

Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV)

Änderungen vorgesehen für den 1. Mai 2006

Kommentar und Inhalt der Änderungen (Beilage)

Bern, Januar 2006

Inhalt

1	Einordnung der Anhörungsvorlage in den laufenden KVG-Revisionsprozess.....	3
2	Lockerung des Territorialitätsprinzips (Art. 36 Abs. 1bis)	3
3	Medikamente.....	5
31	Einleitung	5
32	Kommentar zu den einzelnen Bestimmungen	7
321	Begriffe (Art. 64a).....	7
322	Überprüfung der Aufnahmebedingungen.....	7
322.1	Aufnahmebedingungen (Art. 65).....	7
322.2	Nach 24 Monaten (Art. 65a).....	7
322.3	Nach Patentablauf oder nach 15 Jahren (Art. 65b).....	8
322.4	Nach weiteren zwei Jahren (Art. 65c)	8
323	Indikationserweiterung (Art. 66)	8
324	Limitierungsänderung (Art. 66a).....	9
325	Preise (Art. 67)	9
326	Streichung (Art. 68).....	9
327	Unterlagen zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit (Art. 69a)	9
328	Übergangsbestimmungen	9
4	Reserven	10
41	Versicherer.....	10
42	Rückversicherer	11
421	Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung (Art. 16 Abs. 1 Bst. a und b).....	11
422	Reserven (Art. 17 Abs. 2).....	11
43	Übergangsbestimmung	11
5	Vom BAG angewendete Praxis bezüglich Prämiengenehmigung	12
51	Sistierung der Unfaldeckung (Art. 11 Abs.1bis)	12
52	Angabe der Prämien (Art. 89 Bst. a)	12
53	Abstufung der Prämien (Art. 91 Abs. 1).....	13
54	Prämienreduktion bei anderweitiger Versicherung (Art. 91a Abs. 2 und 3)	14
55	Reihenfolge der verschiedenen Prämienermässigungen (Art. 90 b).....	14
56	Prämien (Art. 95 Abs. 2)	15
6	Weitere technische Anpassungen.....	15
61	Angaben im Beitrittsformular (Art. 6a).....	15
62	Sistierung der Versicherungspflicht (Art. 10a, Absätze 2 bis 6)	15
63	Gemeinsame Einrichtung.....	16
631	Taggeldleistungen als gesetzliche Leistungen (Art. 19b).....	16
632	Rechtsweg bei Streitigkeiten (Art. 22)	17
7	Inkrafttreten.....	18

1 Einordnung der Anhörungsvorlage in den laufenden KVG-Revisionsprozess

In der Analyse des Reformbedarfs in der sozialen Krankenversicherung, die unmittelbar nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision in der Wintersession 2003 vorgenommen worden ist, bestätigte der Bundesrat, dass die Hauptursache für das nach wie vor ungelöste Kostenproblem in der Krankenversicherung in der ungenügenden Steuerung der Leistungsmengen liegt. Folgerichtig hat der Bundesrat dem Parlament im Jahr 2004 zwei Reformpakete (mit insgesamt 6 Teilbotschaften) vorgelegt, die schwergewichtig darauf abzielen, durch die Verstärkung wettbewerblicher bzw. wirtschaftlicher Anreize dämpfend auf die Mengen- und damit auf die Kostenentwicklung einzuwirken; hervorzuheben sind hierbei insbesondere die Botschaften vom 26. Mai 2004 zur Vertragsfreiheit und zur Kostenbeteiligung sowie die Botschaften vom 15. September 2004 zur Spitalfinanzierung und zur Förderung von Managed Care-Modellen.

Da die parlamentarische Beratung dieser zentralen Revisionselemente noch wenig fortgeschritten ist, hat der Bundesrat im September 2005 entschieden, zwischenzeitlich und ergänzend zu den Vorschlägen auf Gesetzesstufe, auch auf Verordnungsebene alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um die wettbewerblichen bzw. wirtschaftlichen Anreize des Systems zu verstärken. Nach ersten Massnahmen, die auf den 1. Januar 2006 in Kraft getreten sind (Erhöhung des Selbstbehaltes bei Originalpräparaten, generelle Senkung um 10 % der Höchstvergütungsbeträge der Mittel- und Gegenstände und Senkung des Taxpunktwertes der Analysen um 10 % Prozent), schlägt das EDI nun verschiedene Massnahmen vor, die entweder wettbewerbliche Elemente stärken (Lockerung des Territorialitätsprinzips, vgl. Ziffer 2), den unternehmerischen Spielraum vergrössern (Senkung der Reservesätze der Versicherer, vgl. Ziffer 4) oder die Transparenz als Voraussetzung jeden Wettbewerbs erhöhen (teilweise Positivierung der Aufsichtspraxis gegenüber den Versicherern, vgl. Ziffer 5).

Die Priorisierung der erwähnten mengenwirksamen Massnahmen entbindet nicht davon, ergänzende Massnahmen auf Leistungs- und Preisebene zu ergreifen. In der Anhörungsvorlage finden sich daher auch entsprechende Vorschläge im Bereich der Medikamente (vgl. Ziffer 3), die zumindest teilweise die im Herbst 2005 mit der Pharmaindustrie getroffene Vereinbarung zur Senkung der Medikamentenpreise und für ein neues Preisüberprüfungssystem umsetzen.

Die vorgeschlagene KVV-Revision, die auch verschiedene technische Anpassungen enthält (vgl. Ziffer 6), sollte auf den 1. Mai 2006 in Kraft treten können.

2 Lockerung des Territorialitätsprinzips (Art. 36 Abs. 1bis)

Die obligatorische Krankenpflegegrundversicherung (OKP) unterliegt in der Schweiz dem Territorialitätsprinzip. Es werden nur Leistungen, die in der Schweiz von in der Schweiz zugelassenen Leistungserbringern erbracht werden, von der OKP übernommen. Gemäss Artikel 34 Absatz 1 KVG dürfen die Krankenversicherer im Rahmen der OKP keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Artikeln 25 – 33 KVG übernehmen. Der Bundesrat kann jedoch Ausnahmen vorsehen und bestimmen, dass die OKP die Kosten von Leistungen übernimmt, die aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden.

Die Delegationsnorm von Artikel 34 Absatz 2 KVG ermöglicht es dem Bundesrat, Leistungen für Behandlungen im Ausland zu bestimmen, die wegen fehlenden medizinischen Angebots

in der Schweiz nicht zur Verfügung stehen (Art. 36 Abs. 1 KVV). Gestützt auf Artikel 36 Absatz 2 KVV übernimmt die OKP die Kosten von Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht werden. Im Rahmen von Artikel 29 des Gesetzes übernimmt die OKP 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 (Art. 36 Abs. 3 KVV).

Die strenge Anwendung des Territorialitätsprinzips wird durch die Entwicklungen in der europäischen Gemeinschaft, in den europäischen Ländern und in der Schweiz immer mehr in Frage gestellt. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Öffnung hat sich der Bundesrat 2003 dafür ausgesprochen, die Frage auf welche Weise und in welchem Ausmass den Grenzkantonen die Möglichkeit gegeben werden könnte, im Grenznahen Ausland gelegene Spitäler in ihre Spitalisten aufzunehmen, vertieft zu überprüfen (Motion 03.3082 Fehr Hans-Jürg; in diesem Zusammenhang siehe auch Interpellationen 05.3599 Bürgi und 05.3529 Häberli-Koller, sowie Anfrage 05.1055 Baumann J. Alexander).

Diese Entwicklungen weisen schon jetzt auf eine Öffnung gegenüber dem Bezug von Leistungen im Ausland hin: Am 19. Februar 2004 hat das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich entschieden, dass die Invalidenversicherung (IV) bei einem Kind mit Geburtsgebrechen die Kosten von ambulanten medizinischen Massnahmen, die in Deutschland bezogen wurden, ohne vorherige Zustimmung durch die IV zu übernehmen hat. Die Kostenübernahmepflicht wurde bejaht, weil das Erfordernis der vorherigen Genehmigung bei der Durchführung in einem andern Vertragsstaat gegen die passive Dienstleistungsfreiheit des Freizügigkeitsabkommens verstossen würde. Im weiteren hat beispielsweise eine deutschschweizerische grenzüberschreitende Arbeitsgruppe ein Pilotprojekt, das im Grenzgebiet der Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft und des Landkreises Lörrach gestartet werden soll, erarbeitet. Ziel dieses Pilotprojektes ist die Kooperation in der Gesundheitsversorgung zwischen der Schweiz und Deutschland zu erweitern und die Patientinnen-/Patientenfreizügigkeit zwischen den beiden Staaten zu erhöhen.

Bei einer vollständigen Aufhebung des Territorialitätsprinzips könnten alle ambulanten und stationären Leistungen wahlweise in der Schweiz oder im Ausland bezogen werden. Der internationale Wettbewerb unter den Leistungserbringern könnte einerseits zu einer Verbesserung des Preis-/Leistungsverhältnisses bei den schweizerischen Leistungserbringern führen. Andererseits bestünde die Gefahr einer Mengenausweitung, da im Gesundheitsmarkt die Nachfrage weitgehend durch das Angebot bestimmt wird, was durch die tieferen Preise im Ausland wohl kaum kompensiert werden könnte. Deshalb ist nicht ausgeschlossen, dass eine vollständige Aufhebung des Territorialitätsprinzips negative Auswirkungen auf die Kosten der Krankenversicherung hätte.

Aus diesen Gründen wird eine kontrollierte Lockerung des Territorialitätsprinzips vorgeschlagen, die sich auf bestimmte Leistungen oder auf einen regionalen Markt beschränkt. Eine solche Öffnung erlaubt es, die Chance eines positiven Effektes auf die Kosten der Krankenversicherung wahrzunehmen, ohne das Risiko einer unkontrollierten Mengenausweitung einzugehen. Da die bisherigen Rechtsgrundlagen solche wahlweise Leistungsbezüge im Ausland nicht zulassen, ist eine zusätzliche Bestimmung in Artikel 36 KVV aufzunehmen.

Als erster Schritt schlägt die Verordnungsrevision vor, Pilotversuche zuzulassen. Im neuen Absatz 1^{bis} wird geregelt, dass das Departement die Leistungen bezeichnet, welche im Ausland erbracht werden, deren Kosten zeitlich befristet und versuchsweise von der OKP übernommen werden. Damit hat das Departement die Möglichkeit, das oben erwähnte Pilotprojekt

oder beispielsweise den Einkauf von billigeren Medikamenten, Analysen sowie Mitteln und Gegenständen im Ausland oder den Bezug von Leistungen in grenznahen Rehabilitationskliniken zu bewilligen. Um die Auswirkungen einer solchen Lockerung auf die Kosten der Krankenversicherung verfolgen zu können, ist es vorgesehen, dass die Versuche mit einer wissenschaftlichen Untersuchung zu begleiten sind und das Departement die Einzelheiten regelt.

In einem zweiten Schritt wird, auch in Abhängigkeit des Ergebnisses des Anhörungsverfahrens, die Änderung von Artikel 34 Absatz 2 KVG geprüft. Die Änderung dieses Artikels kann in eine der bereits laufenden KVG-Revisionen eingebracht werden. Das Territorialitätsprinzip bleibt im Grundsatz erhalten (unveränderter Absatz 1 von Art 34 KVG), dem Bundesrat wird aber die Kompetenz eingeräumt, auf Verordnungsstufe diejenigen Leistungen zu bezeichnen, die zulasten der OKP im Ausland erbracht werden können. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass die Frage der grenzüberschreitenden Leistungen differenziert angegangen und die Lockerung des Territorialitätsprinzips für bestimmte Leistungsbereiche gezielt geprüft werden kann. Die gesetzliche Anpassung ist auch Voraussetzung dafür, dass Resultate der versuchsweise durchgeführten Pilotprojekte gegebenenfalls zeitlich unbeschränkt umgesetzt werden können.

3 Medikamente

31 Einleitung

Am 12. September 2005 hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit dem Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen in der Schweiz (Interpharma), dem Verband zur Förderung der preisgünstigen Arzneimittel Generika (Intergenerika) und der Vereinigung Pharmafirmen Schweiz (vips) ein Protokoll über ein Massnahmenpaket zur Senkung der Medikamentenkosten unterzeichnet.

Das Protokoll umfasst einerseits Sofortmassnahmen, die im Jahr 2006 durch Preissenkungen bei Medikamenten der Spezialitätenliste (SL) Einsparungen in der Höhe von Fr. 250 Mio. erzielen sollen. Andererseits beinhaltet das Protokoll Änderungen im System der Preisüberprüfung und –festsetzung bei Medikamenten der SL, die eine nachhaltige Kostendämpfung anvisieren. Gegenstand der vorliegenden Revision der KVV sind die genannten Systemanpassungen. In systematischer Hinsicht und der Übersichtlichkeit halber werden die bestehenden und die neuen Überprüfungsrythmen neu in separaten Bestimmungen verankert.

Medikamente müssen den im KVG verankerten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) genügen. Die geltende KVV sieht für die *Überprüfung der Preise* der Originalpräparate eine relative („nach Ablauf des Patentschutzes“) und eine absolute Frist („spätestens 15 Jahre nach ihrer Aufnahme in die SL“) vor. Bis anhin wurden Medikamente systematisch in einer jährlichen Etappe 15 Jahre nach ihrer Aufnahme in die SL mittels Auslandpreisvergleich hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit überprüft. Eine Überprüfung nach ihrem Patentablauf – der in den meisten Fällen vor 15 Jahren SL-Eintrag eintritt – wurde indessen nicht systematisch durchgeführt. Mit der vorliegenden Revision soll erreicht werden, dass die OKP durch früher erfolgende Preissenkungen entlastet wird, indem Originalpräparate primär bereits unmittelbar nach Ablauf des Patentschutzes überprüft werden. Die Überprüfung 15 Jahre seit SL-Aufnahme soll nur noch subsidiär in jenen Fällen zum Tragen kommen, in denen z.B. das Patent später abläuft oder wenn das betroffene Originalpräparat gar nie Patentschutz genossen hat.

Die Erfahrung zeigt, dass in vielen Fällen der Patentschutz in den Vergleichsländern des Länderkorbs aufgrund des Anmeldezeitpunkts bei den zuständigen Registrierungsbehörden später abläuft als in der Schweiz. Infolgedessen stützt sich der nach dem Ablauf des schweizerischen Patentschutzes vom BAG durchzuführende Auslandspreisvergleich (Art. 65b) auf Auslandspreise von noch patentgeschützten, und damit tendenziell teureren Präparaten. Diesem Umstand soll mit der vorliegenden Revision Rechnung getragen werden, indem neu 2 Jahre nach der Überprüfung nach Patentablauf bzw. 17 Jahre nach Aufnahme in die SL erneut ein Auslandspreisvergleich durchgeführt wird. Mit dieser Regelung wird erreicht, dass beim Auslandspreisvergleich die Preissituation in den Vergleichsländern nach Ablauf des dortigen Patentschutzes (vermehrter Wettbewerb und Preisdruck durch die Möglichkeit der Zulassung von Generika) einbezogen werden kann.

Indikationserweiterungen: Die Beurteilung von Gesuchen um Aufnahme in die SL stützt sich auf die vom Schweizerischen Heilmittelinstitut (Swissmedic) zugelassenen Indikationen. Erwirkt die Zulassungsinhaberin in einem späteren Zeitpunkt die Zulassung weiterer Indikationen bei Swissmedic, ist davon auszugehen, dass solche Erweiterungen in der Regel zu höheren Umsätzen bei betroffenen Unternehmen führen und damit Einfluss auf die Beurteilung des Wirtschaftlichkeitskriteriums haben. Bis anhin war eine Information des BAG über Indikationserweiterungen weder durch die Zulassungsinhaberin noch durch Swissmedic vorgesehen. Einzig bei auf bestimmte Indikationen limitierten Präparaten hatte das BAG bisher im Zusammenhang mit Gesuchen um Änderung bzw. Aufhebung der Limitatio die Möglichkeit, die Wirtschaftlichkeit auch im Licht der neuen Indikation zu überprüfen. Mit der vorliegenden Revision wird auch bei nicht limitierten Präparaten eine systematische Überprüfung der WZW-Kriterien eingeführt. Diese wird 7 Jahre nach SL-Aufnahme bei Präparaten vorgenommen, die in der Zwischenzeit Indikationserweiterungen erfahren haben.

Die *Preisfestsetzung bei Generika* (Beurteilung des Wirtschaftlichkeitskriteriums gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG) war bis anhin im Handbuch betreffend die SL des BAG geregelt. Danach galten Generika als wirtschaftlich, wenn sie im Zeitpunkt der SL-Aufnahme in der Regel (auf Basis der Publikumspreise) 30% günstiger waren als das Originalpräparat.

Die neuen Regelungen sollen aufgrund ihrer Bedeutung eine Grundlage auf Verordnungsebene erhalten. Gleichzeitig wird als Berechnungsbasis neu auf die Fabrikabgabepreise (FAP) abgestellt. Mit dieser Änderung wird die Praxis der Preisvergleiche auf eine gemeinsame Grundlage gebracht, da bei allen übrigen Preisvergleichen im Rahmen der SL auf die FAP abgestellt wird.

Hintergrund der vorliegenden Änderung ist der Umstand, dass gegenwärtig bei der Mehrzahl der Generika ein direkter Auslandspreisvergleich nicht möglich ist, da die schweizerischen Hersteller das entsprechende Präparat nicht im Ausland vertreiben bzw. vertreiben lassen. Ein Auslandspreisvergleich im Sinne der KVV ist jedoch in jedem Fall nur möglich, wenn es sich bei den verglichenen Präparaten um dieselbe pharmazeutische Spezialität handelt. Um diesem Umstand Rechnung tragen zu können, ist eine pauschale Regelung der Mindestpreisabstände anvisiert worden, die das Auslandspreisniveau widerspiegelt: Generika müssen neu (auf der Basis der FAP) bei ihrer Aufnahme in die SL mindestens 30% günstiger sein als das Originalpräparat. Nach der Überprüfung (der Originalpräparate) 2 Jahre nach Patentablauf müssen die FAP der Generika noch 15% günstiger sein als die FAP der Originalpräparate.

32 Kommentar zu den einzelnen Bestimmungen

321 Begriffe (Art. 64a)

Aus systematischen Gründen werden die Definitionen vor die Bestimmungen betreffend das Verfahren gestellt. Dies rechtfertigt sich insbesondere aufgrund der Aufgliederung des bisherigen Artikels 65 in mehrere Einzelbestimmungen (Art. 65a bis 65c), die diese Begriffe verwenden.

Bis anhin waren in der KVV einzig die Begriffe *Originalpräparate* und *Generika* definiert. Der Begriff *Originalpräparat* wird neu präziser und in Übereinstimmung mit Art. 9 Abs. 1 Heilmittelgesetz (HMG) umschrieben, indem nicht mehr von der Zulassung von Wirkstoffen oder Darreichungsformen, sondern von der Zulassung von verwendungsfertigen Arzneimitteln gesprochen wird. Gleichzeitig erfährt auch die Definition der *Generika* eine Anpassung, indem in Übereinstimmung mit dem Gesetzeswortlaut (Art. 52 Abs. 1 Bst. b KVG) neu von *Austauschbarkeit* und nicht mehr von *Anlehnung* gesprochen wird.

Der Vollständigkeit halber sind die bestehenden Definitionen um jene der *Co-Marketing-Arzneimittel* und der *Basispräparate* zu erweitern, die bis anhin nur im Handbuch der SL des BAG enthalten waren. Die Definition des *Co-Marketing-Arzneimittels* stimmt mit derjenigen in Artikel 2 Buchstabe c der Verordnung des Schweizerischen Heilmittelinstitutes über die vereinfachte Zulassung und die Meldepflicht von Arzneimitteln (VAZV) überein.

322 Überprüfung der Aufnahmebedingungen

322.1 Aufnahmebedingungen (Art. 65)

Wegen der systematischen Neueingliederung bzw. Voranstellung der Begriffsdefinitionen in Artikel 64a entfallen im Absatz 4 und 5 die bisherigen Verweise auf die Definitionen.

Aus systematischen Überlegungen werden Regelungen zu den Überprüfungsrhythmen 24 Monate nach SL-Aufnahme sowie nach Patentablauf oder 15 Jahren je in separate Artikel verschoben. Neu wird zudem die Preisabstandsregel für Generika von 30% zum Originalpräparat (Basis FAP) in die Verordnung aufgenommen. Die entsprechende Regelung befand sich bis anhin im Handbuch der SL des BAG. Bei den Aufnahmebedingungen wird zudem klar festgehalten, dass die Gesuchsteller dem BAG zusammen mit den übrigen Gesuchsunterlagen die Nummern der Patente und der ergänzenden Schutzzertifikate sowie deren Ablaufdatum einreichen müssen.

322.2 Nach 24 Monaten (Art. 65a)

Weil es hier nicht mehr um eigentliche Aufnahmebedingungen geht, rechtfertigt sich die Verschiebung des bisherigen Artikel 65 Absatz 6bis in einen selbständigen Artikel. Zudem erfährt der Artikel eine Präzisierung, indem nur noch die Originalpräparate – nicht aber die Generika – von der Überprüfung nach 24 Monaten betroffen sind. Diese Präzisierung erfolgt einerseits zur Vermeidung von Doppelspurigkeiten, weil Generika mit der Einführung des neuen Überprüfungsrhythmus gemäss Artikel 65c zwei Jahre nach ihrer Aufnahme ebenfalls überprüft werden. Andererseits stützt sich das BAG anlässlich der Überprüfung nach 24 Monaten massgeblich auf den Auslandspreisvergleich, der in der Mehrzahl der Generika gegenwärtig nicht erbracht werden kann.

Die in diesem Zusammenhang betroffenen Co-Marketing-Arzneimittel von Originalpräparaten sind hier der Klarheit halber und zur Gewährleistung der rechtsgleichen Behandlung ebenfalls zu erfassen. Die Artikel 65b, 65c, 66 und 66a werden ebenfalls mit dieser Präzisierung ergänzt.

322.3 Nach Patentablauf oder nach 15 Jahren (Art. 65b)

Der Überprüfungsrhythmus nach Patentablauf bzw. spätestens nach 15 Jahren wird in einer eigenen Bestimmung untergebracht. In materieller Hinsicht wird in Zukunft primär und vorrangig auf den Ablauf des Patentschutzes (im Sinne einer relativen Frist) abgestellt. Das hier eingefügte Wort *unmittelbar* bringt zum Ausdruck, dass das BAG von dieser Kompetenz in Zukunft möglichst rasch Gebrauch machen kann. Die Überprüfung nach 15 Jahren soll (im Sinne einer absoluten Frist) nur noch subsidiär erfolgen bei Präparaten, die entweder überhaupt nie unter Patentschutz gestanden haben oder bei solchen, bei denen der Patentschutz erst nach Verstreichen von 15 Jahren seit SL-Aufnahme abläuft. Dass von dieser Überprüfung a priori nur Originalpräparate betroffen sein können, liegt in der Natur der Sache und wird der terminologischen Einheitlichkeit halber im Verordnungstext präzisiert.

322.4 Nach weiteren zwei Jahren (Art. 65c)

Diese Bestimmung dient der Umsetzung des neu eingeführten Überprüfungsrhythmus 2 Jahre nach Patentablauf bzw. 17 Jahre nach SL-Aufnahme. Die Überprüfung geschieht nach demselben Verfahren wie die Überprüfung nach Patentablauf bzw. nach 15 Jahren. Da von dieser Überprüfung a priori nur Originalpräparate betroffen sein können, wird hier ebenfalls der terminologischen Einheitlichkeit halber im Verordnungstext präzisiert.

323 Indikationserweiterung (Art. 66)

Diese Bestimmung stützt sich auf die Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes (EVG) (Urteil vom 15. August 1988 [K 77/87], bestätigt in BGE 127 V 275), wonach die Änderung der Indikation für ein Präparat grundsätzlich eine neue Wirtschaftlichkeitsprüfung erfordert, weil davon auszugehen ist, dass sie sich auf den Umsatz der betreffenden Herstellerfirma auswirkt.

Neu werden Präparate, bei denen von Swissmedic eine Indikationserweiterung zugelassen worden ist, 7 Jahre nach SL-Aufnahme hinsichtlich der WZW-Kriterien überprüft. Die Überprüfung der WZW-Kriterien infolge Indikationserweiterungen macht indessen nur bei SL-Präparaten Sinn, die nicht auf eine oder mehrere Indikationen limitiert sind: Bei limitierten SL-Präparaten ändert eine Indikationserweiterung nach Aufnahme in die SL grundsätzlich nichts an der Vergütung durch die OKP, da nur die Indikationen gemäss Limitierung vergütet werden. Soll eine neu zugelassene Indikation ebenfalls vergütet werden, muss die Herstellerfirma wie bis anhin ein Gesuch um Änderung bzw. Aufhebung der Limitierung stellen, bei dessen Beurteilung die WZW-Kriterien durch das BAG überprüft werden, und der Preis allenfalls angepasst wird.

Im Unterschied dazu wirken sich Indikationserweiterungen bei nicht limitierten SL-Präparaten auf die OKP aus, weil bei diesen Präparaten alle (d.h. auch alle in einem Zeitpunkt nach der SL-Aufnahme von Swissmedic zugelassenen) Indikationen vergütet werden. Da die Überprüfung der WZW-Kriterien u.U. wegen neu zugelassener Indikationen zu einer abwei-

chenden Beurteilung führt als im Zeitpunkt der SL-Aufnahme, wird mit der vorliegenden Regelung die Möglichkeit geschaffen, durch eine systematische Überprüfung der betroffenen Präparate 7 Jahre nach Aufnahme in die SL allenfalls erforderliche Preisanpassungen vorzunehmen.

Die Bestimmung stellt klar, dass die Zulassungsinhaber dem BAG im Sinne einer Bringschuld ohne Aufforderung die entsprechenden Informationen zustellen.

324 Limitierungsänderung (Art. 66a)

Auch hier wird die erwähnte Rechtsprechung des EVG auf Verordnungsstufe verankert. Grundsätzlich unterstehen Präparate, die ursprünglich mit einer Limitierung in die SL aufgenommen wurden und deren Limitierung später vom BAG (im Zuge eines Gesuchs um Aufhebung der Limitierung und nach Überprüfung der WZW-Kriterien) aufgehoben wird, der Überprüfung nach Artikel 66. Die Bestimmung enthält einen Vorbehalt für einen Spezialfall: Wenn der Hintergrund der Aufhebung der Limitierung die Zulassung einer zusätzlichen Indikation durch Swissmedic war, soll das Präparat zur Vermeidung von Doppelüberprüfungen nicht nochmals gemäss Artikel 66 hinsichtlich dieser Indikation überprüft werden.

325 Preise (Art. 67)

Neben der Anpassung der Verweisbestimmungen wird hier im Sinne der terminologischen Vereinheitlichung der Begriff *gesuchstellendes Unternehmen* durch *Inhaber der Zulassung des Arzneimittels* ersetzt. Zudem wird die Kompetenz des BAG zu Preissenkungen aufgrund der Überprüfung von Originalen und Generika an die neuen Art. 65a bis 65c angepasst.

Terminologisch ist auch hier der Begriff *Inhaber der Zulassung* anstelle der *Hersteller oder der Importeure* zu verwenden, da die Massnahme stets beide Arten von Zulassungsinhabern betrifft.

326 Streichung (Art. 68)

Zugunsten der terminologischen Vereinheitlichung wird auch hier die sprachlich schwerfällige Umschreibung „Firma, auf welche *das verwendungsfertige Arzneimittel zugelassen ist* durch den Begriff *Inhaber der Zulassung* ersetzt.

327 Unterlagen zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit (Art. 69a)

Die Regelung der Überprüfung 24 Monate nach SL-Aufnahme in einem selbständigen Artikel erfordert hier die Anpassung des Referenzartikels.

328 Übergangsbestimmungen

Die Übergangsbestimmung stellt klar, dass auch auf hängige Verfahren das neue Recht Anwendung findet. Bezüglich der Überprüfung der Indikationserweiterungen gemäss Artikel 66

wird präzisiert, dass diese bei Originalpräparaten vorgenommen wird, die nach Inkrafttreten dieser Änderung in die SL aufgenommen worden sind.

4 Reserven

Der Bundesrat hat 1998 und 2004 Mindestreserven beschlossen, die insbesondere darauf abzielen, die Reserven den aktuellen Risiken (Senkung der Mindestreservesätze von 20% auf 15% für die grossen Versicherer) anzupassen und den Wettbewerb zwischen den Versicherern (einheitlicher Mindestreservesatz von 20% für die anderen Versicherer) zu verstärken. Es gilt nun einen weiteren Schritt in diese Richtung zu machen und Massnahmen in die Wege zu leiten, um der aktuellen Risikosituation der Versicherer besser gerecht zu werden. Tatsächlich verzeichnet man vor allem bei den grossen Versicherern eine deutliche Verbesserung der führungs- und budgetierungsrelevanten Instrumentarien, was hauptsächlich auf eine zunehmende Abstützung auf die Informatik sowie die elektronische Fakturierung der Leistungen (parallel zur Einführung des TARMED) zurückzuführen ist.

Diese Verbesserungen bewegen uns heute, die minimalen Reservesätze der Versicherer sowie die Voraussetzungen zur Durchführung der Rückversicherung neu zu definieren.

41 Versicherer Reserven (Art. 78 Abs. 4)

Dank verbesserter führungs- und budgetierungsrelevanter Instrumentarien der Versicherer wird nunmehr gemäss Doktrin ein Restrisiko von etwa 2,5% in der sozialen Krankenversicherung als für das System akzeptabel erachtet. Um das erforderliche Sicherheitsniveau von 97,5% zu erreichen, genügt einem Versicherer mit einer Million Versicherten einen Reservesatz von 7,7%. Ein Versicherer mit 250 000 Versicherten müsste über einen Reservesatz von 11,5% verfügen, um das gleiche Sicherheitsniveau zu erreichen.

Es ist folglich angemessen, die minimalen Reservesätze der Versicherer stufenweise zu senken, damit sie sich dem erforderlichen Sicherheitsniveau von 97,5% annähern.

Folglich werden die minimalen Reservesätze:

- der Versicherer mit einem Bestand von mehr als 250 000 Versicherten stufenweise von 15% auf 10% gesenkt.
- der Versicherer mit einem Bestand von bis 250 000 Versicherten stufenweise von 20% auf 15% gesenkt, damit eine Marktverzerrung zuungunsten kleiner und mittelgrosser Versicherer gegenüber den grossen Versicherern vermieden wird.

Versicherer mit einem Bestand von unter 50 000 Versicherten haben ein Restrisiko von über 2,5%. Dieses zusätzliche Risiko wird jedoch durch den Rückversicherungsvertragszwang (Art. 78 Abs. 5) kompensiert.

Um jedoch die finanzielle Sicherheit kleiner und mittelgrosser Versicherer, welche sich in einer Wachstumsphase befinden und somit höheren Risiken in Bezug auf die Entwicklung des Versichertenbestandes und der Budgetrealisierung ausgesetzt sind, könnte ebenfalls ein System mit 3 Stufen vorgesehen werden. Der Reservesatz der Versicherer mit einem Bestand von mehr als 250 000 Versicherten würde von 15% auf 10% gesenkt. Der minimale Reservesatz der Versicherer mit einem Bestand zwischen 100 000 und 250 000 Versicherten würde eben-

falls stufenweise von 20% auf 15% gesenkt. Der Reservesatz für Versicherer mit einem Versichertenbestand bis 100 000 würde auf den heutigen Minimalsatz von 20% beibehalten. Die Versicherer mit weniger als 50 000 Versicherten müssen zusätzlich eine Rückversicherung abschliessen.

Die Variante mit 2 Stufen wurde vorgezogen um, soweit es möglich ist, die Wettbewerbsverzerrung einzuschränken, welche sich für die Versicherer zwangsläufig ergeben, indem sie bei der Prämienfestsetzung unterschiedliche Reservesätze zu berücksichtigen haben.

42 Rückversicherer

421 Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung (Art. 16 Abs. 1 Bst. a und b)

Im Rückversicherungsbereich gilt es zudem, die aktuelle Lage miteinzubeziehen und die aktive Rückversicherung einzig den grossen Versicherern, welche wirtschaftlich als stabiler gelten, vorzubehalten. Die Schwelle für die Durchführung der Rückversicherung wird dementsprechend auf 250 000 Personen angehoben (Abs. 1 Bst. b). Infolgedessen muss auch die Limite für Institutionen, welche die Leistungen der Krankenversicherung rückversichern, auf 250 000 Personen angehoben werden (Abs. 1 Bst. a).

Es wäre inkohärent, wenn die Rückversicherung, die ein höheres wirtschaftliches Risiko als die Versicherungstätigkeit darstellt, von Versicherern mit geringem oder mittlerem Versichertenbestand durchgeführt werden könnte. Zudem sind die Versicherer mit einem Bestand von unter 50 000 Versicherten besonders hohen Risiken bezüglich Bestandesentwicklung und Budgetrealisierung ausgesetzt und deshalb gehalten, sich rückversichern zu lassen. Es wäre also nicht gerechtfertigt, dass ein Versicherer mit etwas mehr als 50 000 Versicherten, der somit selber erheblichen Risiken unterliegt, sich als Rückversicherer betätigen darf.

Andererseits erfahren auch mittelgrosse Versicherer (weniger als 250 000 Versicherten), die insgesamt eine stabilere Lage vorweisen, manchmal erhebliche Bestandesschwankungen. Zudem könnte ein mittelgrosser Rückversicherer mehrere andere Versicherer rückversichern und somit einen höheren Bestand an rückversicherten Personen als der eigene Versichertenbestand erreichen. Eine solche Kumulation von Risiken gilt es zu vermeiden.

422 Reserven (Art. 17 Abs. 2)

Die Anpassung dieser Bestimmung ergibt sich aus der Änderung von Artikel 16 Absatz 1 Buchstabe b KVV. Die Anhebung der Schwelle auf 250 000 Versicherte für die Durchführung der Rückversicherung bedeutet nämlich, dass das BAG fortan zusätzliche Sicherheiten im Bereich der Reserven verlangen kann, wenn der Bestand eines Rückversicherers unter 250 000 Versicherte sinkt.

43 Übergangsbestimmung

Es ist eine schrittweise Senkung der Reservesätze vorgesehen, und zwar mittels jährlicher Reduktion des jeweils aktuellen Satzes um 1 % pro Jahr über fünf Jahre. Folglich muss eine entsprechende Übergangsbestimmung in die KVV zur Regelung der minimalen Reservesätze für die Jahre 2007 bis 2010 ergehen.

Die Senkung des Reservesatzes ermöglicht vermutlich eine Dämpfung des Prämienanstiegs. Gleichwohl müssen die durch diese Senkung frei werdenden Eigenmittel über mehrere Jahre hinweg verwendet werden, um ein zu starkes Auseinanderdriften bei der Prämienentwicklung zu vermeiden. Ein Zeitraum über fünf Jahre wird als angemessen erachtet.

Ab 2011 werden die gemäss Artikel 78 Absatz 4 KVV festgesetzten minimalen Reservesätze angewendet.

5 Vom BAG angewendete Praxis bezüglich Prämien genehmigung

Die vom BAG angewendete Praxis bezüglich Prämien genehmigung enthält mehrere seit einigen Jahren für alle Krankenversicherer geltenden Regeln. Zur Sicherstellung der Transparenz gegenüber den Versicherten einerseits sowie der Gleichbehandlung der Versicherer andererseits, und um einen gesunden Wettbewerb unter den Versicherern mittels gezielter Marktregulierung zu fördern, gilt es nun, diese Praxis in die Verordnung zu übernehmen.

51 Sistierung der Unfaldeckung (Art. 11 Abs.1bis)

Gemäss Artikel 8 Absatz 1 letzter Satz des Gesetzes muss der Versicherer die Prämie herabsetzen, wenn die Unfaldeckung sistiert wird. Die durch Unfälle entstehenden Kosten müssen infolgedessen durch den «Unfall»-Prämienanteil der OKP gedeckt werden. Die Versicherer müssen die Rabatte also gemäss den «Unfall»-Kosten ihres Versichertenbestands festsetzen.

Der Klarheit halber und um Einheit zu schaffen wird in Artikel 11 Absatz 1bis die in Artikel 91a Absatz 2 vorgesehene Regelung übernommen. Für den Bereich der obligatorischen Unfallversicherung oder der fakultativen Versicherung beziehungsweise Abrediversicherung darf bei einer Sistierung der Unfaldeckung die gewährte Ermässigung also nicht höher ausfallen als der Anteil der entsprechenden Prämie.

Des Weiteren um die Solidarität unter den Versicherten zu gewährleisten, darf die maximale Differenz zwischen der Prämie der ordentlichen Versicherung mit Unfaldeckung und dieser Prämie ohne Unfaldeckung 7 Prozent nicht überschreiten. Diese Differenz ist unter Berücksichtigung der während der Jahre 2001, 2002 und 2003 beobachteten effektiven Kostenunterschiede zwischen den jeweiligen Anteilen «Krankheit» und «Unfall» der OKP berechnet worden. Es wurde zudem der ungleichen Zusammensetzung der Versichererportefeuilles, sowie insbesondere auch der Tatsache Rechnung getragen, dass bei jedem zweiten Versicherten die Unfaldeckung über die Krankenversicherung läuft.

52 Angabe der Prämien (Art. 89 Bst. a)

Das EVG hält in seinem Urteil vom 23.12.1997 (RKUV 1/1998, Seite 56 ff.) folgendes fest: *"... weil die Versicherer für die Krankenpflegeversicherung eine Gesamtprämie und nicht je eine Prämie für das Krankheits-, das Unfall- und das Mutterschaftsrisiko erheben. Dies wird zwar nirgends ausdrücklich gesagt, ergibt sich aber aus folgendem: Art. 8 Abs. 1 KVG bestimmt, dass bei Sistierung der Unfaldeckung «die Prämie» entsprechend herabgesetzt wird; konsequenterweise spricht Art. 10 Abs. 2 KVG vom «Prämienanteil» für die Unfaldeckung.*

Für die Krankenpflegeversicherung wird also eine einzige Prämie erhoben; diese wird herabgesetzt, wenn die Unfalldeckung ruht. Damit der Versicherte weiss, welchen Prämienanteil er einspart, wenn er die Unfalldeckung sistiert, ist nach Art. 89 lit. a KVV «die Prämie für den Einschluss des Unfallrisikos» (im Versicherungsausweis oder in der Prämienrechnung) «gesondert aufzuführen»; unter dem hier verwendeten Begriff «Prämie» kann konsequenterweise nur der «Prämienanteil» im Sinne von Art. 10 Abs. 2 KVG verstanden werden. ..."

Der Text in Artikel 89 Buchstabe. a KVV wird folglich im Sinn dieser Rechtsprechung angepasst und der Begriff «Prämie» durch «Prämienanteil» ersetzt.

53 Abstufung der Prämien (Art. 91 Abs. 1)

Artikel 61 Absatz 2 KVG bietet den Krankenversicherern die Möglichkeit, die Prämienbeträge nach ausgewiesenen Kostenunterschieden kantonal und regional abzustufen. Wenn ein Versicherer eine Prämienabstufung nach Region vornehmen will, ist im heutigen Artikel 91 Absatz 1 KVV vorgesehen, dass innerhalb des gleichen Kantons die oberste Prämienstufe (Region 1) nicht mehr als 50 Prozent über der untersten (Region 3) liegen darf (z. B. Differenz zwischen 100 und 150). Diese Differenz zwischen oberster (Region 1) und unterster (Region 3) Prämienstufe ist also heute auf 33% begrenzt (z. B. Differenz zwischen 150 und 100).

Der Vereinheitlichung der Prämienregionen ab 2004 folgend und um die Solidarität zwischen den Versicherten des gleichen Kantons zu verstärken, unter gleichzeitiger Berücksichtigung der effektiven Kostenunterschiede zwischen den Regionen, gilt es nun, die Prämienunterschiede zwischen der Region 1 und der Region 2 einerseits sowie der Region 2 und der Region 3 andererseits zu begrenzen.

Dementsprechend wird die maximale Differenz zwischen den Prämien der ordentlichen Versicherung mit Unfalldeckung der Regionen 1 und 2 auf **15%** festgesetzt und die maximale Differenz zwischen den Regionen 2 und 3 auf **10%**. Bei Kantonen mit zwei Prämienregionen ist einzig die Differenz von 15% zwischen den Regionen 1 und 2 anwendbar.

Die maximalen Differenzen zwischen den Prämien der verschiedenen Prämienregionen sind unter Berücksichtigung der während der Jahre 2004, 2005 und 2006 beobachteten Prämienunterschiede berechnet worden. Ebenso ist dabei die ungleiche Zusammensetzung der Versichererportefeuilles, die kantonsspezifischen Gegebenheiten sowie die Feststellung in die Berechnungen miteinbezogen worden, dass die Prämienunterschiede zwischen den Regionen mathematisch bedingt tendenziell zunehmen, je höher die wählbare Franchise ausfällt. Diese Feststellung wurde von der Studie der ETH Zürich, anhand derer die Prämienregionen, basierend auf den Kosten der Jahre 2000 und 2001, festgelegt wurden, bestätigt.

In den Kantonen mit drei Prämienregionen wird die maximale Differenz zwischen den Prämien der ordentlichen Versicherung mit Unfalldeckung der Regionen 1 und 3 folglich auf 23,5% (heute: 33%) begrenzt, während in den Kantonen mit zwei Prämienregionen die maximale Differenz auf 15% (heute: 33%) festgelegt wird.

Bietet ein Versicherer in den Regionen 1 und 2 eines Kantons mit drei Prämienregionen identische Prämien an, begrenzt sich dadurch die maximale Differenz zwischen der Prämie der Regionen 1 und 2 einerseits und der Prämie der Region 3 andererseits auf 10%. Bietet ein Versicherer in den Regionen 2 und 3 eines Kantons mit drei Prämienregionen identische Prä-

mien an, begrenzt sich die maximale Differenz zwischen der Prämie der Region 1 einerseits und der Prämie der Regionen 2 und 3 andererseits auf 15%.

54 Prämienreduktion bei anderweitiger Versicherung (Art. 91a Abs. 2 und 3)

Der zweite Satz in Absatz 2 wird zwecks Terminologieübereinstimmung mit «Prämienanteil» präzisiert, um den gleichen Begriff wie in Artikel 89 Buchstabe a KVV zu verwenden (siehe Punkt 52).

Die im Fall einer Sistierung der Unfalldeckung gewährte Prämienreduktion muss analog gehandhabt werden, als ob es sich um eine Sistierung im Zusammenhang mit der obligatorischen Unfallversicherung (Art. 11) oder der freiwilligen Versicherung beziehungsweise einer Abredeversicherung (Art. 91a) handelt. Im letzteren Fall darf die Differenz zwischen der Prämie der ordentlichen Versicherung mit Unfalldeckung und der Prämie der ordentlichen Versicherung ohne Unfalldeckung 7 % nicht überschreiten.

55 Reihenfolge der verschiedenen Prämienermässigungen (Art. 90b)

Bei der Festsetzung der Prämien durch die Krankenversicherer kommen verschiedene Faktoren zur Anwendung, so die Altersgruppe (Kinder, junge Erwachsene, Erwachsene), die Prämienregion (aktuell 43 verschiedene Prämienregionen über die Schweiz verteilt), die Franchisen (6 verschiedene Abstufungen für Erwachsene) und die Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (z. B. HMO oder Hausarztmodell). Die Reihenfolge, in der diese Ermässigungen angewendet werden, wirkt sich indes auf die Prämienhöhe aus.

Zur Sicherstellung der Transparenz gegenüber den Versicherten einerseits sowie der Gleichbehandlung der Versicherer andererseits und um einen gesunden Wettbewerb unter den Versicherern mittels gezielter Marktregulierung sowie ein effizientes Prämien genehmigungsverfahren zu ermöglichen, ist es wesentlich, die Reihenfolge festzusetzen, in der die verschiedenen möglichen Prämienermässigungen angewendet werden müssen.

Mit der gewählten Reihenfolge kann zudem ebenfalls der folgende ungewünschte mathematische Effekt ausgehebelt werden: Artikel 95 Absatz 2bis KVV sieht nämlich für Prämienermässigungen im Zusammenhang mit wählbaren Franchisen eine Begrenzung in Franken und nicht in Prozenten vor und bewirkt damit einen verhältnismässigen Anstieg der Differenz zwischen den Prämien der wählbaren Franchisen mit und ohne Unfalldeckung, wenn die Reduktion bei der Sistierung der Unfalldeckung vor der wahlfranchisebedingten Ermässigung erfolgt.

Ab 2007 müssen die Versicherer die Prämienermässigungen für die Prämienregionen, Altersgruppen, Sistierung der Unfalldeckung und eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer in Prozenten anwenden. Demgegenüber können die Prämienermässigungen im Zusammenhang mit den wählbaren Franchisen gemäss Artikel 95 Absatz 2bis KVV in Prozenten und/oder Franken berechnet werden.

56 Prämien (Art. 95 Abs. 2)

Gemäss geltendem Artikel 95 Absatz 2 KVV muss die Prämie der Versicherung mit wählbarer Franchise mindestens 50% der ordentlichen Versicherung mit Unfalldeckung für die Altersgruppe und Prämienregion des Versicherten betragen. Die Mindestprämie in Artikel 95 Absatz 2 KVV kann aber nur nach einer Prämienreduktion bei einer allfälligen Sistierung der Unfalldeckung erreicht werden. Mit anderen Worten, heisst das, dass die Versicherer die Prämienermässigungen im Zusammenhang mit wählbaren Franchisen so festsetzen müssen, dass sie noch eine Ermässigung für die Sistierung der Unfalldeckung gewähren können.

6 Weitere technische Anpassungen

61 Angaben im Beitrittsformular (Art. 6a)

Die Aufsichtsbehörde ist wiederholt mit wenig transparenten Beitrittsformularen für die OKP konfrontiert worden, welche mit den Persönlichkeitsrechten der Beitretenden nicht vereinbar sind und geeignet waren, unzulässige Risikoselektion zu betreiben. Häufig regeln die Versicherer auf einem einzigen Anmeldeformular den *obligatorischen Beitritt* zur Krankenpflegeversicherung nach KVG und den *freiwilligen Beitritt* zur Taggeldversicherung nach Artikel 67 ff. KVG sowie den *freiwilligen Antrag* für die Versicherungen nach Artikel 12 Absatz 2 KVG, welche dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) unterstehen (Zusatzversicherungen und weitere Versicherungsarten, Art. 13 f. KVV). Diese Vermischung auf einem einzigen Formular erhöht das Risiko einer widerrechtlichen Datenbearbeitung.

Um einem möglichen Missbrauch vorzubeugen, dürfen die Versicherer auf dem Formular, das bei der Anmeldung oder beim Wechsel des Versicherers (oder der Versicherungsform) vorgelegt wird, nur diejenigen Angaben einfordern, die für den Beitritt zur OKP erforderlich sind. Weiterhin können die Versicherer im Beitrittsformular die besonderen Versicherungsformen (Art. 62 KVG) und die gewählte Franchise (ordentliche oder wählbare, Art. 103 KVV) anfragen.

Das Beitrittsformular ist physisch von den Formularen der freiwilligen Taggeldversicherung nach KVG und den Versicherungen die dem VVG unterstehen, zu trennen. Den Versicherungspflichtigen dient dieses Formular für den einfachen Beitritt zur OKP und bietet mehr Schutz ihrer Persönlichkeit vor widerrechtlicher Datenbearbeitung und unzulässiger Risikoselektion. Den Versicherern nutzt das Beitrittsformular, die Personendaten bei den ihnen übertragenen öffentlichen Aufgaben rechtmässig nach den Grundsätzen von Artikel 4 des Datenschutzgesetzes zu beschaffen. Daraus ergibt sich auch, dass Fragen zur Gesundheit der Versicherten, die nur in der freiwilligen Taggeldversicherung und für Versicherungen, die dem VVG unterstehen, gestellt werden können, nicht für die OKP und anschliessend für eine unzulässige Risikoselektion verwendet werden dürfen.

62 Sistierung der Versicherungspflicht (Art. 10a, Absätze 2 bis 6)

Für Personen, die während mehr als 60 aufeinander folgenden Tagen dem Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung (MVG) unterstellt sind, wird die Versicherungspflicht sistiert. Der Bundesrat regelt das Verfahren (Art. 3 Abs. 4 KVG). Gestützt auf diese Bestimmung hat der Bundesrat in Artikel 10a KVV festgelegt, dass die versicherte Person ihrem Versicherer nach Beendigung der Unterstellung unter die Militärversicherung einen

Nachweis über die Dauer der Unterstellung erbringt. Darauf vergütet ihr der Versicherer die während der Dauer der Sistierung bezahlten Prämien zurück.

Diese Vorauszahlung der Prämien war unbefriedigend. Die Dienstleistenden sollen ab Beginn der Unterstellung unter die Militärversicherung keine Prämien mehr bezahlen. Der Artikel 10a schlägt in diesem Sinn eine Lösung vor und regelt die Einzelheiten für dieses neue Verfahren.

Im Einzelnen:

- Absatz 2 regelt die Frist, innerhalb welcher die versicherte Person ihre Unterstellung unter die Militärversicherung melden muss, um ab Beginn der Sistierung der Versicherungspflicht von der Prämienzahlung befreit zu sein. Denn der Versicherer benötigt eine gewisse Vorlaufzeit, um seine Prämienrechnungen anzupassen. Bei verspäteter Meldung muss die versicherte Person Prämien bezahlen, bis dass der Versicherer die Meldung berücksichtigen kann, spätestens aber während acht Wochen.
- Die Absätze 3 und 4 regeln weitere Meldungen an die Versicherer, insbesondere wenn die Unterstellung vorzeitig beendet wird. Wegen der Unterschiede zwischen Militär- und Zivildienst werden die Meldungen unterschiedlich geregelt.
- Absatz 5 sieht vor, dass der Versicherer Prämien, die - zum Beispiel wegen verspäteter Meldung oder irrtümlich - trotz der Sistierung bezahlt wurden an später fällige Prämien anrechnet. Insbesondere bei Wechsel des Versicherers muss er sie zurückerstatten.
- Absatz 6 ermächtigt das BAG, den Versicherern Weisungen für die Prämienberechnung zu erteilen. Insbesondere sollen nur ganze Monatsprämien berücksichtigt werden, damit der Verwaltungsaufwand verhältnismässig bleibt.
- Absatz 7 entspricht dem bisherigen Absatz 4 (Meldung an die für die Prämienverbilligung zuständigen kantonalen Stellen).

Die militärischen Grundausbildungen beginnen in der Regel im März, im Juli oder im November. Das neue Verfahren soll erstmals auf die militärischen Schulen, die im Juli 2006 beginnen, angewendet werden. Die Übergangsbestimmung sieht vor, dass auf Versicherte, die ihren Militärdienst vor diesem Zeitpunkt begonnen haben, weiterhin die bisherige Regelung angewendet wird. Damit soll der administrative Aufwand gering gehalten werden.

Hingegen soll die neue Regelung ab 1. Juli 2006 auf die Zivildienste angewendet werden, auch wenn sie vor diesem Zeitpunkt begonnen haben. Dies weil sie individuell beginnen und durchschnittlich länger als Militärdienste dauern.

63 Gemeinsame Einrichtung

631 Taggeldleistungen als gesetzliche Leistungen (Art. 19b)

Nach Artikel 18 Absatz 2 KVG übernimmt die gemeinsame Einrichtung die Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern. Zur Finanzierung dieser Aufgabe müssen die Versicherer Beiträge an einen Insolvenzfonds (Fonds) entrichten. Reichen die Beiträge nicht aus, so haben die Versicherer Nachzahlungen zu leisten.

Zur Sicherstellung der Ansprüche der Versicherten müssen die Versicherer in der Privatversicherung ein „gebundenes Vermögen“ einrichten. Für den Bereich der sozialen Krankenversicherung sieht der Gesetzgeber dafür den oben genannten Fonds vor. Dieser stellt das zentrale Element bezüglich Sicherung im Bereich der sozialen Krankenversicherung dar.

Weder im KVG noch in der KVV wird jedoch näher ausgeführt, was unter dem Begriff „Kosten für die gesetzlichen Leistungen“ zu verstehen ist. Es ist ganz offensichtlich, dass die Leistungen der OKP zu den Leistungen nach Artikel 18 Absatz 2 KVG gehören.

Eine systematische Auslegung des Begriffes der "Kosten für die gesetzlichen Leistungen" führt jedoch zum Schluss, dass unter gesetzlichen Leistungen auch Leistungen der freiwilligen Taggeldversicherung zu verstehen sind (vgl. zum Beispiel Ueli Kieser, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Schulthess 2003, S. 749 f.: gelten als gesetzlich grundsätzlich sämtliche Leistungen, die gestützt auf einen sozialversicherungsrechtlichen Erlass ausgerichtet werden). Als gesetzlich gelten somit auch diejenigen Leistungen, die von einer freiwilligen Sozialversicherung erbracht werden. Mit dem Beitritt zur freiwilligen Taggeldversicherung untersteht der Versicherte einer gesetzlichen Sozialversicherung. Freiwillig ist nur der Beitritt (vgl. auch freiwillige AHV und UV). Zudem hat sich in der Praxis gezeigt, dass im Bereich der freiwilligen Taggeldversicherung für die Versicherten bei Insolvenz von Krankenkassen ungedeckte Lücken entstanden sind.

Zu den Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern im Sinne von Artikel 18 Absatz 2 KVG gehören zudem auch die mit den Leistungen aus der OKP und aus der freiwilligen Taggeldversicherung verbundenen Verwaltungskosten. Ziel der erwähnten Gesetzesbestimmung ist die uneingeschränkte Fortführung der Kostenübernahme bei Zahlungsunfähigkeit eines Versicherers. Dies verursacht auch Verwaltungskosten, deren Bezahlung ebenfalls garantiert sein muss. Nicht zu den Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern gehören hingegen die Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge des Risikoausgleichs, da es sich dabei nicht um Leistungen handelt, die gestützt auf einen sozialversicherungsrechtlichen Erlass an Versicherte ausgerichtet werden, sondern vielmehr um Ausgleichszahlungen unter den Versicherern. Die Ansprüche der Versicherten werden bei fehlenden Ausgleichszahlungen nicht tangiert. Die Risikoabgaben sind vom Versichertenbestand abhängig, sind aber keine direkt mit der Ausrichtung der Leistungen verbundenen Kosten. Eine Verpflichtung, auch für die uneinbringlichen Risikoabgaben einzustehen, würde im Übrigen für die Gemeinsame Einrichtung ein allzu grosses nicht im Voraus kalkulierbares finanzielles Risiko bedeuten. Eine entsprechende präventive Äufnung des Insolvenzfonds würde zu hohe Beiträge durch die Krankenversicherer bedingen. Andernfalls müssten alle anderen Versicherer bei Insolvenz eines Versicherers, der hohe Risikoabgaben schuldet, im Schadenfall für den fehlenden Betrag aufkommen.

632 Rechtsweg bei Streitigkeiten (Art. 22)

Nach Artikel 22 Absatz 1 KVV ist bei Streitigkeiten zwischen der gemeinsamen Einrichtung und einem Versicherer Artikel 87 KVG anwendbar. Gemäss Artikel 87 KVG ist bei Streitigkeiten der Versicherer unter sich das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem der beklagte Versicherer seinen Sitz hat.

Bei Streitigkeiten zwischen der gemeinsamen Einrichtung und einem Versicherer über die Umverteilung von Reserven nach Artikel 19a KVV, über die Erhebung von Beiträgen an den Insolvenzfonds und die Auszahlung von Leistungen aus dem Insolvenzfonds sowie über die Durchführung des Risikoausgleichs entscheidet die gemeinsame Einrichtung nach Artikel 22 Absatz 1 und 3 KVV schon heute in der Form einer Verfügung im Sinne von Artikel 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren. Dies weil es sich dabei um hoheitliche Akte der Gemeinsamen Einrichtung handelt.

Dasselbe soll auch gelten für die Auszahlung der Mehreinnahmen bei der Überprüfung von Arzneimittelpreisen gemäss Artikel 67 Absatz 2ter KVV. Deshalb ist der Artikel 22 KVV anzupassen.

7 Inkrafttreten

Diese Änderungen treten voraussichtlich am 1. Mai 2006 in Kraft.