

**Erläuternder Bericht
über die Änderung des Bundesgesetzes über die
Krankenversicherung (Anpassung von Bestim-
mungen mit internationalem Bezug)**

Bericht für das Vernehmlassungsverfahren

xx.xx.2014

Übersicht

Diese Revision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) betrifft hauptsächlich Bestimmungen, welche einen internationalen Bezug haben.

Der erste Bereich beinhaltet eine gewisse Lockerung des Territorialitätsprinzips in der Krankenversicherung. Seit dem Jahr 2006 können Pilotprojekte für die Kostenübernahme für Leistungen im grenznahen Ausland unter klar definierten Voraussetzungen durchgeführt werden (Art. 36a der Verordnung über die Krankenversicherung, KVV; SR 832.102). Die Pilotprojekte haben sich bewährt. Mit der vorliegenden Revision wird eine solche grenzüberschreitende Zusammenarbeit in grenznahen Regionen dauerhaft möglich sein (Art. 34 Abs. 2 und 3 KVG).

Der zweite und dritte Bereich der Vorlage betreffen die Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen und in der Schweiz versichert sind (EU-Versicherte).

Mit den neuen Bestimmungen in Artikel 49a KVG werden die Kantone verpflichtet, bei denjenigen EU-Versicherten, die einen aktuellen Anknüpfungspunkt an die Schweiz haben (z.B. Grenzgängerinnen und Grenzgänger und ihre Familienangehörigen), bei Spitalbehandlungen in der Schweiz den Kantonsbeitrag zu übernehmen wie bei den Versicherten, die in der Schweiz wohnen. Bei den EU-Versicherten ohne aktuellen Anknüpfungspunkt an die Schweiz (Rentnerinnen und Rentner und ihre Familienangehörigen) werden die Kantone gemeinsam im Verhältnis zu ihrer Wohnbevölkerung verpflichtet, diesen Beitrag zu übernehmen.

Die Ergänzung von Artikel 64a Absatz 9 KVG schafft eine genügende gesetzliche Grundlage für die differenzierte Regelung von Artikel 105m KVV. Darin werden die Folgen der Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen bei den EU-Versicherten geregelt.

In einem vierten Punkt wird die KVG-Revision dazu genutzt, die vom Parlament angenommenen Motionen 12.4224 und 12.4098 "Aufhebung einer praxisfremden und rechtsungleichen Bestimmung im KVG", die eine Aufhebung von Artikel 41 Absatz 1 zweiter Satz KVG verlangen, umzusetzen. Eine analoge Regelung im Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung (MVG; SR 833.1) wird ebenfalls gestrichen (Art. 17 MVG).

Kommentar

1 Ausgangslage und Notwendigkeit von gesetzlichen Grundlagen

1.1 Grenzüberschreitende Zusammenarbeit

Seit dem Jahre 2006 können Pilotprojekte für die Kostenübernahme für Leistungen im Ausland befristet durchgeführt werden. Solche grenzüberschreitende Zusammenarbeit in grenznahen Regionen wird mit der vorliegenden Revision dauerhaft möglich sein.

Auf den 10. Mai 2006 wurde Artikel 36a KVV in Kraft gesetzt. Gestützt auf diese Bestimmung kann das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) Pilotprojekte bewilligen, die von einem oder mehreren Kantonen und von einem oder mehreren Krankenversicherern gemeinsam eingereicht werden und die eine Kostenübernahme für Leistungen vorsehen, die in Grenzgebieten für in der Schweiz wohnhafte Versicherte erbracht werden. Die Gültigkeitsdauer der einzelnen Pilotprojekte wurde auf vier Jahre festgelegt und die Möglichkeit einer einmaligen Verlängerung bis zu vier Jahren gewährt. Gesuche für neue Pilotprojekte konnten bis zum 31. Dezember 2012 eingereicht werden.

Seit dem 1. Januar 2007 läuft das erste Pilotprojekt, welches das Grenzgebiet der Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft und des Landkreises Lörrach betrifft. Das Pilotprojekt steht den Versicherten offen, die bei einem am Projekt teilnehmenden Krankenversicherer versichert sind und im Kanton Basel-Stadt oder im Kanton Basel-Landschaft wohnen. Das Pilotprojekt enthält eine Liste mit den Kliniken im Landkreis Lörrach, die daran teilnehmen. Sämtliche Leistungen, für welche diese deutschen Kliniken in Deutschland gemäss den Verträgen mit den Deutschen Kranken- und Rentenversicherern zugelassen sind, können im Rahmen des Pilotprojektes in Anspruch genommen werden. Dieses Pilotprojekt hat dazu geführt, dass die deutsche Sozialversicherungsgesetzgebung in dem Sinne angepasst wurde, dass sich deutsche Versicherte über die Regelungen des europäischen Koordinationsrechts hinaus bei schweizerischen Leistungserbringern behandeln lassen können. Die wissenschaftliche Projektbegleitung wird seitens der Schweiz vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) vorgenommen. Seit Beginn des Pilotprojekts im Jahr 2007 werden vor allem Rehabilitationen in Deutschland in Anspruch genommen (97% der Fälle). Der im Mai 2013 publizierte aktuelle Monitoring-Bericht vom Obsan weist stetig steigende Fallzahlen und für das Jahr 2012 einen Wert von 260 Personen, die sich im Rahmen des Pilotprojekts im Ausland behandeln liessen, aus. Obwohl die Behandlungskosten in Deutschland tiefer sind, kann dem Bericht nicht entnommen werden, dass das Pilotprojekt wesentlich zu einer Senkung der Kosten für die Krankenversicherung geführt hätte. Das liegt wohl auch an der geringen Anzahl Personen, die sich im grenznahen Ausland behandeln liessen. Das Monitoring zeigt aber, dass die Kosten nicht ausgeweitet wurden. Die Versicherten waren mit der Auslandsbehandlung gemäss den publizierten Obsan-Studien mehrheitlich zufrieden. Dieses Pilotprojekt kann noch bis zum 31. Dezember 2014 durchgeführt werden.

Auf den 1. Januar 2008 wurde ein zweites Pilotprojekt bewilligt, das den Kanton St. Gallen und das Fürstentum Liechtenstein betrifft. Danach können sich Versicherte, die bei einem am Projekt teilnehmenden Krankenversicherer versichert sind und ihren Wohnort im Kanton St. Gallen haben, stationär im liechtensteinischen Landesspital behandeln lassen. Bis anhin haben wenige Hundert Versicherte von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, sich im grenznahen liechtensteinischen Landesspital behandeln zu lassen. Die beteiligten Akteure und die bisher behandelten Versicherten bewerten das Projekt insgesamt als positiv, wie aus der projektbegleitenden wissenschaftlichen Studie hervorgeht. Da die Tarife im liechtensteinischen Landesspital den schweizerischen Tarifen entsprechen, kann dieses Pilotprojekt nicht zu einer Senkung der Kosten für die Krankenversicherung führen. Es konnte festgestellt werden, dass es bei den beteiligten schweizerischen Krankenversicherern zu keinen Mehrkosten gekommen ist. Die gegenseitige Freizügigkeit beim Bezug von Gesundheitsdienstleistungen im grenznahen Ausland wird in diesem Pilotprojekt für die generelle Zusammenarbeit in Grenzregionen als wichtig erachtet. Mit diesem Projekt konnte die seit Jahren bestehende einseitige Freizügigkeit abgelöst werden, welche es nur den liechtensteinischen Versicherten ermöglichte, sich in Spitälern des Kantons St. Gallen zu Lasten der liechtensteinischen Krankenversicherung behandeln zu lassen. Eine erneute einseitige Freizügigkeit bei einem Auslaufen des Pilotprojektes könnte sich als Hindernis für die Zusammenarbeit des Kantons St. Gallen mit Liechtenstein erweisen und zu einer Abnahme der Zuweisungen von Patientinnen und Patienten aus Liechtenstein in die Spitäler des Kantons St. Gallen führen. Dieses Pilotprojekt dauert noch bis zum 31. Dezember 2015.

Artikel 36a KVV stellt keine genügende gesetzliche Grundlage für Pilotprojekte dar. Sie sollte mit einer Revision von Artikel 34 KVG, die in die Managed Care-Vorlage¹ aufgenommen wurde, geschaffen werden. Bekanntlich wurde die Managed Care-Vorlage am 17. Juni 2012 vom Stimmvolk abgelehnt. Da es sich bei der gesetzlichen Grundlage für Pilotprojekte um ein unbestrittenes Thema aus der Managed Care-Vorlage handelte, wird es mit vorliegender Revision wieder aufgenommen.

Damit die bestehenden Pilotprojekte dauerhaft weitergeführt werden können und weitere grenzüberschreitende Zusammenarbeitsformen entstehen können, an denen andere Grenzkantone bereits ihr Interesse kundgetan haben, braucht es eine formell-gesetzliche Grundlage.

Am 16. April 2013 hat der Bundesrat zudem ein Verhandlungsmandat für ein Rahmenabkommen mit Frankreich über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich verabschiedet. Das angestrebte Rahmenabkommen hat den Zweck, die Formvorschriften sowie den rechtlichen Rahmen festzulegen, in dem die schweizerischen und französischen Gebietskörperschaften und die betreffenden öffentlichen und privaten Einrichtungen anschliessend entsprechend ihren Interessen und Bedürfnissen Kooperationen im Gesundheitsbereich mit den grenznahen Regionen und Institutionen vereinbaren können. Mit der vorliegenden Gesetzesrevision soll auch die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Sinne dieses Abkommens mit Frankreich auf unbefristete Dauer gewährleistet werden. Vor allem der Kanton

¹ BBl 2004 5599

Genf hat schon mehrfach sein Interesse an einer Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich mit den französischen Grenzregionen geäussert.

Wegen der erhöhten Mobilität der Personen und wegen der Risiken, die mit grenzüberschreitenden sanitären Krisen verbunden sind, hat in der Schweiz während der letzten Jahre das Interesse an einer Zusammenarbeit mit den Nachbarländern im Gesundheitsbereich zugenommen. Diese Tendenz bekräftigt sich auch auf der Ebene der Europäischen Union, wo sich die Institutionen der Wichtigkeit einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich bewusst sind. Das zeigt sich namentlich mit der Annahme der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Zum jetzigen Zeitpunkt erwachsen der Schweiz keinerlei Verpflichtungen aus dieser Richtlinie.

Mit der Revision sollen die in die zwei bestehenden Pilotprojekte investierten Aufwendungen und die gemachten positiven Erfahrungen weiterhin genutzt werden können. Die Versicherten, die in einem Grenzkanton wohnen, der eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit errichtet hat, können sich auch im grenznahen Ausland behandeln lassen, was zu einer Verbesserung des Versorgungsangebots in den Grenzregionen führt.

1.2 Kostenübernahme bei Spitalbehandlungen in der Schweiz von Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen und in der Schweiz versichert sind

Das Abkommen über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweiz einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits (Freizügigkeitsabkommen) und das EFTA-Abkommen vom 21. Juni 2001, die auf den 1. Juni 2002 in Kraft getreten sind, regeln die Koordinierung der sozialen Sicherheit. Mit diesen Abkommen wurden Personen in der Schweiz krankenversicherungspflichtig, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen (z.B. Grenzgängerinnen und Grenzgänger und Rentnerinnen und Rentner). Deshalb wurde auf den 1. Juni 2002 das KVG revidiert. Es wurden Bestimmungen für diese neuen Versicherten aufgenommen, z.B. Artikel 6a KVG über die Informationspflicht der Kantone und Artikel 65a KVG über die Prämienverbilligung durch die Kantone. Das mit dem EU-Koordinationsrecht übernommene Diskriminierungsverbot verlangt zwar, dass die EU-Versicherten genau gleich behandelt werden müssen, wie die in der Schweiz wohnhaften Versicherten. Für bestimmte Tatbestände sind aber Spezialregelungen erforderlich. Mit der vorliegenden Revision werden weitere Bestimmungen für die EU-Versicherten im Zusammenhang mit der Spitalfinanzierung aufgenommen.

In Artikel 37 Buchstabe a KVV wird geregelt, dass für Personen, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen und in der Schweiz gesetzlich versichert sind, bei stationärer Behandlung in der Schweiz die Pauschalen nach Artikel 49 Absatz 1 KVG (ohne den Kantonsbeitrag) in Rechnung gestellt und vom zuständigen Krankenversicherer übernommen werden. Denn auf Verordnungsstufe war nur diese Lösung möglich; die Kantone konnten nicht zur Übernahme von Kosten von Spitalbehandlungen verpflichtet werden. Für eine Änderung dieser Regelung in dem Sinne, dass sich die Kantone auch an den Kosten von Spitalbehandlungen in der Schweiz von EU-Versi-

cherten beteiligen müssen, wie bei den Versicherten, die in der Schweiz wohnen, braucht es eine Gesetzesgrundlage. Nur eine solche Regelung genügt dem Diskriminierungsverbot.

1.3 Folgen der Nichtbezahlung der Prämien und Kostenbeteiligungen bei Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen

Auch Artikel 64a Absatz 9 KVG enthält eine Bestimmung, die nur die EU-Versicherten betrifft. Dabei geht es um das Verfahren für die EU-Versicherten bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen. Mit der vorliegenden Ergänzung dieser Delegationsnorm wird die notwendige Gesetzesgrundlage für die bereits geltenden Verordnungsbestimmungen geschaffen.

Gestützt auf Artikel 64a Absatz 9 KVG erlässt der Bundesrat Bestimmungen über die Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen der versicherungspflichtigen Personen, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen. Diese Delegationsnorm ist zu allgemein formuliert und stellt deshalb keine genügende gesetzliche Grundlage für die Regelungen von Artikel 105m KVV dar. Da aber auf Verordnungsstufe eine sinnvolle Regelung getroffen werden musste, wurde in Kauf genommen, dass für eine kurze Übergangszeit die gesetzliche Grundlage mangelhaft ist. Der Bundesrat hat gleichzeitig mit der Verabschiedung der entsprechenden Verordnungsrevision am 22. Juni 2011 das EDI beauftragt, bei der nächsten KVG-Revision den Gesetzesartikel zu ergänzen, damit die notwendige Gesetzesgrundlage vorhanden ist.

1.4 Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme bei ambulanten Behandlungen für alle in der Schweiz versicherten Personen

Die beiden vom Parlament angenommenen Motionen 12.4224 und 12.4098 "Aufhebung einer praxisfremden und rechtsungleichen Bestimmung im KVG" verlangen die Aufhebung von Artikel 41 Absatz 1 zweiter Satz KVG. Im ersten Satz von Artikel 41 Absatz 1 KVG wird geregelt, dass die Versicherten für die ambulante Behandlung unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen können. Der Versicherer übernimmt aber gestützt auf den zweiten Satz von Artikel 41 Absatz 1 KVG die Kosten höchstens nach dem Tarif, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt. Zwar entspricht es grundsätzlich einem auf föderalen Strukturen aufgebauten Gesundheitssystem, von einer wohnortsnahen Inanspruchnahme von Leistungserbringern auszugehen. Dennoch erfordert die Umsetzung der Bestimmung von den Krankenversicherern eine Einzelfallprüfung, was administrativ aufwändig ist. Mit dieser Revision sollen die beiden Motionen umgesetzt und Artikel 41 Absätze 1 und 2 KVG entsprechend angepasst werden.

2 Grundzüge der Vorlage

2.1 Grenzüberschreitende Zusammenarbeit

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung unterliegt in der Schweiz dem Territorialitätsprinzip. Es werden grundsätzlich nur Leistungen, die in der Schweiz von in der Schweiz zugelassenen Leistungserbringern erbracht werden, von der Krankenversicherung übernommen. Gemäss Artikel 34 Absatz 1 KVG dürfen die Krankenversicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Artikeln 25 bis 33 KVG übernehmen. Der Bundesrat kann jedoch Ausnahmen vorsehen und bestimmen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Leistungen übernimmt, die aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden (Art. 34 Abs. 2 KVG). Dabei handelt es sich um Notfälle, um spezielle Entbindungen und um Behandlungen, die wegen fehlenden medizinischen Angebots in der Schweiz nicht zur Verfügung stehen (Art. 36 Abs. 1 bis 3 KVV). Gestützt auf Artikel 36 Absatz 5 KVV bleiben zudem die Bestimmungen über die internationale Leistungsaushilfe vorbehalten (z.B. Ansprüche aus der europäischen Krankenversicherungskarte und Zustimmungsfälle). Die strenge Anwendung dieses Prinzips wird durch die Entwicklungen in der Europäischen Union, in den EU-Staaten und in der Schweiz immer mehr in Frage gestellt. Vor diesem Hintergrund hat der Bundesrat im Jahre 2006 dem Artikel 36a KVV zugestimmt, der Pilotprojekte für die Kostenübernahme für Leistungen im grenznahen Ausland ermöglicht.

Die zwei bestehenden Pilotprojekte werden nur von wenigen Versicherten genutzt. Trotzdem ist das Bedürfnis der betroffenen Grenzregionen gross, dass eine sinnvolle grenzüberschreitende Zusammenarbeit auch nach Ende der Projektdauer möglich ist. Zudem haben weitere Grenzkantone ihr Interesse an grenzüberschreitender Zusammenarbeit geäussert.

Es ist wichtig, dass die schweizerischen Grenzregionen weiterhin gestärkt werden. Die in die seit vielen Jahren bestehenden Pilotprojekte mit stationären Leistungserbringern im grenznahen Ausland investierten Aufwendungen und die gemachten positiven Erfahrungen müssen weiterhin genutzt werden können. Zudem können innerhalb der grenznahen Leistungserbringer auch Synergien der technischen und personellen Infrastruktur genutzt werden. Die Versicherten, die in einem Grenzkanton wohnen, der eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit errichtet hat, können sich auch im grenznahen Ausland bei ausgewählten Leistungserbringern stationär und ambulant behandeln lassen. Die Revision führt demnach auch zu einer Verbesserung des Versorgungsangebots in den Grenzregionen.

Die Evaluation der bestehenden Pilotprojekte hat gezeigt, dass sich die Kosten für die Krankenversicherung nicht erhöhen. Die Behandlungskosten im Ausland sind in der Regel tiefer als in der Schweiz und im Rahmen der Projekte dürfen sie nur bis zur Höhe der schweizerischen Tarife übernommen werden. Zudem ist es wegen der Pilotprojekte zu keiner Mengenausweitung gekommen. Die Kostenfolgen sollen auch weiterhin durch wissenschaftliche Studien begleitet werden, wie dies bereits bisher im Rahmen der beiden laufenden Pilotprojekte erfolgt. Die Studien werden es

auch ermöglichen, weitere Erkenntnisse über die grenzüberschreitende Patientenmobilität zu gewinnen.

Für die Zusammenarbeit in Grenzregionen ist es wichtig, dass beim Bezug von Gesundheitsdienstleistungen im grenznahen Ausland die gegenseitige Freizügigkeit besteht. Nur wenn sich schweizerische Versicherte auch im grenznahen Ausland behandeln lassen, werden sich die Personen aus den ausländischen Grenzregionen weiterhin und vermehrt in der Schweiz behandeln lassen, wovon die schweizerischen Grenzregionen profitieren. Die Regelung dieser Freizügigkeit hat über das ausländische Recht und nicht über die vorliegende Revision zu erfolgen.

Aus allen diesen Gründen soll die vorliegende Gesetzesrevision ermöglichen, dass die bestehenden Pilotprojekte dauerhaft durchgeführt werden und neue grenzüberschreitende Kooperationen entstehen können. Ohne die vorliegende Revision müssten die zwei bestehenden Pilotprojekte nach Ablauf der bewilligten Dauer eingestellt werden. Die neue Gesetzesbestimmung wird die Grundlage für grenzüberschreitende Kooperationen, die sich wie bisher auch nur auf die grenznahen Gebiete beschränken, bieten. Das Territorialitätsprinzip bleibt weiterhin ein wichtiger Grundsatz in der schweizerischen Krankenpflegeversicherung und wird mit dieser Gesetzesvorlage nicht in Frage gestellt, sondern lediglich etwas gelockert.

Die vorliegende Revision von Artikel 34 Absatz 2 KVG enthält eine Delegationsnorm an den Bundesrat. Es obliegt dem Bundesrat, die Ausgestaltung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit auf Verordnungsstufe zu regeln. Dabei wird er sich am bisherigen Artikel 36a KVV für die befristeten Pilotprojekte orientieren. Die grenzüberschreitenden Kooperationen werden an die bestehenden Bedingungen geknüpft sein und müssen auch künftig vom EDI bewilligt werden. Sie beschränken sich auf die schweizerischen Grenzregionen, auf ein oder mehrere Grenzkantone und auf einen oder mehrere Krankenversicherer. Mit dem Gesuch wird eine Liste der ausländischen Leistungserbringer eingereicht, die Leistungen im Rahmen der Kooperation erbringen dürfen. Dabei kann es sich sowohl um ambulante als auch um stationäre Behandlungen handeln. Sie müssen die gesetzlichen Anforderungen der Leistungen und der Leistungserbringer nach KVG vor allem in Bezug auf die Qualität und die Wirtschaftlichkeit entsprechend erfüllen. Auch die Vereinbarungen der schweizerischen Krankenversicherer mit den ausländischen Leistungserbringern über die Tarife für die im Ausland erbrachten Leistungen, die nicht höher als die schweizerischen Tarife sein dürfen, sind mit dem Gesuch einzureichen. Die grenzüberschreitende Kooperation steht nur den Versicherten offen, die in diesem/diesen Grenzkantonen wohnen und bei einem an der Kooperation teilnehmenden Krankenversicherer versichert sind (obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG), wobei die Versicherten nicht gezwungen werden dürfen, sich im Ausland behandeln zu lassen. Im Rahmen der Kooperationen werden nur KVG-Pflichtleistungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen. Weitere Vorgaben und Voraussetzungen wird der Bundesrat bei Bedarf im Rahmen der Revision der Verordnung machen können.

2.2 Kostenübernahme bei Spitalbehandlungen in der Schweiz von Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen und in der Schweiz versichert sind

Die stationären Behandlungen werden leistungsbezogen in der Regel mittels Fallpauschalen finanziert (Art. 49 Abs. 1 KVG). Für in der Schweiz wohnhafte Versicherte werden die Pauschalen von den Kantonen (steuerfinanziert) und von den Krankenversicherern anteilmässig übernommen, wobei auf die Kantone mindestens 55 Prozent und auf die Krankenversicherer 45 Prozent entfallen (Art. 49a Abs. 1 und 2 KVG). Die geltende Regelung für die Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen und in der Schweiz versichert sind, weicht von dieser Regelung ab, indem die Krankenversicherer gestützt auf Artikel 37 Buchstabe a KVV die vollen Pauschalen übernehmen müssen.

Das mit dem europäischen Koordinationsrecht übernommene Diskriminierungsverbot verlangt, dass die Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, gegenüber den Versicherten, die in der Schweiz wohnen, nicht anders behandelt werden dürfen. Deshalb müssen sie hinsichtlich der medizinischen Versorgung und der Kostenübernahme genau gleich behandelt werden. Die EU-Kommission hat schon mehrere Male die Anwendung der „höheren Tarife“ bei Spitalbehandlungen in der Schweiz von Grenzgängerinnen und Grenzgängern mit Wohnsitz in einem EU-/EFTA-Staat beanstandet. Sie sieht darin eine unerlaubte Diskriminierung dieser Versicherten.

Bei den EU-Versicherten handelt es sich um eine kleine Personengruppe, die gemäss Hochrechnung im Jahre 2013 rund 38'000 Versicherte umfasste, darunter waren rund 30'000 Grenzgängerinnen und Grenzgänger und ihre Familienangehörigen und rund 7'000 Rentnerinnen und Rentner und ihre Familienangehörigen. Vor allem von den Grenzgängerinnen und Grenzgängern erhalten die Erwerbskantone massgebliche Steuereinnahmen, die abhängig vom jeweils anwendbaren Doppelbesteuerungsabkommen sind. Aber auch Rentnerinnen und Rentner, die Leistungen der beruflichen Vorsorge erhalten, werden teilweise in der Schweiz besteuert. Alle in der Schweiz versicherten Personen, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, können sich wahlweise in ihrem Wohnland und in der Schweiz medizinisch behandeln lassen. Sie werden deshalb nicht alle Spitalbehandlungen in der Schweiz vornehmen lassen.

Es rechtfertigt sich, die Kostenübernahme für stationäre Leistungen bei den Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, in dem Sinne anzupassen, dass auch bei diesen Versicherten die Kosten von stationären Leistungen in der Schweiz sowohl von den Krankenversicherern als auch von den Kantonen im gleichen Verhältnis wie bei den in der Schweiz wohnhaften Versicherten übernommen werden.

Wie bei der Kontrolle der Versicherungspflicht und der Prämienverbilligung, wo unterschiedliche Regelungen getroffen wurden für Personen mit einem aktuellen Anknüpfungspunkt an einen bestimmten Kanton und für Personen ohne aktuellen Anknüpfungspunkt an die Schweiz, drängen sich auch bei der Kostenübernahme für stationäre Leistungen differenzierte Regelungen auf.

Bei den Grenzgängerinnen und Grenzgängern und ihren Familienangehörigen, den nichterwerbstätigen Familienangehörigen von Aufenthalterinnen und Aufenthaltern

in der Schweiz und den Bezügerinnen und Bezüger einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung und ihren Familienangehörigen, die alle einen aktuellen Anknüpfungspunkt an einen Kanton haben, ist dieser Kanton zu verpflichten, bei stationären Leistungen in der Schweiz den Kantonsbeitrag zu übernehmen (Art. 49a Abs. 2 Bst. b KVG).

Die Rentnerinnen und Rentner und ihre Familienangehörigen können keinem Kanton mehr direkt zugeordnet werden. Eine Verteilung der Kosten der Spitalbehandlungen auf die Kantone nach dem letzten Wohnort der Rentnerinnen und Rentner ist deshalb sowohl aus sachlichen als auch verwaltungsökonomischen Gründen abzulehnen. Weil die Kosten von Spitalbehandlungen gemäss geltendem Recht von der Krankenversicherung und den Kantonen übernommen werden, ist trotz dieser Zuordnungsprobleme eine Verteilung der Kantonsbeiträge an die Spitalbehandlungen auf die Kantone gerechtfertigt und notwendig. Der Bund hat sich nämlich bisher in keiner Art und Weise an den Spitalkosten beteiligt. Zuständig für das Spitalwesen und die Finanzierung der Spitalbehandlungen sind die Kantone zusammen mit der Krankenversicherung. Würde der Bund diese Kosten übernehmen, käme dies einer ungerechtfertigten Lastenverschiebung von den Kantonen zum Bund gleich. Aus diesem Grunde ist auch bei diesen Versicherten am Grundsatz der anteilmässigen Finanzierung der Spitalbehandlungen durch die Krankenversicherer und die Kantone festzuhalten, wie bei den schweizerischen Versicherten und den anderen EU-Versicherten. Da die Rentnerinnen und Rentner und ihre Familienangehörigen keinem Kanton mehr zugeordnet werden können, ist eine Regelung vorzusehen, nach der die Kantone bei diesen Versicherten bei stationärer Behandlung in der Schweiz gemeinsam den vom Standortkanton festgelegten kantonalen Anteil übernehmen. Diese Kosten sind auf die einzelnen Kantone im Verhältnis zu ihrer Wohnbevölkerung aufzuteilen (Art. 49a Abs. 3^{bis} KVG). Denn dieses Kriterium bildet die Hauptursachen für die Entstehung von Spitalbehandlungskosten der betreffenden Versichertengruppe relativ gut ab. Die Bestimmungsfaktoren der Kosten in den einzelnen Kantonen sind nämlich die Altersstruktur, die Morbiditätsraten und die Wahrscheinlichkeiten eines Wegzugs aus der Schweiz. Insgesamt dürfte es hier wohl kaum allzu grosse Unterschiede geben. Berechnungen haben nämlich gezeigt, dass sich beispielsweise die Differenzen zwischen den Anteilen der Bevölkerung der Kantone an der Gesamtbevölkerung der Schweiz und der 65-jährigen und noch älteren Personen der Kantone an der älteren Bevölkerung in der Schweiz in Grenzen halten. Es kann auch davon ausgegangen werden, dass der Einbezug der Morbiditätsraten und der Wegzugswahrscheinlichkeiten dieses Bild kaum wesentlich verändern würde. Deshalb ist eine Kostenverteilung auf die Kantone nach der Bevölkerungszahl eine gut begründbare und sachgerechte sowie transparente Lösung. Zudem ist die Umsetzung einer solchen Aufteilung der Kosten auf die Kantone verhältnismässig einfach und kostengünstig durchzuführen.

Analog zur Prämienverbilligung nach Artikel 66a KVG, die gestützt auf Artikel 18 Absatz 2^{quinquies} KVG von der gemeinsamen Einrichtung durchgeführt wird, können die folgenden neuen Aufgaben bei stationären Behandlungen in der Schweiz von Rentnerinnen und Rentnern und ihren Familienangehörigen auch der gemeinsamen Einrichtung übertragen werden: den Beitrag jedes Kantons festzulegen, ihn bei den Kantonen einzufordern und den Spitälern den kantonalen Anteil auszurichten. Das genaue Verfahren, wie die gemeinsame Einrichtung diese Aufgaben durchzuführen hat, wird der Bundesrat auf Verordnungsstufe regeln.

Da es sich bei den EU-Versicherten um eine kleine Personengruppe handelt, werden die finanziellen Auswirkungen für die Kantone eher gering sein. Gestützt auf die Statistik über die obligatorische Krankenpflegeversicherung des Bundesamtes für Gesundheit und des Datenpools von santésuisse für das Jahr 2012 werden jährliche Kosten in der Höhe von rund 4 Millionen Franken vor allem für die Grenzgängerinnen und Grenzgänger und ihre Familienangehörigen und von rund 7,5 Millionen Franken für die Rentnerinnen und Rentner und ihre Familienangehörigen, also gesamthaft rund 11,5 Millionen Franken auf die Kantone zukommen.

Die Grenzgängerinnen und Grenzgänger und ihre Familienangehörigen können gestützt auf Artikel 41 Absätze 1^{bis}, 1^{ter}, 3 und 3^{bis} KVG unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste des Arbeitskantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Die Vergütung der Pauschalen werden vom Arbeitskanton und vom Versicherer anteilmässig übernommen (Art. 41 Abs. 1^{bis} und 3, Art. 49 Abs. 1 und Art. 49a Abs. 1 - 3 KVG). Bei einer Behandlung in einem Listenspital, das nicht auf der Spitalliste des Arbeitskantons aufgeführt ist, ohne dass medizinische Gründe vorliegen, hat der Versicherte die allfälligen Mehrkosten zu tragen (Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG).

Gestützt auf die neue Bestimmung von Artikel 41 Absatz 2 KVG können auch die Rentnerinnen und Rentner und ihre Familienangehörigen unter allen Spitälern, die auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt sind, frei wählen. Da sie ja keinem Kanton mehr zugeordnet werden können, kommt es zu keinem Fall, in dem sie Mehrkosten übernehmen müssen.

2.3 Folgen der Nichtbezahlung der Prämien und Kostenbeteiligungen bei Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen

Da die Delegationsnorm von Artikel 64a Absatz 9 KVG keine genügende gesetzliche Grundlage für die differenzierten Regelungen von Artikel 105m KVV darstellt, muss sie in zweifacher Hinsicht ergänzt werden.

Artikel 105m Absatz 1 KVV enthält Regelungen für Versicherte, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, in dem die Krankenversicherer bei unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen das Betreibungsverfahren durchführen können (aktuell Deutschland, in absehbarer Zeit wird es auch in Österreich möglich sein). Bei denjenigen Versicherten, die einen aktuellen Anknüpfungspunkt an die Schweiz haben (Grenzgängerinnen und Grenzgänger und ihre Familienangehörigen, nichterwerbstätige Familienangehörige von Aufenthalterinnen und Aufenthaltern in der Schweiz, Bezügerinnen und Bezüger einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung und ihre Familienangehörigen), rechtfertigt es sich, dass der zuständige Erwerbskanton, der massgebliche Steuereinnahmen erhält, beziehungsweise der für die Leistungen der Arbeitslosenversicherung zuständige Kanton, 85 Prozent der ausstehenden Forderungen übernimmt. Die Verordnungsbestimmung verpflichtet zwar die Kantone bereits dazu, aber es muss dafür noch eine genügende gesetzliche Grundlage, die den Bundesrat ermächtigt, die Kantone dazu zu verpflichten, geschaffen werden. Bei den Rentnerinnen und Rentnern und ihren Familienangehörigen, die keinen aktuellen Anknüpfungspunkt mehr an die Schweiz haben, werden

die zuständigen Krankenversicherer verpflichtet, die ausstehenden Forderungen zu übernehmen.

Artikel 105m Absatz 2 KVV enthält Regelungen für Versicherte, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, in dem die unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen von den Krankenversicherern noch nicht eingefordert werden können (alle Staaten ausser Deutschland und in absehbarer Zeit Österreich). Bei diesen Versicherten ist es gerechtfertigt, dass die Krankenversicherer unter gewissen Voraussetzungen die Übernahme der Kosten für die Leistungen aufschieben können. Für die unterschiedliche Regelung gegenüber den Versicherten, die in der Schweiz wohnen, braucht es auch eine genügende formell-gesetzliche Grundlage, die den Bundesrat ermächtigt, den Krankenversicherern in diesen Fällen dieses Recht zu gewähren.

2.4 Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme bei ambulanten Behandlungen für alle in der Schweiz versicherten Personen

Artikel 41 Absatz 1 Satz 2 KVG wird in Umsetzung der von den Eidgenössischen Räten überwiesenen Motionen 12.4224 und 12.4098 "Aufhebung einer praxisfremden und rechtsungleichen Bestimmung im KVG" angepasst. Im ersten Satz von Artikel 41 Absatz 1 KVG wird geregelt, dass die Versicherten für die ambulante Behandlung unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen können. Der Versicherer übernimmt aber gestützt auf den zweiten Satz von Artikel 41 Absatz 1 KVG die Kosten höchstens nach dem Tarif, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt. Diese Bestimmung wird in dem Sinne angepasst, dass die Kosten von den Krankenversicherern nach den jeweils für den gewählten Leistungserbringer geltenden Tarifen übernommen werden. Wegen dieser Anpassung wird Artikel 41 Absatz 2, in dem geregelt wird, dass bei der Beanspruchung eines anderen Leistungserbringers aus medizinischen Gründen sich die Kostenübernahme nach dem Tarif richtet, der für diesen Leistungserbringer gilt, überflüssig und ist deshalb aufzuheben.

Neu wird in Artikel 41 Absatz 2 KVG geregelt, dass die Rentnerinnen und Rentner und ihre Familienangehörigen, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, für die stationäre Behandlung in der Schweiz unter den Listenspitälern frei wählen können.

Das Militärversicherungsgesetz enthält analoge Regelungen wie Artikel 41 Absatz 1 KVG (Art. 17 Abs. 2 und 4 MVG). Die vorliegende Revision des KVG wird genutzt, auch bei ambulanten Behandlungen in der Militärversicherung nur noch die Wahlfreiheit unter den geeigneten Medizinalpersonen zu regeln, wie in der Krankenversicherung. Die Einschränkung auf eine geeignete Medizinalperson, die am Aufenthaltsort des Versicherten oder in dessen Nähe praktiziert mit Ausnahme der Notfälle (Abs. 2) wird gestrichen. Deshalb muss auch in Absatz 4 die Übertragung der Mehrkosten auf den Versicherten, wenn er ohne Bewilligung der Militärversicherung eine nicht an seinem Aufenthaltsort oder in dessen Umgebung praktizierende Medizinalperson beansprucht hat, gestrichen werden.

Die Militärversicherung vergütet die notwendigen Reisekosten, die ein Versicherter aufbringt, um sich zu einer Medizinalperson zu begeben (Art. 19 MVG). Falls der

Versicherte eine Medizinalperson wählt, die ausserhalb seines Aufenthaltsortes praktiziert, werden ihm die Reisekosten in der Höhe vergütet, wie wenn er eine Medizinalperson gewählt hätte, die an seinem Aufenthaltsort praktiziert.

Die Regelungen in Artikel 17 Absätze 2 und 4 MVG, die mit der vorliegenden Revision gestrichen werden, sind sowieso bedeutungslos, da in der Militärversicherung für die ambulante Behandlung schweizweit einheitliche Tarife ausgehandelt werden.

2.5 Notwendige Anpassungen an das Europäische Recht

Die vorliegende Revision wird auch dazu benutzt, die notwendigen Anpassungen an das europäische Recht zu machen. Im ganzen Erlass wird der Ausdruck "Europäische Gemeinschaft" durch "Europäische Union" ersetzt. Zudem wird Artikel 95a KVG, der das Verhältnis zum europäischen Recht regelt, aktualisiert, indem in Bezug auf die EU-Staaten auf die aktuellen europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit verwiesen wird.

3 Verhältnis zum europäischen Recht

Diese Gesetzesänderungen sind mit den internationalen Verpflichtungen der Schweiz und insbesondere mit dem Freizügigkeitsabkommen kompatibel. Anhang II zu diesem Abkommen führt dazu, dass in der Schweiz das Koordinationsrecht der Europäischen Union betreffend der Systeme der sozialen Sicherheit anwendbar ist. Die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit² enthält klare Bestimmungen über den Zugang zu medizinischen Leistungen für verschiedene Personenkategorien einschliesslich der Grenzgänger und der Rentner und ihrer Familienangehörigen und auch über die Kostenübernahme.

4 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

Ersatz eines Ausdrucks

Im ganzen Erlass wird "Europäische Gemeinschaft" durch "Europäische Union" ersetzt, mit den entsprechenden grammatikalischen Anpassungen.

Artikel 18 Absatz 2^{sexies} und 2^{septies}

² SR 0.831.109.268.1

Die neue Bestimmung von Artikel 49a Absatz 3^{bis} KVG erfordert neue Aufgaben für die gemeinsame Einrichtung. Sie führt bereits heute verschiedene Aufgaben zur Erfüllung internationaler Verpflichtungen des Bundes durch. Deshalb ist es naheliegend, der gemeinsamen Einrichtung die Aufgaben zu übertragen, für die stationären Behandlungen in der Schweiz von Rentnerinnen und Rentnern und ihren Familienangehörigen den Beitrag jedes Kantons nach Artikel 49a Absatz 3^{bis} KVG festzulegen, ihn bei den Kantonen einzufordern und den Spitälern den kantonalen Anteil auszurichten. Das genaue Verfahren muss auf Verordnungsstufe geregelt werden. Diese neuen Aufgaben werden in Artikel 18 Absatz 2^{sexies} KVG aufgeführt.

Da es sich beim bisherigen Artikel 18 Absatz 2^{sexies} KVG um eine Auffangbestimmung ("weitere Vollzugsaufgaben") handelt, muss die neue Bestimmung vor dieser Bestimmung stehen. Deshalb wird der bisherige Absatz 2^{sexies} zu Absatz 2^{septies}.

Artikel 25a Absatz 2 erster Satz

In dieser Bestimmung wird lediglich eine wegen der neuen Regelung von Artikel 49a Absatz 3^{bis} KVG notwendige Anpassung gemacht. Neu müssen darin auch die Kantone gemeinsam erwähnt werden.

Artikel 34 Absätze 2 und 3

Der bisherige Artikel 34 Absatz 2 KVG muss wegen der neuen Bestimmung über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit umgestaltet werden. Dabei handelt es sich nur bei Artikel 34 Absatz 2 Buchstabe a 2. Punkt um die neue Ausnahme vom Territorialitätsprinzip. Die anderen im Absatz 2 erwähnten Ausnahmen und die Regelung im neuen Absatz 3 entsprechen unverändert dem bisherigen Artikel 34 Absatz 2 KVG.

Der Artikel 34 Absatz 2 Buchstabe a 2. Punkt KVG enthält eine weitere Delegationsnorm an den Bundesrat, welche ihn ermächtigt, Regelungen für eine unbefristete grenzüberschreitende Zusammenarbeit zu erlassen. Es wird damit gewährleistet, dass sich die im schweizerischen Grenzgebiet wohnhaften Versicherten auf Kosten der Krankenpflegeversicherung im grenznahen Ausland behandeln lassen können. Dabei wird sich die Bestimmung weitgehend an den bestehenden Kriterien des heutigen Artikels 36a KVV orientieren.

Artikel 41 Absätze 1 und 2

Artikel 41 Absatz 1 KVG wird in Umsetzung der vom Parlament angenommenen Motionen 12.4224 und 12.4098 "Aufhebung einer praxisfremden und rechtsungleichen Bestimmung im KVG" in dem Sinne angepasst, dass die Versicherten wie bisher für die ambulante Behandlung unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen können und die

Kosten von den Krankenversicherern neu in allen Fällen nach den jeweils für den entsprechenden Leistungserbringer geltenden Tarifen übernommen werden.

Wegen dieser Anpassung wird Artikel 41 Absatz 2 KVG, in dem geregelt wird, dass bei der Beanspruchung eines anderen Leistungserbringers aus medizinischen Gründen sich die Kostenübernahme nach dem Tarif richtet, der für diesen Leistungserbringer gilt, überflüssig und ist deshalb aufzuheben.

Neu wird in Artikel 41 Absatz 2 KVG geregelt, dass die Rentnerinnen und Rentner und ihre Familienangehörigen, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, für die stationäre Behandlung in der Schweiz unter den Listenspitälern frei wählen können.

Artikel 49a Absätze 2, 2^{bis}, 2^{ter} und 3^{bis}

In Artikel 49a Absatz 2 Buchstabe b KVG wird geregelt, dass die Kantone bei stationären Spitalbehandlungen in der Schweiz von EU-Versicherten mit einem aktuellen Anknüpfungspunkt an einen Kanton (Grenzgängerinnen und Grenzgänger und ihre Familienangehörigen, nichterwerbstätige Familienangehörige von Aufenthaltserinnen und Aufenthalt in der Schweiz, Bezügerinnen und Bezüger einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung und ihre Familienangehörigen) den kantonalen Anteil nach Artikel 49a Absatz 2^{ter} KVG übernehmen müssen. Derjenige Kanton ist zuständig, in dem die Person ihre Erwerbstätigkeit ausübt; denn dieser Kanton erhält die Steuereinnahmen, beziehungsweise der für die Leistungen der Arbeitslosenversicherung zuständige Kanton. In Absatz 2^{bis} wird neu geregelt, dass dieser Kanton als Wohnkanton im Sinne des Gesetzes gilt.

Artikel 49a Absatz 3^{bis} KVG verpflichtet die Kantone gemeinsam bei stationären Spitalbehandlungen in der Schweiz von Rentnerinnen und Rentnern und ihren Familienangehörigen, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, den kantonalen Anteil nach Artikel 49a Absatz 2^{ter} KVG zu übernehmen. Dabei wird dieser Anteil auf die einzelnen Kantone im Verhältnis zu ihrer Wohnbevölkerung aufgeteilt. Da diese Personengruppe keinen aktuellen Anknüpfungspunkt mehr an die Schweiz hat, kann nicht ein bestimmter Kanton dazu verpflichtet werden, diese Kosten zu übernehmen.

Wegen dieser neuen Bestimmungen, die in Artikel 49a KVG eingefügt werden, wird neu in Absatz 2 Buchstabe a geregelt, dass die Kantone den kantonalen Anteil für Versicherte, die im Kanton wohnen, übernehmen. Das ist bis anhin in Absatz 2 (für alle Kantonseinwohner) geregelt. Zudem wird der bisherige Absatz 2 ohne den Hinweis für alle Kantonseinwohnerinnen und -einwohner zu Absatz 2^{ter}.

Artikel 64a Absatz 9 zweiter Satz und dritter Satz

In dieser Bestimmung werden zwei Ergänzungen eingefügt, damit die bereits bestehenden Regelungen in Artikel 105m KVV eine genügende gesetzliche Grundlage erhalten.

Der Bundesrat kann bei Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, in dem die Krankenversicherer bei unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen das Betreibungsverfahren durchführen können, die Kantone verpflichten, 85 Prozent der Forderungen zu übernehmen.

Der Bundesrat kann bei Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, in dem die unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen nicht eingebracht werden können, den Krankenversicherern das Recht gewähren, die Übernahme der Kosten für Leistungen aufzuschieben. Artikel 105^m Absatz 2 KVV enthält bereits die Regelung, dass der Krankenversicherer bei einer Person, die trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse nicht innert der gesetzten Frist bezahlt, die Übernahme der Kosten für die Leistungen aufschieben kann.

Artikel 79a

In diesem Artikel werden die wegen der neuen Regelung von Artikel 49a Absatz 3^{bis} KVG notwendigen Anpassungen gemacht. Neu wird in Absatz 1 Buchstabe b das Rückgriffsrecht der Kantone gemeinsam erwähnt. In Absatz 2 wird die Geltendmachung des Rückgriffsrechts für die Kantone gemeinsam an die gemeinsame Einrichtung übertragen.

Artikel 95a

Damit die im Freizügigkeitsabkommen vereinbarten Koordinationsbestimmungen zusätzlich zu den jeweiligen innerstaatlichen Gesetzesbestimmungen gelten und zuwiderlaufenden Gesetzesbestimmungen vorgehen, wurde in jedem Sozialversicherungsgesetz präzisiert, dass das Abkommen und die dort bezeichneten Rechtsakte zu berücksichtigen sind (s. Botschaft FZA, Ziff. 275.211). Die bestehende Verweisbestimmung muss aufdatiert und durch die neuen, im Abkommen aufgeführten Rechtsakte ergänzt werden. Der Anhang II zum FZA ist seit Inkrafttreten des Abkommens durch drei Beschlüsse des Gemischten Ausschusses angepasst worden: Beschluss Nr. 2/2003 vom 15. Juli 2003 (AS 2004 1277), Beschluss Nr. 1/2006 vom 6. Juli 2006 (AS 2006 5851) und Beschluss Nr. 1/2012 vom 31. März 2012 (AS 2012 2345). Der Bundesrat hat die Aktualisierungen von Anhang II FZA, welche die Koordinationsgrundsätze und deren technische Durchführung präzisieren und keine materiellen Anpassungen auf Gesetzesstufe erfordern, jeweils in eigener Zuständigkeit genehmigt. Die Nachführung der entsprechenden Verweise in den Sozialversicherungsgesetzen auf Anhang II des Freizügigkeitsabkommens und die dort aufgeführten EU-Rechtsakte obliegt indessen der Bundesversammlung.

Analoges gilt für Anlage 2 zu Anhang K des EFTA-Übereinkommens, welche bisher zwei Mal aktualisiert worden ist. Eine dritte Aktualisierung steht an und wird auch eine Nachführung der Referenzen auf das EU-Recht in den Sozialversicherungsgesetzen verlangen.

Aus diesen Gründen wurde die Verweisbestimmung in den Sozialversicherungsgesetzen neu formuliert. In Absatz 1 soll das anwendbare Recht präziser bezeichnet

werden, indem auf den persönlichen Geltungsbereich, die einschlägigen EU-Rechtsakte und die für die Schweiz massgebliche Fassung von Anhang II FZA Bezug genommen wird. Neu werden die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und 987/2009 aufgeführt, in welchen die Koordinationsgrundsätze der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und 574/72 nachgeführt wurden und welche seit der dritten Aktualisierung von Anhang II FZA für die Schweiz massgeblich sind. Soweit darauf in den Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 oder (EG) Nr. 987/2009 Bezug genommen wird oder Fälle aus der Vergangenheit betroffen sind, bezieht sich Anhang II FZA weiterhin auf die Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und 574/72.

Absatz 2 betreffend Anlage 2 zu Anhang K des EFTA-Übereinkommens wird bei dieser Gelegenheit analog umformuliert, wobei in den Beziehungen zwischen der Schweiz und ihren EFTA-Partnern weiterhin die Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und 574/72 massgeblich sind.

Mit einem neuen Absatz 3 soll der Bundesrat ermächtigt werden, die Referenzen auf die EU-Rechtsakte in Absatz 1 und Absatz 2 der Verweisbestimmung jeweils selbstständig in den Sozialversicherungsgesetzen anzupassen, sobald Anhang II FZA oder Anlage 2 zu Anhang K des EFTA-Übereinkommens geändert wurden.

Absatz 4 präzisiert, dass alle verwendeten Ausdrücke für EU-Mitgliedstaaten in den Sozialversicherungsgesetzen die Vertragsstaaten bezeichnen, für welche das Freizügigkeitsabkommen gilt.

Änderung bisherigen Rechts

Da die Unterscheidung zwischen stationärer und teilstationärer Behandlung mit der Revision des KVG vom 21. Dezember 2007³ aufgehoben wurde, muss dies auch in der Militärversicherung berücksichtigt werden. Deshalb wird in den Artikeln 16 Absatz 2 erster Satz, 17 Sachüberschrift und Absatz 3 erster Satz sowie 71 Absatz 1 MVG der Ausdruck teilstationäre Behandlung gestrichen und die notwendigen grammatikalischen Anpassungen werden gemacht.

In Artikel 17 Absätze 2 und 4 MVG werden die Einschränkung bei ambulanten Behandlungen auf eine geeignete Medizinalperson, die am Aufenthaltsort des Versicherten oder in dessen Nähe praktiziert mit Ausnahme der Notfälle (Abs. 2) und als Folge davon andernfalls die Übertragung der Mehrkosten auf den Versicherten (Abs. 4), gestrichen. Damit besteht in der Militärversicherung bei ambulanten Behandlungen die Wahlfreiheit unter den geeigneten Medizinalpersonen wie neu auch in der Krankenversicherung.

³ AS 2008 2049