

## **Vergütung der Grund- und Notfallversorgung**

**Bericht des Bundesamts für Gesundheit vom 15. August 2023**

---

### **Inhaltsverzeichnis**

|          |                                                                         |          |
|----------|-------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>1</b> | <b>Auftrag und Beschluss der SGK-N</b>                                  | <b>1</b> |
| <b>2</b> | <b>Verfassungsrechtliche Grundlagen</b>                                 | <b>1</b> |
| <b>3</b> | <b>Gewährleistung der Gesundheitsversorgung durch die Kantone</b>       | <b>2</b> |
| <b>4</b> | <b>Pflichtleistungscharakter des KVG und Abgrenzungen</b>               | <b>2</b> |
| <b>5</b> | <b>Sachgerechtigkeit der Vergütung</b>                                  | <b>3</b> |
| <b>6</b> | <b>Möglichkeit differenzierter Tarife im geltenden Recht</b>            | <b>4</b> |
| <b>7</b> | <b>Herausforderungen bei differenzierten Tarifen</b>                    | <b>5</b> |
| <b>8</b> | <b>Mögliche Präzisierung im KVG: Alternativvorschlag der Verwaltung</b> | <b>6</b> |
| <b>9</b> | <b>Alternative Regelungsmöglichkeiten im KVG</b>                        | <b>7</b> |

## **1 Auftrag und Beschluss der SGK-N**

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) nahm an ihrer Sitzung vom 3. Juli 2023 einen Antrag an, der eine bessere Vergütung der Grund- und Notfallversorgung erreichen möchte. Der Antrag sieht im Wortlaut vor, dass ein Kanton einzelne Leistungserbringer oder Gruppen von Leistungserbringern mit Leistungen der Grund- und Notfallversorgung beauftragen kann. Die Kantone sollen die Zulassung dafür an Bedingungen wie Kapazitäten, Öffnungszeiten, Aufnahmepflicht und Qualität der Arbeitsbedingungen knüpfen können (neuer Art. 36 Abs. 3).

Wo unterschiedliche Kosten und Krankheitsrisiken der behandelten Patientinnen und Patienten es rechtfertigen, sollen die Tarife für unterschiedliche Gruppen von Leistungserbringern differenziert werden können. Sowohl die Tarifpartner wie auch die zuständigen Behörden sollen auf eine sachgerechte Abbildung der Leistungen der Grund- und Notfallversorgung sowie der Aufnahmepflicht achten. Sie sollen zu diesem Zweck differenzierte Tarife für bestimmte medizinische Fachgebiete oder Gruppen von Leistungserbringern vereinbaren oder festsetzen können.

Fehlen entsprechende Vereinbarungen oder werden sie vom Kanton als ungenügend betrachtet, sollen die Kantone zur sachgerechten Abbildung der Leistungen der Grund- und Notfallversorgung kantonale Zuschläge für bestimmte medizinische Fachgebiete oder Gruppen von Leistungserbringern festsetzen können, die über einen Auftrag gemäss Artikel 36 Absatz 3 verfügen. Diese sollen durch Abschläge bei den kantonalen Tarifen von nicht betroffenen Fachgebieten oder Gruppen von Leistungserbringern ausgeglichen werden müssen. Die SGK-N wünschte ausdrücklich, dass neben diesem Wortlaut auch andere Möglichkeiten geprüft werden, das vom Antrag angestrebte Ziel zu erreichen.

## **2 Verfassungsrechtliche Grundlagen**

Die Bundesverfassung (BV; SR 101) belässt die Zuständigkeit für die Gesundheitsversorgung bei den Kantonen. Der Bund kann diesen Bereich nur dort regeln, wo ihm die Verfassung ausdrücklich eine Kompetenz dazu gibt. Artikel 117 BV gibt dem Bund die Kompetenz, Vorschriften über die Kranken- und Unfallversicherung zu erlassen. Bund und Kantone sorgen für eine ausreichende medizinische Grundversorgung (Art. 117a BV), allerdings im Rahmen ihrer Zuständigkeiten. Der Bund erhält in diesem Bereich also gegenüber den Kantonen mit Artikel 117a BV keine zusätzlichen Kompetenzen, die über die bereits bestehenden hinausgehen. Der Bund kann ausserdem Vorschriften erlassen über die Ausübung der privatwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit (Art. 95 BV), die zum Beispiel die Berufspflichten der Medizinalberufe betreffen können, unabhängig davon, ob die Angehörigen dieser Berufsgruppen im Rahmen der Krankenversicherung tätig sind oder darüber hinaus.

Die Sicherstellung der Versorgung ist somit eine Aufgabe der Kantone. Auf der Basis von Artikel 117 BV lassen sich verfassungsrechtlich nur die Rahmenbedingungen für die Kostenrück-erstattung von Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) regeln. Auf die Gestaltung der Gesundheitsversorgung sich auswirkende Regelungen müssen letztlich immer den Anliegen der OKP dienen. Diese Regelungen erfolgen zumeist im Rahmen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10). Darüber hinaus kommt dem Bund keine Kompetenz zu, den Kantonen Vorgaben zur konkreten Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung zu machen.

### 3 Gewährleistung der Gesundheitsversorgung durch die Kantone

Die Kantone können die für die Versorgung notwendigen Leistungen und Infrastrukturen (sogenannte gemeinwirtschaftliche Leistungen) unter anderem damit sicherstellen, dass sie diese in eigener Kompetenz regeln. Der Bund hat wie erwähnt keine Verfassungsgrundlage, diese Aufgabe der Kantone näher zu regeln. Die Wahrnehmung der Versorgungsverantwortung durch die Kantone muss auf kantonaler Ebene geregelt werden.

Die Kantone verpflichten üblicherweise die Leistungserbringer in ihren Gesundheitsgesetzen, Notfalldienst zu leisten. Oft überlassen die Kantone die Regelung des Notfalldienstes den Leistungserbringern.<sup>1</sup> Diese können die Umsetzung dieser Pflicht in diesem Fall unter sich regeln. In diversen Kantonen haben die Leistungserbringer dies so umgesetzt, dass Leistungserbringer, die sich wenig oder gar nicht am Notfalldienst beteiligen, einen finanziellen Ausgleich leisten. Der Kanton hat auch die Möglichkeit, selbst in seinem Gesundheitsgesetz detaillierter die Berufspflichten zu regeln. Es ist auch denkbar, dass ein Kanton die Höhe von eventuellen Ausgleichszahlungen zwischen den Leistungserbringern regelt.<sup>2</sup>

Es wäre hingegen fraglich, ob die bestehende Verfassungsgrundlage für den Bund ausreichen würde, die Durchsetzung der Berufspflichten durch die Kantone genauer zu regeln (z. B. mit einer Verpflichtung der Kantone, Ausgleichszahlungen zwischen den Medizinalpersonen mit einer bestimmten Mindesthöhe vorzusehen). Zwar definiert der Bund die Berufspflichten der Medizinalpersonen im Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG; SR 811.11). Die Verfassungsgrundlage dafür ist die Regelung der Ausübung der privatwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit (Art. 95 BV) sowie die Regelungskompetenz zu Aus- und Weiterbildung für Berufe der medizinischen Grundversorgung und die Anforderungen zur Ausübung dieser Berufe (Art. 117a BV). Regelungsgegenstand des MedBG ist somit in erster Linie die Förderung und Sicherstellung der Qualität der universitären Ausbildung sowie der Berufsausübung und nicht die Gewährleistung der Gesundheitsversorgung (dies ist Kompetenz der Kantone) oder der sachgerechten Vergütung (diese muss im Rahmen des KVG geregelt werden, soweit die Vergütung von KVG-Leistungen betroffen ist). Eine Verpflichtung der Kantone im Rahmen des MedBG, die Versorgung mit Notfalldiensten in einer bestimmten Art oder einem bestimmten Ausmass durchzusetzen und sicherzustellen, kommt deshalb nicht in Frage.

### 4 Pflichtleistungscharakter des KVG und Abgrenzungen

Die OKP übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Diese Leistungen umfassen heute unter anderem die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von Ärzten und Ärztinnen (Art. 25 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 KVG), von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen (Art. 25 Abs. 2 Bst. a Ziff. 2 KVG) oder von Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin beziehungsweise eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 Bst. b Ziff. 3 KVG). In der OKP werden einzig die Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen von

---

<sup>1</sup> Beispielsweise LU (Gesundheitsgesetz Art. 32), BL (Gesundheitsgesetz Art. 27 und 27a), GR (Gesundheitsgesetz Art. 43 und 44), AG (Gesundheitsgesetz Art. 38), VD (Loi sur la santé publique, Art. 91a), VS (Loi sur la santé publique, Art. 65), NE (Loi sur la santé, Art. 68).

<sup>2</sup> Diverse Kantone legen die jährlichen Zahlungen fest, die ein Leistungserbringer leisten muss, wenn er aus bestimmten Gründen vom Notfalldienst dispensiert ist, beispielsweise LU und AG (1,5% des Einkommens, max. 5000 Franken), BL (bis zu 6000 Franken), GR (1,5-3% des Einkommens, max. 10 000 Franken), VD (bis zu 20 000 Franken).

zugelassenen Leistungserbringern vergütet. Leistungserbringer, die den Status eines nach KVG zugelassenen Leistungserbringers haben können, sind hierbei in Artikel 35 Absatz 2 KVG beziehungsweise Artikel 38 ff. der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) geregelt.

Sogenannte gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) sind im KVG nicht definiert. Es sind somit Leistungen, deren Erbringung nicht zu den Aufgaben der OKP zählt.<sup>3</sup> Die Kantone können diese in eigener Kompetenz regeln, um die Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Sie dürfen in keinem Fall über OKP-Prämien finanziert werden, sondern die Kantone sind für die Regelung der Finanzierung zuständig. Diese muss ausserhalb der OKP erfolgen. Die bewusste Aufrechterhaltung von Überkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen gilt beispielsweise nicht als KVG-Leistung, sondern als GWL, ebenso wie die Forschung und universitäre Lehre (Art. 49 Abs. 3 KVG). Erhöhte Kosten eines Leistungserbringers im Zusammenhang mit GWL rechtfertigen keine Tarifiedifferenzierung, da andernfalls Aufgaben der Kantone, die sie über Steuermittel finanzieren müssten, durch Prämiegelder (teilweise) übernommen würden.

Anders verhält es sich mit den Kosten, die für die Erbringung einer versicherten Leistung notwendig sind. Da beispielsweise die Kosten von (stationären oder ambulanten) Notfallbehandlungen tarifrelevant sind, wäre eine Ausscheidung solcher Kostenanteile als GWL nicht sachgerecht.<sup>4</sup> Damit ein Spital medizinische Notfälle versorgen kann, muss es seine Organisation auf dringende Fälle ausrichten. Dazu benötigt es erhöhte Flexibilität und Verfügbarkeit, dauernd freie Aufnahmekapazitäten, Pikettdienst und zusätzliche Personalaufwände. Spitäler, welche nicht über eine Notfallaufnahme verfügen, haben demgegenüber den Vorteil, dass keine dringenden Fälle behandelt und keine entsprechenden organisatorischen Vorkehrungen getroffen werden müssen. Deren Planbarkeit hinsichtlich des Einsatzes von Personal, Material und Infrastruktur ist erhöht. Dies könnte bei einem Spital, welches sich ausschliesslich auf Elektivbehandlungen ausrichten kann, zu tieferen Betriebskosten führen,<sup>5</sup> obwohl diese nicht unbedingt auf eine höhere Effizienz zurückzuführen sind. Als Kosten für die Erbringung von OKP-Pflichtleistungen sind diese Mehrkosten der Notfallspitäler grundsätzlich nicht als GWL auszuschneiden, sondern sind tarifrelevant, jedenfalls soweit es sich nicht um darüber hinausgehende Mehrkosten handelt, die zum Beispiel als Folge der Aufrechterhaltung einer an sich zu kleinen oder schlecht ausgelasteten Notfallstation entstehen.<sup>6</sup>

## 5 Sachgerechtigkeit der Vergütung

Soweit die Kosten KVG-Leistungen betreffen (im Unterschied zu den GWL), werden sie von der OKP vergütet. Die Leistungserbringer erstellen ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen (Art. 43 KVG). Möglich sind namentlich Zeittarife, Einzelleistungstarife oder Pauschaltarife (Art. 43 Abs. 2 KVG). Tarife und Preise werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt. Dabei ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten (Art. 43 Abs. 4 KVG). Die Vertragspartner achten darauf, dass eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird (Art. 43 Abs. 6 KVG). Die zuständige Behörde hat zu prüfen,

---

<sup>3</sup> Eugster, KVG, Art. 49 Rz. 7

<sup>4</sup> BVGE 2014/36, E. 21.3.2

<sup>5</sup> BVGE 2014/36, E. 21.3.3

<sup>6</sup> BVGE 2014/36, E. 21.3.4

ob die Tarife mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit im Einklang steht (Art. 46 Abs. 4 KVG). Wirtschaftlichkeit und Billigkeit sowie die damit geforderte Sachgerechtigkeit und betriebswirtschaftliche Bemessung der Vergütung sind also bereits im geltenden Recht zentrale Grundsätze des KVG im Bereich der Tarifbildung. Schweizweite Tarifstrukturen müssen diese Anforderungen berücksichtigen, damit der Bundesrat diese genehmigen kann.

Einzelleistungstarife sowie neu auch auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife<sup>7</sup> müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen (Art. 43 Abs. 5). Wenn eine bestehende Tarifstruktur sich als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Tarifpartner nicht auf eine Revision einigen können, kann der Bundesrat Anpassungen an der Tarifstruktur vornehmen (Art. 43 Abs. 5<sup>bis</sup> KVG). Der Bundesrat hat beim Tarmed bereits zweimal von dieser Kompetenz Gebrauch gemacht, wobei der erste Eingriff namentlich auf eine Förderung der Grundversorgung abzielte. Mit dem indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative (Geschäftsnummer 21.067) ist zudem vorgesehen, dass zusätzlich auch die Kantone die Möglichkeit haben sollen, bei nationalen Tarifstrukturen, die sich nicht mehr als sachgerecht erweisen, differenzierte Tarife für bestimmte medizinische Fachgebiete oder Gruppen von Leistungserbringern festzusetzen. Die Kantone müssen dabei allfällige Anpassungen des Bundesrates nach Artikel 43 Absatz 5<sup>bis</sup> KVG berücksichtigen (Art. 46a Abs. 3 E-KVG). Für den Fall, dass die Tarifstruktur nicht sachgerecht ist, besteht also bereits eine subsidiäre Kompetenz des Bundesrates, eine weitere für die Kantone wurde von beiden Räten befürwortet. Damit dürften für den Fall von nicht sachgerechten Tarifstrukturen ausreichende subsidiäre Mechanismen geschaffen sein.

## 6 Möglichkeit differenzierter Tarife im geltenden Recht

Auch bei einer insgesamt sachgerechten, vom Bundesrat genehmigten Tarifstruktur bleibt es eine Herausforderung, sämtliche gerechtfertigten, nicht auf Ineffizienz eines Leistungserbringers zurückzuführenden Kostenunterschiede für die Erbringung der KVG-Leistungen innerhalb dieser Tarifstruktur abzubilden. Deshalb besteht bereits heute im Rahmen der Tarifautonomie des KVG die Möglichkeit, in kantonalen Tarifverträgen je nach Leistungserbringer oder Gruppen von Leistungserbringern differenzierte Tarife (z. B. Baserates und Taxpunktswerte) zu vereinbaren beziehungsweise festzusetzen. Vorbehalten bleiben die gesetzlichen Vorgaben betreffend nationale Tarifstrukturen. Die Tarifpartner beziehungsweise die festsetzende kantonale Behörde können somit bereits heute eine Tarifierung nach Leistungserbringer(gruppen) in Betracht ziehen, dies unter Berücksichtigung der Tarifgestaltungsgrundsätze des KVG (namentlich der betriebswirtschaftlichen Bemessung und der sachgerechten Struktur nach Art. 43 Abs. 4 KVG und der Gewährleistung des Gebots der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit nach Art. 46 Abs. 4 KVG). Zudem gibt Artikel 43 Absatz 4<sup>bis</sup> KVG vor, dass Tarife und Preise sich an der Entschädigung jener Leistungserbringer orientieren, welche die Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig anbieten.

Im stationären Bereich, wo regelmässig neue Versionen der Tarifstrukturen (SwissDRG, Tarpsy, ST Reha) vom Bundesrat genehmigt wurden, sind spitalindividuelle Baserates üblich, weil die Tarifstruktur, auch wenn insgesamt sachgerecht, bis jetzt noch nicht ausreichend in der Lage ist, die gerechtfertigten, nicht auf Ineffizienzen zurückzuführenden Kostenunterschiede in ausreichendem Mass abzubilden. Dies auch deshalb, weil mit der Tarifstruktur besonders

---

<sup>7</sup> KVG-Änderung vom 18. Juni 2021 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1a), in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS 2021 837; 2022 808; BBl 2019 6071)

aufwändige oder komplexe Fälle nicht immer durch geeignete Kriterien (Diagnosen, Behandlungen) abgegrenzt und sachgerecht vergütet werden können.

Im ambulanten Bereich wird heute für die meisten Leistungen primär eine Einzelleistungs-Tarifstruktur angewendet. Eine Einzelleistungsstruktur bietet stärker als eine Pauschalstruktur die Möglichkeit, für besonders aufwändige Behandlungen mehr Leistungen abzurechnen. Auch bei einer Einzelleistungs-Tarifstruktur, wie sie heute im ambulanten ärztlichen Bereich angewendet wird, können aber Gründe vorliegen, die differenzierte Tarife auch bei einer insgesamt sachgerechten Tarifstruktur rechtfertigen. In der heutigen Praxis werden in den einzelnen Kantonen beispielsweise im spitalambulanten Bereich oft andere Taxpunktwerte angewendet als im praxisambulanten Bereich. Teilweise wird in den Kantonen der Taxpunktwert auch zwischen verschiedenen Spitalambulatorien differenziert.

Mit solchen differenzierten kantonalen Tarifen darf eine insgesamt sachgerechte, schweizweit einheitliche Tarifstruktur (insbesondere die Relationen zwischen einzelnen Tarifpositionen bzw. Leistungen) nicht übersteuert werden. Vielmehr muss es darum gehen, die Tarifstruktur dort zu ergänzen beziehungsweise zu komplettieren, wo die Tarifstruktur als Gesamtheit trotzdem nicht in der Lage ist, gewisse Disparitäten zwischen den Leistungserbringern, beispielsweise aufgrund von deren Tätigkeitsstruktur, in ausreichendem Mass abzubilden.

Ein Beispiel dafür könnten, analog zum stationären Bereich,<sup>8</sup> die Folgen sein, die sich aus der Ausrichtung eines Leistungserbringers unter anderem entweder auf Notfälle oder auf planbare Leistungen ergeben, etwa eine strukturell unterschiedliche Störungsanfälligkeit des Betriebsablaufs zwischen verschiedenen Arten von Arztpraxen und Spitalambulatorien. Dies, soweit sie KVG-Leistungen betreffen und nicht als GWL zu betrachten sind. Durch differenzierte Tarife könnte in diesem Fall vermieden werden, dass Leistungserbringer, die strukturell, also nicht effizienzbedingt, einen überdurchschnittlich störungsfreien Betriebsablauf haben, eine zu hohe Vergütung erhalten. Umgekehrt könnten in einem solchen Fall differenzierte Tarife bei Leistungserbringern mit einem strukturell störungsreicheren Betriebsablauf eine sachgerechte Vergütung gewährleisten, die nicht zu tief ist. Allerdings müssten solche Zu- und Abschläge berücksichtigen, was bereits in der Tarifstruktur vorgesehen ist (z. B. Dringlichkeits- und Notfallpauschalen sowie Zuschläge im Tarmed für Leistungen, die während Rand- und Nachtzeiten erbracht werden).

## **7 Herausforderungen bei differenzierten Tarifen**

Es dürfte herausfordernd sein, angesichts der Datenverfügbarkeit im ambulanten Bereich Fälle zu identifizieren, wo sich Tarifiedifferenzierungen aus den in Ziffer 6 dargelegten Gründen rechtfertigen. Die Tarifpartner und subsidiär die festsetzende Behörde müssten das Ausmass der eventuell notwendigen Tarifiedifferenzierungen auf Basis der vorhandenen Indizien abschätzen und Willkür vermeiden. Zur Klärung von strittigen Fragen bestehen bei der Tarifgenehmigung und -festsetzung durch die Kantone eingespielte Rechtswege. Damit der Spielraum der Kantone nicht zu gross wird, hätten die Leistungserbringer auch einen Anreiz zur Transparenz über ihre (Produktions-) Kosten und damit auch ihre Einkünfte.

Differenzierte kantonale Tarife dürfen zudem nicht im Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot des KVG stehen. Die Versorgungssteuerung sollte nicht über differenzierte Tarife erfolgen – auch weil die Prämienzahlenden dann möglicherweise finanziell herangezogen würden für die Erfüllung von Aufgaben, für welche die Kantone zuständig sind und die damit mittels Steuern zu finanzieren sind. Für die Steuerung der Versorgung verfügen die Kantone über

---

<sup>8</sup> Vgl. BVGE 2014/36, insbesondere E 21.3

diverse Instrumente: die Ausschüttung von Steuermitteln für GWL, die Festlegung von Pflichten für die Leistungserbringer inklusive Ausgleichszahlungen zwischen den Leistungserbringern, sowie mit dem neuen Artikel 55a KVG auch die Möglichkeit, Höchstzahlen für Ärzte und Ärztinnen nach medizinischen Fachgebieten und/oder Regionen festzulegen. All diese Steuerungsinstrumente können die Attraktivität einer Tätigkeit in der Grundversorgung statt in einer spezialisierten Fachrichtung erhöhen.

## **8 Mögliche Präzisierung im KVG: Alternativvorschlag der Verwaltung**

Die Grundlagen dafür, dass die Tarifpartner differenzierte Tarife vereinbaren können und die Genehmigungsbehörden solche genehmigen oder festsetzen können, sind schon heute vorhanden. Entscheidende Richtschnur sollte immer die Wirtschaftlichkeit und Billigkeit sein. Dazu gehört, dass ein Tarif sachgerecht und betriebswirtschaftlich bemessen sein muss. Die Tariffindung würde auf dem üblichen Weg erfolgen, nämlich prioritär über Vereinbarungen der Tarifpartner und subsidiär über eine Festsetzung durch die Kantone.

Der Wortlaut des Antrags könnte leicht abgeändert werden, so dass einerseits generell die bereits bestehenden Tarifierungsgrundsätze (insb. die «Sachgerechtigkeit» eines Tarifs) als Kriterium im Zentrum stehen, statt des spezifischeren Falls von «unterschiedlichen Kosten und Krankheitsrisiken der behandelten Patientinnen und Patienten». Die Sachgerechtigkeit als zentrales Kriterium umfasst unter anderem auch die korrekte Abbildung von Kostenunterschieden zwischen Leistungserbringern, die sich aus einem unterschiedlichen Tätigkeitsspektrum ergeben, etwa durch die in der Grund- und Notfallversorgung womöglich weniger planbaren Arbeitsabläufe. Damit sind auch die angesprochenen unterschiedlichen «Kosten und Krankheitsrisiken» abgedeckt. Eine Ergänzung von Artikel 43 Absatz 6<sup>bis</sup> ist dafür ausreichend, eine doppelte Erwähnung auch in Artikel 43 Absatz 4 bringt keinen zusätzlichen Nutzen.

Andererseits könnte theoretisch sogar auf die explizite Benennung der Grund- und Notfallversorgung verzichtet werden, da das Erfordernis der Sachgerechtigkeit für alle Leistungserbringer gleichermassen gilt. In der Praxis dürfte es aber so sein, dass die Grund- und Notfallversorgung besonders von in der Tarifstruktur nicht abgebildeten Kostenunterschieden benachteiligt ist. Dazu würde aber spiegelbildlich auch immer eine ebenfalls nicht sachgerechte Bevorzugung von anderen Leistungserbringern gehören. Deren sachgerechte (tiefere) Vergütung sollte ebenso Absicht des Gesetzes sein. Falls die Grund- und Notfallversorgung trotzdem erwähnt werden soll, wäre dies möglich (siehe Formulierungsvorschlag in kursiver Schrift unten).

Die kantonalen Zu- und Abschläge für bestimmte Gruppen von Leistungserbringern müssen sich innerhalb dieses Kantons gerade die Waage halten. Wenn davon ausgegangen wird, dass ein nicht differenzierter Tarif für alle Leistungserbringer gerade in sachgerechter Höhe von den Tarifpartnern vereinbart oder vom Kanton festgesetzt wurde, dann folgt daraus, dass Zuschläge für einen Teil dieser Leistungserbringer, die aus Gründen der Sachgerechtigkeit vorgenommen werden, mengengewichtet gerade den ebenfalls aus Gründen der Sachgerechtigkeit notwendigen Abschlägen für einen anderen Teil der Leistungserbringer entsprechen müssen. Um zu verhindern, dass Zuschläge ohne gerichtliche Prüfung rechtskräftig werden, während Abschläge möglicherweise auf dem Gerichtsweg scheitern, ist es sinnvoll, diesen Umstand explizit festzuhalten. Würden nur Zuschläge auf dem im Durchschnitt über alle Leistungen bereits sachgerechten Tarif gewährt, wäre die Tarifierung insgesamt nicht mehr sachgerecht, weil die spiegelbildlichen Abschläge fehlen würden. Differenzierte Tarife sollten im Sinn der Sachgerechtigkeit nur dann möglich sein, wenn sich die Ab- und Zuschläge – ausgehend vom sachgerechten Durchschnittstarif – mengengewichtet ausgleichen.

Wenn die Vereinbarung von differenzierten Tarifen prioritär durch die Tarifpartner erfolgen soll und nur subsidiär durch die Kantone, kann im ambulanten Bereich auf die Erteilung von Leistungsaufträgen für die Grund- und Notfallversorgung durch den Kanton verzichtet werden, eine Ergänzung von Artikel 36a ist daher nicht nötig. Die Tarifpartner können so selbst einschätzen, für welche Gruppen von Leistungserbringern im Interesse der Sachgerechtigkeit eventuell höhere oder tiefere Tarife zu vereinbaren sind. Mit Leistungsaufträgen würde der Kanton den Tarifpartnern vorgreifen, und die Grund- und Notfallversorgung wäre mit Leistungsaufträgen schwer von anderen Leistungen abgrenzbar, zumal die Pflicht zum Notfalldienst prinzipiell alle medizinischen Berufe trifft (vgl. Ziff. 3). Der Kanton bleibt auch ohne zuvor erteilte Leistungsaufträge im Rahmen der Anforderungen des Gesetzes frei, solche Vereinbarungen zu genehmigen oder nicht. Kommt kein genehmigter Tarif zustande, ist der Kanton ebenfalls auch ohne zuvor erteilte Leistungsaufträge im Rahmen der gesetzlichen Regelungen frei, seinerseits die Gruppen von Leistungserbringern zu bezeichnen, für die er aus Gründen der Sachgerechtigkeit höhere oder tiefere Tarife festsetzt.

Nicht angezeigt sind hingegen Tarifiedifferenzierungen infolge unterschiedlicher Arbeitsbedingungen. Die Einhaltung der von Bund und Kantonen festgelegten arbeitsrechtlichen Anforderungen durch die Leistungserbringer wird vorausgesetzt. Falls im Bereich der Arbeitsbedingungen Handlungsbedarf gesehen wird, können auf Bundes- oder Kantonsebene zusätzliche Regelungen ins Auge gefasst werden, die dann für alle Leistungserbringer gleichermassen gelten. Im Übrigen bewegen sich die Leistungserbringer am Arbeitsmarkt. Um dort die benötigten Fachkräfte zu gewinnen, haben die Leistungserbringer ein grosses Interesse, auf gute Arbeitsbedingungen zu achten.

Wenn Leistungserbringer, die von sich aus bessere Arbeitsbedingungen bieten als andere, höhere Tarife erhielten, stünde dies aber im Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot des KVG und würde die Interessen der Prämienzahlenden verletzen. Es wäre auch kontraproduktiv, weil Leistungserbringer mit guten Arbeitsbedingungen aus Sicht der Versicherer (Auswahl für alternative Versicherungsmodelle) und der Versicherten (soweit sie ihre Kostenbeteiligung noch nicht ausgeschöpft haben) teurer und damit unattraktiver würden. Tarifiedifferenzierungen eignen sich deshalb nicht für Anliegen im Bereich der Arbeitsbedingungen. Wenn über die Anforderungen des Arbeitsmarktes hinaus zusätzliche Regeln als notwendig angesehen werden, dann sollten es solche sein, die für alle Leistungserbringer in einem Bereich gleichermassen gelten.

Der Formulierungsvorschlag würde entsprechend wie folgt lauten:

Art 43 Abs. 6<sup>bis</sup>

6<sup>bis</sup> Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten auf eine sachgerechte Abbildung aller Leistungen, unter anderem der Grund- und Notfallversorgung. Sie können, falls zu diesem Zweck erforderlich, differenzierte Tarife für bestimmte medizinische Fachgebiete oder Gruppen von Leistungserbringern vereinbaren oder festsetzen. Die kantonalen Zuschläge für bestimmte medizinische Fachgebiete oder Gruppen von Leistungserbringern müssen durch Abschläge bei den kantonalen Tarifen der anderen Fachgebiete oder Gruppen von Leistungserbringern ausgeglichen werden.

## **9 Alternative Regelungsmöglichkeiten im KVG**

Im Bericht des BAG vom 18. April 2023 wurden in Ziffer 3.3 weitere Möglichkeiten aufgezeigt, wie der Kanton die Vergütung der Leistungserbringer für die Leistungen nach KVG differenzieren könnte. Da eine monistische Finanzierung über die Versicherer und nicht eine dual-

fixe Finanzierung mit direkten Finanzflüssen zwischen Kanton und Leistungserbringer vorgesehen ist, wäre eine direkte Differenzierung des Kantonsbeitrags nach Artikel 60 an die einzelnen Leistungserbringer nicht zweckmässig. In einem neuen Artikel 51a könnte aber beispielsweise geregelt werden, dass ein Kanton je nach Beteiligung eines Leistungserbringers an der vom Kanton definierten medizinischen Grund- und Notfallversorgung maximal beispielsweise 15 Prozent der Vergütung nach Tarif zurückfordern kann. Diese Rückforderungen müsste der Kanton vollumfänglich an Leistungserbringer ausschütten, die mit Blick auf diese Kriterien besser abschneiden.

Ein solches Vorgehen stünde ausserhalb des Tariffindungsprozesses und würde die Frage aufwerfen, wofür die aufwändigen Tarifverhandlungen und Genehmigungsprozesse durchgeführt werden sollen, wenn der Kanton am Ende die von ihm selbst oder in gewissen Fällen vom Bundesrat genehmigten oder festgesetzten Tarife übersteuern können soll, indem ein weiterer Zu- oder Abschlag auf diesen Tarifen vorgenommen wird. Es bestünde, auch angesichts einer fehlenden Rechtspraxis, die Gefahr, dass GWL, die steuerfinanziert werden sollten, letztlich teilweise prämienfinanziert würden.

Zu bevorzugen ist daher die im von der SGK-N angenommenen Antrag verfolgte Stossrichtung mit leichten Anpassungen. Dieser Ansatz hat den Vorteil, dass er sich in den im KVG üblichen Prozess der Tarifbildung einfügt, die Autonomie der Tarifpartner respektiert und den Kantonen nur eine subsidiäre Kompetenz zuweist. Auch die Gefahr ist geringer, dass in der Tarifierung die Kosten für KVG-Leistungen mit Kosten für GWL vermischt werden und dass GWL teilweise durch Prämien statt durch Steuern finanziert werden.