

Titelseite:

Kasse stritt mit Arzt wegen 22 Franken

Zürich. - Krankenkassen dürfen Patientendaten einsehen, um die Richtigkeit von Rechnungen zu prüfen. Dabei müssen sie aber die Verhältnismässigkeit wahren, wie das Bundesgericht jüngst entschieden hat. Ob sich die Kassen daran halten, ist nach einem Fall der Krankenkasse Progrès fraglich. Die Kasse zerstritt sich mit einem Arzt, weil dieser für eine Behandlung 22 Franken zu viel verrechnet haben soll. Der Fall hatte ein juristisches Nachspiel, in welchem dem Arzt attestiert wurde, die Rechnung korrekt ausgestellt zu haben. Kostenpunkt des Verfahrens: mehrere Tausend Franken.

Seite 4:

Teures Verfahren gegen Arzt - wegen 22 Franken

Die Krankenkasse Progrès ging juristisch gegen einen Arzt vor, weil dieser für eine Behandlung 22 Franken zu viel verrechnet habe. Ein Verhältnisblödsinn? Ja, sagt die Ärztesgesellschaft.

Von Stefan Häne

Der Zürcher Arzt Rolf K.* war erstaunt, als er im Juli vergangenen Jahres ein Schreiben der Progrès erhielt. Die Krankenversicherung, Mitglied der Helsana-Gruppe, beanstandete darin einen Fehler, den Rolf K. bei der Erstellung einer Patientenrechnung begangen haben soll. Was war geschehen?

Im April 2006 behandelte Rolf K. einen Patienten, der mit Übergewicht und erhöhten Cholesterinwerten zu kämpfen hatte. Der Arzt nahm deshalb unter anderem eine Fettmessung vor. Zusätzlich begann er, ein Messjournal zu führen, das die Fettwerte des Patienten nachzeichnen sollte. Die beanstandete Periode setzte sich aus zwei Konsultationen zusammen und schlug mit 246.20 Franken zu Buche. 22 Franken zu viel, mäkelte die Progrès in einem Schreiben, das dem TA vorliegt.

Rolf K., so der Vorwurf, habe eine Gebühr (Fettmessung, 12 Franken) und eine Pauschale (Messjournal, 10 Franken) als Nichtpflichtleistung deklariert und verrechnet; dies sei «nicht korrekt». Es handele sich um Pflichtleistungen, die bereits im Tarmed, dem Tarifsystem für ambulante ärztliche Leistungen, vergütet seien. Rolf K. wehrte sich gegen diese «Unterstellung», wie er es nennt. In einem Brief an die Progrès schrieb er im September, die Fettmessung gehöre in den komplementärmedizinischen Bereich, sie sei keine Tarmed-Leistung und dürfe dem Patienten sehr wohl in Rechnung gestellt werden. Dasselbe gelte für das Messjournal.

Arzt hat korrekt abgerechnet

Die Progrès, die sich auf ihrer Homepage als «zuverlässiger Partner» anpreist, blieb trotz der klärenden Worte des Arztes misstrauisch. Am 2. Oktober verlangte sie eine Kopie der Krankenakte des Patienten, «damit wir Ihre Ausführungen prüfen können». Vorsorglich wies sie darauf hin, rechtliche Schritte einzuleiten, falls sich Rolf K. weigern sollte, der Aufforderung nachzukommen - was der Zürcher Arzt prompt tat. Für ihn war klar: Der Schutz des Patienten hat Vorrang. Das Vorpreschen der Progrès lag seiner Ansicht nach «weit ausserhalb jeder Verhältnismässigkeit», zumal er die Krankenakte nicht dem Vertrauensarzt der Kasse aushändigen sollte, sondern direkt einem ihrer Rechtsanwältinnen - womit im Übrigen auch der Patient nicht einverstanden war. Es stelle sich die Frage, so Rolf K., wie weit eine Krankenkasse bei der Abklärung ihrer Leistungspflicht gehen dürfe, um sich nicht selber der Kritik einer «unwirtschaftlichen Geschäftsführung» auszusetzen.

Offenbar sehr weit. Die Progrès zerte den Fall vor die kantonale paritätische Kommission (KPK), ein siebenköpfiges Gremium, das sich aus drei Ärzten, drei Vertretern von Krankenversicherern sowie einem Juristen zusammensetzt. Deren Entscheid, er datiert vom 9. Mai dieses Jahres, fusst auf der jüngsten Rechtsprechung des Bundesgerichtes. Die höchsten Richter des Landes waren zur Auffassung gelangt, Krankenkassen dürften Patientendaten einsehen, um die Richtigkeit von Rechnungen zu überprüfen. Dabei sei jedoch jederzeit das Prinzip der Verhältnismässigkeit zu wahren (TA vom 6. Juni). Die KPK gab der Progrès die Erlaubnis, die Krankenakte einzusehen, allerdings nur jene Teile, die direkt mit der strittigen Abrechnungsperiode in Zusammenhang standen.

Im entscheidenden Punkt gab die KPK dem Zürcher Arzt jedoch Recht: Dieser habe die Rechnung «absolut korrekt» ausgestellt. Überdies kritisierte die Kommission das Vorgehen: Den zahlreichen Korrespondenzen noch ein Verfahren folgen zu lassen, sei «übertrieben». Die Verfahrenskosten in der Höhe von 2500 Franken überwälzte die KPK je zur Hälfte auf die Progrès und auf Rolf K.

Zu einem ähnlichen Schluss gelangte die Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich (AGZ), die den Fall ebenfalls unter die Lupe nahm. Der strittige Rechnungsbetrag von 22 Franken sei «äusserst gering», die Klage der Progrès erscheine als «gesucht». Die Verfahrenskosten - von Rolf K. auf insgesamt 4000 Franken geschätzt - stünden in keinem Verhältnis zur Streitsumme. Den Fall taxierte die Ärztesgesellschaft als derart aussergewöhnlich, dass sie sich «ausnahmsweise und entgegen dem Reglement» bereit erklärte, zwei Drittel der Rolf K. auferlegten Verfahrenskosten zu übernehmen.

Auf einen weiteren Punkt weist der eidgenössische Datenschützer Hanspeter Thür hin. Wie weit die Versicherung bei der Überprüfung von Rechnungen gehen wolle, habe grundsätzlich zwar sie zu entscheiden, sagt er. «Wichtig ist aber, dass zusätzlich verlangte ärztliche Informationen über den Vertrauensarzt der Versicherungen eingespeist werden.» Dies habe auch die paritätische Kommission in ihrem Entscheid festgehalten, betont Thür. Einzig der Vertrauensarzt, der dem Arztgeheimnis unterworfen sei, garantiere, dass «die Verwaltung nur das erhält, was sie unbedingt braucht».

«Unglückliche Eskalation»

Rob Hartmans, Sprecher der HelsanaGruppe, räumt ein, dass der «Preis für die Erkenntnis» in diesem Fall «zu hoch» gewesen sei. Er spricht von einer «unglücklichen Eskalation». Hätte sich der Arzt «auf unser mehrmaliges Nachfragen hin nicht taub gestellt», hätte sich der Fall auch ohne Juristen und KPK klären lassen, gibt sich Hartmans überzeugt. Die Progrès sei lediglich ihrer Pflicht nachgekommen. «Wir wollen Fehlern oder Missbräuchen auf die Spur kommen», beteuert Hartmans. Die Versicherer würden zum Teil «brandschwarz» angelogen. Laut Hartmans kann die Helsana-Gruppe dank ihrer strengen Kontrollen 7 Prozent aller in Rechnung gestellten Beträge kürzen, dies bei einem Gesamtvolumen von 5 Milliarden Franken pro Jahr.

* Name der Redaktion bekannt.

© Tages-Anzeiger