

SGA - Tipp 3/03

Herausgegeben von der Schutzgemeinschaft für Ärzte (SGA)

Präsident: Dr. med. Otto Frei, Felsenrainstrasse 1, 8052 Zürich, Tel. 01 300 60 66 Fax 01 300 60 67

Redaktion: Dr. iur. Dieter Daubitz, Mühlenplatz 11, 6004 Luzern, Tel. 041 410 35 02 Fax 041 410 38 41

6. Jahrgang, Nr. 3, August 2003, erscheint vierteljährlich

NEUER ANLAUF ZUR AUFHEBUNG DES VERTRAGSZWANGES

1. Vorbemerkungen

Der Ständerat hat im März 2003 einen neuen Anlauf genommen, um den Vertragszwang aufzuheben. Der Nationalrat hat den Beschluss des Ständerates im Juni 2003 beraten und gewisse Änderungen gegenüber dem Ständerat beschlossen. Der Ball liegt nun wieder beim Ständerat. Die Gesundheitskommission des Ständerates hat den Beschluss des Nationalrates im August 2003 geprüft und dabei die Aufhebung des Kontrahierungszwanges bestätigt. Die Beratung des Ständerates erfolgt dann im September oder Oktober 2003.

Der Beschluss des Nationalrates musste aus dem amtlichen Bulletin zusammengesucht werden. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich allenfalls ein Fehler eingeschlichen hat. Der Beschluss wird im übrigen soweit wieder gegeben, als er die im ambulanten Bereich tätigen Ärzte betrifft.

Der Beschluss des Nationalrates ist Gegenstand des Referates „Aufhebung des Vertragszwanges: Scheinlösung und Existenzbedrohung“, welches am 21. August 2003 in Olten und am 28. August 2003 in Kloten stattgefunden hat.

Allfällige persönliche Anregungen, Kommentare und / oder Kritik bzw. Artikel über die Aufhebung des Vertragszwanges sind weiter zu leiten an:

per Post: Dr. iur. Dieter Daubitz, Mühlenplatz 11, Postfach, 6000 Luzern 5

per Fax: 041 410 38 41

per Email: dr.daubitz@tic.ch

2. Beschluss des Nationalrates

vom 17. und 18. Juni 2003

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

Änderung vom

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 18. September
2000,
beschliesst:

|

**Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversiche-
rung wird wie folgt geändert:**

Ingress

gestützt auf Art. 34^{bis} der Bundesverfassung

Art. 7a Information der Versicherten

¹ Die Versicherten haben jederzeit das Recht, beim Versicherer in die Liste der Leistungserbringer Einsicht zu nehmen oder über diese Aus-

künfte zu verlangen. Der Versicherer muss seine Versicherten zudem rechtzeitig und umfassend darüber informieren, welche Leistungserbringer für die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit ihm einen Vertrag über die Zulassung abgeschlossen haben, und sie über jede Änderung der Liste informieren.

² Diese Liste darf während eines Kalenderjahres nicht eingeschränkt werden. Die Bestimmungen über den Ausschluss von Leistungserbringern (Art. 59) bleiben vorbehalten.

Art. 35 Grundsatz

¹ Zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind diejenigen Leistungserbringer zugelassen, welche:

- a. die Voraussetzungen nach den Artikeln 36 – 40 erfüllen; und
- b. wenn sie im ambulanten Bereich tätig sind, einen Zusammenarbeitsvertrag mit einem oder mehreren anerkannten Versicherern abgeschlossen haben, oder
- c. ihre gesamten Leistungen im Rahmen eines integrierten Versorgungsnetzes gemäss Art. 35 a erbringen.

^{1bis} Im Übrigen sind die Leistungserbringer und die Versicherer in der Wahl der Vertragspartner frei, soweit:

- a. die medizinische Versorgung nach Absatz 1 ^{quater} gewahrt ist. Jeder Versicherer muss in jedem Kanton, in dem er tätig ist, Zusammenarbeitsverträge mit mindestens der vom Kanton festge-

legten Anzahl Leistungserbringer nach Absatz 1^{quater} abschliessen:

- b. die Wirtschaftlichkeit und die Qualitätssicherung gewährleistet sind (Art. 56 und 58);
- c. beim Abschluss des Vertrages die Regeln des Kartellgesetzes vom 6. Oktober 1995 nicht verletzt werden. Beim Abschluss sind jene Leistungserbringer zu bevorzugen, die in Netzwerken aktiv sind, sofern das Netzwerk mit dem Versicherer vertraglich eine Budgetverantwortung vereinbart hat.

^{1ter} Ein Sonderfall liegt vor, wenn eine Beziehung zwischen einem Leistungserbringer und einer versicherten Person aufgrund ihrer Langjährigkeit sowie des Alters und des Leidens der versicherten Person aus therapeutischen Gründen aufrecht erhalten werden muss.

^{1quater} Die Kantone bestimmen für den ambulanten Bereich die notwendige Anzahl der Leistungserbringer zur Sicherstellung der Versorgung und der Wahlfreiheit der Versicherten. Die Versorgungssicherheit beurteilen sie nach den demographischen Verhältnissen und der Erreichbarkeit der Leistungserbringer. Das Angebot in den angrenzenden Kantonen ist zu berücksichtigen. Die Kantone legen nach Anhörung der Leistungserbringer und Versicherer die Anforderungen fest.

^{1quinquies} Wird einem Versicherer oder einem Leistungserbringer der Abschluss eines Vertrages verweigert, kann dies einer kantonalen Schiedskommission, zusammengesetzt aus einer Vertretung von je zwei Personen der Verbände, der Versicherer und der Leistungserbringer sowie einer Vertretung des Kantons zum Entscheid unterbreitet werden. Der Vertreter oder die Vertreterin des Kantons führt den Vor-

sitz. Gegen diese Entscheide kann Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erhoben werden, das letztinstanzlich entscheidet.

^{1sexies} Die Verträge über die Zulassung sind für eine Dauer von mindestens vier Jahren abzuschliessen. Versicherer und Leistungserbringer können den Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 18 Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres kündigen, aber nicht vor Ablauf von vier Jahren nach dem Vertragsabschluss. Eine Kündigung muss nach den Kriterien dieses Gesetzes begründet werden und ist ausgeschlossen, wenn gestützt auf die Absätze 1^{bis}, 1^{ter} oder 1^{quater} eine Verpflichtung zum Abschluss eines Vertrages besteht.

Art. 35 a

¹ Integrierte Versorgungsnetze sind besondere Versicherungsformen nach Artikel 62, die auf einem Vertrag zwischen einem oder mehreren Versicherern einerseits und einer Gruppe von Leistungserbringern andererseits beruhen. Die Leistungserbringer koordinieren den Behandlungsprozess der in integrierten Versorgungsnetzen Versicherten über die ganze Behandlungskette ambulant und stationär.

² Die integrierten Versorgungsnetze übernehmen einen Teil des wirtschaftlichen Risikos für die medizinische Versorgung der in integrierten Versorgungsnetzen betreuten Versicherten (Budgetverantwortung). Die Budgetverantwortung muss sich auf alle Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung beziehen. Die integrierten Versorgungsnetze unterziehen sich einer externen Zertifizierung und Qualitätsbeurteilung, deren Resultate öffentlich sind.

³ Die integrierten Versorgungsnetze müssen alle Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im ambulanten und stationären Bereich anbieten. Sie dürfen Leistungen nach diesem Gesetz im Vertragsgebiet auch ausserhalb des Wohnsitzkantons der versicherten Person anbieten, ohne dass ein medizinischer Notfall vorliegen muss.

⁴ Die Versicherer können für die besondere Versicherungsform des integrierten Versorgungsnetzes eine Vertragsdauer von bis zu 3 Jahren vorsehen.

⁵ Die Versicherung in integrierten Versorgungsnetzen kann mit einer Wahlfranchise nach Artikel 62 Absatz 2 kombiniert werden.

Art. 41

¹ Die Versicherten können unter den für sie zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Bei ambulanter Behandlung übernimmt der Versicherer die vertraglich vereinbarten Tarife. Bei stationärer Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der in Spitälern gilt, die auf der Liste des Wohnkantons der versicherten Person aufgeführt sind.

² Beanspruchen Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:

- a. bei ambulanter Behandlung durch einen Leistungserbringer, mit dem der Versicherer einen Vertrag abgeschlossen hat;
- b. bei stationärer Behandlung in Spitälern, die auf der Liste des Wohnkantons der versicherten Person aufgeführt sind.

³ Bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen in einem Spital ausserhalb des Wohnkantons vergütet der Wohnkanton den nach Artikel 49 geschuldeten Anteil.

Art. 41a Informationspflicht der Leistungserbringer

Die Leistungserbringer müssen die versicherte Person vor der Behandlung darüber informieren, wenn sie für deren Versicherung keine Leistung zu Lasten der sozialen Krankenversicherung erbringen dürfen.

Art. 42b

Die Leistungserbringer ergreifen die erforderlichen Massnahmen, damit medizinisch-technische Untersuchungen nicht unnötigerweise wiederholt werden. Praktische Untersuchungen, die ohne medizinische Indikation oder ohne eine Rechtfertigung durch besondere Umstände durchgeführt werden, dürfen nicht verrechnet werden. Der Bundesrat legt im Einvernehmen mit den Berufsorganisationen die Bedingungen fest.

Art. 46 Tarifvertrag

⁴ Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Billigkeit in Einklang steht sowie die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen gewährleisten kann.

⁵ Die Frist für die Kündigung eines Tarifvertrages und für die Rücktrittserklärung nach Absatz 2 beträgt mindestens sechs Monate. Erhält der Leistungserbringer nach Artikel 35 keinen Zusammenarbeitsvertrag mehr, so gilt er auf diesen Zeitpunkt hin als vom Tarifvertrag zurückgetreten.

Art. 47 Fehlen eines Tarifvertrages

¹ Kommt zwischen Leistungserbringern und Versicherern kein Tarifvertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.

² Besteht für die ambulante Behandlung der versicherten Person trotz Vertrag über die Zulassung kein Tarifvertrag zwischen dem Versicherer und dem Leistungserbringer oder für die stationäre Behandlung der versicherten Person ausserhalb ihres Wohn- oder Arbeitsortes oder deren Umgebung oder für die stationäre Behandlung der versicherten Person ausserhalb ihres Wohnkantons kein Tarifvertrag, so setzt die Regierung des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt, den Tarif fest.

³ Können sich Leistungserbringer und Versicherer nicht auf die Erneuerung eines Tarifvertrages einigen, so kann die Behörde, die ihn genehmigt hat, den bestehenden Vertrag um ein Jahr verlängern. Kommt innerhalb dieser Frist kein Vertrag zustande, so setzt diese Behörde nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.

Art. 56 Wirtschaftlichkeit der Leistungen

⁶ Weist ein Versicherer gestützt auf statistische Grundlagen nach, dass ein Leistungserbringer bei Untersuchungen, Behandlungen oder Pflegemassnahmen von Versicherten die Durchschnittswerte vergleichbarer Leistungserbringer in erheblichem Masse überschreitet, und kann der Leistungserbringer den Nachweis nicht erbringen, dass dies durch eine erhebliche Abweichung in der Zusammensetzung seiner Patienten und Patientinnen begründet ist, kann der Versicherer zusätzlich zu einer Rückforderung nach Absatz 2 für diesen Leistungserbringer eine künftige Senkung des Tarifes oder die Anwendung einer anderen Tarifart verlangen.

Art. 59 Ausschluss von Leistungserbringern

¹ Will ein Versicherer oder ein Verband von Versicherern einem Leistungserbringer aus wichtigen Gründen, insbesondere bei Verstössen gegen die Anforderungen nach den Artikeln 56 und 58, die Tätigkeit nach diesem Gesetz nicht oder nicht mehr gestatten, so hat das Schiedsgericht nach Artikel 89 zu entscheiden. Der Leistungserbringer wird nach vorgängiger Anhörung vom Versicherer oder vom Verband der Versicherer in schriftlicher Form gemahnt.

²Wichtige Gründe im Sinne von Absatz 1 sind insbesondere:

- a. die Überarztung;
- b. die nicht oder schlecht erfolgte Erfüllung der Informationspflicht nach Artikel 57 Absatz 6;
- c. die Weigerung, sich an Massnahmen der Qualitätssicherung nach Artikel 58 zu beteiligen;
- d. die Nichtbeachtung des Tarifschutzes nach Artikel 44;
- e. die unterlassene Weitergabe von Vergünstigungen nach Artikel 56 Absatz 3;
- f. die betrügerische Manipulation von Abrechnungen oder die Ausstellung von unwahren Bestätigungen;
- g. die Beeinträchtigung der freien Wahl des Patienten oder die Einflussnahme auf die Wahl eines Leistungserbringers mit dem Ziel, sich finanzielle Vorteile zu verschaffen;
- h. Absprachen mit anderen Leistungserbringern mit dem Ziel, sich materielle oder finanzielle Vorteile zu verschaffen oder das Gesetz zu umgehen.

³Gegen Leistungserbringer, welche sich nicht an die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen nach Artikel 56 und 58 und an die bestehenden Verträge mit den Versicherern halten, werden Sanktionen ergriffen. Diese umfassen die Verwarnung, die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden, eine Busse sowie im Wiederholungsfall der vorübergehende oder definitive Ausschluss von der Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung. Der Entscheid liegt beim Schiedsgericht gemäss Artikel 89.

II

Übergangsbestimmungen

⁷ Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung sind die Versicherer verpflichtet, mit allen Leistungserbringern im ambulanten Bereich, welche am 1. Januar 2003 zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung zugelassen waren, einen Vertrag für eine vierjährige Vertragsdauer gemäss Artikel 35 abzuschliessen.

⁸ Der Bundesrat bestimmt den Zeitpunkt, in dem die Kantone die notwendige Anzahl der Leistungserbringer im ambulanten Bereich festsetzen müssen. Bis zu diesem Zeitpunkt kommen die gestützt auf Art. 55a festgelegten Versorgungszahlen als Mindestzahlen im Sinne von Artikel 35 zur Anwendung.

⁹ Soweit sich aus der Anwendung aus Absatz 8 keine massgebende kantonale Mindestzahl ergibt, gilt die Anzahl der im Kanton niedergelassenen Leistungserbringer, welche am 1. Januar 2003 zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung zugelassen waren, als massgebende Mindestzahl.

III

¹ Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

² Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.