



Bundesamt  
für Gesundheit

Office fédéral  
de la santé publique

Ufficio federale  
della sanità pubblica

Uffizi federal  
da sanadad publica

Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Bern, 16. Dezember 2005

## **Kommentar zu den Verordnungsänderungen vom 9. November und 12. Dezember 2005**

### **1. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)**

#### **1.1 Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt (Art. 8 Abs. 1 und 3)**

Bei verspätetem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts. Bei nicht entschuldbarer Verspätung entrichtet die versicherte Person einen Prämienzuschlag. Der Bundesrat legt dafür die Richtsätze fest und berücksichtigt dabei die Höhe der Prämien am Wohnort der versicherten Person und die Dauer der Verspätung (Art. 5 Abs. 2 KVG). Gestützt auf diese gesetzliche Bestimmung hat der Bundesrat festgelegt, dass der Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt während der doppelten Dauer der Verspätung erhoben wird (Art. 8 Abs. 1 KVV).

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in seinem Entscheid vom 25. Februar 2003 festgehalten, dass der Prämienzuschlag aufgrund von Artikel 5 Absatz 2 KVG als Zuschlag zu den monatlichen Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu bezahlen ist. Zudem hat es erklärt, es sei angebracht, die in Artikel 95 UVG für eine vergleichbare Sanktion vorgesehene Höchstdauer von fünf Jahren analog anzuwenden (K 53/02, veröffentlicht in RKUV 2003, S. 95). Gestützt auf diesen Entscheid wird die Erhebungsdauer in Artikel 8 Absatz 1 KVV auf höchstens fünf Jahre beschränkt.

Der Versicherer setzt den Zuschlag nach der finanziellen Lage der versicherten Person fest. Bisher konnten sich verspätet Beigetretene durch den Wechsel des Versicherers der Bezahlung des Zuschlages entziehen, weil der neue Versicherer keine Kenntnis vom Zuschlag erhielt. Gemäss Artikel 7 Absatz 5 KVG endet das Versicherungsverhältnis beim bisherigen Versicherer erst, wenn ihm der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist. Neu schreibt Absatz 3 vor, dass der bisherige Versicherer dem neuen Versicherer den Prämienzuschlag im Rahmen dieser Mitteilung angibt. Ein einmal festgelegter Prämienzuschlag ist auch für die folgenden Versicherer verbindlich.

## **1.2 Protokoll zur Ausdehnung des Freizügigkeitsabkommens auf die zehn neuen Mitgliedstaaten der Europäischen Union ( Artikel 37 Absatz 2 Buchstabe b, 103 Absatz 7 und Übergangsbestimmung zur Änderung vom 9. November 2005)**

Das BAG hat die Versicherer bereits mit Kreisschreiben EU 05/2 vom 12. Oktober 2005 über die Auswirkungen dieser Ausdehnung auf die Krankenversicherung informiert (auf dem Internet unter [www.sozialversicherungen.admin.ch](http://www.sozialversicherungen.admin.ch), KV, EU, Kantone und Versicherer).

## **1.3 Rechnungslegung (Art. 85 und 85a)**

### *Artikel 85 KVV*

Der Ausdruck „Geschäftsbericht über das abgeschlossene Geschäftsjahr“ wird ersetzt durch „Bericht zum abgeschlossenen Geschäftsjahr“. Der bisherige Ausdruck war KVG-spezifisch und entsprach nicht jenem des Obligationenrechts (OR). Im Rahmen der Anpassung der Terminologie von Artikel 60 Absatz 4 KVG an jene des OR wurde auch die Verordnung entsprechend geändert. Dem BAG muss bis zum 30. April eine Mitteilung zuhänden der Aufsichtsbehörde, die Angaben zum abgeschlossenen Geschäftsjahr enthält, eingereicht werden. Nicht einzureichen sind der Geschäftsbericht (Art. 662 OR) und der Jahresbericht (Art. 663 OR). Wie bisher kann der Beschluss des zuständigen Organs des Versicherers über die Genehmigung der Rechnung spätestens bis zum 30. Juni nachgereicht werden.

### *Artikel 85a KVV*

Als Folge der Änderungen von Artikel 60 KVG vom 8. Oktober 2004 (BBl 2004 4289) wurde Artikel 85a KVV ergänzt und angepasst. Artikel 60 KVG sieht vor, dass der Bundesrat die nötigen Vorschriften erlässt bezüglich Rechnungsführung (Buchführung usw.), Rechnungsablage (Klassifizierung der Rechnung usw.), Rechnungskontrolle (Kontrollbehörden der Versicherer, Kontrolle durch die Aufsichtsbehörde), Reservebildung (Höhe, Bewertungsgrundsätze) und Kapitalanlagen. Artikel 85a KVV wird in diesem Sinne ergänzt. Im Übrigen kann das BAG mittels Kreisschreiben die nötigen Vorschriften vorgeben. Zudem wurden drei Absätze gebildet, die je ein klar umgrenztes Thema behandeln:

Wie bisher schreibt *Absatz 1* den Versicherern die Veröffentlichung des Geschäftsberichts vor. Neu hat diese Veröffentlichung bis zum 30. Juni jedes Jahres zu erfolgen, und bis zu diesem Datum ist ein Exemplar des Berichts dem BAG einzureichen. Der zweite Satz in Absatz 1 entspricht dem heutigen Absatz 2. Er verpflichtet die Versicherer, das Dokument allen interessierten Personen zur Verfügung zu stellen.

*Absatz 2* bezieht sich auf den Inhalt des Geschäftsberichts. Allgemein wird der Inhalt des Geschäftsberichts gemäss Artikel 662 ff. OR definiert. Der erste Satz definiert die für das KVG spezifischen Punkte, die im Geschäftsbericht erwähnt werden müssen, entsprechend dem zweiten Teil des heutigen Absatzes 1. Es handelt sich um die Eckdaten nach Versicherungszweig und um die Kennzahlen nach Artikel 31 Absatz 2 KVV. Zudem kann das BAG weitere Anforderungen an den Inhalt des Geschäftsberichts festlegen.

Gestützt auf Artikel 60 Absatz 4 KVG hält Absatz 3 die Fälle fest, in denen eine Konzernrechnung erstellt werden muss. Dazu verweist er auf Artikel 663 e, f und g OR.

#### **1.4 Nichtbezahlung der Prämien und Kostenbeteiligung (Art. 90)**

Aufgrund des neuen Artikels 64a KVG, der am 18. März 2005 angenommen wurde (BBl 2004 4355), wird Artikel 90 angepasst. Die Absätze 1 und 2 bleiben unverändert. Der bisherige Inhalt der Absätze 3 und 4 wird jetzt im Artikel 64a KVG geregelt. Dieser sieht vor, dass der Versicherer die Leistungen bereits aufschieben kann, wenn er im Betreibungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren gestellt hat.

Grundsätzlich betrachtet das BAG einen Leistungsaufschub als eine Anordnung, die erheblich ist, so dass sie nach Artikel 49 Absatz 1 ATSG verfügt werden müsste. Deshalb ist zumindest in jenen Fällen, in denen Versicherte mit dem Leistungsaufschub nicht einverstanden sind, eine Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung zu erlassen.

In einem neuen *Absatz 3* wird festgehalten, dass ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung getrennt von allfälligen Prämienforderungen der freiwilligen Taggeldversicherung nach KVG und der privatrechtlichen Zusatzversicherungen zu mahnen und in Betreuung zu setzen sind. Damit werden Probleme verhindert, die sich ergeben können, weil die Gemeindebehörden in Sozialhilfefällen nur die Ausstände der obligatorischen Krankenpflegeversicherung inkl. Mahn- und Betreuungskosten sowie Verzugszinse, nicht aber Prämienforderungen der freiwilligen Taggeld- und der privatrechtlichen Zusatzversicherungen übernehmen.

Mit dem neuen *Absatz 4* wird festgelegt, wann der Versicherer die Betreuung spätestens einleiten muss. Er kann sie schon in einem früheren Zeitpunkt einleiten, z.B. wenn er zwei Monatsprämien erfolglos gemahnt hat.

Im neuen *Absatz 5* wird der in BGE 125 V 276 und seither mehrmals bestätigten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts Rechnung getragen. Es führt aus, dass ein Krankenversicherer die durch den Verzug des Versicherten bei der Bezahlung der Prämien und Kostenbeteiligung entstandenen Mahngebühren und Umtriebskosten einfordern kann, sofern diese (bei rechtzeitiger Zahlung unnötigen) Aufwendungen von der betroffenen Person schuldhaft verursacht wurden. Eine solche Massnahme muss allerdings in einem Erlass des Versicherers, der den Versicherten zur Kenntnis gebracht wird, ausdrücklich vorgesehen sein.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat im Entscheid K 102/00 vom 22. Oktober 2002 (RKUV 2003 Nr. KV 234 S. 7 ff.) die Verrechnung von ausstehenden Prämienforderungen mit geschuldeten Leistungen durch den Versicherer zugelassen, sofern der Versicherer dem im damaligen Artikel 9 KVV vorgesehenen Verfahren entsprochen hat. Gestützt auf diese Rechtsprechung erklärt der neue *Absatz 6* die Verrechnung von in Betreuung gesetzten Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betreuungskosten mit geschuldeten Leistungsansprüchen der betroffenen versicherten Person durch den Versicherer drei Monate nach Benachrichtigung der zuständigen kantonalen Stelle als zulässig.

*Absatz 7* stellt sicher, dass Versicherte, die wegen Wechsel des Wohnsitzes oder des Arbeitgebers oder weil ihrem Versicherer die Durchführungsbewilligung entzogen wird, den Versicherer verlassen müssen, hinsichtlich Begleichung von ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen keinen Vorteil gegenüber den übrigen Versicherten haben. Im Hinblick

auf Artikel 49 Abs. 1 ATSG geht das BAG davon aus, dass Leistungsaufschübe, soweit sie nicht schon verfügt wurden, spätestens im Zeitpunkt des Wechsels zu verfügen sind.

### **1.5 Erhöhung des Selbstbehaltes für gewisse Arzneimittel (Art. 105 Abs. 1bis)**

Der Bundesrat kann für bestimmte Leistungen eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen (Art. 64 Abs. 6 Bst. a KVG). Er hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) ermächtigt, die Leistungen zu bezeichnen, für die eine höhere Kostenbeteiligung zu entrichten ist (Art. 105 Abs. 1 KVV). Neu ermächtigt er es ausdrücklich, die Arzneimittel, für die ein höherer Selbstbehalt zu entrichten ist, zu bezeichnen und dessen Höhe zu bestimmen. Dies hat das EDI in der Krankenpflege-Leistungsverordnung getan (siehe Ziffer 4.2).

## **2. Verordnung über den Risikoausgleich (VORA)**

### **2.1 Datenlieferung (Art. 10 Abs. 4 ) und Folgen des Nichteinhaltens der Zahlungsfristen (Art. 12a)**

Ursprünglich war die Gemeinsame Einrichtung verpflichtet, im Falle von fehlerhaften Datenlieferungen den definitiven Risikoausgleich weit zurückliegender Ausgleichsjahre neu zu berechnen und anschliessend mit den Versicherern neu abzurechnen. Diese Neuberechnungen des Risikoausgleichs sollen nicht über Jahre hingezogen werden. Der Gesetzgeber hat deshalb in Artikel 105 Absatz 5 Buchstabe c KVG eine Delegationsnorm eingefügt, die am 1. Januar 2001 in Kraft getreten ist (AS 2000 2305 2311; BBl 1999 793). Danach ist der Bundesrat ermächtigt, eine Frist festzulegen, nach deren Ablauf die Gemeinsame Einrichtung eine Neuberechnung des Risikoausgleichs ablehnen darf. Mit Artikel 10 Absatz 3 VORA wurde diese Delegationsnorm bereits umgesetzt. Es hat sich inzwischen aber herausgestellt, dass die Gemeinsame Einrichtung gestützt auf Artikel 10 Absatz 3 VORA nur in geringfügigen Fällen von einer Neuberechnung abgesehen hat. In den übrigen Fällen hat sie noch Jahre nach dem Ausgleichsjahr Neuberechnungen vorgenommen. Damit sie sich auch in diesen Fällen nach einer angemessenen Frist gegenüber den Versicherern durchsetzen kann, wird die Neuberechnung des Risikoausgleichs nach einer Frist von zwei Jahren abgeschlossen.

Versicherer, deren fehlerhafte Datenlieferung sich zu ihren Gunsten auswirkt, können aber auch nach der Frist von zwei Jahren belangt werden. Der daraus erhaltene Betrag wird den anderen Versicherern gemäss deren umsatzmässigen Beteiligung (Abgaben und Beiträge) am entsprechenden Risikoausgleich ausbezahlt. Bei einem sehr geringen Betrag entscheidet die Gemeinsame Einrichtung über eine Einforderung beim fehlbaren Versicherer und somit über eine Ausbezahlung an die anderen Versicherer.

Die Ansprüche von Versicherern, deren fehlerhafte Datenlieferung sich zu ihren Ungunsten auswirkt, verirken mit der Verweigerung der Neuberechnung nach Artikel 10 Absatz 3 und 4 VORA.

## **2.2 Schadenersatz (Art. 16)**

In der Regel sind die Neuberechnungen nötig, weil von einer oder mehreren Krankenkassen fehlerhafte Daten geliefert wurden. Wenn von einer Neuberechnung abgesehen wird, ist den infolge der fehlerhaften Datenlieferung geschädigten Krankenkassen ein Anspruch auf Schadenersatz einzuräumen. Artikel 16 Absatz 1 VORA wird daher in dem Sinne angepasst, dass dort auch „fehlerhafte Daten“ erwähnt werden.

## **2.3 Übergangsbestimmung**

Die erwähnten Änderungen gelten für den definitiven Risikoausgleich ab dem Ausgleichsjahr 2004. Weil die Änderungen auf den 1. Januar 2006 in Kraft treten, soll die Gemeinsame Einrichtung möglichst rasch für die mehr als zwei Jahre zurückliegenden definitiven Risikoausgleiche keine Neuberechnungen mehr durchführen.

## **2.4 Geltungsdauer des Risikoausgleichs (Art. 17)**

Gemäss Artikel 105 Absatz 4bis KVG wird die Geltungsdauer des Risikoausgleichs um fünf Jahre ab Ablauf der Frist nach Absatz 4 verlängert. Dementsprechend ist auch eine Anpassung der Geltungsdauer der VORA erforderlich. Mit dem neuen Artikel 17 Absatz 5 wird diese Anpassung vorgenommen.

## **3. Revision der Verordnung über die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung für Rentner und Rentnerinnen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder Norwegen wohnen (VPVKEG)**

Die VPVKEG regelt den Anspruch und die Höhe der Prämienverbilligung für Rentnerinnen und Rentner, die ihren Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der EG, in Norwegen oder in Island haben, sowie für deren Familienangehörige. Die vorliegenden Änderungen sind unabhängig von einer möglichen Erweiterung des Freizügigkeitsabkommens auf die osteuropäischen Länder. Sie betreffen vorallem die Gemeinsame Einrichtung KVG.

## **4. Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)**

Auf den 1. Januar 2006 treten folgende Änderungen der KLV und dessen Anhänge 1 bis 3 in Kraft:

### **4.1 Anerkennung von Schulen der Chiropraktik durch die Kantone (Art. 40 Abs. 2)**

Die Kantone erhalten die Befugnis, im Einzelfall eine andere Schule der Chiropraktik als gleichwertig mit denjenigen, die in Artikel 40 KLV aufgeführt sind, anzuerkennen.

## **4.2 Erhöhung des Selbstbehaltes bei Originalpräparaten mit Generikum in der SL (Art. 38a KLV)**

Gestützt auf den neuen Artikel 105 Absatz 1bis KVV (siehe Ziff. 1.5) hat das EDI am 9. November und 12. Dezember 2005 Artikel 38a KLV<sup>1</sup> erlassen.

### *Ziel*

Die Erhöhung des die Franchise übersteigenden Selbstbehaltes bei Originalpräparaten auf 20% ist eine Massnahme von mehreren, um die Kostensteigerungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu dämpfen. Im Bereich der Arzneimittel der Spezialitätenliste (SL) will der Bundesrat damit eine verstärkte Verschreibung und Abgabe preisgünstiger Generika erreichen, wo immer dies möglich und medizinisch vertretbar ist.

### *Regel und Ausnahmen*

- Die neue Selbstbehaltsregel gilt nur für Originalpräparate in der SL, die mit entsprechenden Generika in der SL substituiert werden können (Art. 38a Abs. 1 Bst. a KLV) (Vgl. S. 7: Modifikation der Generikalist).  
▪ Die neue Regel gilt sodann nur, wenn der Publikumspreis der Generika gegenüber dem entsprechenden Originalpräparat mindestens 20% tiefer ist. Mit dieser Regel wird vermieden, dass die Generika bei der Vergütung durch die Krankenversicherer für diese teurer würden als das entsprechende Originalpräparat.  
▪ Die neue Selbstbehaltsregel gilt auch für Co-Marketing-Arzneimittel, die einem Originalpräparat in der SL entsprechen (Art. 38a Abs. 1 Bst. b KLV).  
▪ Damit das Ziel einer möglichst wirtschaftlichen Verschreibungs- und Abgabepaxis erreicht werden kann, sind der Arzt oder die Ärztin bzw. der Chiropraktor oder die Chi-

---

#### **<sup>1</sup> 4. Abschnitt: Selbstbehalt bei Arzneimitteln**

##### **Art. 38a**

<sup>1</sup> Der Selbstbehalt beträgt 20 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten bei:

- a. Originalpräparaten, wenn in der Spezialitätenliste damit austauschbare Generika aufgeführt sind, deren Höchstpreise (Art. 67 Abs. 1<sup>bis</sup> KVV) mindestens 20 Prozent tiefer sind als derjenige des entsprechenden Originalpräparates;
- b. Co-Marketing-Präparaten im Sinne von Artikel 2 Buchstabe c der Verordnung des Schweizerischen Heilmittelinstituts über die vereinfachte Zulassung und die Meldepflicht von Arzneimitteln (VAZV), die einem Originalpräparat gemäss Buchstabe a entsprechen.

<sup>2</sup> Verschreibt der Arzt oder die Ärztin beziehungsweise der Chiropraktor oder die Chiropraktorin aus medizinischen Gründen ausdrücklich ein Originalpräparat, kommt Absatz 1 nicht zur Anwendung.

<sup>3</sup> Der Arzt oder die Ärztin beziehungsweise der Chiropraktor oder die Chiropraktorin informiert den Patienten oder die Patientin, wenn in der Spezialitätenliste mindestens ein mit dem Originalpräparat austauschbares Generikum aufgeführt ist.

#### **Übergangsbestimmung zur Änderung vom 12. Dezember 2005**

Die Versicherer setzen die in Art. 38a vorgesehene Selbstbehaltsregelung bis spätestens zum 1. April 2006 um.

ropraktoren verpflichtet, ihre Patientinnen und Patienten über die Möglichkeit der Generikasubstitution zu informieren (Art. 38a Abs. 3 KLV).

- Besteht die Patientin oder der Patient auf der Verschreibung oder Abgabe eines Originalpräparates anstelle eines Generikums, so hat sie bzw. er auf diesem Originalpräparat einen Selbstbehalt von 20% statt wie bisher 10% der die Franchise übersteigenden Kosten zu bezahlen.
- Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beläuft sich auf 700 Franken für Erwachsene und 350 Franken für Kinder (Art. 103 Abs. 2 KVV). Ist ein höherer Selbstbehalt als 10 Prozent zu entrichten, wird der die 10 Prozent übersteigende Betrag nur zur Hälfte an diesen Höchstbetrag angerechnet (Art. 105 Abs. 2 KVV in Verbindung mit Art. 64 Abs. 2 Bst. b KVG). Wird zum Beispiel auf einem Originalpräparat zu 100 Franken ein Selbstbehalt von 20 Franken erhoben, so werden davon nur 15 Franken an den jährlichen Höchstbetrag des Selbstbehaltes angerechnet.
- Der höhere Selbstbehalt von 20% gilt nicht, wenn der Arzt oder die Ärztin bzw. der Chiropraktor oder die Chiropraktoren aus medizinischen Gründen entscheiden, dass die Patientin oder der Patient ausdrücklich mit dem Originalpräparat und nicht mit einem entsprechenden Generikum zu behandeln ist. Die behandelnde Medizinalperson muss ihren Entscheid gegenüber dem Krankenversicherer auf Rückfrage hin begründen.
- Um die Abgabe des Originalpräparats sicherzustellen, muss die behandelnde Medizinalperson auf dem Rezept handschriftlich und deutlich vermerken: "aus medizinischen Gründen nicht substituieren". Dieser Hinweis zeigt der Apothekerin bzw. dem Apotheker an, dass die Substitution gemäss Art. 52a KVG ausgeschlossen ist. Der Vermerk "sic" genügt nicht.
- Die behandelnde Medizinalperson muss ausserdem auf der Rechnung einen Hinweis anbringen, dass die Verschreibung des Originalpräparates medizinisch begründet ist.

#### *Modifikation der Generikalist*

Die Generikalist des BAG beinhaltet die von dieser Massnahme betroffenen SL-Präparate. Derzeit wird diese vom BAG modifiziert. Nach Abschluss der Modifikation werden die betroffenen Kreise durch das BAG informiert.

#### *Generikapauschale*

Die gemäss Art. 4a Abs. 1 Bst. c KLV vorgesehene Übernahme der mit der Substitution verbundenen Kosten des Apothekers oder der Apothekerin (sog. Generikapauschale) darf der Krankenversicherung nicht belastet bzw. von dieser nicht vergütet werden, wenn bereits der Arzt oder die Ärztin bzw. der Chiropraktor oder die Chiropraktoren ein Generikum anstelle des Originalpräparates verschrieben hat.

#### *Inkrafttreten*

Der neue Art. 38a KLV tritt am 1. Januar 2006 in Kraft, wobei für die im Vollzug notwendigen Anpassungen eine Übergangsfrist bis zum 1. April 2006 gewährt wird.

### **4.3 Änderungen der Liste der ärztlichen Leistungen (Anhang 1 zur KLV)**

- Indikationserweiterung für die hyperbare Sauerstofftherapie bei Dekompressionskrankheit (Taucherkrankheit),
  - wenn der Unfallbegriff gemäss Rechtssprechung nicht gegeben ist (Auftreten der Dekompressionskrankheit trotz Einhalten der empfohlenen Auftauchgeschwindigkeit) oder
  - bei Personen, die subsidiär über die Krankenversicherung gegen Unfälle versichert sind;
- Indikationserweiterung für die Kapsel-Endoskopie: neben Dünndarmblutungen unbekannter Ursache, die bereits vergütet werden, können mit dieser Methode auch chronische Entzündungen des Dünndarms unbekannter Ursache abgeklärt werden;
- Dilatation von Tränengangsstenosen mit Ballonkathetern als Alternative zur Operation von verengten Tränengängen.
- Für zwei Leistungen wird die Befristung der Leistungspflicht, die mit einer Evaluation verbunden war, aufgehoben, dies auf der Grundlage positiver Erfahrungen während der Evaluationsphase:
  - Polygraphie;
  - Photodynamische Therapie der klassischen altersbedingten Makuladegeneration (die photodynamische Therapie bei anderen Formen der Makuladegeneration und bei pathologischer Myopie unterliegt nach wie vor der Befristung und Evaluation). Bei dieser Leistung wird zudem auf die vorgängige Kostengutsprache verzichtet.
- Für die Positron-Emissions-Tomographie (PET) wird die Evaluationsfrist um 6 Monate verlängert.
- Zwei Leistungen werden explizit als nicht leistungspflichtig erklärt:
  - Meniskus-Operation mittels Laser;
  - Einsatz von Gel aus Blutplättchen beim Einsetzen von Kniegelenksprothesen.
- Eine frühere negative Beurteilung wird bestätigt: die periphere quantitative Computertomographie (PqCT) zur Diagnostik der Osteoporose ist weiterhin nicht leistungspflichtig.

### **4.4 Änderungen der Liste der Mittel und Gegenstände (Anhang 2 zur KLV)**

Auf den 1. Januar 2006 werden alle Höchstvergütungsbeiträge der MiGel um 10 % gesenkt. Ausgenommen von diesem Grundsatz sind die Höchstvergütungsbeiträge unter 50 Rappen, die unverändert bleiben. Unverändert bleibt auch die Kostenübernahme von Mitteln und Gegenständen, die gemäss Positionen des SVOT-Tarif, Taxpunkt Fr. 1.85 oder des OSM-Tarif, Taxpunkt Fr. 1.50, vergütet werden (gewisse Kompressionstherapiemittel, Ziff. 17, sowie Orthesen und Prothesen, Ziff. 23 und 24).

### **4.5 Änderungen der Analysenliste (Anhang 3 zur KLV)**

Auf den 1. Januar 2006 wird der Taxpunkt von 1 Franken auf 90 Rappen gesenkt. Diese Senkung gilt für alle Leistungserbringer, die Laboranalysen durchführen, d.h. die Privatlabo-

ratorien, die Spitäler, die ärztlichen Praxislaboratorien und die Offizin-Laboratorien der Apotheken.

Für die Bestimmung des anwendbaren Taxpunktwertes ist das Datum massgebend, an welchem die Analyse durchgeführt wurde. Dies bedingt, dass die betreffenden Daten auf den Rechnungen angegeben sind (vgl. Ziff. 5.5 der Vorbemerkungen der Analysenliste).

Die Unfallversicherer vergüten Laboranalysen nach der Analysenliste gemäss KVG (Art. 71 Abs. 2 Verordnung über die Unfallversicherung). Demnach gilt der neue Taxpunktwert auch für Leistungen nach UVG.

Die quantitative Buffy Coat (QBC)-Methode für Hämatogramme ist ab 1. Januar 2006 nur noch für die Bestimmung von Hämoglobin und Hämatokrit zugelassen (Analysenlistenposition 8560.10) und zwar mit einer zeitlichen Limitation bis am 31.12.2006. Danach ist die QBC-Methode nicht mehr zugelassen.