



CH-3003 Bern
A BAG

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

Referenz/Aktenzeichen: 515.0000-2
Ihr Zeichen:
Unser Zeichen: PHE
Bern, 16. Dezember 2016

Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne informieren wir Sie über folgende Themen:

1	Risikoausgleich	2
2	Prüfung der Transaktionen (Art. 44 KVAG).....	3
3	Offenlegung des Entschädigungssystems und der Entschädigung der leitenden Organe (Art. 21 KVAG)	3
4	Verordnungen und Ordnungsänderungen zur Versicherungsaufsicht, die auf den 1. Januar 2017 in Kraft treten.....	3
5	Änderungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) sowie der Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung	5
6	Umsetzung des Freizügigkeitsabkommens und des EFTA-Übereinkommens	6
7	Neuer Internetauftritt.....	7
8	Zustellung Auditberichte	8
9	Aufklärungspflicht nach Artikel 27 ATSG	8

1 Risikoausgleich

Die Bundesversammlung verankerte am 21. März 2014 den Risikoausgleich ohne Befristung im KVG und erteilte dem Bundesrat die Kompetenz, den Risikoausgleich mit weiteren geeigneten Indikatoren der Morbidität zu verfeinern (AS 2014 3345). Diese Änderung tritt am 1. Januar 2017 in Kraft.

1.1 Änderung vom 15. Oktober 2014 der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA)

Mit der Änderung vom 15. Oktober 2014 (AS 2014 3481) legte der Bundesrat in der VORA den Indikator Arzneimittelkosten im Vorjahr (Kostenschranke von 5000 Franken für Bruttoleistungen für Arzneimittel) fest. Der neue Indikator wird erstmals bei der Datenlieferung und der Berechnung für den Risikoausgleich 2017 angewandt. Deshalb waren die Versicherer verpflichtet, die Daten bereits ab dem 1. Januar 2015 nach dieser Änderung zu sammeln.

Die Erläuterungen zur VORA-Änderung und weitere Informationen finden Sie auf der Internetseite des BAG (www.bag.admin.ch > Themen > Versicherungen > Krankenversicherung > Revisionsprojekte > Risikoausgleich)

Zu den wichtigsten Neuerungen der Änderung vom 15. Oktober 2014 und zur Auslegung des Begriffs Arzneimittel beim Indikator Arzneimittelkosten wurden die Versicherer vom BAG mit Informationsschreiben vom 15. Oktober 2014 und vom 5. Dezember 2014 informiert. Die beiden Schreiben finden Sie auf der Internetseite des BAG (www.bag.admin.ch > Themen > Versicherungen > Krankenversicherung > Versicherer und Aufsicht > Informationsschreiben Schweiz)

An dieser Stelle weisen wir die Versicherer nochmals auf die spezielle Situation im Jahr 2017 hin: Die Datenlieferung an die Gemeinsame Einrichtung KVG (GE KVG) im Jahr 2017 erfolgt gleichzeitig nach unterschiedlichen Rechtsgrundlagen. Die zweite Datenlieferung für den Risikoausgleich 2016 muss nach dem im Jahr 2016 geltenden Recht erfolgen. Zudem müssen aber auch erstmals Daten für den Risikoausgleich 2017, welcher nach dem neuen Recht (Änderung vom 15. Oktober 2014) berechnet wird, geliefert werden.

1.2 Totalrevision vom 19. Oktober 2016 der VORA

Am 19. Oktober 2016 legte der Bundesrat den aufgrund von Daten aus dem ambulanten Bereich gebildeten Morbiditätsindikator pharmazeutische Kostengruppen (PCG) in der Verordnung fest (AS 2016 4059). Weil dadurch eine Anpassung der Berechnung des Risikoausgleichs sowie zahlreiche weitere Änderungen nötig wurden, musste eine Totalrevision vorgenommen werden. Der Indikator PCG wird erstmals bei der Datenlieferung und der Berechnung für den Risikoausgleich 2020 angewandt. Deshalb werden die Versicherer verpflichtet, die Daten bereits ab dem 1. Januar 2018 nach der neuen Verordnung zu sammeln.

Die Erläuterungen zur neuen VORA und weitere Informationen finden Sie auf der Internetseite des BAG (www.bag.admin.ch > Themen > Versicherungen > Krankenversicherung > Revisionsprojekte > Risikoausgleich)

Wir weisen Sie darauf hin, dass die GE KVG in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit plant, zwei Probeläufe für den mit dem Indikator PCG weiter verfeinerten Risikoausgleich durchzuführen. Der erste dieser Probeläufe soll im Jahr 2018, der zweite im Jahr 2019 stattfinden.

- Mit dem ersten Probelauf im Jahr 2018 wird das Ausgleichsjahr 2017 simuliert. Massgebend sind die Versichertenbestände des Jahres 2017 sowie die Leistungen des Jahres 2016. Dies bedeutet, dass bei den Versicherern als Voraussetzung für die Teilnahme am ersten Probelauf die benötigten Arzneimittelleistungen bereits für das Jahr 2015 mit GTIN oder Pharmacode codiert sein müssen.
- Mit dem zweiten Probelauf im Jahr 2019 wird das Ausgleichsjahr 2018 simuliert. Massgebend sind die Versichertenbestände des Jahres 2018 sowie die Leistungen des Jahres 2017. Dies bedeutet, dass bei den Versicherern als Voraussetzung für die Teilnahme am zweiten Probelauf die benötigten Arzneimittelleistungen bereits für das Jahr 2016 mit GTIN oder Pharmacode codiert sein müssen.

code codiert sein müssen. Die GE KVG beabsichtigt, den Versicherern die Resultate des zweiten Probelaufs spätestens Ende Juni 2019 zur Verfügung zu stellen.

Weitere Informationen zu den Probelaufen werden die Versicherer von der GE KVG erhalten. Das BAG empfiehlt allen Versicherern, an den Probelaufen teilzunehmen.

2 Prüfung der Transaktionen (Art. 44 KVAG)

Gemäss Artikel 44 Absatz 1 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG, SR 832.12) kann das BAG die Transaktionen zwischen einem Versicherer in der sozialen Krankenversicherung und anderen Unternehmen überprüfen. Die Versicherer sind verpflichtet, dem BAG alle Auskünfte zu erteilen und Belege einzureichen, die für die Durchführung der Aufsicht erforderlich sind (Art. 35 Abs. 1 KVAG).

Die Versicherer werden gebeten, dem BAG alle Verträge vorzulegen, die sie mit Maklern und anderen Versicherungsvermittlern abgeschlossen haben. Davon ausgenommen sind die Arbeitsverträge ihrer internen Mitarbeitenden, die für die Akquisition neuer Versicherter zuständig sind. Die Verträge mit kommerziellen Prämienvergleichsseiten sind ebenfalls vorzulegen. Die bestehenden Verträge müssen die Versicherer unverzüglich einreichen. Verträge, die in Zukunft abgeschlossen werden, sind dem BAG möglichst bald zuzustellen.

3 Offenlegung des Entschädigungssystems und der Entschädigung der leitenden Organe (Art. 21 KVAG)

Die Versicherer haben erstmals im Geschäftsbericht 2016 ihr Entschädigungssystem offen zu legen (Art. 21 KVAG). Dieser Artikel gibt vor, was zu veröffentlichen ist.

Als Gutschriften gelten auch Aufwendungen, die Ansprüche auf Vorsorgeleistungen begründen oder erhöhen, sowie Sachleistungen (Art. 21 Abs. 4 Bst. a KVAG).

4 Verordnungen und Verordnungsänderungen zur Versicherungsaufsicht, die auf den 1. Januar 2017 in Kraft treten

4.1 Änderung der Verordnung des EDI über die Reserven in der sozialen Krankenversicherungen (SR 832.102.15)

Die Verordnung des EDI über die Reserven in der sozialen Krankenversicherung (ResV-EDI; SR 832.102.15) wurde am 9. November 2016 geändert (AS 2016 4347). Diese Änderung, die am 1. Januar 2017 in Kraft tritt, betrifft zwei Bereiche:

4.1.1 Einbezug der Reserven der Unfallversicherung nach UVG

Das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) verpflichtet die Versicherer, zum Ausgleich von Schwankungen der Betriebsergebnisse Reserven zu bestellen. Dabei ermächtigt es den Bundesrat, Richtlinien zu erlassen (Art. 90 Abs. 3 UVG in der Fassung vom 25. September 2015, die auf den 1. Januar 2017 in Kraft tritt, AS 2016 4375).

Gestützt auf diese Bestimmung hat der Bundesrat die Versicherer, welche die Unfallversicherung nach UVG durchführen, verpflichtet, ihre relevanten Risiken in diesem Bereich nach den Artikeln 10 bis 13 der KVAV zu quantifizieren und dem BAG jährlich darüber Bericht zu erstatten (Art. 111 Abs. 3 UVV in der Fassung vom 9. November 2016, die am 1. Januar 2017 in Kraft tritt, AS 2016 4393).

Gestützt auf diese Bestimmung hat das EDI das elektronische Formular der ResV-EDI so geändert,

dass die Versicherer, welche die Unfallversicherung nach UVG durchführen, ihre relevanten Risiken nicht nur nach KVAG, sondern auch nach UVG quantifizieren und ihre Reserven nach UVG und KVAG zusammenführen sowie die Mindesthöhe der Reserven nach UVG und KVAG gegenüberstellen. Heute führen drei Versicherer nach KVAG neben der sozialen Krankenversicherung auch die Unfallversicherung nach UVG durch.

4.1.2 Ermittlung der vorhandenen Reserven

Der Wert der Reserven ist als Differenz zwischen dem Wert der Aktiven und dem Wert der Verpflichtungen definiert (Art. 10 Abs. 1 KVAV).

Deshalb wurde die Ermittlung der vorhandenen Reserven (Berechnung des Kernkapitals, Anrechnung von ergänzendem Kapital) angepasst.

4.2 Änderung der Verordnung über die Prämienregionen (SR 832.106)

Die Verordnung des EDI vom 25. November 2015 über die Prämienregionen (SR 832.106) wurde am 24. November 2016 geändert (AS 2016 4349). Diese Änderung, die am 1. Januar 2017 in Kraft tritt, besteht aus einer Aktualisierung des Verordnungsanhangs mit der Liste der Schweizer Gemeinden und ihrer jeweiligen Prämienregion. Aktualisiert werden musste der Anhang infolge von Gemeindezusammenlegungen, die im Laufe des Jahres 2016 in Kraft getreten sind oder ab 1. Januar 2017 wirksam werden.

4.3 Verordnung des EDI über die Preisniveauindizes und die Durchschnittsprämien 2017 für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Union, in Island und in Norwegen (SR 832.112.51)

Wie in den Vorjahren hat das EDI diese Verordnung für das Jahr 2017 auf den 1. Januar 2017 erlassen. Dieses Jahr wurde der Verordnungstext den Kantonsregierungen per Mail zugeschickt.

Sobald der Bundesrat das Protokoll zur Ausdehnung des Freizügigkeitsabkommens auf Kroatien ratifiziert hat, wird das EDI eine neue Verordnung erlassen, welche wir Ihnen zustellen werden.

4.4 Änderung der Verordnung des BAG über Rechnungslegung und Berichterstattung in der sozialen Krankenversicherung (SR 832.121.1)

Bei Erfüllen bestimmter Voraussetzungen, die im KVAG und in der KVAV festgehalten sind, ist den Versicherern ein Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen und ein Abbau von übermässigen Reserven gestattet. Um die volle Nachvollziehbarkeit und Transparenz über die Geldflüsse zu gewährleisten, müssen die Versicherer die Geldflüsse separat und einheitlich verbuchen. Zu diesem Zweck musste der Kontenplan, welcher einen Anhang der Verordnung über Rechnungslegung und Berichterstattung in der sozialen Krankenversicherung (SR 832.121.1) bildet, auf den 1. Januar 2017 mit insgesamt vier neuen Konten ergänzt werden. Hierzu bedurfte es einer Änderung der Verordnung über Rechnungslegung und Berichterstattung in der sozialen Krankenversicherung, die das BAG am 24. November 2016 verabschiedet hat.

Die Änderung der Verordnung wurde publiziert (AS 2016 4649). Den Kontenrahmen in der neuen, ab 1. Januar 2017 gültigen Fassung finden Sie auf der Internetseite des BAG unter folgendem Link: www.bag.admin.ch > Themen > Versicherungen > Krankenversicherung > Versicherer und Aufsicht > Reporting > Rechnungslegung und Berichterstattung

5 Änderungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) sowie der Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung

5.1 Zulassung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen zur Leistungserbringung im Sinne des KVG und Definition ihrer Leistungen

Seit Jahren gehört die neuropsychologische Diagnostik zum unbestrittenen Instrumentarium der Neurologie. Doch Ärztinnen und Ärzte, die ihre Patientinnen und Patienten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) durch eine Neuropsychologin oder einen Neuropsychologen abklären lassen möchten, haben keine andere Wahl, als sie an ein Spital oder eine Klinik zu überweisen. Selbständig praktizierende Neuropsychologinnen und Neuropsychologen können jedoch schon heute Diagnosen zu Lasten der Unfallversicherung stellen.

Die vorliegende KVV-Revision regelt die Frage der Zulassung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen zur Leistungserbringung zu Lasten der OKP (Art. 46 Abs. 1 Bst. f KVV). Diese Zulassung betrifft nur die Diagnostik. Die Zahl der Sitzungen, die auf ärztliche Anordnung vergütet werden, ist in einem neuen Artikel der KLV festgelegt (Art. 11a KLV). Die Zulassung der Neuropsychologen und Neuropsychologinnen betrifft nur diagnostische Leistungen und bildet daher kein Präjudiz für die Zulassung weiterer Subdisziplinen der Psychologieberufe wie die psychologische Psychotherapie. Die Bestimmungen treten am *1. Juli 2017* in Kraft.

5.2 Verfahren und Gebührenregelung für die labormedizinischen Weiterbildungen

Die Erfahrung der letzten Jahre hat gezeigt, dass die vorgesehene Gebühr meist nicht ausreicht, um die Kosten zu decken, die mit der Prüfung der Gesuche um Anerkennung der Gleichwertigkeit von ausländischen labormedizinischen Weiterbildungen verbunden sind. Deshalb wird in Artikel 54a KVV eine rechtliche Grundlage geschaffen, um künftig unter Wahrung des Äquivalenzprinzips die Kosten zu decken, die bei der Bearbeitung solcher Gesuche anfallen. Parallel dazu soll das Verfahren für die Prüfung der Gesuche gestrafft werden (Beschränkung der Anzahl Nachinstruktionen, Erlass eines Vorentscheids), so dass die Gesuchstellenden im Sinne eines Vorbescheids frühzeitig orientiert wird, wie die Behörde die Erfolgsaussichten ihres Gesuchs beurteilt.

Ausserdem findet sich in Artikel 54a KVV eine Änderung der Zuständigkeit: Neu ist nicht mehr das EDI, sondern das BAG für die Anerkennung der Gleichwertigkeit von ausländischen labormedizinischen Weiterbildungen im Sinne von Artikel 54 Absatz 3 Buchstabe b Ziffer 2 KVV zuständig. Das BAG war bisher im Auftrag des EDI als Fachbehörde für die Sachverhaltsabklärungen zuständig. Vor allem aufgrund der Dossierkenntnis des BAG ist es gerechtfertigt, dass dieses Amt nun auch die Verfügungen erlässt, die sich daraus ergeben. In der Verordnung über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMV; SR 810.122.1) ist ebenfalls eine entsprechende Änderung vorgesehen.

Die Anpassungen treten am *1. Januar 2017* in Kraft.

5.3 Zulassung von Organisationen der Hebammen und Organisationen der Logopädie sowie Änderung bezüglich der praktischen Tätigkeit

Von nun an sind Organisationen der Hebammen (Art. 45a KVV) sowie Organisationen der Logopädie (Art. 52c KVV) als Leistungserbringer zugelassen. Diese Anpassung wird Hebamme sowie Logopädinnen und Logopäden ermöglichen, als Angestellte dieser Organisationen zu arbeiten, was heute nicht der Fall ist. Damit werden diese Berufe den anderen paramedizinischen Berufen wie der Physiotherapie oder der Ernährungsberatung gleichgestellt. Diese Statusänderung, die am *1. Januar 2017* in Kraft tritt, sollte das Volumen der Leistungen, die zu Lasten der OKP abgerechnet werden, nicht erhöhen.

5.4 Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung (SR 832.102.5)

Festlegung Struktur Physiotherapie, Sistierung von Anhang 2

Nachdem der Bundesrat die Vereinbarung über die Verlängerung der Gültigkeit der Tarifstruktur TARMED 1.08_BR genehmigt hat, haben Artikel 2 der Verordnung vom 20. Juni 2014 und der Anhang zu den Anpassungen von TARMED keine Existenzberechtigung mehr. Sie müssen somit für die Gültigkeitsdauer der genehmigten Vereinbarung aufgehoben werden. Die Aufhebung dieser Bestimmungen wird im Rahmen der Änderung der Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung erfolgen, die namentlich darauf ausgerichtet ist, die Tarifstruktur für die physiotherapeutischen Leistungen festzulegen. Diese in Anhang 2 festgelegte Struktur entspricht abgesehen von einigen Positionen derjenigen Tarifstruktur, die von den Partnern bis 30. September 2016 vereinbart worden war. Sie tritt rückwirkend auf den *1. Oktober 2016 in Kraft* und gilt bis 31. Dezember 2017. Mit dieser befristeten Lösung sollen die Rechtssicherheit und die Stabilität der Tarife gewährleistet werden. Falls es den Tarifpartnern nicht gelingt, die Tarifstruktur zu revidieren, kann der Bundesrat erneut intervenieren. Anhang 2, der die Struktur enthält, wird in der Amtlichen Sammlung des Bundesrechts (AS) in Form eines Verweises im Sinne von Artikel 5 Absatz 1 des Publikationsgesetzes (PublG, SR 170.512) veröffentlicht. Die Tarifstruktur für die physiotherapeutischen Leistungen kann auf der Website des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) heruntergeladen werden (<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06492/06494/16194/index.html?lang=de>).

5.5 Weitere Änderungen der KLV

Das Eidg. Departement des Innern (EDI) hat weitere Anpassungen der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) und deren Anhänge 1 (Liste bestimmter ärztlicher Leistungen), 2 (Mittel- und Gegenständeliste) und 3 (Analysenliste) beschlossen. Diese Änderungen treten am *1. Januar 2017* in Kraft. Die Änderungen der KLV sowie des Anhangs 1 finden Sie in der Amtlichen Sammlung des Bundesrechts unter: <https://www.admin.ch/opc/de/official-compilation/2016/index.html> (AS 2016 4639). Anhang 2 bzw. Anhang 3 werden nach Artikel 20a Absatz 3 KLV bzw. Artikel 28 Absatz 2 KLV in Verbindung mit Artikel 5 des Publikationsgesetzes (SR 170.512) und Artikel 10 der Publikationsverordnung (SR 170.512.1) nicht in der Amtlichen Sammlung des Bundesrechts oder der Systematischen Sammlung des Bundesrechts veröffentlicht, sondern in der Regel jährlich herausgegeben. Die gedruckten Listen können beim Bundesamt für Bauten und Logistik BBL unter <http://www.bundespublikationen.admin.ch> bestellt und unter der BAG-Internet-Adresse heruntergeladen werden:
<http://www.bag.admin.ch/migel>
<http://www.bag.admin.ch/al>

Kontakt zu Ziffer 5

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Leistungen
Telefon 058 462 37 23

6 Umsetzung des Freizügigkeitsabkommens und des EFTA-Übereinkommens

Gerne nutzen wir die Gelegenheit, Sie nochmals auf die Regelungen im Zusammenhang mit der Umsetzung des Freizügigkeitsabkommens und des EFTA-Übereinkommens hinzuweisen. Diese gelten zwar schon seit Jahren, aber wir erhalten immer wieder Kenntnis davon, dass sich einzelne Kantone und/oder Krankenversicherer nicht an diese Regelungen halten.

6.1 Ausübung des Optionsrechts, formell oder formlos

Wir erinnern Sie an unser Schreiben vom 20. April 2015 zum Thema Optionsrecht in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung - Urteil des Bundesgerichts vom 10. März 2015 (9C_164/2015). Danach müssen die Kantone bei den Personen, die sich in der Schweiz versichern möchten, abklären, ob sie rechtsgültig optiert haben. Nur falls dies nicht zutrifft, können sich die Betroffenen in der Schweiz KVG-versichern. Die Krankenversicherer haben bei einem Antrag um Aufnahme zunächst beim Kanton abzuklären, ob die antragstellende Person rechtsgültig optiert hat oder nicht. Wurde eine Person auf Basis eines formellen Gesuches rechtsgültig befreit, darf sie sich nicht mehr in der Schweiz versichern. Die Kantone und die Krankenversicherer haben auch bei den Personen, welche die Versicherung „Mondial“ (Privatversicherung für in der Schweiz versicherungspflichtige Personen, die in Deutschland, Italien oder Österreich wohnen und von ihrem Optionsrecht Gebrauch gemacht haben) abgeschlossen haben und die sich in der Schweiz KVG-versichern möchten, nach diesem Schreiben vorzugehen. Personen, die bereits formell optiert haben, dürfen sich nicht in der Schweiz KVG-versichern.

6.2 Ausübung des Optionsrechts, neue Familienangehörige

Grundsätzlich ist die Ausübung des Optionsrechts definitiv und unwiderrufbar. Die massgeblichen Tatbestände für die Ausübung des Optionsrechts sind die folgenden: Aufnahme einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz, Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz nach einer Periode der Arbeitslosigkeit, Wohnsitznahme im EU-Land, welches das Optionsrecht gewährt, und Übergang vom Status des Erwerbstätigen zum Status des Rentners. In Bezug auf Frankreich werden diese Tatbestände im Abkommen zwischen Frankreich und der Schweiz betreffend die Krankenversicherung vom 7. Juli 2016 aufgeführt und als abschliessend bezeichnet.

Bei Wohnsitz in Deutschland, Italien oder Österreich kommt zu diesen Tatbeständen noch folgender Tatbestand dazu: Personen, die sich in der Schweiz versichert haben, also bislang nicht von ihrem Optionsrecht Gebrauch gemacht haben, können bei neuen Familienangehörigen (Heirat oder Geburt) innerhalb von drei Monaten ein Gesuch um Befreiung von der schweizerischen Versicherungspflicht stellen. Personen, die bereits von ihrem Optionsrecht Gebrauch gemacht haben, können sich bei neuen Familienangehörigen nicht in der Schweiz KVG-versichern.

6.3 Studierende aus EU-/EFTA-Staaten

Studierende, die aus einem EU-/EFTA-Staat kommen, den Wohnsitz nicht in die Schweiz verlegen und in ihrem Heimatland über die gesetzliche Krankenpflegeversicherung versichert sind, unterstehen in der Schweiz nicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Mit einer gültigen europäischen Krankenversicherungskarte sind sie für Behandlungen in der Schweiz genügend gedeckt. Sobald die Studierenden neben dem Studium in der Schweiz einer Erwerbstätigkeit nachgehen, ist die Unterstellung nach den Regeln für Erwerbstätige zu beurteilen (Art. 11 ff der Verordnung (EG) Nr. 883/2004), und sie werden in der Schweiz krankenversicherungspflichtig, wenn sie ausschliesslich in der Schweiz erwerbstätig sind.

7 Neuer Internetauftritt

Unsere neue Webseite ist seit 15. Dezember online – neu strukturiert, mit überarbeiteten Inhalten und gestaltet nach Vorgaben der Bundesverwaltung. Die bisherige URL www.bag.admin.ch bleibt bestehen.

Ausschlaggebend für die Neugestaltung war der Wechsel auf eine neue Software, mit der die Bundeswebseiten betrieben werden. Mit der Neugestaltung wollen wir erreichen, dass Besucherinnen und Besucher auf unserer Website die gewünschten Inhalte rasch finden und gut verstehen.

Eine Übersicht mit Einführungstexten soll die Leserinnen und Leser informieren, welche Inhalte sie unter einer Rubrik auffinden. Gestaltung und Software ermöglichen eine optimale Darstellung der Inhal-

te, ob eine Seite auf dem Smartphone, Tablet oder Notebook gelesen wird.

Die neue Struktur hat neue, geänderte Links zur Folge. Wir bitten Sie, Links auf Ihrer Webseite oder in Dokumenten, die auf unsere Webseite verweisen, zu aktualisieren.

Informationen zur Krankenversicherung finden Sie neu unter Themen → Versicherungen → Krankenversicherung;

Statistiken sind neu unter Services → Zahlen & Fakten → Statistiken zur Krankenversicherung zu finden.

8 Zustellung Auditberichte

Ab Januar 2017 werden wir unsere Auditberichte gleichzeitig wie dem geprüften Versicherer auch seiner externen Revisionsstelle zustellen. Dadurch sind die externen Revisionsstellen schneller über unsere Arbeiten orientiert und können unsere Prüfungsergebnisse in der risikoorientierten Planung ihrer Revisionseinsätze berücksichtigen. Zudem brauchen die Versicherer unsere Berichte nicht mehr an Ihre externe Revisionsstelle weiterzuleiten.

9 Aufklärungspflicht nach Artikel 27 ATSG

Das BAG ist in letzter Zeit vermehrt mit zahlreichen Anfragen von Versicherten zu krankenversicherungsrechtlichen Fragen konfrontiert. In diesem Zusammenhang erinnern wir die Versicherer daran, dass sie im Rahmen ihres Zuständigkeitsbereichs gesetzlich dazu verpflichtet sind, die interessierten Personen über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären und sie zu beraten (Art. 27 ATSG).

Wir danken Ihnen für die angenehme Zusammenarbeit im 2016 und senden Ihnen unsere besten Wünsche für das neue Jahr !

Freundliche Grüsse

Abteilung Versicherungsaufsicht
Die Leiterin



Helga Portmann