wahlbehandlung aus der Differenz zwischen dem Tarif des gewünschten Spitals und dem tiefen Referenztarif selbst bezahlen. Dies verstärkt den Anreiz der versicherten Person, sich nur in Spitätern behandeln zu lassen, die auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt sind, obwohl ein ausserkantonales Spital möglicherweise günstiger oder qualitativ besser wäre. Mit der Gesetzesänderung soll Klarheit bezüglich der Festlegung der Referenztarife geschaffen und der Wettbewerb unter den Spitätern weiter gefördert werden.

Die Spitalplanung der Kantone hat neben der Steuerung des Angebotes zum Zweck, diejenigen Spitäler zu identifizieren und in die Spitalliste aufzunehmen, die für die Gewährleistung der Versorgung notwendig sind. Soweit die übrigen Anforderungen, wie etwa die Qualität der Leistungen, erfüllt sind, sind grundsätzlich die Spitäler auszuwählen, die die Leistungen möglichst günstig erbringen können. Nimmt der Kanton ein Spital in die Spitalliste auf, so soll der Tarif dieses innerkantonalen Spitals nach Artikel 49 KVG auch in einem ausserkantonalen Spital vergütet werden, sofern die Behandlung vergleichbar ist und der Tarif des ausserkantonalen behandelnden Spitals nicht überschritten wird.

In Artikel 41 Absatz 1^{bis} nKVG wird entsprechend festgehalten, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich nach dem Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, richten. In der Motion 18.3388 «Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl», auf welche die Gesetzesänderung zurückgeht, wird verlangt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs und damit der Effizienz zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb zwischen vergleichbaren

Leistungen und Leistungserbringern spielen. Deshalb beauftragt das Gesetz den Bundesrat, die Einzelheiten zu regeln, insbesondere die Art und Weise der Festlegung des Referenztarifs sowie die Abgrenzung der vergleichbaren Leistungen. Diese Regelung führt auch dazu, dass die Kantone einen weiteren Anreiz haben, für vergleichbare Behandlungen auch innerkantonal nur Tarife nach Artikel 49 KVG in einem engen Preisbereich zu akzeptieren und nicht einzelnen Spitätern höhere Tarife als notwendig zugestehen, da diese höheren Tarife ansonsten auch jedem ausserkantonalen Spital gewährt werden müssten.

Die Änderung von Artikel 41 Absatz 1^{bis} nKVG erfordert Anpassungen der KVV. In den neuen Artikeln 35b und 35c soll wie vom Gesetz gefordert festgelegt werden, wie die Referenztarife festgelegt werden sollen und wie vergleichbare Leistungen abzugrenzen sind. Die Artikel 35b und 35c VE-KVV verorten sich innerhalb des 3. Titels «Leistungen» im 2. Kapitel «Umfang der Kostenübernahme».

4.4 Kostenbeteiligung bei Mutterschaft

Mit der Verabschiedung des Kostendämpfungspakets 2 wurde die Bestimmung in Artikel 64 Absatz 7 KVG angepasst und beinhaltet nun die Befreiung von der Kostenbeteiligung ab dem ersten Tag der Schwangerschaft für Leistungen nach den Artikeln 25 und 25a, aber auch 29 KVG. Der Geltungsbereich erstreckt sich auch auf Leistungen bei Geburtsgebrechen (Art. 27), Unfall (Art. 28) und straflosem Abbruch der Schwangerschaft (Art. 30).

Im Rahmen der anschliessenden parlamentarischen Beratungen wurden zwei Präzisierungen an der Bestimmung vorgenommen.

Die erste betraf die Methode zur Bestimmung des Beginns der Schwangerschaft. In der ursprünglichen Fassung war vorgesehen, dass diese Bestimmung mittels Ultraschalls erfolgen sollte. In der Praxis werden jedoch verschiedene Methoden angewandt. In diesem Rahmen reicht daher eine allgemeine Angabe aus. Der Verweis auf die Bestimmungsmethode wurde gestrichen und nur die Angabe «ab Beginn der Schwangerschaft» belassen. Diese Angabe ermöglicht es auch Hebammen, die keine Ultraschalluntersuchungen zulasten der OKP durchführen, den Beginn der Schwangerschaft zu bestimmen.

Bei der zweiten Präzisierung wurde die Definition der Leistungserbringer, die den Beginn der Schwangerschaft bestimmen können, angepasst. Neben Ärztinnen und Ärzten werden nun auch Hebammen aufgeführt.

Im Zuge dieser Revision muss Artikel 105 Absatz 1 KVV angepasst werden. Auch in der Verordnung muss die Hebamme als Leistungserbringerin, die den mutmasslichen Beginn der Schwangerschaft bestimmen kann, genannt werden. Der Schwangerschaftsbeginn muss von ihr auf der Rechnung an die Versicherte angegeben werden, damit diese unter den Bedingungen nach Artikel 64 Absatz 7 KVG, also ab dem ersten Tag der Schwangerschaft, von der Kostenbeteiligung befreit werden kann.

5 Erläuterungen zu einzelnen Artikeln – Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

5.1 Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker

Die Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe h Ziffer 2 und 26 nKVG schaffen die Grundlage, dass Apothekerinnen und Apotheker zusätzliche Leistungen zulasten der OKP erbringen können. Sie können Analysen, die in Zusammenhang mit pharmazeutischen Leistungen zur Optimierung der ärztlich angeordneten Arzneimitteltherapie und der Therapietreue stehen, durchführen oder veranlassen, wobei diese Leistungen in interprofessioneller Absprache mit den behandelnden Ärzten und Ärztinnen erfolgen (Art. 25 Abs. 2 Bst. h Ziff. 2 nKVG). Zudem können sie im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d KVG Untersuchungen oder vorsorgliche Massnahmen der medizinischen Prävention ohne ärztliche Anordnung durchführen (Art. 26 nKVG).

Art. 54 Abs. 1, 2 und 3 Einleitungssatz

Artikel 54 KVV wird wie folgt redaktionell überarbeitet.

Der gemeinsame Nenner der in Artikel 54 Absatz 1 KVV aufgezählten Laboratorien ist, dass es sich um Laboratorien der Grundversorgung handelt. Dies soll neu im Einleitungssatz zum Ausdruck gebracht werden. Zudem sind die Verweise auf Artikel 62 KVV in der deutschen Version zu vereinheitlichen («Analysen der Grundversorgung nach Artikel 62 Absatz 1»). Weiter wird in Artikel 54 Absätze 1, 2 und 3 KVV die Formulierung «sind zugelassen» mit «werden zugelassen» ersetzt, um dem Erfordernis des formalen Zulassungsverfahrens besser Rechnung zu tragen.

Art. 54 Abs. 1 Bst. d KVV (neu)

Artikel 54 Absatz 1 KVV soll um einen Buchstaben d ergänzt werden, damit die Offizin einer Apothekerin oder eines Apothekers auch für Analysen zugelassen ist, die nach den geänderten KVG-Bestimmungen (Art. 25 Abs. 2 Bst. h Ziff. 2 sowie Art. 26 nKVG) neu auch Apothekerinnen und Apotheker durchführen können. Die bisherige Voraussetzung, wonach die Offizin im Rahmen der Grundversorgung für Analysen nach Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a KVV, die von einem anderen Leistungserbringer angeordnet sind, als Laboratorium zugelassen ist, besteht unverändert fort. Neu kann die Offizin Analysen der Grundversorgung unter bestimmten Voraussetzungen auch zum *Eigenbedarf* durchführen. Dabei ist zu beachten, dass stets vorausgesetzt ist, dass das EDI gestützt auf Artikel 62 Absatz 1 Buchstaben c oder d KVV bestimmt hat, dass die Analyse von einer Apothekerin oder einem Apotheker veranlasst werden kann.

Art. 62 Abs. 1 KVV

Mit den Ergänzungen im neuen Artikel 62 Absatz 2 KVV (siehe dazu unten) bietet sich an, Artikel 62 KVV redaktionell in zwei Absätze zu unterteilen. Absatz 1 enthält neu nur noch die bisher in Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a KVV enthaltene Bestimmung, wonach das EDI die Analysen der Grundversorgung bezeichnet. Die bisher in Absatz 1 enthaltene Regelung, wer welche Analysen veranlassen darf (bisher Art. 62 Abs. 1 Bst. b und c KVV, wird neu in Absatz 2 geregelt (Art. 62 Abs. 2 Bst. a und b KVV).

Art. 62 Abs. 2 Bst. c und d KVV (neu)

In den neuen Buchstaben c und d von Artikel 62 Absatz 2 KVV ist verankert, dass die Analysen, die Apothekerinnen und Apotheker gestützt auf Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe h Ziffer 2 nKVG (Bst. c) bzw. gestützt auf Artikel 26 Absatz 2 nKVG (Bst. d) veranlassen können, durch das EDI bezeichnet werden müssen. Nur Analysen, die mit Leistungen in Zusammenhang stehen, die in der KLV bezeichnet sind, können diese Voraussetzungen erfüllen.

Das EDI verfügt unter dem geltenden Recht bereits über die Kompetenz, eine Liste der Analysen mit Tarif zu erlassen (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 1 KVG) und ist dazu befugt, für die Vornahme von bestimmten Analysen weitergehende Anforderungen an Einrichtungen sowie Qualifikation und Weiterbildung von Laborleitung und Laborpersonal vorzusehen (Art. 54 Abs. 4 KVV) und Analysen mit einer Limitation zu versehen (Art. 73 KVV). Entsprechend liegt die Kompetenz der Bezeichnung der betroffenen Analysen beim EDI, die Leistungsbezeichnung erfolgt in der KLV.

5.2 Erweiterungen der Leistungen der Hebammen

Art. 33 Bst. d KVV

Die Erweiterung der Leistungen der Hebammen stützt sich auf Artikel 33 Absatz 2 nKVG. Die Aufzählung wird durch den neuen Absatz 3 von Artikel 29 nKVG ergänzt. Sie ermöglicht es, im Rahmen der Bezeichnung der Leistungen im Krankheitsfall die Angabe der Übernahme dieser spezifischen Leistungen im Krankheitsfall, die von Hebammen erbracht werden, zu integrieren. Die Leistungen der Hebammen müssen wie andere nicht-ärztliche Leistungen im Rahmen von abschliessenden Positivlisten festgelegt werden. Mit der Anpassung von Artikel 29 Absätze 2 und 3 KVG kann dieser Rahmen innerhalb der vom Bundesrat gesetzten Grenzen geschaffen werden.

Art. 62 Abs. 2 Bst. b KVV

Die Aufzählung wird durch den neuen Absatz 3 von Artikel 29 ergänzt. Damit können die von Hebammen bei Krankheit veranlassten Analysen für Mutter und Kind in der Gesetzgebung verankert werden. Die Leistungen der Hebammen müssen wie andere nicht-ärztliche Leistungen im Rahmen von abschliessenden Positivlisten festgelegt werden. Mit der Anpassung von Artikel 29 Absätze 2 und 3 KVG kann dieser Rahmen innerhalb der vom Bundesrat gesetzten Grenzen geschaffen werden.

5.3 Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl

Art. 35b KVV (neu)

Artikel 35b VE-KVV beschreibt die Festlegung der Referenztarife für vergleichbare Behandlungen für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen.

Absatz 1 legt fest, dass jeder Kanton für stationäre Wahlbehandlungen in einem Litsenspital, das nicht auf seiner Spitalliste, aber auf der Spitaliste des Standortkantons aufgeführt ist, jährlich Referenztarife nach Artikel 41 Absatz 1^{bis} des Gesetzes festlegen muss und definiert, dass die Referenztarife zumindest nach den drei Bereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation differenziert werden müssen. Dies ist notwen-

dig, weil die drei Bereiche unterschiedlich tarifiert sind². Es handelt sich sowohl in medizinischer Hinsicht wie auch in Bezug auf die Tarifgestaltung um Leistungen, die nicht vergleichbar im Sinne von Artikel 41 Absatz 1^{bis} nKVG (vierter Satz) sind und deshalb separate Referenztarife erfordern. Eine solche Differenzierung wird heute auch bereits in den Empfehlungen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) gefordert³.

Absatz 2 eröffnet den Kantonen die Möglichkeit, die Referenztarife weiter zu differenzieren. Eine solche Differenzierung bringt das Potenzial, vergleichbare Leistungen noch besser abzugrenzen. Bereits heute differenzieren diverse Kantone ihre Referenztarife weiter, nach verschiedenen Kriterien. Eine Differenzierung nach Absatz 2 müssen die Kantone neu verpflichtend entsprechend den Leistungsgruppen durchführen, die sie im Rahmen ihrer Spitalplanung nach Artikel 58f Absatz 3 definiert haben. Diese teilweise sehr stark ausdifferenzierten Leistungsgruppen können vom Kanton zum Zweck der Festlegung von Referenztarifen auch zu Verbindungen von Leistungsgruppen gruppiert werden.

Absatz 3 legt fest, dass für eine solche Gruppierung von Leistungsgruppen medizinische Kriterien ausschlaggebend sein müssen, das heißt, die Zusammenfassung von Gruppen in einer Verbindung muss einer medizinisch begründbaren Logik folgen und beispielsweise medizinisch verwandte oder benachbarte Fachgebiete betreffen.

Absatz 4 geht auf die spezielle Situation ein, dass für einen Bereich beziehungsweise für eine Leistungsgruppe oder für eine Verbindung von Leistungsgruppen auf der Spitalliste eines Kantons keine Spitäler gelistet sind. In diesem Fall entfällt die in den Absätzen 1 und 2 vorgesehene Pflicht zur Festlegung eines Referenztarifs für diesen Bereich. Wenn kein Spital auf der Spitalliste eines Kantons die erforderlichen Leistungen anbietet, muss der Kanton ohnehin bewilligen, dass der Tarif des gewählten Leistungserbringens übernommen wird (Art. 41 Abs. 1^{bis} Bst. b Ziff. 2 nKVG).

Absatz 5 legt fest, dass die jährlich festgelegten Referenztarife vom Kanton zu publizieren sind. Die Publikation muss spätestens auf den 1. Januar jeden Jahres erfolgen. Diese Bestimmungen entsprechen den bisherigen Empfehlungen der GDK zur Festlegung der Referenztarife⁴.

Art. 35c KVV (neu)

Artikel 35c VE-KVV beschreibt die Höhe des Referenztarifs für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen.

Absatz 1 Buchstabe a legt den Grundsatz fest, dass die Referenztarife für eine ausserkantonale Wahlbehandlung jeweils dem höchsten Tarif entsprechen müssen, der in den Spitäler gilt, die im vom Kanton nach Artikel 35b VE-KVV festgelegten Bereich

² Tarifstrukturen SwissDRG, TARPSY und ST Reha.

³ Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK. Empfehlungen zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone bei stationären Behandlungen ausserhalb der kantonalen Spitalliste nach Artikel 41 Absatz 3 KVG (Empfehlung 3.2 auf Seite 6). Verfügbar unter www.gdk-cds.ch > Gesundheitsversorgung > Spitäler > Finanzierung > Ausserkantonale Hospitalisation.

⁴ Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK. Empfehlungen zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone bei stationären Behandlungen ausserhalb der kantonalen Spitalliste nach Artikel 41 Absatz 3 KVG (Empfehlung 3.3 auf Seite 6). Verfügbar unter www.gdk-cds.ch > Gesundheitsversorgung > Spitäler > Finanzierung > Ausserkantonale Hospitalisation.

beziehungsweise pro Leistungsgruppe beziehungsweise pro Verbindung von Leistungsgruppen über einen entsprechenden Leistungsauftrag des Kantons verfügen. Dies entspricht der Absicht des Gesetzgebers, die Wahlfreiheit der versicherten Personen zu steigern und den Wettbewerb zwischen den Spitätern zu stärken. Es gibt dem Kanton zudem einen weiteren Anreiz, auf seiner Spitalliste diejenigen Leistungserbringer auszuwählen, die eine bestimmte Behandlung möglichst günstig anbieten können. Wenn der Kanton gewillt ist, ein bestimmtes Spital in die Spitalliste aufzunehmen, das einen höheren Tarif beansprucht, spricht im Grundsatz nichts dagegen, denselben Tarif auch in einem ausserkantonalen Spital zu vergüten, sofern die Behandlung vergleichbar ist und der Tarif des ausserkantonalen behandelnden Spitals nicht überschritten wird. Je feiner differenziert die Leistungsgruppen nach Artikel 35b nKVV sind, desto tiefer werden die Referenztarife ausfallen, weil die Anzahl der Spitäler pro Leistungsgruppe sinkt und damit in der Tendenz auch der höchste Tarif unter ihnen.

Absatz 1 Buchstabe b erlaubt den Kantonen, vom Grundsatz nach Absatz 1 Buchstabe a abzuweichen. Grund dafür ist das Bestreben, dass der Wettbewerb zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen sollte. Die Leistungsgruppen im Rahmen der Spitalplanung umfassen oft auch Endversorgerspitäler, die in sehr vielen verschiedenen Leistungsbereichen tätig sind und oft höhere Tarife aufweisen als andere Spitäler. Dies, weil es bislang nicht vollständig möglich ist, die spezifischen Kosten von Endversorgerspitäler in der Tarifstruktur hinreichend abzubilden.

Falls der Kanton sich entscheidet, vom Grundsatz nach Absatz 1 Buchstabe a abzuweichen, muss er nach Absatz 1 Buchstabe b folgendermassen vorgehen:

- Nach Ziffer 1 muss der Kanton zuerst die Tarife für qualifizierte Spitäler der hochspezialisierten Medizin, die mitunter besonders hohe Tarife aufweisen, von der Berechnung der Referenztarife ausnehmen. Nach Absatz 2 gilt ein Spital als qualifiziertes Spital der hochspezialisierten Medizin, das über mindestens acht Leistungsaufträge nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG verfügt. Es gibt auch Spitäler, die lediglich über einzelne Leistungsaufträge der hochspezialisierten Medizin verfügen. Diese sollen nicht von der angestrebten, nicht strukturerhaltenden, sondern dynamischen Umschreibung eines Endversorgerspitals erfasst werden. Es soll deshalb eine substantielle Anzahl Leistungsaufträge vorhanden sein. Relevant ist jeweils die geltende, gesamtschweizerische Spitaliste (Artikel 39 Absatz 2^{bis} KVG). Im Ausnahmefall, dass in einer Leistungsgruppe nur qualifizierte Spitäler der hochspezialisierten Medizin über einen Leistungsauftrag des Kantons verfügen, gilt nach Absatz 3 wiederum der Grundsatz, wonach der höchste Tarif unter ihnen berücksichtigt wird.
- Ziffer 2 trägt der Situation Rechnung, die sich ergeben kann, wenn beispielsweise in einem Kanton ein sehr grosses, breit tätiges qualifiziertes Spital der hochspezialisierten Medizin mit sehr vielen Fällen und daneben lediglich einzelne kleine Spitäler mit vergleichsweise wenigen Fällen und potenziell deutlich tieferen Tarifen bestehen. Eine Festlegung der Referenztarife einzig nach Buchstabe a (also unter Ausschluss des Tarifs des qualifizierten Spitals der hochspezialisierten Medizin) würde dazu führen, dass die Referenztarife in diesem Kanton möglicherweise nicht repräsentativ wären für das Leistungsgeschehen in diesem Kanton, sprich markant zu tief. Falls der Kanton vom Grundsatz nach Absatz 1 Buchstabe a abweichen und von der Möglichkeit der abweichenden Herleitung nach Absatz 1 Buchstabe b Gebrauch machen möchte, muss er deshalb auch einen fallzahlengewichteten Durchschnitt der Tarife der Spitäler berechnen, die in den vom Kanton festgelegten Leistungsgruppen tätig sind. Nach

Absatz 4 sind für die Gewichtung die Fallzahlen entscheidend, die in den einzelnen Spitälern pro Bereich beziehungsweise pro Leistungsgruppe beziehungsweise pro Verbindung von Leistungsgruppen für die ständige Wohnbevölkerung des Kantons anfallen. Bereits heute wird von der GDK empfohlen⁵, dass ein mit den Patientenströmen gewichteter Tarif aus den relevanten Tarifen der Spitäler der Spitaliste des Wohnkantons der behandelten Personen zur Anwendung kommen soll.

- Der Referenztarif entspricht dem jeweils höheren Tarif, der aus dem Vorgehen nach Absatz 1 Buchstabe b Ziffer 1 oder 2 resultiert, wenn der Kanton von der Möglichkeit der Abweichung vom Grundsatz nach Buchstabe a von Absatz 1 Gebrauch machen möchte.

Der Kanton muss die Referenztarife nicht für alle Bereiche beziehungsweise Leistungsgruppen oder Verbindungen von Leistungsgruppen einheitlich nach Absatz 1 Buchstabe a oder nach Absatz 1 Buchstabe b festlegen. Der Kanton kann somit für gewisse Leistungsgruppen oder Verbindungen von Leistungsgruppen den Referenztarif nach dem Grundsatz in Buchstabe a von Absatz 1 und für einzelne Leistungsgruppen oder Verbindungen von Leistungsgruppen den Referenztarif nach Buchstabe b von Absatz 1 festlegen.

Für ein bestimmtes Spital können aufgrund der verschiedenen Einkaufsgemeinschaften der Versicherer verschiedene Tarife bestehen. Der Umgang damit wird in der Verordnung nicht explizit geregelt. Der Kanton hätte die Möglichkeit, die Referenztarife nach verschiedenen Einkaufsgemeinschaften bzw. einzelnen Versicherern zu differenzieren, jeweils unter Anwendung der Bestimmungen von Artikel 35c KVV. Aus Gründen der Praktikabilität und Übersichtlichkeit kann sich ein Kanton aber auch dafür entscheiden, nur einen Referenztarif für alle Einkaufsgemeinschaften bzw. Versicherer festzulegen. Dieser ist so festzulegen, dass er die Anforderungen von Artikel 35c KVV in jedem Fall erfüllt. Ausschlaggebend ist in einem solchen Fall also jeweils der höchste Tarif eines Spitals, der mit einer Einkaufsgemeinschaft bzw. einem Versicherer vereinbart wurde.

Ebenfalls nicht explizit geregelt ist der Umgang mit provisorischen Tarifen, wenn zum Zeitpunkt der Festlegung des Referenztarifs noch kein genehmigter Tarif für die fragliche Periode vorliegt oder Rechtsmittel gegen eine Tariffestsetzung hängig sind. In einem solchen Fall ist es möglich, dass in einem Spital nachträglich ein anderer definitiver Tarif gilt als der provisorische Tarif oder der Tarif der Vorperiode, von dem zum Zeitpunkt der Festlegung der Referenztarife ausgegangen wurde. Aus solchen Veränderungen könnten sich, wenn die Festlegung der Referenztarife auch davon betroffen ist, Verschiebungen im Umfang der Kostenübernahme auch bei ausserkantonalen Spitätern ergeben, also Spitätern, die von den erwähnten Unsicherheiten (provisorische Tarife) gar nicht betroffen sind. Aus Gründen der Praktikabilität dürfte davon ausgegangen werden, dass ein Referenztarif, der vom Kanton in gutem Glauben unter Anwendung der jeweils verfügbaren Informationen (provisorische Tarife, Tarife der Vorperiode) für eine bestimmte Periode festgelegt wurde, seine Gültigkeit auch dann behält, wenn sich im Nachhinein herausstellt, dass er bei Anwendung der definitiven Tarife in

⁵ Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK. Empfehlungen zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone bei stationären Behandlungen ausserhalb der kantonalen Spitalliste nach Artikel 41 Absatz 3 KVG (Empfehlung 3.1 auf Seite 6). Verfügbar unter www.gdk-cds.ch > Gesundheitsversorgung > Spitäler > Finanzierung > Ausserkantonale Hospitalisation.

anderer Höhe zu liegen gekommen wäre. Hingegen müsste der Kanton den Referenztarif in einem solchen Fall nach Bekanntwerden der neuen Informationen auf die nächstmögliche Periode anpassen.

5.4 Kostenbeteiligung bei Mutterschaft

Art. 105 KVG

Die Angabe «Die Ärztin, der Arzt oder die Hebamme» ist aufgrund der Anpassung von Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG erforderlich. Die Aufnahme der Hebammen als Leistungserbringerinnen, die den Beginn der Schwangerschaft bestimmen können, ergibt sich aus der im Rahmen der parlamentarischen Debatten beschlossenen Anpassung.

6 Auswirkungen

6.1 Auswirkungen auf den Bund

Finanzielle Auswirkungen

Die Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 bezeichnen, die Kostenentwicklung in der OKP auf das medizinisch begründbare Mass einzudämmen und den Anstieg der Prämien zu dämpfen. Die grössten Kosteneinsparungen für die OKP dürften von den Preismodellen, der differenzierten WZW-Prüfung sowie von den Kostenfolgemodellen zu erwarten sein, welche allerdings allesamt nicht in dieser Vorlage umgesetzt werden.

In Bezug auf die fairen Referenztarife dürften die finanziellen Auswirkungen auf die OKP schwierig zu beziffern sein. Mittelfristig sind Einsparungen möglich, wenn die Kantone durch eine Anpassung ihrer Tarifgenehmigungs- und Spitalplanungspraxis auf eine höhere Patientenmobilität eingehen würden.

Leichte Zusatzkosten für die OKP sind hingegen für die Leistungen der Apotheker und Apothekerinnen in Form von Impfungen und Beratungsleistungen zu erwarten. Hier gibt es eine Kostenverlagerung von den Kantonen und Selbstzahlern zur OKP. Für die neuen Leistungen der Apotheker und Apothekerinnen sind aber auch Einsparungen durch Effizienzsteigerungen in der Patientenversorgung zu erwarten, deren Höhe jedoch nicht geschätzt werden kann.

Die Leistungen der Hebammen sowie die Kostenbeteiligung bei Mutterschaft dürften ebenfalls zu einer leichten Mehrbelastung für die OKP führen. Eine genaue Schätzung ist hier allerdings nicht möglich.

Die Zahlen aus dem Jahr 2018 zeigen, dass die Versicherer für alle vom Wegfall der Kostenbeteiligung betroffenen, in der Revision vorgesehenen Leistungen zusätzlich rund 28 Millionen Franken pro Jahr übernehmen müssten.

In Bezug auf die Leistungen der Hebammen im Rahmen des revidierten Artikels 29 KVG sind die finanziellen Auswirkungen dieser Ausweitung nicht bezifferbar, aber ein leichter Kostensteigerungseffekt ist wahrscheinlich.

Die Vorlage könnte insgesamt zu einer leichten Mehrbelastung des Bundes führen, da sich mit der vorgesehenen Ausweitung der Kostenübernahme durch die OKP die Bruttokosten der OKP erhöhen. Damit steigt automatisch auch der Bundesbeitrag an die Prämienverbilligung nach Artikel 65 KVG durch die Kantone, denn dieser Beitrag beträgt nach Artikel 66 Absatz 2 KVG 7,5 Prozent der OKP-Bruttokosten. Allerdings ist

mit der Stärkung des Wettbewerbes im Spitalbereich und mit den zusätzlichen Kompetenzen für Apotheken mittelfristig auch mit gewissen Effizienzgewinnen zu rechnen.

Personelle Auswirkungen

Im Rahmen der Genehmigung des Kostendämpfungsprogramms am 28. März 2018 hat der Bundesrat bereits Ressourcen gesprochen. Die Umsetzung der Massnahmen dieser Vorlage schafft abgesehen von der Ausarbeitung des Verordnungsrechts keine zusätzlichen Aufgaben für die Bundesverwaltung.

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

Bei den Massnahmen sind wenig direkte Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden sowie auf urbane Zentren, Agglomerationen und Berggebiete zu erwarten. Grundsätzlich gilt für alle Massnahmen, dass eine Dämpfung der Kostenentwicklung dazu führt, dass die Versicherten weniger Prämien und die Kantone weniger Prämienverbilligungen zu bezahlen haben.

Hinsichtlich der Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker im Rahmen von Präventionsprogrammen kann eine Entlastung bei denjenigen Kantonen entstehen, welche bisher im Rahmen von kantonalen Darmkrebspräventionsprogrammen Leistungen im Rahmen von Stuhltests übernehmen.

Die Ausgestaltung der Referenztarifen für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen kann zu leicht geänderten Finanzflüssen wegen vermehrt ausserkantonalen stationären Spitalbehandlungen führen.

6.3 Auswirkungen auf die Volkswirtschaft

Die Auswirkungen auf die Volkswirtschaft dürften bei dieser Vorlage als gering eingestuft werden, zumal einige Massnahmen zu leichten Mehrkosten für die OKP, und andere zu leichten Einsparungen führen dürften.

Angesichts der über 80 Milliarden Franken, die jährlich für das Gesundheitswesen aufgewendet werden, kommt dieser Vorlage keine grosse volkswirtschaftliche Bedeutung zu.

6.4 Auswirkungen auf die Gesellschaft

Die Schweiz verfügt über ein gutes Gesundheitssystem und eine hohe Patientenzufriedenheit bezüglich Qualität und Nutzen. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung befindet sich im internationalen Vergleich auf einem hohen Niveau, und der Zugang zum Gesundheitssystem ist gesichert. Dies gilt es zu bewahren.

Die vorgeschlagenen Neuerungen können punktuell Erleichterungen resp. Verbesserungen für die versicherten Personen bringen.

7 Rechtliche Aspekte

7.1 Vereinbarkeit mit internationalen Verpflichtungen der Schweiz

Die Ausführungsbestimmungen zur Umsetzung der Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 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).

Diese Bestimmungen sind mit den internationalen Verpflichtungen der Schweiz vereinbar, die sich aus dem Abkommen vom 21. Juni 19996 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA) sowie aus Anhang K des Übereinkommens vom 4. Januar 19607 zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA-Übereinkommen) ergeben. Die Schweiz erlässt auf der Grundlage des FZA und des revidierten EFTA-Übereinkommens Bestimmungen, die denjenigen der EU über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, namentlich den Verordnungen (EG) Nr. 883/20048 und (EG) Nr. 987/20099, gleichwertig sind.

Dieses Recht bezweckt keine Harmonisierung der nationalen Sozialversicherungssysteme. Den Staaten steht es frei, die konkrete Ausgestaltung, den persönlichen Geltungsbereich, die Finanzierungsmodalitäten und die Organisation ihres Sozialversicherungssystems weitgehend selbst zu bestimmen. Dabei müssen sie jedoch die Koordinierungsgrundsätze, wie die Gleichbehandlung von eigenen Staatsangehörigen und Staatsangehörigen anderer Vertragsparteien, die Bestimmung des anwendbaren Rechts, die Zusammenrechnung der Versicherungszeiten und die Wahrung erworbener Ansprüche, beachten. Diese Grundsätze werden jedoch von dieser Vorlage nicht tangiert.

Die Vorlage ist auch mit den anderen internationalen Verpflichtungen der Schweiz vereinbar.

⁶ SR **0.142.112.681**

⁷ SR **0.632.31**

⁸ Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, in der für die Schweiz gemäss Anhang II des Abkommens vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (SR **0.142.112.681**) jeweils verbindlichen Fassung (eine unverbindliche, konsolidierte Fassung dieser Verordnung ist veröffentlicht in SR **0.831.109.268.1**) sowie in der für die Schweiz gemäss Anhang 2 Anhang K des Übereinkommens vom 4. Januar 1960 zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) (SR **0.632.31**) jeweils verbindlichen Fassung.

⁹ Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, in der für die Schweiz gemäss Anhang II des FZA jeweils verbindlichen Fassung (eine unverbindliche, konsolidierte Fassung dieser Verordnung ist veröffentlicht in SR **0.831.109.268.11**) sowie in der für die Schweiz gemäss Anlage 2 Anhang K des EFTA-Übereinkommens jeweils verbindlichen Fassung.

7.2 Erlassform

Die Form des geltenden Erlasses wird beibehalten.

7.3 Subdelegation von Rechtsetzungsbefugnissen

Artikel 96 KVG erteilt dem Bundesrat die generelle Kompetenz, Ausführungsbestimmungen im Bereich der sozialen Krankenversicherung zu erlassen. Im vorliegenden Verordnungspaket werden zwei neue Subdelegationen geschaffen bzw. erweitert. Nach Artikel 33 Buchstabe d KVV bezeichnet das EDI nach Anhören der zuständigen Kommission die medizinischen Präventionsmassnahmen, die Leistungen bei Mutter- und Kind sowie die zahnärztlichen Behandlungen. Das EDI kann zudem neu diejenigen Analysen bezeichnen, die von Hebammen gestützt auf Artikel 29 Absätze 2 und 3 KVG sowie von Apothekerinnen und Apothekern gestützt auf Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe h Ziffer 2 sowie Artikel 26 Absatz 2 KVG veranlasst werden können.

7.4 Datenschutz

Für den Datenschutz ist keine zusätzliche Regelung notwendig, da die Versicherer und die Leistungserbringer auf der Grundlage der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes (DSG: SR 235.1) und von Artikel 84b KVG die erforderlichen technischen und organisatorischen Massnahmen zur Sicherstellung des Datenschutzes zu treffen haben. Sie erstellen ein Bearbeitungsreglement. Darin können auch Regelungen für die elektronische Rechnungsübermittlung aufgenommen werden. Da es sich bei den Gesundheitsdaten um besonders schützenswerte Daten im Sinne des DSG handelt, sind für ihre Bearbeitung besondere Massnahmen vorzusehen (verschlüsselte Übermittlung, Multi-Faktor-Authentifizierungsverfahren), die von den Tarifpartnern im Rahmen der Erarbeitung eines gesamtschweizerisch einheitlichen Standards, der die Datensicherheit garantiert, zu berücksichtigen sind. Während der Erarbeitung dieses einheitlichen Standards müssen die Tarifpartner auch ihre Pflichten nach dem totalrevidierten Datenschutzgesetz berücksichtigen, namentlich, dass bei einem solchen Vorhaben vorgängig eine Datenschutz-Folgenabschätzung¹⁰ zu erstellen sein wird (vgl. Art. 22 des neuen Datenschutzgesetztes DSG sowie BBI 2022 2427 – Änderung KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)).

8 Inkrafttreten

Die Änderung sollte am 1. Januar 2027 in Kraft treten.

¹⁰ [bj.admin.ch > Startseite > Staat & Bürger > Datenschutz > Informationen für Bundesorgane](#).