

Der Bundesrat eröffnet die Vernehmlassung über die Hauptverordnung zum neuen Krankenversicherungsgesetz (KVG)

Der Bundesrat hat das Eidgenössische Departement des Innern damit beauftragt, den Kantonen und interessierten Organisationen einen Entwurf zur Hauptverordnung über die Krankenversicherung zur Stellungnahme vorzulegen. Die Frist zur Stellungnahme läuft bis zum 18. April 1995.

Im Vergleich zu den heute noch geltenden acht Bundesratsverordnungen stellt die nun vorliegende einzige Hauptverordnung eine deutliche Vereinfachung dar. Sie beschränkt sich auf das Wesentliche und lässt den betroffenen Kreisen (namentlich den Versicherern) einen möglichst weiten Handlungsspielraum, wobei den Grundsätzen der Solidarität die nötige Beachtung geschenkt wird.

Die in der Verordnung geregelten Punkte

- **Versicherungspflicht:** Das KVG sieht vor, dass jede in der Schweiz wohnhafte Person verpflichtet ist, sich für Krankenpflege zu versichern, wobei auch Ausnahmen vorgesehen sind. Diese werden nun in der Verordnung geregelt, sei dies im Sinne einer Ausdehnung der Versicherungspflicht (z.B. auf Personen, die lediglich über eine Aufenthaltsbewilligung verfügen oder auf ins Ausland entsandte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer), sei es im Sinne einer Befreiung (z.B. für Personen mit Vorrechten nach internationalem Recht).
- **Versicherer:** Sowohl die Krankenkassen wie auch die Privatversicherer können nach dem KVG die soziale Krankenversicherung betreiben. Der Verordnungsentwurf sieht vor, dass sich die Krankenkassen neu auch als Aktiengesellschaften, jedoch ausschliesslich mit gemeinnützigem Zweck, organisieren können. In der sozialen Krankenversicherung nach KVG dürfen die Versicherer keinen Profit erzielen; mögliche Gewinne müssen wieder dieser Versicherung zugeführt werden. Deshalb müssen die Finanzierung und die Rechnungsführung der Zusatzversicherungen strikt von der sozialen Krankenversicherung getrennt werden. Die Aufsichtsbehörde wird für jeden Versicherer die wichtigsten Kennzahlen dieser Versicherung öffentlich bekanntgeben.

- **Leistungen:** Im Verordnungsentwurf wird das Verfahren zur Bezeichnung der Leistungen (medizinische Leistungen, Medikamente, Analysen, andere Pflegeleistungen, usw.) festgelegt. Die Leistungen selber werden nicht im Detail bezeichnet. Dies obliegt, wie schon heute, dem Eidgenössischen Departement des Innern. Damit wird ein schnelles und flexibles Verfahren garantiert, welches diesem technischen und von den Fortschritten der Medizin geprägten Bereich besser angepasst ist. Bei den Arzneimitteln wird weiterhin das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) die Liste der vergütungspflichtigen Medikamente erstellen und ihre Preise festsetzen. Das Departement und das BSV legen sich erst fest, nachdem sie die Leistungskommission und die Arzneimittelkommission angehört haben. Die Zusammensetzung dieser bereits bestehenden Kommissionen wird so angepasst, dass auch die Interessen der Komplementärmedizin, der medizinischen Ethik und der Versicherten gebührend vertreten sein werden. Zudem sollen Kommissionsausschüsse gebildet werden, was insbesondere ermöglichen wird, dass die komplementärmedizinischen Medikamente durch entsprechende Fachpersonen dieses Bereiches und nach entsprechenden Methoden geprüft werden.

In diesem von der Verordnung vorgegebenen Rahmen werden auch die unter dem KVG neu zu vergütenden Leistungen im Einzelnen zu bezeichnen sein, so beispielsweise die Spitex-Leistungen und die Präventivmassnahmen. Die ab dem 1. Januar 1996 neu zu übernehmenden Leistungen werden bereits im Laufe des Jahres 1995 geprüft und im Detail bestimmt werden.

- **Finanzierung:** Die Versicherer werden ihre Prämien für 1996 so frühzeitig zu berechnen haben, dass sie vom BSV geprüft und genehmigt und den Versicherten noch vor Ende 1995 mitgeteilt werden können. Bekanntlich dürfen dann die Prämien nicht mehr nach dem Eintrittsalter und dem Geschlecht abgestuft sein. Für Personen und Familien in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen werden sie durch Subventionen verbilligt (für die Durchführung der Prämienverbilligung haben die Kantone 1995 die nötigen Bestimmungen zu erlassen). Was die von den Versicherten zu tragende Franchise betrifft, so wird der gegenwärtige Betrag von 150 Franken pro Kalenderjahr nicht erhöht. Der Selbstbehalt von 10 Prozent der Kosten, welche die Franchise übersteigen, wird auf 600 Franken pro Jahr begrenzt, so dass die Versicherten an Franchise und Selbstbehalt nicht mehr als 750 Franken pro Jahr zu bezahlen haben. Die Versicherer werden den Versicherten weiterhin die Möglichkeit anbieten können, gegen eine Prämienermässigung eine höhere Kostenbeteiligung zu wählen. Sie können aber auch Bonusversicherungen und Versicherungsformen anbieten, bei denen eine Prämienreduktion gewährt wird, wenn sich die Versicherten freiwillig bei der Wahl der Leistungserbringer einschränken (HMO,

Gesundheitskassen usw.). Die Verordnung enthält dazu Vorschriften, die jegliche Entsolidarisierung zwischen den besonderen Versicherungsformen und der ordentlichen Krankenpflegeversicherung verhindern.

Ablauf des Vernehmlassungsverfahrens

Der Entwurf zur Hauptverordnung wird dieser Tage an die Kantone und die interessierten Organisationen verschickt. Diese können bis zum 18. April 1995 dazu Stellung nehmen. Es ist vorgesehen, dass der Bundesrat die aufgrund des Vernehmlassungsverfahrens überarbeitete Verordnung im Juni 1995 verabschieden wird. Sie wird zum selben Zeitpunkt in Kraft treten wie das am 4. Dezember 1994 vom Volk angenommene Gesetz, d.h. auf den 1. Januar 1996.

Drei spezielle Verordnungen schon in der Vernehmlassung

Es ist daran zu erinnern, dass sich bereits drei spezielle Verordnungen über die Inkraftsetzung und Einführung des KVG, über die Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung und über den Risikoausgleich unter den Versicherern in der Vernehmlassung befinden (bis Ende Januar 1995), da sie Bestimmungen enthalten, welche die Kantone und die Versicherer für ihre Vorbereitungen im Hinblick auf die Einführung der neuen gesetzlichen Ordnung frühzeitig kennen müssen. Diese drei Verordnungen werden vom Bundesrat voraussichtlich bereits im März 1995 verabschiedet.

EIDG. DEPARTEMENT DES INNERN
Presse- und Informationsdienst

Auskünfte:

Tel. 031 / 322 90 04
Markus Moser, Vizedirektor
Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung
Bundesamt für Sozialversicherung

Beilage: Verordnungsentwurf und Erläuterungen

Entwurf für das Vernehmlassungsverfahren

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

vom ...

Der Schweizerische Bundesrat,

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

verordnet:

1. Teil: Obligatorische Krankenpflegeversicherung

1. Titel: Versicherungspflicht

1. Kapitel: Allgemeine Bestimmungen

1. Abschnitt: Wohnsitz

(Art. 3 Abs. 1 KVG)

Art. 1

Der Wohnsitz einer Person wird nach den Artikeln 23-26 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches²⁾ (ZGB) bestimmt.

¹SR ...; AS ... (BBl 1994 II 236)
²SR 210

2. Abschnitt: Ausnahmen von der Versicherungspflicht (Art. 3 Abs. 2 KVG)

Art. 2

¹Von der Versicherungspflicht sind ausgenommen:

- a. Personen mit Vorrechten nach internationalem Recht, wie sie in Artikel 6 Absatz 1 definiert sind;
- b. Aktive und pensionierte Bundesbedienstete, die nach Artikel 1 Absatz 1 Buchstabe b Ziffern 1 - 7 und Artikel 2 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992¹) über die Militärversicherung (MVG) der Militärversicherung unterstellt sind.

²Auf Gesuch hin ausgenommen sind Personen, die nach ausländischem Recht obligatorisch krankenversichert sind, sofern der Einbezug in die schweizerische Versicherung für sie eine Doppelbelastung bedeuten würde, und sie über einen Versicherungsschutz für Behandlungen in der Schweiz mit einem den Leistungen nach den Artikeln 24-31 des Gesetzes entsprechenden Deckungsumfang verfügen.

3. Abschnitt: Ausdehnung der Versicherungspflicht und besondere Bestimmungen (Art. 3 Abs. 3 KVG)

Art. 3 Ausländer und Ausländerinnen

¹Versicherungspflichtig sind:

- a. Ausländer und Ausländerinnen, die eine Niederlassungsbewilligung nach Artikel 6 des Bundesgesetzes vom 26. März 1931²) über Aufenthalt und Niederlassung der Ausländer (ANAG) besitzen;
- b. Ausländer und Ausländerinnen mit einer Aufenthaltsbewilligung nach Artikel 5 ANAG, die länger als drei Monate gültig ist;

¹SR 833.1; AS 1993 3043

²SR 142.20

- c. unselbständig erwerbstätige Ausländer und Ausländerinnen, deren Aufenthaltsbewilligung weniger als drei Monate gültig ist, wenn sie nicht über einen anderweitigen Versicherungsschutz für Behandlungen in der Schweiz mit einem den Leistungen nach den Artikeln 24-31 des Gesetzes entsprechenden Deckungsumfang verfügen;
- d. Personen, die ein Asylgesuch in der Schweiz nach Artikel 13 des Asylgesetzes vom 5. Oktober 1979¹⁾ (Asylgesetz) gestellt haben und Personen, für welche die vorläufige Aufnahme nach Artikel 14a ANAG verfügt worden ist.

²Grenzgänger und Grenzgängerinnen, die in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausüben, sowie ihre Familienangehörigen im Sinne von Absatz 4, sofern diese im Ausland nicht eine versicherungspflichtige Erwerbstätigkeit ausüben, werden auf eigenes Gesuch hin der schweizerischen Versicherung unterstellt.

³Personen aus dem Ausland, die sich ausschliesslich zur ärztlichen Behandlung oder zur Kur in der Schweiz aufhalten, unterstehen nicht der Versicherungspflicht.

⁴Als Familienangehörige gelten Ehegatten sowie Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr und Kinder, die das 25. Altersjahr noch nicht vollendet haben und in Ausbildung begriffen sind.

Art. 4 Entsandte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen

¹Es bleiben weiterhin obligatorisch versichert ins Ausland entsandte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen und die sie begleitenden Familienangehörigen im Sinne von Artikel 3 Absatz 4, sofern diese im Ausland nicht eine versicherungspflichtige Erwerbstätigkeit ausüben, wenn der Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin unmittelbar vor der Entsendung in der Schweiz obligatorisch versichert war

¹SR 142.31

und im Arbeitsverhältnis zu einem Arbeitgeber oder einer Arbeitgeberin mit Wohnsitz oder Sitz in der Schweiz steht.

²Die Weiterdauer der obligatorischen Versicherung beträgt zwei Jahre. Die Versicherung wird auf Gesuch hin vom Versicherer bis auf insgesamt sechs Jahre verlängert.

³Für Personen, die gestützt auf eine zwischenstaatliche Vereinbarung über soziale Sicherheit als Entsandte gelten, entspricht die Weiterdauer der Versicherung derjenigen der aufgrund dieser Vereinbarung bewilligten Entsendung. Gleiches gilt für andere Personen, die gestützt auf eine solche Vereinbarung während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes der schweizerischen Gesetzgebung unterstellt sind.

Art. 5 Personen im öffentlichen Dienst

Versicherungspflichtig sind ausserdem Bundesbedienstete des Eidgenössischen Departements für auswärtige Angelegenheiten (EDA), die der Versetzungsdisziplin unterstellt sind, sowie Bundesbedienstete des EDA und anderer Departemente, die im Aussendienst für die Eidgenossenschaft tätig sind, sowie Personen, die im Ausland in einem Arbeitsverhältnis zu einer anderen öffentlich-rechtlichen Körperschaft oder Anstalt des Inlandes stehen, sowie die sie begleitenden Familienangehörigen im Sinne von Artikel 3 Absatz 4, sofern diese im Ausland nicht eine versicherungspflichtige Erwerbstätigkeit ausüben. Von der Versicherungspflicht ausgenommen ist das lokal angestellte Personal.

Art. 6 Personen mit Vorrechten nach internationalem Recht

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

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

³Ehemalige Beamte und Beamtinnen internationaler Organisationen, welche mit der Krankenversicherung ihrer früheren Organisation über eine den Leistungen nach den Artikeln 24-31 Gesetzes entsprechende Deckung verfügen, sind auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen.

4. Abschnitt: Beginn und Ende der Versicherung
(Art. 5 KVG)

Art. 7

¹Schweizer und Schweizerinnen, die nach einem Auslandsaufenthalt in der Schweiz Wohnsitz nehmen, sind verpflichtet, sich innert drei Monaten nach dem polizeilich meldepflichtigen Zuzug in die Wohngemeinde zu versichern. Für Personen mit Wohnsitz in der Schweiz endet die Versicherungspflicht am Tag des bei der Einwohnerkontrolle gemeldeten Wegzugs aus der Schweiz, mit der tatsächlichen Aufgabe des Wohnsitzes in der Schweiz oder mit dem Tod.

²Ausländer und Ausländerinnen mit einer Anwesenheitsbewilligung nach Artikel 3 Absatz 1 Buchstaben a und b sind verpflichtet, sich innert drei Monaten nach der fremdenpolizeilichen Anmeldung zu versichern. Bei rechtzeitigem Versicherungsbeitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt der fremdenpolizeilichen An-

meldung. Ausländer und Ausländerinnen mit einer Anwesenheitsbewilligung nach Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe c sind verpflichtet, sich bereits vor der fremdenpolizeilichen Anmeldung zu versichern. Die Versicherung endet am Tag des bei der Einwohnerkontrolle gemeldeten Wegzugs aus der Schweiz, mit der tatsächlichen Aufgabe des Aufenthaltes in der Schweiz oder mit dem Tod.

³Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie ihre Familienangehörigen im Sinne von Artikel 3 Absatz 4, die der schweizerischen Versicherung unterstellt sein wollen, müssen ihr Gesuch (Art. 3 Abs. 2) innert drei Monaten nach Erteilung der Grenzgängerbewilligung stellen. Die Versicherung beginnt im Zeitpunkt des Beitritts und gilt für die Dauer der in der Schweiz zugelassenen Erwerbstätigkeit. Diese Versicherungsmöglichkeit endet mit der Aufgabe der Erwerbstätigkeit in der Schweiz, mit dem Ablauf oder dem Widerruf der Grenzgängerbewilligung, mit dem Tod oder mit dem Verzicht auf die Unterstellung unter die schweizerische Versicherung. Im letzteren Fall darf kein neues Gesuch gestellt werden.

⁴Asylsuchende sind verpflichtet, sich unmittelbar nach Zuweisung an die Kantone nach Artikel 14a Asylgesetz zu versichern. Vorläufig Aufgenommene sind verpflichtet, sich unmittelbar nach Verfügung der vorläufigen Aufnahme zu versichern. Die Versicherung beginnt im Zeitpunkt der Gesuchstellung um Asyl oder um vorläufige Aufnahme. Sie endet am Tag, an dem diese Personen die Schweiz definitiv verlassen oder mit ihrem Tod.

⁵Für Personen mit Vorrechten nach internationalem Recht, die der schweizerischen Versicherung unterstellt sein wollen (Art. 6 Abs. 1), beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Versicherungsbeitritts und gilt für die Dauer der in der Schweiz bewilligten Anwesenheit. Diese Versicherungsmöglichkeit endet mit der Aufgabe der amtlichen Tätigkeit in der Schweiz, mit dem Tod oder mit dem Verzicht auf die Unterstellung unter die schweizerische Versicherung. Im letzteren Fall darf kein neues Gesuch gestellt werden.

⁶Aktive und pensionierte Bundesbedienstete nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe b, die aus der Militärversicherung ausscheiden, müssen sich innert drei Monaten nach Ausscheiden aus der Militärversicherung bei einem Versicherer nach Artikel 11 des Gesetzes für Krankenpflege versichern. Bei rechtzeitigem Versicherungsbeitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Militärversicherung.

5. Abschnitt: Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt (Art. 5 Abs. 2 KVG)

Art. 8

Der Prämienzuschlag nach Artikel 5 Absatz 2 des Gesetzes wird während einer gleich langen Zeitdauer erhoben, wie die Verspätung beim Versicherungsbeitritt betragen hat und kann sich auf 10 bis 20 Prozent der Prämie belaufen. Die Versicherer setzen den Zuschlag fest.

6. Abschnitt: Aufgaben der Kantone (Art. 6 KVG)

Art. 9

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

²Die zuständige kantonale Behörde entscheidet über die in den Artikeln 2 Absatz 2, 3 Absatz 2 und 6 Absätze 1 und 3 vorgesehenen Gesuche.

2. Kapitel: Ruhen der Unfalldeckung (Art. 8 Abs. 1 KVG)

Art. 10

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

2. Titel: Organisation (Art. 11-23 KVG)

1. Kapitel: Versicherer (Art. 11-17 KVG)

Art. 11 Anerkennung von Krankenkassen (Art. 12 Abs. 1 KVG)

¹Die Krankenkassen, die Anspruch auf Anerkennung erheben, müssen in einer der folgenden Rechtsformen organisiert sein:

- a. als Verein (Art. 60 ZGB¹), Stiftung (Art. 80 ZGB), Genossenschaft (Art. 828 des Obligationenrechts², OR) oder Aktiengesellschaft mit gemeinnützigem Zweck (Art. 620 Abs. 3 OR);
- b. als juristische Person des kantonalen öffentlichen Rechts.

²Die Anerkennung wird gleichzeitig mit der Erteilung der Durchführungsbewilligung nach Artikel 13 des Gesetzes ausgesprochen. Sie wird jeweils auf den Anfang eines Kalenderjahres wirksam. Das Gesuch ist dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) bis am 30. Juni des Vorjahres einzureichen. Dem Gesuch sind beizulegen:

- a. die Statuten, die Gründungsurkunde oder der betreffende kantonale oder kommunale Erlass sowie ein Handelsregisterauszug;
- b. die Bestimmungen über die besonderen Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 62 KVG) und über die freiwillige Taggeldversicherung (Art. 67-77 KVG), sowie die allfälligen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten;
- c. die Prämientarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung nach den Artikeln 67-77 des Gesetzes;
- d. ein Budget für die obligatorische Krankenpflegeversicherung und für die freiwillige Taggeldversicherung nach den Artikeln 67-77 des Gesetzes;
- e. eine nach den unter Buchstabe d bezeichneten Versicherungsarten gegliederte Übersicht über die Reserven und Rückstellungen;

¹SR 210

²SR 220

- f. falls die Kasse Zusatzversicherungen und weitere Versicherungsarten nach Artikel 12 Absatz 2 des Gesetzes zu betreiben beabsichtigt, die Mitteilung, dass beim Bundesamt für Privatversicherungswesen (BPV) ein entsprechendes Gesuch gestellt worden ist.

³Die minimale Reserve einer um die Anerkennung nachsuchenden Kasse (Art. 80) hat derjenigen einer Kasse mit einem Versichertenbestand von 5 001 bis 10 000 Personen zu entsprechen. Als Berechnungsgrundlage dienen die um einen Zuschlag von 50 Prozent erhöhten durchschnittlichen Krankenpflegekosten gemäss der letzten durch das BSV erstellten Statistik über die soziale Krankenversicherung.

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

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

Art. 12 Zusatzversicherungen **(Art. 12 Abs. 2 und 3 KVG)**

Die Kassen können die in Artikel 12 Absatz 2 des Gesetzes vorgesehenen Zusatzversicherungen betreiben, sofern ihnen das BPV die entsprechende Bewilligung erteilt hat.

Art. 13 Weitere Versicherungsarten
(Art. 12 Abs. 2 und 3 KVG)

¹Als weitere Versicherungsarten im Sinne von Artikel 12 Absatz 2 des Gesetzes gelten:

- a. ein Sterbegeld von höchstens 6 000 Franken;
- b. ein Sterbegeld bei Unfalltod von höchstens 6 000 Franken;
- c. Invaliditätsentschädigungen bei Krankheit und Unfall von höchstens je 6 000 Franken;
- d. eine Invaliditätsentschädigung bei Lähmung von höchstens 70 000 Franken.

Art. 14 Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung
(Art. 13 KVG)

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

- a. von den Krankenkassen die in Artikel 11 Absatz 2 Buchstaben a - e genannten Unterlagen;
- b. von den privaten Versicherungseinrichtungen die Unterlagen, aus denen die Bewilligung zur Durchführung der Krankenversicherung hervorgeht, sowie die in Artikel 11 Absatz 2 Buchstaben b - d genannten Unterlagen.

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

2. Kapitel: Rückversicherer

(Art. 14 KVG)

Art. 15 Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung

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

- a. Institutionen, welche die Leistungen der Krankenversicherung im Sinne des Gesetzes für mindestens 100 000 Personen rückversichern;
- b. Krankenkassen mit mindestens 100 000 Versicherten;
- c. privaten Versicherungseinrichtungen, die zur Rückversicherung von Krankenversicherungsleistungen zugelassen sind.

²Artikel 14 findet sinngemäss auf die Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung Anwendung.

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

Art. 16 Reserven

¹Bei Stop-Loss-Rückversicherungen hat jeder Rückversicherer jährlich nach Abzug der Leistungen einen Beitrag von mindestens 80 Prozent der Prämien der Reserve zuzuweisen, bis diese zehn Jahresprämien erreicht. Bei Quoten-Rückversicherungen und anderen Formen der Rückversicherung werden vom BSV Weisungen über die Reservebildung erteilt.

²Sinkt der Bestand eines Rückversicherers nach Artikel 15 Absatz 1 Buchstaben a und b vorübergehend unter 100 000 Versicherte, so hat das BSV zusätzliche Sicherheiten zu verlangen.

Art. 17 Rückversicherte Leistungen

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

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

3. Kapitel: Gemeinsame Einrichtung (Art. 18 KVG)

Art. 18 Erfüllung internationaler Verpflichtungen (Art. 18 Abs. 3 und 6 KVG)

¹Sofern die Schweiz entsprechende Verpflichtungen eingegangen ist, ist die gemeinsame Einrichtung die für die Durchführung der Leistungsaushilfe zuständige Stelle.

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

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

Art. 19 Revisionsstelle

Die gemeinsame Einrichtung bezeichnet eine Revisionsstelle. Die Artikel 89-91 sind sinngemäss anwendbar.

Art. 20 Berichte

Die gemeinsame Einrichtung reicht dem BSV bis zum 30. Juni des Folgejahres jährlich einen Bericht über die Gesamtheit ihrer Aktivitäten ein und für jeden ihr übertragenen Aufgabenbereich:

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

Art. 21 Streitigkeiten

Übernimmt die gemeinsame Einrichtung anstelle eines zahlungsunfähigen Versicherers die Kosten für die gesetzlichen Leistungen, so ist sie im Verfahren nach den Artikeln 85-91 des Gesetzes einem Versicherer gleichgestellt.

4. Kapitel: Förderung der Gesundheit
(Art. 19 und 20 KVG)**Art. 22 Aufsicht**

Bezüglich der Aufsicht über die in Artikel 19 Absatz 2 des Gesetzes vorgesehene Institution sind die Artikel 19 und 20 sinngemäss anwendbar. Die verlangten Unterlagen sind jedoch bis zum 31. März einzureichen.

Art. 23 Finanzierung

Zusammen mit den im Rahmen der Aufsicht vorzulegenden Unterlagen stellt die Institution dem BSV auch ihren Antrag für den Beitrag (Art. 20 Abs. 1 KVG) des Folgejahres zu.

5. Kapitel: Aufsicht

(Art. 21-23 KVG)

1. Abschnitt: Zuständigkeiten

Art. 24 Aufsicht über die Versicherungstätigkeit (Art. 21 Abs. 2 und 3 KVG)

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

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

³Das BSV und das BPV erlassen gemeinsame Weisungen über die gegenseitige Zustellung der Unterlagen, die ihnen von den Versicherern und den Rückversicherern einzureichen sind.

Art. 25 Institutionelle Aufsicht über die Krankenkassen

Das BSV sorgt dafür, dass die Krankenkassen und die Rückversicherungsverbände nach Artikel 15 Absatz 1 Buchstabe a jederzeit in der Lage sind, die mit der Anerkennung und der Durchführungsbewilligung verbundenen Bedingungen zu erfüllen.

Art. 26 Aufsicht über die gemeinsame Einrichtung

Die gemeinsame Einrichtung nach Artikel 18 des Gesetzes untersteht der Aufsicht des BSV.

2. Abschnitt: Inspektionen

(Art. 21 Abs. 4 KVG)

Art. 27

Die vom BSV bei den Versicherern durchgeführten Inspektionen können angemeldet oder unangemeldet sein.

3. Abschnitt: Kontrolle der Verwaltungskosten

(Art. 22 KVG)

Art. 28

Liegen die Verwaltungskosten eines Versicherers für die soziale Krankenversicherung pro versicherte Person wesentlich über dem schweizerischen Mittel, so kann das BSV auf Kosten des Versicherers Untersuchungen und Expertisen durchführen lassen und die für die Wiederherstellung des gesetzmässigen Zustandes erforderlichen Massnahmen ergreifen.

4. Abschnitt: Aufsichtsdaten

Art. 29 Versichertenbestände

¹Für die Errechnung der Versichertenbestände in der sozialen Krankenversicherung eines Versicherers sind die vollen Versicherungsjahre in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder in der freiwilligen Taggeldversicherung nach den Artikeln 67-77 des Gesetzes sowie bei unterjährigen Versicherungszeiten die zusammengezählte Anzahl Versicherungsmonate, geteilt durch zwölf, massgebend. Versicherte, die beim gleichen Versicherer sowohl für Krankenpflege als auch für Taggeld versichert sind, werden nur einmal gezählt.

²Bei neuen Versicherern sind die Versichertenbestände bei Beginn der Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung massgebend, bis die Angaben nach Absatz 1 vorliegen.

Art. 30 Angaben der Versicherer

¹Die Versicherer melden dem BSV gleichzeitig mit den von ihnen nach Artikel 21 des Gesetzes einzureichenden Berichten und Rechnungen jährlich Angaben

- a. über Alter, Geschlecht und Wohnort der Versicherten;
- b. über ihren Ein- und Austritt sowie über die Todesfälle;
- c. über die von ihnen im Rahmen der sozialen Krankenversicherung abgeschlossenen Versicherungsarten mit Angabe der Höhe der Prämie und der Franchise;
- d. über Umfang, Art und Kosten der im Laufe eines ganzen Jahres von ihnen beanspruchten Leistungen;
- e. über die jeweiligen Erbringer dieser Leistungen;
- f. über die Höhe der erhobenen Kostenbeteiligung.

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

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

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

⁵Das BSV erlässt nach Anhören der Versicherer Weisungen zu den nach den Absätzen 1-4 zu treffenden Vorkehren.

Art. 31 Angaben der Spitäler und anderen Einrichtungen

¹Das BSV kann bei den Spitälern und anderen Einrichtungen nach Artikel 39 des Gesetzes Angaben erheben oder erheben lassen über:

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

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

³Das Departement kann Dritte vertraglich beauftragen, diese Angaben zu erheben.

⁴Die Angaben sind korrekt, vollständig, fristgerecht und auf eigene Kosten mitzuteilen. Die Angaben zu den Patientinnen und Patienten sind so zu übermitteln, dass keine Rückschlüsse auf die Identität der einzelnen Personen möglich sind. Das BSV erlässt in Zusammenarbeit mit den Einrichtungen Weisungen zu den nach den Absätzen 1-3 zu treffenden Vorkehren.

Art. 32 Weitergabe

Für die Weitergabe der Daten ist die Datenschutzgesetzgebung des Bundes massgebend.

Art. 33 Veröffentlichung

¹Das BSV sorgt dafür, dass die Ergebnisse der Erhebungen von Aufsichtsdaten so veröffentlicht werden, dass daraus namentlich Angaben über die Versicherungsform, die Versicherungsleistungen und die Kosten, gesondert nach Alter, Geschlecht und Region sowie nach Kategorien von Leistungserbringern, Betrieben und Pflegeleistungen ersichtlich sind.

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

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

3. Titel: Leistungen (Art. 32-34 KVG)

1. Kapitel: Bezeichnung der Leistungen

Art. 34 Allgemeine Leistungen (Art. 33 Abs. 1-3 KVG)

Das Departement bezeichnet nach Anhören der Leistungskommission (Art. 38):

- a. die von Ärzten und Ärztinnen oder Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen, deren Kosten nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden;
- b. die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach Artikel 25 Absatz 2 des Gesetzes;

- c. die neuen oder umstrittenen Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befinden und bestimmt die Voraussetzungen und den Umfang der Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung;
- d. die medizinischen Präventionsmassnahmen nach Artikel 26 des Gesetzes, die Leistungen bei Mutterschaft nach Artikel 29 Absatz 2 Buchstaben a und c des Gesetzes und die zahnärztlichen Behandlungen nach Artikel 31 Absatz 1 des Gesetzes;
- e. die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmenden Mittel und Gegenstände nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 3 des Gesetzes; es setzt Höchstbeträge für ihre Vergütung fest;
- f. den in Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe c des Gesetzes vorgesehene Beitrag an die Kosten von Badekuren; dieser Beitrag kann während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet werden.

Art. 35 Analysen und Arzneimittel

Die Listen nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffern 1 (Analysenliste) und 2 (Arzneimittelliste) sowie Buchstabe b (Spezialitätenliste) des Gesetzes werden nach Anhören der Arzneimittelkommission (Art. 39) erstellt.

Art. 36 Therapeutische Massnahmen bei Geburtsgebrechen (Art. 52 Abs. 2 KVG)

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

2. Kapitel: Kommissionen

(Art. 33 Abs. 4 KVG)

Art. 37 Im Allgemeinen

¹Als Kommissionen nach Artikel 33 Absatz 4 des Gesetzes werden eingesetzt:

- a. eine Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen der Krankenversicherung;
- b. eine Eidgenössische Arzneimittelkommission.

²Das Departement legt die Einzelheiten der Zusammensetzung dieser Kommissionen fest. Dabei sorgt es namentlich dafür, dass die Schul- und Komplementärmedizin sowie die medizinische Ethik gebührend vertreten sind.

³Die Kommissionen werden von einem Vertreter oder einer Vertreterin des BSV präsidiert. Sie geben sich eine Geschäftsordnung, welche der Genehmigung durch das Departement bedarf. Sie können externe Experten und Expertinnen beiziehen.

⁴Das Departement kann nach Anhören der betreffenden Kommission Ausschüsse bezeichnen und deren Zusammensetzung festlegen. Das Departement kann bestimmen, inwiefern es oder das BSV Ausschüsse unmittelbar anhören darf.

⁵Das BSV sorgt für die Koordination der Arbeiten der Kommissionen und führt deren Sekretariat.

Art. 38 Leistungskommission

¹Der Bundesrat ernennt die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen der Krankenversicherung (Leistungskommission) sowie deren allfällige Ausschüsse. Die Kommission besteht aus Vertretern und Vertreterinnen der Ärzteschaft, der Spitäler, der Apothekerschaft, der Kranken- und Unfallversicherer, der

Versicherten sowie der Kantone. Das Bundesamt für Gesundheitswesen ist mit beratender Stimme vertreten.

²Die Kommission berät das Departement bei der Bezeichnung der Leistungen nach Artikel 34.

Art. 39 Arzneimittelkommission

¹Der Bundesrat ernennt die Eidgenössische Arzneimittelkommission (Arzneimittelkommission) sowie deren allfällige Ausschüsse. Die Kommission besteht aus Dozenten oder Dozentinnen der Medizin und Pharmazie, Vertretern oder Vertreterinnen der praktizierenden Ärzte und Ärztinnen, der Apothekerschaft, der Spitäler, der Pharmaindustrie, der Kranken- und Unfallversicherer, der Versicherten und der Laboratorien. Die zuständige Registrierungsstelle, das Bundesamt für Gesundheitswesen, die Armeepothke und die Kantone sind mit beratender Stimme vertreten.

²Die Kommission berät das Departement und das BSV bei der Erstellung der Listen nach Artikel 35.

3. Kapitel: Umfang der Kostenübernahme (Art. 34 KVG)

Art. 40 Verrechnung

¹Die Versicherer können fällige Leistungen mit ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen der Versicherten verrechnen.

²Die Versicherer dürfen die Leistungen nicht verweigern oder einstellen, wenn sich die versicherte Person mit der Bezahlung der Prämien oder der Kostenbeteiligung im Rückstand befindet.

Art. 41 Leistungen im Ausland
(Art. 34 Abs. 2 KVG)

¹Das Departement bezeichnet nach Anhören der Leistungskommission (Art. 38) die Leistungen nach den Artikeln 25 Absatz 2 und 29 des Gesetzes, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Ausland übernommen werden, wenn sie in der Schweiz nicht erbracht werden können.

²Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten von Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht werden. Ein Notfall liegt vor, wenn Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedürfen. Kein Notfall besteht, wenn sich Versicherte zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begeben.

³Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt im Rahmen von Artikel 29 des Gesetzes die Kosten einer Entbindung im Ausland, wenn sie zum Erwerb der Staatsbürgerschaft im Ausland erfolgt.

⁴Für Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 und für die Behandlung im Ausland von Grenzgängern und Grenzgängerinnen sowie ihren Familienangehörigen (Art. 3 Abs. 4), entsandten Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen (Art. 4) und Personen im öffentlichen Dienst (Art. 5) wird höchstens der doppelte Betrag der Kosten übernommen, die in der Schweiz vergütet würden, in den Fällen von Absatz 3 höchstens der einfache Betrag. Für Versicherte nach den Artikeln 4 und 5 richtet sich die Kostenübernahme nach den Tarifen und Preisen am letzten Wohnort der Versicherten in der Schweiz.

Art. 42 Grenzgänger und Grenzgängerinnen

Für stationäre oder teilstationäre Leistungen wird der Arbeitsort von Grenzgängern und Grenzgängerinnen dem Wohnort im Sinne von Artikel 41 Absatz 1 des Gesetzes gleichgestellt.

4. Titel: Leistungserbringer

(Art. 35-59 KVG)

1. Kapitel: Zulassung

(Art. 35-40 KVG)

1. Abschnitt: Ärzte und Ärztinnen

(Art. 36 KVG)

Art. 43 Weiterbildung

¹Ärzte und Ärztinnen haben sich über eine zweijährige praktische Weiterbildung auszuweisen, wovon 18 Monate an anerkannten klinischen Weiterbildungsstätten und 6 Monate in einer anerkannten Arztpraxis oder einer anerkannten Poliklinik zu absolvieren sind.

²Die Anerkennung von klinischen Weiterbildungsstätten, Arztpraxen und Polikliniken im Sinne von Absatz 1 erfolgt nach Massgabe der Gesetzgebung über das Gesundheitswesen. Steht keine anerkannte klinische Weiterbildungsstätte, Arztpraxis oder Poliklinik zur Verfügung, hat der Kanton zu bestätigen, dass der Arzt oder die Ärztin eine gleichwertige Weiterbildung erworben hat.

Art. 44 Andere wissenschaftliche Befähigungsausweise

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

2. Abschnitt: Apotheker und Apothekerinnen (Art. 37 KVG)

Art. 45 Weiterbildung

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

Art. 46 Andere wissenschaftliche Befähigungsausweise

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

3. Abschnitt: Zahnärzte und Zahnärztinnen (Art. 36 Abs. 3 KVG)

Art. 47 Zulassungsvoraussetzungen

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

Art. 48 Andere wissenschaftliche Befähigungsausweise

Den Zahnärzten und Zahnärztinnen mit eidgenössischem Diplom gleichgestellt sind Zahnärzte und Zahnärztinnen, die über einen Befähigungsausweis verfügen, der von der zuständigen Bundesinstanz nach Anhören der Kantone anerkannt worden ist.

4. Abschnitt: Chiropraktoren und Chiropraktorinnen (Art. 38 KVG)

Art. 49

¹Die Chiropraktoren und Chiropraktorinnen haben nachzuweisen:

- a. eine mindestens fünfjährige theoretische und praktische Fachausbildung an einer nach Anhören der Berufsverbände vom BSV anerkannten Schule für Chiropraktik mit erfolgreich abgelegter interkantonaler Chiropraktorenprüfung in folgenden Fächern:
 - 1. Anatomie, Physiologie, allgemeine Pathologie,
 - 2. klinische Krankheitslehre,
 - 3. grundlegende Lehren der Chiropraktik,
 - 4. allgemeine Röntgenkunde und Beurteilung von Röntgenbildern; weitere Hilfsuntersuchungen,
 - 5. klinischer, insbesondere chiropraktischer Untersuchungsgang; allgemeine diagnostische Beurteilung; therapeutisches, insbesondere chiropraktisches Vorgehen;
- b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einem Chiropraktor oder einer Chiropraktorin, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, und den gleichzeitigen Besuch von Weiterbildungskursen einer vom BSV als geeignet bezeichneten Institution;
- c. eine kantonale Berufsausübungsbewilligung.

²Das BSV veröffentlicht eine Liste der anerkannten Schulen und geeigneten Weiterbildungsinstitutionen.

³Die Bestimmungen über die Anwendung von ionisierenden Strahlen zu chiropraktischen Zwecken, insbesondere Artikel 11 der Strahlenschutzverordnung vom 22. Juni 1994¹⁾, bleiben vorbehalten.

¹SR 814.501; AS 1994 1947

5. Abschnitt: Hebammen

(Art. 38 KVG)

Art. 50

Die Hebammen haben nachzuweisen:

- a. eine vom Kanton anerkannte, dreijährige theoretische und praktische Fachausbildung mit erfolgreich abgelegter Prüfung in folgenden Fächern:
 1. medizinisch-naturwissenschaftliche Fächer,
 2. sozialwissenschaftliche Fächer,
 3. pflegerische Fächer,
 4. allgemeine Fächer;
- b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einer nach dieser Verordnung zugelassenen Hebamme oder in einem Spital oder einer Arztpraxis unter der Leitung eines Arztes oder einer Ärztin, die in der Geburtshilfe spezialisiert sind;
- c. eine kantonale Berufsausübungsbewilligung.

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

(Art. 38 KVG)

Art. 51 Im allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbständig und auf eigene Rechnung ausüben, über eine kantonale Berufsausübungsbewilligung verfügen und die entsprechenden Zulassungsvoraussetzungen erfüllen, welche in dieser Verordnung festgelegt sind:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;
- c. Krankenschwester oder Krankenpfleger;
- d. Logopäde oder Logopädin;
- e. Psychotherapeut oder Psychotherapeutin.

Art. 52 Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen

Die Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen haben nachzuweisen:

- a. das Diplom einer vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannten Schule für Physiotherapie oder ein vom Schweizerischen Roten Kreuz als gleichwertig anerkanntes und registriertes Diplom;
- b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einem Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, in einer physikalisch-therapeutischen Spezialabteilung eines Spitals oder in einer fachärztlichen Praxis unter der Leitung eines Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin, welche die Zulassungsvoraussetzungen nach dieser Verordnung erfüllen.

Art. 53 Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen

¹Die Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen haben nachzuweisen:

- a. eine dreijährige theoretische und praktische Fachausbildung mit erfolgreich abgelegter Prüfung an einer nach Anhören der Berufsverbände vom BSV anerkannten Schule für Ergotherapie im Inland oder an einer ausländischen Schule mit gleichwertigem Ausbildungsprogramm;
- b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einem Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, oder in einer Arztpraxis oder einem Spital unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.

²Das BSV veröffentlicht eine Liste der anerkannten Schulen.

Art. 54 Krankenpfleger und Krankenschwestern

¹Die Krankenpfleger und Krankenschwestern haben eine mindestens dreijährige Ausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege mit einem vom Schweizerischen

Roten Kreuz anerkannten und registrierten Diplom nachzuweisen.

²Sie müssen eine mindestens zweijährige berufliche Tätigkeit in der Krankenpflege ausgeübt haben.

Art. 55 Logopäden und Logopädinnen

Die Logopäden und Logopädinnen haben nachzuweisen:

- a. eine vom Kanton anerkannte dreijährige theoretische und praktische Fachausbildung mit erfolgreich abgelegter Prüfung in folgenden Fächern:
 1. Linguistik (Linguistik, Phonetik, Psycholinguistik),
 2. Logopädie (Logopädische Methodenlehre [Beratung, Abklärung, Behandlung], Sprachbehindertenpädagogik, Sprachbehindertenpsychologie, Sprachpathologie),
 3. Medizin (Neurologie, Otorhinolaryngologie, Phoniatrie, Psychiatrie, Stomatologie),
 4. Pädagogik (Pädagogik, Sonderpädagogik/Heilpädagogik),
 5. Psychologie (Entwicklungspsychologie, klinische Psychologie, pädagogische Psychologie einschliesslich Lernpsychologie, Sozialpsychologie),
 6. Recht (Sozialgesetzgebung);
- b. eine zweijährige praktische Tätigkeit in klinischer Logopädie mit überwiegender Erfahrung im Erwachsenenbereich; diese Tätigkeit muss in einem Spital unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin und in Begleitung eines oder einer klinischen Logopäden oder Logopädin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen, durchgeführt worden sein.

Art. 56 Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen

Ein Vorschlag der Fachverbände steht noch aus.

Art. 57 Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause

Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause können die vom Departement näher umschriebenen Leistungen erbringen, wenn sie:

- a. nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind;
- b. einen Leistungsauftrag haben;
- c. die Leitung des Krankenpflegebereiches einem Krankenpfleger oder einer Krankenschwester anvertraut haben, welche die Zulassungsvoraussetzungen nach dieser Verordnung erfüllen;
- d. über Personal verfügen, das eine dem Leistungsauftrag entsprechende Ausbildung hat;
- e. über Einrichtungen verfügen, die dem Leistungsauftrag entsprechen;
- f. an Massnahmen zur Qualitätssicherung teilnehmen, die gewährleisten, dass der Leistungsauftrag erfüllt wird und eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Krankenpflege erbracht wird.

7. Abschnitt: Laboratorien

(Art. 38 KVG)

Art. 58 Grundsatz

¹Zugelassen als Laboratorien sind Einrichtungen, die:

- a. medizinische Analysen durchführen;
- b. über eine kantonale Bewilligung verfügen;
- c. an den Qualitätssicherungsmassnahmen (Art. 79) teilnehmen;
- d. die Zulassungsbedingungen erfüllen, welche in dieser Verordnung festgelegt sind.

²Die Analysenliste (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 1 KVG) kann vorsehen, dass für die Vornahme von bestimmten Analysen besondere Einrichtungen und Räumlichkeiten sowie eine besondere Qualifikation und Weiterbildung von Laborleitung und Laborpersonal nachgewiesen werden müssen. Das Departement kann für die Durchführung dieser Analysen einzelne Zentren bestimmen und sie mit der Führung von Evaluationsregistern beauftragen.

Art. 59 Zulassungsbedingungen

¹Als Laboratorium ist ohne weiteres zugelassen:

- a. das Praxislaboratorium eines Arztes oder einer Ärztin sowie das Spitallaboratorium für Analysen nach Artikel 66 Absatz 1 Buchstabe a, die für den Eigenbedarf notwendig sind;
- b. die Offizin eines Apothekers oder einer Apothekerin sowie das Spitallaboratorium für Analysen nach Artikel 66 Absatz 1 Buchstabe b, die ärztlich angeordnet sind.

²Privatlaboratorien und Spitallaboratorien, die zusätzlich zu den Analysen nach Absatz 1 Aufträge für Dritte durchführen, stehen unter der Leitung:

- a. eines Arztes oder einer Ärztin;
- b. eines Apothekers oder einer Apothekerin;
- c. eines Leiters oder einer Leiterin mit einer vom Departement anerkannten Hochschulausbildung naturwissenschaftlicher Richtung, welcher oder welche sich über eine Weiterbildung in der Laboranalytik ausweist, deren Inhalt vom Departement geregelt wird.

8. Abschnitt: Abgabestellen für Mittel und Gegenstände (Art. 38 KVG)

Art. 60

¹Wer eine kantonale Bewilligung besitzt und mit einem Versicherer einen Vertrag über die Abgabe von der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen abschliesst, darf zu Lasten der sozialen Krankenversicherung tätig sein.

²Die Versicherer teilen dem BSV die Vertragsabschlüsse mit. Dieses veröffentlicht eine entsprechende Liste.

9. Abschnitt: Heilbäder

(Art. 40 KVG)

Art. 61 Im allgemeinen

¹Als Heilbäder gelten unter ärztlicher Aufsicht stehende Einrichtungen, die zu Heilzwecken vor Ort bestehende Heilquellen nutzen, über das erforderliche Fachpersonal sowie die zweckentsprechenden diagnostischen und therapeutischen Geräte verfügen und eine kantonale Bewilligung besitzen.

²Das Departement kann vom Erfordernis der vor Ort bestehenden Heilquelle Ausnahmen bewilligen, sofern die Anforderungen von Artikel 32 Absatz 1 des Gesetzes erfüllt sind.

Art. 62 Heilquellen

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

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

2. Kapitel: Rechnungstellung (Art. 42 KVG)

Art. 63

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

- a. Daten der Behandlungen;
- b. erbrachte Leistungen im Detaillierungsgrad, den der massgebliche Tarif vorsieht;
- c. Diagnose, unter Vorbehalt von Artikel 42 Absatz 5 des Gesetzes.

²Die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen sind in der Rechnung von anderen Leistungen klar zu unterscheiden.

3. Kapitel: Tarife und Preise der Analysen und Arzneimittel (Art. 52 KVG)

1. Abschnitt: Analysenliste

Art. 64 Veröffentlichung

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

Art. 65 Aufnahme, Streichung

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

²Das BSV prüft den Vorschlag und unterbreitet ihn der Arzneimittelkommission. Bei der Prüfung der Vorschläge kann es aussenstehende Experten oder Expertinnen beiziehen. Es ist befugt, von sich aus oder auf Antrag der Arzneimittelkommission

mission die Aufnahme einer Analyse von ergänzenden Prüfungen abhängig zu machen.

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

Art. 66 Anhang zur Analysenliste

¹Das Departement bezeichnet in einem Anhang zur Analysenliste diejenigen Analysen, die:

- a. der Arzt oder die Ärztin im Praxislabor sowie die Spitallaboratorien im Rahmen der ärztlichen Grundversorgung durchführen können;
- b. der Apotheker oder die Apothekerin in der Offizin sowie das Spitallaboratorium im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin durchführen können.

²Das Departement bezeichnet diejenigen Analysen, für die der Tarif nach den Artikeln 46 und 48 des Gesetzes festgesetzt werden kann.

2. Abschnitt: Arzneimittelliste mit Tarif

Art. 67

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

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

3. Abschnitt: Spezialitätenliste

Art. 68 Veröffentlichung

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

Art. 69 Aufnahmebedingungen

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

²Ein konfektioniertes Arzneimittel darf in die Spezialitätenliste nur aufgenommen werden, wenn es sich durch den Apotheker oder die Apothekerin prüfen lässt.

³Die Arzneimittel müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.

⁴Für die Beurteilung der Wirksamkeit von allopathischen Spezialitäten sind klinisch kontrollierte Studien notwendig.

⁵Die Kosten für Forschung und Entwicklung sind bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit eines Originalpräparates angemessen zu berücksichtigen.

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

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

Art. 70 **Begriffe**

¹Als Originalpräparate gelten aufgrund eigener Forschung entwickelte Arzneimittel, die für die Verwendung ihres Wirkstoffes als erste eine Zulassung erlangt haben.

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

³Als übrige Präparate gelten Arzneimittel, deren Bestandteile bekannt sind und die nicht unter die Kategorie der Originalpräparate oder der Generika fallen.

Art. 71 **Preise**

¹Die Spezialitätenliste enthält die für die Aufnahme der Arzneimittel nach Artikel 69 massgebenden Preise bei Abgabe durch die Apotheker, Apothekerinnen oder selbstdispensierenden Ärzte und Ärztinnen. Die Preise sind so festzulegen, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird. Bei der Preisbeurteilung wird auch die Preisgestaltung im Ausland beachtet.

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

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

³Nach spätestens 15-jährigem Eintrag in der Spezialitätenliste kann das BSV eine angemessene Preissenkung anordnen.

Art. 72 Streichung

- ¹Ein in die Spezialitätenliste aufgenommenes Arzneimittel wird gestrichen, wenn:
- a. es nicht mehr alle Aufnahmebedingungen erfüllt;
 - b. der in der jeweils geltenden Liste enthaltene Preis ohne Zustimmung des BSV erhöht wird;
 - c. die Gebühren oder Kosten nach Artikel 74 nicht rechtzeitig entrichtet werden.

²Streichungen werden drei Monate nach ihrer Veröffentlichung im Bulletin des Bundesamtes für Gesundheitswesen (Art. 75 Bst. a) wirksam. Beim Vorliegen besonderer Gründe werden sie mit der Veröffentlichung wirksam.

Art. 73 Gesuche

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

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

³Das BSV ist befugt, von sich aus oder auf Antrag der Arzneimittelkommission bei der Beurteilung eines Gesuches eine ergänzende Prüfung zu verlangen oder durchführen zu lassen. Die Kosten der Prüfung trägt der Gesuchsteller.

Art. 74 Gebühren und Kosten

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

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

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

⁴Das Departement setzt die Höhe der Gebühren fest.

4. Abschnitt: Gemeinsame Bestimmungen**Art. 75** Veröffentlichungen im Bulletin des Bundesamtes für Gesundheitswesen

Im Bulletin des Bundesamtes für Gesundheitswesen werden veröffentlicht:

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

Art. 76 Limitierungen

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

Art. 77 Gesuche und Vorschläge

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

Art. 78 Nähere Vorschriften

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

4. Kapitel: Qualitätssicherung

(Art. 58 KVG)

Art. 79

¹Die Versicherer oder deren Verbände und die Leistungserbringer oder deren Verbände schliessen Verträge über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen, die Förderung der Qualität, die Kontrolle der Erfüllung sowie die Folgen der Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen ab. Die Bestimmungen haben den neuesten allgemein anerkannten Standards zu entsprechen.

²Die Vertragsparteien sind verpflichtet, das BSV über die jeweils gültigen Vertragsbestimmungen zu informieren sowie den beteiligten Kantonen alle zwei Jahre über die Durchführung der Qualitätssicherung Bericht zu erstatten. Diese haben dem BSV periodisch einen entsprechenden Bericht abzuliefern.

³Die in Absatz 1 vorgesehenen Verträge sind den Tarifverträgen (Art. 46 KVG) gleichgestellt. Sie sind durch die nach Artikel 46 Absatz 4 des Gesetzes zuständige Instanz zu genehmigen. Gegen die Genehmigungsbeschlüsse kann Beschwerde an den Bundesrat erhoben werden. Die Behandlung der Beschwerde

richtet sich nach Artikel 53 Absätze 2 und 3 des Gesetzes.

⁴In den Bereichen, in denen kein Vertrag abgeschlossen werden konnte oder dieser nicht den Anforderungen von Absatz 1 entspricht, erlässt der Bundesrat die erforderlichen Bestimmungen. Er hört zuvor die interessierten Organisationen an.

⁵Die Tarifverträge nach Artikel 46 des Gesetzes können vorsehen, dass die Tarifierung der Leistungen von den Ergebnissen der Qualitätssicherung abhängig gemacht wird.

⁶Das Departement setzt nach Anhören der Leistungskommission oder der Arzneimittelskommission die Massnahmen nach Artikel 58 Absatz 3 des Gesetzes fest.

5. Titel: Finanzierung

(Art. 60-66 KVG)

1. Kapitel: Finanzierungsverfahren, Rechnungslegung und Revision

1. Abschnitt: Finanzierungsverfahren

(Art. 60 KVG)

Art. 80 Reserve

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

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

³Die Schwankungsreserve dient dazu, Kostenschwankungen auffangen zu können.

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

Anzahl Versicherte		Sicherheitsreserve %	Schwankungsreserve %	Minimale Reserve %
bis	100	70	112	182
101 bis	500	46	50	96
501 bis	1 000	38	35	73
1 001 bis	2 500	30	22	52
2 501 bis	5 000	26	16	42
5 001 bis	10 000	23	11	34
10 001 bis	50 000	19	5	24
51 000 bis	100 000	18	4	22
100 001 bis	250 000	17	2	19
über	250 000	15	0	15

⁵Hat ein Versicherer Leistungen rückversichert, kann die minimale Reserve nach Absatz 4 in einem durch das BSV zu bestimmenden Verhältnis herabgesetzt werden. Sie muss aber mindestens 15 Prozent der geschuldeten Prämien betragen. Versicherer mit weniger als 10 000 Versicherten sind verpflichtet, eine Rückversicherung abzuschliessen.

Art. 81 Defizitgarantie

¹Besitzt der Versicherer die Defizitgarantie eines Gemeinwesens oder einer Einrichtung, die ihrerseits über die Garantie eines Gemeinwesens verfügt, so berücksichtigt das BSV diese Garantie bei der Anwendung des Artikels 80, sofern

sich der Garant verpflichtet hat, im Falle eines Defizits die Garantieleistung unverzüglich auszusahlen.

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

2. Abschnitt: Kapitalanlagen

Art. 82

¹Die Versicherer sind verpflichtet, ihre Anlagen in Schweizer Franken vorzunehmen. Sie achten dabei auf die Sicherheit, die Erhaltung der erforderlichen Liquidität und eine ausgewogene Risikoverteilung unter Berücksichtigung eines angemessenen Ertrages.

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

³Folgende Anlagen sind zulässig:

- a. Anlagen bei öffentlich-rechtlichen Körperschaften und bei Banken und Sparkassen im Sinne des Bundesgesetzes vom 8. November 1934¹⁾ über die Banken und Sparkassen;
- b. Wertpapiere und andere Anlagen, die an einer schweizerischen Börse kotiert sind;
- c. Anlagen in Form von Immobilien und von grundpfandgesicherten Darlehen in der Schweiz bis zu 30 Prozent der Anlagen des Versicherers;
- d. Anlagen und Guthaben von Betriebskrankenkassen im eigenen Betrieb bis zu 10 Prozent der Anlagen der Krankenkasse; der Betrieb hat der Krankenkasse jährlich einen Bonitätsnachweis zuzustellen;
- e. Anlagen in oder bei Institutionen, die der Durchführung der Krankenversicherung dienen bis zu 20 Prozent der Anlagen des Versicherers; sie müssen vorgängig durch das BSV genehmigt werden und haben zu marktüblichen Bedingungen zu erfolgen; das BSV kann die Genehmigung mit Auflagen und Wei-

¹SR 952.0

sungen verbinden, die sicherstellen, dass die Mittel der sozialen Krankenversicherung nur zu deren Zwecken verwendet werden; der Versicherer hat dafür zu sorgen, dass dem BSV die Jahresrechnung (Betriebsrechnung und Bilanz) der betreffenden Institution zugestellt wird.

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

3. Abschnitt: Rechnungslegung

Art. 83 Grundsätze

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

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

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

³Das Rechnungswesen der Rückversicherung ist so einzurichten, dass die jährlichen Betriebsergebnisse jedes Rückversicherungsvertrages ausgewiesen werden können.

⁴Das BSV kann zur Rechnungsführung Weisungen erteilen. Fehlen Weisungen, so sind die Artikel 662a und 957-963 OR¹⁾ anwendbar.

¹SR 220

Art. 84 **Kontenplan und Regeln für die Rechnungsführung**

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

Art. 85 **Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle**

¹Jeder Versicherer hat Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle zu bilden:

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

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

Art. 86 **Verwaltungskosten**

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

- a. Obligatorische Krankenpflegeversicherung;
- b. freiwillige Taggeldversicherung nach den Artikeln 67-77 des Gesetzes;
- c. Zusatzversicherungen und weitere Versicherungsarten.

²Diese Verteilung erfolgt entsprechend dem Prämienvolumen.

Art. 87 Informatikprogramme

¹Die Versicherer erarbeiten gemeinsame Richtlinien für die elektronisch gestützte Rechnungsführung.

²Das BSV kann Weisungen über die Anwendung dieser Richtlinien erlassen.

Art. 88 Mitteilungen an das BSV

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

²Die Versicherer haben dem BSV bis zum 31. Juli des laufenden Geschäftsjahres ein Budget für das folgende Geschäftsjahr einzureichen. Sie haben dem BSV für jeden Taggeld-Kollektivversicherungsvertrag und für jeden Rückversicherungsvertrag ein Budget zur Verfügung zu halten.

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

4. Abschnitt: Revision

Art. 89 Revisionsstelle

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

²Als Revisionsstelle können tätig sein:

- a. Revisoren mit besonderer Befähigung im Sinne des Artikels 727b OR¹⁾ und seiner Ausführungsbestimmungen;
- b. bei Versicherern mit weniger als 10 000 Versicherten: die folgenden Personen, die sich über eine mindestens fünfjährige Praxis ausweisen können:
 1. Buchhalter oder Buchhalterinnen mit eidgenössischem Fachausweis,
 2. Treuhänder oder Treuhänderinnen mit eidgenössischem Fachausweis,
 3. Inhaber oder Inhaberinnen eines ausländischen Fachausweises, der den unter Ziffer 1 und 2 geforderten Ausweisen gleichwertig ist, sofern sie die entsprechende praktische Erfahrung und die für die Revision schweizerischer Unternehmen notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Rechts besitzen;
- c. bei Krankenkassen nach kantonalem öffentlichen Recht: öffentliche Finanzkontrollstellen.

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

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

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

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

¹SR 220

der Versicherer eine andere bestimmen.

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

Art. 90 Aufgaben der Revisionsstelle

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

²Zweifelt sie an der ordnungsgemässen Rechnungsführung und Verwaltung des Versicherers, führt sie vor Ort unangemeldet die notwendigen Prüfungen durch (Zwischenrevisionen).

Art. 91 Berichte der Revisionsstelle

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

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

³Stellt die Revisionsstelle wesentliche Mängel, Unregelmässigkeiten, Missstände oder andere Tatbestände fest, welche die finanzielle Sicherheit des Versicherers oder dessen Fähigkeit, seine Aufgaben zu erfüllen, in Frage stellen, so unterbrei-

tet sie den Bericht unverzüglich dem leitenden Organ des Versicherers und dem BSV.

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

2. Kapitel: Prämien der Versicherten

(Art. 61-63 KVG)

1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen

(Art. 61 Abs. 2 KVG)

Art. 92 Prämienrechnung

In der Prämienrechnung muss der Versicherer klar unterscheiden zwischen den Prämien:

- a. der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (gegebenenfalls mit Angabe der besonderen Versicherungsform nach Art. 62 KVG);
- b. der Taggeldversicherung nach den Artikeln 67-77 des Gesetzes;
- c. der Zusatzversicherungen und der weiteren Versicherungsarten.

Art. 93 Prämienenerhebung

Beginnt oder endet das Versicherungsverhältnis im Laufe eines Kalendermonates, so sind die Prämien für den ganzen Kalendermonat zu entrichten.

Art. 94 Regionale Abstufung

¹Nimmt der Versicherer Abstufungen nach Regionen vor (Art. 61 Abs. 2 KVG), so darf innerhalb des gleichen Kantons die oberste Prämienstufe nicht mehr als 50 Prozent über der untersten liegen.

²Das Departement legt die Regionen für sämtliche Versicherer fest.

Art. 95 **Prämientarife**
(Art. 61 Abs. 4 KVG)

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

²Den Prämientarifen beizulegen sind auf dem vom BSV abgegebenen Formular:
a. das Budget (Bilanz und Betriebsrechnung) des laufenden Geschäftsjahres;
b. das Budget (Bilanz und Betriebsrechnung) des folgenden Geschäftsjahres.

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

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

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

2. Abschnitt: Besondere Versicherungsformen

A. Versicherungen mit höherer Kostenbeteiligung

(Art. 62 Abs. 2 Bst. a KVG)

Art. 96 Höhere Franchisen und Höchstbeteiligung

¹Die Versicherer können Versicherungen betreiben, bei denen Versicherte eine höhere Franchise nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe a des Gesetzes wählen können. Die höheren Franchisen betragen für Erwachsene 350, 600 und 1 200 Franken, für Kinder 150 und 200 Franken. Die Versicherer sind nicht verpflichtet, alle höheren Franchisen vorzusehen.

²Bei solchen Versicherungen dürfen Franchise und Selbstbehalt nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben a und b des Gesetzes zusammen pro Kalenderjahr den dreifachen Betrag der gewählten Franchise nicht übersteigen.

³Sind mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, so darf ihre Kostenbeteiligung den zweifachen Betrag nach Absatz 2 nicht übersteigen. Wurden für die Kinder unterschiedliche Franchisen gewählt, so setzt der Versicherer die Höchstbeteiligung fest.

Art. 97 Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise

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

²Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist frühestens fünf Jahre nach dem Beitritt zur Versicherung mit höherer Kostenbeteiligung unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

³Muss die versicherte Person den Versicherer aufgrund von Artikel 7 Absatz 3 oder 4 des Gesetzes verlassen, so ist Artikel 106 Absatz 4 sinngemäss anwendbar.

Art. 98 Prämien

¹Die Prämien für die Versicherung mit höherer Kostenbeteiligung müssen von denjenigen der ordentlichen Versicherung ausgehen. Die Versicherer haben dafür zu sorgen, dass die Versicherten beider Versicherungsformen im versicherungstechnisch erforderlichen Masse an die Reserven und an den Risikoausgleich beitragen.

²Die Versicherer können die Prämien der Versicherungen mit höherer Kostenbeteiligung höchstens um folgende Prozentsätze gegenüber den Prämien der ordentlichen Versicherung reduzieren:

- a. 12 Prozent bei einer Franchise von 350 Franken für Erwachsene;
- b. 22 Prozent bei einer Franchise von 600 Franken für Erwachsene und 150 Franken für Kinder;
- c. 35 Prozent bei einer Franchise von 1 200 Franken für Erwachsene und 200 Franken für Kinder.

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

B. Bonusversicherung

(Art. 62 Abs. 2 Bst. b KVG)

Art. 99 Grundsatz

¹Die Versicherer können Versicherungen betreiben, bei denen eine Prämienermässigung gewährt wird, wenn die versicherte Person während eines ganzen Kalenderjahres keine Leistungen in Anspruch genommen hat (Bonusversicherung). Ausgenommen sind Leistungen für Mutterschaft sowie für medizinische Prävention.

²Als Periode für die Feststellung, ob Leistungen in Anspruch genommen worden sind, gilt das Kalenderjahr. Die Versicherer können jedoch eine um höchstens

drei Monate vorverlegte Beobachtungsperiode vorsehen. In diesem Fall verkürzt sich im ersten Jahr der Zugehörigkeit zur Bonusversicherung die Beobachtungsperiode entsprechend.

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

⁴Die Bonusversicherung darf nicht in Verbindung mit einer höheren Kostenbeteiligung nach Artikel 96 angeboten werden.

Art. 100 Bei- und Austritt

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

²Der Wechsel zu einer anderen Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist frühestens fünf Jahre nach dem Beitritt zur Bonusversicherung unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres möglich. Die Versicherer regeln die allfällige Anrechnung der leistungsfreien Zeit bei einem freiwilligen Wechsel zur Bonusversicherung eines anderen Versicherers.

³Muss die versicherte Person einen Versicherer aufgrund von Artikel 7 Absatz 3 oder 4 des Gesetzes verlassen, so hat der übernehmende Versicherer die leistungsfreie Zeit in der Bonusversicherung des bisherigen Versicherers anzurechnen, sofern er die Bonusversicherung führt und die versicherte Person dieser beitrifft.

Art. 101 Prämien

¹Die Versicherer haben die Prämien der Bonusversicherung so festzusetzen, dass die Versicherten der ordentlichen Versicherung und der Bonusversicherung im versicherungstechnisch erforderlichen Masse an die Reserven und an den Risikoausgleich beitragen.

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

³In der Bonusversicherung gelten folgende Prämienstufen:

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

⁴Nehmen die Versicherten während des Kalenderjahres keine Leistungen in Anspruch, so gilt für sie im folgenden Kalenderjahr die nächsttiefere Prämienstufe. Massgebend für die Prämienermässigung sind allein die leistungsfreien Jahre während der Zugehörigkeit zur Bonusversicherung.

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

C. Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer

(Art. 62 Abs. 1 KVG)

Art. 102 Grundsatz

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

²Werden bei einer solchen Versicherung die Kosten der Leistungen mit einer Versichertenpauschale nach Artikel 43 Absatz 3 des Gesetzes vergütet, so kann der Versicherer auf die Erhebung des Selbstbehaltes und der Franchise ganz oder teilweise verzichten.

³Wird der Versicherte einem weiteren Leistungserbringer zugewiesen, der nach einem anderen Tarif nach Artikel 43 Absatz 2 des Gesetzes abrechnet, so kann der Versicherer auf die Erhebung der Franchise verzichten.

Art. 103 Bei- und Austritt

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

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

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

Art. 104 Prämien

¹Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer sind keine besonderen Risikogemeinschaften innerhalb eines Versicherers. Bei der Festsetzung der Prämien hat der Versicherer die Verwaltungskosten und allfällige Rückversicherungsprämien einzurechnen und darauf zu achten, dass die Versicherten mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im versicherungstechnisch erforderlichen Mass an die Reserven und an den Risikoausgleich beitragen.

²Prämienermässigungen sind nur zulässig für Kostenunterschiede, die auf die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer sowie auf eine besondere Art und Höhe der Entschädigung der Leistungserbringer zurückzuführen sind. Kostenunterschiede aufgrund eines günstigeren Risikobestandes geben keinen Anspruch auf Prämienermässigung. Die Kostenunterschiede müssen durch Erfahrungszahlen von mindestens fünf Rechnungsjahren nachgewiesen sein.

³Variante 1: Liegen noch keine Erfahrungszahlen von mindestens fünf Rechnungsjahren vor, dürfen die Prämien um höchstens 20 Prozent unter den Prämien der ordentlichen Versicherung des betreffenden Versicherers liegen.

³Variante 2: Auch wenn noch keine Erfahrungszahlen von mindestens fünf Rechnungsjahren vorliegen, sind die Prämien so festzulegen, dass in jedem Fall neben den Leistungen die nach Absatz 1 nötigen Aufwendungen des Versicherers gedeckt sind.

⁴Erbringt eine Institution, die der Durchführung einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer dient, ihre Leistungen für Versicherte von mehreren Versicherern, kann für die Versicherten eine einheitliche Prämie festgelegt werden.

3. Abschnitt: Entschädigungen an Dritte (Art. 63 KVG)

Art. 105

¹Die Entschädigung an Dritte nach Artikel 63 des Gesetzes darf die Kosten nicht übersteigen, die dem Versicherer für die dem Dritten übertragenen Aufgaben entstehen würden.

²Sie darf den Versicherten nicht als Prämienermässigung weitergegeben werden.

3. Kapitel: Kostenbeteiligung

Art. 106 Franchise und Selbstbehalt (Art. 64 Abs. 3 KVG)

¹Die Franchise nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe a des Gesetzes beträgt 150 Franken je Kalenderjahr.

²Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe b des Gesetzes beläuft sich auf 600 Franken.

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

⁴Bei Wechsel des Versicherers im Verlaufe eines Kalenderjahrs rechnet der neue Versicherer die in diesem Jahr bereits in Rechnung gestellte Franchise und den Selbstbehalt an. Wurden keine Franchise und kein Selbstbehalt in Rechnung gestellt, erfolgt eine Anrechnung unter dem Vorbehalt des entsprechenden Nachweises durch die Versicherten.

⁵Das BSV kann den Versicherern für Versicherte, bei denen der Versicherungsschutz auf weniger als ein Kalenderjahr angelegt ist, auf Gesuch hin gestatten, eine einheitliche Jahrespauschale für Franchise und Selbstbehalt einzuführen. Diese muss dem Durchschnitt der ordentlichen Kostenbeteiligungen entspre-

chen. Die Versicherer haben dem BSV darüber Angaben nach Artikel 30 zu machen.

Art. 107 Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts
(Art. 64 Abs. 5 KVG)

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

²Keinen Beitrag haben zu entrichten:

- a. Versicherte mit Unterhalts- oder Unterstützungspflichten;
- b. Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr;
- c. Frauen für Leistungen bei Mutterschaft.

Art. 108 Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung der Kostenbeteiligung
(Art. 64 Abs. 6 Bst. a KVG)

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

- a. seit einer bestimmten Dauer erbracht worden sind;
- b. einen bestimmten Umfang erreicht haben.

²Ist ein höherer als der in Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe b des Gesetzes festgelegte Selbstbehalt zu entrichten, wird der den gesetzlichen Ansatz übersteigende Betrag nur zur Hälfte an den Höchstbetrag nach Artikel 106 Absatz 2 angerechnet.

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

⁴Vor Erlass der Verordnungsbestimmungen nach den Absätzen 1 und 3 hört das Departement die Leistungskommission (Art. 38) an.

4. Kapitel: Prämienvverbilligung durch Beiträge der öffentlichen Hand

(Art. 65 und 66 KVG)

Art. 109

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

2. Teil: Freiwillige Taggeldversicherung

(Art. 67-77 KVG)

Art. 110 Finanzierungsverfahren (Art. 75 KVG)

Die Artikel 80 und 81 gelten sinngemäss.

Art. 111 Prämientarife (Art. 76 Abs. 4 KVG)

Artikel 95 ist sinngemäss anwendbar.

Art. 112 Beitritt

Führt der Versicherer die Taggeldversicherung durch, kann jede Person, welche die Voraussetzungen von Artikel 67 Absatz 1 des Gesetzes erfüllt, zu den gleichen Bedingungen, namentlich hinsichtlich der Dauer und der Höhe des Taggeldes, beitreten, wie sie für die anderen Versicherten gelten, soweit sich dadurch keine Überentschädigung (Art. 126) ergibt.

Art. 113 Anpassung der Kollektivversicherungsprämien

In jedem Taggeld-Kollektivversicherungsvertrag werden die Prämien periodisch nach den folgenden Bestimmungen angepasst:

- a. Mit den Einnahmen sind die Versicherungsleistungen, die Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle und die anteilmässigen Verwaltungskosten des betreffenden Jahres zu decken sowie die erforderlichen Reserven zu äufnen.
- b. Werden die Verwaltungskosten nicht gesondert aufgerechnet, so sind dafür mindestens 8 Prozent der eingenommenen Prämien in Rechnung zu stellen.
- c. Defizite früherer Jahre sind zunächst voll zu decken.
- d. Ein allfällig verbleibender Einnahmenüberschuss kann ganz oder teilweise auf künftige Prämien angerechnet werden.

Art. 114 Ordnungsmassnahmen

Kommt ein Versicherer den Bestimmungen über die Kollektivversicherung nicht nach, so kann ihm das BSV nach fruchtloser Mahnung den Abschluss von Kollektivversicherungsverträgen untersagen. Es kann in einem solchen Fall den Versicherer verpflichten, bereits abgeschlossene Verträge auf den nächsten Termin zu kündigen.

3. Teil: Koordinationsregeln

(78 und 79 KVG)

1. Titel: Leistungskoordination

1. Kapitel: Verhältnis zu anderen Sozialversicherungen

(Art. 78 Abs. 1 KVG)

1. Abschnitt: Abgrenzung der Leistungspflicht

Art. 115

Soweit in einem Versicherungsfall Leistungen der Krankenversicherung mit solchen der Unfallversicherung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung¹⁾ (UVG), der Militärversicherung oder der Invalidenversicherung zusammentreffen, gehen die Leistungen dieser anderen Sozialversicherungen vor, ausser in den Fällen nach Artikel 128 der Verordnung vom 20. Dezember 1982²⁾ über die Unfallversicherung.

2. Abschnitt: Vorleistungspflicht

(Art. 78 Abs. 1 Bst. a KVG)

Art. 116 Im Verhältnis zur Unfallversicherung und zur Militärversicherung

¹Ist bei Krankheit oder Unfall die Leistungspflicht der Unfallversicherung nach UVG oder der Militärversicherung zweifelhaft, so hat der Krankenversicherer auf das Ersuchen des Unfallversicherers, der Militärversicherung oder der versicherten Person hin die bei ihm versicherten Leistungen vorläufig auszurichten. Er darf

¹SR 832.20

²SR 832.202

sie bei voller Wahrung seiner Rückerstattungsrechte auch von sich aus vorläufig ausrichten.

²Ist eine Person bei mehreren Krankenversicherern für Taggeld versichert, so ist jeder Versicherer unter Berücksichtigung einer allfälligen Überentschädigung vorleistungspflichtig.

Art. 117 Im Verhältnis zur Invalidenversicherung

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

Art. 118 Informationspflicht

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

Art. 119 Nachträgliche Übernahme der zum voraus ausgerichteten Leistungen (Art. 78 Abs. 1 Bst. a KVG)

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

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

Art. 120 **Unterschiedliche Tarife**
 (Art. 78 Abs. 1 Bst. a und Abs. 2 KVG)

¹Bei Vorleistung durch den Krankenversicherer haben die anderen Sozialversicherer den Leistungserbringern eine allfällige Differenz zwischen dem für sie geltenden Tarif und dem vom Krankenversicherer angewandten Tarif nachzuzahlen.

²Hat der Krankenversicherer Leistungserbringern aufgrund seiner Tarife mehr vergütet, als aufgrund der für die anderen Versicherungen geltenden Tarife geschuldet gewesen wäre, so haben ihm die Leistungserbringer die Differenz zurückzuerstatten.

3. Abschnitt: Rückerstattung von zu Unrecht ausgerichteten Leistungen
 (Art. 78 KVG)

Art. 121 **Grundsatz**

¹Hat der Krankenversicherer anstelle eines anderen Sozialversicherers zu Unrecht Leistungen ausgerichtet oder hat dies ein anderer Sozialversicherer anstelle des Krankenversicherers getan, so muss der entlastete Versicherer den Betrag, um den er entlastet wurde, dem anderen Versicherer zurückerstatten, höchstens jedoch bis zu seiner gesetzlichen Leistungspflicht.

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

Art. 122 **Auswirkungen auf die Versicherten**

¹In laufenden Versicherungsfällen sorgt der weiterhin leistungspflichtige Versicherer für die Ausrichtung der Leistungen nach den für ihn geltenden Vorschriften. Er informiert die versicherte Person darüber.

²Hätte die versicherte Person bei einer sachgerechten Behandlung des Falles höhere Geldleistungen empfangen, als ihr ausgerichtet wurden, so vergütet ihr der rückerstattungspflichtige Versicherer die Differenz. Dies gilt auch dann, wenn das Versicherungsverhältnis inzwischen aufgelöst wurde.

Art. 123 Unterschiedliche Tarife

¹Der rückerstattungspflichtige Versicherer vergütet den Leistungserbringern eine allfällige Differenz zwischen dem Tarif, den der rückerstattungsberechtigte Versicherer angewandt hat, und dem Tarif, der für ihn selber gilt.

²Hat der rückerstattungsberechtigte Versicherer mehr vergütet, als aufgrund der für den rückerstattungspflichtigen Versicherer geltenden Tarifen geschuldet gewesen wäre, müssen die Leistungserbringer dem rückerstattungsberechtigten Versicherer die Differenz zurückerstatten.

4. Abschnitt: Gegenseitige Meldepflicht und Rechtsmittel der Versicherer

Art. 124 Gegenseitige Meldepflicht (Art. 78 Abs. 1 Bst. b KVG)

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

Art. 125 Rechtsmittel der Versicherer (Art. 78 Abs. 1 Bst. d KVG)

¹Erlässt ein Krankenversicherer oder ein anderer Sozialversicherer eine Verfügung, welche die Leistungspflicht des anderen Versicherers berührt, so hat er die Verfügung auch ihm zu eröffnen. Die Eröffnung hat unverlangt zu erfolgen, sofern

nicht das Bundesrecht etwas anderes vorsieht. Der andere Versicherer kann die gleichen Rechtsmittel ergreifen wie die versicherte Person.

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

2. Kapitel: Überentschädigung

(Art. 78 Abs. 2 KVG)

Art. 126

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

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

- a. die der versicherten Person entstandenen Diagnose- und Behandlungskosten;
- b. die der versicherten Person entstandenen Pflegekosten; Pflegeleistungen von Angehörigen sind als Kosten zu berücksichtigen, auch wenn diese keine Erwerbseinbusse erleiden;
- c. den der versicherten Person durch den Versicherungsfall mutmasslich entgangenen Verdienst oder der Wert der ihr verunmöglichten Arbeitsleistung.

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

2. Titel: Rückgriff (Art. 79 KVG)

Art. 127 Umfang

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

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

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

Art. 128 Gliederung der Ansprüche

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

²Leistungen gleicher Art sind namentlich

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

Art. 129 Mehrere Beteiligte

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

Art. 130 Unterschiedliche Tarife

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

4. Teil: Akteneinsicht und Schweigepflicht**1. Titel: Akteneinsicht**

(Art. 81 KVG)

Art. 131 Beteiligte

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

- a. der versicherten Person sowie ihren gesetzlichen oder bevollmächtigten Vertretern;
- b. dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin und dem ärztlichen Gutachter oder der ärztlichen Gutachterin im Rahmen ihrer Aufträge;
- c. der haftpflichtigen Person und ihrem Versicherer für Akten, die der Abklärung des Haftpflichtanspruches und des Schadens dienen;
- d. den Sozialversicherungsgerichten;
- e. anderen beteiligten Sozialversicherungen für die von ihnen im Rahmen von Artikel 124 benötigten Akten.

Art. 132 Einsicht

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

²Die Akten können in der Regel am Sitz des Versicherers oder bei der regionalen Vertretung, die den Fall behandelt, eingesehen werden. Den Sozialversicherungsgerichten sind die Akten zur Einsichtnahme zuzustellen.

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

⁴Die Akteneinsicht ist kostenlos.

2. Titel: Schweigepflicht (Art. 83 KVG)

Art. 133 Ausnahmen

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

- a. den nach Artikel 131 zur Akteneinsicht berechtigten Personen oder Institutionen;
- b. den Zivilgerichten in familien- und erbrechtlichen Streitigkeiten hinsichtlich der Höhe von Versicherungsleistungen;
- c. den Strafgerichten und Strafuntersuchungsbehörden, sofern sie die Akten zur Abklärung eines Verbrechens oder Vergehens benötigen;
- d. den Sozialversicherern sowie den Amtsstellen des Bundes, der Kantone und Gemeinden, sofern sie die Auskünfte und Unterlagen zur Beurteilung von Begehren um Versicherungs- oder Sozialleistungen oder zur Geltendmachung eines gesetzlichen Rückgriffsrechts benötigen;
- e. den Steuerbehörden des Bundes und der Kantone für die nach Artikel 88 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 1990¹⁾ über die direkte Bundessteuer zu erteilenden Auskünfte.

¹AS 1991 1184

²Die Schweigepflicht entfällt gegenüber weiteren Personen und Stellen, wenn die betroffene Person oder ihr gesetzlicher Vertreter oder ihre gesetzliche Vertreterin schriftlich eingewilligt hat, sowie ausnahmsweise gegenüber anderen Personen, sofern sie nachweisen, dass sie im Interesse der versicherten Person handeln und die schriftliche Einwilligung nicht eingeholt werden kann.

³Die Schweigepflicht entfällt ausnahmsweise dann, wenn ein höheres Interesse die Bekanntgabe von Wahrnehmungen gebietet, namentlich zur Abwendung einer Gefahr für Leben, Gesundheit oder Eigentum oder zur Abwendung einer Straftat.

5. Teil: Übergangsbestimmungen

(Art. 96-107 KVG)

Art. 134 Leistungserbringer

¹Leistungserbringer im Sinne der Artikel 49-59, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes gestützt auf eine Bewilligung nach altem Recht für die Krankenversicherung tätig sind, bleiben zugelassen, wenn sie über eine kantonale Berufsausübungsbewilligung verfügen. Verfügen sie über keine kantonale Berufsausübungsbewilligung, müssen sie innert eines Jahres seit Inkrafttreten des Gesetzes in ihren Besitz gelangen.

²Logopäden und Logopädinnen sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, welche die Zulassungsbedingungen dieser Verordnung nur teilweise erfüllen, aber vor dem Inkrafttreten des Gesetzes ihre Ausbildung abgeschlossen und ihren Beruf selbständig ausgeübt haben, können unter dem neuen Recht für die Krankenversicherung tätig sein, wenn sie innert vier Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes eine kantonale Berufsausübungsbewilligung erhalten haben.

Art. 135 Qualitätssicherung

Die Verträge nach Artikel 79 Absatz 1 der Verordnung sind bis zum 31. Dezember 1997 abzuschliessen.

6. Teil: Inkrafttreten

Art. 136

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1996 in Kraft.

... [Datum]

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Der Bundespräsident:

Der Bundeskanzler:

Aufhebung und Änderung von Verordnungen

1. Es werden aufgehoben:

- a. Die Verordnung I vom 22. Dezember 1964¹⁾ über die Krankenversicherung betreffend das Rechnungswesen und die Kontrolle der vom Bund anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände sowie die Berechnung der Bundesbeiträge;
- b. die Verordnung II vom 22. Dezember 1964²⁾ über die Krankenversicherung betreffend die Kollektivversicherung bei den vom Bund anerkannten Krankenkassen;
- c. die Verordnung III vom 15. Januar 1965³⁾ über die Krankenversicherung betreffend die Leistungen der vom Bund anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände;
- d. die Verordnung IV vom 15. Januar 1965⁴⁾ über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung kantonaler Befähigungsausweise der Chiropraktoren für die Krankenversicherung;
- e. die Verordnung V vom 2. Februar 1965⁵⁾ über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung von Krankenkassen und Rückversicherungsverbänden sowie ihre finanzielle Sicherheit;
- f. die Verordnung VI vom 11. März 1966⁶⁾ über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von medizinischen Hilfspersonen zur Betätigung für die Krankenversicherung;
- g. die Verordnung VII vom 29. März 1966⁷⁾ über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Laboratorien zur Betätigung für die Krankenversicherung;
- h. die Verordnung VIII vom 30. Oktober 1968⁸⁾ über die Krankenversicherung betreffend die Auswahl von Arzneimitteln und Analysen;

¹AS 1964 1289, 1974 978, 1986 685, 1990 1675, 1991 609 2547, 1992 1738

²AS 1965 31, 1984 1481, 1990 1674, 1991 606 2546

³AS 1965 41, 1968 43 1068, 1969 1126, 1974 978, 1983 38, 1984 1485, 1986 85

⁴AS 1965 55

⁵AS 1965 90, 1969 77 1220, 1970 1644, 1984 1479, 1986 80 1706, 1990 21 2039, 1991 40 370

⁶AS 1966 499, 1971 1185

⁷AS 1966 570

⁸AS 1968 1318, 1982 2178, 1984 1486, 1986 89, 1988 1563

- i. die Verordnung vom 22. November 1989¹⁾ über den Betrieb anderer Versicherungsarten durch anerkannte Krankenkassen.

- 2. Die Verordnung vom 17. Januar 1961²⁾ über die Invalidenversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 88quater Abs. 1 und 2

¹Hat ein Krankenversicherer der zuständigen IV-Stelle oder Ausgleichskasse mitgeteilt, dass er für einen ihr gemeldeten Versicherten Kostengutsprache oder Zahlung geleistet habe, so ist dem Krankenversicherer die Verfügung über die Zuspriechung oder Ablehnung der Leistungen zuzustellen.

²Lehnt die Versicherung Leistungen ganz oder teilweise ab und würde deswegen der Krankenversicherer leistungspflichtig, so kann dieser die entsprechende Verfügung der IV-Stelle selbständig mit den in Artikel 69 IVG vorgesehenen Rechtsmitteln anfechten.

- 3. Die Verordnung vom 15. Januar 1971³⁾ über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 19 Sachüberschrift sowie Abs. 1 und 2

Abzüge für Kranke und Behinderte

¹*Aufgehoben*

²Das Eidgenössische Departement des Innern (Departement) bestimmt, welche Arzt-, Zahnarzt-, Arznei-, Pflege- und Hilfsmittelkosten und welche behinderungsbedingten Mehrkosten abgezogen werden können. Im weiteren kann es regeln, wie die Kostenbeteiligung nach Artikel 64 des Bundesgesetzes

¹AS 1989 2430

²SR 831.201

³SR 831.301

über die Krankenversicherung¹⁾ (KVG) bei den Ergänzungsleistungen berücksichtigt wird.

4. Die Verordnung vom 20. Dezember 1982²⁾ über die Unfallversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 18 Abs. 1

¹Der Versicherer richtet Beiträge an eine vom Arzt angeordnete Hauspflege aus, sofern diese durch eine nach Artikel 54 der Verordnung vom ...³⁾ über die Krankenversicherung zugelassene Person durchgeführt wird. Die Beiträge an eine Hauspflege werden durch Tarifvereinbarung festgesetzt.

Art. 69

Die Artikel 49, 52-56, 58 und 59 der Verordnung vom ...⁴⁾ über die Krankenversicherung gelten auch für die Zulassung der Chiropraktoren, der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen (medizinische Hilfspersonen) und der Laboratorien in der Unfallversicherung. Das Departement kann weitere medizinische Hilfspersonen bezeichnen, die innerhalb der kantonalen Bewilligung für die Unfallversicherung tätig sein können.

Art. 71 Abs. 2

²Die Versicherer vergüten Arzneimittel, pharmazeutische Spezialitäten und Laboranalysen nach den Listen, die aufgrund von Artikel 52 Absatz 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung⁵⁾ aufgestellt sind.

Art. 90 Abs. 2 Bst. c

²Das Gesuch um Registrierung muss schriftlich und in drei Exemplaren eingereicht werden. Es sind beizulegen:

- c. von den Krankenkassen im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung⁶⁾: die die Unfallversicherung betreffenden Statuten- und Reglementsbestimmungen unter Hinweis auf die für die Durchführung der

¹SR ..., AS ... (BBJ 1994 II 236)

²SR 832.202

³SR ...; AS ...

⁴SR ...; AS ...

⁵SR ...; AS ... (BBJ 1994 II 236)

⁶SR ...; AS ... (BBJ 1994 II 236)

Versicherung nach dem Gesetz vorgesehenen Änderungen sowie ein Original der Vereinbarung mit einem anderen Versicherer über die gegenseitige Zusammenarbeit im Sinne von Artikel 70 Absatz 2 des Gesetzes.

Art. 104 Abs. 2, zweiter Satz
Aufgehoben

Art. 129

¹Erlässt ein Versicherer oder ein anderer Sozialversicherer eine Verfügung, welche die Leistungspflicht des anderen Versicherers berührt, so hat er die Verfügung auch ihm zu eröffnen. Die Eröffnung hat unverlangt zu erfolgen, sofern nicht das Bundesrecht etwas anderes vorsieht. Der andere Versicherer kann die gleichen Rechtsmittel ergreifen wie die versicherte Person.

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

Art. 142
Aufgehoben

5. Die Verordnung vom 10. November 1993¹⁾ über die Militärversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 12

Chiropraktoren, Chiropraktorinnen sowie Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen (medizinische Hilfspersonen) und Laboratorien, die nach Artikel 50, 52-55, 58 und 59 der Verordnung vom ...²⁾ über die Krankenversicherung zur selbständigen Tätigkeit zugelassen sind, können auch für die Militärversicherung tätig sein. Das Eidgenössische Departement des Innern (Departement) kann weitere medizinische Hilfspersonen bezeichnen, die

¹SR 833.11; AS 1993 3080

²SR ...; AS ...

im Rahmen der kantonalen Bewilligung für die Militärversicherung tätig sein können.

Art. 14 Abs. 2

²Die Militärversicherung vergütet Arzneimittel, pharmazeutische Spezialitäten und Laboranalysen nach den Listen, die aufgrund von Artikel 52 Absatz 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung¹⁾ aufgestellt sind.

6. Die Verordnung vom 8. September 1993²⁾ über die Direktversicherung mit Ausnahme der Lebensversicherung (Schadenversicherungsverordnung) wird wie folgt geändert:

Art. 26 Abs. 2

- a. sämtlichen Risiken in der Lebens- und Krankenversicherung, mit Ausnahme derjenigen, die sich auf die soziale Krankenversicherung nach Artikel 1 Absatz 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung beziehen³⁾.

7. Die Beamtenordnung 1 vom 10. November 1959⁴⁾ wird wie folgt geändert:

Art. 63

Aufgehoben

8. Die Beamtenordnung 2 vom 15. März 1993⁵⁾ wird wie folgt geändert:

Art. 78

Aufgehoben

¹SR ...; AS ... (BBl 1994 II 236)

²SR 961.711

³SR ...; AS ... (BBl 1994 II 236)

⁴SR 172.221.101

⁵SR 172.221.102

9. Die Angestelltenordnung vom 10. November 1959¹⁾ wird wie folgt geändert:

Art. 72 Abs. 6

Aufgehoben

¹SR 172.221.104; AS 1993 2819

Erläuterungen zu einzelnen Bestimmungen des Entwurfes zur Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

1. Allgemeines

Die KVV ist als Hauptverordnung zum Bundesgesetz vom 18. März 1994¹⁾ über die Krankenversicherung (KVG) konzipiert. In ihr werden sämtliche Ausführungsbestimmungen des Bundesrates zusammengefasst, ausser diejenigen, die in den drei vorgesehenen speziellen Verordnungen zum KVG²⁾ geregelt sind.

Die vorliegenden Erläuterungen beschränken sich auf das Wesentliche, d.h. auf Präzisierungen und Begründungen, die unbedingt nötig sind. Deshalb werden nicht sämtliche Bestimmungen kommentiert.

2. Zu einzelnen Bestimmungen

2.1 Obligatorische Krankenpflegeversicherung

2.1.1 Versicherungspflicht

Artikel 1 Wohnsitz

In der schweizerischen Sozialversicherungsgesetzgebung ist als Wohnsitz immer der zivilrechtliche Wohnsitz zu verstehen (vgl. ebenfalls die Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6.11.1991³⁾ [Botschaft] und Art. 13 Abs. 1 des

¹BBI 1994 II 236

²Verordnung über die Inkraftsetzung und Einführung des KVG
Verordnung über die Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung
Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung

³BBI 1992 I 93

Entwurfes für ein Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]¹⁾).

Artikel 2 Ausnahmen von der Versicherungspflicht

Absatz 1 Buchstabe a: Die in Artikel 6 Absatz 1 definierten Personen sind gestützt auf das Wiener Übereinkommen vom 18. April 1961 über diplomatische Beziehungen und das Wiener Übereinkommen vom 24. April 1963 über konsularische Beziehungen sowie auf verschiedene Sitzabkommen, welche die Schweiz mit internationalen Organisationen abgeschlossen hat, von den in der Schweiz geltenden Vorschriften über soziale Sicherheit befreit.

Absatz 1 Buchstabe b: Die in Artikel 1 Absatz 1 Buchstabe b Ziffern 1-7 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992²⁾ über die Militärversicherung (MVG) genannte Beamtengruppe ist nicht nur in Erfüllung ihrer Wehrpflicht, sondern auch in Beruf und Freizeit der Militärversicherung unterstellt. Es ist nicht sinnvoll, diese Gruppe zweimal obligatorisch zu versichern. Bei Erreichen des AHV-Alters oder bei vorzeitiger Pensionierung können diese Personen auf freiwilliger Basis bei der Militärversicherung versichert bleiben.

Absatz 2: Es soll damit eine Doppelbelastung und Überversicherung von Versicherten infolge einer sich aus einem ausländischen und dem schweizerischen Versicherungsobligatorium ergebenden Prämienzahlungspflicht vermieden werden. Dieser Fall könnte z.B. eintreten bei Grenzgängerinnen und Grenzgängern von der Schweiz ins Ausland und bei Bezügerinnen und Bezügem einer ausländischen Rente. In Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe b des Bundesgesetzes vom 20.12.1946³⁾ über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) findet sich eine ähnliche Regelung.

Artikel 3 Ausländer und Ausländerinnen

Das Versicherungsobligatorium erstreckt sich praktisch auf die ganze Wohnbevölkerung der Schweiz, was sich aus dem Sinn und Zweck des Obligatoriums ergibt. Die Kategorie der Flüchtlingsgruppen gemäss Artikel 22 Asylgesetz wird in Artikel 3 Ab-

¹BBI 1991 II 185

²SR 833.1

³SR 831.10

satz 1 nicht explizit erwähnt. Diese Personen erhalten kurz nach ihrer Ankunft in der Schweiz eine Aufenthaltsbewilligung gemäss Artikel 5 ANAG und können unter Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe b subsumiert werden. Touristen und Touristinnen sowie illegal eingereiste Ausländer und Ausländerinnen ohne Anwesenheitsbewilligung im Sinne von Artikel 3 Absatz 1 werden von der Versicherungspflicht nicht erfasst. Ausländer und Ausländerinnen, deren Anwesenheitsbewilligung nach Artikel 3 Absatz 1 abläuft, bleiben versichert, solange sie sich in der Schweiz aufhalten und ihrer Prämienzahlungspflicht nachkommen. Den Grenzgängern und Grenzgängerinnen aus dem Ausland in die Schweiz wird in Berücksichtigung der Unterstellungsvorschriften zwischenstaatlicher Abkommen über soziale Sicherheit der Zugang zur schweizerischen sozialen Krankenversicherung ermöglicht. Beide Möglichkeiten waren bereits in der Botschaft zum KVG vorgesehen.

Artikel 4 Entsandte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen

Da hier eine Koordination mit der obligatorischen Unfallversicherung sinnvoll ist, ist die vorliegende Bestimmung auf Artikel 4 der Verordnung vom 20.12.1982¹⁾ über die Unfallversicherung (UVV) abgestimmt. Gestützt auf zwischenstaatliche Vereinbarungen über soziale Sicherheit ist eine Weiterdauer der Versicherung während mehr als 6 Jahren möglich.

Artikel 7 Beginn und Ende der Versicherung

Über den Beginn und das Ende der Versicherung enthält Artikel 5 Absätze 1 und 3 KVG nur allgemeine Bestimmungen, weshalb nähere Regelungen auf Verordnungsstufe zu treffen sind, weil hier eine einheitliche Praxis der Versicherer und der Kantone notwendig ist.

Artikel 8 Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt

Für die Berechnung des Prämienzuschlages wird ein einfaches Verfahren vorgesehen. Die Bestimmung hat eher einen präventiven Charakter. Wenn die Kantone die Beitrittskontrolle konsequent handhaben, wird sie nämlich nicht allzu häufig Anwen-

¹SR 832.202

derung finden müssen. Die Versicherer haben hier einen gewissen Spielraum, was dem Willen des Gesetzgebers entspricht (vgl. Art. 5 Abs. 2 KVG: "Richtsätze").

Artikel 9 Aufgaben der Kantone

Die Kantone überwachen die Einhaltung der Versicherungspflicht und gestalten die Beitrittskontrolle in eigener Zuständigkeit. Sie können z.B. bestehende Stellen, wie die Einwohnerkontrolle, mit der Beitrittskontrolle beauftragen.

2.1.2 Versicherer und Rückversicherer

Artikel 11 Anerkennung von Krankenkassen

Da im definitiven Gesetzesentwurf im Gegensatz zum Entwurf in der Botschaft die Rechtsformen nicht näher präzisiert worden sind, nach denen die Krankenkassen, die Anspruch auf Anerkennung erheben, organisiert sein müssen, ist es notwendig, diese in der Durchführungsverordnung aufzuführen. Zu den Formen, die bereits nach geltendem Recht möglich sind, kommt für die Krankenkassen neu jene einer Aktiengesellschaft mit gemeinnützigem Zweck dazu, wie dies aufgrund von Artikel 620 Absatz 3 des Obligationenrechts (OR)¹, wo auch die Gründung zu einem anderen als einem wirtschaftlichen Zweck zugelassen wird, vorgesehen ist. Da Krankenkassen laut Artikel 12 KVG keinen Erwerbszweck verfolgen dürfen, kommt für sie ausschliesslich diese Art von Aktiengesellschaft in Frage.

Da die soziale Krankenversicherung nun obligatorisch ist, darf es keine Versicherungslücken mehr geben. Deshalb ist es wichtig, dass bei einem Entzug der Anerkennung alle Versicherten der entsprechenden Kasse von anderen Versicherern übernommen werden, damit so ihr Versicherungsschutz ununterbrochen garantiert ist.

¹SR 220

Artikel 12 Zusatzversicherungen

Gestützt auf Artikel 21 Absatz 3 KVG wird die Durchführung der in Artikel 12 Absatz 2 des Gesetzes genannten Versicherungen vom Bundesamt für Privatversicherungswesen (BPV) nach der Gesetzgebung über die privaten Versicherungseinrichtungen beaufsichtigt. Diese Verordnungsbestimmung wiederholt also lediglich, dass die Durchführung der Zusatzversicherungen durch die Krankenkassen von der Bewilligung durch das eben erwähnte Bundesamt abhängt.

Artikel 13 Weitere Versicherungsarten

Diese Bestimmung legt die weiteren Versicherungsarten fest, welche die Krankenkassen zusätzlich zur Krankenversicherung anbieten können. Die Liste stützt sich auf die Verordnung vom 22. November 1989¹⁾ über den Betrieb anderer Versicherungsarten durch anerkannte Krankenkassen ab. Die in Artikel 2 Absatz 2 der erwähnten Verordnung vorgesehen Höchstbeträge werden so übernommen.

Artikel 15-17 Rückversicherer

Die Versicherer können einen Teil ihrer Leistungen bei den in Artikel 15 bezeichneten Institutionen rückversichern lassen, sie müssen aber einen Mindestanteil der Leistungen selber übernehmen, da sie sonst nicht als im Sozialversicherungsbereich vollberechtigt Mitwirkende betrachtet werden könnten.

2.1.3 Gemeinsame Einrichtung

Artikel 18 Erfüllung internationaler Verpflichtungen

Die Regelungen in den Absätzen 2 und 3 lehnen sich an diejenigen an, welche bereits im Rahmen von Eurolex vorgesehen waren.

¹SR 832.122

2.1.4 Gesundheitsförderung

Artikel 22 und 23

Die Zustellung an das BSV der Unterlagen und des Antrags für den Beitrag muss bis zum 31. März erfolgen. Die Versicherer können so noch darüber in Kenntnis gesetzt werden, welchen Prämienanteil sie unter dem Titel Gesundheitsförderung zu erheben und in ihre Tarifvorschläge einzubauen haben, welche sie spätestens 5 Monate bevor sie zur Anwendung gelangen zur Genehmigung einzureichen haben (Art. 95). Dies bedeutet in der Praxis, dass Prämientarife, welche auf den Beginn eines Kalenderjahres wirksam werden sollen, spätestens bis Ende Juli des Vorjahres zur Genehmigung einzureichen sind.

2.1.5 Aufsicht

Artikel 24 Aufsicht über die Versicherungstätigkeit

Die Aufteilung der Aufsicht zwischen dem BSV und dem BPV rührt von der vom Gesetzgeber gewollten Unterscheidung zwischen der sozialen Versicherung und den anderen Versicherungen her.

Artikel 28 Kontrolle der Verwaltungskosten

Weil der Bund den Versicherern im Gegensatz zum geltenden Recht keine Subventionen mehr zu entrichten hat, sind die Sanktionsmöglichkeiten sehr begrenzt. Es gilt daher der Aufsichtsbehörde ein möglichst wirksames Instrument zur Mithilfe bei der Wiederherstellung des gesetzmässigen Zustandes in die Hände zu geben. Mit der Möglichkeit, die Ursachen und Hintergründe der übermässigen Verwaltungskosten zu eruieren, um hernach die geeigneten Mittel zur Reduktion der Verwaltungskosten zu finden, dürfte diesem Anliegen am ehesten entsprochen werden.

2.1.6 Erhebung von Aufsichtsdaten

Artikel 29-33 (sowie 49, 53-56 und 58)

Da das Gesundheitswesen vorwiegend im Kompetenzbereich der Kantone liegt, hat der Bund bislang im wesentlichen nur im Rahmen der Krankenversicherungsgesetzgebung Aufgaben übernommen. Sämtliche Beteiligten sind aber übereinstimmend der Meinung, dass die bisher gesamtschweizerisch verfügbaren Aufsichts- und Statistikangaben im Bereich Gesundheitswesen ungenügend sind. In diesem Zusammenhang ist hier zunächst auf folgendes hinzuweisen:

Der Tatsache ungenügender Aufsichts- und Statistikangaben für diesen Bereich ist in den vergangenen Jahren in zweierlei Hinsicht Rechnung getragen worden: zum einen hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) damit beauftragt, im Rahmen der versuchsweisen Einführung von neuen Versicherungsformen in der Krankenversicherung¹⁾ Grundlagen für eine bessere Lösung der bisherigen Krankenversicherungsstatistik bereitzustellen, aus der auch Angaben nach Region und nach Alter der Versicherten ersichtlich sind. Diese Grundlagen sind in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und Vertretern der Wissenschaft erarbeitet und für mehr als 80% der Versicherten erfolgreich eingeführt worden. Der abschliessende Bericht über die gemachten Erfahrungen ist für 1995 vorgesehen (im Rahmen der Berichterstattung über den Versuch mit den neuen Versicherungsformen). Zum zweiten und parallel dazu hat das EDI zusammen mit der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) die Schweizerische Kommission für Gesundheitsstatistik eingesetzt und damit beauftragt, die schweizerische Gesundheitsstatistik zu überprüfen. In dieser Kommission sind alle beteiligten Kreise, d.h. die Leistungserbringer, die Versicherer, die Versicherten, die Kantone und der Bund vertreten. Sie hat ein Grobkonzept für die Krankenhausstatistik erstellt auf dem aufbauend nun ein Detailkonzept erstellt wird, das nach Genehmigung durch die SDK und das EDI 1997 in Kraft treten soll. Die Konzepte basieren auf den begrifflichen Grundlagen des neuen und auf den 1. August 1993 in Kraft gesetzten Bundesstatistikgesetzes²⁾ (BStatG).

¹⁾ Besondere Versicherungsformen "Versicherung mit eingeschränkter Arztwahl" und "Bonusversicherung"; Art. 23-23quinquies Verordnung V vom 2.2.1965 über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung von Krankenkassen und Rückversicherungsverbänden sowie ihre finanzielle Sicherheit; SR 832.121

²⁾ Bundesstatistikgesetz vom 9.10.1992; SR 431.01

Die in der Verordnung aufgeführten Aufsichtsdaten sind dem BSV durch die Versicherer und die Leistungserbringer zur Verfügung zu stellen. In bezug auf die im Bereich der Krankenversicherung zu Aufsichtszwecken über den stationären und teilstationären Bereich benötigten Daten ist folgendes vorgesehen: Damit die Leistungserbringer durch Doppelspurigkeiten nicht unnötig belastet werden, sollen die vom Bund zu den im KVG genannten Zwecken benötigten Daten im Rahmen der eben erwähnten neuen Krankenhausstatistik durch das Bundesamt für Statistik (BFS) erhoben werden (im Rahmen der im Anhang zur Verordnung vom 30. Juni 1993¹) über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes bezeichneten Statistiken der stationären Betriebe des Gesundheitswesens). Die Daten können dann vom BSV zu Aufsichtszwecken und vom BFS in anonymisierter Form zu statistischen Zwecken verwendet werden.

Da dieses Vorgehen aus dem beigelegten Verordnungsentwurf noch nicht mit genügender Klarheit hervorgeht, werden die erforderlichen Präzisierungen während des Vernehmlassungsverfahrens in Absprache zwischen dem BSV, dem BFS und dem Eidgenössischen Datenschutzbeauftragten vorgenommen. Soweit dem BSV Aufsichtsdaten nicht im Rahmen der eben erwähnten Erhebungen zufließen, kann es sie direkt erheben. Damit die anfallenden Erhebungs-, Aufbereitungs- und Analysearbeiten im Zusammenhang mit den Erhebungen rationell und möglichst schnell bereitgestellt werden, ist vorzusehen, dass das BSV für die Erledigung einzelner Arbeitsschritte Dritte beiziehen kann.

Sämtliche Bestimmungen wollen dem BSV die notwendigen Aufsichtsdaten zur Verfügung stellen und es soll damit gleichzeitig dafür gesorgt werden, dass für die Leistungserbringer, die Versicherer, die Versicherten, die Kantone und den Bund eine minimale Transparenz hergestellt wird, die mit statistischen Mitteln alleine nicht möglich wäre. Dies geschieht zum einen durch die dem BSV übertragene Kompetenz, gewisse in der Verordnung erwähnte Angaben zu veröffentlichen. Es wird so möglich sein, die in einer öffentlichen bzw. gesundheitspolitischen Funktion erbrachten Leistungen anschaulich zu machen (die Aufzählung macht deutlich, dass der Datenschutz für jene Gesundheitsangaben, die zu den besonders schützenswerten Personendaten gehören, vollumfänglich gewährleistet bleibt, da derartige Daten gar nicht erhoben werden). Zum anderen wird die notwendige Transparenz geschaffen, um die Kontrolle des Kostendeckungsgrades, die Überprüfung der

¹SR 431.012.1

Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen sowie den Aufbau von Grundlagen für die ausserordentlichen Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung (aber auch für Beschwerdeentscheide des Bundesrates) zu ermöglichen.

2.1.7 Leistungen, Voraussetzungen, Umfang der Kostenübernahme

Artikel 34 und 35 Bezeichnung der Leistungen

Wie heute werden die von den Versicherern zu übernehmenden Pflichtleistungen in Listen aufgeführt (bei den durch die Ärzte/Ärztinnen und Chiropraktoren/Chiropraktorinnen oder Spitäler erbrachten Leistungen werden aber nur die umstrittenen Leistungen aufgeführt, wobei auch diejenigen Leistungen aufzulisten sind, die nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden müssen). Die Bezeichnung der sogenannten allgemeinen Leistungen erfolgt im Anschluss an die Anhörung der Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen der Krankenversicherung (ELK) durch das EDI in einer Verordnung. Dazu werden vorerst die bestehenden Departementsverordnungen 7¹⁾, 8²⁾, 9³⁾ und 10⁴⁾ weitgehend übernommen. Der Leistungskatalog wird nach Bedarf erweitert und angepasst. Die zu übernehmenden Arzneimittel und Analysen werden wie heute nach Anhören der Arzneimittelkommission (EAK) bezeichnet. Der aufgrund des neuen KVG erweiterte Leistungskatalog wird nun nach diesen Verfahren im Laufe des Jahres 1995 aufgestellt.

Artikel 36 Therapeutische Massnahmen bei Geburtsgebrechen

Artikel 52 Absatz 2 KVG verlangt, dass die zum Leistungskatalog der Invalidenversicherung gehörenden therapeutischen Massnahmen bei Geburtsgebrechen in "die Erlasse und Listen nach Absatz 1" aufgenommen werden, damit die betroffenen Personen nach Erreichen der Volljährigkeit die entsprechenden Leistungen im Rah-

¹Verordnung 7 des EDI vom 13.12.1965 über die von den anerkannten Krankenkassen zu übernehmenden wissenschaftlich anerkannten Heilanzeigen; SR 832.141.11

²Verordnung 8 des EDI vom 20.12.1985 über die von den anerkannten Krankenkassen zu übernehmenden psychotherapeutischen Behandlungen; SR 832.141.12

³Verordnung 9 des EDI vom 18.12.1990 über die Leistungspflicht der anerkannten Krankenkassen für bestimmte diagnostische und therapeutische Massnahmen; SR 832.141.13

⁴Verordnung 10 des EDI vom 19.11.1968 betreffend die Aufnahme von Medikamenten in die Spezialitätenliste; SR 832.141.24

men der Krankenversicherung beanspruchen können. Es handelt sich dabei um Spezialdiätetika (so bspw. für die Behandlung der Ahornsiruperkrankung). Diese sind zwar von der Invalidenversicherung aufgelistet und dementsprechend zu übernehmen. Sie sind jedoch zum grössten Teil nicht bei der Interkantonalen Kontrollstelle registriert, gehen über den Begriff einer pharmazeutischen Spezialität hinaus und ihre Hersteller oder Vertreiber sind an einer Anmeldung zur Aufnahme in die Spezialitätenliste nicht interessiert. Es ist deshalb aus systematischen Gründen nicht möglich, diese Spezialdiätetika der Spezialitätenliste anzugliedern. Indem ausdrücklich eine Regelung in die Verordnung aufgenommen wird, wird der Auftrag, die betreffenden therapeutischen Massnahmen der Invalidenversicherung in Erlasse der Krankenversicherung aufzunehmen, erfüllt.

Artikel 37-39 Kommissionen

Die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen der Krankenversicherung (ELK) und die Eidgenössische Arzneimittelkommission (EAK) sollen weiterbestehen. Sie beraten das EDI und das BSV in der Frage, ob eine Leistung (eine umstrittene Behandlungsmethode, ein Arzneimittel, eine Analyse, etc.) wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist (Art. 33 Abs. 4 KVG). Die Zusammensetzung und die Arbeitsweise dieser Kommissionen werden nach Anhören der interessierten Organisationen geregelt. Die Komplementärmedizin, die Interessen der Patientinnen und Patienten, der pharmazeutisch-chemischen Industrie sowie Fragen der medizinischen Ethik werden dabei gebührend berücksichtigt. Die Leistungen der Komplementärmedizin - die durch das neue Gesetz grundsätzlich als Pflichtleistungen zugelassen sind - werden nach Methoden und Verfahren geprüft, die sich von denjenigen der Schulmedizin unterscheiden, aber genügend zuverlässig sind. Ihre Wirksamkeit wird sich insbesondere mit Hilfe der Statistik feststellen lassen. Um der Besonderheit der Komplementärmedizin gerecht zu werden, wird ein spezieller Ausschuss der EAK damit beauftragt, die Medikamente in diesem Bereich zu prüfen. Es werden ihm Fachleute der Komplementärmedizin angehören. Dieser Ausschuss wird vom EDI durch Verordnung zu bestellen sein.

Stellen sich in einer Kommission Fragen, zu deren Beurteilung die ELK im Rahmen ihrer ordentlichen Zusammensetzung nicht kompetent genug ist oder sollten Bereiche der Medizin betroffen sein, die über keine Vertretung in der Kommission verfügen, können im Einzelfall Experten oder Expertinnen des betroffenen Fachgebietes

beigezogen werden. Zu denken ist dabei an die Erstellung von Expertisen über fachlich kontroverse Probleme der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Medikamenten oder für die Grundsätze bei der Preisbildung von Arzneimitteln, sowie an Fachleute für Analysenfragen (Hämatologie, Immunologie, Chemie, Mikrobiologie und Pathologie) und anderes mehr. Es ist vorgesehen, das Verfahren zu beschleunigen, namentlich durch die Möglichkeit, dass Ausschüsse in häufigerem Rhythmus tagen und direkt Antrag an das BSV stellen können, womit die Vorschläge der Planconsult-Studie¹⁾ umgesetzt werden.

Artikel 40 Verrechnung

Die Möglichkeit der Verweigerung oder der Einstellung der Leistungen aufgrund des Nichtbezahlens von Prämien oder Kostenbeteiligungen wäre mit einer obligatorischen Versicherung nicht vereinbar. Gegenüber säumigen Versicherten soll aber wie in anderen Sozialversicherungszweigen (Art. 50 Abs. 3 UVG, Art. 20 Abs. 2 AHVG) die Verrechnung von fälligen Leistungen mit offenen Forderungen möglich sein.

Artikel 41 Leistungen im Ausland

Die hier für alle Versicherer verbindlich und einheitlich festgelegten Grundsätze werden in der Praxis von den Krankenkassen schon heute weitgehend praktiziert (jedenfalls was die Notfälle anbelangt). Die Begrenzung der Kostenübernahme ist in Anlehnung an die in der obligatorischen Unfallversicherung (Art. 17 UVV) getroffene Lösung geregelt. Für entsandte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie für die im Aussendienst der Eidgenossenschaft tätigen Versicherten wird ausserdem bestimmt, welcher Tarif zur Anwendung gelangt. Dies erübrigt sich für Versicherte mit Wohnsitz in der Schweiz sowie für Grenzgängerinnen und Grenzgänger, da hierfür bereits Regelungen bestehen (Art. 41 KVG bzw. Art. 42 KVV).

¹Schlussbericht Analyse Spezialitätenliste der Planconsult, Basel, zuhanden des EDI vom 26. Mai 1993

Artikel 42 Grenzgängerinnen und Grenzgänger

In der Schweiz besteht so auch für Grenzgängerinnen und Grenzgänger, die auf Gesundheit hin versichert sind (siehe Art. 3 Abs. 2 und Art. 7 Abs. 3), ein Tarifschutz.

2.1.8 Zulassung der Leistungserbringer/innen

Artikel 43-48 Ärzte/Ärztinnen, Apotheker/innen, Zahnärzte/Zahnärztinnen

Das EDI hat eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die sich mit Fragen der staatlichen Anerkennung der Aus- und Weiterbildung in Medizinalberufen befasst. Ihr Bericht soll Aufschluss über die erforderlichen Vorkehren in diesem Bereich geben. Die Ausarbeitung eines Gesetzesentwurfes, der die Aus- und Weiterbildung regelt, wird allerdings frühestens 1995 beginnen und ein Entwurf wird nicht bereits auf den 1. Januar 1996 bereitstehen. In der KVV ist daher eine vorläufige Regelung vorzusehen, die bei den Ärzten/Ärztinnen in Anlehnung an die entsprechenden Bestimmungen der Europäischen Union ausformuliert worden ist (Art. 43 Abs. 1).

Artikel 49 Chiropraktoren/Chiropraktorinnen

Bei den Vorschriften über die Zulassung der Chiropraktoren/Chiropraktorinnen zur Praxis für die Krankenversicherung wird aus verwaltungsökonomischen Gründen auf die bisherige Auflistung der anerkannten Chiropraktoren-Schulen verzichtet. Stattdessen sind die Anforderungen an die Ausbildung - im Sinne einer Angleichung an die übrigen Bestimmungen im Bereich Zulassung - allgemein formuliert. In der Schweiz bestehen keine Chiropraktoren-Schulen. Daher wird von der Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) eine einheitliche Chiropraktoren-Prüfung durchgeführt. Auf deren Reglemente basiert der vorliegende Entwurf. Für die Anerkennung der Schulen bestehen objektive Normen des Council on Chiropractic Education in den USA. Die Kantone stützen sich bei der Zulassung zu dieser Prüfung auf die Anerkennung der absolvierten Schulen durch das EDI bzw. das BSV (bisher EDI durch die Vo 6¹⁾; neu das BSV durch eine Liste). Die zu den Artikeln 43-48 erwähnte Arbeitsgruppe

¹Verordnung 6 des EDI über die Krankenversicherung vom 10. Dezember 1965 betreffend die Anerkennung chiropraktischer Ausbildungsinstitute; SR 832.156.41

befasst sich im Bereich der Chiropraktoren zusätzlich zur Weiterbildung auch mit deren Ausbildung, so dass auch hier ein Regelungsvorschlag erwartet werden darf.

Artikel 50 Hebammen

Die Zulassungsvoraussetzungen entsprechen den Bestimmungen und Richtlinien des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) aus dem Jahre 1979 über die Grundausbildung von Hebammen (vgl. dort Ziff. 5, S. 12 ff.). Zusätzlich wird eine Angleichung an die Praktikumserfordernisse bei anderen Leistungserbringern vorgenommen. Da der Schweizerische Hebammenverband das Arbeitsgebiet der Hebammen ausdehnen möchte, ist er vom BSV aufgefordert worden, zusammen mit der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) Vorschläge für den Leistungsbereich und die erforderliche Ausbildung auszuarbeiten. Diese Verhandlungen sind noch nicht abgeschlossen.

Artikel 52 Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen

Bezüglich der Physiotherapieausbildung wurde das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) von der SDK beauftragt, Richtlinien aufzustellen. Heute kontrolliert es über die Anerkennung der Schule oder über die Registrierung der ausländischen Diplome bereits die Ausbildung aller in der Schweiz zulasten der Krankenversicherung tätigen Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen. Es ist sinnvoll, diese bewährte Lösung direkt in die Verordnung aufzunehmen. Das Zulassungsverfahren beim BSV wird abgeschafft; es wird Sache der Versicherer sein, festzustellen, ob die Zulassungsbedingungen erfüllt sind (z.B. anhand einer Liste).

Artikel 53 Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen

Nach dem heutigen Recht sind alleine Zentren für Ergotherapie zur Durchführung ergotherapeutischer Massnahmen für die Krankenversicherung zugelassen (Art. 1 Abs. 2 Vo VI¹). Darauf ist zugunsten der Zulassung selbständig tätiger Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen zu verzichten. Zusätzlich wird eine Angleichung an

¹Verordnung VI über die Krankenversicherung vom 11.3.1966 betreffend die Zulassung von medizinischen Hilfspersonen zur Betätigung für die Krankenversicherung; SR 832.156.1

die Praktikumserfordernisse bei anderen Leistungserbringern vorgenommen. Die heutige überholte Regelung rührt daher, dass zur Entstehungszeit der Verordnung VI nur SRK-Zentren ergotherapeutische Leistungen anboten.

Artikel 54 Krankenschwestern und Krankenpfleger

Der Vorschlag zu dieser Regelung ist von einer Arbeitsgruppe Spitex erarbeitet worden, in der verschiedene Organisationen und die Kantone vertreten sind. Massgebend war, dass auch hier bereits im Auftrag der SDK vom SRK aufgestellte Regelungen bestehen. Alle Kantone anerkennen die entsprechenden Diplome. Die Formulierung erfasst alle anerkannten Diplome in Krankenpflege, zusätzlich wird aber auch hier eine Angleichung an die Praktikumserfordernisse bei anderen Kategorien von Leistungserbringern vorgenommen.

Artikel 55 Logopäden/Logopädinnen

Die hier vorgesehenen Zulassungsbedingungen sind von der ELK bereits im Hinblick auf eine Revision der Verordnungen VI¹⁾ und 7²⁾ zum KUVG beschlossen worden. Die erwähnten Verordnungen werden indes vor dem Inkrafttreten des KVG nicht mehr revidiert.

Artikel 56 Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen

Der Schweizerische Psychotherapeuten-Verband (SPV), die Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) und die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) sind in bezug auf die Zulassung der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen um einen gemeinsamen Vorschlag gebeten worden. Dieser steht noch aus.

¹a.a.O.

²a.a.O.

Artikel 57 Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause

Die Arbeitsgruppe Spitex hat auch für diesen Bereich einen Vorschlag erarbeitet. Die darin umschriebenen Voraussetzungen sind kumulativ zu erfüllen, und sollen sowohl der Qualität der angebotenen Leistungen dienen, wie auch potentiellen, vor allem privaten Anbietern die Tätigkeit ermöglichen. Daher kann sich die Organisation den Leistungsauftrag selbst erteilen. Wichtig ist auch in diesem Fall die Zulassung durch den Kanton. Welche Leistungen die Organisationen zulasten der Krankenversicherung erbringen dürfen, wird in einer Departementsverordnung festgesetzt.

Artikel 58 und 59 Laboratorien

Die Zulassung von Laboratorien soll in Zukunft auch davon abhängig gemacht werden, welche Analysen die einzelnen Laboratorien durchführen wollen. Laboratorien, die lediglich in einem beschränkten Umfang (d.h. in dem in der Analysenliste mit Tarif festgelegten Rahmen) einfache Analysen durchführen, sind zugelassen, soweit sie über eine kantonale Bewilligung verfügen und an Qualitätssicherungsmaßnahmen teilnehmen. An Laboratorien, die darüber hinaus sogenannte komplexe Systeme von Analysen durchführen, werden höhere Anforderungen gestellt, wenn sie für die Krankenversicherung tätig sein wollen. Das Departement wird in einer Verordnung im einzelnen die den Versicherern verrechenbaren Analysen sowie die Verrechnungsvoraussetzungen regeln. Damit können die Anforderungen kontinuierlich den Entwicklungen der Labormedizin angepasst werden.

Artikel 60 Abgabestellen für Mittel und Gegenstände

Welche Mittel und Gegenstände abzugeben sein werden, ist zunächst von der ELK zu beraten und dann vom Departement in einer Verordnung festzusetzen.

Artikel 61 und 62 Heilbäder

Die Definitionen lehnen sich im wesentlichen an das österreichische Bundesgesetz über natürliche Heilvorkommen und Kurorte von 1958 an.

2.1.9 Rechnungsstellung

Artikel 63

Weitere zu machende Angaben ergeben sich aus dem Begriff der Rechnung selbst. Wird die Diagnose auf der Rechnung aufgeführt, so kann im Sinne von Artikel 42 Absatz 5 KVG die gesamte Rechnung direkt dem Vertrauensarzt des Versicherers zugestellt werden.

2.1.10 Tarife und Preise der Analysen und Arzneimittel¹⁾

Artikel 64-66 Analysenliste

Die wissenschaftliche Anerkennung von Analysen allein genügt derzeit nicht mehr als Bedingung für eine Aufnahme in die Analysenliste. Die Massnahmen zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen erfordern eine vermehrte Beachtung der Wirtschaftlichkeit (die auch Anforderungen an die Qualität stellt), was zusätzliche Prüfungen erfordern kann.

Artikel 67 Arzneimittelliste mit Tarif

Unter Anwendung der geänderten Aufnahmekriterien in bezug auf den Wirkungsnachweis (Art. 32 Abs. 1 KVG) können bisher nicht kassenzulässige Arzneimittel wie Homöopathika aufgelistet und kann damit die Übernahme ihrer Kosten zur Pflichtleistung gemacht werden.

Artikel 68-74 Spezialitätenliste

Über die Bestimmungen im Bereich der Arzneimittelpreise wurde im Frühjahr 1994 bereits ein Vernehmlassungsverfahren durchgeführt. Die Ergebnisse dieses Verfahrens wurden bei den Bestimmungen über die Spezialitätenliste berücksichtigt. Der

¹Vgl. auch zu Ziffer 2.1.7 (S. 9)

Bundesrat ist der Meinung, dass der Inhalt der Bestimmungen im Bereich der Medikamentenpreise nun nicht mehr zur Diskussion steht. Diese Bestimmungen sind lediglich zur Vervollständigung in den vorliegenden Entwurf zur Bundesratsverordnung übernommen worden; sie befinden sich somit nicht mehr ausschliesslich in der Departementsverordnung (in welcher aber weiterhin die näheren Vorschriften geregelt werden - vgl. Art. 78).

Mit "Für die Beurteilung der Wirksamkeit von allopathischen Spezialitäten sind klinisch kontrollierte Studien notwendig" in Artikel 69 Absatz 4 ist gemeint, dass diese Studien nur für "schulmedizinische" Arzneimittel erforderlich sind. Dies erlaubt es dem BSV und der EAK, die komplementärmedizinischen Arzneimittel nach anderen Kriterien zu beurteilen.

Preiserhöhungen gemäss Artikel 71 für Arzneimittel der SL sollen wie bisher nur mit der Zustimmung des BSV erfolgen können. Preiserhöhungen sind nur insoweit zuzulassen, als sie dem Erfordernis der Wirtschaftlichkeit genügen und die Wirksamkeit und die Zweckmässigkeit gegeben sind, wobei grundsätzlich die gleichen Kriterien anzuwenden sind, wie sie für die erstmalige Aufnahme gelten. Was den Preisanpassungsrhythmus anbelangt, präzisiert Absatz 2 Buchstabe b der erwähnten Bestimmung die aktuelle Praxis: derzeit können Preiserhöhungsgesuche frühestens 2 Jahre nach Eintrag in die SL oder nach der zuletzt gewährten Preiserhöhung eingereicht werden. Für alle Medikamente, welche seit höchstens 15 Jahren vergütungspflichtig sind, hat eine Überprüfung durch das BSV zu erfolgen (Art. 69 Absatz 7). Gemäss heutiger Praxis geniessen Originalpräparate während 30 Jahren seit der Aufnahme in die SL eine sogenannte Preisschutzfrist; d.h. während dieser Zeit sind grundsätzlich Preiserhöhungen möglich, wobei die entsprechenden Generika (Nachahmerpräparate) stets einen um 25% tieferen Preis einhalten müssen. Vorliegend wird diese Frist von 30 auf 15 Jahre verkürzt. Diese Verkürzung ist von der EAK vorgeschlagen worden, weil einerseits die heutige Regelung im Laufe der Zeit wegen 15 möglichen Preiserhöhungen (Automatismus) grosse Unterschiede zwischen den Preisen in der Schweiz und denjenigen in den umliegenden Ländern zur Folge haben kann, und andererseits mit Blick auf die Möglichkeit, für Arzneimittel (Originalpräparate) eine die Patentschutzdauer ergänzende Schutzdauer zu erlangen, eine Anpassung der Preisschutzfrist vorzunehmen ist. In der Schweiz befindet sich eine Patentgesetzre-

vision zur Einführung einer zusätzlichen Schutzdauer von maximal 5 Jahren¹⁾ in Form von ergänzenden Schutzzertifikaten in der parlamentarischen Phase. In der EU können ergänzende Schutzzertifikate seit Anfang 1993 verlangt werden.

Nach spätestens 15-jährigem Eintrag in der SL kann das BSV eine angemessene Preissenkung vornehmen. In der Regel sollen die Medikamente von der Preis-schutzfrist profitieren können. Das BSV führt während der ersten 15 Jahre nicht von sich aus eine Überprüfung durch. Stellt sich anhand eines Preiserhöhungsgesuches heraus, dass der ersuchte Preis zu hoch ist, lehnt das BSV das Gesuch ab und gewährt keine Preiserhöhung. Es ist allerdings denkbar, dass durch die Entwicklung im Bereich der Medikamente der Preis eines Arzneimittels im Quervergleich bereits vor Ablauf der Frist von 15 Jahren als eindeutig zu hoch zu bewerten ist. Für diesen Fall ist vorgesehen, dass die EAK dem BSV den Auftrag erteilen kann, das Medikament einer genauen Überprüfung zu unterziehen und gegebenenfalls eine Preissenkung einzuleiten. Einzelheiten dazu sollen in einer Verordnung des EDI geregelt werden.

2.1.11 Qualitätssicherung

Artikel 79

Die Qualitätssicherung soll vorderhand den Tarifpartnern überlassen werden. Diese Vorgehensweise rechtfertigt sich aufgrund der Anforderungen an die Qualitätssicherungsmassnahmen, die für jeden Leistungsbereich gesondert aufzulisten sind. Um jedoch einen Überblick über die getroffenen Massnahmen zu erhalten, wird den Tarifpartnern eine Informationspflicht auferlegt. Über die Ergebnisse der Massnahmen müssen die Kantone (die ja für das Gesundheitswesen zuständig sind) informiert werden. Diese haben dem BSV periodisch, bspw. alle vier Jahre, Bericht zu erstatten.

¹⁾ Aufgrund der Tatsache, dass ein Originalpräparat ca. 10 Jahre nach der Anmeldung zum Patent vergütungspflichtig wird (Eintrag in die SL), wird beim Inkrafttreten des revidierten Patentgesetzes die bisherige effektive Patentlaufzeit von ca. 10 Jahren um eine zusätzliche Schutzdauer von höchstens 5 Jahren ergänzt, so dass sich eine gesamte Schutzzeit von 15 Jahren ergibt

2.1.12 Finanzierung

2.1.12.1 Finanzierungsverfahren

Artikel 80 Reserve

Das Prinzip der Sicherstellung des Gleichgewichts zwischen Einnahmen und Ausgaben, welches das Finanzierungssystem bestimmt, ist mit demjenigen der Verordnung V¹⁾ (Art. 9) identisch. Die Finanzierungsperiode indessen wurde von drei auf zwei Jahre gekürzt. Die minimalen Reserven der Versicherer wurden neu berechnet. Die Prozentsätze dieser Reserven basieren im KUVG auf den Jahresausgaben (Art. 10 Vo V), während der Entwurf einen Prozentsatz vorsieht, der sich auf die zu erhaltenden Prämien stützt. Die betreffenden Prozentsätze wurden von einer Arbeitsgruppe²⁾, die zur Erarbeitung von Bestimmungen im Rahmen der Finanzierung der Krankenversicherung einberufen wurde, berechnet und diskutiert.

Artikel 81 Defizitgarantie

Diese Bestimmung wurde gegenüber der geltenden Regelung³⁾ in dem Sinne geändert, dass die Garantie bei Defiziten auch effektiv ausbezahlt werden muss.

2.1.12.2 Kapitalanlagen

Artikel 82

Im Hinblick auf eine möglichst liberale Regelung im Bereich der Kapitalanlagen werden nur noch die eigentlichen Grundsätze der zukünftigen Anlagepolitik festgehalten, womit die Versicherer im Prinzip alle Möglichkeiten auf dem Finanzmarkt ausschöpfen können. In einigen Bereichen (Aktien, Immobilien, "Institutionen, die der

¹Verordnung V über die Krankenversicherung vom 2. Februar 1965 betreffend die Anerkennung von Krankenkassen und Rückversicherungsverbänden sowie ihre finanzielle Sicherheit; SR 832.121

²Die erwähnte Gruppe setzte sich aus Mitarbeiter/innen des BSV und aus verwaltungsexternen Fachpersonen aus Kreisen der Krankenkassen und der Privatversicherer zusammen

³Vgl. Art. 11 Vo V

Durchführung der Krankenversicherung dienen") müssen jedoch gewisse Einschränkungen vorgesehen werden, damit nicht eine zu einseitige bzw. zu risikohafte Anlagepolitik betrieben wird. Es ist nämlich nicht zu vergessen, dass - im Unterschied bspw. zur beruflichen Vorsorge - die Reserven der Krankenversicherer kurzfristig zur Verfügung stehen müssen.

2.1.12.3 Rechnungslegung

Artikel 84 und 87

Die Erstellung von einheitlichen Normen sowie eines einheitlichen Kontenplanes lässt sich anhand der Vielfalt von Versicherern (Rechtsformen) sowie deren Buchungssysteme rechtfertigen. Diese Normen und dieser Kontenplan werden nicht vom Staat festgelegt. Sie werden gemeinsam von den Versicherern aufgestellt, müssen jedoch genehmigt werden, damit sie mit den Kontenformularen übereinstimmen (siehe Art. 88 Abs. 3). Artikel 87 (Informatikprogramme) ist das Pendant zu Artikel 84. Die Versicherer haben auch dafür zu sorgen, dass die gesamten elektronisch verarbeiteten Buchhaltungsdaten einheitlich gestaltet werden, so dass die verschiedenen Computersysteme die gleiche Qualität in Sachen Ergebnis und Zuverlässigkeit aufweisen.

2.1.12.4 Revision

Artikel 89-91

Die die Revision betreffenden Bestimmungen wurden im Vergleich zu denen in der Verordnung I¹⁾ (Art. 13 bis 18) nur gering abgeändert. Die vom Versicherer bestimmte externe und unabhängige Revisionsstelle hat eine bestimmte Anzahl Forderungen (strenger als die bisherigen) zu erfüllen, die unter diesen Artikeln aufgelistet sind.

¹Verordnung I über die Krankenversicherung vom 22. Dezember 1964 betreffend das Rechnungswesen und die Kontrolle der vom Bund anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände sowie die Berechnung der Bundesbeiträge; SR 832.190

2.1.12.5 Prämien der Versicherten

2.1.12.5.1 Allgemeine Bestimmungen

Artikel 92 Prämienrechnung

Das KVG unterscheidet klar zwischen der sozialen Krankenversicherung einerseits, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die freiwillige Taggeldversicherung umfasst, und den Zusatzversicherungen andererseits, für welche die Gesetzgebung über das private Versicherungswesen zur Anwendung gelangt. Diese Trennung hat zur Folge, dass die Prämienfestsetzung nach unterschiedlichen Kriterien erfolgt, weshalb die Versicherer verpflichtet sind, in der Prämienrechnung die Prämien für die einzelnen Versicherungsbereiche klar voneinander zu trennen.

Artikel 94 Regionale Abstufung der Prämien

Die mögliche Differenz von 50% zwischen der obersten und untersten Prämienstufe beruht auf Berechnungen der zu Artikel 80 erwähnten Arbeitsgruppe. Damit die Transparenz im Prämiengefüge gewahrt wird, sollen die Regionen einheitlich festgelegt werden.

Artikel 95 Prämientarife

Die Einreichungsfrist von 5 Monaten vor dem Zeitpunkt ihrer Wirksamkeit für die Prämientarife und deren Änderungen muss festgesetzt werden, damit die Genehmigung noch rechtzeitig erfolgen kann. Anders als unter dem geltenden Recht kommt der Genehmigung nämlich neu eine konstitutive Wirkung zu. Nicht genehmigte Tarife oder Änderungen solcher dürfen nicht angewandt werden.

2.1.12.5.2 Besondere Versicherungsformen

Artikel 96-98 Versicherungen mit höherer Kostenbeteiligung

Die Regelung der Versicherung mit höherer Kostenbeteiligung orientiert sich weitgehend an dem für die wählbaren Franchisen geltenden System (Art. 26^{ter}-26^{sexies} Verordnung V über die Krankenversicherung¹). Wie heute werden die höheren Franchisen und entsprechende maximale Prämienreduktionsfaktoren festgesetzt, wobei die bisherigen Franchisebeträge und Prämienreduktionsfaktoren beibehalten worden sind. Die maximale Kostenbeteiligung pro Kalenderjahr beläuft sich jedoch statt wie bis anhin auf den fünffachen auf den dreifachen Betrag der Franchise. Wenn man bedenkt, dass die Kostenbeteiligung auf die Spitalbehandlung ausgedehnt wird und daneben ein Beitrag an die Aufenthaltskosten zu entrichten ist, dürfte es sich gesamthaft gesehen doch um eine tragbare Lösung für die Versicherten handeln. Die heutige erste Stufe der Kinderfranchise (Fr. 50.-) wurde weggelassen, da die jährliche Höchstbeteiligung im Rahmen der dreifachen Franchise (Fr. 150.-) weniger als die von einem Kind nach Artikel 64 Absatz 4 KVG zu entrichtende Kostenbeteiligung betragen hätte (Fr. 300.-). Ein freiwilliger Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist nun gleich wie in der Bonusversicherung frühestens fünf Jahre nach dem Beitritt zur Versicherung mit höherer Kostenbeteiligung möglich.

Artikel 99-101 Bonusversicherung

Grundsätzlich werden die heute bereits bestehenden Regelungen² zur Bonusversicherung übernommen, sie sind aber an die neuen KVG-Rahmenbedingungen (bspw. Obligatorium und Kündigungsmodalitäten) angepasst worden.

¹SR 832.121

²Art. 23^{ter} und 23^{quater} Vo V sowie Verordnung 13 des EDI über die Krankenversicherung vom 29.5.1990 betreffend Mitgliederbeiträge in der Bonusversicherung (SR 832.121.2)

Artikel 102-104 Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer

In diesem Bereich der besonderen Versicherungsformen wurden zum Teil die bisherigen Regelungen übernommen, wobei die in der noch andauernden Versuchsphase gewonnen Erkenntnisse und die daraus entwickelte Verwaltungspraxis für HMO¹⁾ und PPO²⁾ (Prämien, Entsolidarisierung, Aufsicht) starken Einfluss auf die Ausgestaltung der Bestimmungen hatten. Die Hauptanliegen in diesen Versicherungsformen sind nach wie vor einerseits die Gestaltungsfreiheit der Versicherer und andererseits die Verhinderung von Prämienvergünstigungen durch reine Risikoselektion oder durch Quersubventionierung zu Lasten der ordentlichen Versicherung.

Werden die Leistungen im Rahmen einer Versichertenpauschale vergütet, ist die Erhebung einer Kostenbeteiligung nicht zweckmässig, weil für die im Einzelfall erbrachte Leistung keine Rechnung ausgestellt wird. Werden jedoch die Versicherten an einen Leistungserbringer überwiesen, der nicht mittels der Versichertenpauschale vergütet wird (z.B. ein Spital oder ein Spezialist/eine Spezialistin ausserhalb einer HMO), entfällt diese Begründung. Weil aber auch in diesen Fällen in der Regel vor der Überweisung Leistungen erbracht worden sind, welche bereits durch die Versichertenpauschale abgegolten sind, soll der Versicherer auf die Erhebung der Franchise verzichten können.

Im Gegensatz zu den Versicherungen mit höherer Kostenbeteiligung und zur Bonusversicherung sollen hier grundsätzlich keine verbindlichen Prämien Differenzen in Form von Prozentsätzen zur ordentlichen Versicherung festgelegt werden. Die Verordnung definiert Kriterien, die bei der Festlegung der Prämien zu beachten sind (Art. 104 Abs. 1 und 2). Massgebend müssen aber entsprechende Erfahrungszahlen aus mindestens fünf Rechnungsjahren sein.

Was soll gelten, solange diese Erfahrungszahlen noch nicht vorliegen? Der Entwurf enthält dazu zwei Varianten. Variante 1 sieht eine höchstzulässige Prämienreduktion vor (20%). Variante 2 hält fest, dass neben den Zahlungen für Leistungen an die Versicherten der alternativen Versicherungsform dem Versicherer auf jeden Fall aus den Prämieeinnahmen noch genügend Mittel verbleiben, um die Verwaltungskosten, die Rückversicherungsprämien sowie die nötigen Beiträge an die Reserven

¹ Health Maintenance Organizations

² Preferred Provider Organizations

und an den Risikoausgleich zu finanzieren. Variante 1 ist einfacher vollziehbar dafür aber weniger flexibel. Variante 2 ist bei der Genehmigung der Prämientarife schwieriger zu handhaben, gibt aber dem Versicherer eine grössere Flexibilität und dem BSV ein grösseres Ermessen.

2.1.14.6 Entschädigungen an Dritte

Artikel 105

Mit den beiden in Artikel 105 gemachten Einschränkungen wird der Gefahr von ent-solidarisierenden Entwicklungen zwischen den Versicherern (bspw. durch die paketweise Abwerbung von "guten Risiken") oder gar gesetzwidrigen Entwicklungen innerhalb eines Versicherers (bspw. infolge Verstössen gegen das Gebot einheitlicher Prämien bei den erwachsenen Versicherten) vorgebeugt.

2.1.14.7 Kostenbeteiligung

Artikel 106 Franchise und Selbstbehalt

Die ordentliche Franchise beträgt weiterhin 150 Franken pro Kalenderjahr (Abs. 1). Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes von 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten wird auf 600 Franken festgelegt (Abs. 2). Damit beträgt die Höchstbeteiligung pro Kalenderjahr 750 Franken, was der maximalen Kostenbeteiligung im bisherigen ordentlichen Recht, welche durch den Bundesbeschluss vom 9. Oktober 1992 über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung auf 500 Franken herabgesetzt worden ist, entspricht. Gesamthaft gesehen dürfte es sich um eine tragbare Lösung für die Versicherten handeln, wenn man bedenkt, dass zwar die Kostenbeteiligung einerseits auf die Spitalleistungen ausgedehnt wird und auch ein Beitrag an die Aufenthaltskosten im Spital zu entrichten ist (Art. 64 Abs. 5 KVG resp. Art. 107 KVV), andererseits aber die Franchise seit 1991 nicht mehr erhöht worden ist und für Dauerbehandlungen und die Behandlung schwerer Krankheiten die Kostenbeteiligung herabgesetzt oder aufgehoben werden kann (Art. 64 Abs. 6 Bst. b KVG resp. Art. 108 Abs. 3 KVV).

In einer obligatorischen Versicherung mit einer vollen Freizügigkeit rechtfertigt sich die Anrechnung der bereits bezahlten Kostenbeteiligung bei einem Wechsel des Versicherers im Verlaufe des Kalenderjahrs (Abs. 4).

Mit der Regelung in Absatz 5 besteht eine Grundlage für die Erhebung einer Kostenbeteiligung von Personen, die weniger als ein Jahr in der Schweiz versichert sind. Sie entspricht dem heutigen Artikel 27 Absatz 2 Vo V¹⁾ über die Krankenversicherung. Unter die Anwendung dieser Bestimmung fallen etwa Personen mit einer Saisonbewilligung und Personen, denen aufgrund eines zwischenstaatlichen Abkommens ein Anspruch auf die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zusteht.

Artikel 107 Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts

Dieser Beitrag beläuft sich auf 10 Franken und wird nur von Versicherten ohne Unterhalts- oder Unterstützungspflichten verlangt.

Artikel 108 Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung der Kostenbeteiligung

Wie bereits für die Bezeichnung der Leistungen im allgemeinen (Art. 34) wird dem EDI auch die Kompetenz übertragen, die Leistungen zu bezeichnen, für die eine höhere, eine herabgesetzte oder keine Kostenbeteiligung zu entrichten ist und zudem das Nähere zu dieser Kostenbeteiligung zu regeln. Denkbar ist, dass sowohl die Franchise wie auch der gesetzliche Ansatz des Selbstbehaltes erhöht respektive herabgesetzt werden.

¹a.a.O

2.3 Freiwillige Taggeldversicherung

Artikel 110-114

Weil die Taggeldversicherung freiwillig ist, hat man zunächst ein Minimum an Ausführungsbestimmungen vorgesehen; es rechtfertigt sich zudem, diesen Bereich verstärkt der Konkurrenz auszusetzen. Die vorgesehenen Bestimmungen bedürfen keiner besonderer Bemerkungen.

2.4 Koordinationsregeln

Artikel 115-130

Mit Ausnahme der Vorschriften über das Rückgriffsrecht hat man sich hier im wesentlichen an das bisherige Recht halten können (Art. 17-19 Vo III über die Krankenversicherung¹); es war aber übersichtlicher zu strukturieren als in der heute geltenden Fassung. Zudem hat man die erforderlichen Anpassungen an die Vorschriften des KVG und an die mit dem ATSG verfolgten Bestrebungen vorgenommen. Soweit noch Lücken bestanden haben, hat man Regelungen des ATSG für die KVV adaptiert oder Lösungen aus anderen Sozialversicherungszweigen übernommen.

2.5 Akteneinsicht und Schweigepflicht

Artikel 131-133

Die vorgesehenen Bestimmungen lehnen sich an die entsprechende Regelung der UVV an und enthalten Präzisierungen im Sinne des neuen Datenschutzgesetzes des Bundes. Artikel 133 Absatz 1 ist durch Buchstabe e ergänzt worden, um die Erhebung der Quellensteuer auf Taggeldern zu ermöglichen.

¹SR 832.140

2.6 Übergangsbestimmungen

Artikel 134 Leistungserbringer

Bereits tätige Leistungserbringer sind gemäss Artikel 101 KVG weiterhin zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung zugelassen. Sie müssen aber, nach dem Verordnungsentwurf, auf jeden Fall eine kantonale Berufsausübungsbewilligung besitzen oder diese innert Jahresfrist erhalten.

Absatz 2 betrifft Leistungserbringer, welche unter dem geltenden Recht nicht zur Tätigkeit für die Krankenversicherung zugelassen sind. Sind diese bereits heute selbständig tätig, können sie zur Tätigkeit für die Krankenversicherung zugelassen werden, auch wenn ihre Fachausbildung nicht vollständig der Verordnung entspricht.

Artikel 135 Qualitätssicherung

Diese Frist ist die gleiche wie für die Tarifverträge (Art. 9 der Verordnung über die Inkraftsetzung und Einführung des KVG).

2.7 Anhang

Ziffer 1 Aufhebung von Verordnungen über die Krankenversicherung

Sämtliche bisher gültigen Verordnungen des Bundesrates können ausser Kraft gesetzt werden. Hier nicht aufzuführen sind die Verordnung IX über die Krankenversicherung vom 31.8.1992¹⁾ betreffend den Risikoausgleich unter den Krankenkassen sowie die Verordnung vom 31.8.1992²⁾ über Beiträge an die Kantone zur Verbilligung der Prämien in der Krankenversicherung: Sie werden in der jeweiligen Schlussbestimmung der entsprechenden zwei speziellen Verordnungen aufgehoben.

¹SR 832.112.1

²SR 832.112.4

Weil dadurch sämtliche Departementsverordnungen ihre Rechtsgrundlage verlieren, werden sie automatisch aufgehoben. Der Inhalt der Departementsverordnungen 7¹⁾, 8²⁾, 9³⁾ und 10⁴⁾, welche den Bereich der Leistungen betreffen, wird auch unter dem KVG grundsätzlich noch Gültigkeit haben und somit vom EDI auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens des KVG ergänzt und eventuell in abgeänderter Form neu verordnet.

Ziffer 3 Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV

Nachdem im Anhang zum KVG Artikel 3 Absatz 4 Buchstabe d des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (ELG)⁵⁾ in dem Sinne geändert wird, dass Beiträge an die Krankenversicherung bei den Ergänzungsleistungen (EL) nicht mehr vom Einkommen abgezogen werden können, d.h. auch nicht mehr als Ausgabe angerechnet werden, fehlt für Artikel 19 Absatz 1 der entsprechenden Verordnung (ELV)⁶⁾ eine gesetzliche Grundlage. Er ist somit aufzuheben und der Titel der Bestimmung ist entsprechend anzupassen. Im zweiten Satz von Artikel 19 Absatz 2 ELV wird dem EDI neu die Kompetenz zu regeln übertragen, wie die von krankenversicherten EL-Bezügerinnen und -Bezügern erhobene Kostenbeteiligung bei den EL berücksichtigt werden kann.

Ziffern 4 und 5 Verordnungen zum UVG und zum MVG

In den Verordnungen über die Unfallversicherung (UVV) und die Militärversicherung (MVV) müssen die Verweise auf das Krankenversicherungsrecht und einige Begriffe dem neuen Recht angepasst werden. Zudem ist in Artikel 104 Absatz 2 UVV der zweite Satz zu streichen, um der neuen Aufteilung der Aufsichtskompetenzen zwischen dem BSV und dem BPV über die obligatorische Krankenpflege- und die freiwillige Taggeldversicherung nach dem KVG einerseits und die Zusatzversicherungen und anderen Versicherungsarten andererseits Rechnung zu tragen. Auch die Unfall-Zusatzversicherungen werden dem Bundesgesetz über den Versicherungs-

¹SR 832.141.11

²SR 832.141.12

³SR 832.141.13

⁴SR 832.141.24

⁵SR 831.30

⁶Verordnung vom 15.1.1971 über die Ergänzungsleistungen zur AHV; SR 831.301, AS 1993 2928

vertrag unterliegen und damit in den Zuständigkeitsbereich des BPV fallen. Ausserdem wird Artikel 104 Absatz 2 UVV, der das Beschwerderecht der Versicherer regelt, an die Regelung von Artikel 125 KVV angepasst.

Ziffer 6 Schadensversicherungsverordnung

Es wird so klargestellt, dass das BPV nur die Tarife der Zusatzversicherungen und nicht die Tarife der sozialen Krankenversicherung überprüft.

**Ziffern 7-9 Beamtenordnungen 1 und 2 und Angestelltenverordnung
(nur Versicherungspflicht)**

Die aufgeführten Bestimmungen regeln die Versicherungspflicht und die Beamtenordnungen 1 und 2 zusätzlich die Errichtung von Betriebskrankenkassen. Da das KVG ein allgemeines Versicherungsobligatorium statuiert und in Artikel 68 Absatz 1 vorschreibt, dass die Versicherer in ihrem örtlichen Tätigkeitsgebiet jede zum Beitritt berechnete Person aufnehmen müssen, dürfen Betriebskrankenkassen zumindest für den Bereich der Krankenpflegeversicherung nicht mehr als - wie dies heute meistens noch der Fall ist - "geschlossene" Versicherer tätig sein. Die betreffenden Bestimmungen der Beamtenordnungen 1 und 2 und der Angestelltenverordnung verlieren damit ihren Sinn und können ohne weiteres aufgehoben werden.

Vernehmlassungsverfahren zur Verordnung über die Krankenversicherung

LISTE DER VERNEHMLASSUNGSADRESSATEN¹⁾

1. Kantone

An die Kantonsregierungen

2. In der Bundesversammlung vertretene Parteien

- FDP Freisinnig-Demokratische Partei der Schweiz
- CVP Christlichdemokratische Volkspartei der Schweiz
- SPS Sozialdemokratische Partei der Schweiz
- SVP Schweizerische Volkspartei
- LPS Liberale Partei der Schweiz
- LdU Landesring der Unabhängigen
- EVP Evangelische Volkspartei der Schweiz
- PdAdS Partei der Arbeit der Schweiz
- SD Schweizer Demokraten
- Grüne Partei der Schweiz
- Freiheits-Partei der Schweiz / Die Auto-Partei
- Lega dei Ticinesi
- FraPI Frauen macht Politik
- EDU Eidgenössisch-Demokratische Union
- CSP Christlichsoziale Partei

3. Organisationen der Wirtschaft

- Fédération romande des consommatrices FRC
- Christlichnationaler Gewerkschaftsbund der Schweiz
- Stiftung für Konsumentenschutz
- Schweiz. Gewerkschaftsbund
- Schweizerischer Konsumentenbund
- Schweizerischer Gewerbeverband
- Schweiz. Bauernverband
- Zentralverband schweizerischer Arbeitgeber-Organisationen
- Schweiz. Handels- und Industrie-Verein (Vorort)
- Zentralverband des Staats- und Gemeindepersonals der Schweiz
- Landesverband freier Schweizer Arbeitnehmer
- Konsumentinnenforum Schweiz
- Vereinigung schweizerischer Angestelltenverbände
- Associazione Consumatrici della Svizzera Italiana

¹⁾ Personen und Organisationen, die hier nicht aufgelistet sind können auf Verlangen hin am Vernehmlassungsverfahren teilnehmen (Art. 4 Abs. 3 der Vo v. 17.6.91 über das Vernehmlassungsverfahren)

4. Übrige Organisationen

4.1. Organisationen des Gesundheitswesens

a) Leistungserbringer

- Schweizerischer Verband der Leiter Medizinisch-Analytischer Laboratorien FAMH
- Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen
- Schweiz. Hebammenverband
- Schweiz. Berufsverband dipl. Sozialarbeiter/innen und Sozialpädagogen/innen
- Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger
- Schweiz. Verband für Natürliches Heilen
- Verbindung der Schweizer Aerzte FMH
- Spitex Verband Schweiz
- Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO
- Schweizerischer Verein Homöopathischer Aerzte
- Schweiz. Aerztegesellschaft für Akupunktur
- Schweiz. Vereinigung der Privatkliniken
- Schweizerischer Apothekerverein
- Schweiz. Kneippverband
- Schweizerische Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin
- Arbeitsgemeinschaft Physikalische Therapie Berufsverband der Schweiz. med. Masseur/Masseurinnen APT
- Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser VESKA
- Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft
- VIPS Vereinigung der Importeure pharmazeutischer Spezialitäten
- APA Aerzte mit Patienten-Apotheke
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz
- Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektoren
- Schweizerische Gesellschaft für Chemische Industrie
- Reglementation
- Schweiz. Drogisten-Verband
- Interessengemeinschaft der Masseur der Schweiz
- Verband diplomierter Masseur der Schweiz
- Verein freipraktizierender Logopädinnen und Logopäden
- Schweizerische Gesellschaft für Balneologie und Bioklimatologie
- Vereinigung der Rheuma- und Rehabilitationskliniken der Schweiz
- Schweizerische Gesellschaft für Lymphologie
- Schweizerische Physiotherapeuten-Verband
- Schweizerisches Rotes Kreuz
- Verband Schweizerischer Assistenz und Oberärzte
- Schweizerische Gesellschaft der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

b) *Versicherer*

- Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer
- KSK-Risikoausgleichsstelle
- SVK Schweiz. Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenkassen
- Schweiz. Vereinigung privater Kranken- und Unfallversicherer
- Schweiz. Unfallversicherungsanstalt SUVA
- Medizinaltarifkommission UVG

c) *PatientInnen, BenutzerInnen*

- ASKIO
- Schweizerischer Invalidenverband
- Schweiz. Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter
- Stiftung Schweiz. Patienten-Organisation
- AIDS Hilfe Schweiz
- Schweizerische Vereinigung PRO INFIRMIS
- Patientenstelle Zürich
- Schweizerische Vereinigung der AHV/IV und Frührentner
- Pro Senectute / Für das Alter
- Verein Graue Panther Schweiz

d) *Andere*

- Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung
- Forum Santé
- Schweiz. Gesellschaft für Gesundheitspolitik
- Schweiz. Gesellschaft für ein soziales Gesundheitswesen
- Volksgesundheit Schweiz VGS
- GELIKO Schweiz. Gesundheitsligen Konferenz
- La Leche Liga Schweiz
- Schweizerische UNICEF-Arbeitsgruppe für die Förderung des Stillens
- Forum Freiheit im Gesundheitswesen

4.2. Diverse

- Mouvement Populaire des Familles
- Eidg. Kommission für Frauenfragen
- Pro Familia Schweiz
- Pro Juventute
- Schweiz. Vereinigung für Sozialpolitik
- Kartellkommission
- Kommission für Konsumentenfragen
- Treuhand-Kammer
- Schweizerischer Verband alleinerziehender Mütter und Väter

5. Beschwerdeinstanzen

- EVG Eidg. Versicherungsgericht
- Eidgenössische Rekurskommission für die Spezialitätenliste