

# KVG-Verträge und -Tarife der freien Ärzteschaft im Bund und in den Kantonen

## Vertragsloser Zustand / Ausstand \*

### Problematik

Man hört und liest es überall: der Beruf der Hausärztinnen und Hausärzte droht auszusterben. Junge Ärztinnen und Ärzte sind nicht mehr motiviert, als Hausärzte tätig zu sein.

Es gibt viele Gründe dafür. Einer, der häufig genannt wird, ist die ungenügende Abgeltung (der Leistungen der Hausärztinnen und Hausärzte) gestützt auf den gültigen Tarif (Tarmed).

Die seit längerem blockierten Verhandlungen mit den Versicherern betreffend eine adäquatere Abgeltung der Leistungen der Grundversorger, die ungleiche Verteilung der durch Tarmed generierten Einkommen zwischen Spezialisten und Grundversorgern usw. gehören auch zu dieser Problematik.

Periodisch entwickeln Leistungserbringer Ideen über eine Loslösung vom KVG-Tarif und KVG-Tarifschutz. Sie stossen dann auf Art. 44 KVG, dessen Abs. 2 wie folgt lautet:

**Lehnt ein Leistungserbringer es ab, Leistungen nach diesem Gesetz zu erbringen (Ausstand), so muss er dies der von der Kantonsregierung bezeichneten Stelle melden. Er hat in diesem Fall keinen Anspruch auf Vergütung nach diesem Gesetz. Wenden sich Versicherte an solche Leistungserbringer, so müssen diese sie zuerst darauf hinweisen.**

Hier locken doch, denken viele Kämpfernaturen, die paradiesischen Zustände einer „freien Ärzteschaft“. Ein Arzt im Ausstand ist wie andere freie akademische Berufsvertreter, (z. B. die Rechtsanwälte, die Zahnärzte, die Architekten, usw.) an keinen Zwangstarif gebunden. Er kann den Patienten nach Belieben, nach Ermessen, nach sozialer Verantwortung oder nach was auch immer Rechnung stellen. Niemand hindert ihn daran. Er muss sich an keinen Zwangstarif halten. Der Tarifschutz (Art. 44 KVG) entfällt, kein Versicherer kann ihn durch ein Wirtschaftlichkeitsverfahren knebeln, er muss keine lästigen Berichte, die nur ungenügend abgegolten werden, verfassen, usw.

Bedeutet der „Ausstand“ wirklich schrankenlose Freiheit? Was gibt es allenfalls zu beachten?

Bei den einzelnen Fragen gehe ich davon aus, dass ein Hausarzt, der dem Rahmenvertrag Tarmed und dem kantonalen Anschlussvertrag mit all seinen Anhängen beigetreten ist, tarmedkonform mit dem im Kanton vom Regierungsrat genehmigten Taxpunktwert abrechnet. Dieser Hausarzt ist Mitglied der FMH und einer kantonalen Ärztegesellschaft und beschliesst, „in den Ausstand im Sinne von Art. 44 Abs. 2 KVG zu treten“.

Woran muss dieser Hausarzt denken und was hat sein Handeln für seine Patienten, die Krankenversicherer, die Behörden und für ihn selbst für Konsequenzen?

### 1. Tarmed Rahmenvertrag (RV/Kantonaler Anschlussvertrag(AV)/nationale und kantonale LeiKoV)

Der Rahmenvertrag Tarmed (RV) wurde zwischen santésuisse und der FMH abgeschlossen. Er enthält diverse Anhänge. Mit diesem Tarifwerk wurde ein einheitlicher Einzelleistungstarif für den Bereich Krankenversicherung gemäss Art. 43 Abs. 5 KVG eingeführt.

\* um den Text leserfreundlicher zu gestalten, verzichte ich auf Literatur- und Judikaturhinweise und verwende die männliche Form.

Ebenfalls auf eidgenössischer Ebene wurde der Vertrag betreffend Kontrolle und Steuerung von Leistungen und Kosten im Bereich Tarmed (nationale LeiKoV) abgeschlossen. Dieser nationalen LeiKoV haben sich seinerzeit sämtliche kantonalen Ärztegesellschaften angeschlossen.

Die beiden oben erwähnten Vertragswerke, die zu Grunde gelegte Tarifstruktur, beziehungsweise die seither zwischen den Vertragsparteien vereinbarten Anpassungen, wurden vom Bundesrat genehmigt.

Auf kantonaler Ebene wurden analoge kantonale Anschlussverträge (AV) zum Rahmenvertrag Tarmed zwischen santésuisse und den kantonalen Ärztegesellschaften abgeschlossen. Auch dort wurden verschiedene Anhänge, insbesondere der Anhang nationale LeiKoV und der Anhang kantonale LeiKoV, (welcher sich mit der Aushandlung eines Taxpunktwertes für den entsprechenden Kanton befasst), vereinbart und von den zuständigen Kantonsregierungen genehmigt.

Mittlerweise ist in einzelnen Kantonen die kantonale LeiKoV gekündigt worden (z. B. FR, NE, BL, etc.). Dort sind die Vertragsparteien am Aushandeln eines neuen Taxpunktwertes oder in einem Festsetzungsverfahren, in welchem die Kantonsregierung nach Konsultation des Preisüberwachers den Taxpunktwert festsetzt.

Ich befasse mich im Folgenden nicht mit den Kündigungsfristen, die für die FMH oder die kantonalen Ärztegesellschaften gelten. Ich befasse mich ausschliesslich mit den Modalitäten, die für den Hausarzt meines Beispiels gelten, wenn er von den Verträgen zurücktreten will.

Was muss dieser Hausarzt, der in den Ausstand treten möchte, bezüglich dieser Verträge bedenken?

Jeder Hausarzt, der seinerzeit nicht ausdrücklich seinen Beitritt zu den Verträgen verweigert hat, ist diesen Verträgen automatisch angeschlossen.

Das wurde seinerzeit zwischen den Parteien so vereinbart. In den Übergangsbestimmungen ist festgehalten, dass alle Mitglieder der FMH automatisch dem Rahmenvertrag Tarmed und alle Mitglieder einer kantonalen Ärztegesellschaft automatisch dem Anschlussvertrag Tarmed als beigetreten gelten, sofern sie damals nicht ausdrücklich ihren Nichtbeitritt erklärt haben. Dies wurde nur in sehr seltenen Ausnahmefällen gemacht.

Mit anderen Worten: der im Beispiel erwähnte Hausarzt muss sich an alle oben erwähnten Verträge halten!

## **2. Formen und Fristen für den Rücktritt eines einzelnen Arztes vom RV beziehungsweise AV**

Einzelne Ärzte können sowohl vom Rahmenvertrag als auch vom Anschlussvertrag unter Einhaltung einer Frist von 6 Monaten jeweils per 30.06. und 31.12. zurücktreten. Sie haben ihre Rücktrittserklärung bezüglich RV beim zuständigen Berufsverband bezüglich AV bei einer kantonalen Stelle (Sekretariat kantonale Gesellschaft), einzureichen. Wichtig: ein Rücktritt vom RV bedingt automatisch auch den Verlust der Zugehörigkeit zum AV, weil im AV folgender Satz steht:

„Diesem Vertrag können Ärzte und Versicherer beitreten, die dem RV beigetreten sind... Falls ein Arzt die Zugehörigkeit zum RV verliert, verliert er gleichzeitig die Zugehörigkeit zu diesem Vertrag (AV).“

Ein Rücktritt bezieht sich auch auf alle Anhänge, insbesondere die nationale und kantonale LeiKoV, welche integrierende Bestandteile der Anschlussverträge bilden.

### 3. Was geschieht nach Ablauf der Rücktrittsfrist

Nehmen wir an, der im Beispiel erwähnte Hausarzt habe rechtzeitig Ende Juni 2010 die Verträge per 31.12.2010 gekündigt!

Kann nun dieser Hausarzt ab 01.01.2011 mit seinen Patienten „nach freiem Ermessen“ abrechnen?

So einfach geht es nicht. Nach dem KVG (Art. 47) ist dieser Hausarzt ein so genannter „vertragsloser Leistungserbringer“.

Ein solcher hat sich im Prinzip zu bemühen, mit einzelnen Versicherern oder deren Verbänden einen neuen Tarifvertrag abzuschliessen. Kommt es zu keiner Einigung, kann die zuständige Kantonsregierung den bestehenden Tarifvertrag um 1 Jahr verlängern oder einen Ersatztarif (Taxpunktwert) schaffen oder einen Rahmentarif in Kraft setzen.

Tatsache ist, dass in den wenigen mir bekannten Fällen dieser Art (zum Beispiel im Kanton Luzern), der Regierungsrat als Ersatztarif den bisherigen Taxpunktwert, der im Kanton galt, und die bestehenden Tarifverträge für den entsprechenden „vertragslosen Leistungserbringer“, für anwendbar erklärt hat.

Dieser Weg, der nicht mit dem Ausstand zu verwechseln ist, bedeutet, dass der entsprechende Leistungserbringer weiterhin KVG konforme Leistungen nach dem gültigen Tarif und Taxpunktwert abzurechnen hat und dass für die Patienten der vollumfängliche Tarifschutz gilt.

### 4. Was muss der Hausarzt im Beispiel vorkehren, damit er als „Ausstandsarzt“ gilt

#### **4.1. Melden des Ausstands an eine von der Kantonsregierung bezeichnete Stelle**

Der Hausarzt muss gegenüber dem Kanton, in welchem er seine Leistungen erbringt, (zumeist Praxisstandortkanton) ausdrücklich erklären, dass er keine Leistungen nach KVG mehr erbringen werde. Es genügt nicht, eine solche Erklärung gegenüber den Versicherern abzugeben. Der Hausarzt tut gut daran, diese Erklärung schriftlich (aus Beweisgründen) gegenüber der zuständigen kantonalen Behörde abzugeben. Die Erklärung wird in den meisten Fällen erst im folgenden Monat wirksam.

Ein Verband, zum Beispiel die kantonale Ärztesgesellschaft, der kantonale Haus- und Kinderarztverband, der Hausarztverband des Bezirks, kann eine solche Erklärung nicht abgeben, da es keinen Verbandsausstand gibt. Jeder einzelne Arzt, der in den Ausstand treten will, muss die Erklärung abgeben.

#### **4.2. Orientierung des Patienten**

„Ein Ausstandsarzt“ muss Patienten, die sich an ihn wenden, im Voraus auf die Konsequenzen des Ausstands aufmerksam machen. Für das Ausstandsverhältnis gilt automatisch der tiers garant. Für den Patienten, der im tiers garant Auftraggeber und Bezahler der Rechnungen ist, ist es wichtig, dass er vollumfänglich über die wirtschaftlichen Konsequenzen des Ausstands seines Leistungserbringers (Hausarzt) aufgeklärt wird. Er muss wissen, dass sämtliche Kosten, die er beim Ausstandsarzt verursacht, nicht mehr durch die soziale Krankenversicherung vergütet werden.

Es genügt meines Erachtens nicht, wenn im Wartezimmer der Praxis ein Plakat aufgehängt wird, auf welchem auf den Ausstand des Leistungserbringers und die möglichen Konsequenzen hingewiesen wird.

An die Aufklärungspflicht des „Ausstandsarztes“ müssen hier sehr hohe Anforderungen gestellt werden und im Zweifelsfall dürfte ein Gericht eher zu Gunsten des Patienten als zu Gunsten des Ausstandsarztes entscheiden.

#### **4.3. Was gilt für die Krankenversicherer**

Den Krankenversicherern oder einem im Ausstand befindlichen Leistungserbringer ist es insbesondere verboten, seinen Patienten Leistungen aus der sozialen Krankenversicherung auszurichten.

Die soziale Krankenversicherung darf Leistungen des Ausstandsarztes nicht bezahlen, selbst wenn dieser nach Tarmed, der für ihn ja nicht mehr gilt, abrechnet. Der Ausstandsarzt bewegt sich vollständig ausserhalb des Krankenversicherungsgesetzes und damit auf dem Boden des Privatrechts (OR). Deshalb muss er mit dem Patienten direkt abrechnen (tiers garant). Dieser muss die Rechnung entweder als Selbstzahler übernehmen oder durch eine abzuschliessende Zusatzversicherung. Hier gibt es meines Wissens bis heute keine Zusatzversicherungen „für Ausstandssituationen“!

Es geht auch nicht an, dass die Krankenversicherung dem Patienten die Leistungen, für die er grundversichert ist (Obligatorium), durch die Grundversicherung bezahlen lässt und nur einen allfälligen zusätzlichen Rechnungsanteil des Ausstandsarztes nicht bezahlt.

Die Grundversicherung darf keine Leistungen des Ausstandsarztes übernehmen! Hier gilt der Grundsatz, der im stationären Bereich gilt nicht, wonach die Grundversicherung den Sockelbeitrag zu bezahlen hat, die Zusatzversicherung nur diejenigen Leistungen, die darüber hinausgehen. Man mag seitens der Patienten zu Recht einwenden, dass diese ja zufolge des Obligatoriums die Grundversicherungsprämien bezahlen müssen und deshalb auch Leistungen bis zur Höhe der Vergütung der Grundversicherung durch die Grundversicherung und nicht durch eine Zusatzversicherung vergütet werden müssten.

Eine Gerichtspraxis für diese spezifischen Fragen gibt es bis heute nicht, weil ein Ausstand im grösseren Rahmen das letzte Mal effektiv im Jahre 1968 noch unter dem KUVG im Kanton BS eingetreten ist.

#### **4.4. Kann ein Ausstandsarzt trotz der Ausstandserklärung als KVG Arzt tätig sein?**

Im Rahmen der selbständigen Tätigkeit als freipraktizierender Arzt gilt der Ausstand, wie oben ausgeführt, generell. Hingegen ist es möglich, dass ein Ausstandsarzt zum Beispiel in einer Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege dient, als Assistent oder als angestellter Belegarzt in einem Spital als unselbstständiger Leistungserbringer tätig sein kann.

Nicht möglich ist meines Erachtens der Ausstand im Kanton X, aber eine Tätigkeit in einer Zweitpraxis zu Lasten des KVG im Kanton Y.

#### **4.5. Nach welchem Tarif rechnet der Ausstandsarzt ab**

Da der Ausstandsarzt an keinen KVG-, aber auch an keinen VVG Tarif gebunden ist, kann er, wie dies im Auftragsverhältnis üblich ist, nach OR abrechnen. Er kann zum Beispiel mit den Patienten eine Pauschale vereinbaren, er kann mit ihnen einen Stundensatz vereinbaren, er kann entsprechend „Leistungsfähigkeit“ der Patienten abrechnen, er kann den alten Tarmedtarif anwenden, er kann einen Kostenvoranschlag machen, er kann Kostenvorschüsse verlangen usw.

Wichtig ist, dass er im Voraus mit dem Patienten den Tarif, nach welchem er abrechnet, vereinbart und er dem Patienten ausdrücklich erklärt, dass die soziale Krankenversicherung diese Leistungen nicht vergüten werde.

#### 4.6. Weitere mögliche Knackpunkte beim Ausstand?

Der Ausstand eines einzelnen Hausarztes, wie im Beispiel erwähnt, dürfte zur Folge haben, dass seine Patienten einen anderen Hausarzt suchen müssen. Betroffen vom Ausstand sind vor allem die polymorbiden, die chronisch Kranken und auch sozial schwache Patienten. Sie werden kaum bereit und in der Lage sein, die Rechnungen, die den Selbstbehalt und die Franchise überschreiten, aus dem eigenen Sack zu bezahlen, zumal sie ja pflichtversichert sind. Da es bis jetzt keine Ausstandszusatzversicherung gibt und eine solche wahrscheinlich ziemlich teuer sein dürfte, wird der „Ausstandshausarzt“ seine Patienten wohl verlieren.

Fragen Sie in Ihrem Bekanntenkreis, ob die betroffenen Patienten bereit wären, die Rechnungen des Ausstandshausarztes einfach aus dem privaten Sack zu bezahlen!

Bei Spezialisten, deren Spezialitäten gesucht sind, könnte sich ein Ausstand eher lohnen. Insbesondere könnten begüterte Patienten bereit sein, spezielle Operationen bei solchen Ärzten selbst zu bezahlen (lifestyle, Schönheit etc.). Eventuell verfügen sie auch über entsprechende Zusatzversicherungen.

#### 4.7. Wie reagieren die Behörden (kantonal/national) auf den Ausstand?

Treten einzelne Ärzte, ohne den nötigen Solidarisierungseffekt bei den Kollegen auszulösen, in den Ausstand, wird eine Behörde kaum reagieren.

Erst wenn eine Situation des Artikels 45 KVG eintritt, das heisst, wenn ein medizinischer Notstand entsteht, muss die Kantonsregierung(!) für die Sicherstellung der Behandlung der Versicherten in der entsprechenden Region sorgen.

Der letzte mir bekannte Fall ereignete sich wie erwähnt im Kanton BS, allerdings unter dem KUVG, das zwei verschiedene Versichertenklassen kannte (Ziff. 4.3). Damals erklärte die Kantonsregierung 60% der Versicherten zu „wirtschaftlich Schwächern“, und die Ausstandsärzte wurden verpflichtet, diese Patienten zum damaligen Tarif der sozialen Krankenversicherung zu behandeln.

Auf das heutige KVG übertragen (es gilt das Obligatorium und der Tarifschutz) müsste ein Kanton im Rahmen von Art. 45 KVG eine Abrechnung nach KVG (Tarmed und gültigem kantonalen Taxpunktswert) bei grossflächigem Ausstand zu erzwingen versuchen. Dies wäre beispielsweise über ein dringliches Gesetz oder eine dringliche Verordnung möglich.

Der Bundesrat, dem für solche Fälle eine Legiferierungskompetenz (Art. 45 KVG letzter Satz) zustünde, hat bisher darauf verzichtet.

#### 5. Weitere Fragen, die sich für den Ausstandsarzt, den Patienten, die Versicherer, etc. stellen können

Frage 1

„Kann ich als Ausstandshausarzt meinen Patienten einfach einen höheren Taxpunktswert in Rechnung stellen und mich nur für die Differenz zum gültigen kantonalen Taxpunktswert bezahlen lassen?“

Antwort: Dies geht meines Erachtens nicht, weil der Ausstand (siehe oben) jegliche Leistungen der sozialen Krankenversicherung ausschliesst. Sie darf also die Rechnung auch nach dem gültigen kantonalen Taxpunktswert, selbst wenn sie tarmedkonform gestellt wurde, nicht bezahlen.

## Frage 2

„Darf ich dem Patienten Medikamente abgeben oder Rezepte mitgeben, die ihm dann die Krankenversicherung vergütet?“

Antwort: Auch dies ist im Ausstand nicht möglich, da ein in den Ausstand getretener Leistungserbringer durch Verschreibung verordnungspflichtiger Leistungen keine Pflichtleistungen bewirken kann.

## Frage 3

„Kann ich als Ausstandsarzt einfach den gültigen Tarmed mit gültigem TPW anwenden, dies dem Patienten im Voraus sagen und ihn auffordern, die Rechnung weiterhin bei seiner Krankenversicherung einzureichen?“

Antwort: Diese Frage erstaunt mich. Wieso begeben Sie sich in den Ausstand, obwohl Sie weiterhin nach Tarmed abrechnen?

Wenn Sie dies aber trotzdem wollen, müssen Sie dem Patienten sagen, dass die soziale Krankenversicherung, weil Sie ein „Ausstandsarzt“ sind, auch eine tarmedkonforme Rechnung des Patienten nicht begleichen darf. Dies beinhaltet die Aufklärung über die wirtschaftlichen Folgen des Ausstandes, auf die ihr Patient einen unabdingbaren Anspruch hat.

(Es würde mich in diesem Fall übrigens nicht erstaunen, wenn die Krankenversicherung des Patienten die Rechnung, obwohl sie das nicht darf, bezahlt, weil sie entweder nicht merkt, dass Sie als Arzt im Ausstand sind, oder weil Sie den Patienten, der ja die Prämien unabhängig von Ihrem Ausstand bezahlen muss, nicht verärgern will).

## Frage 4

„Ich bin als Netzwerkhausarzt in einem Ärztenetzwerk zusammen mit anderen Grundversorgern tätig. Kann ich, wenn ich in den Ausstand getreten bin, für dieses Netzwerk weiterhin Leistungen erbringen und gemäss den gültigen Netzwerkverträgen und -tarifen abrechnen?“

Antwort: Nein, auch als Netzwerkvertragsarzt sind Sie für die soziale Krankenversicherung tätig, und Sie treten selbständig als Leistungserbringer auf. Wenn Sie in den Ausstand getreten sind, und dieser wie ausgeführt generell gilt, kann für Sie auch innerhalb des Netzwerkvertrages keine Ausnahme gemacht werden.

Denkbar für mich wäre allerdings folgende Variante: Sie sind als Netzwerkvertragsarzt vom Netzwerk angestellt! Dann können Sie als angestellter Arzt des Netzwerkes für dieses weiterhin Leistungen nach KVG erbringen. Wenn Sie aber, wie dies in den meisten Fällen üblich ist, als selbständiger Arzt in einem Netzwerk arbeiten, gilt der Ausstand mit seinen Konsequenzen auch für Sie beziehungsweise für Ihre Patienten.

## Frage 5

„10 von 12 Hausärzten unseres Bezirkes treten in den Ausstand. Ist dies eine Situation, in welcher der Art. 45 KVG „Sicherung der medizinischen Versorgung“ durch eine kantonale Zwangsverordnung“ angewendet wird?“

Antwort: Dies muss der Kanton, in dem die von Ihnen erwähnte Situation eintritt, entsprechend der Versorgungslage der Patienten beurteilen. Eventuell kann er eine andere Lösung treffen, Ärzte in einem ambulanten Zentrum oder in einem Spital für die ambulante Versorgung anstellen, ausländische Ärzte vorübergehend anstellen, etc.. Der Ausstand dauert manchmal monatelang.

#### Frage 6

„Kann ich mit einzelnen oder mehreren Versicherern als „Ausstandsarzt“ einen neuen Vertrag, zum Beispiel mit einem 5 Rappen höheren Taxpunktwert, vereinbaren?“

Antwort: Das ist möglich, aber sobald Sie den neuen Vertrag mit dem höhern Taxpunktwert abgeschlossen haben, müssen Sie durch eine entsprechende Erklärung wieder zur sozialen Krankenversicherung zurückkehren, da Sie ja wieder über diese abrechnen wollen.

(Mich würde es überraschen, wenn eine Versicherung eine solche Vereinbarung abschliessen würde. Dann müsste ich sofort allen Ärzten empfehlen, zwecks Erhöhung des Taxpunktwertes in den Ausstand zu treten.)

#### Frage 7

„Kann ich im Einverständnis mit meinem Patienten, den ich im Voraus entsprechend aufkläre, bei seiner Krankenversicherung die mit ihm vereinbarte Entschädigung geltend machen?“

Antwort: Genau das geht beim Ausstand nicht, weil dann der tiers garant gilt und weil beim Ausstand „der Kontrahierungszwang“ automatisch entfällt und die soziale Krankenversicherung gegenüber dem Ausstandsarzt, aber auch gegenüber seinen Patienten keine rechtlichen Verpflichtungen hat.

#### Frage 8

„Kann ich als Ausstandsarzt in einer Gruppenpraxis arbeiten und weiterhin nach KVG abrechnen?“

Antwort: Nein, es sei denn, sie lassen sich in dieser Gruppenpraxis anstellen. Dann gelten Sie als angestellter Arzt und der Arbeitgeber muss Ihre Leistungen in Rechnung stellen.

In einer Gruppenpraxis in Form einer einfachen Gesellschaft ist dies meistens nicht möglich, da Sie dort weiterhin als selbständiger Arzt arbeiten.

Ist hingegen eine Gruppenpraxis als AG oder GmbH konstituiert, können Sie sich anstellen lassen, dann rechnet die AG oder GmbH Ihre Leistungen ab.

#### Frage 9

„Muss ich als „Ausstandsarzt“ Notfalldienst leisten? Wenn ja, nach welchem Tarif kann ich dann abrechnen?“

Antwort: Die Notfalldienstpflicht ist nicht im KVG geregelt. Sie ist einerseits im Medizinalberufegesetz, andererseits in den kantonalen Gesundheitsgesetzen enthalten. In vielen Kantonen sind die Ärzte verpflichtet, Notfalldienst zu leisten. Häufig wird diese Pflicht den Berufsorganisationen übertragen, die die entsprechenden Notfalldienstreglemente ausgearbeitet haben.

In den meisten Fällen sind Sie dann gemäss Statuten Ihrer kantonalen Ärztesgesellschaft oder gemäss den entsprechenden Notfalldienstreglementen verpflichtet, Notfalldienst zu leisten, wenn und solange Sie Mitglied der entsprechenden Organisation sind. Dies gilt meines Erachtens auch für den „Ausstandsarzt“.

Die Tarifgestaltung des „Ausstandsarztes“ im Notfalldienst ist etwas heikler. Wenn Sie einen eigenen „OR-Tarif“ anwenden möchten, müssten Sie den Patienten im Voraus darüber orientierten und er müsste damit einverstanden sein. Dies ist im Notfalldienst fragwürdig. Im weitem gäbe es dann zwei Notfalldiensttarife. Nämlich Ihr eigener

Ausstandsarztтариф und der im Kanton gültige. Auch dies könnte zu Problemen führen, die erfahrungsgemäss im tiers garant am Schluss doch von Ihnen ausgebadet werden müssen.

Wenn Sie sich unter diesen Umständen weigern, Notfalldienst zu leisten, gelten, solange Sie Mitglied der kantonalen Ärztesgesellschaft sind, die Sanktionen der entsprechenden Notfalldienstreglemente.

Frage 10

„Welche Gerichte sind im Streitfall zuständig?“

Antwort: Da Sie, wie erwähnt, als „Ausstandsarzt“ mit dem KVG nichts mehr zu tun haben, sind meines Erachtens die Zivilgerichte, (Amtsgerichte, Bezirksgerichte) für Streitigkeiten gegenüber Ihren Patienten - und diese wären ja betroffen - zuständig. Weder das Schiedsgericht nach KVG beziehungsweise das kantonale Versicherungsgericht sind im Ausstandsfall zuständig.

Frage 11

„Könnte ich mir zwei Zahlstellenregisternummern besorgen? Eine zum Beispiel für den Kanton Zürich, um dort nach KVG und Tarmed zu arbeiten, die andere für den Kanton Aargau, um dort als „Ausstandsarzt“ zu arbeiten?“

Antwort: Eine Zahlstellenregisternummer ZSR wird nur den Vertragsärzten ausgestellt, die gemäss KVG mit den Krankenversicherern abrechnen. Wenn Sie dies nicht mehr wollen, benötigen Sie auch keine Zahlstellenregisternummer, weil ja keine Rechnungen mehr durch die obligatorische Krankenversicherung vergütet werden müssen. Im Übrigen gilt wie gesagt, der Ausstand generell.

Frage 12

„Als Ausstandsarzt habe ich einem Patienten erklärt, dass die Krankenversicherung die Rechnung, die ich ihm stellen werde, eventuell nicht bezahlen werde, obwohl er grundversichert ist“.

Nun hat die Krankenversicherung dem Patienten geschrieben, sie würde keinen Rappen an diese Rechnung „des Ausstandsarztes“ bezahlen. Der Patient macht nun geltend, ich hätte ihn ungenügend aufgeklärt. Er hätte geglaubt, die Rechnung würde, weil sie tarmedkonform gestellt worden sei, wie bisher von der Krankenversicherung bezahlt. Er sei nicht bereit, diese Rechnung selbst zu bezahlen.

Antwort: Wenn Sie dem Patienten gesagt haben, die Krankenversicherung würde die Rechnung „eventuell nicht übernehmen“, war die Auskunft tatsächlich ungenügend, weil, wie oben aufgeführt, die Krankenversicherung die Rechnung nicht übernehmen darf. Im Weiter ist es eine Beweisfrage, was Sie dem Patienten in Bezug auf die wirtschaftlichen Konsequenzen des Ausstands tatsächlich gesagt haben. Hier würde ich mich als Ausstandsarzt einerseits durch ein „hieb und stichfestes“ Formular absichern und im weiteren lieber zweimal einen Kostenvorschuss verlangen, als nachher dem Rechnungsbetrag hinten nach rennen.

Frage 13

„Als Ausstandsarzt“ hat mir eine Krankenversicherung zugesichert, dass wenn der Patient über eine Zusatzversicherung verfüge, sie bereit sei, 75% der Arztkosten zu bezahlen. Ist dies möglich? Wer bezahlt die restlichen 25%?

Antwort: Wenn der Patient tatsächlich über eine solche Zusatzversicherung, mit welcher „der Ausstand“ des Arztes versichert würde, verfügt, müsste die Zusatzversicherung die entsprechend versicherten Leistungen natürlich bezahlen. Wieso dies nur 75% sein sollten,



ist mir allerdings nicht klar. Im weitem hätte ich der Versicherung vor allem die Frage gestellt, wer die übrigen 25% bezahlen müsse. Ist es der Patient, wird er sich ärgern, weil er ja auch für seine Grundversicherung Prämien bezahlen muss.

Wäre es die Grundversicherung, die die übrigen 25% bezahlt, ist dies gesetzeswidrig (siehe oben).

#### Schlussbemerkungen:

**Als Jurist, der seit Jahrzehnten für die Ärzteschaft arbeitet, habe ich aufgehört den Ärzten gegenüber falsche Hoffnungen zu wecken und mir dabei selbst Illusionen zu machen.**

Die Zwangsstruktur des KVG kann nicht durch eine mutige, kühne, tellenhafte Ausstandserklärung von einigen freiheitssuchenden Ärzten ausgehebelt werden.

Gesundheitspolitiker sprechen immer wieder vom KVG, in welchem es einen „regulierten Wettbewerb“ gäbe.

Für mich ist dieser Ausdruck an sich widersprüchlich. Entweder reguliert man etwas mit Gesetzen oder lässt dem Wettbewerb möglichst freien Lauf.

Ich verzichte darauf, wieder einmal aufzulisten, was im KVG heute schon alles rigoros geregelt ist und welche „kleinen Fluchten“ es für die Leistungserbringer überhaupt noch gibt.

Und trotz allem gibt es immer noch eine Mehrheit von Leistungserbringern, die mit dem KVG, mit Tarmed, mit dem kantonalen Taxpunktwert recht gut leben können. Ob dies mit dem „Ausstand“ auch der Fall wäre, wage ich sehr zu bezweifeln.

Olten, den 15. Juni 2010

Peter Meier  
Rechtsanwalt und Notar  
Rechtsberater Hausärzte Schweiz  
Rechtsberater GAeSO

Bont Bitterli Meier  
Dornacherstrasse 26 · Postfach · 4603 Olten  
Telefon +41 62 212 10 30 / +41 78 654 30 21  
Fax +41 62 212 76 30  
E-Mail [p.meier@bbpartners.ch](mailto:p.meier@bbpartners.ch)  
Internet [www.bbpartners.ch](http://www.bbpartners.ch)