Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

vom 27. Juni 1995 (Stand am 1. Januar 2021)

Der Schweizerische Bundesrat,

gestützt auf Artikel 81 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000[1] über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG),
auf Artikel 96 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994[2] über die Krankenversicherung (Gesetz/KVG),
auf Artikel 82 Absatz 2 des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 2000[3] (HMG)
und auf Artikel 46*a* des Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetzes vom 21. März 1997[4] (RVOG),[5]

verordnet:

1. Teil: Obligatorische Krankenpflegeversicherung

1. Titel: Versicherungspflicht

1. Kapitel: Allgemeine Bestimmungen

1. Abschnitt: Versicherungspflichtige Personen

Art. 1 Versicherungspflicht

1 Personen mit Wohnsitz in der Schweiz nach den Artikeln 23–26 des Zivilgesetzbuches[6] (ZGB) unterstehen der Versicherungspflicht nach Artikel 3 des Gesetzes.

2 Versicherungspflichtig sind zudem:

a.[7] Ausländer und Ausländerinnen mit einer Kurzaufenthalts- oder Aufenthaltsbewilligung nach den Artikeln 32 und 33 des Bundesgesetzes vom 16. Dezember 2005[8] über die Ausländerinnen und Ausländer und über die Integration (AIG), die mindestens drei Monate gültig ist;

AS **1995** 3867

1 SR **830.1**
2 SR **832.10**
3 SR **812.21**
4 SR **172.010**
5 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2016** 4927).
6 SR **210**
7 Fassung gemäss Ziff. I 4 der V vom 24. Okt. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 5627).
8 SR **142.20**. Der Titel wurde in Anwendung von Art. 12 Abs. 2 des Publikationsgesetzes vom 18. Juni 2004 (SR **170.512**) auf den 1. Jan. 2019 angepasst. Diese Anpassung wurde im ganzen Text vorgenommen.

b.[9] unselbstständig erwerbstätige Ausländer und Ausländerinnen, deren Kurzaufenthaltsbewilligung weniger als drei Monate gültig ist, sofern sie für Behandlungen in der Schweiz nicht über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen;

c.[10] Personen, die ein Asylgesuch in der Schweiz nach Artikel 18 des Asylgesetzes vom 26. Juni 1998[11] (AsylG) gestellt haben, und Personen, welchen nach Artikel 66 des AsylG vorübergehender Schutz gewährt wurde, sowie Personen, für welche die vorläufige Aufnahme nach Artikel 83 AIG verfügt worden ist;

d.[12] Personen, welche in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union wohnen und nach dem in Artikel 95*a* Buchstabe a des Gesetzes genannten Abkommen vom 21. Juni 1999[13] zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft sowie ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (Freizügigkeitsabkommen) sowie seinem Anhang II der schweizerischen Versicherung unterstellt sind;

e.[14] Personen, welche in Island oder Norwegen wohnen und nach dem in Artikel 95*a* Buchstabe b des Gesetzes genannten Abkommen vom 21. Juni 2001[15] zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA-Abkommen), seinem Anhang K und Anlage 2 zu Anhang K der schweizerischen Versicherung unterstellt sind;

f.[16] Personen mit einer Kurzaufenthalts- oder einer Aufenthaltsbewilligung nach dem Freizügigkeitsabkommen oder dem EFTA-Abkommen, die mindestens drei Monate gültig ist;

g.[17] Personen, die während längstens drei Monaten in der Schweiz erwerbstätig sind und nach dem Freizügigkeitsabkommen oder dem EFTA-Abkommen hierfür keine Aufenthaltsbewilligung benötigen, sofern sie für Behandlungen in der Schweiz nicht über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen.

Art. 2 Ausnahmen von der Versicherungspflicht

[1] Es unterstehen nicht der Versicherungspflicht:

9 Fassung gemäss Ziff. I 4 der V vom 24. Okt. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 5627).
10 Fassung gemäss Ziff. I 4 der V vom 24. Okt. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 5627).
11 SR **142.31**
12 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).
13 SR **0.142.112.681**
14 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 1633).
15 SR **0.632.31**
16 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 1633).
17 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5075).

a.[18] aktive und pensionierte Bundesbedienstete, die nach Artikel 1*a* Absatz 1 Buchstabe b Ziffern 1–7 und Artikel 2 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992[19] über die Militärversicherung (MVG) der Militärversicherung unterstellt sind;

b. Personen, die sich ausschliesslich zur ärztlichen Behandlung oder zur Kur in der Schweiz aufhalten;

c.[20] Personen, die nach dem Freizügigkeitsabkommen[21] sowie seinem Anhang II, dem EFTA-Abkommen[22], seinem Anhang K und Anlage 2 zu Anhang K oder einem Abkommen über Soziale Sicherheit wegen ihrer Erwerbstätigkeit in einem anderen Staat den Rechtsvorschriften dieses Staates unterstellt sind;

d.[23] Personen, die wegen des Bezugs einer Leistung einer ausländischen Arbeitslosenversicherung nach dem Freizügigkeitsabkommen sowie seinem Anhang II oder dem EFTA-Abkommen, seinem Anhang K und Anlage 2 zu Anhang K den Rechtsvorschriften eines anderen Staates unterstellt sind;

e.[24] Personen, die keinen Anspruch auf eine schweizerische Rente haben, aber nach dem Freizügigkeitsabkommen sowie seinem Anhang II Anspruch auf eine Rente eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder nach dem EFTA-Abkommen, seinem Anhang K und Anlage 2 zu Anhang K Anspruch auf eine isländische oder norwegische Rente haben;

f.[25] Personen, die als Familienangehörige einer unter den Buchstaben c, d oder e erwähnten Person in deren ausländischen Krankenversicherung mitversichert sind und entweder Anspruch auf Leistungsaushilfe haben oder für Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen;

g.[26] Personen, die als Familienangehörige einer Person in deren ausländischen Krankenversicherung mitversichert sind und Anspruch auf Leistungsaushilfe haben.

[2] Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Personen, die nach dem Recht eines Staates, mit dem keine Regelung über die Abgrenzung der Versicherungspflicht besteht, obligatorisch krankenversichert sind, sofern der Einbezug in die schweizerische Versicherung für sie eine Doppelbelastung bedeuten

18 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).
19 SR **833.1**
20 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 1633).
21 SR **0.142.112.681**
22 SR **0.632.31**
23 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 1633).
24 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002 (AS **2002** 1633). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).
25 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002 (AS **2002** 1633). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 3249).
26 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 3249).

würde und sie für Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen. Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen.[27]

3 ...[28]

4 Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Personen, die sich im Rahmen einer Aus- oder Weiterbildung in der Schweiz aufhalten, wie namentlich Studierende, Schüler und Schülerinnen, Praktikanten und Praktikantinnen sowie Stagiaires, sowie die sie begleitenden Familienangehörigen im Sinne von Artikel 3 Absatz 2, sofern sie während der gesamten Geltungsdauer der Befreiung für Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen.[29] Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen. Die zuständige kantonale Behörde kann die betreffende Person höchstens für drei Jahre von der Versicherungspflicht befreien. Auf Gesuch hin kann die Befreiung um höchstens drei weitere Jahre verlängert werden. Die betreffende Person kann die Befreiung oder einen Verzicht auf die Befreiung ohne besonderen Grund nicht widerrufen.[30]

4bis ...[31]

5 Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind in die Schweiz entsandte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, welche gestützt auf eine zwischenstaatliche Vereinbarung über soziale Sicherheit von der Beitragspflicht in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) befreit sind, sowie die sie begleitenden Familienangehörigen im Sinne von Artikel 3 Absatz 2, wenn der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin sich verpflichtet, dafür zu sorgen, dass während der gesamten Geltungsdauer der Befreiung für Behandlungen in der Schweiz mindestens die Leistungen nach KVG versichert sind. Diese Regelung gilt sinngemäss auch für andere Personen, die gestützt auf eine zwischenstaatliche Vereinbarung durch eine Ausnahmebewilligung während eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Schweiz von der Beitragspflicht in der AHV/IV befreit sind. Die betreffende Person und der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin können die Befreiung oder einen Verzicht auf die Befreiung nicht widerrufen.[32]

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

27 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 1633).
28 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, mit Wirkung seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 1633).
29 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 3249).
30 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996 (AS **1996** 3139). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 915).
31 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 29. Nov. 2013, mit Wirkung seit 1. Jan. 2014 (AS **2013** 4523). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Ende des Textes.
32 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1996** 3139).

halts in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union und in der Schweiz für den Krankheitsfall gedeckt sind.[33]

7 Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Personen, die über eine Aufenthaltsbewilligung für Personen ohne Erwerbstätigkeit nach dem Freizügigkeitsabkommen oder dem EFTA-Abkommen verfügen, sofern sie während der gesamten Geltungsdauer der Befreiung für Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen. Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen. Die betreffende Person kann die Befreiung oder einen Verzicht auf die Befreiung ohne besonderen Grund nicht widerrufen.[34]

8 Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Personen, für welche eine Unterstellung unter die schweizerische Versicherung eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes oder der bisherigen Kostendeckung zur Folge hätte und die sich auf Grund ihres Alters und/oder ihres Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang zusatzversichern könnten. Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen. Die betreffende Person kann die Befreiung oder einen Verzicht auf die Befreiung ohne besonderen Grund nicht widerrufen.[35]

Art. 3 Grenzgänger und Grenzgängerinnen

1 Nicht der Versicherungspflicht nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben d und e unterstellte Grenzgänger und Grenzgängerinnen, die in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausüben, sowie ihre Familienangehörigen, sofern diese im Ausland nicht eine krankenversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit ausüben, werden auf eigenes Gesuch hin der schweizerischen Versicherung unterstellt.[36]

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

Art. 4 Entsandte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen

1 Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, die ins Ausland entsandt werden, sowie die sie begleitenden Familienangehörigen im Sinne von Artikel 3 Absatz 2 bleiben in der Schweiz versicherungspflichtig, wenn sie:

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

33 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).
34 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 1633).
35 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 915).
36 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 1633).

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

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

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

4 Für Personen, die gestützt auf eine zwischenstaatliche Vereinbarung über soziale Sicherheit als Entsandte gelten, entspricht die Weiterdauer der Versicherung der Dauer der Entsendung nach dieser Vereinbarung. Dies gilt auch für andere Personen, die gestützt auf eine solche Vereinbarung während eines vorübergehenden Auslandaufenthaltes der schweizerischen Gesetzgebung unterstellt sind.

Art. 5 Personen im öffentlichen Dienst mit Aufenthalt im Ausland

1 Folgende Personen und die sie begleitenden Familienangehörigen im Sinne von Artikel 3 Absatz 2 sind versicherungspflichtig:

a. Bundesbedienstete des Eidgenössischen Departements für auswärtige Angelegenheiten (EDA), die der Versetzungsdisziplin unterstellt sind;

b. Bundesbedienstete des EDA oder eines anderen Departements, die ausserhalb der Schweiz tätig sind;

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

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

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

Art. 6[37] Personen mit Vorrechten nach internationalem Recht

1 Personen nach Artikel 2 Absatz 2 Buchstaben a und c des Gaststaatgesetzes vom 22. Juni 2007[38], die Vorrechte, Immunitäten und Erleichterungen geniessen, sind mit Ausnahme der privaten Hausangestellten nicht versicherungspflichtig. Sie werden auf eigenes Gesuch hin der schweizerischen Versicherung unterstellt.

2 Die privaten Hausangestellten der in Absatz 1 genannten begünstigten Personen sind versicherungspflichtig, wenn sie nicht im Staate ihres Arbeitgebers oder ihrer Arbeitgeberin oder in einem Drittstaat versichert sind. Das EDA regelt die Anwendungsmodalitäten dieser Bestimmung.

3 Personen, die ihre Tätigkeit bei einem institutionellen Begünstigten nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe a, b, i oder k des Gaststaatgesetzes eingestellt haben, werden auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht befreit, sofern ihr Versicherungsschutz für

37 Fassung gemäss Anhang Ziff. 15 der Gaststaatverordnung vom 7. Dez. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 6657).
38 SR **192.12**

Behandlungen in der Schweiz gleichwertig ist. Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen Stelle ihres früheren institutionellen Begünstigten mit allen erforderlichen Angaben beizulegen. Die betreffende Person kann die Befreiung oder den Verzicht auf eine Befreiung nicht widerrufen.[39]

4 Personen, die mit einer Person nach Absatz 1 oder 3 bei der Krankenversicherung eines institutionellen Begünstigten nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe a, b, i oder k des Gaststaatgesetzes versichert sind und die nicht selber Vorrechte oder Immunitäten geniessen, werden auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht befreit, sofern ihr Versicherungsschutz für Behandlungen in der Schweiz gleichwertig ist. Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen Stelle des institutionellen Begünstigten mit allen erforderlichen Angaben beizulegen. Die betreffende Person kann die Befreiung oder den Verzicht auf eine Befreiung nicht widerrufen.[40]

2. Abschnitt: Beginn und Ende der Versicherung

Art. 6*a*[41] Angaben im Beitrittsformular

1 Die Versicherer dürfen auf dem Beitrittsformular nur Angaben verlangen, die für den Beitritt zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder bei einem Wechsel des Versicherers erforderlich sind.

2 Das Beitrittsformular darf keinerlei Angaben, Hinweise und Verbindungen zu den Versicherungen nach Artikel 12 Absatz 2[42] des Gesetzes und zur freiwilligen Taggeldversicherung nach den Artikeln 67–77 des Gesetzes enthalten.

3 Die Versicherer dürfen die Personendaten nur für die im Gesetz vorgesehenen Aufgaben bearbeiten.

Art. 7 Sonderfälle[43]

1 Ausländer und Ausländerinnen mit einer Niederlassungsbewilligung oder einer Kurzaufenthalts- oder einer Aufenthaltsbewilligung nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben a und f sind verpflichtet, sich innert drei Monaten zu versichern, nachdem sie sich bei der für die Einwohnerkontrolle zuständigen Stelle angemeldet haben. Bei rechtzeitigem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt der Anmeldung des

39 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6723).
40 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6723).
41 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.
42 [AS **1995** 1328. AS **2015** 5137 Anhang Ziff. 2]. Siehe seit dem 1. Jan. 2016: Art. 2 Abs. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014 (SR **832.12**).
43 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

Aufenthaltes. Bei verspätetem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts.[44]

2 Ausländer und Ausländerinnen mit einer Kurzaufenthaltsbewilligung nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe b müssen ab Einreise in die Schweiz versichert sein.[45]

2bis Personen ohne Aufenthaltsbewilligung nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe g müssen ab Aufnahme der Erwerbstätigkeit in der Schweiz versichert sein. Auch bei einem verspäteten Beitritt beginnt die Versicherung am Tag, an dem die Erwerbstätigkeit aufgenommen worden ist.[46]

3 Bei den in den Absätzen 1 und 2 bezeichneten Personen endet die Versicherung am Tag des bei der für die Einwohnerkontrolle zuständigen Stelle gemeldeten Wegzugs aus der Schweiz, in jedem Fall am Tag der tatsächlichen Ausreise aus der Schweiz, oder mit dem Tod der Versicherten.

3bis Bei den im Absatz 2bis bezeichneten Personen endet die Versicherung am Tag der Aufgabe der Erwerbstätigkeit in der Schweiz, spätestens aber am Tag der tatsächlichen Ausreise aus der Schweiz, oder mit dem Tod der Versicherten.[47]

4 Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie ihre Familienangehörigen, die der schweizerischen Versicherung unterstellt sein wollen (Art. 3 Abs. 1), müssen sich innert drei Monaten nach Beginn der Gültigkeit der Grenzgängerbewilligung versichern. Bei rechtzeitigem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beginns der Gültigkeit der Bewilligung. Versichern sie sich später, beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts.[48] Die Versicherung endet mit der Aufgabe der Erwerbstätigkeit in der Schweiz, mit dem Ablauf oder dem Widerruf der Grenzgängerbewilligung, mit dem Tod der Versicherten oder mit dem Verzicht auf die Unterstellung unter die schweizerische Versicherung. Im letzteren Fall darf ohne besonderen Grund kein neues Gesuch gestellt werden.

5 Asylsuchende sowie Schutzbedürftige sind verpflichtet, sich unmittelbar nach Zuweisung an die Kantone nach Artikel 27 AsylG[49] zu versichern. Vorläufig Aufgenommene sind verpflichtet, sich unmittelbar nach Verfügung der vorläufigen Aufnahme zu versichern. Die Versicherung beginnt im Zeitpunkt der Einreichung des Asylgesuchs oder der Anordnung der vorläufigen Aufnahme oder der Gewährung vorübergehenden Schutzes. Sie endet am Tag, an dem diese Personen die Schweiz nachgewiesenermassen verlassen haben oder mit ihrem Tod.[50]

44 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 1633).
45 Fassung gemäss Ziff. I 4 der V vom 24. Okt. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 5627).
46 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5075).
47 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5075).
48 Fassung des ersten bis dritten Satzes gemäss Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 915).
49 SR **142.31**
50 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 3573).

6 Die mit Vorrechten, Immunitäten und Erleichterungen begünstigten Personen, die der schweizerischen Versicherung unterstellt sein wollen (Art. 6 Abs. 1), haben sich innert sechs Monaten nach Erhalt der Legitimationskarte des EDA zu versichern. Die Versicherung beginnt am Tag, an dem sie diese Karte erhalten haben. Sie endet mit der Aufgabe der amtlichen Tätigkeit in der Schweiz, mit dem Tod der Versicherten oder mit dem Verzicht auf die Unterstellung unter die schweizerische obligatorische Versicherung. Im letzteren Fall darf ohne besonderen Grund kein neues Gesuch gestellt werden.[51]

7 Aktive und pensionierte Bundesbedienstete nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe a, die aus der Militärversicherung ausscheiden, müssen sich innert drei Monaten nach Ausscheiden aus der Militärversicherung bei einem Versicherer nach Artikel 11[52] des Gesetzes für Krankenpflege versichern. Bei rechtzeitigem Versicherungsbeitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Militärversicherung.

8 Versicherungspflichtige Personen nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben d und e sind verpflichtet, sich innert drei Monaten nach Entstehung der Versicherungspflicht in der Schweiz zu versichern. Versichern sie sich innert dieser Frist, so beginnt die Versicherung im Zeitpunkt der Unterstellung unter die schweizerische Versicherung.

Versichern sie sich später, beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts. Die Versicherung endet, wenn diese Personen die Voraussetzungen für eine Unterstellung unter die schweizerische Versicherung nach dem Freizügigkeitsabkommen[53] sowie seinem Anhang II oder dem EFTA-Abkommen[54], seinem Anhang K und Anlage 2 zu Anhang K nicht mehr erfüllen.[55]

Art. 7*a*[56] Fortdauer des Versicherungsschutzes für nicht mehr unterstellte Personen

Die Versicherer können Personen, die nach Artikel 1 Absätze 1 und 2 Buchstaben a und c sowie den Artikeln 3–6 der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unterstellt waren, auf vertraglicher Basis eine Fortdauer des Versicherungsschutzes anbieten. Der Vertrag kann beim gleichen oder bei einem anderen Versicherer abgeschlossen werden. Die Finanzierung von Leistungen, welche denjenigen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entsprechen, richtet sich nach den Grundsätzen der sozialen Krankenversicherung. Die Versicherungsverhältnisse unterliegen dem Bundesgesetz vom 2. April 1908[57] über den Versicherungsvertrag.

51 Fassung gemäss Anhang Ziff. 15 der Gaststaatverordnung vom 7. Dez. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 6657).
52 Siehe seit dem 1. Jan. 2016: Art. 2 und 3 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014 (SR **832.12**).
53 SR **0.142.112.681**
54 SR **0.632.31**
55 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 1633).
56 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1996 (AS **1996** 3139).
57 SR **221.229.1**

Art. 7*b*[58] Fortdauer der Versicherungspflicht

Die Versicherer informieren die Versicherten nach Artikel 6*a* Absatz 1 des Gesetzes schriftlich über eine Fortdauer der Versicherungspflicht.

Art. 8 Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt

[1] Die Erhebungsdauer für den Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt nach Artikel 5 Absatz 2 des Gesetzes entspricht der doppelten Dauer der Verspätung, höchstens jedoch fünf Jahren.[59] Der Prämienzuschlag beträgt 30 bis 50 Prozent der Prämie. Der Versicherer setzt den Zuschlag nach der finanziellen Lage der Versicherten fest. Hat die Zahlung des Prämienzuschlages eine Notlage für die Versicherten zur Folge, setzt der Versicherer einen Zuschlag von weniger als 30 Prozent fest und trägt dabei der Lage der Versicherten und den Umständen der Verspätung angemessen Rechnung.

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

[3] Wechselt die versicherte Person den Versicherer, hat der bisherige Versicherer dem neuen Versicherer den Prämienzuschlag im Rahmen der Mitteilung gemäss Artikel 7 Absatz 5 des Gesetzes anzugeben. Ein einmal festgelegter Prämienzuschlag bleibt auch für spätere Versicherer verbindlich.[60]

Art. 9[61] Beendigung des Versicherungsverhältnisses

[1] Kommen Versicherte, auf welche die schweizerische Gesetzgebung über die Sozialhilfe nicht anwendbar ist, ihrer Zahlungsverpflichtung nicht nach, und kann das Vollstreckungsverfahren nicht durchgeführt werden oder hat es keine Zahlung der Prämien oder keine Kostenbeteiligung zur Folge, so kann der Versicherer nach schriftlicher Mahnung und Hinweis auf die Folgen des Zahlungsverzuges das Versicherungsverhältnis beenden.

[2] Erfahren Versicherer, dass eine versicherte Person gleichzeitig bei einem oder mehreren anderen Versicherern versichert ist, insbesondere über eine Meldung der gemeinsamen Einrichtung nach Artikel 10 Absatz 3 der Verordnung vom 19. Oktober 2016[62] über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung, so verfügen sie nach Anhörung dieser Person die Beendigung der Versicherungsverhältnisse, die nicht den Bestimmungen des KVG entsprechen.[63]

58 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 915).
59 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 9. Nov. 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS **2005** 5639).
60 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Nov. 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS **2005** 5639).
61 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).
62 SR **832.112.1**
63 Eingefügt durch Ziff. II der V vom 11. Sept. 2020, in Kraft seit 1. Jan. 2021 (AS **2020** 3917).

3. Abschnitt: Aufgaben der Kantone

Art. 10

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

[1bis] Mit der Information über die Versicherungspflicht von Kurzaufenthaltern und -aufenthalterinnen, von Aufenthaltern und Aufenthalterinnen sowie von Niedergelassenen gelten auch deren Familienangehörige als informiert, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen.[64]

[2] Die zuständige kantonale Behörde entscheidet über die in den Artikeln 2 Absätze 2–5 und 6 Absatz 3 vorgesehenen Gesuche.[65]

[3] Die rentenauszahlenden Sozialversicherer und die Organe der Arbeitslosenversicherung unterstützen die Kantone bei der Information über die Versicherungspflicht von Personen nach Artikel 6*a* Absatz 1 Buchstaben b und c des Gesetzes.[66]

2. Kapitel: Sistierung der Versicherungspflicht und der Unfalldeckung[67]

Art. 10*a*[68] Sistierung der Versicherungspflicht

[1] Die Sistierung der Versicherungspflicht nach Artikel 3 Absatz 4 des Gesetzes beginnt am Tag, an dem die versicherte Person dem MVG[69] unterstellt wird.

[2] Die versicherte Person ist ab Beginn der Unterstellung unter die Militärversicherung von der Prämienzahlung befreit, wenn sie die Unterstellung mindestens acht Wochen vor deren Beginn ihrem Versicherer meldet. Hält sie diese Frist nicht ein, so erhebt der Versicherer ab dem nächsten ihm möglichen Termin, spätestens aber acht Wochen nach der Meldung keine Prämie mehr.

[3] Die für den Militärdienst zuständige Stelle stellt sicher, dass die versicherte Person ihrem Versicherer nach Dienstantritt die voraussichtliche Dauer der Unterstellung und später allenfalls deren vorzeitige Beendigung meldet.

64 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).
65 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1996** 3139).
66 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 915).
67 Ursprünglich vor Art. 11. Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2001** 138).
68 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000 (AS **2001** 138). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 1. Mai 2006 (AS **2006** 1717). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.
69 SR **833.1**

4 Die für den Zivildienst zuständige Stelle stellt sicher, dass die versicherte Person ihrem Versicherer jede nachträgliche Änderung der Dauer der Unterstellung meldet.

5 Falls trotz der Sistierung Prämien bezahlt werden, rechnet sie der Versicherer an später fällige Prämien an oder erstattet sie zurück.

6 Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) kann den Versicherern für die Prämienberechnung Weisungen erteilen.

7 Der Versicherer muss den für die Prämienverbilligung zuständigen kantonalen Behörden diejenigen Personen melden, deren Versicherungspflicht sistiert worden ist, und sie über die tatsächliche Dauer der Sistierung informieren.

Art. 11 Sistierung der Unfalldeckung[70]

1 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 Der Arbeitgeber oder die Arbeitslosenversicherung haben die Versicherten vor Ende des Arbeitsverhältnisses, des Anspruchs auf Arbeitslosenentschädigung oder der Nichtberufsunfalldeckung schriftlich darüber zu informieren, dass sie den Krankenversicherer vom Erlöschen der Unfalldeckung in Kenntnis setzen müssen. Die Versicherten haben den Krankenversicherer innerhalb eines Monats nach der Information durch den Arbeitgeber oder die Arbeitslosenversicherung in Kenntnis zu setzen.

2. Titel: Organisation

1. Kapitel: ...

Art. 12–15[71]

Art. 15*a*[72]

70 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2001** 138).

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

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

2. Kapitel: ...

Art. 16–18[73]

3. Kapitel: Gemeinsame Einrichtung

Art. 19[74] Erfüllung internationaler Verpflichtungen

1 Die gemeinsame Einrichtung nimmt die sich aus Artikel 95*a* des Gesetzes ergebenden Aufgaben als Verbindungsstelle wahr. Sie erfüllt auch die Aufgaben als aushelfender Träger am Wohn- oder am Aufenthaltsort der Versicherten, für die aufgrund von Artikel 95*a* des Gesetzes Anspruch auf internationale Leistungsaushilfe besteht. Sie ist ausserdem zuständig für die Durchführung der Leistungsaushilfe und die Aufgaben als Verbindungsstelle aufgrund anderer internationaler Vereinbarungen.[75]

2 Die gemeinsame Einrichtung übernimmt überdies Koordinationsaufgaben zur Erfüllung der sich aus Artikel 95*a* des Gesetzes ergebenden Verpflichtungen. Namentlich erfüllt sie folgende Aufgaben:

a. Sie ermittelt aufgrund der anerkannten Kostenstatistiken des zuständigen Organs der Europäischen Union (Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit) oder der Statistiken des betreffenden Staates die Ansätze je Person, die die Versicherer der Prämienberechnung für die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnhaften Versicherten zu Grunde zu legen haben.

b. Sie erstellt bis zum 31. Mai einen Bericht zu Handen des BAG über die durchgeführte Leistungsaushilfe unter Angabe der Zahl der Fälle, der Gesamtkosten und der ausstehenden Rückzahlungen; die Daten sind nach den Mitgliedstaaten der Europäischen Union, nach Island und Norwegen und nach den schweizerischen Versicherern zu differenzieren.[76]

3 Die Versicherer tragen proportional zur Anzahl der bei ihnen obligatorisch für Krankenpflege versicherten Personen die Kosten der Aufgaben, welche die gemeinsame Einrichtung als aushelfender Träger erfüllt, sowie die Kosten der Berichterstattung gemäss Absatz 2 Buchstabe b. Der Bund trägt die durch die Vorfinanzierung der Leistungsaushilfe entstehenden Zinskosten, die Kosten der Aufgaben, welche die

73 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
74 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 915).
75 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 3249).
76 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).

gemeinsame Einrichtung als Verbindungsstelle erfüllt, sowie die Kosten für die Ermittlungen gemäss Absatz 2 Buchstabe a.[77]

4 Haben Versicherer und Leistungserbringer gemäss Artikel 42 Absatz 2 des Gesetzes vertraglich vereinbart, dass der Versicherer die Vergütung schuldet, so wird die gemeinsame Einrichtung bei der Durchführung der Leistungsaushilfe den vertragsschliessenden Versicherern gleichgestellt.

Art. 19*a*[78] Aufteilung des kantonalen Anteils auf die Kantone

1 Nach der Einreichung der Forderungen der Versicherer nach Artikel 36*b* Absatz 2 zweiter Satz berechnet die gemeinsame Einrichtung, wie viel jeder Kanton vom kantonalen Anteil gemäss Artikel 49*a* Absatz 3bis zweiter Satz KVG zu übernehmen hat, und fordert den ermittelten Betrag bei jedem Kanton ein. Für die Ermittlung der Wohnbevölkerung der Kantone sind die Zahlen der letzten Erhebung der Bevölkerungsstatistik des Bundesamtes für Statistik über die mittlere ständige Wohnbevölkerung massgebend.

2 Nach dem Eingang der Zahlungen durch die Kantone begleicht die gemeinsame Einrichtung die Forderungen der Versicherer.

3 Die Kantone tragen im Verhältnis zu ihrer Wohnbevölkerung die Kosten der Aufgaben der gemeinsamen Einrichtung nach diesem Artikel.

4 Der Stiftungsrat der gemeinsamen Einrichtung erlässt ein Reglement zur einheitlichen Umsetzung der Aufteilung des kantonalen Anteils auf die Kantone. Vor der Beschlussfassung konsultiert er die Kantone und die Versicherer.

Art. 19*b*[79]

Art. 20 und **21**[80]

Art. 22[81] Streitigkeiten

1 Bei Streitigkeiten zwischen der gemeinsamen Einrichtung und einem Versicherer ist Artikel 87 des Gesetzes anwendbar. Vorbehalten bleiben Absatz 3 und Artikel 27

77 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).
78 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 28. Sept. 1998 (AS **1998** 2634). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS **2017** 6723).
79 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717). Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
80 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
81 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).

der Verordnung vom 19. Oktober 2016[82] über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung.[83]

2 Bei Streitigkeiten der gemeinsamen Einrichtung mit einem Leistungserbringer gilt Artikel 89 des Gesetzes.

3 Die gemeinsame Einrichtung entscheidet bei Streitigkeiten zwischen ihr und einem Versicherer in der Form einer Verfügung im Sinne von Artikel 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968[84] über das Verwaltungsverfahren über:

a. die Umverteilung von Reserven nach Artikel 43 Absatz 3 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. September 2014[85] (KVAG);

b. die Beiträge der Versicherer zur Finanzierung des Insolvenzfonds nach Artikel 48 Buchstabe a KVAG;

c. Auszahlungen aus dem Insolvenzfonds nach Artikel 51 Absatz 1 KVAG.[86]

3bis Sie entscheidet bei Streitigkeiten zwischen ihr und einem Kanton in der Form einer Verfügung im Sinne von Artikel 5 VwVG über die Aufteilung des kantonalen Anteils auf die Kantone nach Artikel 19*a*.[87]

4 Der Rechtsmittelweg richtet sich nach den allgemeinen Bestimmungen der Bundesrechtspflege.[88]

4. Kapitel: Förderung der Gesundheit

Art. 23

1 Für die Aufsicht über die Institution nach Artikel 19 Absatz 2 KVG sind die Artikel 45 und 46 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. September 2014[89] (KVAG) sinngemäss anwendbar.[90]

82 SR **832.112.1**
83 Fassung gemäss Art. 31 der V vom 19. Okt. 2016 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS **2016** 4059).
84 SR **172.021**
85 SR **832.12**
86 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004 (AS **2004** 5075). Fassung gemäss Art. 31 der V vom 19. Okt. 2016 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS **2016** 4059).
87 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS **2017** 6723).
88 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).
89 SR **832.12**
90 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6723).

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

3 Der Geschäftsbericht ist zu veröffentlichen.[91]

5. Kapitel: Aufsicht

1. Abschnitt: ...

Art. 24–26[92]

2. Abschnitt: Beschwerde durch das BAG

Art. 27[93]

1 Die Entscheide der kantonalen Versicherungsgerichte (Art. 57 ATSG und 87 KVG), der kantonalen Schiedsgerichte (Art. 89 KVG) und des Bundesverwaltungsgerichts bezüglich der sozialen Krankenversicherung sind dem BAG zu eröffnen.

2 Das BAG ist berechtigt, gegen Entscheide nach Absatz 1 Beschwerde beim Bundesgericht zu erheben.

3. Abschnitt: Aufsichtsdaten

Art. 28[94] Daten der Versicherer

1 Die Daten, die von den Versicherern nach Artikel 35 Absatz 2 KVAG[95] weitergegeben werden müssen, dienen dazu:[96]

a.[97] die einheitliche Anwendung des Gesetzes und des KVAG zu überwachen;

b. die Kostenentwicklung zu verfolgen;

91 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6723).
92 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
93 Fassung gemäss Ziff. II 95 der V vom 8. Nov. 2006 über die Anpassung von Bundesratsverordnungen an die Totalrevision der Bundesrechtspflege, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS **2006** 4705).
94 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 5097).
95 SR **832.12**
96 Fassung gemäss Art. 31 der V vom 19. Okt. 2016 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS **2016** 4059).
97 Fassung gemäss Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

c. die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen zu kontrollieren (statistische Kontrolle der Kosten nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Leistungserbringer);

d. die Gleichbehandlung der Versicherten sicherzustellen;

e. sicherzustellen, dass die Prämienunterschiede den kantonalen und regionalen Kostenunterschieden entsprechen und die Mittel der Sozialversicherung ausschliesslich zu deren Zwecken eingesetzt werden;

f. die Entscheidungsgrundlagen für die Durchführung von gesetzlich vorgesehenen ordentlichen oder ausserordentlichen Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung vorzubereiten;

g.[98] die Wirkungen des Gesetzes und des KVAG zu verfolgen und Entscheidungsgrundlagen für allfällig notwendige Gesetzes- und Gesetzesvollzugsänderungen bereitzustellen.

2 Das BAG sorgt dafür, dass den Krankenversicherern durch die Bereitstellung der Daten möglichst wenig Aufwand entsteht. Es kann die Daten zur Aufwandverminderung mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn es die Daten vorher anonymisiert. Es stellt die Resultate der Erhebungen den am Vollzug des KVAG und des Gesetzes beteiligten Stellen zur Verfügung.[99]

3 Die Versicherer müssen dem BAG jährlich pro versicherte Person namentlich folgende Daten weitergeben:

a. Alter, Geschlecht und Wohnort der Versicherten;

b. ihren Ein- und Austritt sowie die Todesfälle;

c. die von den Versicherten im Rahmen der sozialen Krankenversicherung abgeschlossenen Versicherungsarten mit Angabe der Höhe der Prämie und der Franchise;

d. Umfang, Art, Tarifpositionen und Kosten der im Laufe eines ganzen Jahres erhaltenen Rechnungen für Leistungen nach dem Gesetz;

e. die jeweiligen Erbringer der Leistungen;

f. die Höhe der erhobenen Kostenbeteiligung.

3bis ...[100]

4 Sie müssen dem BAG die Daten nach Absatz 3 auf elektronischen Datenträgern zur Verfügung stellen. Das BAG kann sie davon auf Gesuch hin für eine befristete Zeit befreien, wenn ihnen die Lieferung mangels technischer Voraussetzungen nicht möglich ist.

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

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

100 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft vom 1. März 2017 bis zum 31. Dez. 2020 (AS **2017** 623, **2019** 4771).

5 Die Versicherer haben die Daten nach Absatz 3 korrekt, vollständig, fristgerecht und auf eigene Kosten zu liefern. Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung und der Datenverknüpfung die Anonymität der Versicherten gewahrt ist.[101]

6 Sie müssen dem BAG auf eigene Kosten jährlich die vollständigen Angaben des Zahlstellenregisters übermitteln.

7 Das BAG erlässt nach Anhören der Versicherer Weisungen zu den nach den Absätzen 1–6 zu treffenden Vorkehren.

Art. 28*a*[102]

Art. 28*b*[103] Veröffentlichung der Daten der Versicherer

1 Das BAG veröffentlicht die Daten nach Artikel 28 so, dass namentlich Angaben über die Versicherungsform, die Versicherungsleistungen und die Kosten, gesondert nach Alter, Geschlecht und Region sowie nach Kategorien von Leistungserbringern, Betrieben und Pflegeleistungen, ersichtlich sind.

2 Das BAG veröffentlicht je Versicherer folgende Kennzahlen der sozialen Krankenversicherung:

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

101 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. Juni 2016, in Kraft seit 1. Aug. 2016 (AS **2016** 2689).
102 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008 (AS **2008** 5097). Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
103 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 5097).

Art. 29[104] Durchschnittlicher Versichertenbestand

Der Versicherer zählt für die zu meldenden durchschnittlichen Versichertenbestände die Versicherungstage des betreffenden Jahres aller versicherten Personen zusammen und teilt diese Summe durch die Anzahl Tage dieses Jahres.

Art. 30[105] Daten der Leistungserbringer

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

a. Betriebsdaten (Art. 59*a* Abs. 1 Bst. a KVG), namentlich:
   1. Betriebstyp und Leistungsangebot,
   2. Standorte,
   3. medizinisch-technische Infrastruktur,
   4. Rechtsform und Art des öffentlichen Beitrags;

b. Personaldaten (Art. 59*a* Abs. 1 Bst. b KVG), namentlich:
   1. Personalbestand,
   2. Aus- und Weiterbildungsangebot,
   3. Angaben zu Beschäftigungsvolumen und Funktion sowie soziodemografische Merkmale,
   4. Angaben zum Personal in Aus- und Weiterbildung;

c. Patientendaten (Art. 59*a* Abs. 1 Bst. c KVG), namentlich:
   1. ambulanter Patientenkontakt, Ein- und Austritte, Pflegetage und Bettenbelegung,
   2. Diagnosen, Morbiditätsgrad, Art des Ein- und Austritts, Pflegebedarf und soziodemografische Merkmale;

d. Leistungsdaten (Art. 59*a* Abs. 1 Bst. d KVG), namentlich:
   1. Leistungstyp, Untersuchungen und Behandlungen,
   2. Leistungsvolumen;

e. Kostendaten für stationäre Leistungen (Art. 59*a* Abs. 1 Bst. d KVG), namentlich Gestehungskosten und Erlöse pro Fall;

f. Finanzdaten (Art. 59*a* Abs. 1 Bst. e KVG), namentlich:
   1. Betriebsaufwand aus Finanz-, Lohn- und Anlagebuchhaltung,
   2. Betriebsertrag aus Finanzbuchhaltung,
   3. Betriebsergebnis aus Finanzbuchhaltung;

g. medizinische Qualitätsindikatoren (Art. 59*a* Abs. 1 Bst. f KVG), namentlich Angaben, deren Analyse Rückschlüsse erlauben, inwieweit medizinische

104 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6723).
105 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. Juni 2016, in Kraft seit 1. Aug. 2016 (AS **2016** 2689).

Leistungen wirksam, effizient, angemessen, sicher, patientenzentriert, rechtzeitig und chancengleich erbracht werden.

Art. 30*a*[106] Erhebung und Bearbeitung der Daten der Leistungserbringer

[1] Die Leistungserbringer haben die Daten gemäss den entsprechenden Variablen nach dem Anhang der Statistikerhebungsverordnung vom 30. Juni 1993[107] korrekt, vollständig, fristgerecht, auf eigene Kosten und unter Wahrung der Anonymität der Patientinnen und Patienten zu liefern.

[2] Sie müssen dem BFS die Daten in verschlüsselter Form elektronisch übermitteln.

[3] Die Leistungserbringer und das BFS können die Daten einer formellen Vorkontrolle unterziehen, namentlich bezüglich Lesbarkeit, Vollständigkeit und Plausibilität.

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

[5] Es bestimmt die Periodizitäten und die Fristen der Datenweitergabe im Einvernehmen mit dem BAG.

[6] Es kann die erhobenen Daten im Rahmen der Gesetzgebung über die Bundesstatistik zu statistischen Zwecken in anonymisierter oder pseudonymisierter Form weiterverwenden.

[7] Es kann zur Gewinnung von Qualitätsindikatoren Daten nach Artikel 30 mit anderen Datenquellen verknüpfen. Die Artikel 13*h*–13*n* der Statistikerhebungsverordnung vom 30. Juni 1993[108] mit Ausnahme der Bestimmungen über die Verknüpfung von Daten im Auftrag Dritter sind sinngemäss anwendbar.

Art. 30*b*[109] Weitergabe der Daten der Leistungserbringer

[1] Das BFS gibt folgenden Datenempfängern folgende Daten weiter:

a. dem BAG: die Daten nach Artikel 30, sofern diese zur Beurteilung der Tarife (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KVG), für die Betriebsvergleiche zwischen Spitälern (Art. 49 Abs. 8 KVG), zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Art. 32, 58 und 59 KVG) und für die Veröffentlichung der Daten (Art. 59*a* Abs. 3 KVG) erforderlich sind;

b. den zuständigen Behörden der Kantone:

   1. die Daten nach Artikel 30, sofern diese für die Planung der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime (Art. 39 KVG) erforderlich sind,

106 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. Juni 2016, in Kraft seit 1. Aug. 2016 (AS **2016** 2689).
107 SR **431.012.1**
108 SR **431.012.1**
109 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. Juni 2016, in Kraft seit 1. Aug. 2016 (AS **2016** 2689).

2. die Daten nach Artikel 30 Buchstaben a, d und e, sofern diese für die Beurteilung der Tarife (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KVG) erforderlich sind;

c. den Versicherern: die Daten nach Artikel 30 Buchstaben a, c, d und e, sofern diese für den Vollzug der Bestimmungen zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, erforderlich sind;

d. dem Preisüberwacher: die Daten nach Artikel 30, sofern diese zur Prüfung von Preisen und Tarifen im Gesundheitswesen im Rahmen von Artikel 14 des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985[110] erforderlich sind.

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

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

a. dem BAG;

b. den zuständigen Behörden der Kantone für die Planung der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime.

Art. 30*c*[111] Bearbeitungsreglement

Das BFS erstellt in Zusammenarbeit mit dem BAG für die Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe von Daten nach Artikel 59*a* KVG ein Bearbeitungsreglement im Sinne von Artikel 21 der Verordnung vom 14. Juni 1993[112] zum Bundesgesetz über den Datenschutz. Im Bearbeitungsreglement werden nach Anhörung der betroffenen Kreise die Variablen im Sinne von Artikel 30*a* Absatz 1, welche die Leistungserbringer zu liefern haben, festgehalten.

Art. 31[113] Veröffentlichung der Daten der Leistungserbringer

1 Das BAG veröffentlicht die Ergebnisse der vom BFS gestützt auf Artikel 59*a* KVG und vom BAG nach Artikel 51 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006[114] erhobenen Daten so, dass namentlich folgende Angaben oder Kennzahlen der sozialen Krankenversicherung nach Leistungserbringer oder nach Kategorien von Leistungserbringern ersichtlich sind:

a. Leistungsangebot der Leistungserbringer;

110 SR **942.20**
111 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. Juni 2016, in Kraft seit 1. Aug. 2016 (AS **2016** 2689).
112 SR **235.11**
113 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. Juni 2016, in Kraft seit 1. Aug. 2016 (AS **2016** 2689).
114 SR **811.11**

b. Diplome und Weiterbildungstitel der Leistungserbringer;

c. medizinische Qualitätsindikatoren;

d. Umfang und Art der erbrachten Leistungen;

e. Kostenentwicklung.

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

Art. 31*a*[115] Sicherheit und Aufbewahrung der Daten

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

a. Sie müssen die Daten durch die erforderlichen organisatorischen und technischen Massnahmen gegen unbefugtes Bearbeiten schützen.

b. Sie müssen die Daten löschen, sobald diese zur Erreichung des Zwecks, zu dem sie weitergeben wurden, nicht mehr benötigt werden.

c. Sie müssen die Daten spätestens fünf Jahre nach deren Erhalt vernichten, sofern die Daten nicht archiviert werden müssen.

Art. 32 Wirkungsanalyse

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

2 Diese Untersuchungen haben den Einfluss des Gesetzes auf die Situation und das Verhalten der Versicherten, der Leistungserbringer und der Versicherer zum Gegenstand. Insbesondere ist zu untersuchen, ob die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Grundversorgung gewährleistet ist und die sozial- und wettbewerbspolitischen Zielsetzungen des Gesetzes erreicht werden.

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

115 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. Juni 2016, in Kraft seit 1. Aug. 2016 (AS **2016** 2689).

3. Titel: Leistungen

1. Kapitel: Bezeichnung der Leistungen

Art. 33 Allgemeine Leistungen

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) bezeichnet nach Anhören der zuständigen Kommission:[116]

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.[117] die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach den Artikeln 25 Absatz 2 und 25*a* Absätze 1 und 2 des Gesetzes;

c. die neuen oder umstrittenen Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich in Abklärung befinden; es bestimmt die Voraussetzungen und den Umfang der Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung;

d. die medizinischen Präventionsmassnahmen nach Artikel 26 des Gesetzes, die Leistungen bei Mutterschaft nach Artikel 29 Absatz 2 Buchstaben a und c des Gesetzes und die zahnärztlichen Behandlungen nach Artikel 31 Absatz 1 des Gesetzes;

e. die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmenden Mittel und Gegenstände nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 3 des Gesetzes; es setzt Höchstbeträge für ihre Vergütung fest;

f. den in Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe c des Gesetzes vorgesehenen Beitrag an die Kosten von Badekuren; dieser Beitrag dient der Deckung von Kosten bei Badekuren, die nicht durch andere Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt sind; er kann während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet werden;

g. den in Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe g des Gesetzes vorgesehenen Beitrag an die Transport- und Rettungskosten; die medizinisch notwendigen Transporte von einem Spital in ein anderes sind Teil der stationären Behandlung;

h.[118] das Verfahren der Bedarfsermittlung;

i.[119] den in Artikel 25*a* Absätze 1 und 4 des Gesetzes vorgesehenen und nach Pflegebedarf differenzierten Beitrag an die Pflegeleistungen.

116 Fassung gemäss Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
117 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3525 6847 Ziff. II 2).
118 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3525 6847 Ziff. II 2).
119 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3525 6847 Ziff. II 2).

Art. 34 Analysen und Arzneimittel

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

Art. 35 Therapeutische Massnahmen bei Geburtsgebrechen

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

Art. 35*a*[120] Komplementärmedizin

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

a. die Anwendungs- und Forschungstradition der Fachrichtung, in der die Leistungen erbracht werden;

b. das Basieren der Leistungen auf wissenschaftlicher Evidenz und ärztlicher Erfahrung;

c. die Vermittlung der für das Erbringen der Leistungen notwendigen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten in einer spezifischen ergänzenden Weiterbildung.

2. Kapitel: Umfang der Kostenübernahme

Art. 36 Leistungen im Ausland

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

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

[3] Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt im Rahmen von Artikel 29 des Gesetzes die Kosten einer Entbindung, die im Ausland stattgefunden hat,

120 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 16. Juni 2017, in Kraft seit 1. Aug. 2017 (AS **2017** 3687).

weil nur so das Kind die Staatsangehörigkeit der Mutter oder des Vaters erwerben konnte oder weil das Kind, in der Schweiz geboren, staatenlos wäre.

4 Für Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 und für die Behandlung im Ausland von Grenzgängern und Grenzgängerinnen, entsandten Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen und Personen im öffentlichen Dienst sowie ihren Familienangehörigen (Art. 3–5) wird höchstens der doppelte Betrag der Kosten übernommen, die in der Schweiz vergütet würden, in den Fällen von Absatz 3 höchstens der einfache Betrag. Für Versicherte nach den Artikeln 4 und 5 richtet sich die Kostenübernahme nach den Tarifen und Preisen an ihrem letzten Wohnort in der Schweiz. Sofern die Behandlung für Versicherte nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben d und e nicht nach den Regeln über die internationale Leistungsaushilfe erfolgt, richtet sich die Kostenübernahme nach den Tarifen und Preisen an ihrem letzten Wohn- oder Arbeitsort in der Schweiz; lässt sich keiner dieser Orte ermitteln, so richtet sich die Kostenübernahme nach den Tarifen und Preisen des Kantons, in dem der Versicherer seinen Sitz hat.[121]

5 Vorbehalten bleiben die Bestimmungen über die internationale Leistungsaushilfe.[122]

Art. 36*a*[123] Kostenübernahme bei grenzüberschreitender Zusammenarbeit

1 Das BAG kann Programme zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit bewilligen, die eine Kostenübernahme durch Versicherer für Leistungen vorsehen, die in Grenzgebieten für in der Schweiz wohnhafte Versicherte erbracht werden.

2 Das Bewilligungsgesuch muss von einem oder mehreren Grenzkantonen und von einem oder mehreren Versicherern gemeinsam eingereicht werden. Es ist vier Monate vor dem voraussichtlichen Beginn der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit einzureichen.

3 Das Programm muss folgende Anforderungen erfüllen:

a. Es steht Versicherten offen, die bei einem an der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit beteiligten Versicherer der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert sind und ihren Wohnort in einem an der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit beteiligten Grenzkanton haben.

b. Es sieht vor, dass die Versicherten nicht verpflichtet werden können, sich im Ausland behandeln zu lassen.

c. Es umschreibt die im Ausland erbrachten Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden; die Leistungen müssen die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen.

121 Dritter Satz eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 1633).

122 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 915).

123 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6723).

d. Es enthält eine Liste der ausländischen Leistungserbringer, die im Rahmen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit Leistungen erbringen dürfen; diese Leistungserbringer müssen die gesetzlichen Anforderungen für Leistungserbringer entsprechend erfüllen.

e. Es sieht vor, dass die Tarife und die Preise für die im Ausland erbrachten Leistungen zwischen den Versicherern und den ausländischen Leistungserbringern vereinbart werden; sie dürfen nicht höher sein als in dem am Programm beteiligten Grenzkanton und müssen die Anforderungen der Artikel 43, 49 und 52 KVG erfüllen.

f. Es sieht vor, dass sich die ausländischen Leistungserbringer an die vereinbarten Tarife und Preise halten müssen. Sie dürfen für die Leistungen nach Buchstabe c keine weitergehenden Vergütungen berechnen.

Art. 36*b*[124] Kostenübernahme für im Ausland wohnhafte Versicherte

1 Referenzkanton nach Artikel 41 Absatz 2ter KVG ist der Kanton Bern.

2 Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen und die eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen überweisen die Versicherer bei stationärer Behandlung in der Schweiz dem Spital ihren Anteil sowie als Vorleistung den gemäss Artikel 49*a* Absatz 3bis erster Satz KVG festgelegten kantonalen Anteil. Für die Rückerstattung der Vorleistung reichen die Versicherer ihre Forderungen an die Kantone bei der gemeinsamen Einrichtung ein.

Art. 37[125] Kostenübernahme bei internationaler Leistungsaushilfe für im Ausland versicherte Personen

Bei Personen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Liechtenstein oder in Norwegen wohnen und bei einem Aufenthalt in der Schweiz aufgrund von Artikel 95*a* KVG Anspruch auf internationale Leistungsaushilfe haben, übernimmt bei stationärer Behandlung in einem Listenspital in der Schweiz der ausländische Versicherer die Vergütungen, die nach Artikel 49 Absatz 1 KVG in Rechnung gestellt werden.

124 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS **2017** 6723).

125 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS **2017** 6723)..

3. Kapitel:[126] Kommissionen

Art. 37*a*[127] Beratende Kommissionen

Beratende Kommissionen nach Artikel 33 Absatz 4 des Gesetzes sind:

a. die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (Leistungs- und Grundsatzkommission);

b. die Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände (Analysen-, Mittel- und Gegenständekommission);

c. die Eidgenössische Arzneimittelkommission.

Art. 37*b*[128] Allgemeine Bestimmungen

[1] Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Kommissionen.

[2] Die Kommissionen geben sich je eine Geschäftsordnung. Diese regeln namentlich folgende Punkte:

a. die Arbeitsweise der Kommission und die Zusammensetzung von Ausschüssen;

b. die Richtlinien und Verfahren zur Leistungsbezeichnung;

c. den Beizug von Experten und Expertinnen.

[3] Der Beizug von Experten und Expertinnen ist bei der Beratung von Leistungen der nicht vertretenen Kreise obligatorisch.

[4] Das EDI genehmigt die Geschäftsordnungen.

[5] Es genehmigt die Einsetzung von Ausschüssen. Es wählt deren Präsidium und die weiteren Mitglieder.

[6] Das BAG führt das Sekretariat der Kommissionen und sorgt für die Koordination der Arbeiten. Es kann Dritte mit der Führung des Sekretariates beauftragen.

Art. 37*c*[129]

126 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Juni 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 1639).
127 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 3573).
128 Fassung gemäss Ziff. I 2.10 der V vom 9. Nov. 2011 (Überprüfung der ausserparlamentarischen Kommissionen), in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 5227).
129 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 3573).

Art. 37*d*[130] Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen

[1] Die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen berät das EDI bei der Bezeichnung der Leistungen nach Artikel 33, bei der Ausarbeitung der Bestimmungen nach den Artikeln 36 Absatz 1, 77 Absatz 4 und 104*a* Absatz 4 sowie bei der Beurteilung von Grundsatzfragen in der Krankenversicherung unter Berücksichtigung der ethischen Aspekte bei der Leistungsbezeichnung.[131]

[2] Sie hat insbesondere die folgenden Aufgaben:

a. Definition von Grundsätzen im Leistungsbereich sowie Beratung und Vorschlag von Verordnungsbestimmungen zu Grundsätzen im Leistungsbereich;

b. Festsetzung von Grundsätzen, damit der Datenschutz und die Interessen der Versicherten bei der Leistungsbezeichnung in der Krankenversicherung gewahrt werden;

c. Ausarbeitung von Kriterien für die Beurteilung von Leistungen nach Artikel 33 Absatz 3 des Gesetzes und Artikel 70.

[3] Sie besteht aus 18 Mitgliedern. Davon vertreten:

a. vier Personen die Ärzteschaft, wobei eine Person die Komplementärmedizin vertritt;

b. eine Person die Spitäler;

c. eine Person die Apothekerschaft, wobei diese Person gleichzeitig auch die Arzneimittelkommission vertritt;

d. zwei Personen die Krankenversicherer;

e. zwei Personen die Vertrauensärzteschaft;

f. zwei Personen die Versicherten;

g. eine Person die Kantone;

h. eine Person die Analysen-, Mittel- und Gegenständekommission;

i. eine Person die Dozenten und Dozentinnen der Laboranalytik (wissenschaftlicher Experte oder wissenschaftliche Expertin);

j. zwei Personen die medizinische Ethik;

k. eine Person die Medizintechnikindustrie.[132]

Art. 37*e* Eidgenössische Arzneimittelkommission

[1] Die Eidgenössische Arzneimittelkommission berät das BAG bei der Erstellung der Spezialitätenliste nach Artikel 34. Sie berät das EDI, in ihrem Bereich, bei der

130 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 3573).
131 Fassung gemäss Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
132 Fassung gemäss Ziff. I 2.10 der V vom 9. Nov. 2011 (Überprüfung der ausserparlamentarischen Kommissionen), in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 5227).

Ausarbeitung der Bestimmungen nach den Artikeln 36 Absatz 1, 75, 77 Absatz 4 und 104*a* Absatz 4. Sie berät das EDI bei der Zuordnung von Wirkstoffen und Arzneimitteln zu einer pharmazeutischen Kostengruppe der Liste nach Artikel 4 der Verordnung vom 19. Oktober 2016[133] über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung sowie bei der Festlegung der standardisierten Tagesdosen, wenn Arzneimittel neu oder für eine zusätzliche Indikation in die Spezialitätenliste aufgenommen werden.[134]

[2] Sie besteht aus 16 Mitgliedern. Davon vertreten:[135]

a. eine Person die Fakultäten der Medizin und Pharmazie (wissenschaftlicher Experte oder wissenschaftliche Expertin);

b. drei Personen die Ärzteschaft, wobei eine Person die Komplementärmedizin vertritt;

c. drei Personen die Apothekerschaft, wobei eine Person die Komplementärmedizin vertritt;

d. eine Person die Spitäler;

e. zwei Personen die Krankenversicherer;

f. zwei Personen die Versicherten;

g. zwei Personen die Pharmaindustrie;

h. eine Person das Schweizerische Heilmittelinstitut;

i.[136] eine Person die Kantone.[137]

Art. 37*f* Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände[138]

[1] Die Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände berät das EDI bei der Erstellung der Analysenliste nach Artikel 34, bei der Beurteilung und Festsetzung der Vergütung von Mitteln und Gegenständen nach Artikel 33 Buchstabe e sowie bei der Ausarbeitung der Bestimmungen nach den Artikeln 36 Absatz 1, 75, 77 Absatz 4 und 104*a* Absatz 4, die ihren Bereich betreffen.[139]

133 SR **832.112.1**
134 Fassung gemäss Art. 31 der V vom 19. Okt. 2016 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS **2016** 4059).
135 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 18. Jan. 2012, in Kraft seit 1. Febr. 2012 (AS **2012** 459).
136 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 18. Jan. 2012, in Kraft seit 1. Febr. 2012 (AS **2012** 459).
137 Fassung gemäss Ziff. I 2.10 der V vom 9. Nov. 2011 (Überprüfung der ausserparlamentarischen Kommissionen), in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 5227).
138 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 3573).
139 Fassung gemäss Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

2 Sie besteht aus 15 Mitgliedern. Davon vertreten:

a. zwei Personen die Dozenten und Dozentinnen der Laboranalytik (wissenschaftliche Experten und Expertinnen);

b. eine Personen die Ärzteschaft;

c. eine Person die Apothekerschaft;

d. zwei Personen die Laboratorien;

e. zwei Personen die Krankenversicherer;

f. eine Person die Vertrauensärzteschaft;

g. zwei Personen die Versicherten;

h. eine Person die Diagnostica- und Diagnostica-Geräte-Industrie;

i. eine Person die Abgabestellen für Mittel und Gegenstände;

j. zwei Personen die Hersteller und Vertreiber von Mitteln und Gegenständen.[140]

Art. 37*g*[141]

4. Titel: Leistungserbringer

1. Kapitel: Zulassung

1. Abschnitt:[142] Ärzte und Ärztinnen

Art. 38 Weiterbildung

Ärztinnen und Ärzte haben sich über einen Weiterbildungstitel nach Artikel 20 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006[143] (MedBG) auszuweisen.

Art. 39 Gleichwertigkeit wissenschaftlicher Befähigungsausweise

1 Ärztinnen und Ärzten mit eidgenössischem Diplom gleichgestellt sind Ärztinnen und Ärzte, die über ein nach Artikel 15 des MedBG[144] anerkanntes ausländisches Diplom verfügen.

2 Ärztinnen und Ärzten mit eidgenössischem Weiterbildungstitel gleichgestellt sind Ärztinnen und Ärzte, die über einen nach Artikel 21 des MedBG anerkannten aus-

140 Fassung gemäss Ziff. I 2.10 der V vom 9. Nov. 2011 (Überprüfung der ausserparlamentarischen Kommissionen), in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 5227).
141 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 3573).
142 Fassung gemäss Art. 17 der V vom 27. Juni 2007 über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen, in Kraft seit 1. Sept. 2007 (AS **2007** 4055).
143 SR **811.11**
144 SR **811.11**

ländischen Weiterbildungstitel oder über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung nach Artikel 36 Absatz 3 MedBG verfügen.[145]

2. Abschnitt:[146] Apotheker und Apothekerinnen

Art. 40[147] Weiterbildung

Apothekerinnen und Apotheker haben sich über einen Weiterbildungstitel nach Artikel 20 MedBG[148] auszuweisen.

Art. 41[149] Gleichwertigkeit wissenschaftlicher Befähigungsausweise

[1] Apothekerinnen und Apothekern mit eidgenössischem Diplom gleichgestellt sind Apothekerinnen und Apotheker, die über ein nach Artikel 15 MedBG[150] anerkanntes ausländisches Diplom verfügen.

[2] Apothekerinnen und Apothekern mit eidgenössischem Weiterbildungstitel gleichgestellt sind Apothekerinnen und Apotheker, die über einen nach Artikel 21 MedBG anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel oder über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung nach Artikel 36 Absatz 3 MedBG verfügen.

3. Abschnitt:[151] Zahnärzte und Zahnärztinnen

Art. 42 Zulassung

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

145 Fassung gemäss Ziff. III der V vom 5. April 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 2705).
146 Fassung gemäss Art. 17 der V vom 27. Juni 2007 über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen, in Kraft seit 1. Sept. 2007 (AS **2007** 4055).
147 Fassung gemäss Ziff. III der V vom 5. April 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 2705).
148 SR **811.11**
149 Fassung gemäss Ziff. III der V vom 5. April 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 2705).
150 SR **811.11**
151 Fassung gemäss Art. 17 der V vom 27. Juni 2007 über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen, in Kraft seit 1. Sept. 2007 (AS **2007** 4055).

Art. 43[152] Gleichwertigkeit wissenschaftlicher Befähigungsausweise

Zahnärztinnen und Zahnärzten mit eidgenössischem Diplom gleichgestellt sind Zahnärztinnen und Zahnärzte, die über ein nach Artikel 15 MedBG[153] anerkanntes ausländisches Diplom oder über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung nach Artikel 36 Absatz 3 MedBG verfügen.

4. Abschnitt: Chiropraktoren und Chiropraktorinnen

Art. 44

[1] Chiropraktorinnen und Chiropraktoren haben nachzuweisen, dass:

a. sie eine Ausbildung nach den Artikeln 14 und 33 des MedBG[154] erfolgreich abgeschlossen haben;

b. sie eine Weiterbildung nach den Artikeln 17–19 des MedBG erfolgreich abgeschlossen haben.[155]

[2] ...[156]

[3] Vorbehalten bleiben die Bestimmungen über die Anwendung von ionisierenden Strahlen zu chiropraktischen Zwecken, insbesondere Artikel 182 Absatz 1 Buchstabe d der Strahlenschutzverordnung vom 26. April 2017[157] sowie die entsprechenden Ausführungsbestimmungen des Eidgenössischen Departements für Inneres.[158]

5. Abschnitt: Hebammen

Art. 45 Zulassung[159]

[1] Die Hebammen haben nachzuweisen:

a.[160] das Diplom einer Schule für Hebammen, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt

152 Fassung gemäss Ziff. III der V vom 5. April 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 2705).
153 SR **811.11**
154 SR **811.11**
155 Fassung gemäss Art. 17 der V vom 27. Juni 2007 über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen, in Kraft seit 1. Sept. 2007 (AS **2007** 4055).
156 Aufgehoben durch Art. 17 der V vom 27. Juni 2007 über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen, mit Wirkung seit 1. Sept. 2007 (AS **2007** 4055).
157 SR **814.501**
158 Fassung gemäss Anhang 11 Ziff. 7 der Strahlenschutzverordnung vom 26. April 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 4261).
159 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2016** 4927).
160 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5075). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.

worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002[161] über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;

b.[162] eine zweijährige praktische Tätigkeit:

1. bei einer nach dieser Verordnung zugelassenen Hebamme,
2. in der geburtshilflichen Abteilung eines Spitals,
3. in einer fachärztlichen Praxis, oder
4. in einer Organisation der Hebammen unter Leitung einer Hebamme;

c. eine Zulassung nach kantonalem Recht.

2 ...[163]

Art. 45*a*[164] Organisationen der Hebammen

Organisationen der Hebammen werden zugelassen, wenn sie:

a. nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind;

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

c. ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 45 erfüllen;

d. über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;

e. an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Leistungen bei Mutterschaft erbracht werden.

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

Art. 46 Im Allgemeinen

1 Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbständig und auf eigene Rechnung ausüben:

a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;

b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;

161 SR **412.10**
162 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2016** 4927).
163 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, mit Wirkung seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5075).
164 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2016** 4927).

c.[165] Pflegefachfrau oder Pflegefachmann;

d. Logopäde oder Logopädin;

e.[166] Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;

f.[167] Neuropsychologe oder Neuropsychologin.

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

Art. 47 Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen

1 Die Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen haben nachzuweisen:

a.[168] das Diplom einer Schule für Physiotherapie, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002[169] über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;

b.[170] eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einem Physiotherapeuten, einer Physiotherapeutin oder in einer Organisation der Physiotherapie, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, in einer physikalisch-therapeutischen Spezialabteilung eines Spitals oder in einer fachärztlichen Praxis unter der Leitung eines Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.

2 ...[171]

Art. 48 Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen

1 Die Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen haben nachzuweisen:

a.[172] das Diplom einer Schule für Ergotherapie, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002[173] über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;

165 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5075).
166 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1996** 3139).
167 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Juli 2017 (AS **2016** 4927).
168 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5075). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.
169 SR **412.10**
170 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Aug. 2009 (AS **2009** 3525).
171 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, mit Wirkung seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5075).
172 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5075). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.
173 SR **412.10**

b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einem Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, oder in einer Arztpraxis, einem Spital oder einer Organisation der Ergotherapie unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.

2 …[174]

Art. 49[175] Pflegefachfrau und Pflegefachmann

Die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner haben nachzuweisen:

a. das Diplom einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002[176] über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;

b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einer Pflegefachfrau oder einem Pflegefachmann, die oder der nach dieser Verordnung zugelassen ist, oder in einem Spital oder einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause unter der Leitung einer Pflegefachfrau oder eines Pflegefachmanns, die oder der die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt.

Art. 50 Logopäden und Logopädinnen

Die Logopäden und Logopädinnen haben nachzuweisen:

a. eine vom Kanton anerkannte dreijährige theoretische und praktische Fachausbildung mit erfolgreich abgelegter Prüfung in folgenden Fächern:
   1. Linguistik (Linguistik, Phonetik, Psycholinguistik),
   2. Logopädie (Logopädische Methodenlehre [Beratung, Abklärung, Behandlung], Sprachbehindertenpädagogik, Sprachbehindertenpsychologie, Sprachpathologie),
   3. Medizin (Neurologie, Otorhinolaryngologie, Phoniatrie, Psychiatrie, Stomatologie),
   4. Pädagogik (Pädagogik, Sonderpädagogik/Heilpädagogik),
   5. Psychologie (Entwicklungspsychologie, klinische Psychologie, pädagogische Psychologie einschliesslich Lernpsychologie, Sozialpsychologie),
   6. Recht (Sozialgesetzgebung);

b.[177] eine zweijährige praktische Tätigkeit in klinischer Logopädie mit überwiegender Erfahrung im Erwachsenenbereich; davon:

174 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, mit Wirkung seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5075).
175 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5075). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.
176 SR **412.10**
177 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2016** 4927).

1. muss mindestens ein Jahr in einem Spital unter fachärztlicher Leitung (Oto-Rhino-Laryngologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Phoniatrie oder Neurologie) und in Begleitung eines Logopäden oder einer Logopädin, welcher oder welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, absolviert werden,
2. kann ein Jahr unter entsprechender fachärztlicher Leitung und in Begleitung eines Logopäden oder einer Logopädin, welcher oder welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, in einer Facharztpraxis oder in einer Organisation der Logopädie, die nach dieser Verordnung zugelassen ist, absolviert werden.

Art. 50*a*[178] Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen

[1] Die Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen haben nachzuweisen:

a.[179] das Diplom einer Schule für Ernährungsberatung, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002[180] über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;

b.[181] eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einem Ernährungsberater oder einer Ernährungsberaterin, der oder die nach dieser Verordnung zugelassen ist, in einer Organisation der Ernährungsberatung, die nach dieser Verordnung zugelassen ist, oder in einem Spital, einer Arztpraxis oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Ernährungsberaters oder einer Ernährungsberaterin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.

[2] ...[182]

Art. 50*b*[183] Neuropsychologen und Neuropsychologinnen

Die Neuropsychologen und Neuropsychologinnen haben nachzuweisen:

a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie und einen eidgenössischen oder als gleichwertig anerkannten Weiterbildungstitel in Neuropsychologie nach dem Psychologieberufegesetz vom 18. März 2011[184] (PsyG); oder

178 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1996** 3139).
179 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5075). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.
180 SR **412.10**
181 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 4. Juli 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS **2012** 4089).
182 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, mit Wirkung seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5075).
183 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Juli 2017 (AS **2016** 4927).
184 SR **935.81**

b. einen anerkannten Abschluss in Psychologie nach dem PsyG und einen Fachtitel Neuropsychologie der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen.

Art. 51 Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause

Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause werden zugelassen, wenn sie:

a. nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind;

b.[185] ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben;

c.[186] über das erforderliche Fachpersonal verfügen, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat;

d.[187] über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;

e.[188] an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Krankenpflege erbracht wird.

Art. 52 Organisationen der Ergotherapie

Organisationen der Ergotherapie werden zugelassen, wenn sie:

a. nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind;

b.[189] ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben;

c.[190] über das erforderliche Fachpersonal verfügen, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat;

d.[191] über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;

e.[192] an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Ergotherapie erbracht wird.

185 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).
186 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).
187 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).
188 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).
189 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).
190 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).
191 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).
192 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).

Art. 52*a*[193] Organisationen der Physiotherapie

Organisationen der Physiotherapie werden zugelassen, wenn sie:

a. nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind;

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

c. ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 47 erfüllen;

d. über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;

e. an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Physiotherapie erbracht wird.

Art. 52*b*[194] Organisationen der Ernährungsberatung

Organisationen der Ernährungsberatung werden zugelassen, wenn sie:

a. nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind;

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

c. ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50*a* erfüllen;

d. über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;

e. an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Ernährungsberatung erbracht wird.

Art. 52*c*[195] Organisationen der Logopädie

Organisationen der Logopädie werden zugelassen, wenn sie:

a. nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind;

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

c. ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50 erfüllen;

193 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Aug. 2009 (AS **2009** 3525).
194 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 4. Juli 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS **2012** 4089).
195 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2016** 4927).

d. über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;

e. an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Logopädie erbracht wird.

7. Abschnitt: Laboratorien

Art. 53 Grundsatz

Als Laboratorien werden Einrichtungen zugelassen, die:

a. medizinische Analysen durchführen;

b. nach kantonalem Recht zugelassen sind;

c. an den Qualitätssicherungsmassnahmen nach Artikel 77 teilnehmen;

d. den übrigen von der Gesetzgebung des Bundes oder des Kantons festgesetzten Anforderungen an Laboratorien entsprechen;

e.[196] über eine entsprechende Bewilligung des Schweizerischen Heilmittelinstituts Swissmedic (Institut) verfügen, wenn sie Untersuchungen zur Erkennung übertragbarer Krankheiten durchführen;

e^{bis}.[197] über eine entsprechende Bewilligung des BAG verfügen, wenn sie zyto- oder molekulargenetische Untersuchungen durchführen;

f. über zweckentsprechende Einrichtungen und das erforderliche Fachpersonal verfügen;

g. die Zulassungsbedingungen nach Artikel 54 erfüllen.

Art. 54 Zulassungsbedingungen

[1] Als Laboratorium ist ohne weitere Bedingungen zugelassen:

a. das Praxislaboratorium eines Arztes oder einer Ärztin, wenn:

1. Analysen im Rahmen der Grundversorgung nach Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a für den Eigenbedarf des Arztes oder der Ärztin durchgeführt werden,

2. das Ergebnis der Analysen grundsätzlich im Verlauf der Konsultation vorliegt (Präsenzdiagnostik),

3. das Praxislaboratorium räumlich und rechtlich Teil der Praxis des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin ist,

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

197 Eingefügt durch Art. 37 Ziff. 2 der V vom 14. Febr. 2007 über genetische Untersuchungen beim Menschen, in Kraft seit 1. April 2007 (AS **2007** 651).

4.[198] die Analysen im Praxislaboratorium oder, für separat bezeichnete Analysen nach Ziffer 1, im Rahmen eines Hausbesuches durchgeführt werden;

b. das Spitallaboratorium für Analysen, die nach Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a im Rahmen der Grundversorgung für den Eigenbedarf durchgeführt werden;

c. die Offizin eines Apothekers oder einer Apothekerin sowie das Spitallaboratorium für Analysen nach Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a im Rahmen der Grundversorgung, die von einem anderen Leistungserbringer angeordnet sind.[199]

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

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

a. sie unter der Leitung eines Arztes oder einer Ärztin, eines Apothekers oder einer Apothekerin oder eines Leiters oder einer Leiterin mit einer vom EDI anerkannten Hochschulausbildung naturwissenschaftlicher Richtung stehen;

b.[200] die leitende Person nach Buchstabe a über einen Weiterbildungstitel in Labormedizin verfügt, der durch den Schweizerischen Verband «Die medizinischen Laboratorien der Schweiz» (FAMH) erteilt wurde oder als mit einem solchen Weiterbildungstitel gleichwertig anerkannt wurde.

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

5 Das EDI kann Ausführungsbestimmungen zu Absatz 1 Buchstabe a erlassen.[201]

198 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. Nov. 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS **2013** 4523).
199 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 3249).
200 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2016** 4927).
201 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 3249).

Art. 54*a*[202] Verfahren und Gebühren

[1] Das BAG entscheidet über Gesuche um Anerkennung der Gleichwertigkeit von Weiterbildungstiteln in Labormedizin nach Artikel 54 Absatz 3 Buchstabe b.

[2] Für den Entscheid nach Absatz 1 wird eine Gebühr erhoben. Sie wird nach Zeitaufwand bemessen, darf aber 3000 Franken nicht überschreiten.

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

[4] Der Stundenansatz beträgt je nach erforderlicher Sachkenntnis und Funktionsstufe des ausführenden Personals 90–200 Franken.

[5] Es kann ein angemessener Kostenvorschuss in Rechnung gestellt werden.

[6] Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Allgemeinen Gebührenverordnung vom 8. September 2004[203].

8. Abschnitt: Abgabestellen für Mittel und Gegenstände

Art. 55

Wer nach kantonalem Recht zugelassen ist und mit einem Krankenversicherer einen Vertrag über die Abgabe von der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen abschliesst, darf zu Lasten dieses Versicherers tätig sein.

8*a*. Abschnitt:[204] Geburtshäuser

Art. 55*a*

Die Geburtshäuser sind zugelassen, wenn sie:

a. den Anforderungen nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben b–e des Gesetzes entsprechen;

b. ihren sachlichen Tätigkeitsbereich nach Artikel 29 des Gesetzes festgelegt haben;

c. eine ausreichende medizinische Betreuung durch eine Hebamme sicherstellen;

d. Vorkehrungen zur Einleitung von Massnahmen im medizinischen Notfall getroffen haben.

202 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2016** 4927). Siehe auch die UeB am Schluss dieses Textes.
203 SR **172.041.1**
204 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 5097).

9. Abschnitt: Transport- und Rettungsunternehmen

Art. 56

Wer nach kantonalem Recht zugelassen ist und mit einem Krankenversicherer einen Vertrag über die Durchführung von Transporten und Rettungen abschliesst, darf zu Lasten dieses Versicherers tätig sein.

10. Abschnitt: Heilbäder

Art. 57 Im Allgemeinen

1 Heilbäder werden zugelassen, wenn sie unter ärztlicher Aufsicht stehen, zu Heilzwecken vor Ort bestehende Heilquellen nutzen, über das erforderliche Fachpersonal sowie die zweckentsprechenden diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen verfügen und nach kantonalem Recht zugelassen sind.

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

Art. 58 Heilquellen

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

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

11. Abschnitt:[205] Planungskriterien

Art. 58*a* Grundsatz

1 Die Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d des Gesetzes umfasst die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital oder in einem Geburtshaus sowie der Behandlung in einem Pflegeheim für die Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone, die die Planung erstellen.

2 Die Kantone überprüfen ihre Planung periodisch.

205 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 5097).

Art. 58*b* Versorgungsplanung

[1] Die Kantone ermitteln den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Sie stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche.

[2] Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind.

[3] Sie bestimmen das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Liste nach Artikel 58*e* zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Dieses Angebot entspricht dem nach Absatz 1 ermittelten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Absatz 2 ermittelten Angebots.

[4] Bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebotes berücksichtigen die Kantone insbesondere:

a. die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung;

b. den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist;

c. die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages nach Artikel 58*e*.

[5] Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten die Kantone insbesondere:

a. die Effizienz der Leistungserbringung;

b. den Nachweis der notwendigen Qualität;

c. im Spitalbereich die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien.

Art. 58*c* Art der Planung

Die Planung erfolgt:

a. für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur Behandlung von akutsomatischen Krankheiten sowie in Geburtshäusern leistungsorientiert;

b. für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur rehabilitativen und zur psychiatrischen Behandlung leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen;

c. für die Versorgung der versicherten Personen in Pflegeheimen kapazitätsbezogen.

Art. 58*d* Interkantonale Koordination der Planungen

Im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen nach Artikel 39 Absatz 2 des Gesetzes müssen die Kantone insbesondere:

a. die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese mit den betroffenen Kantonen austauschen;

b. die Planungsmassnahmen mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen koordinieren.

Art. 58*e* Listen und Leistungsaufträge

1 Die Kantone führen auf ihrer Liste nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e des Gesetzes die inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf, die notwendig sind, um das nach Artikel 58*b* Absatz 3 bestimmte Angebot sicherzustellen.

2 Auf den Listen wird für jedes Spital das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum aufgeführt.

3 Die Kantone erteilen jeder Einrichtung auf ihrer Liste einen Leistungsauftrag nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e des Gesetzes. Dieser kann insbesondere die Pflicht zum Notfalldienst beinhalten.

2. Kapitel: Rechnungstellung

Art. 59[206] Rechnungsstellung im Allgemeinen

1 Die Leistungserbringer haben in ihren Rechnungen alle administrativen und medizinischen Angaben zu machen, die für die Überprüfung der Berechnung der Vergütung sowie der Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Artikel 42 Absätze 3 und 3bis des Gesetzes notwendig sind. Insbesondere sind folgende Angaben zu machen:

a. Kalendarium der Behandlungen;

b. erbrachte Leistungen im Detaillierungsgrad, den der massgebliche Tarif vorsieht;

c. Diagnosen und Prozeduren, die zur Berechnung des anwendbaren Tarifs notwendig sind;

d. Kennnummer der Versichertenkarte nach Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe f der Verordnung vom 14. Februar 2007[207] über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung;

e. Versichertennummer nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946[208] über die Alters- und Hinterlassenenversicherung.

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

3 Bei Analysen erfolgt die Rechnungsstellung an den Schuldner der Vergütung ausschliesslich durch das Laboratorium, das die Analyse durchgeführt hat. Pauschaltarife nach Artikel 49 des Gesetzes bleiben vorbehalten.

206 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 4. Juli 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS **2012** 4089).
207 SR **832.105**
208 SR **831.10**

4 Haben Versicherer und Leistungserbringer vereinbart, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des *Tiers payant*), so hat der Leistungserbringer der versicherten Person die Kopie der Rechnung nach Artikel 42 Absatz 3 des Gesetzes zukommen zu lassen. Er kann mit dem Versicherer vereinbaren, dass dieser die Rechnungskopie zustellt.

Art. 59*a*[209] Rechnungsstellung bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG

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

2 Diagnosen und Prozeduren nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstabe c sind entsprechend den Klassifikationen für die medizinische Statistik der Krankenhäuser nach Ziffer 62 des Anhangs der Verordnung vom 30. Juni 1993[210] über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes zu codieren.

3 Der Leistungserbringer leitet die Datensätze mit den administrativen und den medizinischen Angaben nach Artikel 59 Absatz 1 gleichzeitig mit der Rechnung an die Datenannahmestelle des Versicherers weiter. Es muss sichergestellt werden, dass ausschliesslich diese Datenannahmestelle Zugang zu den medizinischen Angaben erhält.

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

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

6 Jeder Versicherer muss über eine Datenannahmestelle verfügen. Diese muss nach Artikel 11 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992[211] über den Datenschutz zertifiziert sein.

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

209 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 4. Juli 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS **2012** 4089). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Ende dieses Textes.
210 SR **431.012.1**
211 SR **235.1**

Art. 59*a*bis [212] Rechnungsstellung im ambulanten Bereich und im Bereich Rehabilitation

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

Art. 59*a*ter [213] Datensichernde Massnahmen und Aufbewahrung

[1] Für die Bearbeitung der medizinischen Angaben nach Artikel 59 Absatz 1 treffen die Versicherer die erforderlichen technischen und organisatorischen datensichernden Massnahmen, insbesondere diejenigen nach den Artikeln 21 und 22 der Verordnung vom 14. Juni 1993[214] zum Bundesgesetz über den Datenschutz.

[2] Sofern die medizinischen Angaben nach Artikel 59 Absatz 1 nicht verschlüsselt aufbewahrt werden, werden die Personalien der Versicherten zur Aufbewahrung dieser Angaben pseudonymisiert. Die Aufhebung der Pseudonymisierung oder Verschlüsselung darf nur durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin erfolgen.

3. Kapitel: Tarife und Preise[215]

1. Abschnitt: Grundsätze[216]

Art. 59*b* [217]

Art. 59*c* [218] Tarifgestaltung

[1] Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 des Gesetzes prüft, ob der Tarifvertrag namentlich folgenden Grundsätzen entspricht:

a. Der Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken.

b. Der Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken.

212 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 4. Juli 2012 (AS **2012** 4089). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 25. Okt. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6339). Siehe auch die UeB der Änd. 4.7.2012 am Ende dieses Textes.

213 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 4. Juli 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS **2012** 4089).

214 SR **235.11**

215 Ursprünglich vor Art. 59*a*. Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).

216 Ursprünglich vor Art. 59*a*. Eingefügt durch Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).

217 Eingefügt durch Ziff. I 8 der V vom 18. Aug. 2004 (AS **2004** 4037). Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 29. April 2015, mit Wirkung seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).

218 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS **2007** 3573).

c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen.

2 Die Vertragsparteien müssen die Tarife regelmässig überprüfen und anpassen, wenn die Erfüllung der Grundsätze nach Absatz 1 Buchstaben a und b nicht mehr gewährleistet ist. Die zuständigen Behörden sind über die Resultate der Überprüfungen zu informieren.

3 Die zuständige Behörde wendet die Absätze 1 und 2 bei Tariffestsetzungen nach den Artikeln 43 Absatz 5, 47 oder 48 des Gesetzes sinngemäss an.

Art. 59*d*[219] Leistungsbezogene Pauschalen

1 Die Tarifpartner müssen dem Bundesrat nach den Artikeln 46 Absatz 4 und 49 Absatz 2 des Gesetzes den Tarifvertrag zur Genehmigung unterbreiten. Der Tarifvertrag muss die einheitliche Tarifstruktur und die Anwendungsmodalitäten des Tarifs beinhalten. Zusammen mit dem Gesuch um Genehmigung müssen namentlich folgende Unterlagen eingereicht werden:

a. die Berechnungsgrundlagen und Berechnungsmethode;

b. die Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen im Rahmen der Tarifanwendung;

c. die Schätzungen über die Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes geregelten Bereiche, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.

2 Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (*Diagnosis Related Groups*) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten. Dem Gesuch um Genehmigung beizulegen sind ergänzende Unterlagen über die Anforderungen, die die Spitäler erfüllen müssen, damit sie bei der Erarbeitung der Tarifstruktur einbezogen werden können.

3 Die Tarifpartner müssen dem Bundesrat die Anpassungen des Tarifvertrags, namentlich jene der Tarifstruktur oder der Anwendungsmodalitäten, zur Genehmigung unterbreiten.

4 Der Bezug zur Leistung, der nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes herzustellen ist, muss eine Differenzierung des Tarifes nach Art und Intensität der Leistung erlauben.

Art. 59*e*[220] Fallbeitrag

1 Soll ein Fallbeitrag nach Artikel 49 Absatz 2 des Gesetzes erhoben werden, so müssen die Tarifpartner dem Bundesrat den entsprechenden Betrag zur Genehmigung unterbreiten. Dem Gesuch sind ein Tätigkeitsbericht der Organisation und ein

219 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 5097). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

220 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 5097). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

Budget beizulegen, mit denen die Notwendigkeit des beantragten Betrags begründet wird.

2 Wird der Fallbeitrag erhöht, so müssen die Tarifpartner dem Bundesrat den Fallbeitrag erneut zur Genehmigung unterbreiten.

3 Für die Aufteilung der Finanzierung des Fallbeitrags gilt Artikel 49*a* Absätze 1 und 2 des Gesetzes sinngemäss.

2. Abschnitt:[221] Analysenliste

Art. 60[222] Veröffentlichung

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

Art. 61 Aufnahme, Streichung

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

2 Das BAG prüft den Vorschlag und unterbreitet ihn der zuständigen Kommission. Bei der Prüfung der Vorschläge kann es aussenstehende Experten oder Expertinnen beiziehen. Es ist befugt, von sich aus oder auf Antrag der zuständigen Kommission die Aufnahme einer Analyse von ergänzenden Prüfungen abhängig zu machen.

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

Art. 62[223] Separate Bezeichnung bestimmter Analysen

1 Das EDI bezeichnet diejenigen Analysen, die:

a. im Rahmen der Grundversorgung von Laboratorien nach Artikel 54 Absatz 1 durchgeführt werden können;

b. von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen gestützt auf Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe b des Gesetzes veranlasst werden können;

c. von Hebammen gestützt auf Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe a des Gesetzes veranlasst werden können.

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

221 Ursprünglich 1. Abschn.
222 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Juni 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS **2002** 2129).
223 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Febr. 2000, in Kraft seit 1. April 2000 (AS **2000** 889).

3. Abschnitt:[224] Arzneimittelliste mit Tarif

Art. 63

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

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

4. Abschnitt:[225] Spezialitätenliste

Art. 64[226]

Art. 64*a*[227] Begriffe

[1] Als Originalpräparat gilt ein vom Schweizerischen Heilmittelinstitut Swissmedic (Institut) als erstes mit einem bestimmten Wirkstoff zugelassenes Arzneimittel, einschliesslich aller zum gleichen Zeitpunkt oder später zugelassenen Darreichungsformen.

[2] Als Generikum gilt ein vom Institut zugelassenes Arzneimittel, das im wesentlichen gleich ist wie ein Originalpräparat und das mit diesem aufgrund identischer Wirkstoffe sowie seiner Darreichungsform und Dosierung austauschbar ist.

[3] Als Co-Marketing-Arzneimittel gilt ein vom Institut zugelassenes Arzneimittel, das sich von einem anderen vom Institut zugelassenen Arzneimittel (Basispräparat) mit Ausnahme der Bezeichnung und der Packung nicht unterscheidet.

Art. 65[228] Aufnahmebedingungen[229]

[1] Ein Arzneimittel kann in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, wenn es über eine gültige Zulassung des Instituts verfügt.

[2] Arzneimittel, für die Publikumswerbung nach Artikel 2 Buchstabe b der Arzneimittel-Werbeverordnung vom 17. Oktober 2001[230] betrieben wird, werden nicht in die Spezialitätenliste aufgenommen.

224 Ursprünglich 2. Abschn.
225 Ursprünglich 3. Abschn.
226 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 29. April 2015, mit Wirkung seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).
227 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).
228 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4245).
229 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
230 SR **812.212.5**

3 Arzneimittel müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.

4 Die Inhaberin der Zulassung für ein Originalpräparat muss dem BAG die Nummern der Patente und der ergänzenden Schutzzertifikate sowie deren Ablaufdatum mit dem Gesuch um Aufnahme in die Spezialitätenliste angeben.[231]

5 Das BAG kann die Aufnahme mit Bedingungen und Auflagen verbinden, insbesondere:

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

b. die Aufnahme mit der Auflage verbinden, dass die Zulassungsinhaberin dem BAG meldet, wenn sie mit dem Arzneimittel über einen bestimmten Zeitraum einen Umsatz in einer festgelegten Höhe überschreitet.[232]

Art. 65*a*[233] Beurteilung der Wirksamkeit

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

Art. 65*b*[234] Beurteilung der Wirtschaftlichkeit[235]

1 Ein Arzneimittel gilt als wirtschaftlich, wenn es die indizierte Heilwirkung mit möglichst geringem finanziellem Aufwand gewährleistet.

2 Die Wirtschaftlichkeit wird aufgrund folgender Vergleiche beurteilt:

a. Vergleich mit dem Preis in Referenzländern (Auslandpreisvergleich);

b.[236] Vergleich mit anderen Arzneimitteln (therapeutischer Quervergleich).

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

231 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).
232 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).
233 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4245).
234 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).
235 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
236 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).

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

4bis Beim therapeutischen Quervergleich wird Folgendes überprüft:

a. die Wirksamkeit im Verhältnis zu anderen Arzneimitteln, die zur Behandlung derselben Krankheit eingesetzt werden;

b. die Kosten des Arzneimittels pro Tag oder Kur im Verhältnis zu den Kosten von Arzneimitteln, die zur Behandlung derselben Krankheit eingesetzt werden.[237]

5 Nach der Ermittlung des durchschnittlichen Preises der Referenzländer im Auslandpreisvergleich und des durchschnittlichen Preises anderer Arzneimittel im therapeutischen Quervergleich werden beide Preise je hälftig gewichtet.[238]

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

7 Bringt das Arzneimittel einen bedeutenden therapeutischen Fortschritt, so wird im Rahmen des therapeutischen Quervergleichs während höchstens 15 Jahren ein Innovationszuschlag berücksichtigt. [239]

Art. 65*c*[240] Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bei Generika

1 Bei Generika werden für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit die geringeren Kosten für die Entwicklung im Vergleich zum Originalpräparat berücksichtigt.

2 Ein Generikum gilt bei der Aufnahme in die Spezialitätenliste als wirtschaftlich, wenn sein Fabrikabgabepreis gegenüber dem mit ihm austauschbaren Originalpräparat:

a. mindestens 20 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel während drei Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr 4 Millionen Franken nicht übersteigt;

b. mindestens 30 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel während drei

237 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
238 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
239 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
240 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4245).

Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr zwischen 4 Millionen und 8 Millionen Franken liegt;

c. mindestens 50 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel während drei Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr zwischen 8 Millionen und 16 Millionen Franken liegt;

d. mindestens 60 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel während drei Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr zwischen 16 Millionen und 25 Millionen Franken liegt;

e. mindestens 70 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel während drei Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr 25 Millionen Franken übersteigt.[241]

3 Massgebend für die Berechnung des Fabrikabgabepreises des Generikums ist der nach Artikel 65*e* ermittelte Fabrikabgabepreis des Originalpräparates.[242]

4 Das Schweizer Marktvolumen pro Jahr bemisst sich auf der Basis des Fabrikabgabepreises des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel und wird je Handelsform desselben Wirkstoffes bestimmt. Das BAG kann bei einem Gesuch um Aufnahme eines Generikums in die Spezialitätenliste von der Zulassungsinhaberin die Meldung des Schweizer Marktvolumens verlangen. Das Marktvolumen muss gestützt auf Umsatzerhebungen eines unabhängigen Instituts erfasst werden.[243]

5 Generika, die vor der Preisüberprüfung des Originalpräparates nach Artikel 65*e* in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, werden nach der Preisüberprüfung zur Wahrung des Abstands preislich angepasst.

Art. 65*d*[244] Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre

1 Das BAG überprüft sämtliche Arzneimittel, die in der Spezialitätenliste aufgeführt sind, alle drei Jahre daraufhin, ob sie die Aufnahmebedingungen noch erfüllen. Die Arzneimittel werden aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer therapeutischen Gruppe der Spezialitätenliste in drei Einheiten aufgeteilt. Jede Einheit wird alle drei Jahre überprüft.

2 Der Auslandpreisvergleich wird auf der Basis der umsatzstärksten Packung durchgeführt.

241 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
242 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
243 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
244 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Juli 2009 (AS **2009** 4245). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).

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

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

5 Die Zulassungsinhaberin hat dem BAG alle notwendigen Informationen bekannt zu geben.

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

Art. 65*e*[245] Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach Patentablauf

1 Das BAG überprüft Originalpräparate unmittelbar nach Ablauf des Patentschutzes daraufhin, ob sie die Aufnahmebedingungen noch erfüllen.

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

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

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

Art. 65*f*[246] Indikationserweiterung und Limitierungsänderung

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

2 Das Originalpräparat gilt bis zur Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach Artikel 65*d* als wirtschaftlich, wenn die Zulassungsinhaberin beantragt, auf 35 Prozent des voraussichtlichen Mehrumsatzes zu verzichten; der Verzicht wird über eine Senkung des Fabrikabgabepreises umgesetzt. Ausgenommen sind Originalpräparate, deren voraussichtliche Mengenausweitung an Anzahl Packungen mehr

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

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

als hundert Mal höher ist als vor der Aufnahme der neuen Indikation oder deren voraussichtlicher Mehrumsatz aufgrund fehlender Angaben nicht bestimmbar ist.

3 Nach Ablauf von zwei Jahren prüft das BAG, ob der voraussichtliche Gesamtumsatz, einschliesslich Mehrumsatz, nach Absatz 2 mit dem tatsächlichen Gesamtumsatz, einschliesslich Mehrumsatz, übereinstimmt. Ergibt die Überprüfung, dass der voraussichtliche Gesamtumsatz, einschliesslich Mehrumsatz, überschritten wurde, so verfügt das BAG eine angemessene Preissenkung.[247]

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

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

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

Art. 65*g*[248] Indikationseinschränkung

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

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

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

Art. 66[249] Unabhängigkeit der Preisüberprüfungen

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

247 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
248 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).
249 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).

Art. 66*a*[250] Zwischenüberprüfung

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

Art. 66*b*[251] Co-Marketing-Arzneimittel und Generika

[1] Ist ein nach den Artikeln 65*a*–65*g* zu überprüfendes Originalpräparat auch Basispräparat für ein Co-Marketing-Arzneimittel, so wird das Co-Marketing-Arzneimittel gleichzeitig mit seinem Basispräparat überprüft. Ein Co-Marketing-Arzneimittel ist höchstens zu demselben Preis wirtschaftlich wie das Basispräparat.

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

Art. 67[252] Preise

[1] Die Spezialitätenliste enthält die bei Abgabe durch Apothekerinnen und Apotheker, Ärztinnen und Ärzte sowie Spitäler und Pflegeheime massgebenden Höchstpreise.[253]

[1bis] Der Höchstpreis besteht aus dem Fabrikabgabepreis und dem Vertriebsanteil.[254]

[1ter] Der Fabrikabgabepreis gilt die Leistungen, Abgaben inbegriffen, der Herstellungs- und der Vertriebsfirma bis zur Ausgabe ab Lager in der Schweiz ab.[255]

[1quater] Der Vertriebsanteil gilt die logistischen Leistungen ab. Er setzt sich wie folgt zusammen:

a. für Arzneimittel, die aufgrund der Einteilung des Instituts verschreibungspflichtig sind, aus:
   1. einem im Verhältnis zur Höhe des Fabrikabgabepreises bemessenen Zuschlag (preisbezogener Zuschlag), namentlich für Kapitalkosten, Lagerhaltung und ausstehende Guthaben,
   2. einem Zuschlag je Packung, namentlich für Transport-, Infrastruktur- und Personalkosten;
b. für Arzneimittel, die aufgrund der Einteilung des Instituts nicht verschreibungspflichtig sind, aus einem preisbezogenen Zuschlag.[256]

250 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
251 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).
252 Siehe die SchlB der Änd. vom 2. Okt. 2000 am Ende dieser Verordnung.
253 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2835).
254 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2835).
255 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2835).

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

a. das Arzneimittel die Aufnahmebedingungen noch erfüllt; und

b. seit der Aufnahme oder der letzten Preiserhöhung mindestens zwei Jahre verstrichen sind.[257]

2bis ...[258]

2ter ...[259]

3 ...[260]

4 ...[261]

Art. 67*a*[262] Rückerstattung von Mehreinnahmen

1 Übersteigt der bei der Aufnahme eines Arzneimittels in die Spezialitätenliste dem verfügten Höchstpreis zugrunde gelegte Fabrikabgabepreis den bei der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit ermittelten Fabrikabgabepreis um mehr als 3 Prozent und betragen die dadurch erzielten Mehreinnahmen mindestens 20 000 Franken, so ist die Zulassungsinhaberin verpflichtet, die seit der Aufnahme erzielten Mehreinnahmen an die gemeinsame Einrichtung nach Artikel 18 KVG zurückzuerstatten.

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

a.[263] während der Dauer eines Beschwerdeverfahrens, sofern zwischen dem während des Beschwerdeverfahrens geltenden Preis und dem nach Abschluss des Beschwerdeverfahrens rechtskräftigen neuen Preis eine Differenz besteht und die Zulassungsinhaberin durch diese Preisdifferenz Mehreinnahmen erzielt hat;

b. während zwei Jahren nach der Senkung des Fabrikabgabepreises gemäss Artikel 65*f* Absatz 2 erster Satz, sofern der effektive Mehrumsatz höher war als der bei der Senkung angegebene voraussichtliche Mehrumsatz.

256 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Okt. 2000 (AS **2000** 2835). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4245). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.
257 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
258 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Juni 2002 (AS **2002** 2129). Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, mit Wirkung seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4245).
259 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Juni 2002 (AS **2002** 2129). Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 29. April 2015, mit Wirkung seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.
260 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, mit Wirkung seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4245).
261 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996 (AS **1996** 3139). Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 2. Okt. 2000, mit Wirkung seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2835).
262 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).
263 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).

Art. 68 Streichung

[1] Ein in der Spezialitätenliste aufgeführtes Arzneimittel wird gestrichen, wenn:

a. es nicht mehr alle Aufnahmebedingungen erfüllt;

b. der in der jeweils geltenden Liste enthaltene Preis ohne Zustimmung des BAG erhöht wird;

c.[264] die Inhaberin der Zulassung für ein Originalpräparat die gemäss Artikel 65 Absatz 5 verfügten Auflagen und Bedingungen nicht erfüllt;

d.[265] die Zulassungsinhaberin direkt oder indirekt Publikumswerbung für das Arzneimittel betreibt;

e.[266] die Gebühren oder Kosten nach Artikel 70*b* nicht rechtzeitig entrichtet werden;

f.[267] die Zulassungsinhaberin sich weigert, die für die Überprüfungen nach den Artikeln 65*d*–65*g* notwendigen Unterlagen einzureichen;

g.[268] die Zulassungsinhaberin sich weigert, erzielte Mehreinnahmen nach Artikel 67*a* zurückzuerstatten.

[2] Streichungen werden drei Monate nach ihrer Veröffentlichung im Bulletin des BAG (Art. 72 Bst. a) wirksam. Beim Vorliegen besonderer Gründe werden sie mit der Veröffentlichung wirksam.[269]

Art. 69[270] Gesuche

[1] Das Gesuch um Aufnahme eines verwendungsfertigen Arzneimittels in die Spezialitätenliste ist beim BAG einzureichen.

[2] Für jede Änderung eines in die Spezialitätenliste aufgenommenen Arzneimittels oder seines Preises ist ein neues Gesuch einzureichen. Bei Änderung in der Zusammensetzung der Wirkstoffe ist dem Gesuch die geänderte Zulassung des Instituts beizulegen.[271]

[3] Aus den Unterlagen, die dem Gesuch beigelegt sind, muss hervorgehen, dass die Aufnahmebedingungen erfüllt sind.

264 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4245).
265 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Juni 2002 (AS **2002** 2129). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).
266 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Juni 2002 (AS **2002** 2129). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
267 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 8. Mai 2013 (AS **2013** 1353). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).
268 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 8. Mai 2013 (AS **2013** 1353). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).
269 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Aug. 1998 (AS **1998** 1818).
270 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Juni 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS **2002** 2129).
271 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

4 Das Gesuch um Aufnahme in die Spezialitätenliste oder um Änderung der Spezialitätenliste kann eingereicht werden, wenn die vom Institut im Rahmen des Vorbescheids nach Artikel 8 der Arzneimittelverordnung vom 21. September 2018[272] bestätigten Angaben zur Indikation und zur Dosierung vorliegen. Das BAG tritt auf das Gesuch ein, sobald ihm die dazu gehörende Dokumentation vollständig vorliegt. Das EDI kann für einzelne Gesuche vorsehen, dass sie erst mit der Zulassung durch das Institut eingereicht werden können.[273]

Art. 69*a*[274]

Art. 70[275] Aufnahme ohne Gesuch

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

Art. 70*a*[276] Nähere Vorschriften

Das EDI erlässt nähere Vorschriften:

a. zum Verfahren der Aufnahme eines Arzneimittels in die Spezialitätenliste;

b. über die Wirksamkeits-, Zweckmässigkeits- und Wirtschaftlichkeitskriterien;

c.[277] zum Verfahren der Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach den Artikeln 65*d*–65*g*;

d.[278] zum Verfahren der Rückerstattung von Mehreinnahmen nach Artikel 67*a*.

Art. 70*b*[279] Gebühren

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

272 SR **812.212.21**. Der Verweis wurde in Anwendung von Art. 12 Abs. 2 des Publikationsgesetzes vom 18. Juni 2004 (SR **170.512**) auf den 1. Jan. 2019 angepasst.
273 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
274 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Juni 2002 (AS **2002** 2129). Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, mit Wirkung seit 1. Aug. 2007 (AS **2007** 3573).
275 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).
276 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4245).
277 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).
278 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).
279 Ursprünglich Art. 71. Fassung gemäss Ziff. I der V vom 8. Mai 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS **2013** 1353).

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

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

4 Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Allgemeinen Gebührenverordnung vom 8. September 2004[280].

Art. 71[281] Veröffentlichungen

1 Das BAG veröffentlicht die Spezialitätenliste (Art. 52 Abs. 1 Bst. b KVG).

2 Bei der Aufnahme eines Arzneimittels in die Spezialitätenliste und bei Indikationserweiterungen oder Limitierungsänderungen nach Artikel 65*f* veröffentlicht es die Grundlagen zur Beurteilung der Wirksamkeit und der Zweckmässigkeit des Arzneimittels, des therapeutischen Quervergleichs (Art. 65*b* Abs. 2 Bst. b) und des Innovationszuschlags (Art. 65*b* Abs. 7) sowie den durchschnittlichen Fabrikabgabepreis der Referenzländer (Art. 65*b* Abs. 2 Bst. a).[282]

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

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

5 Nach der Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach Patentablauf veröffentlicht es die Fabrikabgabepreise des Originalpräparates.[283]

6 Die Veröffentlichungen nach den Absätzen 1–5 erfolgen über eine öffentlich zugängliche Online-Plattform.[284]

280 SR **172.041.1**
281 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255). Siehe auch die UeB dieserÄnd. am Schluss des Textes.
282 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
283 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
284 Die Dokumente können abgerufen werden unter: www.bag.admin.ch > Themen > Krankenversicherung > Tarife und Preise > Spezialitätenliste

4*a*. Abschnitt: Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall[285]

Art. 71*a*[286] Übernahme der Kosten eines Arzneimittels der Spezialitätenliste ausserhalb der genehmigten Fachinformation oder Limitierung

[1] Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten eines in die Spezialitätenliste aufgenommenen Arzneimittels für eine Anwendung ausserhalb der vom Institut genehmigten Fachinformation oder ausserhalb der in der Spezialitätenliste festgelegten Limitierung nach Artikel 73, wenn:

a. der Einsatz des Arzneimittels eine unerlässliche Voraussetzung für die Durchführung einer anderen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistung bildet und diese eindeutig im Vordergrund steht; oder

b. vom Einsatz des Arzneimittels ein grosser therapeutischer Nutzen gegen eine Krankheit erwartet wird, die für die versicherte Person tödlich verlaufen oder schwere und chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen kann, und wegen fehlender therapeutischer Alternativen keine andere wirksame und zugelassene Behandlungsmethode verfügbar ist.

[2] Der Versicherer bestimmt nach Absprache mit der Zulassungsinhaberin die Höhe der Vergütung. Der zu vergütende Preis muss unter dem Höchstpreis der Spezialitätenliste liegen.[287]

[3] ...[288]

Art. 71*b*[289] Übernahme der Kosten eines vom Institut zugelassenen nicht in die Spezialitätenliste aufgenommenen Arzneimittels

[1] Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten eines vom Institut zugelassenen verwendungsfertigen Arzneimittels, das nicht in die Spezialitätenliste aufgenommen ist, für eine Anwendung innerhalb oder ausserhalb der Fachinformation, wenn die Voraussetzungen nach Artikel 71*a* Absatz 1 Buchstabe a oder b erfüllt sind.

[2] Der Versicherer bestimmt nach Absprache mit der Zulassungsinhaberin die Höhe der Vergütung.

285 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
286 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Febr. 2011, in Kraft seit 1. März 2011 (AS **2011** 653).
287 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
288 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, mit Wirkung seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
289 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Febr. 2011 (AS **2011** 653). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).

Art. 71*c*[290] Übernahme der Kosten eines vom Institut nicht zugelassenen importierten Arzneimittels

[1] Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten eines vom Institut nicht zugelassenen verwendungsfertigen Arzneimittels, das nach dem Heilmittelgesetz eingeführt werden darf, sofern die Voraussetzungen nach Artikel 71*a* Absatz 1 Buchstabe a oder b erfüllt sind und das Arzneimittel von einem Land mit einem vom Institut als gleichwertig anerkannten Zulassungssystem für die entsprechende Indikation zugelassen ist.

[2] Der Versicherer vergütet die Kosten, zu denen das Arzneimittel aus dem Ausland importiert wird. Der Leistungserbringer achtet bei der Auswahl des Landes, aus dem er das Arzneimittel importiert, auf die Kosten.

Art. 71*d*[291] Gemeinsame Bestimmungen

[1] Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten des Arzneimittels nur auf besondere Gutsprache des Versicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.

[2] Der Versicherer überprüft, ob die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Kosten in einem angemessenen Verhältnis zum therapeutischen Nutzen stehen.

[3] Ist das Gesuch um Kostengutsprache vollständig, so entscheidet der Versicherer innert zwei Wochen darüber.

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

290 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
291 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).

5. Abschnitt:[292] Gemeinsame Bestimmungen für die Analysenliste, die Arzneimittelliste mit Tarif und die Spezialitätenliste[293]

Art. 72 Veröffentlichungen im Bulletin des BAG[294]

Im Bulletin des BAG werden veröffentlicht:[295]

a. Streichungen aus der Spezialitätenliste;

b.[296] andere Änderungen der Spezialitätenliste;

c. Änderungen der Arzneimittelliste mit Tarif, die keine Neuauflage dieser Liste erfordern;

d.[297] Änderungen der Analysenliste, die ausserhalb der jährlichen Publikationen wirksam werden;

e.[298] Änderungen der Mittel- und Gegenständeliste (Art. 33 Bst. e), die ausserhalb der jährlichen Publikationen wirksam werden.

Art. 73 Limitierungen

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

Art. 74 Gesuche und Vorschläge

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

Art. 75[299] Nähere Vorschriften

Das EDI erlässt, nach Anhören der zuständigen Kommissionen, nähere Vorschriften über die Erstellung der Listen.

292 Ursprünglich 4. Abschn.
293 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).
294 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Aug. 1998 (AS **1998** 1818).
295 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Aug. 1998 (AS **1998** 1818).
296 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2835).
297 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 3249).
298 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS **2007** 3573).
299 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4245).

4. Kapitel: Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen

Art. 76 Angaben über die erbrachten Leistungen

Die Versicherer können gemeinsam Angaben über Art und Umfang der von den verschiedenen Leistungserbringern erbrachten Leistungen und die dafür in Rechnung gestellten Vergütungen bearbeiten, dies ausschliesslich zu folgenden Zwecken:

a. Analyse der Kosten und deren Entwicklung;

b. Kontrolle und Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen im Sinne von Artikel 56 des Gesetzes;

c. Gestaltung von Tarifverträgen.

Art. 76*a*[300] Weitergabe der Vergünstigung

[1] Die Vergünstigung nach Artikel 56 Absatz 3 des Gesetzes ist durch den Leistungserbringer in der Rechnung nach Artikel 42 des Gesetzes aufzuführen und dem Schuldner der Vergütung weiterzugeben.

[2] Fliessen die Vergünstigungen über niedrigere Kosten bereits in die Berechnung der Tarife und Preise der entsprechenden Leistung ein, so müssen diese nicht mehr im Rahmen der Rechnungsstellung separat ausgewiesen werden.

Art. 76*b*[301] Vereinbarung über die nicht vollumfängliche Weitergabe von Vergünstigungen

[1] Vereinbarungen nach Artikel 56 Absatz 3bis des Gesetzes werden in erster Linie zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Versicherer abgeschlossen.

[2] Die Vereinbarungen über die nicht vollumfängliche Weitergabe der Vergünstigung nach Artikel 56 Absatz 3bis des Gesetzes müssen schriftlich abgeschlossen werden und namentlich folgende Angaben enthalten:

a. Art und Umfang der Vergünstigung sowie Modalitäten zur transparenten Dokumentation in den Belegen und Rechnungen;

b. Verwendungszweck der nicht weitergegebenen Vergünstigung, einschliesslich des Ziels zur Verbesserung der Behandlungsqualität;

c. Modalitäten des Nachweises der Verbesserung der Behandlungsqualität;

[3] Die nicht weitergegebenen Mittel werden in erster Linie zugunsten national ausgerichteter Programme zur Verbesserung der Behandlungsqualität eingesetzt.

[4] Die Versicherer und Leistungserbringer müssen das BAG über abgeschlossene Vereinbarungen unverzüglich informieren.

300 Eingefügt durch Anhang Ziff. 2 der V vom 10. April 2019 über die Integrität und Transparenz im Heilmittelbereich, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS **2019** 1395).

301 Eingefügt durch Anhang Ziff. 2 der V vom 10. April 2019 über die Integrität und Transparenz im Heilmittelbereich, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS **2019** 1395).

Art. 76*c*[302] Berichterstattung an das BAG

[1] Die Versicherer erstatten dem BAG Bericht über die Einhaltung der Vereinbarung nach Artikel 76*b*. Sie reichen den Bericht unverzüglich nach Beendigung der Vereinbarung dem BAG ein. Bei mehrjährigen Projekten reichen sie jährlich Zwischenberichte ein.

[2] Jeder Bericht sowie jeder Zwischenbericht enthält mindestens folgende Angaben:

a. Nachweis des Einsatzes der nicht weitergegebenen Vergünstigungen zur Verbesserung der Behandlungsqualität;

b. Evaluation der durch die Vereinbarung erreichten Verbesserungen gegenüber der ursprünglichen Behandlungsqualität.

[3] Die Evaluation muss durch eine unabhängige Organisation unter Anwendung von wissenschaftlichen Methoden nach anerkannten Standards oder Leitlinien durchgeführt werden.

Art. 77 Qualitätssicherung

[1] Die Leistungserbringer oder deren Verbände erarbeiten Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität. Die Modalitäten der Durchführung (Kontrolle der Erfüllung und Folgen der Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen sowie Finanzierung) werden in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern oder deren Verbänden vereinbart. Die Bestimmungen haben den allgemein anerkannten Standards zu entsprechen, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.

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

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

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

302 Eingefügt durch Anhang Ziff. 2 der V vom 10. April 2019 über die Integrität und Transparenz im Heilmittelbereich, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS **2019** 1395).

5. Titel: Finanzierung

1. Kapitel: ...

Art. 78[303]

Art. 78*a*–78*c*[304]

Art. 79[305]

Art. 80[306]

Art. 80*a*–80*i*[307]

Art. 81 –85[308]

Art. 85*a*[309]

Art. 86–88[310]

2. Kapitel: Prämien der Versicherten

1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen

Art. 89 Angabe der Prämien

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

303 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
304 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011 (AS **2011** 3449). Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
305 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, mit Wirkung seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3449).
306 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
307 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010 (AS **2010** 6155). Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
308 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
309 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juni 2003 (AS **2003** 3249). Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
310 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

a.[311] der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, wobei der Prämienanteil für den Einschluss des Unfallrisikos gesondert aufzuführen ist;

b. der Taggeldversicherung;

c. der Zusatzversicherungen;

d. der weiteren Versicherungsarten.

Art. 90[312] Prämienbezahlung

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

Art. 90*a*[313] Vergütungszinsen

[1] Vergütungszinsen nach Artikel 26 Absatz 1 ATSG werden ausgerichtet für nicht geschuldete Prämien, die vom Versicherer zurückerstattet oder verrechnet werden, sowie für vom Versicherer zu ersetzende Prämiendifferenzen nach Artikel 7 Absätze 5 und 6 KVG, sofern die Forderung 3 000 Franken übersteigt und vom Versicherer nicht innert sechs Monaten beglichen wird.

[2] Der Satz für den Vergütungszins beträgt 5 Prozent im Jahr. Für die Berechnung gelten die Vorschriften von Artikel 7 der Verordnung vom 11. September 2002[314] über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts sinngemäss.

Art. 90*b*[315]

Art. 90*c*[316] Minimale Prämie

[1] Die Prämie der besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 93–101 beträgt mindestens 50 Prozent der Prämie der ordentlichen Versicherung mit Unfalldeckung für die Prämienregion und Altersgruppe des Versicherten.

[2] Die Prämienermässigungen für die besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 93–101 sind so auszugestalten, dass die Prämienermässigung bei Sistierung der Unfalldeckung gewährt werden kann, ohne dass die minimale Prämie nach Absatz 1 unterschritten wird.

311 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).
312 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS **2007** 3573).
313 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).
314 SR **830.11**
315 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717). Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 24. Juni 2009, mit Wirkung seit 1. Aug. 2009 (AS **2009** 3525).
316 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

Art. 91 Abstufung der Prämien

1 Ein Bestand gilt als sehr klein im Sinne von Artikel 61 Absatz 2 des Gesetzes, wenn die Kosten einer einzelnen versicherten Person einen erheblichen Einfluss auf die Prämien der Versicherten des Bestandes ausüben, namentlich wenn der Versichertenbestand weniger als 300 Personen umfasst.[317]

1bis Nimmt ein Versicherer seine Tätigkeit neu auf oder erweitert er seinen örtlichen Tätigkeitsbereich, so legt er für die sehr kleinen Bestände seine Prämie so fest, dass sie einen bestimmten Minimalbetrag nicht unterschreitet.[318]

1ter Der Minimalbetrag nach Absatz 1bis entspricht dem Durchschnitt aller Prämien des laufenden Jahres für die betreffenden Prämienregion und Altersgruppe. Das BAG teilt den Versicherern jährlich diesen Betrag mit.[319]

2 Für Personen nach den Artikeln 4 und 5, die ihren Wohnort ausserhalb der Europäischen Union und ausserhalb von Island und Norwegen haben und die in der Schweiz versichert sind, muss der Versicherer eine Prämie nach den ausgewiesenen Kosten festlegen. Ist dies angesichts der Anzahl der betroffenen Personen unverhältnismässig, so kann der Versicherer bei diesen Personen die Prämien am letzten Wohnort in der Schweiz oder am Sitz des Versicherers anwenden.[320]

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

Art. 91*a*[321] Prämienreduktion bei anderweitiger Versicherung

1 ...[322]

2 Die Versicherer müssen die Prämien der Krankenpflegeversicherung derjenigen Personen, die eine obligatorische Versicherung nach dem UVG[323] abgeschlossen haben, während der Dauer der Unfalldeckung reduzieren.[324]

3 Die Versicherer können die Prämien der Krankenpflegeversicherung derjenigen Personen, die eine freiwillige Versicherung oder eine Abredeversicherung nach dem UVG abgeschlossen haben, während der Dauer der Unfalldeckung reduzieren.[325]

317 Fassung gemäss Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
318 Eingefügt durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
319 Eingefügt durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
320 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6723).
321 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1996** 3139).
322 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000, mit Wirkung seit 1. Jan. 2001 (AS **2001** 138).
323 SR **832.20**
324 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).
325 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

4 Die Prämien dürfen nur um den Prämienanteil für die Unfalldeckung reduziert werden, höchstens aber um 7 Prozent.[326]

Art. 91*b*[327] Verfahren zur Festlegung der Prämienregionen

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

2 Das EDI konsultiert die Kantone, bevor es die Prämienregionen ändert.

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

Art. 92[328]

1*a*. Abschnitt:[329] Prämien der Versicherten mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen[330]

Art. 92*a* Prämienerhebung

Wohnt die versicherte Person im Ausland, so erhebt der Versicherer die Prämien in Schweizer Franken oder in Euro. Der Versicherer kann die Prämien ohne Zustimmung der versicherten Person quartalsweise erheben.

Art. 92*b* und **92*c***[331]

326 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).
327 Eingefügt durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
328 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
329 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 915).
330 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).
331 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

1*b*. Abschnitt:[332]
Prämien von nothilfeberechtigten Personen nach Artikel 82 AsylG[333]

Art. 92*d*

[1] Auf nothilfeberechtigte Personen nach Artikel 82 AsylG[334] sind die Artikel 82*a* AsylG und 105*a* KVG sinngemäss anwendbar.

[2] Die Fälligkeit der Prämien einer nothilfeberechtigten Person wird auf Verlangen des Kantons auf den von diesem angegebenen Zeitpunkt sistiert.

[3] Wird dem Versicherer ein Gesuch um Kostenübernahme gestellt und übernimmt der Kanton nicht selbst die Kosten der Leistungen, die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckt sind, so sind die Prämien, deren Fälligkeit sistiert wurde, rückwirkend auf den Zeitpunkt der Sistierung geschuldet. Sie werden um einen Aufschlag von 25 Prozent erhöht, wobei dieser Aufschlag für höchstens zwölf Monatsprämien zu leisten ist.

[4] Sobald die Prämien und der Aufschlag bezahlt sind, übernimmt der Versicherer die Kosten für sämtliche Leistungen, die während der Sistierungsperiode erbracht wurden.

[5] Auf Verlangen des Kantons wird nach Bezahlung der Prämien, der Kostenbeteiligung und des Aufschlags die Fälligkeit von späteren Prämien erneut sistiert.

[6] Die versicherte Person kann den Versicherer nicht wechseln, solange die Prämien, die Kostenbeteiligung und der Aufschlag nicht bezahlt sind. Artikel 7 Absatz 4 KVG bleibt vorbehalten.

[7] Die Sistierung der Fälligkeit der Prämien wird ohne rückwirkende Bezahlung der vorherigen Prämien ab dem ersten Tag des Monats aufgehoben, in dem eine versicherte Person:

a.[335] nach Artikel 83 AIG[336] vorläufig aufgenommen wird;

b. nach den Artikeln 66 ff. AsylG als schutzbedürftige Person oder nach Artikel 3 AsylG als Flüchtling anerkannt wird; oder

c. eine Aufenthaltsbewilligung erhält.

[8] Wird die Sistierung der Fälligkeit der Prämien nach Absatz 7 aufgehoben, so ist die Bezahlung der vorherigen Prämien geschuldet, wenn während der Sistierungsperiode Leistungen bezogen wurden. Sind diese Prämien beglichen, so darf die versicherte Person den Versicherer unter den Voraussetzungen von Artikel 7 KVG wechseln.

332 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juli 2011, in Kraft seit 1. Aug. 2011 (AS **2011** 3535). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.
333 SR **142.31**
334 SR **142.31**
335 Berichtigung vom 29. Nov. 2016 (AS **2016** 4195).
336 SR **142.20**

9 Die Versicherung endet fünf Jahre nach dem Zeitpunkt der Rechtskraft des Wegweisungsentscheids, sofern die betroffene Person die Schweiz wahrscheinlich verlassen hat.

2. Abschnitt: Besondere Versicherungsformen

Art. 93 Versicherung mit wählbaren Franchisen
a. Wählbare Franchisen

1 Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung eine Versicherung betreiben, bei der Versicherte eine höhere Franchise als nach Artikel 103 Absatz 1 wählen können (wählbare Franchisen). Die wählbaren Franchisen betragen für Erwachsene und junge Erwachsene 500, 1 000, 1 500, 2 000 und 2 500 Franken, für Kinder 100, 200, 300, 400, 500 und 600 Franken. Ein Versicherer kann für Erwachsene und junge Erwachsene unterschiedliche Franchisen anbieten. Die Angebote des Versicherers müssen für den ganzen Kanton gelten.[337]

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

3 Sind mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, so darf ihre Kostenbeteiligung das Zweifache des Höchstbetrages je Kind (wählbare Franchise und Selbstbehalt nach Art. 103 Abs. 2) nicht übersteigen. Wurden für die Kinder unterschiedliche Franchisen gewählt, so setzt der Versicherer die Höchstbeteiligung fest.

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

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

2 Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung der in Artikel 7 Absätze 1 und 2 des Gesetzes festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.[338]

3 Wechselt die versicherte Person den Versicherer auf Grund von Artikel 7 Absatz 2, 3 oder 4 des Gesetzes während des Kalenderjahres, so behält sie die beim bisherigen Versicherer gewählte Franchise, sofern der übernehmende Versicherer diese Versicherungsform führt. Artikel 103 Absatz 4 ist sinngemäss anwendbar.[339]

337 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Mai 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 3437).
338 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS **2003** 3249).
339 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS **2003** 3249).

Art. 95 c. Prämien

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

[1bis] Die Versicherer legen den Betrag, um den sie eine Prämie herabsetzen, aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse fest. Sie halten die in Absatz 2bis und Artikel 90*c* vorgeschriebenen maximalen Prämienreduktionen ein.[340]

[2] ...[341]

[2bis] Die Prämienreduktion je Kalenderjahr darf nicht höher sein als 70 Prozent des von den Versicherten mit der Wahl der höheren Franchise übernommenen Risikos, sich an den Kosten zu beteiligen.[342]

[3] ...[343]

Art. 96 Bonusversicherung
a. Grundsatz

[1] Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung eine Versicherung betreiben, bei der eine Prämienermässigung gewährt wird, wenn die versicherte Person während eines Jahres keine Leistungen in Anspruch genommen hat (Bonusversicherung). Ausgenommen sind Leistungen für Mutterschaft sowie für medizinische Prävention.

[2] Als Periode für die Feststellung, ob Leistungen in Anspruch genommen worden sind, gilt das Kalenderjahr. Die Versicherer können jedoch eine um höchstens drei Monate vorverlegte Beobachtungsperiode vorsehen. In diesem Fall verkürzt sich im ersten Jahr der Zugehörigkeit zur Bonusversicherung die Beobachtungsperiode entsprechend.

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

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

340 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 23. Febr. 2000 (AS **2000** 889). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).
341 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, mit Wirkung seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).
342 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juni 2003 (AS **2003** 3249). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2010 (AS **2009** 4245).
343 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 23. Febr. 2000, mit Wirkung seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 889).

Art. 97 b. Bei- und Austritt

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

2 Der Wechsel zu einer anderen Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung der in Artikel 7 Absätze 1 und 2 des Gesetzes festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.[344]

3 Wechselt die versicherte Person den Versicherer auf Grund von Artikel 7 Absatz 2, 3 oder 4 des Gesetzes während des Kalenderjahres, so hat der übernehmende Versicherer die leistungsfreie Zeit in der Bonusversicherung des bisherigen Versicherers anzurechnen, sofern er die Bonusversicherung führt und die versicherte Person dieser beitritt.[345]

Art. 98 c. Prämien

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

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

3 In der Bonusversicherung gelten folgende Prämienstufen:

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

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

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

344 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS **2003** 3249).
345 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS **2003** 3249).

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

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

[1bis] Die Versicherungen nach Absatz 1 dürfen nicht die obligatorische Teilnahme an Programmen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit vorsehen.[346]

[2] Bei einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer kann der Versicherer auf die Erhebung des Selbstbehaltes und der Franchise ganz oder teilweise verzichten.[347]

Art. 100 b. Bei- und Austritt

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

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

[3] Der Wechsel zu einer anderen Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung der in Artikel 7 Absätze 1 und 2 des Gesetzes festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.[348]

[4] Der Wechsel des Versicherers während des Kalenderjahres auf Grund von Artikel 7 Absatz 2, 3 oder 4 des Gesetzes bleibt vorbehalten.[349]

Art. 101 c. Prämien

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

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

346 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6723).
347 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).
348 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS **2003** 3249).
349 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS **2003** 3249).

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

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

Art. 101*a*[350] Besondere Versicherungsformen für Versicherte mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen

Die besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 93–101 stehen nicht offen für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen.

3. Abschnitt: Entschädigungen an Dritte

Art. 102

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

2 Die Entschädigung zählt zu den Verwaltungskosten des Versicherers. Sie darf den Versicherten nicht als Prämienermässigung weitergegeben werden.

3. Kapitel: Kostenbeteiligung

Art. 103 Franchise und Selbstbehalt

1 Die Franchise nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe a des Gesetzes beträgt 300 Franken je Kalenderjahr.[351]

2 Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe b des Gesetzes beläuft sich auf 700 Franken für Erwachsene und 350 Franken für Kinder.[352]

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

350 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).
351 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 3249).
352 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 3249).

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

5 Die Versicherer können für Erwachsene, bei denen der Versicherungsschutz auf weniger als ein Kalenderjahr angelegt ist, eine Pauschale für Franchise und Selbstbehalt bei Inanspruchnahme von Leistungen erheben. Diese Pauschale beträgt 250 Franken innerhalb eines Zeitraumes von 90 Tagen. Sie darf nicht in Verbindung mit besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 93–101*a* angeboten werden.[353]

6 Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, Liechtenstein oder Norwegen wohnen und die bei einem Aufenthalt in der Schweiz aufgrund von Artikel 95*a* des Gesetzes Anspruch auf internationale Leistungsaushilfe haben, wird eine Pauschale für Franchise und Selbstbehalt erhoben. Die Pauschale beträgt für Erwachsene 92 Franken und für Kinder 33 Franken innerhalb eines Zeitraumes von 30 Tagen.[354]

7 Für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen und in der Schweiz versichert sind, gelten die Absätze 1–4 sinngemäss.[355]

Art. 104[356] Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts

1 Der tägliche Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital nach Artikel 64 Absatz 5 des Gesetzes beträgt 15 Franken.

2 Keinen Beitrag haben zu entrichten:

a. Kinder nach Artikel 61 Absatz 3 des Gesetzes;

b. junge Erwachsene nach Artikel 61 Absatz 3 des Gesetzes, die in Ausbildung sind;

c.[357] Frauen, bei denen die Kostenbeteiligung nach Artikel 64 Absatz 7 des Gesetzes entfällt.

353 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5075).
354 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).
355 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).
356 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2010** 6161).
357 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. Nov. 2013, in Kraft seit 1. März 2014 (AS **2013** 4523). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.

Art. 104*a*[358] Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung der Kostenbeteiligung

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

a. während einer bestimmten Zeit erbracht worden sind;

b. einen bestimmten Umfang erreicht haben.

[1bis] Das EDI bezeichnet die Arzneimittel, für die nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe a des Gesetzes ein höherer Selbstbehalt zu entrichten ist, und bestimmt dessen Höhe.[359]

[2] Ist ein höherer als der in Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe b des Gesetzes festgelegte Selbstbehalt zu entrichten, wird der den gesetzlichen Ansatz übersteigende Betrag nur zur Hälfte an den Höchstbetrag nach Artikel 103 Absatz 2 angerechnet.

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

[3bis] Das EDI bezeichnet die Leistungen, welche nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d des Gesetzes von der Franchise ausgenommen sind.[360]

[4] Vor Erlass der Bestimmungen nach den Absätzen 1, 3 und 3bis hört das EDI die zuständige Kommission an.[361]

Art. 105[362] Kostenbeteiligung bei Mutterschaft

[1] Die Ärztin oder der Arzt, die oder der die Schwangerschaft begleitet, ermittelt den mutmasslichen Beginn der 13. Schwangerschaftswoche und gibt ihn auf der Rechnung an.

[2] Eine Totgeburt nach der 23. Schwangerschaftswoche gilt als Niederkunft.

[3] Die Frist nach Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b des Gesetzes endet am 56. Tag nach der Niederkunft um 24 Uhr.

358 Ursprünglich: Art. 105.
359 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Nov. 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS **2005** 5639).
360 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2001** 138).
361 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2001** 138).
362 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. Nov. 2013, in Kraft seit 1. März 2014 (AS **2013** 4523).

3*a*. Kapitel:[363] Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen

Art. 105*a* Verzugszins

Der Satz für den Verzugszins auf fälligen Prämien nach Artikel 26 Absatz 1 ATSG beträgt 5 Prozent im Jahr.

Art. 105*b*[364] Mahnverfahren

[1] Der Versicherer muss die Zahlungsaufforderung bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen spätestens drei Monate ab deren Fälligkeit zustellen. Er muss sie getrennt von allfälligen anderen Zahlungsausständen zustellen.

[2] Verschuldet die versicherte Person Aufwendungen, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, so kann der Versicherer angemessene Bearbeitungsgebühren erheben, sofern er in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten eine entsprechende Regelung vorsieht.

Art. 105*c*[365] Ausschluss der Verrechnung

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

Art. 105*d*[366] Meldung der zuständigen kantonalen Behörde

Der Kanton meldet dem Versicherer die zuständige kantonale Behörde.

Art. 105*e*[367] Meldungen über Betreibungen

[1] Bei der Bekanntgabe von Betreibungen meldet der Versicherer der zuständigen kantonalen Behörde die Daten nach Artikel 105*g* zu den Schuldnerinnen und Schuldnern. Versichert er diese nicht, so muss er diese Daten nur melden, soweit sie ihm bekannt sind. Betrifft die Betreibung weitere Personen, so meldet der Versicherer zudem die Daten nach Artikel 105*g* zu diesen Personen.[368]

[1bis] Teilt eine versicherte Person ihrem Versicherer mit, dass ihre Prämien von einer juristischen Person bezahlt werden, so meldet der Versicherer der zuständigen

363 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS **2007** 3573).
364 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3527).
365 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3527).
366 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3527).
367 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3527).
368 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6723).

kantonalen Behörde den Namen dieser juristischen Person und deren eidgenössische Unternehmensidentifikationsnummer, sofern diese ihm bekannt ist.[369]

2 Der Kanton kann den Versicherer anhalten, das Betreibungsverfahren nicht fortzusetzen, bis er entschieden hat, ob er die Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernimmt.

Art. 105*f*[370] Meldungen über Verlustscheine

1 Der Versicherer informiert die zuständige kantonale Behörde innerhalb von zwei Wochen nach Ablauf jedes Quartals über die Entwicklung der seit Jahresbeginn ausgestellten Verlustscheine.[371]

2 Er übermittelt der zuständigen kantonalen Behörde bis zum 31. März die Schlussabrechnung der im Vorjahr ausgestellten Verlustscheine und den dazugehörigen Revisionsbericht. Die Abrechnung enthält eine Zusammenstellung der Gesuche um Übernahme der Forderungen nach Artikel 64*a* Absatz 3 des Gesetzes und eine Zusammenstellung der Rückerstattungen nach Artikel 64*a* Absatz 5 des Gesetzes.

Art. 105*g*[372] Personendaten

Bei der Bekanntgabe nach Artikel 64*a* Absatz 3 des Gesetzes muss der Versicherer zur Identifikation der versicherten Personen und der Schuldnerinnen und Schuldner melden:

a. den Namen und den Vornamen;
b. das Geschlecht;
c. das Geburtsdatum;
d. den Wohnsitz;
e. die AHV-Versichertennummer.

Art. 105*h*[373] Datenaustausch

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

369 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6723).
370 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3527).
371 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6723).
372 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3527).
373 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3527).

Art. 105*i*[374] Einem Verlustschein gleichzusetzende Rechtstitel

Einem Verlustschein im Sinne von Artikel 64*a* Absatz 3 des Gesetzes sind Verfügungen über die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen oder gleichwertige Rechtstitel, die das Fehlen von finanziellen Mitteln der versicherten Person belegen, gleichgesetzt. Der Kanton bezeichnet die Verfügungen und die betroffenen Rechtstitel.

Art. 105*j*[375] Revisionsstelle

[1] Die Revisionsstelle überprüft die Richtigkeit der Angaben des Versicherers bezüglich der Forderungen nach Artikel 64*a* Absatz 3 des Gesetzes. Sie kontrolliert, ob:

a. die Angaben zu den Schuldnerinnen und Schuldnern sowie zu den Versicherten korrekt sind;

b. das Mahnverfahren nach Artikel 105*b* eingehalten wurde;

c. ein Verlustschein vorhanden ist;

d. das Ausstellungsdatum des Verlustscheines im Vorjahr liegt;

e. der Gesamtbetrag der Forderungen richtig ist;

f. die Forderung dem Kanton gemeldet wurde, in dem der Verlustschein ausgestellt wurde.

[2] Sie überprüft die Richtigkeit und die Vollständigkeit der Angaben des Versicherers bezüglich:

a. der Bezahlung der ausstehenden Forderungen nach der Ausstellung eines Verlustscheins;

b. der Rückerstattungen an den Kanton nach Artikel 64*a* Absatz 5 KVG.[376]

[3] Der Kanton übernimmt die Kosten der Revisionsstelle, wenn er eine andere Revisionsstelle als diejenige nach Artikel 25 KVAG[377] bezeichnet.[378]

Art. 105*k*[379] Zahlungen der Kantone an die Versicherer

[1] Bei Eingang der Personendaten und der Meldungen über die Verlustscheine kann die zuständige kantonale Behörde dem Versicherer die Personendaten nach Artikel 105*g* für die Versicherten übermitteln, für die sie ausstehende Beträge übernimmt.

374 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3527).
375 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3527).
376 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6723).
377 SR **832.12**
378 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6723).
379 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3527).

2 Der Kanton, in dem der Verlustschein ausgestellt wurde, bezahlt dem Versicherer die Forderungen nach Artikel 64*a* Absatz 4 des Gesetzes nach Abzug der Rückerstattungen nach Artikel 64*a* Absatz 5 des Gesetzes bis zum 30. Juni. Übersteigen die Rückerstattungen die Forderungen, so zahlt der Versicherer dem aktuellen Wohnkanton bis zum 30. Juni den Differenzbetrag zurück.

3 Richtet ein Kanton eine Prämienverbilligung für einen Zeitraum aus, für den der Versicherer ihm bereits eine Forderung gemäss Artikel 64*a* Absatz 3 KVG in seiner Schlussabrechnung bekanntgegeben hat, so erstattet der Versicherer 85 Prozent dieser Prämienverbilligung an den Kanton zurück. Die Forderungen gegenüber der versicherten Person werden auf dem Verlustschein oder dem gleichwertigen Rechtstitel um den Betrag der ganzen Prämienverbilligung vermindert.[380]

Art. 105*l*[381] Wechsel des Versicherers bei Säumigkeit

1 Säumig im Sinne von Artikel 64*a* Absatz 6 des Gesetzes ist die versicherte Person ab Zustellung der Mahnung nach Artikel 105*b* Absatz 1.

2 Kündigt eine säumige versicherte Person ihr Versicherungsverhältnis, so muss der Versicherer sie informieren, dass die Kündigung keine Wirkung entfaltet, wenn die bis einen Monat vor Ablauf der Kündigungsfrist gemahnten Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse sowie die bis zu diesem Zeitpunkt aufgelaufenen Betreibungskosten bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht vollständig bezahlt sind.

3 Sind die ausstehenden Beträge nach Absatz 2 beim Versicherer nicht rechtzeitig eingetroffen, so muss dieser die betroffene Person informieren, dass sie weiterhin bei ihm versichert ist und frühestens auf den nächstmöglichen Termin nach Artikel 7 Absätze 1 und 2 des Gesetzes den Versicherer wechseln kann. Der Versicherer muss zudem den neuen Versicherer innerhalb von 60 Tagen darüber informieren, dass die versicherte Person weiterhin bei ihm versichert ist.

Art. 105*m*[382] Versicherte mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen

1 Ist es nach dem Recht eines Mitgliedstaats der Europäischen Union, Islands oder Norwegens möglich, dass der Schweizer Versicherer die unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen einbringt, so sind folgende Bestimmungen anwendbar auf Versicherte, die in einem solchen Staat wohnen und die fälligen Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht bezahlen:

a. Artikel 64*a* Absätze 1–7 des Gesetzes und die Artikel 105*b*–105*l* auf:
   1. Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie deren Familienangehörige,

380 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6723).
381 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3527).
382 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3527).

2. Familienangehörige von Niedergelassenen, von Aufenthaltern und Aufenthalterinnen und von Kurzaufenthaltern und Kurzaufenthalterinnen,
3. Bezüger und Bezügerinnen einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörige;

b. Artikel 64*a* Absätze 1, 2 und 6 des Gesetzes und die Artikel 105*b* und 105*l* auf Rentnerinnen und Rentnern sowie deren Familienangehörige; der Versicherer übernimmt die Verlustscheine.

[2] Ist es nach dem Recht eines Mitgliedstaats der Europäischen Union, Islands oder Norwegens nicht möglich, dass der Schweizer Versicherer die unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen einbringt, so hat der Versicherer der versicherten Person, die die fälligen Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht bezahlt, nach mindestens einer schriftlichen Mahnung, eine Zahlungsaufforderung zuzustellen, ihr eine Nachfrist von 30 Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzugs hinzuweisen. Bezahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse nicht innert der gesetzten Frist, so kann der Versicherer die Übernahme der Kosten für die Leistungen aufschieben. Gleichzeitig muss er die versicherte Person und den zuständigen aushelfenden Träger am Wohnort der versicherten Person informieren. Der Aufschub endet, sobald die gemahnten Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die angefallenen Verzugszinse bezahlt sind. Der Versicherer darf während eines Aufschubs der Übernahme der Kosten die Versicherungsleistungen mit geschuldeten Prämien oder Kostenbeteiligungen verrechnen.

4. Kapitel:[383] Prämienverbilligung durch die Kantone

1. Abschnitt: Anspruchsberechtigte[384]

Art. 106[385] Prämienverbilligung durch die Kantone für Versicherte mit einer Aufenthaltsbewilligung, die mindestens drei Monate gültig ist

Anspruch auf Prämienverbilligung haben auch versicherungspflichtige Personen nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben a und f, soweit sie die Anspruchsvoraussetzungen des Kantons erfüllen.

383 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 915).
384 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3527).
385 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 1633).

Art. 106*a* Prämienverbilligung durch die Kantone für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen[386]

[1] Die Prämienverbilligung richtet sich nach Artikel 65*a* des Gesetzes:

a. für Versicherte, die eine schweizerische Rente beziehen, solange sie in der Schweiz erwerbstätig sind oder eine Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung beziehen;

b. für versicherte Familienangehörige einer versicherten Person nach Buchstabe a, selbst wenn ein anderer versicherter Familienangehöriger nur eine schweizerische Rente bezieht;

c. für versicherte Familienangehörige einer versicherten Person, die in der Schweiz erwerbstätig ist oder eine Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung bezieht, selbst wenn ein anderer versicherter Familienangehöriger nur eine schweizerische Rente bezieht.

[2] Die Kantone dürfen bei der Prüfung der bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnisse der in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnenden Versicherten das Einkommen und das Reinvermögen derjenigen Familienangehörigen, die dem Verfahren nach Artikel 66*a* des Gesetzes unterstellt sind, nicht berücksichtigen.[387]

2. Abschnitt:[388] Durchführung der Prämienverbilligung

Art. 106*b* Meldungen des Kantons

[1] Der Kanton bestimmt eine Stelle, welche die Daten mit den Versicherern nach Artikel 65 Absatz 2 des Gesetzes austauscht.

[2] Er meldet dem Versicherer:

a. die versicherten Personen, die Anspruch auf Prämienverbilligung haben;

b. die Höhe der Prämienverbilligung je berechtigte Person und Monat auf fünf Rappen gerundet;

c. den Zeitraum in Monaten, für den die Prämienverbilligung ausgerichtet wird.

[3] Er legt die Termine für seine Meldungen, die Meldungen nach Artikel 106*c* Absätze 1 und 2 und die Lieferung der Jahresrechnung nach Artikel 106*c* Absatz 3 fest.

386 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).
387 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).
388 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3527).

Art. 106*c* Aufgaben des Versicherers

[1] Der Versicherer teilt dem Kanton mit, ob er die Meldung einer bei ihm versicherten Person zuordnen kann.

[2] Er meldet dem Kanton wesentliche Änderungen im Verhältnis zwischen der versicherten Person und ihm. Das EDI kann festlegen, welche Änderungen als wesentlich gelten.

[3] Der Versicherer legt dem Kanton eine Jahresrechnung vor. Diese umfasst je berechtigte Person die Personendaten nach Artikel 105*g*, den betroffenen Zeitraum, die Monatsprämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und die ausgerichteten Beträge.

[4] Der Versicherer gibt die Prämienverbilligung je versicherte Person und Monat auf der Prämienrechnung an. Er darf die Prämienverbilligung nicht auf dem Versicherungsausweis angeben.

[5] Er bezahlt der versicherten Person die Differenz innerhalb von 60 Tagen aus, wenn seine restlichen Prämienforderungen für das laufende Kalenderjahr und seine anderen fälligen Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, für die kein Verlustschein vorliegt, kleiner sind als:

a. die vom Kanton gewährte Prämienverbilligung; vorbehalten bleiben kantonale Regelungen, wonach die Prämie höchstens bis zu ihrem vollen Umfang verbilligt werden kann und wonach kleine Beträge nicht ausgerichtet werden;

b. der vom Kanton gewährte Pauschalbeitrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Artikel 10 Absatz 3 Buchstabe d des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006[389] über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung.

[6] Der Kanton kann vorsehen, dass der Versicherer ihm die Personendaten nach Artikel 105*g* und weitere Daten für seine Versicherten im betreffenden Kanton mitteilt.

Art. 106*d* Datenaustausch

[1] Die Meldungen nach den Artikeln 106*b* und 106*c* enthalten die Personendaten nach Artikel 105*g*. Der Kanton kann die Meldung weiterer Daten vorsehen.

[2] Das EDI kann nach Anhörung der Kantone und der Versicherer technische und organisatorische Vorgaben für den Datenaustausch und das Datenformat festlegen.

Art. 106*e* Kosten

Die Kantone und die Versicherer tragen die ihnen aus dem Vollzug der Prämienverbilligung erwachsenden Kosten.

389 SR **831.30**

2. Teil: Freiwillige Taggeldversicherung

Art. 107 und **108**[390]

Art. 108*a*[391] Prämienbezahlung, Verzugs- und Vergütungszinsen

Die Artikel 90, 90*a*, und 105*a* sind sinngemäss anwendbar.

Art. 109 Beitritt

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

3. Teil: Koordinationsregeln

1. Titel: Leistungskoordination

1. Kapitel: Verhältnis zu anderen Sozialversicherungen

1. Abschnitt: Abgrenzung der Leistungspflicht

Art. 110[392] Grundsatz

Soweit in einem Versicherungsfall Leistungen der Krankenversicherung mit gleichartigen Leistungen der Unfallversicherung nach dem UVG[393], der Militärversicherung, der Alters- und Hinterlassenenversicherung, der Invalidenversicherung oder dem Erwerbsersatzgesetz vom 25. September 1952[394] für Dienstleistende und bei Mutterschaft zusammentreffen, gehen die Leistungen dieser anderen Sozialversicherungen vor. Artikel 128 der Verordnung vom 20. Dezember 1982[395] über die Unfallversicherung bleibt vorbehalten.

390 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
391 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002 (AS **2002** 3908). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS **2007** 3573).
392 Fassung gemäss Art. 45 Ziff. I der V vom 24. Nov. 2004 zum Erwerbsersatzgesetz, in Kraft seit 1. Juli 2005 (AS **2005** 1251).
393 SR **832.20**
394 SR **834.1**
395 SR **832.202**

Art. 111 Unfallmeldung

Die Versicherten haben Unfälle, die nicht bei einem UVG-Versicherer oder bei der Militärversicherung angemeldet sind, ihrem Krankenversicherer zu melden. Sie haben Auskunft zu geben über:[396]

a. Zeit, Ort, Hergang und Folgen des Unfalles;

b. den behandelnden Arzt, die behandelnde Ärztin oder das Spital;

c. allfällige betroffene Haftpflichtige und Versicherungen.

2. Abschnitt: Vorleistungspflicht

Art. 112 Im Verhältnis zur Unfallversicherung und zur Militärversicherung

[1] Ist bei Krankheit oder Unfall die Leistungspflicht der Unfallversicherung nach UVG[397] oder der Militärversicherung zweifelhaft, so darf der Krankenversicherer die bei ihm versicherten Leistungen ohne Antrag bei voller Wahrung seiner Rückerstattungsrechte von sich aus vorläufig ausrichten.[398]

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

Art. 113 Im Verhältnis zur Invalidenversicherung

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

Art. 114[399] Informationspflicht

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

Art. 115[400]

396 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).
397 SR **832.20**
398 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).
399 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).
400 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, mit Wirkung seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).

Art. 116 Unterschiedliche Tarife

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

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

3. Abschnitt: Rückvergütung von Leistungen anderer Sozialversicherer

Art. 117 Grundsatz

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

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

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

Art. 118 Auswirkungen auf die Versicherten

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

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

Art. 119 Unterschiedliche Tarife

1 Der rückvergütungspflichtige Versicherer erstattet den Leistungserbringern eine allfällige Differenz zwischen dem Tarif, den der rückvergütungsberechtigte Versicherer angewandt hat, und dem Tarif, der für ihn selber gilt.

2 Hat der rückvergütungsberechtigte Versicherer mehr erstattet, als aufgrund der für den rückvergütungspflichtigen Versicherer geltenden Tarife geschuldet gewesen wäre, müssen die Leistungserbringer dem rückvergütungsberechtigten Versicherer die Differenz zurückerstatten.

4. Abschnitt:[401] Informationspflicht der Versicherer

Art. 120

Die Versicherten sind über die Bekanntgabe von Daten (Art. 84*a* KVG) und über geleistete Verwaltungshilfe (Art. 32 Abs. 2 ATSG und Art. 82 KVG) zu informieren.

Art. 121

Aufgehoben

2. Kapitel: Überentschädigung

Art. 122[402]

[1] Eine Überentschädigung bei Sachleistungen liegt in dem Masse vor, als die jeweiligen Sozialversicherungsleistungen für denselben Gesundheitsschaden namentlich die folgenden Grenzen übersteigen:

a. die der versicherten Person entstandenen Diagnose- und Behandlungskosten;

b. die der versicherten Person entstandenen Pflegekosten und andere ungedeckte Krankheitskosten;

[2] Ist die versicherte Person bei mehr als einem Krankenversicherer für Taggeld gemäss den Artikeln 67–77 des Gesetzes versichert, gilt als Überentschädigungsgrenze diejenige von Artikel 69 Absatz 2 ATSG. Sind die Leistungen zu kürzen, so ist jeder Versicherer im Verhältnis des von ihm versicherten Taggeldes zum Gesamtbetrag der versicherten Taggelder leistungspflichtig.

2. Titel: ...

Art. 123–126[403]

401 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).
402 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).
403 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, mit Wirkung seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).

4. Teil: Verfügung, Kosten der Bekanntgabe und Publikation von Daten[404]

Art. 127[405] Verfügung

Wird eine Verfügung auf Grund von Artikel 51 Absatz 2 ATSG verlangt, so hat der Versicherer sie innerhalb von 30 Tagen zu erlassen.

Art. 128–129[406]

Art. 130[407] Kosten der Bekanntgabe und Publikation von Daten[408]

[1] In den Fällen nach Artikel 84*a* Absatz 5 des Gesetzes wird eine Gebühr erhoben, wenn die Datenbekanntgabe zahlreiche Kopien oder andere Vervielfältigungen oder besondere Nachforschungen erfordert. Die Höhe dieser Gebühr entspricht den in den Artikeln 14 und 16 der Verordnung vom 10. September 1969[409] über Kosten und Entschädigungen im Verwaltungsverfahren festgesetzten Beträgen.

[2] Für Publikationen nach Artikel 84*a* Absatz 3 des Gesetzes wird eine kostendeckende Gebühr erhoben.

[3] Die Gebühr kann wegen Bedürftigkeit der gebührenpflichtigen Person oder aus anderen wichtigen Gründen ermässigt oder erlassen werden.

5. Teil: Schlussbestimmungen

1. Titel: Übergangsbestimmungen

Art. 131[410]

Art. 132 Bestehende Versicherungsverhältnisse

[1] Die Krankenkassen können beim Inkrafttreten des Gesetzes bestehende Versicherungsverhältnisse mit Personen, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht unterstehen und auch nicht auf Gesuch hin unterstellt werden können, bis

404 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).
405 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 22. Nov. 2000 (AS **2000** 2911). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).
406 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, mit Wirkung seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).
407 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2911).
408 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).
409 SR **172.041.0**
410 Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 4477).

spätestens am 31. Dezember 1996 weiterführen. Diese Versicherungsverhältnisse richten sich nach dem bisherigen Recht.

2 Ein neues Versicherungsverhältnis nach Absatz 1 darf nur begründet werden, wenn damit die Weiterführung bis zum 31. Dezember 1996 einer entsprechenden Versicherungsdeckung gewährleistet wird, die von einem Versicherer gewährt worden war, der auf die Fortführung der sozialen Krankenversicherung verzichtet hat (Art. 99 KVG).

3 Die Krankenkassen können den Personen nach den Absätzen 1 und 2 auf vertraglicher Basis eine Fortdauer des Versicherungsschutzes nach dem 31. Dezember 1996 anbieten. Der Vertrag kann bei der gleichen Krankenkasse oder bei einem anderen Versicherer nach Artikel 11 des Gesetzes abgeschlossen werden. Die Finanzierung von Leistungen, welche denjenigen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entsprechen, richtet sich nach den Grundsätzen der sozialen Krankenversicherung. Die Versicherungsverhältnisse unterliegen dem Versicherungsvertragsgesetz[411].[412]

4 Läuft eine vor dem 1. Januar 1997 begonnene Behandlung nach diesem Datum weiter, so hat die Krankenkasse das Versicherungsverhältnis bis zum Abschluss dieser Behandlung nach altem Recht weiterzuführen.[413]

Art. 133[414]

Art. 134 Leistungserbringer

1 Leistungserbringer im Sinne der Artikel 44–54, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes gestützt auf eine Bewilligung nach altem Recht für die Krankenversicherung tätig sind, bleiben zugelassen, wenn sie innert einem Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes nach kantonalem Recht zugelassen sind.

2 Logopäden und Logopädinnen sowie Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen, welche die Zulassungsbedingungen dieser Verordnung nur teilweise erfüllen, aber vor dem Inkrafttreten des Gesetzes ihre Ausbildung abgeschlossen und ihren Beruf selbständig ausgeübt haben, können unter dem neuen Recht für die Krankenversicherung tätig sein, wenn sie innert vier Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes nach kantonalem Recht zugelassen werden.[415]

3 Laboratorien, die bereits nach den Artikeln 53 und 54 als Leistungserbringer für die Durchführung genetischer Untersuchungen zugelassen sind, können solche Untersuchungen bis zum Bewilligungsentscheid des BAG weiter durchführen, wenn sie:

411 SR **221.229.1**
412 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1996** 3139).
413 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1996** 3139).
414 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 25. Juni 1997, mit Wirkung seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 1639).
415 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1996** 3139).

a. die Zulassungsbedingungen nach den Artikeln 53 und 54 erfüllen; und

b. innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten der Verordnung vom 14. Februar 2007[416] über genetische Untersuchungen beim Menschen beim BAG ein Bewilligungsgesuch einreichen.[417]

Art. 135 Qualitätssicherung

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

Art. 136[418]

2. Titel: Inkrafttreten

Art. 137

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1996 in Kraft.

Schlussbestimmungen der Änderung vom 17. September 1997[419]

Schlussbestimmungen der Änderung vom 23. Februar 2000[420]

Schlussbestimmungen der Änderung vom 2. Oktober 2000[421]

Das BAG kann für bestimmte Arzneimittelgruppen während höchstens fünf Jahren auf die Anpassung der Preise an die in Artikel 67 vorgesehene Preisstruktur verzichten oder eine gestaffelte Anpassung vorsehen.

416 SR **810.122.1**; in Kraft seit 1. April 2007.
417 Eingefügt durch Art. 37 Ziff. 2 der V vom 14. Febr. 2007 über genetische Untersuchungen beim Menschen, in Kraft seit 1. April 2007 (AS **2007** 651).
418 Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 4477). Fassung vom 15. Nov. 2017 gültig vom 1. Jan. bis zum 31. Dez. 2018 (AS **2017** 6723).
419 AS **1997** 2272. Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 4477).
420 AS **2000** 889. Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 4477).
421 AS **2000** 2835

Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Mai 2002[422]

Schlussbestimmungen der Änderung vom 26. Juni 2002[423]

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

Schlussbestimmungen der Änderung vom 6. Juni 2003[424]

Schlussbestimmungen der Änderung vom 26. Mai 2004[425]

[1] Die Versicherer haben jede versicherte Person bis spätestens am 31. Oktober 2004 schriftlich über die von ihnen angebotenen neuen wählbaren Franchisen und die dafür gewährten Prämienreduktionen zu informieren.

[2] Für die mit einer wählbaren Franchise versicherten Personen gilt ab dem 1. Januar 2005 die von ihrem Versicherer angebotene wählbare Franchise, die ihrer bisherigen Franchise entspricht oder die dieser am nächsten ist. Haben die nächstliegende höhere Franchise und die nächstliegende tiefere Franchise den gleichen Abstand zur bisherigen Franchise, so gilt die höhere. Die mit einer wählbaren Franchise versicherten Personen können jedoch eine andere Franchise wählen oder in die ordentliche Versicherung wechseln, wenn sie dies dem Versicherer bis spätestens am 30. November 2004 schriftlich mitteilen.

Schlussbestimmungen der Änderung vom 3. Dezember 2004[426]

[1] Als Diplome im Sinne der Artikel 45, 47–49 und 50*a* gelten auch diejenigen Diplome, die von der von den Kantonen gemeinsam oder vom EDI bezeichneten Stelle vor Inkrafttreten dieser Änderung ausgestellt oder als gleichwertig anerkannt worden sind.

[2] Für Versicherungsverhältnisse, die vor Inkrafttreten dieser Änderung von Artikel 103 Absatz 5 abgeschlossen worden sind, gilt die bisherige Regelung für die vereinbarte Vertragsdauer, höchstens aber bis zum 31. Dezember 2005.

422 AS **2002** 1633. Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 4477).
423 AS **2002** 2129
424 AS **2003** 3249. Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 4477).
425 AS **2004** 3437
426 AS **2004** 5075

Schlussbestimmungen der Änderung vom 9. November 2005[427]

Schlussbestimmungen der Änderung vom 26. April 2006[428]

1 Die Versicherer müssen die Vorschriften von Artikel 6*a* bis zum 1. August 2006 anwenden.

2 Für versicherte Personen, deren Versicherungspflicht wegen Militärdienst vor dem 1. Juli 2006 sistiert wird, wird Artikel 10*a* in seiner bisherigen Fassung angewendet[429].

3 Die Artikel 65–65*c* sowie 66*a* gelten für die Arzneimittel, die vor dem Inkrafttreten dieser Änderung in die Spezialitätenliste aufgenommen worden sind.

4 ...[430]

5 ...[431]

Schlussbestimmungen der Änderung vom 27. Juni 2007[432]

1 Für Originalpräparate, die vor dem Inkrafttreten dieser Änderung in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, gilt Artikel 65*a* in der Fassung vom 26. April 2006[433].

2 Originalpräparate und Generika, die zwischen dem 1. Januar 1993 und dem 31. Dezember 2002 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, werden bis zum 30. Juni 2008 daraufhin überprüft, ob sie die Aufnahmebedingungen noch erfüllen. Das EDI legt das Verfahren der Überprüfung fest.

3 Artikel 66 gilt auch für Arzneimittel, die vor dem 10. Mai 2006 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden.

4 Für Prämien, die vor dem 1. August 2007 fällig wurden, und Kostenbeteiligungen an Leistungen, die vor dem 1. August 2007 erbracht wurden, ist Artikel 105*b* Absätze 1 und 2 nicht anwendbar.

5 Bei am 1. August 2007 bestehenden Aufschüben von Kostenübernahmen für Leistungen ist Artikel 105*c* Absatz 2 nicht anwendbar.

6 Unbezahlte Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinse und Betreibungskosten, die vor dem 1. Januar 2006 angefallen sind, verhindern einen Wechsel des Versicherers nicht.

427 AS **2005** 5639. Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 4477).
428 AS **2006** 1717
429 AS **2001** 138
430 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, mit Wirkung seit 1. Aug. 2007 (AS **2007** 3573).
431 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, mit Wirkung seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3449).
432 AS **2007** 3573
433 AS **2006** 1717

Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. August 2007[434]

Die Bestimmungen dieser Verordnung zur Revisionsstelle gelten vom ersten Geschäftsjahr an, das mit Inkrafttreten dieser Änderung oder danach beginnt.

Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008[435]

[1] Die Organisation nach Artikel 49 Absatz 2 des Gesetzes muss ihre Tätigkeit spätestens am 31. Januar 2009 aufnehmen. Die Tarifpartner und die Kantone müssen den Bundesrat über das Datum des Beginns der Tätigkeit der Organisation in Kenntnis setzen und ihm die Statuten der Organisation übermitteln.

[2] Das erste Gesuch um Genehmigung des Tarifvertrags nach Artikel 59*d* muss dem Bundesrat spätestens am 30. Juni 2009 unterbreitet werden. Der Tarifvertrag muss zusätzlich zur einheitlichen Tarifstruktur und zu den Anwendungsmodalitäten des Tarifs einen gemeinsamen Vorschlag der Tarifpartner über die bei der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen erforderlichen Begleitmassnahmen enthalten. Dafür vereinbaren die Tarifpartner namentlich Instrumente zur Überwachung der Entwicklung der Kosten und der Leistungsmengen (Monitoring) sowie die Korrekturmassnahmen.

[2bis] Das Monitoring nach Absatz 2 umfasst insbesondere pro Leistungserbringer die Entwicklung der Fallzahl, der abgerechneten Kosten und im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus Diagnosis Related Groups (DRG) die Entwicklung des Case Mix Index (CMI). Das Monitoring über sämtliche Bereiche nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche, muss insbesondere gewährleisten, dass neben dem Korrekturmechanismus nach Absatz 2ter zusätzliche Korrekturmassnahmen von den Tarifpartnern durchgeführt werden können. Können sich die Tarifpartner nicht auf ein entsprechendes Monitoring einigen, übermitteln die Leistungserbringer den Versicherern die dazu notwendigen Informationen ab dem Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 der Übergangsbestimmungen der Änderung vom 21. Dezember 2007 des Gesetzes bis zum Abschluss der Korrekturmassnahmen quartalsweise. Die Versicherer führen gemeinsam ein Monitoring durch und veröffentlichen halbjährlich eine Auswertung als Grundlage für Korrekturmassnahmen der Tarifpartner.[436]

[2ter] Können sich die Tarifpartner im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG nicht auf gesamtschweizerisch einheitliche Korrekturmassnahmen nach Absatz 2 einigen, so muss der Leistungserbringer in den ersten beiden Jahren nach Einführung des Vergütungsmodells sowohl bei einer ungerechtfertigten Erhöhung um mehr als 2 Prozent, des effektiven CMI im Abrechnungsjahr gegenüber dem vereinbarten CMI als auch der effektiven Fallzahl im Abrechnungsjahr gegenüber der bei der Vereinbarung des CMI berücksichtigten Fallzahl, die Mehrerträge innerhalb des Folge-

434 AS **2007** 3989
435 AS **2008** 5097
436 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. Dez. 2011 (AS **2011** 5037).

jahres anteilsmässig nach Artikel 49*a* des Gesetzes rückvergüten. Die Umsetzungsmodalitäten werden zwischen Leistungserbringern und Versicherern vereinbart.[437]

[3] Die Tarifpartner müssen dem Bundesrat den Betrag des Fallbeitrags nach Artikel 59*e* spätestens zusammen mit dem ersten Genehmigungsgesuch nach Absatz 2 zur Genehmigung unterbreiten.

[4] In Abweichung zu den Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008[438] der Verordnung vom 3. Juli 2002[439] über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung erfolgt im Jahr 2012 die Abgeltung der Anlagenutzungskosten im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG mittels eines Zuschlags auf den in den Tarifverträgen verhandelten Basispreisen. Der Zuschlag beträgt 10 Prozent.[440]

Schlussbestimmungen der Änderung vom 13. März 2009[441]

Die gemeinsame Einrichtung informiert in Zusammenarbeit mit dem BAG, den rentenauszahlenden Stellen und den zuständigen Auslandvertretungen die Rentnerinnen und Rentner, die in einem neuen Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft wohnen, bis spätestens drei Monate nach dem Inkrafttreten des Protokolls vom 27. Mai 2008[442] über die Ausdehnung des Freizügigkeitsabkommens auf Bulgarien und Rumänien im Hinblick auf die Aufnahme von Bulgarien und Rumänien als Vertragsparteien infolge ihres Beitritts zur Europäischen Union über die Versicherungspflicht. Mit diesen Informationen gelten auch die in einem neuen Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft wohnhaften Familienangehörigen als informiert. Der Bund übernimmt die der gemeinsamen Einrichtung entstehenden Kosten für die Information.

Übergangsbestimmungen der Änderung vom 24. Juni 2009[443]

Für Pilotprojekte nach Artikel 36*a*, die vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 24. Juni 2009 genehmigt wurden, wird die Projektdauer von vier Jahren um die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung bereits abgelaufene Zeit gekürzt.

437 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. Dez. 2011 (AS **2011** 5037).
438 AS **2008** 5105
439 SR **832.104**
440 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. Dez. 2011 (AS **2011** 5037).
441 AS **2009** 1825
442 SR **0.142.112.681.1**
443 AS **2009** 3525

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 1. Juli 2009[444]

1 Das BAG überprüft die Fabrikabgabepreise der Originalpräparate, die zwischen dem 1. Januar 1955 und dem 31. Dezember 2006 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, daraufhin, ob sie die Aufnahmebedingungen noch erfüllen.

2 Das Unternehmen, das ein zu überprüfendes Originalpräparat vertreibt, ermittelt die Fabrikabgabepreise der in der Schweiz meistverkauften Packung in Deutschland, Dänemark, Grossbritannien, den Niederlanden, Frankreich und Österreich aufgrund von Regelungen der entsprechenden Behörden oder Verbände. Es lässt diese Fabrikabgabepreise von einer zeichnungsberechtigten Person der jeweiligen Länderniederlassung bestätigen. Die Anzahl der in der Schweiz verkauften Packungen des Originalpräparates der letzten 12 Monate muss für sämtliche Handelsformen ausgewiesen und von einer zeichnungsberechtigten Person des Unternehmens in der Schweiz bestätigt werden.

3 Das Unternehmen, welches das Originalpräparat vertreibt, muss dem BAG die am 1. Oktober 2009 gültigen Fabrikabgabepreise bis zum 30. November 2009 mitteilen. Das BAG ermittelt den durchschnittlichen Fabrikabgabepreis anhand der geltenden Preise in Deutschland, Dänemark, Grossbritannien, den Niederlanden, Frankreich und Österreich sowie den durchschnittlichen Wechselkurs der Monate April bis September 2009 und rechnet diesen Preis in Schweizer Franken um.

4 Das BAG senkt den Fabrikabgabepreis eines Originalpräparates mit Wirkung ab 1. März 2010 auf den nach Absatz 3 ermittelten durchschnittlichen Fabrikabgabepreis, wenn:

a. der Fabrikabgabepreis des Originalpräparates am 1. Oktober 2009 (Ausgangswert) den nach Absatz 3 ermittelten Preis um mehr als 4 Prozent übersteigt;

b. das Unternehmen bis zum 30. November 2009 kein Gesuch stellt, den Fabrikabgabepreis mit Wirkung ab 1. März 2010 auf einen Preis zu senken, welcher den Fabrikabgabepreis nach Absatz 3 um höchstens 4 Prozent übersteigt.

5 Die Preissenkung nach Absatz 4 kann stufenweise erfolgen. Beträgt die Preissenkung mehr als 15 Prozent des Ausgangswertes, so wird der Preis auf den 1. März 2010 auf 85 Prozent des Ausgangswertes und auf den 1. Januar 2011 auf den nach Absatz 3 ermittelten durchschnittlichen Fabrikabgabepreis gesenkt.

6 Generika, die bis zum Inkrafttreten der Änderung vom 1. Juli 2009 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, werden bis zum 1. Januar 2010 überprüft und per 1. März 2010 preislich angepasst. Im Zuge dieser ausserordentlichen Preisüberprüfung gelten Generika als wirtschaftlich, wenn ihre Fabrikabgabepreise mindestens 10 Prozent tiefer sind als die am 1. Oktober 2009 gültigen durchschnittlichen Fabrikabgabepreise der dazugehörenden Originalpräparate im Ausland. Berechnet wird der durchschnittliche Fabrikabgabepreis anhand der geltenden Preise des Ori-

444 AS **2009** 4245

ginalpräparats in Deutschland, Dänemark, Grossbritannien, den Niederlanden, Frankreich und Österreich.[445]

7 Der preisbezogene Zuschlag und der Zuschlag je Packung nach Artikel 67 Absatz 1quater werden bei allen Präparaten, die vor Inkrafttreten der Änderung vom 1. Juli 2009 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, bis zum 1. Januar 2010 überprüft und preislich per 1. März 2010 angepasst.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 3. Dezember 2010[446]

1 Die Versicherer müssen dem BAG das Anlagereglement innerhalb eines Jahres nach dem Inkrafttreten der Änderung vom 3. Dezember 2010 zur Kenntnis bringen.

2 Sie müssen ihr Vermögen bis zum Jahresabschluss vom 31. Dezember 2011 nach den Artikeln 80–80*i* anlegen. Anlagen nach Artikel 80*d* Absatz 1 Buchstabe d müssen bis zum 31. Dezember 2015 nach den Artikeln 80–80*i* angelegt werden.

3 Die Versicherer müssen Anlagen nach Artikel 80*d* Absatz 1 Buchstabe e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom 3. Dezember 2010 bestehen, dem BAG innerhalb eines Jahres zur Genehmigung unterbreiten.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 22. Juni 2011[447]

1 Die Versicherer müssen dafür sorgen, dass ihre Reserven innert fünf Jahren nach Inkrafttreten die Mindesthöhe nach Artikel 78*a* erreichen.

2 Vor diesem Zeitpunkt müssen die Versicherer, deren Reserven die Mindesthöhe nicht erreichen:

a. über die Sicherheitsreserven nach Artikel 78 Absatz 4 des bisherigen Rechts verfügen; und

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

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 6. Juli 2011[448]

Erhält ein Versicherer ein Gesuch um Kostenübernahme von einer nothilfeberechtigten Person, deren Asylentscheid vor dem Inkrafttreten dieser Änderung rechtskräftig wurde, so sind die Prämien und der Aufschlag nach dieser Änderung rückwirkend ab dem Inkrafttreten dieser Änderung geschuldet.

445 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4759).
446 AS **2010** 6155
447 AS **2011** 3449
448 AS **2011** 3535

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 2. November 2011[449]

In Bezug auf Island, Liechtenstein und Norwegen gilt bis zum Inkrafttreten der Änderung vom ...[450] von Anhang K zum EFTA-Abkommen[451] das bisherige Recht.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 4. Juli 2012[452]

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

[2] Bis zur Festlegung der für sie anwendbaren Klassifikationen durch das EDI (Art. 59*a*^{bis}) geben die Leistungserbringer im ambulanten Bereich sowie in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie die Diagnosen und Prozeduren nach den in den anwendbaren Tarifverträgen vereinbarten Modalitäten und Codierungen weiter.[453]

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 8. Mai 2013[454]

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

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 29. November 2013[455]

[1] Die von den Kantonen gestützt auf Artikel 2 Absatz 4bis ausgesprochenen Befreiungen bleiben bis zu ihrem Ablauf gültig.

[2] Für Leistungen, die vor dem 1. März 2014 erbracht werden, gilt Artikel 104 Absatz 2 Buchstabe c in der Fassung der Änderung vom 3. Dezember 2010[456]. Massgebend ist das Behandlungsdatum.

449 AS **2012** 955
450 AS ...
451 SR **0.632.31**
452 AS **2012** 4089
453 Fassung gemäss Ziff. II der V vom 19. Nov. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2015 (AS **2014** 4391, **2015** 1177).
454 AS **2013** 1353
455 AS **2013** 4523
456 AS **2010** 6161

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 29. April 2015[457]

1 Im Jahr 2016 findet keine Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach Artikel 65*d* statt.[458]

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

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

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

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

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 9. Dezember 2016[459]

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

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 1. Februar 2017[460]

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

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

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 5. April 2017[461]

1 Apothekerinnen und Apotheker, die sich bei Inkrafttreten der Änderung vom 5. April 2017 in der zweijährigen praktischen Weiterbildung in einer Apotheke befinden und über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 65 Absatz 1bis MedBG[462] verfügen, können innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten dieser

457 AS **2015** 1255
458 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. März 2016, in Kraft seit 1. Mai 2016 (AS **2016** 1175).
459 AS **2016** 4927
460 AS **2017** 623
461 AS **2017** 2705
462 SR **811.11**

Änderung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen werden, wenn sie diese Weiterbildung bis dahin abgeschlossen haben.

[2] Apothekerinnen und Apothekern, die bei Inkrafttreten der Änderung vom 5. April 2017 bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben zugelassen.

Anhang 1[463]
(Art. 70*b*)

Gebühren für Eintragungen in der Spezialitätenliste

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

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

Anhang 2[464]

Aufhebung und Änderung von Verordnungen

1. Es werden aufgehoben:

a. Die Verordnung I vom 22. Dezember 1964[465] über die Krankenversicherung betreffend das Rechnungswesen und die Kontrolle der vom Bund anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände sowie die Berechnung der Bundesbeiträge;

b. die Verordnung II vom 22. Dezember 1964[466] über die Krankenversicherung betreffend die Kollektivversicherung bei den vom Bund anerkannten Krankenkassen;

c. die Verordnung III vom 15. Januar 1965[467] über die Krankenversicherung betreffend die Leistungen der vom Bund anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände;

d. die Verordnung IV vom 15. Januar 1965[468] über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung kantonaler Befähigungsausweise der Chiropraktoren für die Krankenversicherung;

e. die Verordnung V vom 2. Februar 1965[469] über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung von Krankenkassen und Rückversicherungsverbänden sowie ihre finanzielle Sicherheit;

f. die Verordnung VI vom 11. März 1966[470] über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von medizinischen Hilfspersonen zur Betätigung für die Krankenversicherung;

g. die Verordnung VII vom 29. März 1966[471] über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Laboratorien zur Betätigung für die Krankenversicherung;

h. die Verordnung VIII vom 30. Oktober 1968[472] über die Krankenversicherung betreffend die Auswahl von Arzneimitteln und Analysen;

i die Verordnung vom 22. November 1989[473] über den Betrieb anderer Versicherungsarten durch anerkannte Krankenkassen.

2.–10.

...[474]

464 Ursprünglich Anhang.
465 [AS **1964** 1289, **1974** 978, **1986** 685, **1990** 1675, **1991** 609 2547, **1992** 1738 Art. 18]
466 [AS **1965** 31, **1984** 1481, **1990** 1674, **1991** 606 2546]
467 [AS **1965** 41, **1968** 43 Ziff. V 1068, **1969** 1126 Ziff. II, **1974** 978 Ziff. II, **1983** 38 Art. 142, **1984** 1485, **1986** 85]
468 [AS **1965** 55]
469 [AS **1965** 90, **1969** 77 Ziff. II Bst. B Ziff. 3 1220, **1970** 1644, **1984** 1479, **1986** 80 1706, **1990** 21 2039, **1991** 370 Anhang Ziff. 18]
470 [AS **1966** 499, **1971** 1185]
471 [AS **1966** 570]
472 [AS **1968** 1318, **1982** 2178, **1984** 1486, **1986** 89, **1988** 1563]
473 [AS **1989** 2430]
474 Die Änderungen können unter AS **1995** 3867 konsultiert werden.

Inhaltsverzeichnis

1. Teil: Obligatorische Krankenpflegeversicherung

1. Titel: Versicherungspflicht

1. Kapitel: Allgemeine Bestimmungen

1. Abschnitt: Versicherungspflichtige Personen

Versicherungspflicht ... Art. 1
Ausnahmen von der Versicherungspflicht ... Art. 2
Grenzgänger und Grenzgängerinnen ... Art. 3
Entsandte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen ... Art. 4
Personen im öffentlichen Dienst mit Aufenthalt im Ausland ... Art. 5
Personen mit Vorrechten nach internationalem Recht ... Art. 6

2. Abschnitt: Beginn und Ende der Versicherung

Angaben im Beitrittsformular ... Art. 6*a*
Sonderfälle ... Art. 7
Fortdauer des Versicherungsschutzes für nicht mehr unterstellte Personen ... Art. 7*a*
Fortdauer der Versicherungspflicht ... Art. 7*b*
Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt ... Art. 8
Beendigung des Versicherungsverhältnisses ... Art. 9

3. Abschnitt: Aufgaben der Kantone

... Art. 10

2. Kapitel: Sistierung der Versicherungspflicht und der Unfalldeckung

Sistierung der Versicherungspflicht ... Art. 10*a*
Sistierung der Unfalldeckung ... Art. 11

2. Titel: Organisation

1. Kapitel: ...

Aufgehoben ... Art. 12–15
Aufgehoben ... Art. 15*a*

2. Kapitel: ...

Aufgehoben ... Art. 16–18

3. Kapitel: Gemeinsame Einrichtung

Erfüllung internationaler Verpflichtungen ... Art. 19
Aufteilung des kantonalen Anteils auf die Kantone ... Art. 19*a*

Aufgehoben ..... Art. 19*b*
Aufgehoben ..... Art. 20–21
Streitigkeiten ..... Art. 22

4. Kapitel: Förderung der Gesundheit

..... Art. 23

5. Kapitel: Aufsicht

1. Abschnitt: ...

Aufgehoben ..... Art. 24–26

2. Abschnitt: Beschwerde durch das BAG

..... Art. 27

3. Abschnitt: Aufsichtsdaten

Daten der Versicherer ..... Art. 28
Aufgehoben ..... Art. 28*a*
Veröffentlichung der Daten der Versicherer ..... Art. 28*b*
Durchschnittlicher Versichertenbestand ..... Art. 29
Daten der Leistungserbringer ..... Art. 30
Erhebung und Bearbeitung der Daten der Leistungserbringer ..... Art. 30*a*
Weitergabe der Daten der Leistungserbringer ..... Art. 30*b*
Bearbeitungsreglement ..... Art. 30*c*
Veröffentlichung der Daten der Leistungserbringer ..... Art. 31
Sicherheit und Aufbewahrung der Daten ..... Art. 31*a*
Wirkungsanalyse ..... Art. 32

3. Titel: Leistungen

1. Kapitel: Bezeichnung der Leistungen

Allgemeine Leistungen ..... Art. 33
Analysen und Arzneimittel ..... Art. 34
Therapeutische Massnahmen bei Geburtsgebrechen ..... Art. 35
Komplementärmedizin ..... Art. 35*a*

2. Kapitel: Umfang der Kostenübernahme

Leistungen im Ausland ..... Art. 36
Kostenübernahme bei grenzüberschreitender Zusammenarbeit ..... Art. 36*a*
Kostenübernahme für im Ausland wohnhafte Versicherte ..... Art. 36*b*
Kostenübernahme bei internationaler Leistungsaushilfe für im Ausland versicherte Personen ..... Art. 37

3. Kapitel: Kommissionen

Beratende Kommissionen ... Art. 37*a*
Allgemeine Bestimmungen ... Art. 37*b*
Aufgehoben ... Art. 37*c*
Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen ... Art. 37*d*
Eidgenössische Arzneimittelkommission ... Art. 37*e*
Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände ... Art. 37*f*
Aufgehoben ... Art. 37*g*

4. Titel: Leistungserbringer

1. Kapitel: Zulassung

1. Abschnitt: Ärzte und Ärztinnen

Weiterbildung ... Art. 38
Gleichwertigkeit wissenschaftlicher Befähigungsausweise ... Art. 39

2. Abschnitt:Apotheker und Apothekerinnen

Weiterbildung ... Art. 40
Gleichwertigkeit wissenschaftlicher Befähigungsausweise ... Art. 41

3. Abschnitt: Zahnärzte und Zahnärztinnen

Zulassung ... Art. 42
Gleichwertigkeit wissenschaftlicher Befähigungsausweise ... Art. 43

4. Abschnitt: Chiropraktoren und Chiropraktorinnen

... Art. 44

5. Abschnitt: Hebammen

Zulassung ... Art. 45
Organisationen der Hebammen ... Art. 45*a*

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

Im Allgemeinen ... Art. 46
Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen ... Art. 47
Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen ... Art. 48
Pflegefachfrau und Pflegefachmann ... Art. 49
Logopäden und Logopädinnen ... Art. 50
Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen ... Art. 50*a*
Neuropsychologen und Neuropsychologinnen ... Art. 50*b*

Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause ..... Art. 51
Organisationen der Ergotherapie ..... Art. 52
Organisationen der Physiotherapie ..... Art. 52*a*
Organisationen der Ernährungsberatung ..... Art. 52*b*
Organisationen der Logopädie ..... Art. 52*c*

7. Abschnitt: Laboratorien

Grundsatz ..... Art. 53
Zulassungsbedingungen ..... Art. 54
Verfahren und Gebühren ..... Art. 54*a*

8. Abschnitt: Abgabestellen für Mittel und Gegenstände

..... Art. 55

8*a*. Abschnitt: Geburtshäuser

..... Art. 55*a*

9. Abschnitt: Transport- und Rettungsunternehmen

..... Art. 56

10. Abschnitt: Heilbäder

Im Allgemeinen ..... Art. 57
Heilquellen ..... Art. 58

11. Abschnitt: Planungskriterien

Grundsatz ..... Art. 58*a*
Versorgungsplanung ..... Art. 58*b*
Art der Planung ..... Art. 58*c*
Interkantonale Koordination der Planungen ..... Art. 58*d*
Listen und Leistungsaufträge ..... Art. 58*e*

2. Kapitel: Rechnungstellung

Rechnungsstellung im Allgemeinen ..... Art. 59
Rechnungsstellung bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG ..... Art. 59*a*
Rechnungsstellung im ambulanten Bereich und im Bereich Rehabilitation ..... Art. 59*a*^{bis}
Datensichernde Massnahmen und Aufbewahrung ..... Art. 59*a*^{ter}

3. Kapitel: Tarife und Preise

1. Abschnitt: Grundsätze

Aufgehoben ..... Art. 59*b*
Tarifgestaltung ..... Art. 59*c*
Leistungsbezogene Pauschalen ..... Art. 59*d*

Fallbeitrag ..... Art. 59*e*

2. Abschnitt: Analysenliste

Veröffentlichung ..... Art. 60
Aufnahme, Streichung ..... Art. 61
Separate Bezeichnung bestimmter Analysen ..... Art. 62

3. Abschnitt: Arzneimittelliste mit Tarif

..... Art. 63

4. Abschnitt: Spezialitätenliste

Aufgehoben ..... Art. 64
Begriffe ..... Art. 64*a*
Aufnahmebedingungen ..... Art. 65
Beurteilung der Wirksamkeit ..... Art. 65*a*
Beurteilung der Wirtschaftlichkeit ..... Art. 65*b*
Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bei Generika ..... Art. 65*c*
Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre ..... Art. 65*d*
Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach Patentablauf ..... Art. 65*e*
Indikationserweiterung und Limitierungsänderung ..... Art. 65*f*
Indikationseinschränkung ..... Art. 65*g*
Unabhängigkeit der Preisüberprüfungen ..... Art. 66
Zwischenüberprüfung ..... Art. 66*a*
Co-Marketing-Arzneimittel und Generika ..... Art. 66*b*
Preise ..... Art. 67
Rückerstattung von Mehreinnahmen ..... Art. 67*a*
Streichung ..... Art. 68
Gesuche ..... Art. 69
Aufgehoben ..... Art. 69*a*
Aufnahme ohne Gesuch ..... Art. 70
Nähere Vorschriften ..... Art. 70*a*
Gebühren ..... Art. 70*b*
Veröffentlichungen ..... Art. 71

4*a*. Abschnitt: Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall

Übernahme der Kosten eines Arzneimittels der Spezialitätenliste ausserhalb der genehmigten Fachinformation oder Limitierung ..... Art. 71*a*

Übernahme der Kosten eines vom Institut zugelassenen nicht in die Spezialitätenliste aufgenommenen Arzneimittels ..... Art. 71*b*
Übernahme der Kosten eines vom Institut nicht zugelassenen importierten Arzneimittels ..... Art. 71*c*
Gemeinsame Bestimmungen ..... Art. 71*d*

5. Abschnitt: Gemeinsame Bestimmungen für die Analysenliste, die Arzneimittelliste mit Tarif und die Spezialitätenliste

Veröffentlichungen im Bulletin des BAG ..... Art. 72
Limitierungen ..... Art. 73
Gesuche und Vorschläge ..... Art. 74
Nähere Vorschriften ..... Art. 75

4. Kapitel: Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen

Angaben über die erbrachten Leistungen ..... Art. 76
Weitergabe der Vergünstigung ..... Art. 76*a*
Vereinbarung über die nicht vollumfängliche Weitergabe von Vergünstigungen ..... Art. 76*b*
Berichterstattung an das BAG ..... Art. 76*c*
Qualitätssicherung ..... Art. 77

5. Titel: Finanzierung

1. Kapitel: ...

Aufgehoben ..... Art. 78
Aufgehoben ..... Art. 78*a*–78*c*
Aufgehoben ..... Art. 79
Aufgehoben ..... Art. 80
Aufgehoben ..... Art. 80*a*–80*i*
Aufgehoben ..... Art. 81–85
Aufgehoben ..... Art. 85*a*
Aufgehoben ..... Art. 86–88

2. Kapitel: Prämien der Versicherten

1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen

Angabe der Prämien ..... Art. 89
Prämienbezahlung ..... Art. 90
Vergütungszinsen ..... Art. 90*a*
Aufgehoben ..... Art. 90*b*

Minimale Prämie ..... Art. 90*c*
Abstufung der Prämien ..... Art. 91
Prämienreduktion bei anderweitiger Versicherung ..... Art. 91*a*
Verfahren zur Festlegung der Prämienregionen ..... Art. 91*b*
Aufgehoben ..... Art. 92

1*a*. Abschnitt: Prämien der Versicherten mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen

Prämienerhebung ..... Art. 92*a*
Aufgehoben ..... Art. 92*b* und 92*c*

1*b*. Abschnitt: Prämien von nothilfeberechtigten Personen nach Artikel 82 AsylG

..... Art. 92*d*

2. Abschnitt: Besondere Versicherungsformen

Versicherung mit wählbaren Franchisen a. Wählbare Franchisen ..... Art. 93
b. Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise ..... Art. 94
c. Prämien ..... Art. 95
Bonusversicherung a. Grundsatz ..... Art. 96
b. Bei- und Austritt ..... Art. 97
c. Prämien ..... Art. 98
Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer a. Grundsatz ..... Art. 99
b. Bei- und Austritt ..... Art. 100
c. Prämien ..... Art. 101
Besondere Versicherungsformen für Versicherte mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen ..... Art. 101*a*

3. Abschnitt: Entschädigungen an Dritte

..... Art. 102

3. Kapitel: Kostenbeteiligung

Franchise und Selbstbehalt ..... Art. 103
Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts ..... Art. 104
Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung der Kostenbeteiligung ..... Art. 104*a*
Kostenbeteiligung bei Mutterschaft ..... Art. 105

3*a*. Kapitel: Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen

Verzugszins ..... Art. 105*a*
Mahnverfahren ..... Art. 105*b*
Ausschluss der Verrechnung ..... Art. 105*c*
Meldung der zuständigen kantonalen Behörde ..... Art. 105*d*
Meldungen über Betreibungen ..... Art. 105*e*
Meldungen über Verlustscheine ..... Art. 105*f*
Personendaten ..... Art. 105*g*
Datenaustausch ..... Art. 105*h*
Einem Verlustschein gleichzusetzende Rechtstitel ..... Art. 105*i*
Revisionsstelle ..... Art. 105*j*
Zahlungen der Kantone an die Versicherer ..... Art. 105*k*
Wechsel des Versicherers bei Säumigkeit ..... Art. 105*l*
Versicherte mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen ..... Art. 105*m*

4. Kapitel: Prämienverbilligung durch die Kantone

1. Abschnitt: Anspruchsberechtigte

Prämienverbilligung durch die Kantone für Versicherte mit einer Aufenthaltsbewilligung, die mindestens drei Monate gültig ist ..... Art. 106
Prämienverbilligung durch die Kantone für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen ..... Art. 106*a*

2. Abschnitt: Durchführung der Prämienverbilligung

Meldungen des Kantons ..... Art. 106*b*
Aufgaben des Versicherers ..... Art. 106*c*
Datenaustausch ..... Art. 106*d*
Kosten ..... Art. 106*e*

2. Teil: Freiwillige Taggeldversicherung

Aufgehoben ..... Art. 107 und 108
Prämienbezahlung, Verzugs- und Vergütungszinsen ..... Art. 108*a*
Beitritt ..... Art. 109

3. Teil: Koordinationsregeln

1. Titel: Leistungskoordination

1. Kapitel: Verhältnis zu anderen Sozialversicherungen

1. Abschnitt: Abgrenzung der Leistungspflicht

Grundsatz ... Art. 110
Unfallmeldung ... Art. 111

2. Abschnitt: Vorleistungspflicht

Im Verhältnis zur Unfallversicherung und zur Militärversicherung ... Art. 112
Im Verhältnis zur Invalidenversicherung ... Art. 113
Informationspflicht ... Art. 114
Aufgehoben ... Art. 115
Unterschiedliche Tarife ... Art. 116

3. Abschnitt: Rückvergütung von Leistungen anderer Sozialversicherer

Grundsatz ... Art. 117
Auswirkungen auf die Versicherten ... Art. 118
Unterschiedliche Tarife ... Art. 119

4. Abschnitt: Informationspflicht der Versicherer

Aufgehoben ... Art. 120
Aufgehoben ... Art. 121

2. Kapitel: Überentschädigung

Aufgehoben ... Art. 122

2. Titel: ...

Aufgehoben ... Art. 123–126

4. Teil: Verfügung, Kosten der Bekanntgabe und Publikation von Daten

Verfügung ... Art. 127
Aufgehoben ... Art. 128–129
Kosten der Bekanntgabe und Publikation von Daten ... Art. 130

5. Teil: Schlussbestimmungen

1. Titel: Übergangsbestimmungen

Aufgehoben ... Art. 131
Bestehende Versicherungsverhältnisse ... Art. 132

Aufgehoben ..... Art. 133
Leistungserbringer ..... Art. 134
Qualitätssicherung ..... Art. 135
..... Art. 136

2. Titel: Inkrafttreten

..... Art. 137

Schlussbestimmungen der Änderung vom 17. September 1997 ..... *Aufgehoben*
Schlussbestimmungen der Änderung vom 23. Februar 2000 ..... *Aufgehoben*
Schlussbestimmungen der Änderung vom 2. Oktober 2000 .....
Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Mai 2002 ..... *Aufgehoben*
Schlussbestimmungen der Änderung vom 26. Juni 2002 ..... *Aufgehoben*
Schlussbestimmungen der Änderung vom 6. Juni 2003 ..... *Aufgehoben*
Schlussbestimmungen der Änderung vom 26. Mai 2004 .....
Schlussbestimmungen der Änderung vom 3. Dezember 2004 .....
Schlussbestimmungen der Änderung vom 9. November 2005 ..... *Aufgehoben*
Schlussbestimmungen der Änderung vom 26. April 2006 .....
Schlussbestimmungen der Änderung vom 27. Juni 2007 .....
Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. August 2007 .....
Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008 .....
Schlussbestimmungen der Änderung vom 13. März 2009 .....
Übergangsbestimmungen der Änderung vom 24. Juni 2009 .....
Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 1. Juli 2009 .....
Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 3. Dezember 2010 .....

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 22. Juni 2011 .....
Übergangsbestimmung zur Änderung vom 6. Juli 2011
Übergangsbestimmung zur Änderung vom 2. November 2011 .....
Übergangsbestimmung zur Änderung vom 4. Juli 2012 .....
Übergangsbestimmung zur Änderung vom 8. Mai 2013 .....
Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 29. November 2013 .....
Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 29. April 2015 .....
Übergangsbestimmung zur Änderung vom 9. Dezember 2016 .....
Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 1. Februar 2017 .....
Übergangsbestimmung zur Änderung vom 5. April 2017 .....