

Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Änderung vom 20. März 1987

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,
nach Einsicht in eine Botschaft des Bundesrates vom 19. August 1981¹⁾,
beschliesst:*

I

Das Bundesgesetz vom 13. Juni 1911²⁾ über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

Titel

Bundesgesetz über die Kranken- und Mutterschaftsversicherung (KMVG)

Ingress

gestützt auf die Artikel 34^{bis} und 34^{quinqües} Absatz 4 der Bundesverfassung,

Änderung von Ausdrücken

In den Artikeln 27 Absatz 1 zweiter Satz und 33 Absatz 1 erster Satz wird der Hinweis auf den ersten Titel gestrichen.

In den Artikeln 23 Absatz 1, 24 und 25 Absätze 1, 2 und 4 wird der Ausdruck «medizinische Hilfspersonen» ersetzt durch «medizinisch-therapeutisches Personal und Personen der spitalexternen Krankenpflege».

¹⁾ BBl 1981 II 1117

²⁾ SR 832.10

Gliederungstitel

Erstes Kapitel: Grundsätze

Art. 1

A. Zweck und
Gegenstand

¹ Der Bund fördert unter Mitwirkung der Kantone die Krankenversicherung. Er sorgt insbesondere durch Beiträge dafür, dass sich die Bevölkerung zu tragbaren Bedingungen versichern kann und dass die Lasten ausgewogen verteilt sind.

² Die Krankenversicherung umfasst auch die Mutterschaftsversicherung.

³ Die Krankenversicherung ist unter Vorbehalt von Artikel 2 freiwillig.

Art. 2 Randtitel sowie Abs. 4

B. Mitwirkung
der Kantone

⁴ Die Kantone beteiligen sich an den Beiträgen des Bundes und gewähren eigene Beiträge für wirtschaftlich schwächere Versicherte, um deren finanzielle Belastung aus der Krankenversicherung zu vermindern.

Gliederungstitel

**Zweites Kapitel:
Die Krankenpflegeversicherung und die freiwillige
Krankengeldversicherung**

Art. 2^{bis}

A. Krankenkassen

¹ Die Krankenpflegeversicherung und die freiwillige Krankengeldversicherung nach diesem Gesetz werden durch die anerkannten Krankenkassen (Kassen) durchgeführt.

² Die Kassen werden vom Bundesrat anerkannt, wenn sie den Anforderungen dieses Gesetzes genügen. Sie erhalten Beiträge der öffentlichen Hand. Im übrigen richten sich die Kassen nach ihrem Gutfinden ein.

Art. 3 Abs. 4^{bis}

^{4bis} Sie können im Bereich der Kranken- und Mutterschaftsversicherung Zusatzversicherungen betreiben; diese sind unabhängig von der Grundversicherung zu finanzieren. Die Kassen regeln diese Versicherungen und können dabei für die Aufnahme, den Anspruch auf Leistungen und die Abstufung der Mitgliederbeiträge von diesem Gesetz abweichen, soweit es nicht ausdrücklich bestimmt, dass eine Vorschrift auch für Zusatzversicherungen gilt.

Art. 5 Abs. 1

¹ Jede in der Schweiz wohnhafte Person, die das Rentenalter der AHV noch nicht erreicht hat, hat das Recht, in eine Kasse einzutreten, wenn sie die Aufnahmebedingungen erfüllt.

Art. 11^{bis}

V. Informationspflicht der Kassen

Die Kassen teilen ihren Mitgliedern einmal im Jahr schriftlich mit:

- a. welche Krankenpflegeleistungen dem gesetzlichen Minimum entsprechen;
- b. welche weitergehenden Pflegeleistungen sie in ihrer Grundversicherung eingeschlossen haben;
- c. welche Zusatzversicherungen sie anbieten und wie hoch die entsprechenden Beiträge sind.

Art. 12

D. Versicherungsleistungen
I. Krankenpflege, Grundversicherung

¹ Die Leistungen der Krankenpflegeversicherung haben mindestens zu umfassen:

1. bei ambulanter Versorgung:
 - a. die Untersuchungen und Behandlungen durch einen Arzt;
 - b. die von einem Arzt angeordneten Heilanwendungen und Pflegeleistungen von medizinisch-therapeutischem Personal oder Personen der spitalexternen Krankenpflege;
 - c. die Untersuchungen und Behandlungen durch einen Chiropraktor nach Artikel 21 Absatz 4;
 - d. die von einem Arzt verordneten Arzneimittel und Analysen sowie die für die Behandlung der Versicherten erforderlichen Mittel und Gegenstände.
2. bei stationärer Versorgung: die Behandlungspauschale für die allgemeine Abteilung und die Taxen für besondere diagnostische und therapeutische Leistungen (Art. 22^{quinquies}); vorbehalten bleibt Artikel 22^{sexies}, Absatz 1;
3. einen Kurbeitrag für Badekuren, die ein Arzt zur Behandlung oder Nachbehandlung einer Krankheit angeordnet hat;
4. bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Entdeckung von Krankheiten sowie vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind;
5. Massnahmen der medizinischen Rehabilitation.

² Die Leistungen der Krankenpflegeversicherung für Behandlungen durch einen Zahnarzt umfassen die vom Bundesrat näher bezeichneten Behandlungen nicht vermeidbarer Erkrankungen und ihrer Folgeschäden im Kausystem, sowie, falls hierfür keine an-

dere Versicherung aufkommt, die Behandlung unfallbedingter Schäden des Kausystems. Absatz 1 Ziffer 1 ist sinngemäss anwendbar.

³ Die Leistungen der Krankenpflegeversicherung für die ambulante und stationäre Versorgung werden zeitlich unbeschränkt gewährt.

⁴ Der Bundesrat bestimmt die Voraussetzungen, unter denen ein Beitrag für Badekuren gewährt wird, sowie dessen Höhe und Dauer.

⁵ Der Bundesrat bezeichnet nach Anhören der von ihm bestellten Fachkommissionen die Leistungen der Krankenpflegeversicherung näher. Er schliesst neue oder bereits angewandte Untersuchungen oder Behandlungen nach Methoden, deren Wirkung nicht wissenschaftlich nachgewiesen ist oder die unzweckmässig oder unwirtschaftlich sind, von den Leistungen aus. Ganz oder teilweise schliesst der Bundesrat Leistungen für Untersuchungen oder Behandlungen aus, die nicht mehr oder nur noch teilweise auf eine Krankheit gerichtet sind.

⁶ Der Bundesrat erstellt nach Anhören der von ihm bestellten Arzneimittelkommission eine Liste der Arzneimittel, Analysen, Mittel und Gegenstände, welche die Kassen übernehmen müssen (Pflichtleistungen) sowie eine Liste der Arzneimittel und Präparate, welche die Kassen auch freiwillig nicht übernehmen dürfen. Für andere Arzneimittel dürfen die Kassen freiwillig höchstens den halben Preis vergüten. In die Liste der Pflichtleistungen werden nur Arzneimittel, Analysen, Mittel und Gegenstände aufgenommen, deren Wirkung nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen ist und die zweckmässig und wirtschaftlich sind.

Art. 12^{bis} ¹⁾

II. Krankengeld ¹ Die Kassen gewähren die Leistungen der freiwilligen Krankengeldversicherung, wenn der Versicherte mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig ist. Sie bestimmen das versicherbare Krankengeld. Dieses ist für eine oder mehrere Krankheiten während wenigstens 720 Tagen innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen zu gewähren. Wird für den Anspruch auf Krankengeld eine Wartezeit vereinbart, während welcher der Arbeitgeber zur Lohnfortzahlung verpflichtet ist; so kann die Mindestbezugsdauer des Krankengeldes um diese Frist verkürzt werden. Für die Mutterschaft gilt die Leistungsdauer nach Artikel 14 Absatz 6.

¹⁾ Die Absätze 1^{bis} und 2^{bis}, eingefügt durch AVIG vom 25. Juni 1982, werden Absatz 2^{bis} und 2^{ter}.

² Die Krankengeldversicherung steht auch nicht erwerbstätigen Personen offen, soweit ihnen aus der Versicherung voraussichtlich kein Gewinn erwächst.

³ Kinder dürfen nicht für Krankengeld versichert sein.

⁴ Hat der Versicherte den Gesundheitsschaden absichtlich oder grobfahrlässig herbeigeführt oder verschlimmert oder hat er trotz Mahnungen die Anordnungen des Arztes nicht befolgt, so kann die Kasse das Krankengeld kürzen oder in besonders schweren Fällen ganz verweigern.

⁵ Hat der Versicherte für Angehörige zu sorgen, darf das Krankengeld um höchstens die Hälfte gekürzt werden. Während Entwöhnungskuren unter ärztlicher Kontrolle darf es nicht verweigert oder gekürzt werden.

Art. 12^{ter} 1)

Aufgehoben

Art. 12^{quater}

III^{bis}, Aufenthalt
in einer
Heilanstalt,
Zusatz-
versicherung

¹ Die Kassen ermöglichen den für Krankenpflege versicherten Mitgliedern eine Zusatzversicherung, welche die Aufenthaltspauschale nach Artikel 22^{sexies} Absatz 1 übernimmt. Die Leistungen dieser Zusatzversicherung werden zeitlich unbeschränkt gewährt.

² Die Bestimmungen dieses Gesetzes über die Aufnahme und die Mitgliederbeiträge gelten sinngemäss. Bei einer Erhöhung der Aufenthaltspauschale darf kein neuer Vorbehalt angebracht werden.

³ Die Aufenthaltspauschale wird bei Krankheit und bei Mutterschaft ausgerichtet.

Art. 13 Randtitel, Abs. 2 und 3

IV. Karenzzeit

² Im übrigen sind bei statutengemässer Krankheitsanzeige ärztliche Behandlung und Arznei vom Anfang der Krankheit an zu gewähren.

³ Aufgehoben

Art. 14 Abs. 2 Ziff. 3 Bst. c und Ziff. 4 sowie Abs. 4-7

² Die Leistungen an die für Krankenpflege Versicherten haben überdies zu umfassen:

1) Artikel 12^{quater} vom 9. Oktober 1981 wird Artikel 12^{ter} (Randtitel: III. Leistungen ...)

3. einen vom Bundesrat festzusetzenden Beitrag:
 - c. an die Kosten der Pflege von Mutter und Kind zu Hause während einer beschränkten Zeit nach der Entbindung.
4. höchstens vier Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft und eine Kontrolluntersuchung innerhalb von acht Wochen nach der Niederkunft.
- ⁴ Der Versicherten, die ihre Erwerbstätigkeit weniger als acht Wochen vor ihrer Niederkunft ganz oder teilweise aufgibt, darf deswegen das versicherte Krankengeld nicht herabgesetzt werden. Die Versicherte hat nur Anspruch auf das versicherte Krankengeld, sofern sie keine gesundheitsschädlichen Tätigkeiten verrichtet.
- ⁵ Stilt die Versicherte ihr Kind während zehn Wochen ganz oder teilweise, gewährt ihr die Kasse ein Stillgeld. Der Bundesrat setzt die Höhe des Stillgeldes fest.
- ⁶ Kontrolluntersuchungen und Pflegeleistungen, die mit der Mutterschaft zusammenhängen, sind vom Beginn der Schwangerschaft an bis acht Wochen nach der Niederkunft zu gewähren. Die Leistungen der Krankengeldversicherung erstrecken sich auf 16 Wochen, wovon mindestens acht nach der Niederkunft liegen müssen. Sie dürfen nicht an die Leistungsdauer bei Krankheit angerechnet werden und sind auch nach deren Erschöpfung zu gewähren.
- ⁷ Ist eine Frau nicht für Krankenpflege versichert und erreicht ihr anrechenbares Einkommen und Vermögen eine vom Bundesrat festgesetzte Höhe nicht, erhält sie die Leistungen bei Mutterschaft, wenn sie bei ihrer Niederkunft ohne Unterbrechung seit mindestens 270 Tagen in der Schweiz Wohnsitz hatte. Sie erhält vier Fünftel der Mindestleistungen, auf die eine versicherte Frau Anspruch hat. Die Frau kann den Anspruch gegen eine angemessene Gebühr bei jeder Kasse ihres Wohnortes geltend machen. Die Tarife, Leistungsansätze und Verfahrensregeln der betreffenden Kasse sind anwendbar.

Art. 14^{bis}

VII. Kostenbeteiligung

- ¹ Die Kassen sind verpflichtet, den Versicherten im Krankheitsfall eine Kostenbeteiligung in Form eines festen Jahresbetrages (Jahresfranchise) und eines prozentualen Selbstbehaltes aufzuerlegen.
- ² Der Bundesrat setzt die Jahresfranchise und den Höchstbetrag des Selbstbehaltes fest. Er kann diese Beträge nach den wirtschaftlichen Verhältnissen der Versicherten abstufen und passt sie periodisch der Lohn- und Preisentwicklung sowie der Kostenentwicklung in der Krankenversicherung an.

³ Für die Kostenbeteiligung gelten insbesondere die folgenden Grundsätze:

- a. sie ist für beide Geschlechter gleich;
- b. der Selbstbehalt beträgt bis zu einem jährlichen Höchstbetrag 20 Prozent der die Jahresfranchise übersteigenden Krankenpflegekosten;
- c. Für Kinder gilt die Hälfte der Jahresfranchise und des Höchstbetrages;
- d. die Kostenbeteiligung für Kinder einer Familie, welche bei der gleichen Kasse versichert sind, darf insgesamt den vom Bundesrat festgesetzten Höchstbetrag der Kostenbeteiligung eines Erwachsenen nicht überschreiten.

⁴ Keine Kostenbeteiligung darf erhoben werden:

- a. bei Vorsorgeuntersuchungen und Kontrollmassnahmen;
- b. auf den Leistungen bei Mutterschaft.

⁵ Der Bundesrat kann für bestimmte Leistungen eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen. Er kann für Dauerbehandlungen sowie für Behandlungen schwerer übertragbarer Krankheiten die Kostenbeteiligung herabsetzen oder aufheben. Er kann Kassen für Versicherungsmodelle, bei welchen sich die Erhebung von Franchise und Selbstbehalt als nicht anwendbar erweist, ganz oder teilweise davon befreien.

⁶ Die Kassen können eine Versicherung mit wählbarer Jahresfranchise anbieten, die den Selbstbehalt einschliesst und höher ist als die Kostenbeteiligung nach Absatz 1. Die Kassen haben die Kosten dieser Versicherungsart in ihrer Rechnung gesondert zu erfassen. Die Prämie ist angemessen zu reduzieren. Der Bundesrat legt die Beträge der wählbaren Jahresfranchise fest. Die Kassen regeln den Wechsel von der einen Art der Kostenbeteiligung zur andern; sie dürfen den Übertritt in die Versicherung mit der Kostenbeteiligung nach Absatz 1 bis zu fünf Jahren aufschieben.

⁷ Die für die Krankenversicherungsleistungen massgebenden Tarife gelten auch für die von den Versicherten im Rahmen der Kostenbeteiligung zu übernehmenden Leistungen.

Art. 16 Abs. 1 zweiter Satz und 3

¹ *(Betrifft nur den französischen und den italienischen Text)*

³ Die Kassen sind befugt, mit Ärzten Verträge abzuschliessen, in welchen ein Beitrittsrecht anderer Ärzte ausgeschlossen wird, wenn im Tätigkeitsgebiet der Kasse gleichzeitig mindestens eine zusätzliche Tarifordnung besteht, für die das Beitrittsrecht der Ärzte im Sinne von Absatz 1 gilt.

Art. 18

II. Vertrauens-
ärzte

¹ Die Kassen bestellen nach Anhören der kantonalen Ärztesellschaften Vertrauensärzte, die insbesondere die Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung zu kontrollieren haben. Bestreitet ein Arzt oder eine Ärzteorganisation das Recht eines Arztes, als Vertrauensarzt einer Kasse tätig zu sein, so ist Artikel 24 sinngemäss anwendbar.

² Ärzte, Apotheker, Chiropraktoren, Hebammen, medizinisch-therapeutisches Personal, Personen der spitalexternen Krankenpflege, Laboratorien und Heilanstalten müssen den Vertrauensärzten die notwendigen Angaben machen.

³ Die Vertrauensärzte geben den zuständigen Verwaltungsstellen der Kassen diejenigen Angaben weiter, die notwendig sind, um insbesondere einen Vorbehalt anzubringen, die Leistungen festzusetzen oder die Wirtschaftlichkeit der Behandlung zu überprüfen. Bei der Berichterstattung an die Kassen wahren sie die Persönlichkeitsrechte der Versicherten.

⁴ Die eidgenössischen Dachverbände der Ärzte und Kassen regeln die Bekanntgabe sowie die Stellung der Vertrauensärzte der Kassen. Können sie sich nicht einigen, so regelt der Bundesrat die Einzelheiten.

Art. 19bis

IV. Wahl der
Heilanstalt.
Kostenüber-
nahme

¹ Der Versicherte kann unter den inländischen Heilanstalten, die für die Behandlung seiner Krankheit geeignet sind, frei wählen. Als Heilanstalten gelten Anstalten oder Abteilungen, die der stationären Behandlung von Kranken dienen, ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten, das erforderliche fachgemäss ausgebildete Pflegepersonal haben und über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen. Nicht als Heilanstalten gelten Anstalten, bei denen nicht die Behandlung, sondern die Pflege im Vordergrund steht.

² Begibt sich der Versicherte an seinem Wohnort, in dessen Umgebung oder aus medizinischen Gründen anderswo in eine Heilanstalt, die Mitglieder von Kassen nach diesem Gesetz behandelt, übernimmt die Kasse die in dieser Heilanstalt für den Versicherten geltende Behandlungspauschale.

³ Begibt sich der Versicherte in eine Heilanstalt, ohne dass die Anforderungen nach Absatz 2 erfüllt sind, übernimmt die Kasse die Behandlungspauschale derjenigen entsprechenden Heilanstalt, die dem Wohnort des Versicherten am nächsten liegt und Mitglieder von Kassen nach diesem Gesetz behandelt.

⁴ Verordnet der Arzt eine Badekur, kann der Versicherte unter den anerkannten Heilbädern frei wählen. Der Bundesrat umschreibt die Voraussetzungen, denen Heilbäder hinsichtlich ärztlicher Leitung, Heilanwendungen und Heilwasser zu genügen haben. Das Departement des Innern anerkennt die Heilbäder.

⁵ Die Kantone erstellen nach Anhören der Beteiligten eine nach Kategorien gegliederte Liste der Heilanstalten ihres Gebietes; nur bei Aufenthalt des Versicherten in einer Heilanstalt gemäss dieser Liste wird die Kasse leistungspflichtig.

⁶ Die Kantone können für ihr Gebiet verbindliche Planungen festlegen:

a. zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung unter Einbezug der spitalexternen Krankenpflege und der Pflege in Heimen und Anstalten;

b. für die Versorgung mit kostspieligen medizinisch-technischen Einrichtungen im stationären und ambulanten Bereich.

Kliniken mit privaten Trägerschaften sind angemessen in diese Planungen einzubeziehen. Die Kassen sind nur leistungspflichtig, sofern die Leistungserbringer diesen Planungen entsprechen.

⁷ Der Bundesrat bestimmt nach Anhören der Beteiligten über Art und Höhe der Kassenleistungen bei einem partiellen Aufenthalt in einer Heilanstalt. Bei Aufenthalt in Anstalten und Heimen, die ihre Insassen medizinisch betreuen, aber keine Heilanstalten sind, haben die Kassen die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Behandlung (Art. 12 Abs. 1 Ziff. 1) zu gewähren. Die Kassen können mit der Anstalt oder dem Heim eine pauschale Vergütung vereinbaren.

Art. 21 Abs. 1 zweiter Satz, Abs. 4 zweiter Satz, Abs. 5 zweiter Satz sowie Abs. 6 und 7

¹ ... Die Bestimmungen für Ärzte gelten, wenn nichts anderes vorgesehen ist, sinngemäss auch für Zahnärzte, die Leistungen nach Artikel 12 Absatz 2 erbringen.

⁴ ... Die Artikel 15 Absatz 1, 16 Absatz 1 und 3 sowie 17 Absatz 1 gelten sinngemäss.

⁵ ... Die Artikel 15 Absatz 1, 16 Absatz 1 und 3 sowie 17 Absatz 1 gelten sinngemäss.

⁶ Der Bundesrat erlässt nach Anhören der Kantone und der interessierten Organisationen Vorschriften über die Zulassung und den Tätigkeitsbereich des selbständig und unselbständig tätigen medizinisch-therapeutischen Personals mit Einschluss der Personen der spitalexternen Krankenpflege und von Laboratorien mit einem

wissenschaftlich ausgebildeten Leiter, welche Analysen durchführen. Strengere kantonale Vorschriften bleiben vorbehalten. Die Artikel 15 Absatz 1, 16 Absatz 1 und 3 sowie 17 Absatz 1 gelten sinngemäss.

⁷ Der Bundesrat kann für Analysen von Ärzten, Laboratorien und Apothekern, die für die Krankenversicherung tätig sind, systematische wissenschaftliche Kontrollen vorsehen.

Art. 22 Abs. 3 dritter Satz

³ ... Die Verträge bedürfen der Genehmigung der Kantonsregierung: diese prüft, ob die vereinbarten Taxen und die übrigen Vertragsbestimmungen mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang stehen.

Art. 22^{bis}, Randtitel und Abs. 7 zweiter und dritter Satz

⁷ ... Der Arzt hat in der Krankenpflege- und Krankengeldversicherung dem Honorarschuldner alle Angaben zu machen, die für die Festsetzung der Leistungen und für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlung notwendig sind. Dazu gehören insbesondere Angaben über die Diagnose sowie über die Untersuchungen und Behandlungen und die Daten, an denen sie vorgenommen wurden. Der Arzt ist berechtigt und auf Verlangen des Versicherten verpflichtet, die medizinischen Angaben nur dem Vertrauensarzt der Kasse bekanntzugeben.

Art. 22^{quater}

¹ Der Bundesrat setzt nach Anhören der Beteiligten die Vergütungen an die Apotheker für ihre Leistungen, die Vergütungen für die von Laboratorien vorgenommenen Analysen sowie die Vergütungen für die von den Kassen zu übernehmenden Mittel und Gegenstände fest. Die Vergütungen für Leistungen und Analysen können durch Vertrag und im vertragslosen Zustand durch die Kantonsregierung um höchstens 10 Prozent erhöht oder gesenkt werden.

² Die Tarife für die Leistungen der Chiropraktoren, Hebammen, des medizinisch-therapeutischen Personals und Personen der spitalexternen Krankenpflege sowie für ambulante Behandlungen der Heilanstalten werden in Verträgen mit den Kassen festgesetzt. Kommt kein Vertrag zustande, bestimmt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten die Tarife.

³ Die Verträge der Kassen mit Apothekern, Chiropraktoren, Hebammen, medizinisch-therapeutischem Personal, Personen der spitalexternen Krankenpflege, Laboratorien und Heilanstalten bedür-

2. Fehlen einer vertraglichen Regelung.
a. Im allgemeinen

II. Andere Tarife für ambulante Behandlungen

fen der Genehmigung der Kantonsregierung. Verträge, die in der ganzen Schweiz gültig sind, bedürfen der Genehmigung des Bundesrates. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob die vereinbarten Taxen und die übrigen Vertragsbestimmungen mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang stehen.

⁴ Artikel 22^{bis} Absatz 7 gilt sinngemäss. Der Versicherte kann verlangen, dass ihm der Apotheker erst nach Abschluss der Behandlung, spätestens aber drei Monate nach dem ersten Medikamentenbezug, Rechnung stellt.

Art. 22^{quinquies}

III. Vergütung
des Heilanstalt-
aufenthaltes
I. Behandlung-
pauschale

¹ Die Behandlungspauschale (Art. 12 Abs. 1 Ziff. 2) deckt höchstens 60 Prozent der Betriebskosten der Heilanstalt je Patient für die allgemeine Abteilung.

² Bei der Berechnung dieser Betriebskosten werden nicht berücksichtigt:

- a. die Aufwendungen für Lehre und Forschung;
- b. grundsätzlich die Investitionskosten bei Heilanstalten, deren Träger öffentliche Körperschaften sind oder die im öffentlichen Interesse betrieben werden.

³ Stellt die Heilanstalt für besondere Leistungen gesondert Rechnung, dürfen die Kosten für diese Leistungen bei der Festlegung der Behandlungspauschale nicht berücksichtigt werden; den Kassen dürfen für diese Leistungen höchstens 60 Prozent der Kosten in Rechnung gestellt werden.

⁴ Die Kassen und die Heilanstalten setzen die Behandlungspauschale und die Taxen für besondere Leistungen in einem Vertrag fest. Der Vertrag bedarf der Genehmigung der Kantonsregierung. Sie prüft, ob der Vertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht. Kommt kein Vertrag zustande, setzt die Kantonsregierung für die Heilanstalten, die Mitglieder von Kassen nach diesem Gesetz behandeln, nach Anhören der Beteiligten die Behandlungspauschale fest. Artikel 22^{bis} Absatz 7 gilt sinngemäss.

⁵ Die Heilanstalten ermitteln ihre Kosten und erfassen ihre Leistungen nach einheitlicher Methode. Sie führen hiezu eine Kostenstellenrechnung und eine Leistungsstatistik. Die Kantonsregierung und die Kassen können die Rechnung und die Unterlagen einsehen.

⁶ Für Versicherte, die nicht im Kanton wohnen, in dem sich die Heilanstalt befindet, kann eine höhere Behandlungspauschale fest-

gesetzt werden. Diese darf unter Einschluss der Aufenthaltspauschale und einer gesonderten Rechnung für besondere Leistungen höchstens die vollen Betriebskosten je Patient für die allgemeine Abteilung decken.

Art. 22^{sexies}

2. Aufenthaltspauschale

¹ Von der Behandlungspauschale wird dem Versicherten ein vom Bundesrat festgesetzter Betrag als Aufenthaltspauschale in Rechnung gestellt. Die Aufenthaltspauschale kann durch eine Zusatzversicherung abgedeckt werden (Art. 12^{quater}).

² Mit der Behandlungs- und der darin eingeschlossenen Aufenthaltspauschale sind für die allgemeine Abteilung alle Ansprüche der Heilanstalt abgegolten; vorbehalten bleiben die besonderen Leistungen nach Artikel 22^{quinquies} Absatz 3.

Art. 22^{septies}

IV. Harmonisierung und Koordination der Tarife

¹ Der Bundesrat kann Grundsätze für eine betriebswirtschaftliche Berechnung und sachgerechte Struktur der Tarife für ambulante Behandlungen aufstellen. Er sorgt für die Koordination mit den Tarifordnungen anderer Sozialversicherungszweige.

² Er kann für bestimmte Leistungen oder Behandlungen, insbesondere für technisch-apparative Leistungen, Richtsätze aufstellen. Für die Leistungen bei Mutterschaft kann er Höchst- und Richtsätze aufstellen.

³ Er kann Betriebsvergleiche zwischen Heilanstalten anordnen. Die Kantone und die Heilanstalten müssen dafür die notwendigen Unterlagen liefern.

⁴ Die Absätze 2 und 3 sind nur auf Kantone anwendbar, die keinem regionalen oder gesamtschweizerischen Konkordat beigetreten sind, welches diese Fragen zu regeln hat.

Art. 22^{octies}

V. Beschwerde-recht

¹ Gegen die Erlasse und Entscheide der Kantonsregierung nach den Artikeln 22-22^{quinquies} kann Beschwerde an den Bundesrat erhoben werden.

² Gegen Entscheide der Kantonsregierung nach Artikel 19^{bis} Absatz 5 kann Beschwerde an das Eidgenössische Versicherungsgericht erhoben werden.

VI. Wirtschaftlichkeit der Behandlung

Art. 23 Randtitel sowie Abs. 1 zweiter Satz und 2

¹ ... Die Kassen können für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, ihre Vergütungen von diesen Personen oder Einrichtungen zurückfordern.

² Dem Versicherten ist eine detaillierte Rechnung zuzustellen, sofern ihm die notwendigen Daten nicht bereits im Zeitpunkt, zu dem die Leistung erbracht wird, schriftlich mitgegeben werden. Der Bundesrat umschreibt die Angaben, die in der Rechnung enthalten sein müssen.

Art. 25 Abs. 3 erster Satz und 4^{bis}

³ Das Schiedsgericht ist auch zuständig, wenn das Honorar vom Versicherten geschuldet wird unabhängig davon, ob die Forderung ihren Rechtsgrund im öffentlichen Recht, im Privatrecht oder in einer Tarifvereinbarung hat. ...

^{4bis} Die Kantone können die Aufgaben des Schiedsgerichtes dem kantonalen Versicherungsgericht übertragen; dieses wird durch je einen Vertreter der Beteiligten ergänzt.

Art. 26 Abs. 1, 3, 3^{bis} und 4

¹ Den Versicherten darf aus der Versicherung kein Gewinn erwachsen. Der Bundesrat umschreibt im einzelnen, wann ein Versicherungsgewinn vorliegt; er berücksichtigt namentlich bei Personen, die einen Haushalt führen, und bei Selbständigerwerbenden auch die Aufwendungen für eine Ersatzkraft.

³ Sind neben Kassen andere Versicherungsträger oder öffentliche Gesundheitsdienste leistungspflichtig, gewähren die Kassen ihre Leistungen höchstens soweit dem Versicherten unter Berücksichtigung der anderen Leistungen kein Gewinn erwächst.

^{3bis} Befindet sich ein Versicherter, der eine Rente der AHV, der Invalidenversicherung, der obligatorischen Unfallversicherung oder der Militärversicherung bezieht, keinen eigenen Haushalt führt und keine weiteren Personen zu unterstützen hat, ohne wesentlichen Unterbruch länger als sechs Monate in einer Heilanstalt, so können die Leistungen der Kasse für die Deckung der Aufenthaltspauschale und allenfalls der Behandlungspauschale reduziert werden. Dem Versicherten muss jedoch in jedem Falle von der Rente ein angemessener Betrag für die persönlichen Bedürfnisse verbleiben. Der Bundesrat setzt die Mindesthöhe dieses Betrages fest.

⁴ Der Bundesrat regelt das Verhältnis der Krankenversicherung zu den übrigen Sozialversicherungen, insbesondere in bezug auf:

- a. die Vorleistungspflicht für Pflegeleistungen und Taggelder 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 Unfall und Krankheit;
- d. das Beschwerderecht der Kassen gegen Verfügungen aus dem Bereich einer anderen Sozialversicherung.

Art. 30^{ter}

3. Beschwerde
an das Eidgenössische
Versicherungs-
gericht

Gegen die Entscheide der kantonalen Schiedsgerichte und Versicherungsgerichte kann beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde nach dem Bundesgesetz über die Organisation der Bundesrechtspflege¹⁾ erhoben werden.

Art. 32

VII. Rückgriff
auf haftpflichtige
Dritte

Die Kassen treten bis zur Höhe ihrer Leistungen in die Ansprüche des Versicherten gegenüber einem haftpflichtigen Dritten ein. Die Artikel 41–44 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG)²⁾ gelten sinngemäss.

Art. 33 Randtitel und Abs. 1

VIII. Aufsicht,
Ordnungs-
massnahmen

¹⁾ Der Bundesrat übt die Aufsicht über die Durchführung dieses Gesetzes aus und sorgt für dessen einheitliche Anwendung. Er erteilt zu diesem Zwecke den Kassen Weisungen, insbesondere über die Organisation und Geschäftsführung, die Rechnungsführung, die Anlage des Vermögens, die Bilanzierung, die Kontrollstelle sowie über Massnahmen im Hinblick auf die finanzielle Sicherheit und die klare Ausscheidung der einzelnen Versicherungsarten. Insbesondere sollen jene Kosten, welche auf die Krankenpflege-Grundversicherung entfallen, ausgewiesen werden.

Art. 34 Randtitel

IX. Verzicht
auf die
Anerkennung.
Neue
Anerkennung

¹⁾ SR 173.110

²⁾ SR 832.20

Art. 35

M. Beiträge der öffentlichen Hand
1. Bundesbeiträge
1. Lastenausgleich

¹ Der Bund gewährt den Kassen in der Krankenpflegeversicherung jährlich einen Beitrag zur Erleichterung einer ausgewogenen Lastenverteilung unter den Mitgliedern. Der Beitrag an die einzelne Kasse bemisst sich nach der Zahl der versicherten Mitglieder, die eine Rente der IV oder eine Altersrente der AHV beziehen.

² Der Beitrag für einen Versicherten, der eine IV-Rente bezieht, ist doppelt so hoch wie der Beitrag für einen Altersrentner der AHV.

Art. 36

2. Beiträge für Frauen
a. Mutterschaft

Der Bund vergütet den Kassen die Leistungen, die sie nach Artikel 14 bei der Mutterschaft ausrichten.

Art. 36^{bis}

b. Kosten-
ausgleich

Der Bund gewährt den Kassen in der Krankenpflegeversicherung jährlich einen Beitrag zum teilweisen Ausgleich der höheren Krankenpflegekosten der Frauen. Der Beitrag an die einzelne Kasse bemisst sich nach der Zahl der versicherten Frauen; bei der Festsetzung wird der im Landesmittel errechnete Unterschied zwischen den Kosten der Krankenpflegeversicherung der Frauen und der Männer berücksichtigt.

Art. 37

3. Beiträge für Kinder

¹ Der Bund gewährt den Kassen in der Krankenpflegeversicherung jährlich einen Beitrag zur Ermässigung der Mitgliederbeiträge der Kinder. Als Kinder gelten Versicherte bis zum vollendeten 16. Altersjahr.

² Der Bund übernimmt ferner die Mitgliederbeiträge der Krankenpflegeversicherung für das dritte und die folgenden Kinder einer Familie; dabei werden Versicherte unter 25 Jahren, die noch in Ausbildung begriffen sind, mitberücksichtigt.

Art. 37^{bis}

4. Wartgelder

Der Bund übernimmt in Berggebieten nach dem Bundesgesetz vom 28. Juni 1974¹⁾ über Investitionshilfe für Berggebiete die Hälfte der Wartgelder, welche die Kantone, Gemeinden und Kassen an Ärzte ausrichten.

¹⁾ SR 901.1

Art. 38

II. Beiträge der Kantone

¹ Die Kantone gewähren Beiträge für wirtschaftlich schwächere Versicherte, um deren Mitgliederbeiträge zu verbilligen. Sie umschreiben den Kreis der wirtschaftlich schwächeren Versicherten und das Ausmass der Verbilligung der Mitgliederbeiträge.

² Die Kantone übernehmen ferner die Mitgliederbeiträge für die Krankenpflegeversicherung und die Kostenbeteiligung, wenn deren Bezahlung für den Versicherten oder den Unterhaltspflichtigen eine grosse Härte bedeuten würde.

³ Kantonen mit geringer Finanzkraft und einem hohen Anteil an Berggebieten vergütet der Bund einen Teil der Beiträge nach Absatz 1. Der Bundesrat bezeichnet die berechtigten Kantone und den Vergütungssatz. Er kann die Vergütung davon abhängig machen, dass der Kanton die Prämien um ein Mindestmass verbilligt.

Art. 38^{bis}

III. Höhe der Bundesbeiträge

¹ Die Aufwendungen des Bundes nach den Artikeln 36, 37 Absatz 2 und 37^{bis} werden in der Staatsrechnung zusammen und besonders ausgewiesen. Der Bund vergütet die Aufwendungen und Prämienausfälle, die im vorausgegangenen Kalenderjahr entstanden sind.

² Die Höhe der übrigen jährlichen Beiträge des Bundes und der hierfür benötigten Kredite werden unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung in der Krankenpflegeversicherung durch einfachen Bundesbeschluss für drei Jahre festgesetzt.

Art. 38^{ter}

IV. Beteiligung der Kantone am Bundesbeitrag

¹ Die Kantone beteiligen sich zu 50 Prozent an den Beiträgen des Bundes nach Artikel 38^{bis}.

² Der Anteil des einzelnen Kantons berechnet sich namentlich nach:

- a. den gesetzlichen Leistungen für Krankenpflege, welche die Kassen für die Versicherten im Kanton erbringen;
- b. der Abweichung der Leistungen je Versicherten vom schweizerischen Durchschnitt;
- c. seinen Aufwendungen für das Spitalwesen, für die spitalexterne Krankenpflege und für die Verbilligung der Mitgliederbeiträge wirtschaftlich schwächerer Versicherter.

³ Der Bundesrat ordnet die Einzelheiten nach Anhören der Kantone.

Art. 39

N. Statistik

Bund und Kantone können in gegenseitiger Abstimmung und in Zusammenarbeit mit den interessierten Organisationen im Bereich der Krankenversicherung statistische Erhebungen durchführen, insbesondere bei Kassen, Ärzten und Heilanstalten.

Art. 40 Randtitel

O. Schweigepflicht

Art. 41 Randtitel

P. Vollzug

II

Änderung anderer Bundesgesetze

1. Das Obligationenrecht¹⁾ wird wie folgt geändert:

Art. 336e Abs. 1 Bst. c

¹ Nach Ablauf der Probezeit darf der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis nicht kündigen:

c. Während der Schwangerschaft und in den 16 Wochen nach der Niederkunft einer Arbeitnehmerin;

Art. 361 Abs. 1

¹ Durch Abrede, Normalarbeitsvertrag oder Gesamtarbeitsvertrag darf von den folgenden Vorschriften weder zu Ungunsten des Arbeitgebers noch des Arbeitnehmers abgewichen werden:

...

Artikel 336e Absatz 1 Buchstaben a, b und d, Absätze 2 und 3 und 336f (Kündigung zur Unzeit)

...

Art. 362 Abs. 1

¹ Durch Abrede, Normalarbeitsvertrag oder Gesamtarbeitsvertrag darf von den folgenden Vorschriften zu Ungunsten des Arbeitnehmers nicht abgewichen werden:

...

Artikel 336e Absatz 1 Buchstabe c (Kündigung bei Schwangerschaft und Niederkunft der Arbeitnehmerin)

...

¹⁾ SR 220

2. Das Bundesgesetz über die Erwerbsersatzordnung für Dienstleistende in Armee und Zivildienst (EOG)¹⁾ wird wie folgt geändert:

Titel

Bundesgesetz über die Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivildienstpflichtige sowie bei Mutterschaft (EOG)

Ingress

gestützt auf die Artikel 22^{bis} Absatz 6, 34^{ter} Absatz 1 Buchstabe d, 34^{quintus} Absätze 4 und 5, 64 und 64^{bis} der Bundesverfassung,

III^{bis}. Taggeld bei Mutterschaft

Art. 16b Anspruch

¹ Frauen, die bei ihrer Niederkunft in der AHV/IV versichert sind und seit mindestens neun Monaten Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben, erhalten die Haushaltentschädigung nach den Artikeln 9 Absätze 1 und 3, und 16a. Die Entschädigung wird während eines Mutterschaftsurlaubs von 16 Wochen ausgerichtet, von denen mindestens acht Wochen nach der Niederkunft liegen müssen.

² Der Bundesrat regelt auf dem Verordnungswege den Leistungsanspruch bestimmter Kategorien von Frauen, denen nach Absatz 1 kein Anspruch zustünde.

³ Bei erwerbstätigen Frauen richtet sich die Entschädigung nach dem letzten Erwerbseinkommen. Nichterwerbstätige Frauen erhalten den Mindestbetrag der Entschädigung.

Art. 28a Finanzierung des Taggeldes bei Mutterschaft

¹ Die Finanzierung des Taggeldes bei Mutterschaft erfolgt unter entsprechender Anwendung der Artikel 26–28 getrennt von den übrigen Leistungen dieses Gesetzes. Unter der Bezeichnung «Ausgleichsfonds der Erwerbsersatzordnung bei Mutterschaft» wird ein selbständiger Fonds gebildet.

² Die Beiträge vom Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit dürfen 0,4 Prozent nicht übersteigen. Der minimale Beitrag für Nichterwerbstätige darf 12 Franken, der maximale 400 Franken im Jahr nicht übersteigen. Artikel 9^{bis} AHVG über die Anpassung an die Lohn- und Preisentwicklung gilt sinngemäss.

Art. 29a Anwendbare Bestimmungen bei Mutterschaft

Die Artikel 2, 3, 17–22, 23 Absatz 1, 24, 25 und 29 gelten sinngemäss für das Taggeld bei Mutterschaft.

¹⁾ SR 834.1

Art. 34 Abs. 4

⁴ Der Bundesrat kann soweit nötig für das Taggeld bei Mutterschaft besondere, von den übrigen Vollzugsvorschriften zu diesem Gesetz abweichende Bestimmungen erlassen.

III

Übergangsbestimmungen

a. Anpassung der kantonalen Erlasse und der Kassenstatuten

¹ Der Bundesrat bestimmt, bis zu welchem Zeitpunkt die Kantone und Gemeinden die Änderung ihrer Ausführungsbestimmungen erlassen und, soweit dies im Gesetz vorgesehen ist, zur Genehmigung vorlegen müssen.

² Wenn der Erlass der definitiven Regelung nicht fristgerecht möglich ist, kann die vollziehende Behörde des Kantons oder der Gemeinde eine provisorische Regelung treffen.

³ Der Bundesrat bestimmt, bis zu welchem Zeitpunkt die Kassen und Rückversicherungsverbände ihre Statuten und Reglemente anpassen müssen. Von diesem Zeitpunkt an erbringen alle Kassen die Leistungen nach dem neuen Recht und nehmen Leistungen, die nach altem Recht dahingefallen sind, nach dem neuen Recht aber fortdauern würden, auf Begehren des Versicherten wieder auf. Bei der Änderung laufende Krankengelder aus einer früheren Krankengeldversicherung sind noch für längstens zwei Jahre nach den altrechtlichen Bestimmungen über die Leistungsdauer zu gewähren.

b. Behandlungen in Heilanstalten

Die Vergütung des Heilanstaltsaufenthaltes muss spätestens von einem Zeitpunkt an, den der Bundesrat festsetzt, nach dem neuen Recht erfolgen. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt für die Kassen und die Heilanstalten die bisherige Taxordnung unverändert weiter. Wird sie abgeändert, muss sie gleichzeitig dem neuen Recht angepasst werden. Spätestens mit der Anwendung der neuen Taxordnung müssen die Heilanstalten die Kostenstellenrechnung und die Leistungsstatistik nach Artikel 22^{quinquies} Absatz 5 einführen.

c. Zusatzversicherungen für Heilanstaltskosten

¹ Die Versicherten können Zusatzversicherungen für Heilanstaltskosten innert eines Jahres nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung vom 20. März 1987 dem neuen Recht anpassen. Wird durch diese Anpassung der bisherige Umfang des Versicherungsschutzes nicht erweitert, darf die Kasse keine neuen Vorbehalte anbringen.

² Die Kassen klären die Versicherten innert sechs Monaten nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung vom 20. März 1987 über diesen Anspruch auf. Unterlässt eine Kasse diese Aufklärung, hat der Versicherte während zweier Jahre einen

Anspruch auf rückwirkende Anpassung der Zusatzversicherung an das neue Recht.

d. Bundesbeiträge in den ersten drei Jahren nach Inkrafttreten

¹ Die Beiträge des Bundes für ein bestimmtes Jahr sind jeweils im darauffolgenden Jahr auszurichten.

² Im Jahr des Inkrafttretens der Gesetzesänderung vom 20. März 1987 gilt der Bund den Kassen und Rückversicherungsverbänden den für das Vorjahr geschuldeten Restbeitrag nach altem Recht vollständig ab. Er gewährt ihnen einen zusätzlichen Beitrag, so dass die ausbezahlte Summe 1006 Millionen Franken beträgt.

³ Für das Jahr 1989 beträgt der Bundesbeitrag nach Artikel 38^{bis} Absatz 2 749 Millionen Franken. Davon entfallen auf Beiträge nach:

	Mio. Fr.
Artikel 35	150
Artikel 36 ^{bis}	489
Artikel 37 Absatz 1	90
Artikel 38 Absatz 3	20

⁴ Für das Jahr 1990 beträgt der Bundesbeitrag nach Artikel 38^{bis} Absatz 2 785 Millionen Franken. Davon entfallen auf Beiträge nach:

	Mio. Fr.
Artikel 35	150
Artikel 36 ^{bis}	525
Artikel 37 Absatz 1	90
Artikel 38 Absatz 3	20

e. Inkrafttreten von Artikel 38^{ter}

Der Bundesrat setzt Artikel 38^{ter} in Kraft, wenn durch die erste Stufe der Neuverteilung der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen eine angemessene Entlastung der Kantone in anderen Bereichen erfolgt.

IV

Referendum und Inkrafttreten

¹ Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

² Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.

Nationalrat, 20. März 1987

Der Präsident: Cevey

Der Protokollführer: Koehler

Ständerat, 20. März 1987

Der Präsident: Dobler

Die Sekretärin: Huber

Datum der Veröffentlichung: 31. März 1987¹⁾

Ablauf der Referendumsfrist: 29. Juni 1987

0029

¹⁾ BBl 1987 I 985

Bundesgesetz über die Krankenversicherung Änderung vom 20. März 1987

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1987
Année	
Anno	
Band	1
Volume	
Volume	
Heft	12
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	---
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	31.03.1987
Date	
Data	
Seite	985-1005
Page	
Pagina	
Ref. No	10 050 317

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.