



Bern, 8. Juli 2026

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Tarife und Grundlagen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Florian Bossion Kontakt
031 335 11 33 Direkt
florian.bossion@hplus.ch E-Mail

Stellungnahme von H+ zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung und der Totalrevision der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (Einheitliche Finanzierung der Leistungen)

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme zur Revision der Verordnungen **KVV, VKL, IVV, UVV, MVV und KLV** im Hinblick auf die Umsetzung der einheitlichen Finanzierung der Leistungen. Diese Stellungnahme beruht auf den Ergebnissen einer Umfrage bei unseren Aktivmitgliedern.

H+ Ihre Spitäler ist der nationale Spitzenverband der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Ihm sind 218 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder an 503 Standorten sowie 133 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen.

H+ ist weiterhin überzeugt, dass die einheitliche Finanzierung der Leistungen ein zentraler und richtiger Reformschritt im schweizerischen Gesundheitssystem darstellt. Diese ist notwendig, um Fehlanreize zu beseitigen und eine zukunftsfähige ambulante Versorgung zu ermöglichen. Die mit der einheitlichen Finanzierung angestrebte Ambulantisierung kann jedoch nur gelingen, wenn effizient erbrachte ambulante Leistungen endlich kostendeckend vergütet werden. Angemessene ambulante Tarife sind eine zentrale Voraussetzung für den Erfolg der einheitlichen Finanzierung.

Aus Sicht von H+ ist es weiter besonders wichtig, dass in der Übergangsphase 2027/28 die Liquidität der Leistungserbringer sichergestellt ist und die einheitliche Finanzierung zu einer spürbaren Vereinfachung der administrativen Prozesse führt. Die neuen Abläufe, insbesondere im Bereich Rechnungsprüfung und Datenweitergabe sollten so ausgestaltet werden, dass sie die administrative Belastung der Spitäler reduzieren und Doppelspurigkeit seitens der Versicherer und Kantone vermeiden helfen.

Die vom BAG im Rahmen der Umsetzung vorgeschlagenen Revisionen betreffen sechs verschiedene Verordnungen. H+ unterstützt die vorgelegten Revisionen der folgenden Verordnungen: IVV, UVV, MVV und KLV. **H+ lehnt aber die Revisionen der KVV und der VKL in ihrer jetzigen Form klar ab.**

Revision der KVV

Akontozahlungen der Kantone zur Liquiditätssicherung: Fehlende Verankerung in der KVV

In der KVV ist unter Artikel 78 geregelt, dass die Zahlungen der Kantone an die gemeinsamen Einrichtungen wöchentlich erfolgen. Andernfalls ist ein Verzugszins von 5% geschuldet. Diese Regelung wird seitens H+ im Grundsatz begrüsst. Sie gibt den Krankenversicherern Liquidität, um die Rechnungen der Leistungserbringer fristgerecht innert 30 Tagen zu begleichen.

Für die Spitäler und Kliniken sind in Ergänzung zu dieser Regelung aber Akontozahlungen zwischen der gemeinsamen Einrichtung und den Kantonen wichtig. Insbesondere im Übergang von 2027 auf 2028 besteht ansonsten die Gefahr von verzögerten Rechnungsbegleichungen, was zu unverschuldeten Liquiditätsengpässen seitens Leistungserbringern führen könnte.

Die Möglichkeit von Akontozahlungen der Kantone an die Gemeinsame Einrichtung KVG ist aber nur im erläuternden Bericht unter Kapitel 1.1.6 erwähnt, findet jedoch keinen Niederschlag im verbindlichen Verordnungstext. Die blosser Erwähnung im erläuternden Bericht genügt für H+ nicht: Sie schafft keine schweizweit einheitliche, verlässliche und rechtssichere Grundlage für die Ausgestaltung der Zahlungsmodalitäten. Ohne ausdrückliche Verankerung in der KVV drohen divergierende kantonale Umsetzungsmodelle und Liquiditätsengpässe im Finanzierungssystem.

H+ beantragt deshalb, die Leistung von Akontozahlungen im Verordnungstext ausdrücklich vorzusehen und als Grundmodell der Zahlungsabwicklung festzulegen.

Im Übergang von 2027 auf 2028 besteht zudem ein realistisches Risiko, dass die Krankenversicherer, die Gemeinsame Einrichtung KVG und die Kantone die Rechnungen der Spitäler und Kliniken aufgrund technischer oder organisatorischer Herausforderungen noch nicht fristgerecht nach der neuen Systematik abwickeln können. Dadurch könnten bei den Leistungserbringern unverschuldete Liquiditätsengpässe entstehen.

H+ beantragt deshalb, für die Einführungsphase im Jahr 2028 eine befristete gesetzliche Grundlage zu schaffen, welche den Krankenversicherern ermöglicht, den Spitälern und Kliniken bei Bedarf Akontozahlungen zu leisten, bis die ordentliche Rechnungsabwicklung vollständig funktioniert.

→ **Art. 59a^{quinquies} Abs. 3 KVV**

- Hinzufügung eines neuen Absatz 3: *«Die Kantone leisten der Gemeinsamen Einrichtung KVG periodische Akontozahlungen auf die geschuldeten kantonalen Beiträge. Die Akontozahlungen bilden das Grundmodell der Zahlungsabwicklung. Sie werden regelmässig mit den effektiv geschuldeten Beträgen verrechnet. Zusätzlich können die Krankenversicherer während dem Jahr 2028 auch den Leistungserbringern Akontozahlungen gewähren.»*

Datenflüsse

Die Umsetzung der Finanz- und Datenflüsse der einheitlichen Finanzierung sind zwischen den Kantonen, den Krankenversicherern und der Gemeinsamen Einrichtung KVG in Erarbeitung. Es ist entscheidend, dass diese Prozesse schweizweit einheitlich, praxistauglich und administrativ schlank ausgestaltet werden.

Dabei ist zentral, dass die Leistungserbringer keine zusätzlichen Daten erheben oder liefern müssen, welche über die heutigen und gesetzlich vorgesehenen Datenlieferungen hinausgehen. Vielmehr sind die bereits vorhandenen Daten zu nutzen und die Datenweitergabe zwischen den beteiligten Akteuren auf das für die jeweilige gesetzliche Aufgabe erforderliche Minimum zu beschränken.

Dies bedeutet insbesondere, dass die Kantone ausschliesslich jene Rechnungsdaten erhalten, welche sie zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zwingend benötigen. Informationen, die nicht Bestandteil der Rechnung, sondern im medizinischen Datensatz enthalten sind, den der Leistungserbringer dem Krankenversicherer beziehungsweise dessen Datenannahmestelle zusätzlich zur Rechnung übermittelt, dürfen auch künftig nicht an die Kantone weitergegeben werden. Die bisherige Trennung zwischen administrativen Rechnungsdaten und medizinischen Behandlungsdaten ist beizubehalten. Entsprechend fordert H+, dass im erläuternden Bericht unter «Art. 59a^{quater} Zugang der Kantone zu Daten von Rechnungen im stationären Bereich» konkretisiert wird, dass den Kantonen durch die Krankenversicherer ausschliesslich Zugang zu den notwendigen Rechnungsdaten gewährt wird.

Kantonale Globalbudgets

In einzelnen Kantonen bestehen heute Regelungen, welche in bestimmten Konstellationen eine Verminderung des Kantonsanteils vorsehen. H+ geht davon aus, dass diese Regelungen auch unter der einheitlichen Finanzierung der Leistungen weiterhin keinen Einfluss auf die bundesrechtliche Finanzierungspflicht der Krankenversicherer haben werden. Insbesondere versteht H+ Art. 49a KVG dahingehend, dass die Krankenversicherer ihren gesetzlichen Finanzierungsanteil an stationären OKP-Leistungen zu übernehmen haben, unabhängig von spezifischen kantonalen Regelungen.

Deshalb muss innerhalb der Gemeinsamen Einrichtung KVG ein klar definierter Prozess vorgesehen werden, welcher sicherstellt, dass die Versicherer ihre gesetzlichen Finanzierungspflicht auch in Konstellationen fristgerecht nachkommen, in den kein bzw. nur ein verminderter kantonaler Anteil geleistet wird.

Erweiterung der Zulassungsbeschränkung auf ambulante Leistungserbringer

Verschiedene Bestimmungen des KVV-Entwurfs sehen unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit einer Ausdehnung kantonaler Zulassungsbeschränkungen auf weitere ambulante Leistungserbringer wie Apotheker:innen, Chiropraktor:innen, Hebammen, Laboratorien, Transport- und Rettungsunternehmen etc. vor.

Eine solche Ausweitung der Steuerungsmöglichkeiten stellt einen erheblichen Eingriff in die Zulassungssystematik und in die Berufsausübungsfreiheit der betroffenen Leistungserbringer dar. H+ lehnt die Einführung einer umfassenden Zulassungssteuerung für weitere ambulante Leistungserbringer ab.

Dies vor dem Hintergrund, dass H+ die Regulierung zur ambulanten Zulassungsbeschränkung generell mit grosser Sorge beobachtet. Diese verursacht neben diversen Umsetzungsproblemen eine grosse Bürokratie, einen kantonalen Flickenteppich und viel Rechtsunsicherheit. Zudem kann der bereits heute bestehende Fachkräftemangel durch die Zulassungsbeschränkungen verschärft, der angestrebte und auch politisch gewollte Ausbau des ambulanten Bereichs stark erschwert und die Kostenentwicklung folglich angetrieben werden. Vor diesem Hintergrund empfiehlt H+ auf die unten aufgeführten Anpassungen in der KVV zu verzichten.

- **Art. 40 Abs. 1bis, 44 Abs. 4, 44a Abs. 2, 45 Abs. 2, 45a Abs. 2, 47 Abs. 2, 48 Abs. 2, 50 Abs. 2, 50a Abs. 2, 50b Abs. 2, 50c Abs. 2, 50d Abs. 2, 51 Abs. 2, 52 Abs. 2, 52a Abs. 2, 52b Abs. 2, 52c Abs. 2, 52d Abs. 2, 52e Abs. 2, 52f Abs. 2, 53 Abs. 2, 55 Abs. 2 und 56 Abs. 2 KVV**
- Streichen

Vereinheitlichung der Wohnsitzprüfung

Ein weiterer zentraler Aspekt betrifft die Wohnsitzprüfung. Diese benötigt heute auf Seiten der Spitäler, aber ebenfalls bei den Krankenversicherern und insbesondere den Kantonen, erhebliche personelle und administrative Ressourcen.

Die vorliegende Verordnung bietet nun die Möglichkeit, im Rahmen der einheitlichen Finanzierung der Leistungen die Wohnsitzprüfung schweizweit zu vereinheitlichen. Gemäss unserem Wissensstand können die Krankenversicherer dank dem neuen schweizerischen Adressdienstgesetz ab 2028 die Wohnsitzprüfung von den Kantonen übernehmen, was zu begrüssen ist. Hingegen sollten auch die Spitäler im Zeitpunkt der Leistungserbringung einen entsprechenden Zugang haben. Dies würde die Effizienz deutlich steigern und die administrativen Aufwände auf allen Ebenen reduzieren.

Revision der VKL

Ungerechtfertigte Ausnahme von Arztpraxen und ambulanten Zentren vom VKL-Geltungsbereich

Die zur Vernehmlassung vorgelegte Revision der VKL führt in ihrer jetzigen Form zu einem wesentlichen Unterschied zwischen den administrativen und buchhalterischen Anforderungen, die im Rahmen der Abrechnung ambulanter medizinischer Leistungen an Spitäler einerseits und an Arztpraxen und ambulante Zentren andererseits gestellt werden.

Da Arztpraxen und ambulante Zentren nicht in den Rahmen der VKL integriert sind, gibt es für sie im Gegensatz zu den Spitälern keine Vorschriften, die eine einheitliche Kostenberechnung und eine einheitliche Klassifizierung ihrer Leistungen regeln. Das wirft mehrere Probleme auf.

Eine Ungleichbehandlung bleibt bestehen, weil Arztpraxen und ambulante Zentren bei der Darstellung ihrer Kosten über eine wesentlich grössere buchhalterische Flexibilität als Spitäler verfügen. Die buchhalterische Flexibilität, die das Obligationenrecht für Arztpraxen und ambulante Zentren vorsieht, lässt keinen Effizienzvergleich mit Spitälern zu, die gemäss der VKL viel strengeren Vorschriften unterliegen. Zum Beispiel sind Spitäler verpflichtet, jede Anschaffung ab CHF 10'000 in der Bilanz auszuweisen, Arztpraxen und ambulante Zentren hingegen nicht. Die Spitäler sind ebenfalls verpflichtet, die gemeinwirtschaftlichen Leistungen aus den OKP-Kosten auszuscheiden, Arztpraxen und ambulante Zentren hingegen nicht, während sie kantonale Subventionen für die Erbringung solcher Leistungen in der Personalausbildung beanspruchen. Die Liste der Ungleichbehandlungen ist lang.

Der Ausschluss von Arztpraxen und ambulanten Zentren erschwert die von der KVG geforderte transparente Kalkulation der Kosten pro ambulantem Fall für OKP-pflichtige ärztliche Behandlungen.

Diese Unterscheidung erscheint umso weniger gerechtfertigt, als ein ambulantes Zentrum mit mehreren Operationssälen eine deutlich komplexere organisatorische und buchhalterische Struktur aufweisen kann als ein stationäres Spital, das bereits der OKP und der VKL untersteht.

Schliesslich ist unverständlich, weshalb nach Art. 49 KVV zugelassene Pflegefachpersonen sowie Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause neu in den Anwendungsbereich der VKL einbezogen werden, während Arztpraxen und ambulante Zentren davon ausgenommen bleiben. Diese Leistungserbringer können eine geringere organisatorische und buchhalterische Komplexität aufweisen als manche Arztpraxen oder ambulante Zentren.

Wir fordern daher, dass insbesondere im Hinblick auf die fortschreitende Ambulantisierung und die hierfür notwendige Transparenz bei der Ermittlung der OKP-relevanten Kosten Arztpraxen und ambulante Zentren in den Geltungsbereich der VKL aufgenommen werden.

→ **Art. 1 Abs. 2 Bst. d VKL (neu)**

- Hinzufügung des Buchstabens d: «*Arztpraxen sowie der ambulanten Zentren*»

→ **Art. 2 Abs. 1 Bst. d VKL**

- Hinzufügung des Begriffs: «*...von den Arztpraxen, von den ambulanten Zentren...*»

→ **Art. 4 VKL**

- Hinzufügung des Begriffs: «*...sowie Leistungen, die in einer Arztpraxis oder einem ambulanten Zentrum erbracht werden, ...*»

→ **Art. 8 Abs. 1 VKL, Art. 9 VKL, Art. 11 Abs. 1 VKL, Art. 12 Abs. 1 VKL und Art. 13 VKL**

- Hinzufügung des Begriffs: «*...die Arztpraxen, die ambulanten Zentren, ...*»

Berechnung des WACC

Zum ersten Mal wurde der WACC-Satz auf 2,9 % neu bewertet. Das BAG kommt damit zu einem Ergebnis, das um 0,8 % unter dem derzeit geltenden Satz liegt. Zudem will das BAG diesen Satz endgültig festschreiben und nicht mehr regelmässig neu bewerten.

H+ begrüsst die im Rahmen der Neubewertung des WACC-Satzes geleisteten Arbeiten und teilt das Ziel, eine transparente und nachvollziehbare Methode für die Vergütung des in VKL-unterstellte Leistungserbringer investierten Kapitals sicherzustellen. Die Diskussion um das angemessene Niveau des WACC wirft jedoch eine grundlegendere Frage auf: nämlich ob es überhaupt sinnvoll ist, einen einheitlichen Satz für alle betroffenen Institutionen festzulegen.

Die Berechnung des gewichteten durchschnittlichen Kapitalkostensatzes (WACC) beruht auf einer Reihe komplexer finanzieller, wirtschaftlicher und branchenspezifischer Annahmen. Die Ergebnisse können je nach zahlreichen Parametern erheblich variieren. In einem so stark regulierten Bereich wie dem Schweizer Gesundheitswesen können diese Faktoren von Institution zu Institution erheblich differieren. Universitätsspitäler, Regionalspitäler, Spezialkliniken, psychiatrische Einrichtungen und Rehabilitationsinstitutionen sind mit teils sehr unterschiedlichen betrieblichen, finanziellen und regulatorischen Gegebenheiten konfrontiert. In diesem Kontext vermag die Anwendung eines einheitlichen WACC-Satzes für den gesamten Sektor die tatsächlichen Finanzierungsbedingungen der Institutionen nicht immer vollständig widerzuspiegeln.

H+ erachtet es daher als sachgerechter, auf die Festlegung eines nationalen WACC-Satzes in der Verordnung zu verzichten. Ein solcher Ansatz würde wiederkehrende Debatten über die Festlegung eines einheitlichen Satzes vermeiden und der Vielfalt der im Schweizer Versorgungssystem vorhandenen Modelle besser Rechnung tragen. Stattdessen schlägt H+ vor, dass jede der VKL unterstellte Institution verpflichtet wird, ihren eigenen WACC-Satz nach einer einheitlichen, auf nationaler Ebene definierten Methodik zu berechnen. Für Spitäler bietet die Branchenlösung REKOLE® bereits eine transparente, unmittelbar anwendbare Methode.

Dieser Ansatz hätte mehrere Vorteile:

- bessere Berücksichtigung der wirtschaftlichen Realität jeder einzelnen Institution;
- genauere Darstellung der tatsächlich getragenen Kapitalkosten;
- erhöhte Transparenz bei der Kostenbestimmung;
- bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse dank einheitlicher Berechnungsmethodik;
- dynamischere Anpassung an Entwicklungen an den Finanzmärkten und veränderte Finanzierungsbedingungen.

In diesem Sinne sollte die Rolle der Verordnung einzig auf die Definition der Dokumentations- und Transparenzanforderungen für die WACC-Berechnung beschränkt sein, ohne einen bestimmten Satz festzulegen.

H+ empfiehlt daher, jeden Verweis auf einen bestimmten WACC-Satz aus der VKL zu streichen und stattdessen die Pflicht vorzusehen, den eigenen WACC-Satz nach einer einheitlichen Methodik zu berechnen und zu dokumentieren.

Sollte dieser Ansatz im Rahmen der vorliegenden Revision nicht aufgegriffen werden, erachtet H+ es als angezeigt, zumindest den aktuell geltenden Satz von **3,7 %** beizubehalten. Eine Senkung des Satzes in diesem Stadium ist nicht gerechtfertigt und würde für die betroffenen Institutionen zusätzliche Unsicherheit schaffen sowie ihre Investitionsfähigkeit beeinträchtigen. Das Beibehalten des aktuellen Satzes würde hingegen finanzielle Stabilität in einer Phase gewährleisten, die von der Umsetzung der einheitlichen Finanzierung, der Weiterentwicklung der Tarifstrukturen und erheblichen Herausforderungen für die Leistungserbringer geprägt ist. H+ ist der Ansicht, dass in diesem Fall der Status quo die angemessenste Lösung darstellt, bis eine vertiefte Reflexion über die Modalitäten der Bestimmung der Kapitalkosten im Pflegesektor durchgeführt werden kann.

→ Art. 11 Abs. 5 VKL

- Streichung des Satzes *«Der Zinssatz beträgt 2,9 %.»*
- Einfügung des Satzes: *«... wird von jeder Institution individuell nach einer einheitlichen, auf nationaler Ebene definierten Methodik bestimmt und....»*
- **Subsidiäre Option**
- Beibehaltung des aktuell geltenden WACC-Satzes von 3,7 %.
- Beibehaltung des Satzes *«Er wird periodisch überprüft.»*

Ermittlung der Kosten der Kostenstellen

H+ begrüsst ausdrücklich den neuen Art. 8 Abs. 5 VKL, wonach *«Die Spitäler die Kosten der Kostenstellen nach den Variablen ermitteln müssen, die im Bearbeitungsreglement nach Artikel 30c KVV festgelegt sind»*. Aus den nachfolgend dargelegten Gründen erachten wir diese Bestimmung als verbindlichen Verweis auf den REKOLE®-Standard für die Verbuchung der Kostenstellen.

Art. 30c KVV hält fest: *«Das BFS erstellt in Zusammenarbeit mit dem BAG für die Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe von Daten nach Artikel 59a KVG ein Bearbeitungsreglement im Sinne von Artikel 6 der Datenschutzverordnung vom 31. August 2022 (DSV). Im Bearbeitungsreglement werden nach Anhörung der betroffenen Kreise die Variablen im Sinne von Artikel 30a Absatz 1, welche die Leistungserbringer zu liefern haben, festgehalten.»*

Bezüglich Kosten und Kostenstellen sieht das Bearbeitungsreglement des BFS Folgendes vor: *«Die Kosten, Erlöse und Abstimmbrücke werden anhand den in REKOLE® definierten Kostenarten- bzw. Kostenstellenummern und Erlöskonten dargestellt. Die Kosten und Erlöse werden pro Fall mit Hauptstandort (BUR-Nr.) geliefert. Die Kosten und Erlöse pro KTR-Typ werden mit Standort (BUR-Nr.) geliefert, falls vorhanden.»*

Aus dem Verweis von Art. 8 Abs. 5 VKL auf das Bearbeitungsreglement des BFS ergibt sich somit, dass die Spitäler die Kosten der Kostenstellen gemäss dem REKOLE®-Standard zu erfassen haben.

Definition der Taxpunkte in der Leistungsstatistik

Im Teil zu den Anforderungen an die Leistungsstatistik sieht das BAG in Art. 12 Abs. 4 VKL eine detailliertere Beschreibung der Informationen vor, die von Spitälern und Geburtshäusern zu erfassen sind.

H+ ist der Auffassung, dass die verwendete Terminologie angepasst werden sollte, um der Entwicklung der ambulanten Tarifstrukturen Rechnung zu tragen. Der Verordnungsentwurf verweist auf «erbrachte Taxpunkte». Im Rahmen des neuen ambulanten Tarifsystems erfolgt die Leistungserfassung jedoch mittels des LKAAT, der nicht auf einer Logik erbrachter Taxpunkte beruht.

Um Auslegungsunklarheiten zu vermeiden und die Kompatibilität der Verordnung mit den neuen ambulanten Tarifstrukturen sicherzustellen, schlägt H+ vor, den Begriff «erbrachte Taxpunkte» durch **«verrechnete Taxpunkte»** zu ersetzen.

→ **Art. 12 Abs. 4 VKL**

- Ersetzung des Begriffs *«geleistete Tarifpunkte»* durch den Begriff *«verrechnete Tarifpunkte»*.

Schlussfolgerung

H+ hält fest: Die Revision der KVV und der VKL ist in ihrer vorliegenden Form nicht akzeptabel. Sie schafft Rechtsunsicherheit bei den Akontozahlungen und sieht keine verbindliche Lösung vor, um die Liquidität der Leistungserbringer während der Einführungsphase zu gewährleisten, falls die Rechnungsbegleichung wider Erwarten noch nicht funktioniert. Zudem wird die Chance verpasst, die Möglichkeiten zur Wohnsitzprüfung zu vereinheitlichen. Die Revision erweitert die Zulassungsbeschränkungen im ambulanten Bereich mit erheblichen negativen Auswirkungen auf Versorgung, Bürokratie und Rechtssicherheit, perpetuiert eine regulatorische Ungleichbehandlung zwischen Spitälern und anderen ambulanten Leistungserbringern und berücksichtigt die unterschiedlichen wirtschaftlichen und finanziellen Gegebenheiten der einzelnen Institutionen bei der Ermittlung des WACC nicht ausreichend. Die einheitliche Finanzierung der Leistungen muss zu einer spürbaren Vereinfachung und zu fairen Wettbewerbsbedingungen führen — die vorliegende Revision verfehlt dieses Ziel leider in wesentlichen Punkten.

H+ erinnert an dieser Stelle nochmals daran, dass die derzeitigen Tarife für die ambulante Versorgung in Spitälern nicht annähernd kostendeckend sind. Ohne substanzielle Tarifierhöhungen in diesem Bereich kann das politische Ziel der einheitlichen Finanzierung – nämlich die Förderung der ambulanten Versorgung – nicht oder nur mit erheblicher Verzögerung erreicht werden. Eine angemessene tarifliche Berücksichtigung der tatsächlichen Kosten ist daher eine unabdingbare Voraussetzung für den Erfolg der Reform.

Wir bitten Sie, unsere Änderungswünsche zu prüfen. Wir sind Ihnen dankbar, wenn Sie die genannten Punkte klären und den Verordnungsentwurf entsprechend anpassen. In der Beilage senden wir Ihnen unsere synoptische Tabelle mit detaillierten Informationen zu unseren Anliegen und stehen Ihnen für ergänzende Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin

Anhang: synoptische Tabelle