

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

vom 27. Juni 1995 (Stand am 4. April 2000)

Der Schweizerische Bundesrat,

gestützt auf Artikel 96 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994¹ über die Krankenversicherung (Gesetz/KVG),

verordnet:

1. Teil: Obligatorische Krankenpflegeversicherung

1. Titel: Versicherungspflicht

1. Kapitel: Allgemeine Bestimmungen

1. Abschnitt: Versicherungspflichtige Personen

Art. 1 Versicherungspflicht

¹ Personen mit Wohnsitz in der Schweiz nach den Artikeln 23–26 des Zivilgesetzbuches² (ZGB) unterstehen der Versicherungspflicht nach Artikel 3 des Gesetzes.

² Versicherungspflichtig sind zudem:

- a.³ Ausländer und Ausländerinnen mit einer Aufenthaltsbewilligung nach Artikel 5 des Bundesgesetzes vom 26. März 1931⁴ über Aufenthalt und Niederlassung der Ausländer (ANAG), die mindestens drei Monate gültig ist;
- b. unselbständig erwerbstätige Ausländer und Ausländerinnen, deren Aufenthaltsbewilligung weniger als drei Monate gültig ist, sofern sie für Behandlungen in der Schweiz nicht über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen;
- c.⁵ Personen, die ein Asylgesuch in der Schweiz nach Artikel 18 des Asylgesetzes vom 26. Juni 1998⁶ (Asylgesetz) gestellt haben, und Personen, welchen nach Artikel 66 des Asylgesetzes vorübergehender Schutz gewährt wurde, sowie Personen, für welche die vorläufige Aufnahme nach Artikel 14a ANAG verfügt worden ist.

AS 1995 3867

¹ SR 832.10

² SR 210

³ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

⁴ SR 142.20

⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Aug. 1999, in Kraft seit 1. Oktober 1999 (AS 1999 2403).

⁶ SR 142.31

Art. 2 Ausnahmen von der Versicherungspflicht

¹ Es unterstehen nicht der Versicherungspflicht:

- a. Aktive und pensionierte Bundesbedienstete, die nach Artikel 1 Absatz 1 Buchstabe b Ziffern 1–7 und Artikel 2 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992⁷ über die Militärversicherung (MVG) der Militärversicherung unterstellt sind;
- b. Personen, die sich ausschliesslich zur ärztlichen Behandlung oder zur Kur in der Schweiz aufhalten.

² Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Personen, die nach ausländischem Recht obligatorisch krankenversichert sind, sofern der Einbezug in die schweizerische Versicherung für sie eine Doppelbelastung bedeuten würde und sie für Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen. Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen.

³ Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Personen, die im Rahmen der internationalen Leistungsaushilfe in der Krankenversicherung über einen gleichwertigen Versicherungsschutz für Behandlungen in der Schweiz verfügen. Dem Gesuch ist eine Kopie der für die internationale Leistungsaushilfe verwendeten Anspruchsbescheinigung beizulegen.

⁴ Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Personen, die sich im Rahmen von nationalen oder internationalen Mobilitäts-, Vermittlungs- oder Austauschprogrammen für Personen in Aus- oder Weiterbildung, wie namentlich Studierende, Schüler und Schülerinnen, Praktikanten und Praktikantinnen, Stagiaires, sowie für Dozenten, Dozentinnen und Forscher in der Schweiz aufhalten, sofern deren Aufenthalt zwölf Monate nicht übersteigt und die programmführende Stelle sich verpflichtet, dafür zu sorgen, dass während der gesamten Geltungsdauer der Befreiung für Behandlungen in der Schweiz mindestens die Leistungen nach KVG gedeckt sind. Für Personen in Aus- und Weiterbildung kann die zuständige kantonale Behörde die obgenannte Frist auf Gesuch hin um höchstens drei weitere Jahre verlängern, wenn die anderen Voraussetzungen erfüllt sind. Die betreffende Person oder die programmführende Stelle kann die Befreiung oder einen Verzicht auf die Befreiung nicht widerrufen.⁸

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 zwischenstaatli-

⁷ SR 833.1

⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

che Vereinbarung durch eine Ausnahmegewilligung während eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Schweiz von der Beitragspflicht in der AHV/IV befreit sind. Die betreffende Person und der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin können die Befreiung oder einen Verzicht auf die Befreiung nicht widerrufen.⁹

Art. 3 Grenzgänger und Grenzgängerinnen

¹ 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.

² 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

¹ 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
- b. für einen Arbeitgeber oder eine Arbeitgeberin mit Wohnsitz oder Sitz in der Schweiz tätig sind.

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

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

⁴ 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 Auslandsaufenthaltes der schweizerischen Gesetzgebung unterstellt sind.

Art. 5 Personen im öffentlichen Dienst mit Aufenthalt im Ausland

¹ 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;

⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

- c. Personen, die sich aufgrund ihrer Tätigkeit für eine andere schweizerische Körperschaft oder Anstalt des öffentlichen Rechts im Ausland befinden.

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

³ Das lokal angestellte Personal ist der obligatorischen Versicherung nicht unterstellt.

Art. 6 Personen mit Vorrechten nach internationalem Recht

¹ Die Mitglieder diplomatischer Missionen, ständiger Missionen und konsularischer Posten in der Schweiz sowie Beamte und Beamtinnen internationaler Organisationen sowie die sie begleitenden Familienangehörigen sind nicht versicherungspflichtig. Sie werden auf eigenes Gesuch hin der schweizerischen Versicherung unterstellt.

² Die Hausangestellten der Mitglieder diplomatischer Missionen, ständiger Missionen und konsularischer Posten in der Schweiz sowie diejenigen der Beamten und Beamtinnen internationaler Organisationen sind versicherungspflichtig, wenn sie nicht im Staate ihres Arbeitgebers oder ihrer Arbeitgeberin oder in einem Drittstaat versichert sind. Das EDA regelt die Einzelheiten dieser Bestimmung näher.

³ Ehemalige Beamte und Beamtinnen internationaler Organisationen sowie ihre Familienangehörigen im Sinne von Artikel 3 Absatz 2 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 der internationalen Organisation mit allen erforderlichen Angaben beizulegen.

2. Abschnitt: Beginn und Ende der Versicherung

Art. 7 Im allgemeinen

¹ Schweizer und Schweizerinnen, die nach einem Auslandsaufenthalt in der Schweiz Wohnsitz nehmen, sowie Ausländer und Ausländerinnen mit einer Niederlassungsbewilligung oder einer Aufenthaltsbewilligung nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe a 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 am Tag der bei dieser Stelle gemeldeten Wohnsitznahme bzw. des gemeldeten Aufenthaltes.

² Ausländer und Ausländerinnen mit einer Aufenthaltsbewilligung nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe b müssen ab Einreise in die Schweiz versichert sein.

³ 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.

⁴ Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie ihre Familienangehörigen, die der schweizerischen Versicherung unterstellt sein wollen (Art. 3), müssen sich innert sechs Monaten nach Beginn der Gültigkeit der Grenzgängerbewilligung versichern. Versichern sie sich innert drei Monaten nach Beginn der Gültigkeit der Bewilligung, so beginnt die Versicherung ab diesem Zeitpunkt. Versichern sie sich später, beginnt die Versicherung am Tage des Beitritts. 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.

⁵ Asylsuchende sowie Schutzbedürftige sind verpflichtet, sich unmittelbar nach Zuweisung an die Kantone nach Artikel 27 des Asylgesetzes¹⁰ 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 am 30. Tag nach dem rechtskräftig verfüigten Ausreisedatum oder mit ihrem Tod.¹¹

⁶ Personen mit Vorrechten nach internationalem Recht und ihre Familienangehörigen, 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.

⁷ Aktive und pensionierte Bundesbedienstete nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe a, die aus der Militärversicherung ausscheiden, müssen sich innert drei Monaten nach Ausscheiden aus der Militärversicherung bei einem Versicherer nach Artikel 11 des Gesetzes für Krankenpflege versichern. Bei rechtzeitigem Versicherungsbeitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Militärversicherung.

Art. 7a¹² 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 Grundsät-

¹⁰ SR 142.31

¹¹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Aug. 1999, in Kraft seit 1. Oktober 1999 (AS 1999 2403).

¹² Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1996 (AS 1996 3139).

zen der sozialen Krankenversicherung. Die Versicherungsverhältnisse unterliegen dem Versicherungsvertragsgesetz¹³.

Art. 8 Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt

¹ Die Erhebungsdauer für den Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt nach Artikel 5 Absatz 2 des Gesetzes entspricht der doppelten Dauer der Verspätung. 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.

² Wenn eine Sozialhilfebehörde für die Prämien aufkommt, wird kein Prämienzuschlag erhoben.

Art. 9 Zahlungsverzug der Versicherten

¹ Bezahlen Versicherte fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen trotz Mahnung nicht, hat der Versicherer das Vollstreckungsverfahren einzuleiten. Endet das Vollstreckungsverfahren mit der Ausstellung eines Verlustscheines, benachrichtigt der Versicherer die zuständige Sozialhilfebehörde. Vorbehalten bleiben kantonale Bestimmungen, welche eine vorhergehende Meldung an die für die Prämienverbilligung zuständige Behörde vorsehen.

² Nach Ausstellung eines Verlustscheines und Meldung an die Sozialhilfebehörde kann der Versicherer die Übernahme der Kosten für die Leistungen aufschieben, bis die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen vollständig bezahlt sind. Sind diese bezahlt, so hat der Versicherer die Kosten für die Leistungen während der Zeit des Aufschubes zu übernehmen.¹⁴

³ Wollen säumige Versicherte den Versicherer wechseln, darf sie der bisherige Versicherer erst dann aus dem Versicherungsverhältnis entlassen, wenn die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen vollständig bezahlt sind.¹⁵

⁴ Kann das Vollstreckungsverfahren gegen Versicherte, auf welche die schweizerische Gesetzgebung über die Sozialhilfe nicht anwendbar ist, nicht durchgeführt werden oder hat es keine Zahlung der Prämien oder Kostenbeteiligung zur Folge, kann der Versicherer nach schriftlicher Mahnung und Hinweis auf die Folgen des Zahlungsverzuges das Versicherungsverhältnis beenden.

¹³ SR 221.229.1

¹⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

¹⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

3. Abschnitt: Aufgaben der Kantone

Art. 10

¹ 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.

² Die zuständige kantonale Behörde entscheidet über die in den Artikeln 2 Absätze 2–5 und 6 Absatz 3 vorgesehenen Gesuche.¹⁶

2. Kapitel: Ruhen der Unfaldeckung

Art. 11

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

² Der Arbeitgeber oder die Arbeitslosenversicherung haben die Versicherten vor Ende des Arbeitsverhältnisses, des Anspruchs auf Arbeitslosenentschädigung oder der Nichtberufsunfaldeckung schriftlich darüber zu informieren, dass sie den Krankenversicherer vom Erlöschen der Unfaldeckung 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: Versicherer

Art. 12 Anerkennung von Krankenkassen

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

- a. als Verein (Art. 60 ZGB¹⁷), Stiftung (Art. 80 ZGB), Genossenschaft (Art. 828 des Obligationenrechts¹⁸, OR) oder Aktiengesellschaft mit anderen als wirtschaftlichen Zwecken (Art. 620 Abs. 3 OR);
- b. als juristische Person des kantonalen öffentlichen Rechts.

² Die Anerkennung wird gleichzeitig mit der Erteilung der Durchführungsbewilligung nach Artikel 13 des Gesetzes ausgesprochen. Sie wird auf den Anfang eines

¹⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

¹⁷ SR 210

¹⁸ SR 220

Kalenderjahres wirksam. Das Gesuch ist dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) bis am 30. Juni des Vorjahres einzureichen. Dem Gesuch sind beizulegen:

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

³ Die minimale Reserve einer um die Anerkennung nachsuchenden Krankenkasse (Art. 78) hat derjenigen einer Krankenkasse mit einem Versichertenbestand von 5001–10 000 Personen zu entsprechen. Als Berechnungsgrundlage dienen die um einen Zuschlag von 50 Prozent erhöhten durchschnittlichen Krankenpflegekosten gemäss der letzten durch das BSV erstellten Statistik über die soziale Krankenversicherung. Bei Krankenkassen mit stark eingeschränktem örtlichen Tätigkeitsbereich kann das BSV eine tiefere minimale Reserve zulassen.

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

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

Art. 13 Zusatzversicherungen

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

Art. 14 Weitere Versicherungsarten

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

- a. ein Sterbegeld von höchstens 6000 Franken;

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

Art. 15 Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung

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

- a. von den Krankenkassen die in Artikel 12 Absatz 2 Buchstaben a–e genannten Unterlagen;
- b. von den privaten Versicherungseinrichtungen die Unterlagen, aus denen die Bewilligung zur Durchführung der Krankenversicherung nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz vom 23. Juni 1978¹⁹ hervorgeht, sowie die in Artikel 12 Absatz 2 Buchstaben b–e genannten Unterlagen.

² Das Departement erteilt die Bewilligung, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt und die Prämientarife vom BSV genehmigt worden sind.

2. Kapitel: Rückversicherer

Art. 16 Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung

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

- a. Institutionen, welche die Leistungen der Krankenversicherung im Sinne des Gesetzes für mindestens 50 000 Personen rückversichern;
- b. Krankenkassen mit mindestens 50 000 Versicherten;
- c. privaten Versicherungseinrichtungen, die zur Rückversicherung von Krankenversicherungsleistungen zugelassen sind.

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

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

Art. 17 Reserven

¹ Das BSV erlässt Weisungen über die Reservebildung für die Rückversicherung.

² Sinkt der Bestand eines Rückversicherers nach Artikel 16 Absatz 1 Buchstaben a und b vorübergehend unter 50 000 Versicherte, so kann das BSV zusätzliche Sicherheiten verlangen.

¹⁹ SR 961.01

Art. 18 Rückversicherung

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

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

3. Kapitel: Gemeinsame Einrichtung**Art. 19** Erfüllung internationaler Verpflichtungen

¹ Die gemeinsame Einrichtung ist für die Durchführung der Leistungsaushilfe in der Krankenversicherung nach den internationalen Verpflichtungen der Schweiz zuständig.

² Die durch die Leistungsaushilfe verursachten Kosten werden von den Versicherern proportional zur Anzahl der bei ihnen obligatorisch für Krankenpflege versicherten Personen getragen.

³ Der Bund übernimmt die durch die Vorfinanzierung der Leistungsaushilfe entstehenden Zinskosten.

Art. 19a²⁰ Zuweisung von Aufgaben durch das Departement

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

Art. 20 Revisionsstelle

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

Art. 21 Berichte

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

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

²⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 28. Sept. 1998 (AS 1998 2634).

Art. 22 Streitigkeiten

¹ Bei Streitigkeiten zwischen der gemeinsamen Einrichtung und einem Versicherten oder einer Person mit Ansprüchen nach internationalem Recht sowie zwischen der gemeinsamen Einrichtung und einem Versicherer oder einem Leistungserbringer sind die Artikel 79–91 des Gesetzes sinngemäss anwendbar.

² Vorbehalten bleibt Artikel 15 der Verordnung vom 12. April 1995²¹ über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung.

4. Kapitel: Förderung der Gesundheit**Art. 23**

¹ 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.

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

5. Kapitel: Aufsicht**1. Abschnitt: Zuständigkeiten****Art. 24** Aufsicht über die Versicherungstätigkeit

¹ Das BSV beaufsichtigt die Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung nach den Artikeln 24–31 und 67–77 des Gesetzes.

² Das BPV beaufsichtigt die Durchführung der in Artikel 12 Absatz 2 des Gesetzes genannten Versicherungen.

Art. 25 Institutionelle Aufsicht über die Krankenkassen

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

Art. 26²² Aufsicht über die gemeinsame Einrichtung

Die gemeinsame Einrichtung nach Artikel 18 des Gesetzes untersteht der Aufsicht des Departements. Das BSV unterstützt das Departement bei der Durchführung die-

²¹ SR 832.112.1

²² Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Aug. 1998 (AS 1998 1818).

ser Aufgabe in den ihm zugewiesenen Bereichen. Es prüft namentlich die finanziellen Verhältnisse der gemeinsamen Einrichtung und erstattet dem Departement regelmässig Bericht.

2. Abschnitt: Beschwerde durch das BSV

Art. 27²³

¹ Die Entscheide der kantonalen Rekursbehörden, der kantonalen Versicherungsgerichte (Art. 86 KVG) und der Schiedsgerichte (Art. 89 KVG) bezüglich der sozialen Krankenversicherung sind dem BSV zu eröffnen.

² Das BSV kann gegen diese Entscheide beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde erheben (Art. 103 und 132 Bundesrechtspflegegesetz²⁴).

3. Abschnitt: Aufsichtsdaten

Art. 28 Angaben der Versicherer

¹ Die Versicherer machen dem BSV zu Zwecken der Aufsicht über den Vollzug des Gesetzes gleichzeitig mit den Berichten und Rechnungen nach Artikel 21 Absatz 4 des Gesetzes jährlich Angaben über im Rahmen der Fakturierung von Leistungen und der Versicherungstätigkeit anfallende Daten.²⁵

^{1bis} Die Angaben dienen dazu:

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

²³ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Febr. 2000, in Kraft seit 1. April 2000 (AS **2000** 889).

²⁴ SR **173.110**

²⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Febr. 2000, in Kraft seit 1. April 2000 (AS **2000** 889).

- g. die Wirkungen des Gesetzes zu verfolgen und Entscheidungsgrundlagen für allfällig notwendige Gesetzes- und Gesetzesvollzugsänderungen bereit zu stellen.²⁶

^{1ter} Das BSV sorgt dafür, dass den Krankenversicherern durch die Bereitstellung der notwendigen Datengrundlagen möglichst wenig Aufwand entsteht. Es stellt die Resultate der Erhebungen unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften den am Vollzug des Gesetzes beteiligten Stellen zur Verfügung.²⁷

^{1quater} Die Versicherer melden dem BSV jährlich pro versicherte Person die folgenden, im Rahmen des Gesetzesvollzugs anfallenden Administrativdaten in anonymisierter Form:

- 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 und Kosten der im Laufe eines ganzen Jahres von den Versicherten beanspruchten Leistungen;
- e. die jeweiligen Erbringer dieser Leistungen;
- f. die Höhe der erhobenen Kostenbeteiligung.²⁸

² Die Versicherer sind verpflichtet, diese Angaben auf elektronischen Datenträgern zur Verfügung zu stellen. Sie können davon vom BSV auf Gesuch hin für eine befristete Zeit befreit werden, sofern ihnen die Lieferung mangels technischer Voraussetzungen nicht möglich ist.

³ Die Versicherer haben die Angaben auf eigene Kosten korrekt, vollständig, fristgerecht und in anonymisierter Form zu liefern.

⁴ Die Versicherer sorgen dafür, dass das Zahlstellenregister dem BSV jährlich übermittelt wird.

⁵ Das BSV erlässt nach Anhören der Versicherer Weisungen zu den gemäss den Absätzen 1, 1^{bis}, 1^{ter}, 1^{quater} und 2–4 zu treffenden Vorkehrungen.²⁹

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.

²⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 23. Febr. 2000, in Kraft seit 1. April 2000 (AS **2000** 889).

²⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 23. Febr. 2000, in Kraft seit 1. April 2000 (AS **2000** 889).

²⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 23. Febr. 2000, in Kraft seit 1. April 2000 (AS **2000** 889).

²⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Febr. 2000, in Kraft seit 1. April 2000 (AS **2000** 889).

Art. 30 Angaben der Spitäler und anderer Einrichtungen

¹ Die Spitäler und anderen Einrichtungen nach Artikel 39 des Gesetzes sind verpflichtet, dem BSV zur Überprüfung des Kostendeckungsgrades, der Kostenentwicklung sowie der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen folgende Angaben zu machen:

- a. Rechtsform, Art der Tätigkeit, Einrichtung und Ausstattung der Einrichtungen;
- b. Anzahl und Struktur der Beschäftigten und der Ausbildungsplätze;
- c. Anzahl und Struktur der Patientinnen und Patienten;
- d. Art und Umfang der erbrachten Leistungen;
- e. Aufwand, Ertrag und finanzielles Betriebsergebnis;
- f. Preise und Tarife.

² Alle Einrichtungen, die Leistungen gemäss den Artikeln 24–31 des Gesetzes in Rechnung stellen, sind zur Erteilung der entsprechenden Auskünfte verpflichtet.

³ Die Angaben werden vom Bundesamt für Statistik (BFS) im Rahmen der im Anhang zur Verordnung vom 30. Juni 1993³⁰ über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes bezeichneten Statistiken der stationären Betriebe des Gesundheitswesens erhoben.

⁴ Das Departement kann vertraglich Dritte mit der Erhebung von Aufsichtsdaten beauftragen, die nicht im Rahmen der Erhebungen nach Absatz 3 beschafft werden können. Das BSV hört in diesen Fällen die Spitäler und anderen Einrichtungen zu den von diesen oder Dritten zu diesem Zwecke zu treffenden Vorkehren an.

Art. 31 Veröffentlichung

¹ Das BSV sorgt dafür, dass die Ergebnisse der Erhebungen von Aufsichtsdaten so veröffentlicht werden, dass daraus 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.

² Das BSV kann je Versicherer folgende Kennzahlen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung veröffentlichen:

- a. Einnahmen und Ausgaben;
- b. Ergebnis je versicherte Person;
- c. Reserven;
- d. Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle;
- e. Krankenpflegekosten;
- f. Risikoausgleich;
- g. Verwaltungskosten;

³⁰ SR 431.012.1

- h. Versichertenbestand;
- i. Prämien.

Art. 32 Wirkungsanalyse

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

² 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.

³ Das BSV kann für die Durchführung der Untersuchungen wissenschaftliche Institute beiziehen und Expertengruppen einsetzen.

3. Titel: Leistungen

1. Kapitel: Bezeichnung der Leistungen

Art. 33 Allgemeine Leistungen

Das Departement bezeichnet nach Anhören der zuständigen Kommission:

- a. die von Ärzten und Ärztinnen oder Chiropraktoren und Chiropraktorerinnen erbrachten Leistungen, deren Kosten nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden;
- b. die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder Chiropraktoren und Chiropraktorerinnen erbrachten Leistungen nach Artikel 25 Absatz 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.

Art. 34 Analysen und Arzneimittel

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

Art. 35 Therapeutische Massnahmen bei Geburtsgebrechen

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

2. Kapitel: Umfang der Kostenübernahme

Art. 36 Leistungen im Ausland

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

² 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.

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

⁴ 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.

Art. 37 Grenzgänger und Grenzgängerinnen

Bei stationärer oder teilstationärer Behandlung in der Schweiz werden die Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie ihre Familienangehörigen, die in der Schweiz versichert sind, den in einem anderen Kanton wohnhaften Versicherten gleichgestellt. Der Versicherer übernimmt die vollen Kosten, die nach den Tarifen für in einem anderen Kanton wohnhafte Versicherte in Rechnung gestellt werden.

3. Kapitel:³¹ **Kommissionen****Art. 37a** Beratende Kommissionen

Beratende Kommissionen nach Artikel 33 Absatz 4 des Gesetzes sind:

- a. die Eidgenössische Kommission für Grundsatzfragen der Krankenversicherung (Grundsatzkommission);
- b. die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen (Leistungskommission);
- c. die Eidgenössische Arzneimittelkommission;
- d. die Eidgenössische Analysenkommission;
- e. die Eidgenössische Kommission für Mittel und Gegenstände.

Art. 37b Allgemeine Bestimmungen

¹ Der Bundesrat ernennt die Mitglieder der Kommissionen. Die Kommissionen werden von einem Vertreter oder einer Vertreterin des BSV präsiert.

² Die Kommissionen geben sich eine vom Departement zu genehmigende Geschäftsordnung, welche namentlich folgende Punkte regelt:

- a. Organisation und Arbeitsweise der Kommission, insbesondere Einsetzung, Aufgaben und Zusammensetzung von Ausschüssen;
- b. Richtlinien und Verfahren zur Leistungsbezeichnung;
- c. die Stellvertretung der Mitglieder;
- d. den Beizug von Experten und Expertinnen; dieser ist bei Beratung von Leistungen der nicht vertretenen Kreise obligatorisch;
- e. die direkte Antragsstellung der Ausschüsse an das BSV bzw. an das Departement.

³ Das Departement genehmigt die Einsetzung von Ausschüssen und wählt deren Mitglieder. In die Ausschüsse können auch Personen gewählt werden, die nicht bereits Mitglied einer Kommission sind. Präsiert werden die Ausschüsse durch ein Mitglied.

³¹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Juni 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 1639).

⁴ Das BSV führt das Sekretariat der Kommissionen und sorgt für die Koordination der Arbeiten. Es kann Dritte mit der Führung des Sekretariates beauftragen.

Art. 37c Eidgenössische Kommission für Grundsatzfragen der Krankenversicherung

¹ Die Eidgenössische Kommission für Grundsatzfragen der Krankenversicherung sorgt für eine einheitliche Praxis und Qualität sowie für die Berücksichtigung der ethischen Aspekte bei der Leistungsbezeichnung. Sie hat insbesondere die folgenden Aufgaben:

- a. Festsetzung von Grundsätzen für die Zusammenarbeit der Kommissionen;
- b. Definition gemeinsamer Grundsätze in Leistungsfragen;
- c. Definition gemeinsamer Grundsätze für die Festsetzung und Anpassung von Tarifen und Preisen nach Artikel 52 Absatz 1 des Gesetzes;
- d. Festsetzung von Grundsätzen, wie der Datenschutz und die Interessen der Versicherten und Patienten und Patientinnen bei der Leistungsbezeichnung in der Krankenversicherung gewahrt werden sollen;
- e. Ausarbeitung von Kriterien für die Beurteilung von Leistungen nach Artikel 33 Absatz 3 des Gesetzes und Artikel 70;
- f. Beratung und Vorschlag von Verordnungsbestimmungen zu generellen Grundsätzen im Leistungsbereich.

² Sie besteht aus 17 Mitgliedern. Davon vertreten:

- a. vier Personen die Leistungskommission;
- b. zwei Personen die Arzneimittelkommission;
- c. eine Person die Analysenkommission;
- d. eine Person die Kommission für Mittel und Gegenstände;
- e. drei Personen die medizinische Ethik;
- f. eine Person das Bundesamt für Gesundheit;
- g. eine Person den Eidgenössischen Datenschutzbeauftragten;
- h. eine Person den Eidgenössischen Preisüberwacher;
- i. eine Person die Wettbewerbskommission;
- k. zwei Personen die Kantone.

³ Von den Mitgliedern nach Absatz 2 Buchstaben a–d vertreten insgesamt zwei Personen die Leistungserbringer, zwei Personen die Versicherer und Versicherten und vier Personen die wissenschaftlichen Experten und Expertinnen.

⁴ Die Kommissionen nach Artikel 37a Buchstaben b–e haben die Beschlüsse der Grundsatzkommission einzuhalten. Der Kommission steht keine Entscheid- und Weisungsbefugnis zur Bezeichnung konkreter Leistungen zu.

Art. 37d Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen

¹ Die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen berät das Departement bei der Bezeichnung der Leistungen nach Artikel 33 sowie bei der Ausarbeitung der Bestimmungen nach den Artikeln 36 Absatz 1, 77 Absatz 4 und 105 Absatz 4.

² Sie besteht aus 20 Mitgliedern. Davon vertreten:

- a. sieben Personen die Ärzteschaft, wobei zwei Personen die Komplementärmedizin vertreten und eine Person die Präventivmedizin vertritt;
- b. zwei Personen die Spitäler;
- c. eine Person die Apothekerschaft als Vertretung der Arzneimittelkommission;
- d. sechs Personen die Krankenversicherer und die Unfallversicherer nach dem Unfallversicherungsgesetz³² (UVG), wobei mindestens zwei Personen die Vertrauensärzteschaft vertreten;
- e. zwei Personen die Versicherten;
- f. eine Person die Kantone;
- g. eine Person das Bundesamt für Gesundheit.

Art. 37e Eidgenössische Arzneimittelkommission

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

² Sie besteht aus 24 Mitgliedern. Davon vertreten:

- a. vier Personen die Fakultäten der Medizin und Pharmazie (wissenschaftliche Experten und Expertinnen);
- b. drei Personen die Ärzteschaft, wobei mindestens eine Person die Komplementärmedizin vertritt;
- c. drei Personen die Apothekerschaft, wobei mindestens eine Person die Komplementärmedizin vertritt;
- d. eine Person die Spitäler;
- e. fünf Personen die Krankenversicherer und die Unfallversicherer nach dem UVG³³;
- f. zwei Personen die Versicherten;
- g. zwei Personen die Pharmaindustrie;
- h. eine Person das Bundesamt für Gesundheit;
- i. eine Person die Kantone;
- k. eine Person die zuständige schweizerische Prüfstelle;

³² SR 832.20

³³ SR 832.20

1. eine Person die Armeepotheker.

Art. 37f Eidgenössische Analysenkommission

¹ Die Eidgenössische Analysenkommission berät das Departement bei der Erstellung der Analysenliste nach Artikel 34. Überdies berät sie das Departement, in ihrem Bereich, bei der Ausarbeitung der Bestimmungen nach den Artikeln 36 Absatz 1, 75, 77 Absatz 4 und 105 Absatz 4.

² Sie besteht aus 18 Mitgliedern. Davon vertreten:

- a. zwei Personen die Dozenten und Dozentinnen der Laboranalytik (wissenschaftliche Experten und Expertinnen);
- b. zwei Personen die Ärzteschaft;
- c. eine Person die Apothekerschaft;
- d. zwei Personen die Laboratorien;
- e. eine Person die Spitäler;
- f. fünf Personen die Krankenversicherer und die Unfallversicherer nach dem UVG³⁴;
- g. zwei Personen die Versicherten;
- h. eine Person das Bundesamt für Gesundheit;
- i. eine Person die Diagnostica- und Diagnostica-Geräte-Industrie;
- k. eine Person die zuständige schweizerische Prüfstelle.

Art. 37g Eidgenössische Kommission für Mittel und Gegenstände

¹ Die Eidgenössische Kommission für Mittel und Gegenstände berät das Departement bei der Beurteilung sowie der Festsetzung der Vergütung von Mitteln und Gegenständen nach Artikel 33 Buchstabe e. Überdies berät sie das Departement, in ihrem Bereich, bei der Ausarbeitung der Bestimmungen nach den Artikeln 36 Absatz 1, 77 Absatz 4 und 105 Absatz 4.

² Sie besteht aus 14 Mitgliedern. Davon vertreten:

- a. zwei Personen die Ärzteschaft;
- b. zwei Personen die Hersteller und Vertreiber von Mitteln und Gegenständen;
- c. drei Personen die Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, wobei eine Person die Apothekerschaft vertritt;
- d. vier Personen die Krankenversicherer und die Unfallversicherer nach UVG³⁵;
- e. zwei Personen die Versicherten;
- f. eine Person das Bundesamt für Gesundheit.

³⁴ SR 832.20

³⁵ SR 832.20

4. Titel: Leistungserbringer

1. Kapitel: Zulassung

1. Abschnitt: Ärzte und Ärztinnen

Art. 38 Weiterbildung

¹ Ärzte und Ärztinnen haben sich über eine zweijährige praktische Weiterbildung auszuweisen, wovon mindestens sechs Monate an anerkannten klinischen Weiterbildungsstätten und mindestens sechs Monate in der ambulanten Patientenbetreuung zu absolvieren sind.

² Das Departement bezeichnet die Stelle, welche die Weiterbildungsstätten anerkennt und dabei für eine einheitliche Praxis und Qualität sorgt.

Art. 39 Andere wissenschaftliche Befähigungsausweise

¹ Den Ärzten und Ärztinnen mit eidgenössischem Diplom gleichgestellt sind Ärzte und Ärztinnen, die über einen wissenschaftlichen Befähigungsausweis verfügen, der von der zuständigen Stelle des Bundes nach Anhören der Kantone und der Berufsverbände als gleichwertig anerkannt worden ist.

² Die Anerkennung ausländischer Befähigungsausweise kann von der Bedingung abhängig gemacht werden, dass der Staat, in welchem der Befähigungsausweis ausgestellt wurde, die eidgenössischen Diplome anerkennt.

2. Abschnitt: Apotheker und Apothekerinnen

Art. 40 Weiterbildung

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

Art. 41 Andere wissenschaftliche Befähigungsausweise

¹ Den Apothekern und Apothekerinnen mit eidgenössischem Diplom gleichgestellt sind Apotheker und Apothekerinnen, die über einen wissenschaftlichen Befähigungsausweis verfügen, der von der zuständigen Stelle des Bundes nach Anhören der Kantone und der Berufsverbände als gleichwertig anerkannt worden ist.

² Die Anerkennung ausländischer Befähigungsausweise kann von der Bedingung abhängig gemacht werden, dass der Staat, in welchem der Befähigungsausweis ausgestellt wurde, die eidgenössischen Diplome anerkennt.

3. Abschnitt: Zahnärzte und Zahnärztinnen

Art. 42 Zulassung

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

Art. 43 Andere wissenschaftliche Befähigungsausweise

¹ Den Zahnärzten und Zahnärztinnen mit eidgenössischem Diplom gleichgestellt sind Zahnärzte und Zahnärztinnen, die über einen wissenschaftlichen Befähigungsausweis verfügen, der von der zuständigen Stelle des Bundes nach Anhören der Kantone und der Berufsverbände als gleichwertig anerkannt worden ist.

² Die Anerkennung ausländischer Befähigungsausweise kann von der Bedingung abhängig gemacht werden, dass der Staat, in welchem der Befähigungsausweis ausgestellt wurde, die eidgenössischen Diplome anerkennt.

4. Abschnitt: Chiropraktoren und Chiropraktorinnen

Art. 44

¹ Chiropraktoren und Chiropraktorinnen haben nachzuweisen:

- a. die interkantonale Chiropraktorenprüfung, die nach einer Fachausbildung an einer vom Departement anerkannten Schule für Chiropraktik erfolgreich abgelegt wird;
- b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einem Chiropraktor oder einer Chiropraktorin, die nach dieser Verordnung zugelassen sind;
- c. eine Zulassung nach kantonalem Recht.

² Das Departement veröffentlicht nach Anhören der Kantone und der Berufsverbände eine Liste der anerkannten Schulen.

³ Die Bestimmungen über die Anwendung von ionisierenden Strahlen zu chiropraktischen Zwecken, insbesondere Artikel 11 der Strahlenschutzverordnung vom 22. Juni 1994³⁶, bleiben vorbehalten.

5. Abschnitt: Hebammen

Art. 45

¹ Die Hebammen haben nachzuweisen:

³⁶ SR 814.501

- a. das Diplom einer Hebammenschule, welche von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle, die für eine einheitliche Praxis und Qualität im ganzen Land sorgt, anerkannt worden ist, oder ein von dieser Stelle als gleichwertig anerkanntes Diplom;
- b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einer nach dieser Verordnung zugelassenen Hebamme oder in der geburtshilflichen Abteilung eines Spitals oder in einer fachärztlichen Praxis unter der Leitung einer Hebamme;
- c. eine Zulassung nach kantonalem Recht.

² Wird von den Kantonen keine Stelle für die Anerkennung der Diplome bezeichnet, so bezeichnet das Departement diese Stelle.

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

Art. 46 Im allgemeinen

¹ 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. Krankenschwester oder Krankenpfleger;
- d. Logopäde oder Logopädin;
- e.³⁷ Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin.

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

Art. 47 Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen

¹ Die Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen haben nachzuweisen:

- a. das Diplom einer Schule für Physiotherapie, welche von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle, die für eine einheitliche Praxis und Qualität im ganzen Land sorgt, anerkannt worden ist, oder ein von dieser Stelle als gleichwertig anerkanntes Diplom;
- b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einem Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin, 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

³⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

Physiotherapeutin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.

² Wird von den Kantonen keine Stelle für die Anerkennung der Diplome bezeichnet, so bezeichnet das Departement diese Stelle.

Art. 48 Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen

¹ Die Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen haben nachzuweisen:

- a. das Diplom einer Schule für Ergotherapie, welche von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle, die für eine einheitliche Praxis und Qualität im ganzen Land sorgt, anerkannt worden ist, oder ein von dieser Stelle als gleichwertig 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 Wird von den Kantonen keine Stelle für die Anerkennung der Diplome bezeichnet, so bezeichnet das Departement diese Stelle.

Art. 49 Krankenschwestern und Krankenpfleger

¹ Die Krankenschwestern und Krankenpfleger haben nachzuweisen:

- a. das Diplom einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, welche von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle, die für eine einheitliche Praxis und Qualität im ganzen Land sorgt, anerkannt worden ist, oder ein von dieser Stelle als gleichwertig anerkanntes Diplom;
- b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einer Krankenschwester oder einem Krankenpfleger, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, oder in einem Spital oder einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause unter der Leitung einer Krankenschwester oder eines Krankenpflegers, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.

² Wird von den Kantonen keine Stelle für die Anerkennung der Diplome bezeichnet, so bezeichnet das Departement diese Stelle.

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.³⁸ eine zweijährige praktische Tätigkeit in klinischer Logopädie mit überwiegender Erfahrung im Erwachsenenbereich, wovon mindestens ein Jahr in einem Spital unter fachärztlicher Leitung (Oto-Rhino-Laryngologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Phoniatrie oder Neurologie) und in Begleitung eines Logopäden oder einer Logopädin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen; ein Jahr kann unter entsprechender fachärztlicher Leitung und in Begleitung eines Logopäden oder einer Logopädin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen, in einer Facharztpraxis absolviert werden.

Art. 50^{a39} Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen

¹ Die Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen haben nachzuweisen:

- a. das Diplom einer Schule für Ernährungsberatung, welche von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle, die für eine einheitliche Praxis und Qualität im ganzen Land sorgt, anerkannt worden ist, oder ein von dieser Stelle als gleichwertig anerkanntes Diplom;
- b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einem Ernährungsberater oder einer Ernährungsberaterin, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, oder in einem Spital, einer Arztpraxis oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Ernährungsberaters oder einer Ernährungsberaterin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.

² Wird von den Kantonen keine Stelle für die Anerkennung der Diplome bezeichnet, so bezeichnet das Departement diese Stelle.

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.⁴⁰ ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben;

³⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

³⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

⁴⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

- c.⁴¹ über das erforderliche Fachpersonal verfügen, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat;
- d.⁴² über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;
- e.⁴³ an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende 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.⁴⁴ ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben;
- c.⁴⁵ über das erforderliche Fachpersonal verfügen, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat;
- d.⁴⁶ über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;
- e.⁴⁷ an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige Ergotherapie 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;

⁴¹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).

⁴² Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).

⁴³ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).

⁴⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).

⁴⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).

⁴⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).

⁴⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).

- e.⁴⁸ vom Bundesamt für Gesundheit anerkannt sind, wenn sie Untersuchungen zur Erkennung übertragbarer Krankheiten durchführen;
- f. über zweckentsprechende Einrichtungen und das erforderliche Fachpersonal verfügen;
- g. die Zulassungsbedingungen nach Artikel 54 erfüllen.

Art. 54 Zulassungsbedingungen

¹ Als Laboratorium ist ohne weitere Bedingungen zugelassen:

- a. das Praxislaboratorium eines Arztes oder einer Ärztin sowie das Spitallaboratorium für Analysen, die nach Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a im Rahmen der Grundversorgung durchgeführt werden;
- b. 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.

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

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

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

⁴ Das Departement kann für die Vornahme von bestimmten Analysen weitergehende Anforderungen an Einrichtungen sowie Qualifikation und Weiterbildung von Laborleitung und Laborpersonal vorsehen. Es kann im weiteren für die Durchführung bestimmter Analysen einzelne Zentren bestimmen und sie mit der Führung von Evaluationsregistern beauftragen.

⁴⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Aug. 1998 (AS 1998 1818).

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.

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

¹ 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.

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

Art. 58 Heilquellen

¹ 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.

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

2. Kapitel: Rechnungstellung

Art. 59

¹ Die Leistungserbringer haben in ihren Rechnungen folgende Angaben zu machen:

- a. Kalendarium der Behandlungen;

- b. erbrachte Leistungen im Detaillierungsgrad, den der massgebliche Tarif vorsieht;
- c. Diagnosen im Rahmen von Absatz 2.

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

³ Die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen sind in der Rechnung von anderen Leistungen klar zu unterscheiden.

3. Kapitel: Tarife und Preise⁴⁹

1. Abschnitt:⁵⁰ Grundsätze

Art. 59a

¹ Wenn die Kostenberechnungen für die Leistungen nach Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995⁵¹ der Krankenschwestern und Krankenpfleger (Art. 49), der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51) oder der Pflegeheime (Art. 39 Abs. 3 KVG) ungenügend sind, kann das Departement Rahmentarife für diese Leistungen festlegen.

² Die Rahmentarife stellen die Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit der Leistungsvergütung nach Artikel 32 KVG sicher.

2. Abschnitt:⁵² Analysenliste

Art. 60 Veröffentlichung

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

Art. 61 Aufnahme, Streichung

¹ Vorschläge um Aufnahme einer Analyse in die Analysenliste können beim BSV eingereicht werden.

⁴⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).

⁵⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997 (AS **1997** 2272).

⁵¹ SR **832.112.31**

⁵² Ursprünglich 1. Abschn.

² Das BSV 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.

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

Art. 62⁵³ Separate Bezeichnung bestimmter Analysen

¹ Das Departement bezeichnet diejenigen Analysen, die:

- a. im Rahmen der Grundversorgung von Laboratorien nach Artikel 54 Absatz 1 durchgeführt werden können;
- b. von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen gestützt auf Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe b des Gesetzes veranlasst werden können;
- c. von Hebammen gestützt auf Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe a des Gesetzes veranlasst werden können.

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

3. Abschnitt:⁵⁴ Arzneimittelliste mit Tarif

Art. 63

¹ 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.

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

4. Abschnitt:⁵⁵ Spezialitätenliste

Art. 64 Veröffentlichung

Die Spezialitätenliste (Art. 52 Abs. 1 Bst. b KVG) wird in der Regel halbjährlich herausgegeben.

⁵³ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Febr. 2000, in Kraft seit 1. April 2000 (AS **2000** 889).

⁵⁴ Ursprünglich 2. Abschn.

⁵⁵ Ursprünglich 3. Abschn.

Art. 65 Aufnahmebedingungen

¹ Eine pharmazeutische Spezialität darf in die Spezialitätenliste nur aufgenommen werden, wenn sie über eine gültige Registrierungs-Urkunde der zuständigen schweizerischen Prüfstelle verfügt.

² Die Arzneimittel müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.

³ Für die Beurteilung der Wirksamkeit kann das Departement nähere Vorschriften über die anzuwendenden Kriterien aufstellen. Die Beurteilung der Wirksamkeit von allopathischen Spezialitäten muss sich in jedem Fall auf klinisch kontrollierte Studien abstützen.

⁴ Die Kosten für Forschung und Entwicklung sind bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit eines Originalpräparates (Art. 66 Abs. 1) angemessen zu berücksichtigen. Zur Abgeltung dieser Kosten wird im Preis ein Innovationszuschlag berücksichtigt, wenn das Arzneimittel in der medizinischen Behandlung einen Fortschritt bedeutet.

⁵ Bei Generika (Art. 66 Abs. 2) werden bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit die geringeren Kosten für die Entwicklung im Vergleich zum Originalpräparat berücksichtigt.

⁶ Pharmazeutische Spezialitäten, für welche Publikumswerbung betrieben wird, werden nicht in die Spezialitätenliste aufgenommen.

⁷ Arzneimittel werden 15 Jahre nach ihrer Aufnahme in die Spezialitätenliste durch das BSV daraufhin überprüft, ob sie die Aufnahmebedingungen noch erfüllen.

Art. 66 Begriffe

¹ Als Originalpräparate gelten von einem Hersteller aufgrund eigener Forschung entwickelte Arzneimittel, die für die Verwendung ihres Wirkstoffes oder ihrer Darreichungsform als erste eine urheberrechtlich geschützte Zulassung erlangt haben.

² Als Generika gelten Arzneimittel, die sich bezüglich ihres Wirkstoffes, ihrer Darreichungsform und ihrer Dosierung an ein bei der schweizerischen Prüfstelle registriertes Originalpräparat anlehnen.

Art. 67 Preise

¹ Die Spezialitätenliste enthält die bei Abgabe durch die Apotheker, Apothekerinnen oder selbstdispensierenden Ärzte und Ärztinnen massgebenden Preise. Die Preise sind so festzulegen, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird. Bei der Preisbeurteilung wird auch die Preisgestaltung im Ausland beachtet.

² Für die Erhöhung der in der Spezialitätenliste festgesetzten Preise bedarf es einer Bewilligung des BSV. Die Bewilligung kann nur erteilt werden, wenn:

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

³ Nach 15jährigem Eintrag in der Spezialitätenliste kann das BSV eine angemessene Preissenkung anordnen. Dabei fällt bei Originalpräparaten der Innovationszuschlag weg. Das BSV kann die Preissenkung mit den Herstellern oder den Importeuren vereinbaren.⁵⁶

⁴ Tarifverträge zwischen Versicherern und Apothekern, welche das System des Tiers Payant vorsehen, können bis zum 31. Dezember 2001 für Pilotprojekte von der Regelung in Absatz 1 abweichen und die Leistungen des Apothekers oder der Apothekerin einem Tarifsysteem unterstellen. Diese Pilotprojekte sind von den Vertragspartnern zu evaluieren.⁵⁷

Art. 68 Streichung

¹ 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 BSV erhöht wird;
- c. die Gebühren oder Kosten nach Artikel 71 nicht rechtzeitig entrichtet werden.

² Streichungen werden drei Monate nach ihrer Veröffentlichung im Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit (Art. 72 Bst. a) wirksam. Beim Vorliegen besonderer Gründe werden sie mit der Veröffentlichung wirksam.⁵⁸

Art. 69 Gesuche

¹ Das Gesuch um die Aufnahme eines Arzneimittels in die Spezialitätenliste ist beim BSV einzureichen.

² Für jede Änderung einer in die Spezialitätenliste aufgenommenen pharmazeutischen Spezialität oder ihres Preises ist ein neues Gesuch einzureichen. Bei Änderung in der Zusammensetzung der Wirkstoffe ist dem Gesuch die geänderte Registrierungs-Urkunde der zuständigen schweizerischen Prüfstelle beizulegen.

³ Aus den Unterlagen, die dem Gesuch beigelegt sind, müssen die Aufnahmebedingungen vollständig belegt sein.

Art. 70 Aufnahme ohne Gesuch

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

⁵⁶ Satz eingefügt durch Ziff. I der V vom 28. Sept. 1998 (AS 1998 2634).

⁵⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

⁵⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Aug. 1998 (AS 1998 1818).

Art. 71 Gebühren und Kosten

¹ Für jedes Gesuch hat der Gesuchsteller eine Gebühr zu entrichten.

² Ausserordentliche Auslagen, namentlich für weitere Expertisen, können zusätzlich in Rechnung gestellt werden.

³ Für jedes in die Spezialitätenliste aufgenommene Arzneimittel sowie für jede darin aufgeführte Packung ist jährlich eine Gebühr zu bezahlen. Diese deckt die Kosten der Herausgabe der Spezialitätenliste.

⁴ Das Departement setzt die Höhe der Gebühren fest.

5. Abschnitt:⁵⁹**Gemeinsame Bestimmungen für die Analysenliste,
die Arzneimittelliste mit Tarif und die Spezialitätenliste**⁶⁰**Art. 72** Veröffentlichungen im Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit⁶¹

Im Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit werden veröffentlicht:⁶²

- a. Streichungen aus der Spezialitätenliste;
- b. andere Änderungen der Spezialitätenliste, die ausserhalb der halbjährlichen Herausgaben wirksam werden;
- c. Änderungen der Arzneimittelliste mit Tarif, die keine Neuauflage dieser Liste erfordern;
- d. Änderungen der Analysenliste, die ausserhalb der halbjährlichen Herausgaben 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.

Art. 74 Gesuche und Vorschläge

Das BSV 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.

⁵⁹ Ursprünglich 4. Abschnitt

⁶⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

⁶¹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Aug. 1998 (AS 1998 1818).

⁶² Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Aug. 1998 (AS 1998 1818).

Art. 75 Nähere Vorschriften

Das Departement erlässt, nach Anhören der zuständigen Kommissionen, nähere Vorschriften über die Erstellung der Listen, insbesondere über den Inhalt und die Kriterien der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Arzneimitteln.

**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

¹ 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.

² Die Vertragsparteien sind verpflichtet, das BSV über die jeweils gültigen Vertragsbestimmungen zu informieren. Das BSV kann über die Durchführung der Qualitätssicherung eine Berichterstattung verlangen.

³ 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.

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

5. Titel: Finanzierung

1. Kapitel:

Finanzierungsverfahren, Rechnungslegung und Revision

1. Abschnitt: Finanzierungsverfahren

Art. 78 Reserve

¹ Die Versicherer haben jeweils für eine Finanzierungsperiode von zwei Jahren das Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben sicherzustellen. Sie müssen ständig über eine Sicherheits- sowie über eine Schwankungsreserve verfügen.

² Die Sicherheitsreserve bezweckt die Sicherstellung der finanziellen Lage der Versicherung für den Fall, dass die effektiven Kosten gegenüber den bei der Festsetzung der Prämien getroffenen Annahmen zu ungünstig anfallen.

³ Die Schwankungsreserve dient dazu, Kostenschwankungen auffangen zu können.

⁴ Die Reserve (Sicherheits- und Schwankungsreserven) des Versicherers muss bezogen auf das Rechnungsjahr je nach dem Versichertenbestand in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mindestens folgenden Prozentsatz der geschuldeten Prämien (Prämiensoll) erreichen:

Anzahl Versicherte	Sicherheitsreserve %	Schwankungsreserve %	Minimale Reserve %
bis 100	70	112	182
101 bis 500	46	50	96
501 bis 1 000	38	35	73
1 001 bis 2 500	30	22	52
2 501 bis 5 000	26	16	42
5 001 bis 10 000	23	11	34
10 001 bis 50 000	19	5	24
50 001 bis 250 000	15	5	20
über 250 000	15	0	15, ⁶³

⁵ Hat ein Versicherer Leistungen rückversichert, kann die minimale Reserve nach Absatz 4 in einem durch das BSV zu bestimmenden Verhältnis herabgesetzt werden. Sie muss aber mindestens 20 Prozent des Prämiensolls betragen. Versicherer mit weniger als 10 000 Versicherten sind verpflichtet, eine Rückversicherung abzuschliessen.

Art. 79 Defizitgarantie

¹ Besitzt der Versicherer die Defizitgarantie eines Gemeinwesens oder einer Einrichtung, die ihrerseits über die Garantie eines Gemeinwesens verfügt, so wird Arti-

⁶³ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

kel 78 Absatz 5 sinngemäss angewandt, sofern sich der Garant verpflichtet hat, im Falle eines Defizits die Garantieleistung unverzüglich auszuzahlen.

² Bei der Einreichung des Budgets hat der Versicherer dem BSV zu bestätigen, dass die Garantie noch besteht. Wird die Garantie gekündigt, so hat ihm dies der Versicherer unverzüglich bekanntzugeben.

2. Abschnitt: Kapitalanlagen

Art. 80

¹ Die Krankenkassen achten bei ihren Anlagen auf die Sicherheit, die Erhaltung der erforderlichen Liquidität und eine ausgewogene Risikoverteilung unter Berücksichtigung eines angemessenen Ertrages.⁶⁴

² Die Krankenkassen erstellen ein Anlagereglement. Das Reglement und seine Änderungen sind dem BSV zur Kenntnis zu bringen.

³ Folgende Anlagen in Schweizer Franken, Euro, Pfund Sterling, US-Dollar und Yen sind für die Krankenkassen zulässig:⁶⁵

- a. Anlagen bei öffentlich-rechtlichen Körperschaften und bei Banken und Sparkassen im Sinne des Bankengesetzes⁶⁶;
- b.⁶⁷ Wertpapiere und andere Anlagen, die an einer Börse kotiert sind, davon höchstens ein Viertel in ausländischen Anlagen und höchstens 5 Prozent der Anlagen der Kasse pro Gesellschaft;
- c.⁶⁸ Anlagen in Form von Immobilien und von grundpfandgesicherten Darlehen in der Schweiz inklusive Verwaltungsliegenschaften und Verwaltungsräumlichkeiten, die für die Tätigkeit der Kasse notwendig sind, bis zu 40 Prozent der Anlagen der Kasse, sowie Beteiligungen an Immobiliengesellschaften bis zu 5 Prozent der Anlagen der Kasse;
- d. Anlagen und Guthaben von Betriebskrankenkassen im eigenen Betrieb bis zu 10 Prozent der Anlagen der Kasse; der Betrieb hat der Kasse jährlich einen Bonitätsnachweis zuzustellen;
- e. Anlagen in oder bei Institutionen, die der Durchführung der sozialen Krankenversicherung dienen, bis zu 20 Prozent der Anlagen der Kasse: die Anlagen haben zu marktüblichen Bedingungen zu erfolgen; die Kasse hat dafür zu sorgen, dass die Mittel der sozialen Krankenversicherung nur zu deren

⁶⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Febr. 2000, in Kraft seit 1. April 2000 (AS **2000** 889).

⁶⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Febr. 2000, in Kraft seit 1. April 2000 (AS **2000** 889).

⁶⁶ **SR 952.0**

⁶⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Febr. 2000, in Kraft seit 1. April 2000 (AS **2000** 889).

⁶⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Febr. 2000, in Kraft seit 1. April 2000 (AS **2000** 889).

Zwecken verwendet werden und dass dem BSV die Jahresrechnung (Betriebsrechnung und Bilanz) der betreffenden Institution zugestellt wird.

⁴ Das BSV kann von den Krankenkassen Auskünfte über die vorgenommenen Anlagen verlangen und Weisungen zur Einhaltung der Grundsätze von Absatz 1 erteilen. Es kann ihnen einzelne Anlagen untersagen oder Einschränkungen vorschreiben.

⁵ Für die Anlagen der privaten Versicherungseinrichtungen gelten die Bestimmungen über die Beaufsichtigung dieser Einrichtungen.

3. Abschnitt: Rechnungslegung

Art. 81 Grundsätze

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

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

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

³ Das BSV kann zur Rechnungsführung Weisungen erteilen. Fehlen Weisungen, so sind die Artikel 662a und 957–963 OR⁶⁹ anwendbar.

Art. 82 Kontenplan und Regeln für die Rechnungsführung

Für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung erarbeiten die Versicherer gemeinsam einen einheitlichen Kontenplan und einheitliche Regeln für die Rechnungsführung und reichen sie dem BSV zur Genehmigung ein. Mit der Genehmigung werden diese Grundlagen für alle Versicherer verbindlich. Können sich die Versicherer nicht einigen, erlässt das Departement im Einvernehmen mit dem Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement die entsprechenden Richtlinien.

Art. 83 Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle

¹ Jeder Versicherer hat Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle zu bilden:

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

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

⁶⁹ SR 220

Art. 84 Verwaltungskosten

¹ Die Verwaltungskosten der Krankenversicherung müssen unter den folgenden Bereichen verteilt werden:

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

² Diese Verteilung erfolgt entsprechend dem tatsächlichen Aufwand.

Art. 85 Mitteilungen an das BSV

¹ Die Versicherer haben dem BSV bis zum 30. April des dem Geschäftsjahr folgenden Jahres die Bilanz, die Betriebsrechnungen und den Geschäftsbericht über das abgeschlossene Geschäftsjahr einzureichen. Der Beschluss des zuständigen Organs des Versicherers über die Genehmigung der Rechnung kann spätestens bis zum 31. Juli nachgereicht werden.

² Die Versicherer haben dem BSV bis zum 31. Juli des laufenden Geschäftsjahres ein Budget für das folgende Geschäftsjahr einzureichen.

³ Die Bilanz, die Betriebsrechnungen und das Budget sind auf den vom BSV erstellten Formularen einzureichen.

4. Abschnitt: Revision**Art. 86** Revisionsstelle

¹ Jeder Versicherer bestimmt eine externe und unabhängige Revisionsstelle, die das Krankenversicherungswesen ausreichend kennt.

² Als Revisionsstelle können tätig sein:

- a. Revisoren mit besonderer Befähigung im Sinne des Artikels 727b OR⁷⁰ und seiner Ausführungsbestimmungen;
- b. bei Versicherern mit weniger als 10 000 Versicherten: auch die folgenden Personen, wenn sie sich über eine mindestens fünfjährige Praxis ausweisen können:
 1. Buchhalter oder Buchhalterinnen mit eidgenössischem Fachausweis,
 2. Treuhänder oder Treuhänderinnen mit eidgenössischem Fachausweis,
 3. Inhaber oder Inhaberinnen eines ausländischen Fachausweises, der den unter den Ziffern 1 und 2 geforderten Ausweisen gleichwertig ist, sofern sie die entsprechende praktische Erfahrung und die für die Revision schweizerischer Unternehmen notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Rechts besitzen;

⁷⁰ SR 220

- c. bei Krankenkassen nach kantonalem öffentlichen Recht: auch öffentliche Finanzkontrollstellen.

³ Die Revisionsstelle und ihre Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen haben alle ihnen bei der Revision bekanntgewordenen Tatsachen geheimzuhalten.

⁴ Die Verantwortlichkeit der Revisionsstelle richtet sich nach den Vorschriften über die konzessionierten Versicherungsgenossenschaften (Art. 920 OR).

⁵ Hat ein Versicherer trotz Mahnung keine Revisionsstelle bestimmt, so weist ihm das BSV eine solche zu.

⁶ Genügt eine Revisionsstelle den Anforderungen nach den Absätzen 1, 2 und 3 nicht mehr oder erfüllt sie ihre Aufgaben unvollständig oder gar nicht, so muss der Versicherer eine andere bestimmen.

⁷ Das BSV kann den Versicherern für den der Revisionsstelle zu erteilenden Revisionsauftrag Weisungen erteilen.

Art. 87 Aufgaben der Revisionsstelle

¹ Die Revisionsstelle prüft jährlich, ob die Buchführung, die Jahresrechnung und die Statistiken formell und materiell den gesetzlichen Anforderungen entsprechen (jährliche Revision). Sie prüft überdies, ob die Geschäftsführung für eine korrekte und ordnungsgemässe Geschäftsabwicklung Gewähr bietet, namentlich ob sie zweckmässig organisiert ist und die gesetzlichen und internen Bestimmungen einhält.

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

Art. 88 Berichte der Revisionsstelle

¹ Die Revisionsstelle erstellt über die jährliche Revision und jede Zwischenrevision einen Bericht. Diese Berichte geben Auskunft über den Zeitpunkt und den Umfang der vorgenommenen Revisionen, die gemachten Feststellungen und die daraus zu ziehenden Schlüsse.

² Zwei vollständige und übereinstimmende Exemplare jedes Berichtes sind dem zuständigen Organ des Versicherers sowie dem BSV im Original einzureichen. Der Bericht über die jährliche Revision ist bis zum 31. Juli des folgenden Jahres, die Berichte über die Zwischenrevisionen sind innert drei Monaten seit der Durchführung der Kontrollen einzureichen.

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

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

2. Kapitel: Prämien der Versicherten

1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen

Art. 89 Angabe der Prämien

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

- a. der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, wobei die Prämie für den Einschluss des Unfallrisikos gesondert aufzuführen ist;
- b. der Taggeldversicherung;
- c. der Zusatzversicherungen;
- d. der weiteren Versicherungsarten.

Art. 90 Prämienerhebung

Die Prämien sind in der Regel monatlich zu bezahlen.

Art. 91 Abstufung der Prämien

¹ Nimmt der Versicherer Abstufungen nach Regionen nach Artikel 61 Absatz 2 des Gesetzes vor, so darf innerhalb des gleichen Kantons die oberste Prämienstufe nicht mehr als 50 Prozent über der untersten liegen.

² Für die in den Artikeln 3, 4 und 5 bezeichneten Personen, die der schweizerischen Versicherung unterstehen, kann der Versicherer die Prämien nach den ausgewiesenen Kostenunterschieden regional nach ihrem Wohnort abstufen.

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

Art. 91a⁷¹ Prämienreduktion bei anderweitiger Versicherung

¹ Die Versicherer können die Prämien der Krankenpflegeversicherung derjenigen Personen, die während mehr als 60 aufeinanderfolgenden Tagen der Militärversicherung unterstellt sind, während der Dauer der Verhältnisse und Tätigkeiten, auf die sich diese Versicherung erstreckt (Art. 1 MVG⁷²), reduzieren.

² Die Versicherer können die Prämien der Krankenpflegeversicherung derjenigen Personen, die eine Abredeversicherung oder eine freiwillige Versicherung nach dem UVG⁷³ abgeschlossen haben, während der Dauer der Unfalldeckung reduzieren. Die Reduktion kann höchstens der Unfalldeckung entsprechen.

⁷¹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1996** 3139).

⁷² SR **833.1**

⁷³ SR **832.20**

Art. 92 Prämientarife

¹ Die Versicherer haben die Prämientarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie deren Änderungen dem BSV spätestens fünf Monate, bevor sie zur Anwendung gelangen, zur Genehmigung einzureichen. Diese Tarife dürfen erst angewandt werden, nachdem sie vom BSV genehmigt worden sind.

² Den Prämientarifen beizulegen sind auf einem vom BSV abgegebenen Formular:

- a. das Budget (Bilanz und Betriebsrechnung) des laufenden Geschäftsjahres;
- b. das Budget (Bilanz und Betriebsrechnung) des folgenden Geschäftsjahres.

³ Werden die Prämien kantonale oder regional abgestuft, so kann das BSV vom Versicherer periodisch eine Aufstellung über die durchschnittlichen Kosten der letzten Geschäftsjahre in den entsprechenden Kantonen oder Regionen einverlangen.

⁴ Bei besonderen Versicherungsformen nach Artikel 62 des Gesetzes sind die Prämien ebenfalls anzugeben und die entsprechenden Versicherungsbedingungen beizulegen.

⁵ Mit der Genehmigung der Prämientarife oder im Anschluss daran kann das BSV dem Versicherer Weisungen für die Festsetzung der Prämien der folgenden Geschäftsjahre erteilen.

2. Abschnitt: Besondere Versicherungsformen**Art. 93** Versicherung mit wählbaren Franchisen

a. Wählbare Franchisen

¹ 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 400, 600, 1200 und 1500 Franken, für Kinder 150, 300 und 375 Franken. Betreibt der Versicherer diese Versicherungsform, hat er alle wählbaren Franchisen anzubieten.⁷⁴

² Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts entspricht jenem von Artikel 103 Absatz 2.

³ 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.

⁷⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

Art. 94 b. Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise

¹ Die Versicherung mit wählbaren Franchisen steht sämtlichen Versicherten offen. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

² Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist frühestens ein Jahr nach dem Beitritt zur Versicherung mit wählbaren Franchisen unter Einhaltung der in Artikel 7 Absätze 1 und 2 des Gesetzes festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.⁷⁵

³ Muss die versicherte Person den Versicherer aufgrund von Artikel 7 Absatz 3 oder 4 des Gesetzes verlassen, so ist Artikel 103 Absatz 4 sinngemäss anwendbar.

Art. 95 c. Prämien

¹ 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.

² Die Versicherer können die Prämien der Versicherung mit wählbaren Franchisen gegenüber den Prämien der ordentlichen Versicherung höchstens in folgender Höhe reduzieren:

- a. 8 Prozent bei einer Franchise von 400 Franken für Erwachsene;
- b. 15 Prozent bei einer Franchise von 600 Franken für Erwachsene und 150 Franken für Kinder;
- c. 30 Prozent bei einer Franchise von 1200 Franken für Erwachsene und 300 Franken für Kinder;
- d. 40 Prozent bei einer Franchise von 1500 Franken für Erwachsene und 375 Franken für Kinder.⁷⁶

³ Die Ansätze, um welche die Prämien für die Versicherung mit wählbaren Franchisen gesenkt werden, müssen innerhalb des gleichen Versicherers den gleichen Prozentsatz ausmachen.⁷⁷

Art. 96 Bonusversicherung

a. Grundsatz

¹ 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

⁷⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

⁷⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

⁷⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

hat (Bonusversicherung). Ausgenommen sind Leistungen für Mutterschaft sowie für medizinische Prävention.

² 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.

³ Als Zeitpunkt der Inanspruchnahme einer Leistung gilt das Behandlungsdatum. Die Versicherer regeln, innert welcher Frist die Versicherten ihnen die Rechnungen einreichen müssen.

⁴ Die Bonusversicherung darf nicht in Verbindung mit einer wählbaren Franchise nach Artikel 93 angeboten werden.

Art. 97 b. Bei- und Austritt

¹ Die Bonusversicherung steht sämtlichen Versicherten offen. Der Wechsel von der ordentlichen Versicherung zur Bonusversicherung ist nur auf den Beginn eines Kalenderjahres möglich.

² Der Wechsel zu einer anderen Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist frühestens fünf Jahre nach dem Beitritt zur Bonusversicherung unter Einhaltung der in Artikel 7 Absätze 1 und 2 des Gesetzes festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.⁷⁸

³ Muss die versicherte Person einen Versicherer aufgrund von Artikel 7 Absatz 3 oder 4 des Gesetzes verlassen, 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 beitrifft.

Art. 98 c. Prämien

¹ 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.

² Die Ausgangsprämien der Bonusversicherung müssen 10 Prozent höher sein als die Prämien der ordentlichen Versicherung.

⁷⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

³ In der Bonusversicherung gelten folgende Prämienstufen:

Prämienstufen	Bonus in % der Ausgangsprämie
4	0
3	15
2	25
1	35
0	45

⁴ 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.

⁵ Nehmen die Versicherten während des Kalenderjahres Leistungen in Anspruch, so gilt für sie im folgenden Kalenderjahr die nächsthöhere Prämienstufe.

Art. 99 Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer
a. Grundsatz

¹ Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung Versicherungen betreiben, bei denen die Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt ist.

² Bei einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer kann der Versicherer auf die Erhebung des Selbstbehaltes und der Franchise ganz oder teilweise verzichten.⁷⁹

Art. 100 b. Bei- und Austritt

¹ Die Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer stehen sämtlichen Versicherten mit Wohnsitz im Gebiet offen, in dem der Versicherer die betreffende Versicherungsform betreibt.

² Der Wechsel von der ordentlichen Versicherung in eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer ist jederzeit möglich.

³ Der Wechsel von einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer in eine andere Versicherungsform ist nur auf den Beginn eines Kalenderjahres möglich. Vorbehalten bleibt Artikel 7 Absätze 3 und 4 des Gesetzes.

Art. 101 c. Prämien

¹ 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 einge-

⁷⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

schränkter Wahl der Leistungserbringer im versicherungstechnisch erforderlichen Mass an die Reserven und an den Risikoausgleich beitragen.

² 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.

³ 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.

⁴ 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.

3. Abschnitt: Entschädigungen an Dritte

Art. 102

¹ 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.

² 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

¹ Die Franchise nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe a des Gesetzes beträgt 230 Franken je Kalenderjahr.⁸⁰

² Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe b des Gesetzes beläuft sich auf 600 Franken für Erwachsene und 300 Franken für Kinder.

³ Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum.

⁴ 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,

⁸⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 25. Juni 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2435).

erfolgt eine Anrechnung unter dem Vorbehalt des entsprechenden Nachweises durch die Versicherten.

⁵ Das BSV kann den Versicherern für Versicherte, bei denen der Versicherungsschutz auf weniger als ein Kalenderjahr angelegt ist, auf Gesuch hin gestatten, eine einheitliche Jahrespauschale für Franchise und Selbstbehalt einzuführen. Diese muss dem Durchschnitt der ordentlichen Kostenbeteiligungen entsprechen. Die Versicherer haben dem BSV darüber Angaben nach Artikel 28 zu machen.

Art. 104 Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts

¹ Der tägliche Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital nach Artikel 64 Absatz 5 des Gesetzes beträgt 10 Franken.

² Keinen Beitrag haben zu entrichten:

- a. Versicherte, welche mit einer oder mehreren Personen, mit denen sie in einer familienrechtlichen Beziehung stehen, in gemeinsamem Haushalt leben;
- b. Frauen für Leistungen bei Mutterschaft.

Art. 105 Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung der Kostenbeteiligung

¹ Das Departement bezeichnet die Leistungen, für die nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe a des Gesetzes eine höhere Kostenbeteiligung zu entrichten ist, und bestimmt deren Höhe. Es kann auch eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen, wenn die Leistungen:

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

² 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.

³ Das Departement bezeichnet die Leistungen, für die nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe b des Gesetzes die Kostenbeteiligung herabgesetzt oder aufgehoben ist. Es bestimmt die Höhe der herabgesetzten Kostenbeteiligung.

⁴ Vor Erlass der Bestimmungen nach den Absätzen 1 und 3 hört das Departement die zuständige Kommission an.

4. Kapitel: Prämienverbilligung durch Beiträge der öffentlichen Hand

Art. 106

Der Bundesrat regelt die Gewährung der Beiträge an die Kantone (Art. 66 KVG) in einer besonderen Verordnung.

2. Teil: Freiwillige Taggeldversicherung

Art. 107 Finanzierungsverfahren

Die Artikel 78 und 79 sind sinngemäss anwendbar.

Art. 108 Prämientarife

Artikel 92 ist sinngemäss anwendbar.

Art. 109 Beitritt

Jede Person, welche die Voraussetzungen von Artikel 67 Absatz 1 des Gesetzes erfüllt, kann zu den gleichen Bedingungen, namentlich hinsichtlich der Dauer und der Höhe des Taggeldes, wie sie für die anderen Versicherten gelten, der Taggeldversicherung beitreten, soweit dadurch voraussichtlich keine Überentschädigung entsteht.

3. Teil: Koordinationsregeln

1. Titel: Leistungskoordination

1. Kapitel: Verhältnis zu anderen Sozialversicherungen

1. Abschnitt: Abgrenzung der Leistungspflicht

Art. 110⁸¹ Grundsatz

Soweit in einem Versicherungsfall Leistungen der Krankenversicherung mit gleichartigen Leistungen der Unfallversicherung nach dem UVG⁸², der Militärversicherung, der Alters- und Hinterlassenen- oder der Invalidenversicherung zusammentreffen, gehen die Leistungen dieser anderen Sozialversicherungen vor. Artikel 128 der Verordnung vom 20. Dezember 1982⁸³ 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 unverzüglich zu melden. Sie haben Auskunft zu geben über:

- a. Zeit, Ort, Hergang und Folgen des Unfalles;
- b. den behandelnden Arzt, die behandelnde Ärztin oder das Spital;
- c. allfällige betroffene Haftpflichtige und Versicherungen.

⁸¹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Aug. 1998 (AS 1998 1818).

⁸² SR 832.20

⁸³ SR 832.202

2. Abschnitt: Vorleistungspflicht

Art. 112 Im Verhältnis zur Unfallversicherung und zur Militärversicherung

¹ Ist bei Krankheit oder Unfall die Leistungspflicht der Unfallversicherung nach UVG⁸⁴ oder der Militärversicherung zweifelhaft, so hat der Krankenversicherer auf das Ersuchen des Unfallversicherers, der Militärversicherung oder der versicherten Person hin die bei ihm versicherten Leistungen vorläufig auszurichten. Er darf sie bei voller Wahrung seiner Rückerstattungsrechte auch von sich aus vorläufig ausrichten.

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

Art. 113 Im Verhältnis zur Invalidenversicherung

Hat sich eine versicherte Person sowohl beim Krankenversicherer als auch bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet, so hat der Krankenversicherer vorläufig für die Krankenpflegekosten Gutsprache zu erteilen oder Zahlungen zu leisten, bis feststeht, welche Versicherung den Fall übernimmt.

Art. 114 Informationspflicht

Der vorleistende Krankenversicherer macht die versicherte Person darauf aufmerksam, dass seine Leistungen bei einer nachträglichen Übernahme durch die Unfallversicherung, die Militärversicherung oder die Invalidenversicherung an deren Leistungen angerechnet werden.

Art. 115 Nachträgliche Übernahme der zum voraus ausgerichteten Leistungen

¹ Wird bei Vorleistung durch den Krankenversicherer der Fall vom Unfallversicherer oder von der Militärversicherung endgültig übernommen, so erstattet dieser Versicherer dem Krankenversicherer die von ihm ausgerichteten Leistungen im Rahmen seiner gesetzlichen Leistungspflicht zurück.

² Übernimmt die Invalidenversicherung einen Fall, für welchen der Krankenversicherer Pflegekosten bezahlt hat, so erstattet sie ihm diese Kosten zurück, sofern sie darüber zur Zeit der Erledigung des Falles Kenntnis hat.

Art. 116 Unterschiedliche Tarife

¹ 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.

² 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.

⁸⁴ SR 832.20

3. Abschnitt: Rückvergütung von Leistungen anderer Sozialversicherer

Art. 117 Grundsatz

¹ 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.

² Sind mehrere Krankenversicherer rückvergütungsberechtigt oder rückvergütungspflichtig, so bemisst sich ihr Anteil nach den Leistungen, die sie erbracht haben oder hätten erbringen sollen.

³ Der Rückvergütungsanspruch erlischt fünf Jahre nach der Ausrichtung der Leistung.

Art. 118 Auswirkungen auf die Versicherten

¹ 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.

² 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

¹ 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.

² 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: Gegenseitige Meldepflicht und Rechtsmittel der Versicherer

Art. 120 Gegenseitige Meldepflicht

Die Krankenversicherer und die zuständigen Organe der anderen Sozialversicherungen geben einander auf schriftliche und begründete Anfrage im Einzelfall kostenlos die Auskünfte und Unterlagen, die für die Festsetzung, Änderung und Rückforderung von Leistungen, für die Verhinderung ungerechtfertigter Bezüge oder für den

Rückgriff auf haftpflichtige Dritte notwendig sind. Die betroffenen Versicherten sind über die Meldungen zu informieren.

Art. 121 Rechtsmittel der Versicherer

¹ Erlässt ein Krankenversicherer oder eine andere Sozialversicherung eine Verfügung, welche die Leistungspflicht des anderen Versicherers berührt, so ist die Verfügung auch dem anderen Versicherer zu eröffnen. Der andere Versicherer kann die gleichen Rechtsmittel ergreifen wie die versicherte Person.

² Erhebt eine andere Sozialversicherung gegen eine Verfügung Einsprache oder Beschwerde, so ist der versicherten Person die Einsprache durch den verfügenden Versicherer, die Beschwerde durch die Beschwerdeinstanz zur Vernehmlassung zuzustellen. Die versicherte Person kann Parteirechte wahrnehmen. Gefällte Entscheide entfalten auch für sie Rechtswirkung.

2. Kapitel: Überentschädigung

Art. 122

¹ Die Leistungen der Krankenversicherung oder deren Zusammentreffen mit denjenigen anderer Sozialversicherungen dürfen nicht zu einer Überentschädigung der versicherten Person führen. Bei der Berechnung der Überentschädigung werden nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt, die der anspruchsberechtigten Person aufgrund des Versicherungsfalles ausgerichtet werden.

² Eine Überentschädigung liegt in dem Masse vor, als die jeweiligen Sozialversicherungsleistungen für denselben Gesundheitsschaden die folgenden Grenzen übersteigen:

- a. die der versicherten Person entstandenen Diagnose- und Behandlungskosten;
- b. die der versicherten Person entstandenen Pflegekosten und andere ungedeckte Krankheitskosten;
- c. den der versicherten Person durch den Versicherungsfall mutmasslich entgangenen Verdienst oder der Wert der ihr verunmöglichten Arbeitsleistung.

³ Liegt eine Überentschädigung vor, so werden die betreffenden Leistungen der Krankenversicherung um deren Betrag gekürzt.

⁴ Ist die versicherte Person bei mehr als einem Krankenversicherer für Taggeld gemäss den Artikeln 67–77 des Gesetzes versichert und sind die Leistungen aufgrund der Absätze 1–3 zu kürzen, so ist jeder dieser Versicherer im Verhältnis des von ihm versicherten Taggeldes zum Gesamtbetrag der versicherten Taggelder leistungspflichtig.

2. Titel: Rückgriff

Art. 123 Umfang

¹ Die Ansprüche der versicherten Person gehen nur soweit auf den Versicherer über, als dessen Leistungen zusammen mit dem von Dritten für den gleichen Zeitraum geschuldeten Ersatz den entsprechenden Schaden übersteigen.

² Hat jedoch der Versicherer seine Leistungen wegen vorsätzlicher Herbeiführung eines Versicherungsfalles gekürzt, so gehen die Ansprüche der versicherten Person soweit auf den Versicherer über, als dessen ungekürzte Leistungen zusammen mit dem vom Dritten für den gleichen Zeitraum geschuldeten Ersatz den entsprechenden Schaden übersteigen würden.

³ Die Ansprüche, die nicht auf den Versicherer übergehen, bleiben der versicherten Person gewahrt. Kann nur ein Teil des von Dritten geschuldeten Ersatzes eingebracht werden, so sind daraus zuerst die Ansprüche der versicherten Person zu befriedigen.

Art. 124 Gliederung der Ansprüche

¹ Die Ansprüche gehen für Leistungen gleicher Art auf den Versicherer über.

² Leistungen gleicher Art sind namentlich

- a. vom Versicherer und von Dritten zu erbringende Vergütungen für Diagnose- und Behandlungskosten;
- b. vom Versicherer und von Dritten zu übernehmende Kosten für Pflegemassnahmen;
- c. vom Versicherer und von Dritten zu übernehmende Kosten für den Aufenthalt im Spital oder einer teilstationären Einrichtung;
- d. Taggeld und Ersatz für Arbeitsunfähigkeit während der gleichen Zeitdauer.

Art. 125 Mehrere Beteiligte

Sind ein oder mehrere Krankenversicherer untereinander oder zusammen mit anderen Sozialversicherern am Rückgriff beteiligt, so sind sie zusammen Gesamtgläubiger und untereinander im Verhältnis der von ihnen zu erbringenden Leistungen ausgleichspflichtig.

Art. 126 Unterschiedliche Tarife

Der haftpflichtige Dritte hat dem Leistungserbringer im Rahmen seiner Ersatzpflicht eine allfällige Differenz zwischen dem für ihn geltenden Tarif und dem vom Krankenversicherer angewandten Tarif nachzuzahlen.

4. Teil: Akteneinsicht und Schweigepflicht

1. Titel: Akteneinsicht

Art. 127 Beteiligte

In den Schranken von Artikel 81 des Gesetzes steht die Akteneinsicht zu:

- a. der versicherten Person sowie ihren gesetzlichen oder bevollmächtigten Vertretern;
- b. den Sozialversicherungsgerichten;
- c. anderen beteiligten Sozialversicherungen für die von ihnen im Rahmen von Artikel 120 benötigten Akten.

Art. 128 Auskunftsrecht der versicherten Person

Das Auskunftsrecht der versicherten Person richtet sich nach den Artikeln 8 und 9 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992⁸⁵ über den Datenschutz.

Art. 129 Einsichtsrecht Dritter

¹ Die Akteneinsicht kann nur im Einzelfall und auf schriftliches und begründetes Gesuch hin erfolgen.

² Die Akten sind grundsätzlich am Sitz des Versicherers oder bei der regionalen Vertretung, die den Fall behandelt, einzusehen. Den Sozialversicherungsgerichten sind die Akten zur Einsichtnahme zuzustellen.

³ Die Akteneinsicht kann eingeschränkt werden, wenn die Ermittlung des Sachverhaltes oder die medizinische Abklärung erheblich behindert würde.

⁴ Die Akteneinsicht ist grundsätzlich kostenlos. In begründeten Fällen kann eine angemessene Beteiligung an den Kosten im Sinne von Artikel 2 der Verordnung vom 14. Juni 1993⁸⁶ zum Bundesgesetz über den Datenschutz verlangt werden.

2. Titel: Schweigepflicht

Art. 130 Ausnahmen

¹ Unter Vorbehalt wesentlicher privater Interessen entfällt die Schweigepflicht im Einzelfall, auf schriftliches und begründetes Gesuch hin, gegenüber:

- a. den nach Artikel 127 zur Akteneinsicht berechtigten Personen oder Institutionen;
- b. den Strafgerichten und Strafuntersuchungsbehörden, sofern sie die Akten zur Abklärung eines Verbrechens oder Vergehens benötigen;

⁸⁵ SR 235.1

⁸⁶ SR 235.11

- c. den Sozialversicherern sowie den Stellen des Bundes, der Kantone und Gemeinden, sofern sie die Auskünfte und Unterlagen zur Beurteilung von Begehren um Versicherungs- oder Sozialleistungen oder zur Geltendmachung eines gesetzlichen Rückgriffsrechts benötigen;
- d. den Steuerbehörden des Bundes und der Kantone für die nach Artikel 88 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 1990⁸⁷ über die direkte Bundessteuer zu erteilenden Auskünfte;
- e. ...⁸⁸

^{1bis} Die Schweigepflicht der Versicherer gegenüber den Sozialhilfebehörden oder anderen für Zahlungsausstände der Versicherten zuständigen kantonalen Stellen entfällt, wenn Versicherte fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nach erfolgloser Mahnung nicht bezahlen.⁸⁹

² Die Schweigepflicht entfällt gegenüber weiteren Personen und Stellen, wenn die betroffene Person oder ihr gesetzlicher Vertreter oder ihre gesetzliche Vertreterin schriftlich eingewilligt hat.

5. Teil: Schlussbestimmungen

1. Titel: Übergangsbestimmungen

Art. 131 Entsandte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen

Artikel 4 ist anwendbar auf entsandte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen und ihre Familienangehörigen, die sich im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes bereits im Ausland aufhalten und bei einer Krankenkasse versichert sind. Bei diesen Personen laufen die in Artikel 4 Absatz 3 festgesetzten Dauern ab dem Inkrafttreten des Gesetzes. Die Entsendungsdauer vor dem Inkrafttreten des Gesetzes kann auf Antrag der entsandten Personen auf die zweijährige Dauer der Versicherungspflicht angerechnet werden.

Art. 132 Bestehende Versicherungsverhältnisse

¹ 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.

² 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

⁸⁷ SR 642.11

⁸⁸ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997 (AS 1997 2272).

⁸⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

war, der auf die Fortführung der sozialen Krankenversicherung verzichtet hat (Art. 99 KVG).

³ 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^{90,91}

⁴ 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.⁹²

Art. 133⁹³

Art. 134 Leistungserbringer

¹ 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.

² 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.⁹⁴

Art. 135 Qualitätssicherung

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

Art. 136 Prämientarife

Die Versicherer, die ihre Prämientarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung für 1996 dem BSV eingereicht haben, dürfen diese anwenden, auch wenn der Entscheid über die Genehmigung noch aussteht.

⁹⁰ SR 221.229.1

⁹¹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

⁹² Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

⁹³ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 25. Juni 1997 (AS 1997 1639).

⁹⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

2. Titel: Inkrafttreten

Art. 137

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1996 in Kraft.

Schlussbestimmungen der Änderung vom 17. September 1997⁹⁵

Einführungsbestimmung

¹ Die Versicherer haben jede versicherte Person spätestens bis Ende des Monats Oktober 1997 über die neuen wählbaren Franchisen, die entsprechenden Prämienreduktionen und die Modalitäten eines Franchisenwechsels (Abs. 2 und 3) zu informieren.

² Die mit einer wählbaren Franchise versicherten Personen können auf den 1. Januar 1998 eine tiefere Franchise wählen, wenn sie dies dem Versicherer spätestens bis Ende des Monats November 1997 schriftlich mitgeteilt haben.

³ Für die mit einer wählbaren Franchise von bisher 300 Franken versicherten Personen gilt ab dem 1. Januar 1998 die Franchise von 400 Franken, sofern sie keine andere Franchise gewählt haben.

Übergangsbestimmung

Prämien und Kostenbeteiligungen, die vor dem 1. Januar 1996 fällig geworden und bis zum 31. Dezember 1997 nicht bezahlt worden sind, haben keine Aufschiebung der Leistungen mehr zur Folge.

Schlussbestimmungen der Änderung vom 23. Februar 2000⁹⁶

¹ Die Versicherer haben jede versicherte Person bis spätestens am 31. Oktober 2000 schriftlich über die neuen Höchstsätze für die Prämienreduktionen bei den Versicherungen mit wählbaren Franchisen sowie die Modalitäten eines Wechsels der Franchise (Abs. 2) zu informieren.

² Die mit einer wählbaren Franchise versicherten Personen können auf den 1. Januar 2001 eine tiefere Franchise wählen oder in die ordentliche Versicherung wechseln, wenn sie dies dem Versicherer bis spätestens am 30. November 2000 schriftlich mitgeteilt haben.

³ Hat der Wechsel nach Absatz 2 für die mit einer wählbaren Franchise versicherte Person zur Folge, dass sie im Jahre 2001 eine höhere Prämie zu bezahlen hat als im Jahre 2000, gilt dies auch dann als Prämienhöhung im Sinne von Artikel 7 Absatz 2 des Gesetzes, wenn der Versicherer die Prämie für die ordentliche Versicherung am Wohnort der betreffenden Person nicht erhöht.

⁹⁵ AS 1997 2272

⁹⁶ AS 2000 889

Aufhebung und Änderung von Verordnungen

1. Es werden aufgehoben:
 - a. Die Verordnung I vom 22. Dezember 1964⁹⁷ 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 1964⁹⁸ über die Krankenversicherung betreffend die Kollektivversicherung bei den vom Bund anerkannten Krankenkassen;
 - c. die Verordnung III vom 15. Januar 1965⁹⁹ über die Krankenversicherung betreffend die Leistungen der vom Bund anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände;
 - d. die Verordnung IV vom 15. Januar 1965¹⁰⁰ über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung kantonaler Befähigungsausweise der Chiropraktoren für die Krankenversicherung;
 - e. die Verordnung V vom 2. Februar 1965¹⁰¹ über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung von Krankenkassen und Rückversicherungsverbänden sowie ihre finanzielle Sicherheit;
 - f. die Verordnung VI vom 11. März 1966¹⁰² über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von medizinischen Hilfspersonen zur Betätigung für die Krankenversicherung;
 - g. die Verordnung VII vom 29. März 1966¹⁰³ über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Laboratorien zur Betätigung für die Krankenversicherung;
 - h. die Verordnung VIII vom 30. Oktober 1968¹⁰⁴ über die Krankenversicherung betreffend die Auswahl von Arzneimitteln und Analysen;
 - i. die Verordnung vom 22. November 1989¹⁰⁵ über den Betrieb anderer Versicherungsarten durch anerkannte Krankenkassen.

⁹⁷ [AS 1964 1289, 1974 978, 1986 685, 1990 1675, 1991 609 2547, 1992 1738 Art. 18]

⁹⁸ [AS 1965 31, 1984 1481, 1990 1674, 1991 606 2546]

⁹⁹ [AS 1965 41, 1968 43 Ziff. V 1068, 1969 1126 Ziff. II, 1974 978 Ziff. II, 1983 38 Art. 142, 1984 1485, 1986 85]

¹⁰⁰ [AS 1965 55]

¹⁰¹ [AS 1965 90, 1969 77 Ziff. II Bst. B Ziff. 3 1220, 1970 1644, 1984 1479, 1986 80 1706, 1990 21 2039; SR 172.068 Anhang Ziff. 18]

¹⁰² [AS 1966 499, 1971 1185]

¹⁰³ [AS 1966 570]

¹⁰⁴ [AS 1968 1318, 1982 2178, 1984 1486, 1986 89, 1988 1563]

¹⁰⁵ [AS 1989 2430]

2. Die Verordnung vom 17. Januar 1961¹⁰⁶ über die Invalidenversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 76 Abs. 1 Bst. h

...

Art. 88^{ter}

...

Art. 88^{quater}

...

Art. 88^{quinquies}

...

3. Die Verordnung vom 15. Januar 1971¹⁰⁷ über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 19

...

4. Die Verordnung vom 20. Dezember 1982¹⁰⁸ über die Unfallversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 18 Abs. 1

...

Art. 69

...

Art. 71 Abs. 2

...

Art. 90 Abs. 2 Bst. c

...

¹⁰⁶ SR **831.201**. Die nachstehend aufgeführten Änd. sind in der genannten V eingefügt.

¹⁰⁷ SR **831.301**. Die nachstehend aufgeführten Änd. sind in der genannten V eingefügt.

¹⁰⁸ SR **832.202**. Die nachstehend aufgeführten Änd. sind in der genannten V eingefügt.

Art. 104 Abs. 2, zweiter Satz

Aufgehoben

Art. 129

...

Art. 142

Aufgehoben

5. Die Verordnung vom 10. November 1993¹⁰⁹ über die Militärversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 12

...

Art. 14 Abs. 2

...

6. Die Schadenversicherungsverordnung vom 8. September 1993¹¹⁰ wird wie folgt geändert:

Art. 26 Abs. 2 Bst. a

...

7. Die Aufsichtsverordnung vom 11. September 1931¹¹¹ wird wie folgt geändert:

Art. 53 Abs. 3

...

Art. 54 Abs. 2

...

¹⁰⁹ SR **833.11**. Die nachstehend aufgeführten Änd. sind in der genannten V eingefügt.

¹¹⁰ SR **961.711**. Die nachstehend aufgeführten Änd. sind in der genannten V eingefügt.

¹¹¹ SR **961.05**. Die nachstehend aufgeführten Änd. sind in der genannten V eingefügt.

8. Die Beamtenordnung 1 vom 10. November 1959¹¹² wird wie folgt geändert:

Art. 63

Aufgehoben

9. Die Beamtenordnung 2 vom 15. März 1993¹¹³ wird wie folgt geändert:

Art. 78

Aufgehoben

10. Die Angestelltenordnung vom 10. November 1959¹¹⁴ wird wie folgt geändert:

Gliederungstitel vor Artikel 72

...

Art. 72 Abs. 6

Aufgehoben

¹¹² SR **172.221.101**. Die nachstehend aufgeführten Änd. sind in der genannten V eingefügt.

¹¹³ SR **172.221.102.1** Die nachstehend aufgeführten Änd. sind in der genannten V eingefügt.

¹¹⁴ SR **172.221.104**. Die nachstehend aufgeführten Änd. sind in der genannten V eingefügt.

