

Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (KVO)

Vom 25. November 2008 (Stand 1. Januar 2026)

Der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt,

gestützt auf das Gesetz über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (GKV) vom 15. November 1989 ¹⁾, auf § 8 des Spitalgesetzes vom 26. März 1981 ²⁾, auf das Gesetz über die Harmonisierung und Koordination von bedarfsabhängigen Sozialleistungen (Harmonisierungsgesetz Sozialleistungen, SoHaG) vom 25. Juni 2008 ³⁾ sowie das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 ⁴⁾,

beschliesst:

I. Vollzug des Bundesgesetzes über die Krankenpflegeversicherung (KVG)

§ 1 Zuständige Departemente

¹ Die Durchführung von Aufgaben im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (nachfolgend Krankenversicherung) gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 obliegt zum einen Teil dem Gesundheitsdepartement und zum anderen Teil dem Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt (Amt für Sozialbeiträge). Die beiden Departemente regeln ihre Zusammenarbeit.

² Folgende Aufgaben werden vom Gesundheitsdepartement wahrgenommen:

- a) * die Vorbereitung zu Handen des Regierungsrates der vom Bundesgesetz über die Krankenversicherung der Kantonsregierung übertragenen Beschlüsse, insbesondere die Tarifgenehmigung, die Tariffestsetzung sowie die Sicherstellung der medizinischen Versorgung gemäss den Art. 25a Abs. 2, 43 bis 51 sowie Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 13. Juni 2008 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG);
- b) die Vorbereitung zu Handen des Regierungsrates der ausserordentlichen Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung gemäss den Art. 54 bis 55a KVG;
- c) die Mitwirkung an der gemeinsamen Institution gemäss Art. 19 KVG;
- d) die Spitalplanung;
- e) die Durchführung der Betriebsvergleiche;
- f) die Mitwirkung bei der Erstellung der bundesrechtlich vorgeschriebenen Statistiken;
- g) die Kostenübernahme bei medizinisch bedingter ausserkantonaler Hospitalisation;
- h) die Regelung bei Ausstand von Leistungserbringenden;
- i) Vorbereitung der Sicherung der medizinischen Versorgung zu Handen des Regierungsrates;
- j) * ...
- k) * Vollzug der Restfinanzierung der Pflegekosten gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG;
- l) * die Vorbereitung zu Handen des Regierungsrates betreffend die Untersuchungen und Behandlungen gemäss § 4a;

¹⁾ SG [834.400](#).

²⁾ Dieses Gesetz ist aufgehoben.

³⁾ SG [890.700](#).

⁴⁾ SR [832.10](#).

- m) * die Aktualisierung der Prozedurencodes der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP) gemäss Anhang 1 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995.

³ Folgende Aufgaben werden vom Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt (Amt für Sozialbeiträge) wahrgenommen:

- a) * der Vollzug des Krankenversicherungspflichtobligatoriums und die Abgeltung an die Versicherer für uneinbringliche Prämien und Kostenbeteiligungen von Versicherten mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt gemäss Art. 64a KVG;
- b) die Ausrichtung und Kontrolle der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien;
- c) der Vollzug des Gesetzes über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (GKV) vom 15. November 1989;
- d) die Anwendung der §§ 5 und 6 der Verordnung zum Gesetz betreffend die öffentliche Zahnpflege (Zahnpflegeverordnung) vom 30. Oktober 2001.
- e) * die Ausrichtung und Kontrolle der kantonalen Beiträge an die Spital- und Pflegeheimtaxen gemäss § 8a;
- f) * die Ausrichtung und Kontrolle der kantonalen Beiträge an die Kosten der ambulanten Pflege gemäss § 8c.

⁴ Das Amt für Sozialbeiträge führt im Rahmen der Vorbereitung von Tarifgeschäften gemäss Abs. 2 lit. a eine Analyse über allfällige Auswirkungen von Tarifanpassungen insbesondere auf die Höhe der Krankenversicherungsprämien, der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien, der Sozialhilfe, der Ergänzungsleistungen und der kantonalen Beihilfen sowie auf das Versicherungspflichtobligatorium durch. Es erhält die dafür notwendigen Unterlagen vom Gesundheitsdepartement mindestens 19 Tage vor der Regierungsratssitzung zur Stellungnahme zu Händen des Regierungsrates.

II. Förderung der Gesundheit

§ 2 *Gemeinsame Institution*

¹ Der Kanton wirkt an der gemeinsamen Institution gemäss Art. 19 KVG zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten mit.

III. Spitäler und andere Einrichtungen

§ 3 *Grundlagen zur Bedarfsermittlung*

¹ Das Gesundheitsdepartement ermittelt die Grundlagen zur Festlegung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung und zur Festlegung des Bedarfs an Pflegebetten.

² Es berücksichtigt dabei die Bestrebungen nach einer regionalen und interkantonalen Zusammenarbeit.

§ 4 *Spitalliste / Liste der Pflegeheime*

¹ Das Gesundheitsdepartement erarbeitet zu Händen des Regierungsrates die nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Listen der zugelassenen kantonalen und ausserkantonalen Spitäler, Kliniken und Pflegeheime.

² Der Regierungsrat erlässt die Listen.

§ 4a * *Förderung ambulanter Untersuchungen und Behandlungen*

¹ Der Regierungsrat bezeichnet elektive Untersuchungen und Behandlungen, welche ambulant in der Regel wirksamer, zweckmässiger oder wirtschaftlicher durchgeführt werden können als stationär (Anhang 3).

² Der Kanton beteiligt sich an den Kosten der stationären Durchführung von Untersuchungen und Behandlungen nach Abs. 1 bei Patientinnen und Patienten nur, wenn besondere Umstände eine stationäre Durchführung erfordern. Besondere Umstände liegen insbesondere vor, wenn die Patientin oder der Patient: *

- a) besonders schwer erkrankt ist;
- b) an schweren Begleiterkrankungen leidet;
- c) einer besonderen Behandlung oder Betreuung bedarf;
- d) unter besonderen sozialen Umständen lebt.

^{2bis} Besondere Umstände liegen aufgrund des Alters bei Patientinnen oder Patienten, die das 16. Lebensjahr noch nicht oder das 75. Lebensjahr bereits vollendet haben, bei folgenden Untersuchungen und Behandlungen vor: *

- a) Katarakt;
- b) Handchirurgie;
- c) Fusschirurgie (exkl. Hallux valgus);
- d) Osteosynthesematerialentfernungen (OSME);
- e) Zirkumzision;
- f) Extrakorporelle Stosswellenlithotripsie (ESWL).

³ Das Spital dokumentiert die besonderen Umstände zuhanden des Gesundheitsdepartements. Dieses kann Ausnahmen von der Dokumentationspflicht vorsehen.

⁴ Das Gesundheitsdepartement kann jederzeit Einsicht in die Patientenunterlagen nehmen.

§ 5 Betriebsvergleiche

¹ Das Gesundheitsdepartement führt die vom Regierungsrat und vom Bundesrat angeordneten Betriebsvergleiche durch.

§ 6 Statistiken

¹ Das Gesundheitsdepartement koordiniert, in Abstimmung mit dem statistischen Amt, die Erstellung der Statistiken und die Erfassung der Daten durch die nach Bundesrecht zur Mitwirkung verpflichteten Personen und Organisationen. Es kann diese Aufgaben Dritten übertragen.

§ 7 Ausserkantonale Hospitalisation

¹ Das Gesundheitsdepartement regelt die Kostenübernahme bei ausserkantonalen Hospitalisationen gemäss Art. 41 KVG nach Rücksprache mit den Kostenträgern.

§ 8 * Eigenbeitrag der versicherten Person an die Kosten der stationären Pflege

¹ Der maximale Eigenbeitrag der versicherten Person gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG an die Kosten der stationären Pflege beträgt 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages.

§ 8a * Kantonale Beiträge an die Spital- und Pflegeheimtaxen

¹ a) Spital ⁵⁾

Reduziert ein Krankenversicherer seine Leistungen pro Spitaltag in Anwendung von Art. 49 Abs. 4 KVG und bezieht die versicherte Person weder eine Rente der AHV oder IV noch ein Taggeld der IV oder Sozialhilfe, richtet der Kanton bis zum 360. Pflegetag an den Aufenthalt der versicherten Person in den Spitälern, welche auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt sind, auf Gesuch hin Beiträge aus.

² b) Pflegeheim

⁵⁾ Softwarebedingte, redaktionelle Einfügung von Gliederungsbuchstaben oder -ziffern.

Bei Aufenthalt der versicherten Person, welche weder eine Rente der AHV oder IV noch ein Taggeld der IV oder Sozialhilfe bezieht, in einem Pflegeheim oder in einer Pflegeabteilung eines Spitals, welche auf der Pflegeheimliste des Kantons aufgeführt ist, richtet der Kanton bis zum 360. Pflege-tag auf Gesuch hin Beiträge aus.

³ c) Beitragshöhe

1. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach den für die individuelle Prämienverbilligung (IPV) geltenden Einkommensgruppen und entspricht der Differenz zwischen den vom Regierungsrat festgelegten oder in Verträgen zwischen dem Regierungsrat und den Leistungserbringern vereinbarten Spital- und Pflegeheimtaxen und der nachfolgend aufgeführten maximalen Eigenleistung der versicherten Person. *

IPV-Einkommensgruppe	Max. Eigenleistungen Patient/-in Fr. pro Tag *
1	10
2	10
3	10
4	10
5	10
6	10
7	10
8	10
9	10
10	14
11	18
12	22
13	26
14	30
15	34
16	38
17	42
18	46
keine IPV-Anspruch	50

2. Die Beiträge sind zu Leistungen Dritter subsidiär.

3. Die Beiträge werden nur an Personen mit Wohnsitz im Kanton ausgerichtet.

4. Keinen Anspruch auf Beiträge gemäss § 8 lit. a und b haben Personen mit einem steuerbaren Vermögen von mehr als Fr. 1'000'000. ⁶⁾

5. Das Gesundheitsdepartement kann die Beitragsgewährung über die genannten 360 Pflegetage hinaus verlängern.

6. Der Kanton kann die Beiträge auch bei Aufenthalten der versicherten Person in ausserkantonalen Spitalern und Pflegeheimen ausrichten.

⁶⁾ Fassung vom 15. August 2017, in Kraft seit 1. Januar 2018 (KB 19.08.2017)

§ 8b * *Eigenbeitrag der versicherten Person an die Kosten der ambulanten Pflege*

¹ Der maximale Eigenbeitrag der versicherten Person gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG an die Kosten der ambulanten Pflege beträgt 10 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages pro Tag. Der maximale Eigenbeitrag ist nur bei einer Leistungsdauer von einer Stunde anrechenbar; bei kürzerer Leistungsdauer verringert sich der anrechenbare Eigenbeitrag anteilmässig (pro rata temporis).

² Bei Beizug von zwei oder mehr Leistungserbringern pro Tag erhöht sich der maximale Eigenbeitrag insgesamt auf 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages pro Tag. Der anrechenbare Eigenbeitrag ist auf die Leistungserbringer anteilmässig der jeweiligen Leistungsdauer aufzuteilen (pro rata temporis), wobei der einzelne Leistungserbringer maximal den Eigenbeitrag gemäss Abs. 1 in Rechnung stellen darf. *

§ 8c * *Kantonale Beiträge an die Kosten der ambulanten Pflege*

¹ Versicherten Personen, welche Anspruch auf individuelle Prämienverbilligung haben und die weder eine Rente der AHV oder IV noch ein Taggeld der IV oder Sozialhilfe beziehen, richtet der Kanton auf Gesuch hin Beiträge an die Kosten der ambulanten Pflege aus. Die Höhe des Kantonsbeitrags entspricht dem maximalen Eigenbeitrag gemäss § 8b.

² Ein Anspruch auf Kantonsbeiträge entsteht erst ab einem Leistungsumfang von 20 Stunden ambulanter Pflege pro Kalenderjahr. Vorbehalten bleibt Abs. 6.

³ Das Gesundheitsdepartement kann den anrechenbaren Leistungsumfang beschränken.

⁴ Die Beiträge sind zu Leistungen Dritter subsidiär.

⁵ Der Eigenbeitrag gemäss § 8b. wird für Kinder und Jugendliche bis zu 18 Jahren vom Kanton in der anfallenden Höhe übernommen.

⁶ Die Beiträge werden nur an Personen mit Wohnsitz im Kanton ausgerichtet.

§ 8d * *Restfinanzierung durch den Kanton in Anwendung von Art. 25a Abs. 5 KVG*

¹ a) Pflegeheime

1. Die Pflegenormkosten ergeben sich aus der Multiplikation des vom Regierungsrat festgelegten Punktwertes in Franken mit den Indexwerten pro Pflegestufe (Anhang 1 § 2). *

Pflegestufe	Pflegeaufwand in Minuten pro Tag	Pflegekosten pro Tag in Fr.
*	...	...
1 *	...	...
2 *	...	...
3 *	...	...
4 *	...	...
5 *	...	...
6 *	...	...
7 *	...	...
8 *	...	...
9 *	...	...
10 *	...	...
11 *	...	...
12 *	...	...

1.^{bis 7)}

1.^{ter} Für Pflegeheime, welche dem Pflegeheim-Rahmenvertrag nicht beigetreten sind, reduzieren sich die Pflegenormkosten um 10 Prozent.

1.^{quater} Der Regierungsrat legt den Punktwert in Franken für Pflegeheime in der Regel alle vier Jahre in einem Pflegeheim-Rahmenvertrag fest.

1.^{quinquies} Er legt die Pflegenormkosten auf der Basis von Kosten-, Leistungs- und Bedarfsdaten fest. Er berücksichtigt bei der Festlegung die Kosten und den Bedarf sowie insbesondere die regulatorischen und finanzpolitischen Rahmenbedingungen als auch die Preis- und Lohnentwicklungen der für die Langzeitpflege kostenrelevanten Faktoren. Er kann zudem die Vergleichswerte anderer Kantone berücksichtigen.

1.^{sexies} Während der Geltungsdauer des im Pflegeheim-Rahmenvertrag festgelegten Punktwertes in Franken wird jährlich per 1. Januar ein automatischer Teuerungsausgleich auf die gesamten Pflegenormkosten gewährt. Dieser beruht auf der Entwicklung des Basler Index der Konsumentenpreise der Jahresteuern zum Juni (Juni-Index) des Vorjahres. Weist der Juni-Index eine negative Entwicklung aus, findet keine Anpassung der Pflegenormkosten statt. Ein Teuerungsausgleich wird erst wieder gewährt, wenn der kumulierte Wert positiv ist.

2. Die Höhe der Restfinanzierung entspricht der Differenz zwischen den anerkannten Pflegekosten und den Leistungen der Krankenversicherer gemäss Art. 7a der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) sowie dem maximalen Eigenbeitrag der versicherten Person gemäss § 8. Die Restfinanzierung für versicherte Personen, für die der Kanton Basel-Stadt zuständig ist, ist vom Pflegeheim direkt der entsprechenden kantonalen Stelle elektronisch in Rechnung zu stellen. Das Gesundheitsdepartement regelt die Einzelheiten der elektronischen Abrechnung in einem Reglement.⁸⁾

2.^{bis} Das Pflegeheim kann für Bewohnende, die einen stark erhöhten Pflegebedarf aufweisen, beim Gesundheitsdepartement für jeweils sechs Monate eine Sondertaxe beantragen. Eine Sondertaxe wird gewährt, wenn kumulativ folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

a) Die aktuelle Pflegestufe der Bewohnerin oder des Bewohners entspricht der höchsten Pflegestufe oder es besteht eine invasive Beatmung beziehungsweise eine nicht-invasive Beatmung an der Maschine mit Maskenbeatmung.

b) Die erbrachten Pflegeleistungen überschreiten den Maximalwert der Pflegestufe um mindestens 60 Minuten pro Tag. Der Maximalwert der Pflegestufe 12 beträgt 240 Minuten.

c) Der stark erhöhte Pflegebedarf besteht seit mindestens zwei Monaten zuzüglich der vierzehntägigen Beobachtungsphase.

d) Die Pflegesituation ist stabil und es ist keine kurzfristige Änderung zu erwarten.⁹⁾

2.^{ter} Die Höhe der Sondertaxe entspricht der Multiplikation der Differenz zwischen dem Maximalwert der Pflegestufe gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV und dem effektiv ausgewiesenen spezifischen Pflegeaufwand in Minuten mit dem vom Regierungsrat festgelegten Punktwert in Franken (§ 8d Abs. 1 Ziff. 1). Die Pflegenormkosten werden um diese Sondertaxe erhöht.¹⁰⁾

3. Bei Übernahme vertraglicher Verpflichtungen durch die Pflegeheime, insbesondere bei erhöhten Anforderungen an die Qualifikation des Personals, an die Qualitätssicherung, an die Ausbildungstätigkeit und für Spezialleistungen kann der Regierungsrat höhere Kosten anerkennen. Der Regierungsrat kann entsprechende Verträge abschliessen.

4. Für die Ermittlung des Pflegebedarfs der Bewohnerinnen und Bewohner gilt für die Pflegeheime, welche auf der kantonalen Pflegeheimliste aufgeführt sind, das Bedarfsermittlungsinstrument gemäss Anhang 1 § 1.¹¹⁾

7) aufgehoben am 24. August 2021, in Kraft seit 1. Oktober 2021 (KB 28.08.2021)

8) Fassung vom 12. Februar 2019, in Kraft seit 1. Januar 2019 (KB 16.02.2019)

9) Eingefügt am 12. März 2024, in Kraft seit 1. April 2024 (KB 16.03.2024)

10) Eingefügt am 12. März 2024, in Kraft seit 1. April 2024 (KB 16.03.2024)

11) Eingefügt am 22. Oktober 2024, in Kraft seit 1. Januar 2025 (KB 26.10.2024)

² b) Ambulante Pflege

1. Für die Berechnung der Restfinanzierung durch den Kanton gelten die nachfolgenden, anerkannten Pflegekosten. *

Pflegekosten pro Stunde in Fr. ¹²⁾	erste Stunde	ab zweiter Stunde
Bedarfsabklärung	96	80
Behandlungspflege	90 *	80 *
Grundpflege	80 *	70 *
Grundpflege erbracht durch pflegende Angehörige *	69.25	61.60

2. Die Höhe der Restfinanzierung entspricht der Differenz zwischen den anerkannten Pflegekosten und den Leistungen der Krankenversicherer gemäss Art. 7a KLV sowie dem maximalen Eigenbeitrag der versicherten Person gemäss § 8b. Die Restfinanzierung für versicherte Personen, für die der Kanton Basel-Stadt zuständig ist, ist vom Spitexanbieter direkt bei der entsprechenden kantonalen Stelle elektronisch in Rechnung zu stellen. Diese kann Ausnahmen von der Pflicht zur elektronischen Abrechnung vorsehen. Das Gesundheitsdepartement regelt die Einzelheiten der elektronischen Abrechnung in einem Reglement. ¹³⁾

3. Bei Übernahme vertraglicher Verpflichtungen durch die Spitexanbieter, insbesondere bei erhöhten Anforderungen an die Qualifikation des Personals, an die Qualitätssicherung, an die Ausbildungstätigkeit, für Spezialleistungen und zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit erkennt der Regierungsrat die dadurch entstehenden höheren Kosten an. Der Regierungsrat kann entsprechende Verträge abschliessen. ¹⁴⁾

4. Für die Dauer der Übergangsbestimmung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. Dezember 2020 (Vergütung des Pflegematerials) werden während eines Jahres ab Inkrafttreten der Änderung, sofern die Kosten für Mittel und Gegenstände, welche durch die Pflegefachperson appliziert werden, über einen längeren Zeitraum oder die gesamte Pflegedauer durchschnittlich mehr als zehn Prozent der höchsten vom Regierungsrat im Bereich der Behandlungspflege anerkannten Pflegekosten gemäss Ziffer 1 betragen, diese zusätzlich anerkannt. Das Gesundheitsdepartement regelt die Einzelheiten in einem Reglement. ¹⁵⁾

§ 8d^{bis} * *Taxe für Pension und Betreuung für Pflegeheime*

¹ Der Regierungsrat legt die Taxe für Pension und Betreuung für Pflegeheime in der Regel alle vier Jahre in einem Pflegeheim-Rahmenvertrag fest.

² Er legt die Taxe auf der Basis von Kosten-, Leistungs- und Bedarfsdaten fest. Er berücksichtigt bei der Festlegung die Kosten und den Bedarf sowie insbesondere die regulatorischen und finanzpolitischen Rahmenbedingungen als auch die Preis- und Lohnentwicklungen der für die Langzeitpflege kostenrelevanten Faktoren. Er kann zudem die Vergleichswerte anderer Kantone berücksichtigen.

³ Während der Geltungsdauer der im Pflegeheim-Rahmenvertrag festgelegten Taxe wird jährlich per 1. Januar ein automatischer Teuerungsausgleich auf die gesamte Taxe für Pension und Betreuung gewährt. Dieser beruht auf der Entwicklung des Basler Index der Konsumentenpreise der Jahresteuern zum Juni (Juni-Index) des Vorjahres. Weist der Juni-Index eine negative Entwicklung aus, findet keine Anpassung der Taxe statt. Ein Teuerungsausgleich wird erst wieder gewährt, wenn der kumulierte Wert positiv ist.

§ 8e * *Zuständigkeit für die Restfinanzierung (Art. 25a Abs. 5 KVG)*

¹ ... *

¹²⁾ Fassung vom 15. August 2017, in Kraft seit 1. Januar 2018 (KB 19.08.2017)

¹³⁾ Fassung vom 12. Februar 2019, in Kraft seit 1. Januar 2019 (KB 16.02.2019)

¹⁴⁾ § 8d Abs. 2 Ziff. 3 in der Fassung des RRB vom 24. 1. 2012 (wirksam seit 1. 1. 2012, publiziert am 28. 1. 2012).

¹⁵⁾ Fassung vom 24. August 2021, in Kraft seit 1. Oktober 2021 (KB 28.08.2021)

² ... *

³ Die innerkantonale Zuständigkeit für die Ausrichtung der Restfinanzierung, der Beiträge an die Spital- und Pflegeheimtaxen, der Beiträge an die Kosten der ambulanten Pflege und der Akut- und Übergangspflege wird in einem Vertrag zwischen dem Kanton Basel-Stadt und den Gemeinden Bettingen und Riehen geregelt. ¹⁶⁾

§ 8f * *Kantonale Beiträge an die Kosten für hauswirtschaftliche Leistungen*

¹ Der Kanton kann Beiträge an die Kosten für ärztlich verordnete hauswirtschaftliche Leistungen entrichten. Die Höhe dieser Beiträge richtet sich nach den für die Individuelle Prämienvverbilligung (IPV) geltenden Prämienvverbilligungsstufen.

IV. Tarifschutz

§ 9 *Ausstand von Leistungserbringern*

¹ Lehnt es ein Leistungserbringer ab, die gesetzlichen Leistungen nach den vertraglich oder behördlich festgelegten Tarifen und Preisen zu erbringen, muss sie oder er dies schriftlich dem Gesundheitsdepartement melden. Dieses publiziert eine entsprechende Liste.

§ 10 *Sicherstellung der medizinischen Versorgung*

¹ Kommt zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern kein Tarifvertrag zustande oder ist wegen des Ausstands von Leistungserbringern gemäss § 9 dieser Verordnung die Behandlung der Versicherten im Rahmen des KVG nicht gewährleistet, setzt der Regierungsrat nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.

² Gemäss § 1 Abs. 2 lit. a dieser Verordnung obliegt die Vorbereitung der Tariffestsetzung zu Händen des Regierungsrates dem Gesundheitsdepartement. Dies gilt auch für die Vorbereitung der Festsetzung der Rahmentarife sowie der Genehmigungsbeschlüsse durch die Kantonsregierung gemäss KVG. Das Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt berichtet gemäss § 1 Abs. 4 dieser Verordnung.

V. Zusammenarbeit Krankenversicherer, Versicherungsobligatorium, Prämien- und Kostenausstände

§ 11 *Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern*

¹ Bei der Durchführung der Krankenversicherung gemäss KVG koordiniert der Kanton seine Aufgaben mit den zugelassenen Krankenversicherern.

² Er kann zu diesem Zweck eine vertragliche Vereinbarung mit den Krankenversicherern unter Berücksichtigung des massgeblichen Bundesrechts treffen. *

³ ... *

§ 11a * *Revision der Abrechnungen der Krankenversicherer nach Art. 64a KVG*

¹ Als Revisionsstelle gemäss Art. 64a Abs. 3 KVG bestimmt der Kanton die Kontrollstelle der Krankenversicherer nach Art. 86 der Verordnung des Bundes über die Krankenversicherung (KVV).

² Die Revisionsstelle gemäss Abs. 1 bestätigt dem Kanton in ihrem jährlichen Bericht nach Art. 64a Abs. 3 KVG,

- a) dass der Versicherer über ein von der Revisionsstelle geprüftes betriebliches Inkassokonzept verfügt,
- b) dass bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen die Mahn- und Betreibungsvorschriften des Bundesrechts eingehalten werden,

¹⁶⁾ § 8e Abs. 3: Bettingen: Vertrag über die Zuständigkeit für die Ausrichtung der Restfinanzierung im Rahmen der Pflegefinanzierung vom 7. 5. / 24. 4. 2012; Riehen: Vertrag über die Zuständigkeit für die Ausrichtung der Restfinanzierung im Rahmen der Pflegefinanzierung vom 19. / 6. 3. 2012.

- c) dass der Versicherer die Verlustscheine und gleichwertigen Rechtstitel aktiv bewirtschaftet oder bewirtschaften lässt.

³ Die Krankenversicherer haben dem Amt für Sozialbeiträge auf Verlangen uneingeschränkte Einsicht in die kasseninternen Betreibungs- und Inkassoregelungen zu gewähren und das Amt jährlich über die Erträge aus der Verlustscheinbewirtschaftung, deren Verhältnis zum Prämienvolumen des Versicherten im Kanton sowie über den Bruttoaufwand der Verlustscheinkosten (vor der Verrechnung mit den Erträgen) zu informieren.

§ 11b * *Einem Verlustschein gleichzusetzende Rechtstitel*

¹ Einem Verlustschein im Sinne von Art. 64a Abs. 3 KVG sind Verfügungen über die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen oder gleichwertige Rechtstitel, die das Fehlen von finanziellen Mitteln der versicherten Person belegen, gleichgesetzt. Das Amt für Sozialbeiträge entscheidet über die Gleichwertigkeit von Rechtstiteln in den mit der Abrechnung der Krankenversicherer eingereichten Unterlagen.

§ 12 * *Sicherstellung des Versicherungsobligatoriums gemäss KVG*

¹ Das Amt für Sozialbeiträge vollzieht das Versicherungsobligatorium gemäss KVG. Es

- a) informiert über die obligatorische Krankenversicherung gemäss KVG,
- b) überprüft regelmässig die Einhaltung der Versicherungspflicht gemäss KVG,
- c) entscheidet über Ausnahmen von der Versicherungspflicht und
- d) weist Personen, die ihrer Versicherungspflicht gemäss Art. 3 KVG nicht rechtzeitig nachkommen, einem zugelassenen Krankenversicherer zu. Eine entsprechende Zuweisung erfolgt proportional zum Marktanteil (Versichertenbestand), welchen im Kanton Basel-Stadt tätige Krankenversicherer gemäss Vorjahreszahlen ausweisen.

² Das Amt für Sozialbeiträge stellt, zusammen mit dem Einwohneramt, dem Zivilstandsamt und dem Amt für Wirtschaft und Arbeit sicher, dass die in Art. 3 und Art. 6a Abs. 1 KVG genannten Personen über die Versicherungspflicht informiert werden. Die genannten Behörden stellen ihm laufend die dazu erforderlichen Personendaten elektronisch zur Verfügung).

³ Zur Überprüfung der Einhaltung der Versicherungspflicht gemäss KVG aller Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Basel-Stadt ist das Amt für Sozialbeiträge befugt, die erforderlichen Personendaten des Einwohneramtes elektronisch zu beziehen und mit den Versichertendaten der Krankenversicherer gemäss KVG abzugleichen.

§ 12a * *Gebühr für die Prüfung von Befreiungsgesuchen von der Obligatorischen Krankenversicherung*

¹ Das Amt für Sozialbeiträge erhebt für die Behandlung von Gesuchen um Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 12 Abs. 1 lit. c dieser Verordnung eine Gebühr von 75 Franken.

² Die Prüfung der Gesuche erfolgt vorbehältlich der vorgängigen Entrichtung der Gebühr.

§ 13 * ...

VI. Kantonale Beiträge an die Krankenversicherungsprämien

§ 14 *Informationspflicht der Krankenversicherer*

¹ Im Kanton Basel-Stadt tätige Krankenversicherer sind verpflichtet, bei ihnen versicherte Personen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt sowie bei ihnen versicherte Personen gemäss Art. 65a lit. a bis c KVG regelmässig über die Möglichkeit zur Beantragung von Beiträgen an die Krankenversicherungsprämien (Art. 65 ff. KVG) zu informieren.

1. Anspruchsentstehung und -berechnung

§ 15 *Anspruchsvoraussetzungen*

¹ Der Kanton entrichtet auf Antrag von wirtschaftlich schwächer gestellten Personen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt sowie von Personen gemäss Art. 65a KVG, welche im Kanton Basel-Stadt versichert sind, Beiträge an deren Krankenversicherungsprämien, sofern die rechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

§ 16 *Anspruchsentstehung bei Zuzug aus einem anderen Kanton oder aus dem Ausland sowie bei Personen gemäss Art. 65a lit. a bis c KVG*

¹ Bei Zuzug in den Kanton Basel-Stadt aus einem anderen Kanton, richtet sich ein allfälliger Anspruch auf Beiträge an die Krankenversicherungsprämien bis zum Ende des entsprechenden Kalenderjahres nach dem Recht des Kantons, in dem die versicherte Person am 1. Januar Wohnsitz hatte.

² Bei Zuzug in den Kanton Basel-Stadt aus dem Ausland entsteht der Anspruch auf Beiträge an die Krankenversicherungsprämien ab dem Monat der Versicherungsdeckung gemäss KVG, sofern der Beitritt zu einem gemäss KVG zugelassenen Krankenversicherer und die Anmeldung zum Bezug von Beiträgen an die Krankenversicherungsprämien innert 3 Monaten seit dem Zuzug erfolgte.

³ Bei Personen gemäss Art. 65a lit. a bis c KVG entsteht der Anspruch auf Beiträge an die Krankenversicherungsprämien ab dem Monat des Versicherungsbeginns gemäss KVG, sofern die Anmeldung zum Bezug von Beiträgen an die Krankenversicherungsprämien innerhalb von 3 Monaten seit Versicherungsbeginn erfolgte.

§ 17 *Anspruchsprüfung*

¹ Sind die zur Anspruchsprüfung eingereichten Unterlagen unvollständig, fordert das Amt für Sozialbeiträge die fehlenden Unterlagen nach. Die fehlenden Unterlagen sind innerhalb von zwei Monaten ab Zugang des Nachforderungsschreibens einzureichen. Bleibt diese Frist ungenutzt, ist ein neuer Antrag zu stellen.

² Zur Prüfung der Anspruchsberechtigung kann das Amt für Sozialbeiträge Vorladungen aussprechen sowie schriftliche Auskunftserteilungen und/oder die Einsendung von bestimmten Unterlagen verlangen. Arbeitgebende von Arbeitnehmenden, die einen Antrag auf Beiträge an die Krankenversicherungsprämien gestellt haben, haben auf Aufforderung des Amtes für Sozialbeiträge, Lohnbescheinigungen auszustellen und diesem zuzusenden.

§ 18 *Grundlage für die Anspruchsermittlung und -berechnung*

¹ Grundlage für die Ermittlung und Berechnung eines Anspruchs auf Beiträge an die Krankenversicherungsprämien bilden das Harmonisierungsgesetz Sozialleistungen (SoHaG) vom 25. Juni 2008 sowie die Verordnung über die Harmonisierung und Koordination von bedarfsabhängigen Sozialleistungen (SoHaV) vom 25. November 2008.

² ... *

§ 19 *Kaufkraftbereinigung des anrechenbaren Einkommens von Personen mit Wohnsitz in der Europäischen Union, Island oder Norwegen*

¹ Das anrechenbare Einkommen gemäss § 7 SoHaG von in Art. 65a lit. a bis c KVG genannten Personen wird entsprechend dem Kaufkraftindex des jeweiligen Wohnsitzstaates umgerechnet. Diese Regelung findet keine Anwendung auf ein allfällig anzurechnendes hypothetisches Erwerbseinkommen (§§ 19 ff. SoHaV).

² Der in Abs. 1 genannte Kaufkraftindex bestimmt sich nach der Verordnung des EDI über die Preisniveauintizes und die Minimalprämien für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Gemeinschaft, in Island und in Norwegen vom 22. November 2007.

³ Das kaufkraftbereinigte anrechenbare Einkommen gemäss Abs. 1 und 2 wird gemäss den von der Verwaltungskommission der Europäischen Gemeinschaften für die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer zur Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 bekannt gegebenen Währungsumrechnungskursen in Schweizer Franken umgerechnet.

§ 20 *Rechtsmittel gegen Gebühr wegen Meldepflichtverletzung (§ 39 SoHaV)*

¹ Werden im Fall der Erhebung einer Gebühr wegen Meldepflichtverletzung sowohl die Gebühr als auch die Rückforderung bestritten, ist innerhalb von 30 Tagen nach Eröffnung der Verfügung bei der verfügenden Stelle Einsprache zu erheben.

² Wird ausschliesslich die Gebühr beanstandet, ist innerhalb von 10 Tagen nach Eröffnung der Verfügung Rekurs beim Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt anzumelden. Die Rekursbegründung ist innerhalb von 30 Tagen, vom gleichen Zeitpunkt an gerechnet, nachzureichen. Sie muss die Anträge der rekurrierenden Person sowie eine Begründung mit Angabe der Beweismittel 2 enthalten.

2. Massgebende Prämien / Leistungsgrenzen

§ 21 *Massgebende Prämien*

¹ Bei der Festsetzung der Höhe der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien für die drei von Art. 61 Abs. 3 KVG vorgesehenen Personenkategorien «Erwachsene», «junge Erwachsene» und «Kinder» orientiert sich der Regierungsrat an der Höhe der jeweiligen Prämien für die Krankenversicherung unter Einbezug der Prämien für besondere Versicherungsformen gemäss Art. 62 KVG sowie unter Einbezug von weiteren zulässigen Prämienreduktionen.

^{1bis} Anspruchsberechtigte Personen, die in einer besonderen Versicherungsform gemäss Art. 62 Abs. 1 KVG versichert sind, erhalten einen Zuschlag zum monatlichen Beitrag an die Krankenversicherungsprämien. Der entsprechende Versicherungsnachweis ist bei der Antragstellung sowie in der Folge jährlich beizubringen. Das Amt für Sozialbeiträge kann die für den Zuschlag zu berücksichtigenden Versicherungsmodelle von einem Mindestrabatt gegenüber der ordentlichen Krankenpflegeversicherung des entsprechenden Versicherers abhängig machen. *

² Für die Umsetzung von Art. 65 Abs. 1bis KVG orientiert sich der Regierungsrat an einer Richtprämie. Diese liegt für die jeweilige Personenkategorie gemäss Abs. 1 bei 90 Prozent der erwarteten kantonalen Durchschnittsprämie.

³ Für die Umsetzung von Art. 65a KVG orientiert sich der Regierungsrat an den in den entsprechenden Staaten geltenden Durchschnittsprämien, welche sich aus der Verordnung des EDI über die Preisniveauindizes und die Minimalprämien für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Gemeinschaft, in Island und in Norwegen vom 22. November 2007 ergeben. Liegen diese Durchschnittsprämien nicht mehr als 10 Prozent unter der Durchschnittsprämie des Kantons Basel-Stadt, gelten für Personen gemäss Art. 65a lit. a bis c KVG die selben Bestimmungen wie für Personen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt. Bei Abweichungen von mehr als 10 Prozent kann der Regierungsrat angemessene Abstufungen vornehmen.

§ 22 *Leistungsgrenzen und Prämienbeiträge*

¹ Beiträge an die Krankenversicherungsprämien werden nur gewährt, wenn das massgebliche Einkommen der Haushaltseinheit gemäss § 6 Abs. 2 lit. d SoHaG die gemäss § 11 Abs. 2 SoHaV berechnete Leistungsgrenze nicht übersteigt. Bis zu einer Haushaltseinheit von acht Personen können die Leistungsgrenzen der unten stehenden Tabelle T 1 ¹⁷⁾ entnommen werden. Für Haushaltseinheiten von neun und mehr Personen erhöhen sich die Leistungsgrenzen, ausgehend von der Leistungsgrenze der jeweils vorangehenden Haushaltseinheit, gemäss dem Berechnungsmodus von § 11 Abs. 2 SoHaV, um Fr. 4'000 pro Person. *

¹⁷⁾ § 22 Abs. 1: Die Tabelle findet sich aus technischen Gründen am Schluss dieser Verordnung (Anhang zu § 22 Abs. 1).

² Die Prämiengruppe sowie die Höhe der jeweiligen Beiträge an die Krankenversicherungsprämien ergeben sich, ausgehend vom jeweils massgeblichen Einkommen gemäss § 6 Abs. 2 lit. d SoHaG und unter Anwendung von § 21 dieser Verordnung, aus den unten stehenden Tabellen T 2, T 3 und T 4 ¹⁸⁾. Die maximale Höhe der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien entspricht höchstens der im konkreten Fall tatsächlich geschuldeten Prämie für die obligatorische Krankenversicherung. *

3. Finanzierung der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien / Subrogation

§ 23 *Finanzierung durch Bund und Kanton*

¹ Die aufgrund der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien anfallenden Kosten werden einerseits durch den Bund (Art. 66 KVG) und andererseits durch den Kanton getragen.

² Es obliegt dem Amt für Sozialbeiträge, die Bundesgelder geltend zu machen.

§ 24 *Subrogation*

¹ Soweit im Rahmen des Sozialhilfegesetzes vom 29. Juni 2000 Prämien der Krankenversicherung bezahlt werden, geht der Anspruch auf Beiträge an die Krankenversicherungsprämien auf die sozialhilfleistenden Behörden über.

4. Auszahlung der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien *

§ 25 *Auszahlung der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien*

¹ Die Auszahlung der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien erfolgt an die Krankenversicherer.

² ... *

§ 26 *Meldung an die Krankenversicherer / Information der versicherten Personen*

¹ Das Amt für Sozialbeiträge meldet den Krankenversicherern regelmässig, gemäss einheitlichem Datenaustausch nach Bundesrecht, welche ihrer Versicherten Anspruch auf Krankenversicherungsbeiträge des Kantons Basel-Stadt haben, und informiert sie gleichzeitig über die Höhe desselben. *

² Im Anschluss orientieren die Krankenversicherer die bei ihnen versicherten anspruchsberechtigten Personen über den gemäss Abs. 1 gemeldeten Anspruch und reduzieren die Krankenversicherungsprämien entsprechend.

³ Das Amt für Sozialbeiträge meldet einem im Kanton Basel-Stadt tätigen Krankenversicherer auf Anfrage den gesamten Verfügungsbestand der bei diesem Krankenversicherer nach KVG versicherten Personen für den Abgleich der Datenbestände. *

§ 26a *Meldungen der Krankenversicherer ¹⁹⁾*

¹ Die im Kanton Basel-Stadt tätigen Krankenversicherer erteilen dem Amt für Sozialbeiträge auf Anfrage Auskunft über das Versicherungsverhältnis nach KVG einzelner Personen zwecks Kontrolle der Krankenversicherungsbeiträge und Nachweis des Versicherungsverhältnisses. *

² Die Krankenversicherer melden dem Amt für Sozialbeiträge auf Anfrage die Personendaten nach Art. 105g KVV aller im Kanton Basel-Stadt versicherten Personen. Die Meldungen dienen dem Abgleich der Prämienverbilligungsdatenbestände und der Überprüfung der Einhaltung der Versicherungspflicht. Die Krankenversicherer melden dem ASB auf Anfrage auch weitere Daten (Art. 106c Abs. 6 und 106d Abs. 1 KVV), damit der Prämienverbilligungszuschlag gemäss § 21 Abs. 1 ^{bis} dieser Verordnung ermittelt werden kann. *

³ Die Meldungen gemäss Abs. 1 und Abs. 2 erfolgen mittels einheitlichem Datenaustausch gemäss Verordnung des EDI über den Datenaustausch für die Prämienverbilligung (VDPV-EDI). *

¹⁸⁾ § 22 Abs. 2: Die Tabellen finden sich aus technischen Gründen am Schluss dieser Verordnung im Anhang 2 (Anhang zu § 22 Abs. 2).

¹⁹⁾ § 26a Titel in der Fassung des RRB vom 29. 4. 2014 (wirksam seit 1. 7. 2014).

§ 27 *Auszahlungsmodus*

¹ Im jeweils laufenden Kalenderjahr leistet das Amt für Sozialbeiträge an Krankenversicherer mit Versicherten, die Anspruch auf Beiträge an ihre Krankenversicherungsprämien haben, bis Ende Juni für das laufende Kalenderjahr eine Akontozahlung. Die Höhe dieser Akontozahlung bestimmt sich nach einer Hochrechnung gestützt auf die Zahlen des laufenden Jahres.

² Nach Ablauf des Kalenderjahres stellen Krankenversicherer gemäss Abs. 1 dem Amt für Sozialbeiträge die Differenz zwischen der reduzierten Krankenversicherungsprämie und der für die obligatorische Krankenversicherung tatsächlich geschuldeten Prämie von bei ihnen versicherten Personen mit Anspruch auf Krankenversicherungsbeiträge unter Abzug der nach Abs. 1 geleisteten Akontozahlung in Rechnung. Sie stellen dem Amt für Sozialbeiträge dabei alle zur Überprüfung des geltend gemachten Betrags notwendigen Daten und Unterlagen zur Verfügung.

³ Das Amt für Sozialbeiträge bezahlt den nach entsprechender Überprüfung allfällig verbleibenden Betrag nach Abs. 2 bis Ende Juni des Folgejahres an die berechtigten Krankenversicherer aus.

⁴ Das Amt für Sozialbeiträge kann die Ablehnung oder Einstellung von entsprechenden Beiträgen verfügen, wenn die betroffenen Krankenversicherer bei der Feststellung und Überprüfung des Beitragsanspruchs ungenügend mitwirken.

⁵ Ungerechtfertigt ausbezahlte Beiträge können vom Amt für Sozialbeiträge jederzeit zurückgefordert werden.

VII. Vollzug**§ 28**

¹ Das Gesundheitsdepartement und das Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt (Amt für Sozialbeiträge) werden mit dem Vollzug beauftragt.

VIII. Übergangs- und Schlussbestimmungen**§ 29** *Aufhebung bisherigen Rechts*

¹ Die Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (KVO) vom 7. November 1995 wird aufgehoben. *

§ 30 *Änderung bisherigen Rechts*

¹ Die Verordnung zum Gesetz betreffend die öffentliche Zahnpflege (Zahnpflegeverordnung) vom 30. Oktober 2001 ²⁰⁾ wird wie folgt geändert: ²¹⁾ *

§ 30a * *Übergangsbestimmung zur Änderung von § 8d Abs. 1 Ziff. 4 vom 22. Oktober 2024*

¹ Für die Ermittlung des Pflegebedarfs der Bewohnerinnen und Bewohner können die Pflegeheime bis zum 31. Dezember 2025 das Bedarfsermittlungsinstrument nach bisherigem Recht verwenden.

§ 31 *Wirksamkeit*

¹ Diese Verordnung ist zu publizieren. Sie wird auf den 1. Januar 2009 wirksam.

²⁰⁾ SG 328.210.

²¹⁾ Die Änderungen werden hier nicht abgedruckt.

Änderungstabelle - Nach Beschluss

Beschluss	Inkrafttreten	Element	Änderung	Fundstelle
25.11.2008	01.01.2009	Erlass	Erstfassung	KB 29.11.2008
23.11.2010	01.01.2011	§ 1 Abs. 2, lit. a)	geändert	-
23.11.2010	01.01.2011	§ 1 Abs. 2, lit. j)	aufgehoben	-
23.11.2010	01.01.2011	§ 1 Abs. 2, lit. k)	eingefügt	-
23.11.2010	01.01.2011	§ 1 Abs. 3, lit. e)	eingefügt	-
23.11.2010	01.01.2011	§ 1 Abs. 3, lit. f)	eingefügt	-
23.11.2010	01.01.2011	§ 8	totalrevidiert	-
23.11.2010	01.01.2011	§ 8a	eingefügt	-
23.11.2010	01.01.2011	§ 8c	eingefügt	-
23.11.2010	01.01.2011	§ 8d	eingefügt	-
23.11.2010	01.01.2011	§ 8e	eingefügt	-
20.12.2011	01.01.2012	§ 1 Abs. 3, lit. a)	geändert	-
20.12.2011	01.01.2012	§ 11 Abs. 2	geändert	-
20.12.2011	01.01.2012	§ 11 Abs. 3	aufgehoben	-
20.12.2011	01.01.2012	§ 11a	eingefügt	-
20.12.2011	01.01.2012	§ 11b	eingefügt	-
20.12.2011	01.01.2012	§ 13	aufgehoben	-
20.12.2011	01.01.2012	Titel 4.	geändert	-
20.12.2011	01.01.2012	§ 25 Abs. 2	aufgehoben	-
20.12.2011	01.01.2012	§ 26 Abs. 1	geändert	-
24.01.2012	01.01.2012	§ 8b	totalrevidiert	-
29.04.2014	01.07.2014	§ 12	totalrevidiert	-
29.04.2014	01.07.2014	§ 26 Abs. 3	eingefügt	-
29.04.2014	01.07.2014	§ 26a Abs. 1	geändert	-
29.04.2014	01.07.2014	§ 26a Abs. 3	geändert	-
26.05.2015	31.05.2015	§ 8d Abs. 1, Tabelle, ""	aufgehoben	KB 30.05.2015
26.05.2015	31.05.2015	§ 8d Abs. 1, Tabelle, "1"	aufgehoben	KB 30.05.2015
26.05.2015	31.05.2015	§ 8d Abs. 1, Tabelle, "2"	aufgehoben	KB 30.05.2015
26.05.2015	31.05.2015	§ 8d Abs. 1, Tabelle, "3"	aufgehoben	KB 30.05.2015
26.05.2015	31.05.2015	§ 8d Abs. 1, Tabelle, "4"	aufgehoben	KB 30.05.2015
26.05.2015	31.05.2015	§ 8d Abs. 1, Tabelle, "5"	aufgehoben	KB 30.05.2015
26.05.2015	31.05.2015	§ 8d Abs. 1, Tabelle, "6"	aufgehoben	KB 30.05.2015
26.05.2015	31.05.2015	§ 8d Abs. 1, Tabelle, "7"	aufgehoben	KB 30.05.2015
26.05.2015	31.05.2015	§ 8d Abs. 1, Tabelle, "8"	aufgehoben	KB 30.05.2015
26.05.2015	31.05.2015	§ 8d Abs. 1, Tabelle, "9"	aufgehoben	KB 30.05.2015
26.05.2015	31.05.2015	§ 8d Abs. 1, Tabelle, "10"	aufgehoben	KB 30.05.2015
26.05.2015	31.05.2015	§ 8d Abs. 1, Tabelle, "11"	aufgehoben	KB 30.05.2015
26.05.2015	31.05.2015	§ 8d Abs. 1, Tabelle, "12"	aufgehoben	KB 30.05.2015
15.08.2017	01.01.2018	§ 8a Abs. 3	geändert	KB 19.08.2017
15.08.2017	01.01.2018	§ 8a Abs. 3, Tabelle, "Max. Eigenleistungen Patient/-in Fr. pro Tag"	umbenannt	KB 19.08.2017
15.08.2017	01.01.2018	§ 8d Abs. 2	geändert	KB 19.08.2017
15.08.2017	01.01.2018	§ 22 Abs. 1	geändert	KB 19.08.2017
21.11.2017	01.01.2018	§ 8f	eingefügt	KB 25.11.2017
17.04.2018	01.07.2018	§ 1 Abs. 2, lit. k)	geändert	KB 28.04.2018
17.04.2018	01.07.2018	§ 1 Abs. 2, lit. l)	eingefügt	KB 28.04.2018
17.04.2018	01.07.2018	§ 4a	eingefügt	KB 28.04.2018
16.10.2018	01.07.2019	§ 21 Abs. 1 ^{bis}	eingefügt	KB 22.06.2019

Beschluss	Inkrafttreten	Element	Änderung	Fundstelle
16.10.2018	01.07.2019	§ 22 Abs. 2	geändert	KB 22.06.2019
22.01.2019	01.01.2019	§ 4a Abs. 2	geändert	KB 26.01.2019
22.01.2019	01.01.2019	§ 4a Abs. 2 ^{bis}	eingefügt	KB 26.01.2019
02.04.2019	01.01.2019	§ 8e Abs. 1	aufgehoben	KB 06.04.2019
02.04.2019	01.01.2019	§ 8e Abs. 2	aufgehoben	KB 06.04.2019
29.10.2019	01.01.2020	§ 12a	eingefügt	KB 02.11.2019
07.04.2020	01.01.2021	§ 18 Abs. 2	aufgehoben	KB 11.04.2020
07.04.2020	01.01.2021	§ 18 Abs. 2	aufgehoben	KB 11.04.2020
15.12.2020	01.01.2021	§ 1 Abs. 2, lit. m)	eingefügt	KB 19.12.2020
15.12.2020	01.01.2021	§ 4a Abs. 2 ^{bis}	geändert	KB 19.12.2020
16.03.2021	01.07.2021	§ 8b Abs. 2	eingefügt	KB 20.03.2021
24.08.2021	01.10.2021	§ 8d Abs. 2, Tabelle, "Behandlungspflege" / "erste Stunde"	geändert	KB 28.08.2021
24.08.2021	01.10.2021	§ 8d Abs. 2, Tabelle, "Behandlungspflege" / "ab zweiter Stunde"	geändert	KB 28.08.2021
24.08.2021	01.10.2021	§ 8d Abs. 2, Tabelle, "Grundpflege" / "erste Stunde"	geändert	KB 28.08.2021
24.08.2021	01.10.2021	§ 8d Abs. 2, Tabelle, "Grundpflege" / "ab zweiter Stunde"	geändert	KB 28.08.2021
19.10.2021	01.01.2022	§ 26a Abs. 2	geändert	KB 23.10.2021
07.12.2021	01.01.2022	§ 8d Abs. 1	geändert	KB 11.12.2021
07.12.2021	01.01.2022	Anhang 834.410 Anhang 1	Inhalt geändert	KB 11.12.2021
22.03.2022	01.04.2022	Anhang 834.410 Anhang 3	Inhalt geändert	KB 26.03.2022
24.10.2023	01.01.2024	Anhang 834.410 Anhang 2	Inhalt geändert	KB 28.10.2023
22.10.2024	01.01.2025	§ 8d Abs. 1	geändert	KB 26.10.2024
22.10.2024	01.01.2025	§ 29 Abs. 1	geändert	KB 26.10.2024
22.10.2024	01.01.2025	§ 30 Abs. 1	geändert	KB 26.10.2024
22.10.2024	01.01.2025	§ 30a	eingefügt	KB 26.10.2024
22.10.2024	01.01.2025	Anhang 834.410 Anhang 1	Inhalt geändert	KB 26.10.2024
05.11.2024	01.01.2025	Anhang 834.410 Anhang 2	Inhalt geändert	KB 09.11.2024
16.09.2025	01.01.2026	§ 8d Abs. 1	geändert	KB 20.09.2025
16.09.2025	01.01.2026	§ 8d ^{bis}	eingefügt	KB 20.09.2025
21.10.2025	01.01.2026	Anhang 834.410 Anhang 2	Inhalt geändert	KB 25.10.2025
09.12.2025	01.01.2026	Anhang 834.410 Anhang 3	Inhalt geändert	KB 13.12.2025
16.12.2025	01.01.2026	§ 8d Abs. 2, Tabelle, "Grundpflege erbracht durch pflegende Angehörige"	eingefügt	KB 20.12.2025

Änderungstabelle - Nach Artikel

Element	Beschluss	Inkrafttreten	Änderung	Fundstelle
Erlass	25.11.2008	01.01.2009	Erstfassung	KB 29.11.2008
§ 1 Abs. 2, lit. a)	23.11.2010	01.01.2011	geändert	-
§ 1 Abs. 2, lit. j)	23.11.2010	01.01.2011	aufgehoben	-
§ 1 Abs. 2, lit. k)	23.11.2010	01.01.2011	eingefügt	-
§ 1 Abs. 2, lit. k)	17.04.2018	01.07.2018	geändert	KB 28.04.2018
§ 1 Abs. 2, lit. l)	17.04.2018	01.07.2018	eingefügt	KB 28.04.2018
§ 1 Abs. 2, lit. m)	15.12.2020	01.01.2021	eingefügt	KB 19.12.2020
§ 1 Abs. 3, lit. a)	20.12.2011	01.01.2012	geändert	-
§ 1 Abs. 3, lit. e)	23.11.2010	01.01.2011	eingefügt	-
§ 1 Abs. 3, lit. f)	23.11.2010	01.01.2011	eingefügt	-
§ 4a	17.04.2018	01.07.2018	eingefügt	KB 28.04.2018
§ 4a Abs. 2	22.01.2019	01.01.2019	geändert	KB 26.01.2019
§ 4a Abs. 2 ^{bis}	22.01.2019	01.01.2019	eingefügt	KB 26.01.2019
§ 4a Abs. 2 ^{bis}	15.12.2020	01.01.2021	geändert	KB 19.12.2020
§ 8	23.11.2010	01.01.2011	totalrevidiert	-
§ 8a	23.11.2010	01.01.2011	eingefügt	-
§ 8a Abs. 3	15.08.2017	01.01.2018	geändert	KB 19.08.2017
§ 8a Abs. 3, Tabelle, "Max. Eigenleistungen Patient/-in Fr. pro Tag"	15.08.2017	01.01.2018	umbenannt	KB 19.08.2017
§ 8b	24.01.2012	01.01.2012	totalrevidiert	-
§ 8b Abs. 2	16.03.2021	01.07.2021	eingefügt	KB 20.03.2021
§ 8c	23.11.2010	01.01.2011	eingefügt	-
§ 8d	23.11.2010	01.01.2011	eingefügt	-
§ 8d Abs. 1	07.12.2021	01.01.2022	geändert	KB 11.12.2021
§ 8d Abs. 1	22.10.2024	01.01.2025	geändert	KB 26.10.2024
§ 8d Abs. 1	16.09.2025	01.01.2026	geändert	KB 20.09.2025
§ 8d Abs. 1, Tabelle, ""	26.05.2015	31.05.2015	aufgehoben	KB 30.05.2015
§ 8d Abs. 1, Tabelle, "1"	26.05.2015	31.05.2015	aufgehoben	KB 30.05.2015
§ 8d Abs. 1, Tabelle, "2"	26.05.2015	31.05.2015	aufgehoben	KB 30.05.2015
§ 8d Abs. 1, Tabelle, "3"	26.05.2015	31.05.2015	aufgehoben	KB 30.05.2015
§ 8d Abs. 1, Tabelle, "4"	26.05.2015	31.05.2015	aufgehoben	KB 30.05.2015
§ 8d Abs. 1, Tabelle, "5"	26.05.2015	31.05.2015	aufgehoben	KB 30.05.2015
§ 8d Abs. 1, Tabelle, "6"	26.05.2015	31.05.2015	aufgehoben	KB 30.05.2015
§ 8d Abs. 1, Tabelle, "7"	26.05.2015	31.05.2015	aufgehoben	KB 30.05.2015
§ 8d Abs. 1, Tabelle, "8"	26.05.2015	31.05.2015	aufgehoben	KB 30.05.2015
§ 8d Abs. 1, Tabelle, "9"	26.05.2015	31.05.2015	aufgehoben	KB 30.05.2015
§ 8d Abs. 1, Tabelle, "10"	26.05.2015	31.05.2015	aufgehoben	KB 30.05.2015
§ 8d Abs. 1, Tabelle, "11"	26.05.2015	31.05.2015	aufgehoben	KB 30.05.2015
§ 8d Abs. 1, Tabelle, "12"	26.05.2015	31.05.2015	aufgehoben	KB 30.05.2015
§ 8d Abs. 2	15.08.2017	01.01.2018	geändert	KB 19.08.2017
§ 8d Abs. 2, Tabelle, "Behandlungspflege" / "erste Stunde"	24.08.2021	01.10.2021	geändert	KB 28.08.2021
§ 8d Abs. 2, Tabelle, "Behandlungspflege" / "ab zweiter Stunde"	24.08.2021	01.10.2021	geändert	KB 28.08.2021
§ 8d Abs. 2, Tabelle, "Grundpflege" / "erste Stunde"	24.08.2021	01.10.2021	geändert	KB 28.08.2021
§ 8d Abs. 2, Tabelle, "Grundpflege" / "ab zweiter Stunde"	24.08.2021	01.10.2021	geändert	KB 28.08.2021
§ 8d Abs. 2, Tabelle, "Grundpflege erbracht durch pflegende Angehörige"	16.12.2025	01.01.2026	eingefügt	KB 20.12.2025
§ 8d ^{bis}	16.09.2025	01.01.2026	eingefügt	KB 20.09.2025
§ 8e	23.11.2010	01.01.2011	eingefügt	-
§ 8e Abs. 1	02.04.2019	01.01.2019	aufgehoben	KB 06.04.2019

Element	Beschluss	Inkrafttreten	Änderung	Fundstelle
§ 8e Abs. 2	02.04.2019	01.01.2019	aufgehoben	KB 06.04.2019
§ 8f	21.11.2017	01.01.2018	eingefügt	KB 25.11.2017
§ 11 Abs. 2	20.12.2011	01.01.2012	geändert	-
§ 11 Abs. 3	20.12.2011	01.01.2012	aufgehoben	-
§ 11a	20.12.2011	01.01.2012	eingefügt	-
§ 11b	20.12.2011	01.01.2012	eingefügt	-
§ 12	29.04.2014	01.07.2014	totalrevidiert	-
§ 12a	29.10.2019	01.01.2020	eingefügt	KB 02.11.2019
§ 13	20.12.2011	01.01.2012	aufgehoben	-
§ 18 Abs. 2	07.04.2020	01.01.2021	aufgehoben	KB 11.04.2020
§ 18 Abs. 2	07.04.2020	01.01.2021	aufgehoben	KB 11.04.2020
§ 21 Abs. 1 ^{bis}	16.10.2018	01.07.2019	eingefügt	KB 22.06.2019
§ 22 Abs. 1	15.08.2017	01.01.2018	geändert	KB 19.08.2017
§ 22 Abs. 2	16.10.2018	01.07.2019	geändert	KB 22.06.2019
Titel 4.	20.12.2011	01.01.2012	geändert	-
§ 25 Abs. 2	20.12.2011	01.01.2012	aufgehoben	-
§ 26 Abs. 1	20.12.2011	01.01.2012	geändert	-
§ 26 Abs. 3	29.04.2014	01.07.2014	eingefügt	-
§ 26a Abs. 1	29.04.2014	01.07.2014	geändert	-
§ 26a Abs. 2	19.10.2021	01.01.2022	geändert	KB 23.10.2021
§ 26a Abs. 3	29.04.2014	01.07.2014	geändert	-
§ 29 Abs. 1	22.10.2024	01.01.2025	geändert	KB 26.10.2024
§ 30 Abs. 1	22.10.2024	01.01.2025	geändert	KB 26.10.2024
§ 30a	22.10.2024	01.01.2025	eingefügt	KB 26.10.2024
Anhang 834.410 Anhang 1	07.12.2021	01.01.2022	Inhalt geändert	KB 11.12.2021
Anhang 834.410 Anhang 1	22.10.2024	01.01.2025	Inhalt geändert	KB 26.10.2024
Anhang 834.410 Anhang 2	24.10.2023	01.01.2024	Inhalt geändert	KB 28.10.2023
Anhang 834.410 Anhang 2	05.11.2024	01.01.2025	Inhalt geändert	KB 09.11.2024
Anhang 834.410 Anhang 2	21.10.2025	01.01.2026	Inhalt geändert	KB 25.10.2025
Anhang 834.410 Anhang 3	22.03.2022	01.04.2022	Inhalt geändert	KB 26.03.2022
Anhang 834.410 Anhang 3	09.12.2025	01.01.2026	Inhalt geändert	KB 13.12.2025

Anhang 1 ¹⁾**§ 1** *Bedarfsermittlungsinstrument*

Für die Ermittlung des Pflegebedarfs der Bewohnerinnen und Bewohner gilt für die Pflegeheime, welche auf der kantonalen Pflegeheimliste aufgeführt sind, das Bedarfsermittlungsinstrument interRAI LTCF.

§ 2 *Index interRAI LTCF*

Pflegestufe	Index interRAI LTCF
1	0.087
2	0.262
3	0.436
4	0.611
5	0.786
6	0.960
7	1.135
8	1.309
9	1.484
10	1.659
11	1.833
12	2.008

§ 3 *RAI-Punktwert*

aufgehoben

¹⁾ Fassung vom 22. Oktober 2024, in Kraft seit 1. Januar 2025 (KB 26.10.2024)

Anhang zu § 22 Abs. 2 ¹⁾

T1								T2	T3			T4		
Leistungsgrenze - massgebliches Einkommen gemäss § 6 Abs. 2 lit. d SoHaG in Fr. (pro Jahr)								Beitragsgruppen	Beiträge an die Krankenversicherungsprämien in Fr. (pro Monat)			Beiträge an die Krankenversicherungsprämien in Fr. (pro Monat) in einer besonderen Versicherungsform gemäss Art. 62 Abs. 1 KVG und § 21 Abs. 1 ^{bis} KVO		
1 PH	2 PH	3 PH	4 PH	5 PH	6 PH	7 PH	8 PH		Kinder	Junge Erwachsene ^a	Erwachsene	Kinder	Junge Erwachsene ^a	Erwachsene
23'125	37'000	47'000	55'000	61'000	65'000	69'000	73'000	01	157	329	444	163	335	474
24'375	39'000	49'000	57'000	63'000	67'000	71'000	75'000	02	146	308	415	152	314	445
25'625	41'000	51'000	59'000	65'000	69'000	73'000	77'000	03	137	289	385	143	295	415
26'875	43'000	53'000	61'000	67'000	71'000	75'000	79'000	04	129	266	352	135	272	382
28'125	45'000	55'000	63'000	69'000	73'000	77'000	81'000	05	124 ^b	247	325	130 ^b	253	355
29'375	47'000	57'000	65'000	71'000	75'000	79'000	83'000	06	124 ^b	232	296	130 ^b	238	326
30'625	49'000	59'000	67'000	73'000	77'000	81'000	85'000	07	124 ^b	229 ^c	266	130 ^b	235 ^c	296
31'875	51'000	61'000	69'000	75'000	79'000	83'000	87'000	08	124 ^b	229 ^c	237	130 ^b	235 ^c	267
33'125	53'000	63'000	71'000	77'000	81'000	85'000	89'000	09	124 ^b	229 ^c	210	130 ^b	235 ^c	240
34'375	55'000	65'000	73'000	79'000	83'000	87'000	91'000	10	124 ^b	229 ^c	179	130 ^b	235 ^c	209
35'625	57'000	67'000	75'000	81'000	85'000	89'000	93'000	11	124 ^b	229 ^c	148	130 ^b	235 ^c	178
36'875	59'000	69'000	77'000	83'000	87'000	91'000	95'000	12	124 ^b	229 ^c	118	130 ^b	235 ^c	148
38'125	61'000	71'000	79'000	85'000	89'000	93'000	97'000	13	124 ^b	229 ^c	91	130 ^b	235 ^c	121
39'375	63'000	73'000	81'000	87'000	91'000	95'000	99'000	14	124 ^b	229 ^c	61	130 ^b	235 ^c	91
40'625	65'000	75'000	83'000	89'000	93'000	97'000	101'000	15	124 ^b	229 ^c	43	130 ^b	235 ^c	73
41'875	67'000	77'000	85'000	91'000	95'000	99'000	103'000	16	124 ^b	229 ^c	37	130 ^b	235 ^c	67
43'125	69'000	79'000	87'000	93'000	97'000	101'000	105'000	17	124 ^b	229 ^c	33	130 ^b	235 ^c	63
44'375	71'000	81'000	89'000	95'000	99'000	103'000	107'000	18	124 ^b	229 ^c	30	130 ^b	235 ^c	60
45'625	73'000	83'000	91'000	97'000	101'000	105'000	109'000	19	124 ^b	229 ^c	26	130 ^b	235 ^c	56
46'875	75'000	85'000	93'000	99'000	103'000	107'000	111'000	20	124 ^b	229 ^c	23	130 ^b	235 ^c	53
48'125	77'000	87'000	95'000	101'000	105'000	109'000	113'000	21	124 ^b	229 ^c	20	130 ^b	235 ^c	50
49'375	79'000	89'000	97'000	103'000	107'000	111'000	115'000	22	124 ^b	229 ^c	17	124 ^b	229 ^c	26

PH = Personenhaushalt

^a = unabhängig davon ob in Ausbildung oder nicht.^b = mind. 80 % der Richtprämie. Richtprämie = 90 % der kantonalen Durchschnittsprämie der jeweiligen Personenkategorie gemäss T 1.^c = mind. 50 % der Richtprämie. Richtprämie = 90 % der kantonalen Durchschnittsprämie der jeweiligen Personenkategorie gemäss T 1.¹⁾ Anhang in der Fassung vom 21. Oktober 2025 (KB 25.10.2025)

Anhang 3

Liste ambulant durchzuführender Untersuchungen und Behandlungen ¹⁾

Gültig ab 1. Januar 2026

Die Liste der ambulant durchzuführenden Untersuchungen und Behandlungen richtet sich nach Anhang 1a der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31).

¹⁾ Fassung vom 9.12.2025, in Kraft seit 1.1.2026 (KB 13.12.2025)