

# **Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)**

## **Änderung vom 21. März 2025**

---

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,  
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 7. September 2022<sup>1</sup>,  
beschliesst:*

I

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994<sup>2</sup> über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

*Ersatz von Ausdrücken*

<sup>1</sup> In Artikel 58b Absätze 3 und 4 wird «des Departements» ersetzt durch «des EDI».

<sup>2</sup> In den Artikeln 21 Absätze 1 und 3 sowie 58f Absatz 7 wird «Bundesamt» ersetzt durch «BAG».

*Art. 18 Abs. 2<sup>septies</sup>*

<sup>2septies</sup> Sie führt folgende Fonds:

- a. den Lebendspende-Nachsorgefonds nach Artikel 15b des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004<sup>3</sup>;
- b. den Fonds für die Rückerstattungen.

*Art. 25 Abs. 2 Bst. h*

<sup>2</sup> Diese Leistungen umfassen:

- h. die folgenden Leistungen der Apotheker und Apothekerinnen:
  1. Leistungen bei der Abgabe von nach Buchstabe b verordneten Arzneimitteln,

<sup>1</sup> BBl 2022 2427

<sup>2</sup> SR 832.10

<sup>3</sup> SR 810.21

2. pharmazeutische Leistungen zur Optimierung der ärztlich angeordneten Arzneimitteltherapie und der Therapietreue sowie die damit im Zusammenhang stehende Durchführung oder Veranlassung von Analysen und die Abgabe von der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen, die in interprofessioneller Absprache mit den behandelnden Ärzten und Ärztinnen erfolgen.

*Art. 25a Abs. 4 zweiter Satz*

*4 ... Betrifft nur den französischen Text. ...*

*Art. 26*                    *Medizinische Prävention*

<sup>1</sup> Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie für vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind.

<sup>2</sup> Die Untersuchungen oder vorsorglichen Massnahmen werden von einem Arzt oder einer Ärztin durchgeführt oder angeordnet. Sie können auch von einem Apotheker oder einer Apothekerin ohne ärztliche Anordnung im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d durchgeführt werden.

*Art. 29 Sachüberschrift, Abs. 2 Bst. b, e und f sowie Abs. 3*

*Mutterschaft und Leistungen von Hebammen*

<sup>2</sup> Diese Leistungen umfassen:

- b. die Niederkunft zu Hause, in einem Spital oder einem Geburtshaus sowie die Geburtshilfe durch Ärzte und Ärztinnen oder Hebammen;
- e. die ambulante Betreuung im Wochenbett zur Pflege und Überwachung des Gesundheitszustandes von Mutter und gesundem Kind durch Hebammen;
- f. die der Mutter und dem gesunden Kind:
  1. von Ärzten und Ärztinnen oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Hebammen verordneten Analysen und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände,
  2. von Ärzten und Ärztinnen verordneten oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Hebammen angewendeten Arzneimittel.

<sup>3</sup> Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt zudem unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen ab Beginn der Schwangerschaft, während der Niederkunft und bis zu dem vom Bundesrat bestimmten Zeitpunkt nach der Niederkunft oder dem Ende der Schwangerschaft die Kosten für folgende, der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienenden Leistungen zugunsten der Mutter oder des Kindes:

Krankenversicherung. BG  
(Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

---

- a. von Hebammen mit oder ohne ärztliche Anordnung ambulant oder im Geburtshaus erbrachte oder von Hebammen verordnete Untersuchungen, Behandlungen und Pflegeleistungen;
- b. von Hebammen mit oder ohne ärztliche Verordnung angewendete Arzneimittel sowie von Hebammen verordnete Analysen und der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel und Gegenstände.

*Art. 32 Abs. 3*

<sup>3</sup> Der Bundesrat kann je nach Art der Leistung die Häufigkeit der Überprüfung von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit differenziert festlegen und nur einzelne dieser Kriterien überprüfen.

*Art. 33 Abs. 2 und 6*

<sup>2</sup> Er bezeichnet die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach Artikel 25 Absatz 2 sowie die Leistungen nach den Artikeln 26, 29 Absätze 2 und 3 sowie 31 Absatz 1 näher.

<sup>6</sup> Bei der Bezeichnung prophylaktischer Impfungen ist höchstens eine der Kommissionen nach Absatz 4 beizuziehen.

*Art. 41 Abs. 1<sup>bis</sup>, 1<sup>ter</sup>, 2<sup>bis</sup> Einleitungssatz, 2<sup>ter</sup>, 2<sup>quater</sup>, 3, 3<sup>bis</sup> und 4*

<sup>1bis</sup> Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen legen die Kantonsregierungen Referenztarife fest. Diese richten sich nach der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, das die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten, insbesondere wie der Referenztarif und vergleichbare Behandlungen festzulegen sind. Bei stationärer Behandlung in einem Listenspital übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilmässig (Art. 49a) wie folgt:

- a. nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals;
- b. nach dem Tarif des gewählten Leistungserbringers, sofern:
  1. ein Notfall vorliegt, oder
  2. der Wohnkanton die Behandlung beim gewählten Leistungserbringer vorgängig bewilligt hat; er erteilt die Bewilligung, wenn kein Spital auf seiner Spitalliste die erforderlichen Leistungen anbietet.

<sup>1ter</sup> Absatz <sup>1bis</sup> mit Ausnahme von Buchstabe b gilt sinngemäss für Geburtshäuser.

<sup>2bis</sup> Absatz <sup>1bis</sup> gilt sinngemäss für die Übernahme der Vergütung bei stationärer Behandlung in einem Listenspital bei folgenden Versicherten, die in einem Mitgliedstaat

der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen:

<sup>2ter</sup> Bei Versicherten nach Absatz 2<sup>bis</sup> gilt der Kanton, an den sie einen Anknüpfungspunkt haben, als Wohnkanton im Sinne dieses Gesetzes.

<sup>2quater</sup> Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen und eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen übernehmen der Versicherer und die Kantone gemeinsam bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung nach dem Referenztarif nach Absatz 1<sup>bis</sup> des Referenzkantons, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat legt den Referenzkanton fest. Liegt ein Notfall vor, so übernehmen der Versicherer und die Kantone gemeinsam die Vergütung nach dem Tarif, der im Standortkanton des Leistungserbringers gilt.

<sup>3</sup> *Aufgehoben*

<sup>3bis</sup> *Aufgehoben*

<sup>4</sup> Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 und 3). Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert. Der Versicherer muss nur die Kosten der Leistungen übernehmen, die von Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, auf welche die versicherte Person ihr Wahlrecht beschränkt hat; er muss die Kosten der Leistungen nicht übernehmen, die von anderen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, es sei denn, er hat vorgängig die besondere Gutsprache erteilt oder es liegt ein Notfall vor. Der Versicherer erteilt die besondere Gutsprache, sofern die Behandlung von den von ihm ausgewählten Leistungserbringern nicht angeboten wird.

*Art. 42 Abs. 2 und 3<sup>ter</sup>*

<sup>2</sup> Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des Tiers payant). In Abweichung von Absatz 1 schuldet der Versicherer:

- a. den auf ihn entfallenden Anteil an der Vergütung im Fall der stationären Behandlung;
- b. die Vergütung der Leistungen, für die das BAG oder das EDI eine Rückerstattung nach Artikel 52b vorgesehen hat.

<sup>3ter</sup> Der Leistungserbringer hat die Rechnungen dem Schuldner in elektronischer Form zu übermitteln. Auf Verlangen der versicherten Person übermittelt er sie ihr kostenlos in Papierform. Die Leistungserbringer und die Versicherer oder deren Verbände vereinbaren einen gesamtschweizerisch einheitlichen Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnungen. Wenn sich die Parteien nicht einigen können, legt der Bundesrat den Standard fest.

Krankenversicherung. BG  
(Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

---

*Art. 42a Abs. 2, 2<sup>bis</sup>, 2<sup>ter</sup> und 3*

<sup>2</sup> Die Versichertenkarte wird für die administrativen Prozesse für Leistungen nach diesem Gesetz verwendet. Zudem dient sie als:

- a. Identifikationsmittel nach Artikel 7 Absatz 2 EPDG<sup>4</sup>;
- b. Identifikationsmittel für den Kontakt mit den Versicherern.

<sup>2bis</sup> Der Bundesrat kann weitere Zwecke festlegen.

<sup>2ter</sup> Ausserhalb des Anwendungsbereichs dieses Gesetzes darf sie nur verwendet werden, wenn eine formelle gesetzliche Grundlage dies vorsieht und wenn der Verwendungszweck und die Nutzungsberechtigten bestimmt sind.

<sup>3</sup> Der Bundesrat regelt nach Anhören der interessierten Kreise die Abgabe der elektronischen und der physischen Versichertenkarte durch die Versicherer und die anzuwendenden technischen und organisatorischen Standards. Er kann den Zeitpunkt festlegen, ab dem die Versichertenkarte in elektronischer Form abzugeben ist. Er kann vorsehen, dass die Karte auf Verlangen der versicherten Person auch in physischer Form abgegeben wird.

*Art. 43 Abs. 7*

<sup>7</sup> Der Bundesrat kann Grundsätze für die Erarbeitung, Weiterentwicklung sowie die regelmässige Anpassung und Pflege der Tarife aufstellen, um eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu gewährleisten. Er berücksichtigt insbesondere die Kostentransparenz, die Effizienz bei der Leistungserbringung und die Effizienzgewinne aufgrund technischer Fortschritte. Er sorgt für die Koordination mit den Tarifordnungen der anderen Sozialversicherungen.

*Art. 46 Abs. 1<sup>bis</sup>*

<sup>1bis</sup> *Betrifft nur den französischen Text.*

*Art. 52 Abs. 1 Einleitungssatz, Bst. a Ziff. 3 und Abs. 2*

<sup>1</sup> Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den Artikeln 32 und 43 Absatz 6:

- a. erlässt das EDI:
  3. Bestimmungen über die Leistungspflicht und den Umfang der Vergütung von der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen, die nach den Artikeln 25 Absatz 2 Buchstabe b und 25a Absätze 1<sup>bis</sup> und 2 sowie Artikel 29 Absätze 2 Buchstabe f und 3 Buchstabe b verwendet werden;

<sup>4</sup> SR 816.1

<sup>2</sup> Für Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG<sup>5</sup>) werden zusätzlich Kosten für die zum Leistungskatalog der Invalidenversicherung gehörenden Arzneimittel nach den Artikeln 14<sup>ter</sup> Absatz 5 und 14<sup>sexies</sup> des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959<sup>6</sup> über die Invalidenversicherung (IVG) zu den gestützt auf diese Bestimmung festgelegten Höchstpreisen übernommen.

*Art. 52b*           Rückerstattungen

<sup>1</sup> Bei der Festlegung des Preises der Arzneimittel nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b kann das BAG ausnahmsweise, soweit dies für die Einhaltung der Grundsätze nach Artikel 32 erforderlich ist, für die Inhaberin der Zulassung die Pflicht vorsehen, einen Teil des Arzneimittelpreises oder der Kosten dem Versicherer oder dem Fonds nach Artikel 18 Absatz 2<sup>septies</sup> Buchstabe b zurückzuerstatten.

<sup>2</sup> Bei der Festlegung des Preises der Arzneimittel nach Artikel 14<sup>ter</sup> Absatz 5 IVG<sup>7</sup> kann das zuständige Bundesamt ausnahmsweise, soweit dies für die Einhaltung der Grundsätze nach Artikel 32 erforderlich ist, für die Inhaberin der Zulassung die Pflicht vorsehen, einen Teil des Arzneimittelpreises oder der Kosten dem Versicherer oder dem Fonds nach Artikel 18 Absatz 2<sup>septies</sup> Buchstabe b zurückzuerstatten.

<sup>3</sup> Der Bundesrat kann das EDI ermächtigen, Rückerstattungen nach Absatz 1 in den Listen nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a vorzusehen.

<sup>4</sup> Der Bundesrat regelt:

- a. die Voraussetzungen, unter denen Rückerstattungen vorgesehen werden können;
- b. die Berechnung und die Modalitäten der Rückerstattungen;
- c. die Aufteilung der dem Fonds einbezahlten Beträge zwischen den Versicherern und den Kantonen;
- d. die Verwaltungskosten des Fonds.

<sup>5</sup> Das BAG kann Organen der Krankenversicherung, Organen einer anderen Sozialversicherung sowie weiteren Personen, Stellen und Behörden die mit Rückerstattungen verbundenen Daten bekannt geben, die für die Wahrnehmung der Rückerstattungsansprüche oder aus einem anderen Grund für den Vollzug dieses Gesetzes erforderlich sind. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der Bekanntgabe.

<sup>6</sup> Beschwerden von Versicherern oder von Kantonen gegen Verfügungen nach den Absätzen 1 und 2 haben keine aufschiebende Wirkung.

*Art. 52c*           Vertraulichkeit von Informationen betreffend Rückerstattungen

<sup>1</sup> Der Bundesrat kann vorsehen, dass Informationen zur Höhe, zur Berechnung oder zu den Modalitäten von Rückerstattungen an die Versicherer oder an den Fonds nach Artikel 18 Absatz 2<sup>septies</sup> Buchstabe b gestützt auf Tarifverträge, Vereinbarungen oder

<sup>5</sup>   SR 830.1  
<sup>6</sup>   SR 831.20  
<sup>7</sup>   SR 831.20

Verfügungen des BAG Dritten nicht zugänglich gemacht werden dürfen. Dies gilt auch für Rückerstattungsvereinbarungen, die den zuständigen kantonalen Behörden im Rahmen von Genehmigungsverfahren im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 bekannt gegeben werden.

<sup>2</sup> Dürfen die Informationen nach Absatz 1 Dritten nicht zugänglich gemacht werden, so verweigert die zuständige Behörde den Zugang in Verfahren nach dem Öffentlichkeitsgesetz vom 17. Dezember 2004<sup>8</sup> (BGÖ) oder entsprechenden kantonalen Regelungen.

<sup>3</sup> Das BAG publiziert regelmässig einen von einer unabhängigen Stelle erarbeiteten Bericht über die Umsetzung der Preismodelle nach Artikel 52b.

#### *Art. 52d* Vorläufige Vergütung von Arzneimitteln

<sup>1</sup> Produkte, für die eine Aufnahme in die Liste nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b beantragt werden kann, und neue Indikationen, für die ein grosser medizinischer Bedarf ausgewiesen ist und die vom Schweizerischen Heilmittelinstitut den Status für eine Behandlung in einem der beschleunigten Verfahren erhalten haben, können auf Gesuch der designierten Zulassungsinhaberin und nach Anhören der zuständigen Kommission per Datum der Zulassung durch das Schweizerische Heilmittelinstitut zu einem vom BAG festgelegten provisorischen Preis vorläufig mit der Auflage einer möglichen Rückerstattungspflicht in eine provisorische Liste von vergüteten Arzneimitteln aufgenommen und vergütet werden.

<sup>2</sup> Das BAG entscheidet innerhalb von 24 Monaten nach einer vorläufigen Aufnahme nach Absatz 1 über ein allfälliges Gesuch um definitive Aufnahme in die Liste nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b. Ist die Zulassungsinhaberin mit der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit durch das BAG einverstanden, so heisst das BAG das Gesuch gut. Lehnt die Zulassungsinhaberin die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit durch das BAG ab, so weist das BAG das Gesuch ab.

<sup>3</sup> Zieht die Zulassungsinhaberin ihr Gesuch um definitive Aufnahme eines Produkts, das auf der provisorischen Liste geführt ist, zurück oder weist das BAG das Gesuch um definitive Aufnahme ab, so kann das BAG das betreffende Gesuch und den zuletzt vergüteten Preis den Adressaten nach Artikel 52b Absatz 5 bekannt geben. Eine weitere Vergütung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Rahmen der Einzelfallvergütung von nicht mehr in den provisorischen Listen (Abs. 1; Art. 14<sup>sexies</sup> IVG<sup>9</sup>) aufgeführten Arzneimitteln ist während höchstens fünf Jahren zulässig. Der Bundesrat regelt die Höhe der Vergütung, wobei höchstens der Preis der provisorischen Liste wirtschaftlich ist.

<sup>4</sup> Bei Gutheissung und bei Abweisung des Gesuchs nach Absatz 2 legt das BAG die Differenz zwischen dem Preis der vorläufigen Aufnahme und dem als wirtschaftlich erachteten Preis fest. Die Zulassungsinhaberin ist verpflichtet, den während des Zeitraums nach Absatz 2 erzielten Mehrumsatz gemäss der übernommenen Finanzierung

<sup>8</sup> SR 152.3

<sup>9</sup> SR 831.20

dem Fonds nach Artikel 18 Absatz 2<sup>septies</sup> Buchstabe b zurückzuerstatten. Die Zulassungsinhaberin ist zur Bekanntgabe der Verkaufszahlen verpflichtet. Sollte ein Minderumsatz durch einen zu tief festgelegten provisorischen Preis resultieren, so wird dieser während eines befristeten Zeitraums nach der definitiven Aufnahme kompensiert.

<sup>5</sup> Informationen zur Differenz nach Absatz 4, zum von der Zulassungsinhaberin zurückgestatteten Mehrumsatz und damit zusammenhängende Informationen sind vom BGÖ<sup>10</sup> oder entsprechenden kantonalen Regelungen ausgenommen. Artikel 52b Absatz 5 gilt sinngemäss.

<sup>6</sup> Der Bundesrat erlässt die Ausführungsbestimmungen. Er sieht insbesondere vor, dass das BAG und die Zulassungsinhaberin bereits vor der vorläufigen Aufnahme in einen Dialog hinsichtlich der Beurteilung der Aufnahmebedingungen treten. Die Ergebnisse solcher Vorabklärungen werden protokolliert.

#### *Art. 52e* Ausgleich an die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei grossem Marktvolumen

<sup>1</sup> Erreicht ein Arzneimittel nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b ein grosses Marktvolumen in der Schweiz, so kann die Inhaberin der Zulassung bei der Aufnahme in die Spezialitätenliste oder anlässlich der nächsten Überprüfung der Aufnahmebedingungen verpflichtet werden, einen angemessenen Teil des tatsächlich erzielten Umsatzes zugunsten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auszugleichen. Das BAG berücksichtigt in seiner Verfügung bezüglich der Verpflichtung zum Ausgleich bereits bestehende Auflagen zu Mengen oder Umsätzen, die Versorgungssicherheit, produktspezifische Gegebenheiten bei der Herstellung und beim Vertrieb, sowie die Anzahl vergüteter Indikationen angemessen.

<sup>2</sup> Erreicht ein Arzneimittel nach Artikel 14<sup>ter</sup> Absatz 5 IVG<sup>11</sup> ein grosses Marktvolumen in der Schweiz, so kann die Inhaberin der Zulassung bei der Aufnahme in die Liste nach Artikel 14<sup>ter</sup> Absatz 5 IVG oder anlässlich der nächsten Überprüfung der Aufnahmebedingungen verpflichtet werden, einen angemessenen Teil des tatsächlich erzielten Umsatzes zugunsten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auszugleichen. Das BAG berücksichtigt in seiner Verfügung bezüglich der Verpflichtung zum Ausgleich bereits bestehende Auflagen zu Mengen oder Umsätzen, die Versorgungssicherheit, produktspezifische Gegebenheiten bei der Herstellung und beim Vertrieb, sowie die Anzahl vergüteter Indikationen angemessen.

<sup>3</sup> Für die Vertraulichkeit der Ausgleiche gelten die Artikel 52b Absatz 5 und 52c sinngemäss.

<sup>4</sup> Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

<sup>10</sup> SR 152.3

<sup>11</sup> SR 831.20

*Art. 53 Abs. 1*

<sup>1</sup> Gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach den Artikeln 39, 41 Absatz 1<sup>bis</sup>, 45, 46 Absatz 4, 47, 47b Absatz 2, 48 Absätze 1–3, 51, 54 und 55 kann beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden.

*Art. 56a Gezielte Informationen der Versicherten*

<sup>1</sup> Die Versicherer können die Versicherten gezielt über kostengünstigere Leistungen, die Wahl von geeigneten besonderen Versicherungsformen und präventive Massnahmen informieren.

<sup>2</sup> Die Versicherer informieren die Versicherten bei der ersten Kontaktaufnahme über den Zweck der gezielten Information nach Absatz 1 und weisen die Versicherten darauf hin, dass der Erhalt der Informationen freiwillig ist und die Möglichkeit des jederzeitigen Widerspruchs besteht.

*Art. 64 Abs. 6 Bst. d und 7*

<sup>6</sup> Der Bundesrat kann:

d. *Betrifft nur den französischen und italienischen Text.*

<sup>7</sup> Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben:

- a. Leistungen nach Artikel 29 Absätze 2 und 3;
- b. Leistungen nach den Artikeln 25, 25a, 27, 28 und 30, die ab Beginn der durch Ärzte und Ärztinnen oder Hebammen bestimmten Schwangerschaft, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft oder dem Ende der Schwangerschaft erbracht werden.

*Art. 84 Abs. 1 Bst. j*

<sup>1</sup> Die mit der Durchführung, der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes oder des KVAG<sup>12</sup> betrauten Organe sind befugt, die Personendaten, einschliesslich besonders schützenswerter Daten, zu bearbeiten oder bearbeiten zu lassen, die sie benötigen, um die ihnen nach diesem Gesetz oder nach dem KVAG übertragenen Aufgaben zu erfüllen, namentlich um:

- j. die Versicherten gezielt über kostengünstigere Leistungen, die Wahl von geeigneten besonderen Versicherungsformen und präventive Massnahmen zu informieren.

II

Die Änderung anderer Erlasse wird im Anhang 1 geregelt.

### III

#### *Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. März 2025*

<sup>1</sup> Die kantonalen Referenztarife für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen müssen spätestens zwei Jahre nach dem Inkrafttreten der Änderung vom 21. März 2025 den Anforderungen nach Artikel 41 Absatz 1<sup>bis</sup> entsprechen.

<sup>2</sup> Können sich die Parteien nicht innerhalb von zwei Jahren nach dem Inkrafttreten der Änderung vom 21. März 2025 auf einen Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnungen nach Artikel 42 Absatz 3<sup>ter</sup> einigen, so legt der Bundesrat den Standard fest.

<sup>3</sup> Beträge, die die Inhaberinnen der Zulassung als Rückerstattungen infolge der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln der Spezialitätenliste gemäss bisherigem Recht dem Insolvenzfonds zurückerstattet haben, werden beim Inkrafttreten der Änderung vom 21. März 2025 dem Fonds nach Artikel 18 Absatz 2<sup>septies</sup> Buchstabe b übertragen.

<sup>4</sup> Artikel 52c gilt auch für die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 21. März 2025 hängigen Verfahren um Zugang zu amtlichen Dokumenten.

<sup>5</sup> Vor Inkrafttreten der Änderung vom 21. März 2025 in die Liste nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b aufgenommene Produkte fallen im Umfang des vor dem Inkrafttreten der Regelung von Artikel 52e erzielten Umsatzes während zwei Jahren ab Inkrafttreten der Änderung vom 21. März 2025 nicht unter die Regelung von Artikel 52e.

<sup>6</sup> Der Bundesrat wird beauftragt, die nationale ambulante Tarifstruktur dahingehend zu ändern, dass eine Höchstgrenze für die pro Arbeitstag verrechenbaren Taxpunkte des ärztlichen Teils festgelegt wird. Diese Änderung setzt er nach Konsultation der Tarifpartner per 1. Januar 2026 um.

<sup>7</sup> Der Bundesrat evaluiert die Auswirkungen der Änderung vom 21. März 2025 und erstattet dem Parlament spätestens sechs Jahre nach dem Inkrafttreten dieser Änderung Bericht.

<sup>8</sup> Das BAG evaluiert die Umsetzung und die Auswirkungen der Ausgleichsmodelle nach Artikel 52e Absätze 1 und 2, namentlich betreffend die Einsparungen, den Zugang zu neuen Arzneimitteln sowie die Verzögerungen bei der Einreichung beim Schweizerischen Heilmittelinstitut und beim Marktzugang, und legt spätestens vier Jahre nach Ablauf der Frist nach Absatz 5 einen entsprechenden Bericht vor.

### IV

Die Koordinationsbestimmungen finden sich im Anhang 2.

Krankenversicherung. BG  
(Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

---

V

<sup>1</sup> Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

<sup>2</sup> Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.

## Änderung anderer Erlasse

Die nachstehenden Erlasse werden wie folgt geändert:

### 1. Bundesgesetz vom 19. Juni 1959<sup>13</sup> über die Invalidenversicherung

*Art. 14 Abs. 2*

<sup>2</sup> Für medizinische Massnahmen gilt Artikel 32 KVG<sup>14</sup> sinngemäss. Ihre Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein; im Fall von seltenen Krankheiten wird die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit berücksichtigt.

*Art. 14<sup>bis</sup> Sachüberschrift (Betrifft nur den französischen Text.) und Abs. 1 erster Satz*

<sup>1</sup> *Betrifft nur den französischen Text. ...*

*Art. 14<sup>ter</sup> Abs. 3 Bst. b und b<sup>bis</sup>*

<sup>3</sup> Er kann die Vergütung von Arzneimitteln regeln, die:

- b. in der Schweiz zugelassen sind, jedoch nicht in der Spezialitätenliste, in der gestützt auf Absatz 5 erstellten Liste oder in der provisorischen Liste nach Artikel 14<sup>sexies</sup> Absatz 1 dieses Gesetzes oder Artikel 52d Absatz 1 KVG<sup>15</sup> aufgenommen sind;
- b<sup>bis</sup>. aufgrund der in Artikel 14<sup>sexies</sup> Absatz 3 dieses Gesetzes oder Artikel 52d Absatz 3 KVG genannten Gründe nicht mehr in der provisorischen Liste nach Artikel 14<sup>sexies</sup> dieses Gesetzes oder Artikel 52d Absatz 1 KVG aufgeführt sind; eine weitere Vergütung ist während höchstens fünf Jahren zulässig, wobei der Preis der provisorischen Liste nicht überschritten werden darf; oder

*Einfügen vor dem Gliederungstitel II<sup>bis</sup>*

*Art. 14<sup>quater</sup> Rückerstattungen*

<sup>1</sup> Bei der Festlegung des Preises der Arzneimittel nach Artikel 14<sup>ter</sup> Absatz 5 kann das zuständige Bundesamt ausnahmsweise, soweit dies für die Einhaltung der Grundsätze nach Artikel 32 KVG<sup>16</sup> erforderlich ist, für die Inhaberin der Zulassung die Pflicht

<sup>13</sup> SR **831.20**

<sup>14</sup> SR **832.10**

<sup>15</sup> SR **832.10**

<sup>16</sup> SR **832.10**

Krankenversicherung. BG  
(Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

---

vorsehen, einen Teil des Arzneimittelpreises oder der Kosten dem IV-Ausgleichsfonds nach Artikel 79 zurückzuerstatten.

<sup>2</sup> Bei der Festlegung des Preises der Arzneimittel nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b KVG kann das Bundesamt für Gesundheit ausnahmsweise, soweit dies für die Einhaltung der Grundsätze nach Artikel 32 KVG erforderlich ist, für die Inhaberin der Zulassung die Pflicht vorsehen, einen Teil des Arzneimittelpreises oder der Kosten dem IV-Ausgleichsfonds nach Artikel 79 zurückzuerstatten.

<sup>3</sup> Der Bundesrat regelt:

- a. die Voraussetzungen, unter denen Rückerstattungen vorgesehen werden können;
- b. die Berechnung und die Modalitäten der Rückerstattungen;
- c. die Aufteilung der dem IV-Ausgleichsfonds nach Artikel 79 einbezahlten Beträge zwischen der Invalidenversicherung und den Kantonen aufgrund der Kostenvergütung von stationären Behandlungen nach Artikel 14<sup>bis</sup>.

<sup>4</sup> Beschwerden von Versicherern nach dem Krankenversicherungsaufsichtsgesetz vom 26. September 2014<sup>17</sup> oder von Kantonen gegen Verfügungen nach den Absätzen 1 und 2 haben keine aufschiebende Wirkung.

*Art. 14<sup>quinquies</sup>* Bekanntgabe und Vertraulichkeit von Informationen betreffend Rückerstattungen

<sup>1</sup> Das zuständige Bundesamt kann Organen der Invalidenversicherung, Organen einer anderen Sozialversicherung sowie weiteren Personen, Stellen und Behörden die mit Rückerstattungen verbundenen Daten bekannt geben, die für die Wahrnehmung der Rückerstattungsansprüche oder aus einem anderen Grund für den Vollzug dieses Gesetzes erforderlich sind. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der Bekanntgabe.

<sup>2</sup> Der Bundesrat kann vorsehen, dass Informationen nach Absatz 1 Dritten nicht zugänglich gemacht werden dürfen.

<sup>3</sup> Dürfen die Informationen nach Absatz 1 Dritten nicht zugänglich gemacht werden, so verweigert die zuständige Behörde den Zugang in Verfahren gemäss dem Öffentlichkeitsgesetz vom 17. Dezember 2004<sup>18</sup> (BGÖ) oder entsprechenden kantonalen Regelungen.

<sup>4</sup> Das zuständige Bundesamt publiziert regelmässig einen von einer unabhängigen Stelle erarbeiteten Bericht über die Umsetzung der Preismodelle nach Artikel 14<sup>quater</sup>.

*Art. 14<sup>sexies</sup>* Vorläufige Vergütung von Arzneimitteln

<sup>1</sup> Produkte, für die eine Aufnahme in die Liste nach Artikel 14<sup>ter</sup> Absatz 5 beantragt werden kann, und neue Indikationen, für die ein grosser medizinischer Bedarf ausgewiesen ist und die vom Schweizerischen Heilmittelinstitut den Status

<sup>17</sup> SR 832.12

<sup>18</sup> SR 152.3

für eine Behandlung in einem der beschleunigten Verfahren erhalten haben, können auf Gesuch der designierten ZulassungsinhaberIn und nach Anhören der zuständigen Kommission per Datum der Zulassung durch das Schweizerische Heilmittelinstitut zu einem vom zuständigen Bundesamt festgelegten provisorischen Preis vorläufig mit der Auflage einer möglichen Rückerstattungspflicht in eine provisorische Liste von vergüteten Arzneimitteln aufgenommen und vergütet werden.

<sup>2</sup> Das zuständige Bundesamt entscheidet innerhalb von 24 Monaten nach einer vorläufigen Aufnahme nach Absatz 1 über ein allfälliges Gesuch um definitive Aufnahme in die Liste nach Artikel 14<sup>ter</sup> Absatz 5. Ist die ZulassungsinhaberIn mit der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit durch das zuständige Bundesamt einverstanden, so heisst das zuständige Bundesamt das Gesuch gut. Lehnt die ZulassungsinhaberIn die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit durch das zuständige Bundesamt ab, so weist das zuständige Bundesamt das Gesuch ab.

<sup>3</sup> Zieht die ZulassungsinhaberIn ihr Gesuch um definitive Aufnahme eines Produkts, das auf der provisorischen Liste geführt ist, zurück oder weist das zuständige Bundesamt das Gesuch um die definitive Aufnahme ab, so können zurückgezogene oder zurückgewiesene Gesuche sowie der zuletzt vergütete Preis den Adressaten gemäss Artikel 14<sup>quinquies</sup> Absatz 1 bekannt gegeben werden.

<sup>4</sup> Bei Gutheissung und bei Abweisung des Gesuchs nach Absatz 2 legt das zuständige Bundesamt die Differenz zwischen dem Preis der vorläufigen Aufnahme und dem als wirtschaftlich erachteten Preis fest. Die ZulassungsinhaberIn ist verpflichtet, den während des Zeitraums nach Absatz 2 erzielten Mehrumsatz gemäss der übernommenen Finanzierung an den Ausgleichsfonds nach Artikel 79 zurückzuerstatten. Die ZulassungsinhaberIn ist zur Bekanntgabe der Verkaufszahlen verpflichtet. Sollte ein Minderumsatz durch einen zu tief festgelegten provisorischen Preis resultieren, so wird dieser während eines befristeten Zeitraums nach der definitiven Aufnahme kompensiert.

<sup>5</sup> Informationen zur Differenz nach Absatz 4, zum von der ZulassungsinhaberIn zurückerstatteten Mehrumsatz und damit zusammenhängende Informationen sind vom BGÖ<sup>19</sup> oder entsprechenden kantonalen Regelungen ausgenommen. Artikel 14<sup>quinquies</sup> Absatz 1 gilt sinngemäss.

<sup>6</sup> Der Bundesrat erlässt die Ausführungsbestimmungen. Er sieht insbesondere vor, dass das zuständige Bundesamt und die ZulassungsinhaberIn bereits vor der vorläufigen Aufnahme in einen Dialog hinsichtlich der Beurteilung der Aufnahmebedingungen treten. Die Ergebnisse solcher Vorabklärungen werden protokolliert.

*Art. 14<sup>septies</sup>*                      Ausgleich an die Invalidenversicherung bei grossen Marktvolumen

<sup>1</sup> Erreicht ein Arzneimittel nach Artikel 14<sup>ter</sup> Absatz 5 ein grosses Marktvolumen in der Schweiz, so kann die InhaberIn der Zulassung bei der Aufnahme in die Liste nach

<sup>19</sup> SR 152.3

Artikel 14<sup>ter</sup> Absatz 5 oder anlässlich der nächsten Überprüfung der Aufnahmebedingungen verpflichtet werden, einen angemessenen Teil des tatsächlich erzielten Umsatzes zugunsten der Invalidenversicherung auszugleichen. Das zuständige Bundesamt berücksichtigt in seiner Verfügung bezüglich der Verpflichtung zum Ausgleich bereits bestehende Auflagen zu Mengen und Umsätzen, die Versorgungssicherheit, produktspezifische Gegebenheiten bei der Herstellung und beim Vertrieb, sowie die Anzahl vergüteter Indikationen angemessen.

<sup>2</sup> Erreicht ein Arzneimittel nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b KVG<sup>20</sup> ein grosses Marktvolumen in der Schweiz, so kann die Inhaberin der Zulassung bei der Aufnahme in die Spezialitätenliste oder anlässlich der nächsten Überprüfung der Aufnahmebedingungen verpflichtet werden, einen angemessenen Teil des tatsächlich erzielten Umsatzes zugunsten der Invalidenversicherung auszugleichen. Das zuständige Bundesamt berücksichtigt in seiner Verfügung bezüglich der Verpflichtung zum Ausgleich bereits bestehende Auflagen zu Mengen oder Umsätzen, die Versorgungssicherheit, produktspezifische Gegebenheiten bei der Herstellung und beim Vertrieb, sowie die Anzahl vergüteter Indikationen angemessen.

<sup>3</sup> Für die Vertraulichkeit der Ausgleichs gilt Artikel 14<sup>quinquies</sup> sinngemäss.

<sup>4</sup> Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

*Einfügen nach dem Gliederungstitel II<sup>bis</sup>*

*Art. 14<sup>octies</sup>*

*Bisheriger Art. 14<sup>quater</sup>*

*Art. 27<sup>ter</sup> Abs. 1 dritter und vierter Satz sowie Abs. 3*

<sup>1</sup> ... Der Bundesrat kann festlegen, welche Kategorien von Leistungserbringern auf der Rechnung die AHV-Nummer aufführen müssen. Die versicherte Person erhält eine Kopie der Rechnung.

<sup>3</sup> Der Bundesrat bezeichnet die Kategorien von Leistungserbringern, die ihre Rechnungen in elektronischer Form zu übermitteln haben, und den Standard für die elektronische Übermittlung.

*Art. 48 Abs. 1 und 3*

<sup>1</sup> Macht eine versicherte Person ihren Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, auf medizinische Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen oder auf Hilfsmittel mehr als zwölf Monate nach dessen Entstehung geltend, so wird die Leistung in Abweichung von Artikel 24 Absatz 1 ATSG<sup>21</sup> nur für die zwölf Monate nachgezahlt, die der Geltendmachung vorangehen.

<sup>20</sup> SR 832.10

<sup>21</sup> SR 830.1

<sup>3</sup> In Abweichung von Artikel 24 Absatz 1 ATSG besteht bei medizinischen Eingliederungsmassnahmen kein Anspruch auf Nachzahlung von Leistungen.

*Art. 67 Abs. Ibis*

<sup>1bis</sup> Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Kosten, die durch die Erstellung der Liste der Arzneimittel nach Artikel 14<sup>ter</sup> Absatz 5 oder Artikel 14<sup>sexies</sup> entstehen, durch die Versicherung vergütet werden.

*Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. März 2025*

<sup>1</sup> Artikel 14<sup>quinquies</sup> Absätze 2 und 3 gilt auch für die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 21. März 2025 hängigen Verfahren um Zugang zu amtlichen Dokumenten.

<sup>2</sup> Vor Inkrafttreten der Änderung vom 21. März 2025 in die Liste nach Artikel 14<sup>ter</sup> Absatz 5 aufgenommene Produkte fallen im Umfang des vor dem Inkrafttreten der Regelung von Artikel 14<sup>septies</sup> erzielten Umsatzes während zwei Jahren ab Inkrafttreten der Änderung vom 21. März 2025 nicht unter die Regelung von Artikel 14<sup>septies</sup>.

<sup>3</sup> Das zuständige Bundesamt evaluiert die Umsetzung und die Auswirkungen der Ausgleichsmodelle nach Artikel 14<sup>septies</sup> Absätze 1 und 2, namentlich betreffend die Einsparungen, den Zugang zu neuen Arzneimitteln sowie die Verzögerungen bei der Einreichung beim Schweizerischen Heilmittelinstitut und beim Marktzugang, und legt spätestens vier Jahre nach Ablauf der Frist nach Absatz 2 einen entsprechenden Bericht vor.

## **2. Krankenversicherungsaufsichtsgesetz vom 26. September 2014<sup>22</sup>**

*Art. 48 Bst. c*

*Aufgehoben*

<sup>22</sup> SR 832.12

## Koordination mit anderen Erlassen

### 1. Änderung vom 29. September 2023 des KVG

*Unabhängig davon, ob zuerst die vorliegende Änderung des KVG<sup>23</sup> oder die Änderung vom 29. September 2023<sup>24</sup> des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen) in Kraft tritt, lauten mit Inkrafttreten des später in Kraft tretenden Gesetzes sowie bei gleichzeitigem Inkrafttreten die nachstehenden Bestimmungen wie folgt:*

Art. 32 Abs. 3, 4 und 5

<sup>3</sup> Der Bundesrat kann je nach Art der Leistung die Häufigkeit der Überprüfung von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit differenziert festlegen und nur einzelne dieser Kriterien überprüfen.

<sup>4</sup> Leistungen, bei denen Anhaltspunkte bestehen, dass sie nicht oder nicht mehr wirksam, zweckmässig oder wirtschaftlich sind, werden anhand eines evidenzbasierten Verfahrens evaluiert. Das Evaluationsverfahren beruht auf transparenten Kriterien und den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen und ist verhältnismässig.

<sup>5</sup> Leistungen, die gemäss dem evidenzbasierten Verfahren die Kriterien der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit nicht erfüllen, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht vergütet.

Art. 53 Abs. 1

<sup>1</sup> Gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach den Artikeln 39, 41 Absatz 1<sup>bis</sup>, 45, 46 Absatz 4, 46a Absatz 2, 47, 47b Absatz 2, 51 und 55 kann beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden.

### 2. Änderung vom 22. Dezember 2023 des KVG

*Unabhängig davon, ob zuerst die vorliegende Änderung des KVG<sup>25</sup> oder die Änderung vom 22. Dezember 2023<sup>26</sup> des KVG (Einheitliche Finanzierung der Leistungen) in Kraft tritt, lauten mit Inkrafttreten des später in Kraft tretenden Gesetzes sowie bei gleichzeitigem Inkrafttreten die nachstehenden Bestimmungen wie folgt:*

<sup>23</sup> SR 832.10

<sup>24</sup> BBl 2024 2412

<sup>25</sup> SR 832.10

<sup>26</sup> BBl 2024 31

Krankenversicherung. BG  
(Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

---

*Art. 41 Abs. 1<sup>bis</sup> und 2<sup>quater</sup>*

<sup>1bis</sup> Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen legen die Kantonsregierungen Referenztarife fest. Diese richten sich nach der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, das die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten, insbesondere wie der Referenztarif und vergleichbare Behandlungen festzulegen sind. Bei stationärer Behandlung in einem Listenspital übernimmt der Versicherte die Vergütung wie folgt:

- a. nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals;
- b. nach dem Tarif des gewählten Leistungserbringers, sofern:
  1. ein Notfall vorliegt, oder
  2. der Wohnkanton die Behandlung beim gewählten Leistungserbringer vorgängig bewilligt hat; er erteilt die Bewilligung, wenn kein Spital auf seiner Spitalliste die erforderlichen Leistungen anbietet.

<sup>2quater</sup> Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen und eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen übernimmt der Versicherte bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung nach dem Referenztarif nach Absatz <sup>1bis</sup> des Referenzkantons, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat legt den Referenzkanton fest. Liegt ein Notfall vor, so übernimmt der Versicherte die Vergütung nach dem Tarif, der im Standortkanton des Leistungserbringers gilt.

*Art. 42 Abs. 2*

<sup>2</sup> Versicherte und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherte die Vergütung schuldet (System des Tiers payant). In Abweichung von Absatz 1 schuldet der Versicherte:

- a. die Vergütung bei stationärer Behandlung;
- b. die Vergütung der Leistungen, für die das BAG oder das EDI eine Rückerstattung nach Artikel 52b vorgesehen hat.

*Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3*

<sup>1</sup> Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den Artikeln 32 und 43 Absatz 6:

- a. erlässt das EDI:
  3. Bestimmungen über die Leistungspflicht und den Umfang der Vergütung von der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen, die für Pflegeleistungen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a, die nicht im Rahmen einer stationären Behandlung im Sinne von Artikel

Krankenversicherung. BG  
(Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

---

49 Absatz 1 erbracht werden, oder nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe b oder nach Artikel 29 Absätze 2 Buchstabe f und 3 Buchstabe b verwendet werden;

*64 Abs. 7 Bst. b*

7 Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben:

- b. Leistungen nach den Artikeln 25, 27, 28 und 30, die ab Beginn der durch Ärzte und Ärztinnen oder Hebammen bestimmten Schwangerschaft, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft oder dem Ende der Schwangerschaft erbracht werden.

Krankenversicherung. BG  
(Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

---