



Gemeinsame Einrichtung KVG | Institution commune I.A.Mal | Istituzione comune I.A.Mal

Solothurn

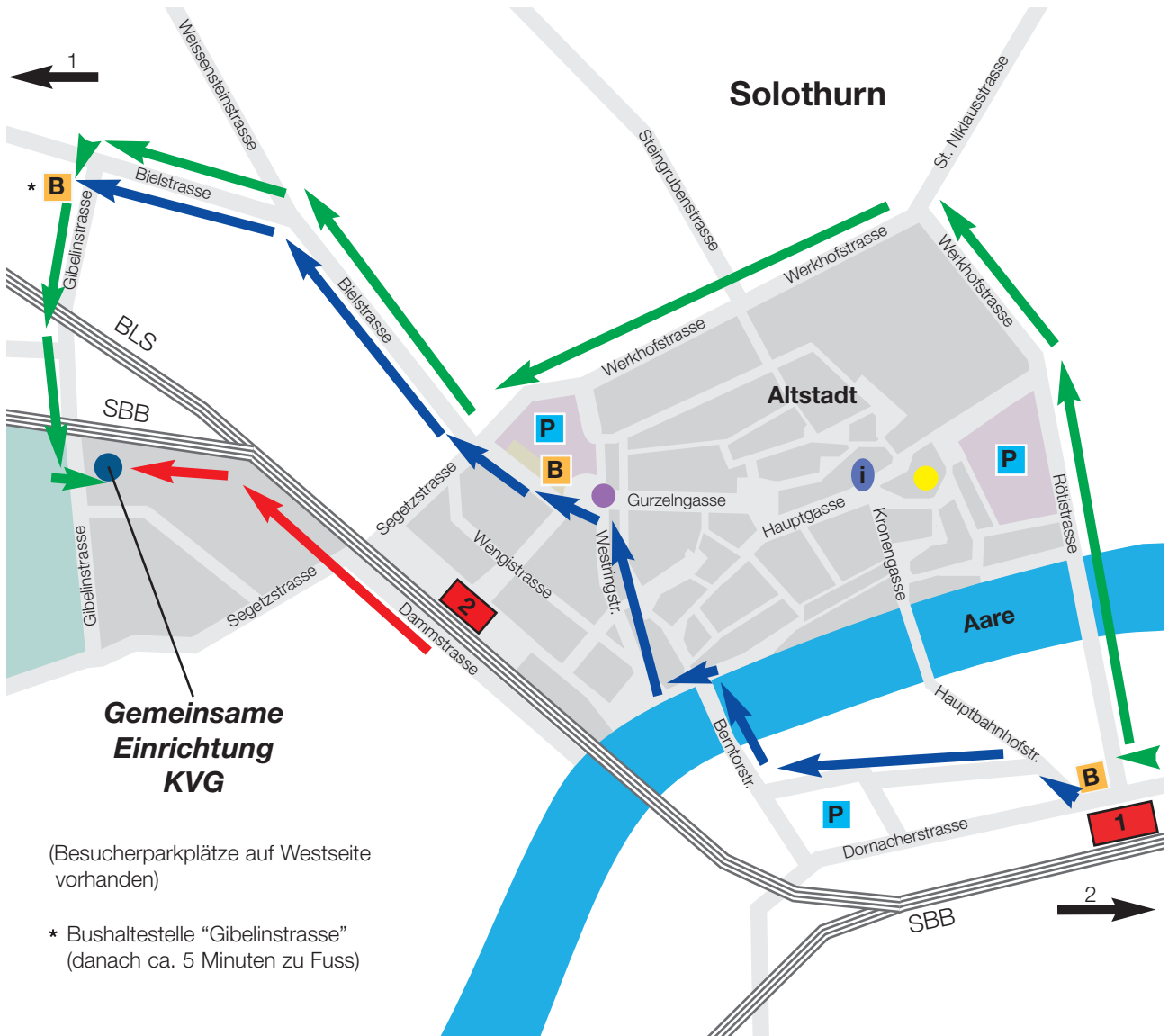
Soleure

Soletta

2006

GESCHÄFTSBERICHT




# Situationsplan Geschäftsstelle Gemeinsame Einrichtung KVG





(Besucherparkplätze auf Westseite vorhanden)

\* Bushaltestelle "Gibelinstrasse" (danach ca. 5 Minuten zu Fuss)

-  Gemeinsame Einrichtung KVG
-  St. Ursen Kathedrale
-  Bieltor
-  Solothurn Tourismus
-  Bushaltestelle
-  Parkhaus/-platz
-  Hauptbahnhof
-  Westbahnhof

-  Fussweg ab Westbahnhof
-  mit dem Bus ab Hauptbahnhof (Linie 5 und 7, Richtung "Brühl") bis Haltestelle "Gibelinstrasse"
-  mit dem Auto, Zufahrt ab A1 / A5 (Ausfahrt "Solothurn Ost")

-  1 Richtung Biel
-  2 Richtung Basel, Bern, Zürich



**Gemeinsame Einrichtung KVG**

Gibelinstrasse 25  
 CH-4503 Solothurn  
 Tel: 032 625 30 30  
 Fax: 032 625 30 90  
 E-Mail: info@kvg.org  
 Homepage: www.kvg.org



## Kenndaten

	2006	2005		
<b>Leistungsaushilfe</b>				
Leistungsaushilfe für Versicherte aus einem EG- bzw. EFTA-Staat in der Schweiz:				
• Fälle	95'715	90'653	+	6%
• Kosten	Fr. 119'863'123.45	Fr. 106'091'161.30	+	13%
Leistungsaushilfe für Versicherte der Schweizer Krankenversicherer in EG- bzw. EFTA-Staaten:				
• Fälle	32'486	18'828	+	73%
• Kosten	Fr. 41'058'863.78	Fr. 20'617'241.13	+	99%
<b>Risikoausgleich</b>				
Anzahl Krankenversicherer	87	85	+	2%
Anzahl Versicherte	7'488'733	7'444'748	+	1%
Krankenpflegekosten	Fr. 20'595'098'704	Fr. 20'346'299'528	+	1%
Kosten pro Versicherten	Fr. 2'750	Fr. 2'733	+	1%
Kostenbeteiligung pro Versicherten	Fr. 407	Fr. 404	+	1%
umverteilter Betrag	Mio.Fr. 1'236	Mio.Fr. 1'202	+	3%
<b>Insolvenz</b>				
Anzahl neue Insolvenzfälle	-	-	-	-
Anzahl hängige Insolvenzfälle	3	3		0%
Zahlungen anstelle zahlungsunfähiger Versicherer	Fr. 4'252'240.30	Fr. 4'529'131.40	-	6%
<b>Umverteilung Reserven</b>				
Anzahl Versicherer mit Einschränkung des örtlichen Tätigkeitsbereichs, bei denen eine Umverteilung von Reserven nötig wurde	-	1	-	-
Anzahl von der Einschränkung des örtlichen Tätigkeitsbereichs betroffene Versicherte	-	81	-	-
abgegebene Reserven	-	Fr. 26'998.10	-	-
umverteilte Reserven	-	Fr. 26'213.10	-	-
<b>Mehreinnahmen Pharmaindustrie</b>				
Anzahl Verfügungen BAG	1	1		0%
Mehreinnahmen	Fr. 789'752.85	Fr. 277'155.30	+	185%
<b>Personal Geschäftsstelle</b>				
Anzahl Personen	62	60	+	3%
Anzahl Stellen	51	49	+	4%

### Vorbemerkungen:

- Werden personenbezogene Ausdrücke, z.B. Grenzgänger, Rentner, usw., verwendet, so gelten diese für Männer und Frauen gleichermaßen.
- Die Abteilung Kranken- und Unfallversicherung des BSV wurde auf den 1. Januar 2004 in das Bundesamt für Gesundheit (BAG) überführt. Aus Gründen der besseren Verständlichkeit wird im vorliegenden Geschäftsbericht die Bezeichnung BAG auch dann verwendet, wenn es um die Tätigkeit der Abteilung Kranken- und Unfallversicherung vor dem 1. Januar 2004 geht.
- Der Geschäftsbericht wurde am 5. Juli 2007 abgeschlossen.



## Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>Kenndaten</b>	1
<b>Organe</b>	3
<b>Organigramm Stiftung</b>	4
<b>Organigramm Geschäftsstelle</b>	5
<b>1. Tätigkeitsbericht</b>	
1.1 Aufgaben	6
1.2 Internationale Koordination Krankenversicherung	8
• Personenfreizügigkeitsabkommen zwischen der Schweiz und der EG bzw. revidiertes EFTA- Abkommen	8
• Sozialversicherungsabkommen Schweiz - Deutschland	32
• Rheinschifferabkommen	33
1.3 Risikoausgleich	35
1.4 Kostenübernahme anstelle zahlungsunfähiger Versicherer	48
1.5 Umverteilung von Reserven zwischen Krankenversicherern	57
1.6 Rückerstattung Mehreinnahmen Pharmaindustrie	60
1.7 Kollektive Vergünstigungen an verordnende Ärzte gemäss Art. 56 Abs. 3 KVG	63
<b>2. Jahresrechnung</b>	
2.1 Bilanz	64
2.2 Fondsrechnungen	66
2.3 Gesamtbetriebsrechnung	67
2.4 Betriebsrechnung Risikoausgleich	69
2.5 Betriebsrechnung internationale Koordination Krankenversicherung	70
2.6 Betriebsrechnung Kostenübernahme anstelle zahlungsunfähiger Versicherer	72
2.7 Betriebsrechnung Umverteilung von Reserven zwischen Versicherern	73
<b>3. Bericht der Revisionsstelle</b>	74
<b>Anhang</b>	
A Stiftungsurkunde	75
B Stiftungsreglement	77
C Reglement über die Durchführung der internationalen Koordination in der Krankenversicherung	79
D Anhang zum Reglement über die Durchführung der internationalen Koordination in der Krankenversicherung	81
E Reglement über die Vollzugshilfe der Gemeinsamen Einrichtung KVG bei der Durchführung der KVG- Versicherungskontrolle durch die Kantone	86
F Reglement über die Durchführung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung	88
G Reglement über den Fonds gemäss Art. 13 der am 15. Juni 1998 revidierten Verordnung über den Risikoausgleich	89
H Reglement über die Übernahme der Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern	90
I Reglement über die Umverteilung von Reserven zwischen Krankenversicherern	92
J Reglement über die Rückerstattung der Mehreinnahmen der Pharmaindustrie an die Krankenversicherer	94



## Organe

### Stiftungsrat 2005 - 2007

Präsident	Ueli Müller (bis 31. Dezember 2006) Dr.iur. Markus Moser (ab 1. Januar 2007)	Lohn-Ammansegg Niederwangen (BE)
Vizepräsident	Peter Schürch	Genf
übrige Mitglieder	Josef Barmettler Pierre-Marcel Revaz Kurt Wilhelm	Horw Vétroz Aarau

### Revisionsstelle 2006

BDO Visura, Solothurn

### Geschäftsstelle

Gibelinstrasse 25, Postfach, CH-4503 Solothurn

Telefon: 032 625 30 30, Fax: 032 625 30 90, E-Mail: info@kvg.org, Homepage: www.kvg.org

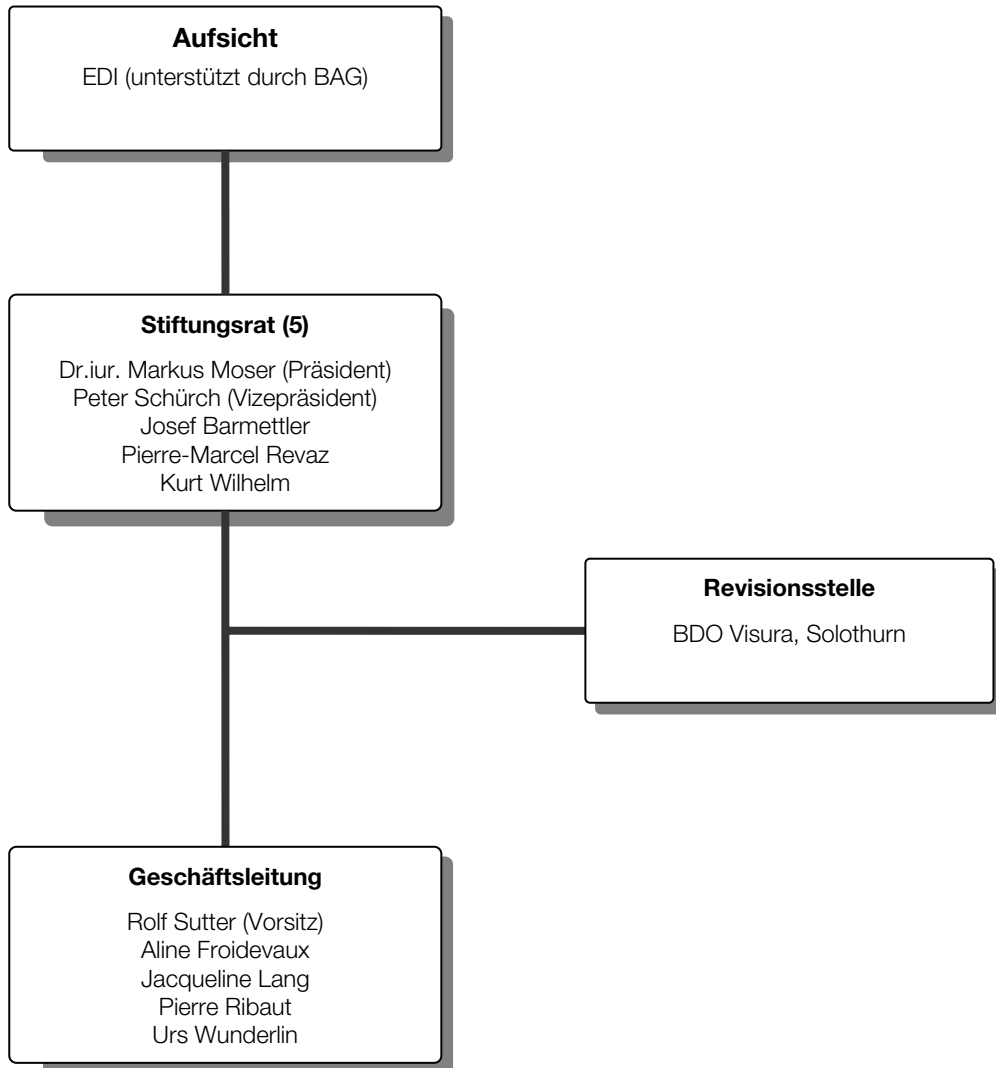
Funktion	Name	Telefon / E-Mail	Wohnort	Seit
Geschäftsführer	Rolf Sutter *	032 625 30 55 rolf.sutter@kvg.org	Selzach	1. Januar 1996
Sekretariat	Esther Diener	032 625 30 66 esther.diener@kvg.org	Balsthal	1. April 2000
Personalleiterin	Jacqueline Wüthrich	032 625 30 83 jacqueline.wuethrich@kvg.org	Worb	1. Juli 2007
Rechtsdienst	Ursula Hohn	032 625 30 64 ursula.hohn@kvg.org	München- buchsee	1. Juli 2002
Abteilungsleiter inter- nationale Koordination Krankenversicherung	Pierre Ribaut *	032 625 30 57 pierre.ribaut@kvg.org	Oensingen	1. September 2001
Leiterin Fachbereich Leistungen	Jacqueline Wannier	032 625 30 94 jacqueline.wannier@kvg.org	Delémont	1. Januar 2007
Leiter koordinations- rechtliche Aufgaben	Daniel Lorenz	032 625 30 34 daniel.lorenz@kvg.org	Derendingen	1. Juni 2003
Gruppenleiter EU	Hans-Peter Strahm	032 625 30 26 hans-peter.strahm@kvg.org	Lätti	1. September 2000
Abteilungsleiter Risiko- ausgleich	Urs Wunderlin *	032 625 30 25 urs.wunderlin@kvg.org	Lüsslingen	1. Januar 1996
Abteilungsleiterin Insolvenz Abteilungsleiterin Umverteilung Reserven Abteilungsleiterin Mehrein- nahmen Pharmaindustrie	Aline Froidevaux *	032 625 30 72 aline.froidevaux@kvg.org	Bern	1. Januar 2005  1. Juni 2004  1. Januar 2006
Abteilungsleiterin Finanzen/Informatik	Jacqueline Lang *	032 625 30 68 jacqueline.lang@kvg.org	Worb	1. Juli 2004
Gruppenleiter Buchhaltung	Massimiliano Secchi	032 625 30 67 massimiliano.secchi@kvg.org	Bellach	1. Juni 2005
Gruppenleiterin Inkasso	Susanne Witschi	032 625 30 45 susanne.witschi@kvg.org	Wanzwil	1. September 2006

\* Mitglied der Geschäftsleitung.



## Organigramm Stiftung

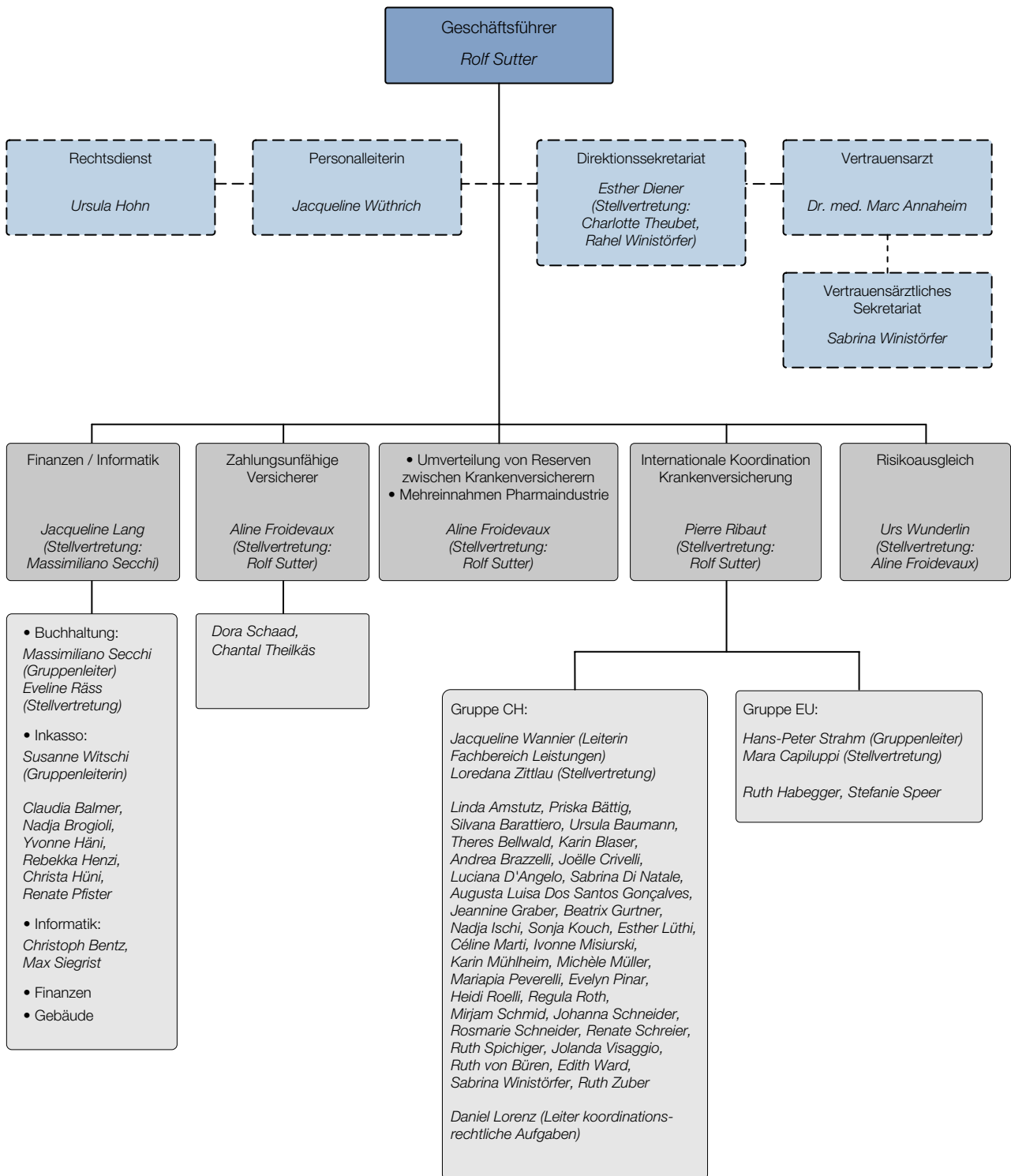
(Stand 1. August 2007)





## Organigramm Geschäftsstelle

(Stand 1. August 2007, gestrichelt: Stabstellen)





# 1. Tätigkeitsbericht

## 1.1 Aufgaben

Bestimmte Aufgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung können nicht von den einzelnen Krankenversicherern gelöst werden, sondern sind nur gemeinsam zu bewältigen. Das am 1. Januar 1996 in Kraft getretene Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht deshalb in Art. 18 Abs. 1 die **Gründung einer gemeinsamen Einrichtung** durch die Krankenversicherer (Krankenkassen, Privatversicherer) vor. Die Versicherer haben die Stiftung rechtzeitig gegründet. **Stifter** sind das Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (heute santésuisse genannt) und die Schweizerische Vereinigung privater Kranken- und Unfallversicherer, welche später in den Schweizerischen Versicherungsverband (SVV) übergegangen ist. Die Stiftung nahm am 1. Januar 1996 ihre Tätigkeit unter der Bezeichnung "Gemeinsame Einrichtung KVG" auf.

Die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung KVG werden in Art. 18 Abs. 2-4 KVG erwähnt. Hinzu kommt der Risikoausgleich unter den Krankenversicherern. Diese Aufgabe wird zwar ebenfalls der Gemeinsamen Einrichtung KVG zugewiesen, jedoch in den Übergangsbestimmungen des KVG (Art. 105 Abs. 3 KVG), nachdem der Risikoausgleich vorerst auf zehn Jahre befristet war und dann um fünf Jahre verlängert wurde (das heisst bis 31. Dezember 2010).

Die Gemeinsame Einrichtung KVG ist als **flexibles und offenes Instrument** gedacht: Der Bundesrat kann ihr neben der internationalen Leistungsaushilfe weitere Aufgaben zuweisen (Art. 18 Abs. 3 KVG), und zudem besteht auch die Möglichkeit, dass ihr die Krankenversicherer in gegenseitigem Einvernehmen bestimmte Aufgaben von gemeinsamem Interesse anvertrauen, namentlich im administrativen und technischen Bereich.

Zu den **Aufgaben** der Gemeinsamen Einrichtung KVG gehören damit gegenwärtig:

- Internationale Koordination Krankenversicherung (Art. 18 Abs. 2bis - sexies KVG und Art. 18 Abs. 3 KVG in Verbindung mit Art. 19 Abs. 1 KVV);
- Risikoausgleich (Art. 105 Abs. 1 KVG);
- Übernahme der Kosten der gesetzlichen Leistungen anstelle zahlungsunfähiger Versicherer (Art. 18 Abs. 2 KVG);
- Umverteilung von Reserven zwischen Versicherern (Art. 13 Abs. 5 KVG in Verbindung mit Art. 19a KVV);
- Rückerstattung Mehreinnahmen Pharmaindustrie (Art. 67 Abs. 2ter KVV);
- Kollektive Vergünstigungen (Art. 56 Abs. 3bis Entwurf KVG).

### *Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung KVG (Stand 1. Januar 2007)*

<b>Aufgabe</b>	<b>Zuweisung durch</b>	<b>Status</b>
Internationale Koordination Krankenversicherung (Art. 18 Abs. 3 KVG in Verbindung mit Art. 19 Abs. 1 KVV; Art. 18 Abs. 2bis – quinquies KVG)	Bundesrat bzw. Parlament	Ständige Aufgabe
Übernahme Vollzugsaufgaben Kantone gegen Entschädigung (Art. 18 Abs. 2sexies KVG, Kann-Bestimmung)	Kantone	Aufgabe im Delegationsfall
Risikoausgleich (Art. 105 Abs. 1 KVG)	Parlament	Ständige Aufgabe (befristet bis 31. Dezember 2010)
Übernahme Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle zahlungsunfähiger Versicherer (Art. 18 Abs. 2 KVG)	Parlament	Aufgabe im Anlassfall (Zahlungsunfähigkeit Versicherer)
Umverteilung Reserven zwischen Versicherern (Art. 13 Abs. 5 KVG in Verbindung mit Art. 19a KVV)	Bundesrat	Aufgabe im Anlassfall (Verfügung BAG)
Rückerstattung Mehreinnahmen Pharmaindustrie (Art. 67 Abs. 2ter KVV)	Bundesrat	Aufgabe im Anlassfall (Verfügung BAG)
Kollektive Vergünstigungen an verordnende Ärzte gemäss Art. 56 Abs. 3 KVG resp. Art. 56 Abs. 3bis Entwurf KVG	BAG respektive mit allfälliger Revision KVG durch Parlament	Ständige Aufgabe



Bei den Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung KVG kann unterschieden werden zwischen solchen, welche **ohne besonderen Anlass** anfallen (internationale Koordination Krankenversicherung, Risikoausgleich) und solchen, welche **nur im Anlassfall** zu Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung KVG werden. Zur zweiten Kategorie gehört die Übernahme der Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle zahlungsunfähiger Versicherer (hier setzt das aktiv werden der Gemeinsamen Einrichtung KVG einen Insolvenzfall voraus) und die Umverteilung von Reserven zwischen Versicherern (hier setzt das aktiv werden der Gemeinsamen Einrichtung KVG eine rechtskräftige Verfügung des EDI voraus, welche die Umverteilung von Reserven durch die Gemeinsame Einrichtung KVG im Zusammenhang mit der Einschränkung des örtlichen Tätigkeitsbereichs eines Krankenversicherers beinhaltet). Ebenfalls zu dieser zweiten Kategorie gehört die Aufgabe Rückerstattung Mehreinnahmen Pharmaindustrie (hier setzt das aktiv werden der Gemeinsamen Einrichtung KVG eine rechtskräftige Verfügung des BAG voraus, die ein Pharmaunternehmen verpflichtet, Mehreinnahmen an die Gemeinsame Einrichtung KVG zu überweisen).

Die Aufgaben werden der Gemeinsamen Einrichtung KVG vom Parlament bzw. Bundesrat isoliert übertragen. Dennoch ergeben sich **zwischen den einzelnen Aufgaben Beziehungen**, indem das Fachwissen, bzw. die in einer Abteilung vorhandenen Informationen, auch in anderen Abteilungen genutzt werden können:

- Internationale Koordination Krankenversicherung: Bei bestimmten Versichertenkategorien mit Wohnsitz in einem anderen Staat als dem Staat der Versicherung (Rentner, Familienangehörige eines in einem anderen Staat wohnhaften Erwerbstätigen) werden im Rahmen der Leistungsaushilfe nicht die effektiven Kosten vergütet, sondern Monatspauschalen aufgrund von Durchschnittskosten. Der Eintrag der Schweiz zum Personenfreizügigkeitsabkommen hält diesbezüglich fest, dass die Jahresdurchschnittskosten massgeblich sind, welche die Versicherer gemäss den Bestimmungen des KVG gewähren. Die Gemeinsame Einrichtung KVG stützt sich bei den Berechnungen auf die Daten des Risikoausgleichs.
- Risikoausgleich: Bei bestimmten obligatorisch versicherten Personen mit Wohnsitz in einem EG-Staat bzw. in Island oder Norwegen erfolgt kein Einbezug in den Risikoausgleich (Art. 4 Abs. 2bis VORA), weil durch den Schweizer Versicherer nicht die effektiven Kosten erstattet werden, sondern Monatspauschalen. Das Fachwissen für die Zuteilung ist in der Abteilung internationale Koordination Krankenversicherung vorhanden.
- Kostenübernahme für die gesetzlichen Leistungen anstelle zahlungsunfähiger Versicherer:
  - o Bei der Weiterleitung von Rechnungen der ausländischen Verbindungsstellen im Rahmen der Leistungsaushilfe bei Krankheit und Nichtberufsunfall (E 125 bzw. E 127) an die Schweizer Krankenversicherer kann bei zahlungsunfähigen Versicherern eine Übergabe an die Abteilung „Kostenübernahme anstelle zahlungsunfähiger Versicherer“ erfolgen.
  - o Zahlungsschwierigkeiten eines Versicherers im Risikoausgleich stellen einen Frühindikator bezüglich Zahlungsunfähigkeit dar.
- Umverteilung Reserven: Die Meldung des Versicherers über die Anzahl von der Einschränkung des örtlichen Tätigkeitsbereichs betroffener Versicherter kann aufgrund der Datenlieferung des Risikoausgleichs pro Kanton geprüft werden.
- Mehreinnahmen Pharmaindustrie: Die Berechnung der pro Versicherer zu erstattenden Beträge ist abhängig vom Versichertenbestand. Dieser ist der Gemeinsamen Einrichtung KVG vom Risikoausgleich bekannt.



## 1.2 Internationale Koordination Krankenversicherung

### Internationale Verpflichtungen der Schweiz im Bereich der Sozialversicherungen

Zwischen der Schweiz und einer Vielzahl von Staaten bestehen **zwischenstaatliche Regelungen über die soziale Sicherheit**. Sämtliche Verträge beziehen sich auf die AHV und die IV, beinahe alle auf die obligatorische Unfallversicherung und eine Mehrheit auf die Familienzulagen. Einige Verträge regeln die Zuordnung zur Krankenversicherung bzw. den Übertritt von der Krankenversicherung des einen in die Versicherung des anderen Staates (bezieht sich in der Schweiz nur auf die freiwillige Taggeldversicherung). Nur die vier folgenden Abkommen enthalten Bestimmungen über die **Leistungsaushilfe bei Krankheit und Unfall**:

Abkommen	Leistungsaushilfe in Kraft seit
Personenfreizügigkeitsabkommen mit der EG 1. Zusatzprotokoll	1. Juni 2002 (15 EG-Staaten) 1. April 2006 (10 weitere EG-Staaten)
Revidiertes EFTA-Abkommen	1. Juni 2002
Sozialversicherungsabkommen mit Deutschland	1. April 1990
Abkommen über die soziale Sicherheit der Rheinschiffer	1. Januar 1956

### Personenfreizügigkeitsabkommen zwischen der Schweiz und der EG bzw. revidiertes EFTA-Abkommen

#### Einführung

Die sieben sektoriellen Abkommen zwischen der Schweiz und der EG, welche am 21. Juni 1999 in Luxemburg unterzeichnet wurden, sind seit dem **1. Juni 2002** in Kraft. Das Abkommen über die Personenfreizügigkeit umfasst die schrittweise Einführung der Freizügigkeit für erwerbstätige und nicht erwerbstätige Personen, die gegenseitige Anerkennung bestimmter Berufsdiplome sowie die Koordination der sozialen Sicherheit. Durch das Abkommen wird die Schweiz wie ein EG-Staat in das **Koordinierungssystem der EG** eingegliedert. Koordinierung bedeutet, dass die einzelnen Staaten bei der Anwendung ihrer Sozialversicherungsgesetze gewisse gemeinsame Grundsätze akzeptieren müssen. Damit sollen die Nachteile beseitigt werden, die sich wegen der unterschiedlichen Sozialversicherungssysteme für den Versicherungsschutz ergeben können, wenn eine Person innerhalb des Gebietes der Vertragsparteien zu- oder abwandert. Grundlage des Koordinationsrechts bilden die beiden Verordnungen der EG, nämlich die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 (materiellrechtliche Vorschriften) und die Verordnung (EWG) Nr. 574/72 (Durchführungsregelungen). Zur innerstaatlichen Umsetzung des Personenfreizügigkeitsabkommens wurden verschiedene Gesetzes- und Verordnungsänderungen vorgenommen, welche gleichzeitig mit dem Abkommen in Kraft traten. Am 1. April 2006 ist das Protokoll zur Ausdehnung des Personenfreizügigkeitsabkommens auf die zehn "neuen" Mitgliedstaaten der EG (Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Ungarn und Zypern) in Kraft getreten.

Gleichzeitig mit dem Personenfreizügigkeitsabkommen wurde auch das **revidierte EFTA-Übereinkommen** zwischen der Schweiz und den drei anderen EFTA-Staaten Island, Liechtenstein und Norwegen in Kraft gesetzt. Damit werden innerhalb der EFTA die gleichen Koordinationsregelungen angewendet, wie sie zwischen der Schweiz und der EG vereinbart wurden. Nur im schweizerisch-liechtensteinischen Verhältnis gilt als Besonderheit in Bezug auf die Versicherungsunterstellung das Wohnsitzprinzip.

#### Auswirkungen des Personenfreizügigkeitsabkommens auf die Aufgaben

Das Personenfreizügigkeitsabkommen bezeichnet in einem Anhang die Gemeinsame Einrichtung KVG sowohl als **Verbindungsstelle** als auch als **aushelfenden Träger** bei Krankheit und Mutterschaft. Hinzu kommen die vom Parlament zugewiesenen Aufgaben im Bereich der **Bezüger einer Schweizer Rente** mit Wohnsitz in einem EG-Mitgliedstaat bzw. in Island oder Norwegen (Befreiung von der Versicherungspflicht, Zuweisung nicht Versicherte zu Krankenversicherer, Prämienverbilligung). Diese neuen Aufgaben wurden in die Bundesgesetzgebung (KVG und Verordnungen) aufgenommen. Bei der Umsetzung dieser Aufgaben stützt sich die Geschäftsstelle auf das Reglement über die Durchführung der internationalen Koordination in der Krankenversicherung.



## Aufgaben als Verbindungsstelle

### Inkasso von in den EG-/EFTA-Staaten erbrachten Leistungen

Die Gemeinsame Einrichtung KVG nimmt das Inkasso beim zuständigen Krankenversicherer in der Schweiz vor, wenn dessen Versicherter in einem EG-/EFTA-Staat Leistungsaushilfe beanspruchte. Sie erhält von den 28 ausländischen Verbindungsstellen (25 in EG-Staaten, drei in EFTA-Staaten) zwei **Arten von Rechnungen** zur Weiterleitung an die Schweizer Krankenversicherer:

- effektive Kosten (Formular E 125, betrifft alle Schweizer Krankenversicherer);
- Monatspauschalen (Formular E 127, betrifft nur die in EG-/EFTA-Staaten tätigen Schweizer Krankenversicherer).

Separate Rechnungen treffen von den vier Verbindungsstellen für Leistungsaushilfe im Rahmen des **Rheinschifferabkommens** ein (Belgien, Deutschland, Frankreich, Niederlande).

Die **Formulare E 125** (effektive Kosten) werden aufgrund des Gemeinschaftsrechts halbjährlich zugestellt. Die Rechnungen werden oft erst anderthalb Jahre nach Abschluss des Halbjahres eingereicht. Hinzu kommt, dass in Staaten mit einem staatlichen Gesundheitsdienst (Dänemark, Finnland, Grossbritannien, Irland, Island, Italien, Norwegen, Portugal, Schweden, Spanien) die Leistungsaushilfe durch Organisationen erfolgt, bei denen tendenziell kein grosses Interesse an einer raschen Rechnungsstellung besteht. Bisher sind bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG von den 19 folgenden Verbindungsstellen Rechnungen eingetroffen: Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Island, Italien, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden und Spanien. Die Anzahl der im Berichtsjahr eingereichten Kostenrechnungen betrug 32'486 und deren Gesamtbetrag umgerechnet 41'058'863.78 Franken. Noch keine Rechnungen haben sieben der zehn EG-Mitgliedstaaten, für welche das Personenfreizügigkeitsabkommen seit 1. April 2006 gilt, sowie Grossbritannien und Irland eingereicht. Aufgrund der Daten einiger ausländischer Verbindungsstellen (Deutschland, Italien, Österreich) erwartet die Gemeinsame Einrichtung KVG langfristig jährlich ca. 50'000 Rechnungen.

Die Rechnungsstellung aufgrund der **Formulare E 127** (Monatspauschalen für Rentner sowie Familienangehörige von in der Schweiz wohnhaften Erwerbstätigen) ist erst nach Publikation der entsprechenden Monatspauschalen im Amtsblatt der EU möglich. Vorgängig werden die Monate des betreffenden Kalenderjahres, in denen der Versicherte beim aushelfenden Träger registriert war, mit dem Formular E 127 gemeldet. Diese Meldungen werden durch die Gemeinsame Einrichtung KVG an die zuständigen Träger in der Schweiz zur Stellungnahme weiter geleitet. Bisher haben Frankreich, Griechenland, Grossbritannien, Italien, Luxemburg, Portugal, Schweden und Spanien E 127-Formulare eingereicht. Die Schweizer Versicherer hatten teilweise grosse Probleme mit den Rechnungen mit Pauschalbeträgen. Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat deshalb einerseits die Information im Zusammenhang mit der Rechnungsstellung verbessert und andererseits die zuständigen Kontaktpersonen bei den in der EG/EFTA tätigen Schweizer Versicherern erfasst. Die Monatspauschalen für Belgien, Deutschland, Frankreich (seit 2004), die Niederlande, Österreich und Ungarn sind in Bezug auf die Schweiz nicht von Bedeutung. Nachdem diese Staaten den entsprechenden KVG-Versicherten mit dortigem Wohnsitz (Rentner sowie Familienangehörige von in der Schweiz wohnhaften Erwerbstätigen) das Behandlungswahlrecht (Behandlungen im Wohnstaat oder in der Schweiz) gewährt haben, werden die Leistungen im Wohnstaat durch den aushelfenden Träger nicht aufgrund der Monatspauschalen abgerechnet (E 127), sondern aufgrund der effektiven Kosten (E 125). Um Missverständnisse zu vermeiden, wurde dies den entsprechenden Verbindungsstellen schriftlich mitgeteilt.

### Leistungsaushilfe für Versicherte der Schweizer Krankenversicherer in EG-/ EFTA-Staaten

Jahr	Fälle	Kosten (Fr.)	Falkosten (Fr.)
1996	1'244	1'209'352.00	970
1997	961	1'156'825.60	1'200
1998	1'081	1'506'034.25	1'390
1999	701	886'131.75	1'264
2000	762	1'173'236.30	1'540
2001	1'307	1'832'217.45	1'402
2002	949	1'671'201.70	1'761
2003	3'189	4'612'741.90	1'446
2004	15'355	19'374'583.40	1'261
2005	18'828	20'617'241.13	1'095
2006	32'486	41'058'863.78	1'263

Die Gemeinsame Einrichtung KVG prüft die eingehenden Rechnungen gemäss Formular E 125 bzw. E 127 formell, sortiert sie nach Schweizer Versicherern (Krankenversicherer bzw. Militärversicherung) und erstellt für diese eine Sammelrechnung.



Heute werden ca. 30'000 Belege pro Jahr bearbeitet. Es ist davon auszugehen, dass sich dieses Volumen mit der Herausgabe der europäischen Krankenversicherungskarte in der Schweiz (ab 2006) mindestens verdoppeln wird. Bei rund zehn Prozent der Belege ist der angegebene Krankenversicherer nicht zuständig, weil der Versicherte im Zeitpunkt des Leistungsbezugs bei einem anderen Krankenversicherer versichert war. Zwar hat der Verwaltungsrat von santésuisse am 18. August 2005 beschlossen, dass derjenige Versicherer, bei welchem der Versicherte im Zeitpunkt der Leistungserbringung effektiv obligatorisch für Krankenpflege versichert war, für diese Leistungen aufzukommen hat. Der damit verbundene Administrativaufwand lässt sich aber vermeiden, wenn die Gemeinsame Einrichtung KVG mittels **Abfragen beim VeKa-Center santésuisse** vorab prüft, welcher Krankenversicherer im Behandlungszeitpunkt erstattungspflichtig ist. Das VeKa-Center erhält von 63 Krankenversicherern einen entsprechenden Datensatz, welcher sowohl für die Herstellung der europäischen Krankenversicherungskarte als auch für die Versichertenprüfung benutzt werden kann. Die Gemeinsame Einrichtung KVG und das VeKa-Center verhandeln gegenwärtig einen Lizenzvertrag über die elektronische Versichertenprüfung, welcher die entsprechende Zusammenarbeit regelt.

In letzter Zeit kommt es immer häufiger vor, dass deutsche Krankenversicherer als aushelfende Träger in Deutschland wohnhafte **Familienangehörige** von in der Schweiz versicherten Arbeitnehmern im Formular E 106 eintragen, welche nicht in der Schweiz versichert sind. Das Problem wird besonders akut, wenn die deutschen Versicherer auf dem Betreuungsverhältnis beharren und Leistungen ausrichten, obwohl der Schweizer Krankenversicherer sie darauf aufmerksam macht, dass kein Versicherungsschutz in der Schweiz besteht. Dieses Vorgehen wird von der deutschen Verbindungsstelle für Krankheit und Mutterschaft (DVKA) unterstützt mit der Begründung, es sei Sache des aushelfenden Trägers, den Kreis der anspruchsberechtigten Familienangehörigen nach den für ihn anwendbaren Rechtsnormen zu bestimmen. Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat die DVKA auf die praktischen Probleme hingewiesen, welche entstehen, wenn Forderungen für die Erstattung von Sachleistungen eingereicht werden für Personen, die nicht in der Schweiz versichert sind. Wenn die Familienangehörigen nicht oder nicht rückwirkend in der Schweiz versichert werden können, gehen die deutschen Krankenversicherer als aushelfende Träger das Risiko ein, dass ihre Forderungen von keiner Versicherung gedeckt werden. Dieses Problem war auch ein Thema an den vierseitigen Verbindungsstellengesprächen vom 4./5. September 2006 in Bern. Es wurde eine Einigung darüber erzielt, dass eine Erstattungspflicht durch den zuständigen schweizerischen Träger nicht mehr bestehe, wenn der aushelfende Träger Sachleistungen nach dem Erhalt der Mitteilung über das Nichtbestehen eines Leistungsanspruchs erbringt. Hingegen bestanden Auffassungsunterschiede betreffend die Übernahme von Kosten für Leistungen, welche der aushelfende Träger zwischen dem Zeitpunkt der Eintragung des Familienangehörigen in Teil B des Formulars E 106 und dem Erhalt der Mitteilung vom schweizerischen Krankenversicherungsträger betreffend das Nichtbestehen eines Leistungsanspruchs gewährt hat. Die schweizerische und die deutsche Delegation kamen überein, nach einer Lösung zu suchen.

### Geschäftsprozess Leistungsaushilfe in EG-/EFTA-Staaten für Schweizer Versicherte

Element	Leistungsaushilfe	
	Erstattung effektive Kosten	Erstattung durch Pauschalen <sup>1)</sup>
gesetzliche Grundlage	Art. 93 Verordnung (EWG) Nr. 574/72	Art. 94 und 95 Verordnung (EWG) Nr. 574/72
Personenkategorien	siehe unter <sup>2)</sup>	siehe unter <sup>3)</sup>
Nachweis Versicherungsschutz	1. Schritt (europäische Krankenversicherungskarte bzw. provisorische Ersatzbescheinigung, E 106)	1. Schritt (E 109 bzw. E 121)
Rechnung Leistungserbringer an aushelfenden Träger	2. Schritt (effektive Kosten)	2. Schritt (effektive Kosten)
Rechnung aushelfender Träger an ausländische Verbindungsstelle	3. Schritt	3. Schritt
Formular	E 125	E 127
Zeitraum	Semester	Kalenderjahr
Meldung Versichertenmonate durch ausländische Verbindungsstelle an Gemeinsame Einrichtung KVG	-	4. Schritt
Meldung Versichertenmonate durch Gemeinsame Einrichtung KVG an zuständigen Träger in Schweiz	-	5. Schritt
Rückmeldung zuständiger Träger an Gemeinsame Einrichtung KVG	-	6. Schritt (keine Berücksichtigung in Rechnung, wenn Mutationen nicht oder nicht fristgerecht gemeldet)
Rückmeldung Mutationen durch Gemeinsame Einrichtung KVG an ausländische Verbindungsstelle	-	7. Schritt
Rechnung ausländische Verbindungsstelle an Schweizer Verbindungsstelle (Gemeinsame Einrichtung KVG)	4. Schritt	8. Schritt



Element	Leistungsaushilfe	
	Erstattung effektive Kosten	Erstattung durch Pauschalen <sup>1)</sup>
Rechnung Gemeinsame Einrichtung KVG an zuständigen Träger in Schweiz	5. Schritt	9. Schritt
Kostenbeteiligungsrechnung durch zuständigen Träger in Schweiz an Patient bzw. Versicherten	nein	nein
Erstattung durch zuständigen Träger in Schweiz an Gemeinsame Einrichtung KVG	6. Schritt	10. Schritt
Erstattung durch Gemeinsame Einrichtung KVG an ausländische Verbindungsstelle	7. Schritt	11. Schritt
Erstattung durch ausländische Verbindungsstelle an aushelfenden Träger	8. Schritt	12. Schritt

<sup>1)</sup> betrifft nur Versicherer, welche in den EG-/EFTA-Staaten tätig sind.

<sup>2)</sup> Personen mit vorübergehendem Aufenthalt, Entsandte, Grenzgänger, Zustimmungsfälle, Arbeitnehmer im internationalen Transportwesen.

<sup>3)</sup> Rentenbezüger, Familienangehörige eines in einem anderen Staat wohnhaften Erwerbstätigen.

### Inkasso von in der Schweiz erbrachten Leistungen

Die Gemeinsame Einrichtung KVG nimmt über die Verbindungsstellen das Inkasso beim zuständigen Träger in der EG bzw. EFTA vor, wenn dessen Versicherter in der Schweiz Leistungsaushilfe erhielt. Dabei werden entweder die effektiven Kosten (halbjährlich mit dem Formular E 125) oder Monatspauschalen (jährlich mit dem Formular E 127, betrifft Rentner sowie Familienangehörige eines in einem anderen Staat als der Schweiz wohnhaften Erwerbstätigen) in Rechnung gestellt.

Die den Verbindungsstellen in Rechnung gestellten **effektiven Kosten** betragen für das erste Semester 2006 53'403'928.45 Franken und für das zweite Semester 66'459'195.00 Franken, was einem Totalbetrag von 119'863'123.45 Franken entspricht (Vorjahr: 106'091'161.30 Franken).

Die Abrechnung nach **Monatspauschalen** erfolgt in zwei Phasen. Vorerst wird den Verbindungsstellen die Anzahl der Monatspauschalen mit dem Formular E 127 mitgeteilt. Betreffend das Jahr 2005 waren es 19'473 Monatspauschalen. Nach Publikation der Pauschalbeträge im Amtsblatt der EU erfolgt die eigentliche Rechnungsstellung (vgl. dazu die Ausführungen im nächsten Kapitel).

Die von der Gemeinsamen Einrichtung KVG an die Verbindungsstellen versandten Kostenrechnungen (Formular E 125 für die effektiven Kosten, Formular E 127 für die Monatspauschalen) werden von diesen an die zuständigen Träger weitergeleitet. Wenn ein zuständiger Träger bei der Prüfung der Kostenrechnungen eine Unstimmigkeit feststellt, so teilt er dies der Verbindungsstelle mit. Diese meldet die **Beanstandung** der Gemeinsamen Einrichtung KVG als Verbindungsstelle in der Schweiz. Nachdem diese gleichzeitig aushelfender Träger ist, beantwortet sie die Anfragen direkt. Im Jahre 2006 hat die Gemeinsame Einrichtung KVG insgesamt 983 Beanstandungen aus 14 Staaten erhalten. Der grösste Teil davon stammt aus Deutschland (280) und Frankreich (226). Die Bearbeitung dieser Beanstandungen erfolgt seit Januar 2007 durch den Leiter koordinationsrechtliche Aufgaben der Gruppe Schweiz.

Nach den Erfahrungen des Rechnungsausschusses der Verwaltungskommission für die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer kann es oft Jahre dauern, bis die Forderungen der aushelfenden Träger beglichen werden. Der Gesamtbetrag **unbeglichener Forderungen** (effektive Kosten und Monatspauschalen) der Gemeinsamen Einrichtung KVG betrug per 31. Dezember 2006 130,6 Millionen Franken gegenüber rund 131,6 Millionen Franken im Vorjahr.

### Forderungen gegenüber einzelnen Staaten am 31. Dezember (Fr.)

Staat	2005	2006
Belgien	2'093'437.75	2'530'347.26
Dänemark	111'259.30	84'063.15
Deutschland	40'361'080.11	37'264'936.36
Estland	-	8'752.40
Finnland	300'947.80	275'214.30
Frankreich	9'475'849.72	12'353'246.68
Griechenland	5'689'917.74	6'844'298.09
Grossbritannien	5'145'850.37	12'496'729.23
Irland	288'729.95	441'024.35



Staat	2005	2006
Island	17'151.90	9'658.85
Italien	51'277'572.68	34'252'516.83
Lettland	-	199.35
Liechtenstein	177'259.75	1'768'127.55
Litauen	-	13'694.95
Luxemburg	716'529.30	525'675.00
Malta	-	973.40
Niederlande	2'764'182.48	3'039'641.35
Norwegen	830'306.66	1'338'082.35
Österreich	2'765'469.25	1'800'076.05
Polen	-	181'218.50
Portugal	2'603'153.02	4'274'486.99
Schweden	1'065'490.80	1'481'439.45
Slowakei	-	278'645.15
Slowenien	-	72'324.85
Spanien	5'929'981.72	8'988'726.35
Tschechische Republik	-	177'383.65
Ungarn	-	118'918.60
Zypern	-	0
<b>Total</b>	<b>131'614'170.30</b>	<b>130'620'401.04</b>

Gemäss der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 müssen die Mitgliedstaaten der EG und EFTA alljährlich ihren Stand der Forderungen zum 31. Dezember des Vorjahres dem Berichtersteller des Rechnungsausschusses liefern. Dieser fasst die Aufzeichnungen in der **Übersicht über den Stand der Forderungen** zusammen, welche dem Rechnungsausschuss jeweils an seiner November-Tagung vorgelegt wird. Der Berichtersteller hat die Mitgliedstaaten ersucht, die von ihm empfohlenen neuen Übersichtstabellen über den Stand der Forderungen am 31. Dezember 2006 je Schuldnerstaat und Rechnungsjahr sowie über die Finanzbewegungen im Verlaufe des Jahres 2006 je Schuldnerstaat zu verwenden. Dadurch würden die Aufzeichnungen vollständiger, für die anderen Staaten transparenter und für den Berichtersteller leichter zu verarbeiten. Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat in Zusammenarbeit mit dem BSV die Aufzeichnung der schweizerischen Forderungen zum 31. Dezember 2006 verfasst. Das BSV hat die schweizerische Aufzeichnung am 3. Mai 2007 dem Berichtersteller zugestellt.

Die Kapitalkosten der Leistungsaushilfe in der Schweiz trägt der Bund. Bekanntlich kennt das gegenwärtige Koordinationsrecht keine Fristen für die Rückerstattung von Sachleistungen. Es gibt nur eine Empfehlung der Verwaltungskommission für die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer (Nr. 20 vom 31. Mai 1996), wonach die Überprüfung der Rechnungen und eventuelle Absetzungen vor Ablauf eines Achtzehnmonatszeitraums nach Ende des Kalenderhalbjahres, in dem sie eingereicht wurden, erfolgen sollen. Die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 sieht aber in Art. 36 Abs. 3 die Möglichkeit vor, die Erstattung von Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft in besonderen Vereinbarungen zu regeln. Die meisten EG//EFTA-Staaten haben untereinander solche **Vereinbarungen** abgeschlossen, mit dem Ziel der Beschleunigung der Erstattung und damit der Verringerung der Kapitalkosten. Die Schweiz (Geschäftsfeld internationale Angelegenheiten des BSV) hat bisher mit den beiden folgenden Staaten eine Vereinbarung über Akontozahlungen abgeschlossen:

- Frankreich: Die Vereinbarung bezieht sich auf Forderungen, welche seit 1. Januar 2005 eingereicht werden. Jede Vertragspartei zahlt an die Forderungen nach effektiven Kosten Akontobeiträge im Umfang von 98 Prozent innert sechs Monaten nach Einreichung der Forderungen. Der Restbetrag (zwei Prozent abzüglich der abgelehnten und strittigen Forderungen) muss vor Ende des 24. Monats nach dem Einreichungsmonat bezahlt werden. An die Forderungen nach Monatspauschalen leistet Frankreich Vorauszahlungen im Umfang von 90 Prozent der letzten veröffentlichten Durchschnittskosten innert sechs Monaten nach Einreichung der Formulare E 127. Der Restbetrag muss frühestens nach dem 24. Monat nach der Eingabe der Einzelaufstellungen und spätestens vor Ende des sechsten Monats nach dem Publikationsmonat der anwendbaren Durchschnittskosten im Amtsblatt der EU bezahlt werden. Betreffend die Forderungen, welche vor dem 1. Januar 2005 eingereicht wurden, hat sich die Gemeinsame Einrichtung KVG mit der französischen Verbindungsstelle (CLEISS) auf Akontozahlungen mit Zahlungsfristen geeinigt, welche sich an die Regelungen in der Vereinbarung anlehnen.
- Italien: Die Vereinbarung bezieht sich auf Forderungen, welche seit 1. Juni 2005 eingereicht werden. Die Akontobeiträge sind etwas tiefer (80 Prozent) und die Fristen etwas länger als bezüglich Frankreich. Betreffend die Forderungen, welche vor dem In-Kraft-Treten eingereicht wurden, ist eine Einigung zwischen den Verbindungsstellen erreicht worden. Die Rückerstattungsmodalitäten betreffend die Leistungsaushilfe für die Einwohner der Exklave Campione d'Italia wurden in einer separaten Vereinbarung geregelt. Das italienische Gesundheitsministerium hat sich darin verpflichtet, die Kostenrechnungen innert 30 Tagen nach Erhalt zu begleichen.



## Pauschalbeträge

Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat bei den Pauschalbeträgen zwei Aufgaben:

- Sie berechnet die Pauschalbeträge in der Schweiz (Art. 19 Abs. 2 Bst. b KVV). Die Details dazu sind im Abkommen selbst sowie im Reglement der Gemeinsamen Einrichtung KVG fest gehalten.
- Sie ermittelt die Pauschalbeträge pro Person, welche die Schweizer Krankenversicherer der Prämienberechnung für die einzelnen EG-/EFTA-Staaten zu Grunde zu legen haben (Art. 19 Abs. 2 Bst. a KVV).

Bei der Leistungsaushilfe erfolgt in bestimmten Fällen (Rentner sowie Familienangehörige des in einem anderen Staat wohnhaften Erwerbstätigen) die Vergütung nicht aufgrund der effektiven Kosten, sondern über Monatspauschalen. Die beiden Pauschalen werden unabhängig von der Inanspruchnahme von Leistungen für jeden im entsprechenden Monat registrierten Versicherten verrechnet. Der Eintrag der Schweiz in Anhang 9 Verordnung (EWG) Nr. 574/72 hält dazu Folgendes fest: "Die **Jahresdurchschnittskosten** für Sachleistungen werden unter Berücksichtigung der Leistungen berechnet, die die Versicherer gemäss den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung gewähren." Dies sind die gleichen Kosten, wie sie auch in den Risikoausgleich einfließen. Die Zuordnung der Kategorien, für welche Monatspauschalen zu berechnen sind (Rentner, Familienangehörige von in einem anderen Staat wohnhaften Erwerbstätigen), zu den Risikogruppen gemäss Risikoausgleich (Geschlecht, Altersgruppen) ist im Reglement festgelegt.

Das Personenfreizügigkeitsabkommen wurde durch die Erweiterung der Europäischen Union am 1. Mai 2004 erst per 1. April 2006 auf die zehn neuen EG-Mitgliedstaaten ausgeweitet. Die Schweiz hat deshalb die Durchschnittskosten des Jahres 2005 im Verhältnis zu den 15 bisherigen EG-Mitgliedstaaten sowie Norwegen und Island berechnet. Im schweizerisch-lichtensteinischen Verhältnis erfolgt die Unterstellung in der Krankenversicherung im Wohnland, weshalb keine Durchschnittskosten in Rechnung gestellt werden.

Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat die berechneten **Pauschalbeträge der Schweiz** für das Jahr 2005 dem BSV zugestellt. Das BSV hat die schweizerische Aufzeichnung über die Berechnung der Durchschnittskosten für Sachleistungen der Krankenversicherung im Jahre 2005 am 8. August 2006 dem Rechnungsausschuss der Verwaltungskommission für die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer zugestellt. Dieser hat die Aufzeichnung an der 106. Sitzung vom 21. November 2006 behandelt und die beantragten Durchschnittskosten für das Jahr 2005 diskussionslos genehmigt. Aufgrund der verfügbaren Kostendaten des Risikoausgleichs nach Altersgruppe und Geschlecht, den Angaben aus den AHV- und IV-Statistiken sowie den Ergebnissen der letzten Volkszählung konnte die Schweiz ihre Berechnungen optimal belegen.

<b>Genehmigte Monatspauschalen für das Jahr 2005</b>		<b>Vorjahr</b>
Familienangehörige von Erwerbstätigen, welche nicht in der Schweiz wohnen (Art. 94 Verordnung [EWG] Nr. 574/72)	Fr. 166.33	Fr. 157.73
Rentner und ihre Familienangehörigen (Art. 95 Verordnung [EWG] Nr. 574/72)	Fr. 433.69	Fr. 412.96

Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat die Monatspauschalen nach deren Publikation im EU-Amtsblatt vom 10. März 2007 über die Verbindungsstellen den zuständigen Trägern in Rechnung gestellt. Für die 19'473 Monate im Jahre 2005 ergibt sich ein Ertrag von 8'039'660.25 Franken.

Die Gemeinsame Einrichtung KVG orientiert die Versicherer über die **Ansätze je Person**, welche diese der Prämienberechnung für die im entsprechenden Staat wohnhaften Versicherten zu Grunde zu legen haben (Art. 19 Abs. 2 Bst. a KVV). Damit sind die Monatspauschalen gemäss Art. 94 (betrifft Familienangehörige eines in einem anderen Staat wohnhaften Erwerbstätigen) und 95 (betrifft Rentner) der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 gemeint. Die EG-/EFTA-Staaten berechnen für diese beiden Versichertenkategorien je eine Monatspauschale pro Kalenderjahr, welche 80 Prozent der betreffenden Durchschnittskosten beträgt. Für die Genehmigung der Pauschalen ist der Rechnungsausschuss der Verwaltungskommission für die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer zuständig. Die Gemeinsame Einrichtung KVG führt eine Tabelle der genehmigten Pauschalen und aktualisiert diese jeweils nach den Sitzungen des Rechnungsausschusses. Da die Pauschalen gemäss Art. 94 pro Familie gelten, werden sie von der Gemeinsamen Einrichtung KVG pro Person umgerechnet. Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat Anfangs Juni 2007 allen Krankenversicherern, welche in den EG/EFTA-Staaten tätig sind, die Tabelle mit den damals bekannten Pauschalen als Grundlage für die Kalkulation der Prämien 2008 zugestellt.

## Bescheinigung von Versicherungszeiten

Nach dem Personenfreizügigkeitsabkommen muss ein ausländischer Versicherer die bei einem schweizerischen Versicherer zurückgelegten Versicherungszeiten sowohl für die Begründung von Versicherungsverhältnissen als auch für die Begründung von Leistungsansprüchen so berücksichtigen, als ob sie beim ausländischen Versicherer zurückgelegt worden wären (dies gilt auch in umgekehrter Richtung). Normalerweise erfolgt dieser Informationsaustausch direkt zwischen den beteiligten Trägern. In Spezialfällen kann der ausländische Versicherer die in der Schweiz zurückgelegten Versicherungszeiten bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG mit dem Formular E 104 anfragen. Oftmals betreffen solche Anfragen nicht die Krankenversicherung, sondern andere Sozialversicherungszweige wie zum Beispiel Taggeldversicherungen. Dann müssen die Versicherungszeiten bei den früheren Arbeitgebern nachgefragt werden, was bei länger zurückliegenden Zeiten erhebliche



Schwierigkeiten bereitet. Anfragen aus Nicht-EG/EFTA-Staaten wären aufgrund von bestehenden Sozialversicherungsabkommen zwar möglich, sind aber bisher nicht eingetroffen.

### **Koordination Mutterschaftsentschädigung**

Der Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung gemäss der am 1. Juli 2005 in der Schweiz eingeführten Mutterschaftsversicherung ist von der Zurücklegung bestimmter Versicherungs- und Beschäftigungszeiten abhängig. Nach Art. 18 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 sind dabei auch Versicherungs- und Beschäftigungszeiten nach den Rechtsvorschriften anderer EG-/EFTA-Staaten zu berücksichtigen. Für die Zusammenrechnung wird das Formular E 104 verwendet. Die Verordnung (EWG) Nr. 574/72 sieht in Art. 16 vor, dass das Formular E 104 grundsätzlich von der Versicherten zu beantragen ist. In diesem Fall wird es von den Ausgleichskassen ausgestellt. Wenn die Versicherte dem zuständigen ausländischen Träger kein Formular E 104 vorlegt, so füllt dieser den Teil A des Formulars E 104 aus und sendet es der Gemeinsamen Einrichtung KVG, welche im Personenfreizügigkeitsabkommen als Verbindungsstelle für den Fall der Mutterschaft bezeichnet ist. Die Gemeinsame Einrichtung KVG füllt den Teil B des Formulars aus und sendet es an den zuständigen Träger zurück. Sie kommt also nur zum Zug, wenn die Versicherte das Formular nicht rechtzeitig beantragt hat und der ausländische Träger deshalb selber tätig werden muss. Denn es kann ihm nicht zugemutet werden, dass er abklären muss, welche Ausgleichskasse für die betreffende Person während ihres Aufenthaltes in der Schweiz zuständig war. Der Aufwand für die Gemeinsame Einrichtung KVG hält sich somit stark in Grenzen.

### **Vollstreckungsabkommen Schweiz/Frankreich**

Die zwischenstaatliche Durchsetzung von Forderungen der sozialen Sicherheit funktioniert erfahrungsgemäss nicht, obschon Art. 92 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 den grenzüberschreitenden Einzug von Beiträgen vorsieht. Deshalb haben einzelne Staaten untereinander ein Vollstreckungsabkommen abgeschlossen (z.B. Frankreich und Luxemburg). Wie eine Umfrage bei Schweizer Krankenversicherern ergeben hat, besteht ein Bedarf nach einem Vollstreckungsabkommen mit verschiedenen Staaten. Frankreich hat ebenfalls Interesse an einem Abkommen bekundet, das sich auf Forderungen sämtlicher Sozialversicherungen bezieht. Als Forderungen gelten Beiträge, Prämienverbilligung, Kostenbeteiligung und zu Unrecht erbrachte Leistungen. Anlässlich einer Besprechung zwischen dem BSV, der Gemeinsamen Einrichtung KVG und dem französischen Ministerium für Soziales, Arbeit und Solidarität vom 2. und 3. Februar 2006 in Paris wurden Verhandlungen über ein Vollstreckungsabkommen geführt. Der Abkommensentwurf sieht vor, dass die Gemeinsame Einrichtung KVG die schweizerischen Forderungen an die französische Verbindungsstelle (CLEISS) oder direkt an den "ersuchten Träger" weiterleitet sowie die französischen Forderungen aller Sozialversicherungszweige bearbeitet bzw. eintreibt. Währenddem die Betriebskosten (Gebühren) zu Lasten des auftraggebenden Staates gehen, müssen die administrativen Kosten von demjenigen Staat übernommen werden, welcher die Betreibung durchführt. Es liegen noch keine Angaben über die zu erwartende Anzahl Gesuche aus Frankreich vor. Deshalb kann auch der Aufwand der Gemeinsamen Einrichtung KVG noch nicht abgeschätzt werden. Das Vollstreckungsabkommen kann erst nach dessen Genehmigung durch das Schweizer Parlament in Kraft treten (frühestens 2008).

### **Aufgaben als aushelfender Träger**

Versicherte aus den EG-/EFTA-Staaten erhalten Leistungen für Behandlungen in der Schweiz gemäss den Bestimmungen des KVG auf dem Wege der Leistungsaushilfe. Im Gegensatz zu den EG-/EFTA-Staaten, wo die gesetzlichen Krankenversicherungsträger aushelfende Träger sind, macht dies in der Schweiz die Gemeinsame Einrichtung KVG alleine. Sie betreut von der Geschäftsstelle in Solothurn aus die ganze Schweiz und ist damit der grösste aushelfende Träger in Europa. Zurzeit sind in der Leistungsaushilfe in vier **Sprachteams**, welche nach Herkunftsstaaten der Aushilfebezüger gebildet wurden, 29 Mitarbeitende (ohne Gruppenleiter) beschäftigt:

- „Team deutsch“ (elf Mitarbeitende): Deutschland, Liechtenstein, Österreich.
- "Team italienisch" (sechs Mitarbeitende): Italien.
- „Team französisch, spanisch, portugiesisch“ (neun Mitarbeitende): Belgien, Frankreich, Griechenland, Luxemburg, Portugal, Spanien, Zypern.
- „Team englisch“ (vier Mitarbeitende): Dänemark, Estland, Finnland, Grossbritannien, Irland, Island, Lettland, Litauen, Malta, Niederlande, Norwegen, Polen, Schweden, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Ungarn.

Mit dieser Spezialisierung wird dem Umstand Rechnung getragen, dass im Kontakt mit Amtsstellen, zuständigen Trägern, Versicherten, aber zum Teil auch mit Leistungserbringern, die Kenntnisse der Sprachen und der Sozialversicherungen der entsprechenden Staaten im Vordergrund stehen.

Bis Ende 2006 war der Gruppenleiter sowohl für die Aufgaben als aushelfender Träger als auch für einen Teil der Aufgaben als Verbindungsstelle verantwortlich. Die vielfältigen Aufgaben und die grosse Verantwortung können nur schwer von einer einzelnen Person getragen werden. Zudem musste die Führung der Gruppe Schweiz im Bereich der Bearbeitung der Rechnungen der Leistungserbringer verstärkt werden. Auf den Jahresbeginn 2007 sind die **Führungsaufgaben der Gruppe Schweiz** in zwei Verantwortungsbereiche aufgeteilt worden:



- **Fachbereich Leistungen:** Für diesen Bereich ist die bisherige Inhaberin der Stabstelle "Tarife und Controlling", welche gleichzeitig aufgehoben wurde, verantwortlich. Sie ist neue Vorgesetzte der fünf Teamleiterinnen und wird von ihrer Stellvertreterin in ihren Aufgaben unterstützt. Ein wichtiges Ziel ist die Realisierung einer einheitlichen Arbeitsweise in den fünf Teams.
- **Koordinationsrechtliche Aufgaben:** Dieser Bereich verbleibt in der Verantwortung des früheren Gruppenleiters. Dazu gehört zum einen die Registrierung der anspruchsberechtigten Personen. Bei der Registrierung müssen die komplexen Bestimmungen des Koordinationsrechts der EG beachtet und umgesetzt werden. Eine weitere koordinationsrechtliche Aufgabe ist die Rechnungsstellung an die Verbindungsstellen in der EG bzw. EFTA, wenn die Versicherten der zuständigen Träger Leistungsaushilfe erhielten. Das Inkasso bei den Verbindungsstellen entwickelt sich zu einer immer aufwändigeren Aufgabe.

Vier Jahre nach der Verabschiedung des **Reglementes über die Durchführung der internationalen Koordination in der Krankenversicherung** durch den Stiftungsrat hat sich eine Revision des Reglementes und des Anhangs aus den fünf folgenden Gründen aufgedrängt:

- Änderungen des innerstaatlichen Rechts mit Auswirkungen auf die internationale Koordination der Krankenversicherung (z.B. Einführung ATSG, Bundesverwaltungsgericht);
- Überführung der Abteilung Kranken- und Unfallversicherung vom BSV in das BAG;
- Praxis der Geschäftsstelle, welche sich von den Bestimmungen des Reglementes entfernte (z.B. Kredite für Leistungsaushilfe auch bei Kreditgebern ohne Banklizenz, Vorgehen bei der Befreiung von der Versicherungspflicht, Durchführung der Prämienverbilligung für Bezüger einer Schweizer Rente mit Wohnsitz in einem EG-/EFTA-Staat, Gewährung der Leistungsaushilfe);
- Beschlüsse des Stiftungsrates, welche aufgehoben wurden (z.B. Beschluss vom 27. Juni 2001, keine Aufgaben gemäss Art. 18 Abs. 2sexies KVG zu übernehmen);
- Namensänderungen von Organisationen (z.B. Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz).

Der Stiftungsrat hat das revidierte Reglement am 6. Juli 2006 verabschiedet und per 1. Januar 2007 in Kraft gesetzt. Die Genehmigung des Reglementes durch den Vorsteher des EDI erfolgte am 20. Dezember 2006.

Gemäss Art. 57 Abs. 1 KVG müssen die Schweizer Krankenversicherer einen Vertrauensarzt haben. Dies gilt auch für die Gemeinsame Einrichtung KVG als aushelfender Träger bei Krankheit, Nichtberufsunfall und Mutterschaft. Der Vertrauensarzt der Gemeinsamen Einrichtung KVG hat die gleichen Aufgaben wie ein Vertrauensarzt eines Schweizer Krankenversicherers (Beratung im medizinischen Fachfragen, Fragen der Vergütung, Fragen der Tarifierung). Hinzu kommt die Beratung beim Leistungsumfang. Versicherte mit vorübergehendem Aufenthalt in der Schweiz haben nicht Anspruch auf sämtliche Leistungen nach KVG, sondern nur auf Leistungen, die sich während eines Aufenthaltes als medizinisch notwendig erweisen, wobei die Art der Leistungen und die Aufenthaltsdauer zu berücksichtigen sind. Trotz einer Stabilisierung der Anzahl Leistungsaushilfefälle ist die **Anzahl Anfragen beim Vertrauensarzt** im Jahre 2006 auf 927 (Vorjahr 414) massiv angestiegen.

Auf den 1. Juni 2004 (bzw. bei Staaten ohne nationale Krankenversicherungskarte spätestens auf den 1. Januar 2006) wurde die **europäische Krankenversicherungskarte** eingeführt, welche bestimmte Formulare der Serie E 100 ablöste. Die Karte wird den Personen mit vorübergehendem Aufenthalt in einem anderen EG-/EFTA-Staat oder in der Schweiz (Touristen, Geschäftsreisende, Studenten, Entsandte, Arbeitslose, Arbeitnehmer im internationalen Verkehrswesen) abgegeben. Angesichts der unterschiedlichen Ausgangssituationen in den EG-Mitgliedstaaten bezüglich der Verwendung von Gesundheits- oder Krankenversicherungskarten wurde die europäische Krankenversicherungskarte zunächst als Sichtausweis eingeführt. Sie enthält diejenigen Angaben, welche für die Gewährung der Sachleistungen und für die Erstattung der betreffenden Kosten erforderlich sind. Erst in einer späteren Phase soll ein elektronischer Datenträger auf der europäischen Krankenversicherungskarte eingesetzt werden. Dann wird der Leistungserbringer elektronisch prüfen können, ob die Karte im Zeitpunkt der Behandlung gültig ist. Wenn die versicherte Person wegen ausserordentlicher Umstände die europäische Krankenversicherungskarte nicht vorlegen kann, stellt ihr der zuständige Krankenversicherer eine provisorische Ersatzbescheinigung mit befristeter Gültigkeit aus. Die von den zehn neuen EG-Mitgliedstaaten ausgestellten europäischen Krankenversicherungskarten, provisorischen Ersatzbescheinigungen und E 111-Formulare hatten in der Schweiz bis zur Anpassung des Personenfreizügigkeitsabkommens an die Erweiterung der EG per 1. April 2006 keine Gültigkeit.

Als Datum für die Einführung der **elektronischen europäischen Krankenversicherungskarte** wurde ursprünglich das Jahr 2008 genannt. Die Vorbereitungsarbeiten sind jedoch noch nicht so weit gediehen, dass die Einführung auf das erwähnte Datum möglich wäre. In der EG ist die Verwaltungskommission für die soziale Sicherheit zuständig für die Erlasse über die elektronische europäische Krankenversicherungskarte. Diese hat ihre technical commission mit der fachtechnischen Vorbereitung beauftragt. In der Zwischenzeit wurde durch das Europäische Komitee für Normung (Comité Européen de Normalisation [CEN]) eine Arbeitsgruppe eingesetzt. Diese wird bis zum Frühling 2009 sechs Sitzungen durchführen. Die Einführung der elektronischen europäischen Krankenversicherungskarte hat Auswirkungen auf die Abgabe dieser Karte durch die Schweizer Versicherer bzw. die Koordination mit der Abgabe der nationalen Krankenversicherungskarte gemäss Art. 42a KVG, die Lieferung der Daten der Schweizer Versicherten auf einen zentralen Server (um die elektronische Abfrage der Gültigkeit der Karte durch die Leistungserbringer in den EG/EFTA-Staaten zu ermöglichen), die Leistungserbringer in der



Schweiz (Auswirkungen auf Lesegeräte) und auf die Leistungsaushilfe durch die Gemeinsame Einrichtung KVG (Kostenübernahme nur, wenn elektronische Prüfung durch Leistungserbringer in der Schweiz ergibt, dass die Karte im Zeitpunkt der Behandlung gültig ist). BSV, BAG und Gemeinsame Einrichtung KVG haben sich darauf geeinigt, dass die Schweiz an den Sitzungen des CEN durch die Gemeinsame Einrichtung KVG vertreten wird. Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat sich verpflichtet, das BSV, das BAG und die übrigen involvierten Instanzen (z.B. VeKa-Center santésuisse) nach jeder Sitzung über den Stand des Projektes zu orientieren.

Das Koordinationsrecht enthält Bestimmungen über die Feststellung und Überwachung der **Arbeitsunfähigkeit** sowie deren Meldung an den zuständigen Träger. Es gibt dazu auch mehrere E-Formulare (E 115 Antrag auf Geldleistungen wegen Arbeitsunfähigkeit; E 116 ärztlicher Bericht bei Arbeitsunfähigkeit, E 118 Mitteilung über Nichtanerkennung/Beendigung der Arbeitsunfähigkeit). Um Geldleistungen wegen Arbeitsunfähigkeit bei Aufenthalt in der Schweiz erhalten zu können, muss der Versicherte dem aushelfenden Träger (Gemeinsame Einrichtung KVG bei Krankheit, Mutterschaft und Nichtberufsunfall) unverzüglich Kenntnis vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit geben. Der aushelfende Träger ist verpflichtet, die gemeldete Arbeitsunfähigkeit während des Aufenthalts in der Schweiz zu überwachen und den zuständigen Träger zu informieren. Zudem muss er den Versicherten und den zuständigen Träger unverzüglich vom Ende der Arbeitsunfähigkeit unterrichten. Die Auszahlung des Taggeldes erfolgt in jedem Falle durch den zuständigen Träger (nicht durch den aushelfenden Träger). In der Praxis meldet der Versicherte seine Arbeitsunfähigkeit aber oft direkt dem zuständigen Träger, so dass die erwähnte Regelung eher selten zur Anwendung gelangt.

Personen mit vorübergehendem Aufenthalt in der Schweiz haben nur **Anspruch auf Sachleistungen**, die sich unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen. Sie müssen dem Leistungserbringer und der Gemeinsamen Einrichtung KVG eine Kopie der europäischen Krankenversicherungskarte bzw. der provisorischen Ersatzbescheinigung oder bei Zustimmungsfällen (Patient begibt sich zum Zwecke der Behandlung in die Schweiz) das Formular E 112 vorweisen. Wenn die Anspruchsbescheinigung fehlt, wird sie von der Gemeinsamen Einrichtung KVG beim zuständigen Träger (Versicherungsträger im Wohnstaat) angefordert, sofern dieser bekannt ist. Im Ausland versicherte Personen mit Wohnsitz in der Schweiz (z.B. entsandte Arbeitnehmer, Grenzgänger, Familienangehörige eines in einem anderen Staat wohnhaften Erwerbstätigen, Bezüger einer Rente aus einem EG-EFTA-Staat) haben Anspruch auf umfassende Leistungsaushilfe. Voraussetzung ist, dass sie über eine Anspruchsbescheinigung (E-Formular) ihres Versicherungsträgers verfügen. Die Gemeinsame Einrichtung KVG klärt mittels Fragebogen die Familien- und Einkommensverhältnisse ab, damit nur jene Personen als leistungsaushilfeberechtigt eingetragen werden, welche sich nicht bei einem Krankenversicherer in der Schweiz versichern müssen. Für die Befreiung von der Versicherungspflicht sind die Kantone zuständig.

Am 31. Dezember 2006 waren bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG 31'675 Personen als anspruchsberechtigt auf Sachleistungen bei Krankheit, Mutterschaft und Nichtberufsunfall registriert. Davon waren 18'689 Personen mit vorübergehendem Aufenthalt. Im Berichtsjahr erbrachte die Gemeinsame Einrichtung KVG in 95'715 Fällen **Leistungsaushilfe** im Gesamtbetrag von 119'863'123.45 Franken. Davon entfielen 35 Prozent der Fälle und rund 51 Prozent der Kosten auf Personen aus den EG-/EFTA-Staaten mit vorübergehendem Aufenthalt in der Schweiz. Die Zustimmungsfälle machten sechs Prozent der Fälle und 27 Prozent der Kosten aus.

#### *Top Ten Wohnorte der Bezüger einer Rente eines EG- bzw. EFTA-Staates (Stand 31. Dezember 2006)*

Wohnort	Anzahl Rentner
Genf	104
Lugano	51
Zürich	49
Lausanne	47
Crans-sur-Sierre	42
Verbier	32
Basel	28
Kreuzlingen	25
Montreux	24
Chiasso	21



### Top Ten Leistungserbringer Spitalbehandlungen stationär (Stand 2006)

Spital	Anzahl Fälle
Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)	923
Ospedale regionale di Lugano	499
Spital Visp	474
Spital Sitten	370
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne	343
Universitätsspital Basel	340
Spitäler Frutigen, Meiringen, Interlaken (FMI)	335
Spital Oberengadin, Samedan	325
Ospedale della Beata Vergine, Mendrisio	324
Universitätsspital Zürich (USZ)	316
<b>Total</b>	<b>4'249</b>

Wenn eine Person mit vorübergehendem Aufenthalt ihre Rechnung dem zuständigen Träger in ihrem Wohnstaat einreicht, schickt dieser die Rechnung mit dem **Formular E 126** an die Gemeinsame Einrichtung KVG, welche dann den erstattungsfähigen Betrag (Kosten für Pflichtleistungen nach Schweizer Tarifen abzüglich Schweizer Kostenbeteiligung) ermitteln muss. Im Berichtsjahr konnten 11'109 Anfragen der Krankenversicherungsträger in den EG-/EFTA-Staaten mittels Formular E 126 bearbeitet werden. Im Vergleich zum Vorjahr (11'785) entspricht dies einer leichten Abnahme um 5,7 Prozent. Es ist eine Stabilisierung der Anzahl solcher Anfragen eingetreten, weil vermehrt von der Leistungsaushilfe Gebrauch gemacht wird (Anspruchsbescheinigung vorhanden und von Schweizer Leistungserbringer akzeptiert).

Am 1. April 2006 trat das Zusatzprotokoll zum Personenfreizügigkeitsabkommen mit der EG in Kraft. Damit gilt die Leistungsaushilfe in der Schweiz ab diesem Datum auch für gesetzlich Versicherte der **zehn Staaten**, welche auf den **1. Mai 2004 der EG beitraten**. Von den 16'367 Leistungsaushilfefällen im zweiten Quartal 2006, welche im Juli 2006 den zuständigen Trägern über die Verbindungsstellen aufgrund der effektiven Kosten in Rechnung gestellt wurden (Formular E 125), betrafen nur 29 (d.h. 0,2 Prozent) diese zehn Staaten. Hingegen hat die Gemeinsame Einrichtung KVG von diesen Staaten verhältnismässig viele Gesuche um Bekanntgabe der Erstattungssätze mit dem Formular E 126 erhalten. Ein Grund für die zögerliche Inanspruchnahme der Leistungsaushilfe war, dass die Leistungserbringer die europäische Krankenversicherungskarte bzw. die provisorische Ersatzbescheinigung der Versicherten aus den neuen EG-Staaten nicht anerkannten. Entsprechende Rückfragen von Spitälern haben gezeigt, dass diesen oft nicht bekannt war, dass Versicherte aus diesen Staaten seit dem 1. April 2006 die Leistungsaushilfe beanspruchen können, wenn sie eine gültige Anspruchsbescheinigung vorweisen. Dies ist erstaunlich, hat doch das BAG mit zwei Kreisschreiben die KVG-Versicherer, die Kantonsregierungen und die Verbände der Leistungserbringer gemeinsam über das In-Kraft-Treten des Protokolls zur Ausdehnung des Freizügigkeitsabkommens auf die zehn neuen EG-Staaten und über die Auswirkungen auf die Krankenversicherung informiert. Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat daher ein Informationsblatt erstellt und dieses dem Spitalverband H+ zugestellt mit der Bitte, seine Mitglieder über die Ausdehnung der Leistungsaushilfe auf die zehn neuen EG-Staaten zu orientieren. H+ hat diese Informationen in seinen Flash vom 28. September 2006 aufgenommen.

Wegen der Erweiterung der EG um zehn Mitgliedstaaten auf den 1. Mai 2004 mussten die **E-Formulare** der Reihe E 100 angepasst werden. Dazu fasste die Verwaltungskommission der EG für die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer am 17. März 2005 einen entsprechenden Beschluss. Bei dieser Gelegenheit wurde auch die Schweiz, welche seit dem In-Kraft-Treten des Personenfreizügigkeitsabkommens nur provisorische Versionen dieser E-Formulare verwendete, in die Anpassungen einbezogen. Die angepassten E-Formulare wurden am 15. März 2006 im Amtsblatt der EU publiziert und gelten seit dem 1. April 2006. Auf Wunsch des BSV hat die Gemeinsame Einrichtung KVG jedes dieser Formulare in ein ausfüllbares PDF-Format umgewandelt und auf ihrer Internetseite in deutscher, französischer und italienischer Sprache zur Verfügung gestellt. Das BAG hat die Schweizer Krankenversicherer darüber informiert. Die Änderungen im Formular E 125 (verschobene, wegfallende und neue Felder), das für die Rechnungsstellung der erbrachten effektiven Kosten an die zuständigen Träger verwendet wird, erforderten Anpassungen im Valsana durch die BBT Software AG. Dies führte zu Verzögerungen bei der Rechnungsstellung des ersten Quartals 2006 (Deutschland, Frankreich und Italien).

Bis anhin wurden die **Änderungen im Programm Valsana** vom Gruppenleiter zusammen mit der Informatik getestet. Pro Jahr mussten etwa zehn Releases getestet werden. Pro Release wurde dafür ein Tag aufgewendet. Theoretisch gibt es aber mehrere tausend Geschäftsfälle. Es hat sich gezeigt, dass die Releases umfassender getestet werden müssen als bisher, damit versteckte Fehler entdeckt werden, bevor ein Release produktiv gesetzt wird. Da der grössere Testaufwand nicht mehr von einer Person allein bewältigt werden kann, wird jeweils ein ad hoc-Team von etwa vier Mitarbeitenden gebildet. Zudem wird ein Handbuch (Testprogramm) erstellt, in dem die zu testenden Geschäftsfälle (Standardtests) dokumentiert werden. Mit den Standardtests wird das Risiko, dass Unstimmigkeiten nicht rechtzeitig bemerkt werden, auf ein Minimum reduziert.



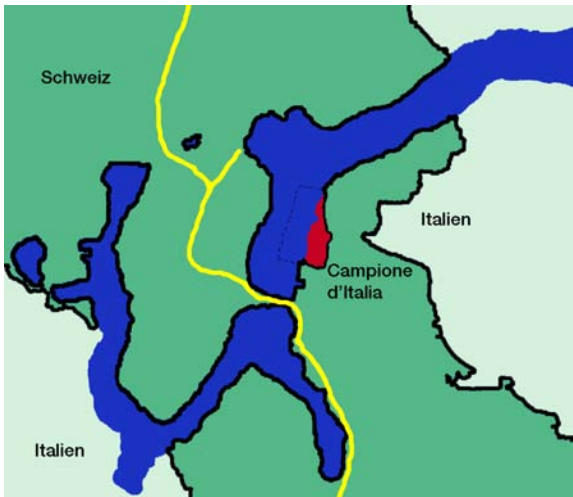
Die **PubliCare AG** in Dättwil übernimmt die direkte Belieferung der Patienten mit den rezeptierten Stoma-, Wund- und Inkontinenzprodukten. Sie schickte die Rechnungen immer wieder an die Gemeinsame Einrichtung KVG, obschon der tiers garant gilt. Nach mehrmaligen Interventionen wies die PubliCare darauf hin, dass sie mit den meisten Krankenversicherern Direktzahlungsvereinbarungen abgeschlossen habe. Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat sich bereit erklärt, eine analoge Vereinbarung abzuschliessen. Die PubliCare hat sich darin verpflichtet, die Rechnungen elektronisch zu versenden und einen Rabatt von 10 Prozent zu gewähren. Die Vereinbarung ist am 1. November 2006 in Kraft getreten.

Die **Ofac** hat bei der Paritätischen Vertrauenskommission (PVK) SAV/santésuisse eine Beschwerde eingereicht, weil die Gemeinsame Einrichtung KVG Rechnungen zurückgewiesen hatte mit der Begründung, dass das Medikament mit einer therapeutischen Limitation versehen ist. Gemäss einem Urteil des EVG vom 13. Januar 2006 darf der Apotheker dem Krankenversicherer auch jene Medikamente verrechnen, bei denen die therapeutische Limitation nicht erfüllt ist. Der Apotheker hat keine Kenntnis der Diagnose und kann deshalb nicht feststellen, ob die Bedingungen einer therapeutischen Limitation gegeben sind. Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat der PVK mitgeteilt, dass sie Rechnungen, welche Medikamente mit einer therapeutischen Limitation enthalten, nicht mehr zurückweist. Wenn die Abklärungen ergeben, dass die Limitation nicht erfüllt ist, muss der Betrag dem Mitglied belastet werden. Die Ofac hat daraufhin mehrere Listen von abgelehnten Rechnungen der Gemeinsamen Einrichtung KVG zugestellt. Die Rückweisungen erfolgten nicht nur wegen nicht erfüllten Limitationen. So darf die Gemeinsame Einrichtung KVG zum Beispiel Medikamentenbezüge der Einwohner von Campione d'Italia in Tessiner Apotheken, die nach dem 28. Februar 2006 erfolgen, nicht mehr vergüten, obschon sie über ein gültiges Formular E 112 verfügen. Die Campionesi müssen die bezogenen Medikamente selbst bezahlen und die Rückerstattung der Kosten bei der Azienda Sanitaria Locale (ASL) geltend machen. Die Tessiner Apotheken wurden im Februar 2006 von der ASL di Como darüber informiert. Trotzdem werden immer noch Medikamentenbezüge über die Ofac abgerechnet, wenn die Apotheken nicht merken, dass es sich beim Kunden um einen Campionesi handelt.

Das mit der CIGES (Centre d'information, de gestion et d'économie de santé), Kanton Neuenburg, im Jahre 2005 als Pilotprojekt praktizierte System **tiers soldant** (Spital kassiert beim Patienten mit vorübergehendem Aufenthalt in der Schweiz die Kostenbeteiligung ein und zieht den Betrag auf der Rechnung vom Totalbetrag der Leistungen ab) hat sich bewährt. Damit lassen sich Debitorenverluste auf beiden Seiten vermeiden. Die Parteien sind übereingekommen, die Zusammenarbeit fortzusetzen und haben die bestehende Vereinbarung verlängert. Die Gemeinsame Einrichtung KVG strebt eine derartige Zusammenarbeit auch mit weiteren Spitälern (insbesondere in den Tourismusregionen sowie in Kantonen mit zentralisiertem Inkasso) an. Sie hat vorerst das BAG, die GDK und H+ über das Pilotprojekt mit den öffentlichen Spitälern im Kanton Neuenburg sowie über die beabsichtigte Ausdehnung auf weitere Spitälern schriftlich orientiert und diese Stellen um eine Meinungsäusserung bis Ende April 2006 gebeten. Die GDK und H+ haben keine Bedenken gegen das Vorhaben geäussert. Das BAG hat kontrovers Stellung genommen. Einerseits findet es die Einführung des Systems tiers soldant eine sinnvolle Lösung, die Vorteile für alle Beteiligten bringt. Andererseits erachtet es ein solches Vorgehen als nicht zulässig. Ein Problem sieht es darin, dass es bei den Vereinbarungen mit den Spitälern nicht nur darum geht, im System tiers payant die Erhebung der Kostenbeteiligung auf die Spitälern zu übertragen, sondern auch für Versicherte aus EG-/EFTA-Staaten bei ambulanten Behandlungen im Spital das Tarifsysteem zu wechseln (vom System tiers garant zum System tiers payant). Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat nicht das Recht, Tarifverträge abzuschliessen. Gestützt auf Artikel 19 Absatz 4 KVV wird die Gemeinsame Einrichtung im System tiers payant bei der Durchführung der Leistungsaushilfe lediglich den vertragschliessenden Versicherern gleichgestellt.

Personen, die sich vorübergehend in der Schweiz aufhalten, erhalten vom Leistungserbringer im System tiers garant eine Rechnung an ihre Wohnadresse im Ausland. Die Leistungserbringer beklagen sich immer wieder darüber, dass ein grosser Teil solcher Rechnungen nie bezahlt wird. Für sie ist es unmöglich, die ausstehenden Beträge im Ausland einzutreiben. Die Gemeinsame Einrichtung KVG kann solchen Missbräuchen vorbeugen, indem sie **Rückerstattungen ins Ausland** nur nach Vorlage eines Zahlungsnachweises vornimmt. Den Zahlungsnachweis kann sie zusammen mit den Angaben über die Bankverbindung einholen. Allerdings kann die Rückerstattung nicht verweigert werden, wenn das Mitglied den Zahlungsnachweis nicht liefern will oder mitteilt, dass es die Rechnung erst nach Erhalt der Rückerstattung bezahlen kann. In solchen Fällen muss eine Ausnahme gemacht werden. Das BAG hat mitgeteilt, dass es gegen ein solches Vorgehen keine Einwendungen hat.

Ein Vertrag zwischen der Gemeinde **Campione d'Italia** und der Krankenkasse Supra ermöglichte es den Einwohnern der Enklave Campione bis 29. Februar 2004, sich im Kanton Tessin behandeln zu lassen. Die Kosten wurden von der Supra übernommen. Nach dem Wegfall des Vertrages kommt das Personenfreizügigkeitsabkommen zwischen der Schweiz und der EG zur Anwendung. Anlässlich einer Besprechung vom 12. Februar 2004 in Bellinzona zwischen dem italienischen Gesundheitsministerium, dem BSV und der Gemeinsamen Einrichtung KVG wurde vereinbart, dass alle Versicherten von Campione vom zuständigen Träger (Azienda sanitaria locale [ASL] von Como) ein Formular E 112 erhalten, mit dem sie sich bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG registrieren lassen können. Damit ist gewährleistet, dass sie sich weiterhin im Kanton Tessin behandeln lassen können. Allerdings hat die ASL di Como den Geltungsbereich des Formulars E 112 später wieder eingeschränkt. So dürfen die Medikamentenbezüge der Einwohner von Campione in Tessiner Apotheken seit dem 1. Januar 2006 nicht mehr über die Gemeinsame Einrichtung KVG abgerechnet werden. Die Kosten müssen vorerst vom Patienten selbst bezahlt werden. Diese werden ihm dann von der ASL di Campione zurück erstattet. Seit dem 1. Mai 2007 müssen die Einwohner von Campione zudem Behandlungen, die in Italien zur Grundversorgung gehören, in Campione beziehen. Behandlungen im Kanton Tessin dürfen von der Gemeinsamen Einrichtung KVG nur noch dann übernommen werden, wenn sie infolge einer Überweisung eines Arztes von Campione erfolgten oder wenn es sich um Notfälle handelte. Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat rund 2'100 Personen aus Campione registriert. Sie hat im Berichtsjahr 11'294 Rechnungen für Sachleistungen in der Grössenordnung von 6,8 Millionen Franken für die Campionesi bezahlt.



Gestützt auf eine Vereinbarung zwischen der Schweiz und Italien über Campione stellten die Leistungserbringer in Campione (zwei Ärzte, eine Apotheke, ein Physiotherapeut) für die Behandlung ihrer Patienten, die in Campione wohnen und bei der italienischen ASL versichert sind, seit dem 1. März 2004 direkt der Gemeinsamen Einrichtung KVG Rechnung. Diese Regelung wurde per Ende 2005 beendet. Da es nicht Aufgabe der Schweizer Krankenversicherer ist, die betreffenden Verwaltungskosten von 164'837.20 Franken für die Vornahme der Direktzahlungen an die Leistungserbringer in Campione zu finanzieren, hatte sich Italien vor der Vertragsunterzeichnung zur Übernahme der Verwaltungskosten verpflichtet (mit dem Begriff "totalità dei costi"). Mit Brief vom 16. Mai 2006 verweigerte Italien zunächst die Übernahme der Verwaltungskosten. Dieses Thema wurde anlässlich eines Treffens im Rahmen der Sitzung des Rechnungsausschusses der Verwaltungskommission vom 21./22. November 2006 in Brüssel besprochen. Die italienische Delegation erklärte sich dann bereit, die Verwaltungskosten zu bezahlen, ohne einen Zahlungstermin zu nennen. Bis Redaktionsschluss ist die Erstattung noch nicht eingetroffen.

Auf Einladung des BSV haben sich Österreich, Deutschland, Liechtenstein und die Schweiz am 4. und 5. September 2006 in Bern zu **vielseitigen Verbindungsstellengesprächen** getroffen. Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat sich daran beteiligt. In einem ersten Teil sind Anwendungsfragen aus dem Bereich der Versicherungsunterstellung und der Krankenversicherung besprochen worden (insgesamt 37 Traktanden). In einem zweiten Teil sind die praktischen Auswirkungen der neuen Verordnung (EG) Nr. 883/2004 im Bereich der Krankenversicherung erörtert worden. Dazu hat das BSV eine Synopse erstellt, welche die Bestimmungen der geltenden Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 und der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 einander gegenüberstellt. Das nächste Treffen wird im Jahre 2007 in Deutschland stattfinden.

Das Koordinationsrecht der EG (Art. 117a Verordnung [EWG] Nr. 574/72) sieht die schrittweise Einführung der **elektronischen Übermittlung der Rechnungen** zwischen den aushelfenden und den zuständigen Trägern vor. Mit der Umsetzung wurde der Fachausschuss für Datenverarbeitung (technical commission) der Verwaltungskommission für die soziale Sicherheit beauftragt. Dieser Fachausschuss hat eine Arbeitsgruppe für den elektronischen Datenaustausch in der Krankenversicherung (Build 5) eingesetzt. Die Gemeinsame Einrichtung KVG nimmt als Verbindungsstelle an den Sitzungen von Build 5 teil. Gegenwärtig ist ein elektronischer Datenaustausch zwischen den zehn folgenden Staaten möglich: Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Italien, Niederlande, Österreich, Portugal und Spanien. 95 Prozent der Rechnungen der Gemeinsamen Einrichtung KVG für effektive Kosten (Formular E 125) entfallen auf die erwähnten Staaten. Es war deshalb wichtig, dass die Gemeinsame Einrichtung KVG möglichst rasch tätig wird. Für den Bund ist die Beteiligung der Schweiz interessant, weil er die Kapitalkosten der Leistungsaushilfe übernimmt und die Rechnungen bei einer elektronischen Übermittlung wesentlich rascher beim zuständigen Träger eintreffen als nach dem heutigen System, wo es Monate dauert, bis die Rechnungen als solche gelten (Ankunft bei zuständigem Träger). Für den umgekehrten Weg (KVG-Versicherte mit Leistungsaushilfe in der EG/EFTA) sind gegenwärtig noch wenige Daten vorhanden. Es ist jedoch auch hier tendenziell davon auszugehen, dass die Build 5-Staaten dominieren.

Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat eine Verbindung zum zentralen Server der EU in Brüssel installiert. Über diesen Server werden die Rechnungsdaten elektronisch ausgetauscht, wobei sie mit der Verschlüsselungssoftware PGP codiert werden. Bisher sind Testdaten von Belgien, Deutschland, Frankreich, Luxemburg, Österreich, Portugal und Spanien auf diesem Wege eingetroffen. Bei den Testdaten sind keinerlei Unstimmigkeiten festgestellt worden. Die Zustellung auf elektronischem Wege diente vorerst nur Testzwecken. Effektiv erfolgte die Bearbeitung durch die Geschäftsstelle aufgrund der per Post zugestellten Rechnungen (E 125). In Bezug auf Deutschland, Frankreich und Spanien erfolgte die Zustellung nun erstmals produktiv. Dies bedeutet, dass die Weiterleitung der Rechnungen der deutschen bzw. französischen Verbindungsstelle an die Schweizer Krankenversicherer auf den elektronisch zugestellten Rechnungen basierte.



**Registrierungen von Versicherten nach Personenkategorien und zuständigen Staaten**  
(Stand 31. Dezember 2006)

Staat	gewöhnlich Versicherte	Familien-angehörige	Rentner	Personen mit vorübergehendem Aufenthalt*	Botschafts-angehörige	Grenz-gänger	Exklaven
Belgien	74	4	98	469	8	-	-
Dänemark	86	2	13	16	23	-	-
Deutschland	1'388	108	539	6'920	9	3'729	**350
Estland	0	0	0	5	19	-	-
Finnland	3	0	5	76	0	-	-
Frankreich	264	13	546	1'019	2	****	-
Griechenland	9	1	4	175	5	-	-
Grossbritannien	157	9	193	1'659	0	-	-
Irland	9	0	0	44	0	-	-
Island	0	0	0	31	0	-	-
Italien	815	22	313	4'537	606	13	*** 2'142
Lettland	0	0	0	2	0	-	-
Liechtenstein	-	-	-	45	-	-	-
Litauen	0	0	0	5	0	-	-
Luxemburg	116	4	6	255	0	-	-
Malta	0	0	0	1	0	-	-
Niederlande	163	0	285	410	1	-	-
Norwegen	9	0	6	209	51	-	-
Österreich	163	7	36	839	0	****	-
Polen	2	0	1	32	73	-	-
Portugal	13	0	45	470	189	-	-
Schweden	7	0	45	525	16	-	-
Slowakei	5	0	0	46	38	-	-
Slowenien	0	0	0	6	0	-	-
Spanien	22	0	54	788	26	-	-
Tschechische Republik	0	0	0	78	0	-	-
Ungarn	0	0	0	27	22	-	-
Zypern	0	0	0	0	0	-	-
<b>Total</b>	<b>3'305</b>	<b>170</b>	<b>2'189</b>	<b>18'689</b>	<b>1'088</b>	<b>3'742</b>	<b>2'492</b>

- nicht möglich.
- \* Touristen, Entsandte, Studenten, Arbeitslose.
- \*\* Einwohner der deutschen Exklave Büsingen bei Schaffhausen.
- \*\*\* Einwohner der italienischen Exklave Campione bei Lugano.
- \*\*\*\* nicht erkennbar, da mit EHIC registriert.





*Leistungsaushilfe für Versicherte aus EG-/EFTA-Staaten*

<b>Jahr</b>	<b>Fälle</b>	<b>Kosten (Fr.)</b>	<b>Fallkosten (Fr.)</b>
1996	5'632	13'197'279.55	2'340
1997	5'494	13'705'264.25	2'500
1998	5'653	12'493'147.85	2'210
1999	5'704	13'087'501.45	2'294
2000	6'174	13'503'851.90	2'187
2001	6'777	14'662'437.05	2'164
2002	9'423	18'621'950.75	1'976
2003	35'823	51'773'127.15	1'445
2004	73'809	96'008'088.85	1'301
2005	90'653	106'091'161.30	1'170
2006	95'715	119'863'123.45	1'252

*Leistungsaushilfe nach Personenkategorien (Stand 2006)*

<b>Personenkategorien</b>	<b>Fälle</b>		<b>Kosten</b>	
	<b>Anzahl</b>	<b>Anteil in %</b>	<b>Betrag (Fr.)</b>	<b>Anteil in %</b>
gewöhnlich Versicherte	14'453	15,1	4'554'798.70	3,8
Familienangehörige	574	0,6	239'726.25	0,2
Rentner	21'632	22,6	10'667'818.00	8,9
Personen mit vorübergehendem Aufenthalt	33'405	34,9	61'489'782.35	51,3
Zustimmungsfälle	6'030	6,3	32'962'358.90	27,5
Botschaftsangehörige	6'987	7,3	2'277'399.35	1,9
Grenzgänger	574	0,6	359'589.35	0,3
Büsingler	766	0,8	479'452.50	0,4
Campionesi	11'294	11,8	6'832'198.05	5,7
<b>Total</b>	<b>95'715</b>	<b>100,0</b>	<b>119'863'123.45</b>	<b>100,0</b>



*Leistungsaushilfe nach zuständigen Staaten (Stand 2006)*

Zuständiger Staat	Fälle		Kosten	
	Anzahl	Anteil in %	Betrag (Fr.)	Anteil in %
Belgien	2'041	2,13	2'781'370.20	2,32
Dänemark	503	0,53	409'658.50	0,34
Deutschland	22'534	23,54	35'203'472.90	29,38
Estland	23	0,02	9'473.60	0,01
Finnland	288	0,30	292'543.05	0,24
Frankreich	11'661	12,18	20'164'079.95	16,82
Griechenland	957	1,00	3'085'290.80	2,57
Grossbritannien	5'416	5,66	7'756'084.60	6,47
Irland	89	0,09	157'252.90	0,13
Island	42	0,04	11'603.00	0,01
Italien	36'990	38,66	31'607'966.80	26,37
Lettland	2	0,00	291.35	0,00
Liechtenstein	96	0,10	1'662'912.75	1,39
Litauen	6	0,01	14'095.95	0,01
Luxemburg	1'156	1,21	1'099'422.30	0,92
Malta	3	0,00	1'157.40	0,00
Niederlande	3'223	3,37	3'927'667.55	3,28
Norwegen	611	0,64	546'692.65	0,46
Österreich	2'261	2,36	2'774'344.65	2,31
Polen	134	0,14	189'115.15	0,16
Portugal	3'246	3,39	2'797'760.05	2,33
Schweden	1'327	1,39	1'350'753.45	1,13
Slowakei	77	0,08	304'650.05	0,25
Slowenien	13	0,01	73'185.85	0,06
Spanien	2'884	3,01	3'321'576.10	2,77
Tschechische Republik	72	0,08	188'255.80	0,16
Ungarn	60	0,06	132'446.10	0,11
Zypern	0	0,00	0.00	0,00
<b>Total</b>	<b>95'715</b>	<b>100,00</b>	<b>119'863'123.45</b>	<b>100,00</b>

*Formulare E 112\* nach zuständigen Staaten (Stand 2006)*

Zuständiger Staat	Fälle		Kosten	
	Anzahl	Anteil in %	Betrag (Fr.)	Anteil in %
Belgien	10	0,17	110'925.90	0,34
Dänemark	28	0,46	124'909.45	0,38
Deutschland	2'054	34,06	8'697'395.40	26,38
Estland	0	0,00	0.00	0,00
Finnland	0	0,00	0.00	0,00
Frankreich	1'193	19,78	10'592'333.65	32,13
Griechenland	333	5,52	2'495'182.55	7,57
Grossbritannien	27	0,45	26'334.60	0,08
Irland	0	0,00	0.00	0,00
Island	0	0,00	0.00	0,00
Italien	1'967	32,62	7'651'774.20	23,21
Lettland	0	0,00	0.00	0,00
Liechtenstein	76	1,26	1'590'627.10	4,83
Litauen	0	0,00	0.00	0,00
Luxemburg	114	1,89	619'083.15	1,88
Malta	0	0,00	0.00	0,00
Niederlande	42	0,70	272'473.50	0,83
Norwegen	7	0,12	2'149.80	0,01
Österreich	45	0,75	351'865.35	1,07
Polen	0	0,00	0.00	0,00
Portugal	67	1,11	134'013.30	0,41
Schweden	8	0,13	20'001.25	0,06
Slowakei	6	0,10	33'855.70	0,10
Slowenien	3	0,05	59'990.00	0,18
Spanien	44	0,73	139'744.00	0,42
Tschechische Republik	0	0,00	0.00	0,00
Ungarn	6	0,10	39'700.00	0,12
Zypern	0	0,00	0.00	0,00
<b>Total</b>	<b>6'030</b>	<b>100,00</b>	<b>32'962'358.90</b>	<b>100,00</b>

\* Zustimmung zuständiger Träger, dass sich der Versicherte zum Zweck der Behandlung in die Schweiz begibt.



*Leistungsaulhilfe nach versicherten Risiken (Stand 2006)*

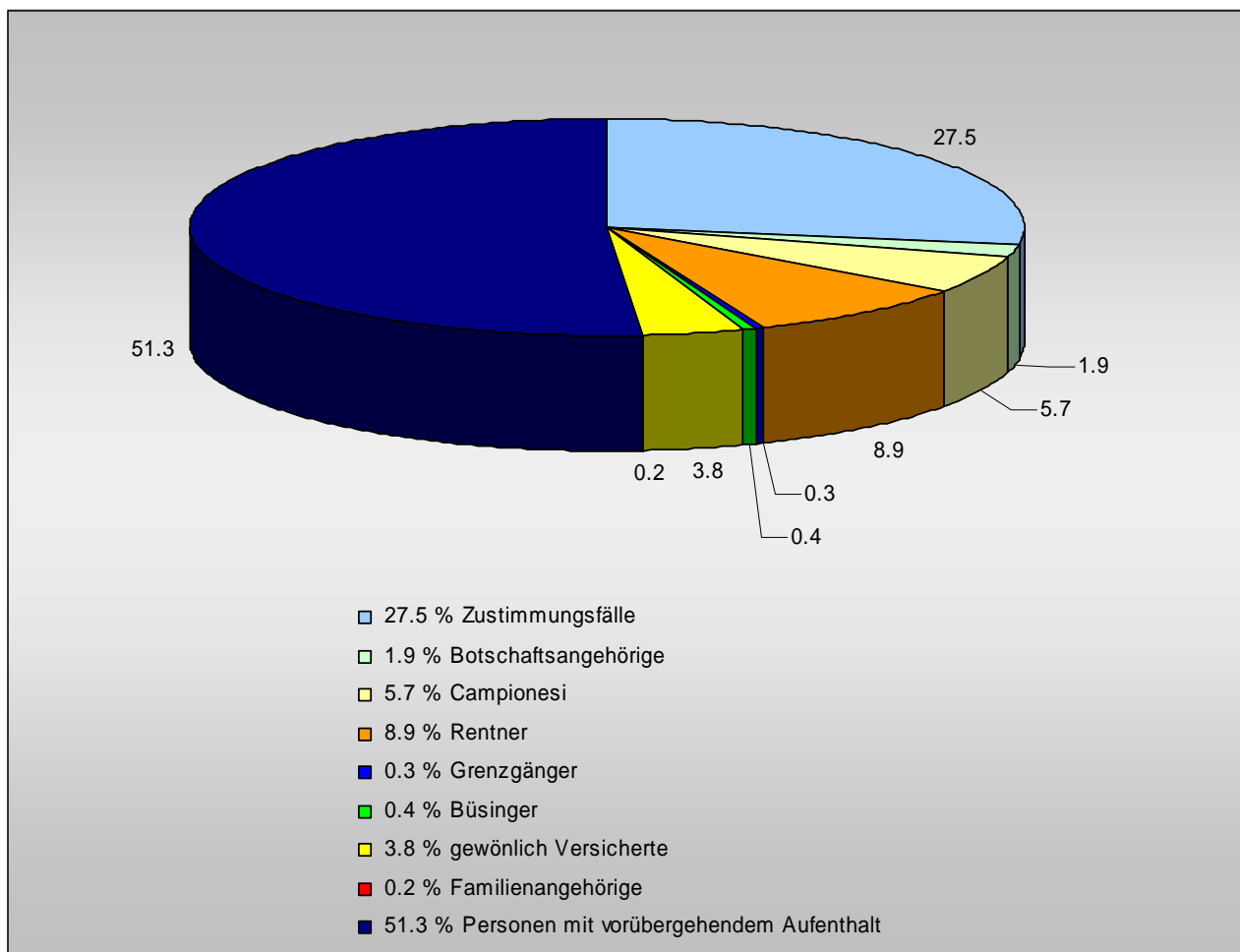
Versichertes Risiko	Fälle		Kosten	
	Anzahl	Anteil in %	Betrag (Fr.)	Anteil in %
Krankheit	83'440	87,18	93'063'655.65	77,64
Mutterschaft	2'921	3,05	2'726'676.20	2,28
Nichtberufsunfall	9'354	9,77	24'072'791.60	20,08
<b>Total</b>	<b>95'715</b>	<b>100,00</b>	<b>119'863'123.45</b>	<b>100,00</b>

*Kosten nach Leistungserbringern (Stand 2006)*

Leistungserbringer	Kosten (Fr.)	Anteil in %
Spital stationär	86'421'311.95	72,10
Veranlasste Kosten (davon Spital ambulant: 79 %)	22'534'267.25	18,80
Arzt	5'513'703.65	4,60
Medikamente	4'434'935.55	3,70
Spezialleistungen (Brillenbeiträge usw.)	839'041.90	0,70
Chiropraktiker	62'328.80	0,05
Sonstiges	57'534.35	0,05
<b>Total</b>	<b>119'863'123.45</b>	<b>100,00</b>



**Aufteilung der Kosten der Leistungsaushilfe für Versicherte aus EG-/EFTA-Staaten nach  
Personenkategorien (Stand 2006)**

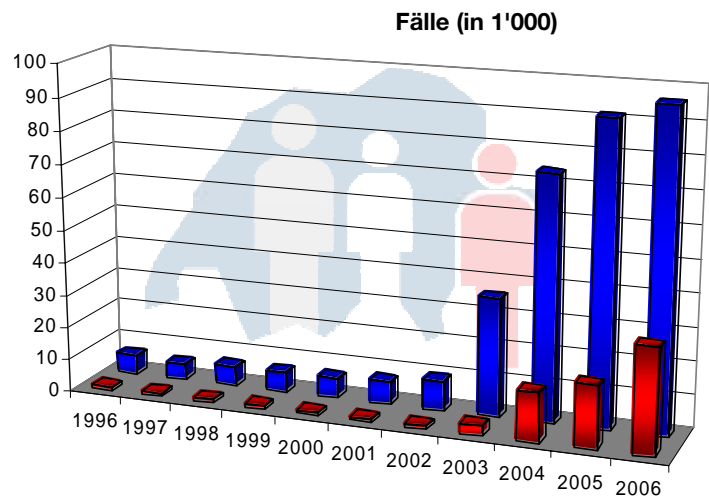
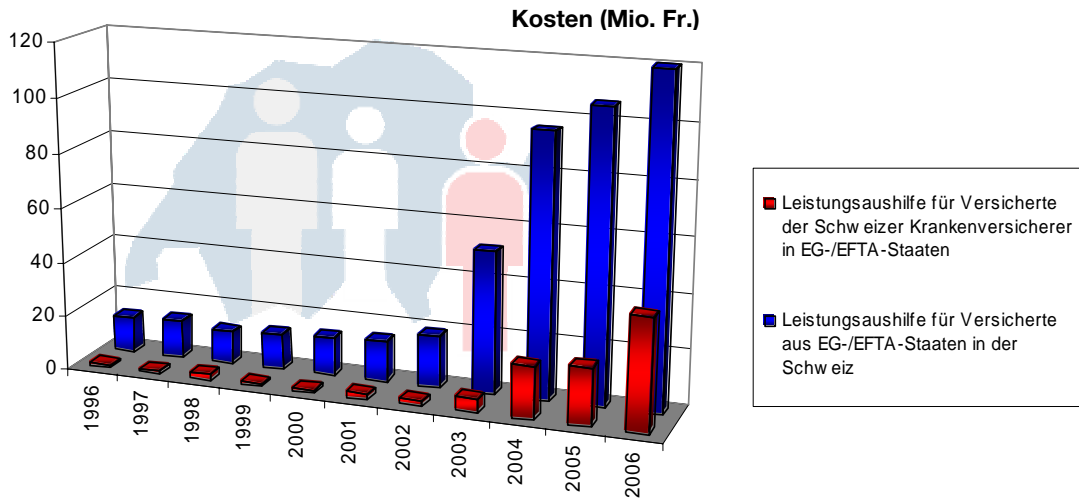


**Fälle ohne Leistungsaushilfe für Versicherte aus EG-/EFTA-Staaten  
(Gesuch um Bekanntgabe der Erstattungssätze mit Formular E 126)**

Jahr	Anzahl	Durchschnitt pro Monat
1996	3'050	254
1997	2'472	206
1998	2'583	215
1999	3'103	259
2000	3'635	303
2001	7'686	640
2002	8'554	713
2003	11'975	998
2004	10'823	901
2005	11'785	982
2006	11'109	926



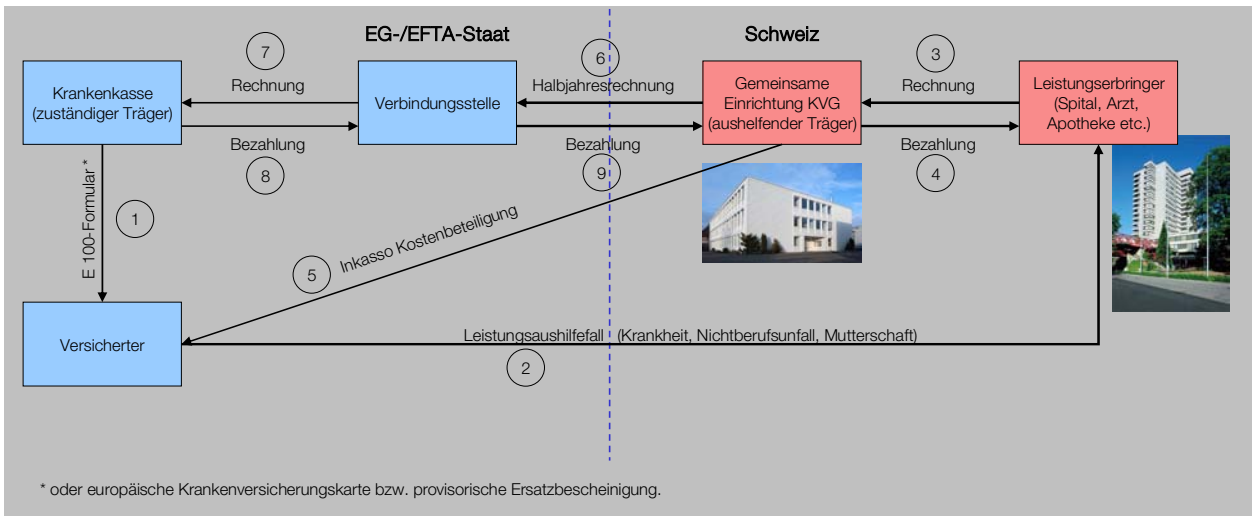
### Leistungsaushilfe in der Schweiz bzw. in EG-/EFTA-Staaten



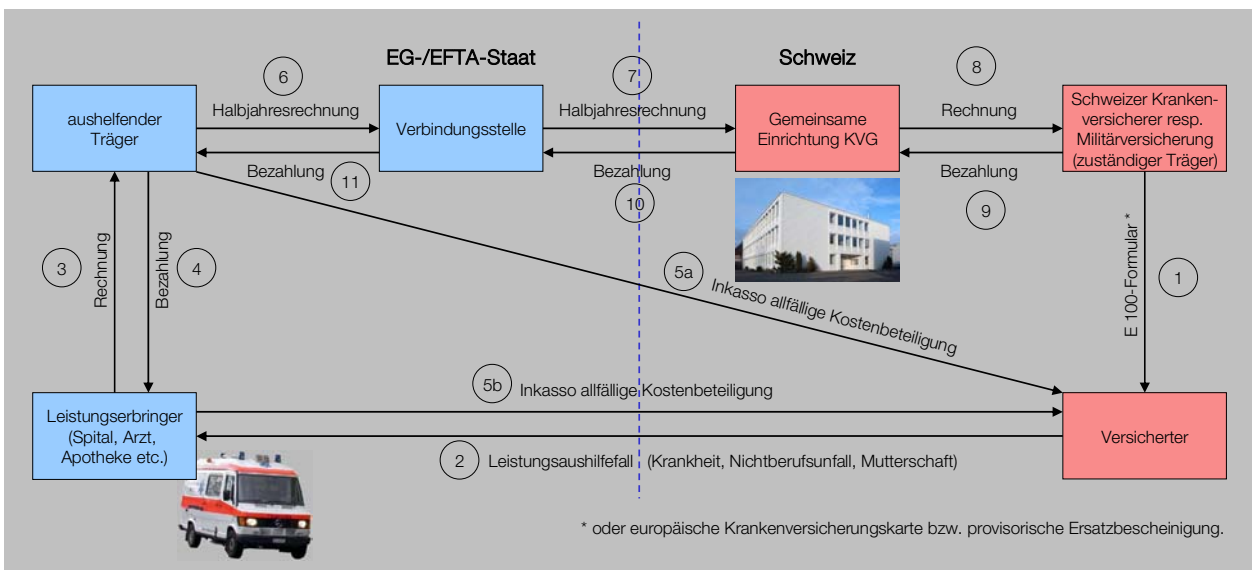


### Ablauf Leistungsaushilfe Schweiz - EG-/EFTA-Staaten (Stand 1. Januar 2007)

a) Versicherter aus EG-/EFTA-Staaten mit Leistungsaushilfe in der Schweiz



b) Versicherter eines Schweizer Krankenversicherers, bzw. der Militärversicherung mit Leistungsaushilfe in einem EG-/EFTA-Staat





## Aufgaben betreffend Rentner mit Wohnsitz in einem EG-/EFTA-Staat

### Versicherungspflichtige Personen bei Wohnsitz ausserhalb der Schweiz

Mit dem Personenfreizügigkeitsabkommen hat die Schweiz das so genannte **Beschäftigungslandprinzip** übernommen. Dieses überlagert seit dem 1. Juni 2002 das in der Schweiz geltende Wohnlandprinzip. Damit sind in der Schweiz beschäftigte Personen auch dann in der Schweiz versicherungspflichtig, wenn sie in einem EG- bzw. EFTA-Staat wohnen. „Beschäftigung“ ist nicht auf den üblichen Begriff eingeschränkt, sondern sie ist auch auf eine frühere Beschäftigung bezogen. Versicherungspflichtig in der Schweiz wurden damit die folgenden Personengruppen mit Wohnsitz in einem EG- bzw. EFTA-Staat:

- Grenzgänger nach der Schweiz sowie ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen;
- Familienangehörige von in der Schweiz erwerbstätigen und wohnhaften Personen;
- Bezüger von Leistungen der Schweizer Arbeitslosenversicherung sowie ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen;
- Bezüger einer Schweizer Rente sowie ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen.

**Theoretisch** handelt sich um eine **enorme Anzahl** von in der Schweiz versicherten Personen mit Wohnsitz in einem EG- bzw. EFTA-Staat, gibt es doch 180'000 Grenzgänger nach der Schweiz sowie 270'000 Bezüger eine Schweizer Rente. Effektiv ist die Anzahl versicherter Personen mit Wohnsitz in einem EG- bzw. EFTA-Staat massiv geringer, wie die folgende Statistik zeigt:

**Anzahl obligatorisch für Krankenpflege versicherte Personen mit Wohnsitz in einem EG-Mitgliedstaat bzw. in Island oder Norwegen** (Quelle: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, herausgegeben vom BAG)

Jahr	Grenzgänger *				Rentner * sowie Familienangehörige von in der Schweiz erwerbstätigen Personen			
	Männer	Frauen	Kinder	Total	Männer	Frauen	Kinder	Total
2004	3'921	2'638	1'166	7'735	1'622	1'455	271	3'354
2005	5'986	3'792	1'696	11'474	1'898	1'791	302	3'992

\* inklusive nicht erwerbstätige Familienangehörige.

Die folgenden Gründe führen dazu, dass die **Anzahl** in der Schweiz versicherter Personen mit Wohnsitz in einem EG- bzw. EFTA-Staat derart **gering** ist:

- Koordinationsrecht EG:
  - o In Art. 14 bis 17 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 (so genannte Kollisionsnormen) werden diejenigen Tatbestände aufgeführt, welche dazu führen, dass trotz Erwerbstätigkeit in der Schweiz keine Versicherungspflicht in der Schweiz besteht (z.B. Bezüger einer Schweizer Rente, welcher auch eine Rente des Wohnstaates bezieht).
- Einträge einzelner Staaten in Verordnung (EWG) Nr. 1408/71:
  - o Mehrere EG-Staaten sehen in einem Eintrag zur Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 eine Befreiungsmöglichkeit von der Versicherungspflicht in der Schweiz vor, wenn sie in diesem Staat wohnen und dort für den Krankheitsfall gedeckt sind.
- Wohnlandprinzip im Verhältnis zwischen Liechtenstein und Schweiz:
  - o Das revidierte EFTA-Abkommen sieht zwischen der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein grundsätzlich das Wohnlandprinzip vor. Schweizer Grenzgänger nach Liechtenstein sind damit in der Schweiz versichert.
- Befreiungsmöglichkeiten im innerstaatlichen Recht:
  - o Wenn in einem Einzelfall die oben erwähnten Ausnahmen nicht wirken, bestehen aufgrund des innerstaatlichen Rechts Ausnahmen von der Versicherungspflicht in der Schweiz. Diese sind in Art. 2 KVV aufgelistet (Dozenten, Forscher etc.). Werden die im entsprechenden Absatz erwähnten Voraussetzungen erfüllt, so nimmt die zuständige Stelle (Kanton bzw. Gemeinsame Einrichtung KVG) die Befreiung von der Versicherungspflicht in der Schweiz vor.

### Befreiung von der Versicherungspflicht (Art. 18 Abs. 2bis KVG)

Seit dem In-Kraft-Treten des Personenfreizügigkeitsabkommens zwischen der Schweiz und der EG bzw. des revidierten EFTA-Abkommens unterstehen Bezüger einer Schweizer Rente (AHV, IV, MV, UVG, BVG) grundsätzlich der Versicherungspflicht in der Schweiz. In gewissen Fällen ist eine Befreiung von der Versicherungspflicht möglich, nämlich bei Wohnsitz in Deutschland, Frankreich, Italien, Österreich, Portugal und Spanien, sofern dort bereits eine Krankenversicherung besteht. Eine Befreiung von der Versicherungspflicht ist auch bei Rentnern möglich, die über eine ausreichende Privatversicherung



verfügen. In zwei Fällen begründet die Schweizer Rente aber keine Versicherungspflicht in der Schweiz: Bezieht nämlich ein Rentner neben der Schweizer Rente auch von seinem Wohnsitzstaat eine Rente, so muss er sich in seinem Wohnsitzstaat versichern lassen. Erhält er von zwei Staaten eine Rente und wohnt in einem dritten Staat, so muss er sich in jenem Staat versichern, in dem er die längere Versicherungszeit zurückgelegt hat. Über die Anträge der Rentenbezüger um Befreiung von der Versicherungspflicht entscheidet die Gemeinsame Einrichtung KVG. Im Berichtsjahr sind 398 Rentner und 79 Familienangehörige von der Versicherungspflicht befreit worden, davon 259 Rentner und 51 Familienangehörige mit Wohnsitz in Frankreich.

### ***Orientierung Rentner über Versicherungspflicht***

Die Orientierung über die Versicherungspflicht durch die Gemeinsame Einrichtung KVG bezieht sich nur auf die Bezüger einer Schweizer Rente, welche im Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens einer internationalen Verpflichtung der Schweiz (Personenfreizügigkeitsabkommen, Zusatzprotokoll zum Personenfreizügigkeitsabkommen, revidiertes EFTA-Abkommen) bereits im entsprechenden Staat Wohnsitz haben (jeweilige Übergangsbestimmung in KVV). Für die Orientierung der übrigen Personen sind die Kantone zuständig (Art. 6 Abs. 1 KVG). Die Orientierungspflicht der Kantone gilt auch bei Verlegung des Wohnsitzes eines Rentenbezügers in einen EG-Staat bzw. nach Island oder Norwegen. In diesem Fall kommen aber viele Kantone ihrer Orientierungspflicht nicht nach. Damit besteht eine Orientierungslücke in den drei folgenden Fällen:

- Bezüger einer Schweizer Rente verlegt Wohnsitz in einen EG-Staat bzw. nach Island oder Norwegen;
- Person verlegt Wohnsitz in EG-Staat bzw. nach Island oder Norwegen, ist aber im Zeitpunkt der Verlegung noch nicht Bezüger einer Schweizer Rente;
- Person hat Wohnsitz vor In-Kraft-Treten des entsprechenden Abkommens in einen EG-Staat bzw. nach Island oder Norwegen verlegt, war aber im Zeitpunkt der Verlegung noch nicht Bezüger einer Schweizer Rente.

Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat in einem Schreiben vom 22. Dezember 2005 an die GDK auf diese **Informationslücken** und die dadurch entstehenden Probleme hingewiesen. Sie hat als Lösungsmöglichkeit vorgeschlagen, dass der Bundesrat der Gemeinsamen Einrichtung KVG den Auftrag für eine umfassende Orientierung der Rentner erteilt. Die Gemeinsame Einrichtung KVG würde dann einen Vertrag mit der Schweizerischen Ausgleichskasse (SAK) über das Vorgehen abschliessen, da diese über die Adressen der betroffenen Rentner verfügt. Die Gemeinsame Einrichtung KVG würde der SAK auf Vorrat einen Musterbrief mit Beilagen liefern. Die SAK würde die Unterlagen je nach Staat und Sprachcode (deutsch, französisch, italienisch) der Rentenverfügung beilegen. Sowohl die Westschweizer Arbeitsgruppe (GLAS) als auch die Deutschweizer Erfa-Gruppe "KVG-Bilaterale" der Kantone begrüsst die von der Gemeinsamen Einrichtung KVG skizzierte Lösung. Das BSV hat den Vorschlag der Gemeinsamen Einrichtung KVG am 27. Juni 2006 mit der SAK besprochen. Eine Besprechung zwischen SAK, BSV, BAG und Gemeinsamer Einrichtung KVG hat noch nicht stattgefunden.

### ***Zuweisung nicht Versicherte zu Versicherer (Art. 18 Abs. 2ter KVG)***

Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat nicht die Aufgabe, die Einhaltung der Versicherungspflicht der Rentner zu kontrollieren. Wenn ihr bekannt ist, dass ein Rentner seiner Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachgekommen ist, weist sie diesen einem schweizerischen Versicherer zu, der im entsprechenden EG-Staat tätig ist. Die Zuweisung wird unabhängig vom Versichertenbestand in einer bestimmten Reihenfolge vorgenommen, welche im Voraus pro Staat durch die Geschäftsstelle bestimmt und anschliessend publiziert wurde. Die Zuweisung erfolgt in Form einer Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung. Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat noch keine Zuweisung vornehmen müssen.

### ***Prämienverbilligung (Art. 18 Abs. 2quinquies KVG)***

Der Bund hat die Gemeinsame Einrichtung KVG mit der Durchführung der Prämienverbilligung für die Bezüger einer schweizerischen Rente und ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen mit Wohnort in einem EG-/EFTA-Staat beauftragt. Das **Verfahren** wird in der Verordnung über die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung für Rentner, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft bzw. in Island oder Norwegen wohnen (VPVKEG) geregelt. Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat mit dem BAG für die Prämienverbilligung sowie die übrigen vom Bund finanzierten Aufgaben einen Leistungsvertrag abgeschlossen.

Die Rentner können ihren Anspruch auf Prämienverbilligung mit einem speziellen **Antragsformular** geltend machen. Der Antrag auf Prämienverbilligung muss jährlich erneuert werden. Den Antragstellern werden umfassende Mitwirkungs- und Auskunftspflichten auferlegt. Falls das Reinvermögen den Betrag von 100'000 Franken bzw. 150'000 Franken für Haushalte mit Kindern übersteigt, besteht kein Anspruch auf Prämienverbilligung. Bei der Berechnung der Prämienverbilligung wird zuerst das anrechenbare Einkommen (Renteneinkommen, Unterhaltsbeiträge und Vermögenserträge) unter Berücksichtigung des Kaufkraftvergleiches in das massgebende Einkommen umgerechnet. Danach wird von der Durchschnittsprämie für den betreffenden EG-/EFTA-Staat sechs Prozent des massgebenden Einkommens abgezogen. Der sich daraus ergebende Betrag wird als Prämienverbilligung ausgerichtet. Die Auszahlung erfolgt direkt an den Krankenversicherer. Dieser reduziert die Prämie um den entsprechenden Betrag.

Im Jahre 2006 gingen bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG 199 (Vorjahr 185) **Anträge** auf Prämienverbilligung ein. 146 Anträge (Vorjahr 178) konnten bewilligt werden. Die ausbezahlten Prämienverbilligungen betragen insgesamt 516'525



Franken (Vorjahr 482'122 Franken), was einen Durchschnittsbetrag pro Antrag von 3'538 Franken (Vorjahr 2'708 Franken) ergibt. Da die Familienangehörigen im gleichen Antrag erfasst sind, beläuft sich die Zahl der unterstützten Personen im Jahr 2006 auf ein Total von 180 Personen (146 Anträge plus darin eingeschlossen 34 Familienangehörige). Somit wurde im Durchschnitt pro anspruchsberechtigte Person ein Betrag von 2'870 Franken ausbezahlt. 17 Anträge mussten aus folgenden Gründen abgelehnt werden:

- bei zwei Anträgen überstieg das Reinvermögen die Grenze von 100'000 Franken (Art. 3 Abs. 3 VPVKEG);
- bei zehn Anträgen war das Renteneinkommen zu hoch (Art. 6 Abs. 1 VPVKEG);
- vier Anträge mussten abgelehnt werden, weil der Antragsteller der Mitwirkungspflicht nicht Folge leistete und die entscheidungsrelevanten Dokumente nicht innert der gesetzten Fristen einreichte (es erging ein Nichteintretensentscheid);
- bei einem Antrag lag der auszuzahlende Betrag unter Fr. 50.-- (Art. 14 Abs. 3 VPVKEG).

Auf Antrag der Gemeinsamen Einrichtung KVG werden die für die Prämienverbilligung der Rentner benötigten Bundesbeiträge im Rahmen der bewilligten **Kredite** durch das BAG ausbezahlt (Art. 16 Abs. 1 VPVKEG). Für das Jahr 2006 erfolgte im Monat Februar 2006 eine Auszahlung von 600'000 Franken. Ende 2006 betrug der Restbestand des Kontos "Prämienverbilligung" rund 200'000 Franken. Für das Jahr 2007 rechnet die Gemeinsame Einrichtung KVG mit einem Finanzbedarf von 700'000 Franken. Diese Berechnung basiert auf die Annahme, dass 200 Bezüger aus den bisherigen EG/EFTA-Staaten eine durchschnittliche Prämienverbilligung von 3'050 Franken erhalten und 80 Bezüger aus den zehn neuen EG-Staaten 500 Franken. Zusätzlich ist eine Reserve von 50'000 Franken für den Fall, dass die Anzahl Gesuche stärker ansteigen sollte, eingerechnet. Unter Anrechnung des Restbetrages, der auf das Jahr 2007 übertragen wurde, ergibt sich ein zusätzlicher Bedarf von 500'000 Franken. Für das Rechnungsjahr 2007 hat die Gemeinsame Einrichtung KVG dem BAG mit Brief vom 27. Oktober 2006 einen Bundesbeitrag von 500'000 Franken beantragt. Das BAG hat den beantragten Bundesbeitrag am 23. November 2006 überwiesen.

## Anfragen

Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat im Berichtsjahr 1'118 **schriftliche und telefonische Anfragen** betreffend die Anwendung des Personenfreizügigkeitsabkommens und des revidierten EFTA-Übereinkommens erhalten. Die Informations- und Aufklärungstätigkeit der Gemeinsamen Einrichtung KVG wird von einer grossen Zahl Ratsuchender (Versicherte, Versicherer, Leistungserbringer, Gemeinde-, Kantons- und Bundesangestellte, Personalverantwortliche in- und ausländischer Firmen usw.) geschätzt. Die Anfragen betreffen unter anderem folgende Themen:

- Unterstellungsregelungen (alle Personenkategorien);
- betroffene Personenkreise, die von den Abkommen erfasst sind;
- Entlassung aus der Versicherungspflicht durch die Krankenversicherer;
- Aufrechterhaltung der Versicherung;
- Beratungstätigkeit im Bereich der Koordination;
- Anspruchsfragen betreffend die medizinischen Leistungen;
- Leistungspflicht der Krankenversicherer, wenn Abkommensanwendung nicht korrekt;
- Anfragen betreffend E-Formulare;
- Anfragen von Stellensuchenden bzw. Arbeitslosen, die wieder in ihr Herkunftsland zurückkehren.

Rückmeldungen zeigen, dass trotz des komplexen Vollzugsbereichs im Rahmen der Abkommensanwendung bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG ein breites Wissen vorhanden ist. Anfragen werden ernst genommen, die Kunden erhalten die gewünschte Information und Unterstützung innerhalb der nötigen Fristen. Auch übernimmt die Gemeinsame Einrichtung KVG inoffiziell die Funktion einer Ombudsstelle. Ein Vorteil der Gemeinsamen Einrichtung KVG liegt auch in der breiten Abdeckung von EU-Amtssprachen auf der Geschäftsstelle.

## Unterstützung der Kantone bei der Prämienverbilligung (Art. 18 Abs. 2quater KVG)

Die Durchführung der Prämienverbilligung für die Rentner führt dazu, dass bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG ein konzentriertes Wissen über das Koordinationsrecht, die Anpassung des innerstaatlichen Rechts und die Verhältnisse in den einzelnen EG-/EFTA-Staaten vorhanden ist. Das Parlament hat deshalb die Gemeinsame Einrichtung KVG verpflichtet, die Kantone bei der Durchführung der Prämienverbilligung für Versicherte in einem EG-/EFTA-Staat mit einem Anknüpfungspunkt an einen Kanton zu unterstützen (Art. 18 Abs. 2quater KVG). Der Umfang dieser Unterstützung wird im Reglement über die Durchführung der internationalen Koordination in der Krankenversicherung präzisiert. Es handelt sich im Wesentlichen um Übersichten zu den einzelnen EG-/EFTA-Staaten, welche den Kantonen zugänglich gemacht werden.



## Übernahme von Vollzungsaufgaben der Kantone

Die Gemeinsame Einrichtung KVG nimmt bezüglich den Bezüglern einer Schweizer Rente mit Wohnsitz in einem EG- bzw. EFTA-Staat im Auftrag des Bundes die gleichen Aufgaben wahr wie die Kantone bei den übrigen versicherungspflichtigen Personen mit Wohnsitz in diesen Staaten, d.h. Orientierung, Befreiung von der Versicherungspflicht, Zuweisung und Prämienverbilligung. Sie besitzt damit das **nötige Fachwissen** und weist neben der Fokussierung auf das Personenfreizügigkeitsabkommen und das EFTA-Übereinkommen folgende Vorteile auf:

- enge und häufige Kontakte mit Aufsichtsämtern (Geschäftsfeld Internationales des BSV bzw. Facheinheit EU des BAG);
- rasche Orientierung über bevorstehende bzw. eingetretene Änderungen des Koordinationsrechts der EG, des Personenfreizügigkeitsabkommens bzw. des innerstaatlichen Rechts;
- enge Kontakte mit Verbindungsstellen für Krankheit/Nichtberufsunfall bzw. mit Gesundheitsministerien in EG- bzw. EFTA-Staaten;
- relevante EU-Amtssprachen durch eine oder mehrere Personen der Geschäftsstelle sichergestellt (französisch, italienisch, englisch, spanisch, portugiesisch).

Der Stiftungsrat der Gemeinsamen Einrichtung KVG hat am 28. Mai 2004 beschlossen, dass die Übernahme von Aufgaben der Kantone im Sinne von Art. 18 Abs. 2sexies KVG unter der Voraussetzung der Vollkostendeckung möglich ist.

In Anbetracht dessen, dass die Unterstützung der Kantone bei deren Aufgaben durch die Gemeinsame Einrichtung KVG nicht in einer Verordnung umschrieben wird und dass das BAG an einer einheitlichen Praxis der Kantone bei der Kontrolle der Versicherungspflicht interessiert ist, hat die Gemeinsame Einrichtung KVG mit der Schweizerischen Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) einen **Rahmenvertrag** über die fachliche Unterstützung der Kantone bei der Kontrolle der Versicherungspflicht von Personen aus einem EG-/EFTA-Staat abgeschlossen. Dieser ist sowohl vom Stiftungsrat als auch vom Vorstand der GDK genehmigt worden. Der Vertrag sieht in Art. 4 ein **Reglement** vor, auf dessen Grundlage die Gemeinsame Einrichtung KVG die delegierten Aufgaben bearbeitet. Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat das Reglement unter Einbezug von GDK und BAG erarbeitet. Der Stiftungsrat hat das Reglement am 19. April 2005 verabschiedet. Es ist am 21. Februar 2006 vom EDI genehmigt worden. Das Zentralsekretariat der GDK hat den Rahmenvertrag und das Reglement den kantonalen Gesundheitsdepartementen zugestellt. Auf der Grundlage des Rahmenvertrages kann ein Kanton die Überprüfung der Versicherungspflicht von Personen aus einem EG-/EFTA-Staat gemäss KVG und die Bearbeitung von Befreiungsgesuchen an die Gemeinsame Einrichtung KVG delegieren. Die vier nachstehend aufgeführten **Kantone** sind dem Rahmenvertrag beigetreten und haben folgende Vollzungsaufgaben an die Gemeinsame Einrichtung KVG delegiert:

Kanton	delegierte Vollzungsaufgaben				
	mit Wirkung ab	bei Aufenthalten	bei Grenzgängern	Beratungsaufgaben	Bearbeitung Befreiungsgesuche
Aargau	1. Januar 2006	X	X	X	X
Appenzell A.Rh.	1. Januar 2006	X	X	X	X
Glarus	1. Mai 2007	X	X	X	X
St.Gallen	1. April 2006	X	X	X	

Im Jahre 2006 hat die Gemeinsame Einrichtung KVG folgende Anzahl **Befreiungsgesuche** bearbeitet:

Kanton	Anzahl Befreiungsgesuche		Total
	Aufenthalter	Grenzgänger	
Aargau	638	1'919	2'557
Appenzell A.Rh.	54	61	115
<b>Total</b>	<b>692</b>	<b>1'980</b>	<b>2'672</b>



Die Geschäftsstelle will im Jahre 2007 die **automatisierte Übernahme der Daten** der Migrationsämter einführen. Heute werden die Daten der Aufenthaltler bzw. Grenzgänger durch die Migrationsämter erfasst und bei den delegierenden Kantonen in Papierform an die Gemeinsame Einrichtung KVG weitergeleitet, welche sie erneut erfasst. Es ist davon auszugehen, dass die Kosten für die Erstellung der Software mit den Einnahmenüberschüssen der Jahre 2006 und 2007 gedeckt werden können. Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat allen drei Kantonen einen Bericht über die Vollzugstätigkeit im vergangenen Jahr und eine Schlussabrechnung zugestellt.

Gemäss Art. 2 Abs. 4 KVV können **Studierende, Praktikanten und Stagiaires** von der Versicherungspflicht befreit werden, sofern sie für Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen. Dieselbe Regelung gilt auch für Dozenten und Forscher, die sich im Rahmen einer Lehr- oder Forschungstätigkeit in der Schweiz aufhalten (Art. 2 Abs. 4bis KVV). Sinn und Zweck dieser Bestimmungen ist, dass Personen, die bereits über einen Krankenversicherungsschutz – in der Regel aus dem Herkunftsland – verfügen, ihre Versicherung beibehalten können. Der Anschluss an die Krankenversicherung muss bereits vor Beginn des Studiums bzw. der Lehr- oder Forschungstätigkeit erfolgt sein. Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat aus diesem Personenkreis wiederholt Versicherungspolice der Swisscare oder Tradiconsult erhalten. Die Abklärungen haben ergeben, dass die beiden Firmen Krankenversicherungsverträge an ausländischen Studenten, Doktoranden etc. vermitteln, die von ausländischen Versicherungsgesellschaften (z.B. Gouda Verzekeringen mit Sitz in den Niederlanden oder AGF mit Sitz in Frankreich) angeboten werden. Diese ausländischen Versicherungsgesellschaften haben keine Zulassung in der Schweiz und verfügen auch nicht über eine Niederlassung in der Schweiz. Damit ist der Schutz der Versicherungsnehmer nicht gewährleistet. Zudem haben sich die Vermittler und die ausländischen Versicherungsgesellschaften strafbar gemacht. Das Bundesamt für Privatversicherungen hat eine Verfügung erlassen, wonach diese Vermittlungstätigkeit sofort eingestellt werden muss. Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat die entsprechenden Befreiungsgesuche abgewiesen. Die betroffenen Personen sind verpflichtet, eine Krankenversicherung gemäss KVG abzuschliessen.

## Erweiterung der EG um Bulgarien und Rumänien

Mit dem EG-Beitritt Bulgariens und Rumäniens am 1. Januar 2007 wurde die fünfte EG-Erweiterungsrunde, welche mit dem Beitritt von zehn neuen Mitgliedstaaten am 1. Mai 2004 begonnen hatte, abgeschlossen. Infolge des Beitritts wurden die sektoriellen Abkommen zwischen der Schweiz und der EG – mit Ausnahme des Personenfreizügigkeitsabkommens – am 1. Januar 2007 automatisch auf Bulgarien und Rumänien ausgedehnt. Das Personenfreizügigkeitsabkommen ist dagegen als gemischtes Abkommen konzipiert, d.h. es wurde von der Schweiz mit der EG und ihren fünfzehn damaligen Mitgliedstaaten abgeschlossen. Zur Ausdehnung dieses Abkommens auf die beiden neuen Mitgliedstaaten sind neue Verhandlungen nötig. Die Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und 574/72 sind deshalb in den Beziehungen der Schweiz zu Bulgarien und Rumänien nicht anwendbar. Die **EG** hat im Mai 2006 ein Begehren um Ausdehnung des Personenfreizügigkeitsabkommens an die Schweiz gerichtet. Der **Bundesrat** hat am 29. Mai 2007 ein Verhandlungsmandat zur schrittweisen Ausdehnung des Personenfreizügigkeitsabkommens auf Bulgarien und Rumänien erteilt. Ziel ist es, ein 2. Zusatzprotokoll zum Personenfreizügigkeitsabkommen zu unterzeichnen. Dieses bedarf der Ratifizierung durch die Schweiz, durch Bulgarien und Rumänien sowie durch die EG. In der Schweiz entscheidet die **Bundesversammlung** über die Ratifikation. Es besteht die Möglichkeit, das Referendum gegen den Bundesbeschluss zu ergreifen. Das **In-Kraft-Treten** des Zusatzprotokolls ist damit frühestens im Jahre 2008 möglich.

## Weiterführung Personenfreizügigkeitsabkommen

Das Personenfreizügigkeitsabkommen wurde für eine anfängliche Dauer von sieben Jahren abgeschlossen (Art. 25 Abs. 2 des Abkommens). Nachdem das Abkommen am 1. Juni 2002 in Kraft trat, gilt es damit vorerst bis zum 31. Mai 2009. Es verlängert sich für unbestimmte Zeit, sofern die EG oder die Schweiz der anderen Vertragspartei vor Ablauf der anfänglichen Geltungsdauer nichts Gegenteiliges notifiziert. Sechs Monate nach Erhalt der Notifikation über die Nichtverlängerung treten alle sieben Abkommen ausser Kraft. Gemäss Art. 2 Bst. a des Bundesbeschlusses vom 8. Oktober 1999 über die Genehmigung des Personenfreizügigkeitsabkommens entscheidet die Bundesversammlung über die Weiterführung, wobei dieser Entscheid dem fakultativen Referendum untersteht. Die Bundesversammlung wird den Entscheid spätestens in der Sommersession 2008 fällen. Eine allfällige Referendumsabstimmung muss spätestens am 17. Mai 2009 stattfinden.

## Sozialversicherungsabkommen Schweiz - Deutschland

Mit dem In-Kraft-Treten des Personenfreizügigkeitsabkommens sind die beiden Verordnungen der EWG über die soziale Sicherheit an Stelle des deutsch-schweizerischen Abkommens über soziale Sicherheit getreten. Für Personen, die nicht vom persönlichen Geltungsbereich des Personenfreizügigkeitsabkommens erfasst sind (zum Beispiel Drittstaatsangehörige, Büsinger), gilt dagegen weiterhin das deutsch-schweizerische Abkommen über soziale Sicherheit.



## Rheinschifferabkommen

Die Rheinanliegerstaaten **Deutschland, Frankreich, Niederlande** und **Schweiz** sowie **Belgien** und **Luxemburg** haben 1950 das „Übereinkommen über die Soziale Sicherheit der Rheinschiffer“ abgeschlossen. Es handelt sich dabei um einen multi-lateralen Vertrag, welcher letztmals am 30. November 1979 revidiert wurde. Damit wird die Kostenübernahme von **Behandlungen der Rheinschiffer sowie deren Familienangehörigen** sichergestellt. In jedem Staat besteht ein aushelfender Träger. In der Schweiz war von Anfang an die ÖKK Basel Verbindungsstelle und aushelfender Träger. Der Hauptgrund für die Delegation dieser Aufgabe durch den Bund an die ÖKK Basel bestand darin, dass die Mehrheit der schweizerischen Rheinschiffer bei ihr versichert ist. Dies erleichtert das Inkasso nach einem Leistungsaushilfefall in einem Abkommensstaat durch die Verbindungsstelle (ÖKK Basel) beim schweizerischen Krankenversicherer.

Seit dem 1. Juni 2002 ist die Gemeinsame Einrichtung KVG für die Durchführung des Personenfreizügigkeitsabkommens mit der EG und des revidierten EFTA-Abkommens (nebst des Sozialversicherungsabkommens Schweiz-Deutschland) zuständig. Sie erfüllt also den grössten Teil der internationalen Verpflichtungen der Schweiz in der Krankenversicherung. Dank der vorhandenen Infrastruktur kann sie auch das Rheinschifferabkommen ohne grossen zusätzlichen Aufwand selber durchführen. Der Stiftungsrat der Gemeinsamen Einrichtung KVG hat deshalb beschlossen, den Managementvertrag mit der ÖKK Basel nicht zu verlängern. Seit dem 1. Januar 2004 wird somit das Rheinschifferabkommen von der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG durchgeführt.

Die Geltung des Rheinschifferabkommens bleibt vom In-Kraft-Treten des Personenfreizügigkeitsabkommens unberührt.

Im Berichtsjahr stand die **Leistungsaushilfe durch die ausländischen aushelfenden Träger** eindeutig im Vordergrund.

### *Leistungsaushilfe durch ausländische aushelfende Träger für schweizerische Rheinschiffer (Stand 2006)*

Leistungsaushilfe in	Fälle	Währung	Kosten
Belgien	0	EUR	0.00
Deutschland	841	EUR	297'041.23
Frankreich	33	EUR	15'257.02
Niederlande	245	EUR	177'532.57
<b>Total</b>	<b>1'119</b>	<b>EUR</b>	<b>489'830.82</b>

### *Leistungsaushilfe durch Gemeinsame Einrichtung KVG für ausländische Rheinschiffer (Stand 2006)*

Rheinschiffer aus	Fälle	Währung	Kosten
Niederlande	1	CHF	3'892.90
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>CHF</b>	<b>3'892.90</b>

Hierzu ist zu bemerken, dass die Rheinschiffer eine europäische Krankenversicherungskarte anstelle der früheren Rheinschiffer-Formulare erhalten. Da auf der Karte nicht ersichtlich ist, ob es sich um einen Rheinschiffer handelt, ist eine Unterscheidung zwischen den Rheinschiffen und anderen Versicherten in der Regel nicht mehr möglich.

## Finanzierung der Aufgaben

Die Finanzierung der Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung KVG innerhalb der Abteilung internationale Koordination Krankenversicherung ist im KVG bzw. in der KVV geregelt. Die **Verwaltungskosten der Leistungsaushilfe** in der Schweiz werden durch die Krankenversicherer finanziert. Dies entspricht der europäischen Doktrin und wird als Beitrag der Krankenversicherer zur Völkerverständigung betrachtet. Der Bund übernimmt hingegen die Kapitalkosten der Leistungsaushilfe. Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat dazu einen Kreditvertrag mit einer Bank abgeschlossen. Zur Sicherstellung der Kreditforderungen der Bank besteht eine Garantieerklärung des Bundes. Wegen der Zunahme der Leistungsaushilfefälle und der zögernden Erstattungen einzelner Staaten sowie im Hinblick auf die Anpassung des Personenfreizügigkeitsabkommens an die Erweiterung der EG, hat sich die Limite von 100 Millionen Franken als zu knapp erwiesen. Der Bundesrat hat deshalb einen Antrag um Erhöhung der Garantie auf 200 Millionen Franken gestellt, dem das Parlament in der Winter-session 2004 zugestimmt hat.

Die Tätigkeit als **Verbindungsstelle** sowie die Aufgaben im Zusammenhang mit den in einem Mitgliedstaat der EG bzw. in Island oder Norwegen wohnhaften **Rentnern** (inklusive Unterstützung der Kantone) werden vom Bund finanziert.



### Finanzierung nach Aufgaben

Aushelfender Träger		Verbindungsstelle		Orientierung, Befreiung, Zuweisung und Prämienverbilligung Rentner	
Verwaltungskosten:	Schweizer Krankenversicherer	Verwaltungskosten:	Bund	Verwaltungskosten:	Bund
Kapitalkosten:	Bund			Prämienverbilligungsbeiträge:	Bund
Kostenbeteiligung:	Patienten				
Um Kostenbeteiligung reduzierte Sachleistungen:	Zuständige Träger in EG-/EFTA-Staaten				

### Rechtspflege

Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) ist für die Schweiz massgeblich, falls sie vor Unterzeichnung des Personenfreizügigkeitsabkommens (21. Juni 1999) ergangen ist. Die Relevanz der Entscheide des EuGH nach diesem Zeitpunkt wird vom so genannten **Gemischten Ausschuss**, welcher zwischen der Schweiz und der EG gebildet wird, festgestellt. Ein Weiterzug von Entscheiden schweizerischer Gerichte an den **EuGH** ist nicht möglich. Innerhalb der Schweiz ergibt sich nur eine Neuerung. Bei Beschwerden zu Entscheiden der Gemeinsamen Einrichtung KVG betreffend Bezüger einer Schweizer Rente mit Wohnsitz in einem EG-Mitgliedstaat ist erstinstanzlich nicht das **Versicherungsgericht des Kantons Solothurn** zuständig (wie bei der Leistungsaushilfe in der Schweiz), sondern das **Bundesverwaltungsgericht** (bis Ende 2006 die Eidgenössische Rekurskommission der AHV/IV für Versicherte im Ausland). Im Jahre 2006 wurden nur zwei Beschwerden gegen Entscheide der Gemeinsamen Einrichtung KVG betreffend die Prämienverbilligung bei der Rekurskommission eingereicht. Eine Beschwerde wurde später zurückgezogen, nachdem die Gemeinsame Einrichtung KVG ihre Verfügung in Wiedererwägung gezogen hatte. Im anderen Fall ist die Rekurskommission nicht auf die Beschwerde eingetreten, weil der Beschwerdeführer keinen Kostenvorschuss geleistet hatte.

### Organisation der Geschäftsstelle

Als Folge des In-Kraft-Tretens des Personenfreizügigkeitsabkommens bzw. des revidierten EFTA-Übereinkommens wurde der Personalbestand im Berichtsjahr um 1,1 Stellen erhöht. Am 31. Dezember 2006 waren 63 Personen angestellt (entspricht 51,0 Stellen). Für das Jahr 2007 genehmigte der Stiftungsrat am 25. Oktober 2006 55,0 Stellen, wovon die Mehrheit durch die internationale Koordination der Krankenversicherung bedingt ist. Der zukünftige Stellenbedarf hängt von der Entwicklung der Anzahl Leistungsaushilfefälle, der Anzahl Kostenrechnungen der aushelfenden Träger in den EG-/EFTA-Staaten, der Anzahl Prämienverbilligungsanträge und der Anzahl Befreiungsgesuche von Grenzgängern und Aufenthaltern (Delegation Vollzugsaufgaben der Kantone an Gemeinsame Einrichtung KVG) ab. Das Organigramm der Geschäftsstelle befindet sich auf Seite 5 des Geschäftsberichtes.



## 1.3 Risikoausgleich

### Gesetzliche Grundlagen

Periode	Durchführungsstelle	Ausgleichssystem	Risikofaktoren	Anzahl Referenzgruppen	Anzahl Risiko- gruppen
1993-1995	Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer <sup>1</sup>	Kostenorientiert Retrospektiv Nettokosten (d.h. nach Abzug Kostenbeteiligung) Kinder berücksichtigt Nullsummenspiel Durchführung pro Kanton	Geschlecht Alter	1993: 2 1994/95: 7	1993: 2 1994/95: 7
1996-2005	Gemeinsame Einrichtung KVG	Kostenorientiert Retrospektiv Nettokosten (d.h. nach Abzug Kostenbeteiligung) Kinder nicht berücksichtigt Nullsummenspiel Durchführung pro Kanton	Geschlecht Alter	1	30
2006-2010	Gemeinsame Einrichtung KVG	Kostenorientiert Retrospektiv Nettokosten (d.h. nach Abzug Kostenbeteiligung) Kinder nicht berücksichtigt Nullsummenspiel Durchführung pro Kanton Varianten zum Risikoausgleich <sup>2</sup>	Geschlecht Alter	1	30

<sup>1</sup> heute santésuisse genannt.

<sup>2</sup> Postulat Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats vom 9. September 2004 ("Der Bundesrat wird eingeladen, innert der Geltungsdauer des befristeten Risikoausgleichs nach Art. 105 KVG neue Varianten zum Risikoausgleich zu prüfen").

In der früheren Krankenversicherung unter dem KUVG war die Freizügigkeit wegen den nach Eintrittsalter abgestuften Prämien, den Eintrittsaltergrenzen und den Vorbehalten stark eingeschränkt. Dies führte zu einer Konzentration "schlechter Risiken" in bestimmten Krankenkassen. Um diesen Nachteil zu beheben, wurde bereits mit dem **dringlichen Bundesbeschluss** vom 13. Dezember 1991 über befristete Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung auf den 1. Januar 1993 ein Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen eingeführt. Mit dem In-Kraft-Treten des KVG auf den 1. Januar 1996 wurde er in das **ordentliche Recht** überführt.



Der Zweck eines Risikoausgleichs besteht darin, Unterschiede in den Versichertenbeständen, welche zu grossen Unterschieden in den Krankenpflegekosten und damit in den Prämien führen, auszugleichen. Damit soll eine **Solidarität** zwischen den Versicherten hergestellt werden.

Die grundsätzliche Umschreibung des Risikoausgleichs wurde materiell nicht geändert. Art. 105 Abs. 1 KVG lautet wie folgt: "Versicherer, die unter ihren Versicherten weniger Frauen und ältere Personen haben als der Durchschnitt aller Versicherer, müssen der gemeinsamen Einrichtung (Art.18) zugunsten von Versicherern mit überdurchschnittlich vielen Frauen und älteren Personen Abgaben entrichten, welche die durchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen den massgebenden Risikogruppen in vollem Umfang ausgleichen."

Wegen der grossen Kostenunterschiede zwischen den Kantonen wird der Vergleich jeweils für die Versichertenbestände innerhalb der einzelnen Kantone vorgenommen (Art. 105 Abs. 3 KVG).

Der Risikoausgleich stellt keine Defizitgarantie dar. Er beruht nicht auf dem Jahresergebnis, sondern auf der objektiv festgestellten Risikostruktur. Als **Risikoparameter** werden Alter und Geschlecht berücksichtigt. Versicherer mit einer vergleichsweise günstigen Struktur (wenig Frauen, wenig ältere Personen) haben der Gemeinsamen Einrichtung KVG Abgaben zu entrichten, welche voll den Versicherern mit einer vergleichsweise ungünstigen Struktur (viele Frauen, viele ältere Personen) zugute kommen.

In Art. 105 Abs. 4 des am 1. Januar 1996 in Kraft getretenen KVG war der Risikoausgleich auf die Dauer von zehn Jahren ab In-Kraft-Treten des entsprechenden Gesetzes befristet (d.h. bis Ende 2005). Mit der im KVG eingeführten Freizügigkeit der Versicherten (freie Wahl des Versicherers, keine Vorbehalte) erhoffte man sich eine Durchmischung der Risikokollektive der Krankenversicherer, was den Risikoausgleich überflüssig machen würde. Es zeigte sich jedoch, dass trotz Einführung der Freizügigkeit die älteren und kranken Versicherten viel weniger oft den Versicherer wechseln als die jungen und gesunden Versicherten. Die Angleichung der Risikostrukturen der Versicherer hat somit nicht im gewünschten Ausmass stattgefunden.

Das Parlament hat deshalb in einer KVG-Teilrevision, welche auf den 1. Januar 2005 in Kraft getreten ist, den Risikoausgleich um fünf Jahre (d.h. bis 31. Dezember 2010) verlängert.

In der Herbstsession 2004 wurde ein Postulat der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates überwiesen, welches den Bundesrat beauftragt, innert der Geltungsdauer des befristeten Risikoausgleichs neue **Varianten zum Risikoausgleich** zu prüfen.

In der Frühjahrssession 2006 hat der Ständerat auf Antrag seiner Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-S) folgende Revision des Risikoausgleichs beschlossen:

- Der Risikoausgleich wird nicht mehr als Übergangsregelung, sondern als definitive Lösung im Gesetz verankert (neu Art. 18a KVG).
- Neben den bisherigen Ausgleichskriterien Alter und Geschlecht soll zusätzlich berücksichtigt werden, ob ein Versicherter im Vorjahr einen Spital- oder Pflegeheimaufenthalt aufwies. Dadurch soll der Gesundheitszustand der Versicherten im Risikoausgleich verstärkt berücksichtigt werden.
- Prospektive Berechnung des Risikoausgleichs.
- Der Bundesrat kann weitere Kriterien bezeichnen bzw. im Risikoausgleich berücksichtigen, welche ein erhöhtes Krankheitsrisiko darstellen.

Der Nationalrat hat sich mit der vom Ständerat beschlossenen Revision des Risikoausgleichs noch nicht befasst.

Das EDI schlägt vor, parallel zum Risikoausgleich einen Hochrisikopool einzuführen. Über diesen Hochrisikopool sollen die Kosten von Versicherten finanziert werden, deren Diagnose hohe Behandlungskosten erwarten lassen.

Das Parlament hat am 16. Dezember 2005 Art. 105a in das KVG eingefügt. Danach sind **Asylsuchende**, vorläufig Aufgenommene und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung, welche sich in der Schweiz aufhalten und Sozialhilfe beziehen, vom massgebenden Versichertenbestand für den Risikoausgleich ausgenommen. Die Änderung ist per 1. Januar 2007 in Kraft getreten.

Gemäss Art. 18 Abs. 2 KVG übernimmt die Gemeinsame Einrichtung KVG die Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von **zahlungsunfähigen Versicherern**. Gemäss der Änderung der KVV (neu eingefügter Art. 19b) vom 26. April 2006 gehören auch die Abgaben in den Risikoausgleich zu den gesetzlichen Leistungen.

## Verordnung

Die geltende Verordnung über den Risikoausgleich vom 12. April 1995 (VORA) trat zeitgleich mit dem KVG per 1. Januar 1996 in Kraft. Seit ihrem In-Kraft-Treten wurde sie bereits mehrfach vom Bundesrat angepasst.

Gemäss der vom Bundesrat am 9. November 2005 beschlossenen VORA-Änderung ist eine **Neuberechnung** des Risikoausgleichs spätestens zwei Jahre nach Ablauf der Frist nach Art. 10 Absatz 3 VORA ausgeschlossen. Die Gemeinsame Einrichtung KVG kann jedoch den Versicherern, welche zu ihren Gunsten fehlerhafte Daten geliefert haben, nach der Verweigerung der Neuberechnung den ihnen aus der fehlerhaften Datenlieferung entstandenen Vorteil in Rechnung stellen. Der daraus erhaltene Betrag wird den anderen Versicherern gemäss deren umsatzmässigen Beteiligung am entsprechenden Risikoausgleich ausbezahlt. Die Ansprüche von Versicherern, die zu ihren Ungunsten falsche Daten geliefert



haben, wirken dagegen mit der Verweigerung der Neuberechnung. Diese Änderungen gelten für die definitiven Risikoausgleiche ab dem Ausgleichsjahr 2004 und sind per 1. Januar 2006 in Kraft getreten. Darüber hinaus hat der Bundesrat die Geltungsdauer der VORA bis zum 31. Dezember 2010 verlängert.

Zuletzt hat der Bundesrat die VORA am 8. November 2006 revidiert. Mit dieser am 1. Januar 2007 in Kraft getretenen Revision (Anpassung von Art. 4 Abs. 2bis) wurde die VORA an Art. 105a KVG angepasst, wonach **Asylsuchende**, vorläufig Aufgenommene und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung, welche sich in der Schweiz aufhalten und Sozialhilfe beziehen, vom massgebenden Versichertenbestand für den Risikoausgleich ausgenommen sind.

## Versicherer

Mit dem In-Kraft-Treten des KVG auf den 1. Januar 1996 wurde einerseits das Anerkennungsverbot aufgehoben und gleichzeitig der Kreis der möglichen Versicherer erweitert. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung kann nicht nur von Krankenkassen betrieben werden, sondern auch von Privatversicherern.

Diese Änderungen bewirkten keine Zunahme der Anzahl Versicherer, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführen. Im Gegenteil, der seit Jahrzehnten festgestellte Trend hat sich fortgesetzt. Bei den 87 im Jahre 2007 tätigen Krankenversicherern handelt es sich ausschliesslich um Krankenkassen.

### Anzahl Krankenversicherer

Jahr	Anzahl Versicherer	Zunahme (+) / Abnahme (-)
1996	145	-
1997	130	- 15
1998	119	- 11
1999	109	- 10
2000	101	- 8
2001	99	- 2
2002	93	- 6
2003	93	0
2004	93	0
2005	85	- 8
2006	87	+ 2
2007	87	0
<b>Total</b>		<b>- 58</b>

### Aufteilung der Versicherer nach Versichertenbestand (Stand 2006)

Versicherte pro Versicherer	Anzahl Versicherer			Anzahl Versicherte		
	absolut	relativ	kumuliert	absolut	relativ	kumuliert
- 1'000	8	9,2 %	9,2 %	4'087	0,1 %	0,1 %
1'001 - 10'000	34	39,1 %	48,3 %	152'034	2,0 %	2,1 %
10'001 - 100'000	27	31,0 %	79,3 %	946'929	12,6 %	14,7 %
100'001 - 1'000'000	18	20,7 %	100,0 %	6'385'683	85,3 %	100,0 %
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0 %</b>		<b>7'488'733</b>	<b>100,0 %</b>	

## Versicherte

Die vollständige Freizügigkeit beim Versichererwechsel unter dem KVG soll zu einem Wettbewerb zwischen den Versicherern führen, welcher unter dem KUVG primär um die "guten Risiken" stattfand. Dieses System war nur denkbar mit einer gleichzeitigen Einführung des Obligatoriums der Krankenpflegeversicherung auf Bundesebene. Grundsätzlich muss sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz versichern. Der Bundesrat hat von seiner Kompetenz Gebrauch gemacht und einerseits die Versicherungspflicht auf Personen ausgedehnt, die nicht in der Schweiz Wohnsitz haben bzw. die vorübergehend ihren Wohnsitz im Ausland haben und andererseits Ausnahmen von der Versicherungspflicht erlassen.



Aufgrund der Verordnung über den Risikoausgleich gilt der Risikoausgleich für die **obligatorische Krankenpflegeversicherung**.

Per 1. Januar 2001 ist die erste Teilrevision des KVG in Kraft getreten. Gemäss Art. 3 Abs. 4 revKVG wird die Versicherungspflicht für Personen, welche während mehr als 60 aufeinander folgenden Tagen dem Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über die **Militärversicherung** (MVG) unterstellt sind, während der Dauer der Unterstellung sistiert. Somit sind die entsprechenden Personen für die Dauer der Unterstellung unter die Militärversicherung im Risikoausgleich nicht zu berücksichtigen (vgl. Botschaft des Bundesrates betreffend die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 21. September 1998). Dies gilt jedoch erst für die Risikoausgleiche der Jahre 2001 und später.

Mit dem In-Kraft-Treten des **Personenfreizügigkeitsabkommens** mit den EG-Staaten bzw. des revidierten EFTA-Abkommens per 1. Juni 2002 wurde die Versicherungspflicht auf einzelne Personengruppen ausgedehnt, welche Wohnsitz in einem EG-Staat bzw. in Island oder Norwegen haben. In Bezug auf deren Berücksichtigung im Risikoausgleich gilt die folgende Regelung (Art. 4 Abs. 2bis Bst. b VORA):

- Im Risikoausgleich zu berücksichtigen sind:
  - Versicherte mit Arbeitsort in der Schweiz (Grenzgänger) sowie ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen.
- Im Risikoausgleich nicht zu berücksichtigen sind:
  - Empfänger einer schweizerischen Rente und ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen.
  - Empfänger einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung und ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen.
  - Nicht erwerbstätige Familienangehörige von in der Schweiz erwerbstätigen und wohnenden Personen.

Das Parlament hat am 16. Dezember 2005 Art. 105a in das KVG eingefügt. Danach sind **Asylsuchende**, vorläufig Aufgenommene und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung, welche sich in der Schweiz aufhalten und Sozialhilfe beziehen, vom massgebenden Versichertenbestand für den Risikoausgleich ausgenommen. Diese Änderung ist per 1. Januar 2007 in Kraft getreten.

#### Anzahl Versicherte

Jahr	Anzahl Versicherte	Zunahme	
		absolut	relativ
1996	7'170'434	-	-
1997	7'182'492	12'058	0,2 %
1998	7'211'597	29'105	0,4 %
1999	7'248'713	37'116	0,5 %
2000	7'262'439	13'726	0,2 %
2001	7'294'211	31'772	0,4 %
2002	7'338'206	43'995	0,6 %
2003	7'377'772	39'566	0,5 %
2004	7'411'736	33'964	0,5 %
2005	7'444'748	33'012	0,4 %
2006	7'488'733	43'985	0,6 %
Total		318'299	4,4 %



## Kosten

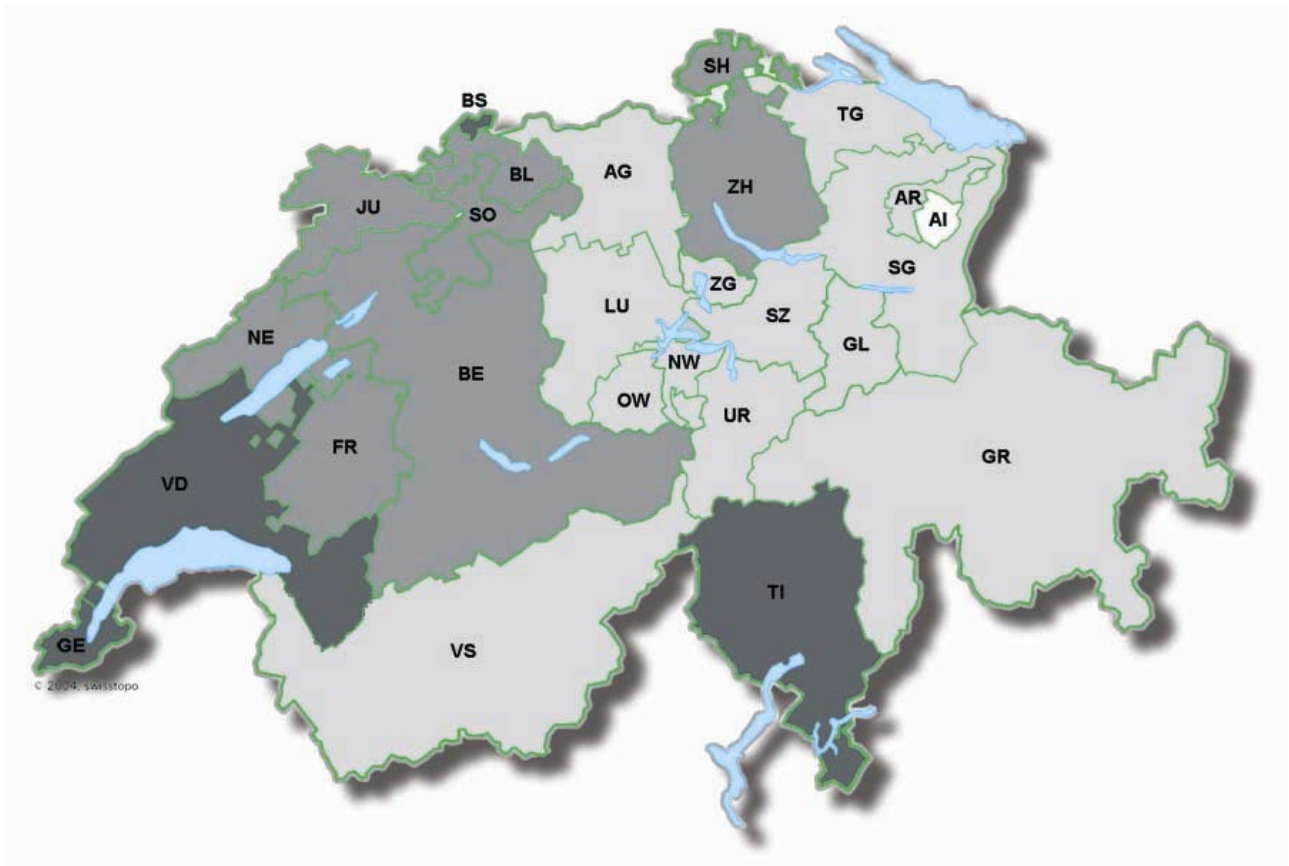
Das KVG sieht in der obligatorischen Krankenversicherung einen abschliessenden Leistungskatalog vor. Eine Bestimmung in der Verordnung über den Risikoausgleich, welche Kosten in den Risikoausgleich einfließen, erübrigt sich deshalb.

### *Kosten obligatorische Krankenpflegeversicherung*

Jahr	Kosten (Fr.)	Zunahme		Kosten pro Versicherten	
		absolut (Fr.)	relativ	absolut (Fr.)	Zunahme
1996	12'392'889'649	-	-	1'730	-
1997	13'109'565'989	716'676'340	5,8 %	1'826	5,5 %
1998	14'033'036'681	923'470'692	7,0 %	1'946	6,6 %
1999	14'611'849'225	578'812'544	4,1 %	2'016	3,6 %
2000	15'462'497'794	850'648'569	5,8 %	2'129	5,6 %
2001	16'376'845'720	914'347'926	5,9 %	2'245	5,4 %
2002	17'095'744'618	718'898'898	4,4 %	2'330	3,8 %
2003	17'903'750'946	808'006'328	4,7 %	2'427	4,2 %
2004	19'221'225'479	1'317'474'533	7,4 %	2'593	6,8 %
2005	20'346'299'528	1'125'074'049	5,9 %	2'733	5,4 %
2006	20'595'098'704	248'799'176	1,1 %	2'750	0,6 %
Total		8'202'209'055	66,1 %		59,0 %



Kosten pro Versicherten nach Kanton (Stand 2006)



Kanton	Kosten (Fr.)	Bereich
AG	2'455	
AI	1'828	
AR	2'083	
BE	2'951	
BL	2'864	
BS	3'833	
FR	2'568	
GE	3'655	
GL	2'340	
GR	2'325	
JU	2'823	
LU	2'261	
NE	2'978	

Kanton	Kosten (Fr.)	Bereich
NW	2'030	
OW	2'124	
SG	2'256	
SH	2'595	
SO	2'637	
SZ	2'293	
TG	2'307	
TI	3'253	
UR	2'204	
VD	3'176	
VS	2'492	
ZG	2'217	
ZH	2'685	
<b>CH</b>	<b>2'750</b>	

Bedeutung	Schattierung	Kosten (Fr.)	
weiss		bis	1'999
hellgrau		2'000	2'499
mittelgrau		2'500	2'999
dunkel		3'000	und mehr



*Kosten pro Versicherten nach Geschlecht und Alter (Stand 2006)*

Alter	Kosten (Fr.)		
	Frauen	Männer	Total
0 - 18	824,34	863,60	844,47
19 - 25	1'467,64	870,75	1'168,29
26 - 30	2'059,44	949,55	1'504,14
31 - 35	2'388,73	1'120,38	1'755,58
36 - 40	2'240,14	1'322,93	1'781,48
41 - 45	2'232,64	1'582,72	1'903,85
46 - 50	2'571,41	1'948,64	2'255,78
51 - 55	3'017,50	2'492,59	2'754,00
56 - 60	3'524,39	3'235,61	3'380,42
61 - 65	4'180,65	4'101,67	4'141,78
66 - 70	4'948,47	5'143,80	5'039,98
71 - 75	6'075,02	6'442,59	6'239,18
76 - 80	7'485,26	7'762,29	7'598,11
81 - 85	9'558,82	9'079,70	9'384,16
86 - 90	12'653,99	10'969,39	12'110,78
ab 91	17'555,27	14'139,38	16'713,07
<b>alle</b>	<b>3'153,91</b>	<b>2'330,15</b>	<b>2'750,15</b>

*Kosten pro Versicherten nach Versicherer (Stand 2006)*

Kosten (Fr.)	Anzahl Versicherer			Anzahl Versicherte		
	absolut	relativ	kumuliert	absolut	relativ	kumuliert
Bis 1'499	9	10,3 %	10,3 %	211'647	2,8 %	2,8 %
1'500 - 1'999	31	35,6 %	45,9 %	906'504	12,1 %	14,9 %
2'000 - 2'499	20	23,0 %	68,9 %	1'674'036	22,3 %	37,2 %
2'500 - 2'999	16	18,4 %	87,3 %	2'806'119	37,5 %	74,7 %
3'000 - 3'499	4	4,6 %	91,9 %	442'730	5,9 %	80,6 %
3'500 - 3'999	2	2,3 %	94,2 %	947'453	12,7 %	93,3 %
über 4'000	5	5,8 %	100,0 %	500'244	6,7 %	100,0 %
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0 %</b>		<b>7'488'733</b>	<b>100,0 %</b>	



### Kosten nach Risikogruppen (Stand 2006)

Alter	Kosten								
	Frauen			Männer			Total		
	absolut (Mio. Fr.)	relativ	kumulativ	absolut (Mio. Fr.)	relativ	kumulativ	absolut (Mio. Fr.)	relativ	kumulativ
0-18	610,5	5,1 %	5,1 %	673,0	7,9 %	7,9 %	1'283,5	6,2 %	6,2 %
19-25	453,4	3,8 %	8,9 %	270,6	3,2 %	11,1 %	724,0	3,5 %	9,7 %
26-30	492,0	4,1 %	13,0 %	227,1	2,7 %	13,8 %	719,1	3,5 %	13,2 %
31-35	627,4	5,2 %	18,2 %	293,3	3,4 %	17,2 %	920,8	4,5 %	17,7 %
36-40	683,4	5,7 %	23,9 %	403,7	4,7 %	21,9 %	1'087,1	5,3 %	23,0 %
41-45	702,4	5,8 %	29,7 %	509,7	5,9 %	27,8 %	1'212,1	5,9 %	28,9 %
46-50	714,4	5,9 %	35,6 %	556,3	6,5 %	34,3 %	1'270,6	6,2 %	35,1 %
51-55	741,2	6,1 %	41,7 %	617,2	7,2 %	41,5 %	1'358,4	6,6 %	41,7 %
56-60	839,0	7,0 %	48,7 %	765,9	9,0 %	50,5 %	1'605,0	7,8 %	49,5 %
61-65	884,5	7,3 %	56,0 %	841,1	9,8 %	60,3 %	1'725,5	8,4 %	57,9 %
66-70	846,6	7,1 %	63,1 %	775,8	9,1 %	69,4 %	1'622,4	7,9 %	65,8 %
71-75	953,6	7,9 %	71,0 %	816,5	9,5 %	78,9 %	1'770,1	8,6 %	74,4 %
76-80	1'039,3	8,6 %	79,6 %	741,5	8,7 %	87,6 %	1'780,8	8,6 %	83,0 %
81-85	1'058,7	8,8 %	88,4 %	577,4	6,8 %	94,4 %	1'636,1	7,9 %	90,9 %
86-90	777,7	6,5 %	94,9 %	320,6	3,7 %	98,1 %	1'098,3	5,3 %	96,2 %
ab 91	618,2	5,1 %	100,0 %	163,2	1,9 %	100,0 %	781,4	3,8 %	100,0 %
<b>Total</b>	<b>12'042,1</b>	<b>100.0 %</b>		<b>8'553,0</b>	<b>100.0 %</b>		<b>20'595,1</b>	<b>100.0 %</b>	

### Kostenbeteiligung

Für die Berechnung der Durchschnittskosten sind die Kosten massgebend, welche für die Versicherer nach Abzug der Kostenbeteiligung entstehen.

#### Systematik Kostenbeteiligung (Stand 2006)

Element	Erwachsene	Kinder
Jahresfranchise (ordentlich)	Fr. 300 oder wählbare Jahresfranchise	keine Jahresfranchise oder wählbare Jahresfranchise
Selbstbehalt auf den die Jahresfranchise übersteigenden Kosten	10 %, Maximum Fr. 700 pro Jahr	10 %, Maximum Fr. 350 pro Jahr
Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital	Fr. 10 pro Tag	–

#### Höhe Kostenbeteiligung

Jahr	Total (Fr.)	Kostenbeteiligung pro Versicherten	
		relativ	absolut (Fr.)
1996	1'629'556'437	13,1 %	227
1997	1'802'595'278	13,8 %	251
1998	2'104'914'467	15,0 %	292
1999	2'201'455'025	15,1 %	304
2000	2'297'469'752	14,8 %	316
2001	2'406'918'776	14,7 %	330
2002	2'512'173'836	14,7 %	342
2003	2'596'001'280	14,5 %	352
2004	2'858'614'429	14,9 %	386
2005	3'006'685'926	14,8 %	404
2006	3'050'316'422	14,8 %	407



## Berechnung der Beiträge und Abgaben

Die 87 Krankenversicherer, für welche der Risikoausgleich 2006 Anwendung fand, lieferten der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG ihre Daten auf Diskette oder auf Papier. Die Daten werden mit einem PC-gestützten relationalen Datenbankmodell verarbeitet.

Ab 1996 wird gestützt auf die Verordnung über den Risikoausgleich folgendes Berechnungsverfahren angewandt: Vorerst werden pro Kanton und Risikogruppe (Abstufung nach Geschlecht und Alter) die Kosten pro Monat berechnet. Diese Durchschnittskosten werden anschliessend mit der nun einheitlichen Referenzgruppe (Versicherte ab 19 Jahren, ohne Differenzierung nach Geschlecht) verglichen. Liegen die Durchschnittskosten der Risikogruppe über dem Durchschnitt der Referenzgruppe, so erhält der Krankenversicherer für jeden Versicherten in der Risikogruppe einen Betrag in der Höhe der Differenz. Liegen die Durchschnittskosten der Risikogruppe unter den Durchschnittskosten der Referenzgruppe, so ist für jeden Versicherten der Risikogruppe eine Abgabe in der Höhe der Differenz zu leisten. Der Übergang von Abgaben zu Beiträgen ist unterschiedlich. Er liegt beim Risikoausgleich 2006 sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern je nach Kanton in den Altersgruppen 56-60 oder 61-65.

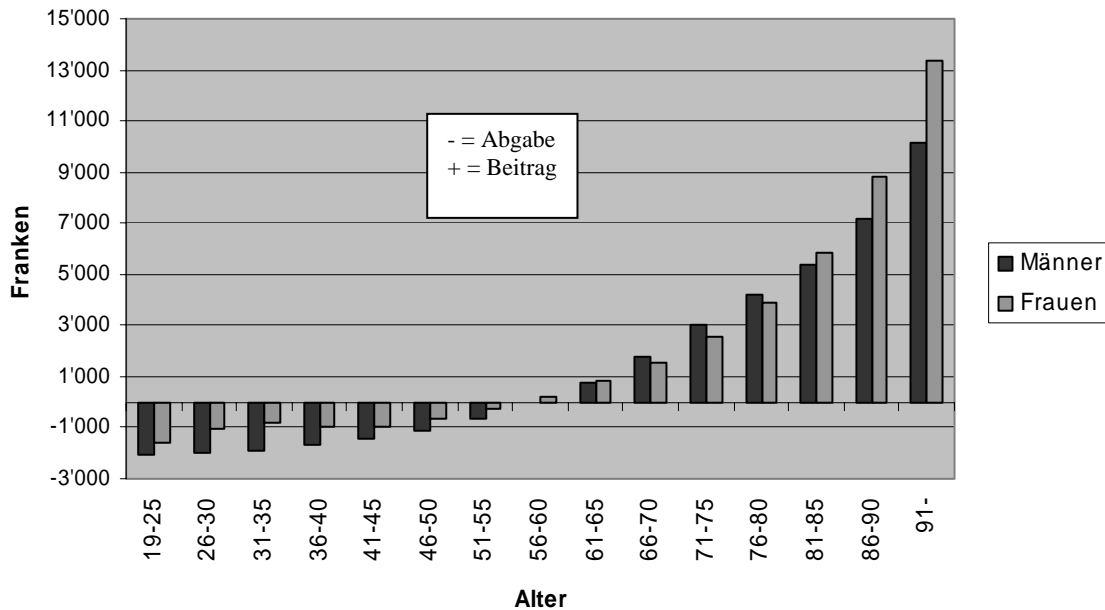
### *Berechnung monatliche Beiträge und Abgaben im definitiven Risikoausgleich 2006 (Fr.)*

Alter	Durchschnittskosten			Abgaben (-) bzw. Beiträge (+)	
	Frauen	Männer	Referenzgruppe (Versicherte ab 19 Jahren)	Frauen	Männer
19-25	92	52	229	- 137	- 177
26-30	137	58	229	- 92	- 171
31-35	161	70	229	- 68	- 159
36-40	148	84	229	- 81	- 145
41-45	147	103	229	- 82	- 126
46-50	173	130	229	- 56	- 99
51-55	206	171	229	- 23	- 58
56-60	246	227	229	+ 17	- 2
61-65	297	293	229	+ 68	+ 64
66-70	358	374	229	+ 129	+ 145
71-75	448	478	229	+ 219	+ 249
76-80	560	583	229	+ 331	+ 354
81-85	727	687	229	+ 498	+ 458
86-90	977	838	229	+ 748	+ 609
ab 91	1'375	1'093	229	+ 1'146	+ 864

Anmerkung: Gerundete Daten für die Gesamtschweiz. In der Praxis wird der Risikoausgleich pro Kanton berechnet.



### Abgaben und Beiträge pro Versicherten im definitiven Risikoausgleich 2006

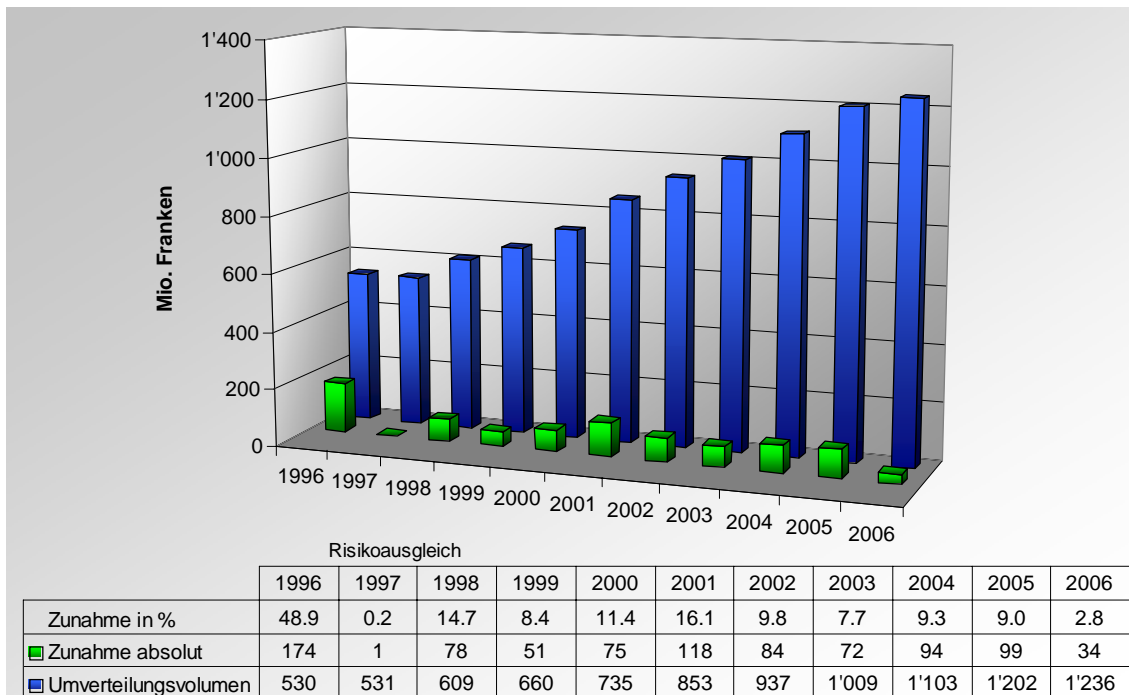


Anmerkung: Daten für die Gesamtschweiz. In der Praxis wird der Risikoausgleich pro Kanton berechnet (Art. 105 Abs. 3 KVG). Die kantonalen Werte können die in der Grafik enthaltenen Werte deutlich unter- bzw. überschreiten.

### Umverteilung

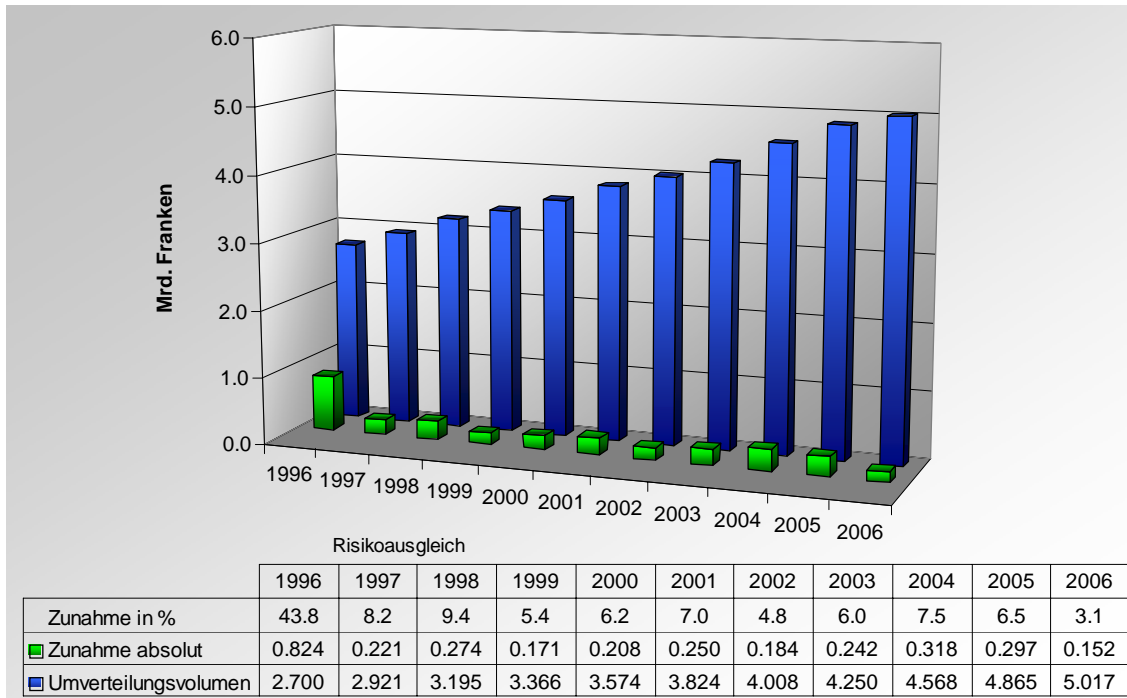
Der berechnete Umverteilungsbetrag hat lediglich beschränkte Aussagekraft. Durch Fusionen der Krankenversicherer kann sich der umzuverteilende Betrag bis zum Zahlungstermin noch reduzieren.

### Entwicklung des Umverteilungsvolumens zwischen den Krankenversicherern (Mio. Fr.)





*Entwicklung des Umverteilungsvolumens zwischen den Versicherten (Mrd. Fr.)*



Der Grossteil dieser Umverteilung spielt sich innerhalb der einzelnen Krankenversicherer ab und wird deshalb nicht über die Gemeinsame Einrichtung KVG abgewickelt.



## Beschwerden gegen den Risikoausgleich / Rechtsprechung

### *Einbezug von Rheinschiffen mit Wohnort im Ausland im Risikoausgleich*

Ein Krankenversicherer verlangte, dass die bei ihm versicherten Rheinschiffer mit Wohnort im Ausland im Risikoausgleich nicht zu berücksichtigen sind. Er hat deshalb gegen die definitiven Risikoausgleiche 1998 bis 2001 Beschwerde eingereicht.

In seinem Entscheid vom 14. Mai 2003 betreffend diese Beschwerde hat das **EVG** festgehalten, dass die in der Schweiz in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versicherten **Rheinschiffer mit Wohnort im Ausland im Risikoausgleich zu berücksichtigen** sind. Die Beschwerdeführerin beruft sich in ihrer Beschwerde zusätzlich auf den Grundsatz von Treu und Glauben und behauptet, die Gemeinsame Einrichtung KVG wäre stets über den Nichteinbezug der bei ihr versicherten Rheinschiffer im Risikoausgleich orientiert gewesen bzw. wäre mit diesem Nichteinbezug einverstanden gewesen. Das EVG hat deshalb die Sache an das EDI zurück überwiesen mit dem Auftrag, den Sachverhalt in Bezug auf Treu und Glauben abzuklären. Betroffen von dieser nachträglichen Abklärung sind die Risikoausgleiche der Jahre 1998 und 1999. Zu diesem Zweck hat das EDI am 20. September 2005 die Beschwerdeparteien im Rahmen einer Instruktionssitzung befragt. Anschliessend hatten die Beschwerdeparteien bis 27. Oktober 2005 die Möglichkeit, dem EDI allfällige Bemerkungen und Korrekturen zum Entwurf des Protokolls dieser Instruktionssitzung einzureichen. Diese Bemerkungen und Korrekturen hat das EDI der jeweiligen Gegenpartei zugestellt, welche bis 4. Januar 2006 die Möglichkeit hatten, dazu ihre Schlussbemerkungen einzureichen. Das EDI hat die Beschwerde mit Entscheid vom 5. Juli 2006 abgewiesen.

Am 6. September 2006 hat der Krankenversicherer seine Beschwerde an das EVG weiter gezogen. Das EDI hat auf eine Stellungnahme betreffend diese Beschwerde verzichtet. Die Gemeinsame Einrichtung KVG beantragt in ihrer Stellungnahme vom 30. Oktober 2006 die Abweisung der Beschwerde.

Am 15. Februar 2007 hat die ab 1. Januar 2007 für das Beschwerdeverfahren zuständige sozialrechtliche Abteilung des Bundesgerichts das Beschwerdeverfahren gegen die Risikoausgleiche 1998 und 1999 abgewiesen.

Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat deshalb beim Versicherer korrigierte Daten der Jahre 1998 und 1999 eingefordert, in welchen die Daten der Rheinschiffer mit Wohnort im Ausland enthalten sind. Die Gemeinsame Einrichtung KVG wird die definitiven Risikoausgleiche 1998 und 1999 neu berechnen und sämtlichen Krankenversicherern entsprechend korrigierte Abrechnungen zusenden.

### *Neuberechnung des definitiven Risikoausgleichs 2001 sowie der Vergütungszinsen im Risikoausgleich 2001*

Der Stiftungsrat der Gemeinsamen Einrichtung KVG hat entschieden, dass der definitive Risikoausgleich 2001 wegen Datenlieferungsfehlern diverser Krankenversicherer neu zu berechnen ist. Am 14. Juli 2005 hat die Geschäftsstelle den Krankenversicherern korrigierte Abrechnungen für den definitiven Risikoausgleich 2001 zugesendet.

Ein Krankenversicherer hat beim EDI gegen die Verfügung vom 14. Juli 2005 Beschwerde eingereicht. Er macht insbesondere geltend, dass der erstmals am 18. Juni 2002 verfügte definitive Risikoausgleich 2001 in **Rechtskraft** erwachsen ist und im vorliegenden Fall keine ausreichenden Gründe vorliegen, um diese rechtskräftige Verfügung im Nachhinein aufzuheben. Ausserdem müssten gemäss Meinung der Beschwerdeführerin infolge des Fehlens einer Verjährungs- bzw. Verwirkungsfrist in der VORA entsprechende Bestimmungen aus anderen Rechtsbereichen (z.B. Art. 25 Abs. 2 ATSG oder Art. 67 OR) herangezogen werden.

Der gleiche Krankenversicherer hat auch gegen die Neuberechnung der Vergütungszinsen im Risikoausgleich 2001 Beschwerde eingereicht. Da die Beschwerdegründe identisch sind, hat das EDI diese beiden Beschwerden aus verfahrensökonomischen Gründen zusammengelegt.

In ihrer Stellungnahme vom 31. Januar 2006 beantragt die Gemeinsame Einrichtung KVG die Abweisung der Beschwerde. Das EDI hat dem Krankenversicherer für dessen Replik eine Frist bis zum 28. April 2006 gesetzt. Am 4. Dezember 2006 hat das EDI mitgeteilt, dass die Beschwerde zum Entscheid an das Bundesverwaltungsgericht überwiesen wurde. Dieses hat noch keinen Entscheid gefällt.

### *Neuberechnung des definitiven Risikoausgleichs 2002*

Infolge der bei mehreren Krankenversicherern festgestellten Datenlieferungsfehler hat sich der Stiftungsrat der Gemeinsamen Einrichtung KVG für eine Neuberechnung des definitiven Risikoausgleichs 2002 entschieden. Der Krankenversicherer, welcher bereits gegen die Neuberechnung des definitiven Risikoausgleichs 2001 Beschwerde eingereicht hat, hat auch gegen die Neuberechnung des definitiven Risikoausgleichs 2002 Beschwerde eingereicht. Die Beschwerdegründe sind identisch. Am 4. Dezember 2006 hat deshalb das EDI das Beschwerdeverfahren sistiert, bis ein Entscheid betreffend die Beschwerde des Krankenversicherers gegen die Neuberechnung des definitiven Risikoausgleichs 2001 gefällt ist. Das Beschwerdeverfahren wurde auf den 1. Januar 2007 zum Entscheid an das Bundesverwaltungsgericht überwiesen. Dieses hat noch keinen Entscheid gefällt.



### ***Massgebender Versichertenbestand***

Im Jahr 2005 wurde die Geschäftsstelle mit der Frage nach der **Berücksichtigung von rückwirkenden Mutationen** in der Datenlieferung des Risikoausgleichs konfrontiert. Diese Frage wurde an einer Besprechung mit dem BAG vom 3. November 2005 vorgebracht. Dabei hat das BAG festgehalten, dass aufgrund der klaren Bestimmung in Art. 6 Abs. 1 VORA ("Massgebend sind die Versichertenbestände im Kalenderjahr, für welches der Risikoausgleich erfolgt") rückwirkende Mutationen (d.h. Mutationen von Versichertenmonaten, welche Kalenderjahre vor dem Ausgleichsjahr betreffen) nicht berücksichtigt werden können. Die Geschäftsstelle hat eine entsprechende Bestimmung in den Leitfaden an die Versicherer für die Datenlieferung im Jahre 2006 (Daten 2005) aufgenommen. Zudem wurden die Versicherer mittels Rundschreiben vom 15. November 2005 entsprechend orientiert.

Mit Brief vom 17. Mai 2006 hat sich ein Krankenversicherer gegen diese Interpretation gewandt. Gleichzeitig hat er eine beschwerdefähige Verfügung verlangt. Am 19. Mai 2006 hat die Gemeinsame Einrichtung KVG diese Verfügung erlassen.

Der Krankenversicherer hat am 21. Juni 2006 Beschwerde beim EDI gegen die Verfügung der Gemeinsamen Einrichtung KVG eingereicht. Am 21. August 2006 hat die Gemeinsame Einrichtung KVG dem EDI ihre Stellungnahme zu dieser Beschwerde zugesendet. Der Krankenversicherer hat dem EDI seine Replik zu dieser Stellungnahme am 22. September 2006 zugesendet. Da die Replik keine neuen substantziellen Elemente enthält, hat die Gemeinsame Einrichtung KVG auf eine Duplik verzichtet. Das EDI hat die Beschwerde auf den 1. Januar 2007 zum Entscheid an das Bundesverwaltungsgericht überwiesen. Dieses hat noch keinen Entscheid gefällt.

### ***Lineare Zuteilung von Kosten und Kostenbeteiligungen in der Datenlieferung für den Risikoausgleich***

Ein Krankenversicherer hat in seinen der Gemeinsamen Einrichtung KVG im Jahre 2007 gelieferten Daten des Jahres 2006 einen **Teil der Kosten und der Kostenbeteiligungen den einzelnen Risikogruppen linear zugeteilt**. Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat diese lineare Zuteilung abgelehnt und vom Versicherer mit Verfügung vom 19. März 2007 korrigierte Daten des Jahres 2006 verlangt. Sie stützt sich dabei auf die gesetzlichen Bestimmungen und ihre Weisungen im Leitfaden für die Datenlieferungen der Krankenversicherer.

Der Krankenversicherer hat am 4. Mai 2007 beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde gegen die Verfügung der Gemeinsamen Einrichtung KVG eingereicht. Das Bundesverwaltungsgericht hat für die Stellungnahme der Gemeinsamen Einrichtung KVG zu dieser Beschwerde eine Frist bis 16. August 2007 gesetzt.



## 1.4 Kostenübernahme anstelle zahlungsunfähiger Versicherer

### Rechtliche Grundlagen

In der Privatversicherung müssen die Versicherer zur Sicherstellung der Ansprüche der Versicherten ein so genanntes gebundenes Vermögen einrichten. Für den Bereich der sozialen Krankenversicherung ist kein gebundenes Vermögen vorgesehen. Der Gesetzgeber sieht dafür den **Insolvenzfonds** der Gemeinsamen Einrichtung KVG vor. Damit stellt die Gemeinsame Einrichtung KVG das zentrale Element bezüglich Sicherung dar.

In der Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 ist bezüglich Kostenübernahme anstelle zahlungsunfähiger Versicherer durch die Gemeinsame Einrichtung KVG (**Art. 18 Abs. 2 KVG**) Folgendes festgehalten: „Wie in der beruflichen Vorsorge und der Unfallversicherung muss für das Risiko der Zahlungsunfähigkeit eines Versicherers ein Fonds geäufnet werden. Dieser Fall dürfte allerdings selten eintreten, denn die Behörde hat die Möglichkeit, die Anerkennung bzw. die Durchführungsbewilligung zu entziehen, bevor es soweit kommt“ (Anmerkung: Art. 21 Abs. 5 Bst. b KVG).

Zu dieser Aufgabe besteht praktisch keine Literatur. Insbesondere war die entsprechende Bestimmung in der parlamentarischen Beratung unbestritten. Der Hauptgrund lag darin, dass in der Botschaft des Bundesrates darauf hingewiesen wurde, dass diese Aufgabe den Regelungen in der beruflichen Vorsorge bzw. der Unfallversicherung entspricht. In den Besprechungen mit dem BAG und insbesondere nach dem ersten Insolvenzfall wurde jedoch klar, dass viele Grundsatz- und Durchführungsfragen offen sind. Aus diesem Grund haben das BAG und das BPV je eine **Studie** zum Thema „Insolvenz von Krankenkassen“ in Auftrag gegeben.

Die Reglemente der Gemeinsamen Einrichtung KVG bedürfen der Genehmigung durch das EDI (Art. 18 Abs. 1 KVG). Betreffend Übernahme der Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle zahlungsunfähiger Versicherer besteht zwar ein vom EDI genehmigtes **Reglement**, jedoch erwies sich dieses als zuwenig praxistauglich. Insbesondere geht das geltende Reglement implizit davon aus, dass die Leistungsbearbeitung nach der Feststellung der Insolvenz ausschliesslich durch die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG erfolgt. Dies ist jedoch nicht in allen Fällen sinnvoll, weshalb das geltende Reglement zurzeit revidiert wird. Neu soll aufgrund der folgenden Kriterien über die Art der Durchführung der Leistungsbearbeitung entschieden werden:

- Grösse des zahlungsunfähigen Versicherers;
- Vorhandene Infrastruktur zur Leistungsbearbeitung beim zahlungsunfähigen Versicherer bzw. bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG;
- Ermöglichung einer geordneten Übergabe;
- Bestehende Managementsupportverträge mit anderen Versicherern;
- Mögliche Synergien mit der Erledigung der übrigen Liquidationsaufgaben (Inkasso, Leistungen nach VVG etc.).

### *Insolvenzeinrichtungen in den Sozialversicherungen (Stand 1. Januar 2007)*

	<b>Krankenversicherung</b>	<b>Unfallversicherung</b>	<b>Berufliche Vorsorge</b>
gesetzliche Grundlage	Art. 18 Abs. 2 KVG	Art. 73 Abs. 1 UVG	Art. 56 Abs. 2 BVG
In-Kraft-Treten	1. Januar 1996	1. Januar 1984	1. Januar 1985
Bezeichnung im Gesetz	gemeinsame Einrichtung	Ersatzkasse	Sicherheitsfonds
Firmenname	Gemeinsame Einrichtung KVG	Ersatzkasse UVG	Sicherheitsfonds BVG
Rechtsform	privatrechtliche Stiftung	öffentlich-rechtliche Stiftung	öffentlich-rechtliche Stiftung
Finanzierung	jährliche Beiträge der Versicherer	jährliche Beiträge der Versicherer	jährliche Beiträge der Vorsorgeeinrichtungen, die dem Freizügigkeitsgesetz unterstellt sind
Leistungsumfang	gesetzliche Leistungen (Art. 19b KVV): <ul style="list-style-type: none"><li>• Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung;</li><li>• Leistungen der freiwilligen Taggeldversicherung;</li><li>• Abgaben in den Risikoausgleich;</li><li>• die mit der Gewährung der Leistungen verbundenen Verwaltungskosten.</li></ul>	gesetzliche Leistungen	gesetzliche Leistungen, reglementarische Leistungen (bis zur anderthalbfachen Höhe des oberen Grenzbetrages nach Art. 8 Abs. 1 BVG)



## Mindestreserven

Ein wichtiger Hinweis auf eine drohende Insolvenz ist die Reservequote der Krankenversicherer. Aus diesem Grund erstellt die Geschäftsstelle jährlich eine Liste der Krankenversicherer, welche die Mindestreserven unterschreiten.

Im Bereich der Reservevorschriften sind zwei wichtige Bestrebungen im Gang: Einerseits sollen die kantonal unterschiedlichen **Reserven** der Krankenkassen **harmonisiert** werden. Das für die Genehmigung der Krankenversicherungsprämien zuständige BAG wurde beauftragt, die Reserven der Krankenversicherer auszugleichen. Die Krankenversicherer sollen dazu aufgefordert werden, bei der Bildung der gesetzlichen Reserven ein Gleichgewicht zwischen den Kantonen herzustellen. Die in gewissen Kantonen (z.B. Zürich, Waadt und Genf) bestehenden überschüssigen Reserven sollen innerhalb von fünf Jahren gesenkt werden. Um die Höhe der Reserven zu erhalten, müssen die Krankenversicherer in den Kantonen mit unterdurchschnittlichen Werten (z.B. Bern, Neuenburg, St.Gallen und Aargau) die Reserven erhöhen. Andererseits werden die **Mindestreserven** aufgrund der KVV-Revision vom 26. April 2006 schrittweise **gesenkt**. Das In-Kraft-Treten dieser Neuerung erfolgte auf den 10. Mai 2006, wobei in den Übergangsbestimmungen festgehalten ist, dass die Mindestreserven schrittweise bis zum Jahr 2009 gesenkt werden. Grosse Versicherer mit über 150'000 Versicherten sollen dann nur noch über zehn Prozent Reserven verfügen müssen. Die Mindestreserven von mittleren Versicherern mit 50'000 bis 100'000 Versicherten werden neu 15 Prozent betragen. Nur für kleine Versicherer mit bis zu 50'000 Versicherten gilt weiterhin der bisherige Mindestreservesatz von 20 Prozent.

Durch diese Verordnungsänderung wird die Zahl der Krankenversicherer, welche die Mindestreserven unterschreiten (24 am 31. Dezember 2005), abnehmen. Effektiv verbessert sich jedoch die finanzielle Situation der Versicherer, welche die Mindestreserven infolge deren Senkung nicht mehr unterschreiten, nicht. Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat sich Anfang 2006, wie *santésuisse*, in ihrer Vernehmlassungsantwort zur KVV-Revision gegen tiefere Mindestreserven ausgesprochen. Grund dafür war, dass die Gemeinsame Einrichtung KVG sich im Interesse der Solidargemeinschaft der Versicherer dafür einsetzt, dass möglichst wenige Insolvenzfälle eintreten.

## Bildung Insolvenzfonds

Um die Kosten der gesetzlichen Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Krankenversicherern gemäss Art. 18 Abs. 2 KVG übernehmen zu können, beschloss der Stiftungsrat der Gemeinsamen Einrichtung KVG, einen **Insolvenzfonds zu bilden**. Angestrebt wurde anfänglich eine Höhe von **50 bis 60 Millionen Franken** in zwei bis drei Jahren. Der Stiftungsrat hat für die Jahre 1997 bis 1999 einen Beitrag von je zwei Franken und für 2000 von einem Franken pro obligatorisch für Krankenpflege versicherte Person festgesetzt. Damit war das Minimalziel von 50 Millionen Franken im Sommer 2001 erreicht.

Infolge des Insolvenzfalles Krankenkasse Zurzach wurde das Mindestziel des Stiftungsrates von 50 Millionen Franken für die Höhe des Insolvenzfonds wieder unterschritten. Der Stiftungsrat beschloss deshalb, für das Jahr 2003 einen Beitrag von zwei Franken pro Versicherten einzukassieren. Das BAG stimmte diesem Betrag zu. Gleichzeitig wies das BAG darauf hin, dass der Betrag von 50 Millionen Franken in Anbetracht der finanziellen Situation einiger Versicherer mittelfristig nicht ausreiche. Anzustreben sei eine **Fondshöhe von 100 Millionen Franken**. Der Stiftungsrat hat diesem revidierten Ziel am 25. Juni 2003 zugestimmt. Die Versicherer wurden mit einem Rundschreiben orientiert. In der Folge zeigten sich einige Versicherer erstaunt über den Entscheid des Stiftungsrates. Das BAG wurde deshalb nochmals konsultiert. Es bekräftigte seine Stellungnahme und präziserte, dass mindestens ein Betrag von 100 Millionen Franken erforderlich sei. Der Betrag wurde mit der Erfahrung aus dem Insolvenzfall Krankenkasse Zurzach begründet sowie mit dem Umstand, dass „weitere Insolvenzfälle grösseren Ausmasses gegenwärtig nicht ausgeschlossen werden können“.

Darauf beschloss der Stiftungsrat, den Beitrag für das Jahr 2004 auf vier Franken pro obligatorisch für Krankenpflege versicherte Person zu erhöhen. Nachdem sich das BAG damit einverstanden erklärt hatte, wurden die Versicherer mit einem Rundschreiben informiert. Die Beschwerde eines Versicherers gegen den Entscheid vier Franken pro Versicherten als Beitrag in den Insolvenzfonds für das Jahr 2004 zu erheben, wurde vom EDI am 24. April 2006 abgelehnt. Gleichzeitig bestätigte das EDI das Mindestziel von 100 Millionen Franken für den Insolvenzfonds.

Der Beitrag in den Insolvenzfonds für das Jahr 2006 wurde vom Stiftungsrat der Gemeinsamen Einrichtung KVG am 25. April 2006 auf drei Franken pro versicherte Person festgesetzt. Am 3. Mai 2006 wurde der Entscheid des Stiftungsrates vom BAG genehmigt.

Am 4. Mai 2007 hat der Stiftungsrat der Gemeinsamen Einrichtung KVG entschieden, für das Jahr 2007 einen Beitrag in den Insolvenzfonds von zwei Franken pro obligatorisch für Krankenpflege versicherte Person zu erheben. Diesem Antrag hat das BAG mit Schreiben vom 15. Juni 2007 zugestimmt.

## Legaldefinition „Kosten für die gesetzlichen Leistungen“

Gemäss Art. 18 Abs. 2 KVG übernimmt die Gemeinsame Einrichtung KVG die Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle zahlungsunfähiger Versicherer. Weder im KVG noch in der KVV wurde jedoch näher ausgeführt, was unter dem Begriff „Kosten für die gesetzlichen Leistungen“ zu verstehen ist. Das geltende Reglement der Gemeinsamen Einrichtung KVG geht implizit davon aus, dass unter den „gesetzlichen Leistungen“ nur die **Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung** zu verstehen sind. Leistungen der Zusatzversicherungen werden zu Recht nicht erwähnt.



Eine nähere Auslegung des Begriffs „gesetzliche Leistungen“ führte das BAG zum Schluss, dass darunter auch **Leistungen der freiwilligen Taggeldversicherung** zu verstehen sind. Nach dem ATSG-Kommentar gelten als „gesetzlich“ grundsätzlich sämtliche Leistungen, die gestützt auf einen sozialversicherungsrechtlichen Erlass ausgerichtet werden, d.h. auch Leistungen, die von einer freiwilligen Sozialversicherung erbracht werden. Mit dem Beitritt zur freiwilligen Taggeldversicherung untersteht der Versicherte einer gesetzlichen Sozialversicherung. Freiwillig ist nur der Beitritt. Zudem hat sich in der Praxis gezeigt, dass im Bereich der freiwilligen Taggeldversicherung für die Versicherten, bei Insolvenz ihres Versicherers, ungedeckte Lücken entstehen können. Das BAG hat deshalb die Gemeinsame Einrichtung KVG angewiesen, das Reglement auf das ATSG abzustimmen und in praktischen Anwendungsfällen bereits jetzt im Sinne des ATSG zu verfahren.

Das EDI beabsichtigte mit einer Revision der KVV, eine Legaldefinition des Begriffs „Kosten für die gesetzlichen Leistungen“ zu schaffen. Diese Änderungen in der KVV wurden im Januar 2006 in die Vernehmlassung geschickt. Zum Vernehmlassungsverfahren wurde auch die Gemeinsame Einrichtung KVG eingeladen. Mit Vernehmlassungsantwort vom 14. März 2006 sprach sich die Gemeinsame Einrichtung KVG, wie *santésuisse*, für den Einbezug der Abgaben in den Risikoausgleich in die „Kosten für die gesetzlichen Leistungen“ aus.

Am 26. April 2006 hat der Bundesrat beschlossen, einen Art. 19b in die KVV einzufügen und damit eine Legaldefinition des Begriffs „Kosten für die gesetzlichen Leistungen“ zu schaffen. Unter den „Kosten für die gesetzlichen Leistungen“ sind demnach die **Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung**, die **Leistungen der freiwilligen Taggeldversicherung**, die **Risikoabgaben** in den Risikoausgleich und die mit der Gewährung der Leistungen verbundenen **Verwaltungskosten** zu verstehen. Mit dem Einfügen des neuen Art. 19b KVV ist jedoch keine Rechtsänderung vorgenommen worden. Dies führt dazu, dass Art. 19b KVV nicht erst ab In-Kraft-Treten der Revision der KVV vom 26. April 2006 (10. Mai 2006), sondern bereits seit In-Kraft-Treten des KVG (1. Januar 1996) Wirkung hat.

## Zahlungen aus dem Insolvenzfonds

Der Stiftungsrat der Gemeinsamen Einrichtung KVG hat bis heute bei drei Versicherern die Insolvenz festgestellt. Es handelt sich um die Krankenkasse Zurzach, die Accorda Assurance maladie und die Krankenkasse KBV. Konkrete Hinweise auf die drohende Insolvenz einer weiteren Krankenkasse hat die Geschäftsstelle zurzeit nicht.

Bis Ende 2006 sind die folgenden gesetzlichen Leistungen aus dem Insolvenzfonds finanziert worden (Fr.):

Jahr	Kosten Leistungen obligatorische Krankenpflegeversicherung und freiwillige Taggeldversicherung sowie Abgaben in den Risikoausgleich				Verwaltungskosten Gemeinsame Einrichtung KVG	Total gesetzliche Leistungen
	Zurzach	Accorda	KBV	Total		
2002	7'799'600.65	--	--	7'799'600.65	58'249.25	7'857'849.90
2003	11'860'986.00	--	--	11'860'986.00	173'935.40	12'034'921.40
2004	721'856.45	15'708'052.85	16'926'374.00	33'356'283.30	334'271.14	33'690'554.44
2005	192'034.20	-714'180.65 *	3'023'115.20	2'500'968.75	792'121.49	3'293'090.24
2006	- 3'154'982.98 **	501'669.65	3'511'679.25	858'365.92	838'818.78	1'697'184.70
<b>Total</b>	<b>17'419'494.32</b>	<b>15'495'541.85</b>	<b>23'461'168.45</b>	<b>56'376'204.62</b>	<b>2'197'396.06</b>	<b>58'573'600.68</b>

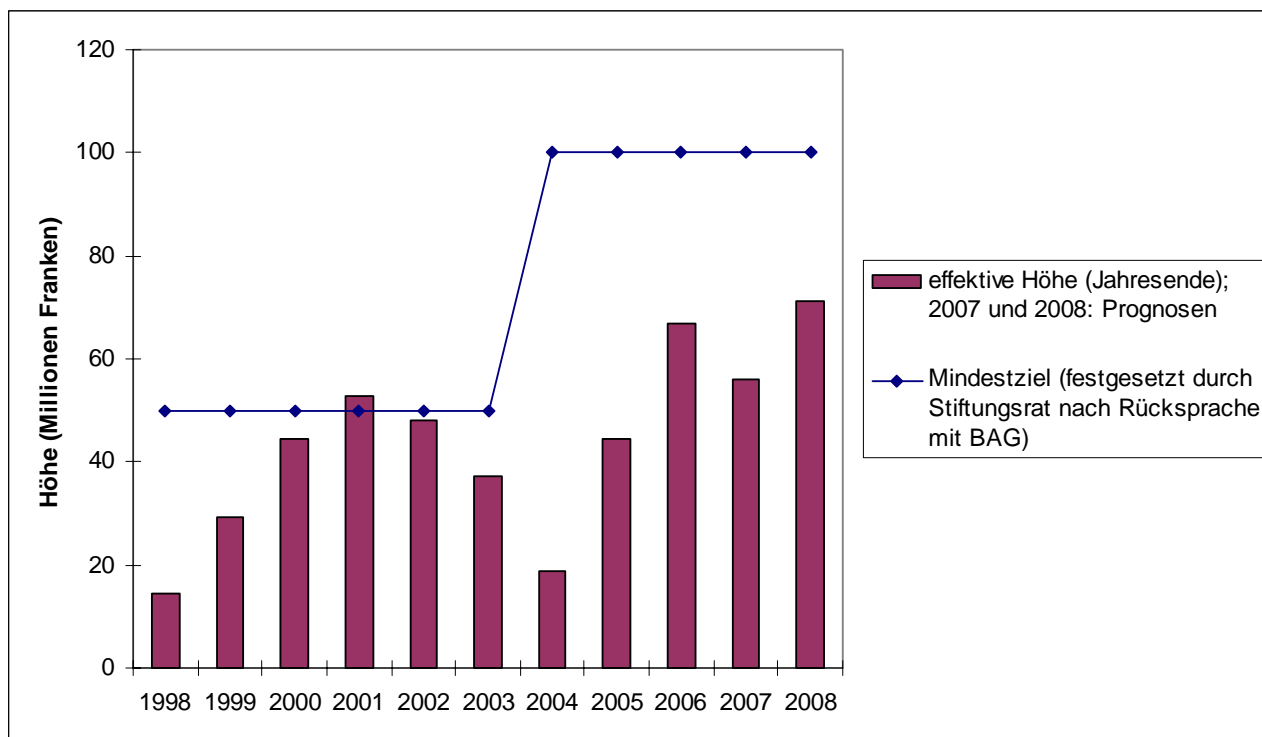
\* Rückerstattung VVG-Leistungen für das Jahr 2004 erfolgte erst im Jahr 2005.

\*\* Auszahlung eines Teils der Konkursdividende Krankenkasse Zurzach.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass die gesetzlichen Leistungen, welche aus dem Insolvenzfonds finanziert werden müssen, höher sind als von den insolventen Versicherern bzw. vom BAG prognostiziert. Für die Insolvenzfälle Zurzach, KBV und Accorda wurden bis Ende 2006 gesetzliche Leistungen in der Höhe von 58'573'600.68 Franken finanziert. Unten stehende Abbildung zeigt, dass das Mindestziel von 100 Millionen Franken am 31. Dezember 2006 noch deutlich unterschritten wurde.



## Mindestziel und effektive Höhe Insolvenzfonds



## Beschwerden betreffend Nichtfinanzierung Abgaben KBV in die definitiven Risikoausgleiche 2000 bis 2002 aus dem Insolvenzfonds

Der Stiftungsrat der Gemeinsamen Einrichtung KVG hatte an seiner Sitzung vom 19. April 2005, gestützt auf eine Stellungnahme des BAG, entschieden, die **ausstehenden Abgaben der KBV in den Risikoausgleich**, welche auf falschen Datenlieferungen beruhen (definitive Risikoausgleiche 2000 bis 2002) **nicht aus dem Insolvenzfonds zu finanzieren**.

Mit Schreiben vom 21. Juni 2005 informierte die Gemeinsame Einrichtung KVG die Krankenversicherer über die Folgen der Neuberechnung der definitiven Risikoausgleiche 2000 bis 2002 wegen falscher Datenlieferungen der Krankenkasse KBV. Es wurde bekannt gegeben, dass auf eine Auszahlung der Restguthaben der begünstigten Krankenversicherer in den definitiven Risikoausgleichen 2000 bis 2002 verzichtet werde und dass nach Verteilung des Erlöses aus der Konkursmasse der Krankenkasse KBV in Liquidation weitere Informationen folgen würden.

Zwei Versicherer haben daraufhin eine beschwerdefähige Verfügung verlangt und auch **Beschwerde** an das EDI eingereicht. Beide Versicherer stellten das Begehren, die Verfügung der Gemeinsamen Einrichtung KVG dahingehend abzuändern, dass die Gemeinsame Einrichtung KVG verpflichtet wird, die Guthaben der Versicherer aus den Risikoausgleichen aus dem Insolvenzfonds zu bezahlen.

In ihren **Stellungnahmen** beantragte die **Gemeinsame Einrichtung KVG** jeweils, die Beschwerden abzuweisen und das BAG zu den vorliegenden Verfahren beizuladen. Die Gemeinsame Einrichtung KVG legte zudem dar, wieso sie Interesse an einer ausdehnenden Auslegung des Begriffs der „Kosten für die gesetzlichen Leistungen“ habe, dass aber im vorliegenden Fall triftige Gründe (offene Rechtslage; Guthaben, die von den Krankenkassen nicht budgetiert worden sind; Neuberechnung aufgrund betrügerischer Datenmeldungen der KBV; Nichtauszahlung der neu berechneten Guthaben trifft alle Versicherer, nicht nur Versicherer mit ungünstiger Versichertenstruktur, da die KBV die einzige Schuldnerin gewesen ist; finanzielle Auswirkungen auf den Insolvenzfonds) bestehen würden, von diesen grundsätzlichen Überlegungen abzuweichen.

Das **BAG** wies in seiner **Stellungnahme** an das EDI jeweils darauf hin, dass es bereits im Fall der Krankenkasse Zurzach eine Finanzierung der ausstehenden Abgaben in den Risikoausgleich aus dem Insolvenzfonds abgelehnt hatte. Zudem sei das finanzielle Risiko für die Gemeinsame Einrichtung KVG zu gross, wenn Abgaben in den Risikoausgleich zu den gesetzlichen Leistungen gemäss Art. 18. Abs. 2 KVG gezählt würden.

Mit Beschwerdeentscheid vom 24. Oktober 2006 respektive 27. November 2006 hat das EDI die **Beschwerden gutgeheissen**. Die Begründung lag darin, dass mit dem Einfügen des neuen Art. 19b KVV keine Rechtsänderung vorgenommen worden sei. Dies führe dazu, dass Art. 19b KVV nicht erst ab In-Kraft-Treten der Revision der KVV vom 26. April 2006 (10. Mai 2006), sondern bereits seit In-Kraft-Treten des KVG (1. Januar 1996) Wirkung habe.



Eine von der Gemeinsamen Einrichtung KVG vorsorglich eingereichte Beschwerde an das EVG wurde wieder zurückgezogen und die **Auszahlung der Guthaben inklusive Verzugszinsen** an die Versicherer wurde, nach einer Vorankündigung mittels Rundschreiben, vorgenommen.

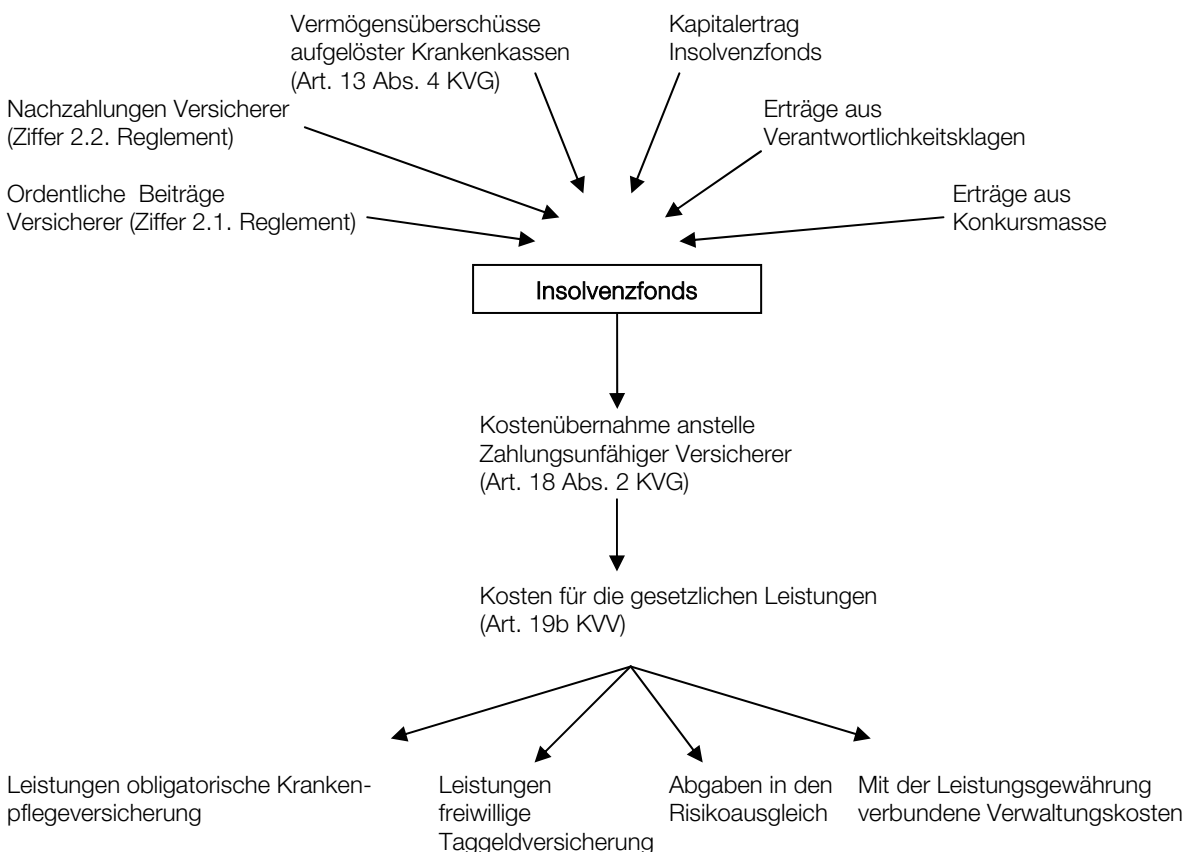
Die Beschwerdeentscheide des EDI hatten jedoch nicht nur Auswirkungen auf die Risikoausgleiche 2000 bis 2002. Die **Accorda Assurance maladie** war infolge Insolvenz nicht in der Lage, die Abgaben in den **definitiven Risikoausgleich 2004** zu leisten. Der Stiftungsrat der Gemeinsamen Einrichtung KVG hat am 27. Oktober 2005 entschieden, auf eine Finanzierung der Abgabe der Accorda in den Risikoausgleich 2004 aus dem Insolvenzfonds zu verzichten. Die Guthaben der im definitiven Risikoausgleich 2004 begünstigten Versicherer wurden gekürzt. Aufgrund der nun klaren Rechtslage wurde entschieden, die Abgabe der Accorda Assurance maladie in den definitiven Risikoausgleich 2004, wie bei der KBV, aus dem Insolvenzfonds zu bezahlen und eine Auszahlung der Differenzbeträge zwischen angekündigter Zahlung und gekürzter Zahlung vorzunehmen. Den begünstigten Versicherern wurde vor der Auszahlung der Guthaben eine individuelle Abrechnung zugestellt. Auch in diesem Fall wurden neben den eigentlichen Restguthaben auch Verzugszinsen ausbezahlt.

## Auflösung Taggeldversicherungen

Werden das Vermögen und der Versichertenbestand einer aufgelösten Krankenkasse nicht durch Vertrag auf einen anderen Versicherer übertragen, so fällt bei privatrechtlich organisierten Krankenkassen ein allfälliger **Vermögensüberschuss in den Insolvenzfonds** der Gemeinsamen Einrichtung KVG (Art. 13 Abs. 4 KVG). Der Wille des Gesetzgebers ist es, dass bei sämtlichen privatrechtlich organisierten Krankenkassen, d.h. auch bei reinen Taggeldkrankenkassen, der Überschuss im Falle einer Auflösung in den Insolvenzfonds kommt. Gegenwärtig führen die fünf folgenden Krankenversicherer ausschliesslich die Taggeldversicherung durch:

- Caisse-maladie du personnel communal de la Ville de Neuchâtel;
- Taggeldkasse bildende Künstler/Innen;
- Gewerbliche Krankenkasse Bern;
- Krankenkasse Schweizerischer Metallbaufirmen;
- Krankengeldversicherung für Mitarbeiter der fenaco-Mitgliedgenossenschaften (KGV).

## Geldströme Insolvenzfonds





## Übersicht Insolvenzfälle

Die folgende Tabelle bietet einen Überblick über die drei laufenden Insolvenzfälle:

	Zurzach	Accorda	KBV
Feststellung Zahlungsunfähigkeit durch Stiftungsrat Gemeinsame Einrichtung KVG	28. August 2002	5. April 2004	8. Dezember 2004
Entzug Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung durch EDI	31. Dezember 2002	30. Juni 2004	30. Juni 2004
absolute Verjährung KVG-Leistungen (Art. 24 Abs. 1 ATSG) *	Januar 2008	Juli 2009	Juli 2009
Entzug Bewilligung zur Durchführung der Zusatzversicherungen nach VVG durch EFD	31. Dezember 2002	30. Juni 2004	30. Juni 2004
VVG-Versicherungen	in gleicher Firma	in gleicher Firma	in gleicher Firma
Portfeuilleübertragung Versicherte nach VVG	nein, Übernahmeangebot SWICA	ja, an CSS	ja, an Helsana
Verwaltung gebundenes Vermögen	Gemeinsame Einrichtung KVG	CSS	Helsana
absolute Verjährung VVG-Leistungen (Art. 46 Abs. 1 VVG)	Januar 2005	Juli 2006	Juli 2006
Konkurseröffnung	13. Oktober 2003	7. März 2006	28. April 2005
Auflage Kollokationsplan	21. November 2005 bis 11. Dezember 2005, Neuauflage 30. Oktober 2006 bis 19. November 2006	offen	offen
Stand Konkursverfahren	abgeschlossen	in Bearbeitung	in Bearbeitung (Art des Verfahrens wird neu diskutiert)
Rechtsform	Stiftung	AG mit anderen als wirtschaftlichen Zwecken	Verein
Managementsupport durch andere Versicherer (bis zur Übertragung an die Gemeinsame Einrichtung KVG)	SWICA, Visana	CSS	Helsana
Übertragung Leistungsbearbeitung an Gemeinsame Einrichtung KVG	3. Dezember 2003	1. Juli 2006	1. April 2005
Bearbeitung VVG-Leistungen	Gemeinsame Einrichtung KVG (im Auftrag BPV), ab 1. Januar 2005 verjährt	durch CSS, ab 1. Juli 2006 verjährt	Gemeinsame Einrichtung KVG (im Auftrag Helsana), ab 1. Juli 2006 verjährt
Standort Archiv	Grenchen	Grenchen	Grenchen

\* Ausnahme: Forderungen der aushelfenden Träger im Rahmen der internationalen Leistungsaushilfe sowie Rechnungen im Tiers garant.

## Insolvenzfall Krankenkasse Zurzach

Der Insolvenzfall Krankenkasse Zurzach (**Feststellung Insolvenz** durch Stiftungsrat Gemeinsame Einrichtung KVG am 28. August 2002) verläuft in geordneten Bahnen. Die Krankenkasse Zurzach ist seit dem 1. Januar 2003 nicht mehr operativ tätig. Es handelt sich um eine Firma in Liquidation. Der Konkurs wurde vom Stiftungsrat der Krankenkasse Zurzach angemeldet. Am 13. Oktober 2003 wurde durch das Gerichtspräsidium Zurzach der **Konkurs** eröffnet. Den bekannten Gläubigern erfolgte die Anzeige der Konkurseröffnung. Verbunden damit war die Aufforderung, Forderungseingaben schriftlich bis zum 9. Januar 2004 einzureichen. Die **Forderungseingabe** der Gemeinsamen Einrichtung KVG erfolgte



rechtzeitig. Der **Kollokationsplan** wurde vom 21. November 2005 bis zum 11. Dezember 2005 aufgelegt. Der Kollokationsplan konnte vorerst so weit bereinigt werden, dass die Gemeinsame Einrichtung KVG alleinige Gläubigerin war. Infolge Zulassung einer weiteren Forderung dritter Klasse wurde ein Nachtrag zum Kollokationsplan vom 30. Oktober 2006 bis zum 19. November 2006 neu aufgelegt.

Am 11. Dezember 2006 wurde vom Konkursamt der **Verteilungsplan** erstellt und die **Verlustscheine** an die Gläubiger versandt. Die Dividende belief sich auf rund 19,8 Prozent der zugelassenen Forderungen. Für die von der Gemeinsamen Einrichtung KVG angemeldete Forderung in der Höhe von 20'611'487.65 Franken wurde eine Dividende im Betrag von 4'091'289 Franken ausbezahlt.

Mit Verfügung vom 13. Dezember 2006 erklärte das Gerichtspräsidium Zurzach das Konkursverfahren über die Krankenkasse Zurzach als geschlossen.

Aufgrund einer **Abtretungsvereinbarung** hat sich die Gemeinsame Einrichtung KVG verpflichtet, den RVK Rück im Rahmen der Konkursdividende zu entschädigen. Die Konkursdividende im Betrag von 9'944.74 Franken wurde dem RVK sofort nach Zahlungseingang bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG weitergeleitet.

Seit 3. Dezember 2003 werden die **Liquidationsaufgaben** von der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG in Zusammenarbeit mit dem Konkursamt Zurzach übernommen. Konkret übernahm die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG die folgenden Aufgaben der Krankenkasse Zurzach:

- Archivierung Unterlagen;
- Leistungsabwicklung obligatorische Krankenpflegeversicherung (Auftrag ergibt sich aus Art. 18 Abs. 2 KVG);
- Leistungsabwicklung VVG (Auftrag von BPV erhalten, Verjährung Januar 2005);
- Inkasso Debitoren (Auftrag von Konkursamt Zurzach erhalten, Mahnungen und Betreibungen, vorwiegend Prämien und Kostenbeteiligung);
- Finanzbuchhaltung;
- Jahresabschluss;
- Berichterstattung an Aufsichtsbehörden.

Der Zugriff zur früheren Softwarefirma der Krankenkasse Zurzach in Liquidation (Centris) ist sichergestellt. Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat der Centris den Auftrag erteilt, die Daten der Krankenkasse Zurzach im verbesserten **Archivierungssystem IRIS** zur Verfügung zu stellen. Seit Herbst 2005 hat die Gemeinsame Einrichtung KVG über dieses System direkten Zugriff auf die Daten der Krankenkasse Zurzach.

Die Anzahl insgesamt eingehender **Belege**, adressiert an die Krankenkasse Zurzach, war anfangs wesentlich grösser als angenommen. Ein Rückgang im Belegeingang zeichnete sich erst spät ab.

Das **Archiv** der Krankenkasse Zurzach war, seit der Übernahme der Geschäftsführung durch die Gemeinsame Einrichtung KVG, in einem Lagerraum der Centris im Gebäude von santésuisse untergebracht. Die Gemeinsame Einrichtung KVG kündigte diesen Mietvertrag auf Ende November 2006 und verschob das Archiv in den Lagerraum in Grenchen.

Die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG strebt eine **Verantwortlichkeitsklage** gegen die Organe der Krankenkasse Zurzach an.

## Insolvenzfall ACCORDA Assurance maladie

Das EDI hat am 4. Mai 2004 den **Entzug der Bewilligung** zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung für die ACCORDA Assurance maladie auf den 30. Juni 2004 verfügt. Der Entzug erfolgte wegen finanziellen und personellen Problemen.

Es wurde ein Vertrag zwischen der Accorda und CSS-Gruppe bezüglich der **Übernahme der Versicherten** (soziale Krankenversicherung und Zusatzversicherungen) und des Personals abgeschlossen. Alle obligatorisch für Krankenpflege versicherten Personen, die sich nicht für einen anderen Versicherer entschieden, wurden von der CSS übernommen. Die Zusatzversicherten wurden von der CSS mitsamt dem gebundenen Vermögen ohne Gesundheitsprüfung übernommen. Es handelt sich dabei um eine durch das BPV verfügte Portfeuilleübertragung nach Art. 15 Abs. 2 Schadenversicherungsgesetz. Die CSS gewährte der Accorda aufgrund eines Vertrages auch **Managementunterstützung**.

Der Stiftungsrat der Gemeinsamen Einrichtung KVG stellte am 5. April 2004 die **Zahlungsunfähigkeit** der Accorda fest. Um die Zahlungen aus dem Insolvenzfonds zu regeln, hat die Gemeinsame Einrichtung KVG im Juni 2004 einen Vertrag mit der Accorda abgeschlossen.

Der **Vertrag über Zahlungen aus dem Insolvenzfonds** sieht auch eine periodische Prüfung der Zahlungen aus dem Insolvenzfonds vor. Die Revisionsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG wurde mit der Revision des Nachweises der Zahlungen durch die Accorda beauftragt. Die Kostenübernahme aus dem Insolvenzfonds beschränkt sich auf die gesetzlichen Leistungen. Die Prüfung dieser Beschränkung ist nicht Aufgabe der Revisionsstelle, sie wird delegiert. Von der Gemeinsamen Einrichtung KVG wurden insgesamt vier Kontrollen bei der Accorda durchgeführt.



Am 7. März 2006 wurde der **Konkurs** über die Accorda eröffnet. Die **Forderungseingabe** der Gemeinsamen Einrichtung KVG erfolgte rechtzeitig am 16. August 2006.

Am 23. März 2006 fand eine Besprechung mit dem kantonalen Konkursamt Freiburg statt, an welcher neben der Gemeinsamen Einrichtung KVG auch das BAG, die CSS und Fidusap teilnahmen. Ziel der Sitzung war es, das weitere Vorgehen zu besprechen und die Aufgabenteilung nach der Konkursöffnung festzulegen. Um der Verunsicherung bei den Versicherten und den Leistungserbringern infolge Konkursöffnung vorzubeugen, hat die Gemeinsame Einrichtung KVG am 4. April 2006 eine Pressemeldung erlassen.

Die Übernahme der **Geschäftsführung** der Accorda durch die Gemeinsame Einrichtung KVG erfolgte auf den 1. Juli 2006. Seither werden die gesetzlichen Leistungen direkt aus dem Insolvenzfonds finanziert. Ursprünglich war die Übernahme der Geschäftsführung bereits auf den Januar 2006 vorgesehen. Die CSS hatte sich jedoch bereit erklärt, bis zum 30. Juni 2006, als auch die VVG-Leistungen verjährten, weiter Managementsupport zu leisten. Eine Vereinbarung zwischen der Gemeinsamen Einrichtung KVG und der CSS betreffend Bearbeitung der **VVG-Leistungen** durch die Gemeinsame Einrichtung KVG, wurde durch den späteren Übernahmetermin hinfällig.

Im Auftrag der Gemeinsamen Einrichtung KVG entwickelte die Centris ein Access-basiertes Archivierungssystem, auf welches die Daten der Accorda übernommen wurden. Die Lieferung dieses Archivierungssystems erfolgte Ende August 2006.

Weiter schloss die Gemeinsame Einrichtung KVG mit dem kantonalen Konkursamt Freiburg auf den 1. Juli 2006 einen Vertrag ab, welcher die Übernahme der folgenden Aufgaben durch die Gemeinsame Einrichtung KVG regelt: die **Archivierung der Unterlagen**, das **Inkasso der Prämien und der Kostenbeteiligungen** sowie die **Posttriage**. Der bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG anfallende Aufwand zur Erledigung dieser Aufgaben wird dem kantonalen Konkursamt Freiburg quartalsweise in Rechnung gestellt.

Das Archiv der Accorda wurde in den von der Gemeinsamen Einrichtung KVG gemieteten Lagerraum in Grenchen überführt.

Die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG prüft eine **Verantwortlichkeitsklage** gegen die Organe der Accorda.

## Insolvenzfall Krankenkasse KBV

Nach der Neuberechnung mehrerer Risikoausgleiche im Anschluss an fehlerhafte Datenlieferungen durch die Krankenkasse KBV entstanden Forderungen gegenüber dieser Krankenkasse für Nachzahlungen in den Risikoausgleich in der Höhe von über 30 Millionen Franken. Trotz starken Prämien erhöhungen auf den 1. Januar 2004 war die KBV nicht in der Lage, diese Forderungen zu begleichen. Am 19. Juni 2004 verfügte das EDI den **Entzug der Bewilligung** zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung auf den 1. Juli 2004.

Die Versicherten der KBV (Grund- und Zusatzversicherte) wurden per 1. Juli 2004 von der **Helsana** übernommen.

Am 30. November 2004 erklärte die Revisionsstelle der KBV (RPG Treuhand AG) die Krankenkasse KBV für zahlungsunfähig. Der Stiftungsrat der Gemeinsamen Einrichtung KVG hat in seiner Sitzung vom 8. Dezember 2004, gestützt auf den schriftlichen Antrag der Revisionsstelle der Krankenkasse KBV, die **Zahlungsunfähigkeit** der KBV im Sinne von Art. 18 Abs. 2 KVG festgestellt.

Die Forderungen der Gemeinsamen Einrichtung KVG aus dem Risikoausgleich in der Höhe von über 30 Millionen Franken wurden auf dem Betreibungsweg geltend gemacht. Die **Konkursöffnung** erfolgte auf den 28. April 2005. Am 3. Juni 2005 folgte die Konkurspublikation mit Schuldenruf im SHAB. Die **Forderungseingabe** der Gemeinsamen Einrichtung KVG erfolgte rechtzeitig. Auf Wunsch des Notariatsinspektorats wurde am 13. März 2007 eine aktualisierte Forderungseingabe eingereicht. Die geltend gemachte Forderung der Gemeinsamen Einrichtung KVG beläuft sich auf total 62'308'262.20 Franken.

Das Konkursamt Winterthur Altstadt wurde mit der Durchführung des Konkursverfahrens beauftragt. Über die **Art des Konkursverfahrens** wird zurzeit neu diskutiert, deshalb ist das Verfahren zurzeit sistiert.

Zur Verfahrensabwicklung durch die **Mobile Equipe des Notariatsinspektorats** des Kantons Zürich ernannte die Verwaltungskommission des Obergerichts des Kantons Zürich einen ausserordentlichen Stellvertreter des Konkursamtes Winterthur Altstadt. Die Aktivenbewirtschaftung nach der Konkursöffnung obliegt also der Mobilien Equipe des Notariatsinspektorats des Kantons Zürich. Zu diesem Zweck wurden so genannte Hilfspersonen mandatiert.

Auch die Gemeinsame Einrichtung KVG hat vom Notariatsinspektorat des Kantons Zürich ein **Hilfspersonenmandat** übernommen. Sie hat den Auftrag, für die an die Krankenkasse KBV adressierte und an die Gemeinsame Einrichtung KVG umgeleitete Post, die **Posttriage** vorzunehmen. Der für die Erledigung dieser Aufgabe anfallende Aufwand wird der Mobilien Equipe des Notariatsinspektorats des Kantons Zürich monatlich in Rechnung gestellt.

Im Auftrag der Helsana wickelt die Gemeinsame Einrichtung KVG auch die **VVG-Leistungen** ab. Ein entsprechender Vertrag trat auf 1. April 2005 in Kraft. Er sieht vor, dass die Gemeinsame Einrichtung KVG der Helsana die VVG-Leistungen periodisch in Rechnung stellt. Dort werden sie dem von der Helsana treuhänderisch verwalteten gebundenen Vermögen belastet.



In Zusammenhang mit der Übernahme der Leistungsabwicklung steht auch die Übernahme des grössten Teils des **Archivs** der Krankenkasse KBV. Die Verschiebung der bisher im Lager der KBV in Winterthur archivierten Akten in den Lagerraum in Grenchen ist bereits erfolgt. Weitere Akten der KBV, die sich zurzeit in deren Liegenschaft an der Badgasse 3 in Winterthur befinden, werden verschoben, bevor diese Liegenschaft verkauft wird.

Die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG prüft eine **Verantwortlichkeitsklage** gegen die Organe der KBV.

## **Bildung einer Abteilung Insolvenz**

Nachdem die Weiterausrichtung der Versicherungsleistungen der KBV andere Dimensionen hatte als bei der Krankenkasse Zurzach, aber auch im Hinblick auf die Übernahme der Leistungsbearbeitung der Krankenkasse Accorda, wurde auf den 1. Januar 2005 die **Abteilung „Insolvenz“** unter der Leitung von Aline Froidevaux gebildet. Der Personalbestand war anfangs höher, konnte aber, nachdem die Zahl der eingehenden Rechnungen im Insolvenzfall KBV zurückging und auch die Pendenzen aufgearbeitet waren, reduziert werden. Dies geschah in erster Linie durch Verschiebung einzelner Mitarbeiter in andere Abteilungen.



## 1.5 Umverteilung von Reserven zwischen Krankenversicherern

### Gesetzliche Grundlagen

Entzieht das EDI einem Versicherer die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung nur für Teile des örtlichen Tätigkeitsbereichs, so hat der Versicherer einen Anteil seiner Reserven nach Art. 60 KVG abzugeben. Dieser Betrag ist auf die Versicherer umzuverteilen, welche die von der Einschränkung des Tätigkeitsbereichs betroffenen Versicherten aufnehmen (**Art. 13 Abs. 5 KVG**). Wird die Umverteilung von Reserven nötig, kann das EDI die Umverteilung der Gemeinsamen Einrichtung KVG übertragen (**Art. 19a KVV**).

Gemäss Kreisschreiben 3a des BAG vom 28. Dezember 2000 ist Art. 13 Abs. 5 KVG auch bei einer Tätigkeit in EG- bzw. EFTA-Staaten anwendbar.

### Reglement

Zur Vornahme der Umverteilung durch die Gemeinsame Einrichtung KVG ist ein Reglement notwendig. Die Verfügungen des EDI halten lediglich fest, dass die Umverteilung durch die Gemeinsame Einrichtung KVG vorzunehmen ist. Die Berechnungsweise wird darin nicht erwähnt. Aus Gründen der Rechtssicherheit und der Transparenz ist daher ein Reglement indiziert. Dieses wurde am 8. Dezember 2004 vom Stiftungsrat verabschiedet und auf den 1. Januar 2005 in Kraft gesetzt. Die Genehmigung des Reglements durch das EDI erfolgte am 21. Februar 2006. Am 23. Februar 2006 wurden die Versicherer durch die Gemeinsame Einrichtung KVG mittels Rundschreiben orientiert.

### Berechnung der abzugebenden Reserven

Für die Berechnung der abzugebenden Reserven ist der minimale Reservesatz gemäss Art. 78 Abs. 4 KVV in seiner jeweils gültigen Fassung massgeblich. Liegt der effektive Reservesatz über dem minimalen Reservesatz, muss, gemäss Verfügung des EDI, nur dieser tiefere Reserveanteil abgegeben werden. Liegt der effektive Reservesatz jedoch unter dem minimalen Reservesatz, gilt der effektive Reservesatz. Bestehen Minusreserven, so erfolgt keine Abgabe von Reserven.

### Ablauf

Um eine Umverteilung vornehmen zu können, ist die Gemeinsame Einrichtung KVG auf Daten des Krankenversicherers, welcher den örtlichen Tätigkeitsbereich einschränkt, angewiesen. Zum Zweck der Datenerhebung wurden von der Gemeinsamen Einrichtung KVG zwei Formulare entwickelt, nämlich das Formular „Grundlagen für Berechnung der abzugebenden Reserven“ und das Formular „Nachversicherer der von der Einschränkung des örtlichen Tätigkeitsbereichs betroffenen Versicherten“. Mit den so erhaltenen und von der Revisionsstelle des Krankenversicherers bestätigten Daten werden der abzugebende Reserveanteil und der Anteil, den die aufnehmenden Versicherer aus der Umverteilung erhalten, berechnet. Im Anschluss an die Durchführung jeder Umverteilung wird dem BAG Bericht erstattet.

#### *Ablauf Umverteilung Reserven bei Einschränkung örtlicher Tätigkeitsbereich*

Wer?	Was?
EDI	Verfügung: Einschränkung örtlicher Tätigkeitsbereich, Verpflichtung zur Abgabe Reservenanteil an Gemeinsame Einrichtung KVG (Art. 13 Abs. 5 KVG)
Gemeinsame Einrichtung KVG	Erhebung der Daten zur Berechnung der abzugebenden Reserven beim Versicherer, welcher örtlichen Tätigkeitsbereich einschränkt
Versicherer, welcher örtlichen Tätigkeitsbereich einschränkt	Meldung der Daten zur Berechnung der abzugebenden Reserven
Revisionsstelle des Versicherers, welcher örtlichen Tätigkeitsbereich einschränkt	Prüfung der Daten zur Berechnung der abzugebenden Reserven



Wer?	Was?
Gemeinsame Einrichtung KVG	Berechnung der abzugebenden Reserven
	Rechnungsstellung an den Versicherer, welcher den örtlichen Tätigkeitsbereich einschränkt
	Erhebung der Nachversicherer der von der Einschränkung betroffenen Versicherten
Versicherer, welcher örtlichen Tätigkeitsbereich einschränkt	Meldung der Nachversicherer der von der Einschränkung betroffenen Versicherten
Revisionsstelle des Versicherers, welcher örtlichen Tätigkeitsbereich einschränkt	Prüfung der Meldung der Nachversicherer der von der Einschränkung betroffenen Versicherten
Gemeinsame Einrichtung KVG	Berechnung der Umverteilung auf die aufnehmenden Versicherer
	Abrechnung pro aufnehmenden Versicherer
	Auszahlung an aufnehmende Versicherer
	Gesamtabrechnung
Revisionsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG	Erstellung eines Revisionsberichts, falls der zur Umverteilung gelangende Betrag eine Million Franken übersteigt
Gemeinsame Einrichtung KVG	Bericht pro Umverteilung an das BAG

## Einschränkungen Tätigkeitsgebiet auf den 1. Januar 2004

Seit In-Kraft-Treten von Art. 13 Abs. 5 KVG (1. Januar 2001) waren auf den 1. Januar 2004 erstmals Einschränkungen des örtlichen Tätigkeitsbereichs eines Versicherers zu verzeichnen, welche eine Umverteilung von Reserven zur Folge hatten. Es handelte sich dabei um die vier folgenden Krankenversicherer: **Auxilia Assurance-maladie, Krankenkasse Simplon, Krankenkasse Stoffel Mels und Krankenkasse Wädenswil.**

Die Umverteilungen im Zusammenhang mit den Einschränkungen des örtlichen Tätigkeitsbereichs auf den 1. Januar 2004 sind abgeschlossen.

## Einschränkungen Tätigkeitsgebiet auf den 1. Januar 2005

Auch auf den 1. Januar 2005 schränkten drei Krankenkassen ihren örtlichen Tätigkeitsbereich ein, nämlich die Allgemeine Krankenkasse Brugg, die Aquilana Versicherungen und die Krankenkasse 57. Eine Umverteilung der Reserven wurde nur in einem Fall, nämlich bei der **Allgemeinen Krankenkasse Brugg**, nötig.

Die Umverteilungen im Zusammenhang mit den Einschränkungen des örtlichen Tätigkeitsbereichs auf den 1. Januar 2005 sind abgeschlossen.

## Einschränkungen Tätigkeitsgebiet auf den 1. Januar 2006

Ein Vergleich des „Verzeichnis der zugelassenen Krankenversicherer“ des BAG, welches auch den örtlichen Tätigkeitsbereich angibt, Stand 1. Januar 2006, mit der Ausgabe vom 1. Januar 2005 ergab, dass das EDI keine Einschränkungen des örtlichen Tätigkeitsbereichs verfügte. **Auf den 1. Januar 2006 erfolgten also keine Einschränkungen des örtlichen Tätigkeitsbereichs, die eine Umverteilung von Reserven zur Folge gehabt hätten.**



## Einschränkungen Tätigkeitsgebiet auf den 1. Januar 2007

Am 9. November 2006 verfügte das EDI, dass der örtliche Tätigkeitsbereich der **Krankenkasse Visperterminen** per 1. Januar 2007 neu nur noch die Prämienregion 2 des Kantons Wallis umfasst.

Die Umverteilung im Zusammenhang mit der Einschränkung des örtlichen Tätigkeitsbereichs auf den 1. Januar 2007 konnte bis zum Berichtszeitpunkt nicht abgeschlossen werden.

*Übersicht über die durchgeführten Umverteilungen von Reserven aufgrund von Einschränkungen des örtlichen Tätigkeitsbereichs*

Jahr	Anzahl Versicherer mit Einschränkung des örtlichen Tätigkeitsbereichs, bei denen eine Umverteilung der Reserven nötig wurde	Anzahl von der Einschränkung des örtlichen Tätigkeitsbereichs betroffene Versicherte	abzugebende Reserven (Fr.)
2004	4	290	70'061.70
2005	1	81	26'998.10
2006	-	-	-
2007	1	offen	offen
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>offen</b>	<b>offen</b>



## 1.6 Rückerstattung Mehreinnahmen Pharmaindustrie

### Gesetzliche Grundlagen

Auf den 1. Juli 2002 wurde die KVV bezüglich der Preise der in der Spezialitätenliste (SL) enthaltenen Arzneimittel revidiert (Änderungsverordnung vom 26. Juni 2002). Damit wurde unter anderem **Art. 67 Abs. 2ter in die KVV eingefügt**. Danach wird die Pharmaindustrie in bestimmten Fällen verpflichtet, Mehreinnahmen an die Gemeinsame Einrichtung KVG zu erstatten.

Gemäss Art. 65 Abs. 6bis KVV in Verbindung mit Art. 35b Abs. 1 KLV erfolgt die Aufnahme von Präparaten in die SL unter dem Vorbehalt, dass die Wirtschaftlichkeit innert 24 Monaten erneut durch das BAG überprüft wird. Dazu haben die Unternehmen spätestens 18 Monate nach der Aufnahme in die SL die für diese Überprüfung notwendigen Unterlagen einzureichen (Art. 69a KVV).

Ergibt die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit, dass der bei der Aufnahme verfügte Preis zu hoch war, so verfügt das BAG eine angemessene Preissenkung (Art. 67 Abs. 2bis KVV). Gleichzeitig klärt es ab, ob Mehreinnahmen gemäss Art. 67 Abs. 2ter KVV zurück zu erstatten sind.

### Bestimmung der Mehreinnahmen des Pharmaunternehmens

Zu diesem Zweck prüft das BAG, ob der Fabrikabgabepreis bei der Aufnahme denjenigen nach der Preissenkung bei der umsatzstärksten Handelsform oder bei einer derjenigen Handelsformen, auf denen bei der Aufnahme der Auslandspreisvergleich durchgeführt wurde, um mehr als drei Prozent übersteigt. Ist dies der Fall, ermittelt das BAG die auf allen Handelsformen erzielten Mehreinnahmen. Dabei geht es wie folgt vor:

- Zuerst berechnet das BAG für jede Handelsform die Preisdifferenz zwischen dem Fabrikabgabepreis bei der Aufnahme und nach der Preissenkung.
- Danach stellt das BAG je Handelsform die Anzahl der zwischen Aufnahme und Preissenkung verkauften Packungen fest. Dabei stellt es auf die Angaben ab, die ihm die Revisionsstelle des für den Vertrieb des Arzneimittels zuständigen Unternehmens eingereicht hat. Diese kann den Nachweis erbringen, dass ein Teil der Packungen im stationären Bereich angewendet und im Rahmen von Pauschalen in Rechnung gestellt wurden. Diese Packungen werden bei der Berechnung der Mehreinnahmen nicht berücksichtigt. Dies, weil sie den Versicherten bzw. den Versicherern unabhängig vom Preis der SL in Rechnung gestellt wurden (Pauschale gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG). Demgegenüber werden alle Packungen, die im ambulanten Bereich angewendet wurden, bei der Berechnung der Mehreinnahmen berücksichtigt. Dies unabhängig davon, ob sie von den Versicherern oder im Rahmen der Kostenbeteiligung von den Versicherten bezahlt wurden.
- Schliesslich multipliziert das BAG die Preisdifferenz je Handelsform mit der berechneten Anzahl Packungen dieser Handelsform.

### Rückerstattung der Mehreinnahmen

Betragen die erzielten Mehreinnahmen aller Handelsformen insgesamt mindestens 20'000 Franken, ist das Unternehmen, welches das Arzneimittel vertreibt, verpflichtet, die gesamten Mehreinnahmen an die Gemeinsame Einrichtung KVG zu bezahlen. Die Gemeinsame Einrichtung KVG ist für die Rückerstattung dieser Mehreinnahmen der Pharmaindustrie an die Versicherer zuständig.

### Reglement

Die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG hat ein Reglement ausgearbeitet, welches die Verteilung der Mehreinnahmen an die Versicherer aufgrund der Versichertenzahlen vorsieht. Dieses Reglement wurde vom Stiftungsrat der Gemeinsamen Einrichtung KVG in der Sitzung vom 13. Dezember 2005 verabschiedet. Mit Schreiben vom 25. Januar 2006 teilte das BAG als fachliche Aufsichtsbehörde mit, dass es nach eingehender Prüfung des Reglements keine Einwendungen habe und mit dem Reglement einverstanden sei. Am 7. Februar 2006 wurde das Reglement dem EDI zur Genehmigung unterbreitet. Die Genehmigung durch das EDI erfolgte am 20. Dezember 2006. Das Reglement trat auf den 1. Januar 2006 in Kraft.

Die Orientierung der Versicherer mittels Rundschreiben erfolgte am 19. Januar 2007.



### Ablauf Rückerstattung Mehreinnahmen Pharmaindustrie an Versicherer

Wer?	Was?
BAG	Berechnung der Mehreinnahmen gemäss Art. 67 Abs. 2ter KVV
	Verfügung an das Pharmaunternehmen betreffend Rückerstattung der Mehreinnahmen an die Gemeinsame Einrichtung KVG (Voraussetzungen: Fabrikabgabepreis bei der Aufnahme übersteigt denjenigen nach der Preissenkung um mehr als drei Prozent; dadurch erzielte Mehreinnahmen belaufen sich auf mehr als 20'000 Franken)
Pharmaunternehmen	Überweisung des in der Verfügung des BAG festgesetzten Betrages innert der gesetzten Frist an die Gemeinsame Einrichtung KVG
Gemeinsame Einrichtung KVG	Berechnung des Beitrags pro Versicherten
	Berechnung der Beiträge pro Versicherer
	Abrechnung pro Versicherer
	Auszahlung an die Versicherer
	Gesamtabrechnung
Revisionsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG	Erstellung eines Revisionsberichts, falls der zur Auszahlung gelangende Betrag mehr als eine Million Franken beträgt
Gemeinsame Einrichtung KVG	Bericht pro Verfügung an das BAG

### Verfügungen des BAG

Die Gemeinsame Einrichtung KVG wurde bisher in **drei Fällen** vom BAG mit der Rückerstattung der Mehreinnahmen eines Unternehmens der Pharmaindustrie an die Versicherer beauftragt:

- **Verfügung des BAG vom 18. November 2005:** Das BAG erliess am 18. November 2005 die erste Verfügung gegenüber einem Unternehmen der Pharmaindustrie, welche eine Verpflichtung zur Bezahlung der Mehreinnahmen an die Gemeinsame Einrichtung KVG enthielt. Die zu überweisenden Mehreinnahmen beliefen sich auf 277'155.30 Franken. Valuta 18. Januar 2006 wurde die Zahlung des Pharmaunternehmens auf dem Konto der Gemeinsamen Einrichtung KVG gutgeschrieben. Unter Berücksichtigung des Kapitalertrages und der Verwaltungskosten der Gemeinsamen Einrichtung KVG für die Rückerstattung der Mehreinnahmen des Pharmaunternehmens ergab sich ein zur Rückerstattung an die Krankenversicherer gelangender Betrag von 276'655.60 Franken. Die Rückerstattung der Mehreinnahmen eines Pharmaunternehmens an die Versicherer kann erfolgen, sobald die massgebenden Versichertenbestände bekannt sind. Sind die Versichertenbestände bekannt, nimmt die Gemeinsame Einrichtung KVG die Berechnung der Rückerstattung an die Versicherer vor. Dazu wurde vorerst der zur Rückerstattung an die Versicherer gelangende Betrag (276'655.60 Franken) durch die Anzahl obligatorisch für Krankenpflege versicherte Personen (2005: 7'448'715 Versicherte) dividiert. Dies ergab einen zur Rückerstattung gelangenden Betrag pro Versicherten von 3,71414 Rappen. Durch Multiplikation dieses Betrages mit den Versichertenbeständen der einzelnen Krankenversicherer erhielt man die Rückerstattung pro Versicherer. Den Versicherern wurde am 30. November 2006 eine individuelle Abrechnung zugestellt. Daraus war ersichtlich, wie hoch der zur Auszahlung gelangende Betrag ist, wie sich der zur Auszahlung gelangende Betrag berechnet und wie dieser von den Krankenversicherern zu verbuchen ist. Die Auszahlung an die Versicherer wurde Valuta 4. Dezember 2006 vorgenommen. In der Folge wurde dem BAG ein Bericht über die durchgeführte Rückerstattung der Mehreinnahmen des Pharmaunternehmens an die Versicherer vorgelegt.
- **Verfügung des BAG vom 14. November 2006:** Am 14. November 2006 erliess das BAG die zweite Verfügung gegenüber einem Unternehmen der Pharmaindustrie, welche eine Verpflichtung zur Bezahlung der Mehreinnahmen an die Gemeinsame Einrichtung KVG enthielt. Die zu überweisenden Mehreinnahmen beliefen sich auf 789'752.85 Franken. Die Zahlungsfrist betrug 60 Tage. Die Zahlung des Pharmaunternehmens wurde bereits am 20. Dezember 2006 auf dem



Konto der Gemeinsamen Einrichtung KVG gutgeschrieben. Unter Berücksichtigung des Kapitalertrages und der Verwaltungskosten der Gemeinsamen Einrichtung KVG für die Rückerstattung der Mehreinnahmen des Pharmaunternehmens ergab sich ein zur Rückerstattung an die Krankenversicherer gelangender Betrag von 789'035.10 Franken. Der zur Vornahme der Rückerstattung an die Versicherer massgebliche Versichertenbestand ist vom Jahr des Zahlungseingangs abhängig. Damit musste auch die zweite Rückerstattung von Mehreinnahmen eines Pharmaunternehmens an die Versicherer aufgrund des Versichertenbestandes 2005 berechnet werden. Im Januar 2007 nahm die Gemeinsame Einrichtung KVG die Berechnung der Rückerstattung an die Versicherer vor. Dazu wurde vorerst der zur Rückerstattung an die Versicherer gelangende Betrag (789'035.10 Franken) durch die Anzahl obligatorisch für Krankenpflege versicherte Personen (2005: 7'448'715 Versicherte) dividiert. Das ergab einen zur Rückerstattung gelangenden Betrag pro Versicherten von 10,59290 Rappen. Dieser Betrag wurde in der Folge mit den Versichertenbeständen der einzelnen Krankenversicherer multipliziert, was die Rückerstattung pro Versicherer ergab. Den Versicherern wurde am 25. Januar 2007 eine individuelle Abrechnung zugestellt. Daraus war ersichtlich, wie hoch der zur Auszahlung gelangende Betrag ist, wie sich der zur Auszahlung gelangende Betrag berechnet und wie dieser von den Krankenversicherern zu verbuchen ist. Die Auszahlung der Rückerstattung der Mehreinnahmen des Pharmaunternehmens an die Versicherer erfolgte Valuta 6. Februar 2007. In der Folge wurde dem BAG ein Bericht über die durchgeführte Rückerstattung der Mehreinnahmen des Pharmaunternehmens an die Versicherer vorgelegt.

- **Verfügung des BAG vom 26. Februar 2007:** Am 26. Februar 2007 erliess das BAG seine dritte Verfügung gegenüber einem Unternehmen der Pharmaindustrie, welche eine Verpflichtung zur Bezahlung der Mehreinnahmen an die Gemeinsame Einrichtung KVG enthielt. Die zu überweisenden Mehreinnahmen beliefen sich auf 56'272.60 Franken. Die Zahlung des Pharmaunternehmens wurde Valuta 20. April 2007 auf dem Konto der Gemeinsamen Einrichtung KVG gutgeschrieben. Die Rückerstattung dieser Mehreinnahmen des Pharmaunternehmens an die Versicherer erfolgt Ende 2007.

Da in Zukunft mit weiteren Verfügungen des BAG gerechnet werden kann, ist vorgesehen, die Rückerstattung von Mehreinnahmen mehrerer Pharmaunternehmen zusammenzufassen und **jährlich nur noch eine Auszahlung an die Versicherer** vorzunehmen. Eine solche Sammelzahlung wird jeweils im Dezember erfolgen, erstmals im Dezember 2007. Damit soll verhindert werden, dass in kurzer Zeit mehrere Auszahlungen mit jeweils geringen Beträgen an die Versicherer vorgenommen werden müssen. Dies senkt die Verwaltungskosten bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG sowie bei den Versicherern.



## 1.7 Kollektive Vergünstigungen an verordnende Ärzte gemäss Art. 56 Abs. 3 KVG

Rückvergütungen an die verordnenden Ärzte sind im Gesundheitswesen üblich. Gemäss Art. 56 Abs. 3 KVG muss der **Leistungserbringer** dem Schuldner der Vergütung (Krankenversicherung bzw. Patient) die **direkten oder indirekten Vergünstigungen weitergeben**, die ihm ein anderer in seinem Auftrag tätiger Leistungserbringer gewährt bzw. die ihm Personen oder Einrichtungen gewähren, welche Arzneimittel oder der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel oder Gegenstände liefern. Gemäss Art. 33 Heilmittelgesetz (HMG) dürfen Personen, die Arzneimittel verschreiben oder abgeben, für die Verschreibung oder Abgabe von Arzneimitteln geldwerte Vorteile weder fordern noch annehmen.

Ärzte wurden gebüsst, weil sie solche Vergünstigungen für sich behielten. Bei den frei praktizierenden Ärzten entstand dadurch Angst und Verunsicherung. Oft erhalten Ärzte eine globale Rückvergütung, welche **kaum auf die einzelnen Krankenversicherer aufteilbar** ist. Verschiedene Ärzte haben sich dazu beim BAG erkundigt, an wen in solchen Fällen die Vergünstigung weiterzuleiten ist.

Das BAG hat die **Gemeinsame Einrichtung KVG** deshalb Mitte 1999 angefragt, ob sie bereit sei, solche Zahlungen entgegenzunehmen und zu verteilen. Ob Zahlungen erfolgen und wenn ja, in welcher Höhe, sei dem BAG nicht bekannt. Das BAG könne es sich jedoch nicht leisten, den Ärzten mitzuteilen, dass kollektive Vergünstigungen nicht weitergeleitet werden müssen, weil dem BAG keine Zahlstelle bekannt sei. Der Stiftungsrat der Gemeinsamen Einrichtung KVG hat sich mit der Übernahme dieser neuen Aufgabe einverstanden erklärt. In der Folge wurde von der Geschäftsstelle ein spezielles Konto eröffnet.

Bei der Entgegennahme der kollektiven Vergünstigungen handelt es sich um die einzige Aufgabe der Gemeinsamen Einrichtung KVG ohne direkte Nennung im KVG bzw. in der KVV. Die Botschaft des Bundesrates betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Teil Managed Care) vom 15. September 2004 sieht jedoch die Einführung einer **gesetzlichen Grundlage** in Art. 56 Abs. 3bis KVG vor. Hier soll explizit erwähnt werden, dass die Gemeinsame Einrichtung KVG für die Entgegennahme solcher Vergünstigungen zuständig ist. Über die Verwendung der Gelder wird der Bundesrat bestimmen.

Das BAG hat schriftliche Empfehlungen betreffend die Weitergabe der beim Einkauf verwendungsfertiger Arzneimittel erhaltenen Vergünstigungen im ambulanten Bereich sowie die Weitergabe von geldwerten Vorteilen erlassen. Die Ärzte wurden durch eine Mitteilung des BAG in der Schweizerischen Ärztezeitung über die Weitergabe der Vergünstigungen orientiert (Nr. 32/33 2002). Dabei wurde auch das **Konto** der Gemeinsamen Einrichtung KVG erwähnt.

Am 22. Februar 2007 ist die **erste Zahlung eines Leistungserbringers** auf dem Konto der Gemeinsamen Einrichtung KVG zur Entgegennahme von kollektiven Vergünstigungen eingegangen. Die FMH wurde in der Folge von der Gemeinsamen Einrichtung KVG darüber orientiert und darauf hingewiesen, dass ihres Erachtens eine Informationspflicht der FMH zum Umgang mit kollektiven Vergünstigungen bestehe. Die FMH hat sich zu einer Besprechung mit der Gemeinsamen Einrichtung KVG und santésuisse bereit erklärt.



## 2. Jahresrechnung

### 2.1 Bilanz

#### Aktiven

##### *Umlaufvermögen:*

	31.12.2006	31.12.2005
Kasse SFR	5'716.75	1'967.80
Kasse EURO	2'469.55	5'392.67
Kasse £	1'266.70	457.50
Postcheck	1'047'137.44	12'210'048.30
Bank SFR	10'015'546.49	10'933'030.42
Bank EURO	116'619.80	143'998.46
Bank andere Währungen	42'353.94	23'200.48
Festgeldanlage Insolvenzfonds	7'900'000.00	0.00
Wertschriften Insolvenzfonds	56'843'790.00	41'179'125.00
Verrechnungssteuer	617'556.26	192'465.00

##### *Debitoren:*

246'587'714.94      237'186'405.10

##### *Risikoausgleich*

Schweizer Krankenversicherer	28'735'429.00	28'659'548.00
------------------------------	---------------	---------------

##### *Internationale Koordination Krankenversicherung*

Schweizer Krankenversicherer	9'612'222.50	4'942'653.28
Zuständige Träger in EG- bzw. EFTA-Staaten	149'386'215.34	145'293'175.70
Versicherte in EG- bzw. EFTA-Staaten (Kostenbeteiligung)	1'003'106.65	690'823.47
Delkredere	-5'000.00	-5'000.00
Bund	898'461.15	922'325.05
Campione <sup>1</sup>	152'993.20	117'408.90
Kantone <sup>2</sup>	108'720.00	70'000.00
Diverse	6'294.90	2'790.00

##### *Zahlungsunfähige Versicherer*

Forderungen Insolvenz <sup>3</sup>	56'376'204.20	55'517'838.70
Forderungen aus Äufnung Insolvenzfonds	313'068.00	955'404.00
Zurückbehaltene Beiträge Risikoausgleich <sup>4</sup>	0.00	19'438.00

##### *Aktive Rechnungsabgrenzung:*

3'617'589.15      2'035'349.86

##### *Anlagevermögen:*

Mobile Sachanlagen	132'509.85	141'315.60
Immobilien Geschäftsstelle Gemeinsame Einrichtung KVG <sup>5</sup>	3'660'000.00	3'740'000.00

330'590'270.87

307'792'756.19



## Passiven

### **Kredite:**

Kredite mit Bundesgarantie

### **Kreditoren:**

### **Risikoausgleich**

Kontokorrente Krankenversicherer Risikoausgleich

### **Internationale Koordination Krankenversicherung**

Verbindungsstellen in EG- bzw. EFTA-Staaten

ASR nicht eingelöst

Prämienverbilligung durch Bund <sup>6</sup>

Diverse Kreditoren

### **Zahlungsunfähige Versicherer**

Zurückbehaltene Beiträge Risikoausgleich <sup>4</sup>

### **Passive Rechnungsabgrenzung:**

Internationale Koordination Krankenversicherung

Risikoausgleich

### **Hypothek:**

Immobilien Geschäftsstelle Gemeinsame Einrichtung KVG <sup>6</sup>

### **Rückstellungen:**

Rückstellungen Insolvenz <sup>3</sup>

Rückstellungen Forderungen Äufnung Insolvenzfonds <sup>7</sup>

Rückstellungen Forderungen Verwaltungskosten

Rückstellungen Pauschalbeträge <sup>8</sup>

### **Fondsrechnungen:**

Fonds Risikoausgleich

Insolvenzfonds

### **Stiftungskapital:**

**31.12.2006**

**119'564'338.25**

119'564'338.25

**73'813'243.12**

28'711'677.00

41'917'768.19

62'469.50

703'888.70

239'969.73

2'177'470.00

**1'963'031.87**

1'963'031.87

0.00

**3'400'000.00**

3'400'000.00

**64'009'080.63**

56'376'204.20

313'068.00

35'451.90

7'284'356.53

**67'790'577.00**

2'060'983.93

65'729'593.07

**50'000.00**

**330'590'270.87**

**31.12.2005**

**142'203'429.35**

142'203'429.35

**53'925'613.08**

29'009'527.00

22'390'442.01

55'889.85

105'040.35

197'316.87

2'167'397.00

**1'116'349.04**

1'029'432.69

86'916.35

**3'600'000.00**

3'600'000.00

**60'741'048.69**

55'517'838.70

313'068.00

0.00

4'910'141.99

**46'156'316.03**

1'434'541.45

44'721'774.58

**50'000.00**

**307'792'756.19**



## 2.2 Fondsrechnungen

### *Fonds Risikoausgleich (Art. 13 VORA):*

	31.12.2006	31.12.2005
Bestand am 1. Januar	1'434'541.45	918'009.60
Fondsanzahlung	-934'542.00	-418'024.00
Übertrag per 31. Dezember	1'560'984.48	934'555.85

### *Bestand am 31. Dezember*

**2'060'983.93**

**1'434'541.45**

### *Insolvenzfonds (Art. 18 Abs. 2 KVG):*

Bestand am 1. Januar	44'721'774.58	18'878'366.58
Äufnung <sup>9</sup>	22'398'495.35	29'646'564.00
Kapitalertrag	1'248'168.89	530'001.19
Überschüsse von aufgelösten Krankenversicherern (Art. 13 Abs. 4 KVG)	0.00	0.00
Zahlungen anstelle zahlungsunfähiger Versicherer	-4'252'240.30	-4'529'131.40
Rückzahlungen von VVG-Leistungen	227'031.50	2'028'162.65
Rückzahlungen Konkursdividende	3'166'842.88	0.00
Verwaltungskosten	-838'818.78	-792'121.49
Bildung Rückstellung Forderungen aus Äufnung	0.00	-313'068.00
Bildung Rückstellung Forderungen Verwaltungskosten	-35'451.90	0.00
Bank- und Wertschriftenspesen	-227'924.15	-155'708.95
Realisierte Bucherfolge	-121'775.00	-76'100.00
Nicht realisierte Bucherfolge	-556'510.00	-495'190.00

### *Bestand am 31. Dezember*

**65'729'593.07**

**44'721'774.58**



## 2.3 Gesamtbetriebsrechnung

### Aufwand

	2006	2005
<b>Sachleistungen:</b>	1'603'125'864.11	1'471'121'471.70
<b>Risikoausgleich</b>		
Beiträge aus dem Risikoausgleich	1'431'776'760.00	1'331'602'355.00
<b>Internationale Koordination Krankenversicherung</b>		
Personenfreizügigkeitsabkommen	162'637'298.73	132'935'609.55
<b>Zahlungsunfähige Versicherer</b>		
Kostenübernahme bei Insolvenz	4'252'240.30	4'529'131.40
Konkursdividende (Fondseinlage)	3'166'842.88	0.00
Rückerstattung VVG-Leistungen (Fondseinlage)	227'031.50	2'028'162.65
<b>Umverteilung Reserven zwischen Krankenversicherern</b>		
Umverteilte Reserven	0.00	26'213.10
<b>Mehreinnahmen Pharmaindustrie</b>		
Auszahlung Mehreinnahmen Pharmaunternehmen	1'065'690.70	0.00
<b>Verwaltungs- und Kapitalkosten:</b>	10'251'000.98	8'858'027.75
Verwaltungskosten	7'912'609.58	6'674'258.40
Kapitalkosten	2'338'391.40	2'183'769.35
<b>Übertrag auf Fonds Risikoausgleich:</b>	1'560'984.48	934'555.85
	<b>1'614'937'849.57</b>	<b>1'480'914'055.30</b>

**Ertrag**

	<b>2006</b>	<b>2005</b>
<b>Finanzierung Sachleistungen:</b>	<b>1'603'127'081.56</b>	<b>1'471'122'256.62</b>
<b>Risikoausgleich</b>		
Abgaben in den Risikoausgleich	1'431'776'760.00	1'331'602'355.00
<b>Internationale Koordination Krankenversicherung</b>		
Personenfreizügigkeitsabkommen	162'637'298.73	132'935'609.47
<b>Zahlungsunfähige Versicherer</b>		
Entnahme aus dem Insolvenzfonds	4'252'240.30	4'529'131.40
Konkursdividende (Fondseinlage)	3'166'842.88	0.00
Rückerstattung VWG-Leistungen	227'031.50	2'028'162.65
<b>Umverteilung Reserven zwischen Krankenversicherern</b>		
Erhaltene Reserveanteile	0.00	26'998.10
<b>Mehreinnahmen Pharmaindustrie</b>		
Zahlungen von Pharmaunternehmen	1'066'908.15	0.00
<b>Finanzierung Verwaltungskosten:</b>	<b>7'911'392.13</b>	<b>6'673'473.48</b>
Rückerstattung Verwaltungskosten durch Schweizer Krankenversicherer	5'289'038.15	4'261'168.69
Rückerstattung Verwaltungskosten durch Bund	1'440'634.35	1'346'242.00
Rückerstattung Verwaltungskosten durch Kantone <sup>2</sup>	192'220.00	120'000.00
Rückerstattung Verwaltungskosten durch Campione <sup>1</sup>	35'584.30	129'252.90
Entnahme Verwaltungskosten aus Insolvenzfonds	838'818.78	792'121.49
Schadenersatz wegen verspäteter Datenlieferung bzw. Zahlung in den Risikoausgleich	25'626.30	12'300.25
Kapitalertrag internationale Koordination Krankenversicherung	89'470.25	12'388.15
<b>Finanzierung Kapitalkosten:</b>	<b>2'338'391.40</b>	<b>2'183'769.35</b>
Rückerstattung Kapitalkosten durch Bund	2'338'391.40	2'183'769.35
<b>Kapitalertrag Risikoausgleich:</b>	<b>1'560'984.48</b>	<b>934'555.85</b>
	<b>1'614'937'849.57</b>	<b>1'480'914'055.30</b>



## 2.4 Betriebsrechnung Risikoausgleich

### Aufwand

**Sachleistungen:**

Beiträge aus dem Risikoausgleich

**Verwaltungskosten:**

Personal

Informatik

Allgemeine Verwaltungskosten

Raumkosten

Abschreibungen

Gerichts- und Rechtsberatungskosten

Revisionsstelle <sup>10</sup>**Übertrag auf Fonds:****Vortrag auf nächste Rechnung:**

### Ertrag

**Finanzierung Sachleistungen:**

Abgaben in den Risikoausgleich

**Finanzierung Verwaltungskosten:**

Rückerstattung Verwaltungskosten durch

Schweizer Krankenversicherer

Schadenersatz wegen verspäteter Datenlieferung bzw. Zahlung  
in den Risikoausgleich <sup>11</sup>**Kapitalertrag:****Saldo Vorjahr:**

	2006	2005
<b>Sachleistungen:</b>	<b>1'431'776'760.00</b>	<b>1'331'602'355.00</b>
Beiträge aus dem Risikoausgleich	1'431'776'760.00	1'331'602'355.00
<b>Verwaltungskosten:</b>	<b>487'953.61</b>	<b>496'560.96</b>
Personal	217'651.94	207'136.69
Informatik	1'202.67	1'978.92
Allgemeine Verwaltungskosten	12'788.31	12'265.62
Raumkosten	4'966.44	5'021.38
Abschreibungen	2'540.00	4'900.00
Gerichts- und Rechtsberatungskosten	20'375.90	6'754.80
Revisionsstelle <sup>10</sup>	228'428.35	258'503.55
<b>Übertrag auf Fonds:</b>	<b>1'560'984.48</b>	<b>934'555.85</b>
<b>Vortrag auf nächste Rechnung:</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>
	<b>1'433'825'698.09</b>	<b>1'333'033'471.81</b>
<b>Ertrag</b>		
<b>Finanzierung Sachleistungen:</b>	<b>1'431'776'760.00</b>	<b>1'331'602'355.00</b>
Abgaben in den Risikoausgleich	1'431'776'760.00	1'331'602'355.00
<b>Finanzierung Verwaltungskosten:</b>	<b>487'953.61</b>	<b>496'560.96</b>
Rückerstattung Verwaltungskosten durch		
Schweizer Krankenversicherer	462'327.31	484'260.71
Schadenersatz wegen verspäteter Datenlieferung bzw. Zahlung		
in den Risikoausgleich <sup>11</sup>	25'626.30	12'300.25
<b>Kapitalertrag:</b>	<b>1'560'984.48</b>	<b>934'555.85</b>
<b>Saldo Vorjahr:</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>
	<b>1'433'825'698.09</b>	<b>1'333'033'471.81</b>



## 2.5 Betriebsrechnung internationale Koordination Krankenversicherung

### Aufwand

#### Sachleistungen:

	2006	2005
	162'637'298.73	132'935'609.55

#### Nach effektiven Kosten

##### Personenfreizügigkeitsabkommen:

Versicherte der ausländischen zuständigen Träger  
Versicherte der Schweizer Krankenversicherer  
Prämienverbilligung

Versicherte der ausländischen zuständigen Träger	110'000'240.05	104'068'671.02
Versicherte der Schweizer Krankenversicherer	39'462'841.18	17'626'525.13
Prämienverbilligung	501'452.00	440'852.40

##### Rheinschifferabkommen:

Versicherte der ausländischen zuständigen Träger  
Versicherte der Schweizer Krankenversicherer

Versicherte der ausländischen zuständigen Träger	3'892.90	0.00
Versicherte der Schweizer Krankenversicherer	775'101.75	1'074'414.60

#### Nach Monatspauschalen

Versicherte der ausländischen zuständigen Träger  
Zuweisung an Rückstellung Pauschalbeträge<sup>8</sup>  
Versicherte der Schweizer Krankenversicherer

Versicherte der ausländischen zuständigen Träger	8'756'780.60	7'079'724.70
Zuweisung an Rückstellung Pauschalbeträge <sup>8</sup>	2'316'069.40	729'120.30
Versicherte der Schweizer Krankenversicherer	820'920.85	1'916'301.40

#### Verwaltungskosten:

Personal  
Informatik  
Allgemeine Verwaltungskosten  
Kursdifferenzen  
Raumkosten  
Abschreibungen  
Debitorenverluste Kostenbeteiligung  
Revisionsstelle  
Gerichts- und Rechtsberatungskosten

	<b>6'584'619.89</b>	<b>5'384'783.55</b>
Personal	4'521'524.79	4'258'465.54
Informatik	164'630.03	205'736.16
Allgemeine Verwaltungskosten	513'642.37	523'642.21
Kursdifferenzen	901'778.14	-217'410.58
Raumkosten	243'926.33	245'071.21
Abschreibungen	115'570.00	222'950.00
Debitorenverluste Kostenbeteiligung	68'254.53	73'193.11
Revisionsstelle	55'293.70	66'348.85
Gerichts- und Rechtsberatungskosten	0.00	6'787.05

#### Kapitalkosten:

	<b>2'338'391.40</b>	<b>2'183'769.35</b>
--	---------------------	---------------------

---

**171'560'310.02**

---

**140'504'162.45**



## Ertrag

### Finanzierung Sachleistungen:

2006

2005

162'637'298.73

132'935'609.47

### Nach effektiven Kosten

#### Personenfreizügigkeitsabkommen:

Versicherte der ausländischen zuständigen Träger

106'393'235.10

100'527'061.34

Kostenbeteiligung

3'607'004.95

3'541'609.60

Schweizer Krankenversicherer

39'462'841.18

17'626'525.13

Prämienverbilligung

501'452.00

440'852.40

#### Rheinschifferabkommen:

Ausländische Krankenkassen

3'892.90

0.00

Schweizer Krankenversicherer

775'101.75

1'074'414.60

### Nach Monatspauschalen

Versicherte der ausländischen zuständigen Träger

11'072'850.00

7'808'845.00

Versicherte der Schweizer Krankenversicherer

820'920.85

1'916'301.40

### Finanzierung Verwaltungskosten

#### durch Schweizer Krankenversicherer:

4'826'710.84

3'776'907.98

### Finanzierung Kapitalkosten durch Bund:

2'338'391.40

2'183'769.35

### Finanzierung Verwaltungskosten durch Bund:

1'440'634.35

1'346'242.00

### Finanzierung Verwaltungskosten durch Kantone: <sup>2</sup>

192'220.00

120'000.00

### Finanzierung Verwaltungskosten durch Campione: <sup>1</sup>

35'584.30

129'252.90

### Kapitalertrag:

89'470.40

12'380.75

171'560'310.02

140'504'162.45



## 2.6 Betriebsrechnung Kostenübernahme anstelle zahlungsunfähiger Versicherer

### Aufwand

#### *Sachleistungen:*

Kostenübernahme bei Insolvenz	7'646'114.68	6'557'294.05
Rückerstattung Konkursdividende (Fondseinlage)	4'252'240.30	4'529'131.40
Rückerstattung VVG-Leistungen (Fondseinlage)	3'166'842.88	0.00
	227'031.50	2'028'162.65

#### *Verwaltungskosten:*

Personal	838'818.78	792'121.49
Informatik	453'960.39	345'048.37
Allgemeine Verwaltungskosten	200'519.36	350'539.92
Raumkosten	41'063.20	18'630.33
Abschreibungen	34'153.28	21'699.97
Gerichts- und Rechtsberatungskosten <sup>12</sup>	8'890.00	17'150.00
Revisionsstelle	77'022.75	5'207.30
	23'209.80	33'845.60

**8'484'933.46**

**7'349'415.54**

### Ertrag

#### *Finanzierung Sachleistungen:*

Entnahme aus Fonds	7'646'114.68	6'557'294.05
Rückerstattung Konkursdividende	4'252'240.30	4'529'131.40
Rückerstattung VVG-Leistungen	3'166'842.88	0.00
	227'031.50	2'028'162.65

#### *Finanzierung Verwaltungskosten:*

Entnahme aus Fonds	838'818.78	792'121.49
--------------------	------------	------------

**8'484'933.46**

**7'349'415.54**



## 2.7 Betriebsrechnung Umverteilung von Reserven zwischen Versicherern

<b>Aufwand</b>	<b>2006</b>	<b>2005</b>
<b>Sachleistungen:</b>	<b>0.00</b>	<b>26'231.10</b>
Umverteilte Reserven	0.00	26'231.10
<b>Verwaltungskosten:</b>	<b>0.00</b>	<b>785.00</b>
	<b>0.00</b>	<b>27'016.10</b>
<b>Ertrag</b>		
<b>Finanzierung Sachleistungen:</b>	<b>0.00</b>	<b>26'231.10</b>
Erhaltene Reserveanteile	0.00	26'231.10
<b>Finanzierung Verwaltungskosten:</b>	<b>0.00</b>	<b>785.00</b>
Erhaltene Reserveanteile	0.00	785.00
	<b>0.00</b>	<b>27'016.10</b>

### Fussnoten

- <sup>1</sup> Der Vertrag zwischen der Schweiz und Italien über die Behandlung von Versicherten der Gemeinde Campione d'Italia sah bei Behandlungen im Jahre 2005 bei Leistungserbringern in Campione die Erstattung der Verwaltungskosten der Gemeinsamen Einrichtung KVG durch Italien vor.
- <sup>2</sup> Verträge mit Kantonen gemäss Art. 18 Abs. 2sexies KVG (im Jahre 2006 Kantone Aargau, Appenzell Innerrhoden und St.Gallen).
- <sup>3</sup> Für die Zahlungen anstelle der zahlungsunfähigen Versicherer besteht eine Rückzahlungspflicht. Diese wird im Rahmen der Liquidation des Versicherers realisiert.
- <sup>4</sup> Solange ein zahlungsunfähiger Versicherer die Abgaben in den Risikoausgleich nicht vollständig geleistet hat, werden allfällige Beiträge des Risikoausgleichs nicht ausgerichtet.
- <sup>5</sup> Die Gemeinsame Einrichtung KVG erwarb auf den 1. Oktober 2002 zwei Stockwerke an der Gibelinstrasse 25 in Solothurn im Stockwerkeigentum.
- <sup>6</sup> Der Bund gewährt für die Prämienverbilligung der Rentner mit Wohnsitz in einem EG-Staat bzw. in Island oder Norwegen Vorauszahlungen. Diese waren wesentlich höher als die effektiv ausgerichtete Prämienverbilligung.
- <sup>7</sup> Wertberichtigung Abgaben zahlungsunfähige Versicherer.
- <sup>8</sup> Bei bestimmten Kategorien (Rentner; Familienangehörige, die in einem anderen Staat wohnhaft sind als die erwerbstätige Person) erfolgt die Erstattung zwischen aus helfendem Träger und zuständigem Träger (Krankenkasse, bei welcher die Person versichert ist) nicht auf der Basis der effektiven Kosten, sondern durch Pauschalbeträge (Monatspauschalen). Die Rechnungsstellung kann erst dann erfolgen, wenn der Pauschalbetrag von der zuständigen Kommission der EG genehmigt und im Amtsblatt veröffentlicht ist. Deshalb ist die Bildung von Rückstellungen notwendig.
- <sup>9</sup> Drei Franken pro Versicherten für das Jahr 2005, zahlbar am 30. Juni 2006.
- <sup>10</sup> Die Revisionsstelle hat bezüglich Risikoausgleich die folgenden Aufgaben: Prüfung Buchführung, generelle Prüfung Datenlieferung Versicherer, Prüfung Datenlieferung Versicherer mittels Stichproben, Prüfung Berechnung Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge, Revision Zahlungsverkehr.
- <sup>11</sup> Zahlungen gemäss Art. 16 Abs. 1 Verordnung über den Risikoausgleich (VORA).
- <sup>12</sup> Gebühren Betreibungsämter.



### 3. Bericht der Revisionsstelle

An den Stiftungsrat

Als Revisionsstelle Ihrer Stiftung haben wir gemäss Verordnung über die Krankenversicherung (Art. 86 bis 88 KVV) die Buchführung, die Jahresrechnung (Bilanz, Gesamtbetriebsrechnung, Fondsrechnungen, Betriebsrechnungen der Abteilungen Risikoausgleich, internationale Koordination Krankenversicherung, zahlungsunfähige Versicherer und Umverteilung Reserven) und die Geschäftsführung für das Rechnungsjahr 2006 geprüft.

Für die Jahresrechnung und die Geschäftsführung ist der Stiftungsrat verantwortlich, während unsere Aufgabe darin besteht, die Jahresrechnung und die Geschäftsführung zu prüfen und zu beurteilen. Wir bestätigen, dass wir die Anforderungen hinsichtlich Befähigung und Unabhängigkeit erfüllen.

Unsere Prüfung erfolgte nach den Schweizer Prüfungsstandards, wonach eine Prüfung so zu planen und durchzuführen ist, dass wesentliche Fehlaussagen in der Jahresrechnung mit angemessener Sicherheit erkannt werden. Wir prüften die Posten und Angaben der Jahresrechnung mittels Analysen und Erhebungen auf der Basis von Stichproben. Ferner beurteilten wir die Anwendung der massgebenden Rechnungslegungsgrundsätze, die wesentlichen Bewertungsentscheide sowie die Darstellung der Jahresrechnung als Ganzes. Bei der Prüfung der Geschäftsführung wird beurteilt, ob diese für eine korrekte und ordnungsgemässe Geschäftsabwicklung Gewähr bietet, namentlich ob sie zweckmässig organisiert ist und die gesetzlichen und internen Bestimmungen einhält (es handelt sich nicht um eine Zweckmässigkeitsprüfung der Geschäftsabwicklung). Wir sind der Auffassung, dass unsere Prüfung eine ausreichende Grundlage für unser Urteil bildet.

Gemäss unserer Beurteilung entsprechen die Buchführung, Jahresrechnung und Geschäftsführung dem schweizerischen Gesetz sowie den statutarischen und reglementarischen Vorschriften.

Wir empfehlen dem Stiftungsrat, die vorliegende Jahresrechnung zu genehmigen.

Solothurn, 21. Juni 2007

#### **BDO Visura**

Hansjörg Stöckli  
dipl. Wirtschaftsprüfer

ppa Beat Rüfenacht  
dipl. Wirtschaftsprüfer



## **A. Stiftungsurkunde**

### **Art. 1 Name und Sitz**

Das Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK) <sup>1</sup> und die Schweizerische Vereinigung privater Kranken- und Unfallversicherer (PKU) <sup>2</sup> errichten unter dem Namen "Stiftung für die gemeinsame Einrichtung gemäss Art. 18 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung" (Kurzbezeichnung: "Gemeinsame Einrichtung KVG") eine Stiftung im Sinne von Art. 80 ff ZGB mit Sitz in Solothurn.

### **Art. 2 Beginn und Dauer**

Die Gemeinsame Einrichtung KVG nimmt ihren Betrieb am 1. Januar 1996 auf. Die Dauer ihrer Tätigkeit ist unbeschränkt.

### **Art. 3 Zweck**

Die Gemeinsame Einrichtung KVG erfüllt die ihr durch das KVG vom 18. März 1994 zugewiesenen und ihr durch den Bundesrat oder die Krankenversicherer gestützt auf das KVG übertragenen Aufgaben.

### **Art. 4 Finanzierung**

Die Gründer widmen der Gemeinsamen Einrichtung KVG ein Kapital von 50'000.00 Franken gemäss folgender Aufteilung:

- KSK <sup>1</sup> : 40'000.00 Franken;
- PKU <sup>2</sup> : 10'000.00 Franken.

Die Gemeinsame Einrichtung KVG bestreitet ihre Verbindlichkeiten aus ihrem Vermögen und aus den Mitteln, die ihr auf Grund von Art. 18 Abs. 5 und 6 KVG zur Verfügung gestellt werden müssen.

### **Art. 5 Organe**

Organe der Gemeinsamen Einrichtung KVG sind:

- der Stiftungsrat;
- die Geschäftsleitung;
- die Revisionsstelle.

### **Art. 6 Stiftungsrat**

Der Stiftungsrat besteht aus dem Präsidenten und vier weiteren Mitgliedern. Er konstituiert sich selbst. Vier Mitglieder werden durch das KSK <sup>1</sup>, ein Mitglied wird durch die PKU <sup>2</sup> gewählt.

Die Amtsdauer des Stiftungsrates beträgt drei Jahre. Die maximale Amtsdauer eines Stiftungsrates beträgt 12 Jahre. Die Mitgliedschaft im Stiftungsrat endet mit dem Jahr, in dem das 65. Altersjahr erreicht wird.

Die unübertragbaren Befugnisse des Stiftungsrates sind:

- Wahl der Revisionsstelle (jeweils für ein Jahr);
- Anstellung des Geschäftsführers bzw. der Mitglieder der Geschäftsleitung;
- Erlass des Stiftungsreglements und weiterer Reglemente, die der Genehmigung durch das Eidgenössische Departement des Innern bedürfen.

### **Art. 7 Geschäftsleitung**

Zusammensetzung, Aufgaben und Befugnisse der Geschäftsleitung werden im Stiftungsreglement geregelt.

### **Art. 8 Revisionsstelle**

Die Revisionsstelle nimmt ihre Aufgaben in sinngemässer Anwendung der im KVG und den zugehörigen Ausführungsbestimmungen bezüglich der Revisionsstelle der Versicherer festgelegten Vorschriften wahr. Im Stiftungsreglement können ergänzende bzw. präzisierende Regelungen getroffen werden.

### **Art. 9 Genehmigung und In-Kraft-Treten**

Die vorliegende Stiftungsurkunde bedarf der Genehmigung durch das Eidgenössische Departement des Innern. Es tritt nach der Genehmigung sofort in Kraft.



Solothurn, den 29. April 1996

Für die Stifter:

Konkordat der Schweizerischen  
Krankenversicherer (KSK) <sup>1</sup>:

Schweizerische Vereinigung  
privater Kranken- und Unfallversicherer (PKU) <sup>2</sup>:

Ueli Müller

François Guisan

Hans Christen

Thomas K. Braun

Genehmigt am 4. September 1996

EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN

Ruth Dreifuss  
Bundesrätin

<sup>1</sup> heute santésuisse genannt.

<sup>2</sup> heute Schweizerischer Versicherungsverband (SV) genannt.



## **B. Stiftungsreglement**

(Stand 1. Juli 2000)

### **1. Zweck des Reglementes**

Dieses Reglement ergänzt die im Stiftungsstatut enthaltenen Regelungen bzw. führt die dortigen Regelungen näher aus.

### **2. Führungs- und Problemlösungsverantwortung**

2.1. Der Stiftungsrat trägt die strategische Führungsverantwortung. Die Problemlösungsverantwortung für diese Ebene liegt beim Präsidenten. Führungsinstrumente der strategischen Ebene sind insbesondere:

- Stiftungsurkunde,
- Geschäftsreglement,
- Anstellungsreglement,
- Spesenreglement,
- Managementverträge mit anderen Organisationen der Sozialversicherung,
- Anstellungsverträge (inklusive Stellenbeschreibung) für die Geschäftsleitungsmitglieder,
- Jahresbudget.

Beim Risikoausgleich befasst sich der Stiftungsrat mit dem Vollzug des Risikoausgleichs aufgrund der gesetzlichen Grundlagen (KVG, Verordnung über den Risikoausgleich). Bei Änderungen der gesetzlichen Grundlagen äussert sich der Stiftungsrat nur zu Durchführungsfragen.

2.2. Der Geschäftsführer trägt die operative Verantwortung. In diesem Bereich vertritt er die Stiftung nach aussen. Die Problemlösungsverantwortung für diese Ebene liegt beim Geschäftsführer. Führungsinstrumente der operativen Ebene sind insbesondere:

- Reglemente der einzelnen Aufgabenbereiche,
- Organisationsreglement,
- Anstellungsverträge übrige Angestellte,
- Stellenplan,
- Budgets der einzelnen Aufgabenbereiche,
- Geschäftsberichte (Tätigkeitsberichte und Jahresrechnungen) der einzelnen Aufgabenbereiche.

### **3. Vertretung, Unterschriften**

3.1. Der Präsident vertritt den Stiftungsrat gegenüber Dritten in Absprache mit dem Geschäftsführer.

3.2. Der Präsident führt zusammen mit dem Geschäftsführer die rechtsverbindliche Unterschrift.

3.3. Für den Bank- und Zahlungsverkehr sowie für weitere Rechtsgeschäfte kann der Stiftungsrat die Zeichnungsberechtigung an den Geschäftsführer und ein weiteres Mitglied der Geschäftsleitung übertragen. Dabei ist stets Kollektivunterschrift erforderlich.

3.4. Die Geschäftskorrespondenz wird in der Regel einzeln unterzeichnet. Der Stiftungsrat regelt die Unterschriftsberechtigung.

3.5. Die Anstellungsverträge der Mitglieder der Geschäftsleitung unterzeichnen der Präsident und der Geschäftsführer gemeinsam. Die übrigen Anstellungsverträge unterzeichnet der Geschäftsführer einzeln.

3.6. Das Nähere zu Ziff. 3.3. und 3.4. wird im Organisationsreglement geregelt.

### **4. Sitzungen Stiftungsrat**

4.1. Die Sitzungsunterlagen werden in der Regel vom Geschäftsführer erarbeitet. Sie müssen einen Antrag enthalten.

4.2. Die Einladung mit Traktandenliste und Sitzungsunterlagen wird den Stiftungsräten wenigstens sieben Tage vor dem Sitzungstermin zugestellt.

4.3. Der Stiftungsrat fasst seine Beschlüsse mit dem einfachen Mehr der abgegebenen Stimmen. Stimmenthaltung ist möglich. Bei Stimmgleichheit steht dem Präsidenten der Stichentscheid zu. Bei Wahlen gilt bei Stimmgleichheit das Los.

4.4. Der Geschäftsführer nimmt mit beratender Stimme an den Sitzungen teil. Bei Bedarf können weitere Mitglieder der Geschäftsleitung zu einzelnen Geschäften eingeladen werden.

4.5. Der Stiftungsrat ist beschlussfähig, wenn mindestens drei Mitglieder anwesend sind.

4.6. Der Stiftungsrat kann seine Beschlüsse auf dem Korrespondenzweg fassen, es sei denn, ein Mitglied verlange die Diskussion. Die Frist für die Stimmabgabe beträgt wenigstens zehn Tage. Dabei gilt ein Antrag als angenommen,



wenn wenigstens drei Stiftungsräte an der Abstimmung teilnehmen und keine Stimme gegen den Antrag abgegeben wird. Ein solcher Beschluss wird im Protokoll der nächsten Sitzung festgehalten.

- 4.7. Der Geschäftsführer erstellt ein Beschlussprotokoll, welches vom Präsidenten visiert wird.
- 4.8. Das Protokoll wird nach der Visierung durch den Präsidenten den Stiftungsräten und den Mitgliedern der Geschäftsleitung zugestellt.
- 4.9. Die für die Krankenversicherer relevanten Beschlüsse des Stiftungsrates werden diesen durch Rundschreiben mitgeteilt.

## **5. Budgetierung, Ausgabenkontrolle**

- 5.1. Der Geschäftsführer unterbreitet dem Stiftungsrat spätestens im November ein Jahresbudget mit schriftlichem Kommentar.
- 5.2. Das Jahresbudget ist innerhalb der einzelnen Aufgabenbereiche gegliedert nach Kostenarten. Investitionen werden im Jahresbudget separat erwähnt.
- 5.3. Der Geschäftsführer stellt den Stiftungsräten quartalsweise einen Vergleich der laufenden Rechnung mit dem Jahresbudget zu.

## **6. Rechnungswesen**

- 6.1. Neben der Gesamtbetriebsrechnung wird für jeden Aufgabenbereich eine Kostenstellenrechnung geführt.
- 6.2. Eine Bilanz wird nur für die Stiftung als Ganzes erstellt.

## **7. Löhne**

- 7.1. Die Löhne der Geschäftsleitungsmitglieder werden vom Stiftungsrat festgesetzt.
- 7.2. Die Löhne der übrigen Mitarbeiter werden vom Geschäftsführer festgesetzt.

## **8. Anvertrauen von Aufgaben durch Versicherer**

- 8.1. Die Versicherer können der Gemeinsamen Einrichtung KVG im gegenseitigen Einvernehmen bestimmte Aufgaben von gemeinsamem Interesse anvertrauen, namentlich im administrativen und technischen Bereich (Art. 18 Abs. 4 KVG).
- 8.2. Die Anvertrauung setzt die Zustimmung von KSK<sup>1</sup> und PKU<sup>2</sup> voraus.
- 8.3. Die Anvertrauung einer Aufgabe durch die Versicherer bewirkt, dass diese Aufgabe für sämtliche Versicherer verbindlich ist.

## **9. In-Kraft-Treten**

- 9.1. Das vorliegende Reglement bedarf der Genehmigung durch das Eidgenössische Departement des Innern. Es tritt nach der Genehmigung sofort in Kraft.
- 9.2. Die Änderungen gemäss Ziffer 2.1., 4.8. und 4.9. treten am 1. Juli 2000 in Kraft.

Solothurn, 17. Januar 1996

GEMEINSAME EINRICHTUNG KVG

Ueli Müller            Rolf Sutter  
Präsident            Geschäftsführer

Genehmigt am 4. September 1996 bzw. 6. Juli 2000 (Änderungen gemäss Ziffer 9.2.)

EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN

Ruth Dreifuss  
Bundesrätin

<sup>1</sup> heute santésuisse genannt.

<sup>2</sup> heute Schweizerischer Versicherungsverband (SV) genannt.



## **C. Reglement über die Durchführung der internationalen Koordination in der Krankenversicherung**

(Stand 1. Januar 2007)

### **1. Aufgaben**

#### 1.1. Grundsatz

Die Gemeinsame Einrichtung KVG ist für die Durchführung der internationalen Koordination der Krankenversicherung nach den internationalen Verpflichtungen der Schweiz zuständig.

#### 1.2. Basis

1.2.1. Die der Gemeinsamen Einrichtung KVG vom Parlament bzw. vom Bundesrat übertragenen Aufgaben werden im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) bzw. in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) festgehalten.

1.2.2. Die Aufgaben, welche die Gemeinsame Einrichtung KVG gemäss Art. 18 Abs. 2sexies KVG von den Kantonen gegen Entschädigung übernehmen kann, werden in einer Vereinbarung zwischen der Gemeinsamen Einrichtung KVG und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) festgehalten. Die Gemeinsame Einrichtung KVG kann die Übernahme einzelner Aufgaben von einzelnen Kantonen mit diesen direkt vereinbaren.

### **2. Kredite**

#### 2.1. Kreditvertrag

Die Gemeinsame Einrichtung KVG schliesst mit Kreditgebern Kreditverträge ab, welche es ihr ermöglichen, die Zahlungen an die Leistungserbringer vorzunehmen.

#### 2.2. Garantieerklärung Bund

Die Gemeinsame Einrichtung KVG kann beim Bund die Abgabe einer Garantieerklärung beantragen, wenn der Kreditgeber dies so verlangt.

### **3. Finanzierung**

#### 3.1. Bund

3.1.1. Der Bund übernimmt die Kosten der Gemeinsamen Einrichtung KVG gemäss Art. 19 Abs. 3 dritter Satz KVV.

3.1.2. Die Finanzierung der vom Parlament übertragenen Aufgaben, welche die Gemeinsame Einrichtung KVG an Stelle der Kantone durchführt (Art. 18 Abs. 2bis-quinquies KVG), erfolgt durch den Bund (Art. 18 Abs. 5bis KVG).

3.1.3. Der Bund übernimmt die der Gemeinsamen Einrichtung KVG durch die Vorfinanzierung der Leistungsaushilfe in der Schweiz entstehenden Zinskosten (Art. 19 Abs. 3 zweiter Satz KVV).

#### 3.2. Kantone

3.2.1. Die Finanzierung der Aufgaben, welche die Gemeinsame Einrichtung KVG gemäss Art. 18 Abs. 2sexies KVG von den Kantonen übernehmen kann, erfolgt durch die Kantone.

3.2.2. Für diese Dienstleistungen vereinbart die Gemeinsame Einrichtung KVG mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) oder mit den betreffenden Kantonen kostendeckende Gebühren.

#### 3.3. Schweizer Versicherer

3.3.1. Die Schweizer Versicherer übernehmen die Kosten der Gemeinsamen Einrichtung KVG gemäss Art. 19 Abs. 3 erster Satz KVV.

3.3.2. Zu den Verwaltungskosten gemäss Ziffer 3.3.1. gehören die Debitorenverluste aus Kostenbeteiligungsrechnungen für Versicherte, bei denen eine Leistungsaushilfe in der Schweiz durch die Gemeinsame Einrichtung KVG erfolgte.

3.3.3. Zu den Verwaltungskosten gemäss Ziffer 3.3.1. gehört die Differenz zwischen den Kosten (abzüglich der Kostenbeteiligung) gemäss den Rechnungen der Leistungserbringer und der Rechnungsstellung durch die Gemeinsame Einrichtung KVG über die Verbindungsstellen an die zuständigen Träger für die Kategorien, bei denen gemäss Art. 94 bzw. 95 Verordnung (EWG) Nr. 574/72 eine Rechnungsstellung auf Grund eines Pauschalbetrages an Stelle der effektiven Kosten erfolgt.

3.3.4. Die Versicherer tragen proportional zur Anzahl der bei ihnen obligatorisch für Krankenpflege versicherten Personen die Verwaltungskosten gemäss Ziffer 3.3.1. bis 3.3.3. Versicherte mit Wohnsitz in einem EG-Mitgliedstaat bzw. in Island oder Norwegen sind inbegriffen, Versicherte gemäss Art. 105a KVG sind nicht inbegriffen. Für die Berechnung der Versichertenbestände eines Versicherers sind die Versicherungsmonate massgebend.



- 3.3.5. Der Stiftungsrat setzt aufgrund des Budgets der Verwaltungskosten eine Vorauszahlung fest. Diese deckt rund die Hälfte der budgetierten Verwaltungskosten. Die Vorauszahlung ist bis Ende Februar des Rechnungsjahres zu leisten.
- 3.3.6. Der Stiftungsrat setzt aufgrund der Höhe der Verwaltungskosten und der prognostizierten Anzahl der obligatorisch für Krankenpflege versicherten Personen die Höhe des definitiven Beitrags fest. Die Zahlung für den definitiven Beitrag ist bis zum 30. Juni des dem Rechnungsjahr folgenden Jahres zu leisten.
- 3.3.7. Versicherer, welche die Zahlungsfristen nicht einhalten, haben nach deren Ablauf einen Verzugszins von 6 Prozent pro Jahr an die Gemeinsame Einrichtung KVG zu bezahlen.
- 3.4. Kostenausscheidung nach Trägern  
Die Gemeinsame Einrichtung KVG trifft in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit die notwendigen Massnahmen zur Ausscheidung der Kosten auf die Träger gemäss den Ziffern 3.1., 3.2. bzw. 3.3.

#### **4. Vollzug**

Der Vollzug der Aufgaben gemäss Ziffer 1. wird wo notwendig im Anhang zu diesem Reglement festgehalten.

#### **5. In-Kraft-Treten**

- 5.1. Das vorliegende Reglement bedarf der Genehmigung durch das Eidgenössische Departement des Innern.
- 5.2. Es tritt am 1. Januar 2007 in Kraft.
- 5.3. Das Reglement über die Durchführung der internationalen Koordination in der Krankenversicherung vom 17. Mai 2002 wird aufgehoben.

Solothurn, 6. Juli 2006

GEMEINSAME EINRICHTUNG KVG

Ueli Müller  
Präsident

Rolf Sutter  
Geschäftsführer

Genehmigt am 20. Dezember 2006

EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN

Pascal Couchepin  
Bundesrat



## **D. Anhang zum Reglement über die Durchführung der internationalen Koordination in der Krankenversicherung**

(Stand 1. Januar 2007)

### **1. Zweck**

- 1.1. Der Zweck dieses Anhangs besteht in einer Präzisierung des Koordinationsrechts der EG, des Personenfreizügigkeitsabkommens bzw. des revidierten EFTA-Abkommens, des innerstaatlichen Rechts bzw. des Reglements über die Durchführung der internationalen Koordination in der Krankenversicherung.
- 1.2. Der Anhang ermöglicht es der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG, bei den vom Parlament, vom Bundesrat oder von einem Kanton zugewiesenen Aufgaben auf einer einheitlichen Grundlage rasch und selbständig zu handeln. Er soll die Rechtssicherheit erhöhen.

### **2. Befreiung von der Versicherungspflicht (Art. 18 Abs. 2bis KVG)**

- 2.1. Das Verfahren bezüglich der Befreiung von der Versicherungspflicht richtet sich nach dem Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG).
- 2.2. Der Antrag auf Befreiung von Personen, welche eine Schweizer Rente beziehen, sowie deren Familienangehörigen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen wohnen, ist innerhalb von drei Monaten nach Entstehung der Versicherungspflicht in der Schweiz an die Gemeinsame Einrichtung KVG zu richten. Massgeblich ist das Datum der Postaufgabe des Antrags.
- 2.3. Bei Wohnsitz in einem Staat, welcher im Anhang II zum Personenfreizügigkeitsabkommen die Möglichkeit vorsieht, sich im Wohnstaat zu versichern (Optionsrecht), wird die Befreiung gestützt auf Art. 2 Abs. 6 KVV gewährt, wenn der Rentner nachweist, dass er über einen gleichwertigen Versicherungsschutz im Wohnstaat, in der Schweiz und in den andern EG-Mitgliedstaaten verfügt.  
  
Bei Wohnsitz in einem anderen Staat kann eine Befreiung nur unter den Voraussetzungen von Art. 2 Abs. 8 KVV gewährt werden.
- 2.4. Wird dem Antrag entsprochen, erfolgt die Eröffnung des Entscheides in Briefform. Der Adressat wird darauf aufmerksam gemacht, dass er innert 60 Tagen eine formelle Verfügung verlangen kann.
- 2.5. Wird der Antrag abgelehnt, so erfolgt die Eröffnung des Entscheides mittels einsprachefähiger Verfügung. Die versicherungspflichtige Person wird aufgefordert, sich innert eines Monats nach Erhalt der Verfügung bei einem Schweizer Versicherer, der im entsprechenden Wohnstaat tätig ist, zu versichern. Wenn die Gefahr von Versicherungslücken besteht, kann die Gemeinsame Einrichtung KVG einer allfälligen Einsprache die aufschiebende Wirkung entziehen und die versicherungspflichtige Person auffordern, sich sofort bei einem Schweizer Versicherer zu versichern.
- 2.6. Die versicherungspflichtige Person hat der Gemeinsamen Einrichtung KVG den Versicherungsnachweis durch Zustellung einer Kopie des Versicherungsausweises zu erbringen. Kommt sie der Aufforderung innert der gesetzten Frist nicht nach, wird sie von der Gemeinsamen Einrichtung KVG gemäss Ziffer 3.6. einem Schweizer Versicherer, der im Wohnstaat tätig ist, zugewiesen.

### **3. Zuweisung zu einem Schweizer Versicherer (Art. 18 Abs. 2ter KVG)**

- 3.1. Das Zuweisungsverfahren richtet sich nach dem Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG).
- 3.2. Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat nicht die Aufgabe, die Einhaltung der Versicherungspflicht der Rentner zu kontrollieren. Nur in Fällen, welche ihr von den zuständigen Instanzen gemeldet werden, führt sie ein Zuweisungsverfahren durch.
- 3.3. Werden Rentner sowie ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen, die in einem EG-Mitgliedstaat, in Island oder in Norwegen wohnen und die ihrer Versicherungspflicht in der Schweiz nicht nachkommen, der Gemeinsamen Einrichtung KVG gemeldet, so fordert diese sie auf, sich innert 30 Tagen bei einem Schweizer Versicherer zu versichern. Sie stellt ihnen zu diesem Zwecke eine Liste der Schweizer Versicherer, die im Wohnstaat des Rentners tätig sind, zu. Die Liste enthält die vom Bundesamt für Gesundheit genehmigten Prämien. Gegebenenfalls berät die Gemeinsame Einrichtung KVG die betroffenen Personen auch über die Möglichkeit einer Befreiung von der Versicherungspflicht in der Schweiz.
- 3.4. Die versicherungspflichtige Person hat der Gemeinsamen Einrichtung KVG den Versicherungsnachweis durch Zustellung einer Kopie des Versicherungsausweises zu erbringen.
- 3.5. Kommt die versicherungspflichtige Person der Aufforderung nicht nach, erhält sie ein Mahnschreiben. Darin wird ihr die Zuweisung zu einem Schweizer Versicherer angedroht für den Fall, dass sie der Versicherungspflicht nicht innert der gesetzten Frist selber nachkommt.



- 3.6. Verstreicht diese Frist ungenutzt, so weist die Gemeinsame Einrichtung KVG die versicherungspflichtige Person einem Schweizer Versicherer zu. Die Zuweisung erfolgt in Form einer einsprachefähigen Verfügung. Allfällige nicht erwerbstätige Familienangehörige werden demselben Versicherer zugewiesen wie der Rentner. Der betroffene Versicherer wird angewiesen, die Versicherung durchzuführen, sobald die Verfügung in Rechtskraft erwachsen ist. Wenn die Gefahr von Versicherungslücken besteht, kann die Gemeinsame Einrichtung KVG die Zuweisung direkt nach der vergeblichen Aufforderung gemäss Ziffer 3.3. vornehmen und einer allfälligen Einsprache die aufschiebende Wirkung entziehen.

#### **4. Unterstützung der Kantone bei der Durchführung der Prämienverbilligung (Art. 18 Abs. 2quater KVG)**

##### 4.1. Kompetenz Durchführung

Die Durchführung der Prämienverbilligung für Personen mit aktuellem Anknüpfungspunkt an einen Kanton, die in einem EG-Mitgliedstaat bzw. in Island oder Norwegen wohnen, liegt in der Kompetenz der Kantone.

##### 4.2. Unterstützung Kantone

Die Gemeinsame Einrichtung KVG unterstützt die Kantone in dieser Aufgabe.

#### **5. Übernahme von weiteren Vollzugsaufgaben von den Kantonen gegen Entschädigung (Art. 18 Abs. 2sexies KVG)**

Die Vollzugshilfe der Gemeinsamen Einrichtung KVG bei der Durchführung der KVG-Versicherungskontrolle durch die Kantone erfolgt gemäss dem entsprechenden Reglement bzw. dem Rahmenvertrag zwischen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Gemeinsamen Einrichtung KVG.

#### **6. Durchführung der Prämienverbilligung für Bezüger einer Schweizer Rente, die in einem EG-Mitgliedstaat bzw. in Island oder Norwegen wohnen (Art. 18 Abs. 2quinquies KVG)**

- 6.1. Auf die Prüfung von Gesuchen um Prämienverbilligung gemäss der VPVKEG ist das Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren (VwVG) anwendbar.
- 6.2. Anspruch auf Prämienverbilligung haben alle Bezüger einer schweizerischen gesetzlichen Rente sowie ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, die in einem EG-Mitgliedstaat bzw. in Island oder Norwegen wohnhaft und bei einem Schweizer Versicherer mit der Prämie des Wohnstaates versichert sind.
- 6.3. Der Anspruch auf Prämienverbilligung ist durch die Einreichung eines Antrags bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG geltend zu machen. Zu diesem Zweck stellt die Gemeinsame Einrichtung KVG ein Antragsformular zur Verfügung.
- 6.4. Das Antragsformular ist vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt, unterzeichnet und mit den notwendigen Beilagen versehen bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG einzureichen.
- 6.5. Als Renteneinkommen gelten alle periodischen Einkünfte aus der Schweiz und aus dem Ausland, die weder Erwerbseinkommen noch Vermögenserträge sind. Dazu zählen nicht nur die gesetzlichen Renten (AHV, IV, UV, BV etc.), sondern auch die Leibrenten der privaten Versicherungsgesellschaften.
- 6.6. Als Unterhaltsbeiträge gelten die gerichtlich oder vertraglich festgesetzten Beiträge an den Lebensunterhalt (Art. 143 ZGB bzw. Art. 276 ff ZGB).
- 6.7. Als Vermögensertrag gelten sämtliche Erträge wie Zinsen auf Sparkapitalien, Wertschriftenerträge, Dividenden und andere Gewinnanteile, Erträge aus rückkaufsfähigen Kapitalversicherungen, Einkünfte aus Miet-, Pacht- und Bau-rechtszinsen sowie Entschädigungen aus immateriellen Gütern (Patente, Lizenzen, Urheberrechte usw.) etc. Nicht angerechnet werden Eigenmietwerte von selbst bewohnten Liegenschaften. Vom Vermögensertrag können nachgewiesene Schuldzinsen in Abzug gebracht werden.
- 6.8. Ein allfälliges Erwerbseinkommen wird angerechnet. Falls dieses eine Versicherungspflicht in einem anderen Staat als der Schweiz begründet, wird der Antrag auf Prämienverbilligung abgewiesen.
- 6.9. Das Vermögen umfasst alle in- und ausländischen vermögenswerten Sachen und Rechte, die der Rentner und die mitversicherten Familienangehörigen zu Eigentum haben. Dazu gehören insbesondere Bargeld, Sparhefte und Bankkonti, Wertschriften, Grundstücke, Autos, Wertsachen etc. Nachweisbare Schulden werden vom Vermögen in Abzug gebracht.
- 6.10. Für die Bewertung des Vermögens ist der Vermögensstand am 1. Januar des Jahres, für welches eine Prämienverbilligung beantragt wird bzw. bei Beginn des Anspruchs auf Prämienverbilligung massgebend. Die Bewertung der einzelnen Vermögensteile erfolgt grundsätzlich zum Verkehrswert.
- 6.11. Für die Umrechnung des anrechenbaren Einkommens und des Reinvermögens ist der Kurs am 1. Tag des Quartals massgeblich, in welchem der Antrag bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG eintrifft (Datum des Eingangsstempels).



- 6.12. Die Gemeinsame Einrichtung KVG gewährt die Prämienverbilligung in der Form einer beschwerdefähigen Verfügung. Muss das Gesuch abgewiesen werden, erlässt sie einen Vorbescheid und gibt dem Gesuchsteller Gelegenheit zur Stellungnahme. Anschliessend erlässt sie den Entscheid in der Form einer beschwerdefähigen Verfügung.
- 6.13. Die Gemeinsame Einrichtung KVG informiert vor Ende des Kalenderjahres die Bezüger von Prämienverbilligungen, dass die Anträge bis zum 31. März des Folgejahres erneuert werden müssen. Bei rechtzeitiger Anmeldung besteht der Anspruch ab 1. Januar des Folgejahrs. Bei verspäteter Anmeldung beginnt der Anspruch am ersten Tag des Monats der Postaufgabe des Erneuerungsantrags.

## **7. Aufgaben als aushelfender Träger für Personen, welche in einem EG-Mitgliedstaat bzw. in Island, Liechtenstein oder Norwegen versichert sind (Art. 19 Abs. 1 KVV)**

### 7.1. Fälle mit Leistungsaushilfe

#### 7.1.1. Allgemeines

Die Gemeinsame Einrichtung KVG übernimmt die Kosten bei Krankheit, Mutterschaft und Nichtberufsunfall gemäss den Bestimmungen des KVG.

#### 7.1.2. Wohnsitz in der Schweiz

7.1.2.1. In der Schweiz wohnhafte Personen werden aufgrund der Anspruchsbescheinigungen E 106, E 109 oder E 121 bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG registriert und erhalten eine Karte, mit welcher sie sich bei den Schweizer Leistungserbringern über ihren Anspruch ausweisen können. Personen mit der Anspruchsbescheinigung E 109 oder E 121 erhalten zudem die europäische Krankenversicherungskarte bzw. die provisorische Ersatzbescheinigung, welche sie zum Leistungsbezug in den EG-Mitgliedstaaten, in Liechtenstein, Island oder Norwegen berechtigt.

7.1.2.2. Bevor eine Person registriert wird, prüft die Gemeinsame Einrichtung KVG aufgrund eines der Person zur Beantwortung zugestellten Fragebogens, ob eine Versicherungspflicht in der Schweiz besteht. Ist dies der Fall, verweigert sie die Registrierung und gibt der betroffenen Person Gelegenheit zur Stellungnahme. Wird die Registrierung definitiv verweigert, teilt die Gemeinsame Einrichtung KVG ihren Entscheid dem zuständigen Träger sowie der zuständigen kantonalen Behörde mit. Die Voraussetzungen der Registrierung werden mittels Fragebogen jährlich überprüft.

7.1.2.3. Die Gemeinsame Einrichtung KVG erhebt die Kostenbeteiligung nach Art. 103 Abs. 1 bis 3 KVV.

7.1.2.4. Wenn die versicherte Person die Kostenbeteiligung nicht fristgerecht bezahlt, wird sie gemahnt. Wenn die Kostenbeteiligung auch nach der dritten Mahnung nicht bezahlt wird, erhebt die Gemeinsame Einrichtung KVG eine Gebühr von 50 Franken für Umtriebe und Spesen. Sie leitet zudem das Betreibungsverfahren ein.

#### 7.1.3. Wohnsitz ausserhalb der Schweiz

7.1.3.1. Nicht in der Schweiz wohnhafte Personen erhalten Leistungsaushilfe aufgrund der europäischen Krankenversicherungskarte. Wenn diese nicht vorliegt, fordert die Gemeinsame Einrichtung KVG eine provisorische Ersatzbescheinigung beim zuständigen Träger an, sofern ihr dieser bekannt ist.

7.1.3.2. Die Gemeinsame Einrichtung KVG erhebt die Kostenbeteiligung gemäss Art. 103 Abs. 6 KVV.

7.1.3.3. Wenn die versicherte Person die Kostenbeteiligung nicht fristgerecht bezahlt, wird sie gemahnt. Wenn die Kostenbeteiligung auch nach der dritten Mahnung nicht bezahlt wird, wird sie abgeschrieben. Soweit internationale Vollstreckungsabkommen oder andere Vereinbarungen es erlauben, kann die Gemeinsame Einrichtung KVG das Vollstreckungsverfahren im Wohnstaat auf dem Wege der Amtshilfe einleiten lassen.

### 7.2. Fälle ohne Leistungsaushilfe

Konten während des Aufenthalts in der Schweiz keine Sachleistungen in Anspruch genommen werden, so ermittelt die Gemeinsame Einrichtung KVG auf Ersuchen des zuständigen Trägers den erstattungsfähigen Betrag (Formular E 126). Der Betrag ist um die Kostenbeteiligung gemäss Art. 103 Abs. 6 KVV zu kürzen.

## **8. Inkasso der Forderungen der aushelfenden Träger in den EG-Mitgliedstaaten bzw. in Island, Liechtenstein oder Norwegen bei den Schweizer Versicherern**

### 8.1. Währungsumrechnung

8.1.1. Für die Umrechnung der Forderungen der aushelfenden Träger in den EG-Mitgliedstaaten bzw. in Island oder Norwegen in die schweizerische Währung ist der Devisenkurs (Verkauf) des ersten Tages desjenigen Semesters massgeblich, in welchem das Formular E 125 (Einzelaufstellung der tatsächlichen Aufwendungen) über die Verbindungsstelle im EG-Mitgliedstaat bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG eintrifft (Datum des Eingangsstempels).



8.1.2. Für die Umrechnung der Forderungen der aushelfenden Träger in den EG-Mitgliedstaaten bzw. in Island oder Norwegen in Form von Monatspauschalbeträgen in die schweizerische Währung ist der Devisenkurs (Verkauf) des ersten Tages desjenigen Kalenderjahres massgeblich, in welchem die Rechnung über die Verbindungsstelle im EG-Mitgliedstaat bzw. in Island oder Norwegen bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG eintrifft (Datum des Eingangsstempels).

8.2. Pauschale pro Familie

Bezieht sich der Pauschalbetrag gemäss Ziffer 8.1.2 nicht auf eine Person, sondern auf eine Familie, so hat der Versicherer die Aufteilung des Pauschalbetrages auf die versicherten Familienangehörigen gemäss den Weisungen des Bundesamtes für Gesundheit vorzunehmen.

8.3. Zahlungsfrist

Die Zahlungsfrist beträgt 60 Tage. Versicherer, welche die Zahlungsfrist nicht einhalten, haben nach deren Ablauf einen Verzugszins von 6 Prozent pro Jahr an die Gemeinsame Einrichtung KVG zu bezahlen.

## **9. Berechnung der Jahresdurchschnittskosten in der Schweiz für Leistungen, die den zuständigen Trägern in den EG-Mitgliedstaaten bzw. in Island oder Norwegen in Rechnung gestellt werden (Art. 19 Abs. 2 Bst. b KVV)**

9.1. Kostenstatistiken

Als Kostenstatistik der schweizerischen Krankenversicherung gilt der Risikoausgleich. Massgeblich sind die Kosten vor Abzug der Kostenbeteiligungen.

9.2. Jahresdurchschnittskosten Familienangehörige eines Erwerbstätigen, der nicht in der Schweiz wohnt

Als Durchschnittskosten der in der Schweiz wohnhaften Familienangehörigen eines Erwerbstätigen gemäss Art. 94 Abs. 3 Bst. a Verordnung (EWG) Nr. 574/72 gelten die gewogenen Durchschnittskosten des nicht erwerbstätigen Ehepartners (im Alter zwischen 26 und 65 Jahren) sowie dessen Kinder (unter 19 Jahren) im Risikoausgleich. Entscheidend ist die Zusammensetzung der Modellfamilie gemäss den letzten verfügbaren Daten der Eidgenössischen Volkszählung.

9.3. Jahresdurchschnittskosten Rentner

Als Durchschnittskosten der Rentner gemäss Art. 95 Abs. 3 Bst. a Verordnung (EWG) Nr. 574/72 gelten die gewogenen Durchschnittskosten des Rentners bzw. der Rentnerin (im Alter ab 66 Jahren), dessen nicht erwerbstätigen Ehegattin bzw. Ehegatten (56 - 65 Jahre) sowie der Kinder (bis 19 Jahre) im Risikoausgleich. Entscheidend ist die Zusammensetzung der Modellfamilie gemäss den letzten verfügbaren Daten der AHV-Statistik.

## **10. Rechtspflege**

10.1. Gegen die auf Grund der Ziffern 2.5. und 3.6. erlassenen Verfügungen kann Einsprache erhoben werden bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG. Das Verfahren richtet sich nach dem Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG).

Gegen Einspracheentscheide der Gemeinsamen Einrichtung KVG kann Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erhoben werden. Das Verfahren richtet sich nach dem Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren (VwVG) und nach dem Bundesgesetz über das Bundesverwaltungsgericht (VGG).

10.2. Gegen die auf Grund der Ziffer 6.12. erlassenen Verfügungen kann Beschwerde erhoben werden an das Bundesverwaltungsgericht. Das Verfahren richtet sich nach dem Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren (VwVG) und nach dem Bundesgesetz über das Bundesverwaltungsgericht (VGG).

## **11. Strafbestimmungen**

Als Strafbestimmungen gelten die Art. 92 ff KVG.

## **12. In-Kraft-Treten**

12.1. Der vorliegende Anhang bedarf der Genehmigung durch das Eidgenössische Departement des Innern.

12.2. Er tritt am 1. Januar 2007 in Kraft.

12.3. Der Anhang vom 17. Mai 2002 zum Reglement über die Durchführung der internationalen Koordination in der Krankenversicherung vom 17. Mai 2002 wird aufgehoben.



Solothurn, 6. Juli 2006

GEMEINSAME EINRICHTUNG KVG

Ueli Müller  
Präsident

Rolf Sutter  
Geschäftsführer

Genehmigt am 20. Dezember 2006

EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN

Pascal Couchepin  
Bundesrat



## **E. Reglement über die Vollzugshilfe der Gemeinsamen Einrichtung KVG bei der Durchführung der KVG-Versicherungskontrolle durch die Kantone**

(Stand 1. Juni 2005)

Gestützt auf Art. 18 Abs. 2sexies KVG und Ziffer 5 des Anhangs zum Reglement über die Durchführung der internationalen Koordination in der Krankenversicherung wird folgendes Reglement erlassen.

### **1. Allgemeines**

- 1.1. Gemäss Art. 18 Abs. 2sexies KVG kann die Gemeinsame Einrichtung KVG von den Kantonen gegen Entschädigung Vollzugsaufgaben übernehmen.
- 1.2. Die Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht ist Sache der Kantone (Art. 6 und 6a KVG).
- 1.3. Kantone, welche Vollzugsaufgaben in diesem Bereich an die Gemeinsame Einrichtung KVG übertragen wollen, erklären den Beitritt zum Rahmenvertrag zwischen der GDK und der Gemeinsamen Einrichtung KVG auf dem dafür vorgesehenen Beitrittsformular und schliessen mit dieser eine Vollzugsvereinbarung ab. Sie erteilen der Gemeinsamen Einrichtung KVG eine Vollmacht für die Durchführung der Vollzugsaufgaben. Die Finanzierung der Vollzugsaufgaben erfolgt ausschliesslich durch den delegierenden Kanton. Es stehen dafür weder Versicherungsgelder noch Bundesgelder zur Verfügung.
- 1.4. Die Aufgaben, welche die Kantone delegieren können, sind im Rahmenvertrag aufgeführt. In der Vollzugsvereinbarung werden die vom jeweiligen Kanton delegierten Aufgaben bezeichnet.
- 1.5. Für die Behandlung der Befreiungsgesuche und Meldungen durch die Gemeinsame Einrichtung KVG gelten die nachstehenden Bestimmungen.

### **2. Verfahren**

#### **2.1. Einreichung der Befreiungsgesuche und Meldungen**

Die nach kantonalem Recht zuständigen Stellen leiten die Befreiungsgesuche und Meldungen zur Kontrolle der Versicherungspflicht von Personen gemäss Art. 2 des Rahmenvertrags mitsamt den bei ihr vorhandenen Unterlagen an die Gemeinsame Einrichtung KVG weiter. Die Befreiungsgesuche und Meldungen werden von der Gemeinsamen Einrichtung KVG in einer Datenbank erfasst. Die Gemeinsame Einrichtung KVG sorgt dafür, dass auch die weiteren Verfahrensschritte und Mutationen in der Datenbank nachgeführt werden.

#### **2.2. Anforderung von Unterlagen**

Die Gemeinsame Einrichtung KVG stellt dem Gesuchsteller ein Informationsblatt sowie einen Fragebogen zu und verlangt von ihm die fehlenden Unterlagen und Auskünfte. Sie holt die zum Entscheid notwendigen fehlenden Unterlagen beim Gesuchsteller, bei Amtsstellen oder beim Arbeitgeber ein. Reicht der Gesuchsteller die verlangten Unterlagen nicht innert der gesetzten Frist ein, so erhält er von der Gemeinsamen Einrichtung KVG ein Mahnschreiben. Treffen die Unterlagen auch innert der Nachfrist nicht oder nur unvollständig ein, wird gemäss Ziffer 2.4.2. weiter verfahren.

#### **2.3. Prüfung der Versicherungspflicht**

Die Gemeinsame Einrichtung KVG prüft anhand der eingereichten Unterlagen, ob die Person der Versicherungspflicht in der Schweiz untersteht und gegebenenfalls ob ein Befreiungsgrund vorliegt sowie ob der Gesuchsteller über eine den gesetzlichen Anforderungen entsprechende Versicherungsdeckung für Behandlungen in der Schweiz verfügt (Art. 2 bis 6 KVV).

#### **2.4. Entscheid über das Befreiungsgesuch**

- 2.4.1. Wenn die Prüfung ergibt, dass die Voraussetzungen für eine Befreiung erfüllt sind, wird dem Gesuchsteller der Entscheid mit einem formlosen Schreiben (Briefpapier und Unterschrift der zuständigen kantonalen Stelle) mitgeteilt. Darin wird der Gesuchsteller darauf hingewiesen, dass er eine formelle Verfügung verlangen kann. Eine Kopie des Schreibens wird bei der nach kantonalem Recht zuständigen Stelle und bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG aufbewahrt.

- 2.4.2. Wenn der Antrag auf Befreiung abgelehnt werden muss oder mangels genügender Unterlagen nicht bearbeitet werden kann, teilt die Gemeinsame Einrichtung KVG dies dem Gesuchsteller in Briefform im Sinne eines Vorbescheides mit und gibt ihm Gelegenheit zur Stellungnahme. Soweit der Gesuchsteller rechtzeitig eine Stellungnahme einreicht, überprüft die Gemeinsame Einrichtung KVG den Vorbescheid aufgrund der vorgebrachten Einwände. Wenn der Gesuchsteller auf eine Stellungnahme verzichtet oder die vorgebrachten Einwände nicht stichhaltig sind, bereitet die Gemeinsame Einrichtung KVG zu Händen der nach kantonalem Recht zuständigen Stelle einen Ablehnungsentscheid in Form einer Verfügung mit Begründung und Rechtsmittelbelehrung vor. Darin wird der Versicherungspflichtige gleichzeitig aufgefordert, sich innert eines Monats nachdem die Verfügung in Rechtskraft erwachsen ist, bei einem schweizerischen Krankenversicherer zu versichern und der Gemeinsamen Einrichtung KVG einen Versicherungsnachweis in Form einer Kopie des Versicherungsausweises zu erbringen.



- 2.4.3. Die Gemeinsame Einrichtung KVG stellt den von ihr vorbereiteten Ablehnungsentscheid der nach kantonalem Recht zuständigen Stelle zu, welche eine Verfügung erlässt und diese dem Gesuchsteller eröffnet.
- 2.4.4. Die nach kantonalem Recht zuständige Behörde teilt der Gemeinsamen Einrichtung KVG mit, ob die Verfügung in Rechtskraft erwachsen oder angefochten worden ist.
- 2.5. Zuweisung
- 2.5.1. Erwächst die Verfügung in Rechtskraft und kommt der Gesuchsteller der Aufforderung gemäss Ziffer 2.4.2. innert der gesetzten Frist nicht nach, erhält er von der Gemeinsamen Einrichtung KVG ein Mahnschreiben. Darin wird ihm eine Frist angesetzt zur Wahl und zum Nachweis eines schweizerischen Krankenversicherers. Er wird darauf aufmerksam gemacht, dass er das Recht, den Versicherer zu wählen, verliert und einem Krankenversicherer zugewiesen wird, wenn er sich nicht innert der gesetzten Frist selber bei einem schweizerischen Krankenversicherer versichert.
- 2.5.2. Wenn diese Frist ungenutzt verstreicht, bereitet die Gemeinsame Einrichtung KVG die Zuweisung zu einem schweizerischen Krankenversicherer vor.
- 2.5.3. Die Bestimmung des Krankenversicherers, welchem die Person zugewiesen wird, erfolgt nach einem Prozedere, welches mit dem einzelnen Kanton vereinbart wird.
- 2.5.4. Umfasst eine Zuweisung auch nicht erwerbstätige Familienangehörige, so werden diese dem gleichen Krankenversicherer zugewiesen.
- 2.5.5. Die Zuweisung erfolgt in Form einer Verfügung mit Begründung und Rechtsmittelbelehrung. Die Gemeinsame Einrichtung KVG bereitet die Verfügung zu Händen der nach kantonalem Recht zuständigen Stelle vor. Diese erlässt die Verfügung und eröffnet sie dem Gesuchsteller.
- 2.5.6. Sobald die Verfügung in Rechtskraft erwachsen ist, meldet die nach kantonalem Recht zuständige Stelle die Zuweisung dem betreffenden Krankenversicherer.
- 2.6. Einspracheverfahren
- Wird gegen eine Verfügung Einsprache erhoben, stellt die zuständige kantonale Stelle diese der Gemeinsamen Einrichtung KVG zu. Diese bereitet den Einspracheentscheid vor und stellt der zuständigen kantonalen Stelle, welche den Entscheid dem Gesuchsteller eröffnet, die Akten zur Verfügung.
- 2.7. Beschwerdeverfahren
- Wird gegen einen Einspracheentscheid Beschwerde erhoben, stellt die Gemeinsame Einrichtung KVG der nach kantonalem Recht zuständigen Stelle auf deren Aufforderung hin ihre Akten zur Verfügung und bereitet eine Vernehmlassung zu Händen der Beschwerdeinstanz vor. Die zuständige kantonale Stelle stellt allfällig notwendige Fristerstreckungsgesuche an die Beschwerdeinstanz. Die Vernehmlassung beschränkt sich auf die materiellen Beschwerdegründe nach Bundesrecht. Die Einhaltung der formellen Voraussetzungen nach kantonalem Verfahrensrecht sowie allfälliger kantonalen Spezialbestimmungen ist Sache der nach kantonalem Recht zuständigen Stelle.

### **3. *Bearbeitung von Mutationen und Archivierung***

- 3.1. Die Gemeinsame Einrichtung KVG nimmt Meldungen über Veränderungen in den beruflichen und persönlichen Verhältnissen der versicherungspflichtigen Personen entgegen und veranlasst die notwendigen Massnahmen.
- 3.2. Nach Abschluss eines Verfahrens bewahrt die Gemeinsame Einrichtung KVG die Akten in elektronischer Form auf.

### **4. *In-Kraft-Treten***

Das vorliegende Reglement bedarf der Genehmigung durch das Eidgenössische Departement des Innern. Es tritt gleichzeitig mit dem in Ziffer 1.3. erwähnten Rahmenvertrag in Kraft.

Solothurn, 19. April 2005

GEMEINSAME EINRICHTUNG KVG

Ueli Müller  
Präsident

Rolf Sutter  
Geschäftsführer

Genehmigt am 21. Februar 2006

EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN

Pascal Couchepin  
Bundesrat



## **F. Reglement über die Durchführung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung**

(Stand 1. Januar 2007)

### **1. Verweis auf Verordnung**

Der Risikoausgleich unter den Versicherern wird gemäss Verordnung des Bundesrates vom 12. April 1995 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung durchgeführt.

### **2. Finanzierung Verwaltungskosten**

- 2.1. Die Versicherer tragen proportional zur Anzahl der bei ihnen obligatorisch für Krankenpflege versicherten Personen die Verwaltungskosten des Risikoausgleichs. Versicherte mit Wohnsitz in einem EG-Mitgliedstaat bzw. in Island oder Norwegen sind inbegriffen, Versicherte gemäss Art. 105a KVG sind nicht inbegriffen. Für die Berechnung der Versichertenbestände eines Versicherers sind die Versicherungsmonate massgebend.
- 2.2. Der Stiftungsrat setzt aufgrund des Budgets der Verwaltungskosten eine Vorauszahlung fest. Diese deckt rund die Hälfte der budgetierten Verwaltungskosten. Die Vorauszahlung ist bis Ende Februar des Rechnungsjahres zu leisten.
- 2.3. Der Stiftungsrat setzt aufgrund der Höhe der Verwaltungskosten und der prognostizierten Anzahl der obligatorisch für Krankenpflege versicherten Personen die Höhe des definitiven Beitrags fest. Die Zahlung für den definitiven Beitrag ist bis zum 30. Juni des dem Rechnungsjahr folgenden Jahres zu leisten.
- 2.4. Versicherer, welche die Zahlungsfristen nicht einhalten, haben nach deren Ablauf einen Verzugszins von 6 Prozent pro Jahr an die Gemeinsame Einrichtung KVG zu bezahlen.

### **3. Abrechnungen**

- 3.1. Gemäss Art. 7 Abs. 2 VORA ermittelt die Gemeinsame Einrichtung KVG die Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge und stellt jedem Versicherer die ihn betreffende Saldoabrechnung zu. Die Abrechnungen werden den Versicherern in Verfügungsform zugestellt und enthalten eine Rechtsmittelbelehrung.
- 3.2. Enthält die Abrechnung eine zu leistende Risikoabgabe von weniger als 10 Franken, so wird dieser Betrag beim entsprechenden Versicherer nicht eingefordert. Risikoausgleichsbeiträge werden jedoch vollumfänglich geleistet, auch wenn diese weniger als 10 Franken betragen. Den so verursachten Differenzbetrag zwischen den Ein- und Auszahlungen des Risikoausgleichs entnimmt die Gemeinsame Einrichtung KVG den bei ihr entstehenden Zinserträgen gemäss Art. 13a VORA.

### **4. In-Kraft-Treten**

- 4.1. Das vorliegende Reglement bedarf der Genehmigung durch das Eidgenössische Departement des Innern. Es tritt am 1. Januar 2007 in Kraft.
- 4.2. Das Reglement über die Durchführung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung vom 17. Januar 1996 wird aufgehoben.

Solothurn, 6. Juli 2006

GEMEINSAME EINRICHTUNG KVG

Ueli Müller  
Präsident

Rolf Sutter  
Geschäftsführer

Genehmigt am 20. Dezember 2006

EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN

Pascal Couchepin  
Bundesrat



## **G. Reglement über den Fonds gemäss Art. 13 der am 15. Juni 1998 revidierten Verordnung über den Risikoausgleich**

(Stand 1. Januar 1999)

### **1. Zweck**

Gemäss Art. 13 der vom Bundesrat am 15. Juni 1998 revidierten Verordnung über den Risikoausgleich vom 12. April 1995 öffnet die Gemeinsame Einrichtung KVG einen Fonds. Die Mittel dieses Fonds haben den Zweck, die Beitragszahlungen im Risikoausgleich bei geringfügigen Zahlungsausständen ohne Kürzung termingemäss auszahlen zu können.

### **2. Finanzierung**

Der Fonds wird mit den bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG aufgrund der zeitlich versetzten Ein- und Auszahlungstermine des provisorischen und des definitiven Risikoausgleichs auflaufenden Zinseinnahmen und mit den durch die Anlage der Fondsmittel entstehenden Zinseinnahmen (Eigenverzinsung) bis zu einem maximalen Betrag von 500'000 Franken geäufnet.

### **3. Voraussetzung für die Verwendung der Mittel des Fonds**

Die Mittel des Fonds dürfen lediglich für die Überbrückung von Zahlungsausständen verwendet werden.

Über die Inanspruchnahme von Mitteln des Fonds entscheidet im Einzelfall die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG. Die Inanspruchnahme der Fondsmittel wird vorgängig von der Revisionsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG geprüft.

Durch die Anlage der Fondsmittel entstehen Zinseinnahmen (Eigenverzinsung). Übersteigt der Fonds aufgrund dieser Zinseinnahmen die maximale Höhe von 500'000 Franken, so werden diese zusätzlichen finanziellen Mittel als Beitrag für die Deckung der Verwaltungskosten der Gemeinsamen Einrichtung KVG im Bereich des Risikoausgleichs verwendet.

### **4. Berichterstattung**

Die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG erstattet gegenüber ihrem Stiftungsrat und der Aufsichtsbehörde jährlich Bericht über die Verwendung der Mittel des Fonds. Der Bericht enthält eine gesonderte Rechnung über Einnahmen und Ausgaben des Fonds.

Die Revisionsstelle prüft jährlich, ob die Jahresrechnung formell und materiell den gesetzlichen Anforderungen entspricht und ob die Geschäftsführung für eine ordnungsmässige und korrekte Geschäftsabwicklung Gewähr bietet.

Stellt die Revisionsstelle wesentliche Mängel oder Unregelmässigkeiten bei der Geschäftsabwicklung fest, so informiert sie unverzüglich den Stiftungsrat und die Aufsichtsbehörde.

### **5. Auflösung des Fonds**

Spätestens ein Jahr nach der Durchführung des letzten Risikoausgleichs ist der Fonds den Krankenversicherern zurück zu vergüten.

Die Rückvergütung an die einzelnen Krankenversicherer richtet sich nach deren umsatzmässigen Beteiligung am Risikoausgleich der Jahre, in welchen der Fonds geäufnet wurde.

### **6. In-Kraft-Treten**

Dieses Reglement wurde vom Stiftungsrat der Gemeinsamen Einrichtung KVG in seiner Sitzung vom 3. Dezember 1998 beschlossen. Es tritt nach der Genehmigung durch das Eidgenössische Departement des Innern am 1. Januar 1999 in Kraft.

Solothurn, den 5. Februar 1999

GEMEINSAME EINRICHTUNG KVG

Ueli Müller  
Präsident

Rolf Sutter  
Geschäftsführer

Genehmigt am 19. Februar 1999

EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN

Bruno Ferrari-Visca  
Stellvertretender Generalsekretär



## **H. Reglement über die Übernahme der Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern**

(Stand 1. Januar 1998)

### **1. Aufgabe, Geltungsbereich**

- 1.1. Die Gemeinsame Einrichtung KVG übernimmt die Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern.
- 1.2. Als Versicherer gelten Versicherungseinrichtungen, welche über eine Bewilligung des Eidgenössischen Departementes des Innern im Sinne von Art. 13 KVG verfügen.
- 1.3. Bei Erkrankten bzw. Verunfallten, welche trotz Obligatorium nicht für Krankenpflege versichert sind, werden keine Kosten übernommen.

### **2. Fondsmittel**

- 2.1. Es wird ein Insolvenzfonds (Fonds) gebildet. Dieser wird geäufnet aus Beiträgen der Versicherer (Art. 18 Abs. 5 KVG bzw. Ziff. 6. des Reglementes) sowie durch das Aufnehmen von Vermögen aufgelöster privatrechtlich organisierter Krankenkassen (Art. 99 Abs. 3 KVG).
- 2.2. Reichen die Mittel gemäss Ziff. 2.1. nicht aus, so haben die Versicherer Nachzahlungen zu entrichten.

### **3. Zahlungsunfähigkeit**

Als zahlungsunfähig gilt ein Versicherer dann, wenn dies nach den Bestimmungen des SchKG feststeht.

### **4. Orientierungen, Zustellung Rechnungen**

- 4.1. Die obligatorisch für Krankenpflege Versicherten des zahlungsunfähigen Versicherers werden durch eine Mitteilung des Versicherers darüber orientiert, dass Rückerstattungen von Kosten für die gesetzlichen Leistungen bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG geltend zu machen sind. Als obligatorisch für Krankenpflege Versicherte sind sämtliche für Krankenpflege Versicherte zu verstehen.
- 4.2. Der zahlungsunfähige Versicherer stellt der Gemeinsamen Einrichtung KVG eine Liste der obligatorisch für Krankenpflege Versicherten zu, aus welcher der Beginn und das Ende der Versicherung ersichtlich sind sowie die Höhe der für das betreffende Jahr bereits bezahlten Kostenbeteiligung. Zudem sind die Versicherten mit einer wählbaren Franchise (mit Angabe der Höhe) sowie die Versicherten mit einer eingeschränkten Wahlfreiheit des Leistungserbringers (Art. 41 Abs. 4 KVG) bekannt zu geben.
- 4.3. Die beim zahlungsunfähigen Versicherer direkt vom Leistungserbringer eingehenden Rechnungen der Kosten für die gesetzlichen Leistungen werden an die Gemeinsame Einrichtung KVG weitergeleitet.
- 4.4. Bei der Abwicklung der Zahlungen werden aus den Fondsmitteln vorab die Kosten erstattet, welche von den Versicherten gemäss Ziff. 4.1. aufgrund bereits bezahlter oder noch zu bezahlender Rechnungen geltend gemacht werden.
- 4.5. Soweit die Mittel des Fonds zur Deckung dieser Kosten und der von den Leistungserbringern gemäss Ziff. 4.3. direkt in Rechnung gestellten Kosten nicht ausreichen, werden von den Versicherern gemäss Ziff. 2.2. Nachzahlungen verlangt.
- 4.6. Soweit die Gemeinsame Einrichtung KVG anstelle des zahlungsunfähigen Versicherers aus dem Fonds Zahlungen an Versicherte oder Leistungserbringer zu erbringen hatte, ist sie gegenüber dem zahlungsunfähigen Versicherer rückgriffsberechtigt und gibt die Forderung im Konkurs ein.
- 4.7. Zahlungen, welche im Rahmen des Konkursverfahrens und der Liquidation des zahlungsunfähig gewordenen Versicherers an die Gemeinsame Einrichtung KVG erfolgen, sind als Mittel in den Fonds zu überführen.
- 4.8. Hatten die Versicherer infolge der Zahlungsunfähigkeit des betreffenden liquidierten Versicherers Nachzahlungen zu leisten, so kann der Stiftungsrat im Verhältnis der geleisteten Nachzahlungen Rückerstattungen an die Versicherer beschliessen. Entsprechende Beschlüsse sind vorgängig dem BSV<sup>1</sup> vorzulegen und zu begründen.

### **5. Kostenbeteiligung**

Die Kostenbeteiligung wird unter Berücksichtigung der Versicherungsverhältnisse bzw. der bereits geleisteten Zahlungen durch die Gemeinsame Einrichtung KVG beim Versicherten einkassiert.



## 6. Finanzierung

- 6.1. Die Äufnung des Insolvenz-fonds sowie die Nachzahlungen gemäss Ziff. 2.2. erfolgen durch Beiträge der Versicherer proportional zur Anzahl der bei ihnen obligatorisch für Krankenpflege versicherten Personen. Als obligatorisch für Krankenpflege Versicherte sind sämtliche für Krankenpflege Versicherte zu verstehen. Für die Errechnung der Versichertenbestände eines Versicherers sind die Versicherungsmonate des vorangegangenen Kalenderjahres massgebend.
- 6.2. Die Höhe des Beitrages pro obligatorisch für Krankenpflege versicherte Person sowie der Zahlungstermin werden vom Stiftungsrat festgesetzt. Die entsprechenden Beschlüsse sind vorgängig dem BSV <sup>1</sup> vorzulegen und zu begründen.
- 6.3. Versicherer, welche den Zahlungstermin nicht einhalten, haben pro Monat 0,5 Prozent Verzugszins an die Gemein-same Einrichtung KVG zu bezahlen.

## 7. In-Kraft-Treten

- 7.1. Das vorliegende Reglement bedarf der Genehmigung durch das Eidgenössische Departement des Innern. Es tritt am 1. Januar 1996 in Kraft.
- 7.2. Die Änderungen von Ziff. 2. Ziff. 4.4. - 4.8. und Ziff. 6. treten am 1. Januar 1998 in Kraft.

Solothurn, 17. Januar 1996

GEMEINSAME EINRICHTUNG KVG

Ueli Müller  
Präsident

Rolf Sutter  
Geschäftsführer

Genehmigt am 4. September 1996 bzw. 16. April 1998 (Änderungen gemäss Ziffer 7.2.)

EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN

Ruth Dreifuss  
Bundesrätin

<sup>1</sup> heute BAG zuständig.



## **I. Reglement über die Umverteilung von Reserven zwischen Krankenversicherern**

(Stand 1. Januar 2005)

### **1. Zuständigkeit**

- 1.1. Entzieht das Eidgenössische Departement des Innern einem Krankenversicherer die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung für Teile des örtlichen Tätigkeitsbereichs, so hat der Versicherer einen Anteil seiner Reserven nach Art. 60 KVG abzugeben (Art. 13 Abs. 5 KVG). Die Höhe der abzugebenden Reserven berechnet sich nach den Vorgaben in der Verfügung des Eidgenössischen Departements des Innern.
- 1.2. Sobald die entsprechende Verfügung rechtskräftig geworden ist und die Gemeinsame Einrichtung KVG durch das Bundesamt für Gesundheit davon in Kenntnis gesetzt wurde, berechnet sie den abzugebenden Betrag und nimmt die Umverteilung dieses Betrages auf die Versicherer vor, welche die von der Einschränkung des Tätigkeitsgebiets betroffenen Versicherten aufnehmen (Art. 13 Abs. 5 KVG in Verbindung mit Art. 19a KVV).

### **2. Zweck, Geltungsbereich**

- 2.1. Das Reglement regelt das Verfahren der Umverteilung sowie die Berechnung der den aufnehmenden Versicherern zustehenden Beträge.
- 2.2. Die Umverteilung bezieht sich auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die freiwillige Taggeldversicherung. Sie umfasst die Reserven gemäss Art. 60 KVG in Verbindung mit Art. 78 KVV sowie die Reserven gemäss Art. 75 KVG in Verbindung mit Art. 107 KVV.

### **3. Auskunftspflicht des einschränkenden Versicherers**

- 3.1. Der Versicherer, welcher seinen örtlichen Tätigkeitsbereich einschränkt, ist verpflichtet, der Gemeinsamen Einrichtung KVG die folgenden Angaben, unterschieden nach obligatorischer Krankenpflegeversicherung und freiwilliger Taggeldversicherung, zu liefern:
  - Prämien im Jahr vor der Einschränkung;
  - Reserven am Tag vor der Einschränkung;
  - Anzahl Versicherte am Tag vor der Einschränkung;
  - Anzahl Versicherte im betroffenen Tätigkeitsbereich am Tag vor der Einschränkung (in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unterschieden nach Kindern und übrigen Versicherten);
  - Name der Nachversicherer der von der Einschränkung des örtlichen Tätigkeitsgebietes betroffenen Versicherten und jeweilige Anzahl der aufgenommenen Versicherten (in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unterschieden nach Kindern und übrigen Versicherten).
- 3.2. Die Gemeinsame Einrichtung KVG stellt dem Versicherer, welcher seinen örtlichen Tätigkeitsbereich einschränkt, ein Formular zur Meldung der entsprechenden Angaben zur Verfügung.
- 3.3. Die Revisionsstelle des Versicherers, welcher seinen örtlichen Tätigkeitsbereich einschränkt, bestätigt die Richtigkeit der Angaben gemäss Ziff. 3.1.

### **4. Berechnung der Höhe der abzugebenden Reserven**

- 4.1. Die Gemeinsame Einrichtung KVG berechnet die Höhe der abzugebenden Reserven aufgrund der Vorgaben des Eidgenössischen Departements des Innern in der entsprechenden Verfügung und der Angaben gemäss Ziff. 3.1.
- 4.2. Die Berechnung wird für die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die freiwillige Taggeldversicherung getrennt durchgeführt.
- 4.3. Bestehen Minusreserven, so erfolgt keine Abgabe von Reserven.
- 4.4. Der gemäss den Ziff. 4.1. bis 4.3. berechnete Betrag wird dem Versicherer, welcher seinen örtlichen Tätigkeitsbereich einschränkt, durch die Gemeinsame Einrichtung KVG in Rechnung gestellt.

### **5. Aufgenommene Versicherte**

Als von der Einschränkung des örtlichen Tätigkeitsbereichs betroffene Versicherte gelten Personen, die im Zeitpunkt der Einschränkung im aufgegebenen örtlichen Tätigkeitsbereich des Versicherers wohnhaft und bei ihm für die obligatorische Krankenpflegeversicherung oder die freiwillige Taggeldversicherung versichert waren und von einem anderen Versicherer aufgenommen werden.

### **6. Berechnung der Umverteilung**

- 6.1. Die Umverteilung wird für die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die freiwillige Taggeldversicherung getrennt durchgeführt.
- 6.2. Die Gemeinsame Einrichtung KVG verteilt den abzugebenden Betrag gemäss der Anzahl aufgenommener Versicherten auf die aufnehmenden Versicherer.



- 6.3. Kinder im Sinne von Art. 60 Abs. 3 KVG zählen bei der Berechnung der Umverteilung der Reserven in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu einem Viertel. Entscheidend ist das Alter im Zeitpunkt der Einschränkung des örtlichen Tätigkeitsbereichs.
- 6.4. Andere Kriterien (Altersgruppen Risikoausgleich, Geschlecht, Wohnort etc. der aufgenommenen Versicherten) sind nicht massgebend, da diese bereits bei der Berechnung der Beiträge bzw. Abgaben im Risikoausgleich der aufnehmenden Versicherer berücksichtigt werden.

### **7. Abrechnung pro Versicherer**

Die Gemeinsame Einrichtung KVG stellt den Versicherern, die im Gebiet tätig sind, von welchem sich der einschränkende Versicherer zurückgezogen hat, eine Abrechnung zu.

### **8. Rechtsweg**

Bei Streitigkeiten zwischen der Gemeinsamen Einrichtung KVG und einem Versicherer ist Art. 22 Abs. 3 KVV in seiner Fassung vom 1. Januar 2005 anwendbar.

### **9. Verwaltungskosten**

- 9.1. Die Finanzierung der Verwaltungskosten erfolgt durch den Kapitalertrag, welcher durch die zeitliche Versetzung zwischen der Überweisung des Anteils Reserven gemäss Art. 13 Abs. 5 KVG an die Gemeinsame Einrichtung KVG und der Auszahlung an die aufnehmenden Versicherer entsteht.
- 9.2. Wenn die Verwaltungskosten höher sind als der Kapitalertrag, so reduziert sich der auszahlende Betrag entsprechend.

### **10. Gesamtabrechnung, Revisionsbericht**

- 10.1. Über jede durchgeführte Umverteilung wird eine Gesamtabrechnung erstellt.
- 10.2. Die Gesamtabrechnung wird von der Revisionsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG revidiert, wenn der zur Umverteilung gelangende Betrag mehr als 1 Million Franken beträgt.

### **11. Bericht an die Aufsichtsbehörde**

Die Gemeinsame Einrichtung KVG erstattet dem Bundesamt für Gesundheit über jede durchgeführte Umverteilung einen Bericht. Dieser umfasst die Berechnung der Höhe der abzugebenden Reserven, die Gesamtabrechnung und gegebenenfalls den Revisionsbericht gemäss Ziff. 10 sowie Erläuterungen der Geschäftsstelle.

### **12. Strafrechtliche Bestimmungen**

Widerhandlungen gegen dieses Reglement, insbesondere die Verletzung der Auskunftspflichten, werden gemäss Art. 92 ff. KVG geahndet.

### **13. Genehmigung und In-Kraft-Treten**

- 13.1. Das vorliegende Reglement bedarf der Genehmigung durch das Eidgenössische Departement des Innern.
- 13.2. Es wird auf den 1. Januar 2005 in Kraft gesetzt.

Solothurn, 8. Dezember 2004

GEMEINSAME EINRICHTUNG KVG

Ueli Müller  
Präsident

Rolf Sutter  
Geschäftsführer

Genehmigt am 21. Februar 2006

EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN

Pascal Couchepin  
Bundesrat



## **J. Reglement über die Rückerstattung der Mehreinnahmen der Pharmaindustrie an die Krankenversicherer**

(Stand 1. Januar 2006)

### **1. Zuständigkeit**

- 1.1. Ergibt die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit eines Arzneimittels, dass der bei der Aufnahme in die Spezialitätenliste verfügte Preis zu hoch war, so verfügt das BAG eine angemessene Preissenkung (Art. 67 Abs. 2bis KVV). Gleichzeitig prüft es, ob der Fabrikabgabepreis bei der Aufnahme denjenigen nach der Preissenkung um mehr als 3 Prozent übersteigt. Betragen die dadurch erzielten Mehreinnahmen zudem mindestens 20'000 Franken, kann das BAG das Unternehmen zur Rückerstattung der seit der Aufnahme erzielten Mehreinnahmen an die Gemeinsame Einrichtung KVG verpflichten (Art. 67 Abs. 2ter KVV).
- 1.2. Die Festsetzung des Betrages der zurück zu erstattenden Mehreinnahmen und der Zahlungsfrist erfolgen durch das BAG.
- 1.3. Das Unternehmen überweist den in der Verfügung des BAG festgesetzten Betrag innert der gesetzten Frist an die Gemeinsame Einrichtung KVG.
- 1.4. Die Gemeinsame Einrichtung KVG berechnet die Beiträge pro Versicherer und nimmt die Auszahlung an diese vor.

### **2. Zweck, Geltungsbereich**

Das Reglement regelt das Verfahren der Auszahlung an die Versicherer, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführen.

### **3. Berechnung des Betrags pro Versicherer**

- 3.1. Der Betrag pro Versicherer ergibt sich durch Division des zu überweisenden Betrages durch die Anzahl obligatorisch für Krankenpflege Versicherten, multipliziert mit der Anzahl obligatorisch für Krankenpflege Versicherten des entsprechenden Versicherers.
- 3.2. Für die Errechnung des Versichertenbestandes eines Versicherers sind die Versicherungsmonate massgebend.
- 3.3. Versicherte mit Wohnsitz in einem EG-Mitgliedstaat bzw. in Island oder Norwegen sind inbegriffen.
- 3.4. Massgebend sind die Versichertenbestände des Jahres, welches dem Datum des Zahlungseingangs gemäss Ziffer 1.3. vorausgeht.

### **4. Abrechnung und Auszahlung pro Versicherer**

Die Gemeinsame Einrichtung KVG stellt allen Versicherern, die im für die Bestimmung des Versichertenbestandes massgebenden Jahr für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassen waren, eine Abrechnung zu.

### **5. Verwaltungskosten**

- 5.1. Die Finanzierung der Verwaltungskosten erfolgt durch den Kapitalertrag, welcher durch die zeitliche Versetzung zwischen der Überweisung durch das Unternehmen an die Gemeinsame Einrichtung KVG und der Auszahlung an die Versicherer entsteht.
- 5.2. Wenn die Verwaltungskosten höher sind als der Kapitalertrag, so reduziert sich der auszahlende Betrag entsprechend.

### **6. Gesamtabrechnung, Revisionsbericht**

- 6.1. Über jede durchgeführte Auszahlung wird eine Gesamtabrechnung erstellt.
- 6.2. Die Gesamtabrechnung wird von der Revisionsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG revidiert, wenn der zur Auszahlung gelangende Betrag mehr als eine Million Franken beträgt.

### **7. Bericht an die Aufsichtsbehörde**

Die Gemeinsame Einrichtung KVG erstattet dem BAG über jede durchgeführte Auszahlung einen Bericht. Dieser umfasst die Zahlung durch das Unternehmen, die Berechnung der Höhe des Betrags pro Versicherten, die Gesamtabrechnung und gegebenenfalls den Revisionsbericht gemäss Ziff. 6.2. sowie Erläuterungen der Geschäftsstelle.

### **8. Rechtsweg**

Bei Streitigkeiten zwischen der Gemeinsamen Einrichtung KVG und einem Versicherer ist Art. 22 KVV anwendbar.



**9. Genehmigung und In-Kraft-Treten**

- 9.1. Das vorliegende Reglement bedarf der Genehmigung durch das Eidgenössische Departement des Innern.
- 9.2. Es tritt am 1. Januar 2006 in Kraft.

Solothurn, 13. Dezember 2005

GEMEINSAME EINRICHTUNG KVG

Ueli Müller  
Präsident

Rolf Sutter  
Geschäftsführer

Genehmigt am 20. Dezember 2006

EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN

Pascal Couchepin  
Bundesrat

**Gemeinsame Einrichtung KVG**

Gibelinstrasse 25  
Postfach  
CH-4503 Solothurn

**Institution commune LAMal**

Gibelinstrasse 25  
Case postale  
CH-4503 Soleure

**Istituzione comune LAMal**

Gibelinstrasse 25  
Casella postale  
CH-4503 Soletta

**Common institution under  
the Federal Sickness Insurance Act**

Gibelinstrasse 25  
Postbox  
CH-4503 Solothurn

