

Kommunikation zwischen behandelndem Arzt und Vertrauensarzt

Für Vertrauensarzt und behandelnden Arzt liegt der Fokus auf einer adäquaten ärztlichen Behandlung. Die medizinische Beurteilung, ob eine zu erbringende oder erbrachte Leistung vom Versicherer zu übernehmen ist, entspricht dabei meist der gemeinsamen Interessenlage.

Die behandelnden Ärzte (BAe) bemängeln die oft mangelhafte Qualität ablehnender Entscheide der Versicherer und die schwierige Erreichbarkeit des zuständigen Vertrauensarztes (VA) für einen direkten fachlichen Austausch. Während die Arbeit der Vertrauensärzte (VAe) durch mangelhafte Kostengutsprache-Gesuche der BAe erschwert sein kann, beklagen diese unnötige und zu wenig kompetente Anfragen der Versicherer. Die Vorstände der SGV und der KKA haben im Februar 2017 als Massnahme zur Verbesserung der gegenseitigen Verständigung die nachfolgenden Empfehlungen verabschiedet. Sie sollen die Arbeit der VAe und der BAe günstig beeinflussen.

Berichtsfragen der Versicherer

Die Versicherer fordern in der Regel via ihre Leistungsabteilungen Berichte von behandelnden Ärzten an. Die Versicherer sind darin autonom. Sie entscheiden, in welchen Fällen sie Anfragen lancieren, um so ihre Pflicht zur Leistungsüberprüfung wahrzunehmen. Verlangte Berichte werden vom BA häufig als unnötig oder gar schikanös empfunden.

Berichtsfragen werden nicht vom VA, sondern üblicherweise von der Leistungsabteilung des Versicherers verfasst und enthalten oft standardisierte Fragestellungen.

Fazit: Falls der behandelnde Arzt der Ansicht ist, die erhaltene Berichtsfrage sei nicht zielführend, so hat er sich deshalb ausschliesslich an die anfragende Stelle der Versicherung und nicht an den vertrauensärztlichen Dienst (VAD) zu wenden.

Ablehnende Leistungsentscheide

Diese erfolgen ausschliesslich durch die Leistungsabteilung der Versicherung, teilweise in individueller,

teilweise in normierter Korrespondenz. Wieweit ein ablehnender Entscheid auch transparent dargestellt wird und ob daraus ersichtlich ist, ob und in welcher Art und Weise der VA mitbeteiligt war, ist ein weiterer Problemkreis.

Gemäss Art. 57, KVG, berät der VA den Versicherer. Er hat keine Entscheidungskompetenzen. Ein typisches Beispiel im vertrauensärztlichen Alltag ist, den Versicherer bezüglich der Erfüllung einer Limitatio zu beraten. Sind die Limitatio-Kriterien nicht erfüllt, so hat der VA das dem Versicherer aufzuzeigen. Wird in einem solchen Fall in einer Ablehnung erwähnt, diese erfolge «nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt», so ist das unpräzise. Präzise wäre das Aufzeigen der Limitatio, der Hinweis auf die Beratung des VA und den daraus seitens Leistungsabteilung gefolgerten Entscheid, die Leistungspflicht zu verneinen. Eine Verkürzung auf die Formulierung «Ablehnung erfolgt nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt» führt zu falschen Schlüssen.

Bevor eine Rücksprache mit dem VA gefordert wird, soll sich der BA zuerst vergewissern, weshalb eine Ablehnung erfolgt ist. Liegen die Ablehnungsgründe auf formaler Ebene, so bringt eine Rücksprache mit dem VA nichts im Hinblick auf eine gewünschte Änderung des Entscheides des Versicherers. Die Ablehnung einer Leistung ist ein formaler Vorgang. Bevor bei Nichtverständnis oder Nichtverstehen interveniert wird, empfiehlt es sich, sich über die genauen Gründe für die Ablehnung ein Bild zu machen. Hierfür bedarf es primär der transparenten Kommunikation von Seiten der Leistungsabteilung.

Primärer Ansprechpartner ist der Versicherer, da dieser den Leistungsentscheid trifft.

Falls sich hingegen eine Ablehnung einer Leistung resp. eines Kostengutsprache-Gesuches aus Gründen der WZW-Beurteilung (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit,

Wirtschaftlichkeit im therapeutischen Quervergleich) transparent auf eine VA-Beurteilung stützt, so empfehlen wir, dass eine Rücksprache mit dem zuständigen VA ermöglicht wird. Die Erreichbarkeit innert nützlicher Frist von VA wie auch BA soll gewährleistet sein. **Fazit:** Eine beidseitige Rücksprache soll ermöglicht werden, sofern der Entscheid seine Ursache in einer ablehnenden Empfehlung des VA hat. Falls hingegen eine übergeordnete Leistungsnorm der Ablehnungsgrund ist, so macht eine Rücksprache mit dem VA keinen Sinn, da der Versicherer in diesem Fall aus formalen Gründen keine Leistung ausrichten kann. Der Versicherer soll dann die formalen Gründe transparent aufzählen.

Auskunftsrecht seitens des behandelnden Arztes

Ein solches besteht nicht, weder gegenüber der Versicherungsadministration noch gegenüber dem VA, ausgenommen, wenn eine persönliche vertrauensärztliche Untersuchung der versicherten Person erfolgt (Art. 57, Abs. 6 KVG).

Die versicherte Person selbst hat hingegen das Recht auf Auskunft bzw. Akteneinsicht. Nur sie ist auch beschwerdelegitimiert. Der behandelnde Arzt kann sich von der versicherten Person ermächtigen lassen, direkt Auskünfte beim Versicherer einzuholen.

Fazit: Der BA hat kein Recht auf Auskunft resp. das Einholen einer beschwerdefähigen Verfügung, es sei denn, die versicherte Person bevollmächtigt ihn dazu.

Die wichtigsten Punkte im Überblick

- Berichte werden in aller Regel von der Versicherungsadministration eingeholt. Allfällige Rückfragen sind an diese Stelle zu richten.

- Bei einer Leistungsablehnung ist zuerst festzustellen, aus welchen Gründen diese erfolgt ist, damit bei Rückfragen gezielter vorgegangen werden kann. Hierfür sollen Ablehnungen transparent begründet werden. Eine Rücksprache mit dem VA macht keinen Sinn, wenn eine Ablehnung ihren Grund in einer Verordnung oder einem Gesetz hat.
- Der VA berät den Versicherer, er hat keine Entscheidungskompetenz. Bestimmt eine Norm wie z.B. eine Limitatio oder ein fehlender Tarif eine Ablehnung, so hat der VA selbst bei medizinischer Nachvollziehbarkeit nicht die Kompetenz, der Kassenadministration die Kostenübernahme zu befehlen. Die Behandlung ist eine Frage der Medizin, die Leistungsübernahme eine solche des geltenden Rechts.
- Der BA hat keinen gesetzlichen Anspruch auf Rücksprache mit dem VA. Hingegen empfehlen wir, dass im Bedarfsfall dann eine Rücksprache ermöglicht wird, wenn eine Ablehnung nachvollziehbar aufgrund einer vertrauensärztlichen Beurteilung erfolgt ist.
- Bei Berichts-anfragen seitens der Versicherer wird meist ein Retourcouvert an den vertrauensärztlichen Dienst beigelegt. Der Bericht gelangt so zu diesem.
- Kostengutsprache-Gesuche sind konzis und vollständig zu formulieren. Rückfragen oder auch unnötige Ablehnungen können so reduziert werden. Sie sind generell mit direkter Telefonnummer und Mailadresse des beantragenden Arztes zu versehen. Kostengutsprache-Formulare, wie sie für die verschiedensten Leistungen auf der Website der SGV zu finden sind, erleichtern dem BA wie dem VA die Arbeit.

Begleitende Ausführungen zu den Empfehlungen der KKA und der SGV

Peter Wiedersheim^a, Jürg Zollikofer^b

^a Co-Präsident KKA-CCM; ^b Präsident SGV/SSMC

Ausgangslage

Mit diesen Empfehlungen soll die gegenseitige Kommunikation zwischen behandelnden Ärzten (BAe) und Vertrauensärzten (VAe) verbessert werden.

Die BAe beklagen die zahlreichen standardisierten und oft wenig qualifizierten Rückfragen der Versicherer wie auch die ungenügende Begründung, die mangelnde Qualität bei ablehnenden Entscheidungen sowie in solchen Fällen die Nichterreichbarkeit des zuständigen VA. Die fehlende Erreichbarkeit beruht in aller Regel auf einer Weigerung der Versicherer, den in einen ablehnenden Entscheid involvierten VA bekannt zu geben.

Auf Seiten der VAe wird als häufiger Grund für eine mögliche Ablehnung die manchmal fehlende Qualität des Kostengutsprache-Gesuches ins Feld geführt sowie oft auch fehlende Kenntnisse der in Gesetzen und Verordnungen festgelegten Fakten und Abläufe.

Unabhängigkeit der Vertrauensärzte vom Versicherer

Gemäss Artikel 57 Abs. 5 KVG und Artikel 5 Abs. 1 des Vertrauensarzt-Vertrages ist der VA in der Beurteilung von medizinischen Fachfragen unabhängig. Er ist an keine medizinischen Fachanweisungen des Versicherers oder der ärztlichen Fachgesellschaften gebunden. Vgl. entsprechenden Vertrag: http://www.vertrauensaeerzte.ch/_filesbon/sgv/vertrauensarzt_vertrag.pdf

Bestellung der Vertrauensärzte

Die KKA moniert, dass die Bestellung der VAe in aller Regel nicht mehr KVG-konform erfolgt, ist doch eine Rücksprache seitens der Krankenversicherer mit der zuständigen Kantonalgesellschaft gesetzlich vorgesehen und in Art. 57 KVG, Absatz 1 und 2, geregelt.

Es kann hier nur festgestellt werden, dass diese gesetzlichen Regelungen nicht mehr befolgt werden. Es ist dies aus Sicht der KKA ein Missstand, welcher weiterverfolgt gehört.

Liste der Vertrauensärzte

Zu intensiven Diskussionen in der Arbeitsgruppe hat der dringende Wunsch der KKA geführt, dass die Adressen aller VAe öffentlich zugänglich sein müssten. Die SGV hat klare Vorbehalte gegen eine Veröffentlichung einer solchen Liste. 90% der Versicherten sind Kunden bei einem der grossen 12 Versicherer. Diese haben teilweise bis zu 2 Dutzend VAe in ihren vertrauensärztlichen Diensten. Folglich bringt eine solche Liste wohl wenig. Zudem ist eine Veröffentlichung der Privatadresse der VAe aus Datenschutzgründen nicht statthaft. Die Einhaltung des Datenschutzes ist Sache der Versicherer, kontrolliert vom BAG. Eine Liste könnte nur durch die Versicherer veröffentlicht werden, nicht aber durch die SGV, da diese weder dazu befugt ist noch über die notwendigen Informationen verfügt.

Die KKA zeigt für diese Argumentation kein Verständnis. Nur wenn die VAe bekannt sind, kann überprüft werden, ob diese über die nötigen Qualifikationen gemäss KVG und VA-Vertrag verfügen. Was nützt in der heutigen Situation das im KVG erwähnte Recht auf Einsprache einer Kantonalen Ärztegesellschaft, wenn die Namen nicht einmal bekannt sind? Wie soll z.B. Art. 42 KVG, Abs. 5, eingehalten werden, worin der Leistungserbringer in begründeten Fällen berechtigt und auf Verlangen der versicherten Person in jedem Fall verpflichtet ist, medizinische Angaben nur dem VA des Versicherers nach Artikel 57 bekannt zu geben?

Erreichbarkeit der Vertrauensärzte

Es ist für die KKA wie auch die SGV unbestritten, dass in Fällen, in welchen sich eine Ablehnung des Versicherers auf eine klare Beurteilung des VA abstützt, dieser für eine Diskussion mit dem BA zur Verfügung stehen soll, telefonisch oder mit Mail. Wesentlich aber ist, dass sich der BA vor einer Intervention vergewissert, wer die tatsächliche Ursache der ihn störenden Ablehnung ist: der VA oder die Leistungsabteilung des Versicherers. Gerade Letzteres ist aus Sicht der KKA schwierig, da die Mitteilungen der Krankenversicherer

häufig intransparent erscheinen und schwer verständlich sind.

«Macht» der Vertrauensärzte

Die VAe beraten gemäss Art. 57 KVG, Absatz 4, die Versicherer in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifierung. Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers. Die VAe haben keine Entscheidungsbefugnis, sondern nur Empfehlungsrecht.

Fachkompetenz der Vertrauensärzte

Die VAe sind mehrheitlich Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin, teilweise aber auch anderer internmedizinischer oder chirurgischer Disziplinen resp. Psychiater. Sie sind nicht die fachtechnischen Kontrolleure der verschiedenen Spezialisten. Sie sind vielmehr wie zuweisende Grundversorger zu behandeln, welchen der Spezialist seine Beurteilungen und Pläne erklären können muss. Es ist also von grosser Bedeutung, dass die BAe konzise Berichte verfassen, welche das Wesentliche enthalten.

Kostengutsprache-Gesuche

Im ureigenen Interesse der BAe soll ein Gesuch vollständig sein, also dem das Gesuch beurteilenden VA die nötigen Fakten darlegen. Diagnosen per se sind nicht immer genügend. Während z.B. im Off-label-Use in der Onkologie die Klinik eine wesentliche Rolle spielt, sind es bei Gesuchen für Rehabilitationsaufenthalte zumeist die Funktionsdefizite (Defizite in den ADL), welche von Interesse sind. NB: die Qualität der Beurteilung des VA kann nie besser sein als die Qualität des Kostengutsprache-Gesuches. Hilfreich sind im Weiteren aus Sicht der SGV: direkte Telefonnummer und Mailadresse des beantragenden Arztes. Die KKA kann dies mit Gegenrecht nur bestätigen.

Begründungen für ablehnende Entscheide der Versicherer

KKA und SGV sind sich einig, dass die Versicherer aus Gründen der Transparenz ablehnende Entscheide nachvollziehbar begründen sollen. Wird dabei der VA erwähnt, soll dessen Empfehlung im Klartext dem Ablehnungsschreiben beiliegen. Formulierungen wie «nach Rücksprache mit dem VA» lehnen wir ab und sind nicht akzeptabel, da so nicht transparent wird,

wie die Empfehlung des VA lautet. Es kann durchaus sein, dass der VA lediglich gefragt wurde, ob die Bedingungen einer Limitatio erfüllt seien. Sind es Gesetze oder Verordnungen, welche eine Kostenübernahme durch den Versicherer ausschliessen, sind diese im Klartext aufzulisten. Oft spielen rechtliche resp. rein administrative Gründe die ausschlaggebende Rolle und nicht medizinisch-ärztliche.

Verfügungen

Nur Patienten haben das Recht, im Ablehnungsfall eine sog. rekursfähige Verfügung zu verlangen, weil nur der Versicherte mit dem Versicherer eine vertragliche Regelung hat. Selbstverständlich kann aber auch der BA mit der nötigen Ermächtigung im Namen des Patienten eine beschwerdefähige Verfügung verlangen.

Berichte

In aller Regel handelt es sich bei Berichtsfragen nicht um solche des VA, sondern der Leistungsabteilung des Versicherers, auch wenn die Antwort des BA in einem an den Vertrauensarzt adressierten Couvert retourniert wird. Neben diesen Versicherungsfragen erfolgen auch vorgeschriebene Routine-Anfragen wie z.B. bei einer Renten-Revision oder zur Arbeitsfähigkeit. Administrative Routine darf und soll abgekürzt werden, wenn der Berichtende die notwendige Information mit weniger Aufwand liefern kann.

Quintessenz

Wie immer wieder festgestellt werden kann, funktioniert das System in der grossen Mehrheit der Fälle gut. Dazu tragen eine gute Kommunikation auf Augenhöhe zwischen behandelnden Ärzten und beurteilenden empfehlenden Vertrauensärzten sowie das gegenseitige Wissen um Rechte, Pflichten und Möglichkeiten bei.

Mitglieder der AG KKA-SGV

Markus Bonelli
 Fiorenzo Caranzano
 Rudolf Häuptle
 Valentin Rehli
 Peter Wiedersheim
 Barbara Zinggeler
 Jürg Zollikofer

Korrespondenz:
 peter.wiedersheim[at]hin.ch
 juerg.zollikofer[at]hin.ch