

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

Krankenpflegeversicherung

Managed Care (KVG)

Hinweis:

- Der Verzicht auf die gleichzeitige Nennung der weiblichen und männlichen Schreibweise erfolgt aus Gründen der Lesbarkeit.

Diese Versicherungsbedingungen sind gültig für die folgenden Versicherer:

- Visana AG, Weltpoststrasse 19, 3000 15
- sana24 AG, Weltpoststrasse 19, 3000 15
- vivacare AG, Weltpoststrasse 19, 3000 15
- Galenos AG, Weltpoststrasse 19, 3000 15

1. Grundsätze

1.1 Was ist die Managed Care-Versicherung?

Der Versicherer bietet die Managed Care-Versicherung in definierten Versicherungsgebieten (Managed Care-Netze) an. Rechtsgrundlagen der Managed Care-Versicherung sind das geltende Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie deren Ausführungsbestimmungen und die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Die Managed Care-Versicherung ist eine Form der gesetzlichen Grundversicherung und wird insbesondere auf der Grundlage der Artikel 41 Absatz 4 und Artikel 62 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betrieben. Den Versicherer entnehmen Sie bitte Ihrer Versicherungspolice.

1.2 Auf welchem Prinzip basiert die Managed Care-Versicherung?

Die Managed Care-Versicherung basiert auf dem sog. Gatekeeper-Prinzip, das sich durch eine ganzheitliche Betreuung, Beratung und medizinische Versorgung der Versicherten auszeichnet. Der Gatekeeper (Managed Care-Arzt) koordiniert sämtliche medizinischen Behandlungen.

Die Managed Care-Versicherten erklären sich mit dem Abschluss der Managed Care-Versicherung einverstanden, dass alle medizinischen Untersuchungen und Behandlungen durch den gewählten Managed Care-Arzt durchgeführt werden, bzw. die Überweisung an Spezialärzte und andere Leistungserbringer durch ihn erfolgt.

1.3 Wie ist ein Managed Care-Netz organisiert?

Die dem Managed Care-Netz angeschlossenen Ärzte stehen entweder direkt mit dem Versicherer in einem Vertragsverhältnis oder über eine separate Betriebsgesellschaft.

1.4 Wer ist Ihr Managed Care-Arzt?

Die versicherte Person wählt aus der Liste der Managed Care-Ärzte ihren Managed Care-Arzt. Ausser in Notfällen, bei ambulanten augenärztlichen Untersuchungen, bei gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen sowie geburtshilflicher Betreuung ist für eine ambulante oder stationäre Behandlung immer zuerst der Managed Care-Arzt beizuziehen.

Der Managed Care-Arzt berät die Versicherte bei der Wahl des Gynäkologen.

1.5 Welche Leistungen umfasst die Managed Care-Versicherung?

Die Managed Care-Versicherung umfasst die gesetzlichen Pflichtleistungen bei Krankheit, Unfall, Geburtsgebrechen sowie bei Schwanger- und Mutterschaft.

1.6 Was gilt bei einem Notfall?

Notfallmässige Behandlungen sind im Rahmen der gesetzlichen Pflichtleistungen gedeckt, sofern die Behandlung bei einem Arzt oder einem anderen, durch das KVG zugelassenen Leistungserbringer erfolgt. Ein Notfall liegt vor, wenn die versicherte Person aus medizinisch-objektiven Gründen dringend eine Behandlung benötigt und der Managed Care-Arzt aus Distanz- und/oder Zeitgründen nicht rechtzeitig erreicht werden kann.

1.7 Können Sie die Unfalldeckung sistieren?

Die Unfalldeckung kann sistiert werden, sofern eine volle Deckung für Unfälle nach dem Unfallversicherungsgesetz (UVG) besteht. Die Sistierung ist beim Versicherer schriftlich zu beantragen. Die Versicherten haben dem Versicherer sämtliche Änderungen in der Unfallversicherungsdeckung innert Monatsfrist zu melden.

1.8 Können Sie eine frei wählbare Jahresfranchise abschliessen?

In der Managed Care-Versicherung ist der Abschluss einer frei wählbaren Jahresfranchise möglich.

Die erhöhten Jahresfranchisen richten sich nach den Bestimmungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KV).

1.9 Wie informiert der Versicherer? Welche Meldepflichten haben Sie?

- a) Publikationsorgan
Änderungen der Versicherungsbedingungen sowie Bekanntmachungen allgemeiner Natur erfolgen in verbindlicher Form im offiziellen Publikationsorgan der Visana-Gruppe. Das Publikationsorgan wird pro Haushalt einmal verschickt.
- b) Versicherungspolice
Alle versicherten Personen erhalten eine individuelle Bestätigung ihres Versicherungsschutzes in Form einer Versicherungspolice.
- c) Meldepflichten der Versicherten
Die Versicherten sind verpflichtet, sämtliche das Versicherungsverhältnis betreffenden Änderungen in den persönlichen Verhältnissen (z.B. Wohnsitzwechsel) innert Monatsfrist der auf der Versicherungspolice Versicherungsausweis genannten Organisationseinheit des Versicherers zu melden.
- d) Verletzung von Meldepflichten
Nachteile, welche sich aus der Verletzung von Meldepflichten ergeben, gehen zulasten der Versicherten.

2. Leistungen

2.1 Was ist versichert?

Die Leistungen, welche aus der Managed Care-Versicherung erbracht werden, richten sich ausschliesslich nach dem KVG.

2.2 Wer erbringt die Leistungen?

Die ambulante Behandlung, Betreuung und Beratung in der Managed Care-Versicherung wird vom gewählten Managed Care-Arzt erbracht (Einschränkung der Arztwahl).

2.3 Welche Leistungen werden übernommen?

Die Managed Care-Versicherung übernimmt die Kosten der vom Managed Care-Arzt verordneten Heilmittel, Analysen und therapeutischen Massnahmen, sofern deren Übernahme im KVG vorgesehen ist. Leistungen von Nicht-Managed Care-Ärzten werden analog übernommen, sofern entweder eine Notfallsituation vorgelegen hat oder der Managed Care-Arzt die Überweisung an den Leistungserbringer angeordnet hat.

2.4 Können andere Leistungserbringer beigezogen werden?

Auf Überweisung des Managed Care-Arztes können externe Spezialärzte oder andere Leistungserbringer beigezogen werden. Die Managed Care-Versicherung übernimmt die Kosten gemäss dem KVG.

2.5 Welche Leistungen werden bei stationärer Behandlung erbracht?

Bei stationären Behandlungen auf der allgemeinen Abteilung eines Listenspitals übernimmt der Versicherer seinen Anteil zu dem im Wohnsitzkanton der versicherten Person gültigen Tarif eines Listenspitals. Ist aus medizinischen Gründen eine Behandlung in einem nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital erforderlich, übernimmt der Versicherer seinen Anteil zu demjenigen Tarif, der für Personen mit Wohnsitz im Standortkanton der stationären Einrichtung gilt.

2.6 Wann ist das Einverständnis des Managed Care-Arztes erforderlich?

Einweisungen in Akutspitäler müssen ausser in Notfallsituationen durch den Managed Care-Arzt oder mit seinem Einverständnis erfolgen.

2.7 Was ist nicht versichert?

Der Bezug von nicht durch einen Notfall gemäss Ziffer 1.6 verursachten ambulanten oder stationären Leistungen ohne Überweisung des Managed Care-Arztes geht zulasten der betroffenen Versicherten.

2.8 Wann müssen Sie Leistungen zurückerstatten?

Zu Unrecht oder irrtümlich erbrachte Leistungen sind dem Versicherer zurückzuerstatten.

2.9 Wann beginnt der Leistungsanspruch?

Der Leistungsanspruch beginnt am Tage des Versicherungsbeginns. Massgebend für den Leistungsanspruch ist das Datum der Behandlung.

2.10 Wo gilt die Versicherung?

Die Leistungen werden grundsätzlich für Behandlungen in der Schweiz erbracht.

2.11 Welche Leistungen werden im Ausland übernommen?

Während eines Aufenthalts in den EU-Mitgliedstaaten, in Island oder Norwegen haben die Versicherten Anspruch auf die medizinisch notwendigen Behandlungen, unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer. Bei einem Aufenthalt im übrigen Ausland besteht nur Anspruch auf Notfallbehandlungen. Ein Notfall liegt vor, wenn Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt ei-

ner medizinischen Behandlung bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Kein Notfall besteht, wenn sich Versicherte zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begeben.

Nach erfolgter Behandlung im Ausland ist der Versicherte verpflichtet, den Managed Care-Arzt umgehend zu unterrichten. Die Managed Care-Versicherung übernimmt im Rahmen des Gesetzes die Kosten einer Entbindung im Ausland, wenn sie zum Erwerb der Staatsbürgerschaft im Ausland erfolgt. Die Leistungshöhe richtet sich nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG).

2.12 Was gilt bei mehrfacher Versicherung oder Leistungen Dritter?

Sind für einen Versicherungsfall auch andere Versicherungen oder Dritte leistungspflichtig, muss die versicherte Person dies dem Versicherer anzeigen. Anzeigepflichtig ist ferner der Bezug von Leistungen und Abfindungen. Leistungsverzichterklärungen sind dem Versicherer vor Unterzeichnung zu melden. Die Versicherten sind verpflichtet, ihre Ansprüche gegenüber anderen Versicherungsträgern oder zahlungspflichtigen Dritten anzumelden.

2.13 Wie ist das Verhältnis zu anderen Sozialversicherungen?

Das Verhältnis der Managed Care-Versicherung zu den anderen Sozialversicherungen richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen.

2.14 Gehen Ansprüche gegenüber Dritten auf den Versicherer über?

Gegenüber Dritten, die für den Versicherungsfall haften, tritt der Versicherer im Zeitpunkt des Ereignisses bis zur Höhe der gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person ein.

2.15 Wie erhalten Sie Ihre Vergütung?

Die Versicherten verpflichten sich, dem Versicherer ein schweizerisches Bank- oder Postkonto als Zahlungsadresse zu nennen. Bei Unterlassung der Meldung gehen die Auszahlungskosten zu Lasten der Versicherten.

3. Prämien und Kostenbeteiligung

3.1 Welche Prämien müssen Sie bezahlen?

Die Prämie der Managed Care-Versicherung richtet sich nach dem von der Aufsichtsbehörde genehmigten Prämientarif des Versicherers. Dieser wird nach Altersgruppen berechnet und ist günstiger als jener der ordentlichen Grundversicherung. Personen, die während mehr als 60 aufeinander folgenden Tagen der Militärversicherung unterstellt sind, sind ab Beginn der Unterstellung von der Prämienzahlung befreit, wenn sie die Unterstellung mindestens acht Wochen vor deren Beginn dem Versicherer melden. Wird diese Frist nicht eingehalten, so erhebt der Versicherer ab Meldung, frühestens aber ab Beginn des Militärdienstes, keine Prämie mehr.

3.2 Welche Altersgruppen bestehen?

Es bestehen folgende Altersgruppen:

- I. Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr
- II. Versicherte vom 19. bis zum vollendeten 25. Altersjahr
- III. Versicherte ab dem 26. Altersjahr.

Eine Umteilung von der Altersgruppe I in II bzw. von II in III erfolgt am Ende des Kalenderjahres, in welchem das 18. bzw. 25. Altersjahr abgeschlossen worden ist.

3.3 Welche Kostenbeteiligung müssen Sie bezahlen?

In gesetzlich vorgesehenen Fällen bezahlen

- Erwachsene die Jahresfranchise sowie den Selbstbehalt, der 10 %* der die Franchise

übersteigenden Kosten beträgt;

- Kinder den Selbstbehalt von 10 %* und die allenfalls gewählte Jahresfranchise.

* Bei gewissen Originalpräparaten und Generika kann der Selbstbehalt 20 % betragen.

Der maximale jährliche Selbstbehalt beträgt für Erwachsene CHF 700.– und für Kinder CHF 350.–. Sind mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, so beträgt deren jährliche Kostenbeteiligung zusammen maximal CHF 950.–. Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum. Zusätzlich zu der Kostenbeteiligung wird bei Spitalaufenthalten in gesetzlich vorgesehenen Fällen ein Beitrag von CHF 15.– pro Tag erhoben.

3.4 Was geschieht bei Zahlungsverzug?

- a) Prämien/Kostenbeteiligungen
Zahlt eine versicherte Person fällige Prämien und Kostenbeteiligungen trotz Zahlungserinnerung nicht, so wird sie vom Versicherer gemahnt und es wird eine Nachfrist von 30 Tagen zur Zahlung eingeräumt. Bezahlt die versicherte Person trotz Mahnung die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsen nicht, leitet der Versicherer die Betreibung ein. Gleichzeitig benachrichtigt der Versicherer die zuständige kantonale Stelle. Für allfällige Prämienforderungen sind Verzugszinsen von 5 % zu leisten.
- b) Mahnungen
Die Mahnungen erfolgen schriftlich.
- c) Kosten
Die Kosten des Betreibungsverfahrens und andere Spesen können den säumigen Versicherten auferlegt werden. Bei einer Mahnung oder Betreibung kann eine Umtriebsentschädigung erhoben werden.
- d) Wechsel des Versicherers
Solange säumige Versicherte die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreibungskosten nicht vollständig bezahlt haben, können sie den Versicherer nicht wechseln.

3.5 Welche Leistungen sind nicht versichert?

Leistungen, die über die gesetzliche Grundversicherung hinausgehen, sind nicht versichert.

Die Versicherung solcher Leistungen erfolgt über eine freiwillige Zusatzversicherung.

4. Beitritt

4.1 Wie sind die Aufnahmebedingungen?

Der Wechsel von der ordentlichen Grundversicherung in die Managed Care-Versicherung steht sämtlichen Versicherten mit Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet der Managed Care-Versicherung offen und ist jederzeit möglich. Massgebend für die Zugehörigkeit zum Tätigkeitsgebiet der Managed Care-Versicherung ist der zivilrechtliche Wohnsitz.

5. Austritt

5.1 Welche Kündigungsfristen gelten?

Die ordentliche Kündigung der Managed Care-Versicherung kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist auf Ende des Kalenderjahres erfolgen. Die Kündigung muss dem Versicherer spätestens am letzten Arbeitstag vor Beginn der dreimonatigen Kündigungsfrist zukommen. Vorbehalten bleiben die ausserordentlichen Kündigungsmöglichkeiten nach Artikel 7 Absatz 2 bis 4 KVG.

5.2 Was geschieht bei Wohnsitzverlegung?

Bei Verlegung des Wohnsitzes an einen ausserhalb ihres Managed Care-Netzes liegenden Ort werden die Managed Care-Versicherten auf Anfang des Monats, welcher der Wohnsitzverlegung folgt, in die ordentliche Grundversicherung des Versiche-

rs überführt. Der Wegzug aus dem Gebiet des Managed Care-Netzes ist dem Versicherer innert Monatsfrist zu melden.

Bei Wohnsitzverlegung in das Gebiet eines anderen Managed Care-Netzes des Versicherers haben die Managed Care-Versicherten das Recht, ihre Managed Care-Versicherung im neuen Managed Care-Netz weiterzuführen. Der Wegzug aus dem Gebiet des Managed Care-Netzes sowie die Weiterversicherung im neuen Managed Care-Netz ist dem Versicherer innert eines Monats seit der Wohnsitzverlegung zu melden.

5.3 Was geschieht, wenn der Managed Care-Arzt das Vertragsverhältnis auflöst?

Wenn der ausgewählte Managed Care-Arzt das Vertragsverhältnis mit dem Versicherer oder der Managed Care-Betriebsgesellschaft auflöst, können die bei diesem eingeschriebenen Versicherten innerhalb einer Frist von 30 Tagen seit schriftlicher Aufforderung des Versicherers nach ihrer freien Wahl einen neuen Managed Care-Arzt wählen oder in die ordentliche Grundversicherung des Versicherers wechseln. Wird in der vorgegebenen Frist dem Versicherer kein neuer Managed Care-Arzt gemeldet, so führt dies per Beginn des Folgemonats automatisch zum Wechsel in die ordentliche Grundversicherung des Versicherers.

5.4 Was geschieht bei Auflösung des Vertrages zwischen dem Versicherer und sämtlichen Ärzten des Managed Care-Netzes?

Bei Auflösung des Vertrages zwischen dem Versicherer und der Managed Care-Betriebsgesellschaft resp. sämtlichen Ärzten des Managed Care-Netzes fällt die Krankenpflegeversicherung Managed Care (KVG) dahin. Ohne anderslautende Mitteilung der versicherten Person führt dies automatisch zum Wechsel in die ordentliche Grundversicherung des Versicherers.

5.5 Was geschieht, wenn die Betreuung durch den Managed Care-Arzt nicht mehr möglich ist?

Ist die ärztliche Behandlung durch den Managed Care-Arzt aus Gründen, die bei der versicherten Person liegen, nicht mehr möglich (z. B. bei Übertritt der versicherten Person in ein Pflegeheim), so ist der Versicherer berechtigt, die versicherte Person unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf den Beginn eines Kalendermonats in die ordentliche Grundversicherung des Versicherers überzuführen.

6. Datenübermittlung

6.1 Welche Daten werden weitergegeben?

Der Versicherer und die Managed Care-Betriebsgesellschaften resp. die Managed Care-Ärzte übermitteln sich gegenseitig die administrativ notwendigen Daten.

Diese Daten können auch elektronisch übermittelt werden. Der Versicherer übermittelt der Betriebsgesellschaft regelmässig Listen mit den eingeschriebenen Versicherten pro Managed Care-Arzt sowie die Versicherungsangaben der einzelnen in diesem Modell versicherten Kunden.

Die Betriebsgesellschaft teilt dem Versicherer mit, zu welchen weiteren Leistungserbringern der Managed Care-Arzt die einzelnen Versicherten überwiesen hat.

Der Versicherer übermittelt dem einzelnen Managed Care-Arzt eine Übersicht über alle medizinischen Leistungen, welche die bei ihm eingeschriebenen Versicherten in Anspruch genommen haben.

7. Pflichten der Managed Care-Versicherten

7.1 Wie wählen Sie Ihren Managed Care-Arzt?

Die Managed Care-Versicherten wählen aus der Liste der definierten Managed Care-Ärzte ihren Managed Care-Arzt.

Dieser kann innerhalb eines Kalenderjahres höchstens einmal unter Einhaltung einer Frist von einem Monat auf den Anfang eines Monats gewechselt werden.

Die Managed Care-Versicherten sind verpflichtet, diesen Wechsel dem bisherigen Managed Care-Arzt sowie dem Versicherer zu melden. Sie ermächtigen den bisherigen Managed Care-Arzt unter Entbindung vom Patientengeheimnis zur Weitergabe der Behandlungsinformationen und -unterlagen an den neuen Managed Care-Arzt.

7.2 Wie ist das Vorgehen bei Notfällen?

In einer Notfallsituation nehmen die Managed Care-Versicherten mit ihrem Managed Care-Arzt Kontakt auf. Wenn dieser nicht erreichbar ist, gelangen sie an dessen Stellvertreter oder an die zuständige Notfallorganisation am Wohnort bzw. am Aufenthaltsort. Im Falle einer notfallmässigen Spitalweisung oder einer Behandlung durch einen Notfall-Arzt sind die Managed Care-Versicherten verpflichtet, ihren Managed Care-Arzt zum nächstmöglichen Zeitpunkt zu orientieren und diesem einen Bericht des Notfallarztes zu übergeben.

7.3 Wie ist das Vorgehen bei stationären Behandlungen?

Die Managed Care-Versicherten sind verpflichtet, vor Einweisungen in Akutspitäler das Einverständnis des Managed Care-Arztbes einzuholen (ausgenommen Notfall).

7.4 Welche Pflichten bestehen bei Zuweisungen zu Spezialärzten?

Falls Managed Care-Versicherte von ihrem Managed Care-Arzt an einen Spezialarzt überwiesen werden und dieser eine Behandlung bzw. Abklärung durch einen weiteren Arzt oder eine stationäre Einrichtung empfiehlt, so sind die Managed Care-Versicherten verpflichtet, ihren Managed Care-Arzt darüber zu informieren und dessen Einverständnis einzuholen.

7.5 Wie gehen Sie bei frauenärztlichen Behandlungen vor?

Frauenärztliche Vorsorgeuntersuchungen und geburtshilfliche Betreuung bei Spezialärzten für Gynäkologie und Geburtshilfe können nach freier Wahl im Wohnkanton erfolgen. Der Managed Care-Arzt berät die Versicherte bei der Wahl des Gynäkologen. Für alle anderen frauenärztlichen Behandlungen ist das vorgängige Einverständnis des Managed Care-Arztbes einzuholen.

7.6 Benötigen Sie eine Bewilligung für Badekuren?

Die gesetzlichen Pflichtleistungen für Badekuren werden nur ausgerichtet, wenn die Verordnung durch den Managed Care-Arzt erfolgt oder bewilligt ist.

7.7 Welches Einsichtsrecht hat Ihr Managed Care-Arzt?

Die Managed Care-Versicherten geben ihr Einverständnis, dass ihr Managed Care-Arzt sowie die Managed Care-Betriebsgesellschaft Einsicht in die erforderlichen Behandlungs- und Rechnungsdaten ihrer medizinischen Versorgung nehmen können.

7.8 Sanktionen

Bei wiederholtem reglementswidrigem Verhalten des Versicherten ist der Versicherer berechtigt, den Versicherten unter Einhaltung einer Frist von einem Monat auf das Ende eines Kalendermonats aus der Versicherung Managed Care auszuschliessen. Dies führt automatisch zum Wechsel in die ordentliche Grundversicherung des Versicherers. Eine Wiederaufnahme in die Versicherung Managed Care ist nach einem Ausschluss frühestens auf das nächste Kalenderjahr wieder möglich.

8. Ergänzende Bestimmungen

8.1 Wer erlässt Verfügungen und Einspracheentscheide?

Verfügungen und Einspracheentscheide werden vom Versicherer erlassen.

8.2 Wer haftet bei Fehlbehandlung?

Für die fachliche Richtigkeit von medizinischen Behandlungen haftet weder der Versicherer noch die Managed Care-Betriebsgesellschaft, sondern der Leistungserbringer selber.

9. Erlass und Inkrafttreten

9.1 Wann treten die AVB in Kraft?

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) treten am 1.1.2021 in Kraft.

Sie können vom Versicherer jederzeit geändert werden.