



Personenversicherungen in der Schweiz

Vierte, überarbeitete und aktualisierte Auflage 2024



Swiss Insurance Medicine
Versicherungsmedizin Schweiz
Médecine d'assurance suisse
Medicina assicurativa svizzera

Anschrift:

Swiss Insurance Medicine
c/o Medworld AG
Sennweidstrasse 46
6312 Steinhausen

Dr. iur. Iris Herzog-Zwitter,
SIM Bildungsbeauftragte
Deutschschweiz

Wir danken Dr. med. Bruno Soltermann MAS
Versicherungsmedizin und ehemaliger Vorsitzen-
der der Weiter- und Fortbildungskommission der
SIM für das Verfassen des Grundmanuskriptes
im Jahre 2019, welches 2024 inhaltlich aktuali-
siert wurde.

1	Einleitung	4
2	Versicherungssystem der Schweiz	5
2.1	Allgemeines	5
2.2	Sozialversicherungen	5
2.2.1	Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)	5
2.2.1.1	Definitionen allgemeiner Begriffe	6
2.2.1.2	Geldleistungen	7
2.2.1.3	Sozialversicherungsverfahren	8
2.2.2	Krankenversicherung (KV nach KVG)	9
2.2.3	Unfallversicherung nach UVG	10
2.2.4	Militärversicherung (MV / MVG)	10
2.2.5	Invalidenversicherung (IV / IVG)	11
2.2.6	Berufliche Vorsorge (BVG)	11
2.2.7	Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV / AHVG)	12
2.2.8	Ergänzungsleistungen (EL / ELG)	12
2.2.9	Erwerbsersatzordnung (EO / EOG)	12
2.2.10	Arbeitslosenversicherung (ALV / AVIG)	13
2.2.11	Familienzulagen (FamZG)	13
2.3	Dreisäulenkonzept der Schweizerischen Altersvorsorge resp. bei Verlust der teilweisen oder vollständigen Erwerbsfähigkeit	13
2.4	Privatversicherungen	14
3	Organisation und Aufgaben der Versicherungen	15
3.1	Aufsichtsbehörden	15
3.2	Krankenversicherung nach KVG	15
3.3	Unfallversicherung nach UVG	15
3.4	Invalidenversicherung	16
3.5	Militärversicherung	16
3.6	Berufliche Vorsorge	16
3.7	Privatversicherungen	17
4	Leistungen der verschiedenen Versicherungszweige	18
4.1	Krankenversicherung nach KVG	18
4.2	Unfallversicherung nach UVG	20
4.3	Invalidenversicherung	21
4.4	Militärversicherung	24
4.5	Berufliche Vorsorge	25
4.6	Privatversicherungen	25
5	Literaturverzeichnis	27

1 Einleitung

Diese Broschüre gibt einen Überblick über das Schweizerische Versicherungssystem sowohl im Sozial- wie auch im Privatversicherungsbereich. Es kann nur ein grober Überblick sein, denn wie Riemer-Kafka (2014) treffend schreibt, hat sich das System der Schweizerischen Sozialversicherungen im Laufe seiner über hundertjährigen Geschichte zu einem schwer durchschaubaren und nicht ganz kohärenten Konglomerat entwickelt. Das Nebeneinander verschiedener Sozialversicherungszweige führt zu Doppelspurigkeiten, heiklen Koordinationsfragen und auch zu streitträchtigen Abgrenzungsproblemen.

Obwohl das Schweizerische Sozialversicherungsnetz sehr gut ausgebaut ist, gibt es Lücken oder weitergehende Versichertenbedürfnisse, welche von den Privatversicherungen abgedeckt werden können.

2 Versicherungssystem der Schweiz

2.1 Allgemeines

In der Schweiz gibt es zehn Sozialversicherungszweige, welche bei Krankheit, Mutterschaft, Unfall, Tod, Invalidität oder Alter die Kosten für die ambulanten oder stationären Behandlungen, Medikamente sowie Mittel und Gegenstände übernehmen und zusätzlich auch das entfallende Einkommen ergänzen oder vollkommen ersetzen. Letzteres auch bei Arbeitslosigkeit, Militärdienst und zum Ausgleich von Familienlasten.

Nebst diesem gut ausgebauten sozialen Versicherungswerk gibt es die Möglichkeit der privaten Versicherungsdeckung für Leistungen im stationären Bereich, für die Lohnfortzahlung und für die private Vorsorge im Alter.

2.2 Sozialversicherungen

2.2.1 Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)

Die zehn verschiedenen Sozialversicherungen wurden im letzten Jahrhundert nach und nach geschaffen und deren Gesetze somit zu verschiedenen Zeiten in Kraft gesetzt und auch revidiert. Dies führte zu einer gewissen Unübersichtlichkeit, so dass im Jahre 2003 das Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Kraft gesetzt wurde. In diesem Gesetz werden allgemein gültige Begriffe des Sozialversicherungsrechts wie Unfall- bzw. Krankheitsbegriff, Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit, Invalidität, Hilflosenentschädigung und diverse Verfahrensfragen für alle Sozialversicherungen gesetzlich geregelt.

Die für die medizinischen Aspekte und Begutachtung wichtigen Artikel des ATSG sind nachfolgend beschrieben.

2.2.1.1 Definitionen allgemeiner Begriffe

Art. 3 Krankheit

- 1 Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.
- 2 Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen.

Art. 4 Unfall

Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Art. 6 Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt

Art. 7 Erwerbsunfähigkeit

- 1 Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.
- 2 Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

Art. 8 Invalidität

- 1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit.
- 2 Nicht erwerbstätige Minderjährige gelten als invalid, wenn die Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit voraussichtlich eine ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird.
- 3 Volljährige, die vor der Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit nicht erwerbstätig waren und denen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, gelten als invalid, wenn eine Unmöglichkeit vorliegt, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Artikel 7 Absatz 2 ist sinngemäss anwendbar.

Art. 9 Hilflosigkeit

Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf.

2.2.1.2 Geldleistungen

Art. 15 Allgemeines

Geldleistungen sind insbesondere Taggelder, Renten, jährliche Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigungen und Zulagen zu solchen, nicht aber der Ersatz für eine von der Versicherung zu erbringende Sachleistung.

Art. 16 Grad der Invalidität

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre.

2.2.1.3 Sozialversicherungsverfahren

Art. 42 Rechtliches Gehör

Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör. Sie müssen nicht angehört werden vor Verfügungen, die durch Einsprache anfechtbar sind.

Art. 43 Abklärung

- 1 Der Versicherungsträger prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Mündlich erteilte Auskünfte sind schriftlich festzuhalten.
- 1^{bis} Der Versicherungsträger bestimmt die Art und den Umfang der notwendigen Abklärungen.
- 2 Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen.
- 3 Kommen die versicherte Person oder andere Personen, die Leistungen beanspruchen, den Auskunfts- oder Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nach, so kann der Versicherungsträger auf Grund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen. Er muss diese Personen vorher schriftlich mahnen und auf die Rechtsfolgen hinweisen; ihnen ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen.

Art. 44 Gutachten

- 1 Erachtet der Versicherungsträger im Rahmen von medizinischen Abklärungen ein Gutachten als notwendig, so legt er je nach Erfordernis eine der folgenden Arten fest:
 - a. monodisziplinäres Gutachten; b. bidisziplinäres Gutachten; c. polydisziplinäres Gutachten.
- 2 Muss der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhaltes ein Gutachten bei einem oder mehreren unabhängigen Sachverständigen einholen, so gibt er der Partei deren Namen bekannt. Diese kann innert zehn Tagen aus den Gründen nach Artikel 36 Absatz 1 Sachverständige ablehnen und Gegenvorschläge machen.

3 Mit der Bekanntgabe der Namen stellt der Versicherungsträger der Partei auch die Fragen an den oder die Sachverständigen zu und weist sie auf die Möglichkeit hin, innert der gleichen Frist Zusatzfragen in schriftlicher Form einzureichen. Der Versicherungsträger entscheidet abschliessend über die Fragen an den oder die Sachverständigen.

4 Hält der Versicherungsträger trotz Ablehnungsantrag an den vorgesehenen Sachverständigen fest, so teilt er dies der Partei durch Zwischenverfügung mit.

5 Bei Gutachten nach Absatz 1 Buchstaben a und b werden die Fachdisziplinen vom Versicherungsträger, bei Gutachten nach Absatz 1 Buchstabe c von der Gutachterstelle abschliessend festgelegt.

6 Sofern die versicherte Person es nicht anders bestimmt, werden die Interviews in Form von Tonaufnahmen zwischen der versicherten Person und dem Sachverständigen erstellt und in die Akten des Versicherungsträgers aufgenommen.

7 Der Bundesrat:

- a. kann für Gutachten nach Absatz 1 die Art der Vergabe des Auftrages an eine Gutachterstelle regeln; b. erlässt Kriterien für die Zulassung von medizinischen und neuropsychologischen Sachverständigen für alle Gutachten nach Absatz 1; c. schafft eine Kommission mit Vertreterinnen und Vertretern der verschiedenen Sozialversicherungen, der Gutachterstellen, der Ärzteschaft, der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen, der Wissenschaft sowie der Patienten- und Behindertenorganisationen, welche die Zulassung als Gutachterstelle, das Verfahren zur Gutachtenerstellung und die Ergebnisse der medizinischen Gutachten überwacht. Die Kommission spricht öffentliche Empfehlungen aus.

2.2.2 Krankenversicherung (KV nach KVG)

Bis im Jahre 1996 gab es keine obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP. Seit 1911 bestand aber bereits die Möglichkeit, sich gegen die finanziellen Folgen von Krankheit freiwillig bei einer Krankenkasse zu versichern. Die OKP deckt nur die Kosten ambulanter und stationärer Heilbehandlungen im Krankheitsfall. Sie wird über einheitliche Kopfprämien finanziert, die kantonal,

regional und nach Alter (Kinder, Jugendliche, Erwachsene) abgestuft sind und unter Krankenversicherern variieren. Mit Prämienverbilligungen der Kantone werden Versicherte in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen entlastet.

2.2.3 Unfallversicherung (UV / UVG)

Im Jahre 1911 wurde das Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (KUVG) in der Schweiz angenommen. Der Abschluss einer Krankenversicherung blieb jedoch freiwillig, die Unfallversicherung wurde nur für einen Teil der Arbeitnehmer obligatorisch und wurde von der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) ab 1918 durchgeführt. Dies galt bis zum Jahr 1984; seither sind alle Arbeitnehmer vor den wirtschaftlichen Folgen von Berufsunfällen, Berufskrankheiten und Nichtberufsunfällen versichert. Die Unfallversicherung nach UVG wird mit Prämien finanziert, welche in Promillen des versicherten Verdienstes entsprechend dem betrieblichen Unfallrisiko festgesetzt werden. Die Prämien für die Versicherung der Berufsunfälle und Berufskrankheiten gehen zulasten des Arbeitgebers, diejenigen für Nichtberufsunfälle gehen grundsätzlich zulasten der Arbeitnehmenden. Selbständigerwerbende können sich freiwillig dem UVG unterstellen.

2.2.4 Militärversicherung (MV / MVG)

In der Schweiz wurde im Jahre 1852, also lediglich vier Jahre nach der Gründung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, das Bundesgesetz über die Pension und Entschädigung der im eidgenössischen Militärdienst Verunglückten oder ihrer Angehörigen in Kraft gesetzt. 1902 erfolgte die Gesetzesrevision und daraus entstand die Militärversicherung. Sie ist als Versicherung des Bundes zuständig für Dienstleistende in der Armee, im Zivilschutz und im Zivildienst sowie für Teilnehmende an Einsätzen des Schweizerischen Korps für humanitäre Hilfe (SKH) und an friedenserhaltenden Aktionen des Bundes im Ausland.

Als Personenschadensversicherung kommt die MV für Unfall und Krankheit ihrer Versicherten auf. Wird ein Gesundheitsschaden während dem Dienst gemeldet oder treten Krankheitssymptome im Dienst auf, so wird die Haftung vermutet. Den fehlenden Zusammenhang zwischen Gesundheitsschaden und Dienst re-

spektive die Vordienstlichkeit und fehlende Verschlimmerung des Gesundheitsschadens im Dienst muss die MV mit medizinischpraktischer Sicherheit beweisen. Bei Meldung nach dem Dienst gilt der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Während dem Dienst ist der Truppenarzt, nach dem Dienst der zivile Arzt für die Anmeldung zuständig.

2.2.5 Invalidenversicherung (IV / IVG)

Die Invalidenversicherung wurde 1960 eingeführt und seither sechsmal revidiert. Sie sichert bei einer dauernden gesundheitlich bedingten Einschränkung der Erwerbsfähigkeit den Existenzbedarf und wurde von einer anfänglichen Rentenversicherung in eine Versicherung umgebaut, welche der Früherfassung und Frühintervention sowie Reintegration einen wichtigen Stellenwert beimisst. Sie versichert die ganze Bevölkerung der Schweiz und wird durch Lohnbeiträge und Beiträge des Bundes finanziert.

Der Bundesrat hat am 1. Januar 2022 die Weiterentwicklung der Invalidenversicherung in Kraft gesetzt. Diese Weiterentwicklung der Invalidenversicherung hat mehrere Ziele, nämlich eine engere Begleitung der Familien und gezieltere Steuerung der Behandlung der Kinder mit Geburtsgebrechen, eine gezielte Unterstützung von Jugendlichen beim Übergang ins Erwerbsleben, die Zusammenarbeit zwischen IV und Ärzten sowie Arbeitgebern zu stärken und die Einführung eines stufenlosen Rentensystems, um den Anreiz zur Erwerbstätigkeit zu erhöhen. Diese Vorlage führt ebenso Massnahmen zur Qualitätssicherung bei medizinischen Gutachten ein, wie zum Beispiel das Einsetzen der Kommission für Qualitätssicherung.

2.2.6 Berufliche Vorsorge (BV / BVG)

Die Leistungen der beruflichen Vorsorge ersetzen das wegen Alter, Invalidität oder Tod ausfallende Arbeitseinkommen. Sie sollen zusammen mit der ersten Säule (AHV) nach der Pensionierung die Fortsetzung der gewohnten Lebenshaltung ermöglichen.

Das Obligatorium erfasst seit 1985 alle Arbeitnehmenden, deren Einkommen die Eintrittsschwelle von zurzeit CHF 25'725.- pro Jahr (Stand 2024) erreicht. Selbständigerwerbende können sich freiwillig der beruflichen Vorsorge anschliessen. Nichterwerbstätige können dies nicht.

Die Berufliche Vorsorge wird durch Lohnbeiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmenden sowie Kapitalerträgen finanziert.

2.2.7 **Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV / AHVG)**

Die Alters- und Hinterlassenenversicherung besteht seit 1948 und ersetzt einen Teil des wegen Alter oder Tod ausfallenden Arbeitsverdienstes. Sie erfasst die ganze Bevölkerung der Schweiz und wird durch Lohnbeiträge und Beiträge des Bundes finanziert. Die Männer können die ordentliche Rente ab 65 Jahren, die Frauen ab 64 Jahren beziehen. Ab dem 1. Januar 2025 liegt das Referenzalter für Männer bei 65 Jahren und für Frauen erhöht sich das bisherige Referenzalter 64 schrittweise um jeweils drei Monate pro Jahr. Ab 2028 gilt für Frauen und Männer ein einheitliches Referenzalter von 65 Jahren. Die Höhen der Renten werden regelmässig überprüft und je nach Lohn- und Preisentwicklung angepasst, denn es handelt sich um ein Umlageverfahren, im Gegensatz zum Kapitalisierungsverfahren der beruflichen Vorsorge und der individuellen Vorsorge in der dritten Säule.

2.2.8 **Ergänzungsleistungen (EL / ELG)**

Die seit 1966 ausbezahlten Ergänzungsleistungen verbessern die Leistungen der AHV und IV dort, wo das Einkommen die minimalen Lebenskosten nicht deckt. Auf die bedarfsabhängigen Leistungen der EL besteht ein rechtlicher Anspruch. Die Ergänzungsleistungen werden mit allgemeinen Steuermitteln finanziert.

2.2.9 **Erwerbsersatzordnung / Mutterschaftsentschädigung (EO / MSE)**

Die Erwerbsersatzordnung besteht seit 1940 und deckt 80% des Lohnausfalls, den Dienst leistende Personen im Militär, Zivilschutz und Zivildienst haben und

sie gewährt seit Mitte 2005 eine Mutterschaftsentschädigung für erwerbstätige Frauen. Seit 2021 deckt die Erwerbsersatzordnung den Lohnausfall bei einem Vaterschaftsurlaub ab.

2.2.10 **Arbeitslosenversicherung (ALV / AVIG)**

Die gesamtschweizerisch gesetzlich verankerte Arbeitslosenversicherung besteht seit 1983 und erbringt Leistungen im Falle von Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit und bei Arbeitsausfall infolge Schlechtwetters. Die ALV erfasst alle Unselbständigerwerbenden und wird grösstenteils durch Lohnbeiträge finanziert. Auch die ALV sieht Massnahmen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt vor. Selbständigerwerbende sind nicht versichert.

2.2.11 **Familienzulagen (FamZG)**

Die Familienzulagen dienen dem teilweisen Ausgleich der Familienlasten. Das Bundesgesetz über die Familienzulagen trat 2009 in Kraft. Arbeitnehmende auch bei Teilzeitarbeit, Selbständigerwerbende sowie auch Nichterwerbstätige mit bescheidenen Einkommen haben Anspruch auf Familienzulagen. Die Familienzulagen werden durch Beiträge der Arbeitgeber bzw. Selbständigerwerbenden finanziert.

2.3 **Dreisäulenkonzept der Schweizerischen Altersvorsorge resp. bei Verlust der teilweisen oder vollständigen Erwerbsfähigkeit**

Das System der sozialen Sicherheit in der Schweiz basiert auf dem «Drei Säulen Konzept», das 1972 in der Bundesverfassung (BV) verankert wurde. Dieses System soll eine umfassende finanzielle Risikoabdeckung bei Tod, Invalidität und Alter gewährleisten.

Die erste Säule besteht aus den drei Sozialversicherungen IV, AHV und EL und gilt als Existenzsicherung aller Personen.

Die zweite Säule besteht aus den beiden Sozialversicherungen Unfall und Berufliche Vorsorge. Sie sichert die Fortsetzung der gewohnten Lebenshaltung aller Arbeitnehmenden.

3 Organisation und Aufgaben der Versicherungen

Die dritte Säule besteht aus den nicht obligatorischen Vorsorgeversicherungsprodukten, welche zum Teil steuerbegünstigt sind und den zusätzlichen individuellen Bedarf sichern.

Die obligatorischen Leistungen aus der 1. und 2. Säule decken im Alter etwa 60 Prozent des bisherigen Einkommens ab, und zwar nur bis zu einem Einkommen von CHF 85'320. In der Unfallversicherung liegt der höchstversicherte Verdienst bei CHF 148'200 pro Jahr.

Abbildung 1: Verfassungsmässiges Dreisäulenkonzept der Schweiz



Quelle: Schweizerischer Versicherungsverband

2.4 Privatversicherungen

Die Privatversicherungen werden in der Schweiz seit 1908 durch das Versicherungsvertragsgesetz geregelt. Die Privatversicherer können unzählige Versicherungsprodukte massgeschneidert auf die Versicherungsnehmer anbieten. Hierbei gilt die Informationssymmetrie zwischen Versicherungsantragstellern und Versicherern als Voraussetzung für die Prämienberechnung. Die Risikoevaluation ist ein wichtiges Merkmal von Privatversicherungen, da hierdurch risikoäquivalente Prämien festgelegt werden können und somit eine Antiselektion verhindert werden kann, denn eine solche führt zu ungerecht erhöhten Prämien oder zum Marktzusammenbruch.

In der Folge werden nur die Sozialversicherungen dargestellt, bei welchen gemäss ATSG eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit vorliegt, welche eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat und dementsprechend Leistungen der Versicherung auslösen kann.

3.1 Aufsichtsbehörden

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat die Aufsicht über alle Krankenversicherer nach KVG, alle Unfallversicherer nach UVG und die Militärversicherung. Das Bundesamt für Sozialversicherungen ist die Aufsichtsbehörde über alle übrigen Sozialversicherungen. Die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA ist die Aufsichtsbehörde aller Privatversicherer.

3.2 Krankenversicherung nach KVG

Die obligatorische Krankenversicherung schützt die Versicherten bei Krankheit, Mutterschaft und Unfall. Der Versicherer muss die Versicherten alle gleich behandeln. Die Versicherten können unter den Versicherern, die an ihrem Wohnort tätig sind, frei wählen. Die Versicherten können die Versicherungsformen wählen, die von ihren Versicherern angeboten werden. Sie werden medizinisch von Vertrauensärzten beraten. Die Aufgaben der Vertrauensärzte sind in Art. 57 KVG beschrieben. Die Vertrauensärzte dürfen entsprechend nur die für die Versicherer zur Beurteilung wichtigen Daten der medizinisch behandelten Versicherten weiterleiten. Dieses System der vertrauensärztlichen Dienste mit einem einschneidenden Datenschutz gibt es nur bei der obligatorischen Krankenversicherung.

3.3 Unfallversicherung nach UVG

Alle in der Schweiz beschäftigten Arbeitnehmer sind obligatorisch unfallversichert. Wer mindestens acht Wochenstunden beim selben Unternehmen arbeitet, ist zusätzlich gegen Nichtberufsunfälle (NBU) versichert. Die Suva konnte mit Einführung des UVG im Jahre 1984 ihr Teilmonopol (Unfallversicherung für Industrie und Baugewerbe) behalten, die restlichen Branchen werden seither von anderen Unfallversicherern gemäss UVG versichert. Obwohl das

Unfallversicherungsgeschäft ohne Zuzug von Versicherungsärzten durchgeführt werden darf, verfügt jeder Unfallversicherer über einen versicherungsmedizinischen Dienst. Bei der Suva sind es die Kreisärzte in den Agenturen und am Hauptsitz in Luzern gibt es ein versicherungsmedizinisches Kompetenzzentrum. Die übrigen Unfallversicherer haben beratende Ärzte, welche mit wenigen Ausnahmen mandatiert sind.

3.4 Invalidenversicherung

Jeder der 26 Kantone hat seine eigene IV-Stelle. Bis im Jahre 2004 durften die Ärzte der IV keine Versicherten untersuchen. Die IV-Stellen mussten sich mit den medizinischen Berichten der behandelnden Ärzte zufriedengeben. Bereits 1978 wurde jedoch in Basel die erste Medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) gegründet, welche im Auftrag der Invalidenversicherung Begutachtungen durchführte. Nach und nach wurden in der ganzen Schweiz solche MEDAS gegründet. Erst im Rahmen der 4. IV-Revision im Jahre 2004 wurden in Art. 59 IVG die regionalen ärztlichen Dienste geschaffen, welche seither die kantonalen IV-Stellen medizinisch beraten und hierfür Versicherte zur Untersuchung aufbieten dürfen

3.5 Militärversicherung

Die Militärversicherung wird seit dem 1. Juli 2005 durch die Suva im Auftrag des Bundes als eigener Sozialversicherungszweig mit eigenem Gesetz und gesonderter Rechnung geführt. Als Institution übernimmt sie die Verantwortung für Personenschäden, die im Dienst auftreten. Sie haftet für alle Schädigungen der körperlichen, geistigen und psychischen Gesundheit der Versicherten und für die unmittelbaren wirtschaftlichen Folgen solcher Schädigungen. Die Militärversicherung verfügt über Kreisärzte, welche die Administration in medizinischen Belangen beraten.

3.6 Berufliche Vorsorge

Die Anzahl Vorsorgeeinrichtungen (VE) nahm bis Ende 2022 kontinuierlich ab und belief sich im Jahr 2022 auf 1353 Einheiten (2021: 1389). Häufig stellen diese Versicherer auf die medizinischen Abklärungen der Invalidenversiche-

rung oder der Unfallversicherung ab. Sie haben aber auch ihre beratenden Ärzte im Mandatsverhältnis.

3.7 Privatversicherungen

Die Privatversicherungen werden in der Schweiz seit 1908 durch das Versicherungsvertragsgesetz geregelt. Die Privatversicherer versichern Personen im Zusatzversicherungsbereich zum KVG und UVG für den stationären Aufenthalt in Spitälern und Rehabilitationseinrichtungen in der Halbprivat und Privatabteilung. Sie versichern Selbständigerwerbende für Unfallfolgen, wobei die Versicherungsbedingungen mit denjenigen im UVG vergleichbar sind. Ein wichtiges Versicherungselement der Privatversicherer sind die Taggeldversicherungen im Krankheitsfall, weil diese in der Schweiz nicht obligatorisch sind. Viele Arbeitgeber schliessen für ihre Arbeitnehmenden eine solche freiwillige Versicherung ab. Die bezüglich Prämien wichtigsten Privatversicherungen sind die Lebensversicherungen mit all ihren verschiedensten Versicherungsprodukten im Todesfall und bei der freiwilligen Invaliditätsversicherung.

4 Leistungen der verschiedenen Versicherungszweige

4.1 Krankenversicherung nach KVG

Gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 32 KVG müssen die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss. Eine Leistung ist dann wirksam, wenn Nutzen und Schaden bzw. der «Netto-Nutzen» in reproduzierbarer Weise in klinischen Studien (clinical trials) nachgewiesen und im schweizerischen Anwendungssetting bestätigt werden kann. Es wird also zwischen der Studien-Wirksamkeit (Efficacy) und der Alltags-Wirksamkeit (Effectiveness) unterschieden.

Die Zweckmässigkeit einer Leistung setzt zusätzlich zur Wirksamkeit deren Eignung unter Berücksichtigung von Nutzen und Schaden, deren Erforderlichkeit, Zumutbarkeit sowie die Verhältnismässigkeit des Mitteleinsatzes voraus. Unter dem medizinischen Zweck werden die Sicherheit wie auch die Risiken subsummiert, unter dem ökonomischen Zweck ist die Einfachheit einer Leistung oder eines Hilfsmittels gemeint.

Die Wirtschaftlichkeit einer Leistung ergibt sich aus der gleichzeitigen Betrachtung von Nutzen und Kosten unter Berücksichtigung der Kostenfolgen. Sie setzt die Wirksamkeit der Leistung und deren angemessenen Einsatz im Einzelfall voraus. Diese drei kumulativ zu erfüllenden Voraussetzungen müssen durch die Aufsichtsbehörde (Bundesamt für Gesundheit BAG) periodisch geprüft werden.

Bei der Vergütungspflicht für ärztliche Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gilt das Vertrauensprinzip, d.h. jede Leistung wird vergütet, ausser sie wird von jemandem bestritten. Dann gibt es eine sogenannte Umstrittenheitsabklärung durch das BAG, in welchem die WZW-Kriterien überprüft werden. Die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) muss dann aufgrund dieser Abklärungen zuhanden des Bundesrates eine Empfehlung auf unbeschränkte Übernahme der Leistungen durch die Krankenversicherer, eine Übernahme unter bestimmten Voraussetzungen oder Nichtübernahme abgeben. Der Bundesrat entscheidet frei und der Entscheid wird dann in der Krankenleistungsverordnung

Anhang 1 publiziert. Der Anhang 1a der KLV enthält der nach Artikel 3c KLV grundsätzlich ambulant durchzuführende Eingriffe und die Kriterien zugunsten der stationären Durchführung.

Es gilt die freie Arzt- und Spitalwahl und es gilt das System des «Tiers garant», d. h. prinzipiell schuldet der Patient dem Leistungserbringer das Honorar und dieses wird dann vom Krankenversicherer zurückerstattet. Die Spitäler und viele Ärzte rechnen aber direkt mit dem Krankenversicherer ab, sodass auch in der Krankenversicherung der «Tiers payant» mehr und mehr zum Tragen kommt.

Die Krankenversicherung nach KVG übernimmt die allgemeinen Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft, bei Unfall von Personen, die nicht für Unfall nach UVG versichert sind, sowie bei Geburtsgebrechen, falls nicht von der Invalidenversicherung gedeckt. Bezahlt werden Untersuchungen, Behandlungen und Pflegeleistungen, welche ambulant oder stationär von Ärzten, Chiropraktoren oder Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen. Bezahlt werden ebenfalls ambulante oder stationäre Rehabilitationsmassnahmen sowie Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel und Gegenstände. Stationäre Aufenthalte entsprechen dem Standard der allgemeinen Abteilung.

Zusätzlich werden auch Kosten für bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten übernommen. Ebenfalls bezahlt werden die von Ärzten oder von Hebammen durchgeführten oder ärztlich angeordneten Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft, Kurse zur Geburtsvorbereitung, Entbindung, Stillberatung sowie die Pflege und Aufenthalt des Neugeborenen.

Zahnärztliche Behandlungen werden nur übernommen, wenn diese durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems oder durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt sind sowie auch bei einem nicht UVG versicherten Unfall.

4.2 Unfallversicherung nach UVG

In der Unfallversicherung nach UVG gilt – wie auch in der Invalidenversicherung und der Militärversicherung – das Naturalleistungsprinzip, d.h. der Versicherer garantiert für die Leistungen und bezahlt diese direkt dem Leistungserbringer. Innerhalb des Naturalleistungssystems kann der Versicherungsträger die Leistung in natura erbringen, also z.B. in einer stationären Einrichtung des betreffenden Versicherungsträgers, oder einem Leistungserbringer übertragen. Der Versicherer kann damit direkt Einfluss auf den Ablauf sowie auf die Entwicklung von Behandlungen und medizinischen Massnahmen nehmen, dies immer unterangemessener Rücksichtnahme auf den Versicherten und seine Angehörigen.

Im UVG steht in Art. 54, dass Leistungserbringer, welche für die Unfallversicherung tätig sind, sich in der Behandlung, in der Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln sowie in der Anordnung und Durchführung von Heilanstrengungen und Analysen auf das durch den Behandlungszweck geforderte Mass zu beschränken haben. Im Behandlungszweck sind die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit subsummiert. Die Qualitätsmerkmale entsprechen also denjenigen im KVG.

Die Unfallversicherung nach UVG übernimmt die ambulanten und stationären Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte und Chiropraktoren sowie ärztlich angeordnete Therapien durch medizinische Hilfspersonen. Die stationären Aufenthalte in Akutspitälern oder in Rehabilitationsinstitutionen entsprechen dem Standard der Allgemeinabteilung. Arzneimittel, Analysen sowie Mittel und Gegenstände werden gemäss den entsprechenden Listen wie im KVG vergütet. Zudem werden auch durch den Unfall verursachte Schäden an Sachen, die einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen wie z. B. Brillen, Hörapparate und Zahnprothesen bezahlt.

Die Unfallversicherung entrichtet ebenfalls Geldleistungen, nämlich Taggelder, Invalidenrenten, Integritätsentschädigungen, Hilflosenentschädigungen, Hinterlassenenrenten sowie Abfindungen. Der Anspruch auf Taggeld entsteht am

dritten Tag nach dem Unfalltag und erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit sowie mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod des Versicherten. Die Taggeldhöhe entspricht 80% des versicherten Verdienstes, bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird entsprechend gekürzt.

Der Anspruch für eine Rente entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Zudem muss der Invaliditätsgrad im UVG mindestens 10% betragen, darunter entfällt die Rente. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen einer noch zumutbaren Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage in Beziehung zum Erwerbseinkommen gesetzt, das die versicherte Person ohne die Unfallfolgen erzielen könnte.

Die Integritätsentschädigung ist eine Kapitalleistung, die entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft wird und den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen darf.

Bedarf eine Person wegen ihrer unfallbedingten Beeinträchtigungen für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd Hilfe Dritter, so erhält sie eine Hilflosenentschädigung, die nach dem Grad der Hilflosigkeit bemessen wird.

Gemäss Art. 54a UVG muss der Leistungserbringer eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die dieser benötigt, um die Leistungsansprüche zu beurteilen und um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Die Datenbearbeitung und Datenbekanntgabe ist in Art. 96 und Art. 97 UVG geregelt.

4.3 Invalidenversicherung

Die Hauptaufgabe der IV besteht in der bestmöglichen Verminderung der nachteiligen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens auf die Erwerbsfähig-

keit der Versicherten. Die IV hat sich seit 2008 (5. IVG-Revision) von einer Renten- zu einer Eingliederungsversicherung gewandelt. Seither stehen zusätzliche Massnahmen bereit: Meldung zur Früherfassung, Frühinterventions- und Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung sowie der Arbeitsversuch (seit 2012). Die Palette möglicher beruflicher Eingliederungsmassnahmen umfasst: Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung und Arbeitsvermittlung. Taggelder werden akzessorisch zu Eingliederungsmassnahmen ausgerichtet. Die (Wieder-) Eingliederung wird ferner mit Einarbeitungszuschüssen bei Arbeitsvermittlung und Entschädigung für Beitragserhöhung an den Arbeitgeber unterstützt. Weitere wichtige Leistungen sind: Renten, Hilflosenentschädigung, Assistenzbeitrag sowie medizinische Behandlung bei Geburtsgebrechen.

Die versicherte Person muss alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit zu verringern und um den Eintritt einer Invalidität zu verhindern. Sie muss an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einem dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich dienen, aktiv teilnehmen. Eine Massnahme gilt nur dann als nicht zumutbar, wenn sie dem Gesundheitszustand nicht angemessen ist. Kommt die anspruchsberechtigte Person ihrer Mitwirkungspflicht nicht nach, so können ihr die Leistungen gekürzt oder verweigert werden. Die versicherte Person kann sich bei der IV-Stelle zur Früherfassung melden oder sie kann auch von Angehörigen, vom Arbeitgeber oder dem behandelnden Arzt gemeldet werden, wenn sie während mindestens 30 Tagen ununterbrochen arbeitsunfähig war oder innerhalb eines Jahres wiederholt während kürzerer Zeit aus gesundheitlichen Gründen der Arbeit fernbleiben musste. Voraussetzung zur Meldung zur Früherfassung durch Dritte ist, die versicherte Person vorgängig darüber informiert zu haben. Die kantonale IV-Stelle klärt dann die persönliche Situation der versicherten Person ab und beurteilt, ob eine Anmeldung angezeigt ist. Eine solche ist für Massnahmen der Frühintervention notwendig und kann nur von der versicherten Person eingereicht werden.

Das Ziel der Frühintervention ist, den bisherigen Arbeitsplatz von arbeitsunfähigen Versicherten durch Anpassungen des Arbeitsplatzes zu erhalten oder die Versicherten an einem neuen Arbeitsplatz innerhalb oder ausserhalb des bisherigen Betriebes mittels Anpassung des Arbeitsplatzes, Ausbildungskursen, Arbeitsvermittlung, Berufsberatung, sozialberuflicher Rehabilitation oder Beschäftigungsmassnahmen einzugliedern. Kommt es dennoch zur Berentung, so wird wie in der Unfallversicherung nach UVG auch in der IV die Rente nach der Einkommenseinbusse berechnet.

Wie im UVG sind es nicht die medizinischen GutachterInnen, die den Invaliditätsgrad festlegen, sondern die Verwaltung oder der Richter. Die Gutachter müssen lediglich dazu Stellung nehmen, was der Versicherte aufgrund seines Gesundheitsschadens noch verrichten kann resp. nicht mehr kann, allenfalls kann er dies noch in Beziehung setzen zu den Anforderungen des Arbeitsplatzes und somit die Arbeitsunfähigkeit beurteilen.

In Art. 54a IVG sind die Aufgaben der Regional Ärztlichen Dienste geregelt:

- 1 Die IV-Stellen richten interdisziplinär zusammengesetzte regionale ärztliche Dienste (RAD) ein. Der Bundesrat legt die Regionen nach Anhörung der Kantone fest.
- 2 Die RAD stehen den IV-Stellen für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung.
- 3 Die RAD legen die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG317 massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person für die Ausübung einer zumutbaren Erwerbstätigkeit oder einer Tätigkeit im Aufgabenbereich fest.
- 4 Die RAD sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig.

Bei Geburtsgebrechen, welche in der Verordnung über die Geburtsgebrechen abschliessend aufgelistet sind, kommt die IV für die Kosten der medizinischen Massnahmen für die Versicherten bis zu ihrem 20. Lebensjahr auf, danach übernimmt die Krankenversicherung die entsprechenden Kosten.

4.4 Militärversicherung

Die Militärversicherung entschädigt die Leistungserbringer wie Ärzte, Physiotherapeuten, Spitäler direkt. Die Versicherten beteiligen sich weder mit einer Franchise noch mit einem Selbstbehalt, was auch für das UVG gilt. Bei Spitalaufenthalt übernimmt sie die Kosten der allgemeinen Abteilung.

Bei Hilflosigkeit bzw. bei Hauspflege übernimmt sie die konkreten Mehrkosten entsprechend dem Betreuungsbedarf. Die MV vergütet ebenfalls einfache und zweckmässige Hilfsmittel für die Verbesserung des Gesundheitszustandes und für die berufliche und soziale Eingliederung.

Bei Arbeitsunfähigkeit entrichtet die MV ein Taggeld, welches 80% des entgangenen Verdienstes entspricht. Dabei hat sie den höchstversicherten Jahresverdienst von aktuell CHF 152'276 zu beachten (UV aktuell: CHF 148'200). Die MV kommt auch für Kosten der Eingliederung, Umschulung oder sogar für einen allfälligen Berufsstart bei Selbständigerwerbenden auf. Resultiert aus den beruflichen Massnahmen eine Restinvalidität oder ist die Eingliederung nicht möglich, so spricht die MV eine Invalidenrente.

Die Bemessungsgrundlage für die Einschränkung der Erwerbsunfähigkeit (Invaliditätsgrad) ist dieselbe wie bei der UV und IV. Wie die UV entrichtet die MV ihre Invalidenrente prozentgenau. Erreicht die versicherte Person mit einer Rente auf unbestimmte Zeit das gesetzliche Rentenalter, so wird die Rente halbiert.

Erleidet die Versicherte bzw. der Versicherte eine dauernde erhebliche Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat er Anspruch auf eine Integritätsschadenrente. Bei einem Integritätsschaden richtet die MV unbeschadet einer allfälligen MV-Invalidenrente auch eine Integritätsschadenrente aus. Massgebend hierbei ist die Auswirkung der Schädigung – nicht die Schädigung als solche – auf die Lebensfunktionen, also auf die Fähigkeiten, Aktivitäten und Partizipation in der Art und Weise zu verrichten, wie sie für die allgemeine Lebensgestaltung im persönlichen und sozialen Um-

feld als normal angesehen wird. Es werden somit alle Umstände des Einzelfalls unter Miteinbezug von Richtwerten und Vergleichsfällen berücksichtigt.

Eine weitere Rentenform der MV ist die Hinterlassenenrente. Eine solche setzt grundsätzlich einen kausalen Zusammenhang zwischen Dienst und Tod des dienstleistenden Versicherten voraus.

Haftet die Militärversicherung ganz oder teilweise für die Schädigung eines paarigen Organs, so haftet sie im gleichen Umfang bei späterer Behandlungsbedürftigkeit oder Schädigung des zweiten Organs für den ganzen Schaden. Sie tritt von Gesetzes wegen in die Ansprüche des Versicherten gegenüber dem Schädiger ein.

4.5 Berufliche Vorsorge

Gemäss Artikel 113 der Bundesverfassung muss die berufliche Vorsorge (2. Säule) zusammen mit der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (1. Säule) die Fortsetzung der gewohnten Lebenshaltung nach der Pensionierung in angemessener Weise ermöglichen. Der obligatorischen Versicherung unterliegt dem Jahreslohn zwischen CHF 25'725 und CHF 88'200. In diesem Bereich sind der Mindestzins und der Umwandlungssatz (jährlicher ausbezahlter Prozentsatz des Altersguthabens) gesetzlich festgelegt. Der überobligatorische Bereich der beruflichen Vorsorge ist in Bezug auf die Leistungen nicht vorgegeben, da sind die Vorsorgeeinrichtungen frei. Das Altersguthaben kann bei Erreichen des Rentenalters teilweise oder vollständig bezogen werden. Entscheidet sich der Versicherte für eine Rente, so erhält er eine jährliche Rente entsprechend dem festgelegten Umwandlungssatz.

4.6 Privatversicherungen

Die Leistungen der Privatversicherungen decken entsprechend dem Versicherungsvertrag und den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) die verschiedensten Risiken ab.

5 Literaturverzeichnis

Ein in der Schweiz nicht obligatorischer Versicherungszweig ist das Krankentaggeld gemäss Privatversicherungsrecht. Es gilt der Grundsatz der Vertragsfreiheit. Versicherungsvorbehalte für bestehende Krankheiten können zeitlich unbefristet angebracht werden. Zudem werden bestimmte Krankheitsrisiken von der Leistungspflicht ausgenommen.

Die privaten Unfallversicherungen decken die Risiken der Selbständigerwerbenden ab; deren Leistungen entsprechen in etwa denjenigen nach UVG, wobei auch hier die AVB's der privaten Unfallversicherungen entscheidend sind.

Die Zusatzversicherungen zu KVG und UVG versichern die Zusatzleistungen bei stationären Aufenthalten in Spitälern und Rehabilitationskliniken. Die Zusatzleistungen der Halbprivat- oder Privatversicherungen beschränken sich hierbei meist auf die freie Arztwahl und Betreuung durch Kaderärzte wie auch eine Doppel- oder Einzelzimmerbenützung.

Die wichtigen Lebensversicherungen mit ihren Todesfall- oder Erwerbsunfähigkeitsdeckungen erbringen ihre Leistungen ebenfalls gemäss mannigfaltigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Krankenversicherung:

Bundesamt für Gesundheit BAG, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung.html>

Bundesamt für Gesundheit BAG, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesetze-und-bewilligungen/gesetzgebung/gesetzgebung-versicherungen/gesetzgebung-krankenversicherung/kvg.html>

Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte, <https://www.vertrauensaeerzte.ch/>

Unfallversicherung:

Bundesamt für Gesundheit BAG, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/unfallversicherung.html>

Suva, <https://www.suva.ch/de-ch/versicherung/unfallversicherung/unfallversicherung-uvg#state=%5Banchor-D37B68C6-6DC1-4B61-B820-376763919164%5D>

Invalidenversicherung:

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv.html>

AHV IV, <https://www.ahv-iv.ch/de/Sozialversicherungen/Invalidenversicherung-IV>

Berufliche Vorsorge:

AHV IV, <https://www.ahv-iv.ch/de/Sozialversicherungen/Weitere-Sozialversicherungen/Berufliche-Vorsorge-BV>

Begutachterleitlinien Versicherungsmedizin, 2020, Microsoft Word - LL allgemeiner Teil definitiv 06.07.2020.docx (swiss-insurance-medicine.ch)



Swiss Insurance Medicine
c/o Medworld AG
Administrative Office
Sennweidstrasse 46
6312 Steinhausen
Tel +41 (0)41 748 07 30
info@swiss-insurance-medicine.ch
www.swiss-insurance-medicine.ch

Herausgegeben von Swiss Insurance Medicine (SIM),
Versicherungsmedizin Schweiz;
Vierte, überarbeitete und aktualisierte Auflage 2024

ISBN 978-3-907219-00-3 (Broschüre)
ISBN 978-3-907219-01-0 (PDF)