



CH-3003 Bern, BAG

An die Versicherer nach KVG und ihre
Rückversicherer

Referenz/Aktenzeichen: 515.0000-2/970887/
Ihr Zeichen:
Unser Zeichen: PHE
Bern, 16. Dezember 2014

Neuerungen im Jahr 2015

Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne informieren wir Sie mit dem vorliegenden Brief über die Anpassungen der rechtlichen Grundlagen und machen Sie auf wichtige Hinweise für das kommende Jahr aufmerksam:

I. Anpassungen der rechtlichen Grundlagen

1. Risikoausgleich

Mit Schreiben vom 15. Oktober und 5. Dezember 2014 haben wir Sie bereits informiert über die Inkraftsetzung der Änderung des KVG vom 21. März 2014 auf den 1. Januar 2017 und über die Änderung vom 15. Oktober 2014 der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA), die ebenfalls am 1. Januar 2017 in Kraft tritt, mit Ausnahme von Artikel 6 Absatz 6 und einer Übergangsbestimmung zur Datensammlung, die bereits am 1. Januar 2015 in Kraft treten.

Zu den beiden Informationsschreiben siehe:

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/03847/06504/index.html?lang=de>

Zur Inkraftsetzung der KVG-Änderung und zur Änderung der VORA siehe:

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/15048/index.html?lang=de>

2. Prämienkorrektur

Am 1. Januar 2015 treten die Verordnung über die Prämienkorrektur (SR 832.107.21) und die Verordnung des BAG über die Höhe des jährlichen Prämienzuschlags für 2015 (SR 832.107.22) in Kraft. Die entsprechenden Informationen stehen unter folgendem Link zur Verfügung:

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/12985/index.html?lang=de>

Zur Ermittlung der Aufteilung des Bundesbeitrages der Prämienrückerstattung und der Umweltabgaben auf die Versicherer sowie für die korrekte Berechnung der Prämienabschläge müssen dem BAG die Stichtagsbestände je Kanton per 1.1.2015 bekanntgegeben werden. Dazu wurde das EF-BAFU um eine Spalte erweitert. Neu muss das EF-BAFU bereits **Ende Januar** geliefert werden.

3. Absatz 2 der Übergangsbestimmung der Änderungen vom 4. Juli 2012 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV)

Betreffend die Rechnungsstellung im ambulanten Bereich sowie die Rehabilitation und Psychiatrie sieht Artikel 59a^{bis} KVV vor, dass das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) ausführende Bestimmungen zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Diagnosen und Prozeduren erlässt. Im Hinblick auf die Einführung der neuen Tarifstrukturen in den betroffenen Bereichen ist der Erlass von Bestimmungen zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Diagnosen und Prozeduren sowie die Festlegung der zur Codierung schweizweit anwendbaren Klassifikationen für den Anfang des Jahres 2017 vorgesehen.

Mit Ablauf der Frist in Absatz 2 der Übergangsbestimmung vom 4. Juli 2012 der KVV am 31. Dezember 2014 wird eine Änderung dieser Verordnung notwendig. Neu wird keine Frist mehr für die Umsetzung von Artikel 59a^{bis} KVV und für die Festlegung der für die Codierung schweizweit anwendbaren Klassifikationen vorgesehen.

Der Bundesrat hat die Anpassung von Absatz 2 der Übergangsbestimmung vom 4. Juli 2012 der KVV am 19. November 2014 verabschiedet. Diese Änderung tritt am 1. Januar 2015 in Kraft. Die Publikation erfolgt in der Amtlichen Sammlung.

4. Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) und deren Anhänge 1 (Liste bestimmter ärztlicher Leistungen), 2 (Mittel- und Gegenständeliste) und 3 (Analysenliste) per 1. Januar 2015

Artikel 12a Buchstabe c: Impfung gegen Influenza

2013 wurden die Empfehlungen zur Impfung gegen die saisonale Grippe leicht angepasst. Insbesondere die Impfung schwangerer Frauen, bisher im 2. und 3. Trimester empfohlen, wird neu während der gesamten Schwangerschaft empfohlen. Diese Anpassungen wurden in den Schweizerischen Impfplan 2014 übernommen. Folglich richtet man sich bei dieser Impfung neu nach dem Impfplan 2014.

Artikel 12a Buchstabe f: Pneumokokken-Impfung

Die Empfehlungen zur Pneumokokken-Impfung wurden angepasst. Zu den Neuerungen gehören die Empfehlung, nicht mehr mit dem Polysaccharidimpfstoff, sondern mit dem konjugierten Impfstoff zu impfen, und die Empfehlung, die Basisimpfung bei Personen ab 65 Jahren auszusetzen und durch die Impfung aller Personen mit erhöhtem Risiko für invasive Pneumokokkenerkrankungen zu ersetzen. Alle Empfehlungen zur Pneumokokken-Impfung stehen vollständig im Schweizerischen Impfplan 2014. Folglich richtet man sich bei dieser Impfung neu nach dem Impfplan 2014.

Artikel 12a Buchstabe h: Impfung gegen Tuberkulose

Die Empfehlungen zur BCG-Impfung werden neu von der Lungenliga Schweiz (früher Schweizerische Vereinigung **gegen die Tuberkulose und Lungenkrankheiten**) ausgearbeitet, und zwar im Rahmen des in Zusammenarbeit mit dem BAG herausgebrachten "Handbuchs Tuberkulose", das in seiner aktu-

alisierten Version vom April 2012 auf der Website www.tbinfo.ch abgerufen werden kann. Diese Empfehlungen wurden in den Schweizerischen Impfplan 2014 übernommen. Folglich richtet man sich bei dieser Impfung neu nach dem Impfplan 2014.

Artikel 12b Buchstabe c : HIV-Postexpositionsprophylaxe

Die Arbeitsgruppe Klinik und Therapie der Eidg. Kommission für sexuelle Gesundheit hat die Empfehlungen zur HIV-Postexpositionsprophylaxe aktualisiert und am 24. November 2014 im Bulletin BAG publiziert. Diese Empfehlungen werden auch für die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen.

a. Ärztliche Leistungen (Anhang 1 KLV)

Operative Reduktion der gesunden Brust

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernimmt neu die Kosten für eine zur Behebung einer Brustasymmetrie infolge medizinisch indizierter Brustoperationen allenfalls nötigen operativen Reduktionsoperation der gesunden Brust, um so die körperliche und seelische Integrität der Patientin wiederherzustellen.

Telemedizin bei kardiologischen rhythmologischen Implantaten

Die OKP übernimmt neu die Kosten für die Fernüberwachung von Patienten mit kardiologischen implantierten Geräten (automatische Defibrillatoren, Herzschrittmacher oder implantierbare Ereignisrekorder) zur Übermittlung von implantatsbezogenen und diagnostischen Daten an ein Kontrollzentrum.

Multigen-Test beim Mammakarzinom

Die OKP übernimmt neu die Kosten für Multigentests bei Patientinnen in einem frühen Brustkrebs-Stadium, bei welchen die konventionellen Befunde bezüglich einer adjuvanten Chemotherapie keine eindeutige Entscheidung erlauben. Die Kosten der Tests werden unter der Bedingung, dass die laufend gewonnenen Daten zur Wirksamkeit nach 3 Jahren neu evaluiert werden, von der OKP übernommen.

Implantation von Knochenleitungs-Hörimplantaten oder deren Teilkomponenten (transkutane und perkutane Systeme)

Neu werden nicht nur die Kosten für Implantationen von perkutanen Knochenleitungs-Hörimplantaten von der OKP vergütet, sondern auch diejenigen für Implantationen transkutaner Systeme oder von Teilkomponenten von Hörimplantatsystemen, die sich der Knochenleitung bedienen.

Operative Mammarekonstruktion

Neu werden nicht nur die Kosten für Brustrekonstruktionen zur Wiederherstellung der physischen und psychischen Integrität der Patientin nach medizinisch indizierten Brustamputationen, sondern auch nach teilweisen Brustentfernungen aus medizinischer Indikation vergütet.

Cystoskopische Injektion von Botulinumtoxin von Typ A in die Blasenwand

Die OKP übernimmt die Kosten der cystoskopischen Injektion von Botulinumtoxin in die Blasenwand neu auch zur Behandlung der idiopathischen hyperaktiven Blase bei Erwachsenen.

Knochendensitometrie mit Doppelenergie-Röntgen-Absorptiometrie (DEXA) bei Zöliakie

Die Knochendensitometrie mit DEXA ist in Anhang 1 KLV bereits als Leistung, die der Vergütungspflicht der OKP unterliegt, u.a. bei Erkrankungen des Verdauungssystems (Malabsorptionssyndrom, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa), aufgeführt. Zöliakie als Erkrankung des Verdauungssystems, die durch ein Malabsorptionssyndrom gekennzeichnet ist, wird nun ebenfalls ausdrücklich als Indikation genannt.

Positron-Emissions-Tomographie

Die Bestimmungen betreffend der Positron-Emissions-Tomographie wurden redaktionell überarbeitet, so dass klarer ersichtlich wird, welche Indikationen bei Untersuchungen mit welchen Tracern rückerstattet werden. Aufgrund einer nochmaligen Beurteilung erneut abgelehnt wurde die Kostenübernahme für PET-Untersuchungen mit 18F-Fluorbetapir.

b. Mittel- und Gegenständeliste (Anhang 2 KLV)

2-stufige Höhenausgleichssohle für Gips und Orthesen

Neu wird der Kauf der 2-stufigen Höhenausgleichssohle bei Patienten mit Beinlängendifferenz infolge eines Tragens eines Gipses oder einer Orthese nach einer Verletzung / Operation von der OKP mit einem Höchstvergütungsbetrag rückerstattet.

c. Analysenliste (Anhang 3 KLV)

Neue Tarife für die Schnellen Analysen im ärztlichen Praxislaboratorium

Im Zusammenhang mit dem Masterplan "Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung" erfolgt eine Anpassung zu Gunsten der Grundversorgung und wird in der AL ein spezielles Kapitel für Schnelle Analysen eingeführt. Diese 33 Schnellen Analysen dienen den häufig gestellten Fragen in der medizinischen Grundversorgung und sind von hoher diagnostischer Aussagekraft, so dass der Arzt bzw. die Ärztin sofort wegweisende diagnostische oder therapeutische Entscheidungen treffen kann. Sie werden aufgrund ihrer rasch verfügbaren Resultate höher tarifiert.

Für die Schnellen Analysen wird eine an die Produktionsbedingungen des ärztlichen Praxislabors adaptierte Tarifierung verwendet. Die bisher mit der Präsenztaxe (AL-Position 4707.00), dem Suffix-Zuschläge (AL-Position 4707.10 und 4707.20) und dem Übergangszuschlag (AL-Position 4708.00) abgegoltenen Kosten sind somit im neuen Tarif bereits einberechnet. Mit den Schnellen Analysen dürfen deshalb keine weiteren Taxen oder Zuschläge abgerechnet werden.

Die Schnellen Analysen dürfen von allen Ärzten und Ärztinnen mit Praxislaboratorien bei Durchführung der Laboruntersuchungen im eigenen Praxislaboratorium nach Artikel 54 Absatz 1 Buchstabe a KVV in Form der Präsenzdiagnostik (nach Art. 54 Abs. 1 Bst. a Ziff. 2 KVV) abgerechnet werden. Andere Leistungserbringer dürfen die Schnellen Analysen nicht abrechnen.

Die neue Strukturierung der Analysen für das ärztliche Praxislabor mit einem Kapitel Schnelle Analysen und einem Kapitel ergänzende Analysen stellt eine Übergangslösung dar. Im Rahmen des Projekts „transAL“ ist eine Überprüfung der gesamten Analysenliste vorgesehen. Dabei werden namentlich die Strukturierung der Anhänge zur Analysenliste im Kapitel 5 und die Tarifierung der Schnellen Analysen noch einmal geprüft.

Hochdurchsatz-Sequenzierung, Position 2800.00 und ff.

Die OKP vergütet neu die molekulargenetische Technik der Hochdurchsatz-Sequenzierung, welche die gleichzeitige, parallele Sequenzierung vieler Gene oder des ganzen Genoms und die Beantwortung bisher nicht möglicher genetischer Fragestellungen ermöglicht. Die Voraussetzungen dieser sehr anspruchsvollen Analysen sind in der Analysenliste und in einem Referenzdokument festgehalten.

Als Folge der Aufnahme der Hochdurchsatz-Sequenzierung werden die Pauschaltarife der AL-Positionen 2810.00, 2810.01 und 2810.02 „Brust- oder Ovarialkrebs-Syndrom, Gene BRCA1 und BRCA2“ aufgehoben und die Analysen werden unter die neue Technik der Hochdurchsatz-Sequenzierung bzw. wieder unter die Sanger-Sequenzierung eingereiht.

Einleitende Bemerkungen

Zum besseren Verständnis werden die Einleitenden Bemerkungen mit Ausführungen zur Kostenübernahme von Mutterschaftsleistungen ergänzt.

Die Änderungen der KLV sowie des Anhangs 1 finden sich in der Amtlichen Sammlung des Bundesrechts. 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.

<http://www.bag.admin.ch/migel>

<http://www.bag.admin.ch/al>

II. Wichtige Hinweise

1. Umgang mit Falschabrechnungen bzw. Nichtberücksichtigung der Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung

Am 1. Oktober 2014 ist die Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung in Kraft getreten. Bei der Umsetzung dieser Verordnung sind die Versicherer gefordert, bei Fehlern in der Rechnungsstellung im Sinne einer falschen Anwendung der Tarifanpassungen einzugreifen. Folgende Regeln sind in Erinnerung zu rufen:

Die Leistungserbringer müssen sich nach Artikel 44 Absatz 1 KVG an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach KVG keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz). Unabhängig davon, ob die Rechnung den Betrag der Kostenbeteiligung übersteigt oder nicht, ist der Versicherer daher bei Fakturierung nach veralteter Tarifstruktur angehalten, die fehlerhafte Rechnung zu reklamieren.

Nach Artikel 89 Absatz 1 KVG entscheidet ein Schiedsgericht bei Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern. Nach Absatz 3 ist das Schiedsgericht 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. Der Versicherer kann im System des Tiers garant auch gegen den Willen der versicherten Person in deren Namen Klage erheben. Ohne Antrag der versicherten Person ist er dazu jedoch nicht verpflichtet. Die versicherte Person kann ihrerseits nicht selber an das Schiedsgericht gelangen, sondern nur über ihren Versicherer.

Der Zweck von Artikel 89 Absatz 3 KVG besteht darin, dass die versicherte Person im System des Tiers garant davor geschützt werden soll, die Kosten tragen zu müssen, wenn der Arzt nicht entsprechend dem Tarif fakturiert, den Tarifschutz nach Artikel 44 KVG nicht beachtet oder eine unwirtschaftliche Leistung erbracht hat.

Im System des Tiers garant sind zwei konkrete Vorgehensweisen der Versicherer denkbar:

- a) Der Versicherer bezahlt den vollen Rechnungsbetrag an die versicherte Person und fordert anschliessend den zu viel bezahlten Betrag (im Namen der versicherten Person) beim Leistungserbringer zurück, da dieser ungerechtfertigt bereichert ist. Beahlt der Leistungserbringer nicht, kann der Versicherer vor ein Schiedsgericht und schlussendlich vors Bundesgericht gehen. Der Versicherer kann dabei, wie oben erläutert, auch gegen den Willen der versicherten Person in deren Namen Klage erheben.
- b) Der Versicherer bezahlt nicht den vollen Rechnungsbetrag an die versicherte Person, bei dieser fällt somit eine Differenz zwischen dem geforderten Rechnungsbetrag und der Rückerstattung durch den Versicherer an. Der Versicherer hat aber die Pflicht, die versicherte Person entsprechend zu informieren, damit diese die Rechnung beim Leistungserbringer beanstanden kann. Sollte der Leistungserbringer auf seinem Standpunkt beharren, kann die versicherte Person vom Versicherer Klageerhebung gegen den Leistungserbringer vor dem Schiedsgericht nach Artikel 89 Absatz 3 KVG verlangen. Der Versicherer muss die versicherte Person auf seine Kosten vertreten. Letzte Instanz ist auch hier das Bundesgericht.

2. Aktuarsbericht

Versicherer, die sowohl das Krankenzusatzversicherungsgeschäft als auch das KVG-Geschäft in der gleichen juristischen Einheit führen, werden aufgefordert, neu dem BAG den Aktuarbericht gemäss Artikel 24 des Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen (VAG) einzureichen.

3. Rückversicherungsverträge

Gemäss Artikel 18 KVV haben die Rückversicherer die Pflicht die Rückversicherungsverträge sowie deren Abänderungen und Ergänzungen dem BAG einzureichen. Wir ersuchen deshalb die Rückversicherer von Versicherern nach KVG, uns bis Ende Februar 2015 alle im 2015 gültigen Rückversicherungsverträge zuzustellen.

4. Geschäftsberichte

Die Versicherer, welche die soziale Krankenversicherung betreiben, haben gemäss Artikel 60 Absatz 4 und 6 KVG einen Geschäftsbericht zu erstellen und zu veröffentlichen. Der Geschäftsbericht beinhaltet die statutarische Jahresrechnung und ist entweder nach Swiss GAAP FER 41 oder nach Swiss GAAP FER 41 unter Einbezug der Konkretisierungen des EDI zu erstellen (vgl. hierzu die Vorgaben der „Richtlinie des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) zur Rechnungslegung in der sozialen Krankenversicherung und zum neuen aufsichtsrechtlichen Abschluss vom 8. Juli 2011“).

Bei der Analyse der Geschäftsberichte 2013 haben wir inhaltliche Unterschiede bezüglich Qualität und Vollständigkeit festgestellt. In Anbetracht der Informationspflicht der Krankenversicherer über Ihre Geschäftstätigkeit erwarten wir, dass die Minimalstandards von allen Krankenversicherern eingehalten werden.

- Die Geschäftsberichte enthalten die statutarischen **Einzelabschlüsse** nach Swiss GAAP FER 41 mit allen fünf Bestandteilen: Bilanz, Erfolgsrechnung, Geldflussrechnung, Eigenkapitalnachweis und Anhang (inkl. Segmenterfolgsrechnung und Testat der Revisionsstelle).
- Die Geschäftsberichte enthalten mindestens die Kennzahlen nach Artikel 28b Absatz 2 KVV für jeden **einzelnen Krankenversicherer**. Zusätzliche Indikatoren wie Eckdaten nach Versicherungszweig, Diagramme und weitere Kennzahlen auf Basis einzelner Krankenversicherer sind erwünscht.

Wir danken Ihnen für die angenehme Zusammenarbeit im 2014 und senden Ihnen unsere besten Wünsche für das neue Jahr!

Freundliche Grüsse

Abteilung Versicherungsaufsicht
Die Leiterin



Helga Portmann