

Getrennte Rechnungsstellung für Grund- und Zusatzversicherung

Tarifdienst FMH und Rechtsdienst FMH

In der jetzt gültigen Fassung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) bestimmt Artikel 59 Absatz 3 KVV, dass die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen in der Rechnung von anderen Leistungen klar zu unterscheiden sind. Ab 1. Januar 2009 reicht dies nicht mehr. Im Rahmen der Verwaltungsänderungen der KVV hat der Bundesrat am 22. Oktober 2008 entschieden, dass der Leistungserbringer ab 1. Januar 2009 (!) für die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen und die anderen Leistungen zwei getrennte Rechnungen zu erstellen hat. Mit dieser Revision wird bezweckt, dass diagnosebezogene Angaben als besonders schützenswerte Personendaten nur im Rahmen der Rechnungskontrolle und der Wirtschaftlich-

keitsprüfung verwendet werden, schreibt das BAG im Kommentar zu den Verwaltungsänderungen. Auch werde damit der Tatsache Rechnung getragen, dass viele Versicherte obligatorische Krankenpflegeversicherung und Zusatzversicherungen nicht bei der gleichen Firmengruppe versichert haben. Analog müsse auch dafür gesorgt sein, dass die jeweiligen administrativen Prozesse beim Versicherer vollständig voneinander getrennt werden. Neben dem Datenschutz diene die getrennte Rechnungsstellung der Verbesserung der Transparenz.

Die FMH hat gegen die kurze Frist und die späte Information durch das BAG protestiert und eine längere Übergangsfrist verlangt, damit auch die Informatik in den Arztpraxen angepasst werden kann.

Kommentar

Hanspeter Kuhn, Fürsprecher, stv. Generalsekretär FMH

Diese Änderung der KVV war im Vernehmlassungsverfahren noch nicht vorgesehen. Die FMH hatte deshalb auch keine Gelegenheit, sich vorgängig dazu zu äussern. Aus heutiger Sicht ergibt sich folgender Kommentar: Die Änderung von Art. 59 KVV ist für einen kleineren Teil der Patientenbehandlungsfälle sinnvoll, nämlich dann, wenn der Patient Grund- und Zusatzversicherung nicht beim selben Versicherer hat.

Wenn der Patient hingegen beide Versicherungen bei derselben Kasse hat, ist zu vermuten, dass er möchte, dass möglichst wenige Personen seinen Fall bearbeiten und damit Gesundheitsinformationen über ihn erfahren. Es wäre deshalb überzeugender, für diese kombinierten Leistungsfälle nicht zwei getrennte Rechnungen vorzuschreiben, sondern umgekehrt die Regeln für den KVG-Vertrauensarzt auf die von derselben Krankenkasse durchgeführte Zusatzversicherung auszudehnen. Dies postulieren seit Jahren nicht nur die FMH und die Schweizerische Gesellschaft der Vertrauensärzte. Auch die von Bundesrätin Dreifuss und Bundesrat Koller 1998 unter dem Vorsitz von Prof. Dr. iur. Thomas Geiser eingesetzte Expertenkommission für den Persönlichkeitsschutz in der sozialen und privaten Kranken- und Unfallversicherung schlug diese Ausdehnung des

Vertrauensarztfilters auf die Zusatzversicherungen der Kassen vor [1].

Die Trennungsidee des Bundesrats bleibt schliesslich auf halbem Weg stehen: Wenn schon die Mitarbeitenden von Grund- und Zusatzversicherung denselben Behandlungsfall in je zwei getrennten Administrationen bearbeiten sollen, sehe ich keinen vernünftigen Grund mehr, weshalb denn eine Krankenkasse überhaupt nebst der Grundversicherung auch das Zusatzversicherungsgeschäft durchführen soll. Diesfalls sollte der Gesetzgeber den nächsten Schritt gehen und die Versicherungszweige trennen – genau so wie die Lebensversicherung seit Jahrzehnten von den anderen Personenversicherungen institutionell getrennt ist. Konsequenter wäre somit eine Revision von Art. 12 Abs. 2 KVG [2], der neu so lauten könnte: «Anerkannte Krankenkassen bieten ausschliesslich die soziale Krankenpflege- und die soziale Taggeldversicherung gemäss diesem Gesetz an.»

Der Bundesrat stützt die KVV-Revision allein auf das KVG ab. Das KVG regelt allein die Grundversicherung. Die revidierte KVV bedeutet deshalb nur, aber immerhin, dass die Rechnung für die Grundversicherung nur noch kassenpflichtige Leistungen enthalten darf.

Wie Auftraggeber und Auftragnehmer im Obligationenrecht die Bezahlung von *nichtkassenpflichtigen* Leistungen und Produkten regeln, bleibt ihrer Vertragsfreiheit überlassen: Schriftliche Rechnung mit einer Zahlungsfrist von 30 Tagen? Barzahlung oder Bezahlung mit EC-Direct gegen Quittung (wie dies bei OTC-Medikamenten in der Apotheke seit langem üblich ist)?

Literatur

- 1 Bundesamt für Sozialversicherung. Persönlichkeitschutz in der sozialen und privaten Kranken- und Unfallversicherung. Bern: BSV; 2001. S. 128 und

147. Die Kommission schlug einen neuen Abs. 1a zu Art. 57 KVG vor: «Bietet ein Versicherer neben der sozialen Krankenversicherung nach diesem Gesetz auch Zusatzversicherungen oder betreibt er weitere Versicherungsarten, so finden die Bestimmungen über die Vertrauensärzte und -ärztinnen auch auf diese Versicherungen Anwendung. Schon für den Abschluss der Versicherung kann verlangt werden, dass die medizinischen Daten ausschliesslich dem vertrauensärztlichen Dienst zugänglich sind.»

- 2 Art. 12 Abs. 2 lautet heute: «Es steht den Krankenkassen frei, neben der sozialen Krankenversicherung nach diesem Gesetz Zusatzversicherungen anzubieten; ebenso können sie im Rahmen der vom Bundesrat festgesetzten Bedingungen und Höchstgrenzen weitere Versicherungsarten betreiben.»

Gerichtsstands- und Rechtswahlvereinbarung auf Englisch

Gabriela Lang

In der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 51–52/2006 wurde auf Seite 2227 für Ärztinnen und Ärzte, die stark mit ausländischen Patienten, insbesondere aus den USA und Kanada, engagiert sind, die von Prof. Dr. iur. Jürgen Brönnimann, Berner Zivilprozessrechtler, redigierte Gerichtsstands- und Rechtswahlvereinbarung publiziert [1]. Anfragen seitens der Ärzteschaft beim Rechtsdienst der FMH haben gezeigt, dass das Bedürfnis besteht, eine englische Version dieser Vereinbarungen zu haben, damit Patienten aus dem englischsprachigen Raum nicht vorbringen können, sie hätten die Vereinbarungen nicht verstanden. Die übersetzte Version lautet wie folgt:

- Choice of law: For the legal relationship between the parties, and in particular for all claims related to examinations, treatments and any other services (performed by Dr XY / at Z Hospital), Swiss substantive law, namely the Swiss Code of Obligations, is applicable.
- Place of jurisdiction: The sole place of jurisdiction for all disputes in connection with this agreement is (place), Switzerland. (Dr XY / Z Hospital) is entitled, at his/her own discretion, to place the matter before the ordinary courts at the patient's domicile.

Der Text kann auch von der FMH-Website heruntergeladen werden (www.fmh.ch → Unsere Dienstleistungen → Recht → Mustervorlagen).

Nach wie vor gilt der folgende Hinweis von 2006 zu dieser Gerichtsstands- und Rechtswahlvereinbarung: «Diese Vereinbarungen sind nach Schweizer Recht grundsätzlich anerkannt und üblich, und ihr Abschluss ist zu empfehlen, auch wenn es Restrisiken gibt: Ein Gericht beispielsweise in den USA oder in Kanada könnte sich darüber hinwegsetzen. Es würde dann auf die Klage eines US- oder kanadischen Bürgers eintreten und diesem möglicherweise eine der dort üblichen exorbitanten Schadenersatzforderungen zusprechen. Ein solches Urteil würde zwar nach dem aktuellen Stand in der Schweiz kaum vollstreckt, weil es unter Verletzung von Schweizer Recht ergangen wäre. Wenn Sie hingegen danach in die USA oder nach Kanada reisen oder dort Vermögenswerte angelegt haben, riskieren Sie dennoch, dort finanziell belangt zu werden.»

- 1 Kunz R, Kuhn HP. Aktuelle Trends in der Berufshaftpflichtversicherung. Worauf die freipraktizierende Ärzteschaft in der Schweiz achten muss. Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(51-52):2226-7.

Korrespondenz:
Gabriela Lang, Rechtsanwältin
FMH-Rechtsdienst
Elfenstrasse 18
Postfach 170
CH-3000 Bern 15
Tel. 031 359 11 11
Fax 031 359 11 12
lex@hin.ch