

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Massnahmen Kostendämpfungspaket 2 – Leistungen Krankenversicherung)

Eröffnung	26.11.2025
Eingabefrist	12.03.2026
Zuständiges Departement	Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)
Zuständige Bundesstelle	Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Zuständige Organisation	Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Adresse	Schwarzenburgstrasse 157, 3003, Bern-Liebefeld
Kontaktperson	Sekretariat Abteilung Leistungen Krankenversicherungen (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch)
Telefon	+41 58 469 17 33

Wichtige Hinweise/Informationen

1. Tragen Sie Ihre Rückmeldungen bitte direkt in dieses Antwortformular ein und verwenden Sie kein separates Dokument.
2. **Die blau hinterlegten «Standard-Felder»** werden beim Upload auf «Consultations» nicht übernommen. Wir bitten Sie, die Kontaktinformationen direkt in «Consultations» zu bearbeiten.
3. Bitte wählen sie bei einer Rückmeldung jeweils ein «Akzeptanzkriterium»
4. Das Eingeben einer Rückmeldung ist freiwillig, wenn Sie jedoch bei der Rückmeldung etwas eingeben, müssen Sie ein Akzeptanzkriterium gewählt haben sonst wird die Eingabe nicht berücksichtigt.
5. Bitte nehmen Sie keine Formatierungsänderungen innerhalb der Felder vor. Unterhalb der Felder vor dem Seitenumbruch können Sie Notizen und Kommentare hinterlegen, diese werden beim Hochladen nicht berücksichtigt.
6. Bitte beachten Sie, dass pro Textfeld maximal 10000 Zeichen vom Tool übernommen werden. Längere Inhalte werden abgeschnitten.
7. Unter Hilfe & Kontakt finden Sie eine kurze Anleitung zur Nutzung der «Word-Vorlage»: [Hilfe & Kontakt - Upload-Word](#)
8. Bei Fragen steht Ihnen der Fachdienst «Consultations» gerne zur Verfügung: consultations@gs-edi.admin.ch

Kontakt "Stellungsnehmende" Information

Organisation / Firma	FMH - Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Abkürzung	
Zuständige Stelle	FMH Rechtsdienst
Adresse	Elfenstrasse 18, Bern 16
Vorname	Iris
Name	Herzog-Zwitter, Dr. iur.
Telefonnummer (Rückfragen)	+41313591111
Eingereicht am	

Rückmeldung zum: Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
Begründung / Bemerkung	Die FMH bedankt sich für die Möglichkeit zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) im Rahmen der Umsetzung des Kostendämpfungspakets 2 Stellung beziehen zu können. Die FMH erachtet es als Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik, der Schweizer Bevölkerung nicht nur ein bezahlbares, sondern in erster Linie ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen. Grundsätzlich anerkennen wir das Ziel, das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu dämpfen. Es ist jedoch fraglich, ob die teilweise vorgesehenen Massnahmen tatsächlich zu einer nachhaltigen Kostendämpfung führen oder primär zu einer Kostenverlagerung bzw. zu Qualitätseinbußen im Sinne der Patientensicherheit. Kostendämpfende Massnahmen müssen stets so ausgestaltet sein, dass sie die Versorgungsqualität, die Patientensicherheit sowie den diskriminierungsfreien Zugang zu medizinischen Leistungen nicht beeinträchtigen. Eine klare Wirkungsanalyse der umzusetzenden Massnahmen fehlt. Sparübungen zu Lasten der medizinischen Grundversorgung und der Patientensicherheit auf Kosten des geschuldeten medizinischen Standards und der Behandlungsqualität lehnt die FMH strikt ab. Leider lässt sich die vom Parlament beschlossene Stossrichtung, die bereits im KVG Niederschlag gefunden hat, auf Verordnungsebene inhaltlich nicht mehr korrigieren.

Detaillierte Stellungnahme

Titel / Frage	Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)
Artikel Detail / andere Informationen	Die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:
Akzeptanz (Dropdown auswählen)	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	
Begründung / Bemerkung	

Titel / Frage	Art. 33 Bst. d
Artikel Detail / andere Informationen	Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) bezeichnet nach Anhören der zuständigen Kommission: d.die medizinischen Präventionsmassnahmen nach Artikel 26 Absatz 1 KVG, die Leistungen bei Mutterschaft nach Artikel 29 Absätze 2 und 3 KVG und die zahnärztlichen Behandlungen nach Artikel 31 Absatz 1 KVG;
Akzeptanz (Dropdown auswählen)	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	
Begründung / Bemerkung	Es ist unabdingbar, die Verantwortlichkeiten zu klären, was die medizinischen Präventionsmassnahmen nach Artikel 26 Abs. 1 nKVG betrifft insbesondere im Kontext, dass Apothekerinnen und Apotheker weitergehende Leistungen neu zulasten der OKP erbringen werden können. Die Ärzteschaft bzw. die medizinische Fachexpertise ist in geeigneter Weise und vor allem frühzeitig in die Vorarbeiten zum weiteren Ausführungsrecht (in der KLV) sowie zu den späteren Anpassungsarbeiten einzubeziehen, um die in Art. 25 Abs. 2 h Ziff. 2 nKVG verankerte interprofessionelle Absprache mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten gemäss dem geschuldeten medizinischen Standard zu gewährleisten.

Titel / Frage	Art. 35b Stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen: Festlegung der Referenztarife für vergleichbare Behandlungen
Artikel Detail / andere Informationen	1 Für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen legt der Kanton für jedes Kalenderjahr und für folgende Bereiche je einen Referenztarif nach Artikel 41 Absatz 1bis KVG fest: - a.Akutsomatik; - b.Psychiatrie; - c.Rehabilitation. 2 Er kann anstelle eines Referenztarifs nach Absatz 1 einen Referenztarif für einzelne Leistungsgruppen nach Artikel 58f Absatz 3 im entsprechenden Bereich oder für einzelne Verbindungen von Leistungsgruppen nach Artikel 58f Absatz 3 im entsprechenden Bereich festlegen. Für die übrigen Leistungsgruppen oder Verbindungen von Leistungsgruppen gilt der Referenztarif des entsprechenden Bereichs. 3 Der Kanton erstellt die Verbindungen von Leistungsgruppen nach Absatz 2 nach medizinischen Kriterien. 4 Sind für einen Bereich oder eine vom Kanton festgelegte Leistungsgruppe oder Verbindung von Leistungsgruppen nach den Absätzen 1 und 2 auf der Spitalliste eines Kantons keine Spitäler gelistet, so entfällt für den betreffenden Kanton die Pflicht zur Festlegung eines Referenztarifs für diesen Bereich, diese Leistungsgruppe beziehungsweise diese Verbindung von Leistungsgruppen. 5 Der Kanton publiziert die Referenztarife bis zum 1. Januar des betroffenen Kalenderjahres.
Akzeptanz (Dropdown auswählen)	Neutrale Haltung
Gegenvorschlag	
Begründung / Bemerkung	

Titel / Frage	Art. 35c Stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen: Höhe des Referenztarifs
Artikel Detail / andere Informationen	1 Der Referenztarif entspricht: a. dem höchsten Tarif, der pro Bereich, pro Leistungsgruppe beziehungsweise pro Verbindung von Leistungsgruppen in den Spitälern gilt, die über einen entsprechenden Leistungsauftrag des Kantons verfügen; oder b. dem höheren Tarif, der sich bei einem Vergleich ergibt zwischen: 1. dem höchsten Tarif pro Bereich, pro Leistungsgruppe beziehungsweise pro Verbindung von Leistungsgruppen nach Buchstabe a unter Ausschluss der qualifizierten Spitäler für hochspezialisierte Medizin, 2. der Berechnung des fallzahlengewichteten Durchschnitts der Tarife der Spitäler, die über einen Leistungsauftrag des Kantons im entsprechenden Bereich, in der entsprechenden Leistungsgruppe beziehungsweise in der entsprechenden Verbindung von Leistungsgruppen verfügen. 2 Als qualifiziertes Spital für hochspezialisierte Medizin nach Absatz 1 Buchstabe b Ziffer 1 gilt ein Spital, das gemäss der jeweils geltenden gesamtschweizerischen Planung nach Artikel 39 Absatz 2bis KVG über mindestens acht Leistungsaufträge verfügt. 3 Verfügen in einem Bereich, einer Leistungsgruppe oder einer Verbindung von Leistungsgruppen ausschliesslich qualifizierte Spitäler für hochspezialisierte Medizin über einen entsprechenden Leistungsauftrag des Kantons, so ist für die Bestimmung des höchsten Tarifs nach Absatz 1 Buchstabe b Ziffer 1 der höchste Tarif, der in den Spitälern dieses Bereichs, dieser Leistungsgruppe beziehungsweise dieser Verbindung von Leistungsgruppen gilt, massgebend. 4 Für die Berechnung des fallzahlengewichteten Durchschnitts nach Absatz 1 Buchstabe b Ziffer 2 wird der Durchschnitt der Tarife der Spitäler eines Bereichs, einer Leistungsgruppe beziehungsweise einer Verbindung von Leistungsgruppen ermittelt, die über einen entsprechenden Leistungsauftrag des Kantons verfügen. Die Gewichtung erfolgt aufgrund der Fallzahlen der ständigen Wohnbevölkerung des Kantons im entsprechenden Bereich, in der entsprechenden Leistungsgruppe oder in der entsprechenden Verbindung von Leistungsgruppen in den Spitälern auf der Spitalliste des Kantons.
Akzeptanz (Dropdown auswählen)	Neutrale Haltung

Gegenvorschlag	
Begründung / Bemerkung	

Titel / Frage	Art. 36b Abs. 1
Artikel Detail / andere Informationen	1 Referenzkanton nach Artikel 41 Absatz 2quater KVG ist der Kanton Bern.
Akzeptanz (Dropdown auswählen)	Neutrale Haltung
Gegenvorschlag	
Begründung / Bemerkung	

Titel / Frage	Art. 54 Abs. 1, 2 und 3 Einleitungssatz
Artikel Detail / andere Informationen	1 Als Laboratorien der Grundversorgung werden zugelassen: a. das Praxislaboratorium eines Arztes oder einer Ärztin, wenn: 1. Analysen der Grundversorgung nach Artikel 62 Absatz 1 für den Eigenbedarf des Arztes oder der Ärztin durchgeführt werden, 2. das Ergebnis der Analysen grundsätzlich im Verlauf der Konsultation vorliegt (Präsenzdiagnostik), 3. das Praxislaboratorium räumlich und rechtlich Teil der Praxis des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin ist, 4. die Analysen im Praxislaboratorium oder, für separat bezeichnete Analysen nach Ziffer 1, im Rahmen eines Hausbesuches durchgeführt werden; b. das Spitallaboratorium für Analysen der Grundversorgung nach Artikel 62 Absatz 1, die für den Eigenbedarf durchgeführt werden; c. die Offizin eines Apothekers oder einer Apothekerin sowie das Spitallaboratorium für Analysen der Grundversorgung nach Artikel 62 Absatz 1, die von einem anderen Leistungserbringer angeordnet sind; d. die Offizin eines Apothekers oder einer Apothekerin für Analysen der Grundversorgung nach Artikel 62 Absatz 1, die für den Eigenbedarf durchgeführt werden. 2 Spitallaboratorien, die für den Eigenbedarf des Spitals Analysen durchführen, werden zugelassen, wenn sie unter der Leitung eines Arztes oder einer Ärztin, eines Apothekers oder einer Apothekerin oder eines Leiters oder einer Leiterin mit einer vom EDI anerkannten Hochschulausbildung naturwissenschaftlicher Richtung oder einer vom EDI anerkannten, für die Durchführung der Analysen geeigneten höheren Fachausbildung stehen. 3 Laboratorien, die im Auftrag eines anderen zugelassenen Leistungserbringers neben den Analysen der Grundversorgung weitere Analysen durchführen, werden zugelassen, wenn:
Akzeptanz (Dropdown auswählen)	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	

Begründung / Bemerkung	Die FMH begrüsst die breitere Erstattung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen im Sinne der Patientensicherheit. Die Stärkung niederschwelliger Versorgungsangebote kann zur Effizienzsteigerung beitragen. Voraussetzung ist jedoch eine klare Abgrenzung der Verantwortlichkeiten sowie eine konsequente Qualitätssicherung. Unklare Schnittstellen zur ärztlichen Diagnostik und ärztlichen Behandlung sind zu klären. Das Risiko von Doppeluntersuchungen und Mengenausweitung darf keine Doppelspurigkeiten in den Behandlungsabläufen und bürokratischen Mehraufwand für die Ärzteschaft nach sich ziehen. Insbesondere bereitet der Ärzteschaft die Umsetzung der Änderung betreffend Laboratorien in der Grundversorgung grosse Sorge. Diese Kompetenzerweiterung zugunsten der Apothekerinnen und Apotheker erfordert, dass die Verantwortlichkeiten klar definiert werden müssen und klare Schnittstellen zur medizinischen Diagnostik und den Verantwortlichkeiten der Ärzteschaft in der Praxis definiert werden müssen. Zu Unrecht angeordnete zusätzliche Analysen und daraus gezogene Fehlschlüsse führen nicht nur zu unnötiger Mengenausweitung, sondern rücken auch die Frage der Verantwortlichkeiten und des Sorgfaltsmassstabes ins Zentrum. Diese Änderung birgt zudem ein ernsthaftes Risiko von Kostensteigerungen. Die FMH befürwortet zusammenfassend eine sehr restriktive Umsetzung der Möglichkeit, dass die Apothekerschaft inskünftig Analysen in Eigenregie zu Lasten der OKP gemäss KVG anordnen können soll. Eine begleitende Wirkungsevaluation der Massnahmen ist aus Sicht der FMH zwingend notwendig. Wichtig ist, dass das EDI ein Augenmerk darauf wirft, dass künftig für jede für den Eigenbedarf zulässige Analyse als zusätzliche Voraussetzung ein Nachweis der dafür notwendigen, nachweisbaren Aus- und Weiterbildung der Apothekerin/des Apothekers gefordert wird.
---------------------------	--

Titel / Frage	Art. 62 Separate Bezeichnung bestimmter Analysen
Artikel Detail / andere Informationen	1 Das EDI bezeichnet die Analysen der Grundversorgung. 2 Das EDI bezeichnet diejenigen Analysen, die: a. von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen gestützt auf Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe b KVG veranlasst werden können; b. von Hebammen gestützt auf Artikel 29 Absätze 2 und 3 KVG veranlasst werden können; c. von Apothekerinnen und Apothekern gestützt auf Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe h Ziffer 2 KVG veranlasst werden können; d. von Apothekerinnen und Apothekern gestützt auf Artikel 26 Absatz 2 KVG veranlasst werden können.
Akzeptanz (Dropdown auswählen)	Ablehnung
Gegenvorschlag	
Begründung / Bemerkung	Die FMH spricht sich gegen eine schleichende Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung und in die Behandlungsfreiheit durch immer mehr Regulierung aus. Einen derart weitgehenden Eingriff in die Qualität der gesundheitlichen Grundversorgung dem freien Ermessen des EDI zu überlassen, erachtet die FMH als nicht angemessen. Deshalb fordert sie eine konkrete Diskussion und die Verankerung der effektiv zum Eigenbedarf zuzulassenden Analysen bereits auf Stufe der KVV. Alle Akteure müssen die Möglichkeit haben, zu jeder Analyse, die zum Eigenbedarf der Apothekerschaft zugelassen werden soll, vorgängig im Rahmen einer Vernehmlassung Stellung nehmen zu können. Dies im Sinne der geschuldeten Behandlungsqualität und Patientensicherheit.

Titel / Frage	Art. 105 Abs. 1
Artikel Detail / andere Informationen	1 Die Ärztin, der Arzt oder die Hebamme, die oder der die Schwangerschaft begleitet, ermittelt den mutmasslichen Beginn der Schwangerschaft und gibt ihn auf der Rechnung an.
Akzeptanz (Dropdown auswählen)	Zustimmung
Gegenvorschlag	
Begründung / Bemerkung	Diese Bestimmung zieht im Einzelfall eine notwendige Abgrenzung von Verantwortlichkeiten nach sich und dem jeweiligen geschuldeten medizinischen Standard. Eine nachvollziehbare Dokumentation der Behandlungsabläufe ist im Sinne der Patientensicherheit zentral, um Haftungsrisiken zu minimieren.