

Ein Erfahrungsbericht nach 12 Monaten

Tiers payant versus Tiers garant

Roland R. Schmoker

Dr. med., Dr. med. dent.
Plastische, Rekonstruktive
und Ästhetische Chirurgie FMH,
Kiefer- und Gesichtschirurgie FMH,
Oralchirurgie SSO

Im Tiers garant (TG) haben die Versicherten gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Rückerstattung. Im Tiers payant (TP) schuldet der Versicherer dem Leistungserbringer die Vergütung. Ärzte wählen vornehmlich den TG. Zahnärzte haben – es betrifft lediglich 3 % ihres Patientenguts – mit den Versicherern den TP vereinbart. Doppelapprobierte Kieferchirurgen haben somit – es betrifft einen Grossteil ihres Patientenguts – die ideale Gelegenheit, beide Systeme miteinander vergleichen zu können. Die vorliegende zwölfmonatige Erfahrung bezieht sich auf die Zuweisungspatienten einer Spezialistenpraxis. Dabei zählen andere Gesichtspunkte als bei Stammpatienten beispielsweise einer Hausarzt-, Zahnarzt- oder Gynäkologenpraxis. Deswegen wurde bewusst auf eine Schlussfolgerung verzichtet.

Im TG konnte nach der ersten Konsultation unverzüglich mit der weiteren Abklärung und der anschließenden Behandlung begonnen werden. Beim TP galt das nur für Notfälle. Bei den übrigen Patienten musste ein Kostengutsprache gesuch eingereicht und auf den Bescheid der Kasse gewartet werden. Dies dauerte oft unverantwortlich lange. Die Beurteilung überforderte aufgrund des spezialisierten Fachbereichs die Kompetenz der Kassen. Nahezu regelmässig erfolgten Rückfragen nach zusätzlichen Angaben. Es wurden teure weitergehende Untersuchungen verlangt, die angeblich für die Prüfung der Leistungspflicht als notwendig erachtet wurden, jedoch nicht die geringsten therapeutischen Konsequenzen hatten (z. B. CT, MRI, Speichelflussrate, Knochendensitometrie). Ärgerlich in diesem Zusammenhang war nicht nur die zeitliche Verzögerung, sondern auch die nutzlose Verschleuderung von Prämiegeldern. Weitere Verzögerungen resultierten bei offensichtlich auf Fehlentscheiden beruhenden Ablehnungen der Leistungspflicht. Forderungen nach einem zusätzlichen eigentlichen Kostenvoranschlag – bei einer chirurgischen Behandlung völlig unrealistisch – verzögerten die Behandlung zusätzlich. Positive Kostengutsprachen waren gekennzeichnet durch misstrauische juristische Rückzugsklauseln, die den effektiven Wert der Kostengutsprache in Frage stellten:

- «sofern sich eine Leistungspflicht herausstellt».
- «vorbehältlich einer näheren Überprüfung».
- «sofern kein anderer Kostenträger zuständig ist».
- «solange das Kassenmitglied bei uns versichert ist».

Die Wertlosigkeit einer solchen Verfügung zeigte sich bei Patienten mit – dem Leistungserbringer nicht bekanntem – Prämienverzug. Aufgrund der positiven

Kostengutsprache erfolgte die Operation. Bei der Rechnungsstellung wurde dann von der Kasse der Prämienverzug offengelegt und die Bezahlung der Rechnung verweigert, auch wenn noch kein Betreibungsverfahren mit Fortsetzungsbegehren lief. Der Rechtsdienst der Kasse begründete das Verschweigen des Prämienverzugs bei der Erteilung der sozusagen «fiktiven» Kostengutsprache mit der Schweigepflicht.

Die Rechnungsstellung frustrierte das erfahrene Abrechnungsteam in einer Spezialistenpraxis ausgiebig. Jede Kasse strich nach eigenen internen Richtlinien Leistungen, Material und Medikamente aus der Leistungspflicht heraus. Im TG merkt dies lediglich der Patient anlässlich der Rückerstattung. Im TP fällt dies in der Statistik unter die vom Leistungserbringer nicht korrekt erfolgte Rechnungsstellung. In der Abrechnung mussten Positionen so lange vom Pflichtleistungsanteil in den Nichtpflichtteil verschoben werden, bis es der jeweiligen Sachbearbeiterin passte. Auch wenn sich ganz offensichtlich zeigte, dass dabei die Patienten übervorteilt wurden. Dies kann einem versierten Abrechnungsteam die Arbeit total verleiden. Die Rückerstattung der Kasse führte im TG einige Patienten – in einer Spezialistenpraxis wohl eher als beim Hausarzt – in Versuchung, das Geld für andere Zwecke abzuzweigen als für die Bezahlung der Arztrechnung, beispielsweise zur Tilgung vorliegender Schulden, besonders bei einer drohenden Betreibung, bis solche Patienten auch für die Arztrechnungen betrieben werden mussten.

Der Zahlungsverkehr verlief im TP – im Gegensatz zum elektronischen Abrechnen im TARMED und zum automatischen Bankverkehr im TG – geradezu vorsintflutlich. Die Kassen kündigten per Zahlungsanzeige eine bevorstehende Zahlung an. Die Überweisung erfolgte jedoch nicht mit dem Einzahlungsschein der Rechnung, sondern anonym, ohne Rechnungs- oder Patientenummer. Die eingetroffenen Zahlungen mussten dann mühsam von Hand mit den ausstehenden Rechnungen und den eingetroffenen Zahlungskündigungen der jeweiligen Kasse abgeglichen werden, für das Abrechnungsteam eine weitere Zumutung.

Die Patientenzufriedenheit war im TG deutlich höher als im TP. Insbesondere Patienten mit einer Franchise, die unter dem voraussichtlichen Rechnungsbetrag lag, protestierten gegen die Wartezeit bis zur Kostengutsprache und beharrten auf einem Vorgehen nach TG. Streichungen aus der Leistungspflicht wurden im TG in Form einer reduzierten Rückerstattung besser akzeptiert als im TP in Form einer nachträglichen Rechnungsstellung für Nichtpflichtleistungen.

Korrespondenz:
Dr. med. Dr. med. dent. Roland
R. Schmoker
Falkenhöheweg 20
CH-3012 Bern
schmoker@datacomm.ch