

1809
2009

200 JAHRE MEDIZIN
FÜR DIE ZUKUNFT
ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN



ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Bolligenstrasse 52
CH-3006 Bern
Telefon 031 330 90 00
Telefax 031 330 90 03
bekag@hin.ch

Zwei wichtige Mitteilungen für Mitglieder, Bern 1. Dezember 2008

1. Taxpunktwert

Taxpunktwert Tarmed-KVG Arztpraxis Kanton Bern 2009 beträgt unverändert 86 Rp.

2. Bundesratsdekret

Der Bundesrat hat neue Anpassungen der Krankenversicherungsverordnung dekretiert. Alle vorgenommenen Änderungen sind ab dem 1. Januar 2009 in Kraft. So auch der neue Artikel 59. Dieser besagt im neuen Absatz 3, dass die Leistungserbringer ab dem 1.1.2009 eine doppelte Rechnungsstellung vornehmen müssen. Nachfolgend der relevante Ausschnitt aus dem Wortlaut der Verordnung:

„Der Leistungserbringer muss für die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen und die anderen Leistungen zwei getrennte Rechnungen erstellen.“

Der zitierte Absatz 3 von Artikel 59 ist so vom Bundesrat beschlossen worden.

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 auszuweiten. 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. Konsequenz 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. Persönlichkeitsschutz in der sozialen und privaten Kranken- und Unfallversicherung. Bern: BSV; 2001. S. 128 und
- 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.»

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.»