



CH-3003 Bern

BAG

An die KVG-Versicherer,
ihre Rückversicherer und die
Gemeinsame Einrichtung KVG

Referenz/Aktenzeichen: 721.1-1/33
Unser Zeichen: chr, MUP, PEM, scm, PMC, SIL, bes, GMY, MEM, OSA
Bern, den 15. Dezember 2023

Sehr geehrte Damen und Herren

Auch in diesem Jahr ist es in ganz unterschiedlichen Bereichen zu Gesetzes- und Verordnungsänderungen gekommen, welche Auswirkungen auf Ihre Tätigkeit haben. Gerne informieren wir Sie mit diesem Schreiben über die Neuerungen. Ebenfalls möchten wir Sie auf Änderungen im internationalen Bereich hinweisen.

1 Verordnungsänderungen

1.1 Totalrevision der Verordnung über die Prämienregionen und Anpassung des Anhangs 1 infolge der Gemeindefusionen

Der Anhang 1 der Verordnung des EDI über die Prämienregionen wurde aufgrund diverser Gemeindefusionen revidiert (AS 2023 494, [SR 832.106 - Verordnung des EDI vom 15. März 2022 über die Prämienregionen \(admin.ch\)](#)). Sie erfasst die Aktualisierung der Gemeinden im Anhang gemäss dem amtlichen Gemeindeverzeichnis des Bundesamtes für Statistik. Es wurden sämtliche Gemeindefusionen berücksichtigt, welche bis Ende Juni 2023 genehmigt wurden und im Verlauf des Jahres 2023 in Kraft getreten sind oder per 1. Januar 2024 in Kraft treten werden. Dieses Jahr fanden sämtliche Fusionen innerhalb der gleichen Prämienregionen statt. Die Anpassungen des Anhangs 1 treten per 1. Januar 2024 in Kraft.

1.2 Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA; SR 832.112.1)

Am 30. August 2023 hat der Bundesrat eine Änderung der VORA verabschiedet. Die Verordnungsänderung ermächtigt die Gemeinsame Einrichtung KVG, die Gesamtmarktstatistik über den Risikoausgleich mit zusätzlichen Informationen zu ergänzen. Dies erlaubt es den Versicherern, den Risikoausgleich besser zu schätzen und die Prämien der OKP noch angemessener zu berechnen. Neu werden in der Statistik auch Angaben nach Kantonen zur Anzahl der Versicherten, die bei zwei oder mehr Versicherern im Bestand geführt werden, publiziert. Dies wird die Arbeiten der Kantone im Zusammenhang mit der Übernahme von Forderungen aus Verlustscheinen erleichtern. Die Änderung tritt am 1. Januar 2024 in Kraft ([AS 2023 490](#)).

1.3 Verordnung des EDI über die Umsetzung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung (VORA-EDI; SR 832.112.11)

In jährlichen Revisionen dieser Verordnung passt das EDI die Arzneimittel auf der PCG-Liste an die Spezialitätenliste (SL) an. Damit wird dem medizinischen Fortschritt Rechnung getragen. Im Hinblick auf die Berechnung des Risikoausgleichs im Mai 2023 für das Ausgleichsjahr 2022 hat das EDI die PCG-Liste im Anhang der Verordnung mit Arzneimitteln, die neu in der SL aufgeführt sind, aktualisiert.

Eine Revision der Verordnung im Hinblick auf die Berechnung des Risikoausgleichs für das Ausgleichsjahr 2023 ist in Vorbereitung. Es werden erneut nur die Arzneimittel auf der PCG-Liste im Anhang der Verordnung angepasst.

1.4 Verordnung des EDI über die Preisniveauindizes und die Durchschnittsprämien 2024 für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Union, in Island, in Norwegen und im Vereinigten Königreich

Wie in den Vorjahren hat das EDI diese Verordnung (SR 832.112.51) für das Jahr 2024 mit Inkrafttreten auf den 1. Januar 2024 erlassen. Die Verordnung des EDI wird demnächst in der amtlichen Sammlung des Bundesrechts publiziert.

1.5 Beitrag LR zur VO-Anpassung vom 22.9.23 (Anpassungen KVV/KLV: Arzneimittelmassnahmen, inkl. Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall)

Am 22. September 2023 hat der Bundesrat das Verordnungspaket „Arzneimittelmassnahmen, Änderungen der KVV und KLV“ verabschiedet. Die neuen Bestimmungen treten am 1. Januar 2024 in Kraft.

Die Änderungen führen bei der Einzelfallvergütung zu einer Erhöhung der Gleichbehandlung der Versicherten und gleichzeitig zu einer administrativen Entlastung der Versicherer. Die genannte Verbesserung der Gleichbehandlung der Versicherten wird durch die Verpflichtung der Anwendung einheitlicher Nutzenbewertungstools mit definierten Nutzenkategorien erreicht. Zusätzlich ist die Möglichkeit einer gemeinsamen Nutzenbewertung durch die Krankenversicherer vorgesehen. Der Einbezug von Experten bzw. Expertinnen ist ein wichtiges Element der Vorlage. Dieser erfolgt bei der Entwicklung der Nutzenbewertungstools. Wird weiter bei seltenen Erkrankungen eine Ablehnung erwogen, so muss auch dort ein Experte bzw. eine Expertin einbezogen werden. Zudem wird die Transparenz im Bereich der Einzelfallvergütung erhöht: Einerseits werden die gemeinsamen Nutzenbewertungen gegenüber Krankenversicherern und Fachgesellschaften publiziert. Andererseits muss bei einer Ablehnung eines Kostengutsprachegesuchs der Entscheid mittels der durchgeführten Nutzenbewertung gegenüber Ärztinnen bzw. Ärzten sowie Patientinnen bzw. Patienten begründet werden. Schliesslich wird durch die Einführung fixer Preisabstände zum Auslandpreis bzw. zum Preis der Spezialitätenliste (SL) eine einheitlichere Wirtschaftlichkeitsbeurteilung sichergestellt. Dies soll auch die Attraktivität für eine Aufnahme in die SL erhöhen.

Weiter wurde eine Erhöhung des Selbstbehaltes von 20 auf 40 Prozent für Arzneimittel, die im Vergleich zu wirkstoffgleichen Alternativen zu teuer sind, beschlossen. Zusätzlich gelten neu die Regelungen des

Selbstbehaltes auch für biologische Wirkstoffe (Referenzpräparate und Biosimilars). Mit der Massnahme soll die Hürde für Patientinnen und Patienten erhöht werden, teure Originalpräparate statt günstigerer Generika zu beziehen, wo dies medizinisch keinen Sinn macht. In diesem Zusammenhang wird auch der Druck auf die Leistungserbringer erhöht, keine teureren Präparate zu verschreiben. Neu muss nachgewiesen und im Dossier der versicherten Person dokumentiert sein, dass eine medizinische Notwendigkeit für den Bezug eines teureren Originalpräparates ohne Verrechnung des erhöhten Selbstbehaltes besteht¹. Versicherer können mittels Stichproben die Korrektheit solcher Verschreibungen überprüfen.

Schliesslich umfasst die Revision weitere Massnahmen, wie z.B. Prozessoptimierungen bei der Aufnahme von Arzneimitteln in die SL. So erhalten Pharmaunternehmen neu für wichtige Arzneimittel die Möglichkeit, mit dem BAG eine Vorabklärung durchzuführen («Early Dialogue»), was zu einer rascheren Aufnahme in die SL und damit verbunden auch der Vergütung der genannten Arzneimittel führen soll.

2 Kostendämpfungspaket 1b

Die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1b – haben die Eidgenössischen Räte am 30. September 2022 verabschiedet. Am 25. Oktober 2023 hat der Bundesrat entschieden, die Massnahmen per 1. Januar 2024 in Kraft zu setzen. Das Paket 1b enthält vier Massnahmen, die dazu beitragen, Gesundheitskosten auf das medizinisch begründbare Mass zu beschränken:

Die Tarifpartner werden verpflichtet, Massnahmen zur Überwachung der Kosten zu vereinbaren. Dazu sollen die Tarifpartner in denjenigen Bereichen, in welchen sie Tarifverträge abschliessen, ein gemeinsames Monitoring der Entwicklung der Mengen, der Volumen und der Kosten und entsprechende Korrekturmassnahmen bei nicht erklärbaren Mengen-, Volumen- und Kostenentwicklungen vereinbaren.

Eingeführt wird ein Beschwerderecht für Versichererverbände betreffend kantonale Planungsentscheide zu Spitälern und anderen Einrichtungen. Dieses Beschwerderecht stellt sicher, dass die Kantone bei der Planung nicht nur die Anliegen der Leistungserbringer, sondern auch diejenigen der Versicherer – welche die Interessen der Versicherten vertreten – ausgewogen berücksichtigen.

Das Heilmittelgesetz (HMG) wird dahingehend geändert, dass die Kennzeichnung und die Arzneimittelinformationen von parallelimportierten Arzneimitteln vereinfacht wird.

Das KVG legt fest, dass Apotheker oder Apothekerinnen ein preisgünstigeres Arzneimittel abgeben können, wenn mehrere Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung auf der Spezialitätenliste aufgeführt sind. Zukünftig wird dieses Substitutionsrecht von der «gleichen medizinischen Eignung» für die versicherte Person abhängig gemacht und auf Biosimilars ausgedehnt.

Neben dem KVG und dem HMG werden auch einzelne Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG), des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und des Bundesgesetzes über die Militärversicherung (MVG) geändert.

3 Sozialversicherungsabkommen

3.1 Neues internationales Sozialversicherungsabkommen mit Albanien

Das Abkommen über soziale Sicherheit mit Albanien (SR 0.831.109.123.1) ist am 1. Oktober 2023 in Kraft getreten. Dieses Abkommen betrifft die Bereiche AHV und IV und hat nur eine indirekte Wirkung auf die Krankenversicherung. Gemäss Artikel 4 Absatz 4 KVV bleiben die aus der Schweiz nach Albanien entsandten Arbeitnehmenden und ihren nichterwerbstätigen begleitenden Familienangehörigen in

¹ Mögliche medizinische Gründe sind im [erläuternden Bericht](#) zur genannten Verordnungsanpassung aufgeführt (S. 10 f.).

der Schweiz unterstellt, und zwar während der ganzen Dauer der Entsendung (maximal 2 Jahre). Sind diese Personen in Albanien obligatorisch krankenversichert, können sie auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreit werden (Art. 2 Abs. 2 KVV). Aus Albanien in die Schweiz entsandte Arbeitnehmende und ihre nichterwerbstätigen begleitenden Familienangehörigen sind in der Schweiz krankenversicherungspflichtig. Sie können sich gestützt auf Artikel 2 Absatz 5 KVV von dieser Pflicht befreien lassen.

3.2 Neues internationales Sozialversicherungsabkommen mit dem Vereinigten Königreich (UK)

Das Abkommen über soziale Sicherheit mit dem Vereinigten Königreich (SR 0.831.109.367.2) ist am 1. Oktober 2023 in Kraft getreten. Dieses neue Abkommen, das die Sozialversicherungssysteme der beiden Vertragsstaaten nach dem Brexit koordiniert, wird seit dem 1. November 2021 vorläufig angewendet. Deswegen gelten auch die KVG- und KVAG-Bestimmungen, welche die EU-Versicherten betreffen, schon seit diesem Zeitpunkt auch für UK. Aus diesen Gründen müssen die Gesetzesrevisionen rückwirkend auf den 1. November 2021 in Kraft gesetzt werden, wofür der Bundesrat zuständig ist. Die KVV-Bestimmungen wurden schon auf den 1. Januar 2023 angepasst.

Das Abkommen übernimmt in den grossen Zügen die Regelungen, die unter dem Freizügigkeitsabkommen (FZA) anwendbar waren. Was die Versicherungspflicht anbelangt gilt das Erwerbortprinzip. Aber die spezifische Regelung wonach Familienangehörige einer in der Schweiz versicherten Person, welche in UK wohnen sich im Wohnland versichern müssen, wurde beibehalten. Da das Abkommen mit UK keinen Export von Arbeitslosenleistungen vorsieht, ist Art. 2 Abs. 1 Bst. d KVV nicht mehr auf UK-Staatsangehörige anwendbar. Arbeitslose, die ihren bisherigen Erwerbsstaat verlassen, um sich im anderen Staat niederzulassen, oder arbeitslose GrenzgängerInnen müssen sich im Wohnland versichern.

Die Anspruchsbescheinigungen für den Bezug von medizinischen Leistungen im anderen Staat sind die gleichen, wie in den Beziehungen mit der EU/EFTA (EKVK, Bescheinigung S1 und S2). Die Versicherten des nationalen Gesundheitsdienstes (National Health Service, NHS) legen für notwendige Behandlungen in der Schweiz die «UK Global Health Insurance Card» (GHIC) vor; ein Muster der GHIC ist auf der Internetseite der Gemeinsamen Einrichtung KVG aufgeschaltet: www.kvg.org >> *Leistungserbringer* >> *Anspruchsnachweis*. Der Datenaustausch erfolgt grundsätzlich, wie dies auch im Verhältnis zu den EU-Staaten gehandhabt wird, via das System EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information).

Weitere Informationen finden sich im Informationsschreiben über den Brexit vom 1. November 2021 www.bag.admin.ch >> *Versicherungen* >> *Krankenversicherung* >> *Versicherer und Aufsicht* >> *Kreis- und Informationsschreiben* >> *Informationsschreiben Internationales: Krankenversicherung: Informationsschreiben Internationales (admin.ch)*

4 Umsetzungsfragen

4.1 Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt nach Zuweisung

Die Kantone der Westschweiz haben uns gemeldet, dass gewisse Krankenversicherer zugewiesene Personen nicht umgehend versichern und den Prämienzuschlag nicht erheben.

Gerne machen wir Sie nachfolgend auf die einzuhaltende Vorgehensweise aufmerksam:

Versicherungspflichtige Personen, die sich nicht innert drei Monaten (Art. 3 Abs. 1 KVG) für die Krankenpflege versichern, obwohl sie von den Kantonen über die Versicherungspflicht informiert wurden (Art. 6a KVG), werden von den Kantonen von Amtes wegen einem Krankenversicherer zugewiesen (Art. 6 Abs. 2 KVG in Verbindung mit Art. 10 KVV). Idealerweise wird die Zuweisungsverfügung durch den Kanton dem Krankenversicherer ebenfalls zugestellt und gilt ihm gegenüber als Versicherungsanmeldung, welche den Versicherungsbeitritt unmittelbar herbeiführt. Damit beginnt die Versicherung mit

Eröffnung der Zuweisungsverfügung (Art. 5 Abs. 2 KVG).

Gewisse Krankenversicherer versichern die zugewiesenen Personen nicht unmittelbar. Sie empfehlen ihnen stattdessen, beim Kanton ein Gesuch zu stellen, um für die Zeitspanne der Verspätung befreit zu werden. Dieses Vorgehen entspricht nicht den gesetzlichen Vorgaben. Zugewiesene Personen sind unmittelbar zu versichern. Gestützt auf Artikel 5 Absatz 2 KVG sind die Krankenversicherer zudem verpflichtet, bei einem verspäteten Beitritt, der nicht entschuldbar ist, von der versicherten Person einen Prämienzuschlag zu erheben. Der Krankenversicherer muss in einem solchen Fall jeweils prüfen, aus welchem Grund der Beitritt verspätet erfolgt ist und ob dieser als nicht entschuldbar oder entschuldbar zu beurteilen ist. Bei nicht entschuldbarer Verspätung muss die versicherte Person einen Zuschlag zu den monatlichen Prämien entrichten.

4.2 Sans Papiers

Das Kreisschreiben 02/10 vom 19. Dezember 2002 des damals zuständigen Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) über die Aufnahmeregelungen der Sans Papiers in die obligatorische Krankenversicherung ist teilweise nicht mehr aktuell.

Gerne machen wir Sie nachfolgend auf die einzuhaltenden Aufnahmeregelungen aufmerksam:

Artikel 3 KVG definiert den Kreis der versicherungspflichtigen Personen. Grundsätzlich ist jede Person versicherungspflichtig, die gemäss den Artikeln 23-26 ZGB in der Schweiz Wohnsitz hat (Art. 1 Abs. 1 KVV; Art. 13 ATSG). Aus dem Ausland zuziehende Personen haben sich innert drei Monaten nach Wohnsitznahme zu versichern. Die Versicherungspflicht gilt prinzipiell und mit spezifischen, vom Bundesrat in der KVV definierten Ausnahmen, für alle Personen, die sich länger als drei Monate in der Schweiz aufhalten, unbesehen ihrer Nationalität oder ihres rechtlichen Aufenthaltsstatus. Auch Personen ohne Aufenthaltsbewilligung unterstehen, sofern sie nach den Artikeln 23-26 ZGB Wohnsitz in der Schweiz nehmen, dem Versicherungsobligatorium und sind verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschliessen. Das Versicherungsobligatorium umfasst somit auch Sans Papiers, inkl. ausreisepflichtiger Personen des Asylbereichs, die der Ausreisepflicht nicht nachkommen.

Krankenversicherer sind ihrerseits verpflichtet, Versicherungsanträge dieser Personen vorbehaltlos zu akzeptieren. Das Eidgenössische Versicherungsgericht bestätigte in einem Urteil vom 24. Dezember 2002 (K38/01) die Versicherungspflicht der Sans Papiers. Nach Rechtsprechung des Bundesgerichts kann eine versicherte Person wegen Nichtbezahlen der Prämien nicht aus der Krankenversicherung ausgeschlossen werden (BGE 126 V 265). Gemäss Artikel 5 Absatz 3 KVG endet die Versicherung, wenn die versicherte Person der Versicherungspflicht nicht mehr untersteht. Artikel 7 Absatz 3bis und Absatz 5 KVV definieren diesen Zeitpunkt – je nach Status der Person – mit dem Tag der Aufgabe der Erwerbstätigkeit in der Schweiz, dem Tag der tatsächlichen bzw. nachweislichen Ausreise aus der Schweiz oder mit dem Tod der versicherten Person.

Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen haben gemäss Artikel 65 Absatz 1 KVG Anspruch auf Prämienverbilligungen. Dies kann auch auf Sans Papiers zutreffen. Die Definition der Anspruchsvoraussetzungen sowie die Ausrichtung der Prämienverbilligung fallen in die Zuständigkeit der Kantone. Artikel 92d KVV regelt die Prämien von nothilfeberechtigten Personen.

Die Versicherer sind verpflichtet, gegenüber Dritten die Schweigepflicht zu bewahren (Art. 33 ATSG, Art. 84ff KVG). Den Versicherern ist es nicht erlaubt, Personen anzuzeigen, weil sie sich ohne gültigen Aufenthaltsstatus in der Schweiz aufhalten. Gemäss Art. 54 Abs. 1 Bst. d KVAG kann ein Versicherer mit einer Busse bestraft werden, wenn er die Schweigepflicht verletzt.

4.3 Gesuche um Änderung des Geschäftsplanelements nach Art. 7 Abs. 2 Bst. n KVAG

Wir weisen auf die Frist für die Einreichung von Gesuchen um Änderung des Geschäftsplanelements nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe n hin. Die neuen Bestimmungen über die besonderen Versiche-

rungsformen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und über die freiwillige Taggeldversicherung sowie die allgemeinen Versicherungsbedingungen müssen fünf Monate vor Beginn ihrer Gültigkeit bei der Aufsichtsbehörde eingereicht werden (Art. 7 Abs. 1 KVAV). Die «Gültigkeit» und das «Inkrafttreten» der Versicherungsbedingungen können zeitlich versetzt sein (und sind es in der Regel auch). Die Versicherungsbedingungen müssen bereits «gültig» sein, wenn auf ihrer Grundlage Verträge abgeschlossen werden (in der Regel ab Ende September). Die Inkraftsetzung erfolgt dann zu einem bestimmten Zeitpunkt (in der Regel am 1. Januar). Mit anderen Worten: Die Versicherungsbedingungen müssen fünf Monate vor ihrer Markteinführung (praktische Umsetzung) zur Genehmigung vorgelegt werden (s. Geschäftsplan-Formular N, Punkt 2.2 und entsprechende Fussnoten).

Dies bedeutet konkret: Um ab der Veröffentlichung der Prämientarife Ende September Versicherungsverträge abschliessen zu können, müssen die neuen Versicherungsbedingungen den an einer Aufnahme oder an einem Wechsel der Versicherungsform oder des Modells interessierten Personen abgegeben werden können. Die Änderungsgesuche nach Buchstaben n müssen folglich bis Ende April bei der Aufsichtsbehörde eingereicht werden. Insbesondere bei neuen Versicherungsmodellen oder wesentlichen Änderungen der Versicherungsbedingungen ist das BAG auf diese frühzeitige Einreichung angewiesen, da die Versicherungsbedingungen einen Einfluss auf die Prämien bzw. auf die Prämienrabatte haben können. Das BAG kann die Frist zwischen der Einreichung und der Gültigkeit der Versicherungsbedingungen jedoch verkürzen (Art. 7 Abs. 1 in fine KVAV). Die Versicherer haben somit die Möglichkeit, eine Verschiebung der Einreichungsfrist zu beantragen.

4.4 Offenlegung der Interessenbindungen (Art. 38 KVAV): Jährliche Meldung

Einige Versicherer haben die Interessenbindungen aller Mitglieder des Verwaltungs- und des Leitungsorgans verfrüht oder verspätet offengelegt.

Daher erlauben wir uns, Sie höflich zum einen daran zu erinnern, dass das «Formular Interessenbindungen» als «jährliche Meldung» vom Versicherer der Aufsichtsbehörde jeweils bis Ende Januar einzureichen ist (mit Stand am 31. Dezember des vergangenen Jahrs). Dementsprechend ist die einschlägige ISAK-ad hoc-Erhebung vom 1. bis zum 31. Januar geöffnet.

Informationen zur jährlichen Meldung der Interessenbindungen der Holdinggesellschaften entnehmen Sie der nachfolgenden Ziffer 4.5.

Zum andern bitten wir Sie, die Unterscheidung der jährlichen Meldung von der Offenlegung der Interessenbindungen eines neuen Mitglieds des Verwaltungs- oder Leitungsorgans des Versicherers stets im Auge zu behalten.

4.5 Aufsicht über Holdinggesellschaften (Art. 44 Abs. 4 f. KVAG)

Bisweilen sind Fragen zum Umfang der Aufsicht über die Holdinggesellschaften der Versicherer aufgeworfen worden.

Zur Klärung der Rechtslage weisen wir auf folgende Punkte hin:

Als Holdinggesellschaft i.S.v. Art. 44 Abs. 4 f. KVAG gelten neben eigentlichen Gesellschaften auch Holdingstiftungen. Denn mit Blick auf den Versicherer ist die Rechtsform seiner Mutter- bzw. Grossmutter-«Gesellschaften» u.dgl. von unmassgeblicher Bedeutung.

Die Vorgaben zur einwandfreien Geschäftstätigkeit gelten sinngemäss auch für Holdinggesellschaften (Art. 44 Abs. 4 i.V.m. Art. 20 KVAG & Art. 36 ff. KVAV). Die Aufsicht erfolgt risikobasiert:

- Offenlegung von Interessenbindungen (Art. 38 KVAV):
Alle drei Jahre ist von der Holdinggesellschaft eine Meldung der Interessenbindungen aller Mitglieder ihres Verwaltungs- und ihres Leitungsorgans einzureichen. Diese Offenlegung ist indes nur erforderlich, falls am Stichtag keine vollständige personelle Identität der genannten Organe

der Holdinggesellschaft und denjenigen der Versicherer besteht. Hinsichtlich der Modalitäten sind die Vorgaben zur «jährlichen Meldung» des Versicherers (siehe dazu oben Ziff. 4.4) analog anwendbar: Die Meldung ist erstmals bis zum 31. Januar 2024 einzureichen (mit Stand am 31. Dezember 2023; unter Verwendung des Formulars Interessenbindungen; Hochladen in ISAK [durch den Versicherer]).

Ein neues Mitglied des Verwaltungs- oder des Leitungsorgans der Holdinggesellschaft braucht seine Interessenbindungen dagegen nicht offenzulegen, ausser es nimmt auch Einsitz in ein entsprechendes Organ des Versicherers.

- Weitere Prüfungen im Bereich der einwandfreien Geschäftstätigkeit:
Prüfungen hinsichtlich Zusammensetzung von Verwaltungs- und/oder Leitungsorgan, interner Richtlinien zur Vermeidung von Interessenkonflikten, Risikomanagement und/oder internem Kontrollsystem (inklusive Dokumentation) werden bei Bedarf nach pflichtgemäßem Ermessen der Aufsichtsbehörde vorgenommen.

Vorkommnisse, die für die Aufsicht von wesentlicher Bedeutung sind, müssen die Holdinggesellschaften der Aufsichtsbehörde unverzüglich melden. Diese Meldepflicht bezieht sich auf Vorkommnisse betreffend Transaktionen zwischen Holdinggesellschaft und anderen Unternehmen und auf Vorkommnisse betreffend Risikomanagement und internes Kontrollsystem (Art. 44 Abs. 5 i.V.m. Abs. 1 & 3 KVAG). Auf Verlangen der Aufsichtsbehörde trifft die Holdinggesellschaft zudem eine entsprechende Auskunftspflicht.

Die Aufsichtsbehörde ist unter sinngemässer Anwendung von Art. 38 Abs. 2 Bst. f KVAG zur Abberufung der mit der Oberleitung, Aufsicht, Kontrolle oder Geschäftsführung betrauten Personen der Holdinggesellschaft befugt (Art. 44 Abs. 4 KVAG).

4.6 Anspruch auf Leistungsaushilfe in der Schweiz von Versicherten aus der EU, EFTA und aus dem Vereinigten Königreich

Es folgt eine Mitteilung der Gemeinsamen Einrichtung KVG.

Versicherte aus der EU, EFTA und aus dem Vereinigten Königreich (nachfolgend UK) haben während eines vorübergehenden Aufenthalts in der Schweiz Anspruch auf Sachleistungen, die sich als medizinisch notwendig erweisen, wobei die Art der Leistung und die voraussichtliche Dauer ihres Aufenthalts in der Schweiz zu berücksichtigen sind (Artikel 19 Absatz 1 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004).

Zur Geltendmachung ihres Anspruchs auf Leistungsaushilfe legen die Versicherten dem Leistungserbringer ein Dokument vor, das ihren Sachleistungsanspruch bescheinigt (Artikel 25 Absatz 1 erster Satz der Verordnung (EG) Nr. 987/2009). In der Regel tragen die Versicherten bzw. die Patientinnen und Patienten eine Europäische Krankenversicherungskarte oder eine provisorische Ersatzbescheinigung auf sich, welche sie bei Behandlungsbeginn dem Leistungserbringer vorlegen.

Verfügen die Patientinnen und Patienten nicht über einen Anspruchsnachweis oder ist dieser nicht mehr gültig, so wenden sie sich an die Gemeinsame Einrichtung KVG (GE KVG) in ihrer Funktion als aushelfender Träger² in der Schweiz. Sie geben die notwendigen Angaben bekannt, damit die GE KVG eine Ersatzbescheinigung bei der gesetzlichen Krankenversicherung im jeweiligen EU/EFTA-Staat oder UK anfordern kann (Artikel 25 Absatz 1 zweiter Satz der Verordnung (EG) Nr. 987/2009). Bisher haben die Leistungserbringer die Ersatzbescheinigungen oftmals selbst bei der zuständigen Krankenversicherung im Ausland angefordert. Dieses pragmatische Verfahren steht nicht im Einklang mit den Regelungen der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und 987/2009 über die internationale Leistungsaushilfe und kann nicht weiter aufrechterhalten werden. Aus diesem Grund erhalten die Leistungserbringer in der Schweiz

² aushelfender Träger: Träger des Aufenthalts- oder Wohnstaats, welcher die Kosten für medizinische Behandlungen von Versicherten der EU/EFTA/des UK aushilfsweise übernimmt.

zunehmend Ablehnungen der zuständigen Krankenversicherung im Ausland mit dem Hinweis, dass nur die GE KVG den Anspruchsnachweis anfordern darf.

Die GE KVG fordert den Anspruchsnachweis über die Plattform EESSI bei der Krankenversicherung im Ausland und übermittelt gleichzeitig Pflichtinformationen. Dieses Verfahren ist vorgegeben und einzuhalten. Die versicherte Person stellt den Antrag auf Ausstellung einer Ersatzbescheinigung mittels der App «GE KVG Check-In» und übermittelt so der GE KVG die zwingend erforderlichen Informationen. Über das Ergebnis des Antrags bei der zuständigen Krankenversicherung werden sowohl die versicherte Person als auch der Leistungserbringer informiert. Um den rechtlichen Anforderungen sowie der Transparenz Genüge leisten zu können, muss die versicherte Person zwingend den Antrag via «GE KVG Check-In» App stellen.

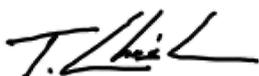
Sowohl die Leistungserbringer als auch die Patientinnen und Patienten profitieren von der unmittelbaren Prüfung des Anspruchs sowie der umgehenden Mitteilung des Resultats, ob die Kosten über die internationale Leistungsaushilfe in der Schweiz abgewickelt werden können oder nicht. Die Plattform steht allen Leistungserbringern kostenlos zur Verfügung. Die App wird in allen Amtssprachen der EU/EFTA/des Vereinigten Königreichs angeboten.

Bei weiteren Fragen können Sie sich direkt an die Gemeinsame Einrichtung KVG wenden (Gemeinsame Einrichtung KVG, Industriestrasse 78, CH-4600 Olten, www.kvg.org).

Wir danken Ihnen für die angenehme Zusammenarbeit im 2023 und senden Ihnen unsere besten Wünsche für das neue Jahr!

Freundliche Grüsse

Bundesamt für Gesundheit



Thomas Christen
Stv. Direktor BAG
Leiter Kranken- und Unfallversicherung



Philipp Muri
Leiter Abteilung Versicherungsaufsicht