

Anmerkungen zum Bundesgerichtsentscheid 9C_110/2010 vom 23. Februar 2011

Die Hausärztin als unfreiwillige Konsiliarärztin für das Spital

Hanspeter Kuhn

Fürsprecher,
stv. Generalsekretär FMH

Der Fall

Eine Genfer Internistin hat in den Jahren 2006 und 2007 eine Patientin in ihrer Praxis behandelt. Auf ihrer Rechnung für Dezember 2006 und Januar 2007 führt sie auch 34.10 CHF auf für die Position 00.0140 (Arbeit in Abwesenheit des Patienten). Der Spitalassistentenarzt hatte sie kontaktiert, «um die während der Hospitalisation auftretenden Probleme zu diskutieren, über die notwendig gewordene Verlegung in den psychiatrischen Notfall zu berichten, sich über die Diagnosen und die verordneten Medikamente auszutauschen und die Modalitäten der Betreuung bei Spitalaustritt zu besprechen» [1]*. Unter Hinweis auf die gleichzeitige stationäre Behandlung verweigerte die Kasse die Zahlung des Betrags. Die Ärztin versuchte erfolglos, diese Forderung gegenüber der Kasse gerichtlich durchzusetzen (sie hatte den Tiers payant vereinbart): Die Kasse war die falsche Adresse.

Das Urteil des Bundesgerichts

Das Bundesgericht in Luzern ruft in seinem Entscheid vom 23. Februar 2011 [2] in Erinnerung, dass das KVG in Art. 49 grundsätzlich Pauschaltarife für die stationäre Behandlung verlangt. Die Vertragspartner Spital und Kasse können zwar vereinbaren, dass gewisse Untersuchungen oder Behandlungen nicht in der Pauschale abgegolten, sondern separat als Einzelleistung abgerechnet werden. Doch stellt das Gericht fest, dass der anwendbare Spitaltarifvertrag keine solche Ausnahme für Leistungen der Hausärztin vorsah.

Das Bundesgericht entschied, die Kasse habe der Hausärztin die 34.10 CHF nicht zu bezahlen. Als Begründung hielt es fest, dass die vorliegende Kontaktaufnahme des Spitalarztes mit der Hausärztin «gemäss den Aussagen (der Hausärztin ...) in direktem Zusammenhang mit der Spitalbehandlung erfolgte und damit Teil dieser Behandlung war. Weil sich der Spitalarzt an die Hausärztin wandte, um die laufende Spitalbehandlung zu diskutieren [Hervorhebung durch den Autor], stellt die Leistung, die der Hausarzt der Kasse verrechnen will, nicht schon deshalb eine ambulante Leistung dar, weil sie von einem praktizierenden Arzt ausserhalb des Spitals verlangt wurde. Ihre Leistung war in Wirklichkeit wegen der Hospitalisation ihres Patienten nötig, um die Tätigkeit des Spitalarztes zu unterstützen oder einzelne Aspekte davon zu kennen.» [3].

Deshalb müsse die Kasse der Hausärztin die fraglichen 34.10 CHF nicht rückvergüten. Nicht in die-

sem Urteil zu entscheiden sei hingegen die Frage, ob das Spital diese Leistung entschädigen müsse. Ebenfalls nicht zu entscheiden sei, wie es sich verhalten hätte, wenn die Hausärztin vor bzw. nach dem stationären Aufenthalt vom Spital kontaktiert worden wäre.

Kommentar

Das Bundesgericht hat hervorgehoben, dass der Kontakt vom Spitalarzt initiiert wurde und für die Spitalbehandlung nötig gewesen sei. Wenn man den Sachverhalt so sieht, ist die Rechtsfolge programmiert: Dann ist die Beratung durch die Hausärztin rechtlich Teil der Spitalbehandlung und die Hausärztin damit de facto Konsiliarärztin des Spitals für diesen Patienten.

Das Bundesgericht erwähnt in seinem Urteil zustimmend Gebhard Eugster. Dieser zieht die Grenze der in der Pauschale inbegriffenen Leistungen so: «Sind aber fachgebietsfremde Leistungen notwendig – zum Beispiel die externe ambulante Behandlung von stationären Psychatriepatienten, die im Spital einen Unfall oder eine interkurrente nichtpsychiatrische Krankheit erlitten haben – so sind die betreffenden Kosten nur aufgrund einer ausdrücklichen Tarifvertragsklausel Teil der Pauschale nach Art. 49 Abs. 1 KVG.» [4]

Das Bundesgericht hatte nicht zu entscheiden, was im Verhältnis zwischen Arzt und Spital gilt. Implizit ist der Fall jedoch klar: Das Spital muss den für die stationäre Behandlung beigezogenen Arzt entschädigen. Den Ansatz können sie untereinander frei vereinbaren, denn die Regelung des Innenverhältnisses zwischen Spital und Beleg- oder Konsiliararzt ist keine KVG-Tariffrage.

Offen ist der Anwendungsbereich des Bundesgerichtsentscheids. Nach Auffassung der FMH ändert der vorgestellte Entscheid über einen speziell gelegenen Fall nichts am folgenden Prinzip: *Berichte und Zeugnisse, die über durchgeführte Untersuchungen oder Behandlungen in der Arztpraxis Auskunft geben*, sind dem Patienten in Rechnung zu stellen – und nicht dem Spital – egal, ob sie vor, während oder nach einem stationären Aufenthalt geschrieben werden. Denn die Berichterstattung des praktizierenden Arztes über die ambulante Behandlung ist gerade nicht Teil der stationären Spitalbehandlung. Sie geht somit auch nicht in der Spitalpauschale auf, denn diese regelt gemäss Wortlaut Art. 49 KVG allein «die Vergütung der stationären Behandlung».

* Ausführliche Referenzen finden sich in der Online-Version unter www.saez.ch → Aktuelle Ausgabe oder → Archiv → 2011 → 22.

- 1 E.4.1. zitiert so die Aussage des Hausarztes vor dem kantonalen Schiedsgericht. (Übersetzung FMH)
- 2 BGE 9C_110/2010 vom 23. Februar 2011.
- 3 E.4.2. (Übersetzung FMH)
- 4 Gebhard Eugster, SBVR, Basel 2007, N. 379 S. 523.

Korrespondenz:
Rechtsdienst FMH
Postfach 170
CH-3000 Bern 15
Tel. 031 359 11 11
Fax 031 359 11 12

lex@fmh.ch

Ausführliche Referenzen

- 1 E.4.1. zitiert die Aussage der Hausärztin vor dem kantonalen Schiedsgericht so: «Le 12 décembre 2006, j'ai reçu un téléphone du docteur T. pour m'informer des problèmes rencontrés pendant l'hospitalisation et m'avertir de la nécessité du transfert aux urgences psychiatriques. Nous nous sommes également entretenus des diagnostics, des médicaments prescrits et des modalités de la prise en charge à la sortie. Celle-ci était compliquée par le changement d'interne pendant les fêtes de fin d'année. Ce téléphone a été confirmé par le fax du 13.12.06 (pièce jointe).» (...) Par courrier du 18 mai 2007, la recourante s'était adressée à l'intimée pour justifier le poste 00.0140 sur la facture litigieuse, en expliquant que «les internes des hôpitaux m'ont appelée pendant que j'étais en consultation avec un autre patient pour demander des renseignements et mon avis.»
- 2 BGE 9C_110/2010 vom 23. Februar 2011.
- 3 E.4.2. Selon les déclarations de la recourante, les questions du docteur T. et la discussion qui s'en est suivie ont porté sur le déroulement de l'hospitalisation, les diagnostics et les médicaments prescrits, ainsi que les modalités de prise en charge à la sortie du patient. L'activité déployée par la recourante en répondant de manière ponctuelle à des questions du médecin de l'hôpital X concernant son patient ou en recevant des renseignements sur différents aspects de l'hospitalisation et le suivi du patient par les services de l'hôpital X postérieurement à sa sortie, est en lien direct avec le traitement en milieu hospitalier et fait donc partie de celui-ci. Dès lors que le médecin de l'hôpital s'est adressé à la recourante pour discuter du traitement hospitalier en cours, la prestation que le docteur B. entend faire valoir ne correspond pas à une prestation ambulatoire du seul fait qu'elle a été sollicitée en tant que médecin (traitant) indépendant et à l'extérieur de l'hôpital. Elle est en effet intervenue en raison de l'hospitalisation de son patient pour faciliter le travail du médecin de l'hôpital ou en connaître certains aspects. Elle ne peut donc rien tirer en sa faveur des dispositions de la LAMal sur la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, d'une prestation ambulatoire (dans ce sens, Gebhard Eugster, Krankenversicherungsrecht, in Soziale Sicherheit, SBVR, 2^{ème} éd., 2007, n° 379 p. 523).
- 4 Eugster G. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung. In: Meyer U (Hrsg). Soziale Sicherheit. SBVR XIV. Basel: Helbing & Lichtenhahn; 2007. N. 379 S. 523.