

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

vom 18. März 1994

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,
gestützt auf Artikel 34^{bis} der Bundesverfassung,
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 6. November 1991 ¹⁾,
beschliesst:*

1. Titel: Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Geltungsbereich

¹ Dieses Gesetz regelt die soziale Krankenversicherung. Sie umfasst die obligatorische Krankenpflegeversicherung und eine freiwillige Taggeldversicherung.

² Die soziale Krankenversicherung gewährt Leistungen bei:

- a. Krankheit;
- b. Unfall, soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt;
- c. Mutterschaft.

Art. 2 Begriffe

¹ Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

² Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit zur Folge hat.

³ Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter.

¹⁾ BBl 1992 I 93

2. Titel: Obligatorische Krankenpflegeversicherung

1. Kapitel: Versicherungspflicht

1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen

Art. 3 Versicherungspflichtige Personen

¹ Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern oder von ihrem gesetzlichen Vertreter beziehungsweise ihrer gesetzlichen Vertreterin versichern lassen.

² Der Bundesrat kann Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorsehen, namentlich für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen internationaler Organisationen und ausländischer Staaten.

³ Er kann die Versicherungspflicht auf Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ausdehnen, insbesondere auf solche, die:

- a. in der Schweiz tätig sind oder sich längere Zeit dort aufhalten;
- b. im Ausland von einem Arbeitgeber mit einem Sitz in der Schweiz beschäftigt werden.

Art. 4 Wahl des Versicherers

¹ Die versicherungspflichtigen Personen können unter den Versicherern nach Artikel 11 frei wählen.

² Die Versicherer müssen in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede versicherungspflichtige Person aufnehmen.

Art. 5 Beginn und Ende der Versicherung

¹ Bei rechtzeitigem Beitritt (Art. 3 Abs. 1) beginnt die Versicherung im Zeitpunkt der Geburt oder der Wohnsitznahme in der Schweiz. Der Bundesrat setzt den Versicherungsbeginn für die Personen nach Artikel 3 Absatz 3 fest.

² Bei verspätetem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts. Bei nicht entschuldbarer Verspätung entrichtet die versicherte Person einen Prämienzuschlag. Der Bundesrat legt dafür die Richtsätze fest und berücksichtigt dabei die Höhe der Prämien am Wohnort der versicherten Person und die Dauer der Verspätung. Für Versicherte, bei denen die Entrichtung des Beitragszuschlages eine Notlage zur Folge hätte, setzt der Versicherer den Beitragszuschlag herab, wobei er der Lage der Versicherten und den Umständen der Verspätung angemessen Rechnung trägt.

³ Die Versicherung endet, wenn die versicherte Person der Versicherungspflicht nicht mehr untersteht.

Art. 6 Kontrolle des Beitritts und Zuweisung an einen Versicherer

¹ Die Kantone sorgen für die Einhaltung der Versicherungspflicht.

² Die vom Kanton bezeichnete Behörde weist Personen, die ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, einem Versicherer zu.

Art. 7 Wechsel des Versicherers

¹ Die versicherte Person kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist den Versicherer auf das Ende eines Kalendersemesters wechseln.

² Bei einer Prämienhöhung kann sie den Versicherer unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat seit Ankündigung der Prämienhöhung auf das Ende eines Monats wechseln. Der Versicherer muss Prämienhöhungen mindestens zwei Monate im voraus ankündigen und dabei auf das Recht, den Versicherer zu wechseln, hinweisen.

³ Muss die versicherte Person einen Versicherer verlassen, weil sie ihren Wohnort verlegt oder die Stelle wechselt, so endet das Versicherungsverhältnis im Zeitpunkt der Verlegung des Wohnortes oder des Stellenantritts beim neuen Arbeitgeber.

⁴ Führt ein Versicherer die soziale Krankenversicherung freiwillig oder aufgrund eines behördlichen Entscheides nicht mehr durch, so endet das Versicherungsverhältnis mit dem Entzug der Bewilligung gemäss Artikel 13.

⁵ Das Versicherungsverhältnis endet beim bisherigen Versicherer erst, wenn ihm der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist. Unterlässt der neue Versicherer diese Mitteilung, so hat er der versicherten Person den daraus entstandenen Schaden zu ersetzen, insbesondere die Prämien Differenz. Sobald der bisherige Versicherer die Mitteilung erhalten hat, informiert er die betroffene Person, ab welchem Zeitpunkt sie nicht mehr bei ihm versichert ist.

2. Abschnitt: Ruhen der Unfalldeckung

Art. 8 Grundsatz

¹ Die Deckung für Unfälle kann sistiert werden bei Versicherten, die nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG)¹⁾ obligatorisch für dieses Risiko voll gedeckt sind. Der Versicherer veranlasst das Ruhen auf Antrag der versicherten Person, wenn diese nachweist, dass sie voll nach dem UVG versichert ist. Die Prämie wird entsprechend herabgesetzt.

² Die Unfälle sind nach diesem Gesetz gedeckt, sobald die Unfalldeckung nach dem UVG ganz oder teilweise aufhört.

³ Die soziale Krankenversicherung übernimmt die Kosten für die Folgen derjenigen Unfälle, welche vor dem Ruhen der Versicherung bei ihr versichert waren.

Art. 9 Information der versicherten Person

Der Versicherer hat die versicherte Person bei ihrem Beitritt zur sozialen Krankenversicherung schriftlich auf ihr Recht nach Artikel 8 hinzuweisen.

¹⁾ SR 832.20

Art. 10 Ende der Sistierung; Verfahren

¹ Der Arbeitgeber informiert eine aus dem Arbeitsverhältnis oder aus der Nichtberufsunfallversicherung nach dem UVG ausscheidende Person schriftlich darüber, dass sie dies ihrem Versicherer nach diesem Gesetz zu melden hat. Die gleiche Pflicht trifft die Arbeitslosenversicherung, wenn der Anspruch auf Leistungen ihr gegenüber erlischt und die betreffende Person kein neues Arbeitsverhältnis eingeht.

² Hat die versicherte Person ihre Pflicht nach Absatz 1 nicht erfüllt, so kann der Versicherer von ihr den Prämienanteil für die Unfalldeckung samt Verzugszinsen seit der Beendigung der Unfalldeckung nach UVG bis zum Zeitpunkt, in dem der Versicherer davon Kenntnis erhält, verlangen. Hat der Arbeitgeber oder die Arbeitslosenversicherung die Pflicht nach Absatz 1 nicht erfüllt, so kann der Versicherer die gleichen Forderungen ihnen gegenüber geltend machen.

2. Kapitel: Organisation

1. Abschnitt: Versicherer

Art. 11 Art der Versicherer

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung wird betrieben durch:

- a. Krankenkassen im Sinne von Artikel 12;
- b. private Versicherungseinrichtungen, die dem Versicherungsaufsichtsgesetz vom 23. Juni 1978¹⁾ (VAG) unterstehen, die Krankenversicherung durchführen und über eine Bewilligung nach Artikel 13 verfügen.

Art. 12 Krankenkassen

¹ Krankenkassen sind juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechts, die keinen Erwerbszweck verfolgen, hauptsächlich die soziale Krankenversicherung betreiben und vom Eidgenössischen Departement des Innern (Department) anerkannt sind.

² Es steht den Krankenkassen frei, neben der sozialen Krankenversicherung nach diesem Gesetz Zusatzversicherungen anzubieten; ebenso können sie im Rahmen der vom Bundesrat festgesetzten Bedingungen und Höchstgrenzen weitere Versicherungsarten betreiben.

³ Die Versicherungen nach Absatz 2 unterliegen dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)²⁾.

⁴ Krankenkassen mit einem vom Bundesrat festgesetzten Mindestbestand an Versicherten dürfen auch die Rückversicherung nach Artikel 14 durchführen.

Art. 13 Bewilligung

¹ Das Departement bewilligt den Versicherungseinrichtungen, welche die Anforderungen dieses Gesetzes erfüllen (Versicherer), die Durchführung der sozialen Kran-

¹⁾ SR 961.01

²⁾ SR 221.229.1

kenversicherung. Das Bundesamt für Sozialversicherung (Bundesamt) veröffentlicht die Liste der Versicherer.

² Die Versicherer müssen insbesondere:

- a. die soziale Krankenversicherung nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit durchführen und die Gleichbehandlung der Versicherten gewährleisten; sie dürfen die Mittel der sozialen Krankenversicherung nur zu deren Zwecken verwenden;
- b. über eine Organisation und eine Geschäftsführung verfügen, welche die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften gewährleisten;
- c. jederzeit in der Lage sein, ihren finanziellen Verpflichtungen nachzukommen;
- d. auch die Einzeltaggeldversicherung nach diesem Gesetz durchführen;
- e. einen Sitz in der Schweiz haben.

³ Das Departement entzieht einem Versicherer die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung, wenn er darum ersucht oder die gesetzlichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt. Es sorgt dafür, dass der Entzug erst dann wirksam wird, wenn alle Versicherten von anderen Versicherern übernommen worden sind.

Art. 14 Rückversicherung

¹ Die Versicherer können Leistungen, die sie nach diesem Gesetz ausrichten, vertraglich rückversichern lassen.

² Rückversicherer bedürfen einer Bewilligung des Departements. Für die Erteilung dieser Bewilligung gilt Artikel 13 sinngemäss.

³ Der Bundesrat legt den Mindestanteil der Leistungen fest, welche die Versicherer selber übernehmen müssen.

Art. 15 Haftung

Die Versicherten haften nicht für die Verpflichtungen der Versicherer.

Art. 16 Aufklärung und Beratung

Die Versicherer sind verpflichtet, die interessierten Personen über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären und sie zu beraten.

Art. 17 Steuerfreiheit

¹ Die Versicherer sind, soweit ihre Einkünfte und Vermögenswerte ausschliesslich der Durchführung der sozialen Krankenversicherung und der Erbringung oder der Sicherstellung ihrer Leistungen dienen, von den direkten Steuern des Bundes, der Kantone und der Gemeinden sowie von Erbschafts- und Schenkungssteuern der Kantone und Gemeinden befreit.

² Urkunden, die bei der Durchführung der sozialen Krankenversicherung im Verkehr mit den Versicherten oder mit Drittpersonen und anderen Organisationen verwendet werden, sind von den öffentlichen Abgaben und Gebühren befreit. Der

Bezug der Prämien für die soziale Krankenversicherung unterliegt nicht der eidgenössischen Stempelabgabe auf Prämienquittungen.

³ Streitigkeiten über die Anwendung dieses Artikels beurteilt das Bundesgericht.

2. Abschnitt: Gemeinsame Einrichtung

Art. 18

¹ Die Versicherer gründen eine gemeinsame Einrichtung in Form einer Stiftung. Die Stiftungsurkunde und die Reglemente der Einrichtung bedürfen der Genehmigung durch das Departement. Kommt die Gründung der gemeinsamen Einrichtung nicht zustande, so nimmt der Bundesrat sie vor. Er erlässt die nötigen Vorschriften, wenn sich die Versicherer über den Betrieb der Einrichtung nicht einigen können.

² Die gemeinsame Einrichtung übernimmt die Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern.

³ Der Bundesrat kann der gemeinsamen Einrichtung weitere Aufgaben übertragen, namentlich zur Erfüllung internationaler Verpflichtungen.

⁴ Die Versicherer können ihr im gegenseitigen Einvernehmen bestimmte Aufgaben von gemeinsamem Interesse anvertrauen, namentlich im administrativen und technischen Bereich.

⁵ Zur Finanzierung der Aufgaben nach den Absätzen 2 und 4 müssen die Versicherer zu Lasten der sozialen Krankenversicherung Beiträge an die gemeinsame Einrichtung entrichten. Deren Höhe bemisst sich nach den Reglementen der Einrichtung.

⁶ Der Bundesrat regelt die Finanzierung der Aufgaben, die er der gemeinsamen Einrichtung nach Absatz 3 überträgt.

⁷ Die gemeinsame Einrichtung führt für jede ihrer Aufgaben eine getrennte Rechnung. Sie geniesst die gleiche Steuerfreiheit wie die Versicherer (Art. 17).

3. Abschnitt: Förderung der Gesundheit

Art. 19 Förderung der Verhütung von Krankheiten

¹ Die Versicherer fördern die Verhütung von Krankheiten.

² Sie betreiben gemeinsam mit den Kantonen eine Institution, welche Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert. Kommt die Gründung der Institution nicht zustande, so nimmt der Bund sie vor.

³ Das leitende Organ der Institution besteht aus Vertretern der Versicherer, der Kantone, der SUVA, des Bundes, der Ärzteschaft, der Wissenschaft sowie der auf dem Gebiet der Krankheitsverhütung tätigen Fachverbände.

Art. 20 Finanzierung, Aufsicht

¹ Von jeder nach diesem Gesetz obligatorisch versicherten Person ist jährlich ein Beitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung zu erheben.

² Der Bundesrat setzt auf Antrag der Institution den Beitrag fest.

³ Er übt die Aufsicht über die Tätigkeit der Institution aus. Budgets, Rechnungen und Rechenschaftsbericht sind dem Bundesamt zur Genehmigung vorzulegen.

4. Abschnitt: Aufsicht und Statistik

Art. 21 Aufsicht

¹ Die Versicherer und die gemeinsame Einrichtung unterstehen der Aufsicht des Bundesrates.

² Er sorgt für die einheitliche Anwendung des Gesetzes und regelt insbesondere die Aufteilung der Zuständigkeiten.

³ Die Durchführung der in Artikel 12 Absatz 2 genannten Versicherungen wird vom Bundesamt für Privatversicherungswesen nach der Gesetzgebung über die privaten Versicherungseinrichtungen beaufsichtigt.

⁴ Das Bundesamt für Sozialversicherung kann den Versicherern Weisungen zur einheitlichen Anwendung des Bundesrechts erteilen, von ihnen alle erforderlichen Auskünfte und Belege verlangen sowie Inspektionen durchführen. Die Versicherer müssen dem Bundesamt ihre Jahresberichte und Jahresrechnungen einreichen.

⁵ Missachtet ein Versicherer die gesetzlichen Vorschriften, so kann das Bundesamt für Sozialversicherung, je nach Art und Schwere der Mängel:

- a. Massnahmen zur Wiederherstellung des gesetzmässigen Zustandes auf Kosten des Versicherers ergreifen;
- b. dem Departement den Entzug der Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung beantragen.

⁶ Die besonderen Bestimmungen über die Beaufsichtigung der privaten Versicherungseinrichtungen bleiben vorbehalten.

Art. 22 Kontrolle der Verwaltungskosten

¹ Die Versicherer haben die Verwaltungskosten für die soziale Krankenversicherung auf das für eine wirtschaftliche Geschäftsführung erforderliche Mass zu beschränken.

² Der Bundesrat kann Bestimmungen über eine Begrenzung der Verwaltungskosten erlassen. Er berücksichtigt dabei insbesondere die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung.

Art. 23 Statistik

¹ Der Bundesrat erlässt Bestimmungen über die Erstellung, die Auswertung und die Veröffentlichung der zur Durchführung dieses Gesetzes benötigten Statistiken sowie über den Zugang zu den gesammelten Daten. Er sorgt dafür, dass der Persönlichkeitsschutz gewährleistet ist.

² Die Versicherer sowie die Behörden des Bundes und der Kantone wirken bei der Erstellung der Statistiken mit. Der Bundesrat kann die Pflicht zur Mitwirkung auf andere Personen und Organisationen ausdehnen; er hört diese zuvor an.

3. Kapitel: Leistungen

1. Abschnitt: Umschreibung des Leistungsbereichs

Art. 24 Grundsatz

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss den Artikeln 25–31 nach Massgabe der in den Artikeln 32–34 festgelegten Voraussetzungen.

Art. 25 Allgemeine Leistungen bei Krankheit

¹ Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen.

² Diese Leistungen umfassen:

- a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von:
 1. Ärzten oder Ärztinnen,
 2. Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen,
 3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen;
- b. die ärztlich oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen verordneten Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände;
- c. einen Beitrag an die Kosten von ärztlich angeordneten Badekuren;
- d. die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation;
- e. den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals;
- f. den Aufenthalt in einer teilstationären Einrichtung;
- g. einen Beitrag an die medizinisch notwendigen Transportkosten sowie an die Rettungskosten.

Art. 26 Medizinische Prävention

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie für vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind. Die Untersuchungen oder vorsorglichen Massnahmen werden von einem Arzt oder einer Ärztin durchgeführt oder angeordnet.

Art. 27 Geburtsgebrechen

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt bei Geburtsgebrechen, die nicht durch die Invalidenversicherung gedeckt sind, die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.

Art. 28 Unfälle

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt bei Unfällen nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe b die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.

Art. 29 Mutterschaft

¹ Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt neben den Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit die Kosten der besonderen Leistungen bei Mutterschaft.

² Diese Leistungen umfassen:

- a. die von Ärzten und Ärztinnen oder von Hebammen durchgeführten oder ärztlich angeordneten Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft;
- b. die Entbindung zu Hause, in einem Spital oder einer Einrichtung der teilstationären Krankenpflege sowie die Geburtshilfe durch Ärzte und Ärztinnen oder Hebammen;
- c. die notwendige Stillberatung.

Art. 30 Straffloser Abbruch der Schwangerschaft

Bei straflosem Abbruch einer Schwangerschaft nach Artikel 120 des Strafgesetzbuches¹⁾ übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.

Art. 31 Zahnärztliche Behandlungen

¹ Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlung, wenn diese:

- a. durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt ist; oder
- b. durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist; oder
- c. zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist.

² Sie übernimmt auch die Kosten der Behandlung von Schäden des Kausystems, die durch einen Unfall nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe b verursacht worden sind.

2. Abschnitt: Voraussetzungen und Umfang der Kostenübernahme

Art. 32 Voraussetzungen

¹ Die Leistungen nach den Artikeln 25–31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

¹⁾ SR 311.0

² Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft.

Art. 33 Bezeichnung der Leistungen

¹ Der Bundesrat kann die von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden.

² Er bezeichnet die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach Artikel 25 Absatz 2 sowie die Leistungen nach den Artikeln 26, 29 Absatz 2 Buchstaben a und c und 31 Absatz 1 näher.

³ Er bestimmt, in welchem Umfang die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer neuen oder umstrittenen Leistung übernimmt, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet.

⁴ Er setzt Kommissionen ein, die ihn bei der Bezeichnung der Leistungen beraten. Er sorgt für die Koordination der Arbeit der genannten Kommissionen.

⁵ Er kann die Aufgaben nach den Absätzen 1–3 dem Departement oder dem Bundesamt übertragen.

Art. 34 Umfang

¹ Die Versicherer dürfen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Artikeln 25–33 übernehmen.

² Der Bundesrat kann bestimmen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Leistungen nach den Artikeln 25 Absatz 2 oder 29 übernimmt, die aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden. Er kann bestimmen, in welchen Fällen die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer Entbindung übernimmt, die aus andern als medizinischen Gründen im Ausland erfolgt. Er kann die Übernahme der Kosten von Leistungen, die im Ausland erbracht werden, begrenzen.

4. Kapitel: Leistungserbringer

1. Abschnitt: Zulassung

Art. 35 Grundsatz

¹ Zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind die Leistungserbringer zugelassen, welche die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 erfüllen.

² Leistungserbringer sind:

- a. Ärzte und Ärztinnen;
- b. Apotheker und Apothekerinnen;
- c. Chiropraktoren und Chiropraktorinnen;

- d. Hebammen;
- e. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen;
- f. Laboratorien;
- g. Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen;
- h. Spitäler;
- i. Einrichtungen, die der teilstationären Krankenpflege dienen;
- k. Pflegeheime;
- l. Heilbäder.

Art. 36 Ärzte und Ärztinnen

¹ Ärzte und Ärztinnen sind zugelassen, wenn sie das eidgenössische Diplom besitzen und über eine vom Bundesrat anerkannte Weiterbildung verfügen.

² Der Bundesrat regelt die Zulassung von Ärzten und Ärztinnen mit einem gleichwertigen wissenschaftlichen Befähigungsausweis.

³ Zahnärzte und Zahnärztinnen sind für Leistungen nach Artikel 31 den Ärzten und Ärztinnen gleichgestellt.

Art. 37 Apotheker und Apothekerinnen

¹ Apotheker und Apothekerinnen sind zugelassen, wenn sie das eidgenössische Diplom besitzen und über eine vom Bundesrat anerkannte Weiterbildung verfügen.

² Der Bundesrat regelt die Zulassung von Apothekern und Apothekerinnen mit einem gleichwertigen wissenschaftlichen Befähigungsausweis.

³ Die Kantone bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Ärzte und Ärztinnen mit einer kantonalen Bewilligung zur Führung einer Apotheke den zugelassenen Apothekern und Apothekerinnen gleichgestellt sind. Sie berücksichtigen dabei insbesondere die Zugangsmöglichkeiten der Patienten und Patientinnen zu einer Apotheke.

Art. 38 Andere Leistungserbringer

Der Bundesrat regelt die Zulassung der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben c–g. Er hört zuvor die Kantone und die interessierten Organisationen an.

Art. 39 Spitäler und andere Einrichtungen

¹ Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind zugelassen, wenn sie:

- a. ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten;
- b. über das erforderliche Fachpersonal verfügen;
- c. über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten;

- d. der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind;
- e. auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind.

² Die Voraussetzungen von Absatz 1 Buchstaben a–c gelten sinngemäss für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der teilstationären Krankenpflege dienen.

³ Die Voraussetzungen nach Absatz 1 gelten sinngemäss für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und -patientinnen dienen (Pflegeheim).

Art. 40 Heilbäder

¹ Heilbäder sind zugelassen, wenn sie vom Departement anerkannt sind.

² Der Bundesrat legt die Anforderungen fest, welche die Heilbäder hinsichtlich ärztlicher Leitung, erforderlichem Fachpersonal, Heilanwendungen und Heilquellen erfüllen müssen.

2. Abschnitt: Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme

Art. 41

¹ Die Versicherten können unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Bei ambulanter Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt. Bei stationärer oder teilstationärer Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt.

² Beanspruchen Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:

- a. bei ambulanter Behandlung am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung;
- b. bei stationärer oder teilstationärer Behandlung im Wohnkanton oder in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e aufgeführten ausserkantonalen Spital.

³ Beansprucht die versicherte Person aus medizinischen Gründen die Dienste eines ausserhalb ihres Wohnkantons befindlichen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals, so übernimmt der Wohnkanton die Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des betreffenden Spitals für Einwohner und Einwohnerinnen des Kantons. In diesem Fall gilt das Rückgriffsrecht nach Artikel 79 sinngemäss für den Wohnkanton. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

⁴ Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 und 3). Der Versicherer muss dann nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden; Absatz 2 gilt sinngemäss. Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert.

3. Abschnitt: Schuldner der Vergütung; Rechnungstellung

Art. 42

¹ Haben Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart, so schulden die Versicherten den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung. Die Versicherten haben in diesem Fall gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Rückerstattung (System des Tiers garant).

² Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des Tiers payant).

³ Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

⁴ Der Versicherer kann eine genaue Diagnose oder zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen.

⁵ Der Leistungserbringer ist in begründeten Fällen berechtigt und auf Verlangen der versicherten Person in jedem Fall verpflichtet, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers nach Artikel 57 bekanntzugeben.

4. Abschnitt: Tarife und Preise

Art. 43 Grundsatz

¹ Die Leistungserbringer erstellen ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen.

² Der Tarif ist eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung; er kann namentlich:

- a. auf den benötigten Zeitaufwand abstellen (Zeittarif);
- b. für die einzelnen Leistungen Taxpunkte festlegen und den Taxpunktwert bestimmen (Einzelleistungstarif);
- c. pauschale Vergütungen vorsehen (Pauschaltarif);
- d. zur Sicherung der Qualität die Vergütung bestimmter Leistungen ausnahmsweise von Bedingungen abhängig machen, welche über die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 hinausgehen, wie namentlich vom Vorliegen der notwendigen Infrastruktur und der notwendigen Aus-, Weiter- oder Fortbildung eines Leistungserbringers (Tarifausschluss).

³ Der Pauschaltarif kann sich auf die Behandlung je Patient oder Patientin (Patientenpauschale) oder auf die Versorgung je Versichertengruppe (Versichertenpauschale) beziehen. Versichertenpauschalen können prospektiv aufgrund der in der Vergangenheit erbrachten Leistungen und der zu erwartenden Bedürfnisse festgesetzt werden (prospektives Globalbudget).

⁴ Tarife und Preise werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt. Dabei ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten. Bei Tarifverträgen zwischen Verbänden sind vor dem Abschluss die Organisationen anzuhören, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten.

⁵ Einzelleistungstarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Können sich die Tarifpartner nicht einigen, so legt der Bundesrat diese Tarifstruktur fest.

⁶ Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten darauf, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird.

⁷ Der Bundesrat kann Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen. Er sorgt für die Koordination mit den Tarifordnungen der anderen Sozialversicherungen.

Art. 44 Tarifschutz

¹ Die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz). Die Bestimmungen über die Vergütung für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3), bleiben vorbehalten.

² Lehnt ein Leistungserbringer es ab, Leistungen nach diesem Gesetz zu erbringen (Ausstand), so muss er dies der von der Kantonsregierung bezeichneten Stelle melden. Er hat in diesem Fall keinen Anspruch auf Vergütung nach diesem Gesetz. Wenden sich Versicherte an solche Leistungserbringer, so müssen diese sie zuerst darauf hinweisen.

Art. 45 Sicherung der medizinischen Versorgung

Ist wegen des Ausstandes von Leistungserbringern die Behandlung der Versicherten im Rahmen dieses Gesetzes nicht gewährleistet, so sorgt die Kantonsregierung für deren Sicherstellung. Ein Tarifschutz gilt auch in diesem Fall. Der Bundesrat kann nähere Bestimmungen erlassen.

Art. 46 Tarifvertrag

¹ Parteien eines Tarifvertrages sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände andererseits.

² Ist ein Verband Vertragspartei, so ist der Tarifvertrag für die Mitglieder des Verbandes nur verbindlich, wenn sie dem Vertrag beigetreten sind. Auch Nichtmitglieder, die im Vertragsgebiet tätig sind, können dem Vertrag beitreten. Der Vertrag kann vorsehen, dass diese einen angemessenen Beitrag an die Unkosten des Vertragsabschlusses und der Durchführung leisten müssen. Er regelt die Art und Weise der Beitritts- sowie der Rücktrittserklärung und ihre Bekanntgabe.

³ Nicht zulässig und damit ungültig sind insbesondere folgende Massnahmen, ohne Rücksicht darauf, ob sie in einem Tarifvertrag oder in getrennten Vereinbarungen oder Regelungen enthalten sind:

- a. Sondervertragsverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern;
- b. Verpflichtung von Verbandsmitgliedern auf bestehende Verbandsverträge;
- c. Konkurrenzverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern;
- d. Exklusivitäts- und Meistbegünstigungsklauseln.

⁴ Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht.

⁵ Die Frist für die Kündigung eines Tarifvertrages und für die Rücktrittserklärung nach Absatz 2 beträgt mindestens sechs Monate.

Art. 47 Fehlen eines Tarifvertrages

¹ Kommt zwischen Leistungserbringern und Versicherern kein Tarifvertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.

² Besteht für die ambulante Behandlung der versicherten Person ausserhalb ihres Wohn- oder Arbeitsortes oder deren Umgebung oder für die stationäre oder teilstationäre Behandlung der versicherten Person ausserhalb ihres Wohnkantons kein Tarifvertrag, so setzt die Regierung des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt, den Tarif fest.

³ Können sich Leistungserbringer und Versicherer nicht auf die Erneuerung eines Tarifvertrages einigen, so kann die Kantonsregierung den bestehenden Vertrag um ein Jahr verlängern. Kommt innerhalb dieser Frist kein Vertrag zustande, so setzt sie nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.

Art. 48 Tarifverträge mit Ärzteverbänden

¹ Bei der Genehmigung eines Tarifvertrages mit einem oder mehreren Ärzteverbänden setzt die Genehmigungsbehörde (Art. 46 Abs. 4) nach Anhören der Vertragsparteien einen Rahmentarif fest, dessen Mindestansätze unter und dessen Höchstansätze über denjenigen des genehmigten Vertragstarifes liegen.

² Der Rahmentarif kommt beim Wegfall des Tarifvertrages zur Anwendung. Ein Jahr nach dem Wegfall des Tarifvertrages kann die Genehmigungsbehörde den Rahmen ohne Rücksicht auf den früheren Vertragstarif neu festsetzen.

³ Kommt ein Tarifvertrag mit einem Ärzteverband von Anfang an nicht zustande, so kann die Genehmigungsbehörde auf Antrag der Parteien einen Rahmentarif festlegen.

⁴ Für Parteien, die einen neuen Tarifvertrag abgeschlossen haben, tritt der Rahmentarif mit der Vertragsgenehmigung ausser Kraft.

Art. 49 Tarifverträge mit Spitälern

¹ Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. Diese decken für Kantonseinwohner und -einwohnerinnen bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung. Die anrechenbaren Kosten werden bei Vertragsabschluss ermittelt. Betriebskostenanteile aus Überkapazität, Investitionskosten sowie Kosten für Lehre und Forschung werden nicht angerechnet.

² Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Für diese Leistungen dürfen sie für Kantonseinwohner und -einwohnerinnen bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten berücksichtigen.

³ Bei Spitalaufenthalten richtet sich die Vergütung nach dem Spitaltarif gemäss den Absätzen 1 und 2, solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Artikel 50 zur Anwendung.

⁴ Mit den Vergütungen nach den Absätzen 1–3 sind alle Ansprüche des Spitals für die allgemeine Abteilung abgegolten.

⁵ Die Vertragspartner vereinbaren die Vergütung bei ambulanter Behandlung und bei teilstationärem Aufenthalt.

⁶ Die Spitäler ermitteln ihre Kosten und erfassen ihre Leistungen nach einheitlicher Methode; sie führen hiezu eine Kostenstellenrechnung und eine Leistungsstatistik. Die Kantonsregierung und die Vertragsparteien können die Unterlagen einsehen. Der Bundesrat erlässt die nötigen Bestimmungen.

⁷ Die Kantonsregierungen und, wenn nötig, der Bundesrat ordnen Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Ergibt der Betriebsvergleich, dass die Kosten eines Spitals deutlich über den Kosten vergleichbarer Spitäler liegen, oder sind die Unterlagen eines Spitals ungenügend, so können die Versicherer den Vertrag nach Artikel 46 Absatz 5 kündigen und der Genehmigungsbehörde (Art. 46 Abs. 4) beantragen, die Tarife auf das richtige Mass zurückzuführen.

Art. 50 Tarifverträge mit Pflegeheimen

Beim Aufenthalt in einem Pflegeheim (Art. 39 Abs. 3) vergütet der Versicherer die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause. Er kann mit dem Pflegeheim pauschale Vergütungen vereinbaren. Die Absätze 6 und 7 von Artikel 49 sind sinngemäss anwendbar.

Art. 51 Globalbudget für Spitäler und Pflegeheime

¹ Der Kanton kann als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festsetzen. Die Kostenaufteilung nach Artikel 49 Absatz 1 bleibt vorbehalten.

² Der Kanton hört die Leistungserbringer und die Versicherer vorher an.

Art. 52 Analysen und Arzneimittel, Mittel und Gegenstände

¹ Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den Artikeln 32 Absatz 1 und 43 Absatz 6:

a. erlässt das Departement:

1. eine Liste der Analysen mit Tarif,
2. eine Liste der in der Rezeptur verwendeten Präparate, Wirk- und Hilfsstoffe mit Tarif; dieser umfasst auch die Leistungen des Apothekers oder der Apothekerin,
3. Bestimmungen über die Leistungspflicht und den Umfang der Vergütung bei Mitteln und Gegenständen, die der Untersuchung oder Behandlung dienen;

b. erstellt das Bundesamt eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste). Diese hat auch die mit den Originalpräparaten austauschbaren preisgünstigeren Generika zu enthalten.

² Für Geburtsgebrechen werden die zum Leistungskatalog der Invalidenversicherung gehörenden therapeutischen Massnahmen in die Erlasse und Listen nach Absatz 1 aufgenommen.

³ Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder der Behandlung dienende Mittel und Gegenstände dürfen höchstens nach den Tarifen, Preisen und Vergütungsansätzen gemäss Absatz 1 verrechnet werden. Der Bundesrat bezeichnet die im Praxislabor des Arztes oder der Ärztin vorgenommenen Analysen, für die der Tarif nach den Artikeln 46 und 48 festgesetzt werden kann.

Art. 53 Beschwerde an den Bundesrat

¹ Gegen die Beschlüsse der Kantonsregierung nach den Artikeln 39, 45, 46 Absatz 4, 47, 48 Absätze 1–3, 49 Absatz 7, 51, 54 und 55 kann Beschwerde an den Bundesrat erhoben werden.

² Das Beschwerdeverfahren richtet sich nach dem Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren¹⁾.

³ Der Bundesrat entscheidet innert längstens vier Monaten über die Beschwerde. Aus wichtigen Gründen kann die Frist um höchstens vier Monate überschritten werden.

¹⁾ SR 172.021

5. Abschnitt:

Ausserordentliche Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung

Art. 54 Globalbudgetierung durch die Genehmigungsbehörde

¹ Die Versicherer können beantragen, dass der Kanton als befristete ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung eines überdurchschnittlichen Kostenanstiegs einen Gesamtbetrag (Globalbudget) für die Finanzierung der Spitäler und Pflegeheime festsetzt.

² Der Kanton hat innert drei Monaten nach der Antragstellung über das Eintreten zu entscheiden. Er hört die Einrichtungen und die Versicherer vorher an.

Art. 55 Tariffestsetzung durch die Genehmigungsbehörde

¹ Steigen die durchschnittlichen Kosten je versicherte Person und Jahr in der obligatorischen Krankenpfleversicherung für ambulante oder stationäre Behandlung doppelt so stark an wie die allgemeine Preis- und Lohnentwicklung, so kann die zuständige Behörde verordnen, dass die Tarife oder die Preise für sämtliche oder bestimmte Leistungen nicht erhöht werden dürfen, solange der relative Unterschied in der jährlichen Zuwachsrate mehr als 50 Prozent gemessen an der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung beträgt.

² Zuständig ist:

- a. der Bundesrat bezüglich der von ihm genehmigten Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4;
- b. das Departement bezüglich der Tarife oder Preise nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffern 1 und 2 sowie Buchstabe b;
- c. die Kantonsregierung bezüglich der von ihr genehmigten Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4.

6. Abschnitt:

Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen

Art. 56 Wirtschaftlichkeit der Leistungen

¹ Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.

² Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden. Eine nach diesem Gesetz dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung kann zurückgefordert werden. Rückforderungsberechtigt ist:

- a. im System des Tiers garant (Art. 42 Abs. 1) die versicherte Person oder nach Artikel 89 Absatz 3 der Versicherer;
- b. im System des Tiers payant (Art. 42 Abs. 2) der Versicherer.

³ Der Leistungserbringer muss dem Schuldner der Vergütung die direkten oder indirekten Vergünstigungen weitergeben, die ihm:

- a. ein anderer in seinem Auftrag tätiger Leistungserbringer gewährt;

b. Personen oder Einrichtungen gewähren, welche Arzneimittel oder der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel oder Gegenstände liefern.

⁴ Gibt der Leistungserbringer die Vergünstigung nicht weiter, so kann die versicherte Person oder der Versicherer deren Herausgabe verlangen.

⁵ Leistungserbringer und Versicherer sehen in den Tarifverträgen Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vor. Sie sorgen insbesondere dafür, dass diagnostische Massnahmen nicht unnötig wiederholt werden, wenn Versicherte mehrere Leistungserbringer konsultieren.

Art. 57 Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen

¹ Die Versicherer oder ihre Verbände bestellen nach Rücksprache mit den kantonalen Ärztesellschaften Vertrauensärzte beziehungsweise Vertrauensärztinnen. Diese müssen die Zulassungsvoraussetzungen nach Artikel 36 erfüllen und mindestens fünf Jahre in einer Arztpraxis oder in leitender spitalärztlicher Stellung tätig gewesen sein.

² Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen, die in der ganzen Schweiz tätig sein sollen, müssen im Einvernehmen mit der Ärztesellschaft des Kantons bestellt werden, in dem der Versicherer seinen Hauptsitz oder der Verband der Versicherer seinen Sitz hat.

³ Eine kantonale Ärztesellschaft kann einen Vertrauensarzt oder eine Vertrauensärztin aus wichtigen Gründen ablehnen; in diesem Fall entscheidet das Schiedsgericht nach Artikel 89.

⁴ Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen beraten die Versicherer in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifierung. Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers.

⁵ Sie sind in ihrem Urteil unabhängig. Weder Versicherer noch Leistungserbringer noch deren Verbände können ihnen Weisungen erteilen.

⁶ Die Leistungserbringer müssen den Vertrauensärzten und Vertrauensärztinnen die zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 4 notwendigen Angaben liefern. Ist es nicht möglich, diese Angaben anders zu erlangen, so können Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen Versicherte auch persönlich untersuchen; sie müssen den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin vorher benachrichtigen und nach der Untersuchung über das Ergebnis informieren. In begründeten Fällen können die Versicherten eine Untersuchung durch einen anderen Arzt oder eine andere Ärztin verlangen. Können sie sich mit ihrem Versicherer nicht einigen, so entscheidet das Schiedsgericht nach Artikel 89.

⁷ Die Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen geben den zuständigen Stellen der Versicherer nur diejenigen Angaben weiter, die notwendig sind, um über die Leistungspflicht zu entscheiden, die Vergütung festzusetzen oder eine Verfügung zu begründen. Dabei wahren sie die Persönlichkeitsrechte der Versicherten.

⁸ Die eidgenössischen Dachverbände der Ärzte und Ärztinnen sowie der Versicherer regeln die Weitergabe der Angaben nach Absatz 7 sowie die Weiterbildung und die Stellung der Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen. Können sie sich nicht einigen, so erlässt der Bundesrat die nötigen Vorschriften.

Art. 58 Qualitätssicherung

¹ Der Bundesrat kann nach Anhören der interessierten Organisationen systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen vorsehen.

² Er kann die Durchführung der Kontrollen den Berufsverbänden oder anderen Einrichtungen übertragen.

³ Er regelt, mit welchen Massnahmen die Qualität oder der zweckmässige Einsatz der Leistungen zu sichern oder wiederherzustellen ist. Er kann insbesondere vorsehen, dass:

- a. vor der Durchführung bestimmter, namentlich besonders kostspieliger Diagnose- oder Behandlungsverfahren die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin eingeholt wird;
- b. besonders kostspielige oder schwierige Untersuchungen oder Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur vergütet werden, wenn sie von dafür qualifizierten Leistungserbringern durchgeführt werden. Er kann die Leistungserbringer näher bezeichnen.

Art. 59 Ausschluss von Leistungserbringern

Will ein Versicherer einem Leistungserbringer aus wichtigen Gründen, insbesondere bei Verstössen gegen die Anforderungen nach den Artikeln 56 und 58, die Tätigkeit nach diesem Gesetz für seine Versicherten nicht oder nicht mehr gestatten, so hat das Schiedsgericht nach Artikel 89 zu entscheiden.

5. Kapitel: Finanzierung

1. Abschnitt: Finanzierungsverfahren und Rechnungslegung

Art. 60

¹ Die obligatorische Krankenpflegeversicherung wird nach dem Ausgabenumlageverfahren finanziert. Die Versicherer bilden für bereits eingetretene Krankheiten und zur Sicherstellung der längerfristigen Zahlungsfähigkeit ausreichende Reserven.

² Die Finanzierung muss selbsttragend sein. Die Versicherer weisen die Rückstellungen und Reserven für die obligatorische Krankenpflegeversicherung in der Bilanz gesondert aus.

³ Die Versicherer führen für die obligatorische Krankenpflegeversicherung eine besondere Betriebsrechnung. Rechnungsjahr ist das Kalenderjahr. Die Prämien und die Leistungen für Krankheit und für Unfälle sind getrennt auszuweisen.

⁴ Der Bundesrat erlässt die notwendigen Vorschriften, insbesondere über die Rechnungsführung, die Rechnungsablage, die Rechnungskontrolle, die Reservebildung und die Kapitalanlagen.

2. Abschnitt: Prämien der Versicherten

Art. 61 Grundsätze

¹ Der Versicherer legt die Prämien für seine Versicherten fest. Soweit dieses Gesetz keine Ausnahme vorsieht, erhebt der Versicherer von seinen Versicherten die gleichen Prämien.

² Der Versicherer kann die Prämien nach den ausgewiesenen Kostenunterschieden kanton- und regional abstufen. Massgebend ist der Wohnort der versicherten Person. Innerhalb eines Kantons können höchstens drei regionale Abstufungen gemacht werden.

³ Für Versicherte bis zum vollendeten 18. Altersjahr (Kinder) hat der Versicherer eine tiefere Prämie festzusetzen als für ältere Versicherte (Erwachsene). Er ist berechtigt, dies auch für die Versicherten zu tun, die das 25. Altersjahr noch nicht vollendet haben und in Ausbildung begriffen sind.

⁴ Die Prämientarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bedürfen der Genehmigung durch den Bundesrat.

Art. 62 Besondere Versicherungsformen

¹ Der Versicherer kann die Prämien für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Artikel 41 Absatz 4 vermindern.

² Der Bundesrat kann weitere Versicherungsformen zulassen, namentlich solche, bei denen:

- a. die Versicherten die Möglichkeit erhalten, sich gegen eine Prämienermässigung stärker als nach Artikel 64 an den Kosten zu beteiligen;
- b. die Höhe der Prämie der Versicherten sich danach richtet, ob sie während einer bestimmten Zeit Leistungen in Anspruch genommen haben oder nicht.

³ Der Bundesrat regelt die besonderen Versicherungsformen näher. Er legt insbesondere aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse Höchstgrenzen für die Prämienermässigungen und Mindestgrenzen für die Prämienzuschläge fest. Der Risikogleich nach Artikel 105 bleibt in jedem Fall vorbehalten.

Art. 63 Entschädigungen an Dritte

¹ Übernimmt ein Arbeitgeber, ein Arbeitgeberverband, ein Arbeitnehmerverband oder eine Fürsorgebehörde Aufgaben zur Durchführung der Krankenversicherung, so hat ihnen der Versicherer dafür eine angemessene Entschädigung auszurichten.

² Der Bundesrat legt Höchstgrenzen für die Entschädigungen fest.

3. Abschnitt: Kostenbeteiligung

Art. 64

¹ Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

² Diese Kostenbeteiligung besteht aus:

- a. einem festen Jahresbetrag (Franchise); und
- b. 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

³ Der Bundesrat bestimmt die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest.

⁴ Für Kinder wird keine Franchise erhoben, und es gilt die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes. Sind mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, so sind für sie zusammen höchstens die Franchise und der Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.

⁵ Die Versicherten leisten zudem einen nach der finanziellen Belastung der Familie abgestuften Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital. Der Bundesrat setzt den Beitrag fest.

⁶ Der Bundesrat kann:

- a. für bestimmte Leistungen eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen;
- b. für Dauerbehandlungen sowie für Behandlungen schwerer Krankheiten die Kostenbeteiligung herabsetzen oder aufheben;
- c. die Kostenbeteiligung bei einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Artikel 41 Absatz 4 aufheben, wenn sie sich als nicht zweckmässig erweist.

⁷ Auf den Leistungen bei Mutterschaft darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben.

4. Abschnitt: Prämienverbilligung durch Beiträge der öffentlichen Hand

Art. 65 Prämienverbilligung durch die Kantone

¹ Die Kantone gewähren den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen.

² Diese sind so festzulegen, dass die jährlichen Beiträge des Bundes und der Kantone nach Artikel 66 grundsätzlich voll ausbezahlt werden.

³ Die Kantone dürfen die Versicherer nur mit deren Zustimmung zu einer über Artikel 82 Absatz 3 hinausgehenden Mitwirkung heranziehen.

Art. 66 Beiträge des Bundes und der Kantone

¹ Der Bund gewährt den Kantonen jährlich Beiträge zur Verbilligung der Prämien im Sinne von Artikel 65.

² Die jährlichen Beiträge des Bundes an die Kantone werden unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Finanzlage des Bundes durch einfachen Bundesbeschluss für jeweils vier Jahre festgesetzt.

³ Der Bundesrat setzt die Anteile der einzelnen Kantone am Bundesbeitrag nach deren Wohnbevölkerung und Finanzkraft fest. Er kann auch die durchschnittlichen Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in den einzelnen Kantonen berücksichtigen.

⁴ Er bestimmt nach der Finanzkraft der Kantone, in welchem Masse diese den Bundesbeitrag aus eigenen Mitteln mindestens aufzustocken haben. Der Gesamtbeitrag,

den die Kantone zu leisten haben, muss mindestens der Hälfte des gesamten Bundesbeitrages entsprechen.

⁵ Ein Kanton darf den nach Absatz 4 von ihm zu übernehmenden Beitrag um maximal 50 Prozent kürzen, wenn die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen trotzdem sichergestellt ist. Der Beitrag des Bundes an diesen Kanton wird im gleichen Verhältnis gekürzt. Der Bundesrat kann dazu nähere Bestimmungen erlassen.

3. Titel: Freiwillige Taggeldversicherung

Art. 67 Beitritt

¹ Wer in der Schweiz Wohnsitz hat oder erwerbstätig ist und das 15., aber noch nicht das 65. Altersjahr zurückgelegt hat, kann bei einem Versicherer nach Artikel 68 eine Taggeldversicherung abschliessen.

² Er kann hierfür einen anderen Versicherer wählen als für die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

³ Die Taggeldversicherung kann als Kollektivversicherung abgeschlossen werden. Kollektivversicherungen können abgeschlossen werden von:

- a. Arbeitgebern für sich und ihre Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen;
- b. Arbeitgeberorganisationen und Berufsverbänden für ihre Mitglieder und die Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen ihrer Mitglieder;
- c. Arbeitnehmerorganisationen für ihre Mitglieder.

Art. 68 Versicherer

¹ Die Versicherer nach Artikel 11 müssen in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede zum Beitritt berechtigte Person aufnehmen.

² Das Departement anerkennt auch Krankenkassen, die ihre Tätigkeit auf die Taggeldversicherung für Angehörige eines Betriebes oder Berufsverbandes beschränken, wenn sie die entsprechenden Voraussetzungen der Artikel 12 und 13 erfüllen.

³ Die Artikel 11–17 gelten sinngemäss.

Art. 69 Versicherungsvorbehalt

¹ Die Versicherer können Krankheiten, die bei der Aufnahme bestehen, durch einen Vorbehalt von der Versicherung ausschliessen. Das gleiche gilt für frühere Krankheiten, die erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen können.

² Der Versicherungsvorbehalt fällt spätestens nach fünf Jahren dahin. Die Versicherten können vor Ablauf dieser Frist den Nachweis erbringen, dass der Vorbehalt nicht mehr gerechtfertigt ist.

³ Der Versicherungsvorbehalt ist nur gültig, wenn er der versicherten Person schriftlich mitgeteilt wird und die vorbehaltenen Krankheit sowie Beginn und Ende der Vorbehaltsfrist in der Mitteilung genau bezeichnet sind.

⁴ Bei einer Erhöhung des versicherten Taggeldes und bei einer Verkürzung der Wartefrist gelten die Absätze 1–3 sinngemäss.

Art. 70 Wechsel des Versicherers

¹ Der neue Versicherer darf keine neuen Vorbehalte anbringen, wenn die versicherte Person den Versicherer wechselt, weil:

- a. die Aufnahme oder die Beendigung ihres Arbeitsverhältnisses dies verlangt; oder
- b. sie aus dem Tätigkeitsbereich des bisherigen Versicherers ausscheidet; oder
- c. der bisherige Versicherer die soziale Krankenversicherung nicht mehr durchführt.

² Der neue Versicherer kann Vorbehalte des bisherigen Versicherers bis zum Ablauf der ursprünglichen Frist weiterführen.

³ Der bisherige Versicherer sorgt dafür, dass die versicherte Person schriftlich über ihr Recht auf Freizügigkeit aufgeklärt wird. Unterlässt er dies, so bleibt der Versicherungsschutz bei ihm bestehen. Die versicherte Person hat ihr Recht auf Freizügigkeit innert drei Monaten nach Erhalt der Mitteilung geltend zu machen.

⁴ Der neue Versicherer muss auf Verlangen der versicherten Person das Taggeld im bisherigen Umfang weiterversichern. Er kann dabei die beim bisherigen Versicherer bezogenen Taggelder auf die Dauer der Bezugsberechtigung nach Artikel 72 anrechnen.

Art. 71 Ausscheiden aus einer Kollektivversicherung

¹ Scheidet eine versicherte Person aus der Kollektivversicherung aus, weil sie nicht mehr zu dem im Vertrag umschriebenen Kreis der Versicherten zählt oder weil der Vertrag aufgelöst wird, so hat sie das Recht, in die Einzelversicherung des Versicherers überzutreten. Soweit die versicherte Person in der Einzelversicherung nicht höhere Leistungen versichert, dürfen keine neuen Versicherungsvorbehalte angebracht werden; das im Kollektivvertrag massgebende Eintrittsalter ist beizubehalten.

² Der Versicherer hat dafür zu sorgen, dass die versicherte Person schriftlich über ihr Recht zum Übertritt in die Einzelversicherung aufgeklärt wird. Unterlässt er dies, so bleibt die versicherte Person in der Kollektivversicherung. Sie hat ihr Übertrittsrecht innert drei Monaten nach Erhalt der Mitteilung geltend zu machen.

Art. 72 Leistungen

¹ Der Versicherer vereinbart mit dem Versicherungsnehmer das versicherte Taggeld. Sie können die Deckung auf Krankheit und Mutterschaft beschränken.

² Der Taggeldanspruch entsteht, wenn die versicherte Person mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig ist. Ist nichts anderes vereinbart, so entsteht der Anspruch am dritten Tag nach der Erkrankung. Der Leistungsbeginn kann gegen eine entsprechende Herabsetzung der Prämie aufgeschoben werden. Wird für den Anspruch auf Taggeld eine Wartefrist vereinbart, während welcher der Arbeitgeber zur Lohnfortzahlung verpflichtet ist, so kann die Mindestbezugsdauer des Taggeldes um diese Frist verkürzt werden.

³ Das Taggeld ist für eine oder mehrere Erkrankungen während mindestens 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen zu leisten.

⁴ Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird ein entsprechend gekürztes Taggeld während der in Absatz 3 vorgesehenen Dauer geleistet. Der Versicherungsschutz für die restliche Arbeitsfähigkeit bleibt erhalten.

⁵ Bei Kürzung des Taggeldes infolge Überentschädigung nach Artikel 78 Absatz 2 hat die arbeitsunfähige versicherte Person Anspruch auf den Gegenwert von 720 vollen Taggeldern. Die Fristen für den Bezug des Taggeldes verlängern sich entsprechend der Kürzung.

Art. 73 Koordination mit der Arbeitslosenversicherung

¹ Arbeitslosen ist bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50 Prozent das volle Taggeld und bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 25, aber höchstens 50 Prozent das halbe Taggeld auszurichten, sofern die Versicherer aufgrund ihrer Versicherungsbedingungen oder vertraglicher Vereinbarungen bei einem entsprechenden Grad der Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich Leistungen erbringen.

² Arbeitslose Versicherte haben gegen angemessene Prämienanpassung Anspruch auf Änderung ihrer bisherigen Versicherung in eine Versicherung mit Leistungsbeginn ab dem 31. Tag unter Beibehaltung der bisherigen Taggeldhöhe und ohne Berücksichtigung des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt der Änderung.

Art. 74 Taggeld bei Mutterschaft

¹ Die Versicherer haben bei Schwangerschaft und Niederkunft das versicherte Taggeld auszurichten, wenn die Versicherte bis zum Tag ihrer Niederkunft während mindestens 270 Tagen und ohne Unterbrechung von mehr als drei Monaten versichert war.

² Das Taggeld ist während 16 Wochen zu leisten, wovon mindestens acht Wochen nach der Niederkunft liegen müssen. Es darf nicht auf die Dauer der Bezugsberechtigung nach Artikel 72 Absatz 3 angerechnet werden und ist auch nach deren Ausschöpfung zu leisten.

Art. 75 Finanzierungsverfahren und Rechnungsablage

¹ Die Taggeldversicherung wird nach dem Ausgabenumlageverfahren finanziert. Die Versicherer bilden für bereits eingetretene Krankheiten und zur Sicherstellung der längerfristigen Zahlungsfähigkeit ausreichende Reserven. Im übrigen gelten die Absätze 2–4 von Artikel 60 sinngemäss.

² Wendet der Versicherer in der Kollektivversicherung einen Prämientarif an, der von demjenigen der Einzelversicherung abweicht, so muss er für die Einzel- und die Kollektivversicherung getrennte Rechnungen führen.

Art. 76 Prämien der Versicherten

¹ Der Versicherer legt die Prämien für seine Versicherten fest. Er erhebt für gleiche versicherte Leistungen die gleichen Prämien.

² Gilt für die Entrichtung des Taggeldes eine Wartefrist, so hat der Versicherer die Prämien entsprechend zu reduzieren.

³ Der Versicherer kann die Prämien nach dem Eintrittsalter und nach Regionen abstufen.

⁴ Artikel 61 Absätze 2 und 4 gelten sinngemäss.

⁵ Der Bundesrat kann für die Prämienreduktion nach Absatz 2 und für die Prämienabstufungen nach Absatz 3 nähere Vorschriften erlassen.

Art. 77 Prämien in der Kollektivversicherung

Die Versicherer können in der Kollektivversicherung von der Einzelversicherung abweichende Prämien vorsehen. Diese sind so festzusetzen, dass die Kollektivversicherung mindestens selbsttragend ist.

4. Titel: Koordinationsregeln

1. Kapitel: Leistungskoordination

Art. 78

¹ Der Bundesrat regelt das Verhältnis der sozialen Krankenversicherung zu den anderen Sozialversicherungen, insbesondere in bezug auf:

- a. die Vorleistungspflicht und die nachträgliche Übernahme der zum voraus erbrachten Leistungen;
- b. die gegenseitige Meldepflicht über die Festsetzung und Änderung der Leistungen;
- c. die Abgrenzung der Leistungspflicht beim Zusammentreffen von Krankheit und Unfall;
- d. das Recht der Versicherer, Verfügungen, welche die Leistungspflicht einer anderen Sozialversicherung berühren, anzufechten.

² Er sorgt dafür, dass die Versicherten oder die Leistungserbringer durch die Leistungen der sozialen Krankenversicherung oder durch deren Zusammentreffen mit den Leistungen anderer Sozialversicherungen nicht überentschädigt werden, insbesondere beim Aufenthalt in einem Spital.

2. Kapitel: Rückgriff

Art. 79

¹ Gegenüber Dritten, die für den Versicherungsfall haften, tritt der Versicherer im Zeitpunkt des Ereignisses bis zur Höhe der gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person ein.

² Ein Rückgriffsrecht steht dem Versicherer gegen den Ehegatten¹⁾ des Versicherten²⁾, Verwandte des Versicherten in auf- und absteigender Linie oder mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen nur zu, wenn sie den Versicherungsfall absichtlich oder grobfahrlässig herbeigeführt haben.

³ Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften über die Ausübung des Rückgriffsrechts.

5. Titel: Verfahren, Rechtspflege, Strafbestimmungen

1. Kapitel: Verfahren

Art. 80 Verfügung

¹ Ist eine versicherte Person mit einem Entscheid des Versicherers nicht einverstanden, so kann sie verlangen, dass dieser innerhalb von 30 Tagen eine schriftliche Verfügung erlässt.

² Der Versicherer muss die Verfügung begründen und mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen; aus der mangelhaften Eröffnung einer Verfügung darf den Betroffenen kein Nachteil erwachsen.

³ Der Versicherer darf den Erlass einer Verfügung nicht von der Erschöpfung eines internen Instanzenzuges abhängig machen.

Art. 81 Akteneinsicht

Die Akten stehen den Beteiligten zur Einsicht offen. Schützenswerte private Interessen der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie überwiegende öffentliche Interessen sind zu wahren. Der Bundesrat bezeichnet den Kreis der Beteiligten und regelt das Verfahren.

Art. 82 Amts- und Verwaltungshilfe

¹ Die Verwaltungs- und Rechtspflegebehörden des Bundes, der Kantone, Bezirke, Kreise und Gemeinden geben den zuständigen Organen der sozialen Krankenversicherung auf Anfrage kostenlos die Auskünfte und Unterlagen, die für die Festsetzung, Änderung oder Rückforderung von Leistungen, für die Verhinderung un gerechtfertigten Leistungsbezuges, für die Festsetzung und den Bezug der Prämien oder für den Rückgriff auf haftpflichtige Dritte notwendig sind.

² Die Versicherer nach Artikel 11 und die übrigen Sozialversicherer leisten einander im Einzelfall Verwaltungshilfe nach Absatz 1.

³ Die Versicherer geben den zuständigen Behörden der Kantone auf Anfrage kostenlos die notwendigen Auskünfte und Unterlagen für:

¹⁾ Da es sich um einen feststehenden Rechtsbegriff handelt, der sich auf Personen beider Geschlechter bezieht (im Gegensatz zu den Ausdrücken «Ehemann» und «Ehefrau»), wird dem Grundsatz der sprachlichen Gleichbehandlung nicht Rechnung getragen.

²⁾ Der übliche Ausdruck «die versicherte Person» würde die Klarheit und die Lesbarkeit des Textes beeinträchtigen.

- a. die Ausübung des Rückgriffsrechts nach Artikel 41 Absatz 3;
- b. die Festsetzung der Prämienverbilligung nach Artikel 65.

Art. 83 Schweigepflicht

Personen, die an der Durchführung, der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der sozialen Krankenversicherung beteiligt sind, haben über ihre Wahrnehmungen gegenüber Dritten Schweigen zu bewahren. Wo keine schützenswerten privaten Interessen entgegenstehen, kann der Bundesrat Ausnahmen von der Schweigepflicht vorsehen.

Art. 84 Datenschutz

Der Datenschutz richtet sich nach dem Bundesgesetz vom 19. Juni 1992¹⁾ über den Datenschutz; die Artikel 12–15 des genannten Gesetzes sind dabei nicht anwendbar.

2. Kapitel: Rechtspflege

Art. 85 Einsprache

¹ Gegen Verfügungen kann innerhalb von 30 Tagen nach der Eröffnung beim Versicherer Einsprache erhoben werden.

² Die Einspracheentscheide sind zu begründen und mit einer Rechtsmittelbelehrung zu versehen.

³ Das Einspracheverfahren ist kostenlos; Parteientschädigungen werden nicht ausgerichtet.

⁴ Der Versicherer darf den Erlass eines Einspracheentscheides nicht von der Erschöpfung eines internen Instanzenzuges abhängig machen.

Art. 86 Kantonales Versicherungsgericht

¹ Gegen Einspracheentscheide kann Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhoben werden. Die Beschwerde ist innert 30 Tagen nach der Eröffnung des Einspracheentscheides bei dem vom Kanton bezeichneten Versicherungsgericht einzureichen, das für die Entscheidung von Streitigkeiten der Versicherer unter sich oder mit Versicherten oder mit Dritten zuständig ist.

² Beschwerde kann auch erhoben werden, wenn der Versicherer entgegen dem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.

³ Zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person oder der Dritte zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz oder der Versicherer, gegen den die Beschwerde gerichtet ist, seinen Sitz hat. Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person oder des Dritten im Ausland, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem sich ihr letzter schweizerischer Wohnsitz befand oder in dem ihr letzter schweizerischer Arbeitgeber Wohnsitz hat;

¹⁾ SR 235.1

lässt sich keiner dieser Orte ermitteln, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem der Versicherer seinen Sitz hat. Bei Streitigkeiten der Versicherer unter sich ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem der beklagte Versicherer seinen Sitz hat.

⁴Die Versicherer dürfen das Recht der Versicherten, Beschwerde bei einem kantonalen Versicherungsgericht zu erheben, nicht von der Erschöpfung eines internen Instanzenzuges abhängig machen.

Art. 87 Verfahrensregeln

Die Kantone regeln das Verfahren; es hat folgenden Anforderungen zu genügen:

- a. Das Verfahren muss einfach, rasch und für die Parteien kostenlos sein; einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, können jedoch eine Spruchgebühr und die Verfahrenskosten auferlegt werden.
- b. Die Beschwerde muss ein Rechtsbegehren, eine gedrängte Darstellung des Sachverhaltes und eine kurze Begründung enthalten. Genügt sie diesen Anforderungen nicht, so setzt das Gericht dem Beschwerdeführer¹⁾ eine angemessene Frist zur Verbesserung und verbindet damit die Androhung, dass sonst auf die Beschwerde nicht eingetreten wird.
- c. Das Gericht stellt unter Mitwirkung der Parteien die für den Entscheid erheblichen Tatsachen fest; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei.
- d. Das Gericht ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden. Es kann eine Verfügung zu Ungunsten des Beschwerdeführers ändern oder diesem mehr zusprechen, als er verlangt hat, wobei den Parteien vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist.
- e. Rechtfertigen es die Umstände, so werden die Parteien zur Verhandlung vorgeladen.
- f. Das Recht, sich verbeiständen zu lassen, muss gewährleistet sein. Wo die Verhältnisse es rechtfertigen, wird dem Beschwerdeführer ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt.
- g. Der obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf den Ersatz der Parteikosten, welche vom Gericht festzusetzen sind. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen.
- h. Die Entscheide werden, versehen mit einer Begründung und einer Rechtsmittelbelehrung sowie mit den Namen der Mitglieder des Gerichts, schriftlich eröffnet.
- i. Die Revision von Entscheiden wegen Entdeckung neuer Tatsachen oder Beweismittel oder wegen Einwirkung durch Verbrechen oder Vergehen auf den Entscheid muss gewährleistet sein.

¹⁾ Da es sich um einen feststehenden Rechtsbegriff handelt, wird dem Grundsatz der sprachlichen Gleichbehandlung nicht Rechnung getragen.

Art. 88 Vollstreckung

¹ Verfügungen und Einspracheentscheide nach diesem Gesetz sind vollstreckbar, wenn:

- a. sie nicht mehr durch Rechtsmittel angefochten werden können;
- b. das zulässige Rechtsmittel keine aufschiebende Wirkung hat;
- c. die einem Rechtsmittel zukommende aufschiebende Wirkung entzogen wird.

² Vollstreckbare Verfügungen und Einspracheentscheide, die auf Geldzahlung oder Sicherheitsleistung gerichtet sind, stehen vollstreckbaren Urteilen im Sinne von Artikel 80 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs¹⁾ gleich.

Art. 89 Kantonales Schiedsgericht

¹ Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern entscheidet ein Schiedsgericht.

² Zuständig ist das Schiedsgericht desjenigen Kantons, dessen Tarif zur Anwendung gelangt, oder desjenigen Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt.

³ Das Schiedsgericht ist auch zuständig, wenn die versicherte Person die Vergütung schuldet (System des Tiers garant, Art. 42 Abs. 1); in diesem Fall vertritt ihr Versicherer sie auf eigene Kosten.

⁴ Der Kanton bezeichnet ein Schiedsgericht. Es setzt sich zusammen aus einer neutralen Person, die den Vorsitz innehat, und aus je einer Vertretung der Versicherer und der betroffenen Leistungserbringer in gleicher Zahl. Die Kantone können die Aufgaben des Schiedsgerichts dem kantonalen Versicherungsgericht übertragen; dieses wird durch je einen Vertreter oder eine Vertreterin der Beteiligten ergänzt.

⁵ Der Kanton regelt das Verfahren; dieses muss einfach und rasch sein. Das Schiedsgericht stellt unter Mitwirkung der Parteien die für den Entscheid erheblichen Tatsachen fest; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei.

⁶ Die Entscheide werden, versehen mit einer Begründung und einer Rechtsmittelbelehrung sowie mit den Namen der Mitglieder des Gerichts, schriftlich eröffnet.

Art. 90 Eidgenössische Rekurskommission für die Spezialitätenliste

¹ Verfügungen über die Aufnahme in die Spezialitätenliste (Art. 52 Abs. 1 Bst. b) unterliegen der Beschwerde an die Eidgenössische Rekurskommission für die Spezialitätenliste.

² Das Beschwerdeverfahren richtet sich nach dem Bundesrechtspflegegesetz²⁾.

Art. 91 Eidgenössisches Versicherungsgericht

Gegen Entscheide der kantonalen Versicherungsgerichte und Schiedsgerichte sowie der Eidgenössischen Rekurskommission für die Spezialitätenliste kann nach Mass-

¹⁾ SR 281.1

²⁾ SR 173.110

gabe des Bundesrechtspflegegesetzes¹⁾ Verwaltungsgerichtsbeschwerde beim Eidgenössischen Versicherungsgericht geführt werden.

3. Kapitel: Strafbestimmungen

Art. 92 Vergehen

Mit Gefängnis bis zu sechs Monaten oder mit Busse, sofern nicht ein mit einer höheren Strafe bedrohtes Verbrechen oder Vergehen des Schweizerischen Strafgesetzbuches²⁾ vorliegt, wird bestraft wer:

- a. sich durch unwahre oder unvollständige Angaben oder in anderer Weise der Versicherungspflicht ganz oder teilweise entzieht;
- b. durch unwahre oder unvollständige Angaben oder in anderer Weise für sich oder andere Leistungen nach diesem Gesetz, die ihm nicht zukommen, erwirkt;
- c. als Durchführungsorgan im Sinne dieses Gesetzes seine Pflichten, namentlich die Schweigepflicht, verletzt oder seine Stellung zum Nachteil Dritter, zum eigenen Vorteil oder zum unrechtmässigen Vorteil anderer missbraucht.

Art. 93 Übertretungen

Mit Haft oder Busse wird bestraft, wer vorsätzlich:

- a. in Verletzung der Auskunftspflicht unwahre Auskunft erteilt oder die Auskunft verweigert;
- b. sich der Pflicht zur Amts- und Verwaltungshilfe nach Artikel 82 entzieht;
- c. sich einer von der Aufsichtsbehörde angeordneten Kontrolle widersetzt oder diese auf eine andere Weise verunmöglicht.

Art. 94 Widerhandlung in Geschäftsbetrieben

Die Artikel 6 und 7 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsstrafrecht³⁾ sind anwendbar.

Art. 95 Strafverfolgung

Die Strafverfolgung ist Sache der Kantone.

6. Titel: Schlussbestimmungen

1. Kapitel: Vollzug

Art. 96

Der Bundesrat ist mit dem Vollzug dieses Gesetzes beauftragt. Er erlässt die Ausführungsbestimmungen.

¹⁾ SR 173.110

²⁾ SR 311.0

³⁾ SR 313.0

2. Kapitel: Übergangsbestimmungen

Art. 97 Kantonale Erlasse

¹ Die Kantone erlassen bis zum Inkrafttreten des Gesetzes die Ausführungsbestimmungen zu Artikel 65. Der Bundesrat bestimmt, bis zu welchem Zeitpunkt sie die übrigen Ausführungsbestimmungen erlassen müssen.

² Ist der Erlass der definitiven Regelung zu Artikel 65 nicht fristgerecht möglich, so kann die Kantonsregierung eine provisorische Regelung treffen.

Art. 98 Fortführung der Versicherung durch anerkannte Krankenkassen

¹ Die nach dem Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 anerkannten Krankenkassen, welche die Krankenversicherung nach dem vorliegenden Gesetz fortführen wollen, haben dies dem Bundesamt spätestens sechs Monate vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes mitzuteilen. Gleichzeitig haben sie die Prämientarife für die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die freiwillige Taggeldversicherung zur Genehmigung nach den Artikeln 61 Absatz 4 und 76 Absatz 4 einzureichen.

² Krankenkassen, deren Tätigkeitsbereich sich nach bisherigem Recht auf einen Betrieb oder einen Berufsverband beschränkte, können die Taggeldversicherung weiterhin in diesem beschränkten Rahmen durchführen. Sie haben dies in der Mitteilung nach Absatz 1 anzuführen.

³ Der Bundesrat erlässt Bestimmungen über die Aufteilung des bisherigen Vermögens der Krankenkassen auf die nach neuem Recht weitergeführten Versicherungen.

Art. 99 Verzicht auf die Fortführung der sozialen Krankenversicherung

¹ Krankenkassen, welche die Krankenversicherung nicht nach diesem Gesetz fortführen, verlieren mit dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes ihre Anerkennung. Sie haben dies ihren Mitgliedern und dem Bundesamt spätestens sechs Monate vor Inkrafttreten dieses Gesetzes schriftlich mitzuteilen.

² Sind diese Krankenkassen bei Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht im Besitze einer Bewilligung zum Betrieb von Versicherungen im Sinne des Versicherungsaufsichtsgesetzes vom 23. Juni 1978¹⁾, so haben sie sich aufzulösen. Vorbehalten bleibt die auf einen Betrieb oder Berufsverband beschränkte Durchführung einer Krankengeldversicherung. Das Bundesamt entscheidet nach Rücksprache mit dem Bundesamt für Privatversicherungswesen, welcher Teil des Vermögens dieser Krankenkassen nach Absatz 3 zu verwenden ist.

³ Wird das Vermögen einer aufgelösten Krankenkasse nicht durch Fusion auf einen anderen Versicherer im Sinne von Artikel 11 dieses Gesetzes übertragen, so fällt ein allfälliger Vermögensüberschuss bei privatrechtlich organisierten Krankenkassen in den Insolvenzfonds der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18).

¹⁾ SR 961.01

Art. 100 Andere Versicherer

Versicherer nach Artikel 11 Buchstabe b, welche die soziale Krankenversicherung mit Inkrafttreten dieses Gesetzes durchführen wollen, haben ihr Gesuch um Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung mit den erforderlichen Unterlagen spätestens sechs Monate vor Inkrafttreten dem Bundesamt einzureichen.

Art. 101 Leistungserbringer, Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen

¹ Ärzte und Ärztinnen, Apotheker und Apothekerinnen, Chiropraktoren und -praktikerinnen, Hebammen sowie medizinische Hilfspersonen und Laboratorien, die unter dem bisherigen Recht zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung zugelassen waren, sind auch nach neuem Recht als Leistungserbringer zugelassen.

² Anstalten oder deren Abteilungen, die nach bisherigem Recht als Heilanstalten gelten, sind als Leistungserbringer nach neuem Recht zugelassen, solange der Kanton die in Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e vorgesehene Liste der Spitäler und Pflegeheime noch nicht erstellt hat. Die Leistungspflicht der Versicherer und die Höhe der Vergütung richten sich bis zu einem vom Bundesrat zu bestimmenden Zeitpunkt nach den bisherigen Verträgen oder Tarifen.

³ Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen, die unter dem bisherigen Recht für einen Versicherer (Art. 11–13) tätig waren, dürfen von dem Versicherer oder ihren Verbänden auch nach neuem Recht mit den Aufgaben nach Artikel 57 betraut werden. Die Absätze 3–8 von Artikel 57 sind auch in diesen Fällen anwendbar.

Art. 102 Bestehende Versicherungsverhältnisse

¹ Führen anerkannte Krankenkassen nach bisherigem Recht bestehende Krankenpflege- und Krankengeldversicherungen nach neuem Recht fort, so gilt für diese Versicherungen mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes das neue Recht.

² Bestimmungen der Krankenkassen über Leistungen bei Krankenpflege, die über den Leistungsumfang nach Artikel 34 Absatz 1 hinausgehen (statutarische Leistungen, Zusatzversicherungen), sind innert eines Jahres nach Inkrafttreten dieses Gesetzes dem neuen Recht anzupassen. Bis zur Anpassung richten sich Rechte und Pflichten der Versicherten nach dem bisherigen Recht. Die Krankenkasse ist verpflichtet, ihren Versicherten Versicherungsverträge anzubieten, die mindestens den bisherigen Umfang des Versicherungsschutzes gewähren. Die unter dem früheren Recht zurückgelegten Versicherungszeiten sind bei der Festsetzung der Prämien anzurechnen.

³ Nach bisherigem Recht bestehende Versicherungsverhältnisse bei Krankenkassen, die ihre Anerkennung verlieren und das Versicherungsgeschäft als Versicherungseinrichtung im Sinne des Versicherungsaufsichtsgesetzes vom 23. Juni 1978¹⁾ fortführen (Art. 99), fallen mit Inkrafttreten dieses Gesetzes dahin. Die Versicherten können jedoch ihre Fortführung verlangen, wenn die Versicherungseinrichtung die entsprechende Versicherung weiterhin anbietet.

¹⁾ SR 961.01

⁴ Nach bisherigem Recht bestehende Versicherungsverträge mit anderen Versicherern als anerkannten Krankenkassen für Risiken, die nach diesem Gesetz aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt werden, fallen mit dessen Inkrafttreten dahin. Über diesen Zeitpunkt hinaus bezahlte Prämien werden zurückerstattet. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten ereignet haben, sind jedoch nach den bisherigen Verträgen zu gewähren.

⁵ Nach bisherigem Recht bestehende Versicherungsverträge mit anderen Versicherern als anerkannten Krankenkassen für Risiken, die nach diesem Gesetz aus der freiwilligen Taggeldversicherung gedeckt werden, können innert eines Jahres nach dessen Inkrafttreten auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der Versicherungsnehmerin dem neuen Recht angepasst werden, wenn der Versicherer die freiwillige Taggeldversicherung nach diesem Gesetz durchführt.

Art. 103 Versicherungsleistungen

¹ Versicherungsleistungen für Behandlungen, die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes vorgenommen worden sind, werden nach bisherigem Recht gewährt.

² Beim Inkrafttreten laufende Krankengelder aus bestehenden Krankengeldversicherungen bei anerkannten Krankenkassen sind noch für längstens zwei Jahre nach den Bestimmungen des bisherigen Rechts über die Leistungsdauer zu gewähren.

Art. 104 Tarifverträge

¹ Mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes werden bestehende Tarifverträge nicht aufgehoben. Der Bundesrat bestimmt, bis wann sie an das neue Recht anzupassen sind.

² Versicherer, welche die soziale Krankenversicherung erst unter dem neuen Recht aufnehmen, haben ein Recht auf Beitritt zu Tarifverträgen, die unter dem bisherigen Recht von Krankenkassenverbänden abgeschlossen worden sind (Art. 46 Abs. 2).

³ Der Bundesrat bestimmt den Zeitpunkt, von dem an Spitäter und Pflegeheime Artikel 49 Absätze 6 und 7 einzuhalten haben.

Art. 105 Risikoausgleich

¹ Versicherer, die unter ihren Versicherten weniger Frauen und ältere Personen haben als der Durchschnitt aller Versicherer, müssen der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18) zugunsten von Versicherern mit überdurchschnittlich vielen Frauen und älteren Personen Abgaben entrichten, welche die durchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen den massgebenden Risikogruppen in vollem Umfang ausgleichen.

² Für den Vergleich massgebend sind die Strukturen der Bestände innerhalb eines Kantons und jedes Versicherers.

³ Die gemeinsame Einrichtung führt den Risikoausgleich unter den Versicherern innerhalb der einzelnen Kantone durch.

⁴ Der Risikoausgleich ist auf die Dauer von zehn Jahren ab Inkrafttreten dieses Gesetzes befristet. Der Bundesrat erlässt die Ausführungsbestimmungen zum

Risikoausgleich unter Wahrung der Anreize zur Kosteneinsparung durch die Versicherer.

Art. 106 Bundesbeiträge

¹ Für die ersten vier Jahre nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes, höchstens aber bis zum Jahre 1999, betragen die jährlichen Beiträge des Bundes nach Artikel 66:

- a. im ersten Jahr 1830 Millionen Franken
- b. im zweiten Jahr 1940 Millionen Franken
- c. im dritten Jahr 2050 Millionen Franken
- d. im vierten Jahr 2180 Millionen Franken

² Für die ersten vier Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes, höchstens aber bis zum Jahre 1999, entspricht der Gesamtbeitrag, um den die Kantone den Bundesbeitrag aus eigenen Mitteln mindestens aufzustocken haben, folgenden Prozentsätzen des Bundesbeitrages:

- a. im ersten Jahr 35 Prozent
- b. im zweiten Jahr 40 Prozent
- c. im dritten Jahr 45 Prozent
- d. im vierten Jahr 50 Prozent

3. Kapitel: Referendum und Inkrafttreten

Art. 107

¹ Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

² Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten. Er kann die Fristen in den Artikeln 98 Absatz 1, 99 Absatz 1 und 100 verkürzen.

Ständerat, 18. März 1994

Der Präsident: Jagmetti

Der Sekretär: Lanz

Nationalrat, 18. März 1994

Die Präsidentin: Gret Haller

Der Protokollführer: Anliker

Datum der Veröffentlichung: 5. April 1994¹⁾

Ablauf der Referendumsfrist: 4. Juli 1994

¹⁾ BBl 1994 II 236

Aufhebung und Änderung von Bundesgesetzen

1. Das Bundesgesetz vom 13. Juni 1911¹⁾ über die Krankenversicherung wird aufgehoben.
2. Das Versicherungsaufsichtsgesetz vom 23. Juni 1978²⁾ wird wie folgt geändert:

Art. 4 Abs. 1 Bst. f und g

¹ Von der Aufsicht ausgenommen sind:

- f. die Krankenkassen im Sinne von Artikel 12 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994³⁾ über die Krankenversicherung (KVG);
- g. die den Krankenkassen in Anwendung von Artikel 14 Absatz 2 KVG gleichgestellten Rückversicherer.

Art. 5

Aufgehoben

Art. 47 Abs. 2–4

² Für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994³⁾ über die Krankenversicherung sehen die Kantone ein einfaches und rasches Verfahren vor, in dem der Richter den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt und die Beweise nach freiem Ermessen würdigt.

³ Bei Streitigkeiten im Sinne von Absatz 2 dürfen den Parteien keine Verfahrenskosten auferlegt werden; jedoch kann bei mutwilliger Prozessführung der Richter der fehlbaren Partei solche Kosten ganz oder teilweise auferlegen.

⁴ *bisheriger Abs. 2*

3. Das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag⁴⁾ wird wie folgt geändert:

Art. 100 Abs. 2

² Für Versicherungsnehmer und Versicherte, die nach Artikel 10 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes vom 25. Juni 1982⁵⁾ als arbeitslos gelten, sind überdies die Artikel 71 Absatz 1 und 73 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994³⁾ über die Krankenversicherung sinngemäss anwendbar.

¹⁾ BS 8 281; AS 1959 858, 1964 965, 1968 64, 1971 1465, 1977 2249, 1978 1836, 1982 196 1676 2184, 1990 1091

²⁾ SR 961.01

³⁾ AS ...

⁴⁾ SR 221.229.1

⁵⁾ SR 837.0

Art. 101 Abs. 1 Ziff. 2

¹ Dieses Gesetz findet keine Anwendung:

2. auf die privaten Rechtsverhältnisse zwischen den Versicherungseinrichtungen, die gemäss Artikel 4 Buchstaben a–e und g des Versicherungsaufsichtsgesetzes vom 23. Juni 1978¹⁾ (VAG) von der Aufsicht ausgenommen oder einer vereinfachten Aufsicht (Art. 53 Abs. 3 VAG) unterstellt sind, und ihren Versicherten.

4. Das Bundesgesetz über die Unfallversicherung²⁾ wird wie folgt geändert:

Art. 68 Abs. 1 Bst. c

¹ Personen, für deren Versicherung nicht die SUVA zuständig ist, werden nach diesem Gesetz gegen Unfall versichert durch:

- c. Krankenkassen im Sinne des Bundesgesetzes vom 18. März 1994³⁾ über die Krankenversicherung;

5. Das Bundesgesetz vom 19. März 1965⁴⁾ über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 3 Abs. 4 Bst. d und 4^{bis}

⁴ Vom Einkommen werden abgezogen:

- d. Prämien für Lebens-, Unfall- und Invalidenversicherungen bis zum jährlichen Höchstbetrag von 300 Franken bei Alleinstehenden und 500 Franken bei Ehepaaren und Personen mit rentenberechtigten oder an der Rente beteiligten Kindern sowie die Beiträge an die Sozialversicherungen des Bundes unter Ausschluss der Krankenversicherung;

^{4bis} Der Bundesrat bezeichnet die Heim-, Arzt-, Zahnarzt-, Arznei-, Pflege- und Hilfsmittelkosten sowie die behinderungsbedingten Mehrkosten, die abgezogen werden können.

Übergangsbestimmung

¹ Als Ersatz für den Wegfall des Abzuges der Krankenversicherungsprämien werden die Einkommensgrenzen nach Artikel 2 Absatz 1 für Alleinstehende und Ehepaare einmalig um einen Betrag, den der Bundesrat festsetzt, erhöht. Die Kantone haben den Betrag für die persönlichen Auslagen für Heimbewohner nach Artikel 2 Absatz 1^{bis} um denselben Betrag zu erhöhen.

² Die Erhöhung erfolgt auf den Jahresanfang.

¹⁾ SR 961.01

²⁾ SR 832.20

³⁾ AS ...

⁴⁾ SR 831.30

6. Das Bundesgesetz vom 24. Juni 1977¹⁾ über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger (ZUG) wird wie folgt geändert:

Art. 3 Abs. 2 Bst. b

² Nicht als Unterstützung gelten:

- a. ...
- b. die von einem Gemeinwesen anstelle von Versicherten zu leistenden Mindestbeiträge an obligatorische Versicherungen.

5045

¹⁾ SR 851.1

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994

| | |
|---------------------|------------------|
| In | Bundesblatt |
| Dans | Feuille fédérale |
| In | Foglio federale |
| Jahr | 1994 |
| Année | |
| Anno | |
| Band | 2 |
| Volume | |
| Volume | |
| Heft | 13 |
| Cahier | |
| Numero | |
| Geschäftsnummer | --- |
| Numéro d'affaire | |
| Numero dell'oggetto | |
| Datum | 05.04.1994 |
| Date | |
| Data | |
| Seite | 236-273 |
| Page | |
| Pagina | |
| Ref. No | 10 052 964 |

Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv digitalisiert.

Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses.

Il documento è stato digitalizzato dell'Archivio federale svizzero.