



Bern, 13. Dezember 2024

---

# **Angleichung der Preise für Leistungen nach dem UVG und KVG**

Bericht des Bundesrates  
in Erfüllung des Postulates 15.3797, SGK-NR,  
26. Juni 2015

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Wortlaut des Postulats</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Historie</b> .....	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Krankenversicherung</b> .....	<b>3</b>
3.1	<b>Allgemein</b> .....	<b>3</b>
3.2	<b>Versicherter Personenkreis</b> .....	<b>3</b>
3.3	<b>Prämien der Versicherten</b> .....	<b>4</b>
3.4	<b>Tarife in der Krankenversicherung</b> .....	<b>4</b>
3.4.1	Allgemein .....	4
3.4.2	Ambulante Tarife im KV-Bereich .....	4
3.4.2.1	Höhe der kantonalen Taxpunktwerte .....	5
3.4.2.2	Finanzierung der ambulanten Behandlung im KV-Bereich .....	6
3.4.3	Stationäre Tarife im KV-Bereich .....	6
3.4.3.1	Finanzierung der stationären Behandlung im KV-Bereich .....	7
<b>4</b>	<b>Eidgenössische Sozialversicherungen</b> .....	<b>7</b>
4.1	<b>Allgemein</b> .....	<b>7</b>
4.2	<b>Unfallversicherung gemäss UVG</b> .....	<b>8</b>
4.3	<b>Invalidenversicherung</b> .....	<b>8</b>
4.4	<b>Militärversicherung</b> .....	<b>9</b>
<b>5</b>	<b>Tarife in der Unfallversicherung</b> .....	<b>9</b>
5.1	<b>Allgemein</b> .....	<b>9</b>
5.2	<b>Ambulante Tarife im UV-Bereich</b> .....	<b>9</b>
5.2.1	Höhe der Taxpunktwerte im UV-Bereich .....	9
5.2.2	Finanzierung der ambulanten Behandlung im UV-Bereich .....	10
5.3	<b>Stationäre Tarife im UV-Bereich</b> .....	<b>10</b>
5.3.1	Finanzierung der stationären Behandlung im UV-Bereich .....	10
<b>6</b>	<b>Tarife in der Invalidenversicherung</b> .....	<b>11</b>
<b>7</b>	<b>Tarife in der Militärversicherung</b> .....	<b>11</b>
<b>8</b>	<b>Mögliche Massnahmen für eine Angleichung der Preise</b> .....	<b>11</b>
8.1	<b>Zusammenfassung der Unterschiede</b> .....	<b>11</b>
8.2	<b>Einzelner Sozialversicherungszweig für krankheits- und unfallbedingte Gesundheitsschädigungen</b> .....	<b>12</b>
8.3	<b>Gleichbehandlung der Versicherten bei Freizeitunfällen</b> .....	<b>13</b>
8.4	<b>Fazit</b> .....	<b>13</b>

# 1 Wortlaut des Postulats

Der Wortlaut des Postulates 15.3797 von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR (SGK-NR) lautet wie folgt: *Der Bundesrat wird beauftragt, zu prüfen und Bericht zu erstatten, wie und mit welchen Massnahmen eine Angleichung der Preise der eidgenössischen Sozialversicherungen UV/MV/IV und der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erreicht und wie die Gleichbehandlung der Versicherten im Bereich der Nichtberufsunfallversicherung (NBU) sichergestellt werden kann. Es gibt keine sachlichen Gründe, weshalb für medizinische Leistungen unterschiedliche Preise vergütet werden, je nachdem, wer bezahlt.*

## 2 Historie

Das unter Ziffer 1 genannte Postulat vom 26. Juni 2015 ersetzte eine von alt Nationalrat Bortoluzzi eingereichte Motion (14.3777 Gleichbehandlung von KVG und UVG bei Nichtbetriebsunfällen). In dieser Motion wurde der Bundesrat beauftragt, nach Artikel 1 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die Koordination und Harmonisierung der Tarifstruktur und die Gleichbehandlung der Versicherten im NBU-Bereich sicherzustellen. Der Rückzug der Motion erfolgte, weil im Postulat 15.3797 von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) – verfasst von Ignazio Cassis – dem Bundesrat ein Prüfauftrag erteilt wurde. Gemäss diesem gilt zu prüfen, mit welchen Massnahmen eine Angleichung der Preise der eidgenössischen Sozialversicherungen Unfallversicherung (UV)/Militärversicherung (MV)/Invalidenversicherung (IV) und der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erreicht und wie die Gleichbehandlung der Versicherten im Bereich der NBU sichergestellt werden könne.

Der Bundesrat erklärte sich am 26. August 2015 bereit, einen solchen Bericht zu verfassen. Bereits seinerzeit machte er jedoch deutlich, dass es sich um eine heikle Aufgabe handelt, da zwei systemisch unterschiedliche Sozialversicherungszweige harmonisiert werden sollen. Das Postulat wurde am 22. September 2015 vom Nationalrat angenommen.

## 3 Krankenversicherung

### 3.1 Allgemein

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) regelt die soziale Krankenversicherung. Diese umfasst die OKP, welche die Kosten für Leistungen bei Krankheit, Unfall (subsidiär zum UVG) und Mutterschaft übernimmt sowie eine freiwillige Taggeldversicherung (Art. 1a Abs. 1 KVG).

### 3.2 Versicherter Personenkreis

Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern oder von ihrem gesetzlichen Vertreter beziehungsweise ihrer gesetzlichen Vertreterin versichern lassen (Art. 3 Abs. 1 KVG).

Angleichung der Preise für Leistungen nach dem UVG und KVG

Die versicherungspflichtigen Personen können unter den Versicherern, die nach dem Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG; SR 832.12) eine Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung haben, frei wählen.

### 3.3 Prämien der Versicherten

Der Versicherer legt die Prämien für seine Versicherten fest. Grundsätzlich erhebt er bei allen gleich hohe Prämien (Art. 61 Abs. 1 KVG). Die Versicherten beteiligen sich in Form von Franchise, Selbstbehalt und Spitalbeitrag an den Kosten der von ihnen bezogenen Leistungen (Art. 64 Abs. 1, 2 und 5 KVG und Art. 103 und 104 der Verordnung über die Krankenversicherung, KVV; SR 832.102).

Die Franchise nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe a KVG beträgt 300 Franken je Kalenderjahr (Art. 103 Abs. 1 KVV). Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe b KVG beläuft sich auf 700 Franken für Erwachsene und 350 Franken für Kinder (Art. 103 Abs. 2 KVV).

## 3.4 Tarife in der Krankenversicherung

### 3.4.1 Allgemein

In der OKP gemäss KVG werden Tarife und Preise in vertraglichen Vereinbarungen (Tarifvertrag) zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart (Vertragsautonomie). In den vom Gesetz bestimmten Fällen werden die Tarife von der zuständigen Behörde festgesetzt. Dabei ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten. Bei Tarifverträgen zwischen Verbänden sind vor dem Abschluss die Organisationen anzuhören, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten (Art. 43 Abs. 4 KVG). Beim Fehlen eines Tarifvertrags bzw. unterbliebener Revision eines anpassungsbedürftigen Tarifvertrags setzt die zuständige Behörde den Tarif selber fest (Art. 47 KVG). Die Tarife orientieren sich an der Entschädigung jener Leistungserbringer, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 43 Abs. 4<sup>bis</sup> KVG).

Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht (Art. 46 Abs. 4 KVG).

Kommt zwischen Leistungserbringern und Versicherern kein Tarifvertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest (Art. 47 Abs. 1 KVG).

### 3.4.2 Ambulante Tarife im KV-Bereich

Die Leistungen im ambulanten Sektor werden nach Leistungserbringer mit unterschiedlichen Tarifen abgegolten. Dabei gibt es verschiedene Tarifformen (Einzelleistungstarif, Zeittarif, Pauschaltarif oder Mischformen; Art. 43 Abs. 2 KVG). Die einzelnen Leistungen werden dabei entweder mit Taxpunkten oder mit Frankenbeträgen bewertet. Einzelleistungstarife sowie auf

## Angleichung der Preise für Leistungen nach dem UVG und KVG

ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife müssen je auf einer einzigen gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen (Art. 43 Abs. 5 KVG).. Die Bewertung erfolgt dabei mit Taxpunkten, die noch mit einem entweder kantonalen oder aber gesamtschweizerischen Taxpunktwert multipliziert werden.

In den Arztpraxen sowie in den Spitälern werden die **ambulanten ärztlichen Leistungen** seit 2004 in der Regel über die schweizweit einheitliche Einzelleistungstarifstruktur TARMED abgerechnet. Im TARMED werden alle Leistungen mit Taxpunkten bewertet. Die Taxpunkte aus der Tarifstruktur werden danach mit den kantonal unterschiedlichen KVG-Taxpunktwerten multipliziert. Die kantonalen Taxpunktwerte werden durch die zuständige kantonale Behörde genehmigt, respektive festgesetzt.

Seit Anfang 2013 hat der Bundesrat die Kompetenz, Anpassungen an einer Tarifstruktur vorzunehmen, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können (Art. 43 Abs. 5<sup>bis</sup> KVG). Da sich die Tarifpartner nicht auf einen gemeinsamen Vorschlag für eine angepasste Tarifstruktur einigen konnten, machte der Bundesrat im Jahr 2014 erstmals von dieser subsidiären Kompetenz Gebrauch und passte die Tarifstruktur TARMED an. Die entsprechende Verordnung trat am 1. Oktober 2014 in Kraft.

Im Jahre 2017 machte der Bundesrat ein weiteres Mal von der Regelungskompetenz gemäss Artikel 43 Absatz 5<sup>bis</sup> KVG Gebrauch, da sich die Tarifpartner erneut nicht auf eine Revision von TARMED einigen konnten. Mit der entsprechenden Verordnungsänderung wurde die revisionsbedürftige Tarifstruktur TARMED angepasst und gleichzeitig per 1. Januar 2018 als gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen festgelegt.

### 3.4.2.1 Höhe der kantonalen Taxpunktwerte

Die kantonalen Taxpunktwerte können je nach Tarifpartner variieren. Beim TARMED variieren sie auch nach Leistungserbringer (Ärzte und Spitäler) und Versicherer. Die Preise für ambulante ärztliche Leistungen sind deshalb in der Krankenversicherung nicht für alle Versicherten gleich. Als Beispiel werden in folgender Tabelle die zwischen den ambulanten Ärzten mit Praxistätigkeit und den verschiedenen Einkaufsgemeinschaften der Versicherer ausgehandelten kantonalen Taxpunktwerte per 1. Januar 2024 aufgeführt.

Kanton	Höhe KVG-Taxpunktwert in CHF (per 1. Januar 2024) <sup>1</sup> nach Versicherer		
	tarifsuisse	HSK	CSS
AG	0.89	0.89	0.89
AI	0.83	0.83	0.83
AR	0.83	0.83	0.83
BE	0.86	0.86	0.86
BL	0.91	0.91	0.91
BS	0.91	0.91	0.91
FR	0.91	0.91	0.91
GE	0.96	0.96	0.96
GL	0.83	0.83	0.83
GR	0.83	0.83	0.83
JU	0.96	0.96	0.94
LU	0.82	0.82	0.82
NE	0.91	0.91	0.91
NW	0.86	0.86	0.86

<sup>1</sup> Quelle: [www.newindex.ch](http://www.newindex.ch)

## Angeleichung der Preise für Leistungen nach dem UVG und KVG

OW	0.86	0.86	0.86
SG	0.83	0.83	0.83
SH	0.83	0.83	0.83
SO	0.84	0.85	0.84
SZ	0.82	0.82	0.82
TG	0.83	0.83	0.83
TI	0.93	0.93	0.93
UR	0.86	0.86	0.86
VD	0.94	0.94	0.94
VS	0.82	0.82	0.84
ZG	0.82	0.82	0.82
ZH	0.89	0.89	0.89

### 3.4.2.2 Finanzierung der ambulanten Behandlung im KV-Bereich

Die ambulanten Behandlungen werden voll von den Krankenversicherern bezahlt. Die Versicherten haben sich jedoch im Rahmen der Franchise und des Selbstbehaltes an den Kosten zu beteiligen (Art. 64 Abs. 2 KVG und Art. 103 KVV).

### 3.4.3 Stationäre Tarife im KV-Bereich

Die stationären Behandlungen in den Spitälern werden in der Schweiz über einheitliche Tarifstrukturen abgegolten.

Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital (Art. 39 Abs. 1 KVG) oder einem Geburtshaus (Art. 29 KVG) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 KVG).

Konkret wird im stationären Bereich der Akutsomatik mit SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) abgerechnet. Diese diagnosebezogene Fallgruppen, sind ein einheitliches, an Diagnosen, Prozeduren und Patientenmerkmale geknüpftes Fallpauschalen-System im Gesundheitswesen. Die einzelnen Fälle werden anhand der vorhin erwähnten Merkmale einer Fallgruppe zugewiesen. Jeder Fallgruppe ist ein Kostengewicht zugeteilt, welches das Verhältnis zu den Kosten eines Normfalles mit dem Kostengewicht 1.0 ausdrückt. Das Kostengewicht des Falles wird anschliessend mit der sog. Baserate, d.h. einem Basiswert des behandelnden Spitals multipliziert und ergibt die Vergütung für den Fall. Unter gewissen Umständen (z. B. bei Verlegungen) kann es zu Zu- oder Abschlägen beim Kostengewicht kommen oder es können für spezielle zusätzliche Leistungen definierte Zusatzentgelte abgerechnet werden. In der Schweiz wurde das Fallpauschalen-System SwissDRG im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung am 1. Januar 2012 eingeführt.

In den stationären Bereichen der Psychiatrie und der Rehabilitation werden die Behandlungen mit den Tarifstrukturen TARPSY beziehungsweise ST Reha abgerechnet. Diese Tarifstrukturen funktionieren nach demselben Grundprinzip wie SwissDRG, unterscheiden sich jedoch insofern, als dass es sich nicht um Fallpauschalen, sondern um Tagespauschalen handelt. Die

Angleichung der Preise für Leistungen nach dem UVG und KVG

Fälle werden nicht in DRG sondern in PCG (Psychiatric Cost Groups) oder RCG (Rehabilitation Cost Groups) eingeteilt und jeder zusätzlicher Aufenthaltstag generiert zusätzliches Kostengewicht. Die Vergütung für den Fall ergibt sich, indem in der zutreffenden PCG oder RCG das Tageskostengewicht bei der Aufenthaltsdauer des Falles mit der Anzahl Aufenthaltstage und dem Basiswert des behandelnden Spitals multipliziert wird.

Die Basiswerte der Spitäler werden in der Regel spitalindividuell zwischen den Tarifpartnern verhandelt oder vom Kanton festgesetzt. Die Grundlage bildet ein Benchmarking der Fall- oder Tagesnormkosten (Kosten für einen Fall oder Behandlungstag mit dem Kostengewicht 1.0) der einzelnen Spitäler. Es wird ein Effizienzmassstab definiert anhand dessen der Benchmarkwert ermittelt wird. Dieser zeigt die Kosten an, die für einen effizient erbrachten Normfall oder Normbehandlungstag anfallen. Ausgehend von diesem Wert werden die Basiswerte für die einzelnen Spitäler verhandelt, wobei mittels Zu- oder Abschläge spitalindividuelle Differenzierungen vorgenommen werden können.

Die Kantone sind für die Genehmigung respektive die Festsetzung der stationären Spitaltarife verantwortlich. Für einen Überblick über die verschiedenen kantonalen Tarife, d.h. Basiswerte stellt die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) eine Übersichtsliste zur Verfügung: <https://www.gdk-cds.ch/de/krankenversicherung/tarife/stationaere-tarife>.

### 3.4.3.1 Finanzierung der stationären Behandlung im KV-Bereich

Die Vergütungen der stationären Behandlungen nach Artikel 49 Absatz 1 KVG werden vom Kanton und den Versicherern anteilmässig übernommen (Art. 49a Abs. 1 KVG). Jeder Kanton setzt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den kantonalen Anteil fest. Dieser muss mindestens 55 Prozent betragen (Art. 49a Abs. 2<sup>ter</sup> KVG). Die Versicherten beteiligen sich im Rahmen der Franchise, des Selbstbehaltes und des Beitrags an die Kosten des Aufenthalts im Spital an den Kosten (Art. 64 Abs. 2 und Abs. 5 KVG i. V. m. Art. 103 und Art. 104 KVV).

## 4 Eidgenössische Sozialversicherungen

### 4.1 Allgemein

Als die eidgenössischen Sozialversicherungen werden insbesondere die Unfallversicherung gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20), die Invalidenversicherung gemäss dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) und die Militärversicherung gemäss dem Bundesgesetz über die Militärversicherung (MVG; SR 833.1) bezeichnet.

Grundsätzlich sind die Tarifgrundsätze für alle eidgenössischen Versicherer dieselben. Da dieser Postulatbericht neben dem Aufzeigen von Massnahmen für eine Angleichung der Preise der eidgenössischen Sozialversicherungen mit der OKP auch die Gleichbehandlung von Versicherten im Bereich der NBU sicherstellen soll, zudem der Titel des Postulats «Angleichung der Preise für Leistungen nach dem UVG und KVG» lautet, liegt das Hauptaugenmerk auf der Unfallversicherung gemäss UVG.

Angleichung der Preise für Leistungen nach dem UVG und KVG

## 4.2 Unfallversicherung gemäss UVG

Die obligatorische Unfallversicherung ist eine Personenversicherung. Sie hilft mit ihren Leistungen den gesundheitlichen und finanziellen Schaden wiedergutzumachen, wenn Versicherte verunfallen oder beruflich erkranken.

Die in der Schweiz beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, einschliesslich der Heimarbeiterinnen und Heimarbeiter, der Lernenden, Praktikantinnen und Praktikanten, Volontärinnen und Volontäre sowie der in Lehr- oder Invalidenwerkstätten tätigen Personen sind obligatorisch nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) versichert (Art. 1a Abs. 1 Bst. a UVG). Weiter sind die arbeitslosen Personen obligatorisch nach dem UVG versichert (Art. 1a Abs. 1 Bst. b UVG).

Arbeitnehmende, welche mehr als 8 Stunden wöchentlich arbeiten, sind auch gegen Nichtberufsunfälle versichert (Art. 13 Abs. 1 der Verordnung über die Unfallversicherung, UVV; SR 832.202). Arbeitnehmer, die nicht mindestens 8 Stunden wöchentlich arbeiten, sind für Nichtberufsunfälle bei der Krankenversicherung gegen Unfall versichert (Art. 1a Bst. b KVG). Je nach Dauer der wöchentlichen Arbeitszeit ist somit bei einem Freizeitunfall entweder das UVG oder das KVG anwendbar.

Die Prämien für die obligatorische Versicherung der Berufsunfälle und Berufskrankheiten trägt der Arbeitgeber (Art. 91 Abs. 1 UVG). Die Prämien für die obligatorische Versicherung der Nichtberufsunfälle gehen grundsätzlich zu Lasten des Arbeitnehmers (Art. 91 Abs. 2 UVG).

## 4.3 Invalidenversicherung

Die Invalidenversicherung ist eine gesamtschweizerische obligatorische Versicherung. Durch Eingliederungsmassnahmen ermöglicht sie invaliden Versicherten, ihre Existenzgrundlage ganz oder teilweise selbständig zu sichern. Wenn eine solche (Wieder)eingliederung nicht oder nur teilweise möglich ist, richtet die IV eine (Teil-)Rente aus. Invalidität ist definiert als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (bzw. Unfähigkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen; vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG), die durch einen körperlichen, psychischen oder geistigen Gesundheitsschaden verursacht worden ist. Der Gesundheitsschaden ist entweder die Folge eines Geburtsgebrechens, einer Krankheit oder eines Unfalls. Eine Invalidenrente wird nur zugesprochen, wenn zuerst sämtliche Möglichkeiten einer Eingliederung geprüft wurden (Art. 28 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Der Grundsatz der Eingliederung geht somit einer Rentenzahlung klar vor.

Versichert nach IVG sind Personen, die gemäss den Artikeln 1a und 2 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG; SR 831.10) obligatorisch oder freiwillig versichert sind (Art. 1b IVG). Alle Personen, die in der Schweiz wohnen, und alle Personen, die in der Schweiz erwerbstätig sind obligatorisch bei der IV versichert.

Personen, die in der Schweiz erwerbstätig und versichert sind, müssen von ihrem Lohn Beiträge an die Invalidenversicherung entrichten. Unter bestimmten Voraussetzungen sind unter anderem auch Personen beitragspflichtig, die im Ausland für Arbeitgebende in der Schweiz tätig sind (Art. 2 IVG i.V.m. Art. 3 bis 12 AHVG).

Angleichung der Preise für Leistungen nach dem UVG und KVG

## 4.4 Militärversicherung

Die Militärversicherung ist eine Personenversicherung, welche die Kosten der Behandlung von gesundheitlichen Schäden (Krankheit und Unfall) bei Personen übernimmt, die einen obligatorischen oder freiwilligen Dienst leisten. Ausserdem trägt sie auch die wirtschaftlichen Folgen dieser gesundheitlichen Schäden. Während des Dienstes tritt die Militärversicherung an die Stelle der Kranken- und Unfallversicherung.

Bei der Militärversicherung sind insbesondere folgende Personen gegen Krankheit und Unfall versichert: Miliz- und Berufsmilitärs im Dienst und im Ruhestand, Personen im Zivildienst, Personen im Zivildienst, wer bei friedenserhaltenden Aktionen und Guten Diensten des Bundes mitwirkt und Mitglieder des Schweizerischen Korps für humanitäre Hilfe (Art. 1a MVG).

Die Militärversicherung ist für ihre Versicherten mit einer Ausnahme kostenlos. Die Berufsmilitärs bezahlen eine Prämie, die mindestens 80 Prozent der durch Pflegeleistungen bei Krankheit entstandenen Kosten abdecken muss (Art. 66b MVG). Für Nichtberufsunfälle bezahlen sie dieselbe Prämie wie die anderen Bundesangestellten (Art. 66c MVG).

## 5 Tarife in der Unfallversicherung

### 5.1 Allgemein

Die Bestimmungen, welche das Medizinaltarifwesen in der UV regeln, finden sich in Artikel 56 UVG in Verbindung mit den Artikeln 70 bis 71 UVV. Das System ist gesamtschweizerisch ausgerichtet und basiert auf dem Grundsatz, wonach die Tarife auf dem Verhandlungsweg und ohne staatliche Intervention zwischen den UVG-Versicherern und den Leistungserbringern vereinbart werden. Die Versicherer haben zur Vorbereitung der Tarifverträge und zu deren Abschluss sowie zur gemeinsamen Regelung weiterer Fragen, die sich im Zusammenhang mit der Festlegung der Medizinaltarife für die Träger der obligatorischen Unfallversicherung ergeben, die Medizinaltarif-Kommission (MTK) gegründet. Erst wenn keine vertragliche Lösung zustande kommt, erlässt der Bundesrat nach Anhören der Parteien die erforderlichen Vorschriften (Art. 56 Abs. 3 UVG). Dabei ist der Bundesrat frei, Grundsätze zu formulieren oder in einem konkreten Fall den Tarif festzusetzen.

### 5.2 Ambulante Tarife im UV-Bereich

Wie im KV-Bereich werden in den Arztpraxen sowie in den Spitälern die ambulanten ärztlichen Leistungen seit 2004 über die schweizweit einheitliche Tarifstruktur TARMED abgerechnet. Das Medizinaltarifwesen ist im UV-Bereich gesamtschweizerisch ausgerichtet und somit werden im ambulanten Bereich schweizweit einheitliche Taxpunktswerte ausgehandelt.

#### 5.2.1 Höhe der Taxpunktswerte im UV-Bereich

Für die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte beträgt der Taxpunktswert gegenwärtig CHF 0.92, währenddessen sich die Höhe des Taxpunktswertes für die ambulante Behandlung im Spital auf CHF 1.00 beläuft.

Angleichung der Preise für Leistungen nach dem UVG und KVG

## 5.2.2 Finanzierung der ambulanten Behandlung im UV-Bereich

Der Versicherte hat Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen, nämlich auf die ambulante Behandlung durch den Arzt, den Zahnarzt oder auf deren Anordnung durch eine medizinische Hilfsperson sowie durch den Chiropraktor und die ambulante Behandlung in einem Spital (Art. 10 Abs. 1 Bst. a UVG). Der Unfallversicherer übernimmt im ambulanten Bereich die Kosten der Heilbehandlung voll, ohne Kostenbeteiligung der versicherten Person.

## 5.3 Stationäre Tarife im UV-Bereich

Im stationären Bereich werden die Spitaltarife von der MTK einheitlich und für alle UVG-Versicherer gleichzeitig ausgehandelt. Hierfür wurde ein Spitaltaxmodell entwickelt, das den Verträgen zwischen Unfallversicherern und Spitälern zugrunde liegt. Analog zum KV-Bereich wird auch im UV-Bereich im stationären Bereich mit SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) abgerechnet. Weitere stationäre Tarifstrukturen im UV-Bereich sind ST Reha (stationäre Tarifstruktur für die Rehabilitation) und TARPSY (stationäre Leistungsbereiche der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie).

### 5.3.1 Finanzierung der stationären Behandlung im UV-Bereich

Der Versicherte hat Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen, nämlich auf die die Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Art. 10 Abs. 1 Bst. c UVG). Der Unfallversicherer übernimmt die Kosten der Heilbehandlung im stationären Bereich voll, ohne Kostenbeteiligung der öffentlichen Hand der Kantone.

Im stationären Bereich werden die Spitaltarife von der MTK einheitlich und für alle UVG-Versicherer gleichzeitig ausgehandelt. Bis und mit 2011 deckten die Taxen in der Praxis 80 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten ohne Investitionskosten ab. Für die Behandlung von Patienten aus einem anderen Kanton musste die Taxe die vollen Betriebs- und Investitionskosten decken. Für den von den UVG-Versicherern nicht gedeckten Teil kam die öffentliche Hand der Kantone auf.

Die Kantone haben seinerzeit die Beteiligung an die Finanzierung der Spitalbehandlung der UVG-Patienten in Frage gestellt. Insbesondere die Subventionierung von gewinnorientierten Privatversicherern wurde als stossend empfunden. Weiter besteht im UVG keine Rechtsgrundlage für die Kantonsbeteiligung an den Unfall-Behandlungskosten. Zudem wurde die Beteiligung als nicht sachgerecht taxiert, da die Kantone im Unfallversicherungsrecht keine Regelungskompetenz hätten. Von den Kantonen, vertreten durch die GDK, wurde eine Vollkostenfinanzierung der Unfall-Behandlungskosten unter Einschluss der Investitionskosten angestrebt. Lediglich die Kosten für Lehre und Forschung sowie andere gemeinschaftliche Kosten sollten weiterhin durch die Kantone getragen werden.

Im Rahmen der UVG-Revision wurden verschiedene Vorstösse eingereicht, welche auf die Abschaffung der Kostenbeteiligungen der Kantone für stationäre UVG-Patienten abzielten. Im Lichte der Rückweisung der Vorlage 1 der UVG-Revision<sup>2</sup> an den Bundesrat haben die Eidgenössischen Versicherer (UV/MV/IV) mit den Kantonen Vereinbarungen getroffen, welche eine sukzessive Reduktion der kantonalen Beiträge an die Finanzierung der Spitalkosten von UVG-Patienten vorsehen. Im Jahre 2012 betragen diese noch 10 Prozent und seit 2013 bestehen keine kantonale Beteiligung mehr.

<sup>2</sup> BBl 2008 5395

Angleichung der Preise für Leistungen nach dem UVG und KVG

## 6 Tarife in der Invalidenversicherung

Die Bestimmungen, welche das Medizinaltarifwesen der IV regeln, finden sich in Artikel 27 IVG in Verbindung mit den Artikeln 24<sup>quater</sup> und 24<sup>quinquies</sup> der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201). Das System ist gesamtschweizerisch ausgerichtet und basiert auf dem Grundsatz, wonach die Tarife auf dem Verhandlungsweg zwischen dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) und den Leistungserbringern vereinbart werden. Kommt kein Vertrag zustande, erlässt das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) auf Antrag des BSV oder des Leistungserbringers eine anfechtbare Verfügung zur Regelung der Zusammenarbeit der Beteiligten und der Tarife (Art. 27 Abs. 6 IVG).

Tarife, bei denen Taxpunkte für Leistungen oder für leistungsbezogene Pauschalen festgelegt werden, müssen für die gesamte Schweiz auf einer einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Können sich die Parteien nicht einigen, so legt der Bundesrat die Tarifstruktur fest. (Art. 27 Abs. 4 IVG).

## 7 Tarife in der Militärversicherung

Die Bestimmungen, welche das Medizinaltarifwesen der MV regeln, finden sich in Artikel 26 MVG in Verbindung mit den Artikeln 13 ff. der Verordnung über die Militärversicherung (MVV; SR 833.11). Das System ist gesamtschweizerisch ausgerichtet und basiert auf dem Grundsatz, wonach die Tarife auf dem Verhandlungsweg und ohne staatliche Intervention zwischen der Militärversicherung und den Leistungserbringern vereinbart werden. Besteht kein Vertrag, so erlässt der Bundesrat nach Anhören der Parteien die erforderlichen Bestimmungen (Art. 26 Abs. 3 MVG).

## 8 Mögliche Massnahmen für eine Angleichung der Preise

### 8.1 Zusammenfassung der Unterschiede

Für die Abgeltung der ambulanten Heilbehandlung ist in der Unfallversicherung die gleiche Tarifstruktur wie in der Krankenversicherung massgebend, nämlich der TARMED. Analog zum KV-Bereich wird auch im UV-Bereich im stationären Bereich mit SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) abgerechnet. Infolge der gesamtschweizerischen Ausrichtung des Medizinaltarifwesens in der Unfallversicherung werden im ambulanten Bereich jedoch schweizweit einheitliche Taxpunktwerte ausgehandelt. Dies im Unterschied zur Krankenversicherung, wo bspw. die Taxpunktwerte von den kantonalen Ärztesellschaften und den Versicherern vereinbart sowie durch die zuständige kantonale Behörde genehmigt werden. Demnach fallen die Taxpunktwerte je nach Kanton unterschiedlich hoch aus. Dies ergibt sich im Wesentlichen durch unterschiedliche Struktur- und Lohnkosten in den einzelnen Kantonen. Die Bandbreite der Taxpunktwerte beläuft sich zwischen CHF 0.82.- und CHF 0.96.-.

Das bedeutet, dass bereits innerhalb des KV-Bereichs nicht dieselben Preise bestehen. Je nach Kanton und teilweise auch nach Leistungserbringer oder Versicherer fallen die Kosten für eine ambulante Behandlung unterschiedlich hoch aus, je nach Höhe des geltenden Taxpunktwertes. Es ist schwierig, respektive unmöglich, eine Angleichung zwischen den Preisen

## Angleichung der Preise für Leistungen nach dem UVG und KVG

in der Kranken- und Unfallversicherung anzustreben, wenn bereits innerhalb eines Sozialversicherungszweiges, nämlich in der Krankenversicherung selbst, unterschiedliche Preise bestehen. Zudem beruht der differente Preis auf systemisch bedingten Unterschieden in den beiden Sozialversicherungsbereichen. Als markanteste Differenz ist das Konzept einer gesamtschweizerisch einheitlichen Regelung nach UVG gegenüber der stärkeren kantonalen Abstützung im KVG hervorzuheben.

## 8.2 Einzelner Sozialversicherungszweig für krankheits- und unfallbedingte Gesundheitsschädigungen

Um einheitliche Preise für eine ambulante oder eine stationäre Behandlung zu erreichen, müsste eine einzige Sozialversicherung für krankheits- und unfallbedingte Gesundheitsschädigungen aufkommen. Die Unfallversicherung nach UVG stellt eine obligatorische Arbeitnehmersversicherung dar, währenddessen das KVG alle Personen mit Wohnsitz in der Schweiz erfasst. Somit bedeutet dies der Konzeption nach, dass die Unfallversicherung nach UVG abgeschafft werden und die krankheits- und alle unfallbedingte Gesundheitsschädigungen künftig via KVG behandelt werden müssten. Demnach würden auch alle Freizeitunfälle nach KVG abgewickelt werden. Andernfalls könnte auch ein neuer Sozialversicherungszweig geschaffen werden, der für krankheits- und unfallbedingte Gesundheitsschädigungen sowie ev. noch für weitere Risiken, wie z.B. Arbeitslosigkeit, aufkommen würde.

Bei Einführung der obligatorischen Unfallversicherung nach UVG war der Ersatz der Haftpflicht durch die Versicherung das dringendste Anliegen. Anstelle der oft unsicheren Kosten und prozesträchtigen Haftpflichtansprüche erhielt der verunfallte Arbeitnehmer / die verunfallte Arbeitnehmerin einen Direktanspruch auf Leistungen der Unfallversicherung; als Gegenstück dazu wurde die spezielle Fabrikhaftpflicht aufgehoben und die allgemeine Verschuldenshaftung des Arbeitgebers eingeschränkt. Die Erfahrungen haben die Vorteile des Versicherungssystems gegenüber der Haftungsregelung vielfältig erwiesen, so dass das auch international allgemein anerkannte Prinzip des direkten Unfallschutzes des Arbeitnehmers heute keiner besonderen Rechtfertigung mehr bedarf (Botschaft vom 18. August 1976 zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung, BBl 1976 III 160).

Weiter wird die Abgeltung der Heilungskosten in der Unfallversicherung als Investition zur Vermeidung von Renten bzw. Taggeldern verstanden. Deshalb ist die Unfallversicherung auf die Unterstützung der Leistungserbringer zwingend angewiesen. Um kostenintensive Rückfälle und Renten möglichst zu vermeiden, ist die Unfallversicherung daher auch bereit, mehr als eigentlich notwendig zu bezahlen. Im Krankenversicherungsbereich ist für Rückfälle immer der aktuelle Krankenversicherer zuständig, während in der Unfallversicherung der gleiche Versicherer auch für Rückfälle und Spätfolgen aus dem ursprünglichen Unfall leistungspflichtig bleibt. Diese Unterscheidung kann durchaus einen höheren Taxpunktwert für den UV-Bereich rechtfertigen, wobei anzumerken gilt, dass lediglich Kantone, die einen tieferen Taxpunktwert als CHF 0.92 aufweisen, im KV-Bereich preisgünstiger sind als der UV-Bereich.

Würde man die obligatorische Unfallversicherung als Sozialversicherungszweig ersatzlos aufgeben, hätte dies weitreichende Folgen für die Arbeitgeber. Diese müssten bei einem Unfall eines Arbeitnehmers / einer Arbeitnehmerin für die Lohnfortzahlungspflicht gemäss Artikel 324a des Obligationenrechts (OR; SR 220) aufkommen. Artikel 324a Absatz 1 OR bestimmt, dass der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer / der Arbeitnehmerin im Krankheitsfall den vollen Lohn für eine bestimmte Dauer pro Dienstjahr zu bezahlen hat, sofern das Arbeitsverhältnis bereits mehr als drei Monate gedauert hat oder für mehr als drei Monate eingegangen wurde.

## Angleichung der Preise für Leistungen nach dem UVG und KVG

Die Lohnfortzahlungspflicht gemäss OR ist somit je nach Dauer des Arbeitsverhältnisses lediglich für eine begrenzte Zeit vorgesehen. Die Arbeitgeber müssten private Lohnfortzahlungsversicherungen im Unfallfall abschliessen, die je nach Dauer und Höhe der abgeschlossenen Lohnfortzahlungsversicherung ein unterschiedliches Leistungsniveau vorsehen. Gegenwärtig herrscht bei Taggeldzahlungen nach UVG sehr viel Sicherheit. Auch für die Arbeitnehmer / die Arbeitnehmerinnen wären die Folgen erheblich: Diese müssten sich im Rahmen der Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) an den Heilungskosten beteiligen. Zudem würden Geldleistungen wie das Taggeld, Renten und Integritätsentschädigung wegfallen.

Eine ersatzlose Abschaffung der Unfallversicherung nach UVG wäre auch aus dem Grund abzulehnen, da das KVG und das UVG unterschiedliche Ziele, ein unterschiedliches Leistungsspektrum und eine unterschiedliche Finanzierung und Kostenbeteiligung umfassen. Grundsätzlich wird eine Vereinheitlichung der Abgeltung für medizinische Massnahmen, inkl. IV und MV, verlangt. Dies würde bedeuten, dass die einzelnen Versicherungen ihre Tarifautonomie aufgeben müssten zugunsten eines eidgenössischen Kompetenzzentrums für Tarife, das unabhängig von den Kantonen, Leistungserbringern und Kostenträgern arbeitet, die Tarife festlegt und diese damit steuert. Die Umsetzung einer solchen Regelung wäre aber in Anbetracht der unterschiedlichen Konzeptionen – die gesamtschweizerische Ausrichtung im UVG, gegenüber der stärkeren kantonalen Abstützung im KVG – eher nicht umsetzbar.

### 8.3 Gleichbehandlung der Versicherten bei Freizeitunfällen

Die in der Schweiz beschäftigten Arbeitnehmer sind obligatorisch gegen Unfälle gemäss UVG) versichert (Art. 1a UVG). Teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer, deren wöchentliche Arbeitszeit bei einem Arbeitgeber mindestens acht Stunden beträgt, sind auch gegen NBU versichert (Art. 13 Abs. 1 UVV).

Wer nicht voll (Berufsunfall und NBU) gemäss UVG gegen Unfall versichert ist, verfügt zwingend eine Unfalldeckung via seinen Krankenversicherer gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), da die OKP auch Leistungen bei Unfall gewährt, soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt (Art. 1a Abs. 2 Bst. b KVG).

Eine Gleichbehandlung bei Freizeitunfällen kann lediglich geschaffen werden, wenn für alle Freizeitunfälle die OKP in der Leistungspflicht stehen würde. Da das UVG eine obligatorische Unfallversicherung für die Arbeitnehmenden darstellt, kann diese nicht auf alle ausgedehnt werden. Dies hätte jedoch einen radikalen Umbau des schweizerischen Sozialversicherungssystems zur Folge. Arbeitnehmende würden bei einem NBU im Vergleich zu heute massiv schlechter gestellt. So hätten sie nicht nur eine Kostenbeteiligung, bestehend aus Franchise und Selbstbehalt, bei der Heilbehandlung zu entrichten, sondern würden auch keine Tagelder, Renten (Invaliden- und Hinterlassenenrenten), Integritätsentschädigungen und Hilflosenentschädigungen gemäss dem UVG mehr erhalten. Der damit verbundene Erwerbsausfall müsste entweder über zusätzliche Versicherungen gedeckt werden oder würde allenfalls zu einer Mehrbelastung anderer Sozialversicherungszweige (Ergänzungsleistungen, Sozialhilfe) und der Arbeitgeber führen.

### 8.4 Fazit

Wie oben festgestellt, beruht der differenzierte Preis auf systemisch bedingte Unterschiede zwischen dem KV-Bereich und den eidgenössischen Versicherern. Als markanteste Differenz ist das Konzept einer gesamtschweizerisch einheitlichen Regelung bei den eidgenössischen

Angleichung der Preise für Leistungen nach dem UVG und KVG

Versicherern gegenüber der stärkeren kantonalen Abstützung hervorzuheben. Die Schaffung eines einzelnen Sozialversicherungszweiges für krankheits- und unfallbedingte Gesundheitsschädigungen hätte weitreichende Folgen für die Arbeitgeber und -nehmer/ -innen.