

SGA - Tipp 4/01

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

5. Jahrgang, Nr. 4, November 2001, erscheint vierteljährlich

REVISION DES KRANKENVERSICHERUNGS- GESETZES: AUFHEBUNG VERTRAGSZWANG

1. Vorbemerkungen

Es wird über die Aufhebung des Vertragszwanges viel diskutiert ohne Kenntnis der Einzelheiten des Beschlusses des Ständerates.

Der Vorstand der SGA hat daher beschlossen, den Beschluss des Ständerates den Mitgliedern in einem SGA-Tipp bekannt zu machen.

Der Beschluss enthält nämlich weitere interessante und kontroverse Bestimmungen, die in der Diskussion meistens untergehen und die ebenfalls relevant sind.

Der Beschluss des Ständerates 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.

Wir verzichten auf eine Kommentierung des Beschlusses des Ständerates.

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, 6005 Luzern

per Fax: 041 410 38 41

per Email: dr.daubitz@tic.ch

2. Beschluss des Ständerates

vom 4. Oktober und 29. November 2001

|

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung 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 Auskünfte 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. soweit sie im ambulanten Bereich tätig sind, einen Vertrag über die Zulassung mit einem oder mehreren anerkannten Krankenversicherern abgeschlossen haben.

^{1bis} Die Leistungserbringer und Versicherer sind, ausser im Sonderfall, in der Wahl der Vertragspartner frei, soweit:

- a. die medizinische Versorgung gewahrt ist;
- 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.

^{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 aufrechterhalten werden muss.

^{1quater} Die Kantone können regeln, wie viele Leistungserbringer die Versicherer zur Sicherstellung der Versorgung und der Wahlfreiheit in das Vertragsverhältnis mindestens aufzunehmen haben. Die Versorgungssicherheit beurteilen sie nach den demographischen Verhältnissen und der Erreichbarkeit der Leistungserbringer. Das Angebot in den anderen Kantonen ist zu berücksichtigen.

^{1quinquies} Leistungserbringer und Versicherer vereinbaren Indikatoren zur Konkretisierung der Bedingungen der Wirtschaftlichkeit und der Qualitätssicherung nach Absatz 1^{bis} Buchstabe b. Wird einem Versicherer oder einem Leistungserbringer der Abschluss eines Vertrages verweigert, kann dies einer Kommission, zusammengesetzt aus einer Vertretung von je zwei Personen der Verbände der Versicherer und der Leistungserbringer sowie einer Vertretung des Kantons, zum endgültigen Entscheid unterbreitet werden. Der Vertreter oder die Vertreterin des Kantons führt den Vorsitz.

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, für welche Versicherer sie zulasten der sozialen Krankenversicherung Leistungen erbringen dürfen.

Art. 45 Sicherung der medizinischen Versorgung

² Macht ein Leistungserbringer geltend, dass die Versorgung im ambulanten Bereich ohne seine Zulassung unzureichend wäre, so kann er bei der Kantonsregierung die Zulassung nach Artikel 35 Absatz 1 verlangen.

³ Die Kantonsregierung berücksichtigt bei der Beurteilung des Bedarfs die neuesten Versorgungsstandards. Das Angebot ausserhalb des Kantons ist einzubeziehen.

⁴ Macht ein Versicherer oder ein Leistungserbringer geltend, dass die freie Wahl des Versicherers nicht garantiert wäre, so kann er bei der Kantonsregierung die Zulassung nach Artikel 35 Absatz 1 verlangen.

Art. 47 Fehlen eines Tarifvertrages

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 Wohnkantons kein Tarifvertrag, so setzt die Regierung des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt, den Tarif fest.

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.

² Wichtige 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.

II

Übergangsbestimmungen

⁷ Die Versicherten können verlangen, dass Behandlungen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung im Gange sind, während zwei Jahren beim selben Leistungserbringer weitergeführt werden.

III

¹ Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

² Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.