

Attest für ein erweitertes ärztliches Leistungsangebot bei Spitalaufenthalt von Privat- und Halbprivatpatienten

Artikel 12 des KVG unterscheidet ausdrücklich zwischen der sozialen Krankenversicherung und den Zusatzversicherungen (nach Versicherungsvertragsgesetz). Diese seit 1996 praktizierte Trennung der Versicherungsbereiche betrifft namentlich Patienten, Versicherer, Leistungserbringer, das Ausmass der Leistungen und deren Finanzierung.

Diese Aufteilung hat direkte Auswirkungen auf die ärztliche Tätigkeit im Falle einer privaten Spitalbehandlung. Ein Teil des ärztlichen Wirkens geht zu Lasten der Grundversicherung und ist in der Pauschale enthalten, welche an das Spital ausgerichtet wird. Diese Leistungen müssen zweckmässig, wirtschaftlich und wirksam sein (KVG Art. 32). Andere Leistungen, namentlich solche, die nicht als Pflichtleistungen gemäss KVG anerkannt sind oder den Anforderungen von Art. 32 nicht entsprechen, können durch eine Zusatzversicherung abgedeckt werden.

Die GBZ setzt sich zum Ziel, diese zusätzlichen ärztlichen Leistungen für halbprivat-/privatversicherte Patienten klar zu definieren und den Zusatznutzen erkennbar zu machen. Dieses Vorhaben entstand einerseits aus einem Gutachten von Professor Robert Leu (Bern), der bereits im Jahr 2000 feststellte, dass die Versicherten vermehrt Klarheit über den Inhalt der Zusatzversicherung – in Ergänzung zum KVG – wünschen. Andererseits wünscht auch die Schweizerische Patienten-Organisation präzise Angaben über das, was der Halbprivat-/Privatversicherte bei einer stationären Spitalbehandlung an Zusatznutzen erwarten kann.

Ein Bundesgerichtsurteil vom 31. August 2004 hat den Bemühungen, die unsere Vereinigung seit mehreren Jahren anstrebte, Folge gegeben. Anlässlich eines Seminars, das ausschliesslich dem Thema der „Ärztlichen Zusatzleistung“ galt, – namentlich die freie Arztwahl im Falle der stationären Spitalbehandlung für Halbprivat- und Privatversicherte – haben wir weitere Überlegungen über den Mehrwert bei Behandlungen von Zusatzversicherten angestellt. Das Resultat war 2002 ein „8-Punkte-Programm“, welches 2005 zum „10-Punkte-Programm“ weiterentwickelt wurde. Zuletzt wurde die Formulierung 2016 angepasst. Das aktuelle „10-Punkte-Programm“ ist bis Ende 2021 gültig.

- 1. Der Belegarzt erbringt die ärztlichen Leistungen persönlich.**
- 2. Der Belegarzt hat die medizinische Weiterbildung zum Facharzt abgeschlossen und bildet sich stetig fort.**
- 3. Der Belegarzt ist permanent verfügbar und der erleichterte Zugang zu ihm ermöglicht eine persönliche therapeutische Begleitung.**
- 4. Der Belegarzt misst den Wünschen des Patienten hinsichtlich des zeitlichen Ablaufs der Behandlung grosse Bedeutung bei.**
- 5. Der Belegarzt setzt die diagnostischen Untersuchungen und therapeutischen Massnahmen ohne Zeitverzug in Gang. Er kann dabei in angemessenem Rahmen die Einschränkungen der sozialen Versicherung (KVG) übergeben.**
- 6. Der Belegarzt setzt sich in Absprache mit der Klinik dafür ein, für Patienten in der Privat-/Halbprivatabteilung jegliche Warteliste zu vermeiden.**
- 7. Der Belegarzt achtet speziell auf den Schutz der Privatsphäre des Patienten.**
- 8. Der Belegarzt klärt den Patienten im Vorfeld über die zu erwartenden Mehrkosten auf und sorgt anschliessend für eine transparente und verständliche Honorarrechnung. Er weist den Patienten auf die Wichtigkeit einer vorgängigen Kostengutsprache hin.**
- 9. Wo solche bestehen, anerkennt der Belegarzt die paritätische Honorarprüfungskommission der Zusatzversicherungen und deren Spielregeln.**
- 10. Ein vom Belegarzt allenfalls beanspruchter ärztlicher Stellvertreter oder beauftragter Belegarzt, resp. beigezogener Konsiliararzt, erfüllt die Bedingungen gleichermassen.**

Mit diesem Programm, hoffen wir, den Erwartungen aller Versicherten gerecht zu werden, die mit der freiwillig gewählten Zusatzversicherung auch die freie Arzt- und Spitalwahl sicherstellen wollen.