



# Verordnung über die Unfallversicherung (UVV)

Änderung vom 9. November 2016

---

*Der Schweizerische Bundesrat  
verordnet:*

I

Die Verordnung vom 20. Dezember 1982<sup>1</sup> über die Unfallversicherung wird wie folgt geändert:

*Ersatz von Ausdrücken*

- <sup>1</sup> *Im ganzen Erlass wird «SUVA» durch «Suva» ersetzt.*
- <sup>2</sup> *Im ganzen Erlass wird «Departement» durch «EDI» ersetzt.*
- <sup>3</sup> *Im ganzen Erlass wird «Bundesamt» durch «BAG» ersetzt.*
- <sup>4</sup> *Betrifft nur den italienischen Text.*

*Art. 2 Abs. 1 Bst. g  
Aufgehoben*

*Art. 3 Abs. 3*

<sup>3</sup> Die Mitglieder des Verwaltungs- und des technischen Personals sowie des Dienstpersonals der diplomatischen Missionen und der ständigen Missionen oder anderer Vertretungen bei zwischenstaatlichen Organisationen in der Schweiz sowie die konsularischen Angestellten und die Mitglieder des Dienstpersonals der konsularischen Posten sind nur versichert, wenn die diplomatische Mission, die ständige Mission oder andere Vertretung bei zwischenstaatlichen Organisationen oder der konsularische Posten dies beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) beantragt und sich bereit erklärt, die dem Arbeitgeber durch das UVG auferlegten Verpflichtungen zu erfüllen. Das Gesuch muss in all jenen Fällen gestellt werden, in denen diese Personen schweizerischer Herkunft sind oder ihren Wohnsitz in der Schweiz haben. Der Antrag kann auch durch ein Mitglied der diplomatischen Mission, der ständigen

<sup>1</sup> SR 832.202

Mission oder der anderen Vertretung bei zwischenstaatlichen Organisationen oder des konsularischen Postens für die Personen gestellt werden, die in seinem persönlichen Dienst stehen und nicht schon nach dem UVG versichert sind.

*Art. 9*                    Unfallähnliche Körperschädigungen

Keine Körperschädigung im Sinne von Artikel 6 Absatz 2 UVG stellen nicht unfallbedingte Schäden an Sachen dar, die infolge einer Krankheit eingesetzt wurden und einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen.

*Art. 15*                    Behandlung im Spital

<sup>1</sup> Der Versicherte hat Anspruch auf Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Art. 68 Abs. 1), mit dem ein Zusammenarbeits- und Tarifvertrag abgeschlossen wurde.

<sup>2</sup> Begibt sich der Versicherte in eine andere als die allgemeine Abteilung oder in ein anderes Spital, so übernimmt die Versicherung die Kosten, die ihr bei der Behandlung in der allgemeinen Abteilung dieses oder des nächstgelegenen entsprechenden Spitals nach Absatz 1 erwachsen wären. Das Spital hat nur Anspruch auf die Erstattung dieser Kosten.

<sup>3</sup> Für die Behandlung in der allgemeinen Abteilung darf das Spital vom Versicherten keinen Vorschuss verlangen.

*Art. 16*                    Wechsel des Arztes, des Zahnarztes, des Chiropraktors  
oder des Spitals

Will der Versicherte den von ihm gewählten Arzt, Zahnarzt, Chiropraktor oder das Spital wechseln, so hat er dies dem Versicherer unverzüglich zu melden.

*Art. 18*                    Hilfe und Pflege zu Hause

<sup>1</sup> Die versicherte Person hat Anspruch auf ärztlich angeordnete medizinische Pflege zu Hause, sofern diese durch eine nach den Artikeln 49 und 51 der Verordnung vom 27. Juni 1995<sup>2</sup> über die Krankenversicherung zugelassene Person oder Organisation durchgeführt wird.

<sup>2</sup> Der Versicherer leistet einen Beitrag an:

- a. ärztlich angeordnete medizinische Pflege zu Hause durch eine nicht zugelassene Person, sofern diese Pflege fachgerecht ausgeführt wird;
- b. nichtmedizinische Hilfe zu Hause, soweit diese nicht durch die Hilflosenentschädigung nach Artikel 26 abgegolten ist.

<sup>2</sup> SR 832.102

*Art. 19* Hilfsmittel

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) stellt eine Liste der Hilfsmittel auf und erlässt Bestimmungen über deren Abgabe.

*Art. 20 Abs. 3*

<sup>3</sup> Können sich die Leistungserbringer und die Versicherer nicht einigen, so kann das EDI für die Vergütung von Rettungs- und Bergungskosten Höchstbeträge festlegen.

*Art. 22 Abs. 4*

<sup>4</sup> Als Grundlage für die Bemessung der Renten gilt der innerhalb eines Jahres vor dem Unfall bei einem oder mehreren Arbeitgebern bezogene Lohn, einschliesslich noch nicht ausbezahlter Lohnbestandteile, auf die ein Rechtsanspruch besteht. Dauerte das Arbeitsverhältnis nicht das ganze Jahr, so wird der in dieser Zeit bezogene Lohn auf ein volles Jahr umgerechnet. Bei einer zum Voraus befristeten Beschäftigung bleibt die Umrechnung auf die vorgesehene Dauer beschränkt, ausser wenn sich nach der bisherigen oder beabsichtigten Ausgestaltung der Erwerbsarbeitsbiografie eine andere Normaldauer der Beschäftigung ergibt. Die Umrechnung ist auf die ausländerrechtlich zulässige Zeitspanne beschränkt.

*Art. 23 Abs. 3<sup>bis</sup> und 5*

<sup>3bis</sup> Erleiden temporär Angestellte, die eine regelmässige Erwerbstätigkeit auf der Basis eines Rahmen- und eines Einsatzvertrages ausüben, einen Unfall, so ist der im aktuellen Einsatzvertrag vereinbarte Lohn massgebend.

<sup>5</sup> War der Versicherte vor dem Unfall bei mehr als einem Arbeitgeber tätig, so ist der Gesamtlohn aus allen Arbeitsverhältnissen massgebend, unabhängig davon, ob diese Arbeitsverhältnisse eine Deckung nur bei Berufsunfällen oder auch bei Nichtberufsunfällen begründet haben. Diese Bestimmung gilt auch für die freiwillige Versicherung.

*Art. 27 Sachüberschrift und Abs. 1 Einleitungssatz*

## Abzüge bei Spitalaufenthalt

<sup>1</sup> Der Abzug vom Taggeld für die Unterhaltskosten in einem Spital beträgt:

*Art. 31 Abs. 1*

<sup>1</sup> Wird infolge eines Unfalls eine Rente der IV oder eine gleichartige Rente einer ausländischen Sozialversicherung neu ausgerichtet, so sind bei der Berechnung der Komplementärrente auch die Kinderrenten der IV und gleichartige Renten ausländischer Sozialversicherungen voll zu berücksichtigen. Massgebend für die Berechnung ist der Wechselkurs im Zeitpunkt des erstmaligen Zusammentreffens der beiden Leistungen.

*Art. 32 Abs. 3*

*Betrifft nur den französischen Text.*

*Art. 33 Abs. 2 Bst. a*

<sup>2</sup> Die Komplementärrenten werden den veränderten Verhältnissen angepasst, wenn:

- a. Kinderrenten der AHV oder der IV oder gleichartige Renten ausländischer Sozialversicherungen dahinfallen oder neu hinzukommen;

*Art. 33a*      Gegenstand der Rentenkürzung im Alter

<sup>1</sup> Die Kürzung nach Artikel 20 Absatz 2<sup>ter</sup> UVG erfolgt auf dem Betrag der Invalidenrente beziehungsweise der Komplementärrente einschliesslich der Teuerungszulagen.

<sup>2</sup> Nach Anpassung der Komplementärrente nach Artikel 33 Absatz 2 oder der Teuerungszulagen erfolgt die Kürzung auf dem neuen Betrag.

*Art. 33b*      Rentenkürzung im Alter bei mehreren Unfällen

<sup>1</sup> Erleidet der Bezüger einer Invalidenrente der Unfallversicherung einen weiteren versicherten Unfall, der zu einer höheren Invalidenrente führt, so wird die Kürzung nach Artikel 20 Absatz 2<sup>ter</sup> UVG für jeden Rententeil einzeln angewendet. Massgebend sind dabei:

- a. das Alter des Versicherten im Zeitpunkt des jeweiligen Unfalls;
- b. für den Anteil des ersten Unfalls: der Betrag, den die Rente, die für den ersten Unfall gewährt wurde, bei Erreichen des Rentenalters hätte, wenn sie nicht aufgrund eines weiteren Unfalles erhöht worden wäre;
- c. für den Anteil des weiteren Unfalls: die Differenz zwischen dem Betrag nach Buchstabe b und dem effektiven Betrag bei Erreichen des Rentenalters.

<sup>2</sup> Für die Bestimmung des Prozentpunkt-Wertes der Kürzung pro Jahr ist der Grad der Gesamtinvalidität beim Erreichen des ordentlichen Rentenalters massgebend. Dieser Prozentpunkt-Wert ist an den gesamten Rentenbetrag anzulegen.

<sup>3</sup> Bei der erstmaligen Rentenfestsetzung nach mehreren invalidisierenden Unfällen ist für die Bestimmung des Ausmasses der Kürzung das Alter des Versicherten im Zeitpunkt des ersten invalidisierenden Unfalles massgebend.

*Art. 33c*      Rentenkürzung im Alter bei Rückfällen und Spätfolgen

<sup>1</sup> Massgebend für die Bestimmung des Ausmasses der Kürzung nach Artikel 20 Absatz 2<sup>quater</sup> UVG ist die Anzahl voller Jahre seit Vollendung des 45. Altersjahres bis zum Ausbruch der Arbeitsunfähigkeit nach Vollendung des 60. Altersjahres, die rentenwirksam wird. Der entsprechende Kürzungssatz findet auf die erstmalige Rente oder auf den Anteil der Erhöhung der vorbestehenden Rente Anwendung.

<sup>2</sup> Die Kürzungsregeln von Absatz 1 finden auf rentenwirksame Rückfälle und Spätfolgen Anwendung unabhängig vom Alter im Zeitpunkt des Unfalls.

*Art. 36 Abs. 5*

<sup>5</sup> Bei Berufskrankheiten, bei denen die betroffene Person an einem Mesotheliom oder anderen Tumoren mit prognostisch ähnlich kurzer Überlebenszeit leidet, entsteht der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung mit dem Ausbruch der Krankheit.

*Art. 37*                    Entstehung und Erlöschen des Anspruches

Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung entsteht am ersten Tag des Monats, in dem die Voraussetzungen erfüllt sind. Er erlischt am Ende des Monats, in dem die Anspruchsvoraussetzungen dahinfallen oder der Berechtigte stirbt.

*Art. 43 Abs. 1, 2 und 4*

<sup>1</sup> Bei der Berechnung der Komplementärrenten werden die Witwen-, Witwer- und Waisenrenten der AHV sowie gleichartige Renten ausländischer Sozialversicherungen voll berücksichtigt. Für die Berechnung ist der Wechselkurs im Zeitpunkt des erstmaligen Zusammentreffens der ausländischen und der inländischen Leistungen massgebend.

<sup>2</sup> Wird infolge eines Unfalls eine zusätzliche Waisenrente der AHV oder eine gleichartige Rente einer ausländischen Sozialversicherung ausgerichtet, so wird nur die Differenz zwischen der vor dem Unfall gewährten Rente und der neuen Leistung in die Komplementärrentenberechnung einbezogen.

<sup>4</sup> Wird infolge eines Unfalls eine Hinterlassenenrente der AHV, eine Rente der IV oder eine gleichartige Rente einer ausländischen Sozialversicherung erhöht oder wird eine Rente der IV oder eine gleichartige Rente einer ausländischen Sozialversicherung durch eine Hinterlassenenrente der AHV oder eine gleichartige Rente einer ausländischen Sozialversicherung abgelöst, so wird bei der Berechnung der Komplementärrente nur die Differenz zur früheren Rente berücksichtigt.

*Art. 53 Abs. 1 Einleitungssatz und Bst. b, 3 Einleitungssatz sowie 4 und 5*

<sup>1</sup> Der Verunfallte oder seine Angehörigen müssen dem Arbeitgeber beziehungsweise der zuständigen Stelle der Arbeitslosenversicherung oder dem Versicherer den Unfall unverzüglich melden und Auskunft geben über:

b. den behandelnden Arzt oder das Spital;

<sup>3</sup> Für die Meldung von Unfällen und Berufskrankheiten stellen die Versicherer unentgeltlich Formulare zur Verfügung. Diese sind vom Arbeitgeber, von der zuständigen Stelle der Arbeitslosenversicherung beziehungsweise vom behandelnden Arzt vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen und unverzüglich dem zuständigen Versicherer zuzustellen. Die Formulare müssen insbesondere die Angaben enthalten, die erforderlich sind:

<sup>4</sup> Die Versicherer können Richtlinien über die Meldung von Unfällen und Berufskrankheiten durch Arbeitgeber, die zuständigen Stellen der Arbeitslosenversicherung, Arbeitnehmer und Ärzte aufstellen.

<sup>5</sup> Die Unfallmeldung an die Suva entbindet nicht von der Meldepflicht nach Artikel 42 Absatz 1 der Arbeitslosenversicherungsverordnung vom 31. August 1983<sup>3</sup>.

*Art. 56* Mitwirkung des Arbeitgebers oder der zuständigen Stelle der Arbeitslosenversicherung

Der Arbeitgeber oder die zuständige Stelle der Arbeitslosenversicherung muss dem Versicherer alle erforderlichen Auskünfte erteilen, die Unterlagen zur Verfügung halten, die für die Klärung des Unfallsachverhaltes benötigt werden, und den Beauftragten des Versicherers freien Zutritt zum Betrieb gewähren.

*Gliederungstitel vor Art. 67*

**Vierter Titel: Medizinalrecht und Tarifwesen**

**1. Kapitel: Grundsätze der Versorgung**

*Art. 67*

<sup>1</sup> Die Versicherer gewährleisten eine ausreichende, qualitativ hochstehende und zweckmässige Versorgung der Versicherten zu möglichst günstigen Kosten.

<sup>2</sup> Heilbehandlungen und Hilfsmittel sind zweckmässig, wenn sie aufgrund der konkreten Umstände des Einzelfalls geeignet und notwendig sind, um das gesetzliche Ziel in einem vernünftigen Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen zu erreichen.

*Gliederungstitel vor Art. 68*

**1a. Kapitel: Spitäler und Medizinalpersonen**

*Art. 68* Spitäler und Kuranstalten

<sup>1</sup> Als Spitäler gelten inländische Anstalten oder Abteilungen von solchen, die der stationären Behandlung von Krankheiten oder Unfallfolgen oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen, unter dauernder ärztlicher Leitung stehen, über das erforderliche fachgemäss ausgebildete Pflegepersonal und über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen.

<sup>2</sup> Als Kuranstalten gelten Institutionen, die der Nachbehandlung oder Kur dienen, unter ärztlicher Leitung stehen, über das erforderliche fachgemäss ausgebildete Personal und über zweckentsprechende Einrichtungen verfügen.

<sup>3</sup> Dem Versicherten steht die Wahl unter den Spitälern und Kuranstalten, mit denen ein Zusammenarbeits- und Tarifvertrag abgeschlossen wurde, im Rahmen der Artikel 48 und 54 UVG frei.

<sup>3</sup> SR 837.02

*Gliederungstitel vor Art. 69a***1b. Kapitel: Rechnungstellung***Art. 70* Tarife

<sup>1</sup> Für die Ausgestaltung der Tarife sind sinngemäss anwendbar:

- a. Artikel 43 Absätze 2 und 3 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994<sup>4</sup> über die Krankenversicherung (KVG);
- b. Artikel 49 Absätze 1 und 3–6 KVG.

<sup>2</sup> Die Tarife sind nach betriebswirtschaftlichen Kriterien zu bemessen, und es ist eine sachgerechte Struktur der Tarife zu beachten. Der Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung und die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken.

*Art. 70a* Kostenermittlung und Leistungserfassung

Die Verordnung vom 3. Juli 2002<sup>5</sup> über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung ist für die in Artikel 56 Absatz 1 UVG genannten Spitäler und Kuranstalten sinngemäss anwendbar. Die fachlich zuständigen Stellen des Bundes, der Verein Medizinaltarif-Kommission UVG und die Tarifpartner sind berechtigt, die Unterlagen einzusehen.

*Art. 70b* Vergütung der ambulanten Behandlung

<sup>1</sup> Für die Vergütung der ambulanten Behandlung schliessen die Versicherer mit den Medizinalpersonen, den medizinischen Hilfspersonen, den Spitalern und den Kuranstalten sowie den Transport- und Rettungsunternehmen Zusammenarbeits- und Tarifverträge auf gesamtschweizerischer Ebene ab. Die Einzelleistungstarife beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen.

<sup>2</sup> Die Frist zur Kündigung von Zusammenarbeits- und Tarifverträgen beträgt mindestens sechs Monate.

*Art. 70c* Vergütung der stationären Behandlung

<sup>1</sup> Für die Vergütung der stationären Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals schliessen die Versicherer mit den Spitalern Zusammenarbeits- und Tarifverträge ab und vereinbaren Pauschalen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung derjenigen Spitäler, welche die Leistungen in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.

<sup>4</sup> SR 832.10

<sup>5</sup> SR 832.104

<sup>2</sup> Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden.

<sup>3</sup> Die Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 werden von den Versicherern zu 100 Prozent vergütet.

<sup>4</sup> Die Frist zur Kündigung von Zusammenarbeits- und Tarifverträgen beträgt mindestens sechs Monate.

*Art. 71 Abs. 1*

*Aufgehoben*

*Art. 72*            Pflichten der Versicherer sowie der Arbeitgeber und der zuständigen Stelle der Arbeitslosenversicherung

<sup>1</sup> Die Versicherer sorgen dafür, dass die Arbeitgeber und die zuständigen Stellen der Arbeitslosenversicherung über die Durchführung der Unfallversicherung ausreichend informiert werden.

<sup>2</sup> Die Arbeitgeber und die zuständigen Stellen der Arbeitslosenversicherung sind verpflichtet, die Informationen an die Arbeitnehmer weiterzugeben und insbesondere über die Möglichkeit der Abredevversicherung zu informieren.

*Art. 72b*

*Aufgehoben*

*Art. 84 Einleitungssatz*

Als Lehr- beziehungsweise Invalidenwerkstätten im Sinne von Artikel 66 Absatz 1 Buchstabe n UVG gelten:

*Art. 85*            Betriebe für temporäre Arbeit

Die Betriebe für temporäre Arbeit im Sinne von Artikel 66 Absatz 1 Buchstabe o UVG umfassen ihr eigenes und das von ihnen verliehene Personal.

*Art. 93*

*Aufgehoben*

*Art. 95 Abs. 2*

<sup>2</sup> Die Ersatzkasse teilt die Zuweisung den betroffenen Versicherern und Arbeitgebern in Form einer Verfügung im Sinne von Artikel 49 ATSG mit. Artikel 52 ATSG ist anwendbar.

*Art. 95a* Aufgaben der Ersatzkasse bei Grossereignissen

<sup>1</sup> Bei Grossereignissen legt die Ersatzkasse die Prämienzuschläge nach Artikel 90 Absatz 4 UVG einheitlich für alle Versicherer nach Artikel 68 UVG jährlich in Promillen des versicherten Verdiensts pro Versicherungszweig so fest, dass die laufenden Kosten gemäss den Meldungen der einzelnen Versicherer zum geschätzten Gesamtschadenaufwand und die erbrachten Zahlungen nach Artikel 78 UVG voraussichtlich gedeckt werden können. Der Gesamtschadenaufwand wird nach anerkannten aktuariellen Grundsätzen geschätzt. Die Teuerungszulagen und die Anpassung der Hilfslosenentschädigungen infolge Erhöhung des höchstversicherten Verdienstes werden nicht berücksichtigt.

<sup>2</sup> Der Ausgleichsfonds vergütet den Versicherern den vom Grossereignis verursachten Aufwand für die Schäden und die Schadenbearbeitung, der die Schwelle für ein Grossereignis nach Artikel 78 Absatz 1 UVG übersteigt. Die Schwelle wird für Berufsunfälle und für Nichtberufsunfälle separat berechnet.

<sup>3</sup> Der Schadenaufwand des Grossereignisses bis zur Schwelle nach Artikel 78 Absatz 1 UVG wird pro Versicherungszweig so auf die Versicherer aufgeteilt, dass die Anteile der einzelnen Versicherer proportional zu ihrem Gesamtschadenaufwand sind. Die Ersatzkasse veranlasst die notwendigen Ausgleichszahlungen zwischen den Versicherern.

<sup>4</sup> Die Ersatzkasse kann die Forderungen der Versicherer abschliessend abgelenken, bevor alle Unfallschäden vollständig abgewickelt sind. Bei einer Auflösung des Ausgleichsfonds werden die verbliebenen Mittel für Berufsunfälle den versicherten Betrieben und für Nichtberufsunfälle ihren Angestellten durch Reduktionen der Nettoprämien zurückerstattet.

<sup>5</sup> Die Ersatzkasse führt eine aggregierte Fondsrechnung. Sie regelt die Organisation des Ausgleichsfonds und die Einzelheiten der Durchführung der Finanzierung in einem Reglement.

*Art. 98* Wahlrecht der öffentlichen Verwaltungen

<sup>1</sup> Zweige der öffentlichen Verwaltungen und öffentliche Betriebe bilden je eine Einheit, wenn sie organisatorisch selbstständig sind und eine eigene Rechnung führen. Solche Einheiten müssen beim gleichen Versicherer versichert werden.

<sup>2</sup> Neu geschaffene Verwaltungs- und Betriebseinheiten, die, namentlich infolge von Neugründungen oder Umstrukturierungen bestehender Einheiten, erstmals eine eigene Rechnung führen, müssen die Wahl des Versicherers spätestens einen Monat vor der Aufnahme der Tätigkeit treffen. Den Vertretern der Arbeitnehmer ist ein Mitbestimmungsrecht einzuräumen. Wird die Wahl nicht rechtzeitig ausgeübt, so ist das Personal bei der Suva versichert.

<sup>3</sup> Die öffentlichen Verwaltungen üben ihr Wahlrecht aus, indem sie dem gewählten Versicherer einen schriftlichen Versicherungsantrag unter Angabe der davon betroffenen Verwaltungs- und Betriebseinheiten zustellen.

*Art. 99*      Leistungspflicht bei Versicherten mit mehreren Arbeitgebern

<sup>1</sup> Erleidet ein Versicherter, der bei mehreren Arbeitgebern beschäftigt ist, einen Berufsunfall, so ist der Versicherer desjenigen Arbeitgebers leistungspflichtig, in dessen Dienst der Versicherte verunfallt ist.

<sup>2</sup> Bei Nichtberufsunfällen ist der Versicherer desjenigen Arbeitgebers leistungspflichtig, bei dem der Versicherte vor dem Unfall zuletzt tätig und für Nichtberufsunfälle versichert war. Die anderen Versicherer, bei denen Nichtberufsunfälle ebenfalls gedeckt sind, müssen dem leistungspflichtigen Versicherer einen Anteil an einer allfälligen Rente, Integritätsentschädigung oder Hilflosenentschädigung auf dessen Begehren hin zurückerstatten. Der Anteil richtet sich nach dem Verhältnis des bei ihnen versicherten Verdienstes zum gesamten versicherten Verdienst.

<sup>3</sup> Kann der zuständige Versicherer nicht nach den Absätzen 1 und 2 ermittelt werden, so ist der Versicherer, bei dem der höchste Verdienst versichert ist, zuständig.

*Art. 100*      Leistungspflicht bei mehreren Unfallereignissen

<sup>1</sup> Verunfallt ein Versicherter, während aufgrund eines früheren versicherten Unfalles ein Anspruch auf Taggeld besteht, so erbringt der bisher leistungspflichtige Versicherer auch die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen nach den Artikeln 10–13 UVG sowie die Taggelder für den neuen Unfall. Die beteiligten Versicherer können untereinander von dieser Regelung abweichende Vereinbarungen treffen, namentlich wenn der neue Unfall wesentlich schwerwiegendere Folgen hat als der frühere. Die Leistungspflicht des für den früheren Unfall leistungspflichtigen Versicherers endet, wenn der frühere Unfall für den weiterbestehenden Gesundheitsschaden nicht mehr ursächlich ist.

<sup>2</sup> Verunfallt ein Versicherter, während er aufgrund eines früheren versicherten Unfalles in Behandlung nach Artikel 10 UVG steht, ohne dass aufgrund dieses Unfalles ein Anspruch auf Taggeld besteht, so erbringt der für den neuen Unfall leistungspflichtige Versicherer auch die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen nach den Artikeln 10–13 UVG für die früheren Unfälle. Die Leistungspflicht des für den neuen Unfall leistungspflichtigen Versicherers endet, wenn der neue Unfall für den weiterbestehenden Gesundheitsschaden nicht mehr ursächlich ist.

<sup>3</sup> Bei einem Rückfall oder bei Spätfolgen aufgrund von mehreren versicherten Unfällen erbringt der für den letzten Unfall leistungspflichtige Versicherer die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen nach den Artikeln 10–13 UVG sowie die Taggelder.

<sup>4</sup> In den Fällen nach den Absätzen 1–3 sind die anderen Versicherer dem leistungspflichtigen Versicherer nicht zur Vergütung verpflichtet.

<sup>5</sup> Entsteht für die Folgen von mehreren Unfällen neu ein Anspruch auf eine Rente, auf eine Integritätsentschädigung oder auf eine Hilflosenentschädigung, so werden diese Leistungen durch den für den letzten Unfall leistungspflichtigen Versicherer ausgerichtet. Die beteiligten Versicherer können untereinander von dieser Regelung abweichende Vereinbarungen treffen, namentlich wenn der letzte Unfall wesentlich geringere Folgen hat als die früheren oder der bei dem für den letzten Unfall leistungspflichtigen Versicherer versicherte Verdienst wesentlich tiefer ist als der bei

einem anderen Versicherer versicherte Verdienst. Die anderen beteiligten Versicherer vergüten dem leistungspflichtigen Versicherer diese Leistungen, ohne Teuerungszulagen, nach Massgabe der Verursachung; damit ist ihre Leistungspflicht abgegolten.

<sup>6</sup> Erleidet ein Versicherter, der aus einem früheren Unfall eine Invalidenrente oder eine Hilflosenentschädigung bezieht, einen neuen Unfall und führt dieser zu einer Änderung der Invalidenrente oder des Grades der Hilflosigkeit, so muss der für den zweiten Unfall leistungspflichtige Versicherer die gesamte Invalidenrente oder Hilflosenentschädigung ausrichten. Der für den ersten Unfall leistungspflichtige Versicherer vergütet dem anderen Versicherer den Betrag, der dem Barwert des Rentenanteils, ohne Teuerungszulagen, beziehungsweise des Anteils der Hilflosenentschädigung aus dem ersten Unfall entspricht; damit ist seine Leistungspflicht abgegolten.

#### *Art. 102a* Vorleistungspflicht

Können sich mehrere Versicherer nicht einigen, wer von ihnen für Unfallfolgen leistungspflichtig ist, so muss derjenige Versicherer die Leistungen im Sinne von Vorleistungen erbringen, der dem Auftreten der Unfallfolgen in zeitlicher Hinsicht am nächsten ist.

#### *Art. 103* Zusammenwirken der Versicherer

Die Versicherer müssen sich auf Anfrage gegenseitig über Unfälle, Berufskrankheiten, Leistungen und die Einteilung in die Risikoklassifikation unentgeltlich Auskunft geben, soweit es die Durchführung der Unfallversicherung erfordert.

#### *Art. 108 Abs. 1*

<sup>1</sup> Die Versicherer arbeiten gemeinsam für die Durchführung der Unfallversicherung einheitliche Rechnungsgrundlagen aus und unterbreiten sie dem EDI zur Genehmigung. Mit der Genehmigung werden die Rechnungsgrundlagen für alle Versicherer verbindlich. Können sich die Versicherer nicht einigen, so erlässt das EDI im Einvernehmen mit der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht (FINMA) Weisungen.

#### *Art. 110*

#### *Aufgehoben*

#### *Art. 111* Reserven

<sup>1</sup> Die Versicherer nach Artikel 68 Absatz 1 Buchstabe a UVG erfüllen die Reserveanforderungen nach Artikel 90 Absatz 3 UVG, wenn sie die Eigenmittelanforderungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes vom 17. Dezember 2004<sup>6</sup> unter der Aufsicht der FINMA einhalten.

<sup>6</sup> SR 961.01

<sup>2</sup> Für die Versicherer nach Artikel 68 Absatz 1 Buchstabe b UVG gelten die Reservestimmungen des jeweiligen Gemeinwesens.

<sup>3</sup> Die Versicherer nach Artikel 68 Absatz 1 Buchstabe c UVG müssen ihre relevanten Risiken und Szenarien im Bereich der Unfallversicherung nach den Artikeln 10–13 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. November 2015<sup>7</sup> (KVAV) quantifizieren und darüber dem BAG jährlich Bericht erstatten. Bei der Ausübung der Gesetzgebungskompetenzen gemäss denselben Bestimmungen der KVAV berücksichtigt das EDI die Eigenheiten der Unfallversicherung.

<sup>4</sup> Die Suva stellt ihre finanzielle Sicherheit in einem jährlichen Bericht an den Bundesrat dar. Der Bericht legt insbesondere die vorhandenen anrechenbaren Eigenmittel der Suva und die erforderlichen Eigenmittel offen. Letztere werden mit Hilfe eines Modells zur Quantifizierung der relevanten Risiken und Szenarien für zukünftige Entwicklungen so festgelegt, dass bei einem voraussichtlichen Jahrhundertverlust die Forderungen gedeckt werden können. Die vorhandenen anrechenbaren Eigenmittel müssen höher als die erforderlichen Eigenmittel sein.

### *Einfügen vor dem Gliederungstitel des 2. Kapitels*

*Art. 112a* Finanzierung der Teuerungszulagen bei den Versicherern nach Artikel 68 Absatz 1 Buchstabe a UVG und bei der Ersatzkasse

Der Verein nach Artikel 90a Absatz 1 UVG erstellt eine Gesamtrechnung über die gesonderten Rückstellungen nach Artikel 90a Absatz 2 UVG.

### *Art. 113 Abs. 1 und 4*

<sup>1</sup> Die Betriebe oder Betriebsteile sind so in Klassen des Prämientarifs einzureihen und ihre Prämien sind so zu berechnen, dass die Kosten der Berufsunfälle und Berufskrankheiten sowie der Nichtberufsunfälle einer Risikogemeinschaft voraussichtlich aus den Nettoprämien bestritten werden können.

<sup>4</sup> Die registrierten Versicherer reichen dem BAG ein:

- a. jeweils bis spätestens Ende Mai des laufenden Jahres: die Tarife des Folgejahres;
- b. jeweils im laufenden Jahr: die Risikostatistiken des Vorjahres.

### *Art. 115 Abs. 2*

<sup>2</sup> Bei Mehrfachbeschäftigten wird der Lohn je Arbeitsverhältnis erfasst, insgesamt jedoch nur bis zum Höchstbetrag des versicherten Verdienstes. Übersteigt die Summe der Löhne diesen Höchstbetrag, so ist er entsprechend den prozentualen Verdiensteanteilen auf die einzelnen Arbeitsverhältnisse aufzuteilen. Dies gilt auch für Personen, die neben der unselbstständigen eine selbstständige, nach dem UVG freiwillig versicherte Tätigkeit ausüben.

<sup>7</sup> SR 832.121

*Art. 123a*

*Aufgehoben*

*Art. 124 Einleitungssatz*

*Betrifft nur den französischen Text.*

*Art. 128* Leistungen bei Unfall und Krankheit

<sup>1</sup> Erkrankt ein verunfallter Versicherter in einem Spital, so erbringt der Unfallversicherer für die Dauer der stationären Behandlung der Unfallfolgen die Pflegeleistungen, Kostenvergütungen und Taggelder für die gesamte Gesundheitsschädigung. Der Krankenversicherer erbringt subsidiär die Taggelder, soweit keine Überversicherung besteht.

<sup>2</sup> Verunfällt ein erkrankter Versicherter in einem Spital, so erbringt der Krankenversicherer für die Dauer der stationären Behandlung der Krankheit die versicherten Leistungen für die gesamte Gesundheitsschädigung. Der Unfallversicherer ist im Ausmass der Leistungen des Krankenversicherers von der Leistungspflicht befreit.

*Gliederungstitel vor Art. 129*

## **Achter Titel: Unfallversicherung von arbeitslosen Personen**

*Art. 129* Höhe des Taggeldes

<sup>1</sup> Während Warte- oder Einstelltagen entspricht das Taggeld der Unfallversicherung der Nettoentschädigung der Arbeitslosenversicherung nach den Artikeln 22 und 22a des Arbeitslosenversicherungsgesetzes vom 25. Juni 1982<sup>8</sup> (AVIG), die ohne Warte- oder Einstelltage ausgerichtet würde.

<sup>2</sup> Zu den Taggeldern richtet die Unfallversicherung die Zuschläge in der Höhe der gesetzlichen Kinder- und Ausbildungszulagen nach Artikel 22 Absatz 1 AVIG aus.

<sup>3</sup> Bei einem Unfall im Rahmen eines Programms zur vorübergehenden Beschäftigung oder eines Berufspraktikums entspricht das Taggeld demjenigen, das der versicherten Person ohne Programm zur vorübergehenden Beschäftigung oder Berufspraktikum ausgerichtet würde.

*Gliederungstitel vor Art. 130*

*Aufgehoben*

*Art. 130*      Zwischenverdienst nach Artikel 24 AVIG

<sup>1</sup> Erzielt die versicherte Person einen Zwischenverdienst nach Artikel 24 AVIG<sup>9</sup> aus unselbstständiger Erwerbstätigkeit, so erbringt bei Berufsunfällen der Versicherer des betreffenden Betriebs die Leistungen.

<sup>2</sup> Sofern der Zwischenverdienst die Versicherung gegen Nichtberufsunfälle begründet, erbringt der Versicherer des betreffenden Betriebs die Leistungen bei Nichtberufsunfällen, die sich an Tagen ereignen, an denen die arbeitslose Person Zwischenverdienst erzielt oder erzielt hätte. Artikel 99 Absatz 2 ist nicht anwendbar.

<sup>3</sup> Erzielt die versicherte Person einen Zwischenverdienst aus selbstständiger Erwerbstätigkeit, so erbringt bei Unfällen die Suva die Leistungen.

<sup>4</sup> Bei einem Unfall während eines Zwischenverdienstes aus unselbstständiger oder selbstständiger Erwerbstätigkeit entspricht das Taggeld demjenigen, das der versicherten Person ohne Zwischenverdienst ausgerichtet würde.

<sup>5</sup> Bei Teilarbeitslosigkeit gelten die Absätze 1–4 sinngemäss.

*Art. 131*      Prämien

<sup>1</sup> Die Prämien werden in Promillen der Entschädigung der Arbeitslosenversicherung festgesetzt.

<sup>2</sup> Der Prämienatz für die Nichtberufsunfallversicherung ist für alle arbeitslosen Personen gleich hoch.

<sup>3</sup> Der Prämienatz ist für alle versicherten Personen, die an Programmen zur vorübergehenden Beschäftigung, an Berufspraktika oder an Bildungsmassnahmen nach Artikel 91 Absatz 4 UVG teilnehmen, gleich hoch.

<sup>4</sup> Aufgrund der Risikoerfahrung kann die Suva von sich aus oder auf Antrag der Ausgleichsstelle der Arbeitslosenversicherung jeweils auf den Beginn eines Kalendermonats die Prämienätze ändern.

<sup>5</sup> Änderungen der Prämienätze sind der Ausgleichsstelle der Arbeitslosenversicherung spätestens zwei Monate, bevor sie wirksam werden, mit Verfügung mitzuteilen.

<sup>6</sup> Die Suva führt über die Unfälle der arbeitslosen Personen eine Risikostatistik.

*Art. 132**Aufgehoben*

<sup>9</sup> SR 837.0

*Gliederungstitel vor Art. 140a***Zehnter Titel: Rechtspflege***Art. 140a*

<sup>1</sup> Die kantonalen Schiedsgerichte nach Artikel 57 UVG, die kantonalen Versicherungsgerichte nach Artikel 57 ATSG<sup>10</sup> und das Bundesverwaltungsgericht bei Beschwerden nach Artikel 109 UVG stellen ihre Entscheide dem BAG zu.

<sup>2</sup> Das BAG ist berechtigt, gegen Entscheide der kantonalen Schiedsgerichte, der kantonalen Versicherungsgerichte und des Bundesverwaltungsgerichts Beschwerde beim Bundesgericht zu erheben.

*Gliederungstitel vor Art. 141***Elfter Titel: Schlussbestimmungen****1. Kapitel: Aufhebung von Verordnungen***Art. 147b* Übergangsbestimmung zur Änderung vom 9. November 2016

<sup>1</sup> Der abgestufte Kürzungssatz nach Ziffer II Absatz 2 der Änderung vom 25. September 2015<sup>11</sup> des UVG findet wie folgt Anwendung:

- a. wenn die Rentenbezüger das ordentliche Pensionierungsalter im Jahr 2025 erreichen: ein Fünftel;
- b. wenn die Rentenbezüger das ordentliche Pensionierungsalter im Jahr 2026 erreichen: zwei Fünftel;
- c. wenn die Rentenbezüger das ordentliche Pensionierungsalter im Jahr 2027 erreichen: drei Fünftel;
- d. wenn die Rentenbezüger das ordentliche Pensionierungsalter im Jahr 2028 erreichen: vier Fünftel.

<sup>2</sup> Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG gilt auch für Unfälle, die sich vor Inkrafttreten dieser Änderung des Gesetzes ereignet haben, für die die Rente aber erst danach zu laufen beginnt.

<sup>3</sup> Die Reserven nach Artikel 111 Absätze 1 und 3 des bisherigen Rechts, über die die Versicherer nach Artikel 68 Absatz 1 Buchstabe c UVG beim Inkrafttreten der Änderung vom 9. November 2016 verfügen, werden in die Reserven nach Artikel 90 Absatz 3 UVG überführt.

<sup>10</sup> SR 830.1

<sup>11</sup> AS 2016 4375

II

Die Verordnung vom 24. Januar 1996<sup>12</sup> über die Unfallversicherung von arbeitslosen Personen wird aufgehoben.

III

Die Änderung anderer Erlasse wird im Anhang geregelt.

IV

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2017 in Kraft.

9. November 2016

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Der Bundespräsident: Johann N. Schneider-Ammann

Der Bundeskanzler: Walter Thurnherr

<sup>12</sup> AS 1996 698 3071, 1998 151, 1999 2549, 2000 242, 2002 3950

## Änderung anderer Erlasse

Die nachstehenden Verordnungen werden wie folgt geändert:

### **1. Verordnung vom 18. April 1984<sup>13</sup> über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge**

*Art. 6*                    Beginn der Versicherung  
(Art. 10 Abs. 1 BVG)

<sup>1</sup> Die Versicherung beginnt an dem Tag, an dem das Arbeitsverhältnis anfängt oder erstmals Lohnanspruch besteht, in jedem Fall aber im Zeitpunkt, da der Arbeitnehmer sich auf den Weg zur Arbeit begibt.

<sup>2</sup> Für arbeitslose Personen beginnt die Versicherung mit dem Tag, an dem erstmals die Anspruchsvoraussetzungen nach Artikel 8 des Bundesgesetzes vom 25. Juni 1982<sup>14</sup> über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung (Arbeitslosenversicherungsgesetz, AVIG) erfüllt sind oder Entschädigungen nach Artikel 29 AVIG bezogen werden.

*Gliederungstitel vor Art. 24*

### **6. Abschnitt: Koordination mit anderen Leistungen und Einkünften**

*Art. 24*                    Kürzung von Invalidenleistungen vor dem Erreichen  
des ordentlichen Rentenalters und von Hinterlassenenleistungen  
(Art. 34a BVG)

<sup>1</sup> Die Vorsorgeeinrichtung kann bei der Kürzung von Invalidenleistungen vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters und von Hinterlassenenleistungen folgende Leistungen und Einkünfte anrechnen:

- a. Hinterlassenen- und Invalidenleistungen, die andere in- und ausländische Sozialversicherungen und Vorsorgeeinrichtungen der leistungsberechtigten Person aufgrund des schädigenden Ereignisses ausrichten; dabei werden Kapitalleistungen mit ihrem Rentenumwandlungswert angerechnet;
- b. Taggelder aus obligatorischen Versicherungen;
- c. Taggelder aus freiwilligen Versicherungen, wenn diese mindestens zur Hälfte vom Arbeitgeber finanziert werden;

<sup>13</sup> SR 831.441.1

<sup>14</sup> SR 837.0

- d. wenn die versicherte Person Invalidenleistungen bezieht: das weiterhin erzielte oder zumutbarerweise noch erzielbare Erwerbs- oder Ersatzeinkommen.

<sup>2</sup> Sie darf folgende Leistungen und Einkünfte nicht anrechnen:

- a. Hilfslosen- und Integritätsentschädigungen, Abfindungen, Assistenzbeiträge und ähnliche Leistungen;
- b. Zusatzeinkommen, das während der Teilnahme an Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Artikel 8a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959<sup>15</sup> über die Invalidenversicherung erzielt wird.

<sup>3</sup> Die Hinterlassenenleistungen an die Witwe oder den Witwer oder an die überlebende eingetragene Partnerin oder den überlebenden eingetragenen Partner und an die Waisen werden zusammengerechnet.

<sup>4</sup> Die leistungsberechtigte Person muss der Vorsorgeeinrichtung über alle anrechenbaren Leistungen und Einkünfte Auskunft geben.

<sup>5</sup> Die Vorsorgeeinrichtung kann die Voraussetzungen und den Umfang einer Kürzung jederzeit überprüfen und ihre Leistungen anpassen, wenn die Verhältnisse sich wesentlich ändern.

<sup>6</sup> Der mutmasslich entgangene Verdienst entspricht dem gesamten Erwerbs- oder Ersatzeinkommen, das die versicherte Person ohne das schädigende Ereignis mutmasslich erzielen würde.

*Art. 24a* Kürzung von Invalidenleistungen nach dem Erreichen  
des ordentlichen Rentenalters  
(Art. 34a BVG)

<sup>1</sup> Hat die versicherte Person das ordentliche Rentenalter erreicht, so darf die Vorsorgeeinrichtung ihre Leistungen nur kürzen, wenn diese zusammentreffen mit:

- a. Leistungen nach dem Bundesgesetz vom 20. März 1981<sup>16</sup> über die Unfallversicherung (UVG);
- b. Leistungen nach dem Bundesgesetz vom 19. Juni 1992<sup>17</sup> über die Militärversicherung (MVG); oder
- c. vergleichbaren ausländischen Leistungen.

<sup>2</sup> Die Vorsorgeeinrichtung erbringt die Leistungen weiterhin in gleichem Umfang wie vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters. Insbesondere muss sie Leistungskürzungen bei Erreichen des Rentenalters nach Artikel 20 Absätze 2<sup>ter</sup> und 2<sup>quater</sup> UVG und Artikel 47 Absatz 1 MVG nicht ausgleichen.

<sup>3</sup> Die gekürzten Leistungen der Vorsorgeeinrichtung dürfen zusammen mit den Leistungen nach UVG, nach MVG und den vergleichbaren ausländischen Leistun-

<sup>15</sup> SR 831.20

<sup>16</sup> SR 832.20

<sup>17</sup> SR 833.1

gen nicht tiefer sein als die ungekürzten Leistungen nach den Artikeln 24 und 25 BVG.

<sup>4</sup> Gleichet die Unfall- oder die Militärversicherung eine Reduktion der AHV-Leistungen deshalb nicht vollständig aus, weil deren Höchstbetrag erreicht ist (Art. 20 Abs. 1 UVG, Art. 40 Abs. 2 MVG), so muss die Vorsorgeeinrichtung die Kürzung ihrer Leistung um den nicht ausgeglichenen Betrag reduzieren.

<sup>5</sup> Artikel 24 Absätze 4 und 5 gilt sinngemäss.

<sup>6</sup> Wird bei einer Scheidung eine Invalidenrente nach dem reglementarischen Rentenalter geteilt, so wird der Rentenanteil, der dem berechtigten Ehegatten zugesprochen wurde, bei der Berechnung einer allfälligen Kürzung der Invalidenrente des verpflichteten Ehegatten weiterhin angerechnet.<sup>18</sup>

*Art. 25 Sachüberschrift und Abs. 1*

Leistungskürzung der Unfall- und Militärversicherung

<sup>1</sup> *Aufgehoben*

*Art. 26a und 26b*

*Bisherige Art. 25a und 25b*

## **2. Verordnung vom 19. Dezember 1983<sup>19</sup> über die Unfallverhütung**

*Ersatz von Ausdrücken*

*Im ganzen Erlass wird «SUVA» durch «Suva» ersetzt.*

*Art. 1 Abs. 1*

<sup>1</sup> Die Vorschriften über die Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten (Arbeitssicherheit) gelten für alle Betriebe, deren Arbeitnehmer in der Schweiz Arbeiten ausführen.

*Art. 50 Abs. 3*

<sup>3</sup> Die Suva kann nach vorgängiger Anhörung der betroffenen Kreise Richtlinien über maximale Arbeitsplatz-Konzentrationen gesundheitsgefährdender Stoffe sowie über Grenzwerte für physikalische Einwirkungen erlassen.

<sup>18</sup> Abs. 6 ersetzt Art. 24 Abs. 2<sup>ter</sup> in der Fassung gemäss Ziff. I der V vom 10. Juni 2016 (AS 2016 2347).

<sup>19</sup> SR 832.30

*Art. 58 Abs. 2*

<sup>2</sup> Die Koordinationskommission legt dem Bundesrat jährlich bis spätestens Ende Juni einen Bericht über ihre Tätigkeit im Vorjahr zur Genehmigung vor. Der genehmigte Bericht wird der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

*Art. 61 Abs. 1<sup>bis</sup> und 64 Abs. 2*

*Aufgehoben*

*Art. 92* Verwendung der Prämienzuschläge

<sup>1</sup> Die Verwendung der Prämienzuschläge richtet sich nach den Beschlüssen der Koordinationskommission.

<sup>2</sup> Die Suva verwaltet die Prämienzuschläge im Auftrag der Koordinationskommission und führt darüber eine gesonderte Rechnung. Diese ist dem Bundesrat mit einem Bericht alljährlich bis Ende Juni des folgenden Jahres zur Genehmigung zu unterbreiten.

<sup>3</sup> Die Einzelheiten der Verwaltung werden in einem Vertrag zwischen der Koordinationskommission und der Suva geregelt.

<sup>4</sup> Der genehmigte Bericht wird der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

**3. Verordnung vom 10. November 1993<sup>20</sup> über die Militärversicherung**

*Einfügen nach dem Gliederungstitel des 2. Abschnitts*

*Art. 9a* Grundsätze der Versorgung

<sup>1</sup> Die Militärversicherung gewährleistet eine ausreichende, qualitativ hochstehende und zweckmässige Versorgung der Versicherten zu möglichst günstigen Kosten.

<sup>2</sup> Heilbehandlungen und Hilfsmittel sind zweckmässig, wenn sie aufgrund der konkreten Umstände des Einzelfalls geeignet und notwendig sind, um das gesetzliche Ziel in einem vernünftigen Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen zu erreichen.

*Art. 11 Sachüberschrift sowie Abs. 1 und 2*

Spitäler, Kuranstalten und Abklärungsstellen

<sup>1</sup> Als Spitäler nach Artikel 22 Absatz 3 des Gesetzes gelten inländische Anstalten oder Abteilungen von solchen, die der stationären Behandlung von Gesundheitsschädigungen oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen, unter dauernder ärztlicher Leitung stehen sowie über das erforderliche fachgemäss ausgebildete Pflegepersonal und über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen.

<sup>20</sup> SR 833.11

<sup>2</sup> Als Kuranstalten nach Artikel 22 Absatz 3 des Gesetzes gelten Institutionen, die stationär der Nachbehandlung oder Kur dienen, unter ärztlicher Leitung stehen, über das erforderliche, fachgemäss ausgebildete Personal und über zweckentsprechende Einrichtungen verfügen.

#### *Art. 13* Tarife

<sup>1</sup> Für die Ausgestaltung der Tarife sind sinngemäss anwendbar:

- a. Artikel 43 Absätze 2 und 3 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994<sup>21</sup> über die Krankenversicherung (KVG);
- b. Artikel 49 Absätze 1 und 3–6 KVG.

<sup>2</sup> Die Tarife sind nach betriebswirtschaftlichen Kriterien zu bemessen, und es ist eine sachgerechte Struktur der Tarife zu beachten. Der Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung und die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken.

#### *Art. 13a* Kostenermittlung und Leistungserfassung

Die Verordnung vom 3. Juli 2002<sup>22</sup> über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung ist für die in Artikel 22 Absätze 2 und 3 des Gesetzes genannten Spitäler und Kuranstalten sinngemäss anwendbar. Die fachlich zuständigen Stellen des Bundes, der Verein Medizinaltarif-Kommission UVG und die Tarifpartner sind berechtigt, die Unterlagen einzusehen.

#### *Art. 13b* Vergütung der ambulanten Behandlung

<sup>1</sup> Für die Vergütung der ambulanten Behandlung schliesst die Militärversicherung mit den Medizinalpersonen, den medizinischen Hilfspersonen, den Spitalern und den Kuranstalten sowie den Transport- und Rettungsunternehmen Zusammenarbeits- und Tarifverträge auf gesamtschweizerischer Ebene ab. Die Einzelleistungstarife beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen.

<sup>2</sup> Die Frist zur Kündigung von Zusammenarbeits- und Tarifverträgen beträgt mindestens sechs Monate.

#### *Art. 13c* Vergütung der stationären Behandlung

<sup>1</sup> Für die Vergütung der stationären Behandlung, Unterkunft und Verpflegung in der allgemeinen Abteilung eines Spitals schliesst die Militärversicherung mit den Spitalern Zusammenarbeits- und Tarifverträge ab und vereinbart Pauschalen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung derjenigen Spitäler, welche die Leistungen in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.

<sup>21</sup> SR 832.10

<sup>22</sup> SR 832.104

<sup>2</sup> Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden.

<sup>3</sup> Die Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 werden von der Militärversicherung zu 100 Prozent vergütet.

<sup>4</sup> Die Frist zur Kündigung von Zusammenarbeits- und Tarifverträgen beträgt mindestens sechs Monate.

*Art. 14 Abs. 1 und 4*

*<sup>1</sup> Aufgehoben*

<sup>4</sup> Versicherte, die sich in ein Spital ohne Tarifvereinbarung begeben, erhalten Vergütungen, wie sie für ein vergleichbares Spital mit Tarifvereinbarung entrichtet werden. Vorbehalten bleiben Notfälle.

*Art. 16 Abs. 4*

<sup>4</sup> Mit Ausnahme der Familienzulagen nach dem Familienzulagengesetz vom 24. März 2006<sup>23</sup> werden regelmässige Nebenbezüge wie Vergütungen für Überzeit, Sonntags-, Nacht- oder Schichtarbeit, Gefahrenzulagen und Ortszulagen berücksichtigt. Natureinkommen und Spesen werden nach den üblichen fiskalischen Ansätzen bewertet.

*Art. 20 Abs. 1*

<sup>1</sup> Die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge für die AHV, die Invalidenversicherung und die Erwerbersatzordnung werden für einen Selbstständigerwerbenden oder einen Nichterwerbstätigen zum gleichen Ansatz wie für einen Arbeitnehmer berechnet. Die Militärversicherung entrichtet diese Beiträge der Eidgenössischen Ausgleichskasse und rechnet mit ihr darüber ab.

*Art. 31 Abs. 1*

<sup>1</sup> Unmittelbar leistungspflichtig nach Artikel 76 des Gesetzes ist der Versicherer, der für die aktuelle Verschlimmerung der Gesundheitsschädigung Leistungen zu erbringen hat.

*Art. 33 Abs. 4*

*Aufgehoben*

<sup>23</sup> SR 836.2

#### **4. Arbeitslosenversicherungsverordnung vom 31. August 1983<sup>24</sup>**

*Art. 36 Abs. 1*

<sup>1</sup> Für die Einzelheiten und das Verfahren gilt die Gesetzgebung über die Unfallversicherung<sup>25</sup>.

<sup>24</sup> SR **837.02**  
<sup>25</sup> SR **832.2**

