

Erste Teilrevision des KVG in Kraft: Die Änderungen im Überblick

Hanspeter Kuhn, Fürsprecher, stv. Generalsekretär

Die vom Parlament am 24. März 2000 verabschiedete erste Teilrevision des KVG ist am 1. Januar 2001 in Kraft getreten. Auf das gleiche Datum hin haben Bundesrat bzw. Departement die Ausführungsverordnungen angepasst¹. Für die Ärzte und Ärztinnen wurden die übrigen Bestimmungen begrifflicherweise vom Wirbel um die Bedürfnisklausel verdrängt, die als «Kann»-Vorschrift in diesem Paket enthalten ist. Wir wissen heute: Die Anwendung der Bedürfnisklausel ist im Bundesrat vorerst vom Tisch.

Die Gesetzesrevision beinhaltet aber viele weitere Änderungen. Der Beitrag stellt sie in der Reihenfolge der Gesetzesartikel vor: Freierer Versicherungswechsel; Trennung von Grund- und Zusatzversicherung; Reservenweitergabe bei Rückzug vom Markt; Verzugszinsen beim Risikoausgleichsfonds; differenzierte Sanktionskompetenzen des BSV über die Kassen; Apotheker als Leistungserbringer und Substitutionsrecht des Apothekers; Spitalkosten der gesunden Neugeborenen; De-facto-Institutsbewilligung für ambulante Leistungserbringer; Bedürfnisklausel für ambulante Leistungserbringer möglich; einheitliche Prämienregionen; Verbot, Franchise und Selbstbehalt zu versichern; Verzicht auf Franchise und Selbstbehalt bei Präventionsleistungen möglich; neue Bundesstandards für kantonale Prämienverbilligung; de facto nur Beiträge statt Vollkostendeckung für die Pflege durch Spitex und in Heimen.

Das Fazit der Änderungen: Einige offene Fragen wurden entschieden, teilweise aber um den Preis neuer ungeklärter Fragen.

Hinweis für Ärzte und Ärztinnen mit Internetzugang: Die Änderungen sind in der KVG-Fassung bereits eingefügt, die auf der Website der Bundesverwaltung abgerufen werden kann: www.admin.ch, «systematische Rechtssammlung», und dann wahlweise «832» oder «KVG» eingeben.² Wer die Änderungen isoliert nachsehen will, findet sie im Bundesblatt: www.admin.ch, Bundesblatt, Jahr 2000, Nr. 14, S. 2176ff anklicken.³

Versicherungswechsel erleichtert durch standardisierte Fristen

Neu gilt die einmonatige Kündigungsfrist in jedem Fall, also auch dann, wenn die neue Prämie nicht höher als die alte ist.
(revidiertes KVG Art. 7 Abs. 2)

Zusatzversicherung und Grundversicherung: voneinander unabhängig

Wer die Grundversicherung wechselt, kann nicht mehr gezwungen werden, auch die Zusatzpolicen zu kündigen.

(Art. 7 Abs. 7 und 8 KVG)

Reservenweitergabe

Wenn sich ein Versicherer von einem Teilmarkt (z. B. aus einem Kanton) zurückzieht, muss er einen Anteil seiner Reserven an den neuen Versicherer weitergeben.
(Art. 13 Abs. 1, 4 und 5 KVG)

Verzugszins beim Risikoausgleichsfonds

Endlich hat das Parlament das Tabu der Verzugszinsen im Sozialversicherungsrecht teilweise gebrochen⁴: Wer als Versicherer nicht rechtzeitig in den Risikoausgleich einzahlt, zahlt in Zukunft Verzugszinsen. Diese Neuerung bringt im Verhältnis zwischen Patient bzw. Arzt und Versicherung direkt nichts, doch kündigt sich damit wenigstens ein langsamer Klimawechsel Richtung ökonomischer Vernunft im Sozialversicherungsrecht an.

(Art. 18 Abs. 5 und 105 Abs. 5 KVG)

Der Bundesrat hat in der Verordnung den Verzugszins auf 6% festgelegt mit der Begründung, dieser Satz entspreche «den üblichen Gepflogenheiten» – eine Feststellung, die man sich im Rahmen der Tarifverhandlungen für vertraglich zu vereinbarende Verzugszinsen merken darf.

(Art. 12 Abs. 5 und 8 Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung, VORA⁵)

1 Bundesratsbeschluss vom 11. Dezember 2000, betreffend:

- KVV (u.a. Details der Sistierung der Versicherungspflicht bei Militärdienst in einem neuen Art. 10a KVV; Anspruch auf Prämienverbilligung auch für Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz, die sich längere Zeit hier aufhalten, in einem neuen Art. 106 KVV);
- Verordnung über den Risikoausgleich (VORA): Verzugszinsfestsetzung;

Das EDI hat gleichzeitig das Mammographiescreening (in den Kantonen, in denen es stattfindet) von Franchise und Selbstbehalt befreit.

Direkter Link zur Pressemitteilung:

<http://www.bsv.admin.ch/aktuell/presse/2000/d/00121102.htm>

2 Direkter Link: http://www.admin.ch/ch/d/sr/832_10/a7.html

3 Direkter Link: <http://www.admin.ch/ch/d/ff/2000/2176.pdf>

4 Es hat damit eine Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts beendet, die seit vielen Jahren von der nahezu einhelligen juristischen Lehre zu Recht massiv kritisiert wurde: Wenn der Versicherte A seine Leistung – beispielsweise infolge eines gerichtlichen Streits um die Höhe der Invalidenrente – später erhält als der Versicherte B, verlangt das Gleichbehandlungsprinzip, dass er diese Leistung vom Versicherer mit Zinsen ausbezahlt erhält, und zwar unabhängig davon, ob jemand an der Verzugszeit ein Verschulden trifft. Sonst hat A schlicht weniger Geld im Portemonnaie als B, und die Versicherung profitiert von ihr nicht zustehenden Zinsen. Das EVG hat einfach nicht akzeptieren wollen, dass in der Realität auch hier gilt: Zeit ist Geld.

5 Direkter Link:

http://www.admin.ch/ch/d/sr/832_112_1/a12.html

[Übrigens: Einen weiteren Pflock hat das Parlament im Gesetz über einen allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht eingeschlagen: Es soll in Zukunft ganz allgemein gelten, dass lange ausstehende Leistungen des Sozialversicherers gegenüber dem Versicherten zu verzinsen sind. Die allzu lange Gnadenfrist, die der Versicherer dabei aber geniesst – mindestens 1 Jahr darf die Zuspätkommen der Leistung zinslos verzögert werden!⁶ –, ist allerdings mehr als ein Wermutstropfen und wird dazu führen, dass diese Bestimmung im KVG keine Rolle spielen wird, sondern wohl nur bei gravierenden Verzögerungen im Bereich von Dauerleistungen, also z. B. bei IV und UV. Noch offen ist, ob diese Bestimmung des ATSG analog auch für das Verhältnis zwischen Leistungserbringer und Versicherer direkt herangezogen werden könnte, wenn beispielsweise eine Rechnung im «tiers payant» extrem lang liegenbliebe. Erste Arbeitshypothese⁷: Wahrscheinlich nicht. Verbindlich entscheiden kann dies allerdings nur der Versicherungsrichter.]

Differenzierte Überwachungs- und Sanktionskompetenzen des BSV

Das BSV ist Aufsichtsbehörde über die Krankenversicherer gemäss KVG, dies nota bene durchaus auch für Fragen des Datenschutzes. Hindernis oder Schwierigkeit für diese Aufgabe ist und bleibt erstens die Personalknappheit der Überwacherinnen und Überwacher. Zweitens galt aber bisher zudem noch das Prinzip des «Dopplet oder nüt», das heisst: Entweder das völlige Aus für die Kasse in Form des Anerkennungsentzugs, oder aber gar keine Sanktion. Hier hat nun der Gesetzgeber sowohl die Inspektionsmöglichkeiten gestärkt wie auch das Sanktionsinstrumentarium verfeinert. Künftig sind auch Busen und/oder die Veröffentlichung eines Sanktionsentscheids möglich.

(Art. 21 Abs. 4, 5 und 5bis KVG)

Pflege des gesunden Neugeborenen im Spital: Kasse der Mutter zuständig

Dies ist nicht mehr in der Realität neu, sondern nur im Gesetzestext: Bevor der Gesetzgeber diese Zu-

ständigkeitsfrage zwischen Versicherern geklärt hat, hat dies das EVG schon so entschieden.⁸

(Art. 29 KVG)

Apotheker als Leistungserbringer/ Substitutionsrecht des Apothekers

Ein Beitrag dazu von M. Giger und R. Gmür folgt in einer späteren Nummer der Schweizerischen Ärztezeitung.

(Art. 25 Abs. 2 lit. h und Art. 52a KVG)

De-facto-Institutsbewilligung für ambulante Leistungserbringer

Für komplexe ambulante Leistungserbringer wie beispielsweise Radiologieinstitute hatten verschiedene Kantone zum Teil schon seit vielen Jahren eine Zwitterlösung zwischen Praxisbewilligung und Spitalbewilligung eingeführt, die meistens «Institutsbewilligung» getauft wurde.

Ausgangspunkt für die KVG-Revision war aber nicht die Erkenntnis, dass man auch in diesem Gesetz die Leistungserbringerkategorie der Institute benötigen könnte, sondern der an sich banale Streit zwischen einer Kasse und dem KSK um die Frage, ob die Ärzte in einer kasseneigenen HMO eine Sammelnummer erhalten, oder ob jeder Arzt eine einzelne Konkordatsnummer zugeteilt erhalten soll. Der Schweizerische KVG-Gesetzgeber hat nun diese Frage auf Antrag des Bundesrats indirekt entschieden, in dem er eine neue Kategorie von Leistungserbringern einführt: Die sogenannten «Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen». Einziges Zulassungskriterium ist dabei, dass «die dort tätigen Ärzte und Ärztinnen die Voraussetzungen nach Art. 36 erfüllen», sprich die minimale Weiterbildung von 2 Jahren gemäss KVG absolviert haben.

(Art. 35 Abs. 2 lit. n und Art. 36a KVG)

Zum heutigen Zeitpunkt kann nicht mit Sicherheit vorausgesagt werden, wie diese Lösung konkret funktionieren wird. Es gilt hier wohl: «kommt Zeit, kommt Rat» – oder mindestens eine klärende Praxis. Welches sind denn die Probleme bzw. Fragen? Erstens fällt auf, dass traditionelle kantonale Bewilligungskriterien wie nötige Infrastruktur und qualifiziertes nichtärztliches Personal in dieser neuen KVG-Bestimmung fehlen. Zweitens wirft aber auch das einzige im KVG enthaltene Kriterium der ärztlichen Weiterbildung Anwendungsfragen auf: Auch in solchen Institutionen muss doch Weiterbildung, z. B. in Form der Praxisassistenten, möglich sein. Sonst gälte heute in der Schweiz für die jungen Ärzte und Ärztinnen, was Wolfgang Borchert vor vierundfünfzig Jahren über den Umgang der deutschen Wirtschaft mit den aus russischer Kriegsgefangenschaft zurückkehrenden Soldaten schrieb: «Und weil ich ein Anfänger bin, deswegen kann ich nirgendwo anfangen.»⁹ Nötig ist mithin ein Verzicht auf das Erfordernis der minimalen KVG-Weiterbildung für die in solchen Einrichtungen *befristet* in strukturierter Weiterbildung tätigen Ärzte und Ärztinnen.¹⁰ Hingegen sollte nicht auf

6 ATSG Art. 26 Abs. 2 – Bundesblatt 2000 S. 5041ff – <http://www.admin.ch/ch/d/ff/2000/5041.pdf>

7 Noch ohne Prüfung der parlamentarischen Sitzungsprotokolle

8 Siehe zum EVG-Entscheid vom 14.1.1999, publiziert in RKUV 2/1999 S. 129ff, kommentiert von Kuhn HP. Aufenthalt, Pflege und Behandlung von gesunden Neugeborenen im Spital. Schweiz Ärztezeitung 1999;80(35):2133. Die in der Schweizerischen Ärztezeitung erwähnten Abgrenzungsfragen in der Zuständigkeit des Versicherers je nachdem, ob das Neugeborene gesund oder krank ist, werden mit dem revidierten KVG dieselben bleiben, die Schnittstelle wurde nicht verschoben. Link zur RKUV 2/1999: <http://www.bsv.admin.ch/publikat/rkuv/d/rkuv9902.pdf>

9 Borchert W. Draussen vor der Tür. (1947) zitiert nach der rororo-Ausgabe 1979, S. 34.

10 Gerade das KVG verlangt schon seit 1996 – zudem noch im selben Gesetzesartikel – für die Praxiseröffnung eine minimale Weiterbildung. Mit Inkrafttreten der bilateralen Verträge wird diese KVG-Bestimmung faktisch abgelöst werden durch die gleichzeitig geplante Inkraftsetzung des revidierten Freizügigkeitsgesetzes für die ärztliche Aus- und Weiterbildung (FMPEG). In Zukunft wird gelten: nach dem Studium gibt es vorerst nur eine Bewilligung zur Tätigkeit unter Supervision. Das Diplom für die eigenverantwortliche Berufsausübung wird erst nach minimal zweijähriger Weiterbildung erteilt.

die notwendige Kontrolle über die nötigen Qualifikation der in einer solchen Einrichtung unbefristet arbeitenden Ärzte und Ärztinnen verzichtet werden.¹¹

Klar scheint allerdings etwas: Kantone, die im kantonalen Gesundheitsrecht noch keine Institutsbewilligung kennen, kommen nun durch das KVG in Zugzwang, eine solche einzuführen, entweder durch Revision des kantonalen Gesundheitsgesetzes, oder schlimmstenfalls durch einen Entscheid des kantonalen Verwaltungsgerichts. Letzteres gemäss dem allgemeinen Grundsatz, dass Bundesrecht dem kantonalen Recht vorgeht: Wenn das KVG solche Einrichtungen kennt, muss es für sie auch eine kantonale Bewilligungsmöglichkeit geben. Der Gerichtsweg ist aber nicht wünschenswert, weil dann wohl nur das KVG-Kriterium der ärztlichen Weiterbildung massgeblich sein könnte und die übrigen, für Institute potentiell sinnvollen Fragen nach notwendiger Infrastruktur und qualifiziertem Hilfspersonal unter den Tisch fallen müssten – siehe oben.

Bedürfnisklausel – verschoben, aber evtl. nicht aufgehoben?

Über die Möglichkeit des revidierten KVG, eine befristete Bedürfnisklausel auch betreffend Ärzte und Ärztinnen einzuführen, wurde schon viel geschrieben (vgl. etwa Kuhn HP. Chronik eines angekündigten Scherbenhaufens. Zur Gesetzgebungsgeschichte der Bedürfnisklausel. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(39): 2175-7, 2178-9). Im Oktober hat Frau Bundesrätin Dreifuss in einem Brief an den FMH-Präsidenten festgehalten, sie verzichte vorläufig darauf, dem Bundesrat die Umsetzung dieser Kann-Vorschrift vorzuschlagen, um zuerst zusammen mit den Partnern im Gesundheitswesen Datenfragen und Lösungswege zu diskutieren. Ein erster runder Tisch zu dieser Frage hat im November 2000 stattgefunden. Parallel ist bekanntlich die zweite Revisionsvorlage zum KVG vom Bundesrat mit Botschaft vom 18. September 2000 ins Parlament gegeben worden¹², und dort stellen sich dieselben Fragen von Ärztedichte bzw. Ärztedemographie erneut dem Gesetzgeber, wenn auch diesmal unter dem Arbeitstitel Lockerung oder Aufhebung des Kontrahierungszwangs. (Art. 55a KVG)

Verbot, Franchise und Selbstbehalt zu versichern

Als Reaktion auf entsprechende Pläne einer nicht mehr genannt sein wollenden grossen Berner Kasse¹³ verbietet nun das KVG ausdrücklich, und dies allen sozialen Krankenversicherern wie auch der Privatassekuranz, via Zusatzversicherungen Franchise und Selbstbehalt abzudecken. (Art. 62 KVG)

Möglichkeit, bei Prävention auf Franchise und Selbstbehalt zu verzichten

Gemäss Stand des Wissens in Public Health gibt es Präventionsleistungen, die nur dann etwas bringen können, wenn sie auch finanziell niederschwellig angeboten werden. Das neue KVG erlaubt dem Bundesrat, massgeschneidert pro präventivmedizinische Leistung zu entscheiden, ob auf Franchise und Selbstbehalt ganz oder teilweise verzichtet wird. (Art. 64 KVG).

Konkret profitiert ab sofort nur das Mammographiescreening in den Kantonen mit entsprechenden Programmen. (Entscheid des EDI¹⁴)

Kantonale Prämienverbilligung: neue Bundesstandards

Die Prämienverbilligung bleibt an sich Sache der Kantone. Aber das KVG schreibt neu gewisse Standards vor. Die Prämienverbilligung ist «grundsätzlich» so festzulegen, dass die Bundesbeiträge voll benützt werden können, was de facto eine minimale Höhe der kantonalen Verbilligungssummen impliziert; (nur) auf Antrag der Versicherten sind jeweils die aktuellsten Einkommens- und Familienverhältnisse zu berücksichtigen; die Versicherten sollen die Verbilligung rechtzeitig erhalten (also nicht selber «Bank» spielen müssen); sie sind regelmässig über ihr Recht auf Prämienverbilligung zu informieren. (Art. 65 KVG)

Spitex und Heime: Weg von der Vollkostendeckung zu blossen Beiträgen

Auch hier hat der Bundesrat schon vor Jahren mit einer Ordnungsrevision vorgegriffen¹⁵, so dass faktisch nichts ändert. Der neue Gesetzestext lautet nun: «Solange [...] keine von den Leistungserbringern und Versicherern gemeinsam erarbeiteten Grundlagen der Tarifberechnung bestehen, kann das Departement durch Verordnung festlegen, in welchem Ausmass diese Leistungen übernommen werden.» Die seinerzeitige Ordnungsrevision stand auf rechtlich wackeligen Beinen, was allen Beteiligten mehr oder weniger klar war. Die juristische Lage ist nun infolge nachträglicher Absolution durch den Gesetzgeber stabilisiert – ob dasselbe jemals für die medizinökonomische Frage der «gemeinsamen Tarifberechnung» gelten wird, ist hingegen ein anderes Thema.

Nicht ausdrücklich geklärt hat der Gesetzgeber die Frage, wer die Lücke zwischen (noch) nicht von beiden Seiten als transparent anerkannten Pflegekosten

11 Die FMH hat schon im Vernehmlassungsverfahren auf die zwei Pole «Bedürfnis nach strukturierter Weiterbildung» versus «erwünschte Kontrolle über unbefristet tätige Ärzte» hingewiesen. Die Botschaft des Bundesrates ans Parlament hat aber diese Fragen nicht auf den Tisch gelegt, und das Parlament hatte in dieser Gesetzesrevision andere, grössere Probleme zu entscheiden. Auch die FMH musste sich auf andere Anliegen, wie beispielsweise die Problematik des ambulanten Globalbudgets, konzentrieren und konnte im Parlament nicht bei jeder in der Botschaft offengebliebenen Frage nachstossen. Fazit: Der wirkliche Wille des Gesetzgebers wird mangels klarer Manifestation im Gesetzgebungsprozess nicht einfach zu (er)finden sein. Die KVV enthält dazu keine ergänzten Ausführungsbestimmungen, so dass nicht bekannt ist, wie der Bundesrat diese Frage gelöst sehen möchte.

12 Gesetzestext abgedruckt in Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Entwurf vom 18. September 2000. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(46):2572-4.

13 Vgl. allenfalls und höchstens indirekt ANNA. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(51/52):2883.

14 Pressemitteilung des BSV vom 11. Dezember 2000, Entscheid in Kraft per 1. Januar 2001.

15 KLV Art. 9a

einerseits und den blossen Hotelleriekosten andererseits decken soll: der Versicherte? der Kanton? das Heim oder der Spitex-Dienst mittels Selbstausscheidung? Der Text von KLV Art. 9a enthielt dazu am Ende noch den ominösen Absatz, dass über die in der Verordnung definierten Höchstbeiträge der Kasse pro Pflegestufe hinaus der Tarifschutzartikel anwendbar sei – der er-

gänzte Text im KVG hat nun aber genau diesen Teil der bisherigen Verordnungsbestimmung nicht übernommen. (Art. 104a KVG)

La version française suivra

Ärztinnen und Ärzte im Datennetz

Chancen und Risiken elektronischer Krankengeschichten

Öffentliche Tagung

Samstag, 3. Februar 2001

Inselspital Bern, Kinderspital, Saal Ettore Rossi

Die moderne Informations- und Kommunikationstechnologie eröffnet der Beziehung zwischen Ärztinnen/Ärzten, Patientinnen/Patienten sowie den weiteren Partnern im Gesundheitssystem neue Möglichkeiten und Chancen und sie werden mit ganz neuen Herausforderungen konfrontiert.

Referenten: Prof. Dr. med. W. Stauffacher, Dr. med. H. H. Brunner, med. pract. G. von Below, Dr. Anne Eckhardt, Dr. C. A. Ludwig, Dr. S. Bellucci, Dr. med. Suzanne Braga, Prof. Dr. med. B. Rüedi, Dr. Margrit Leuthold, Prof. Dr. med. P. M. Suter, Angie Hagmann, F. Britt, C. Martin, Dr. Rosmarie Waldner

Tagungskosten: Fr. 60.–, Studierende Fr. 20.–

Keine Simultanübersetzung

Anmeldeschluss: Freitag, 26. Januar 2001

Information und Anmeldung: ta@swr.admin.ch, Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung, Inselgasse 1, 3003 Bern, Tel. 031 322 99 63, Fax 031 323 36 59, www.ta-swiss.ch

Patronat und Organisation

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW

Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung

Les médecins sur réseau

Potentialités et dangers de l'information des dossiers des patients

Conférence publique

Samedi, 3 février 2001

Hôpital de l'île, Berne

Hôpital des enfants, auditorium Ettore-Rossi

Les technologies de l'information et de la communication modernes étendent les moyens et les possibilités de relations entre les médecins, les patients et les divers partenaires au sein du système de santé, et eux doivent faire face à des exigences totalement nouvelles.

Conférenciers: Prof. Dr. W. Stauffacher, Dr. H. H. Brunner, méd. pract. G. von Below, Dr. Anne Eckhardt, Dr. C. A. Ludwig, Dr. S. Bellucci, Dr. Suzanne Braga, Prof. Dr. B. Rüedi, Dr. Margrit Leuthold, Prof. Dr. P. M. Suter, Angie Hagmann, F. Britt, C. Martin, Dr. Rosmarie Waldner

Taxe d'inscription: Fr. 60.–, étudiants Fr. 20.–

Sans traduction simultanée

Délai d'inscription: vendredi, 26 janvier 2001

Informations et inscription: ta@swr.admin.ch, Centre d'évaluation des choix technologiques, Inselgasse 1, 3003 Berne, tél. 031 322 99 63, fax 031 323 36 59, www.ta-swiss.ch

Patronage et organisation

Association des médecins suisses FMH

Académie suisse des sciences médicales ASSM

Centre d'évaluation des choix technologiques