

Von der Zeugung bis zur Geburt – oder wie der Rahmenvertrag TARMED und seine Anhänge entstanden

Die Entstehungsgeschichte – beleuchtet aus der rechtlichen
und politischen Perspektive

P. Meier

Ziel war es, einen Rahmenvertrag zu schaffen, der den Interessen der praktizierenden Ärztinnen* Rechnung trägt und den gegenwärtigen Stand des KVG berücksichtigt. Jetzt haben die FMH-Mitglieder in der Urabstimmung über den TARMED und seine Anhänge zu entscheiden.

Verträge sind kündbar

Der Verfasser hatte von der «G7» (siehe «Verhandlungsdelegation FMH/KSK») den Auftrag, die Verhandlungen der FMH und der Kantonalpräsidenten-delegation mit der *santésuisse* (früher KSK) zu begleiten, die Verhandlungsdelegation in rechtlichen Belangen zu beraten und zusammen mit dem Juristen bzw. der Juristin der *santésuisse* den Rahmenvertrag im KVG-Bereich und die entsprechenden Anhänge zu redigieren.

Verhandlungen sind Bestandteil unseres Lebens, und für unsere Berufsgattung gehören sie zum Alltag. Es gibt bürgerweise Strategien über die Verhandlungsführung, dennoch ist jede Verhandlung einzigartig und verschieden von anderen, die geführt werden. Was immer gleich ist: man hat mit Menschen zu tun und man hat mit Problemen zu tun. Am

* Der Einfachheit halber wird bei Personenbezeichnungen in diesem Artikel nur die weibliche Form gewählt, sie gilt aber für beide Geschlechter.

Korrespondenz:
lic. iur. Peter Meier
Rechtsanwalt und Notar
Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn (GAeSO)
Schmiedengasse 33
CH-5012 Schönenwerd
Tel. 062 849 42 00
E-Mail: aeg.so@bluewin.ch

Schluss der Verhandlungen liegt ein Resultat vor, das es zu bewerten gilt. Dies selbst dann, wenn Verhandlungen scheitern. Wichtig ist, dass das Resultat – vorliegend der Rahmenvertrag und seine Anhänge – nicht für endgültig und absolut angesehen wird.

In unserer schnelllebigen Zeit sind auch Verträge nicht für ewig gedacht, deshalb gibt es Kündigungsfristen, und es ist auch nicht verboten, ausserhalb der Kündigungsfristen im gegenseitigen Einvernehmen Änderungen vorzunehmen.

Der Rahmenvertrag und seine Anhänge, über den die FMH-Mitglieder in der Urabstimmung zu befinden haben, ist ein solches nicht auf ewig festgelegtes Verhandlungsergebnis. Und ich denke, es lässt sich damit angenehm leben!

KVG setzt Grenzen

Gerade das KVG zeigt sehr eindrücklich die Grenzen der Normierbarkeit unseres Leistungsstaates auf. Politikerinnen glauben immer, es genüge, etwas in einem Gesetz festzulegen, um es zu realisieren. Die Tatsache, dass ein Gesetz, das erst sechsjährig ist, zum zweiten Mal in wichtigen Punkten revidiert werden muss und weitere Revisionen anstehen, stellt seine Vollzugstauglichkeit doch ernsthaft in Frage!

Dennoch müssen wir mit diesem Gesetz leben, und wir haben auch im Rahmen der Vertragsverhandlungen die Vorgaben des KVG ernst genommen.

Tarifverträge auch für Nicht-Mitglieder

Art. 46 KVG verlangt, dass ein Tarifvertrag für die Mitglieder einer Dachorganisation (FMH, *santésuisse*) nur Gültigkeit hat, wenn sie ihm beigetreten sind. Aber auch Nicht-Mitglieder sollen nach dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers einem Vertrag beitreten können. Im Vertrag selbst kann vereinbart werden, dass sich Nicht-Mitglieder an den Unkosten des Vertragsabschlusses und der Durchführung zu beteiligen haben. Diese Vorgaben wurde in Art. 3, 4 und 5 und im *Anhang 5* (Regelungen über Beitrittsgebühren und jährliche Unkostenbeiträge von Nicht-Verbandsmitgliedern) übernommen und vertieft.

Im gleichen Artikel (Art. 46 Abs. 5 KVG) ist eine Mindestfrist von sechs Monaten für die Bekanntgabe der Rücktrittserklärung vom Vertrag vorgesehen. Diese musste übernommen werden.

Schliesslich ist, weil es sich um einen gesamtschweizerischen Vertrag handelt, die Genehmigung durch den Bundesrat gesetzlich vorgeschrieben.

Rahmentarif ein Muss

Diese Vorgabe ist in Art. 48 KVG enthalten. Ein Rahmentarif ist für den Fall festzusetzen, dass ein Tarifvertrag nicht zustande kommt oder wegfällt. Obwohl diese Bestimmung nach Auffassung der Verhandlungsdelegationen im Umfeld einer gesamtschweizerischen einheitlichen Tarifstruktur wenig Sinn macht, war sie als Vorgabe des KVG im *Anhang 8* zu berücksichtigen (siehe «Vereinbarung betreffend Rahmentarif [Anhang 8]»).

Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit
Das KVG widmet der Wirtschaftlichkeit einen Artikel (Art. 56 KVG), nimmt aber auch in anderen Bestimmungen (z.B. Art. 32 KVG) auf die sogenannten WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) bzw. auf die Qualität der Leistungen (Art. 58 KVG) Bezug. Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit müssen in Tarifverträgen geregelt werden (Art. 56, Abs. 5 KVG). Der *Anhang 6*, der sich mit diesen Kriterien befasst, liegt erst im Entwurf vor. Er dürfte vor allem im Zusammenhang mit der von Politikerinnen und Versicherern beabsichtigten Aufhebung des Kontrahierungszwangs von grösster Bedeutung sein!

Vertrauensarztvertrag ist losgelöst vom Rahmenvertrag

Das KVG stellt Regeln über Vertrauensärztinnen in Art. 57 auf. Die Vertrauensärztinnen sind insbesondere zur Überprüfung der Voraussetzungen der Leistungspflicht der Versicherer verantwortlich (Art. 57 Abs. 4 KVG). Die eidgenössischen Dachverbände der Ärztinnen und Versicherer haben die Weitergabe von Angaben durch die Vertrauensärztinnen an die Versicherer gemeinsam zu regeln (Art. 57 Abs. 8 KVG).

Schon im Jahre 1998 wurde ein erster Entwurf eines Vertrages über die Datenweitergabe und die Stellung der Vertrauensärztinnen zwischen dem damaligen KSK und der FMH ausgearbeitet. Die Arbeiten daran führen fest, und im Rahmen der wieder aufgenommenen TARMED-Verhandlungen beschlossen die Verhandlungsdelegationen, die Tätigkeit der Vertrauensärztinnen in einem Anhang zu regeln. Man einigte sich auf ein Minimum von Vertragsbestimmungen, und der Zusatzversicherungsbereich wurde ausgeklammert. Schliesslich wurde der Anhang gänzlich vom Rahmenvertrag losgelöst und als selbständiger Vertrauensarztvertrag ausgestaltet. Dieser Vertrag ist mittlerweile durch *santésuisse* und die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte unterzeichnet worden. Der Vertrauensarztvertrag wurde von der Ärztekammer am 13. Dezember 2001 abgesegnet. Er ist zwar in Art. 14 des Rahmenvertrages erwähnt, gehört aber nicht zu den Urabstimmungsunterlagen.

Da die Verpflichtung, einen solchen Vertrag abzuschliessen, im KVG verankert ist, haben die Vertragsparteien es für sinnvoll erachtet, diesen Vertrag, unabhängig vom Schicksal der Tarifstruktur bzw. des Rahmenvertrages, per 1. Januar 2002 in Kraft zu setzen.¹

Ausgangssituation im April 2000

Föderalistische Gestaltungsmöglichkeiten

Da die Verhandlungen über die Tarifstruktur und die Definition des unseligen Begriffes «Kostenneutralität» im Mittelpunkt des Interesses der Vertragsparteien standen und schon in einer früheren Phase be-

schlossen wurde, die Tarifstruktur und die Kostenneutralität in eigenen Anhängen zu gestalten, wurden auf verschiedenen Ebenen Vertragsverhandlungen geführt. Im vorliegenden Exposé geht es ausschliesslich um die Vertragsverhandlungen zur Ausgestaltung des Rahmenvertrages und der Anhänge 3 ff. Wo es sinnvoll scheint, werden die Gestaltungsmöglichkeiten für überregionale, kantonale oder regionale Verträge kurz aufgezeigt.

Vorarbeiten FMH – KSK

Bereits in den Jahren 1998 bzw. 1999 waren erste Entwürfe von Rahmenverträgen im KVG- und UVG-Bereich in Bearbeitung. Diese Entwürfe konnten als Grundlagenpapiere im Laufe der Verhandlungen verwendet werden.

Eröffnung der Verhandlungsrunde

Verhandlungsdelegationen FMH – KSK

Aufgrund der gemäss KVG zweistufigen Verhandlungsebenen (eidgenössischer Rahmenvertrag/kantonale Verträge) wurde vor Aufnahme der Verhandlungen mit *santésuisse* beschlossen, die Präsidenten der kantonalen Ärztesellschaften in die sogenannte G7-Gruppe miteinzubeziehen. In der Folge wurden sämtliche Verhandlungsschritte und Resultate in dieser Gruppe, bestehend aus den Präsidenten der Kantone AG, LU, TG, TI, VD, VS, ZH, verstärkt durch eine Vertreterin und einen Vertreter der FMH, besprochen und begleitet. Dies in bezug auf den Inhalt des Rahmenvertrages und seiner Anhänge, aber auch in bezug auf die Kostenneutralität, die Bestimmung der Taxpunktwerte, LOA usw.

Der Rohentwurf des Rahmenvertrages selbst wurde in dieser Phase durch die Juristen der Ärztesellschaften der Kantone SO, TG und VD erarbeitet. Dieser enthielt die Kernthemen des Vertrages. Es wurden darin aber auch die eidgenössisch bzw. kantonal zu regelnden Vertragspunkte gegeneinander abgegrenzt. Daraus entstand ein erster Entwurf.

Verhandlungsdelegationen und Verhandlungen FMH – *santésuisse*

Am 14. April 2000 fand ein erstes Spitzengespräch FMH – *santésuisse* im Hotel Krone in Solothurn statt. Anwesend waren 11 Vertreterinnen und Vertreter von *santésuisse* und 6 Vertreter der FMH. Anlässlich dieses Gespräches wurde beschlossen, eine Delegation von je 3 Vertretern beider Parteien einzusetzen, die einen Rahmenvertrag ausarbeiten sollten. Ein zweites Spitzengespräch fand am 30. Mai 2000 in Luzern statt, wobei bereits damals festgestellt wurde, «*dass das zentrale Element des Rahmenvertrages in seinen Anhängen liege. Ohne diese Anhänge sage der Rahmenvertrag nicht sehr viel aus.*»

¹ Interessierte finden den VA-Vertrag im Wortlaut auf der FMH-Website.

Die Delegationen der Dachverbände tagten erstmals am 1. Mai 2000. Seitens santésuisse setzte sich die Verhandlungsdelegation in dieser Phase aus den Herren

- Ueli Müller, Präsident des damaligen Konkordates der Schweizerischen Krankenversicherer;
- Manfred Manser, Helsana;
- Andreas Kummer, Rechtsdienst,

und seitens der FMH aus

- Dr. Hans Heinrich Brunner, Präsident der FMH;
- Dr. Andreas Haefeli, Vorsitzender der G7, Delegationsleiter, Präsident Aargauischer Ärzteverband;
- Peter Meier, Rechtsanwalt und Notar, Rechtsberater der Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn (GAESO);
- Denise Rüegg, Protokoll, zusammen.

Während die Verhandlungsdelegation der FMH bis am Schluss dieselbe blieb – einzig in der letzten Phase wurde sie durch Dr. Walter Häuptli verstärkt –, kam es bei santésuisse zu verschiedenen personellen Änderungen. Im Zeitpunkt der letzten gemeinsamen Sitzung (21. November 2001) setzte sich die Delegation von santésuisse wie folgt zusammen:

- Manfred Manser, Delegationsleiter, VR-Mitglied;
- Dr. Beat Ochsner, VR-Mitglied;
- lic. rer. pol. Beat Schläfli, Projektmanager TARMED;
- Stefan Kaufmann, Mitglied der Geschäftsleitung;
- Daniel Wyler, Mitglied der Geschäftsleitung;
- Dr. Ludwig Bapst, externer Berater;
- Judith Petermann, Leiterin Rechtsdienst.

Anlässlich dieser letzten Sitzung wurde das Vertragswerk mit Ausnahme der Anhänge «elektronischer Datentransfer» und «WZW-Kriterien» verabschiedet.

Die Umsetzung der Ziele – ein Hürdenlauf

Die Zielsetzung für unsere Verhandlungsdelegationen kann vereinfacht wie folgt umschrieben werden:

Schaffen eines Rahmenvertrages, der den Interessen der praktizierenden Ärztinnen Rechnung trägt, den gegenwärtigen Stand des KVG berücksichtigt, zukünftige Entwicklungen vorwegzunehmen versucht und beim Fehlen gewisser Rahmenbedingungen innert nützlicher Frist kündbar sein muss. Diese Zielsetzung mag allgemein und sehr einfach scheinen, es zeigte sich aber, dass bei der Umsetzung doch einige Hürden zu überwinden waren.

Ziele im Auge behalten

Seitens unserer Delegation wurden die Zwischenergebnisse immer wieder kritisch in der G7 hinterfragt und – wo nötig – wurden auch die Juristinnen und Juristen verschiedener kantonaler Ärztesellschaften informiert und in die Entscheidungsfindung miteinbezogen. Im weiteren galt es, verschiedene Ärztekammerbeschlüsse, die während der Verhandlungen gefasst wurden, mit zu berücksichtigen.

Auf der Suche nach dem treffenden Wort

Es kann im folgenden nicht darum gehen, die gesamte Entstehungsgeschichte des Vertrages aufzuzeigen oder Artikel um Artikel zu erläutern, vielmehr soll anhand von einzelnen Bestimmungen gezeigt werden, wie und warum sie entstanden und welche Überlegungen schliesslich zum heutigen Wortlaut geführt haben.

Vergütungen regeln (Art. 1)

Es galt, ein vertragliches Instrumentarium zu schaffen, um die Anwendbarkeit und Einführung der gesamtschweizerisch vereinbarten Tarifstruktur (heutige Version 1.1) und die daraus resultierenden Vergütungen für die ärztlich ambulant erbrachten Leistungen grundsätzlich zu regeln. Dies ist denn auch der Hauptzweck des Rahmenvertrages.

Um das Vertragswerk nicht zu überladen, wurde beschlossen, für die Parteien wichtige Punkte zwar im Rahmenvertrag aufzuführen, die Details aber in Anhängen zu regeln. Heute sind es noch 8 Anhänge. Der Anhang über die Vertrauensärzte wurde – wie oben erwähnt – ausgegliedert. Das Konzept Infrastrukturen, Dignitäten, Spezialausbildungen (Version 9.0!) wurde in den Rahmenvertrag integriert (Art. 7).

Anhang 1 enthält die Tarifstruktur TARMED Version 1.1.

Anhang 2, «Vereinbarung zur Kostenneutralität», wurde in der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 7 durch Dr. A. Haefeli kommentiert.

Einzelne Anhänge wurden als wesentlich (mit * gekennzeichnet) bezeichnet. Sie müssen der Genehmigungsbehörde zusammen mit dem Rahmenvertrag unterbreitet werden. Sie gelten als sogenannte «integrierende Bestandteile» des Rahmenvertrages. Es sind dies:

- die Tarifstruktur selbst;
- die Vereinbarung zur Kostenneutralität;
- die Regelung über den elektronischen Datentransfer – Datenbanken;
- die Regelung über Diagnose/Diagnosecode;
- die Regelung über Beitrittsgebühren und jährliche Unkostenbeiträge von Nicht-Verbandsmitgliedern.

Wer darf beitreten und wie austreten (Art. 3–5)?

Nicht nur die Dachverbände, sondern auch einzelne Mitglieder oder Nicht-Mitglieder derselben, müssen die Möglichkeit haben, diesem Vertrag beizutreten. Für die heute schon der FMH angehörenden Ärztinnen gilt, dass sie grundsätzlich ohne Beitrittserklärung, d.h. automatisch, diesem Vertrag angeschlossen sind, sofern sie nicht innert 30 Tagen ab Veröffentlichung des Inkrafttretens des Vertrages in der Schweizerischen Ärztezeitung der FMH mitteilen, dass sie dem Vertrag nicht beitreten möchten.

Das heisst aber nicht, dass, wer dem Vertrag nicht beitrifft, einfach nach OR mit eigenen phantasievollen Tarifen abrechnen kann. Vielmehr gilt zufolge des im KVG verankerten Tarifschutzes, dass sich Ärztinnen bei Ablehnung eines Beitrittes an die Tarife und Preise zu halten haben, die eidgenössisch oder kantonal (Taxpunktwert) festgelegt worden sind, falls

sie Patientinnen zulasten der obligatorischen Grundversicherung behandeln wollen.

Wenn einzelne Leistungserbringer oder ganze Gruppen es ablehnen, Leistungen nach dem KVG zu den entsprechenden Tarifen zu erbringen (Ausstand), können sie zwar nach OR gegenüber ihren Patienten abrechnen, aber sie haben keinen Anspruch auf eine Vergütung gemäss KVG, und sie müssen insbesondere ihre Patientinnen darüber informieren, da diesen die Kosten der ärztlichen Behandlung durch die Versicherer nicht vergütet werden («tiers garant»).

Welchen Ticketpreis bezahlen «Trittbrettfahrerinnen»? (Art. 5)

Die grosse Mehrheit der Ärztinnen gehört der FMH an. Da aber kein Mitgliedschaftszwang besteht und insbesondere auch kein Zwang ausgeübt werden darf, sich einem bestimmten Vertrag anzuschliessen, ist es durchaus möglich, dass in Zukunft Ärztinnen weder der FMH noch einer kantonalen Gesellschaft angehören, aber dennoch gemäss KVG nach dem zwischen den Dachorganisationen vereinbarten eidgenössischen Tarif bzw. dem ebenfalls vereinbarten kantonalen Taxpunktwert abrechnen. Im Gesetz ist ausdrücklich vorgesehen, dass auch Nicht-Verbandsmitgliedern die Möglichkeit eingeräumt werden muss, sich einem bestehenden Vertrag anzuschliessen.

Um zu verhindern, dass solche «Trittbrettfahrerinnen» von den Vorleistungen, die durch die Dachorganisationen auf eidgenössischer und kantonalen Ebene erbracht und über die Mitgliederbeiträge bezahlt werden, profitieren, hat der Gesetzgeber ausdrücklich eingeräumt, dass von diesen Nicht-Verbandsmitgliedern eine Beitrittsgebühr und ein jährlicher Unkostenbeitrag verlangt werden darf. Die Höhe dieser Gebühren bzw. Beiträge ist im Anhang 5 geregelt. Diese Abgaben sind nach oben limitiert, und zwar im Verhältnis zu den Mitgliederbeiträgen.

Aber auch die kantonalen Gesellschaften müssen die Möglichkeit haben, solche Beitrittsgebühren bzw. Unkostenbeiträge zu verlangen, da ihnen in Zukunft im Zusammenhang mit der Ausarbeitung der kantonalen Verträge, der Berechnung und Festsetzung des Taxpunktwertes, der Tätigkeit der Paritätischen Vertrauenskommission usw. namhafte Unkosten entstehen werden.

Praxisassistenten und Stellvertretung (Art. 8)

Ursprünglich, d.h. noch in der in der Beilage zur Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 17/2001 Supplementum 5a veröffentlichten Fassung des Rahmenvertrages, war bloss die Stellvertretung geregelt.

Die Verhandlungsdelegationen sind übereingekommen, auch die Praxisassistenten zu definieren und zu regeln. Es handelt sich hier um eine Anstellung einer Ärztin im ambulanten Bereich zur Weiterbildung. Die Anstellung ist in Anlehnung an die WBO auf max. 6 Monate begrenzt. Man will verhindern, dass es zu «Daueranstellungen» von «kostengünstigen» Assistentinnen kommt.

Stellvertretungen kommen in Arztpraxen häufig vor. Dies liegt in der Natur der Sache. Es wäre bürokratisch, wenn jede kurze Stellvertretung den Krankenversicherern mitgeteilt werden müsste. Wir haben versucht, eine pragmatische Lösung zu finden: kurze Stellvertretungen unter 14 Tagen müssen nicht gemeldet werden, Stellvertretungen oder im voraus bekannte Tages- und Ferienabwesenheiten von mehr als 14 Tagen sind santésuisse zu melden. Es ist z.B. denkbar, dass eine Ärztin jede Woche während eines Nachmittags abwesend ist und sich vertreten lässt, weil sie beispielsweise an einer Universität einen Lehrauftrag erfüllt. Oder eine Ärztin nimmt einen im voraus geplanten länger dauernden Auslandsaufenthalt in Anspruch und beschäftigt in dieser Zeit eine Stellvertreterin. Solche Stellvertretungen sind den Versicherern zu melden.

Vorbehalten bleiben allfällige kantonale gesetzliche Regelungen, z.B. in Gesundheitsgesetzen einzelner Kantone. Wird eine Assistentin oder eine Stellvertreterin in der Arztpraxis angestellt – eine solche Beschäftigung dürfte meistens in einem Arbeitsvertrag nach OR geregelt sein – ist die anstellende Ärztin dafür verantwortlich, dass die Assistentin oder die Stellvertreterin die im Rahmenvertrag von der Ärztin übernommenen Verpflichtungen erfüllt. Dies ist der Sinn der Bestimmung von Art. 8 Abs. 5. Hier geht es also nicht, wie eventuell irrtümlicherweise angenommen werden könnte, um die haftpflichtrechtliche Verantwortung der anstellenden Ärztin, sondern um die Verantwortung für die Einhaltung der ihr in diesem Vertrag auferlegten Pflichten.

Veränderungen des Arztberufes berücksichtigen (Art. 9)

Bis vor kurzem war im ambulanten Bereich eine Anstellung einer Ärztin (also ein Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Verhältnis) eher ungewohnt oder gar verpönt. Die Verhandlungsdelegationen waren sich bewusst, dass für die zukünftige Entwicklung und Ausgestaltung des Arztberufes (Ausübung des Berufes durch Ärztinnen in Teilzeitbeschäftigung, Wunsch nach kürzeren Arbeitszeiten, gleichzeitige Beschäftigung in einem Spital und in einer Arztpraxis usw.) die Möglichkeit offen bleiben muss, Anstellungsverhältnisse nach OR zu begründen. Hier ist allerdings eine Meldung an die Krankenversicherer und die FMH erforderlich (Abs. 2).

In Zukunft wird es sicher nicht nur die klassische Einzelpraxis oder die Zusammenarbeit von Ärztinnen in Form einer einfachen oder einer Kollektivgesellschaft geben. Zu erwarten sind auch Gründungen von juristischen Personen (AG, GmbH, Kommanditgesellschaften, Genossenschaften usw.). Im Rahmenvertrag haben die Vertragsdelegationen hier nach anfänglichem Zögern eine Öffnung für zukünftige Zusammenarbeitsmodelle vorgenommen. Nicht zuletzt im Hinblick auf die mögliche Abschaffung des Kontrahierungszwanges können solche Rechtsformen eine Stärkung der Position der Ärzteschaft bedeuten!

Es gibt bereits heute Ärztinnen, die unter der gleichen Registernummer tätig sind. Hier haben wir im Vertrag eine solidarische Haftung bei vertragswidrigem Verhalten vorgesehen. Diese solidarische Haftung bezieht sich nicht auf die Frage der Haftung bei patientinnenschädigendem Verhalten. Dort wären die Bestimmungen des Haftpflichtrechtes (OR) eventuell kombiniert mit vertraglichen Regelungen zwischen den einzelnen Ärztinnen massgebend. Hier geht es ausschliesslich um die Haftung bei Verletzungen dieses Vertrages oder seiner Anhänge!

Wer muss mit Sanktionen rechnen (Art. 10)?

Diese Bestimmung wurde auf Wunsch der Krankenversicherer aufgenommen. Es sind mögliche Sanktionen von der schriftlichen Mahnung bis zum Ausschluss vom Vertrag und Bussen bis Fr. 50 000.- denkbar. Dies heisst nun noch lange nicht, dass in jedem Fall solche Sanktionen verhängt werden, und erst noch einseitig von den Krankenversicherern. Es wird ausdrücklich festgehalten, dass nur die zuständige Paritätische Vertrauenskommission, in der gleich viele Ärztinnen und Versicherer vertreten sind, solche Sanktionen verhängen kann. Das Verfahren vor der Paritätischen Vertrauenskommission muss in einem Reglement geregelt werden. Die Einsetzung der Paritätischen Vertrauenskommission obliegt im übrigen den kantonalen Vertragsparteien. Weil die PVK paritätisch zusammengesetzt ist, braucht es die Zustimmung der Vertreter beider Vertragsparteien. Es genügt nicht, wenn nur die Versicherer eine Sanktion durchsetzen möchten, hingegen die Ärztevertreter dagegen sind oder umgekehrt.

Es ist selbstverständlich, dass Entscheide von Paritätischen Vertrauenskommissionen mit Begründung und Rechtsmittelbelehrung versehen den Parteien mit eingeschriebenem Brief zu eröffnen sind. Solche Entscheidungen müssen beim zuständigen kantonalen Schiedsgericht angefochten werden können.

Im weiteren bleiben strafrechtliche Sanktionen, die aber logischerweise nicht in die Kompetenz der PVK fallen, vorbehalten.

Offene Fragen beim Datentransfer (Art. 11)

Dem Thema Rechnungstellung und Vergütung wurde ein ausführlicher Artikel gewidmet. Im KVG sind nur allgemeine Bestimmungen zu finden. Art. 42 Abs. 3 KVG lautet wie folgt: *«Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. [...] Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.»* Die Verhandlungsdelegationen haben sich auf bestimmte Angaben, die die Rechnung enthalten muss, geeinigt (Abs. 8). Die Frage eines einheitlichen Rechnungsformulars bzw. der Einführung der Abrechnung in elektronischer Form ist noch nicht definitiv geregelt, weil der entsprechende Anhang 3 «Regelung über den elektronischen Datentransfer – Datenbanken» im heutigen Zeitpunkt nicht bereinigt ist. Hier bedarf es noch einmal einer gemeinsamen

Anstrengung beider Vertragsdelegationen, um eine pragmatische Lösung zu finden. Bei der Formulierung der Urabstimmungsfragen wurde diesbezüglich ausdrücklich ein Vorbehalt angebracht.

Für die Versicherer war es von Bedeutung, die Frage der Abrechnung beim Wechsel eines Versicherers zu regeln (Abs. 9).

Unsere Verhandlungsdelegation wollte klare Zahlungstermine. Diese sind nun im Abs. 10 enthalten: bei elektronischer Abrechnung innert 30 Tagen, bei schriftlicher Abrechnung innert 45 Tagen nach Erhalt der Rechnung. Eine Verzugsregelung wollten die Versicherer nicht aufnehmen. Hier wäre demzufolge nach OR vorzugehen (Inverzugsetzen durch schriftliche Mahnung). Da die Versicherer gegenüber dem Arzt nur im System «tiers payant» direkt zahlungspflichtig sind, spielt diese Regelung eine untergeordnete Rolle. Das gleiche gilt für das Verrechnungsverbot von Ausständen des Versicherten gegenüber dem Versicherer (Abs. 11). Ob das System «tiers payant» oder «tiers garant» gewählt wird, ist Sache der kantonalen Verbände.

«Zession» oder Schuldübernahme (Art. 12)?

Zuerst stand für uns das System «Zession» im Vordergrund (Forderungsabtretung). Solche Lösungen sind heute in einzelnen kantonalen Verträgen vorgesehen. Gemäss einem neueren Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes sind Zessionen gültig, es sei denn, eine versicherte Person hätte vorgängig dem Ausschluss einer Zession zugestimmt. Weil sich die Versicherer mit diesem Modell nicht anfreunden konnten, haben wir uns schliesslich auf das Modell der Schuldübernahme geeinigt. Bei der Schuldübernahme verpflichtet sich der Schuldübernehmer (Versicherer), dass er sich anstelle der Schuldnerin (Patientin) mit Zustimmung der Gläubigerin (Ärztin) zur Schuldnerin der Ärztin erklärt. Der Versicherer hat dann die Rechnung direkt an die Ärztin zu bezahlen und nicht an die Patientin.

Details dieses Schuldübernahmемodells sind in den kantonalen Verträgen zu regeln.

Paritätische Vertrauenskommission wieder einsetzen (Art. 17)

In vielen Kantonen sind nach Einführung des KVG die Vereinbarungen über die Einsetzung von Paritätischen Vertrauenskommissionen einseitig von den Versicherern gekündigt worden. Solche PVK müssen nun wieder eingerichtet werden. Ihre Aufgaben sind in Art. 17 des Vertrages umschrieben.

Die Versicherer verlangten die Festsetzung einer Frist von zwei Monaten, innert welcher nach Anrufung einer PVK zu einer ersten Vermittlungsverhandlung eingeladen werden muss.

Neue Kündigungsfristen (Art. 18)

Die Kündigungsmöglichkeiten wurden der Kostenneutralitätsphase angepasst. Frühester Kündigungstermin: 18 Monate ab Inkrafttreten des Vertrages, frühestens 30. Juni 2004.

Die nächste Phase ist die wohl kritischste. In den folgenden 6 Monaten kann der Vertrag auf das Ende eines Monats gekündigt werden.

Nach Ablauf dieser Phase ist eine Kündigung innert 6 Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

Im Zusammenhang mit der drohenden Abschaffung des Kontrahierungszwanges kann für den Fall, dass der Kontrahierungszwang – sei es ohne Referendum oder nach einer Referendumsabstimmung – tatsächlich abgeschafft werden sollte, dieser Vertrag innert drei Monaten per 30. Juni bzw. per 31. Dezember gekündigt werden (Abs. 6).

Das Schiedsgericht entscheidet im Streitfall (Art. 19)

Für Streitigkeiten, die aus der Interpretation dieses Vertrages oder seiner Anhänge – mit Ausnahme von Tarifstreitigkeiten und Interpretationsfragen bezüglich des Tarifs – entstehen sollten, ist ein Schiedsgericht vorgesehen, welches abschliessend entscheidet. Hier geht es um eine einheitliche Auslegung des Vertrages und seiner Anhänge, und nicht um Fragen, die beispielsweise durch kantonale Schiedsgerichte oder das Eidgenössische Versicherungsgericht zu entscheiden sind.

Anhänge – das letzte Wort ist ausstehend

Regelung über Diagnose/Diagnosecode (Anhang 4)

Gemäss Art. 42 Abs. 4 KVG kann der Versicherer vom Leistungserbringer eine genaue Diagnose oder zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen. Seit langem wehren sich Konsumenten- und Datenschutzorganisationen gegen Diagnosecodes auf Arztrechnungen. Obwohl in verschiedenen Spitälern für den Diagnosecode schon heute die internationalen Systeme ICD-10 und ICPC Verwendung finden, haben wir uns im Sinne einer pragmatischen Lösung geeinigt, vorerst den Diagnosecode für ambulante Behandlungen des Kantons Tessin zu übernehmen. Zwar wurde die Absicht kundgetan, diesen Tessiner Code durch ein «kohärentes» System auf der Basis ICPC/ICD-10-Codierung abzulösen. Das letzte Wort in dieser Sache ist aber noch lange nicht gesprochen, und der eidgenössische Datenschutzbeauftragte wird sich zu diesen Fragen sicher noch äussern!

Noch offene Anhänge

Wie schon erwähnt («Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit») und «Offene Fragen beim Datentransfer [Art. 11]») sind die beiden Anhänge «Regelung über den elektronischen Datentransfer – Datenbanken» und «Regelung über Qualitätserfordernisse und WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit)» noch nicht bereinigt, bzw. sie liegen zum Teil erst in rudimentären Entwürfen vor.

Vereinbarung über die gemeinsame Paritätische Interpretationskommission PIK (Anhang 7)

Hier handelt es sich um einen «übergeordneten» Anhang, d.h. nicht nur die FMH und santésuisse sind Vertragsparteien, sondern auch die MTK, die MV, die IV (seitens der Versicherer) und H+ (seitens der Spitäler). Die Paritätische Interpretationskommission ist gesamtschweizerisch ausschliesslich für die Auslegung der Tarifpositionen, Erläuterungen, Anwendungsregeln usw. der Tarifstruktur TARMED zuständig. Will man in Zukunft eine einheitliche Tarifstruktur, ist dies der einzig mögliche und sinnvolle Weg, ansonst es sehr rasch zu einer Zersplitterung kommt.

Vereinbarung betreffend Rahmentarif (Anhang 8)

Die Parteien haben auch hier versucht, eine einfache Lösung zu implementieren. Grundsätzlich soll die Tarifstruktur 1.1, über die jetzt abgestimmt wird, übernommen bzw. für ein weiteres Jahr in Kraft bleiben, falls kein Rahmenvertrag zustande kommt oder er zufolge einer Kündigung dahinfällt. In diesem Fall gilt eben die Tarifstruktur 1.1 weiter. Allerdings – und dies ist wichtig – für diejenigen Spezialitäten, die gefährdet sind oder sich gefährdet fühlen mit den von den Parteien im gegenseitigen Einvernehmen vorgenommenen Änderungen. Hier ist vor allem an die Reengineeringverfahren, die ja weiterlaufen, zu denken.

Mögliche Szenarien nach der Urabstimmung

Was geschieht bei einem positiven Ausgang der Urabstimmung mit dem Rahmenvertrag und seinen Anhängen?

Diese werden an einem von den Parteien festzulegenden Stichtag in Kraft treten. Es sei denn, der Bundesrat oder das zuständige Departement genehmigt den Vertrag mit den wesentlichen Anhängen nicht. Für diesen Fall wurde eine sogenannte Escape-Klausel eingebaut (Art. 20). Der ganze Vertrag mit seinen Anhängen mit Ausnahme der Tarifstruktur (Version 1.1) würde gegenstandslos.

Da es insbesondere auch wegen der Einhaltung der Kostenneutralität wenig Sinn macht, wenn jeder Kanton nach Festsetzung des Taxpunktwertes die kantonalen Verträge zu einem anderen Zeitpunkt in Kraft setzt, wurde in Art. 20 vereinbart, dass in allen Kantonen ab einem von beiden Parteien gemeinsam festgelegten Zeitpunkt nach der neuen TARMED-Tarifstruktur abgerechnet werden muss. Sind in den Kantonen bis zu diesem Zeitpunkt die Taxpunktwerte noch nicht festgelegt oder durch Rekurse angefochten, könnte es allerdings zu Problemen kommen.

Mit Einführung der TARMED-Tarifstruktur müssen die zukünftigen Leistungen nach dieser Tarifstruktur abgerechnet werden, was bedeutet, dass die bisher gültigen kantonalen Tarife dahinfallen.

Was geschieht bei einem negativen Ausgang der Urabstimmung?

Werden der Rahmenvertrag und die Anhänge durch die Mitglieder der FMH nicht genehmigt, gibt es verschiedene mögliche Szenarien.

Bundesrat setzt Tarifstruktur in Kraft

Es ist zu vermuten, dass der Bundesrat die Tarifstruktur (Version 1.1) in Kraft setzen wird, allenfalls über einen dringlichen Bundesbeschluss. Dies würde bedeuten, dass diese Tarifstruktur gesamtschweizerisch angewendet werden muss.

Festsetzung des Taxpunktwertes

Da dafür nach allgemein anerkannter Auffassung die Kantone zuständig sind, müssen die Verhandlungen auf kantonaler Ebene geführt werden. Selbst wenn sich die Parteien auf einen Starttaxpunktwert einigen, muss ein solcher vom Regierungsrat im zwingend durchzuführenden Genehmigungsverfahren nicht unbedingt genehmigt werden. Es ist nicht auszuschliessen, dass sich der Preisüberwacher negativ äussert und vom Regierungsrat eines Kantons ein anderer als der von den Parteien vereinbarte Starttaxpunktwert «verfügt» wird.

Einigen sich die kantonalen Vertragsparteien jedoch nicht auf einen Starttaxpunktwert, muss dieser vom zuständigen Regierungsrat festgelegt werden. Alle Entscheide der kantonalen Regierungen können an den Bundesrat weitergezogen werden.

Jedem Kanton sein eigener Rahmenvertrag

Da der vorliegende Rahmenvertrag bei einem negativen Ausgang der Urabstimmung dahinfällt, muss in allen Kantonen bei Null angefangen werden, d. h. die

Kantone müssen eigene Rahmenverträge abschliessen, was bisher bei den sogenannten «Kollektivverträgen» der Fall war, und die gesamte Materie plus zusätzlich kantonale Besonderheiten ist neu auszuhandeln! Der Zeitdruck dürfte gewaltig werden, da nicht anzunehmen ist, dass der Bundesrat mit der Inkraftsetzung von TARMED Version 1.1 – oder vielleicht einer anderen? – allzu lange warten wird. Der politische Druck von allen Seiten ist zu gross.

Der Zwangstarif und seine Folgen

Zwar besteht die Möglichkeit, dass einzelne Ärztinnen oder ganze Gruppierungen gemäss KVG in den Ausstand treten können. Wenn aber ein Zwangstarif eingeführt wird, ist es eine Illusion anzunehmen, man könnte dann nach irgendwelchen selbstgewählten Tarifen Rechnung stellen. In diesem Fall gilt – wie oben ausgeführt – der Tarifschutz gemäss Art. 44 KVG. Bezüglich des Taxpunktwertes ist der Phantasie dann auch nicht Tür und Tor geöffnet, sondern es gilt der allenfalls vom Bundesrat im Beschwerdeverfahren abgesegnete, regierungsrätlich festgelegte Taxpunktwert.

Ein Ja zum Rahmenvertrag und seinen Anhängen

Die Eltern empfinden das eigene Kind immer als das schönste aller Kinder! Dieser Rahmenvertrag und seine Anhänge sind sicher nicht die besten aller Verträge. Aber ich bin überzeugt davon, dass man damit als Arzt oder als Ärztin in einer recht unsicheren Zukunft leben kann. Deshalb empfehle ich Ihnen, dem gesamten Vertragswerk zuzustimmen.