



Landammann und Standeskommission

Sekretariat Ratskanzlei
Marktgasse 2
9050 Appenzell
Telefon +41 71 788 93 11
info@rk.ai.ch
www.ai.ch

Ratskanzlei, Marktgasse 2, 9050 Appenzell

Mittels Plattform «Consultations»

Appenzell, 19. Februar 2026

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Massnahmen Kostendämpfungspaket 2 - Leistungen Krankenversicherung) Stellungnahme Kanton Appenzell I.Rh.

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 26. November 2025 haben Sie uns die Vernehmlassungsunterlagen zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Massnahmen Kostendämpfungspaket 2 - Leistungen Krankenversicherung) zukommen lassen.

Die Standeskommission hat die Unterlagen geprüft und lehnt diese Vorlage in zentralen Punkten ab. Bezüglich der Details verweisen wir auf unsere nachfolgenden Bemerkungen zu den einzelnen Punkten. Wir möchten jedoch noch allgemein festhalten, dass die vorgeschlagenen Bestimmungen nicht der Kostendämpfung dienen, sondern in der vorgeschlagenen Form zu Kostensteigerungen führen werden. Es ist daher sehr irritierend solche Bestimmungen im Rahmen von Kostendämpfungspaketen zu sehen.

Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl

Mit der KVG-Änderung vom 21. März 2025 wurde beschlossen, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese haben sich nach der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital zu richten, das die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt. Gleichzeitig wurde dem Bundesrat die Kompetenz übertragen, die Einzelheiten zu regeln, insbesondere wie der Referenztarif und vergleichbare Behandlungen festzulegen sind. Die entsprechenden Regelungen sollen nun in der KVV, in den neuen Art. 35b und 35c E-KVV, verankert werden.

In der Motion 18.3388 «Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl», auf welche die Gesetzesänderung zurückgeht, wird verlangt, dass für die ausserkantonale Behandlung im Grundsatz gleich viel bezahlt wird, wie das im eigenen Kanton der Fall wäre. Der Verordnungsentwurf geht von einer eindeutigen Berechnung der Referenztarife aus, welche jedoch in der Praxis nicht umsetzbar ist, weil nicht alle Parameter der Berechnung zum massgebenden Zeitpunkt bekannt sind. Die Verordnung muss den Kantonen daher ausdrücklich einen Ermessensspielraum lassen, den Referenztarif gestützt auf die neuesten verfügbaren Daten zu berechnen und für gewisse Parameter Annahmen zu treffen. Prospektive Anpassungen von Referenztarifen aufgrund neu erhältlicher Daten sollten möglich sein.

Zu den einzelnen Bestimmungen des Verordnungsentwurfs haben wir folgende Bemerkungen:

Art. 35b E-KVV (neu)

Betreffend Art. 35b Abs. 4 E-KVV erachtet die Standeskommission eine Anpassung bzw. Ergänzung als notwendig. Es soll den Kantonen – unabhängig vom vorgeschlagenen Art. 35b Abs. 4 E-KVV – auch offenstehen, für gewisse Bereiche oder Leistungsgruppen auf die Festsetzung eines Referenztarifs zu verzichten. Dies hätte zur Folge, dass in diesen Bereichen oder Leistungsgruppen immer der Tarif des behandelnden Spitals anwendbar ist. Es ist nicht einzusehen, weshalb ein solches Vorgehen nur dann möglich sein soll, wenn für diese Bereiche oder Leistungsgruppen auf der Spitalliste des Kantons keine Spitäler gelistet sind.

Die Publikation der Referenztarife auf den 1. Januar des betreffenden Kalenderjahres, wie sie in Art. 35b Abs. 5 E-KVV vorgesehen ist, ist grundsätzlich realitätsfremd. Vertretbar ist die Forderung nach einer mindestens jährlichen Publikation der Referenztarife und der Vergütungsteiler zwischen Krankenversicherung und Wohnkanton. Dies schliesst eine zeitnahe Aktualisierung nicht aus, sofern sich bei den Tarifen der Listenspitäler unterjährig massgebliche Änderungen ergeben (z.B. Ablösung provisorische Tarife durch definitive abweichende Tarife). Liegen keine rechtskräftigen Tarife vor, soll auf gültige Arbeitstarife zurückgegriffen werden können.

Art. 35c E-KVV (neu)

Die Standeskommission ist mit diesem Artikel zur Berechnung des Referenztarifs nicht einverstanden. Der Grundsatz, dass bei unterschiedlichen Tarifen je Versicherergruppierung jeweils der höchste Tarif massgebend ist, ist strikte abzulehnen. Eine solche Regelung führt zu einer erheblichen Erhöhung der aktuellen Referenztarife und somit zu einer unnötigen Kostensteigerung zulasten der OKP und der Kantone bei gleichzeitiger Entlastung der Zusatzversicherungen. Das ist aus Sicht der Standeskommission nicht im Sinne des Kostendämpfungsziels der Vorlage.

Die Standeskommission beantragt dementsprechend auch, dass der jeweils günstigste Tarif für die betreffende Behandlung in einem Listenspital als Referenztarif gilt. Begründen lässt sich dies – nebst der offensichtlichen Kostenersparnis - damit, dass die Kantone den Auftrag haben die Gesundheitsversorgung für ihre Bevölkerung zu planen. Diesem gesetzlichen Auftrag kommen sie mit dem Erlass der Spitalliste, die den Bedarf an stationären Behandlungen abdeckt, nach. Ziel sollte es nun sein, diese Spitalplanung – bei der Kosten- und Wirtschaftlichkeitselemente bereits sehr detailliert berücksichtigt wurden - mit der Festlegung des Referenztarif zu stärken. Bei einem zu hohen Referenztarif besteht die Gefahr, dass viele Patienten die Leistungserbringer auf der kantonalen Spitalliste nicht berücksichtigen, da sie ohne persönliche Kostenfolge Leistungen in einem anderen Spital beziehen können. Dies untergräbt die Spitalplanungsbemühungen der Kantone fundamental und führt zu unausgelasteten Kapazitäten in Spitälern der kantonalen Spitalliste.

Eventualiter beantragen wir, dass sich die Vorgaben in der KVV zur Berechnung der Referenztarife an der langjährigen und bewährten Praxis der GDK-Empfehlungen zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone bei stationären Behandlungen ausserhalb der kantonalen Spitalliste nach Artikel 41 Absatz 3 KVG orientieren. Konkret soll als Referenztarif in der Regel ein mit den Patientenströmen gewichteter Tarif aus den relevanten Tarifen der Spitäler auf der Spitalliste des Wohnkantons festgelegt werden. Zudem soll der Referenztarif nach Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation differenziert werden, wobei eine weitere Differenzierung möglich sein soll, so bspw. für Universitätsspitäler.

Leistungen der Apotheker und Apothekerinnen (Art. 25 Abs. 2 Bst. h, Art. 26 KVG)

Die Ständekommission unterstützt das Ziel des Kostendämpfungsmassnahmenpakets 2, die Versorgung zu optimieren und die Rolle der Apotheken in der Grundversorgung zu stärken. Die Anpassungen und redaktionellen Überarbeitungen der Artikel 54 und 62 KVV heissen wir insofern gut. Der Erfolg dieser Reform und insbesondere die Minimierung der Gefahr, dass die kostendämpfende Wirkung verfehlt wird, hängt jedoch von klaren Bedingungen bei ihrer Umsetzung ab. Die Laboranalysen in Apotheken müssen konsequent auf medizinisch notwendige und klinisch relevante Analysen beschränkt sein, damit die WZW-Kriterien des KVG eingehalten und eine ungerechtfertigte Mengenausweitung vermieden werden kann. Die pharmazeutischen Leistungen müssen den tatsächlich in der universitären Ausbildung, der Weiterbildung und der Fortbildung erworbenen Kompetenzen der Apothekerinnen und Apotheker entsprechen. Bei der Umsetzung dieser Anforderungen in verbindliche Vorschriften werden die KLV und die Analysenliste eine zentrale Rolle spielen. Um einen ungerechtfertigten Kostenanstieg zulasten der OKP (und ab 2028 der Kantone) sowie ungewollte Auswirkungen auf die Versorgung zu vermeiden, empfehlen wir, ein Monitoring vorzusehen, um allfälligen Korrekturbedarf rechtzeitig erkennen zu können.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und grüssen Sie freundlich.

Im Auftrage von Landammann und Ständekommission

Der Ratschreiber:

Roman Dobler

Zur Kenntnis an:

- Gesundheits- und Sozialdepartement Appenzell I.Rh., Hoferbad 2, 9050 Appenzell
- Ständerat Daniel Fässler, Weissbadstrasse 3a, 9050 Appenzell
- Nationalrat Thomas Rechsteiner (thomas.rechsteiner@parl.ch)