

Einmischung in privatrechtliche Vertragsverhandlungen gehört nicht zum Pflichtenheft der Aufsichtsbehörden

Ärztliche Leistungen von ärztlichen Mehrleistungen klar abgrenzen

Zusatzversicherte (privatversicherte Patienten) wollen überdurchschnittlich gut behandelt werden. Sie wünschen sich die bestmögliche ärztliche Betreuung und Behandlung mit allen Wahlmöglichkeiten. Da die freie Arztwahl das Kernelement für die Erfüllung dieses Bedarfes ist, wird in diesem Artikel auf die ärztliche Mehrleistung und weitere Implikationen im VVG insbesondere für die Belegärzteschaft eingegangen.

Worin besteht eigentlich die Abgrenzung ärztlicher Leistungen von ärztlichen Mehrleistungen? – Was auf den ersten Blick wie eine semantische Wortspielerei aussieht, entpuppt sich in Tat und Wahrheit als böses Spiel staatlicher Stellen, bei dem es im Gesundheitswesen um finanzielle Beträge in Millionenhöhe geht und bei dem eine freie Berufsgruppe in finanzielle Nöte getrieben wird, obwohl sie erhebliche Aufgaben für die Öffentlichkeit erbringt.

Auslöser dieses Konflikts ist das aufsichtsrechtliche Ansinnen, Zusatzversicherte vor zu hohen Prämien zu schützen. Akteurin ist die

FINMA, deren Hauptaufgabe es ist, die Banken zu überwachen und auch die Höhe wie Rechtsmässigkeit der VVG-Prämien zu überprüfen, aber – und das ist wesentlich – keinesfalls in der Pflicht ist, sich um die privatrechtlichen Verträge zwischen Zusatzversicherern und Leistungserbringern (die früher einmal Ärztinnen und Ärzte hiessen und Spitäler) zu kümmern. Die FINMA tut es allerdings trotzdem und behauptet, ärztliche Leistungen, die in der sozialen Grundversicherung (OKP) bereits bezahlt seien, würden im Zusatzversicherungsbereich (VVG) nochmals und damit doppelt berechnet.

Eine klare Abgrenzung ärztlicher Leistungen von ärztlichen Mehrleistungen

Eine Doppelverrechnung einer in der Grundversicherung bereits enthaltenen ärztlichen Leistung ist selbstverständlich nicht korrekt, wenn sie denn wirklich – wie von der FINMA immer wieder ohne Belege behauptet wird – verrechnet würde. Die nachfolgende Analyse soll daher aufzeigen, dass es eine ganz klare Abgrenzung zwischen einer ärztlichen Leistung (in der OKP inbegriffen) und einer ärztlichen Mehrleistung gibt, die durch die privatrechtliche Zusatzversicherung (VVG) bezahlt wird.



Die FINMA hat in Ihren öffentlichen Publikationen wie auch bei ihren Vorortkontrollen bei den Zusatzversicherern immer wieder eine genaue Abgrenzung der ärztlichen Leistungen (OKP) gegenüber einer ärztlichen Mehrleistung (VVG) gefordert. Sie müsste jedoch wissen, dass eine solche Abgrenzung per se nicht einfach ist, weil sich die beiden Bereiche naturgemäss überschneiden oder zwischen ihnen fließende Übergänge bestehen. Umso wichtiger ist es daher, klare Definitionen festzulegen und diese im Sinne der Rechtssicherheit auch längerfristig anzuwenden und identisch auszulegen.

In der Praxis erweist sich die FINMA-Position als kontraproduktiv

Die Forderung der FINMA nach klarer Abgrenzung ist durchaus verständlich. Unverständlich ist aber die Weigerung oder Unfähigkeit der FINMA, genaue Vorgaben dazu zu liefern. Das erweist sich bei Vertragsverhandlungen der Partner im Gesundheitswesen als kontraproduktiv. Dies ist insbesondere der Fall bei Verhandlungen zwischen Krankenzusatzversicherern und Belegärzten. Es ist daher absolut nötig, dass sich Versicherer und private neutrale Anbieter von Kalkulationshilfen nach Kräften bemühen, die z.T. bilateralen Anforderungen und Mindestmerkmale der FINMA zu erfüllen und sich gemeinsam auf praktikable Definitionen zu einigen. Allerdings erhalten die Versicherer häufig bei der nächsten verschärften Vorortkontrolle weitere Beanstandungen, die so generisch gehalten

sind, dass die Bemühungen der Vertragspartner (nota bene mittels eines privatrechtlichen Vertrags, der nicht in die Kompetenz der FINMA gehört und von ihr auch nicht überprüft werden darf) permanent unterlaufen werden.

Grundsätzlich gilt als klare Abgrenzung zwischen ärztlichen Leistungen und ärztlichen Mehrleistungen Folgendes:

- In der sozialen **Grundversicherung**, die auf **öffentlichem Recht** basiert, sind grundsätzlich alle ärztlichen Leistungen an den Patienten abgegolten. Sie werden nach den Grundsätzen von WZW (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) beurteilt und nach bestehenden Abrechnungssystemen, stationär mit Sozialtarifen verrechnet wie SwissDRG, Tarpsy und ST Reha.
- Im Gegensatz dazu besteht im **Zusatzversicherungsbereich** das VVG. Hier wird ein **privatrechtlicher Vertrag** ausgehandelt zwischen Zivilparteien. In diesem Vertrag dürfen nur Behandlungen vergütet werden, die eine Mehr-(oder Zusatz-)leistung darstellen.

Die FINMA stiftet Verwirrung

Da diese Mehrleistungen durch die FINMA bisher nicht klar definiert wurden, ändert sich die Begrifflichkeit praktisch nach jeder Vorortkontrolle bei den Zusatzversicherern. Das ist umso bedauerlicher, als bei den meisten Versicherern und Spitälern respektive Ärzten in weiten Teilen



Einigkeit besteht, was eine ärztliche Mehrleistung auszeichnet. Dementsprechend bestehen gerade im Umfeld der Belegärzte auch zahlreiche Verträge über Form und Inhalt von Abrechnungen, was eine solide Vertrauensbasis darstellt, welche von der FINMA leider unterlaufen wird:

- Zu Beginn der Kontrollen wurde von der FINMA verlangt, dass eine ärztliche Mehrleistung weit über das übliche Mass an normaler, adäquater ärztlicher Leistung in der OKP hinausgehen und klar definiert werden muss.
- Dann wurde der Begriff «echte ärztliche Mehrleistung» eingeführt. Auch hier wurde die genaue Definition den Krankenzusatzversicherern und indirekt den unabhängigen Serviceprovidern übertragen.
- Nachdem auch dieser Begriff naturgemäss kaum definiert werden kann, wird jetzt auch noch der Begriff einer «Kernleistung» eingeführt, der auch wieder neu und nicht definiert ist.

Es besteht ein offensichtliches Durcheinander aufgrund unklarer Begriffe. Umso wichtiger bleibt es somit, ärztliche Mehrleistung im VVG klar zu definieren.

Kriterien der ärztlichen Mehrleistung

Das erste und allgemein anerkannte Kriterium einer ärztlichen Mehrleistung im VVG ist die sogenannte freie Arztwahl durch zusatzversicherte Patienten. Diese freie Arztwahl haben sozialversicherte Patienten nicht und deshalb

Prof. Dr. med. Hans U. Baer, Gründer und Geschäftsführer (links), und Andreas Gerhard, EMBA, Geschäftsführer, Medicalculis GmbH, Zürich





Sozialversicherte Patienten könnten unter diesen Umständen ihren behandelnden Arzt überhaupt nicht mehr frei wählen können. Daneben haben sie noch weitere Nachteile im stationären Bereich wie: keine freie Wahl des Operateurs, Visiten durch eidgenössisch diplomierte Ärzte ohne Facharztstitel, keine täglichen Visiten durch Fachärzte (Chefärzte, Leitende Ärzte, Oberärzte mit Facharztstitel), keine freie Wahl des Operations- oder Hospitalisationszeitpunktes. Die Behandlungsqualität hingegen ist gewährleistet und schon aus medizin-ethischen Gründen gleich gut wie bei Zusatzversicherten Patienten. Wenn nun aber in der Qualität der ärztlichen Behandlung kein Unterschied besteht, so muss die Frage gestellt werden, wo denn die klaren und messbaren Unterschiede zwischen einer ärztlichen Leistung im Sozialversicherungs- und einer ärztlichen Mehrleistung im Zusatzversicherungsbereich liegen.

Messbare Unterschiede in der ärztlichen Leistung beziehungsweise Mehrleistung

Im öffentlichen Spital mit seiner klaren Hierarchie von Assistenzärzten, Oberärzten und Chefärzten scheint die Antwort einfach zu sein: Sozialversicherte Patienten werden durch Assistenten ohne Facharztstitel betreut. Dies allerdings unter Oberverantwortung durch Fachärzte (Oberärzte oder leitende Ärzte). Im operativen und interventionellen Bereich heisst das, dass Assistenzärzte je nach ihrem Ausbildungsstand und unter Aufsicht von Fachärzten schrittweise in die opera-

ist eine primäre Unterscheidung der zwei Versicherungssysteme möglich. Dieses Kriterium präjudiziert zudem alle folgenden möglichen Unterscheidungskriterien. Die FINMA verlangt nun (nach Aussage von Zusatzversicherern in Vorortkontrollen) auch eine Definition dieses eigentlich intuitiv erfassbaren Kriteriums der freien Arztwahl und ebenfalls eine Definition der nichtfreien Arztwahl in der OKP.

Weiterbehandlung werden ihnen von diesem Institut drei Ärzte zur Auswahl vorgeschlagen. Falls die Reaktionen darauf positiv auffallen, und ein entsprechendes Gesetz oder eine Verordnung eingeführt wird, gibt es künftig auch im ambulanten Bereich für sozialversicherte wie Zusatzversicherte Patienten keine freie Arztwahl mehr.

Folgendes ist klar: Sozialversicherte Patienten haben im stationären Bereich keine freie Arztwahl. Dies im Gegensatz zum ambulanten Bereich, wo die Patienten heute – wie seit Jahrzehnten gewohnt – ihren Hausarzt selbst wählen können. Warum das so geregelt ist, müssen die Urheber des KVG erklären. Ohne freie Arztwahl heisst nun aber nicht, dass Patienten in den schweizerischen Kliniken und Spitälern nicht die bestmögliche ärztliche Beratung und Behandlung erhielten. Es heisst nur, dass sie den oder die behandelnden Ärztinnen und Ärzte nicht selbst auswählen können, sondern diejenigen nehmen müssen, die ihnen von der Klinik oder dem Spital zugeteilt werden.

Es gab sogar schon Vorschläge aus dem Departement Berset, dass der bisher freie Zugang zu einem Arzt oder einer Ärztin auch im ambulanten Bereich eingeschränkt werden sollte, und zwar generell. So sollen alle Patienten – unabhängig vom Versicherungsstatus – zuerst in einem staatlichen Institut abgeklärt werden. Bei einer notwendigen stationären



Gesundheitspolitik

tiven Tätigkeiten eingeführt werden. Die Supervision und das intensive Teaching garantieren jederzeit die Sicherheit aller Patienten.

Wie sieht diese Unterscheidung in Privatkliniken aus, die teilweise auch auf der öffentlichen Spitalliste eines Kantons stehen und deren Belegärzten? Arbeitet ein Belegarzt allein in seiner Praxis und hat keine Assistenzärzte angestellt – das trifft auf die Mehrheit aller Belegärzte zu –, dann ist er auch verpflichtet, alle ärztlichen Leistungen, Operationen oder Interventionen und alle Visiten bei sozialversicherten Patienten persönlich durchzuführen. Das heisst, er macht die Visiten bei sozialversicherten Patienten wie auch bei Zusatzversicherten Patienten mehr oder weniger gleich. Daraus folgert die FINMA, dass aus diesem Grund keine ärztliche Mehrleistung entstehen könne, da ja dieselbe, identische ärztliche Leistung durchgeführt würde, welche bereist im Sozialversicherungsteil bezahlt wird.

Eine falsche Analyse der FINMA

Diese Analyse ist aus unserer Sicht grundsätzlich falsch, da sie von Voraussetzungen ausgeht, welche die real existierenden Tatsachen verkehrt. Ein Facharzt wird an einer Privatklinik nur akkreditiert, wenn er neben dem Facharztstitel eine mindestens dreijährige Tätigkeit und Erfahrung in leitender Funktion an einem A-Spital nachweisen kann (Chefarzt, leitender Arzt, Oberarzt). Die meisten der akkreditierten Fachärzte verfügen zudem über privatrechtliche Weiterbildungstitel (Spezialfacharztstitel). Diese hoch-

qualifizierten Fachärzte führen eigenberuflich eine Praxis (oder sind in Facharztzentren zusammengeschlossen). Sie führen ihre ärztlichen Leistungen an Zusatzversicherten Patienten grundsätzlich persönlich durch. Diese Zusatzversicherten Patienten wählen ihren behandelnden Arzt in freier Wahl. Dadurch ist das Kriterium der freien Arztwahl erfüllt, womit sich eine ärztliche VVG-Leistung ohne weitere Begründung automatisch als Mehrleistung qualifiziert. Das heisst als Umkehrschluss gleichzeitig, dass diese Fachärzte prinzipiell keine allgemein-versicherten Patienten behandeln müssten.

Das war früher genau der Fall: Privatkliniken haben kaum OKP-versicherte Patienten stationär zur Behandlung aufgenommen oder diese Patienten haben den damals Privatarif genannten Betrag selbst bezahlt. Dieses Prinzip wurde während der letzten Jahre ausgehöhlt, weil der Staat unter der Idee von Qualitätskontrollen immer mehr in die Autonomie der Belegärzte eingegriffen hat. So werden unter den wohlklingenden Namen «Hochspezialisierte Medizin» nur noch Ärzte zu definierten hochspezialisierten Operationen zugelassen, wenn sie über eine sogenannte minimale Fallzahl verfügen. Weiter wird die freie Berufsausübung durch Zertifikationen durch die Deutsche Krebsgesellschaft eingeschränkt. Nur noch Ärzte mit einer genügend grossen Fallzahl dürfen Patienten mit Tumorerkrankungen eigenverantwortlich operieren.

Das führt zu einer unvorteilhaften Konzentration von Fällen in wenigen Händen, die dis-

kriminierend viele hochqualifizierte Belegärzte wegen zu kleiner Fallzahlen ausschliesst. In beiden Fällen, hochspezialisierte Medizin und Klassifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft, muss der Belegarzt zum Erhalt und zum Aufrechterhalten seiner Dignität nachweisen, dass er Assistenzärzte (eidgenössisch diplomierte Ärzte) und Kandidaten für Fachärzte (privatrechtliche Weiterbildungstitel) weiterbildet.

Belegärzte sichern Weiterbildungs-Operationen

In der Konsequenz heisst das, dass Belegärztinnen und -ärzte sowohl Assistenzärztinnen wie auch Fachärzte operativ aus- und weiterbilden müssen. Gesetzlich heisst das aber auch, dass diese Weiterbildungs-Operationen durch Nichtfachärzte nicht an Zusatzversicherten Patienten durchgeführt werden dürfen, da ja der Belegarzt persönlich alle ärztlichen Mehrleistungen bei diesen persönlich durchführen muss. Er muss aber bei Operationen von OKP-versicherten Patienten mitoperieren, um aus medizin-ethischen Gründen die bestmögliche Sicherheit für die Patienten zu gewährleisten. Dies ist jedoch klar eine ärztliche Leistung, für die Belegärztinnen und -ärzte überqualifiziert sind. Sie erbringen in diesem Fall an OKP-Patienten ärztliche Leistungen, für die sie eigentlich nicht vorgesehen sind und die tarifarisch zu tief angesetzt. Wenn sie also OKP-Patienten mitoperieren, nehmen sie fast ausschliesslich eine gesellschaftliche Verantwortung gegenüber der Öffentlichkeit wahr.





Dazu kommt, dass Belegärztinnen und -ärzte immer auch unternehmerisch tätig sind. Betriebswirtschaftlich muss ein Unternehmen auch in der Lage sein, Gewinne zu erwirtschaften z.B. um Rücklagen für betriebliche Risiken zu bilden und um Investitionen tätigen zu können. Der eigenverantwortliche und wirtschaftlich geführte Praxisbetrieb muss auch unter wechselnden Marktbedingungen aufrechterhalten werden können. Werden Behandlungen und Operationen bei OKP-versicherten Patienten durch Belegärzte durchgeführt, heisst das per se weniger Zeit für zusatzversicherte Patienten und damit einen Einnahmeverlust.

Konklusion

Die oben dargelegte Argumentation widerlegt die Behauptungen von FINMA und einigen Krankenzusatzversicherern, wonach Belegärzte keine ärztlichen Mehrleistungen an zusatzversicherten Patienten erbringen könnten, weil sie die exakt gleichen ärztlichen Leistungen auch

am OKP-versicherten Patienten erbringen würden. Damit könne keine echte und klar begrenzte ärztliche Mehrleistung mehr für den zusatzversicherten Patienten erfolgen.

Das Gegenteil ist der Fall. Die fachärztlichen Belegärztinnen erbringen primär ärztliche Mehrleistungen an zusatzversicherten Patienten und werden aus regulatorischen Gründen gezwungen, Behandlungen für OKP-versicherte Patienten durchzuführen, für die sie im schweizerischen Gesundheitssystem nicht vorgesehen sind – Behandlungen, für die sie überqualifiziert und stark unterbezahlt sind.

Gerade weil die Belegärztinnen und -ärzte als Zusatzaufgabe eine bedeutsame Funktion in der Weiterbildung erfüllen, ist es weder logisch noch fair, ihnen für ihre vorgesehene privatrechtlich vereinbarte Hauptaufgabe, die individuelle Behandlung zusatzversicherter Patienten mit ausgewiesener hoher Fachkompetenz, ein entsprechendes Entgelt für die ärztlichen Mehrleis-

tungen vorenthalten zu wollen. Im Sinne der arte legis ist zudem mit Nachdruck darauf hinzuweisen, dass es nicht Aufgabe der FINMA sein kann, sich in die privatrechtlichen Verhandlungen von Belegärzten und Zusatzversicherern einzumischen, sondern sich vielmehr auf die Überprüfung der VVG-Prämien, auf deren Höhe und Rechtmässigkeit, zu beschränken. Dies insbesondere, weil sich bereits die grössten Krankenzusatzversicherer einem transparenten Kalkulations- und Abrechnungssystem angeschlossen haben, das die ärztlichen Mehrleistungen eindeutig definiert und pauschalisiert und klar nachvollziehbar darstellt.

Weitere Informationen

Medicalculis GmbH
Witellikerstrasse 40, 8032 Zürich
sekretariat@medicalculis.ch
Telefon 044 387 22 78
www.medicalculis.ch



Mein Erfolg beginnt bei H+ Bildung

Praxisnahe Weiterbildungen für das Gesundheits- und Sozialwesen seit bald 50 Jahren.

