

# Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

vom 27. Juni 1995 (Stand am 1. August 2017)

---

*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), auf Artikel 82 Absatz 2 des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 2000<sup>3</sup> (HMG) und auf Artikel 46a des Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetzes vom 21. März 1997<sup>4</sup> (RVOG),<sup>5</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>6</sup> (ZGB) unterstehen der Versicherungspflicht nach Artikel 3 des Gesetzes.

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

- a.<sup>7</sup> Ausländer und Ausländerinnen mit einer Kurzaufenthalts- oder Aufenthaltsbewilligung nach den Artikeln 32 und 33 des Bundesgesetzes vom 16. Dezember 2005<sup>8</sup> über die Ausländerinnen und Ausländer (AuG), die mindestens drei Monate gültig ist;

AS 1995 3867

1 SR 830.1

2 SR 832.10

3 SR 812.21

4 SR 172.010

5 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2016 4927).

6 SR 210

7 Fassung gemäss Ziff. I 4 der V vom 24. Okt. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 5627).

8 SR 142.20

- b.<sup>9</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;
- c.<sup>10</sup> Personen, die ein Asylgesuch in der Schweiz nach Artikel 18 des Asylgesetzes vom 26. Juni 1998<sup>11</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>12</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>13</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>14</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>15</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>16</sup> Personen mit einer Kurzaufenthalts- oder einer Aufenthaltsbewilligung nach dem Freizügigkeitsabkommen oder dem EFTA-Abkommen, die mindestens drei Monate gültig ist;
- g.<sup>17</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:

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

<sup>11</sup> SR 142.31

<sup>12</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>13</sup> SR 0.142.112.681

<sup>14</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS 2002 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 1633).

<sup>15</sup> SR 0.632.31

<sup>16</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 1633).

<sup>17</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5075).

- a.<sup>18</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>19</sup> über die Militärversicherung (MVG) der Militärversicherung unterstellt sind;
- b. Personen, die sich ausschliesslich zur ärztlichen Behandlung oder zur Kur in der Schweiz aufhalten;
- c.<sup>20</sup> Personen, die nach dem Freizügigkeitsabkommen<sup>21</sup> sowie seinem Anhang II, dem EFTA-Abkommen<sup>22</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>23</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>24</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>25</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>26</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

<sup>18</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3908).

<sup>19</sup> SR 833.1

<sup>20</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 1633).

<sup>21</sup> SR 0.142.112.681

<sup>22</sup> SR 0.632.31

<sup>23</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 1633).

<sup>24</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>25</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>26</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 3249).

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>27</sup>

3 ...<sup>28</sup>

4 Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Personen, die sich im Rahmen einer Aus- oder Weiterbildung in der Schweiz aufhalten, wie namentlich 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>29</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>30</sup>

4bis ...<sup>31</sup>

5 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 Ausnahmewilligung 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>

6 Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Personen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union wohnen, sofern sie nach dem Freizügigkeitsabkommen sowie seinem Anhang II von der Versicherungspflicht befreit werden können und nachweisen, dass sie im Wohnstaat und während eines Aufent-

<sup>27</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 1633).

<sup>28</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, mit Wirkung seit 1. Juni 2002 (AS 2002 1633).

<sup>29</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 3249).

<sup>30</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>31</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS 2002 915). Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 29. Nov. 2013, mit Wirkung seit 1. Jan. 2014 (AS 2013 4523). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Ende des Textes.

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

halts 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:

- a. unmittelbar vor der Entsendung in der Schweiz versicherungspflichtig waren; und

<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, in Kraft seit 1. Juni 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, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 1633).

- 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>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

<sup>37</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 15 der Gaststaatverordnung vom 7. Dez. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 6657).

<sup>38</sup> SR 192.12

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<sup>40</sup> 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>41</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>42</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>43</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, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS 2006 1717). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.

<sup>40</sup> [AS 1995 1328. AS 2015 5137 Anhang Ziff. 2]. Siehe seit dem 1. Jan. 2016: Art. 2 Abs. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014 (SR 832.12).

<sup>41</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS 2006 1717).

<sup>42</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 1633).

<sup>43</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>44</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>45</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>46</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>47</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>48</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>49</sup>

<sup>44</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5075).

<sup>45</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5075).

<sup>46</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>47</sup> SR 142.31

<sup>48</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3573).

<sup>49</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 15 der Gaststaatverordnung vom 7. Dez. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 6657).



<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<sup>50</sup> des 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>51</sup> sowie seinem Anhang II oder dem EFTA-Abkommen<sup>52</sup>, seinem Anhang K und Anlage 2 zu Anhang K nicht mehr erfüllen.<sup>53</sup>

**Art. 7a<sup>54</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>55</sup> über den Versicherungsvertrag.

**Art. 7b<sup>56</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, höchst-

<sup>50</sup> Siehe seit dem 1. Jan. 2016: Art. 2 und 3 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014 (SR 832.12).

<sup>51</sup> SR 0.142.112.681

<sup>52</sup> SR 0.632.31

<sup>53</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS 2002 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 1633).

<sup>54</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1996 (AS 1996 3139).

<sup>55</sup> SR 221.229.1

<sup>56</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 915).

tens jedoch fünf Jahren.<sup>57</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 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>58</sup>

#### **Art. 9<sup>59</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>60</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>61</sup>

<sup>57</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 9. Nov. 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS **2005** 5639).

<sup>58</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Nov. 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS **2005** 5639).

<sup>59</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).

<sup>60</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>61</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1996** 3139).

<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>62</sup>

## **2. Kapitel: Sistierung der Versicherungspflicht und der Unfalldeckung<sup>63</sup>**

### **Art. 10a<sup>64</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>65</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>66</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>62</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 915).

<sup>63</sup> Ursprünglich vor Art. 11. Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2001 138).

<sup>64</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000 (AS 2001 138). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 1. Mai 2006 (AS 2006 1717). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.

<sup>65</sup> SR 833.1

<sup>66</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2001 138).

<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.

## **2. Titel: Organisation**

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

**Art. 12–15**<sup>67</sup>

**Art. 15a**<sup>68</sup>

### **2. Kapitel: ...**

**Art. 16–18**<sup>69</sup>

### **3. Kapitel: Gemeinsame Einrichtung**

**Art. 19**<sup>70</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>71</sup>

<sup>67</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5165).

<sup>68</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS 2002 915). Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5165).

<sup>69</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5165).

<sup>70</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 915).

<sup>71</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 3249).

<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>72</sup>

<sup>3</sup> Die Versicherer tragen proportional zur Anzahl der bei ihnen obligatorisch für Krankenpflege versicherten Personen die Kosten der Aufgaben, welche die gemeinsame 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>73</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>74</sup>

**Art. 19b**<sup>75</sup>

**Art. 20 und 21**<sup>76</sup>

<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 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

<sup>74</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 28. Sept. 1998 (AS 1998 2634). Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5165).

<sup>75</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717). Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5165).

<sup>76</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5165).

**Art. 22<sup>77</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>78</sup> über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung.<sup>79</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>80</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>81</sup>

<sup>4</sup> Der Rechtsmittelweg richtet sich nach den allgemeinen Bestimmungen der Bundesrechtspflege.<sup>82</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>77</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).

<sup>78</sup> SR **832.112.1**

<sup>79</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

<sup>80</sup> SR **172.021**

<sup>81</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004 (AS **2004** 5075). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

<sup>82</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

## 5. Kapitel: Aufsicht

### 1. Abschnitt: ...

#### Art. 24–26<sup>83</sup>

### 2. Abschnitt: Beschwerde durch das BAG

#### Art. 27<sup>84</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.

### 3. Abschnitt: Aufsichtsdaten

#### Art. 28<sup>85</sup>      Daten der Versicherer

<sup>1</sup> Die Daten, die von den Versicherern nach Artikel 35 Absatz 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. September 2014<sup>86</sup> (KVAG) weitergegeben werden müssen, dienen dazu:<sup>87</sup>

- a.<sup>88</sup> die einheitliche Anwendung des Gesetzes und des KVAG 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;

<sup>83</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5165).

<sup>84</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).

<sup>85</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 5097).

<sup>86</sup> SR 832.12

<sup>87</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5165).

<sup>88</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5165).

- f. die Entscheidungsgrundlagen für die Durchführung von gesetzlich vorgesehenen ordentlichen oder ausserordentlichen Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung vorzubereiten;
- g.<sup>89</sup> die Wirkungen des Gesetzes und des KVAG 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 kann die Daten zur Aufwandverminderung mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn es die Daten vorher anonymisiert. Es stellt die Resultate der Erhebungen den am Vollzug des KVAG und des Gesetzes beteiligten Stellen zur Verfügung.<sup>90</sup>

<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>3bis</sup> Im Zusammenhang mit einer Vergütung nach den Artikeln 71a–71c müssen sie dem BAG jährlich das Eingangsdatum des Gesuchs um Kostengutsprache, die Indikation, den Namen des Arzneimittels, den Namen der Zulassungsinhaberin, den Leistungsentscheid, das Datum des Leistungsentscheids sowie bei positivem Leistungsentscheid die Höhe der Vergütung weitergeben.<sup>91</sup>

<sup>4</sup> Sie müssen dem BAG die Daten nach den Absätzen 3 und 3<sup>bis</sup> auf elektronischen Datenträgern zur Verfügung stellen. Das BAG kann sie davon auf Gesuch hin für eine befristete Zeit befreien, wenn ihnen die Lieferung mangels technischer Voraussetzungen nicht möglich ist.<sup>92</sup>

<sup>5</sup> Die Versicherer haben die Daten nach den Absätzen 3 und 3<sup>bis</sup> korrekt, vollständig, fristgerecht und auf eigene Kosten zu liefern. Das BAG ist dafür verantwortlich,

<sup>89</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5165).

<sup>90</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5165).

<sup>91</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft vom 1. März 2017 bis zum 31. Dez. 2019 (AS 2017 623).

<sup>92</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft vom 1. März 2017 bis zum 31. Dez. 2019 (AS 2017 623).



dass im Rahmen der Datenverwendung und der Datenverknüpfung die Anonymität der Versicherten gewahrt ist.<sup>93</sup>

<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>94</sup>

#### **Art. 28b**<sup>95</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.

#### **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.

<sup>93</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft vom 1. März 2017 bis zum 31. Dez. 2019 (AS **2017** 623).

<sup>94</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008 (AS **2008** 5097). Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

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

**Art. 30<sup>96</sup>** Daten der Leistungserbringer

Die Leistungserbringer geben dem Bundesamt für Statistik (BFS) folgende Daten nach Artikel 59a Absatz 1 KVG, soweit diese für die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität ihrer Leistungen nach dem KVG erforderlich sind, bekannt:

- a. Betriebsdaten (Art. 59a Abs. 1 Bst. a KVG), namentlich:
  1. Betriebstyp und Leistungsangebot,
  2. Standorte,
  3. medizinisch-technische Infrastruktur,
  4. Rechtsform und Art des öffentlichen Beitrags;
- b. Personaldaten (Art. 59a Abs. 1 Bst. b KVG), namentlich:
  1. Personalbestand,
  2. Aus- und Weiterbildungsangebot,
  3. Angaben zu Beschäftigungsvolumen und Funktion sowie soziodemografische Merkmale,
  4. Angaben zum Personal in Aus- und Weiterbildung;
- c. Patientendaten (Art. 59a Abs. 1 Bst. c KVG), namentlich:
  1. ambulanter Patientenkontakt, Ein- und Austritte, Pflge tage und Bettenbelegung,
  2. Diagnosen, Morbiditätsgrad, Art des Ein- und Austritts, Pflegebedarf und soziodemografische Merkmale;
- d. Leistungsdaten (Art. 59a Abs. 1 Bst. d KVG), namentlich:
  1. Leistungstyp, Untersuchungen und Behandlungen,
  2. Leistungsvolumen;
- e. Kostendaten für stationäre Leistungen (Art. 59a Abs. 1 Bst. d KVG), namentlich Gestehungskosten und Erlöse pro Fall;
- f. Finanzdaten (Art. 59a Abs. 1 Bst. e KVG), namentlich:
  1. Betriebsaufwand aus Finanz-, Lohn- und Anlagebuchhaltung,
  2. Betriebsertrag aus Finanzbuchhaltung,
  3. Betriebsergebnis aus Finanzbuchhaltung;
- g. medizinische Qualitätsindikatoren (Art. 59a Abs. 1 Bst. f KVG), namentlich Angaben, deren Analyse Rückschlüsse erlauben, inwieweit medizinische Leistungen wirksam, effizient, angemessen, sicher, patientenzentriert, rechtzeitig und chancengleich erbracht werden.

<sup>96</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. Juni 2016, in Kraft seit 1. Aug. 2016 (AS 2016 2689).

**Art. 30a**<sup>97</sup> Erhebung und Bearbeitung der Daten der Leistungserbringer

<sup>1</sup> Die Leistungserbringer haben die Daten gemäss den entsprechenden Variablen nach dem Anhang der Statistikerhebungsverordnung vom 30. Juni 1993<sup>98</sup> korrekt, vollständig, fristgerecht, auf eigene Kosten und unter Wahrung der Anonymität der Patientinnen und Patienten zu liefern.

<sup>2</sup> Sie müssen dem BFS die Daten in verschlüsselter Form elektronisch übermitteln.

<sup>3</sup> Die Leistungserbringer und das BFS können die Daten einer formellen Vorkontrolle unterziehen, namentlich bezüglich Lesbarkeit, Vollständigkeit und Plausibilität.

<sup>4</sup> Stellt das BFS Mängel in der Datenlieferung fest, so setzt es dem Leistungserbringer eine Nachfrist zur Lieferung korrekter und vollständiger Daten. Nach Ablauf der Frist bereitet das BFS die Daten ohne weitere Überprüfung und mit einem entsprechenden Vermerk für die Weitergabe an die Datenempfänger nach Artikel 30b vor.

<sup>5</sup> Es bestimmt die Periodizitäten und die Fristen der Datenweitergabe im Einvernehmen mit dem BAG.

<sup>6</sup> Es kann die erhobenen Daten im Rahmen der Gesetzgebung über die Bundesstatistik zu statistischen Zwecken in anonymisierter oder pseudonymisierter Form weiterverwenden.

<sup>7</sup> Es kann zur Gewinnung von Qualitätsindikatoren Daten nach Artikel 30 mit anderen Datenquellen verknüpfen. Die Artikel 13h–13n der Statistikerhebungsverordnung vom 30. Juni 1993<sup>99</sup> mit Ausnahme der Bestimmungen über die Verknüpfung von Daten im Auftrag Dritter sind sinngemäss anwendbar.

**Art. 30b**<sup>100</sup> Weitergabe der Daten der Leistungserbringer

<sup>1</sup> Das BFS gibt folgenden Datenempfängern folgende Daten weiter:

- a. dem BAG: die Daten nach Artikel 30, sofern diese zur Beurteilung der Tarife (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KVG), für die Betriebsvergleiche zwischen Spitälern (Art. 49 Abs. 8 KVG), zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Art. 32, 58 und 59 KVG) und für die Veröffentlichung der Daten (Art. 59a Abs. 3 KVG) erforderlich sind;
- b. den zuständigen Behörden der Kantone:
  1. die Daten nach Artikel 30, sofern diese für die Planung der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime (Art. 39 KVG) erforderlich sind,
  2. die Daten nach Artikel 30 Buchstaben a, d und e, sofern diese für die Beurteilung der Tarife (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KVG) erforderlich sind;

<sup>97</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. Juni 2016, in Kraft seit 1. Aug. 2016 (AS 2016 2689).

<sup>98</sup> SR 431.012.1

<sup>99</sup> SR 431.012.1

<sup>100</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. Juni 2016, in Kraft seit 1. Aug. 2016 (AS 2016 2689).

- c. den Versicherern: die Daten nach Artikel 30 Buchstaben a, c, d und e, sofern diese für den Vollzug der Bestimmungen zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, erforderlich sind;
- d. dem Preisüberwacher: die Daten nach Artikel 30, sofern diese zur Prüfung von Preisen und Tarifen im Gesundheitswesen im Rahmen von Artikel 14 des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985<sup>101</sup> erforderlich sind.

<sup>2</sup> Es stellt die Anonymität des Personals nach Artikel 30 Buchstabe b und der Patientinnen und Patienten nach Artikel 30 Buchstabe c bei der Weitergabe der personenbezogenen Daten sicher.

<sup>3</sup> Die Daten nach Artikel 30 werden grundsätzlich auf Betriebsebene aggregiert weitergegeben. Daten nach Artikel 30 Buchstaben b–e und g werden folgenden Empfängern als Einzeldaten weitergegeben:

- a. dem BAG;
- b. den zuständigen Behörden der Kantone für die Planung der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime.

#### **Art. 30c**<sup>102</sup> Bearbeitungsreglement

Das BFS erstellt in Zusammenarbeit mit dem BAG für die Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe von Daten nach Artikel 59a KVG ein Bearbeitungsreglement im Sinne von Artikel 21 der Verordnung vom 14. Juni 1993<sup>103</sup> zum Bundesgesetz über den Datenschutz. Im Bearbeitungsreglement werden nach Anhörung der betroffenen Kreise die Variablen im Sinne von Artikel 30a Absatz 1, welche die Leistungserbringer zu liefern haben, festgehalten.

#### **Art. 31**<sup>104</sup> Veröffentlichung der Daten der Leistungserbringer

<sup>1</sup> Das BAG veröffentlicht die Ergebnisse der vom BFS gestützt auf Artikel 59a KVG und vom BAG nach Artikel 51 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006<sup>105</sup> 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;

<sup>101</sup> SR **942.20**

<sup>102</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. Juni 2016, in Kraft seit 1. Aug. 2016 (AS **2016** 2689).

<sup>103</sup> SR **235.11**

<sup>104</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. Juni 2016, in Kraft seit 1. Aug. 2016 (AS **2016** 2689).

<sup>105</sup> SR **811.11**

- d. Umfang und Art der erbrachten Leistungen;
- e. Kostenentwicklung.

<sup>2</sup> Das BAG veröffentlicht die Ergebnisse der weitergegebenen Daten zu den Spitälern und anderen Einrichtungen nach Artikel 39 KVG sowie zu den Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause nach Artikel 51 dieser Verordnung auf Stufe der einzelnen Einrichtung mit deren Namen und Standort. Bei den übrigen Leistungserbringern werden die Daten nach Gruppen von Leistungserbringern veröffentlicht. Personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten und des Personals werden nicht veröffentlicht.

#### **Art. 31a**<sup>106</sup> Sicherheit und Aufbewahrung der Daten

Soweit die Aufbewahrung, die Löschung und die Vernichtung der Daten nicht anderweitig geregelt sind, müssen die Behörden, an die Daten nach Artikel 59a KVG weitergeben wurden, folgende Grundsätze einhalten:

- a. Sie müssen die Daten durch die erforderlichen organisatorischen und technischen Massnahmen gegen unbefugtes Bearbeiten schützen.
- b. Sie müssen die Daten löschen, sobald diese zur Erreichung des Zwecks, zu dem sie weitergeben wurden, nicht mehr benötigt werden.
- c. Sie müssen die Daten spätestens fünf Jahre nach deren Erhalt vernichten, sofern die Daten nicht archiviert werden müssen.

#### **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>106</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. Juni 2016, in Kraft seit 1. Aug. 2016 (AS 2016 2689).

### 3. Titel: Leistungen

#### 1. Kapitel: Bezeichnung der Leistungen

##### Art. 33 Allgemeine Leistungen

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) bezeichnet nach Anhören der zuständigen Kommission:<sup>107</sup>

- 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>108</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>109</sup> das Verfahren der Bedarfsermittlung;
- i.<sup>110</sup> den in Artikel 25a Absätze 1 und 4 des Gesetzes vorgesehenen und nach Pflegebedarf differenzierten Beitrag an die Pflegeleistungen.

<sup>107</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5165).

<sup>108</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>109</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>110</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.

**Art. 35a<sup>111</sup>** Komplementärmedizin

Bei der Beurteilung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit komplementärmedizinischer Leistungen stehen insbesondere folgende Kriterien im Vordergrund:

- a. die Anwendungs- und Forschungstradition der Fachrichtung, in der die Leistungen erbracht werden;
- b. das Basieren der Leistungen auf wissenschaftlicher Evidenz und ärztlicher Erfahrung;
- c. die Vermittlung der für das Erbringen der Leistungen notwendigen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten in einer spezifischen ergänzenden Weiterbildung.

## 2. Kapitel: Umfang der Kostenübernahme

**Art. 36** Leistungen im Ausland

<sup>1</sup> Das EDI 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,

<sup>111</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 16. Juni 2017, in Kraft seit 1. Aug. 2017 (AS 2017 3687).

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>112</sup>

<sup>5</sup> Vorbehalten bleiben die Bestimmungen über die internationale Leistungsaushilfe.<sup>113</sup>

#### **Art. 36a<sup>114</sup>** Pilotprojekte für die Kostenübernahme für Leistungen im Ausland

<sup>1</sup> Das EDI 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>115</sup> Die Projektdauer beträgt vier Jahre ab der Genehmigung durch das EDI; sie kann zweimal 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.

<sup>112</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, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 1633).

<sup>113</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 915).

<sup>114</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS 2006 1717).

<sup>115</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Okt. 2014, in Kraft seit 1. Nov. 2014 (AS 2014 3263). Siehe auch die UeB der Änd. vom 24. Juni 2009 am Ende des Textes.



- 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.
- 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 EDI zur Kenntnis gebracht.

#### **Art. 37<sup>116</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.

<sup>116</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

### 3. Kapitel:<sup>117</sup> Kommissionen

#### Art. 37a<sup>118</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 Gegenstandekommission);
- c. die Eidgenössische Arzneimittelkommission.

#### Art. 37b<sup>119</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 EDI 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>120</sup>

<sup>117</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Juni 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 1639).

<sup>118</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3573).

<sup>119</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>120</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3573).

**Art. 37d**<sup>121</sup> Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen

<sup>1</sup> Die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen berät das EDI bei der Bezeichnung der Leistungen nach Artikel 33, bei der Ausarbeitung der Bestimmungen nach den Artikeln 36 Absatz 1, 77 Absatz 4 und 104a Absatz 4 sowie bei der Beurteilung von Grundsatzfragen in der Krankenversicherung unter Berücksichtigung der ethischen Aspekte bei der Leistungsbezeichnung.<sup>122</sup>

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

- a. Definition von Grundsätzen im Leistungsbereich sowie Beratung und Vorschlag von Ordnungsbestimmungen zu Grundsätzen im Leistungsbereich;
- b. Festsetzung von Grundsätzen, damit der Datenschutz und die Interessen der Versicherten bei der Leistungsbezeichnung in der Krankenversicherung gewahrt werden;
- 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>123</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 EDI, in ihrem Bereich, bei

<sup>121</sup> Fassung gemäss Ziff. 1 der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3573).

<sup>122</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5165).

<sup>123</sup> Fassung gemäss Ziff. 1 2.10 der V vom 9. Nov. 2011 (Überprüfung der ausserparlamentarischen Kommissionen), in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 5227).

der Ausarbeitung der Bestimmungen nach den Artikeln 36 Absatz 1, 75, 77 Absatz 4 und 104a Absatz 4.<sup>124</sup>

<sup>2</sup> Sie besteht aus 16 Mitgliedern. Davon vertreten:<sup>125</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;
- h. eine Person das Schweizerische Heilmittelinstitut;
- i.<sup>126</sup> eine Person die Kantone.<sup>127</sup>

**Art. 37f** Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände<sup>128</sup>

<sup>1</sup> Die Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände berät das EDI 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 104a Absatz 4, die ihren Bereich betreffen.<sup>129</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;

<sup>124</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5165).

<sup>125</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 18. Jan. 2012, in Kraft seit 1. Febr. 2012 (AS 2012 459).

<sup>126</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 18. Jan. 2012, in Kraft seit 1. Febr. 2012 (AS 2012 459).

<sup>127</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>128</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3573).

<sup>129</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5165).

- 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>130</sup>

**Art. 37g**<sup>131</sup>**4. Titel: Leistungserbringer****1. Kapitel: Zulassung****1. Abschnitt:**<sup>132</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>133</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>134</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.

<sup>130</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>131</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3573).

<sup>132</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>133</sup> SR 811.11

<sup>134</sup> SR 811.11

## 2. Abschnitt:<sup>135</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>136</sup> anerkanntes ausländisches Diplom oder über eine kantonale Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung gemäss Artikel 36 Absatz 3 MedBG verfügen.

## 3. Abschnitt:<sup>137</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>138</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>139</sup> erfolgreich abgeschlossen haben;

<sup>135</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>136</sup> SR 811.11

<sup>137</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>138</sup> SR 811.11

<sup>139</sup> SR 811.11

- b. sie eine Weiterbildung nach den Artikeln 17–19 des MedBG erfolgreich abgeschlossen haben.<sup>140</sup>

2 ...<sup>141</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>142</sup>, bleiben vorbehalten.

## 5. Abschnitt: Hebammen

### Art. 45 Zulassung<sup>143</sup>

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

- a.<sup>144</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>145</sup> über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;
- b.<sup>146</sup> eine zweijährige praktische Tätigkeit:
1. bei einer nach dieser Verordnung zugelassenen Hebamme,
  2. in der geburtshilflichen Abteilung eines Spitals,
  3. in einer fachärztlichen Praxis, oder
  4. in einer Organisation der Hebammen unter Leitung einer Hebamme;
- c. eine Zulassung nach kantonalem Recht.

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

### Art. 45a<sup>148</sup> Organisationen der Hebammen

Organisationen der Hebammen werden zugelassen, wenn sie:

<sup>140</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>141</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>142</sup> SR 814.501

<sup>143</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2016 4927).

<sup>144</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5075). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung. SR 412.10

<sup>145</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2016 4927).

<sup>147</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, mit Wirkung seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5075).

<sup>148</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2016 4927).

- 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 45 erfüllen;
- d. über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;
- e. an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Leistungen bei Mutterschaft erbracht werden.

## 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>149</sup> Pflegefachfrau oder Pflegefachmann;
- d. Logopäde oder Logopädin;
- e.<sup>150</sup> Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;
- f.<sup>151</sup> Neuropsychologe oder Neuropsychologin.

<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:

- a.<sup>152</sup> das Diplom einer Schule für Physiotherapie, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt

<sup>149</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5075).

<sup>150</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

<sup>151</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Juli 2017 (AS 2016 4927).

<sup>152</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5075). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.



worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002<sup>153</sup> über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;

- b.<sup>154</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>155</sup>

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

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

- a.<sup>156</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>157</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>158</sup>

#### **Art. 49**<sup>159</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>160</sup> über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;
- b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einer Pflegefachfrau oder einem Pflegefachmann, die oder der nach dieser Verordnung zugelassen ist, oder in

<sup>153</sup> SR 412.10

<sup>154</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Aug. 2009 (AS 2009 3525).

<sup>155</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, mit Wirkung seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5075).

<sup>156</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5075). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.

<sup>157</sup> SR 412.10

<sup>158</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, mit Wirkung seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5075).

<sup>159</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5075). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.

<sup>160</sup> SR 412.10

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>161</sup> eine zweijährige praktische Tätigkeit in klinischer Logopädie mit überwiegender Erfahrung im Erwachsenenbereich; davon:
  1. muss 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, welcher oder welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, absolviert werden,
  2. kann ein Jahr unter entsprechender fachärztlicher Leitung und in Begleitung eines Logopäden oder einer Logopädin, welcher oder welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, in einer Facharztpraxis oder in einer Organisation der Logopädie, die nach dieser Verordnung zugelassen ist, absolviert werden.

#### **Art. 50a<sup>162</sup>** Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen

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

- a.<sup>163</sup> das Diplom einer Schule für Ernährungsberatung, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig

<sup>161</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2016 4927).

<sup>162</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

<sup>163</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5075). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.

anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002<sup>164</sup> über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;

- b.<sup>165</sup> eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einem Ernährungsberater oder einer Ernährungsberaterin, der oder die nach dieser Verordnung zugelassen ist, in einer Organisation der Ernährungsberatung, die nach dieser Verordnung zugelassen ist, 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>166</sup>

**Art. 50b**<sup>167</sup> Neuropsychologen und Neuropsychologinnen

Die Neuropsychologen und Neuropsychologinnen haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie und einen eidgenössischen oder als gleichwertig anerkannten Weiterbildungstitel in Neuropsychologie nach dem Psychologieberufegesetz vom 18. März 2011<sup>168</sup> (PsyG); oder
- b. einen anerkannten Abschluss in Psychologie nach dem PsyG und einen Fachtitel Neuropsychologie der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen.

**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>169</sup> ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben;
- c.<sup>170</sup> über das erforderliche Fachpersonal verfügen, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat;
- d.<sup>171</sup> über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;

<sup>164</sup> SR **412.10**

<sup>165</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 4. Juli 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS **2012** 4089).

<sup>166</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, mit Wirkung seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5075).

<sup>167</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Juli 2017 (AS **2016** 4927).

<sup>168</sup> SR **935.81**

<sup>169</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).

<sup>170</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).

<sup>171</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).

- e.<sup>172</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>173</sup> ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben;
- c.<sup>174</sup> über das erforderliche Fachpersonal verfügen, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat;
- d.<sup>175</sup> über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;
- e.<sup>176</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>177</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.

<sup>172</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

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

<sup>175</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

<sup>176</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

<sup>177</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Aug. 2009 (AS 2009 3525).

**Art. 52b**<sup>178</sup> Organisationen der Ernährungsberatung

Organisationen der Ernährungsberatung 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 50a 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 Ernährungsberatung erbracht wird.

**Art. 52c**<sup>179</sup> Organisationen der Logopädie

Organisationen der Logopädie 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 50 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 Logopädie 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;

<sup>178</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 4. Juli 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS 2012 4089).

<sup>179</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2016 4927).

- e.<sup>180</sup> über eine entsprechende Bewilligung des Schweizerischen Heilmittelinstituts Swissmedic (Institut) verfügen, wenn sie Untersuchungen zur Erkennung übertragbarer Krankheiten durchführen;
- e<sup>bis</sup>.<sup>181</sup> über eine entsprechende Bewilligung des BAG verfügen, wenn sie zyto- oder molekulargenetische Untersuchungen durchführen;
- 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,
  - 4.<sup>182</sup> die Analysen im Praxislaboratorium oder, für separat bezeichnete Analysen nach Ziffer 1, im Rahmen eines Hausbesuches durchgeführt werden;
- 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>183</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 EDI anerkannten Hochschulausbildung naturwissenschaftlicher Richtung oder einer vom EDI anerkannten, für die Durchführung der Analysen geeigneten höheren Fachausbildung stehen.

<sup>180</sup> Fassung gemäss Art. 27 Ziff. 1 der V vom 29. April 2015 über mikrobiologische Laboratorien, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 1497).

<sup>181</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>182</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. Nov. 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS **2013** 4523).

<sup>183</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 3249).

<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 EDI anerkannten Hochschulausbildung naturwissenschaftlicher Richtung stehen;
- b.<sup>184</sup> die leitende Person nach Buchstabe a über einen Weiterbildungstitel in Labormedizin verfügt, der durch den Schweizerischen Verband «Die medizinischen Laboratorien der Schweiz» (FAMH) erteilt wurde oder als mit einem solchen Weiterbildungstitel gleichwertig anerkannt wurde.

<sup>4</sup> Das EDI 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 bestimmter Analysen einzelne Zentren bestimmen und sie mit der Führung von Evaluationsregistern beauftragen.

<sup>5</sup> Das EDI kann Ausführungsbestimmungen zu Absatz 1 Buchstabe a erlassen.<sup>185</sup>

#### **Art. 54a**<sup>186</sup> Verfahren und Gebühren

<sup>1</sup> Das BAG entscheidet über Gesuche um Anerkennung der Gleichwertigkeit von Weiterbildungstiteln in Labormedizin nach Artikel 54 Absatz 3 Buchstabe b.

<sup>2</sup> Für den Entscheid nach Absatz 1 wird eine Gebühr erhoben. Sie wird nach Zeitaufwand bemessen, darf aber 3000 Franken nicht überschreiten.

<sup>3</sup> Sind ausserordentliche Aufwendungen nötig, namentlich wenn das Gesuch als mangelhaft oder unvollständig beurteilt und zur Verbesserung zurückgewiesen wird, so kann die Gebühr den Höchstbetrag nach Absatz 2 übersteigen; sie darf aber 5000 Franken nicht überschreiten.

<sup>4</sup> Der Stundenansatz beträgt je nach erforderlicher Sachkenntnis und Funktionsstufe des ausführenden Personals 90–200 Franken.

<sup>5</sup> Es kann ein angemessener Kostenvorschuss in Rechnung gestellt werden.

<sup>6</sup> Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Allgemeinen Gebührenverordnung vom 8. September 2004<sup>187</sup>.

<sup>184</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2016 4927).

<sup>185</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 3249).

<sup>186</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2016 4927). Siehe auch die UeB am Schluss dieses Textes.

<sup>187</sup> SR 172.041.1

## 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>188</sup> Geburtshäuser

#### Art. 55a

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.

## 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 EDI kann vom Erfordernis der vor Ort bestehenden Heilquelle Ausnahmen bewilligen. Es berücksichtigt dabei die bisherige Praxis der Krankenversicherer.

<sup>188</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 5097).



**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>189</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>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;

<sup>189</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 5097).

- 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>190</sup>** Rechnungsstellung im Allgemeinen

<sup>1</sup> Die Leistungserbringer haben in ihren Rechnungen alle administrativen und medizinischen Angaben zu machen, die für die Überprüfung der Berechnung der Vergü-

<sup>190</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 4. Juli 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS 2012 4089).

tung sowie der Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Artikel 42 Absätze 3 und 3<sup>bis</sup> des Gesetzes notwendig sind. Insbesondere sind folgende Angaben zu machen:

- a. Kalendarium der Behandlungen;
- b. erbrachte Leistungen im Detaillierungsgrad, den der massgebliche Tarif vorsieht;
- c. Diagnosen und Prozeduren, die zur Berechnung des anwendbaren Tarifs notwendig sind;
- d. Kennnummer der Versichertenkarte nach Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe f der Verordnung vom 14. Februar 2007<sup>191</sup> über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung;
- e. Versichertennummer nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946<sup>192</sup> über die Alters- und Hinterlassenenversicherung.

<sup>2</sup> Der Leistungserbringer muss für die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen und die anderen Leistungen zwei getrennte Rechnungen erstellen.

<sup>3</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 des Gesetzes bleiben vorbehalten.

<sup>4</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.

#### **Art. 59a**<sup>193</sup> Rechnungsstellung bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG

<sup>1</sup> Im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG (*Diagnosis Related Groups*) muss der Leistungserbringer die Datensätze mit den administrativen und medizinischen Angaben nach Artikel 59 Absatz 1 mit einer einmaligen Identifikationsnummer versehen. Das EDI legt die gesamtschweizerisch einheitliche Struktur der Datensätze fest.

<sup>2</sup> Diagnosen und Prozeduren nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstabe c sind entsprechend den Klassifikationen für die medizinische Statistik der Krankenhäuser nach Ziffer 62 des Anhangs der Verordnung vom 30. Juni 1993<sup>194</sup> über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes zu codieren.

<sup>3</sup> Der Leistungserbringer leitet die Datensätze mit den administrativen und den medizinischen Angaben nach Artikel 59 Absatz 1 gleichzeitig mit der Rechnung an

<sup>191</sup> SR 832.105

<sup>192</sup> SR 831.10

<sup>193</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 4. Juli 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS 2012 4089). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

<sup>194</sup> SR 431.012.1

die Datenannahmestelle des Versicherers weiter. Es muss sichergestellt werden, dass ausschliesslich diese Datenannahmestelle Zugang zu den medizinischen Angaben erhält.

<sup>4</sup> Die Datenannahmestelle bestimmt, für welche Rechnungen eine weitere Prüfung benötigt wird, und leitet die dazu notwendigen Angaben an den Versicherer weiter. Der Versicherer darf der Datenannahmestelle keine Weisungen bezüglich der Datenweitergabe in Bezug auf einzelne Rechnungen erteilen.

<sup>5</sup> Verlangt der Versicherer vom Leistungserbringer im Laufe der Prüfung zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur im Sinne von Artikel 42 Absatz 4 des Gesetzes, so hat der Versicherer die versicherte Person über ihre Wahlmöglichkeit nach Artikel 42 Absatz 5 des Gesetzes zu informieren.

<sup>6</sup> Jeder Versicherer muss über eine Datenannahmestelle verfügen. Diese muss nach Artikel 11 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992<sup>195</sup> über den Datenschutz zertifiziert sein.

<sup>7</sup> Der Versicherer informiert den Beauftragten nach Artikel 26 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz unaufgefordert über die Zertifizierung oder Rezertifizierung seiner Datenannahmestelle. Der Beauftragte kann von der Datenannahmestelle oder von der Zertifizierungsstelle jederzeit die für die Zertifizierung oder Rezertifizierung relevanten Dokumente einfordern. Der Beauftragte veröffentlicht eine Liste der zertifizierten Datenannahmestellen.

#### **Art. 59a<sup>bis</sup> 196** Rechnungsstellung im ambulanten Bereich und in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie

Für den ambulanten Bereich sowie die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie erlässt das EDI ausführende Bestimmungen zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Diagnosen und Prozeduren unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips. Darin legt es die für die Codierung schweizweit anwendbaren Klassifikationen fest.

#### **Art. 59a<sup>ter</sup> 197** Datensichernde Massnahmen und Aufbewahrung

<sup>1</sup> Für die Bearbeitung der medizinischen Angaben nach Artikel 59 Absatz 1 treffen die Versicherer die erforderlichen technischen und organisatorischen datensichernden Massnahmen, insbesondere diejenigen nach den Artikeln 21 und 22 der Verordnung vom 14. Juni 1993<sup>198</sup> zum Bundesgesetz über den Datenschutz.

<sup>2</sup> Sofern die medizinischen Angaben nach Artikel 59 Absatz 1 nicht verschlüsselt aufbewahrt werden, werden die Personalien der Versicherten zur Aufbewahrung dieser Angaben pseudonymisiert. Die Aufhebung der Pseudonymisierung oder

<sup>195</sup> SR 235.1

<sup>196</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 4. Juli 2012 (AS 2012 4089). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 19. Nov. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2015 (AS 2014 4391, 2015 1177). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.

<sup>197</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 4. Juli 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS 2012 4089).

<sup>198</sup> SR 235.11

Verschlüsselung darf nur durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin erfolgen.

### 3. Kapitel: Tarife und Preise<sup>199</sup>

#### 1. Abschnitt: Grundsätze<sup>200</sup>

##### Art. 59b<sup>201</sup>

##### Art. 59c<sup>202</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.
- 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. 59d<sup>203</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;

<sup>199</sup> Ursprünglich vor Art. 59a. Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

<sup>200</sup> Ursprünglich vor Art. 59a. Eingefügt durch Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

<sup>201</sup> Eingefügt durch Ziff. I 8 der V vom 18. Aug. 2004 (AS 2004 4037). Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 29. April 2015, mit Wirkung seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1255).

<sup>202</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS 2007 3573).

<sup>203</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.

- 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.

#### **Art. 59<sup>e204</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>205</sup> Analysenliste**

#### **Art. 60<sup>206</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.

<sup>204</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>205</sup> Ursprünglich 1. Abschn.

<sup>206</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Juni 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS 2002 2129).

**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>207</sup> Separate Bezeichnung bestimmter Analysen

<sup>1</sup> Das EDI 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;
- c. von Hebammen gestützt auf Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe a des Gesetzes veranlasst werden können.

<sup>2</sup> Das EDI 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>208</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.

<sup>207</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Febr. 2000, in Kraft seit 1. April 2000 (AS 2000 889).

<sup>208</sup> Ursprünglich 2. Abschn.

#### 4. Abschnitt:<sup>209</sup> Spezialitätenliste

##### Art. 64<sup>210</sup>

##### Art. 64a<sup>211</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.

##### Art. 65<sup>212</sup> Aufnahmebedingungen<sup>213</sup>

<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>214</sup> betrieben wird, werden nicht in die Spezialitätenliste aufgenommen.

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

<sup>4</sup> Die Inhaberin der Zulassung für ein Originalpräparat muss dem BAG die Nummern der Patente und der ergänzenden Schutzzertifikate sowie deren Ablaufdatum mit dem Gesuch um Aufnahme in die Spezialitätenliste angeben.<sup>215</sup>

<sup>5</sup> Das BAG kann die Aufnahme mit Bedingungen und Auflagen verbinden, insbesondere:

- a. die Aufnahme eines Arzneimittels, dessen Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich in Abklärung befindet, befristen, wenn therapeutische Alternativen fehlen oder eine bessere Wirksamkeit im Vergleich zu bestehenden Therapien erwartet wird;

<sup>209</sup> Ursprünglich 3. Abschn.

<sup>210</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 29. April 2015, mit Wirkung seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1255).

<sup>211</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS 2006 1717).

<sup>212</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4245).

<sup>213</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 623).

<sup>214</sup> SR 812.212.5

<sup>215</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1255).



- b. die Aufnahme mit der Auflage verbinden, dass die ZulassungsinhaberIn dem BAG meldet, wenn sie mit dem Arzneimittel über einen bestimmten Zeitraum einen Umsatz in einer festgelegten Höhe überschreitet.<sup>216</sup>

**Art. 65a<sup>217</sup>** Beurteilung der Wirksamkeit

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

**Art. 65b<sup>218</sup>** Beurteilung der Wirtschaftlichkeit<sup>219</sup>

<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 folgender Vergleiche beurteilt:

- a. Vergleich mit dem Preis in Referenzländern (Auslandpreisvergleich);
- b.<sup>220</sup> Vergleich mit anderen Arzneimitteln (therapeutischer Quervergleich).

<sup>3</sup> Beim Auslandpreisvergleich wird mit dem Fabrikabgabepreis verglichen. Bestehen keine öffentlich zugänglichen Fabrikabgabepreise, so wird der Apothekeneinstandspreis oder, falls dieser auch nicht öffentlich zugänglich ist, der Grosshandelspreis berücksichtigt; vom Apothekeneinstandspreis oder vom Grosshandelspreis werden Grosshandelsmargen abgezogen. Das EDI legt die Höhe des Abzugs aufgrund der durchschnittlich gewährten Grosshandelsmargen fest. Es kann vorsehen, dass die effektiven anstatt der durchschnittlich gewährten Grosshandelsmargen abgezogen werden.

<sup>4</sup> Von den Fabrikabgabepreisen der Referenzländer werden in einem Referenzland verbindliche Herstellerrabatte abgezogen. Das EDI legt fest, welche verbindlichen Herstellerrabatte für den Abzug zu berücksichtigen sind. Es kann vorsehen, dass anstatt dieser Herstellerrabatte die effektiven Herstellerrabatte abgezogen werden.

<sup>4bis</sup> Beim therapeutischen Quervergleich wird Folgendes überprüft:

- a. die Wirksamkeit im Verhältnis zu anderen Arzneimitteln, die zur Behandlung derselben Krankheit eingesetzt werden;
- b. die Kosten des Arzneimittels pro Tag oder Kur im Verhältnis zu den Kosten von Arzneimitteln, die zur Behandlung derselben Krankheit eingesetzt werden.<sup>221</sup>

<sup>216</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1255).

<sup>217</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>218</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1255).

<sup>219</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 623).

<sup>220</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 623).

<sup>221</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 623).

<sup>5</sup> Nach der Ermittlung des durchschnittlichen Preises der Referenzländer im Auslandspreisvergleich und des durchschnittlichen Preises anderer Arzneimittel im therapeutischen Quervergleich werden beide Preise je hälftig gewichtet.<sup>222</sup>

<sup>6</sup> Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit eines Originalpräparates werden zudem die Kosten für Forschung und Entwicklung berücksichtigt, es sei denn es handelt sich beim Originalpräparat um ein Nachfolgepräparat, das gegenüber dem bisher in der Spezialitätenliste aufgeführten Originalpräparat keinen therapeutischen Fortschritt bringt.

<sup>7</sup> Bringt das Arzneimittel einen bedeutenden therapeutischen Fortschritt, so wird im Rahmen des therapeutischen Quervergleichs während höchstens 15 Jahren ein Innovationszuschlag berücksichtigt.<sup>223</sup>

#### **Art. 65c<sup>224</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>2</sup> Ein Generikum gilt bei der Aufnahme in die Spezialitätenliste als wirtschaftlich, wenn sein Fabrikabgabepreis gegenüber dem mit ihm austauschbaren Originalpräparat:

- a. mindestens 20 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel während drei Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr 4 Millionen Franken nicht übersteigt;
- b. mindestens 30 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel während drei Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr zwischen 4 Millionen und 8 Millionen Franken liegt;
- c. mindestens 50 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel während drei Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr zwischen 8 Millionen und 16 Millionen Franken liegt;
- d. mindestens 60 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel während drei Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr zwischen 16 Millionen und 25 Millionen Franken liegt;
- e. mindestens 70 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel während drei

<sup>222</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 623).

<sup>223</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 623).

<sup>224</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).

Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr 25 Millionen Franken übersteigt.<sup>225</sup>

<sup>3</sup> Massgebend für die Berechnung des Fabrikabgabepreises des Generikums ist der nach Artikel 65e ermittelte Fabrikabgabepreis des Originalpräparates.<sup>226</sup>

<sup>4</sup> Das Schweizer Marktvolumen pro Jahr bemisst sich auf der Basis des Fabrikabgabepreises des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel und wird je Handelsform desselben Wirkstoffes bestimmt. Das BAG kann bei einem Gesuch um Aufnahme eines Generikums in die Spezialitätenliste von der Zulassungsinhaberin die Meldung des Schweizer Marktvolumens verlangen. Das Marktvolumen muss gestützt auf Umsatzerhebungen eines unabhängigen Instituts erfasst werden.<sup>227</sup>

<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>228</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. Die Arzneimittel werden aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer therapeutischen Gruppe der Spezialitätenliste in drei Einheiten aufgeteilt. Jede Einheit wird alle drei Jahre überprüft.

<sup>2</sup> Der Auslandpreisvergleich wird auf der Basis der umsatzstärksten Packung durchgeführt.

<sup>3</sup> Der therapeutische Quervergleich wird auf der Basis der kleinsten Packung und Dosierung durchgeführt, es sei denn die kleinste Packung und Dosierung erlaubt insbesondere aufgrund unterschiedlicher Dosierungen bei Therapiebeginn oder unterschiedlicher Packungsgrössen keinen adäquaten Vergleich.

<sup>4</sup> Ergibt die Überprüfung, dass der geltende Höchstpreis zu hoch ist, so verfügt das BAG auf den 1. Dezember des Überprüfungsjahres eine Preissenkung auf den nach Artikel 65b Absatz 5 und Artikel 67 Absatz 1<sup>quater</sup> ermittelten Höchstpreis. Liegt der dem geltenden Höchstpreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis unter dem nach Artikel 65b Absatz 5 ermittelten Fabrikabgabepreis, so rechtfertigt dies keine Preiserhöhung.

<sup>5</sup> Die Zulassungsinhaberin hat dem BAG alle notwendigen Informationen bekannt zu geben.

<sup>225</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 623).

<sup>226</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 623).

<sup>227</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 623).

<sup>228</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Juli 2009 (AS 2009 4245). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 623).

<sup>6</sup> Das BAG teilt der Inhaberin der Zulassung für ein Generikum den ab 1. Dezember vorgesehenen Preis des Originalpräparates mit.

#### **Art. 65e<sup>229</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.

<sup>2</sup> Im Rahmen des therapeutischen Quervergleichs wird der Vergleich nach Artikel 65b Absatz 4<sup>bis</sup> Buchstabe b ausschliesslich mit patentabgelaufenen Originalpräparaten durchgeführt. Ein allfälliger Innovationszuschlag wird nicht mehr berücksichtigt.

<sup>3</sup> Bei der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit werden die Kosten für Forschung und Entwicklung nicht mehr berücksichtigt.

<sup>4</sup> Ergibt die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, dass der geltende Höchstpreis zu hoch ist, so verfügt das BAG eine Preissenkung auf den nach Artikel 65b Absatz 5 und Artikel 67 Absatz 1<sup>quater</sup> ermittelten Höchstpreis.

#### **Art. 65f<sup>230</sup>** Indikationserweiterung und Limitierungsänderung

<sup>1</sup> Lässt das Institut für ein Originalpräparat eine neue Indikation zu oder stellt die Zulassungsinhaberin ein Gesuch um Änderung oder Aufhebung einer Limitierung aufgrund einer Indikationserweiterung, so überprüft das BAG das Originalpräparat erneut daraufhin, ob die Aufnahmebedingungen erfüllt sind.

<sup>2</sup> Das Originalpräparat gilt bis zur Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach Artikel 65d als wirtschaftlich, wenn die Zulassungsinhaberin beantragt, auf 35 Prozent des voraussichtlichen Mehrumsatzes zu verzichten; der Verzicht wird über eine Senkung des Fabrikabgabepreises umgesetzt. Ausgenommen sind Originalpräparate, deren voraussichtliche Mengenausweitung an Anzahl Packungen mehr als hundert Mal höher ist als vor der Aufnahme der neuen Indikation oder deren voraussichtlicher Mehrumsatz aufgrund fehlender Angaben nicht bestimmbar ist.

<sup>3</sup> Nach Ablauf von zwei Jahren prüft das BAG, ob der voraussichtliche Gesamtumsatz, einschliesslich Mehrumsatz, nach Absatz 2 mit dem tatsächlichen Gesamtumsatz, einschliesslich Mehrumsatz, übereinstimmt. Ergibt die Überprüfung, dass der voraussichtliche Gesamtumsatz, einschliesslich Mehrumsatz, überschritten wurde, so verfügt das BAG eine angemessene Preissenkung.<sup>231</sup>

<sup>4</sup> Verzichtet die Zulassungsinhaberin auf einen Antrag nach Absatz 2 erster Satz oder liegt eine Ausnahme nach Absatz 2 zweiter Satz vor, so erfolgt eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit nach Artikel 65b.

<sup>229</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Juli 2009 (AS **2009** 4245 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).

<sup>230</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 8. Mai 2013 (AS **2013** 1353). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255). Siehe auch die UeB Änd. 8.5.2013 am Schluss des Textes.

<sup>231</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).

<sup>5</sup> Erteilt das Institut die Zulassung für eine neue Indikation eines Originalpräparates, so hat die ZulassungsinhaberIn diese Erweiterung dem BAG innert 90 Tagen zu melden. Das BAG kann eine angemessene Nachfrist setzen und die Einreichung der vom EDI für die Überprüfung der Aufnahmebedingungen festgelegten Unterlagen verlangen.

<sup>6</sup> Sind die Aufnahmebedingungen für die neue Indikation nicht erfüllt, so kann das BAG das Originalpräparat auf die bisherige Indikation limitieren.

#### **Art. 65g**<sup>232</sup> Indikationseinschränkung

<sup>1</sup> Schränkt das Institut für ein Originalpräparat die Indikation ein, so passt das BAG die Limitierung in der Spezialitätenliste unverzüglich an. Es kann das Originalpräparat danach erneut daraufhin überprüfen, ob die Aufnahmebedingungen erfüllt sind, und von der ZulassungsinhaberIn die dafür notwendigen Unterlagen einfordern.

<sup>2</sup> Überprüft das BAG das Originalpräparat nicht nach Absatz 1 daraufhin, ob die Aufnahmebedingungen erfüllt sind, so gelten das Originalpräparat und dessen Generika oder Co-Marketing-Arzneimittel bis zur Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach Artikel 65d als wirtschaftlich. Der Preis darf wegen einer Indikationseinschränkung nicht erhöht werden.

<sup>3</sup> Die ZulassungsinhaberIn hat dem BAG innert 30 Tagen jede Einschränkung der Indikation durch das Institut zu melden und ihm die vom EDI festgelegten Unterlagen innert 90 Tagen nachzureichen.

#### **Art. 66**<sup>233</sup> Unabhängigkeit der Preisüberprüfungen

Die Preisüberprüfungen nach den Artikeln 65a–65g werden unabhängig voneinander durchgeführt. Es sind mehrere Preissenkungen innerhalb eines Kalenderjahres möglich.

#### **Art. 66a**<sup>234</sup> Zwischenüberprüfung

Das BAG kann nach der Aufnahme eines Arzneimittels in die Spezialitätenliste jederzeit prüfen, ob die Aufnahmebedingungen noch erfüllt sind.

#### **Art. 66b**<sup>235</sup> Co-Marketing-Arzneimittel und Generika

<sup>1</sup> Ist ein nach den Artikeln 65a–65g zu überprüfendes Originalpräparat auch Basispräparat für ein Co-Marketing-Arzneimittel, so wird das Co-Marketing-

<sup>232</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1255).

<sup>233</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1255).

<sup>234</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 623).

<sup>235</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1255).

Arzneimittel gleichzeitig mit seinem Basispräparat überprüft. Ein Co-Marketing-Arzneimittel ist höchstens zu demselben Preis wirtschaftlich wie das Basispräparat.

<sup>2</sup> Erfährt ein Originalpräparat aufgrund einer Überprüfung nach Artikel 65f oder 65g eine Limitierung oder eine Limitierungsänderung, so verfügt das BAG für entsprechende Generika und Co-Marketing-Arzneimittel dieselbe Limitierung.

#### Art. 67<sup>236</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>237</sup>

<sup>1bis</sup> Der Höchstpreis besteht aus dem Fabrikabgabepreis und dem Vertriebsanteil.<sup>238</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>239</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>240</sup>

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

- a. das Arzneimittel die Aufnahmebedingungen noch erfüllt; und
- b. seit der Aufnahme oder der letzten Preiserhöhung mindestens zwei Jahre verstrichen sind.<sup>241</sup>

<sup>2bis</sup> ...<sup>242</sup>

<sup>236</sup> Siehe die SchlB der Änd. vom 2. Okt. 2000 am Ende dieser Verordnung.

<sup>237</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2835).

<sup>238</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2835).

<sup>239</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2835).

<sup>240</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>241</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).

<sup>242</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).

2ter ...<sup>243</sup>

3 ...<sup>244</sup>

4 ...<sup>245</sup>

#### **Art. 67a<sup>246</sup>** Rückerstattung von Mehreinnahmen

<sup>1</sup> Übersteigt der bei der Aufnahme eines Arzneimittels in die Spezialitätenliste dem verfügten 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 ist die Zulassungsinhaberin verpflichtet, die seit der Aufnahme erzielten Mehreinnahmen an die gemeinsame Einrichtung nach Artikel 18 KVG zurückzuerstatten.

<sup>2</sup> Die Zulassungsinhaberin ist zudem verpflichtet, der gemeinsamen Einrichtung die Mehreinnahmen zurückzuerstatten, die sie erzielt hat:

- a.<sup>247</sup> während der Dauer eines Beschwerdeverfahrens, sofern zwischen dem während des Beschwerdeverfahrens geltenden Preis und dem nach Abschluss des Beschwerdeverfahrens rechtskräftigen neuen Preis eine Differenz besteht und die Zulassungsinhaberin durch diese Preisdifferenz Mehreinnahmen erzielt hat;
- b. während zwei Jahren nach der Senkung des Fabrikabgabepreises gemäss Artikel 65f Absatz 2 erster Satz, sofern der effektive Mehrumsatz höher war als der bei der Senkung angegebene voraussichtliche Mehrumsatz.

#### **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>248</sup> die Inhaberin der Zulassung für ein Originalpräparat die gemäss Artikel 65 Absatz 5 verfügten Auflagen und Bedingungen nicht erfüllt;
- d.<sup>249</sup> die Zulassungsinhaberin direkt oder indirekt Publikumswerbung für das Arzneimittel betreibt;

<sup>243</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Juni 2002 (AS **2002** 2129). Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 29. April 2015, mit Wirkung seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.

<sup>244</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, mit Wirkung seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4245).

<sup>245</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>246</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).

<sup>247</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).

<sup>248</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4245).

- e.<sup>250</sup> die Gebühren oder Kosten nach Artikel 70b nicht rechtzeitig entrichtet werden;
- f.<sup>251</sup> die Zulassungsinhaberin sich weigert, die für die Überprüfungen nach den Artikeln 65d–65g notwendigen Unterlagen einzureichen;
- g.<sup>252</sup> die Zulassungsinhaberin sich weigert, erzielte Mehreinnahmen nach Artikel 67a zurückzuerstatten.

<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>253</sup>

#### Art. 69<sup>254</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>255</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 oder um Änderung der Spezialitätenliste kann eingereicht werden, wenn die vom Institut im Rahmen der Voranzeige nach Artikel 6 der Arzneimittelverordnung vom 17. Oktober 2001<sup>256</sup> bestätigten Angaben zur Indikation und zur Dosierung vorliegen. Das BAG tritt auf das Gesuch ein, sobald ihm die dazu gehörende Dokumentation vollständig vorliegt. Das EDI kann für einzelne Gesuche vorsehen, dass sie erst mit der Zulassung durch das Institut eingereicht werden können.<sup>257</sup>

<sup>249</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Juni 2002 (AS **2002** 2129). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).

<sup>250</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Juni 2002 (AS **2002** 2129). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).

<sup>251</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 8. Mai 2013 (AS **2013** 1353). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).

<sup>252</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 8. Mai 2013 (AS **2013** 1353). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).

<sup>253</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Aug. 1998 (AS **1998** 1818).

<sup>254</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Juni 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS **2002** 2129).

<sup>255</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

<sup>256</sup> SR **812.212.21**

<sup>257</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).



**Art. 69a**<sup>258</sup>**Art. 70**<sup>259</sup> Aufnahme ohne Gesuch

Das BAG kann ein vom Institut zugelassenes Arzneimittel oder eine vom Institut zugelassene Indikation eines Arzneimittels auch ohne Gesuch der Zulassungsinhaberin oder gegen deren Antrag in die Spezialitätenliste aufnehmen oder darin belassen, sofern das Arzneimittel oder die Indikation für die medizinische Versorgung von grosser Bedeutung ist. Es legt den Preis fest.

**Art. 70a**<sup>260</sup> Nähere Vorschriften

Das EDI erlässt nähere Vorschriften:

- a. zum Verfahren der Aufnahme eines Arzneimittels in die Spezialitätenliste;
- b. über die Wirksamkeits-, Zweckmässigkeits- und Wirtschaftlichkeitskriterien;
- c.<sup>261</sup> zum Verfahren der Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach den Artikeln 65d–65g;
- d.<sup>262</sup> zum Verfahren der Rückerstattung von Mehreinnahmen nach Artikel 67a.

**Art. 70b**<sup>263</sup> Gebühren

<sup>1</sup> Für Verfügungen über Gesuche um Eintragung in die Spezialitätenliste und für die einzelnen Einträge werden Gebühren erhoben. Die Ansätze für die Gebühren sind im Anhang 1 festgelegt.

<sup>2</sup> Ausserordentliche Auslagen, namentlich Auslagen für externe medizinische oder ökonomische Expertisen, können zusätzlich in Rechnung gestellt werden. Der Stundenansatz beträgt 200 Franken.

<sup>3</sup> Für ausserordentliche Aufwendungen kann das BAG nach Massgabe des Zeitaufwandes Gebühren erheben. Der Stundenansatz beträgt je nach erforderlicher Sachkenntnis 100 – 250 Franken.

<sup>4</sup> Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Allgemeinen Gebührenverordnung vom 8. September 2004<sup>264</sup>.

<sup>258</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>259</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1255).

<sup>260</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4245).

<sup>261</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1255).

<sup>262</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1255).

<sup>263</sup> Ursprünglich Art. 71. Fassung gemäss Ziff. I der V vom 8. Mai 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS 2013 1353).

<sup>264</sup> SR 172.041.1

**Art. 71<sup>265</sup>** Veröffentlichungen

<sup>1</sup> Das BAG veröffentlicht die Spezialitätenliste (Art. 52 Abs. 1 Bst. b KVG).

<sup>2</sup> Bei der Aufnahme eines Arzneimittels in die Spezialitätenliste und bei Indikationserweiterungen oder Limitierungsänderungen nach Artikel 65<sup>f</sup> veröffentlicht es die Grundlagen zur Beurteilung der Wirksamkeit und der Zweckmässigkeit des Arzneimittels, des therapeutischen Quervergleichs (Art. 65<sup>b</sup> Abs. 2 Bst. b) und des Innovationszuschlags (Art. 65<sup>b</sup> Abs. 7) sowie den durchschnittlichen Fabrikabgabepreis der Referenzländer (Art. 65<sup>b</sup> Abs. 2 Bst. a).<sup>266</sup>

<sup>3</sup> Bei einer befristeten Aufnahme in die Spezialitätenliste nach Artikel 65 Absatz 5 Buchstabe a veröffentlicht es die Dauer der Aufnahme.

<sup>4</sup> Wird ein Entscheid des BAG mittels Beschwerde angefochten, so kann das BAG den Namen des von der Beschwerde betroffenen Arzneimittels veröffentlichen.

<sup>5</sup> Nach der Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach Patentablauf veröffentlicht es die Fabrikabgabepreise des Originalpräparates.<sup>267</sup>

<sup>6</sup> Die Veröffentlichungen nach den Absätzen 1–5 erfolgen über eine öffentlich zugängliche Online-Plattform.<sup>268</sup>

**4a. Abschnitt: Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall<sup>269</sup>****Art. 71a<sup>270</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

<sup>265</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1255). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.

<sup>266</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 623).

<sup>267</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 623).

<sup>268</sup> Die Dokumente können abgerufen werden unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Themen > Krankenversicherung > Tarife und Preise > Spezialitätenliste

<sup>269</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 623).

<sup>270</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Febr. 2011, in Kraft seit 1. März 2011 (AS 2011 653).

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> Der Versicherer bestimmt nach Absprache mit der ZulassungsinhaberIn die Höhe der Vergütung. Der zu vergütende Preis muss unter dem Höchstpreis der Spezialitätenliste liegen.<sup>271</sup>

<sup>3</sup> ...<sup>272</sup>

**Art. 71b**<sup>273</sup> Übernahme der Kosten eines vom Institut zugelassenen 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, 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> Der Versicherer bestimmt nach Absprache mit der ZulassungsinhaberIn die Höhe der Vergütung.

**Art. 71c**<sup>274</sup> Übernahme der Kosten eines vom Institut nicht zugelassenen importierten Arzneimittels

<sup>1</sup> Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten eines vom Institut nicht zugelassenen verwendungsfertigen Arzneimittels, das nach dem Heilmittelgesetz eingeführt werden darf, sofern 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>2</sup> Der Versicherer vergütet die Kosten, zu denen das Arzneimittel aus dem Ausland importiert wird. Der Leistungserbringer achtet bei der Auswahl des Landes, aus dem er das Arzneimittel importiert, auf die Kosten.

**Art. 71d**<sup>275</sup> Gemeinsame Bestimmungen

<sup>1</sup> Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten des Arzneimittels nur auf besondere Gutsprache des Versicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.

<sup>271</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 623).

<sup>272</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, mit Wirkung seit 1. März 2017 (AS 2017 623).

<sup>273</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Febr. 2011 (AS 2011 653). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 623).

<sup>274</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 623).

<sup>275</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 623).

<sup>2</sup> Der Versicherer überprüft, ob die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Kosten in einem angemessenen Verhältnis zum therapeutischen Nutzen stehen.

<sup>3</sup> Ist das Gesuch um Kostengutsprache vollständig, so entscheidet der Versicherer innert zwei Wochen darüber.

<sup>4</sup> Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer die effektiven Kosten in Rechnung. Bei Arzneimitteln nach Artikel 71a wird der Höchstpreis der Spezialitätenliste in Rechnung gestellt, bei Arzneimitteln nach den Artikeln 71b und 71c der Preis, zu dem das Arzneimittel vom Leistungserbringer bezogen wurde, zuzüglich des Vertriebsanteils nach Artikel 67 Absatz 1<sup>quater</sup> und der Mehrwertsteuer.

## 5. Abschnitt:<sup>276</sup>

### Gemeinsame Bestimmungen für die Analysenliste, die Arzneimittelliste mit Tarif und die Spezialitätenliste<sup>277</sup>

#### Art. 72 Veröffentlichungen im Bulletin des BAG<sup>278</sup>

Im Bulletin des BAG werden veröffentlicht:<sup>279</sup>

- a. Streichungen aus der Spezialitätenliste;
- b.<sup>280</sup> andere Änderungen der Spezialitätenliste;
- c. Änderungen der Arzneimittelliste mit Tarif, die keine Neuauflage dieser Liste erfordern;
- d.<sup>281</sup> Änderungen der Analysenliste, die ausserhalb der jährlichen Publikationen wirksam werden;
- e.<sup>282</sup> Änderungen der Mittel- und Gegenständelliste (Art. 33 Bst. e), die ausserhalb der jährlichen Publikationen wirksam werden.

#### 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.

<sup>276</sup> Ursprünglich 4. Abschn.

<sup>277</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

<sup>278</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Aug. 1998 (AS 1998 1818).

<sup>279</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Aug. 1998 (AS 1998 1818).

<sup>280</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 2835).

<sup>281</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 3249).

<sup>282</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS 2007 3573).

**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>283</sup> Nähere Vorschriften

Das EDI 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>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 EDI setzt nach Anhören der zuständigen Kommission die Massnahmen nach Artikel 58 Absatz 3 des Gesetzes fest.

<sup>283</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4245).

## 5. Titel: Finanzierung

### 1. Kapitel: ...

**Art. 78**<sup>284</sup>

**Art. 78a–78c**<sup>285</sup>

**Art. 79**<sup>286</sup>

**Art. 80**<sup>287</sup>

**Art. 80a–80j**<sup>288</sup>

**Art. 81–85**<sup>289</sup>

**Art. 85a**<sup>290</sup>

**Art. 86–88**<sup>291</sup>

<sup>284</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

<sup>285</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011 (AS **2011** 3449). Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

<sup>286</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, mit Wirkung seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3449).

<sup>287</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

<sup>288</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010 (AS **2010** 6155). Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

<sup>289</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

<sup>290</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juni 2003 (AS **2003** 3249). Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

<sup>291</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

## 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>292</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.

#### Art. 90<sup>293</sup>        Prämienbezahlung

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

#### Art. 90a<sup>294</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 Prämienunterschiede nach Artikel 7 Absätze 5 und 6 KVG, sofern die Forderung 3 000 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>295</sup> über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts sinngemäss.

#### Art. 90b<sup>296</sup>

#### Art. 90c<sup>297</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>292</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

<sup>293</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS **2007** 3573).

<sup>294</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).

<sup>295</sup> SR **830.11**

<sup>296</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>297</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

<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> Ein Bestand gilt als sehr klein im Sinne von Artikel 61 Absatz 2 des Gesetzes, wenn die Kosten einer einzelnen versicherten Person einen erheblichen Einfluss auf die Prämien der Versicherten des Bestandes ausüben, namentlich wenn der Versichertenbestand weniger als 300 Personen umfasst.<sup>298</sup>

<sup>1bis</sup> Nimmt ein Versicherer seine Tätigkeit neu auf oder erweitert er seinen örtlichen Tätigkeitsbereich, so legt er für die sehr kleinen Bestände seine Prämie so fest, dass sie einen bestimmten Minimalbetrag nicht unterschreitet.<sup>299</sup>

<sup>1ter</sup> Der Minimalbetrag nach Absatz 1<sup>bis</sup> entspricht dem Durchschnitt aller Prämien des laufenden Jahres für die betreffenden Prämienregion und Altersgruppe. Das BAG teilt den Versicherern jährlich diesen Betrag mit.<sup>300</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 diesen die schweizerischen Prämien am letzten Wohnort der Person in der Schweiz oder am Sitz des Versicherers anwenden.<sup>301</sup>

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

#### **Art. 91a**<sup>302</sup> Prämienreduktion bei anderweitiger Versicherung

<sup>1</sup> ...<sup>303</sup>

<sup>2</sup> Die Versicherer müssen die Prämien der Krankenpflegeversicherung derjenigen Personen, die eine obligatorische Versicherung nach dem UVG<sup>304</sup> abgeschlossen haben, während der Dauer der Unfalldeckung reduzieren.<sup>305</sup>

<sup>298</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

<sup>299</sup> Eingefügt durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

<sup>300</sup> Eingefügt durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

<sup>301</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).

<sup>302</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1996** 3139).

<sup>303</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000, mit Wirkung seit 1. Jan. 2001 (AS **2001** 138).

<sup>304</sup> SR **832.20**

<sup>305</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).



<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>306</sup>

<sup>4</sup> Die Prämien dürfen nur um den Prämienanteil für die Unfalldeckung reduziert werden, höchstens aber um 7 Prozent.<sup>307</sup>

**Art. 91b**<sup>308</sup> Verfahren zur Festlegung der Prämienregionen

<sup>1</sup> Das EDI überprüft periodisch, ob die Prämienregionen noch sachgerecht sind. Die Kantone können für ihr Gebiet eine Änderung oder eine Reduktion der Prämienregionen vorschlagen.

<sup>2</sup> Das EDI konsultiert die Kantone, bevor es die Prämienregionen ändert.

<sup>3</sup> Im Falle einer Gemeindefusion macht der Kanton dem EDI einen Vorschlag, in welche Prämienregion die neue Gemeinde eingeteilt werden soll.

**Art. 92**<sup>309</sup>

**1a. Abschnitt:**<sup>310</sup>

**Prämien der Versicherten mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen**<sup>311</sup>

**Art. 92a** Prämienenerhebung

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 und 92c**<sup>312</sup>

<sup>306</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

<sup>307</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

<sup>308</sup> Eingefügt durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

<sup>309</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

<sup>310</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 915).

<sup>311</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).

<sup>312</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

**1b. Abschnitt:**<sup>313</sup>**Prämien von nothilfeberechtigten Personen nach Artikel 82 AsylG**<sup>314</sup>**Art. 92d**

<sup>1</sup> Auf nothilfeberechtigte Personen nach Artikel 82 AsylG<sup>315</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.<sup>316</sup> nach Artikel 83 AuG<sup>317</sup> vorläufig 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>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>313</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>314</sup> SR 142.31

<sup>315</sup> SR 142.31

<sup>316</sup> Berichtigung vom 29. Nov. 2016 (AS 2016 4195).

<sup>317</sup> SR 142.20

<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, 1 000, 1 500, 2 000 und 2 500 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>318</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>319</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 Versicherer gewählte Franchise, sofern der übernehmende Versicherer diese Versicherungsform führt. Artikel 103 Absatz 4 ist sinngemäss anwendbar.<sup>320</sup>

<sup>318</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Mai 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 3437).

<sup>319</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS 2003 3249).

<sup>320</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS 2003 3249).

**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>321</sup>

2 ...<sup>322</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>323</sup>

3 ...<sup>324</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>321</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 23. Febr. 2000 (AS **2000** 889). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

<sup>322</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, mit Wirkung seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

<sup>323</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>324</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 23. Febr. 2000, mit Wirkung seit 1. Jan. 2001 (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>325</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>326</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>325</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS 2003 3249).

<sup>326</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>327</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>328</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>329</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>327</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

<sup>328</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS 2003 3249).

<sup>329</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>330</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>331</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>332</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>330</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>331</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 3249).

<sup>332</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>333</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 Leistungsaus-hilfe 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>334</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>335</sup>

#### **Art. 104**<sup>336</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.<sup>337</sup> Frauen, bei denen die Kostenbeteiligung nach Artikel 64 Absatz 7 des Gesetzes entfällt.

#### **Art. 104a**<sup>338</sup> Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung der Kostenbeteiligung

<sup>1</sup> Das EDI 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:

<sup>333</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5075).

<sup>334</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>335</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>336</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2010** 6161).

<sup>337</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. Nov. 2013, in Kraft seit 1. März 2014 (AS **2013** 4523). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.

<sup>338</sup> Ursprünglich: Art. 105.



- a. während einer bestimmten Zeit erbracht worden sind;
- b. einen bestimmten Umfang erreicht haben.

<sup>1</sup>bis Das EDI 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>339</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 EDI 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 EDI bezeichnet die Leistungen, welche nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d des Gesetzes von der Franchise ausgenommen sind.<sup>340</sup>

<sup>4</sup> Vor Erlass der Bestimmungen nach den Absätzen 1, 3 und 3<sup>bis</sup> hört das EDI die zuständige Kommission an.<sup>341</sup>

#### **Art. 105<sup>342</sup>** Kostenbeteiligung bei Mutterschaft

<sup>1</sup> Die Ärztin oder der Arzt, die oder der die Schwangerschaft begleitet, ermittelt den mutmasslichen Beginn der 13. Schwangerschaftswoche und gibt ihn auf der Rechnung an.

<sup>2</sup> Eine Totgeburt nach der 23. Schwangerschaftswoche gilt als Niederkunft.

<sup>3</sup> Die Frist nach Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b des Gesetzes endet am 56. Tag nach der Niederkunft um 24 Uhr.

### **3a. Kapitel:<sup>343</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.

<sup>339</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Nov. 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS **2005** 5639).

<sup>340</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2001** 138).

<sup>341</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2001** 138).

<sup>342</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. Nov. 2013, in Kraft seit 1. März 2014 (AS **2013** 4523).

<sup>343</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS **2007** 3573).

**Art. 105b**<sup>344</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>345</sup> Ausschluss der Verrechnung

Der Versicherer darf die Versicherungsleistungen nicht mit geschuldeten Prämien oder Kostenbeteiligungen verrechnen.

**Art. 105d**<sup>346</sup> Meldung der zuständigen kantonalen Behörde

Der Kanton meldet dem Versicherer die zuständige kantonale Behörde.

**Art. 105e**<sup>347</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. 105f**<sup>348</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>344</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

<sup>345</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

<sup>346</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

<sup>347</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

<sup>348</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

<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. 105g**<sup>349</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;
- c. das Geburtsdatum;
- d. den Wohnsitz;
- e. die AHV-Versichertennummer.

**Art. 105h**<sup>350</sup> Datenaustausch

Das EDI kann die technischen und organisatorischen Vorgaben für den Datenaustausch zwischen Kantonen und Versicherern festlegen.

**Art. 105i**<sup>351</sup> 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. 105j**<sup>352</sup> 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 Schuldner sowie zu den Versicherten korrekt sind;
- b. das Mahnverfahren nach Artikel 105b eingehalten wurde;

<sup>349</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

<sup>350</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

<sup>351</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

<sup>352</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

- 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.

#### **Art. 105<sup>k353</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>l354</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 Verzugszinse sowie die bis zu diesem Zeitpunkt aufgelaufenen Betriebskosten 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

<sup>353</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

<sup>354</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

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>355</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:

- a. Artikel 64a Absätze 1–7 des Gesetzes und die Artikel 105b–105l auf:
  1. Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie deren Familienangehörige,
  2. Familienangehörige von Niedergelassenen, von Aufenthalttern und Aufenthaltterinnen und von Kurzaufhalttern und Kurzaufhaltterinnen,
  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 105l 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. Bezahlt 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.

<sup>355</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

#### 4. Kapitel:<sup>356</sup> Prämienverbilligung durch die Kantone

##### 1. Abschnitt: Anspruchsberechtigte<sup>357</sup>

**Art. 106<sup>358</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.

**Art. 106a** Prämienverbilligung durch die Kantone für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen<sup>359</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>360</sup>

<sup>356</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 915).

<sup>357</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

<sup>358</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 1633).

<sup>359</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

<sup>360</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

## 2. Abschnitt:<sup>361</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.

### 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 EDI 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 Bundes-

<sup>361</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

gesetzes vom 6. Oktober 2006<sup>362</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 EDI 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.

## **2. Teil: Freiwillige Taggeldversicherung**

#### **Art. 107 und 108**<sup>363</sup>

#### **Art. 108a**<sup>364</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.

<sup>362</sup> SR **831.30**

<sup>363</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

<sup>364</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).



### 3. Teil: Koordinationsregeln

#### 1. Titel: Leistungskoordination

#### 1. Kapitel: Verhältnis zu anderen Sozialversicherungen

#### 1. Abschnitt: Abgrenzung der Leistungspflicht

##### Art. 110<sup>365</sup> Grundsatz

Soweit in einem Versicherungsfall Leistungen der Krankenversicherung mit gleichartigen Leistungen der Unfallversicherung nach dem UVG<sup>366</sup>, der Militärversicherung, der Alters- und Hinterlassenenversicherung, der Invalidenversicherung oder dem Erwerbssatzgesetz vom 25. September 1952<sup>367</sup> für Dienstleistende und bei Mutterschaft zusammentreffen, gehen die Leistungen dieser anderen Sozialversicherungen vor. Artikel 128 der Verordnung vom 20. Dezember 1982<sup>368</sup> über die Unfallversicherung bleibt vorbehalten.

##### 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>369</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>370</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>371</sup>

<sup>2</sup> Ist eine Person bei mehreren Krankenversicherern für Taggeld versichert, so ist jeder dieser Versicherer vorleistungspflichtig.

<sup>365</sup> Fassung gemäss Art. 45 Ziff. I der V vom 24. Nov. 2004 zum Erwerbssatzgesetz, in Kraft seit 1. Juli 2005 (AS 2005 1251).

<sup>366</sup> SR 832.20

<sup>367</sup> SR 834.1

<sup>368</sup> SR 832.202

<sup>369</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3908).

<sup>370</sup> SR 832.20

<sup>371</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3908).

**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>372</sup> Informationspflicht

Der vorleistende Krankenversicherer macht die versicherte Person auf die Rückerstattungsordnung von Artikel 71 ATSG aufmerksam.

**Art. 115**<sup>373</sup>**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.

<sup>372</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3908).

<sup>373</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, mit Wirkung seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3908).

**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>374</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>375</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;

<sup>374</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3908).

<sup>375</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3908).

- 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 Übererschädigungsgrenze 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 Taggelder leistungspflichtig.

## 2. Titel: ...

**Art. 123–126**<sup>376</sup>

## 4. Teil:

### Verfügung, Kosten der Bekanntgabe und Publikation von Daten<sup>377</sup>

**Art. 127**<sup>378</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>379</sup>

**Art. 130**<sup>380</sup> Kosten der Bekanntgabe und Publikation von Daten<sup>381</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>382</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>376</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, mit Wirkung seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3908).

<sup>377</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3908).

<sup>378</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>379</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, mit Wirkung seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3908).

<sup>380</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 2911).

<sup>381</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3908).

<sup>382</sup> SR 172.041.0

<sup>3</sup> Die Gebühr kann wegen Bedürftigkeit der gebührenpflichtigen Person oder aus anderen wichtigen Gründen ermässigt oder erlassen werden.

## 5. Teil: Schlussbestimmungen

### 1. Titel: Übergangsbestimmungen

#### Art. 131<sup>383</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>384, 385</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>386</sup>

#### Art. 133<sup>387</sup>

<sup>383</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>384</sup> SR 221.229.1

<sup>385</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

<sup>386</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

<sup>387</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 25. Juni 1997, mit Wirkung seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 1639).

**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>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>388</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>389</sup> über genetische Untersuchungen beim Menschen beim BAG ein Bewilligungsgesuch einreichen.<sup>390</sup>

**Art. 135** Qualitätssicherung

Die Verträge nach Artikel 77 Absatz 1 der Verordnung sind bis zum 31. Dezember 1997 abzuschliessen.

**Art. 136**<sup>391</sup>**2. Titel: Inkrafttreten****Art. 137**

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1996 in Kraft.

<sup>388</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1996** 3139).

<sup>389</sup> SR **810.122.1**; in Kraft seit 1. April 2007.

<sup>390</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>391</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>392</sup>****Schlussbestimmungen der Änderung vom 23. Februar 2000<sup>393</sup>****Schlussbestimmungen der Änderung vom 2. Oktober 2000<sup>394</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>395</sup>****Schlussbestimmungen der Änderung vom 26. Juni 2002<sup>396</sup>**

Für die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung hängigen Verfahren gilt das neue Recht.

**Schlussbestimmungen der Änderung vom 6. Juni 2003<sup>397</sup>****Schlussbestimmungen der Änderung vom 26. Mai 2004<sup>398</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 ordent-

<sup>392</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>393</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>394</sup> AS 2000 2835

<sup>395</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>396</sup> AS 2002 2129

<sup>397</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>398</sup> AS 2004 3437

liche Versicherung wechseln, wenn sie dies dem Versicherer bis spätestens am 30. November 2004 schriftlich mitteilen.

### **Schlussbestimmungen der Änderung vom 3. Dezember 2004<sup>399</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 EDI 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>400</sup>**

#### **Schlussbestimmungen der Änderung vom 26. April 2006<sup>401</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>402</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>403</sup>

<sup>5</sup> ...<sup>404</sup>

#### **Schlussbestimmungen der Änderung vom 27. Juni 2007<sup>405</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>406</sup>.

<sup>399</sup> AS 2004 5075

<sup>400</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>401</sup> AS 2006 1717

<sup>402</sup> AS 2001 138

<sup>403</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, mit Wirkung seit 1. Aug. 2007 (AS 2007 3573).

<sup>404</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, mit Wirkung seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3449).

<sup>405</sup> AS 2007 3573

<sup>406</sup> AS 2006 1717



<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 EDI legt das Verfahren der Überprüfung fest.

<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 105b Absätze 1 und 2 nicht anwendbar.

<sup>5</sup> Bei am 1. August 2007 bestehenden Aufschüben von Kostenübernahmen für Leistungen ist Artikel 105c 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>407</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>408</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 59d 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

<sup>407</sup> AS 2007 3989

<sup>408</sup> AS 2008 5097

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 der Korrekturmassnahmen quartalsweise. Die Versicherer führen gemeinsam ein Monitoring durch und veröffentlichen halbjährlich eine Auswertung als Grundlage für Korrekturmassnahmen der Tarifpartner.<sup>409</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>410</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>411</sup> der Verordnung vom 3. Juli 2002<sup>412</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>413</sup>

### Schlussbestimmungen der Änderung vom 13. März 2009<sup>414</sup>

Die gemeinsame Einrichtung informiert in Zusammenarbeit mit dem BAG, den rentenauszahlenden Stellen und den zuständigen Auslandvertretungen 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>415</sup> über die Ausdehnung des Freizügigkeitsabkommens auf Bulgarien und Rumänien im Hinblick auf die Aufnahme von Bulgarien und Rumänien als Vertragsparteien infolge ihres Beitritts zur Europäischen Union über die Versicherungspflicht. Mit diesen Informationen gelten auch die in einem neuen Mit-

<sup>409</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. Dez. 2011 (AS 2011 5037).

<sup>410</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. Dez. 2011 (AS 2011 5037).

<sup>411</sup> AS 2008 5105

<sup>412</sup> SR 832.104

<sup>413</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. Dez. 2011 (AS 2011 5037).

<sup>414</sup> AS 2009 1825

<sup>415</sup> SR 0.142.112.681.1

gliedstaat der Europäischen Gemeinschaft wohnhaften Familienangehörigen als informiert. Der Bund übernimmt die der gemeinsamen Einrichtung entstehenden Kosten für die Information.

### **Übergangsbestimmungen der Änderung vom 24. Juni 2009<sup>416</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>417</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>416</sup> AS 2009 3525

<sup>417</sup> AS 2009 4245

<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>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>418</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>419</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>420</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

<sup>418</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4759).

<sup>419</sup> AS 2010 6155

<sup>420</sup> AS 2011 3449

- b. sofern bei ihnen weniger als 50 000 Personen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert sind, über eine Rückversicherung verfügen.

### **Übergangsbestimmung zur Änderung vom 6. Juli 2011<sup>421</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>422</sup>**

In Bezug auf Island, Liechtenstein und Norwegen gilt bis zum Inkrafttreten der Änderung vom ...<sup>423</sup> von Anhang K zum EFTA-Abkommen<sup>424</sup> das bisherige Recht.

### **Übergangsbestimmung zur Änderung vom 4. Juli 2012<sup>425</sup>**

<sup>1</sup> Jeder Versicherer muss bis zum 31. Dezember 2013 über eine zertifizierte Datenannahmestelle nach Artikel 59a Absatz 6 verfügen. Solange der Versicherer über keine zertifizierte Datenannahmestelle verfügt, ist eine systematische Weitergabe nach Artikel 59a Absatz 3 von medizinischen Angaben nur möglich, wenn diese direkt an den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin nach Artikel 57 des Gesetzes übermittelt werden.

<sup>2</sup> Bis zur Festlegung der für sie anwendbaren Klassifikationen durch das EDI (Art. 59a<sup>bis</sup>) geben die Leistungserbringer im ambulanten Bereich sowie in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie die Diagnosen und Prozeduren nach den in den anwendbaren Tarifverträgen vereinbarten Modalitäten und Codierungen weiter.<sup>426</sup>

### **Übergangsbestimmung zur Änderung vom 8. Mai 2013<sup>427</sup>**

Artikel 65f gilt auch für Gesuche um Indikationserweiterung oder um Änderung oder Aufhebung einer Limitierung, welche beim Inkrafttreten dieser Änderung noch beim BAG hängig sind.

421 AS 2011 3535

422 AS 2012 955

423 AS ...

424 SR 0.632.31

425 AS 2012 4089

426 Fassung gemäss Ziff. II der V vom 19. Nov. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2015 (AS 2014 4391, 2015 1177).

427 AS 2013 1353

### **Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 29. November 2013<sup>428</sup>**

<sup>1</sup> Die von den Kantonen gestützt auf Artikel 2 Absatz 4<sup>bis</sup> ausgesprochenen Befreiungen bleiben bis zu ihrem Ablauf gültig.

<sup>2</sup> Für Leistungen, die vor dem 1. März 2014 erbracht werden, gilt Artikel 104 Absatz 2 Buchstabe c in der Fassung der Änderung vom 3. Dezember 2010<sup>429</sup>. Massgebend ist das Behandlungsdatum.

### **Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 29. April 2015<sup>430</sup>**

<sup>1</sup> Im Jahr 2016 findet keine Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach Artikel 65*d* statt.<sup>431</sup>

<sup>2</sup> Die Bestimmungen der Änderung vom 29. April 2015 gelten auch für Gesuche, die beim Inkrafttreten dieser Änderung beim BAG hängig sind.

<sup>3</sup> Für Verfügungen des BAG, die vor Inkrafttreten der Änderung vom 29. April 2015 erlassen wurden, gilt Artikel 71 Absätze 2–4 nicht.

<sup>4</sup> Artikel 65*d* Absatz 3 Buchstabe c gilt nicht für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Originalpräparaten, die vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 29. April 2015 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden.

<sup>5</sup> Die Rückerstattung von Mehreinnahmen bei Arzneimitteln, die vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 29. April 2015 in die Spezialitätenliste aufgenommen und bis dahin noch nicht nach Artikel 65*d* überprüft wurden, wird bei der nächsten Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre nach Artikel 67 Absatz 2<sup>ter</sup> in der bisherigen Fassung beurteilt.

### **Übergangsbestimmung zur Änderung vom 9. Dezember 2016<sup>432</sup>**

Für Gesuche um Anerkennung der Gleichwertigkeit von Weiterbildungstiteln in Labormedizin nach Artikel 54*a*, die vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 9. Dezember 2016 eingereicht wurden, gilt das bisherige Recht.

### **Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 1. Februar 2017<sup>433</sup>**

<sup>1</sup> Die Bestimmungen der Änderung vom 1. Februar 2017 gelten auch für Gesuche, die beim Inkrafttreten dieser Änderung beim BAG hängig sind.

<sup>2</sup> Die erste Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach Artikel 65*d* wird im Jahr 2017 durchgeführt.

<sup>428</sup> AS 2013 4523

<sup>429</sup> AS 2010 6161

<sup>430</sup> AS 2015 1255

<sup>431</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. März 2016, in Kraft seit 1. Mai 2016 (AS 2016 1175).

<sup>432</sup> AS 2016 4927

<sup>433</sup> AS 2017 623

*Anhang 1*<sup>434</sup>  
(Art. 70b)

## Gebühren für Eintragungen in der Spezialitätenliste

	Fr.
1. Gebühren pro galenische Form für Verfügungen über Gesuche um:	
a. Aufnahme von Arzneimitteln oder Limitierungsänderungen, die der Eidgenössischen Arzneimittelkommission vorgelegt werden	7 500
b. Aufnahme von Arzneimitteln, die der Eidgenössischen Arzneimittelkommission nicht vorgelegt werden	2 500
c. Aufnahme von Arzneimitteln oder Limitierungsänderungen, die im beschleunigten Verfahren behandelt werden	9 000
d. Preiserhöhung	2 500
e. Änderung der Packungsgrössen	2 500
f. Änderung der Dosisstärke	2 500
g. Wiedererwägung	2 500
2. Jahresgebühr pro aufgenommenes Arzneimittel und aufgeführte Packung	40

<sup>434</sup> Eingefügt durch Ziff. II der V vom 8. Mai 2013 (AS 2013 1353). Fassung gemäss Ziff. III der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1255).

## Aufhebung und Änderung von Verordnungen

### 1. Es werden aufgehoben:

- a. Die Verordnung I vom 22. Dezember 1964<sup>436</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>437</sup> über die Krankenversicherung betreffend die Kollektivversicherung bei den vom Bund anerkannten Krankenkassen;
- c. die Verordnung III vom 15. Januar 1965<sup>438</sup> über die Krankenversicherung betreffend die Leistungen der vom Bund anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände;
- d. die Verordnung IV vom 15. Januar 1965<sup>439</sup> über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung kantonaler Befähigungsausweise der Chiropraktoren für die Krankenversicherung;
- e. die Verordnung V vom 2. Februar 1965<sup>440</sup> über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung von Krankenkassen und Rückversicherungsverbänden sowie ihre finanzielle Sicherheit;
- f. die Verordnung VI vom 11. März 1966<sup>441</sup> über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von medizinischen Hilfspersonen zur Betätigung für die Krankenversicherung;
- g. die Verordnung VII vom 29. März 1966<sup>442</sup> über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Laboratorien zur Betätigung für die Krankenversicherung;
- h. die Verordnung VIII vom 30. Oktober 1968<sup>443</sup> über die Krankenversicherung betreffend die Auswahl von Arzneimitteln und Analysen;
- i. die Verordnung vom 22. November 1989<sup>444</sup> über den Betrieb anderer Versicherungsarten durch anerkannte Krankenkassen.

### 2.–10.

...<sup>445</sup>

<sup>435</sup> Ursprünglich Anhang.

<sup>436</sup> [AS 1964 1289, 1974 978, 1986 685, 1990 1675, 1991 609 2547, 1992 1738 Art. 18]

<sup>437</sup> [AS 1965 31, 1984 1481, 1990 1674, 1991 606 2546]

<sup>438</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>439</sup> [AS 1965 55]

<sup>440</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>441</sup> [AS 1966 499, 1971 1185]

<sup>442</sup> [AS 1966 570]

<sup>443</sup> [AS 1968 1318, 1982 2178, 1984 1486, 1986 89, 1988 1563]

<sup>444</sup> [AS 1989 2430]

<sup>445</sup> Die Änderungen können unter AS 1995 3867 konsultiert werden.