

# Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

vom 27. Juni 1995 (Stand am 1. Mai 2012)

---

*Der Schweizerische Bundesrat,*

gestützt auf Artikel 81 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000<sup>1</sup>  
über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG),  
auf Artikel 96 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994<sup>2</sup>  
über die Krankenversicherung (Gesetz/KVG) und  
auf Artikel 82 Absatz 2 des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 2000<sup>3</sup> (HMG),<sup>4</sup>  
*verordnet:*

## **1. Teil: Obligatorische Krankenpflegeversicherung**

### **1. Titel: Versicherungspflicht**

#### **1. Kapitel: Allgemeine Bestimmungen**

##### **1. Abschnitt: Versicherungspflichtige Personen**

###### **Art. 1** Versicherungspflicht

<sup>1</sup> Personen mit Wohnsitz in der Schweiz nach den Artikeln 23–26 des Zivilgesetzbuches<sup>5</sup> (ZGB) unterstehen der Versicherungspflicht nach Artikel 3 des Gesetzes.

<sup>2</sup> Versicherungspflichtig sind zudem:

- a.<sup>6</sup> Ausländer und Ausländerinnen mit einer Kurzaufenthalts- oder Aufenthaltsbewilligung nach den Artikeln 32 und 33 des Bundesgesetzes vom 16. Dezember 2005<sup>7</sup> über die Ausländerinnen und Ausländer (AuG), die mindestens drei Monate gültig ist;
- b.<sup>8</sup> unselbstständig erwerbstätige Ausländer und Ausländerinnen, deren Kurzaufenthaltsbewilligung weniger als drei Monate gültig ist, sofern sie für Behandlungen in der Schweiz nicht über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen;

AS 1995 3867

<sup>1</sup> SR 830.1

<sup>2</sup> SR 832.10

<sup>3</sup> SR 812.21

<sup>4</sup> Fassung gemäss Ziff. I 8 der V vom 18. Aug. 2004 (AS 2004 4037).

<sup>5</sup> SR 210

<sup>6</sup> Fassung gemäss Ziff. I 4 der V vom 24. Okt. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 5627).

<sup>7</sup> SR 142.20

<sup>8</sup> Fassung gemäss Ziff. I 4 der V vom 24. Okt. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 5627).

- c.<sup>9</sup> Personen, die ein Asylgesuch in der Schweiz nach Artikel 18 des Asylgesetzes vom 26. Juni 1998<sup>10</sup> (AsylG) gestellt haben, und Personen, welchen nach Artikel 66 des AsylG vorübergehender Schutz gewährt wurde, sowie Personen, für welche die vorläufige Aufnahme nach Artikel 83 AuG verfügt worden ist;
- d.<sup>11</sup> Personen, welche in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union wohnen und nach dem in Artikel 95a Buchstabe a des Gesetzes genannten Abkommen vom 21. Juni 1999<sup>12</sup> zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft sowie ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (Freizügigkeitsabkommen) sowie seinem Anhang II der schweizerischen Versicherung unterstellt sind;
- e.<sup>13</sup> Personen, welche in Island oder Norwegen wohnen und nach dem in Artikel 95a Buchstabe b des Gesetzes genannten Abkommen vom 21. Juni 2001<sup>14</sup> zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA-Abkommen), seinem Anhang K und Anlage 2 zu Anhang K der schweizerischen Versicherung unterstellt sind;
- f.<sup>15</sup> Personen mit einer Kurzaufenthalts- oder einer Aufenthaltsbewilligung nach dem Freizügigkeitsabkommen oder dem EFTA-Abkommen, die mindestens drei Monate gültig ist;
- g.<sup>16</sup> Personen, die während längstens drei Monaten in der Schweiz erwerbstätig sind und nach dem Freizügigkeitsabkommen oder dem EFTA-Abkommen hierfür keine Aufenthaltsbewilligung benötigen, sofern sie für Behandlungen in der Schweiz nicht über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen.

## Art. 2 Ausnahmen von der Versicherungspflicht

<sup>1</sup> Es unterstehen nicht der Versicherungspflicht:

- a.<sup>17</sup> aktive und pensionierte Bundesbedienstete, die nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe b Ziffern 1–7 und Artikel 2 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992<sup>18</sup> über die Militärversicherung (MVG) der Militärversicherung unterstellt sind;

<sup>9</sup> Fassung gemäss Ziff. I 4 der V vom 24. Okt. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 5627).

<sup>10</sup> SR **142.31**

<sup>11</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).

<sup>12</sup> SR **0.142.112.681**

<sup>13</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002 (AS **2002** 1633).

<sup>14</sup> SR **0.632.31**

<sup>15</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002 (AS **2002** 1633).

<sup>16</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004 (AS **2004** 5075).

<sup>17</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).

<sup>18</sup> SR **833.1**

- b. Personen, die sich ausschliesslich zur ärztlichen Behandlung oder zur Kur in der Schweiz aufhalten;
- c.<sup>19</sup> Personen, die nach dem Freizügigkeitsabkommen<sup>20</sup> sowie seinem Anhang II, dem EFTA-Abkommen<sup>21</sup>, seinem Anhang K und Anlage 2 zu Anhang K oder einem Abkommen über Soziale Sicherheit wegen ihrer Erwerbstätigkeit in einem anderen Staat den Rechtsvorschriften dieses Staates unterstellt sind;
- d.<sup>22</sup> Personen, die wegen des Bezugs einer Leistung einer ausländischen Arbeitslosenversicherung nach dem Freizügigkeitsabkommen sowie seinem Anhang II oder dem EFTA-Abkommen, seinem Anhang K und Anlage 2 zu Anhang K den Rechtsvorschriften eines anderen Staates unterstellt sind;
- e.<sup>23</sup> Personen, die keinen Anspruch auf eine schweizerische Rente haben, aber nach dem Freizügigkeitsabkommen sowie seinem Anhang II Anspruch auf eine Rente eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder nach dem EFTA-Abkommen, seinem Anhang K und Anlage 2 zu Anhang K Anspruch auf eine isländische oder norwegische Rente haben;
- f.<sup>24</sup> Personen, die als Familienangehörige einer unter den Buchstaben c, d oder e erwähnten Person in deren ausländischen Krankenversicherung mitversichert sind und entweder Anspruch auf Leistungsaushilfe haben oder für Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen;
- g.<sup>25</sup> Personen, die als Familienangehörige einer Person in deren ausländischen Krankenversicherung mitversichert sind und Anspruch auf Leistungsaushilfe haben.

<sup>2</sup> Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Personen, die nach dem Recht eines Staates, mit dem keine Regelung über die Abgrenzung der Versicherungspflicht besteht, obligatorisch krankenversichert sind, sofern der Einbezug in die schweizerische Versicherung für sie eine Doppelbelastung bedeuten würde und sie für Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen. Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen.<sup>26</sup>

3 ...<sup>27</sup>

<sup>4</sup> Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Personen, die sich im Rahmen einer Aus- oder Weiterbildung in der Schweiz aufhalten, wie na-

<sup>19</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002 (AS 2002 1633).

<sup>20</sup> SR 0.142.112.681

<sup>21</sup> SR 0.632.31

<sup>22</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002 (AS 2002 1633).

<sup>23</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002 (AS 2002 1633). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

<sup>24</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002 (AS 2002 1633). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 3249).

<sup>25</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 3249).

<sup>26</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002 (AS 2002 1633).

<sup>27</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002 (AS 2002 1633).

mentlich Studierende, Schüler und Schülerinnen, Praktikanten und Praktikantinnen sowie Stagiaires, sowie die sie begleitenden Familienangehörigen im Sinne von Artikel 3 Absatz 2, sofern sie während der gesamten Geltungsdauer der Befreiung für Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen.<sup>28</sup> Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen. Die zuständige kantonale Behörde kann die betreffende Person höchstens für drei Jahre von der Versicherungspflicht befreien. Auf Gesuch hin kann die Befreiung um höchstens drei weitere Jahre verlängert werden. Die betreffende Person kann die Befreiung oder einen Verzicht auf die Befreiung ohne besonderen Grund nicht widerrufen.<sup>29</sup>

<sup>4bis</sup> Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Dozenten und Dozentinnen sowie Forscher und Forscherinnen, die sich im Rahmen einer Lehr- oder Forschungstätigkeit in der Schweiz aufhalten, sowie die sie begleitenden Familienangehörigen im Sinne von Artikel 3 Absatz 2, sofern sie während der gesamten Geltungsdauer der Befreiung für Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen.<sup>30</sup> Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen. Die zuständige kantonale Behörde kann die betreffende Person höchstens für drei Jahre von der Versicherungspflicht befreien. Auf Gesuch hin kann die Befreiung um höchstens drei weitere Jahre verlängert werden. Die betreffende Person kann die Befreiung oder einen Verzicht auf die Befreiung ohne besonderen Grund nicht widerrufen.<sup>31</sup>

<sup>5</sup> Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind in die Schweiz entsandte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, welche gestützt auf eine zwischenstaatliche Vereinbarung über soziale Sicherheit von der Beitragspflicht in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) befreit sind, sowie die sie begleitenden Familienangehörigen im Sinne von Artikel 3 Absatz 2, wenn der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin sich verpflichtet, dafür zu sorgen, dass während der gesamten Geltungsdauer der Befreiung für Behandlungen in der Schweiz mindestens die Leistungen nach KVG versichert sind. Diese Regelung gilt sinngemäss auch für andere Personen, die gestützt auf eine zwischenstaatliche Vereinbarung durch eine Ausnahmegewilligung während eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Schweiz von der Beitragspflicht in der AHV/IV befreit sind. Die betreffende Person und der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin können die Befreiung oder einen Verzicht auf die Befreiung nicht widerrufen.<sup>32</sup>

<sup>6</sup> Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Personen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union wohnen, sofern sie nach dem Freizü-

<sup>28</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 3249).

<sup>29</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996 (AS 1996 3139). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 915).

<sup>30</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 3249).

<sup>31</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 915).

<sup>32</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

gigkeitsabkommen sowie seinem Anhang II von der Versicherungspflicht befreit werden können und nachweisen, dass sie im Wohnstaat und während eines Aufenthalts in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union und in der Schweiz für den Krankheitsfall gedeckt sind.<sup>33</sup>

<sup>7</sup> Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Personen, die über eine Aufenthaltsbewilligung für Personen ohne Erwerbstätigkeit nach dem Freizügigkeitsabkommen oder dem EFTA-Abkommen verfügen, sofern sie während der gesamten Geltungsdauer der Befreiung für Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen. Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen. Die betreffende Person kann die Befreiung oder einen Verzicht auf die Befreiung ohne besonderen Grund nicht widerrufen.<sup>34</sup>

<sup>8</sup> Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Personen, für welche eine Unterstellung unter die schweizerische Versicherung eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes oder der bisherigen Kostendeckung zur Folge hätte und die sich auf Grund ihres Alters und/oder ihres Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang zusatzversichern könnten. Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen. Die betreffende Person kann die Befreiung oder einen Verzicht auf die Befreiung ohne besonderen Grund nicht widerrufen.<sup>35</sup>

### **Art. 3** Grenzgänger und Grenzgängerinnen

<sup>1</sup> Nicht der Versicherungspflicht nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben d und e unterstellte Grenzgänger und Grenzgängerinnen, die in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausüben, sowie ihre Familienangehörigen, sofern diese im Ausland nicht eine krankenversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit ausüben, werden auf eigenes Gesuch hin der schweizerischen Versicherung unterstellt.<sup>36</sup>

<sup>2</sup> Als Familienangehörige gelten Ehegatten sowie Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr und Kinder, die das 25. Altersjahr noch nicht vollendet haben und in Ausbildung begriffen sind.

### **Art. 4** Entsandte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen

<sup>1</sup> Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, die ins Ausland entsandt werden, sowie die sie begleitenden Familienangehörigen im Sinne von Artikel 3 Absatz 2 bleiben in der Schweiz versicherungspflichtig, wenn sie:

<sup>33</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS 2002 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

<sup>34</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS 2002 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002 (AS 2002 1633).

<sup>35</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 915).

<sup>36</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002 (AS 2002 1633).

- a. unmittelbar vor der Entsendung in der Schweiz versicherungspflichtig waren; und
- b. für einen Arbeitgeber oder eine Arbeitgeberin mit Wohnsitz oder Sitz in der Schweiz tätig sind.

<sup>2</sup> Die Versicherungspflicht für die Familienangehörigen entfällt, wenn diese im Ausland eine krankenversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit ausüben.

<sup>3</sup> Die Weiterdauer der Versicherungspflicht beträgt zwei Jahre. Die Versicherung wird vom Versicherer auf Gesuch hin bis auf insgesamt sechs Jahre verlängert.

<sup>4</sup> Für Personen, die gestützt auf eine zwischenstaatliche Vereinbarung über soziale Sicherheit als Entsandte gelten, entspricht die Weiterdauer der Versicherung der Dauer der Entsendung nach dieser Vereinbarung. Dies gilt auch für andere Personen, die gestützt auf eine solche Vereinbarung während eines vorübergehenden Auslandaufenthaltes der schweizerischen Gesetzgebung unterstellt sind.

#### **Art. 5** Personen im öffentlichen Dienst mit Aufenthalt im Ausland

<sup>1</sup> Folgende Personen und die sie begleitenden Familienangehörigen im Sinne von Artikel 3 Absatz 2 sind versicherungspflichtig:

- a. Bundesbedienstete des Eidgenössischen Departements für auswärtige Angelegenheiten (EDA), die der Versetzungsdisziplin unterstellt sind;
- b. Bundesbedienstete des EDA oder eines anderen Departements, die ausserhalb der Schweiz tätig sind;
- c. Personen, die sich aufgrund ihrer Tätigkeit für eine andere schweizerische Körperschaft oder Anstalt des öffentlichen Rechts im Ausland befinden.

<sup>2</sup> Die Versicherungspflicht für die Familienangehörigen entfällt, wenn diese im Ausland eine krankenversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit ausüben.

<sup>3</sup> Das lokal angestellte Personal ist der obligatorischen Versicherung nicht unterstellt.

#### **Art. 6<sup>37</sup>** Personen mit Vorrechten nach internationalem Recht

<sup>1</sup> Personen nach Artikel 2 Absatz 2 Buchstaben a und c des Gaststaatgesetzes vom 22. Juni 2007<sup>38</sup>, die Vorrechte, Immunitäten und Erleichterungen geniessen, sind mit Ausnahme der privaten Hausangestellten nicht versicherungspflichtig. Sie werden auf eigenes Gesuch hin der schweizerischen Versicherung unterstellt.

<sup>2</sup> Die privaten Hausangestellten der in Absatz 1 genannten begünstigten Personen sind versicherungspflichtig, wenn sie nicht im Staate ihres Arbeitgebers oder ihrer Arbeitgeberin oder in einem Drittstaat versichert sind. Das EDA regelt die Anwendungsmodalitäten dieser Bestimmung.

<sup>37</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 15 der Gaststaatverordnung vom 7. Dez. 2007 (AS 2007 6657).

<sup>38</sup> SR 192.12

<sup>3</sup> Die mit Vorrechten, Immunitäten und Erleichterungen begünstigten Personen, die ihre Tätigkeit bei einer zwischenstaatlichen Organisation, einer internationalen Institution, einem Sekretariat oder einem anderen durch einen völkerrechtlichen Vertrag eingesetzten Organ, einer unabhängigen Kommission, einem internationalen Gerichtshof, einem Schiedsgericht oder einem anderen internationalen Organ im Sinne von Artikel 2 Absatz 1 des Gaststaatgesetzes vom 22. Juni 2007 eingestellt haben, sind auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen, wenn sie für Behandlungen in der Schweiz bei der Krankenversicherung ihrer früheren Organisation über einen entsprechenden Versicherungsschutz verfügen. Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen Stelle ihrer früheren Organisation mit allen erforderlichen Angaben beizulegen.

## 2. Abschnitt: Beginn und Ende der Versicherung

### Art. 6a<sup>39</sup> Angaben im Beitrittsformular

<sup>1</sup> Die Versicherer dürfen auf dem Beitrittsformular nur Angaben verlangen, die für den Beitritt zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder bei einem Wechsel des Versicherers erforderlich sind.

<sup>2</sup> Das Beitrittsformular darf keinerlei Angaben, Hinweise und Verbindungen zu den Versicherungen nach Artikel 12 Absatz 2 des Gesetzes und zur freiwilligen Taggeldversicherung nach den Artikeln 67–77 des Gesetzes enthalten.

<sup>3</sup> Die Versicherer dürfen die Personendaten nur für die im Gesetz vorgesehenen Aufgaben bearbeiten.

### Art. 7 Sonderfälle<sup>40</sup>

<sup>1</sup> Ausländer und Ausländerinnen mit einer Niederlassungsbewilligung oder einer Kurzaufenthalts- oder einer Aufenthaltsbewilligung nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben a und f sind verpflichtet, sich innert drei Monaten zu versichern, nachdem sie sich bei der für die Einwohnerkontrolle zuständigen Stelle angemeldet haben. Bei rechtzeitigem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt der Anmeldung des Aufenthaltes. Bei verspätetem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts.<sup>41</sup>

<sup>2</sup> Ausländer und Ausländerinnen mit einer Kurzaufenthaltsbewilligung nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe b müssen ab Einreise in die Schweiz versichert sein.<sup>42</sup>

<sup>2bis</sup> Personen ohne Aufenthaltsbewilligung nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe g müssen ab Aufnahme der Erwerbstätigkeit in der Schweiz versichert sein. Auch bei

<sup>39</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.

<sup>40</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717).

<sup>41</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002 (AS 2002 1633).

<sup>42</sup> Fassung gemäss Ziff. I 4 der V vom 24. Okt. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 5627).

einem verspäteten Beitritt beginnt die Versicherung am Tag, an dem die Erwerbstätigkeit aufgenommen worden ist.<sup>43</sup>

<sup>3</sup> Bei den in den Absätzen 1 und 2 bezeichneten Personen endet die Versicherung am Tag des bei der für die Einwohnerkontrolle zuständigen Stelle gemeldeten Wegzugs aus der Schweiz, in jedem Fall am Tag der tatsächlichen Ausreise aus der Schweiz, oder mit dem Tod der Versicherten.

<sup>3bis</sup> Bei den im Absatz 2bis bezeichneten Personen endet die Versicherung am Tag der Aufgabe der Erwerbstätigkeit in der Schweiz, spätestens aber am Tag der tatsächlichen Ausreise aus der Schweiz, oder mit dem Tod der Versicherten.<sup>44</sup>

<sup>4</sup> Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie ihre Familienangehörigen, die der schweizerischen Versicherung unterstellt sein wollen (Art. 3 Abs. 1), müssen sich innert drei Monaten nach Beginn der Gültigkeit der Grenzgängerbewilligung versichern. Bei rechtzeitigem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beginns der Gültigkeit der Bewilligung. Versichern sie sich später, beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts.<sup>45</sup> Die Versicherung endet mit der Aufgabe der Erwerbstätigkeit in der Schweiz, mit dem Ablauf oder dem Widerruf der Grenzgängerbewilligung, mit dem Tod der Versicherten oder mit dem Verzicht auf die Unterstellung unter die schweizerische Versicherung. Im letzteren Fall darf ohne besonderen Grund kein neues Gesuch gestellt werden.

<sup>5</sup> Asylsuchende sowie Schutzbedürftige sind verpflichtet, sich unmittelbar nach Zuweisung an die Kantone nach Artikel 27 AsylG<sup>46</sup> zu versichern. Vorläufig Aufgenommene sind verpflichtet, sich unmittelbar nach Verfügung der vorläufigen Aufnahme zu versichern. Die Versicherung beginnt im Zeitpunkt der Einreichung des Asylgesuchs oder der Anordnung der vorläufigen Aufnahme oder der Gewährung vorübergehenden Schutzes. Sie endet am Tag, an dem diese Personen die Schweiz nachgewiesenermassen verlassen haben oder mit ihrem Tod.<sup>47</sup>

<sup>6</sup> Die mit Vorrechten, Immunitäten und Erleichterungen begünstigten Personen, die der schweizerischen Versicherung unterstellt sein wollen (Art. 6 Abs. 1), haben sich innert sechs Monaten nach Erhalt der Legitimationskarte des EDA zu versichern. Die Versicherung beginnt am Tag, an dem sie diese Karte erhalten haben. Sie endet mit der Aufgabe der amtlichen Tätigkeit in der Schweiz, mit dem Tod der Versicherten oder mit dem Verzicht auf die Unterstellung unter die schweizerische obligatorische Versicherung. Im letzteren Fall darf ohne besonderen Grund kein neues Gesuch gestellt werden.<sup>48</sup>

<sup>7</sup> Aktive und pensionierte Bundesbedienstete nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe a, die aus der Militärversicherung ausscheiden, müssen sich innert drei Monaten nach Ausscheiden aus der Militärversicherung bei einem Versicherer nach Artikel 11 des

<sup>43</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004 (AS **2004** 5075).

<sup>44</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004 (AS **2004** 5075).

<sup>45</sup> Fassung des ersten bis dritten Satzes gemäss Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 915).

<sup>46</sup> SR **142.31**

<sup>47</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 3573).

<sup>48</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 15 der Gaststaatverordnung vom 7. Dez. 2007 (AS **2007** 6657).

Gesetzes für Krankenpflege versichern. Bei rechtzeitigem Versicherungsbeitrag beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Militärversicherung.

<sup>8</sup> Versicherungspflichtige Personen nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben d und e sind verpflichtet, sich innert drei Monaten nach Entstehung der Versicherungspflicht in der Schweiz zu versichern. Versichern sie sich innert dieser Frist, so beginnt die Versicherung im Zeitpunkt der Unterstellung unter die schweizerische Versicherung.

Versichern sie sich später, beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts. Die Versicherung endet, wenn diese Personen die Voraussetzungen für eine Unterstellung unter die schweizerische Versicherung nach dem Freizügigkeitsabkommen<sup>49</sup> sowie seinem Anhang II oder dem EFTA-Abkommen<sup>50</sup>, seinem Anhang K und Anlage 2 zu Anhang K nicht mehr erfüllen.<sup>51</sup>

**Art. 7a<sup>52</sup>** Fortdauer des Versicherungsschutzes für nicht mehr unterstellte Personen

Die Versicherer können Personen, die nach Artikel 1 Absätze 1 und 2 Buchstaben a und c sowie den Artikeln 3–6 der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unterstellt waren, auf vertraglicher Basis eine Fortdauer des Versicherungsschutzes anbieten. Der Vertrag kann beim gleichen oder bei einem anderen Versicherer abgeschlossen werden. Die Finanzierung von Leistungen, welche denjenigen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entsprechen, richtet sich nach den Grundsätzen der sozialen Krankenversicherung. Die Versicherungsverhältnisse unterliegen dem Bundesgesetz vom 2. April 1908<sup>53</sup> über den Versicherungsvertrag.

**Art. 7b<sup>54</sup>** Fortdauer der Versicherungspflicht

Die Versicherer informieren die Versicherten nach Artikel 6a Absatz 1 des Gesetzes schriftlich über eine Fortdauer der Versicherungspflicht.

**Art. 8** Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt

<sup>1</sup> Die Erhebungsdauer für den Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt nach Artikel 5 Absatz 2 des Gesetzes entspricht der doppelten Dauer der Verspätung, höchstens jedoch fünf Jahren.<sup>55</sup> Der Prämienzuschlag beträgt 30 bis 50 Prozent der Prämie. Der Versicherer setzt den Zuschlag nach der finanziellen Lage der Versicherten fest. Hat die Zahlung des Prämienzuschlages eine Notlage für die Versicherten zur

<sup>49</sup> SR 0.142.112.681

<sup>50</sup> SR 0.632.31

<sup>51</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS 2002 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002 (AS 2002 1633).

<sup>52</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1996 (AS 1996 3139).

<sup>53</sup> SR 221.229.1

<sup>54</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 915).

<sup>55</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 9. Nov. 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS 2005 5639).

Folge, setzt der Versicherer einen Zuschlag von weniger als 30 Prozent fest und trägt dabei der Lage der Versicherten und den Umständen der Verspätung angemessen Rechnung.

<sup>2</sup> Wenn eine Sozialhilfebehörde für die Prämien aufkommt, wird kein Prämienzuschlag erhoben.

<sup>3</sup> Wechselt die versicherte Person den Versicherer, hat der bisherige Versicherer dem neuen Versicherer den Prämienzuschlag im Rahmen der Mitteilung gemäss Artikel 7 Absatz 5 des Gesetzes anzugeben. Ein einmal festgelegter Prämienzuschlag bleibt auch für spätere Versicherer verbindlich.<sup>56</sup>

#### **Art. 9<sup>57</sup>** Beendigung des Versicherungsverhältnisses

Kommen Versicherte, auf welche die schweizerische Gesetzgebung über die Sozialhilfe nicht anwendbar ist, ihrer Zahlungsverpflichtung nicht nach, und kann das Vollstreckungsverfahren nicht durchgeführt werden oder hat es keine Zahlung der Prämien oder keine Kostenbeteiligung zur Folge, so kann der Versicherer nach schriftlicher Mahnung und Hinweis auf die Folgen des Zahlungsverzuges das Versicherungsverhältnis beenden.

### **3. Abschnitt: Aufgaben der Kantone**

#### **Art. 10**

<sup>1</sup> Die Kantone informieren periodisch die Bevölkerung über die Versicherungspflicht. Sie achten insbesondere darauf, dass Personen, die aus dem Ausland zuziehen, sowie Eltern von Neugeborenen rechtzeitig informiert werden.

<sup>1bis</sup> Mit der Information über die Versicherungspflicht von Kurzaufenthaltern und -aufenthalterinnen, von Aufenthaltern und Aufenthalterinnen sowie von Niedergelassenen gelten auch deren Familienangehörige als informiert, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen.<sup>58</sup>

<sup>2</sup> Die zuständige kantonale Behörde entscheidet über die in den Artikeln 2 Absätze 2–5 und 6 Absatz 3 vorgesehenen Gesuche.<sup>59</sup>

<sup>3</sup> Die rentenauszahlenden Sozialversicherer und die Organe der Arbeitslosenversicherung unterstützen die Kantone bei der Information über die Versicherungspflicht von Personen nach Artikel 6a Absatz 1 Buchstaben b und c des Gesetzes.<sup>60</sup>

<sup>56</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Nov. 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS 2005 5639).

<sup>57</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3908).

<sup>58</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS 2002 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

<sup>59</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

<sup>60</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 915).

## 2. Kapitel: Sistierung der Versicherungspflicht und der Unfalldeckung<sup>61</sup>

### Art. 10<sup>62</sup> Sistierung der Versicherungspflicht

<sup>1</sup> Die Sistierung der Versicherungspflicht nach Artikel 3 Absatz 4 des Gesetzes beginnt am Tag, an dem die versicherte Person dem MVG<sup>63</sup> unterstellt wird.

<sup>2</sup> Die versicherte Person ist ab Beginn der Unterstellung unter die Militärversicherung von der Prämienzahlung befreit, wenn sie die Unterstellung mindestens acht Wochen vor deren Beginn ihrem Versicherer meldet. Hält sie diese Frist nicht ein, so erhebt der Versicherer ab dem nächsten ihm möglichen Termin, spätestens aber acht Wochen nach der Meldung keine Prämie mehr.

<sup>3</sup> Die für den Militärdienst zuständige Stelle stellt sicher, dass die versicherte Person ihrem Versicherer nach Dienstantritt die voraussichtliche Dauer der Unterstellung und später allenfalls deren vorzeitige Beendigung meldet.

<sup>4</sup> Die für den Zivildienst zuständige Stelle stellt sicher, dass die versicherte Person ihrem Versicherer jede nachträgliche Änderung der Dauer der Unterstellung meldet.

<sup>5</sup> Falls trotz der Sistierung Prämien bezahlt werden, rechnet sie der Versicherer an später fällige Prämien an oder erstattet sie zurück.

<sup>6</sup> Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) kann den Versicherern für die Prämienberechnung Weisungen erteilen.

<sup>7</sup> Der Versicherer muss den für die Prämienverbilligung zuständigen kantonalen Behörden diejenigen Personen melden, deren Versicherungspflicht sistiert worden ist, und sie über die tatsächliche Dauer der Sistierung informieren.

### Art. 11 Sistierung der Unfalldeckung<sup>64</sup>

<sup>1</sup> Die Sistierung der Unfalldeckung nach Artikel 8 des Gesetzes erfolgt auf schriftlichen Antrag der Versicherten und beginnt frühestens am ersten Tag des dem Antrag folgenden Monats.

<sup>2</sup> Der Arbeitgeber oder die Arbeitslosenversicherung haben die Versicherten vor Ende des Arbeitsverhältnisses, des Anspruchs auf Arbeitslosenentschädigung oder der Nichtberufsunfalldeckung schriftlich darüber zu informieren, dass sie den Krankenversicherer vom Erlöschen der Unfalldeckung in Kenntnis setzen müssen. Die Versicherten haben den Krankenversicherer innerhalb eines Monats nach der Information durch den Arbeitgeber oder die Arbeitslosenversicherung in Kenntnis zu setzen.

<sup>61</sup> Ursprünglich vor Art. 11 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000 (AS **2001** 138).

<sup>62</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000 (AS **2001** 138). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717). Siehe auch die SchlB dieser And. am Ende dieser Verordnung.

<sup>63</sup> SR **833.1**

<sup>64</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000 (AS **2001** 138).

## 2. Titel: Organisation

### 1. Kapitel: Versicherer

#### Art. 12 Anerkennung von Krankenkassen

<sup>1</sup> Die Krankenkassen im Sinne von Artikel 12 des Gesetzes müssen in einer der folgenden Rechtsformen organisiert sein:

- a. als Verein (Art. 60 ZGB<sup>65</sup>), Stiftung (Art. 80 ZGB), Genossenschaft (Art. 828 des Obligationenrechts<sup>66</sup>, OR) oder Aktiengesellschaft mit anderen als wirtschaftlichen Zwecken (Art. 620 Abs. 3 OR);
- b. als juristische Person des kantonalen öffentlichen Rechts.

<sup>2</sup> Die Anerkennung wird gleichzeitig mit der Erteilung der Durchführungsbewilligung nach Artikel 13 des Gesetzes ausgesprochen. Sie wird auf den Anfang eines Kalenderjahres wirksam. Das Gesuch ist dem BAG<sup>67</sup> bis am 30. Juni des Vorjahres einzureichen. Dem Gesuch sind beizulegen:

- a. die Statuten, die Gründungsurkunde oder der betreffende kantonale oder kommunale Erlass sowie ein Handelsregisterauszug;
- b. die Bestimmungen über die besonderen Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 62 KVG) und über die freiwillige Taggeldversicherung (Art. 67–77 KVG) sowie die allfälligen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten;
- c. die Prämientarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung nach den Artikeln 67–77 des Gesetzes;
- d. ein Budget für die obligatorische Krankenpflegeversicherung und für die freiwillige Taggeldversicherung nach den Artikeln 67–77 des Gesetzes;
- e. eine nach den unter Buchstabe d bezeichneten Versicherungsarten gegliederte Übersicht über die Reserven und Rückstellungen;
- f. falls die Krankenkasse Zusatzversicherungen und weitere Versicherungsarten nach Artikel 12 Absatz 2 des Gesetzes zu betreiben beabsichtigt, die Mitteilung, dass bei der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht (FINMA)<sup>68</sup> ein entsprechendes Gesuch gestellt worden ist.

<sup>3</sup> Die Reserven einer um Anerkennung ersuchenden Krankenkasse müssen mindestens 8 Millionen Franken betragen.<sup>69</sup>

<sup>65</sup> SR 210

<sup>66</sup> SR 220

<sup>67</sup> Die Bezeichnung der Verwaltungseinheit wurde in Anwendung von Art. 16 Abs. 3 der Publikationsverordnung vom 17. Nov. 2004 (SR 170.512.1) angepasst. Die Anpassung wurde im ganzen Text vorgenommen.

<sup>68</sup> Die Bezeichnung der Verwaltungseinheit wurde in Anwendung von Art. 16 Abs. 3 der Publikationsverordnung vom 17. Nov. 2004 (SR 170.512.1) angepasst. Die Anpassung wurde im ganzen Text vorgenommen.

<sup>69</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3449).

<sup>4</sup> Das Eidgenössische Departement des Innern (Departement) spricht die Anerkennung aus, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt und die Prämientarife vom BAG genehmigt worden sind.

<sup>5</sup> Das Departement entzieht einer Krankenkasse die Anerkennung, wenn sie darum ersucht oder die gesetzlichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt. Es sorgt dafür, dass der Entzug der Anerkennung erst wirksam wird, wenn alle Versicherten von anderen Versicherern übernommen worden sind.

### **Art. 13** Zusatzversicherungen

Die Krankenkassen können die in Artikel 12 Absatz 2 des Gesetzes vorgesehenen Zusatzversicherungen betreiben, wenn ihnen das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement die entsprechende Bewilligung erteilt hat.

### **Art. 14** Weitere Versicherungsarten

Als weitere Versicherungsarten im Sinne von Artikel 12 Absatz 2 des Gesetzes gelten:

- a. ein Sterbegeld von höchstens 6000 Franken;
- b. ein Sterbegeld bei Unfalltod von höchstens 6000 Franken;
- c. Invaliditätsentschädigungen bei Krankheit und Unfall von höchstens je 6000 Franken;
- d. eine Invaliditätsentschädigung bei Lähmung von höchstens 70 000 Franken.

### **Art. 15** Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung

<sup>1</sup> Die in Artikel 13 des Gesetzes vorgesehene Bewilligung wird auf den Beginn eines Kalenderjahres wirksam. Das entsprechende Gesuch muss dem BAG bis zum 30. Juni des Vorjahres eingereicht werden. Diesem sind beizulegen:

- a. von den Krankenkassen die in Artikel 12 Absatz 2 Buchstaben a–e genannten Unterlagen;
- b. von den privaten Versicherungseinrichtungen die Unterlagen, aus denen die Bewilligung zur Durchführung der Krankenversicherung nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz vom 23. Juni 1978<sup>70</sup> hervorgeht, sowie die in Artikel 12 Absatz 2 Buchstaben b–e genannten Unterlagen.

<sup>2</sup> Das Departement erteilt die Bewilligung, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt und die Prämientarife vom BAG genehmigt worden sind.

<sup>70</sup> [AS 1978 1836, 1988 414, 1992 288 Anhang Ziff. 66 733 SchlB Art. 7 Ziff. 3 2363 Anhang Ziff. 2, 1993 3204, 1995 1328 Anhang Ziff. 2 3517 Ziff. I 12 5679, 2000 2355 Anhang Ziff. 28, 2003 232, 2004 1677 Anhang Ziff. 4 2617 Anhang Ziff. 12. AS 2005 5269 Anhang Ziff. I 3]. Siehe heute: das Versicherungsaufsichtsgesetz vom 17. Dez. 2004 (SR 961.01).

**Art. 15a<sup>71</sup>** Befreiung von der Pflicht, eine Versicherung anzubieten

<sup>1</sup> Von der Verpflichtung nach Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe f des Gesetzes wird nur der Versicherer mit weniger als 100 000 Versicherten befreit, sofern er:

- a.<sup>72</sup> weder in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union noch in Island und Norwegen Leistungen anbieten will;
- b. Leistungen nur in einem, mehreren oder allen unter Buchstabe a erwähnten Staaten anbieten will, in denen er bereits im Zeitpunkt der Einreichung des Befreiungsgesuches Leistungen angeboten hat.<sup>73</sup>

<sup>2</sup> Das Befreiungsgesuch muss dem BAG spätestens bis zum 30. Juni eingereicht werden. Die Befreiung wird auf den 1. Januar des nächsten Jahres wirksam.

<sup>3</sup> Das Departement entscheidet über die Befreiung.

**2. Kapitel: Rückversicherer****Art. 16** Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung

<sup>1</sup> Die Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung nach Artikel 14 des Gesetzes kann erteilt werden an:

- a.<sup>74</sup> Institutionen, welche die Leistungen der Krankenversicherung im Sinne des Gesetzes für mindestens 250 000 Personen rückversichern;
- b.<sup>75</sup> Krankenkassen mit mindestens 250 000 Versicherten;
- c. privaten Versicherungseinrichtungen, die zur Rückversicherung von Krankenversicherungsleistungen zugelassen sind.

<sup>2</sup> Artikel 15 Absatz 1 findet sinngemäss Anwendung. Das Departement erteilt die Bewilligung, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

<sup>3</sup> Die Bestimmungen über die Versicherer sind sinngemäss auf die Rückversicherer anwendbar, soweit sie diese betreffen.

**Art. 17** Reserven

<sup>1</sup> Das BAG erlässt Weisungen über die Reservebildung für die Rückversicherung.

<sup>2</sup> Die Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung wird entzogen, wenn der Bestand eines Rückversicherers während mehr als eines Jahres unter das geforderte Mass nach Artikel 16 Absatz 1 sinkt.<sup>76</sup>

<sup>71</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 915).

<sup>72</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

<sup>73</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002 (AS 2002 1633). Siehe auch die SchIB dieser And. am Ende dieser Verordnung.

<sup>74</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717).

<sup>75</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717).

<sup>76</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717).

**Art. 18** Rückversicherung

<sup>1</sup> Ist ein Versicherer rückversichert, so dürfen die Rückversicherungsprämien 50 Prozent der gesamten von den Versicherten geschuldeten Prämien nicht übersteigen.

<sup>2</sup> Die Rückversicherer haben die Rückversicherungsverträge sowie deren Abänderungen und Ergänzungen dem BAG einzureichen. In den Verträgen ist die Kündigung zu regeln. Sie müssen wenigstens auf das Ende jedes dem Inkrafttreten des Vertrages folgenden Kalenderjahres kündbar sein. Die Kündigungsfrist muss mindestens sechs Monate betragen. Der Rückversicherer hat dem BAG die Kündigung unverzüglich zur Kenntnis zu bringen.

**3. Kapitel: Gemeinsame Einrichtung****Art. 19<sup>77</sup>** Erfüllung internationaler Verpflichtungen

<sup>1</sup> Die gemeinsame Einrichtung nimmt die sich aus Artikel 95a des Gesetzes ergebenden Aufgaben als Verbindungsstelle wahr. Sie erfüllt auch die Aufgaben als aushelfender Träger am Wohn- oder am Aufenthaltsort der Versicherten, für die aufgrund von Artikel 95a des Gesetzes Anspruch auf internationale Leistungsaushilfe besteht. Sie ist ausserdem zuständig für die Durchführung der Leistungsaushilfe und die Aufgaben als Verbindungsstelle aufgrund anderer internationaler Vereinbarungen.<sup>78</sup>

<sup>2</sup> Die gemeinsame Einrichtung übernimmt überdies Koordinationsaufgaben zur Erfüllung der sich aus Artikel 95a des Gesetzes ergebenden Verpflichtungen. Namentlich erfüllt sie folgende Aufgaben:

- a. Sie ermittelt aufgrund der anerkannten Kostenstatistiken des zuständigen Organs der Europäischen Union (Verwaltungskommission für die Koordination der Systeme der sozialen Sicherheit) oder der Statistiken des betreffenden Staates die Ansätze je Person, die die Versicherer der Prämienberechnung für die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnhaften Versicherten zu Grunde zu legen haben.
- b. Sie erstellt bis zum 31. Mai einen Bericht zu Händen des BAG über die durchgeführte Leistungsaushilfe unter Angabe der Zahl der Fälle, der Gesamtkosten und der ausstehenden Rückzahlungen; die Daten sind nach den Mitgliedstaaten der Europäischen Union, nach Island und Norwegen und nach den schweizerischen Versicherern zu differenzieren.<sup>79</sup>

<sup>3</sup> Die Versicherer tragen proportional zur Anzahl der bei ihnen obligatorisch für Krankenpflege versicherten Personen die Kosten der Aufgaben, welche die gemein-

<sup>77</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 915).

<sup>78</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 3249).

<sup>79</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

same Einrichtung als aushelfender Träger erfüllt, sowie die Kosten der Berichterstattung gemäss Absatz 2 Buchstabe b. Der Bund trägt die durch die Vorfinanzierung der Leistungsaushilfe entstehenden Zinskosten, die Kosten der Aufgaben, welche die gemeinsame Einrichtung als Verbindungsstelle erfüllt, sowie die Kosten für die Ermittlungen gemäss Absatz 2 Buchstabe a.<sup>80</sup>

<sup>4</sup> Haben Versicherer und Leistungserbringer gemäss Artikel 42 Absatz 2 des Gesetzes vertraglich vereinbart, dass der Versicherer die Vergütung schuldet, so wird die gemeinsame Einrichtung bei der Durchführung der Leistungsaushilfe den vertragschliessenden Versicherern gleichgestellt.

#### **Art. 19a<sup>81</sup>** Zuweisung von Aufgaben durch das Departement

Wird eine Umverteilung von Reserven zwischen Krankenversicherern nötig, kann das Departement die Umverteilung der gemeinsamen Einrichtung übertragen.

#### **Art. 19b<sup>82</sup>** Kosten für die gesetzlichen Leistungen

Die Kosten für die gesetzlichen Leistungen gemäss Artikel 18 Absatz 2 des Gesetzes umfassen:

- a. die Kosten der Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung;
- b. die Leistungen der freiwilligen Taggeldversicherung;
- c. die Risikoabgaben in den Risikoausgleich;
- d. die mit der Gewährung der Leistungen nach den Buchstaben a–c verbundenen Verwaltungskosten.

#### **Art. 20** Revisionsstelle

Die gemeinsame Einrichtung hat eine Revisionsstelle zu bezeichnen. Die Artikel 86–88 sind sinngemäss anwendbar.

#### **Art. 21** Berichte

Die gemeinsame Einrichtung reicht dem BAG bis zum 30. Juni des Folgejahres einen Jahresbericht über ihre Tätigkeit ein. Dem Jahresbericht beizufügen sind für jeden Aufgabenbereich:

- a. eine Betriebsrechnung;
- b. eine Übersicht über die Reserven;
- c. der Bericht der Revisionsstelle.

<sup>80</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

<sup>81</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 28. Sept. 1998 (AS 1998 2634).

<sup>82</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717).

**Art. 22<sup>83</sup>** Streitigkeiten

<sup>1</sup> Bei Streitigkeiten zwischen der gemeinsamen Einrichtung und einem Versicherer ist Artikel 87 des Gesetzes anwendbar. Vorbehalten bleiben Absatz 3 und Artikel 15 der Verordnung vom 12. April 1995<sup>84</sup> über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung.<sup>85</sup>

<sup>2</sup> Bei Streitigkeiten der gemeinsamen Einrichtung mit einem Leistungserbringer gilt Artikel 89 des Gesetzes.

<sup>3</sup> Die gemeinsame Einrichtung entscheidet bei Streitigkeiten zwischen ihr und einem Versicherer in der Form einer Verfügung im Sinne von Artikel 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968<sup>86</sup> über das Verwaltungsverfahren über:

- a. die Umverteilung von Reserven nach Artikel 19a;
- b. die Erhebung von Beiträgen an den Insolvenzfonds und die Auszahlung von Leistungen aus dem Insolvenzfonds;
- c. die Auszahlung der Mehreinnahmen nach Artikel 67 Absatz 2<sup>ter</sup>.<sup>87</sup>

<sup>4</sup> Der Rechtsmittelweg richtet sich nach den allgemeinen Bestimmungen der Bundesrechtspflege.<sup>88</sup>

## 4. Kapitel: Förderung der Gesundheit

**Art. 23**

<sup>1</sup> Bezüglich der Aufsicht über die in Artikel 19 Absatz 2 des Gesetzes vorgesehene Institution sind die Artikel 20 und 21 sinngemäss anwendbar. Der Rechenschaftsbericht ist zu veröffentlichen.

<sup>2</sup> Zusammen mit den im Rahmen der Aufsicht vorzulegenden Unterlagen stellt die Institution dem BAG ihren Antrag für den Beitrag (Art. 20 Abs. 1 KVG) des Folgejahres zu. Dem Antrag sind ein Tätigkeitsprogramm und ein Budget beizulegen.

<sup>83</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).

<sup>84</sup> SR **832.112.1**

<sup>85</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717).

<sup>86</sup> SR **172.021**

<sup>87</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004 (AS **2004** 5075). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717).

<sup>88</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717).

## 5. Kapitel: Aufsicht

### 1. Abschnitt: Zuständigkeiten

#### Art. 24 Aufsicht über die Versicherungstätigkeit

<sup>1</sup> Das BAG beaufsichtigt die Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung nach den Artikeln 24–31 und 67–77 des Gesetzes.

<sup>2</sup> Die FINMA beaufsichtigt die Durchführung der in Artikel 12 Absatz 2 des Gesetzes genannten Versicherungen.

#### Art. 25 Institutionelle Aufsicht über die Krankenkassen

Das BAG sorgt dafür, dass die Krankenkassen und die Institutionen nach Artikel 16 Absatz 1 Buchstabe a jederzeit in der Lage sind, die mit der Anerkennung und der Durchführungsbewilligung verbundenen Bedingungen zu erfüllen.

#### Art. 26<sup>89</sup> Aufsicht über die gemeinsame Einrichtung

Die gemeinsame Einrichtung nach Artikel 18 des Gesetzes untersteht der Aufsicht des Departements. Das BAG unterstützt das Departement bei der Durchführung dieser Aufgabe in den ihm zugewiesenen Bereichen. Es prüft namentlich die finanziellen Verhältnisse der gemeinsamen Einrichtung und erstattet dem Departement regelmässig Bericht.

### 2. Abschnitt: Beschwerde durch das BAG

#### Art. 27<sup>90</sup>

<sup>1</sup> Die Entscheide der kantonalen Versicherungsgerichte (Art. 57 ATSG und 87 KVG), der kantonalen Schiedsgerichte (Art. 89 KVG) und des Bundesverwaltungsgerichts bezüglich der sozialen Krankenversicherung sind dem BAG zu eröffnen.

<sup>2</sup> Das BAG ist berechtigt, gegen Entscheide nach Absatz 1 Beschwerde beim Bundesgericht zu erheben.

<sup>89</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Aug. 1998 (AS 1998 1818).

<sup>90</sup> Fassung gemäss Ziff. II 95 der V vom 8. Nov. 2006 über die Anpassung von Bundesratsverordnungen an die Totalrevision der Bundesrechtspflege, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS 2006 4705).

### 3. Abschnitt: Aufsichtsdaten

#### Art. 28<sup>91</sup> Daten der Versicherer

<sup>1</sup> Die Daten, die von den Versicherern nach Artikel 21 Absatz 4 des Gesetzes weitergegeben werden müssen, dienen dazu:

- a. die einheitliche Anwendung des Gesetzes zu überwachen;
- b. die Kostenentwicklung zu verfolgen;
- c. die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen zu kontrollieren (statische Kontrolle der Kosten nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Leistungserbringer);
- d. die Gleichbehandlung der Versicherten sicherzustellen;
- e. sicherzustellen, dass die Prämienunterschiede den kantonalen und regionalen Kostenunterschieden entsprechen und die Mittel der Sozialversicherung ausschliesslich zu deren Zwecken eingesetzt werden;
- f. die Entscheidungsgrundlagen für die Durchführung von gesetzlich vorgesehenen ordentlichen oder ausserordentlichen Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung vorzubereiten;
- g. die Wirkungen des Gesetzes zu verfolgen und Entscheidungsgrundlagen für allfällig notwendige Gesetzes- und Gesetzesvollzugsänderungen bereitzustellen.

<sup>2</sup> Das BAG sorgt dafür, dass den Krankenversicherern durch die Bereitstellung der Daten möglichst wenig Aufwand entsteht. Es stellt die Resultate der Erhebungen den am Vollzug des Gesetzes beteiligten Stellen zur Verfügung.

<sup>3</sup> Die Versicherer müssen dem BAG jährlich pro versicherte Person namentlich folgende Daten weitergeben:

- a. Alter, Geschlecht und Wohnort der Versicherten;
- b. ihren Ein- und Austritt sowie die Todesfälle;
- c. die von den Versicherten im Rahmen der sozialen Krankenversicherung abgeschlossenen Versicherungsarten mit Angabe der Höhe der Prämie und der Franchise;
- d. Umfang, Art, Tarifpositionen und Kosten der im Laufe eines ganzen Jahres erhaltenen Rechnungen für Leistungen nach dem Gesetz;
- e. die jeweiligen Erbringer der Leistungen;
- f. die Höhe der erhobenen Kostenbeteiligung.

<sup>4</sup> Sie müssen dem BAG die Daten nach Absatz 3 auf elektronischen Datenträgern zur Verfügung stellen. Das BAG kann sie davon auf Gesuch hin für eine befristete

<sup>91</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 5097).

Zeit befreien, wenn ihnen die Lieferung mangels technischer Voraussetzungen nicht möglich ist.

<sup>5</sup> Die Versicherer haben die Daten korrekt, vollständig, fristgerecht, auf eigene Kosten und unter Wahrung der Anonymität der Versicherten zu liefern.

<sup>6</sup> Sie müssen dem BAG auf eigene Kosten jährlich die vollständigen Angaben des Zahlstellenregisters übermitteln.

<sup>7</sup> Das BAG erlässt nach Anhören der Versicherer Weisungen zu den nach den Absätzen 1–6 zu treffenden Vorkehren.

**Art. 28a<sup>92</sup>** Daten der von den Versicherern beauftragten Dritten

Auf Verlangen des BAG müssen Dritte, die von den Versicherern beauftragt sind, die Angaben nach Artikel 21 Absatz 4 des Gesetzes und nach Artikel 28 zur Verfügung stellen, sofern die von den Versicherern zur Verfügung gestellten Daten für die Aufsichtstätigkeit über die Durchführung der Krankenversicherung nicht ausreichen.

**Art. 28b<sup>93</sup>** Veröffentlichung der Daten der Versicherer

<sup>1</sup> Das BAG veröffentlicht die Daten nach Artikel 28 so, dass namentlich Angaben über die Versicherungsform, die Versicherungsleistungen und die Kosten, gesondert nach Alter, Geschlecht und Region sowie nach Kategorien von Leistungserbringern, Betrieben und Pflegeleistungen, ersichtlich sind.

<sup>2</sup> Das BAG veröffentlicht je Versicherer folgende Kennzahlen der sozialen Krankenversicherung:

- a. Einnahmen und Ausgaben;
- b. Ergebnis je versicherte Person;
- c. Reserven;
- d. Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle;
- e. Krankenpflegekosten;
- f. Risikoausgleich;
- g. Verwaltungskosten;
- h. Versichertenbestand;
- i. Prämien;
- j. Bilanz und Betriebsrechnung.

<sup>92</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 5097).

<sup>93</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 5097).

**Art. 29** Risikobestand

Für die Berechnung der von den Versicherern zu meldenden durchschnittlichen Versichertenbestände sind bei unterjährigen Versicherungszeiten die zusammengezählten Versicherungsmonate, geteilt durch zwölf, massgebend.

**Art. 30<sup>94</sup>****Art. 31<sup>95</sup>** Veröffentlichung der Daten der Leistungserbringer

<sup>1</sup> Das BAG veröffentlicht die Ergebnisse der vom Bundesamt für Statistik gestützt auf Artikel 22a des Gesetzes und durch das BAG nach Artikel 51 des Bundesgesetzes vom 26. Juni 2006<sup>96</sup> über die universitären Medizinalberufe erhobenen Daten so, dass namentlich folgende Angaben oder Kennzahlen der sozialen Krankenversicherung nach Leistungserbringer oder nach Kategorien von Leistungserbringern ersichtlich sind:

- a. Leistungsangebot der Leistungserbringer;
- b. Diplome und Weiterbildungstitel der Leistungserbringer;
- c. medizinische Qualitätsindikatoren;
- d. Umfang und Art der erbrachten Leistungen;
- e. Kostenentwicklung.

**Art. 32** Wirkungsanalyse

<sup>1</sup> Das BAG führt in Zusammenarbeit mit den Versicherern, Leistungserbringern und Kantonen sowie Vertretern der Wissenschaft wissenschaftliche Untersuchungen über die Durchführung und die Wirkungen des Gesetzes durch.

<sup>2</sup> Diese Untersuchungen haben den Einfluss des Gesetzes auf die Situation und das Verhalten der Versicherten, der Leistungserbringer und der Versicherer zum Gegenstand. Insbesondere ist zu untersuchen, ob die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Grundversorgung gewährleistet ist und die sozial- und wettbewerbspolitischen Zielsetzungen des Gesetzes erreicht werden.

<sup>3</sup> Das BAG kann für die Durchführung der Untersuchungen wissenschaftliche Institute beiziehen und Expertengruppen einsetzen.

<sup>94</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, mit Wirkung seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 5097).

<sup>95</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 5097).

<sup>96</sup> SR 811.11

### 3. Titel: Leistungen

#### 1. Kapitel: Bezeichnung der Leistungen

##### Art. 33 Allgemeine Leistungen

Das Departement bezeichnet nach Anhören der zuständigen Kommission:

- a. die von Ärzten und Ärztinnen oder Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen, deren Kosten nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden;
- b.<sup>97</sup> die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach den Artikeln 25 Absatz 2 und 25a Absätze 1 und 2 des Gesetzes;
- c. die neuen oder umstrittenen Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich in Abklärung befinden; es bestimmt die Voraussetzungen und den Umfang der Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung;
- d. die medizinischen Präventionsmassnahmen nach Artikel 26 des Gesetzes, die Leistungen bei Mutterschaft nach Artikel 29 Absatz 2 Buchstaben a und c des Gesetzes und die zahnärztlichen Behandlungen nach Artikel 31 Absatz 1 des Gesetzes;
- e. die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmenden Mittel und Gegenstände nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 3 des Gesetzes; es setzt Höchstbeträge für ihre Vergütung fest;
- f. den in Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe c des Gesetzes vorgesehenen Beitrag an die Kosten von Badekuren; dieser Beitrag dient der Deckung von Kosten bei Badekuren, die nicht durch andere Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt sind; er kann während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet werden;
- g. den in Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe g des Gesetzes vorgesehenen Beitrag an die Transport- und Rettungskosten; die medizinisch notwendigen Transporte von einem Spital in ein anderes sind Teil der stationären Behandlung;
- h.<sup>98</sup> das Verfahren der Bedarfsermittlung;
- i.<sup>99</sup> den in Artikel 25a Absätze 1 und 4 des Gesetzes vorgesehenen und nach Pflegebedarf differenzierten Beitrag an die Pflegeleistungen.

<sup>97</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3525 6847 Ziff. II 2).

<sup>98</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3525 6847 Ziff. II 2).

<sup>99</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3525 6847 Ziff. II 2).

**Art. 34** Analysen und Arzneimittel

Die Listen nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffern 1 (Analysenliste) und 2 (Arzneimittelliste) sowie Buchstabe b (Spezialitätenliste) des Gesetzes werden nach Anhören der zuständigen Kommission erstellt.

**Art. 35** Therapeutische Massnahmen bei Geburtsgebrechen

Die bis zum Erreichen der gesetzlich vorgeschriebenen Altersgrenze von der Invalidenversicherung für Geburtsgebrechen erbrachten therapeutischen Massnahmen nach Artikel 52 Absatz 2 des Gesetzes sind anschliessend von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen.

**2. Kapitel: Umfang der Kostenübernahme****Art. 36** Leistungen im Ausland

<sup>1</sup> Das Departement bezeichnet nach Anhören der zuständigen Kommission die Leistungen nach den Artikeln 25 Absatz 2 und 29 des Gesetzes, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Ausland übernommen werden, wenn sie in der Schweiz nicht erbracht werden können.

<sup>2</sup> Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten von Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht werden. Ein Notfall liegt vor, wenn Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Kein Notfall besteht, wenn sich Versicherte zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begeben.

<sup>3</sup> Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt im Rahmen von Artikel 29 des Gesetzes die Kosten einer Entbindung, die im Ausland stattgefunden hat, weil nur so das Kind die Staatsangehörigkeit der Mutter oder des Vaters erwerben konnte oder weil das Kind, in der Schweiz geboren, staatenlos wäre.

<sup>4</sup> Für Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 und für die Behandlung im Ausland von Grenzgängern und Grenzgängerinnen, entsandten Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen und Personen im öffentlichen Dienst sowie ihren Familienangehörigen (Art. 3–5) wird höchstens der doppelte Betrag der Kosten übernommen, die in der Schweiz vergütet würden, in den Fällen von Absatz 3 höchstens der einfache Betrag. Für Versicherte nach den Artikeln 4 und 5 richtet sich die Kostenübernahme nach den Tarifen und Preisen an ihrem letzten Wohnort in der Schweiz. Sofern die Behandlung für Versicherte nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben d und e nicht nach den Regeln über die internationale Leistungsaushilfe erfolgt, richtet sich die Kostenübernahme nach den Tarifen und Preisen an ihrem letzten Wohn- oder Arbeitsort in der Schweiz; lässt sich keiner dieser Orte ermitteln, so richtet sich die Kostenübernahme nach den Tarifen und Preisen des Kantons, in dem der Versicherer seinen Sitz hat.<sup>100</sup>

<sup>100</sup> Dritter Satz eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS 2002 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002 (AS 2002 1633).

<sup>5</sup> Vorbehalten bleiben die Bestimmungen über die internationale Leistungshilfe.<sup>101</sup>

**Art. 36a<sup>102</sup>** Pilotprojekte für die Kostenübernahme für Leistungen im Ausland

<sup>1</sup> Das Departement kann Pilotprojekte bewilligen, die in Abweichung von Artikel 34 des Gesetzes eine Kostenübernahme durch Versicherer für Leistungen vorsehen, die in Grenzgebieten für in der Schweiz wohnhafte Versicherte erbracht werden.

<sup>2</sup> Das Bewilligungsgesuch ist vier Monate vor dem voraussichtlichen Beginn des Pilotprojekts einzureichen.

<sup>3</sup> Pilotprojekte müssen folgende Anforderungen erfüllen:

- a.<sup>103</sup> Die Projektdauer beträgt vier Jahre ab der Genehmigung durch das Departement; sie kann einmal um bis zu vier Jahre verlängert werden; Gesuche für neue Pilotprojekte können bis zum 31. Dezember 2012 eingereicht werden.
- b. Sie werden von einem oder mehreren Kantonen und von einem oder mehreren Versicherern gemeinsam eingereicht.
- c. Sie stehen den Versicherten offen, die bei einem am Pilotprojekt beteiligten Versicherer der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert sind und ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einem am Pilotprojekt beteiligten Kanton haben.
- d. Sie umschreiben in einer Liste die im Ausland erbrachten Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden; diese Leistungen müssen die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen.
- e. Sie enthalten eine Liste mit den ausländischen Leistungserbringern, die im Rahmen des Pilotprojekts Leistungen erbringen dürfen; diese Leistungserbringer erfüllen die gesetzlichen Anforderungen für Leistungserbringer entsprechend.
- f. Die Tarife und die Preise für die im Ausland erbrachten Leistungen:
  1. werden zwischen den Versicherern und den ausländischen Leistungserbringern vereinbart,
  2. liegen zwischen den für die soziale Krankenversicherung im Ausland geltenden üblichen Tarifen und den in der Schweiz verbindlichen Tarifen,
  3. erfüllen die Anforderungen der Artikel 43, 49 und 52 des Gesetzes entsprechend.

<sup>101</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 915).

<sup>102</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717).

<sup>103</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Aug. 2009 (AS 2009 3525). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Ende des Textes.

- g. Die zwischen Versicherern und ausländischen Leistungserbringern vereinbarten Tarife oder Preise müssen von den ausländischen Leistungserbringern eingehalten werden; die ausländischen Leistungserbringer dürfen für die Leistungen nach Buchstabe d keine weitergehenden Vergütungen berechnen.
- h. Sie beinhalten ein Konzept zur wissenschaftlichen Projektbegleitung durch eine aussenstehende Expertin oder einen aussenstehenden Experten und die Verteilung der dafür vorgesehenen Kosten zwischen Kantonen und Versicherern.

<sup>4</sup> Die Versicherer können für die im Ausland erbrachten Leistungen ganz oder teilweise auf die Erhebung des Selbstbehalts, der Franchise (Art. 103) und des Beitrags an die Kosten des Spitalaufenthalts (Art. 104) verzichten.

<sup>5</sup> Der im Rahmen der wissenschaftlichen Projektbegleitung ausgearbeitete Bericht wird dem Departement zur Kenntnis gebracht.

#### **Art. 37<sup>104</sup>** Kostenübernahme für im Ausland wohnhafte Personen

Bei stationärer Behandlung in einem Listenspital in der Schweiz übernimmt der Versicherer die Pauschalen, die nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes in Rechnung gestellt werden, für:

- a. Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen und in der Schweiz versichert sind;
- b. Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, Liechtenstein oder Norwegen wohnen und bei einem Aufenthalt in der Schweiz aufgrund von Artikel 95a des Gesetzes Anspruch auf internationale Leistungsaushilfe haben.

### **3. Kapitel:<sup>105</sup> Kommissionen**

#### **Art. 37a<sup>106</sup>** Beratende Kommissionen

Beratende Kommissionen nach Artikel 33 Absatz 4 des Gesetzes sind:

- a. die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (Leistungs- und Grundsatzkommission);
- b. die Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände (Analysen-, Mittel- und Gegenständekommission);
- c. die Eidgenössische Arzneimittelkommission.

<sup>104</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

<sup>105</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Juni 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 1639).

<sup>106</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3573).

**Art. 37b**<sup>107</sup> Allgemeine Bestimmungen

<sup>1</sup> Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Kommissionen.

<sup>2</sup> Die Kommissionen geben sich je eine Geschäftsordnung. Diese regeln namentlich folgende Punkte:

- a. die Arbeitsweise der Kommission und die Zusammensetzung von Ausschüssen;
- b. die Richtlinien und Verfahren zur Leistungsbezeichnung;
- c. den Beizug von Experten und Expertinnen;

<sup>3</sup> Der Beizug von Experten und Expertinnen ist bei der Beratung von Leistungen der nicht vertretenen Kreise obligatorisch.

<sup>4</sup> Das Departement genehmigt die Geschäftsordnungen.

<sup>5</sup> Es genehmigt die Einsetzung von Ausschüssen. Es wählt deren Präsidium und die weiteren Mitglieder.

<sup>6</sup> Das BAG führt das Sekretariat der Kommissionen und sorgt für die Koordination der Arbeiten. Es kann Dritte mit der Führung des Sekretariates beauftragen.

**Art. 37c**<sup>108</sup>**Art. 37d**<sup>109</sup> Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen

<sup>1</sup> Die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen berät das Departement bei der Bezeichnung der Leistungen nach Artikel 33, bei der Ausarbeitung der Bestimmungen nach den Artikeln 36 Absatz 1, 77 Absatz 4 und 105 Absatz 4 sowie bei der Beurteilung von Grundsatzfragen in der Krankenversicherung unter Berücksichtigung der ethischen Aspekte bei der Leistungsbezeichnung.

<sup>2</sup> Sie hat insbesondere die folgenden Aufgaben:

- a. Definition von Grundsätzen im Leistungsbereich sowie Beratung und Vorschlag von Verordnungsbestimmungen zu Grundsätzen im Leistungsbereich;
- b. Festsetzung von Grundsätzen, damit der Datenschutz und die Interessen der Versicherten bei der Leistungsbezeichnung in der Krankenversicherung gewahrt werden;

<sup>107</sup> Fassung gemäss Ziff. I 2.10 der V vom 9. Nov. 2011 (Überprüfung der ausserparlamentarischen Kommissionen), in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 5227).

<sup>108</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3573).

<sup>109</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3573).

- c. Ausarbeitung von Kriterien für die Beurteilung von Leistungen nach Artikel 33 Absatz 3 des Gesetzes und Artikel 70.

<sup>3</sup> Sie besteht aus 18 Mitgliedern. Davon vertreten:

- a. vier Personen die Ärzteschaft, wobei eine Person die Komplementärmedizin vertritt;
- b. eine Person die Spitäler;
- c. eine Person die Apothekerschaft, wobei diese Person gleichzeitig auch die Arzneimittelkommission vertritt;
- d. zwei Personen die Krankenversicherer;
- e. zwei Personen die Vertrauensärzteschaft;
- f. zwei Personen die Versicherten;
- g. eine Person die Kantone;
- h. eine Person die Analysen-, Mittel- und Gegenständekommission;
- i. eine Person die Dozenten und Dozentinnen der Laboranalytik (wissenschaftlicher Experte oder wissenschaftliche Expertin);
- j. zwei Personen die medizinische Ethik;
- k. eine Person die Medizintechnikindustrie.<sup>110</sup>

#### **Art. 37e** Eidgenössische Arzneimittelkommission

<sup>1</sup> Die Eidgenössische Arzneimittelkommission berät das BAG bei der Erstellung der Spezialitätenliste nach Artikel 34. Überdies berät sie das Departement, in ihrem Bereich, bei der Ausarbeitung der Bestimmungen nach den Artikeln 36 Absatz 1, 75, 77 Absatz 4 und 105 Absatz 4.

<sup>2</sup> Sie besteht aus 16 Mitgliedern. Davon vertreten:<sup>111</sup>

- a. eine Person die Fakultäten der Medizin und Pharmazie (wissenschaftlicher Experte oder wissenschaftliche Expertin);
- b. drei Personen die Ärzteschaft, wobei eine Person die Komplementärmedizin vertritt;
- c. drei Personen die Apothekerschaft, wobei eine Person die Komplementärmedizin vertritt;
- d. eine Person die Spitäler;
- e. zwei Personen die Krankenversicherer;
- f. zwei Personen die Versicherten;
- g. zwei Personen die Pharmaindustrie;

<sup>110</sup> Fassung gemäss Ziff. I 2.10 der V vom 9. Nov. 2011 (Überprüfung der ausserparlamentarischen Kommissionen), in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 5227).

<sup>111</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 18. Jan. 2012, in Kraft seit 1. Febr. 2012 (AS 2012 459).

- h. eine Person das Schweizerische Heilmittelinstitut;
- i.<sup>112</sup> eine Person die Kantone.<sup>113</sup>

**Art. 37f** Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände<sup>114</sup>

<sup>1</sup> Die Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände berät das Departement bei der Erstellung der Analysenliste nach Artikel 34, bei der Beurteilung und Festsetzung der Vergütung von Mitteln und Gegenständen nach Artikel 33 Buchstabe e sowie bei der Ausarbeitung der Bestimmungen nach den Artikeln 36 Absatz 1, 75, 77 Absatz 4 und 105 Absatz 4, die ihren Bereich betreffen.<sup>115</sup>

<sup>2</sup> Sie besteht aus 15 Mitgliedern. Davon vertreten:

- a. zwei Personen die Dozenten und Dozentinnen der Laboranalytik (wissenschaftliche Experten und Expertinnen);
- b. eine Personen die Ärzteschaft;
- c. eine Person die Apothekerschaft;
- d. zwei Personen die Laboratorien;
- e. zwei Personen die Krankenversicherer;
- f. eine Person die Vertrauensärzteschaft;
- g. zwei Personen die Versicherten;
- h. eine Person die Diagnostica- und Diagnostica-Geräte-Industrie;
- i. eine Person die Abgabestellen für Mittel und Gegenstände;
- j. zwei Personen die Hersteller und Vertreiber von Mitteln und Gegenständen.<sup>116</sup>

**Art. 37g**<sup>117</sup>

<sup>112</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 18. Jan. 2012, in Kraft seit 1. Febr. 2012 (AS 2012 459).

<sup>113</sup> Fassung gemäss Ziff. I 2.10 der V vom 9. Nov. 2011 (Überprüfung der ausserparlamentarischen Kommissionen), in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 5227).

<sup>114</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3573).

<sup>115</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3573).

<sup>116</sup> Fassung gemäss Ziff. I 2.10 der V vom 9. Nov. 2011 (Überprüfung der ausserparlamentarischen Kommissionen), in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 5227).

<sup>117</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3573).

## **4. Titel: Leistungserbringer**

### **1. Kapitel: Zulassung**

#### **1. Abschnitt:<sup>118</sup> Ärzte und Ärztinnen**

##### **Art. 38** Weiterbildung

Ärztinnen und Ärzte haben sich über einen Weiterbildungstitel nach Artikel 20 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006<sup>119</sup> (MedBG) auszuweisen.

##### **Art. 39** Gleichwertigkeit wissenschaftlicher Befähigungsausweise

<sup>1</sup> Ärztinnen und Ärzten mit eidgenössischem Diplom gleichgestellt sind Ärztinnen und Ärzte, die über ein nach Artikel 15 des MedBG<sup>120</sup> anerkanntes ausländisches Diplom verfügen.

<sup>2</sup> Ärztinnen und Ärzten mit eidgenössischem Weiterbildungstitel gleichgestellt sind Ärztinnen und Ärzte, die über einen nach Artikel 21 des MedBG anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel oder über eine kantonale Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung gemäss Artikel 36 Absatz 3 MedBG verfügen.

#### **2. Abschnitt:<sup>121</sup> Apotheker und Apothekerinnen**

##### **Art. 40** Weiterbildung

Apothekerinnen und Apotheker haben sich über eine zweijährige praktische Weiterbildung in einer Apotheke auszuweisen.

##### **Art. 41** Gleichwertigkeit wissenschaftlicher Befähigungsausweise

Apothekerinnen und Apothekern mit eidgenössischem Diplom gleichgestellt sind Apothekerinnen und Apotheker, die über ein nach Artikel 15 des MedBG<sup>122</sup> anerkanntes ausländisches Diplom oder über eine kantonale Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung gemäss Artikel 36 Absatz 3 MedBG verfügen.

<sup>118</sup> Fassung gemäss Art. 17 der V vom 27. Juni 2007 über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen, in Kraft seit 1. Sept. 2007 (AS 2007 4055).

<sup>119</sup> SR 811.11

<sup>120</sup> SR 811.11

<sup>121</sup> Fassung gemäss Art. 17 der V vom 27. Juni 2007 über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen, in Kraft seit 1. Sept. 2007 (AS 2007 4055).

<sup>122</sup> SR 811.11

### 3. Abschnitt:<sup>123</sup> Zahnärzte und Zahnärztinnen

#### Art. 42 Zulassung

Zugelassen sind Zahnärztinnen und Zahnärzte, die über ein eidgenössisches Diplom verfügen und sich über eine zweijährige praktische Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut ausweisen.

#### Art. 43 Gleichwertigkeit wissenschaftlicher Befähigungsausweise

Zahnärztinnen und Zahnärzten mit eidgenössischem Diplom gleichgestellt sind Zahnärztinnen und Zahnärzte, die über ein nach Artikel 15 des MedBG<sup>124</sup> anerkanntes ausländisches Diplom oder über eine kantonale Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung gemäss Artikel 36 Absatz 3 MedBG verfügen.

### 4. Abschnitt: Chiropraktoren und Chiropraktorinnen

#### Art. 44

<sup>1</sup> Chiropraktorinnen und Chiropraktoren haben nachzuweisen, dass:

- a. sie eine Ausbildung nach den Artikeln 14 und 33 des MedBG<sup>125</sup> erfolgreich abgeschlossen haben;
- b. sie eine Weiterbildung nach den Artikeln 17–19 des MedBG erfolgreich abgeschlossen haben.<sup>126</sup>

<sup>2</sup> ...<sup>127</sup>

<sup>3</sup> Die Bestimmungen über die Anwendung von ionisierenden Strahlen zu chiropraktischen Zwecken, insbesondere Artikel 11 der Strahlenschutzverordnung vom 22. Juni 1994<sup>128</sup>, bleiben vorbehalten.

<sup>123</sup> Fassung gemäss Art. 17 der V vom 27. Juni 2007 über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen, in Kraft seit 1. Sept. 2007 (AS 2007 4055).

<sup>124</sup> SR 811.11

<sup>125</sup> SR 811.11

<sup>126</sup> Fassung gemäss Art. 17 der V vom 27. Juni 2007 über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen, in Kraft seit 1. Sept. 2007 (AS 2007 4055).

<sup>127</sup> Aufgehoben durch Art. 17 der V vom 27. Juni 2007 über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen, mit Wirkung seit 1. Sept. 2007 (AS 2007 4055).

<sup>128</sup> SR 814.501

## 5. Abschnitt: Hebammen

### Art. 45

<sup>1</sup> Die Hebammen haben nachzuweisen:

- a.<sup>129</sup> das Diplom einer Schule für Hebammen, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002<sup>130</sup> über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;
- b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einer nach dieser Verordnung zugelassenen Hebamme oder in der geburtshilflichen Abteilung eines Spitals oder in einer fachärztlichen Praxis unter der Leitung einer Hebamme;
- c. eine Zulassung nach kantonalem Recht.

<sup>2</sup> ...<sup>131</sup>

## 6. Abschnitt: Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen

### Art. 46 Im Allgemeinen

<sup>1</sup> Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;
- c.<sup>132</sup> Pflegefachfrau oder Pflegefachmann;
- d. Logopäde oder Logopädin;
- e.<sup>133</sup> Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin.

<sup>2</sup> Diese Personen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein und die übrigen Zulassungsvoraussetzungen erfüllen, welche in dieser Verordnung festgelegt sind.

### Art. 47 Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen

<sup>1</sup> Die Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen haben nachzuweisen:

<sup>129</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004 (AS 2004 5075). Siehe auch die SchlB dieser And. am Ende dieser Verordnung.

<sup>130</sup> SR 412.10

<sup>131</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004 (AS 2004 5075).

<sup>132</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004 (AS 2004 5075).

<sup>133</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

- a.<sup>134</sup> das Diplom einer Schule für Physiotherapie, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002<sup>135</sup> über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;
- b.<sup>136</sup> eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einem Physiotherapeuten, einer Physiotherapeutin oder in einer Organisation der Physiotherapie, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, in einer physikalisch-therapeutischen Spezialabteilung eines Spitals oder in einer fachärztlichen Praxis unter der Leitung eines Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.

2 ...<sup>137</sup>

#### **Art. 48** Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen

<sup>1</sup> Die Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen haben nachzuweisen:

- a.<sup>138</sup> das Diplom einer Schule für Ergotherapie, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002<sup>139</sup> über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;
- b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einem Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, oder in einer Arztpraxis, einem Spital oder einer Organisation der Ergotherapie unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.

2 ...<sup>140</sup>

#### **Art. 49**<sup>141</sup> Pflegefachfrau und Pflegefachmann

Die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner haben nachzuweisen:

- a. das Diplom einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002<sup>142</sup> über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;

<sup>134</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004 (AS **2004** 5075). Siehe auch die SchLB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.

<sup>135</sup> SR **412.10**

<sup>136</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Aug. 2009 (AS **2009** 3525).

<sup>137</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004 (AS **2004** 5075).

<sup>138</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004 (AS **2004** 5075). Siehe auch die SchLB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.

<sup>139</sup> SR **412.10**

<sup>140</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004 (AS **2004** 5075).

<sup>141</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004 (AS **2004** 5075). Siehe auch die SchLB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.

<sup>142</sup> SR **412.10**

- b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einer Pflegefachfrau oder einem Pflegefachmann, die oder der nach dieser Verordnung zugelassen ist, oder in einem Spital oder einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause unter der Leitung einer Pflegefachfrau oder eines Pflegefachmanns, die oder der die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt.

#### **Art. 50** Logopäden und Logopädinnen

Die Logopäden und Logopädinnen haben nachzuweisen:

- a. eine vom Kanton anerkannte dreijährige theoretische und praktische Fachausbildung mit erfolgreich abgelegter Prüfung in folgenden Fächern:
  1. Linguistik (Linguistik, Phonetik, Psycholinguistik),
  2. Logopädie (Logopädische Methodenlehre [Beratung, Abklärung, Behandlung], Sprachbehindertenpädagogik, Sprachbehindertenpsychologie, Sprachpathologie),
  3. Medizin (Neurologie, Otorhinolaryngologie, Phoniatrie, Psychiatrie, Stomatologie),
  4. Pädagogik (Pädagogik, Sonderpädagogik/Heilpädagogik),
  5. Psychologie (Entwicklungspsychologie, klinische Psychologie, pädagogische Psychologie einschliesslich Lernpsychologie, Sozialpsychologie),
  6. Recht (Sozialgesetzgebung);
- b.<sup>143</sup> eine zweijährige praktische Tätigkeit in klinischer Logopädie mit überwiegender Erfahrung im Erwachsenenbereich, wovon mindestens ein Jahr in einem Spital unter fachärztlicher Leitung (Oto-Rhino-Laryngologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Phoniatrie oder Neurologie) und in Begleitung eines Logopäden oder einer Logopädin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen; ein Jahr kann unter entsprechender fachärztlicher Leitung und in Begleitung eines Logopäden oder einer Logopädin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen, in einer Facharztpraxis absolviert werden.

#### **Art. 50a**<sup>144</sup> Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen

<sup>1</sup> Die Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen haben nachzuweisen:

- a.<sup>145</sup> das Diplom einer Schule für Ernährungsberatung, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002<sup>146</sup> über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;

<sup>143</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

<sup>144</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

<sup>145</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004 (AS 2004 5075). Siehe auch die SchlB dieser And. am Ende dieser Verordnung.

<sup>146</sup> SR 412.10

- b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einem Ernährungsberater oder einer Ernährungsberaterin, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, oder in einem Spital, einer Arztpraxis oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Ernährungsberaters oder einer Ernährungsberaterin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.

2 ...<sup>147</sup>

**Art. 51** Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause

Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause werden zugelassen, wenn sie:

- a. nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind;
- b.<sup>148</sup> ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben;
- c.<sup>149</sup> über das erforderliche Fachpersonal verfügen, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat;
- d.<sup>150</sup> über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;
- e.<sup>151</sup> an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Krankenpflege erbracht wird.

**Art. 52** Organisationen der Ergotherapie

Organisationen der Ergotherapie werden zugelassen, wenn sie:

- a. nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind;
- b.<sup>152</sup> ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben;
- c.<sup>153</sup> über das erforderliche Fachpersonal verfügen, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat;

<sup>147</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004 (AS **2004** 5075).

<sup>148</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).

<sup>149</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).

<sup>150</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).

<sup>151</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).

<sup>152</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).

<sup>153</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).

- d.<sup>154</sup> über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;
- e.<sup>155</sup> an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Ergotherapie erbracht wird.

**Art. 52a<sup>156</sup>** Organisationen der Physiotherapie

Organisationen der Physiotherapie werden zugelassen, wenn sie:

- a. nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind;
- b. ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben;
- c. ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 47 erfüllen;
- d. über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;
- e. an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Physiotherapie erbracht wird.

## 7. Abschnitt: Laboratorien

**Art. 53** Grundsatz

Als Laboratorien werden Einrichtungen zugelassen, die:

- a. medizinische Analysen durchführen;
- b. nach kantonalem Recht zugelassen sind;
- c. an den Qualitätssicherungsmassnahmen nach Artikel 77 teilnehmen;
- d. den übrigen von der Gesetzgebung des Bundes oder des Kantons festgesetzten Anforderungen an Laboratorien entsprechen;
- e.<sup>157</sup> vom BAG anerkannt sind, wenn sie Untersuchungen zur Erkennung übertragbarer Krankheiten durchführen;
- e**bis**.<sup>158</sup> über eine entsprechende Bewilligung des BAG verfügen, wenn sie zyto- oder molekulargenetische Untersuchungen durchführen;

<sup>154</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

<sup>155</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

<sup>156</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Aug. 2009 (AS 2009 3525).

<sup>157</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Aug. 1998 (AS 1998 1818).

<sup>158</sup> Eingefügt durch Art. 37 Ziff. 2 der V vom 14. Febr. 2007 über genetische Untersuchungen beim Menschen, in Kraft seit 1. April 2007 (AS 2007 651).

- f. über zweckentsprechende Einrichtungen und das erforderliche Fachpersonal verfügen;
- g. die Zulassungsbedingungen nach Artikel 54 erfüllen.

#### **Art. 54** Zulassungsbedingungen

<sup>1</sup> Als Laboratorium ist ohne weitere Bedingungen zugelassen:

- a. das Praxislaboratorium eines Arztes oder einer Ärztin, wenn:
  1. Analysen im Rahmen der Grundversorgung nach Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a für den Eigenbedarf des Arztes oder der Ärztin durchgeführt werden,
  2. das Ergebnis der Analysen grundsätzlich im Verlauf der Konsultation vorliegt (Präsenzdiagnostik),
  3. das Praxislaboratorium räumlich und rechtlich Teil der Praxis des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin ist;
- b. das Spitallaboratorium für Analysen, die nach Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a im Rahmen der Grundversorgung für den Eigenbedarf durchgeführt werden;
- c. die Offizin eines Apothekers oder einer Apothekerin sowie das Spitallaboratorium für Analysen nach Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a im Rahmen der Grundversorgung, die von einem anderen Leistungserbringer angeordnet sind.<sup>159</sup>

<sup>2</sup> Spitallaboratorien, die für den Eigenbedarf des Spitals Analysen durchführen, sind zugelassen, wenn sie unter der Leitung eines Arztes oder einer Ärztin, eines Apothekers oder einer Apothekerin oder eines Leiters oder einer Leiterin mit einer vom Departement anerkannten Hochschulausbildung naturwissenschaftlicher Richtung oder einer vom Departement anerkannten, für die Durchführung der Analysen geeigneten höheren Fachausbildung stehen.

<sup>3</sup> Laboratorien, die im Auftrage eines anderen zugelassenen Leistungserbringers neben den Analysen der Grundversorgung weitere Analysen durchführen, sind zugelassen, wenn:

- a. sie unter der Leitung eines Arztes oder einer Ärztin, eines Apothekers oder einer Apothekerin oder eines Leiters oder einer Leiterin mit einer vom Departement anerkannten Hochschulausbildung naturwissenschaftlicher Richtung stehen;
- b. sich die leitende Person nach Buchstabe a über eine Weiterbildung in der Laboranalytik ausweist, deren Inhalt vom Departement geregelt wird.

<sup>4</sup> Das Departement kann für die Vornahme von bestimmten Analysen weitergehende Anforderungen an Einrichtungen sowie Qualifikation und Weiterbildung von Laborleitung und Laborpersonal vorsehen. Es kann im Weiteren für die Durchführung

<sup>159</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 3249).

bestimmter Analysen einzelne Zentren bestimmen und sie mit der Führung von Evaluationsregistern beauftragen.

<sup>5</sup> Das Departement kann Ausführungsbestimmungen zu Absatz 1 Buchstabe a erlassen.<sup>160</sup>

## **8. Abschnitt: Abgabestellen für Mittel und Gegenstände**

### **Art. 55**

Wer nach kantonalem Recht zugelassen ist und mit einem Krankenversicherer einen Vertrag über die Abgabe von der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen abschliesst, darf zu Lasten dieses Versicherers tätig sein.

### **8a. Abschnitt:<sup>161</sup> Geburtshäuser**

#### **Art. 55a**

Wer nach kantonalem Recht zugelassen ist und mit einem Krankenversicherer einen Vertrag über die Abgabe von der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen abschliesst, darf zu Lasten dieses Versicherers tätig sein.

Die Geburtshäuser sind zugelassen, wenn sie:

- a. den Anforderungen nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben b–e des Gesetzes entsprechen;
- b. ihren sachlichen Tätigkeitsbereich nach Artikel 29 des Gesetzes festgelegt haben;
- c. eine ausreichende medizinische Betreuung durch eine Hebamme sicherstellen;
- d. Vorkehrungen zur Einleitung von Massnahmen im medizinischen Notfall getroffen haben.

## **9. Abschnitt: Transport- und Rettungsunternehmen**

### **Art. 56**

Wer nach kantonalem Recht zugelassen ist und mit einem Krankenversicherer einen Vertrag über die Durchführung von Transporten und Rettungen abschliesst, darf zu Lasten dieses Versicherers tätig sein.

<sup>160</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 3249).

<sup>161</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 5097).

## 10. Abschnitt: Heilbäder

### Art. 57 Im Allgemeinen

<sup>1</sup> Heilbäder werden zugelassen, wenn sie unter ärztlicher Aufsicht stehen, zu Heilzwecken vor Ort bestehende Heilquellen nutzen, über das erforderliche Fachpersonal sowie die zweckentsprechenden diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen verfügen und nach kantonalem Recht zugelassen sind.

<sup>2</sup> Das Departement kann vom Erfordernis der vor Ort bestehenden Heilquelle Ausnahmen bewilligen. Es berücksichtigt dabei die bisherige Praxis der Krankenversicherer.

### Art. 58 Heilquellen

<sup>1</sup> Als Heilquellen gelten Quellen, deren Wasser aufgrund besonderer chemischer oder physikalischer Eigenschaften und ohne jede Veränderung ihrer natürlichen Zusammensetzung eine wissenschaftlich anerkannte Heilwirkung ausüben oder erwarten lassen.

<sup>2</sup> Die chemischen oder physikalischen Eigenschaften sind durch Heilwasseranalysen gutachtlich nachzuweisen und alle drei Jahre durch eine Kontrollanalyse durch die zuständige kantonale Instanz zu überprüfen.

## 11. Abschnitt:<sup>162</sup> Planungskriterien

### Art. 58a Grundsatz

<sup>1</sup> Die Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d des Gesetzes umfasst die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital oder in einem Geburtshaus sowie der Behandlung in einem Pflegeheim für die Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone, die die Planung erstellen.

<sup>2</sup> Die Kantone überprüfen ihre Planung periodisch.

### Art. 58b Versorgungsplanung

<sup>1</sup> Die Kantone ermitteln den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Sie stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche.

<sup>2</sup> Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind.

<sup>3</sup> Sie bestimmen das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Liste nach Artikel 58e zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Dieses Angebot entspricht dem nach Absatz 1 ermittelten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Absatz 2 ermittelten Angebots.

<sup>162</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 5097).

<sup>4</sup> Bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebotes berücksichtigen die Kantone insbesondere:

- a. die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung;
- b. den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist;
- c. die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages nach Artikel 58e.

<sup>5</sup> Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten die Kantone insbesondere:

- a. die Effizienz der Leistungserbringung;
- b. den Nachweis der notwendigen Qualität;
- c. im Spitalbereich die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien.

#### **Art. 58c** Art der Planung

Die Planung erfolgt:

- a. für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur Behandlung von akutsomatischen Krankheiten sowie in Geburtshäusern leistungsorientiert;
- b. für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur rehabilitativen und zur psychiatrischen Behandlung leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen;
- c. für die Versorgung der versicherten Personen in Pflegeheimen kapazitätsbezogen.

#### **Art. 58d** Interkantonale Koordination der Planungen

Im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen nach Artikel 39 Absatz 2 des Gesetzes müssen die Kantone insbesondere:

- a. die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese mit den betroffenen Kantonen austauschen;
- b. die Planungsmassnahmen mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen koordinieren.

#### **Art. 58e** Listen und Leistungsaufträge

<sup>1</sup> Die Kantone führen auf ihrer Liste nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e des Gesetzes die inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf, die notwendig sind, um das nach Artikel 58b Absatz 3 bestimmte Angebot sicherzustellen.

<sup>2</sup> Auf den Listen wird für jedes Spital das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum aufgeführt.

<sup>3</sup> Die Kantone erteilen jeder Einrichtung auf ihrer Liste einen Leistungsauftrag nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e des Gesetzes. Dieser kann insbesondere die Pflicht zum Notfalldienst beinhalten.

## 2. Kapitel: Rechnungstellung

### Art. 59

- <sup>1</sup> Die Leistungserbringer haben in ihren Rechnungen folgende Angaben zu machen:
- a. Kalendarium der Behandlungen;
  - b. erbrachte Leistungen im Detaillierungsgrad, den der massgebliche Tarif vorsieht;
  - c. Diagnosen im Rahmen von Absatz 2;
  - d.<sup>163</sup> Kennnummer der Versichertenkarte nach Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe f der Verordnung vom 14. Februar 2007<sup>164</sup> über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung;
  - e.<sup>165</sup> Versichertennummer nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946<sup>166</sup> über die Alters- und Hinterlassenenversicherung.

<sup>1bis</sup> Für die Bearbeitung der diagnosebezogenen Daten treffen die Versicherer die nach Artikel 20 der Verordnung vom 14. Juni 1993<sup>167</sup> zum Bundesgesetz über den Datenschutz erforderlichen technischen und organisatorischen datensichernden Massnahmen.<sup>168</sup>

<sup>1ter</sup> Zur Aufbewahrung der diagnosebezogenen Daten werden die Personalien der Versicherten pseudonymisiert. Die Aufhebung der Pseudonymisierung kann nur durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin des Versicherers erfolgen.<sup>169</sup>

<sup>2</sup> Versicherer und Leistungserbringer können in den Tarifverträgen vereinbaren, welche Angaben und Diagnosen in der Regel nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers nach Artikel 57 des Gesetzes bekannt zu geben sind. Im Übrigen richtet sich die Bekanntgabe der Diagnose nach Artikel 42 Absätze 4 und 5 des Gesetzes. Das Departement kann auf gemeinsamen Antrag der Versicherer und der Leistungserbringer einen gesamtschweizerisch gültigen, einheitlichen Diagnose-Code festlegen.

<sup>163</sup> Eingefügt durch Art. 18 der V vom 14. Febr. 2007 über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in Kraft seit 1. Jan. 2010 (AS **2007** 497; AS **2008** 6145).

<sup>164</sup> SR **832.105**

<sup>165</sup> Eingefügt durch Art. 18 der V vom 14. Febr. 2007 über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in Kraft seit 1. Jan. 2010 (AS **2007** 497; AS **2008** 6145).

<sup>166</sup> SR **831.10**

<sup>167</sup> SR **235.11**

<sup>168</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 5097).

<sup>169</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 5097).

<sup>3</sup> Der Leistungserbringer muss für die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen und die anderen Leistungen zwei getrennte Rechnungen erstellen.<sup>170</sup>

<sup>4</sup> Bei Analysen erfolgt die Rechnungsstellung an den Schuldner der Vergütung ausschliesslich durch das Laboratorium, das die Analyse durchgeführt hat. Pauschal-tarife nach Artikel 49 KVG bleiben vorbehalten.<sup>171</sup>

<sup>5</sup> Haben Versicherer und Leistungserbringer vereinbart, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des *Tiers payant*), so hat der Leistungserbringer der versicherten Person die Kopie der Rechnung nach Artikel 42 Absatz 3 des Gesetzes zukommen zu lassen. Er kann mit dem Versicherer vereinbaren, dass dieser die Rechnungskopie zustellt.<sup>172</sup>

### 3. Kapitel: Tarife und Preise<sup>173</sup>

#### 1. Abschnitt:<sup>174</sup> Grundsätze

##### Art. 59a<sup>175</sup>

##### Art. 59b<sup>176</sup> Preisvergleiche

<sup>1</sup> Das BAG kann Preisvergleiche zwischen Arzneimitteln, die in der Spezialitäten-liste aufgeführt sind, veröffentlichen.

<sup>2</sup> Es kann auf Gesuch hin Privaten die Bekanntgabe von solchen Preisvergleichen bewilligen, wenn jede Werbung ausgeschlossen ist.

##### Art. 59c<sup>177</sup> Tarifgestaltung

<sup>1</sup> Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 des Gesetzes prüft, ob der Tarifvertrag namentlich folgenden Grundsätzen entspricht:

- a. Der Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken.

<sup>170</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 5097).

<sup>171</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 3249).

<sup>172</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS 2007 3573).

<sup>173</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

<sup>174</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997 (AS 1997 2272).

<sup>175</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 24. Juni 2009, mit Wirkung seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3525 6847 Ziff. II 2).

<sup>176</sup> Eingefügt durch Ziff. I 8 der V vom 18. Aug. 2004 (AS 2004 4037).

<sup>177</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS 2007 3573).

- b. Der Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken.
- c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen.

<sup>2</sup> Die Vertragsparteien müssen die Tarife regelmässig überprüfen und anpassen, wenn die Erfüllung der Grundsätze nach Absatz 1 Buchstaben a und b nicht mehr gewährleistet ist. Die zuständigen Behörden sind über die Resultate der Überprüfungen zu informieren.

<sup>3</sup> Die zuständige Behörde wendet die Absätze 1 und 2 bei Tariffestsetzungen nach den Artikeln 43 Absatz 5, 47 oder 48 des Gesetzes sinngemäss an.

#### **Art. 59<sup>d178</sup>** Leistungsbezogene Pauschalen

<sup>1</sup> Die Tarifpartner müssen dem Bundesrat nach den Artikeln 46 Absatz 4 und 49 Absatz 2 des Gesetzes den Tarifvertrag zur Genehmigung unterbreiten. Der Tarifvertrag muss die einheitliche Tarifstruktur und die Anwendungsmodalitäten des Tarifs beinhalten. Zusammen mit dem Gesuch um Genehmigung müssen namentlich folgende Unterlagen eingereicht werden:

- a. die Berechnungsgrundlagen und Berechnungsmethode;
- b. die Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen im Rahmen der Tarifierhebung;
- c. die Schätzungen über die Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes geregelten Bereiche, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.

<sup>2</sup> Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (*Diagnosis Related Groups*) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten. Dem Gesuch um Genehmigung beizulegen sind ergänzende Unterlagen über die Anforderungen, die die Spitäler erfüllen müssen, damit sie bei der Erarbeitung der Tarifstruktur einbezogen werden können.

<sup>3</sup> Die Tarifpartner müssen dem Bundesrat die Anpassungen des Tarifvertrags, namentlich jene der Tarifstruktur oder der Anwendungsmodalitäten, zur Genehmigung unterbreiten.

<sup>4</sup> Der Bezug zur Leistung, der nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes herzustellen ist, muss eine Differenzierung des Tarifes nach Art und Intensität der Leistung erlauben.

<sup>178</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 5097). Siehe auch die SchB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

**Art. 59**<sup>179</sup> Fallbeitrag

<sup>1</sup> Soll ein Fallbeitrag nach Artikel 49 Absatz 2 des Gesetzes erhoben werden, so müssen die Tarifpartner dem Bundesrat den entsprechenden Betrag zur Genehmigung unterbreiten. Dem Gesuch sind ein Tätigkeitsbericht der Organisation und ein Budget beizulegen, mit denen die Notwendigkeit des beantragten Betrags begründet wird.

<sup>2</sup> Wird der Fallbeitrag erhöht, so müssen die Tarifpartner dem Bundesrat den Fallbeitrag erneut zur Genehmigung unterbreiten.

<sup>3</sup> Für die Aufteilung der Finanzierung des Fallbeitrags gilt Artikel 49a Absätze 1 und 2 des Gesetzes sinngemäss.

**2. Abschnitt:**<sup>180</sup> Analysenliste**Art. 60**<sup>181</sup> Veröffentlichung

Die Analysenliste (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 1 KVG) wird in der Regel jährlich herausgegeben. Ihr Titel und die Fundstelle werden in der Amtlichen Sammlung des Bundesrechts veröffentlicht.

**Art. 61** Aufnahme, Streichung

<sup>1</sup> Vorschläge um Aufnahme einer Analyse in die Analysenliste können beim BAG eingereicht werden.

<sup>2</sup> Das BAG prüft den Vorschlag und unterbreitet ihn der zuständigen Kommission. Bei der Prüfung der Vorschläge kann es aussenstehende Experten oder Expertinnen beiziehen. Es ist befugt, von sich aus oder auf Antrag der zuständigen Kommission die Aufnahme einer Analyse von ergänzenden Prüfungen abhängig zu machen.

<sup>3</sup> Eine in die Analysenliste aufgenommene Analyse ist zu streichen, wenn sie die Aufnahmebedingungen nicht mehr erfüllt.

**Art. 62**<sup>182</sup> Separate Bezeichnung bestimmter Analysen

<sup>1</sup> Das Departement bezeichnet diejenigen Analysen, die:

- a. im Rahmen der Grundversorgung von Laboratorien nach Artikel 54 Absatz 1 durchgeführt werden können;
- b. von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen gestützt auf Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe b des Gesetzes veranlasst werden können;

<sup>179</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 5097). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

<sup>180</sup> Ursprünglich 1. Abschn.

<sup>181</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Juni 2002 (AS 2002 2129).

<sup>182</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Febr. 2000, in Kraft seit 1. April 2000 (AS 2000 889).

- c. von Hebammen gestützt auf Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe a des Gesetzes veranlasst werden können.

<sup>2</sup> Das Departement bezeichnet die im Praxislabor des Arztes oder der Ärztin vorgenommenen Analysen, für die der Tarif nach den Artikeln 46 und 48 des Gesetzes festgesetzt werden kann.

### 3. Abschnitt:<sup>183</sup> Arzneimittelliste mit Tarif

#### Art. 63

<sup>1</sup> Die Arzneimittelliste mit Tarif (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 2 KVG) wird in der Regel jährlich herausgegeben. Ihr Titel und die Fundstelle werden in der Amtlichen Sammlung des Bundesrechts veröffentlicht.

<sup>2</sup> Für die Aufnahme eines Arzneimittels in die Arzneimittelliste mit Tarif finden die Bestimmungen über die Spezialitätenliste sinngemäss Anwendung.

### 4. Abschnitt:<sup>184</sup> Spezialitätenliste

#### Art. 64<sup>185</sup> Veröffentlichung

Das BAG veröffentlicht die Spezialitätenliste (Art. 52 Abs. 1 Bst. b KVG) in elektronischer Form.

#### Art. 64a<sup>186</sup> Begriffe

<sup>1</sup> Als Originalpräparat gilt ein vom Schweizerischen Heilmittelinstitut Swissmedic (Institut) als erstes mit einem bestimmten Wirkstoff zugelassenes Arzneimittel, einschliesslich aller zum gleichen Zeitpunkt oder später zugelassenen Darreichungsformen.

<sup>2</sup> Als Generikum gilt ein vom Institut zugelassenes Arzneimittel, das im wesentlichen gleich ist wie ein Originalpräparat und das mit diesem aufgrund identischer Wirkstoffe sowie seiner Darreichungsform und Dosierung austauschbar ist.

<sup>3</sup> Als Co-Marketing-Arzneimittel gilt ein vom Institut zugelassenes Arzneimittel, das sich von einem anderen vom Institut zugelassenen Arzneimittel (Basispräparat) mit Ausnahme der Bezeichnung und der Packung nicht unterscheidet.

<sup>183</sup> Ursprünglich 2. Abschn.

<sup>184</sup> Ursprünglich 3. Abschn.

<sup>185</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 21. Nov. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 6837).

<sup>186</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717).

**Art. 65<sup>187</sup>** Allgemeine Aufnahmebedingungen

<sup>1</sup> Ein Arzneimittel kann in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, wenn es über eine gültige Zulassung des Instituts verfügt.

<sup>2</sup> Arzneimittel, für die Publikumswerbung nach Artikel 2 Buchstabe b der Arzneimittel-Werbeverordnung vom 17. Oktober 2001<sup>188</sup> betrieben wird, werden nicht in die Spezialitätenliste aufgenommen.

<sup>3</sup> Arzneimittel müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.

<sup>4</sup> Die Inhaberinnen der Zulassungen für Originalpräparate müssen dem BAG die Nummern der Patente und der ergänzenden Schutzzertifikate sowie deren Ablaufdatum mit dem Gesuch um Aufnahme in die Spezialitätenliste angeben.

<sup>5</sup> Das BAG kann die Aufnahme mit Bedingungen und Auflagen verbinden.

**Art. 65a<sup>189</sup>** Beurteilung der Wirksamkeit

Die Beurteilung der Wirksamkeit von allopathischen Arzneimitteln muss sich auf klinisch kontrollierte Studien abstützen.

**Art. 65b<sup>190</sup>** Beurteilung der Wirtschaftlichkeit im Allgemeinen

<sup>1</sup> Ein Arzneimittel gilt als wirtschaftlich, wenn es die indizierte Heilwirkung mit möglichst geringem finanziellem Aufwand gewährleistet.

<sup>2</sup> Die Wirtschaftlichkeit wird aufgrund des Vergleichs mit anderen Arzneimitteln und der Preisgestaltung im Ausland beurteilt.

<sup>3</sup> Der Auslandspreisvergleich erfolgt summarisch, wenn er mangels Zulassung in den Vergleichsländern zum Zeitpunkt des Gesuchs um Aufnahme nicht oder nur unvollständig vorgenommen werden kann.

<sup>4</sup> Die Kosten für Forschung und Entwicklung sind bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit eines Originalpräparates angemessen zu berücksichtigen. Zur Abgeltung dieser Kosten wird im Preis ein Innovationszuschlag berücksichtigt, wenn das Arzneimittel in der medizinischen Behandlung einen Fortschritt bedeutet.

**Art. 65c<sup>191</sup>** Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bei Generika

<sup>1</sup> Bei Generika werden für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit die geringeren Kosten für die Entwicklung im Vergleich zum Originalpräparat berücksichtigt.

<sup>187</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4245).

<sup>188</sup> SR 812.212.5

<sup>189</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4245).

<sup>190</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4245).

<sup>191</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4245).

<sup>2</sup> Ein Generikum gilt bei der Aufnahme in die Spezialitätenliste als wirtschaftlich, wenn sein Fabrikabgabepreis gegenüber dem mit ihm austauschbaren Originalpräparat:

- a. mindestens 10 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel während vier Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr 4 Millionen Franken nicht übersteigt;
- b. mindestens 20 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel während vier Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr zwischen 4 Millionen und 8 Millionen Franken liegt;
- c. mindestens 40 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel während vier Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr zwischen 8 Millionen und 16 Millionen Franken liegt;
- d. mindestens 50 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel während vier Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr zwischen 16 Millionen und 25 Millionen Franken liegt;
- e. mindestens 60 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel während vier Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr 25 Millionen Franken übersteigt.<sup>192</sup>

<sup>3</sup> Massgebend für die Berechnung des Fabrikabgabepreises des Generikums ist das ausländische Durchschnittspreisniveau zum Zeitpunkt des Patentablaufs des Originalpräparates in der Schweiz gemessen an dessen meistverkauften Packung.

<sup>4</sup> Das Schweizer Marktvolumen pro Jahr nach Absatz 2 bemisst sich auf der Basis des Fabrikabgabepreises des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel und muss sämtliche Handelsformen desselben Wirkstoffes umfassen. Das Gesuch um Aufnahme eines Generikums in die Spezialitätenliste muss das Schweizer Marktvolumen gestützt auf Umsatzerhebungen eines unabhängigen Institutes enthalten.

<sup>5</sup> Generika, die vor der Preisüberprüfung des Originalpräparates nach Artikel 65e in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, werden nach der Preisüberprüfung zur Wahrung des Abstands preislich angepasst.

**Art. 65d<sup>193</sup>** Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre

<sup>1</sup> Das BAG überprüft sämtliche Arzneimittel, die in der Spezialitätenliste aufgeführt sind, alle drei Jahre daraufhin, ob sie die Aufnahmebedingungen noch erfüllen.

<sup>192</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Febr. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 653).

<sup>193</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4245).

<sup>1bis</sup> Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wird der Vergleich mit anderen Arzneimitteln nur durchgeführt, wenn der Vergleich mit der Preisgestaltung im Ausland nicht möglich ist.<sup>194</sup>

<sup>1ter</sup> Das Departement kann beim Auslandpreisvergleich eine Toleranzmarge vorsehen, mit der Wechselkursschwankungen berücksichtigt werden.<sup>195</sup>

<sup>2</sup> Ergibt die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit aufgrund der umsatzstärksten Packung, dass der geltende Höchstpreis zu hoch ist, so verfügt das BAG auf den 1. November des Überprüfungsjahres eine angemessene Preissenkung.

<sup>3</sup> Die Inhaberinnen der Zulassungen haben dem BAG alle notwendigen Unterlagen zuzustellen. Das Departement erlässt zum Verfahren der Überprüfung nähere Vorschriften.

#### **Art. 65<sup>e</sup>**<sup>196</sup> Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach Patentablauf

<sup>1</sup> Das BAG überprüft Originalpräparate unmittelbar nach Ablauf des Patentschutzes daraufhin, ob sie die Aufnahmebedingungen noch erfüllen. Verfahrenspatente werden bei der Überprüfung nicht berücksichtigt.

<sup>2</sup> Bei der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit werden die Kosten für Forschung und Entwicklung nicht mehr berücksichtigt.

<sup>3</sup> Ergibt die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit, dass der geltende Höchstpreis zu hoch ist, so verfügt das BAG eine Preissenkung.

#### **Art. 66<sup>f</sup>**<sup>197</sup> Indikationserweiterung

<sup>1</sup> Lässt das Institut für ein Originalpräparat, das ohne Limitierung in der Spezialitätenliste aufgenommen ist, eine neue Indikation zu, so überprüft das BAG das Originalpräparat erneut daraufhin, ob die Aufnahmebedingungen erfüllt sind.<sup>198</sup>

<sup>2</sup> Die Inhaberinnen der Zulassungen für Originalpräparate müssen das BAG unaufgefordert informieren, sobald ihnen das Institut die Zulassung einer neuen Indikation für ihr Originalpräparat erteilt hat.

<sup>194</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 21. März 2012, in Kraft seit 1. Mai 2012 (AS 2012 1767).

<sup>195</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 21. März 2012, in Kraft seit 1. Mai 2012 (AS 2012 1767).

<sup>196</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4245).

<sup>197</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717). Siehe auch die SchlB der Änd. vom 27. Juni 2007 am Ende dieser Verordnung.

<sup>198</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4245).

**Art. 66a**<sup>199</sup> Limitierungsänderung

<sup>1</sup> Stellt die ZulassungsinhaberIn für ein Arzneimittel der Spezialitätenliste ein Gesuch um Änderung oder Aufhebung einer Limitierung, so überprüft das BAG die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit des Arzneimittels.

<sup>2</sup> ...<sup>200</sup>

**Art. 66b**<sup>201</sup> Co-Marketing-Arzneimittel

Ist ein nach den Artikeln 65a–66a zu überprüfendes Originalpräparat auch Basispräparat eines Co-Marketing-Arzneimittels, so wird dieses gleichzeitig mit dem Basispräparat überprüft.

**Art. 67**<sup>202</sup> Preise

<sup>1</sup> Die Spezialitätenliste enthält die bei Abgabe durch Apothekerinnen und Apotheker, Ärztinnen und Ärzte sowie Spitäler und Pflegeheime massgebenden Höchstpreise.<sup>203</sup>

<sup>1bis</sup> Der Höchstpreis besteht aus dem Fabrikabgabepreis und dem Vertriebsanteil.<sup>204</sup>

<sup>1ter</sup> Der Fabrikabgabepreis gilt die Leistungen, Abgaben inbegriffen, der Herstellungs- und der Vertriebsfirma bis zur Ausgabe ab Lager in der Schweiz ab.<sup>205</sup>

<sup>1quater</sup> Der Vertriebsanteil gilt die logistischen Leistungen ab. Er setzt sich wie folgt zusammen:

- a. für Arzneimittel, die aufgrund der Einteilung des Instituts verschreibungspflichtig sind, aus:
  1. einem im Verhältnis zur Höhe des Fabrikabgabepreises bemessenen Zuschlag (preisbezogener Zuschlag), namentlich für Kapitalkosten, Lagerhaltung und ausstehende Guthaben,
  2. einem Zuschlag je Packung, namentlich für Transport-, Infrastruktur- und Personalkosten;
- b. für Arzneimittel, die aufgrund der Einteilung des Instituts nicht verschreibungspflichtig sind, aus einem preisbezogenen Zuschlag.<sup>206</sup>

<sup>199</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.

<sup>200</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, mit Wirkung seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4245).

<sup>201</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717).

<sup>202</sup> Siehe die SchlB der Änd. vom 2. Okt. 2000 am Ende dieser Verordnung.

<sup>203</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 2835).

<sup>204</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 2835).

<sup>205</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 2835).

<sup>206</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Okt. 2000 (AS 2000 2835). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4245). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.

<sup>2</sup> Für die Erhöhung der in der Spezialitätenliste festgesetzten Preise bedarf es einer Bewilligung des BAG. Die Bewilligung kann nur erteilt werden, wenn:

- a. das Arzneimittel die Aufnahmebedingungen noch erfüllt;
- b. seit der Aufnahme oder der letzten Preiserhöhung mindestens zwei Jahre verstrichen sind.

2bis ...<sup>207</sup>

<sup>2ter</sup> Übersteigt der bei der Aufnahme eines Arzneimittels in die Spezialitätenliste dem verfügbaren Höchstpreis zugrunde gelegte Fabrikabgabepreis den bei der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit ermittelten Fabrikabgabepreis um mehr als 3 Prozent und betragen die dadurch erzielten Mehreinnahmen mindestens 20 000 Franken, so kann das BAG den Inhaberinnen der Zulassung für ein Arzneimittel zur Rückerstattung der seit der Aufnahme erzielten Mehreinnahmen an die gemeinsame Einrichtung nach Artikel 18 des Gesetzes verpflichten.<sup>208</sup>

3 ...<sup>209</sup>

4 ...<sup>210</sup>

#### **Art. 68**           Streichung

<sup>1</sup> Ein in der Spezialitätenliste aufgeführtes Arzneimittel wird gestrichen, wenn:

- a. es nicht mehr alle Aufnahmebedingungen erfüllt;
- b. der in der jeweils geltenden Liste enthaltene Preis ohne Zustimmung des BAG erhöht wird;
- c.<sup>211</sup> die Inhaberin der Zulassung für ein Originalpräparat die gemäss Artikel 65 Absatz 5 verfügbaren Auflagen und Bedingungen nicht erfüllt;
- d.<sup>212</sup> die Inhaberin der Zulassung des Arzneimittels direkt oder indirekt Publikumswerbung dafür betreibt;
- e.<sup>213</sup> die Gebühren oder Kosten nach Artikel 71 nicht rechtzeitig entrichtet werden.

<sup>207</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Juni 2002 (AS **2002** 2129). Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, mit Wirkung seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4245).

<sup>208</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Juni 2002 (AS **2002** 2129). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717).

<sup>209</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, mit Wirkung seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4245).

<sup>210</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996 (AS **1996** 3139). Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 2. Okt. 2000, mit Wirkung seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2835).

<sup>211</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4245).

<sup>212</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Juni 2002 (AS **2002** 2129). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717).

<sup>213</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Juni 2002 (AS **2002** 2129).

<sup>2</sup> Streichungen werden drei Monate nach ihrer Veröffentlichung im Bulletin des BAG (Art. 72 Bst. a) wirksam. Beim Vorliegen besonderer Gründe werden sie mit der Veröffentlichung wirksam.<sup>214</sup>

#### **Art. 69**<sup>215</sup> Gesuche

<sup>1</sup> Das Gesuch um Aufnahme eines verwendungsfertigen Arzneimittels in die Spezialitätenliste ist beim BAG einzureichen.

<sup>2</sup> Für jede Änderung eines in die Spezialitätenliste aufgenommenen Arzneimittels oder seines Preises ist ein neues Gesuch einzureichen. Bei Änderung in der Zusammensetzung der Wirkstoffe ist dem Gesuch die geänderte Zulassung des Instituts beizulegen.<sup>216</sup>

<sup>3</sup> Aus den Unterlagen, die dem Gesuch beigelegt sind, muss hervorgehen, dass die Aufnahmebedingungen erfüllt sind.

<sup>4</sup> Das Gesuch um Aufnahme in die Spezialitätenliste kann eingereicht werden, wenn die vom Institut im Rahmen der Voranzeige nach Artikel 6 der Arzneimittelverordnung vom 17. Oktober 2001<sup>217</sup> bestätigten Angaben zur Indikation und zur Dosierung vorliegen. Das BAG tritt auf das Gesuch ein, sobald ihm die dazu gehörende Dokumentation vollständig vorliegt.<sup>218</sup>

#### **Art. 69a**<sup>219</sup>

#### **Art. 70**<sup>220</sup> Aufnahme ohne Gesuche

Das BAG kann ein vom Institut zugelassenes Arzneimittel, das für die medizinische Behandlung von grosser Bedeutung ist, auch ohne Antrag des Herstellers oder Importeurs oder gegen dessen Antrag in die Spezialitätenliste aufnehmen oder darin belassen. Es legt dabei die Höhe der Vergütung fest, die der Versicherer zu übernehmen hat.

#### **Art. 70a**<sup>221</sup> Nähere Vorschriften

Das Departement erlässt nähere Vorschriften:

- a. zum Verfahren der Aufnahme eines Arzneimittels in die Spezialitätenliste;
- b. über die Wirksamkeits-, Zweckmässigkeits- und Wirtschaftlichkeitskriterien;

<sup>214</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Aug. 1998 (AS **1998** 1818).

<sup>215</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Juni 2002 (AS **2002** 2129).

<sup>216</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717).

<sup>217</sup> **SR 812.212.21**

<sup>218</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717).

<sup>219</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Juni 2002 (AS **2002** 2129). Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, mit Wirkung seit 1. Aug. 2007 (AS **2007** 3573).

<sup>220</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717).

<sup>221</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4245).

- c. zum Verfahren der Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach den Artikeln 65*d* und 65*e*.

**Art. 71**           Gebühren und Kosten

- <sup>1</sup> Für jedes Gesuch hat der Gesuchsteller eine Gebühr zu entrichten.
- <sup>2</sup> Ausserordentliche Auslagen, namentlich für weitere Expertisen, können zusätzlich in Rechnung gestellt werden.
- <sup>3</sup> Für jedes in die Spezialitätenliste aufgenommene Arzneimittel sowie für jede darin aufgeführte Packung ist jährlich eine Gebühr zu bezahlen. Diese deckt die Kosten der Herausgabe der Spezialitätenliste.
- <sup>4</sup> Das Departement setzt die Höhe der Gebühren fest.

**Art. 71a**<sup>222</sup>       Übernahme der Kosten eines Arzneimittels der Spezialitätenliste ausserhalb der genehmigten Fachinformation oder Limitierung

<sup>1</sup> Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten eines in die Spezialitätenliste aufgenommenen Arzneimittels für eine Anwendung ausserhalb der vom Institut genehmigten Fachinformation oder ausserhalb der in der Spezialitätenliste festgelegten Limitierung nach Artikel 73, wenn:

- a. der Einsatz des Arzneimittels eine unerlässliche Voraussetzung für die Durchführung einer anderen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistung bildet und diese eindeutig im Vordergrund steht; oder
- b. vom Einsatz des Arzneimittels ein grosser therapeutischer Nutzen gegen eine Krankheit erwartet wird, die für die versicherte Person tödlich verlaufen oder schwere und chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen kann, und wegen fehlender therapeutischer Alternativen keine andere wirksame und zugelassene Behandlungsmethode verfügbar ist.

<sup>2</sup> Sie übernimmt die Kosten des Arzneimittels nur auf besondere Gutsprache des Versicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.

<sup>3</sup> Die zu übernehmenden Kosten müssen in einem angemessenen Verhältnis zum therapeutischen Nutzen stehen. Der Versicherer bestimmt die Höhe der Vergütung. Der in der Spezialitätenliste aufgeführte Preis gilt als Höchstpreis.

**Art. 71b**<sup>223</sup>       Übernahme der Kosten eines nicht in die Spezialitätenliste aufgenommenen Arzneimittels

<sup>1</sup> Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten eines vom Institut zugelassenen verwendungsfertigen Arzneimittels, das nicht in die Spezialitätenliste aufgenommen ist.

<sup>222</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Febr. 2011, in Kraft seit 1. März 2011 (AS 2011 653).

<sup>223</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Febr. 2011, in Kraft seit 1. März 2011 (AS 2011 653).

tätenliste aufgenommen ist, für eine Anwendung innerhalb oder ausserhalb der Fachinformation, wenn die Voraussetzungen nach Artikel 71a Absatz 1 Buchstabe a oder b erfüllt sind.

<sup>2</sup> Sie übernimmt die Kosten eines vom Institut nicht zugelassenen Arzneimittels, das nach dem Heilmittelgesetz eingeführt werden darf, wenn die Voraussetzungen nach Artikel 71a Absatz 1 Buchstabe a oder b erfüllt sind und das Arzneimittel von einem Land mit einem vom Institut als gleichwertig anerkannten Zulassungssystem für die entsprechende Indikation zugelassen ist.

<sup>3</sup> Sie übernimmt die Kosten des Arzneimittels nur auf besondere Gutsprache des Versicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.

<sup>4</sup> Die zu übernehmenden Kosten müssen in einem angemessenen Verhältnis zum therapeutischen Nutzen stehen. Der Versicherer bestimmt die Höhe der Vergütung.

## 5. Abschnitt:<sup>224</sup>

### **Gemeinsame Bestimmungen für die Analysenliste, die Arzneimittelliste mit Tarif und die Spezialitätenliste<sup>225</sup>**

**Art. 72** Veröffentlichungen im Bulletin des BAG<sup>226</sup>

Im Bulletin des BAG werden veröffentlicht:<sup>227</sup>

- a. Streichungen aus der Spezialitätenliste;
- b.<sup>228</sup> andere Änderungen der Spezialitätenliste;
- c. Änderungen der Arzneimittelliste mit Tarif, die keine Neuauflage dieser Liste erfordern;
- d.<sup>229</sup> Änderungen der Analysenliste, die ausserhalb der jährlichen Publikationen wirksam werden;
- e.<sup>230</sup> Änderungen der Mittel- und Gegenständeliste (Art. 33 Bst. e), die ausserhalb der jährlichen Publikationen wirksam werden.

<sup>224</sup> Ursprünglich 4. Abschn.

<sup>225</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

<sup>226</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Aug. 1998 (AS 1998 1818).

<sup>227</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Aug. 1998 (AS 1998 1818).

<sup>228</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 2835).

<sup>229</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 3249).

<sup>230</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS 2007 3573).

**Art. 73** Limitierungen

Die Aufnahme in eine Liste kann unter der Bedingung einer Limitierung erfolgen. Die Limitierung kann sich insbesondere auf die Menge oder die medizinischen Indikationen beziehen.

**Art. 74** Gesuche und Vorschläge

Das BAG kann, nach Anhören der zuständigen Kommission, Weisungen über die Form, den Inhalt und die Einreichungsfrist von Gesuchen betreffend die Spezialitätenliste und Vorschläge betreffend die Analysenliste oder die Arzneimittelliste mit Tarif erlassen.

**Art. 75<sup>231</sup>** Nähere Vorschriften

Das Departement erlässt, nach Anhören der zuständigen Kommissionen, nähere Vorschriften über die Erstellung der Listen.

**4. Kapitel:  
Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen****Art. 76** Angaben über die erbrachten Leistungen

Die Versicherer können gemeinsam Angaben über Art und Umfang der von den verschiedenen Leistungserbringern erbrachten Leistungen und die dafür in Rechnung gestellten Vergütungen bearbeiten, dies ausschliesslich zu folgenden Zwecken:

- a. Analyse der Kosten und deren Entwicklung;
- b. Kontrolle und Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen im Sinne von Artikel 56 des Gesetzes;
- c. Gestaltung von Tarifverträgen.

**Art. 77** Qualitätssicherung

<sup>1</sup> Die Leistungserbringer oder deren Verbände erarbeiten Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität. Die Modalitäten der Durchführung (Kontrolle der Erfüllung und Folgen der Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen sowie Finanzierung) werden in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern oder deren Verbänden vereinbart. Die Bestimmungen haben den allgemein anerkannten Standards zu entsprechen, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.

<sup>2</sup> Die Vertragsparteien sind verpflichtet, das BAG über die jeweils gültigen Vertragsbestimmungen zu informieren. Das BAG kann über die Durchführung der Qualitätssicherung eine Berichterstattung verlangen.

<sup>231</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4245).

<sup>3</sup> In den Bereichen, in denen kein Vertrag abgeschlossen werden konnte oder dieser nicht den Anforderungen von Absatz 1 entspricht, erlässt der Bundesrat die erforderlichen Bestimmungen. Er hört zuvor die interessierten Organisationen an.

<sup>4</sup> Das Departement setzt nach Anhören der zuständigen Kommission die Massnahmen nach Artikel 58 Absatz 3 des Gesetzes fest.

## 5. Titel: Finanzierung

### 1. Kapitel: Reserven, Rechnungslegung und Revision<sup>232</sup>

#### 1. Abschnitt:<sup>233</sup> Reserven

##### Art. 78 Bestimmung der Reserven

<sup>1</sup> Die Reserven bestimmen sich aus der Differenz der Aktiven und dem Wert der Verpflichtungen.

<sup>2</sup> Die Aktiven sind marktnah zu bewerten. Der marktnahe Wert der Aktiven ist der Marktwert oder, wo ein solcher nicht verfügbar ist, der Marktwert eines vergleichbaren Aktivums oder ein Wert nach Massgabe einer Modellrechnung.

<sup>3</sup> Der Wert der Verpflichtungen ist so zu schätzen, dass er dem tatsächlichen Wert möglichst genau entspricht.

<sup>4</sup> Bei der Bestimmung der Aktiven und des Werts der Verpflichtungen werden die Bilanzpositionen des Versicherungsgeschäftes nach dem Versicherungsvertragsgesetz vom 2. April 1908<sup>234</sup> nicht berücksichtigt.<sup>235</sup>

<sup>5</sup> Das Departement kann die Einzelheiten der Bewertung der Aktiven und der Verpflichtungen festlegen.

##### Art. 78a<sup>236</sup> Mindesthöhe der Reserven

<sup>1</sup> Die Reserven müssen mindestens so hoch sein, dass der Durchschnitt der am Jahresende möglichen Reservebestände, die unter dem Schwellenwert liegen, null ist. Der Schwellenwert ist derjenige Wert, den die Reserven im Laufe eines Jahres mit einer Wahrscheinlichkeit von 99 Prozent überschreiten.

<sup>2</sup> Das Departement legt ein Modell zur Ermittlung der Mindesthöhe der Reserven fest. Dieses umfasst:

- a. die Quantifizierung der versicherungstechnischen Risiken, der Marktrisiken und der Kreditrisiken;

<sup>232</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3449).

<sup>233</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3449). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss dieses Textes.

<sup>234</sup> SR 221.229.1

<sup>235</sup> Siehe auch die UeB Änd. 22.6.2011 am Schluss dieses Textes.

<sup>236</sup> Siehe auch die UeB Änd. 22.6.2011 am Schluss dieses Textes.

- b. die Auswertung von Szenarien im Bereich der versicherungstechnischen Risiken, der Marktrisiken und der Kreditrisiken;
- c. ein Aggregationsverfahren, das die Resultate der Quantifizierung der Risiken und die Auswertung der Szenarien unter Berücksichtigung des Diversifikationseffekts vereinigt.

**Art. 78b** Häufigkeit und Zeitpunkt der Ermittlung

<sup>1</sup> Die Versicherer ermitteln zu Beginn jedes Kalenderjahrs die vorhandenen Reserven und die Mindesthöhe der Reserven.

<sup>2</sup> Ändert sich im Laufe des Jahres die Risikosituation eines Versicherers erheblich, so sind die vorhandenen Reserven und die Mindesthöhe der Reserven auch unterjährig näherungsweise zu ermitteln und dem BAG mitzuteilen.

<sup>3</sup> Der Versicherer legt in seinem Gesuch um Prämien genehmigung eine Schätzung der möglichen vorhandenen Reservebestände per Ende des laufenden Jahres und eine Prognose der Mindesthöhe der Reserven für das folgende Kalenderjahr bei. Die Prognose umfasst mehrere Varianten und damit verbundene Eintrittswahrscheinlichkeiten, die dem individuellen Risiko von Bestandesänderungen Rechnung tragen.

**Art. 78c** Berichterstattung

<sup>1</sup> Die Versicherer verfassen jährlich einen Bericht über die Berechnung der vorhandenen Reserven und der Mindesthöhe der Reserven.

<sup>2</sup> Der Bericht muss alle Informationen enthalten, die zum Verständnis der Berechnung der vorhandenen Reserven und der Mindesthöhe der Reserven sowie zur Risikosituation des Versicherers notwendig sind.

<sup>3</sup> Er ist von der Geschäftsleitung zu unterzeichnen und dem BAG einzureichen. Das Departement legt den Zeitpunkt der Einreichung fest.

**Art. 79**

*Aufgehoben*

## **2. Abschnitt:<sup>237</sup> Anlage des Vermögens**

**Art. 80** Geltungsbereich

<sup>1</sup> Dieser Abschnitt gilt für das Vermögen der Versicherer.

<sup>2</sup> Als Vermögen der Versicherer gelten deren Kapitalanlagen, einschliesslich der Immobilien, und deren den Kapitalanlagen zugeordnete flüssige Mittel. Nicht als

<sup>237</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2010 6155). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss dieses Textes.

Vermögen gelten die Werte des Versicherungsgeschäftes nach dem Versicherungsvertragsgesetz vom 2. April 1908<sup>238</sup>.

#### **Art. 80a** Anlagegrundsätze

<sup>1</sup> Der Versicherer muss sein Vermögen sorgfältig anlegen, verwalten und überwachen.

<sup>2</sup> Er achtet auf die Sicherheit und Nachhaltigkeit, gewährleistet die erforderliche Liquidität und verteilt das Risiko bezüglich Anlagekategorien, Regionen, Wirtschaftszweigen sowie Schuldnerinnen und Schuldnern angemessen.

<sup>3</sup> Er definiert eine auf seine Risikofähigkeit zugeschnittene Anlagestrategie, überprüft diese periodisch und passt sie bei Bedarf an.

<sup>4</sup> Er strebt einen dem Geld-, Kapital- und Immobilienmarkt angemessenen Ertrag an.

<sup>5</sup> Er verfügt über das seiner Anlagestrategie entsprechende Fachwissen und wendet die erforderlichen Abläufe an, um die Risiken seiner Anlagen jederzeit einschätzen zu können.

<sup>6</sup> Er stellt sicher, dass die Anlagen einfach zu bewerten sind und die Schuldnerbonität gut und überprüfbar ist.

#### **Art. 80b** Anforderungen an die Vermögensverwaltung

<sup>1</sup> Der Versicherer darf nur Personen und Einrichtungen mit der Anlage und Verwaltung seines Vermögens betrauen, die dazu befähigt und so organisiert sind, dass sie für die Einhaltung der Vorschriften dieses Abschnitts Gewähr bieten.

<sup>2</sup> Er stellt sicher, dass sein Vermögen durch unterschiedliche, voneinander unabhängige Personen verwaltet und überwacht wird.

<sup>3</sup> Er regelt einen allfälligen Auftrag an Dritte, Vermögen anzulegen oder zu verwalten, in einem schriftlichen Vertrag und bringt diesen dem BAG zur Kenntnis.

<sup>4</sup> Er verwahrt das Vermögen in der Schweiz.

#### **Art. 80c** Anlagereglement

<sup>1</sup> Der Versicherer erlässt ein Anlagereglement.

<sup>2</sup> Das Anlagereglement:

- a. legt die Ziele und Grundsätze, die Organisation und die Prozesse der Vermögensverwaltung und deren Überwachung fest;
- b. enthält Vorschriften, mit denen Interessenkonflikte vermieden werden können, namentlich über die Zulässigkeit der Weitergabe von Bankkommissionen und die Zulässigkeit von Eigengeschäften;
- c. regelt die Offenlegungspflichten der mit der Anlage des Vermögens betrauten Personen;

<sup>238</sup> SR 221.229.1

d. legt eine minimale Schuldnerbonität fest.

<sup>3</sup> Das Anlagereglement und seine Änderungen sind dem BAG zur Kenntnis zu bringen.

#### **Art. 80d** Zulässige Anlagen

<sup>1</sup> Folgende Anlagen sind zulässig:

- a. Bargeld, Post- und Bankguthaben auf Sicht und auf Zeit sowie Festgelder und Geldmarktanlagen;
- b. andere Forderungen, die auf einen festen Geldbetrag lauten, als diejenigen nach Buchstabe a, namentlich Anleihsobligationen, Optionsanleihen, Wandelanleihen und Pfandbriefe;
- c. sofern an einer Börse oder an einem anderen geregelten, dem Publikum offenen stehenden Markt gehandelt und kurzfristig veräusserbar, Aktien, Partizipations- und Genussscheine, Anteilscheine von Genossenschaften und andere Kapitalbeteiligungen;
- d. Wohn- und Geschäftsliegenschaften im Allein- oder Miteigentum, einschliesslich selbstgenutzter Verwaltungsraum, mit Ausnahme von Hypothekarkrediten;
- e. Anlagen in Institutionen, die der Durchführung der sozialen Krankenversicherung dienen.

<sup>2</sup> Nicht zulässig sind Anlagen, bei denen dem Schuldner oder der Schuldnerin ein Pfand-, Zurückbehaltungs-, Verrechnungs- oder ein vergleichbares Recht zukommt.

<sup>3</sup> Anlagen nach Absatz 1 Buchstabe e sind dem BAG zur Genehmigung zu unterbreiten.

#### **Art. 80e** Begrenzungen der Anlagen

<sup>1</sup> Die Anforderungen nach den Artikeln 80e–80i sind jederzeit einzuhalten.

<sup>2</sup> Je Schuldnerin oder Schuldner sind die Anlagen auf 5 Prozent des Vermögens begrenzt. Anlagen nach Artikel 80d Absatz 1 Buchstabe a sind auf 20 Prozent des Vermögens je Schuldnerin oder Schuldner begrenzt, wenn eine Bank nach dem Bankengesetz vom 8. November 1934<sup>239</sup> oder die Post nach dem Postgesetz vom 30. April 1997<sup>240</sup> Schuldnerin ist. Diese Begrenzungen gelten nicht für Forderungen gegenüber der Eidgenossenschaft, den Kantonen und schweizerischen Pfandbriefinstituten.

<sup>3</sup> Anlagen nach Artikel 80d Absatz 1 Buchstabe c sind auf 25 Prozent des Vermögens begrenzt.

<sup>4</sup> Anlagen nach Artikel 80d Absatz 1 Buchstabe d sind auf 25 Prozent des Vermögens begrenzt, wobei:

<sup>239</sup> SR 952.0

<sup>240</sup> SR 783.0

- a. höchstens 5 Prozent des Vermögens im Ausland angelegt werden dürfen;
- b. je Objekt höchstens 5 Prozent des Vermögens angelegt werden dürfen, soweit der Versicherer das Objekt nicht selber nutzt.

<sup>5</sup> Anlagen nach Artikel 80*d* Absatz 1 Buchstabe e sind auf 2 Prozent des Vermögens begrenzt.

<sup>6</sup> Die Begrenzungen nach den Absätzen 2–5 können überschritten werden für Anlagen, die mit derivativen Finanzinstrumenten nach Artikel 80*h* effektiv abgesichert sind.

<sup>7</sup> Das BAG kann Weisungen zur Berechnung der Begrenzungen erlassen.

#### **Art. 80*f*** Anlagen in Fremdwährungen

Anlagen in Fremdwährungen sind auf 20 Prozent des Vermögens begrenzt, es sei denn, sie sind mit derivativen Finanzinstrumenten nach Artikel 80*h* gegenüber Währungsrisiken effektiv abgesichert.

#### **Art. 80*g*** Kollektive Anlagen

<sup>1</sup> Die Anlagen nach Artikel 80*d* Absatz 1 können über schweizerische und ausländische kollektive Anlagen im Sinne der Artikel 8, 9 und 119 Absatz 1 des Bundesgesetzes vom 23. Juni 2006<sup>241</sup> über die kollektiven Kapitalanlagen erfolgen.

<sup>2</sup> Jede kollektive Anlage:

- a. muss von der FINMA genehmigt und zum Vertrieb in der Schweiz zugelassen sein;
- b. darf nur Anlagen nach Artikel 80*d* Absatz 1 enthalten;
- c. muss ihre Organisationsform bezüglich Anlagerichtlinien, Kompetenzregelung, Anteilsermittlung sowie Kauf und Rücknahme der Anteile so regeln, dass die Interessen der daran beteiligten Versicherer in nachvollziehbarer Weise gewahrt sind.

<sup>3</sup> Für die Einhaltung der Begrenzungen sind die in den kollektiven Anlagen enthaltenen Anlagen und Fremdwährungen mit einzurechnen. Enthält eine kollektive Anlage verschiedene Kategorien von Anlagen nach Artikel 80*d* Absatz 1 oder verschiedene Währungen, so werden diese anteilmässig auf die Anlagekategorien oder die Währungen aufgeteilt, wenn die Anteile nachweisbar sind. Sind die Anteile nicht nachweisbar, so wird die kollektive Anlage gesamthaft derjenigen Anlage mit der stärksten Begrenzung zugeordnet.

<sup>4</sup> Kollektive Anlagen sind auf 5 Prozent des Vermögens je Anlage begrenzt. Ausgenommen von dieser Begrenzung sind kollektive Anlagen, sofern:

- a. deren Anlagen nachweisbar angemessen diversifiziert sind; und

<sup>241</sup> SR 951.31

- b. deren Vermögenswerte im Konkursfall der kollektiven Anlage oder deren Depotbank zugunsten der Anlegerinnen und Anleger ausgedeutert werden können.

**Art. 80h** Derivative Finanzinstrumente

<sup>1</sup> Derivative Finanzinstrumente sind zulässig, wenn sie folgende Bedingungen erfüllen:

- a. Sie dienen ausschliesslich der Absicherung des Vermögens.
- b. Sie wirken nicht als Hebel auf das Vermögen.
- c. Die Basiswerte sind nach Artikel 80d zulässig, im Vermögen vorhanden und vollziehen die abgesicherten Schwankungen des Marktes nach.

<sup>2</sup> Beim Einsatz von derivativen Finanzinstrumenten sind deren Handelbarkeit und die Bonität der Gegenpartei zu beachten.

**Art. 80i** Ausschluss der Effektenleihe

Die Effektenleihe (Art. 75 Abs. 2 der Aufsichtsverordnung vom 9. Nov. 2005<sup>242</sup>) sowie der Verkauf von Wertschriften mit der Verpflichtung, die gleiche Menge und Gattung an Wertschriften später wieder zurückzukaufen, sind unzulässig.

### 3. Abschnitt: Rechnungslegung

**Art. 81** Grundsätze

<sup>1</sup> Die Versicherer führen für die soziale Krankenversicherung eine gesonderte Rechnung. Aufwand und Ertrag sind getrennt auszuweisen für:

- a. die obligatorische ordentliche Krankenpflegeversicherung;
- b. jede besondere Versicherungsform nach Artikel 62 des Gesetzes;
- c. die Taggeldversicherung.

<sup>2</sup> Versicherer, die eine gesonderte Rechnung für die kollektive Taggeldversicherung (Art. 75 Abs. 2 KVG) führen, richten ihr Rechnungswesen so ein, dass sie die jährlichen Betriebsergebnisse jedes Kollektivvertrages ausweisen können.

<sup>3</sup> Das BAG kann zur Rechnungsführung Weisungen erteilen. Fehlen Weisungen, so sind die Artikel 662a und 957–963 OR<sup>243</sup> anwendbar.

**Art. 82** Kontenplan und Regeln für die Rechnungsführung

Für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung erarbeiten die Versicherer gemeinsam einen einheitlichen Kontenplan und einheitliche Regeln für die Rechnungsführung und reichen sie dem BAG zur Genehmigung ein. Mit der Genehmi-

<sup>242</sup> SR 961.011

<sup>243</sup> SR 220

gung werden diese Grundlagen für alle Versicherer verbindlich. Können sich die Versicherer nicht einigen, erlässt das Departement im Einvernehmen mit dem Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement die entsprechenden Richtlinien.

**Art. 83** Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle

<sup>1</sup> Jeder Versicherer hat Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle zu bilden:

- a. für die obligatorische Krankenpflegeversicherung;
- b. für die Taggeldversicherung.

<sup>2</sup> Die Versicherer berichtigen in der laufenden Rechnung die bilanzierten Rückstellungen, wenn diese nicht mit dem tatsächlichen, aufgrund der Vorjahreskosten berechneten Bedarf übereinstimmen.

**Art. 84** Verwaltungskosten

<sup>1</sup> Die Verwaltungskosten der Krankenversicherung müssen unter den folgenden Bereichen verteilt werden:

- a. Obligatorische Krankenpflegeversicherung;
- b. Taggeldversicherung;
- c. Zusatzversicherungen und weitere Versicherungsarten.

<sup>2</sup> Diese Verteilung erfolgt entsprechend dem tatsächlichen Aufwand.

**Art. 85** Mitteilungen an das BAG

<sup>1</sup> Die Versicherer haben dem BAG bis zum 31. März des dem Geschäftsjahr folgenden Jahres die Bilanz, die Betriebsrechnung und einen Bericht zum abgeschlossenen Geschäftsjahr einzureichen. Der Beschluss des zuständigen Organs des Versicherers über die Genehmigung der Rechnung kann spätestens bis zum 30. Juni nachgereicht werden.<sup>244</sup>

<sup>2</sup> Die Versicherer haben dem BAG bis zum 31. Juli des laufenden Geschäftsjahres ein Budget für das folgende Geschäftsjahr einzureichen.

<sup>3</sup> Die Bilanz, die Betriebsrechnungen und das Budget sind auf den vom BAG erstellten Formularen einzureichen.

**Art. 85a**<sup>245</sup> Veröffentlichung

<sup>1</sup> Die Versicherer veröffentlichen den Geschäftsbericht und reichen ihn dem BAG jedes Jahr bis zum 30. Juni ein. Sie stellen ihn allen interessierten Personen zur Verfügung.

<sup>244</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3573).

<sup>245</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juni 2003 (AS 2003 3249). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 9. Nov. 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS 2005 5639).

<sup>2</sup> Der Geschäftsbericht muss die Eckdaten nach Versicherungszweig und die Kennzahlen nach Artikel 31 Absatz 2 enthalten. Das BAG kann weitere Anforderungen an den Inhalt des Geschäftsberichts festlegen.

<sup>3</sup> Eine Konzernrechnung wird in den Fällen erstellt, die in den Bestimmungen des OR<sup>246</sup> über die Aktiengesellschaften vorgesehen sind.

#### 4. Abschnitt: Revision

##### Art. 86<sup>247</sup> Revisionsstelle

<sup>1</sup> Jeder Versicherer bezeichnet eine externe Revisionsstelle.

<sup>2</sup> Soweit für Versicherer keine besonderen Vorschriften bestehen, sind die Vorschriften des OR<sup>248</sup> über die Revisionsstelle bei Aktiengesellschaften entsprechend anwendbar.

<sup>3</sup> Als Revisionsstelle können tätig sein:

- a. natürliche Personen und Revisionsunternehmen, die als Revisionsexpertinnen oder Revisionsexperten im Sinne des Revisionsaufsichtsgesetzes vom 16. Dezember 2005<sup>249</sup> zugelassen sind;
- b. bei Krankenkassen des öffentlichen Rechts: Finanzkontrollen der öffentlichen Hand, die über eine Zulassung nach Buchstabe a verfügen.

<sup>4</sup> Die Verantwortlichkeit der Revisionsstelle richtet sich nach den Vorschriften des Aktienrechts (Art. 755 ff. OR).

<sup>5</sup> Hat ein Versicherer trotz Mahnung keine Revisionsstelle bezeichnet, so weist ihm das BAG eine solche zu.

<sup>6</sup> Genügt eine Revisionsstelle den Anforderungen nach den Absätzen 1–3 nicht mehr oder erfüllt sie ihre Aufgaben unvollständig oder gar nicht, so muss der Versicherer eine andere bezeichnen.

<sup>7</sup> Das BAG kann den Versicherern für den der Revisionsstelle zu erteilenden Revisionsauftrag Weisungen erteilen.

##### Art. 87 Aufgaben der Revisionsstelle

<sup>1</sup> Die Revisionsstelle führt jährlich eine ordentliche Revision nach den Bestimmungen des OR<sup>250</sup> und dieser Verordnung durch. Sie prüft überdies, ob die Geschäftsführung für die korrekte und ordnungsgemässe Geschäftsabwicklung Gewähr bietet, namentlich ob sie zweckmässig organisiert ist und die gesetzlichen und internen

<sup>246</sup> SR 220

<sup>247</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. II 8 der Revisionsaufsichtsverordnung vom 22. Aug. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3989).

<sup>248</sup> SR 220

<sup>249</sup> SR 221.302

<sup>250</sup> SR 220

Bestimmungen einhält. Das BAG kann im Einzelfall weitere Prüfpunkte festlegen.<sup>251</sup>

<sup>2</sup> Die Revisionsstelle kann vor Ort unangemeldete Zwischenrevisionen durchführen, namentlich wenn Zweifel an der ordnungsgemässen Rechnungsführung und Verwaltung bestehen.

#### **Art. 88**            Berichte der Revisionsstelle

<sup>1</sup> Die Revisionsstelle erstellt über die jährliche Revision die Berichte nach den Bestimmungen des OR<sup>252, 253</sup>

<sup>2</sup> Zwei vollständige und übereinstimmende Exemplare jedes Berichtes sind dem zuständigen Organ des Versicherers sowie dem BAG im Original einzureichen. Die Berichte über die jährliche Revision sind bis zum 31. Mai des folgenden Jahres und die Berichte über die Zwischenrevisionen innert drei Monaten seit der Durchführung der Kontrollen einzureichen.<sup>254</sup>

<sup>3</sup> Stellt die Revisionsstelle wesentliche Mängel, Unregelmässigkeiten, Missstände oder andere Tatbestände fest, welche die finanzielle Sicherheit des Versicherers oder dessen Fähigkeit, seine Aufgaben zu erfüllen, in Frage stellen, so unterbreitet sie den Bericht unverzüglich dem leitenden Organ des Versicherers und dem BAG.

<sup>4</sup> Das BAG kann Weisungen über Form und Inhalt der Berichte erlassen und Berichte an die Revisionsstelle zurückweisen, wenn sie den verlangten Erfordernissen nicht genügen.

## **2. Kapitel: Prämien der Versicherten**

### **1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen**

#### **Art. 89**            Angabe der Prämien

Der Versicherer hat gegenüber jeder versicherten Person klar zu unterscheiden zwischen den Prämien:

- a.<sup>255</sup> der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, wobei der Prämienanteil für den Einschluss des Unfallrisikos gesondert aufzuführen ist;
- b. der Taggeldversicherung;
- c. der Zusatzversicherungen;
- d. der weiteren Versicherungsarten.

<sup>251</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. II 8 der Revisionsaufsichtsverordnung vom 22. Aug. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 3989).

<sup>252</sup> **SR 220**

<sup>253</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. II 8 der Revisionsaufsichtsverordnung vom 22. Aug. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 3989).

<sup>254</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. II 8 der Revisionsaufsichtsverordnung vom 22. Aug. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 3989).

<sup>255</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717).

**Art. 90**<sup>256</sup> Prämienbezahlung

Die Prämien sind im Voraus und in der Regel monatlich zu bezahlen.

**Art. 90a**<sup>257</sup> Vergütungszinsen

<sup>1</sup> Vergütungszinsen nach Artikel 26 Absatz 1 ATSG werden ausgerichtet für nicht geschuldete Prämien, die vom Versicherer zurückerstattet oder verrechnet werden, sowie für vom Versicherer zu ersetzende Prämienendifferenzen nach Artikel 7 Absätze 5 und 6 KVG, sofern die Forderung 3000 Franken übersteigt und vom Versicherer nicht innert sechs Monaten beglichen wird.

<sup>2</sup> Der Satz für den Vergütungszins beträgt 5 Prozent im Jahr. Für die Berechnung gelten die Vorschriften von Artikel 7 der Verordnung vom 11. September 2002<sup>258</sup> über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts sinngemäss.

**Art. 90b**<sup>259</sup>**Art. 90c**<sup>260</sup> Minimale Prämie

<sup>1</sup> Die Prämie der besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 93–101 beträgt mindestens 50 Prozent der Prämie der ordentlichen Versicherung mit Unfalldeckung für die Prämienregion und Altersgruppe des Versicherten.

<sup>2</sup> Die Prämienermässigungen für die besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 93–101 sind so auszugestalten, dass die Prämienermässigung bei Sistierung der Unfalldeckung gewährt werden kann, ohne dass die minimale Prämie nach Absatz 1 unterschritten wird.

**Art. 91** Abstufung der Prämien

<sup>1</sup> Nimmt der Versicherer Abstufungen nach Regionen nach Artikel 61 Absatz 2 des Gesetzes vor, so darf innerhalb des gleichen Kantons die Differenz für die Prämie der ordentlichen Versicherung mit Unfalldeckung höchstens betragen:

- a. 15 Prozent zwischen der Region 1 und der Region 2;
- b. 10 Prozent zwischen der Region 2 und der Region 3.<sup>261</sup>

<sup>2</sup> Für die in den Artikeln 4 und 5 bezeichneten Personen, die der schweizerischen Versicherung unterstehen, hat der Versicherer die Prämien nach den ausgewiesenen Kostenunterschieden regional nach ihrem Wohnort abzustufen. Ist dies angesichts der Anzahl der betroffenen Personen unverhältnismässig, kann der Versicherer bei

<sup>256</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS 2007 3573).

<sup>257</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3908).

<sup>258</sup> SR 830.11

<sup>259</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717). Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 24. Juni 2009, mit Wirkung seit 1. Aug. 2009 (AS 2009 3525).

<sup>260</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717).

<sup>261</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717).

diesen die schweizerischen Prämien am letzten Wohnort der Person in der Schweiz oder am Sitz des Versicherers anwenden.<sup>262</sup>

<sup>3</sup> Die Abstufung nach Altersgruppen für Versicherte nach Artikel 61 Absatz 3 des Gesetzes erfolgt aufgrund der Geburtsjahre.

#### **Art. 91a**<sup>263</sup> Prämienreduktion bei anderweitiger Versicherung

1 ...<sup>264</sup>

<sup>2</sup> Die Versicherer müssen die Prämien der Krankenpflegeversicherung derjenigen Personen, die eine obligatorische Versicherung nach dem UVG<sup>265</sup> abgeschlossen haben, während der Dauer der Unfalldeckung reduzieren.<sup>266</sup>

<sup>3</sup> Die Versicherer können die Prämien der Krankenpflegeversicherung derjenigen Personen, die eine freiwillige Versicherung oder eine Abredeversicherung nach dem UVG abgeschlossen haben, während der Dauer der Unfalldeckung reduzieren.<sup>267</sup>

<sup>4</sup> Die Prämien dürfen nur um den Prämienanteil für die Unfalldeckung reduziert werden, höchstens aber um 7 Prozent.<sup>268</sup>

#### **Art. 92** Prämientarife

<sup>1</sup> Die Versicherer haben die Prämientarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie deren Änderungen dem BAG spätestens fünf Monate, bevor sie zur Anwendung gelangen, zur Genehmigung einzureichen. Diese Tarife dürfen erst angewandt werden, nachdem sie vom BAG genehmigt worden sind.

<sup>2</sup> Den Prämientarifen beizulegen sind auf einem vom BAG abgegebenen Formular:

- a. das Budget (Bilanz und Betriebsrechnung) des laufenden Geschäftsjahres;
- b. das Budget (Bilanz und Betriebsrechnung) des folgenden Geschäftsjahres.

<sup>3</sup> Werden die Prämien kantonale oder regional abgestuft, so kann das BAG vom Versicherer periodisch eine Aufstellung über die durchschnittlichen Kosten der letzten Geschäftsjahre in den entsprechenden Kantonen oder Regionen einverlangen.

<sup>4</sup> Bei besonderen Versicherungsformen nach Artikel 62 des Gesetzes sind die Prämien ebenfalls anzugeben und die entsprechenden Versicherungsbedingungen beizulegen.

<sup>5</sup> Mit der Genehmigung der Prämientarife oder im Anschluss daran kann das BAG dem Versicherer Weisungen für die Festsetzung der Prämien der folgenden Geschäftsjahre erteilen.

<sup>262</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).

<sup>263</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1996** 3139).

<sup>264</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000 (AS **2001** 138).  
<sup>265</sup> SR **832.20**

<sup>266</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717).

<sup>267</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717).

<sup>268</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717).

**1a. Abschnitt:**<sup>269</sup>**Prämien der Versicherten mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen**<sup>270</sup>**Art. 92a** Prämienhebung

Wohnt die versicherte Person im Ausland, so erhebt der Versicherer die Prämien in Schweizer Franken oder in Euro. Der Versicherer kann die Prämien ohne Zustimmung der versicherten Person quartalsweise erheben.

**Art. 92b** Prämienberechnung

<sup>1</sup> Der Versicherer berechnet für die Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen, die Prämien je Staat.<sup>271</sup>

<sup>2</sup> Innerhalb eines der in Absatz 1 genannten Staaten kann er die Prämien nach den ausgewiesenen Kostenunterschieden regional abstufen; es können höchstens drei regionale Abstufungen gemacht werden. Artikel 61 Absatz 3 des Gesetzes ist anwendbar.<sup>272</sup>

<sup>3</sup> Bei der Festlegung der Prämien berücksichtigt der Versicherer:

- a. die Kosten der Vergütung der Pauschalbeträge oder die effektiven Kosten für die Behandlungen im Wohnland;
- b. die effektiven Kosten für die Behandlungen in der Schweiz, in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, Liechtenstein oder Norwegen, mit Ausnahme von Behandlungen im Wohnland, und für Behandlungen ausserhalb der Europäischen Union, Islands, Liechtensteins oder Norwegens;
- c. einen Zuschlag für die Bildung der Reserven nach den Artikeln 78–78b und von Rückstellungen nach Artikel 83 Absatz 1 sowie für die Deckung der Verwaltungskosten nach Artikel 84.<sup>273</sup>

<sup>4</sup> Bei der Erstattung auf der Grundlage von Pauschalbeträgen nach Absatz 3 Buchstabe a ist die Kostenentwicklung zwischen dem Jahr, für das die letzten verfügbaren Pauschalbeträge erstellt wurden, und dem Jahr, für das die Prämien erhoben werden, zu berücksichtigen.<sup>274</sup>

<sup>269</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 915).

<sup>270</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

<sup>271</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

<sup>272</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002 (AS 2002 1633).

<sup>273</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

<sup>274</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

**Art. 92c<sup>275</sup>** Rechnungsführung

Die Versicherer führen nach Mitgliedstaat der Europäischen Union, nach Island und Norwegen getrennt Rechnung.

**1b. Abschnitt:<sup>276</sup>****Prämien von nothilfeberechtigten Personen nach Artikel 82 AsylG<sup>277</sup>****Art. 92d**

<sup>1</sup> Auf nothilfeberechtigte Personen nach Artikel 82 AsylG<sup>278</sup> sind die Artikel 82a AsylG und 105a KVG sinngemäss anwendbar.

<sup>2</sup> Die Fälligkeit der Prämien einer nothilfeberechtigten Person wird auf Verlangen des Kantons auf den von diesem angegebenen Zeitpunkt sistiert.

<sup>3</sup> Wird dem Versicherer ein Gesuch um Kostenübernahme gestellt und übernimmt der Kanton nicht selbst die Kosten der Leistungen, die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckt sind, so sind die Prämien, deren Fälligkeit sistiert wurde, rückwirkend auf den Zeitpunkt der Sistierung geschuldet. Sie werden um einen Aufschlag von 25 Prozent erhöht, wobei dieser Aufschlag für höchstens zwölf Monatsprämien zu leisten ist.

<sup>4</sup> Sobald die Prämien und der Aufschlag bezahlt sind, übernimmt der Versicherer die Kosten für sämtliche Leistungen, die während der Sistierungsperiode erbracht wurden.

<sup>5</sup> Auf Verlangen des Kantons wird nach Bezahlung der Prämien, der Kostenbeteiligung und des Aufschlags die Fälligkeit von späteren Prämien erneut sistiert.

<sup>6</sup> Die versicherte Person kann den Versicherer nicht wechseln, solange die Prämien, die Kostenbeteiligung und der Aufschlag nicht bezahlt sind. Artikel 7 Absatz 4 KVG bleibt vorbehalten.

<sup>7</sup> Die Sistierung der Fälligkeit der Prämien wird ohne rückwirkende Bezahlung der vorherigen Prämien ab dem ersten Tag des Monats aufgehoben, in dem eine versicherte Person:

- a. nach Artikel 83 AuG<sup>279</sup> provisorisch aufgenommen wird,
- b. nach den Artikeln 66 ff. AsylG als schutzbedürftige Person oder nach Artikel 3 AsylG als Flüchtling anerkannt wird; oder
- c. eine Aufenthaltsbewilligung erhält.

<sup>275</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

<sup>276</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juli 2011, in Kraft seit 1. Aug. 2011 (AS 2011 3535). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.

<sup>277</sup> SR 142.31

<sup>278</sup> SR 142.31

<sup>279</sup> SR 142.20

<sup>8</sup> Wird die Sistierung der Fälligkeit der Prämien nach Absatz 7 aufgehoben, so ist die Bezahlung der vorherigen Prämien geschuldet, wenn während der Sistierungsperiode Leistungen bezogen wurden. Sind diese Prämien beglichen, so darf die versicherte Person den Versicherer unter den Voraussetzungen von Artikel 7 KVG wechseln.

<sup>9</sup> Die Versicherung endet fünf Jahre nach dem Zeitpunkt der Rechtskraft des Wegweisungsentscheids, sofern die betroffene Person die Schweiz wahrscheinlich verlassen hat.

## 2. Abschnitt: Besondere Versicherungsformen

### Art. 93 Versicherung mit wählbaren Franchisen

#### a. Wählbare Franchisen

<sup>1</sup> Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung eine Versicherung betreiben, bei der Versicherte eine höhere Franchise als nach Artikel 103 Absatz 1 wählen können (wählbare Franchisen). Die wählbaren Franchisen betragen für Erwachsene und junge Erwachsene 500, 1000, 1500, 2000 und 2500 Franken, für Kinder 100, 200, 300, 400, 500 und 600 Franken. Ein Versicherer kann für Erwachsene und junge Erwachsene unterschiedliche Franchisen anbieten. Die Angebote des Versicherers müssen für den ganzen Kanton gelten.<sup>280</sup>

<sup>2</sup> Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts entspricht jenem von Artikel 103 Absatz 2.

<sup>3</sup> Sind mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, so darf ihre Kostenbeteiligung das Zweifache des Höchstbetrages je Kind (wählbare Franchise und Selbstbehalt nach Art. 103 Abs. 2) nicht übersteigen. Wurden für die Kinder unterschiedliche Franchisen gewählt, so setzt der Versicherer die Höchstbeteiligung fest.

### Art. 94 b. Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise

<sup>1</sup> Die Versicherung mit wählbaren Franchisen steht sämtlichen Versicherten offen. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

<sup>2</sup> Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung der in Artikel 7 Absätze 1 und 2 des Gesetzes festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.<sup>281</sup>

<sup>3</sup> Wechselt die versicherte Person den Versicherer auf Grund von Artikel 7 Absatz 2, 3 oder 4 des Gesetzes während des Kalenderjahres, so behält sie die beim bisherigen

<sup>280</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Mai 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 3437).

<sup>281</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS 2003 3249).

Versicherer gewählte Franchise, sofern der übernehmende Versicherer diese Versicherungsform führt. Artikel 103 Absatz 4 ist sinngemäss anwendbar.<sup>282</sup>

#### **Art. 95** c. Prämien

<sup>1</sup> Die Prämien für die Versicherung mit wählbaren Franchisen müssen von denjenigen der ordentlichen Versicherung ausgehen. Die Versicherer haben dafür zu sorgen, dass die Versicherten beider Versicherungsformen im versicherungstechnisch erforderlichen Masse an die Reserven und an den Risikoausgleich beitragen.

<sup>1bis</sup> Die Versicherer legen den Betrag, um den sie eine Prämie herabsetzen, aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse fest. Sie halten die in Absatz 2<sup>bis</sup> und Artikel 90c vorgeschriebenen maximalen Prämienreduktionen ein.<sup>283</sup>

2 ...<sup>284</sup>

<sup>2bis</sup> Die Prämienreduktion je Kalenderjahr darf nicht höher sein als 70 Prozent des von den Versicherten mit der Wahl der höheren Franchise übernommenen Risikos, sich an den Kosten zu beteiligen.<sup>285</sup>

3 ...<sup>286</sup>

#### **Art. 96** Bonusversicherung a. Grundsatz

<sup>1</sup> Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung eine Versicherung betreiben, bei der eine Prämienermässigung gewährt wird, wenn die versicherte Person während eines Jahres keine Leistungen in Anspruch genommen hat (Bonusversicherung). Ausgenommen sind Leistungen für Mutterschaft sowie für medizinische Prävention.

<sup>2</sup> Als Periode für die Feststellung, ob Leistungen in Anspruch genommen worden sind, gilt das Kalenderjahr. Die Versicherer können jedoch eine um höchstens drei Monate vorverlegte Beobachtungsperiode vorsehen. In diesem Fall verkürzt sich im ersten Jahr der Zugehörigkeit zur Bonusversicherung die Beobachtungsperiode entsprechend.

<sup>3</sup> Als Zeitpunkt der Inanspruchnahme einer Leistung gilt das Behandlungsdatum. Die Versicherer regeln, innert welcher Frist die Versicherten ihnen die Rechnungen einreichen müssen.

<sup>4</sup> Die Bonusversicherung darf nicht in Verbindung mit einer wählbaren Franchise nach Artikel 93 angeboten werden.

<sup>282</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS **2003** 3249).

<sup>283</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 23. Febr. 2000 (AS **2000** 889). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717).

<sup>284</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717).

<sup>285</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juni 2003 (AS **2003** 3249). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2010 (AS **2009** 4245).

<sup>286</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 23. Febr. 2000 (AS **2000** 889).

**Art. 97** b. Bei- und Austritt

<sup>1</sup> Die Bonusversicherung steht sämtlichen Versicherten offen. Der Wechsel von der ordentlichen Versicherung zur Bonusversicherung ist nur auf den Beginn eines Kalenderjahres möglich.

<sup>2</sup> Der Wechsel zu einer anderen Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung der in Artikel 7 Absätze 1 und 2 des Gesetzes festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.<sup>287</sup>

<sup>3</sup> Wechselt die versicherte Person den Versicherer auf Grund von Artikel 7 Absatz 2, 3 oder 4 des Gesetzes während des Kalenderjahres, so hat der übernehmende Versicherer die leistungsfreie Zeit in der Bonusversicherung des bisherigen Versicherers anzurechnen, sofern er die Bonusversicherung führt und die versicherte Person dieser beiträgt.<sup>288</sup>

**Art. 98** c. Prämien

<sup>1</sup> Die Versicherer haben die Prämien der Bonusversicherung so festzusetzen, dass die Versicherten der ordentlichen Versicherung und der Bonusversicherung im versicherungstechnisch erforderlichen Mass an die Reserven und an den Risikoausgleich beitragen.

<sup>2</sup> Die Ausgangsprämien der Bonusversicherung müssen 10 Prozent höher sein als die Prämien der ordentlichen Versicherung.

<sup>3</sup> In der Bonusversicherung gelten folgende Prämienstufen:

Prämienstufen	Bonus in % der Ausgangsprämie
4	0
3	15
2	25
1	35
0	45

<sup>4</sup> Nehmen die Versicherten während des Kalenderjahres keine Leistungen in Anspruch, so gilt für sie im folgenden Kalenderjahr die nächsttiefere Prämienstufe. Massgebend für die Prämienermässigung sind allein die leistungsfreien Jahre während der Zugehörigkeit zur Bonusversicherung.

<sup>5</sup> Nehmen die Versicherten während des Kalenderjahres Leistungen in Anspruch, so gilt für sie im folgenden Kalenderjahr die nächsthöhere Prämienstufe.

<sup>287</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS 2003 3249).

<sup>288</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS 2003 3249).

**Art. 99** Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer  
a. Grundsatz

<sup>1</sup> Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung Versicherungen betreiben, bei denen die Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt ist.

<sup>2</sup> Bei einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer kann der Versicherer auf die Erhebung des Selbstbehaltes und der Franchise ganz oder teilweise verzichten.<sup>289</sup>

**Art. 100** b. Bei- und Austritt

<sup>1</sup> Die Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer stehen sämtlichen Versicherten mit Wohnsitz im Gebiet offen, in dem der Versicherer die betreffende Versicherungsform betreibt.

<sup>2</sup> Der Wechsel von der ordentlichen Versicherung in eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer ist jederzeit möglich.

<sup>3</sup> Der Wechsel zu einer anderen Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung der in Artikel 7 Absätze 1 und 2 des Gesetzes festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.<sup>290</sup>

<sup>4</sup> Der Wechsel des Versicherers während des Kalenderjahres auf Grund von Artikel 7 Absatz 2, 3 oder 4 des Gesetzes bleibt vorbehalten.<sup>291</sup>

**Art. 101** c. Prämien

<sup>1</sup> Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer sind keine besonderen Risikogemeinschaften innerhalb eines Versicherers. Bei der Festsetzung der Prämien hat der Versicherer die Verwaltungskosten und allfällige Rückversicherungsprämien einzurechnen und darauf zu achten, dass die Versicherten mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im versicherungstechnisch erforderlichen Mass an die Reserven und an den Risikoausgleich beitragen.

<sup>2</sup> Prämienermässigungen sind nur zulässig für Kostenunterschiede, die auf die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer sowie auf eine besondere Art und Höhe der Entschädigung der Leistungserbringer zurückzuführen sind. Kostenunterschiede aufgrund eines günstigeren Risikobestandes geben keinen Anspruch auf Prämienermässigung. Die Kostenunterschiede müssen durch Erfahrungszahlen von mindestens fünf Rechnungsjahren nachgewiesen sein.

<sup>3</sup> Liegen noch keine Erfahrungszahlen von mindestens fünf Rechnungsjahren vor, dürfen die Prämien um höchstens 20 Prozent unter den Prämien der ordentlichen Versicherung des betreffenden Versicherers liegen.

<sup>289</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

<sup>290</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS 2003 3249).

<sup>291</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS 2003 3249).

<sup>4</sup> Erbringt eine Institution, die der Durchführung einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer dient, ihre Leistungen für Versicherte von mehreren Versicherern, kann für die Versicherten eine einheitliche Prämie festgelegt werden.

**Art. 101a**<sup>292</sup> Besondere Versicherungsformen für Versicherte mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen

Die besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 93–101 stehen nicht offen für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen.

### 3. Abschnitt: Entschädigungen an Dritte

#### Art. 102

<sup>1</sup> Die Entschädigung an Dritte nach Artikel 63 des Gesetzes darf die Kosten nicht übersteigen, die dem Versicherer für die dem Dritten übertragenen Aufgaben entstehen würden.

<sup>2</sup> Die Entschädigung zählt zu den Verwaltungskosten des Versicherers. Sie darf den Versicherten nicht als Prämienermässigung weitergegeben werden.

### 3. Kapitel: Kostenbeteiligung

**Art. 103** Franchise und Selbstbehalt

<sup>1</sup> Die Franchise nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe a des Gesetzes beträgt 300 Franken je Kalenderjahr.<sup>293</sup>

<sup>2</sup> Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe b des Gesetzes beläuft sich auf 700 Franken für Erwachsene und 350 Franken für Kinder.<sup>294</sup>

<sup>3</sup> Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum.

<sup>4</sup> Bei Wechsel des Versicherers im Verlaufe eines Kalenderjahrs rechnet der neue Versicherer die in diesem Jahr bereits in Rechnung gestellte Franchise und den Selbstbehalt an. Wurden keine Franchise und kein Selbstbehalt in Rechnung gestellt,

<sup>292</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS 2002 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

<sup>293</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 3249).

<sup>294</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 3249).

erfolgt eine Anrechnung unter dem Vorbehalt des entsprechenden Nachweises durch die Versicherten.

<sup>5</sup> Die Versicherer können für Erwachsene, bei denen der Versicherungsschutz auf weniger als ein Kalenderjahr angelegt ist, eine Pauschale für Franchise und Selbstbehalt bei Inanspruchnahme von Leistungen erheben. Diese Pauschale beträgt 250 Franken innerhalb eines Zeitraumes von 90 Tagen. Sie darf nicht in Verbindung mit besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 93–101a angeboten werden.<sup>295</sup>

<sup>6</sup> Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, Liechtenstein oder Norwegen wohnen und die bei einem Aufenthalt in der Schweiz aufgrund von Artikel 95a des Gesetzes Anspruch auf internationale Leistungshilfe haben, wird eine Pauschale für Franchise und Selbstbehalt erhoben. Die Pauschale beträgt für Erwachsene 92 Franken und für Kinder 33 Franken innerhalb eines Zeitraumes von 30 Tagen.<sup>296</sup>

<sup>7</sup> Für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen und in der Schweiz versichert sind, gelten die Absätze 1–4 sinngemäss.<sup>297</sup>

#### **Art. 104**<sup>298</sup> Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts

<sup>1</sup> Der tägliche Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital nach Artikel 64 Absatz 5 des Gesetzes beträgt 15 Franken.

<sup>2</sup> Keinen Beitrag haben zu entrichten:

- a. Kinder nach Artikel 61 Absatz 3 des Gesetzes;
- b. junge Erwachsene nach Artikel 61 Absatz 3 des Gesetzes, die in Ausbildung sind;
- c. Frauen für Leistungen bei Mutterschaft.

#### **Art. 105** Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung der Kostenbeteiligung

<sup>1</sup> Das Departement bezeichnet die Leistungen, für die nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe a des Gesetzes eine höhere Kostenbeteiligung zu entrichten ist, und bestimmt deren Höhe. Es kann auch eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen, wenn die Leistungen:

- a. während einer bestimmten Zeit erbracht worden sind;
- b. einen bestimmten Umfang erreicht haben.

<sup>295</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004 (AS **2004** 5075).

<sup>296</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).

<sup>297</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).

<sup>298</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2010** 6161).

<sup>1</sup>bis Das Departement bezeichnet die Arzneimittel, für die nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe a des Gesetzes ein höherer Selbstbehalt zu entrichten ist, und bestimmt dessen Höhe.<sup>299</sup>

<sup>2</sup> Ist ein höherer als der in Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe b des Gesetzes festgelegte Selbstbehalt zu entrichten, wird der den gesetzlichen Ansatz übersteigende Betrag nur zur Hälfte an den Höchstbetrag nach Artikel 103 Absatz 2 angerechnet.

<sup>3</sup> Das Departement bezeichnet die Leistungen, für die nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe b des Gesetzes die Kostenbeteiligung herabgesetzt oder aufgehoben ist. Es bestimmt die Höhe der herabgesetzten Kostenbeteiligung.

<sup>3</sup>bis Das Departement bezeichnet die Leistungen, welche nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d des Gesetzes von der Franchise ausgenommen sind.<sup>300</sup>

<sup>4</sup> Vor Erlass der Bestimmungen nach den Absätzen 1, 3 und <sup>3</sup>bis hört das Departement die zuständige Kommission an.<sup>301</sup>

### **3a. Kapitel:**<sup>302</sup> **Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen**

#### **Art. 105a** Verzugszins

Der Satz für den Verzugszins auf fälligen Prämien nach Artikel 26 Absatz 1 ATSG beträgt 5 Prozent im Jahr.

#### **Art. 105b**<sup>303</sup> Mahnverfahren

<sup>1</sup> Der Versicherer muss die Zahlungsaufforderung bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen spätestens drei Monate ab deren Fälligkeit zustellen. Er muss sie getrennt von allfälligen anderen Zahlungsausständen zustellen.

<sup>2</sup> Verschuldet die versicherte Person Aufwendungen, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, so kann der Versicherer angemessene Bearbeitungsgebühren erheben, sofern er in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten eine entsprechende Regelung vorsieht.

#### **Art. 105c**<sup>304</sup> Ausschluss der Verrechnung

Der Versicherer darf die Versicherungsleistungen nicht mit geschuldeten Prämien oder Kostenbeteiligungen verrechnen.

<sup>299</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Nov. 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS **2005** 5639).

<sup>300</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000 (AS **2001** 138).

<sup>301</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000 (AS **2001** 138).

<sup>302</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS **2007** 3573).

<sup>303</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3527).

<sup>304</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3527).

**Art. 105<sup>d305</sup>** Meldung der zuständigen kantonalen Behörde

Der Kanton meldet dem Versicherer die zuständige kantonale Behörde.

**Art. 105<sup>e306</sup>** Meldungen über Betreibungen

<sup>1</sup> Gibt der Versicherer der zuständigen kantonalen Behörde die Schuldnerinnen und Schuldner, die betrieben werden, bekannt, so muss er ihr folgende Personendaten melden:

- a. den Namen und den Vornamen;
- b. das Geschlecht;
- c. das Geburtsdatum;
- d. den Wohnsitz;
- e. die AHV-Versichertennummer.

<sup>2</sup> Der Kanton kann den Versicherer anhalten, das Betreibungsverfahren nicht fortzusetzen, bis er entschieden hat, ob er die Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernimmt.

**Art. 105<sup>f307</sup>** Meldungen über Verlustscheine

<sup>1</sup> Der Versicherer informiert die zuständige kantonale Behörde am Ende jedes Quartals über die Entwicklung der seit Jahresbeginn ausgestellten Verlustscheine.

<sup>2</sup> Er übermittelt der zuständigen kantonalen Behörde bis zum 31. März die Schlussabrechnung der im Vorjahr ausgestellten Verlustscheine und den dazugehörigen Revisionsbericht. Die Abrechnung enthält eine Zusammenstellung der Gesuche um Übernahme der Forderungen nach Artikel 64a Absatz 3 des Gesetzes und eine Zusammenstellung der Rückerstattungen nach Artikel 64a Absatz 5 des Gesetzes.

**Art. 105<sup>g308</sup>** Personendaten

Bei der Bekanntgabe nach Artikel 64a Absatz 3 des Gesetzes muss der Versicherer zur Identifikation der versicherten Personen und der Schuldnerinnen und Schuldner melden:

- a. den Namen und den Vornamen;
- b. das Geschlecht;

<sup>305</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

<sup>306</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

<sup>307</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

<sup>308</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

- c. das Geburtsdatum;
- d. den Wohnsitz;
- e. die AHV-Versichertennummer.

**Art. 105<sup>h</sup>309** Datenaustausch

Das Departement kann die technischen und organisatorischen Vorgaben für den Datenaustausch zwischen Kantonen und Versicherern festlegen.

**Art. 105<sup>i</sup>310** Einem Verlustschein gleichzusetzende Rechtstitel

Einem Verlustschein im Sinne von Artikel 64a Absatz 3 des Gesetzes sind Verfügungen über die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen oder gleichwertige Rechtstitel, die das Fehlen von finanziellen Mitteln der versicherten Person belegen, gleichgesetzt. Der Kanton bezeichnet die Verfügungen und die betroffenen Rechtstitel.

**Art. 105<sup>j</sup>311** Revisionsstelle

<sup>1</sup> Die Revisionsstelle überprüft die Richtigkeit der Angaben des Versicherers bezüglich der Forderungen nach Artikel 64a Absatz 3 des Gesetzes. Sie kontrolliert, ob:

- a. die Angaben zu den Schuldnerinnen und Schuldnern sowie zu den Versicherten korrekt sind;
- b. das Mahnverfahren nach Artikel 105b eingehalten wurde;
- c. ein Verlustschein vorhanden ist;
- d. das Ausstellungsdatum des Verlustscheines im Vorjahr liegt;
- e. der Gesamtbetrag der Forderungen richtig ist;
- f. die Forderung dem Kanton gemeldet wurde, in dem der Verlustschein ausgestellt wurde.

<sup>2</sup> Die Revisionsstelle überprüft die Richtigkeit der Angaben des Versicherers bezüglich der Bezahlung der ausstehenden Forderungen durch die versicherte Person nach Ausstellung eines Verlustscheins.

<sup>3</sup> Der Kanton übernimmt die Kosten der Revisionsstelle, wenn er eine andere Revisionsstelle als diejenige nach Artikel 86 bezeichnet.

<sup>309</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

<sup>310</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

<sup>311</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

**Art. 105k<sup>312</sup>** Zahlungen der Kantone an die Versicherer

<sup>1</sup> Bei Eingang der Personendaten und der Meldungen über die Verlustscheine kann die zuständige kantonale Behörde dem Versicherer die Personendaten nach Artikel 105g für die Versicherten übermitteln, für die sie ausstehende Beträge übernimmt.

<sup>2</sup> Der Kanton, in dem der Verlustschein ausgestellt wurde, bezahlt dem Versicherer die Forderungen nach Artikel 64a Absatz 4 des Gesetzes nach Abzug der Rückerstattungen nach Artikel 64a Absatz 5 des Gesetzes bis zum 30. Juni. Übersteigen die Rückerstattungen die Forderungen, so zahlt der Versicherer dem aktuellen Wohnkanton bis zum 30. Juni den Differenzbetrag zurück.

<sup>3</sup> Wurde eine rückwirkende Prämienverbilligung ausgerichtet, die durch einen Verlustschein gedeckt ist, der dem Kanton in Rechnung gestellt wurde, und wurde die Prämienverbilligung dem Versicherer vor der Schlussabrechnung mitgeteilt, so zieht der Versicherer die Prämienverbilligung von seiner nächsten Schlussabrechnung ab.

**Art. 105<sup>313</sup>** Wechsel des Versicherers bei Säumigkeit

<sup>1</sup> Säumig im Sinne von Artikel 64a Absatz 6 des Gesetzes ist die versicherte Person ab Zustellung der Mahnung nach Artikel 105b Absatz 1.

<sup>2</sup> Kündigt eine säumige versicherte Person ihr Versicherungsverhältnis, so muss der Versicherer sie informieren, dass die Kündigung keine Wirkung entfaltet, wenn die bis einen Monat vor Ablauf der Kündigungsfrist gemahnten Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsen sowie die bis zu diesem Zeitpunkt aufgelaufenen Betreuungskosten bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht vollständig bezahlt sind.

<sup>3</sup> Sind die ausstehenden Beträge nach Absatz 2 beim Versicherer nicht rechtzeitig eingetroffen, so muss dieser die betroffene Person informieren, dass sie weiterhin bei ihm versichert ist und frühestens auf den nächstmöglichen Termin nach Artikel 7 Absätze 1 und 2 des Gesetzes den Versicherer wechseln kann. Der Versicherer muss zudem den neuen Versicherer innerhalb von 60 Tagen darüber informieren, dass die versicherte Person weiterhin bei ihm versichert ist.

**Art. 105m<sup>314</sup>** Versicherte mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen

<sup>1</sup> Ist es nach dem Recht eines Mitgliedstaats der Europäischen Union, Islands oder Norwegens möglich, dass der Schweizer Versicherer die unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen einbringt, so sind folgende Bestimmungen anwendbar auf Versicherte, die in einem solchen Staat wohnen und die fälligen Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht bezahlen:

<sup>312</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

<sup>313</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

<sup>314</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

- a. Artikel 64a Absätze 1–7 des Gesetzes und die Artikel 105b–105f auf:
  1. Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie deren Familienangehörige,
  2. Familienangehörige von Niedergelassenen, von Aufenthaltserinnen und Aufenthaltserinnen und von Kurzaufenthaltern und Kurzaufenthalterinnen,
  3. Bezüger und Bezügerinnen einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörige;
- b. Artikel 64a Absätze 1, 2 und 6 des Gesetzes und die Artikel 105b und 105f auf Rentnerinnen und Rentnern sowie deren Familienangehörige; der Versicherer übernimmt die Verlustscheine.

<sup>2</sup> Ist es nach dem Recht eines Mitgliedstaats der Europäischen Union, Islands oder Norwegens nicht möglich, dass der Schweizer Versicherer die unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen einbringt, so hat der Versicherer der versicherten Person, die die fälligen Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht bezahlt, nach mindestens einer schriftlichen Mahnung, eine Zahlungsaufforderung zuzustellen, ihr eine Nachfrist von 30 Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzugs hinzuweisen. Beahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse nicht innert der gesetzten Frist, so kann der Versicherer die Übernahme der Kosten für die Leistungen aufschieben. Gleichzeitig muss er die versicherte Person und den zuständigen aushelfenden Träger am Wohnort der versicherten Person informieren. Der Aufschub endet, sobald die gemahnten Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die angefallenen Verzugszinse bezahlt sind. Der Versicherer darf während eines Aufschubs der Übernahme der Kosten die Versicherungsleistungen mit geschuldeten Prämien oder Kostenbeteiligungen verrechnen.

#### **4. Kapitel:<sup>315</sup> Prämienverbilligung durch die Kantone**

##### **1. Abschnitt: Anspruchsberechtigte<sup>316</sup>**

**Art. 106<sup>317</sup>** Prämienverbilligung durch die Kantone für Versicherte mit einer Aufenthaltsbewilligung, die mindestens drei Monate gültig ist

Anspruch auf Prämienverbilligung haben auch versicherungspflichtige Personen nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben a und f, soweit sie die Anspruchsvoraussetzungen des Kantons erfüllen.

<sup>315</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 915).

<sup>316</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

<sup>317</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002 (AS 2002 1633).

**Art. 106a** Prämienverbilligung durch die Kantone für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen<sup>318</sup>

<sup>1</sup> Die Prämienverbilligung richtet sich nach Artikel 65a des Gesetzes:

- a. für Versicherte, die eine schweizerische Rente beziehen, solange sie in der Schweiz erwerbstätig sind oder eine Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung beziehen;
- b. für versicherte Familienangehörige einer versicherten Person nach Buchstabe a, selbst wenn ein anderer versicherter Familienangehöriger nur eine schweizerische Rente bezieht;
- c. für versicherte Familienangehörige einer versicherten Person, die in der Schweiz erwerbstätig ist oder eine Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung bezieht, selbst wenn ein anderer versicherter Familienangehöriger nur eine schweizerische Rente bezieht.

<sup>2</sup> Die Kantone dürfen bei der Prüfung der bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnisse der in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnenden Versicherten das Einkommen und das Reinvermögen derjenigen Familienangehörigen, die dem Verfahren nach Artikel 66a des Gesetzes unterstellt sind, nicht berücksichtigen.<sup>319</sup>

## **2. Abschnitt:<sup>320</sup> Durchführung der Prämienverbilligung**

**Art. 106b** Meldungen des Kantons

<sup>1</sup> Der Kanton bestimmt eine Stelle, welche die Daten mit den Versicherern nach Artikel 65 Absatz 2 des Gesetzes austauscht.

<sup>2</sup> Er meldet dem Versicherer:

- a. die versicherten Personen, die Anspruch auf Prämienverbilligung haben;
- b. die Höhe der Prämienverbilligung je berechnete Person und Monat auf fünf Rappen gerundet;
- c. den Zeitraum in Monaten, für den die Prämienverbilligung ausgerichtet wird.

<sup>3</sup> Er legt die Termine für seine Meldungen, die Meldungen nach Artikel 106c Absätze 1 und 2 und die Lieferung der Jahresrechnung nach Artikel 106c Absatz 3 fest.

<sup>318</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

<sup>319</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

<sup>320</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

**Art. 106c** Aufgaben des Versicherers

<sup>1</sup> Der Versicherer teilt dem Kanton mit, ob er die Meldung einer bei ihm versicherten Person zuordnen kann.

<sup>2</sup> Er meldet dem Kanton wesentliche Änderungen im Verhältnis zwischen der versicherten Person und ihm. Das Departement kann festlegen, welche Änderungen als wesentlich gelten.

<sup>3</sup> Der Versicherer legt dem Kanton eine Jahresrechnung vor. Diese umfasst je berechnete Person die Personendaten nach Artikel 105g, den betroffenen Zeitraum, die Monatsprämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und die ausgerichteten Beträge.

<sup>4</sup> Der Versicherer gibt die Prämienverbilligung je versicherte Person und Monat auf der Prämienrechnung an. Er darf die Prämienverbilligung nicht auf dem Versicherungsausweis angeben.

<sup>5</sup> Er bezahlt der versicherten Person die Differenz innerhalb von 60 Tagen aus, wenn seine restlichen Prämienforderungen für das laufende Kalenderjahr und seine anderen fälligen Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, für die kein Verlustschein vorliegt, kleiner sind als:

- a. die vom Kanton gewährte Prämienverbilligung; vorbehalten bleiben kantonale Regelungen, wonach die Prämie höchstens bis zu ihrem vollen Umfang verbilligt werden kann und wonach kleine Beträge nicht ausgerichtet werden;
- b. der vom Kanton gewährte Pauschalbeitrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Artikel 10 Absatz 3 Buchstabe d des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006<sup>321</sup> über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung.

<sup>6</sup> Der Kanton kann vorsehen, dass der Versicherer ihm die Personendaten nach Artikel 105g und weitere Daten für seine Versicherten im betreffenden Kanton mitteilt.

**Art. 106d** Datenaustausch

<sup>1</sup> Die Meldungen nach den Artikeln 106b und 106c enthalten die Personendaten nach Artikel 105g. Der Kanton kann die Meldung weiterer Daten vorsehen.

<sup>2</sup> Das Departement kann nach Anhörung der Kantone und der Versicherer technische und organisatorische Vorgaben für den Datenaustausch und das Datenformat festlegen.

**Art. 106e** Kosten

Die Kantone und die Versicherer tragen die ihnen aus dem Vollzug der Prämienverbilligung erwachsenden Kosten.

321 SR 831.30

## 2. Teil: Freiwillige Taggeldversicherung

**Art. 107**<sup>322</sup>      Finanzierungsverfahren

Die Artikel 78–78c sind sinngemäss anwendbar.

**Art. 108**          Prämientarife

Artikel 92 ist sinngemäss anwendbar.

**Art. 108a**<sup>323</sup>      Prämienbezahlung, Verzugs- und Vergütungszinsen

Die Artikel 90, 90a, und 105a sind sinngemäss anwendbar.

**Art. 109**          Beitritt

Jede Person, welche die Voraussetzungen von Artikel 67 Absatz 1 des Gesetzes erfüllt, kann zu den gleichen Bedingungen, namentlich hinsichtlich der Dauer und der Höhe des Taggeldes, wie sie für die anderen Versicherten gelten, der Taggeldversicherung beitreten, soweit dadurch voraussichtlich keine Überentschädigung entsteht.

## 3. Teil: Koordinationsregeln

### 1. Titel: Leistungskoordination

#### 1. Kapitel: Verhältnis zu anderen Sozialversicherungen

##### 1. Abschnitt: Abgrenzung der Leistungspflicht

**Art. 110**<sup>324</sup>      Grundsatz

Soweit in einem Versicherungsfall Leistungen der Krankenversicherung mit gleichartigen Leistungen der Unfallversicherung nach dem UVG<sup>325</sup>, der Militärversicherung, der Alters- und Hinterlassenenversicherung, der Invalidenversicherung oder dem Erwerbsersatzgesetz vom 25. September 1952<sup>326</sup> für Dienstleistende und bei Mutterschaft zusammentreffen, gehen die Leistungen dieser anderen Sozialversicherungen vor. Artikel 128 der Verordnung vom 20. Dezember 1982<sup>327</sup> über die Unfallversicherung bleibt vorbehalten.

<sup>322</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3449).

<sup>323</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002 (AS **2002** 3908). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS **2007** 3573).

<sup>324</sup> Fassung gemäss Art. 45 Ziff. I der V vom 24. Nov. 2004 zum Erwerbsersatzgesetz, in Kraft seit 1. Juli 2005 (AS **2005** 1251).

<sup>325</sup> SR **832.20**

<sup>326</sup> SR **834.1**

<sup>327</sup> SR **832.202**

**Art. 111** Unfallmeldung

Die Versicherten haben Unfälle, die nicht bei einem UVG-Versicherer oder bei der Militärversicherung angemeldet sind, ihrem Krankenversicherer zu melden. Sie haben Auskunft zu geben über:<sup>328</sup>

- a. Zeit, Ort, Hergang und Folgen des Unfalles;
- b. den behandelnden Arzt, die behandelnde Ärztin oder das Spital;
- c. allfällige betroffene Haftpflichtige und Versicherungen.

**2. Abschnitt: Vorleistungspflicht****Art. 112** Im Verhältnis zur Unfallversicherung und zur Militärversicherung

<sup>1</sup> Ist bei Krankheit oder Unfall die Leistungspflicht der Unfallversicherung nach UVG<sup>329</sup> oder der Militärversicherung zweifelhaft, so darf der Krankenversicherer die bei ihm versicherten Leistungen ohne Antrag bei voller Wahrung seiner Rückerstattungsrechte von sich aus vorläufig ausrichten.<sup>330</sup>

<sup>2</sup> Ist eine Person bei mehreren Krankenversicherern für Taggeld versichert, so ist jeder dieser Versicherer vorleistungspflichtig.

**Art. 113** Im Verhältnis zur Invalidenversicherung

Hat sich eine versicherte Person sowohl beim Krankenversicherer als auch bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet, so hat der Krankenversicherer vorläufig für die Krankenpflegekosten Gutsprache zu erteilen oder Zahlungen zu leisten, bis feststeht, welche Versicherung den Fall übernimmt.

**Art. 114**<sup>331</sup> Informationspflicht

Der vorleistende Krankenversicherer macht die versicherte Person auf die Rückerstattungsordnung von Artikel 71 ATSG aufmerksam.

**Art. 115**<sup>332</sup>

<sup>328</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).

<sup>329</sup> SR **832.20**

<sup>330</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).

<sup>331</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).

<sup>332</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002 (AS **2002** 3908).

**Art. 116** Unterschiedliche Tarife

<sup>1</sup> Bei Vorleistung durch den Krankenversicherer haben die anderen Sozialversicherer den Leistungserbringern eine allfällige Differenz zwischen dem für sie geltenden Tarif und dem vom Krankenversicherer angewandten Tarif nachzuzahlen.

<sup>2</sup> Hat der Krankenversicherer Leistungserbringern aufgrund seiner Tarife mehr vergütet, als aufgrund der für die anderen Versicherungen geltenden Tarife geschuldet gewesen wäre, so haben ihm die Leistungserbringer die Differenz zurückzuerstatten.

**3. Abschnitt:  
Rückvergütung von Leistungen anderer Sozialversicherer****Art. 117** Grundsatz

<sup>1</sup> Hat der Krankenversicherer anstelle eines anderen Sozialversicherers zu Unrecht Leistungen ausgerichtet oder hat dies ein anderer Sozialversicherer anstelle des Krankenversicherers getan, so muss der entlastete Versicherer den Betrag, um den er entlastet wurde, dem anderen Versicherer rückvergüten, höchstens jedoch bis zu seiner gesetzlichen Leistungspflicht.

<sup>2</sup> Sind mehrere Krankenversicherer rückvergütungsberechtigt oder rückvergütungspflichtig, so bemisst sich ihr Anteil nach den Leistungen, die sie erbracht haben oder hätten erbringen sollen.

<sup>3</sup> Der Rückvergütungsanspruch erlischt fünf Jahre nach der Ausrichtung der Leistung.

**Art. 118** Auswirkungen auf die Versicherten

<sup>1</sup> In laufenden Versicherungsfällen sorgt der weiterhin leistungspflichtige Versicherer für die Ausrichtung der Leistungen nach den für ihn geltenden Vorschriften. Er informiert die versicherte Person darüber.

<sup>2</sup> Hätte die versicherte Person bei einer sachgerechten Behandlung des Falles höhere Geldleistungen empfangen, als ihr ausgerichtet wurden, so vergütet ihr der rückvergütungspflichtige Versicherer die Differenz. Dies gilt auch dann, wenn das Versicherungsverhältnis inzwischen aufgelöst wurde.

**Art. 119** Unterschiedliche Tarife

<sup>1</sup> Der rückvergütungspflichtige Versicherer erstattet den Leistungserbringern eine allfällige Differenz zwischen dem Tarif, den der rückvergütungsberechtigte Versicherer angewandt hat, und dem Tarif, der für ihn selber gilt.

<sup>2</sup> Hat der rückvergütungsberechtigte Versicherer mehr erstattet, als aufgrund der für den rückvergütungspflichtigen Versicherer geltenden Tarife geschuldet gewesen wäre, müssen die Leistungserbringer dem rückvergütungsberechtigten Versicherer die Differenz zurückerstatten.

#### 4. Abschnitt:<sup>333</sup> Informationspflicht der Versicherer

##### Art. 120

Die Versicherten sind über die Bekanntgabe von Daten (Art. 84a KVG) und über geleistete Verwaltungshilfe (Art. 32 Abs. 2 ATSG und Art. 82 KVG) zu informieren.

##### Art. 121

*Aufgehoben*

### 2. Kapitel: Überentschädigung

##### Art. 122<sup>334</sup>

<sup>1</sup> Eine Überentschädigung bei Sachleistungen liegt in dem Masse vor, als die jeweiligen Sozialversicherungsleistungen für denselben Gesundheitsschaden namentlich die folgenden Grenzen übersteigen:

- a. die der versicherten Person entstandenen Diagnose- und Behandlungskosten;
- b. die der versicherten Person entstandenen Pflegekosten und andere ungedeckte Krankheitskosten;

<sup>2</sup> Ist die versicherte Person bei mehr als einem Krankenversicherer für Taggeld gemäss den Artikeln 67–77 des Gesetzes versichert, gilt als Überentschädigungsgrenze diejenige von Artikel 69 Absatz 2 ATSG. Sind die Leistungen zu kürzen, so ist jeder Versicherer im Verhältnis des von ihm versicherten Taggeldes zum Gesamtbetrag der versicherten Tagelder leistungspflichtig.

...

##### Art. 123–126<sup>335</sup>

<sup>333</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3908).

<sup>334</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3908).

<sup>335</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002 (AS 2002 3908).

#### 4. Teil: Verfügung, Kosten der Bekanntgabe und Publikation von Daten<sup>336</sup>

##### Art. 127<sup>337</sup> Verfügung

Wird eine Verfügung auf Grund von Artikel 51 Absatz 2 ATSG verlangt, so hat der Versicherer sie innerhalb von 30 Tagen zu erlassen.

##### Art. 128–129<sup>338</sup>

...<sup>339</sup>

##### Art. 130<sup>340</sup> Kosten der Bekanntgabe und Publikation von Daten<sup>341</sup>

<sup>1</sup> In den Fällen nach Artikel 84a Absatz 5 des Gesetzes wird eine Gebühr erhoben, wenn die Datenbekanntgabe zahlreiche Kopien oder andere Vervielfältigungen oder besondere Nachforschungen erfordert. Die Höhe dieser Gebühr entspricht den in den Artikeln 14 und 16 der Verordnung vom 10. September 1969<sup>342</sup> über Kosten und Entschädigungen im Verwaltungsverfahren festgesetzten Beträgen.

<sup>2</sup> Für Publikationen nach Artikel 84a Absatz 3 des Gesetzes wird eine kosten-deckende Gebühr erhoben.

<sup>3</sup> Die Gebühr kann wegen Bedürftigkeit der gebührenpflichtigen Person oder aus anderen wichtigen Gründen ermässigt oder erlassen werden.

<sup>336</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3908).

<sup>337</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 22. Nov. 2000 (AS 2000 2911). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3908).

<sup>338</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002 (AS 2002 3908).

<sup>339</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002 (AS 2002 3908).

<sup>340</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 2911).

<sup>341</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3908).

<sup>342</sup> SR 172.041.0

## 5. Teil: Schlussbestimmungen

### 1. Titel: Übergangsbestimmungen

#### Art. 131<sup>343</sup>

#### Art. 132 Bestehende Versicherungsverhältnisse

<sup>1</sup> Die Krankenkassen können beim Inkrafttreten des Gesetzes bestehende Versicherungsverhältnisse mit Personen, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht unterstehen und auch nicht auf Gesuch hin unterstellt werden können, bis spätestens am 31. Dezember 1996 weiterführen. Diese Versicherungsverhältnisse richten sich nach dem bisherigen Recht.

<sup>2</sup> Ein neues Versicherungsverhältnis nach Absatz 1 darf nur begründet werden, wenn damit die Weiterführung bis zum 31. Dezember 1996 einer entsprechenden Versicherungsdeckung gewährleistet wird, die von einem Versicherer gewährt worden war, der auf die Fortführung der sozialen Krankenversicherung verzichtet hat (Art. 99 KVG).

<sup>3</sup> Die Krankenkassen können den Personen nach den Absätzen 1 und 2 auf vertraglicher Basis eine Fortdauer des Versicherungsschutzes nach dem 31. Dezember 1996 anbieten. Der Vertrag kann bei der gleichen Krankenkasse oder bei einem anderen Versicherer nach Artikel 11 des Gesetzes abgeschlossen werden. Die Finanzierung von Leistungen, welche denjenigen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entsprechen, richtet sich nach den Grundsätzen der sozialen Krankenversicherung. Die Versicherungsverhältnisse unterliegen dem Versicherungsvertragsgesetz<sup>344,345</sup>

<sup>4</sup> Läuft eine vor dem 1. Januar 1997 begonnene Behandlung nach diesem Datum weiter, so hat die Krankenkasse das Versicherungsverhältnis bis zum Abschluss dieser Behandlung nach altem Recht weiterzuführen.<sup>346</sup>

#### Art. 133<sup>347</sup>

#### Art. 134 Leistungserbringer

<sup>1</sup> Leistungserbringer im Sinne der Artikel 44–54, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes gestützt auf eine Bewilligung nach altem Recht für die Krankenversicherung tätig sind, bleiben zugelassen, wenn sie innert einem Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes nach kantonalem Recht zugelassen sind.

<sup>343</sup> Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 4477).

<sup>344</sup> SR 221.229.1

<sup>345</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

<sup>346</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

<sup>347</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 25. Juni 1997 (AS 1997 1639).

<sup>2</sup> Logopäden und Logopädinnen sowie Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen, welche die Zulassungsbedingungen dieser Verordnung nur teilweise erfüllen, aber vor dem Inkrafttreten des Gesetzes ihre Ausbildung abgeschlossen und ihren Beruf selbständig ausgeübt haben, können unter dem neuen Recht für die Krankenversicherung tätig sein, wenn sie innert vier Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes nach kantonalem Recht zugelassen werden.<sup>348</sup>

<sup>3</sup> Laboratorien, die bereits nach den Artikeln 53 und 54 als Leistungserbringer für die Durchführung genetischer Untersuchungen zugelassen sind, können solche Untersuchungen bis zum Bewilligungsentscheid des BAG weiter durchführen, wenn sie:

- a. die Zulassungsbedingungen nach den Artikeln 53 und 54 erfüllen; und
- b. innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten der Verordnung vom 14. Februar 2007<sup>349</sup> über genetische Untersuchungen beim Menschen beim BAG ein Bewilligungsgesuch einreichen.<sup>350</sup>

#### **Art. 135**      Qualitätssicherung

Die Verträge nach Artikel 77 Absatz 1 der Verordnung sind bis zum 31. Dezember 1997 abzuschliessen.

#### **Art. 136**<sup>351</sup>

## **2. Titel: Inkrafttreten**

#### **Art. 137**

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1996 in Kraft.

<sup>348</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1996** 3139).

<sup>349</sup> SR **810.122.1**; in Kraft seit 1. April 2007.

<sup>350</sup> Eingefügt durch Art. 37 Ziff. 2 der V vom 14. Febr. 2007 über genetische Untersuchungen beim Menschen, in Kraft seit 1. April 2007 (AS **2007** 651).

<sup>351</sup> Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 4477).

**Schlussbestimmungen der Änderung vom 17. September 1997<sup>352</sup>****Schlussbestimmungen der Änderung vom 23. Februar 2000<sup>353</sup>****Schlussbestimmungen der Änderung vom 2. Oktober 2000<sup>354</sup>**

Das BAG kann für bestimmte Arzneimittelgruppen während höchstens fünf Jahren auf die Anpassung der Preise an die in Artikel 67 vorgesehene Preisstruktur verzichten oder eine gestaffelte Anpassung vorsehen.

**Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Mai 2002<sup>355</sup>****Schlussbestimmungen der Änderung vom 26. Juni 2002<sup>356</sup>**

Für die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung hängigen Verfahren gilt das neue Recht.

**Schlussbestimmungen der Änderung vom 6. Juni 2003<sup>357</sup>****Schlussbestimmungen der Änderung vom 26. Mai 2004<sup>358</sup>**

<sup>1</sup> Die Versicherer haben jede versicherte Person bis spätestens am 31. Oktober 2004 schriftlich über die von ihnen angebotenen neuen wählbaren Franchisen und die dafür gewährten Prämienreduktionen zu informieren.

<sup>2</sup> Für die mit einer wählbaren Franchise versicherten Personen gilt ab dem 1. Januar 2005 die von ihrem Versicherer angebotene wählbare Franchise, die ihrer bisherigen Franchise entspricht oder die dieser am nächsten ist. Haben die nächstliegende höhere Franchise und die nächstliegende tiefere Franchise den gleichen Abstand zur bisherigen Franchise, so gilt die höhere. Die mit einer wählbaren Franchise versicherten Personen können jedoch eine andere Franchise wählen oder in die ordentliche Versicherung wechseln, wenn sie dies dem Versicherer bis spätestens am 30. November 2004 schriftlich mitteilen.

<sup>352</sup> AS 1997 2272. Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 4477).

<sup>353</sup> AS 2000 889. Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 4477).

<sup>354</sup> AS 2000 2835

<sup>355</sup> AS 2002 1633. Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 4477).

<sup>356</sup> AS 2002 2129

<sup>357</sup> AS 2003 3249. Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 4477).

<sup>358</sup> AS 2004 3437

### Schlussbestimmungen der Änderung vom 3. Dezember 2004<sup>359</sup>

<sup>1</sup> Als Diplome im Sinne der Artikel 45, 47–49 und 50a gelten auch diejenigen Diplome, die von der von den Kantonen gemeinsam oder vom Departement bezeichneten Stelle vor Inkrafttreten dieser Änderung ausgestellt oder als gleichwertig anerkannt worden sind.

<sup>2</sup> Für Versicherungsverhältnisse, die vor Inkrafttreten dieser Änderung von Artikel 103 Absatz 5 abgeschlossen worden sind, gilt die bisherige Regelung für die vereinbarte Vertragsdauer, höchstens aber bis zum 31. Dezember 2005.

### Schlussbestimmungen der Änderung vom 9. November 2005<sup>360</sup>

#### Schlussbestimmungen der Änderung vom 26. April 2006<sup>361</sup>

<sup>1</sup> Die Versicherer müssen die Vorschriften von Artikel 6a bis zum 1. August 2006 anwenden.

<sup>2</sup> Für versicherte Personen, deren Versicherungspflicht wegen Militärdienst vor dem 1. Juli 2006 sistiert wird, wird Artikel 10a in seiner bisherigen Fassung angewendet<sup>362</sup>.

<sup>3</sup> Die Artikel 65–65c sowie 66a gelten für die Arzneimittel, die vor dem Inkrafttreten dieser Änderung in die Spezialitätenliste aufgenommen worden sind.

<sup>4</sup> ...<sup>363</sup>

<sup>5</sup> ...<sup>364</sup>

#### Schlussbestimmungen der Änderung vom 27. Juni 2007<sup>365</sup>

<sup>1</sup> Für Originalpräparate, die vor dem Inkrafttreten dieser Änderung in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, gilt Artikel 65a in der Fassung vom 26. April 2006<sup>366</sup>.

<sup>2</sup> Originalpräparate und Generika, die zwischen dem 1. Januar 1993 und dem 31. Dezember 2002 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, werden bis zum 30. Juni 2008 daraufhin überprüft, ob sie die Aufnahmebedingungen noch erfüllen. Das Departement legt das Verfahren der Überprüfung fest.

<sup>359</sup> AS 2004 5075

<sup>360</sup> AS 2005 5639. Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 4477).

<sup>361</sup> AS 2006 1717

<sup>362</sup> AS 2001 138

<sup>363</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, mit Wirkung seit 1. Aug. 2007 (AS 2007 3573).

<sup>364</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, mit Wirkung seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3449).

<sup>365</sup> AS 2007 3573

<sup>366</sup> AS 2006 1717

<sup>3</sup> Artikel 66 gilt auch für Arzneimittel, die vor dem 10. Mai 2006 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden.

<sup>4</sup> Für Prämien, die vor dem 1. August 2007 fällig wurden, und Kostenbeteiligungen an Leistungen, die vor dem 1. August 2007 erbracht wurden, ist Artikel 105*b* Absätze 1 und 2 nicht anwendbar.

<sup>5</sup> Bei am 1. August 2007 bestehenden Aufschüben von Kostenübernahmen für Leistungen ist Artikel 105*c* Absatz 2 nicht anwendbar.

<sup>6</sup> Unbezahlte Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinsen und Betreuungskosten, die vor dem 1. Januar 2006 angefallen sind, verhindern einen Wechsel des Versicherers nicht.

### **Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. August 2007<sup>367</sup>**

Die Bestimmungen dieser Verordnung zur Revisionsstelle gelten vom ersten Geschäftsjahr an, das mit Inkrafttreten dieser Änderung oder danach beginnt.

### **Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008<sup>368</sup>**

<sup>1</sup> Die Organisation nach Artikel 49 Absatz 2 des Gesetzes muss ihre Tätigkeit spätestens am 31. Januar 2009 aufnehmen. Die Tarifpartner und die Kantone müssen den Bundesrat über das Datum des Beginns der Tätigkeit der Organisation in Kenntnis setzen und ihm die Statuten der Organisation übermitteln.

<sup>2</sup> Das erste Gesuch um Genehmigung des Tarifvertrags nach Artikel 59*d* muss dem Bundesrat spätestens am 30. Juni 2009 unterbreitet werden. Der Tarifvertrag muss zusätzlich zur einheitlichen Tarifstruktur und zu den Anwendungsmodalitäten des Tarifs einen gemeinsamen Vorschlag der Tarifpartner über die bei der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen erforderlichen Begleitmassnahmen enthalten. Dafür vereinbaren die Tarifpartner namentlich Instrumente zur Überwachung der Entwicklung der Kosten und der Leistungsmengen (Monitoring) sowie die Korrekturmassnahmen.

<sup>2bis</sup> Das Monitoring nach Absatz 2 umfasst insbesondere pro Leistungserbringer die Entwicklung der Fallzahl, der abgerechneten Kosten und im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus Diagnosis Related Groups (DRG) die Entwicklung des Case Mix Index (CMI). Das Monitoring über sämtliche Bereiche nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche, muss insbesondere gewährleisten, dass neben dem Korrekturmechanismus nach Absatz 2<sup>ter</sup> zusätzliche Korrekturmassnahmen von den Tarifpartnern durchgeführt werden können. Können sich die Tarifpartner nicht auf ein entsprechendes Monitoring einigen, übermitteln die Leistungserbringer den Versicherern die dazu notwendigen Informationen ab dem Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 der Übergangsbestimmungen der Änderung vom 21. Dezember 2007 des Gesetzes bis zum Abschluss

<sup>367</sup> AS 2007 3989

<sup>368</sup> AS 2008 5097

der Korrekturmassnahmen quartalsweise. Die Versicherer führen gemeinsam ein Monitoring durch und veröffentlichen halbjährlich eine Auswertung als Grundlage für Korrekturmassnahmen der Tarifpartner.<sup>369</sup>

<sup>2ter</sup> Können sich die Tarifpartner im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG nicht auf gesamtschweizerisch einheitliche Korrekturmassnahmen nach Absatz 2 einigen, so muss der Leistungserbringer in den ersten beiden Jahren nach Einführung des Vergütungsmodells sowohl bei einer ungerechtfertigten Erhöhung um mehr als 2 Prozent, des effektiven CMI im Abrechnungsjahr gegenüber dem vereinbarten CMI als auch der effektiven Fallzahl im Abrechnungsjahr gegenüber der bei der Vereinbarung des CMI berücksichtigten Fallzahl, die Mehrerträge innerhalb des Folgejahres anteilmässig nach Artikel 49a des Gesetzes rückvergüten. Die Umsetzungsmodalitäten werden zwischen Leistungserbringern und Versicherern vereinbart.<sup>370</sup>

<sup>3</sup> Die Tarifpartner müssen dem Bundesrat den Betrag des Fallbeitrags nach Artikel 59e spätestens zusammen mit dem ersten Genehmigungsgesuch nach Absatz 2 zur Genehmigung unterbreiten.

<sup>4</sup> In Abweichung zu den Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008<sup>371</sup> der Verordnung vom 3. Juli 2002<sup>372</sup> über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung erfolgt im Jahr 2012 die Abgeltung der Anlagennutzungskosten im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG mittels eines Zuschlags auf den in den Tarifverträgen verhandelten Basispreisen. Der Zuschlag beträgt 10 Prozent.<sup>373</sup>

### **Schlussbestimmungen der Änderung vom 13. März 2009<sup>374</sup>**

Die gemeinsame Einrichtung informiert in Zusammenarbeit mit dem BAG, den rentenauszahlenden Stellen und den zuständigen Auslandsvertretungen die Rentnerinnen und Rentner, die in einem neuen Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft wohnen, bis spätestens drei Monate nach dem Inkrafttreten des Protokolls vom 27. Mai 2008<sup>375</sup> über die Ausdehnung des Freizügigkeitsabkommens auf Bulgarien und Rumänien im Hinblick auf die Aufnahme von Bulgariern und Rumäniern als Vertragsparteien infolge ihres Beitritts zur Europäischen Union über die Versicherungspflicht. Mit diesen Informationen gelten auch die in einem neuen Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft wohnhaften Familienangehörigen als informiert. Der Bund übernimmt die der gemeinsamen Einrichtung entstehenden Kosten für die Information.

<sup>369</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. Dez. 2011 (AS 2011 5037).

<sup>370</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. Dez. 2011 (AS 2011 5037).

<sup>371</sup> AS 2008 5105

<sup>372</sup> SR 832.104

<sup>373</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. Dez. 2011 (AS 2011 5037).

<sup>374</sup> AS 2009 1825

<sup>375</sup> SR 0.142.112.681.1

### **Übergangsbestimmungen der Änderung vom 24. Juni 2009<sup>376</sup>**

Für Pilotprojekte nach Artikel 36a, die vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 24. Juni 2009 genehmigt wurden, wird die Projektdauer von vier Jahren um die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung bereits abgelaufene Zeit gekürzt.

### **Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 1. Juli 2009<sup>377</sup>**

<sup>1</sup> Das BAG überprüft die Fabrikabgabepreise der Originalpräparate, die zwischen dem 1. Januar 1955 und dem 31. Dezember 2006 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, daraufhin, ob sie die Aufnahmebedingungen noch erfüllen.

<sup>2</sup> Das Unternehmen, das ein zu überprüfendes Originalpräparat vertreibt, ermittelt die Fabrikabgabepreise der in der Schweiz meistverkauften Packung in Deutschland, Dänemark, Grossbritannien, den Niederlanden, Frankreich und Österreich aufgrund von Regelungen der entsprechenden Behörden oder Verbände. Es lässt diese Fabrikabgabepreise von einer zeichnungsberechtigten Person der jeweiligen Länderniederlassung bestätigen. Die Anzahl der in der Schweiz verkauften Packungen des Originalpräparates der letzten 12 Monate muss für sämtliche Handelsformen ausgewiesen und von einer zeichnungsberechtigten Person des Unternehmens in der Schweiz bestätigt werden.

<sup>3</sup> Das Unternehmen, welches das Originalpräparat vertreibt, muss dem BAG die am 1. Oktober 2009 gültigen Fabrikabgabepreise bis zum 30. November 2009 mitteilen. Das BAG ermittelt den durchschnittlichen Fabrikabgabepreis anhand der geltenden Preise in Deutschland, Dänemark, Grossbritannien, den Niederlanden, Frankreich und Österreich sowie den durchschnittlichen Wechselkurs der Monate April bis September 2009 und rechnet diesen Preis in Schweizer Franken um.

<sup>4</sup> Das BAG senkt den Fabrikabgabepreis eines Originalpräparates mit Wirkung ab 1. März 2010 auf den nach Absatz 3 ermittelten durchschnittlichen Fabrikabgabepreis, wenn:

- a. der Fabrikabgabepreis des Originalpräparates am 1. Oktober 2009 (Ausgangswert) den nach Absatz 3 ermittelten Preis um mehr als 4 Prozent übersteigt;
- b. das Unternehmen bis zum 30. November 2009 kein Gesuch stellt, den Fabrikabgabepreis mit Wirkung ab 1. März 2010 auf einen Preis zu senken, welcher den Fabrikabgabepreis nach Absatz 3 um höchstens 4 Prozent übersteigt.

<sup>5</sup> Die Preissenkung nach Absatz 4 kann stufenweise erfolgen. Beträgt die Preissenkung mehr als 15 Prozent des Ausgangswertes, so wird der Preis auf den 1. März 2010 auf 85 Prozent des Ausgangswertes und auf den 1. Januar 2011 auf den nach Absatz 3 ermittelten durchschnittlichen Fabrikabgabepreis gesenkt.

<sup>376</sup> AS 2009 3525

<sup>377</sup> AS 2009 4245

<sup>6</sup> Generika, die bis zum Inkrafttreten der Änderung vom 1. Juli 2009 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, werden bis zum 1. Januar 2010 überprüft und per 1. März 2010 preislich angepasst. Im Zuge dieser ausserordentlichen Preisüberprüfung gelten Generika als wirtschaftlich, wenn ihre Fabrikabgabepreise mindestens 10 Prozent tiefer sind als die am 1. Oktober 2009 gültigen durchschnittlichen Fabrikabgabepreise der dazugehörenden Originalpräparate im Ausland. Berechnet wird der durchschnittliche Fabrikabgabepreis anhand der geltenden Preise des Originalpräparats in Deutschland, Dänemark, Grossbritannien, den Niederlanden, Frankreich und Österreich.<sup>378</sup>

<sup>7</sup> Der preisbezogene Zuschlag und der Zuschlag je Packung nach Artikel 67 Absatz 1<sup>quater</sup> werden bei allen Präparaten, die vor Inkrafttreten der Änderung vom 1. Juli 2009 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, bis zum 1. Januar 2010 überprüft und preislich per 1. März 2010 angepasst.

### **Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 3. Dezember 2010<sup>379</sup>**

<sup>1</sup> Die Versicherer müssen dem BAG das Anlagereglement innerhalb eines Jahres nach dem Inkrafttreten der Änderung vom 3. Dezember 2010 zur Kenntnis bringen.

<sup>2</sup> Sie müssen ihr Vermögen bis zum Jahresabschluss vom 31. Dezember 2011 nach den Artikeln 80–80*i* anlegen. Anlagen nach Artikel 80*d* Absatz 1 Buchstabe d müssen bis zum 31. Dezember 2015 nach den Artikeln 80–80*i* angelegt werden.

<sup>3</sup> Die Versicherer müssen Anlagen nach Artikel 80*d* Absatz 1 Buchstabe e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom 3. Dezember 2010 bestehen, dem BAG innerhalb eines Jahres zur Genehmigung unterbreiten.

### **Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 22. Juni 2011<sup>380</sup>**

<sup>1</sup> Die Versicherer müssen dafür sorgen, dass ihre Reserven innert fünf Jahren nach Inkrafttreten die Mindesthöhe nach Artikel 78*a* erreichen.

<sup>2</sup> Vor diesem Zeitpunkt müssen die Versicherer, deren Reserven die Mindesthöhe nicht erreichen:

- a. über die Sicherheitsreserven nach Artikel 78 Absatz 4 des bisherigen Rechts verfügen; und
- b. sofern bei ihnen weniger als 50 000 Personen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert sind, über eine Rückversicherung verfügen.

<sup>378</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4759).

<sup>379</sup> AS 2010 6155

<sup>380</sup> AS 2011 3449

**Übergangsbestimmung zur Änderung vom 6. Juli 2011<sup>381</sup>**

Erhält ein Versicherer ein Gesuch um Kostenübernahme von einer nothilfeberechtigten Person, deren Asylentscheid vor dem Inkrafttreten dieser Änderung rechtskräftig wurde, so sind die Prämien und der Aufschlag nach dieser Änderung rückwirkend ab dem Inkrafttreten dieser Änderung geschuldet.

**Übergangsbestimmung zur Änderung vom 2. November 2011<sup>382</sup>**

In Bezug auf Island, Liechtenstein und Norwegen gilt bis zum Inkrafttreten der Änderung vom ...<sup>383</sup> von Anhang K zum EFTA-Abkommen<sup>384</sup> das bisherige Recht.

381 AS 2011 3535

382 AS 2012 955

383 AS 2012 ...

384 SR 0.632.31

## Aufhebung und Änderung von Verordnungen

### 1. Es werden aufgehoben:

- a. Die Verordnung I vom 22. Dezember 1964<sup>385</sup> über die Krankenversicherung betreffend das Rechnungswesen und die Kontrolle der vom Bund anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände sowie die Berechnung der Bundesbeiträge;
- b. die Verordnung II vom 22. Dezember 1964<sup>386</sup> über die Krankenversicherung betreffend die Kollektivversicherung bei den vom Bund anerkannten Krankenkassen;
- c. die Verordnung III vom 15. Januar 1965<sup>387</sup> über die Krankenversicherung betreffend die Leistungen der vom Bund anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände;
- d. die Verordnung IV vom 15. Januar 1965<sup>388</sup> über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung kantonaler Befähigungsausweise der Chiropraktoren für die Krankenversicherung;
- e. die Verordnung V vom 2. Februar 1965<sup>389</sup> über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung von Krankenkassen und Rückversicherungsverbänden sowie ihre finanzielle Sicherheit;
- f. die Verordnung VI vom 11. März 1966<sup>390</sup> über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von medizinischen Hilfspersonen zur Betätigung für die Krankenversicherung;
- g. die Verordnung VII vom 29. März 1966<sup>391</sup> über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Laboratorien zur Betätigung für die Krankenversicherung;
- h. die Verordnung VIII vom 30. Oktober 1968<sup>392</sup> über die Krankenversicherung betreffend die Auswahl von Arzneimitteln und Analysen;

<sup>385</sup> [AS 1964 1289, 1974 978, 1986 685, 1990 1675, 1991 609 2547, 1992 1738 Art. 18]

<sup>386</sup> [AS 1965 31, 1984 1481, 1990 1674, 1991 606 2546]

<sup>387</sup> [AS 1965 41, 1968 43 Ziff. V 1068, 1969 1126 Ziff. II, 1974 978 Ziff. II, 1983 38 Art. 142, 1984 1485, 1986 85]

<sup>388</sup> [AS 1965 55]

<sup>389</sup> [AS 1965 90, 1969 77 Ziff. II Bst. B Ziff. 3 1220, 1970 1644, 1984 1479, 1986 80 1706, 1990 21 2039, 1991 370 Anhang Ziff. 18]

<sup>390</sup> [AS 1966 499, 1971 1185]

<sup>391</sup> [AS 1966 570]

<sup>392</sup> [AS 1968 1318, 1982 2178, 1984 1486, 1986 89, 1988 1563]

- i die Verordnung vom 22. November 1989<sup>393</sup> über den Betrieb anderer Versicherungsarten durch anerkannte Krankenkassen.

**2.–10.**...<sup>394</sup>

<sup>393</sup> [AS 1989 2430]

<sup>394</sup> Die Änderungen können unter AS 1995 3867 konsultiert werden.

