

Medinfo  
Mitteilungen zu  
Themen der  
Privatversicherer

Infoméd  
Bulletin des assureurs  
privés

Versicherungsmedizin  
Médecine des assurances

2012 / 1

**Herausgeber**

Schweizerischer Versicherungsverband SVV

C.F. Meyer-Strasse 14

Postfach 4288

CH-8022 Zürich

info@svv.ch

www.svv.ch

**Redaktionsmitglieder**

Dr. med. Bruno Soltermann, SVV, Vorsitz

Dr. sc. Nat. ETH Beatrice Baldinger Pirotta, Swiss Re

Dr. med. Susanne Habicht, CSS Versicherung

Thomas Lack, Basler Versicherungen

Dr. med. Thomas Mall, Basler Versicherungen

Ingrid Schnitzer-Brotschi, Zurich Schweiz

Peter A. Suter, AXA Versicherungen AG

Dr. med. Urs Widmer, Swiss Re

Anton Zumstein, Helvetia Versicherungen

**Druck**

Länggass Druck AG Bern

**Auflage**

35 800 Expl.

**Download**

[www.svv.ch](http://www.svv.ch) / Publikationen / Versicherungsmedizin

**Prof. Dr. med. Regina Kunz, lic. iur. Yvonne Bollag, Dr. med. Wout de Boer**

Versicherungsmedizin und klinische Medizin

Gemeinsamkeiten und Unterschiede: eine Standortbestimmung ..... 5

**Dr. med. Bruno Soltermann**

Bildungsangebote in der Versicherungsmedizin..... 14

**Dr Bruno Soltermann**

Offres de formation en médecine des assurances ..... 24

**Dr. med. Urs Hürlimann**

Der beratende Arzt im Schadenbereich einer Privatversicherung ..... 32

**Dr. med. Peter Scollar / Dr. med. Jürg Bichsel**

Rolle beratender Ärzte in der Risikoprüfung ..... 38

**Dr. med. Susanne Habicht**

Gesund machen, nicht (einfach) krankschreiben!

Der praktische Fall aus der Krankentaggeldversicherung VVG ..... 46

**Dr Susanne Habicht**

Guérir les assurés, pas (simplement) les mettre en arrêt de travail!

A propos d'un cas pratique tiré de l'assurance d'indemnités journalières LCA.. 50

**Ingrid Schnitzer-Brotschi**

Zusammenarbeit Hausarzt–Case Manager ..... 54

**Hubert Bär**

Herausgabe medizinischer Daten an Versicherer ..... 64

**Hubert Bär**

Transmission de données médicales aux assureurs..... 80

### *Liebe Leserinnen und Leser*

In der vorliegenden Ausgabe des Medinfo möchten wir Ihnen die Versicherungsmedizin näher bringen und Ihnen die vielfältigen Aufgaben der Kolleginnen und Kollegen vorstellen, die sich mit dieser Fachdisziplin im angestellten oder mandatierten Verhältnis mehr oder weniger stark beschäftigen. Wir möchten Ihnen auch die Gemeinsamkeiten zur klinischen Medizin aufzeigen und Ihnen erklären, wie Sie täglich in Ihrer Arbeit mit der Versicherungsmedizin in Kontakt stehen. Praktische Beispiele im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Case Managern sowie den nützlichen Informationen zur Herausgabe medizinischer Daten an die Versicherer runden dieses Medinfo ab.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre.

Freundliche Grüße

*Bruno Soltermann*

### *Chères lectrices et chers lecteurs*

Cette édition d'Infoméd est consacrée à la médecine des assurances que nous aimerions vous faire mieux connaître, avec les multiples tâches qu'elle signifie pour les collègues qui travaillent, du moins partiellement, comme employés ou sous mandat dans ce domaine spécialisé. Nous montrons également les points communs de cette activité avec la médecine clinique et aussi comment, quotidiennement dans votre travail, vous côtoyez la médecine des assurances. A quoi s'ajoutent enfin des exemples concrets relatifs à l'évaluation de l'incapacité de travail et à la coopération entre les médecins et les case managers ainsi que des informations utiles sur la transmission de données médicales aux assureurs.

Je vous souhaite une lecture intéressante.

Avec mes meilleures salutations

*Bruno Soltermann*

# Versicherungsmedizin und klinische Medizin

## Gemeinsamkeiten und Unterschiede: eine Standortbestimmung

Prof. Dr. med. Regina Kunz, lic. iur.

Yvonne Bollag, Dr. med. Wout de Boer

Academy of Swiss Insurance Medicine,  
Universität Basel

### Résumé

*La médecine des assurances ne diffère pas de la médecine clinique autant qu'on ne le présume d'ordinaire. La principale différence réside dans les deux types différents d'interaction avec le patient qui les caractérisent, l'une étant diagnostic-traitement et l'autre expertise-évaluation. La médecine des assurances pourrait profiter d'une meilleure intégration de la médecine fondée sur les preuves.*

### Zusammenfassung

*Die Unterschiede zwischen Versicherungsmedizin und klinischer Medizin sind weniger ausgeprägt als häufig angenommen. Ein essentieller Unterschied liegt in der Interaktion mit dem Patienten – ärztlich-therapeutisch oder gutachterlich-bewertend. Die Versicherungsmedizin könnte von einer stärkeren Integration der evidenzbasierten Medizin profitieren.*

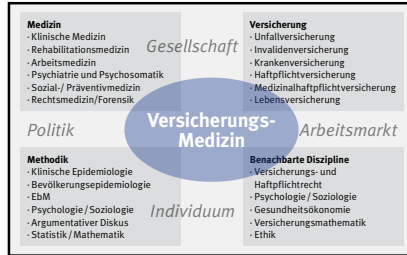
### Einleitung

In vielen Ländern Europas befindet sich die Versicherungsmedizin auf dem Weg, sich als eigene medizinische Disziplin zu etablieren, um für die heterogenen medizinischen Fragen innerhalb von Privat- und Sozialversicherungen das notwendige Wissen und Erfahrung zur Verfügung zu stellen. In der Schweiz hat diese Professionalisierung zur Einrichtung einer Professur für Versicherungsmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel, der Academy of Swiss Insurance Medicine /asim, geführt, angebunden im Bereich Medizin des Universitätsspitals Basel. Die asim deckt alle drei Schwerpunkte einer medizinischen Professur mit Versorgung (polydisziplinäre Begutachtung), Forschung und Lehre ab.

Mit der Entstehung der Versicherungsmedizin entwickelt sich auch das Berufsfeld des Versicherungsmediziners, das aufgrund der vielfältigen Aufgaben interdisziplinär geprägt ist und neben der Medizin multiple Schnittstellen zu anderen Disziplinen aufweist (Abbildung). Diese Vielfalt zeigt auch das von der asim seit 2011 angebotene postgraduale Ausbildungsprogramm «Master Versicherungsmedizin», das von einem breit ver-

ankerten Lehrkörper gestaltet wird, um den verschiedenen Berufsbildern und Anforderungen in der Versicherungsmedizin gerecht zu werden (<http://www.asim.unibas.ch/> asim Lehre und Beitrag «Bildungsangebote in der Versicherungsmedizin» in diesem Medinfo).

Eine Hauptaufgabe der Versicherungsmedizin ist die Einschätzung medizinischer Sachverhalte, um in einem juristischen Kontext medizinisch bedingte Leistungsansprüche zu klären: auf der einen Seite die Taggeldversicherung für kurzfristige Arbeitsunfähigkeit und für einen breiteren Leistungskatalog bei der Invaliden-, Unfall- und Haftpflichtversicherung, inklusive Arzthaftpflichtversicherungen und andererseits auf der Versorgungsseite die Krankenversicherung. Letztere wird im vorliegenden Artikel nur am Rande gestreift, obwohl viele der angesprochenen Prinzipien auch für die Krankenversicherung gelten. Zusätzlich schätzt sie das Risiko für ungünstige Gesundheitsereignisse in der Zukunft (Underwriting, Aufnahme in eine private Versicherung). Daneben sind Versicherungsmediziner als Case Manager für schwere Fälle aktiv oder helfen bei der Gestaltung neuer Produkte und der Entwicklung neuer Märkte, hier durchaus auch im präventiven Bereich.



**Abbildung:** Die Interdisziplinarität der neuen Fachrichtung Versicherungsmedizin. Alle vier Säulen der Versicherungsmedizin – Medizin – Versicherungen – Methodik – benachbarte Disziplinen – sind eingebettet in einem Umfeld aus Politik und Arbeitsmarkt, Gesellschaft und Individuum. Die genannten Disziplinen und Einflussfaktoren sind nicht abschliessend.

Der folgende Vergleich zwischen der Versicherungsmedizin und der klinischen Medizin legt seinen Schwerpunkt auf die Begutachtung und betrachtet zuerst die Gemeinsamkeiten, dann die Unterschiede zwischen den beiden Richtungen und zeigt anschliessend auf, was die junge Disziplin Versicherungsmedizin von der altherwürdigen klinischen Medizin lernen kann.

## Gemeinsamkeiten

### Beiden gemeinsam ist die «Medizin» als Mutterdisziplin

Die gemeinsame Ausbildung zum Arzt und die Weiterbildung in der Regel zum Facharzt, die Entwicklung gemeinsamer professioneller Werte und Sozialisierung als Arzt gewähren dem Versicherungsmediziner und dem behandelnden Arzt eine wichtige Voraussetzung, um miteinander zu kommunizieren und die unterschiedlichen Perspektiven zu teilen und mitzuteilen.

### Die medizinischen Grundthemen

Der behandelnde Arzt wie der Versicherungsmediziner befassen sich in ihrer Arbeit mit den grossen ärztlichen Grundthemen: Ätiologie / Diagnose, Screening / Prognose / Prävention / Therapie / Rehabilitation. Allerdings fällt die Gewichtung unterschiedlich aus.

Der Arzt in der klinischen Medizin handelt. Damit liegt sein Fokus stärker auf der Früherkennung (Screening) und Beschwerdeabklärung (Diagnostik) und in der Folge auf Massnahmen zur Verhinderung (Prävention) oder Behandlung (Therapie) von Krankheiten und der Wiederherstellung des früheren körperlichen, psychischen und sozialen Zu-

stands der Patienten (medizinische Rehabilitation). Fragen der Prognose, der Ätiologie und Kausalität treten eher in den Hintergrund.

Der Versicherungsmediziner bewertet. In der versicherungsmedizinischen Begutachtung wie auch in der Risikobewertung des Underwritings steht die Einschätzung der Prognose einer Person im Zentrum: Wie gross ist das Risiko des Antragstellers aufgrund welcher Faktoren, einen bestimmten Gesundheits- oder Krankheitszustand zu erreichen? Medizinische Gutachten für die Unfallversicherung, einschliesslich der Beurteilung von Berufserkrankungen, erfordern Wissen über die Ätiologie (Kausalität), d.h. über die Zuordnungen, welche Noxe (zu welchem Anteil) einen Gesundheitsschaden hervorrufen kann. Präventive Massnahmen erhalten insbesondere in der Unfallverhütung vermehrte Aufmerksamkeit. Diagnostische, therapeutische und rehabilitative Massnahmen haben dagegen einen weniger prominenten Stellenwert.

Ein besonderer Fall ist die Begutachtung bei Arzthaftpflichtfragen, wo ausgewiesene Experten mit gutem theoretischem Wissen und langjähriger praktischer Erfahrung in ihrem Fach nicht nur die Kla-

viatur der klinischen Grundthemen beherrschen, sondern mit der notwendigen Sorgfalt einen Abgleich des Falls mit dem professionellen Standard vornehmen müssen, um schicksalhafte Entwicklungen von unzureichender Sorgfaltspflicht abzugrenzen.

Um ihrer Verantwortung gegenüber dem einzelnen Patienten, dem Versichertenkollektiv und der Gesellschaft gerecht zu werden, müssen sich der behandelnde Arzt wie der Versicherungsmediziner über die neuesten medizinischen Entwicklungen in Diagnostik und Behandlung und die neuesten Forschungserkenntnisse zu Krankheitsverläufen auf dem Laufenden halten, gesichertes Wissen von medizinischen Moden unterscheiden und das Wissen kritisch in ihren Arbeitsalltag einbringen können.

### **Beide Mediziner arbeiten in einem Versicherungskontext**

Beide, der Mediziner in der Patientenversorgung wie der Versicherungsmediziner, bewegen sich in einem Versicherungskontext. Im Hinblick auf die verschreibbaren diagnostischen und therapeutischen Leistungen agiert der praktizierende Arzt in dem Rahmen, den die obligatorische Krankenversicherung

vorgibt. Selten einmal liegt eine Grauzone vor, bei der die Leistungsrückstattung im Ermessensspielraum des Vertrauensarztes einer Krankenversicherung liegt oder es handelt sich um freiwillig versicherbare Zusatzleistungen. Leistungen ausserhalb des so definierten Leistungskatalogs muss der Patient vollständig aus der eigenen Tasche («out of pocket») bezahlen.

Demgegenüber klärt der Versicherungsmediziner den medizinischen Sachverhalt im vertraglichen oder gesetzlichen Kontext von Versicherungen ab. Aber er hat durchaus Möglichkeiten, auch in die kurative Versorgung des Patienten einzugreifen, z. B. im Rahmen der Begutachtung über die Empfehlung von weiteren diagnostischen und therapeutischen Massnahmen vor Eintritt einer Leistungsgutsprache.

### **Fliessender Übergang zwischen Versorgung und Versicherungsmedizin**

Erscheinen die handlungsorientierte klinische Medizin und die bewertende Versicherungsmedizin auf den ersten Blick als Gegenpole ärztlicher Tätigkeiten, zeigt sich auf den zweiten Blick ein Kontinuum mit fliessendem Übergang. So agieren behandelnde Ärzte bereits als



«Gutachter», wenn sie ihrem Patienten eine ärztliche Bestätigung z. B. für eine sportliche Betätigung ausstellen oder ihn wegen Grippe eine Woche «krankschreiben». In diesen Situationen nehmen sie – oft unbewusst – einen Rollenwechsel vor.

In der Schweiz sind behandelnde Ärzte oft auch als Gutachter oder beratende Ärzte für Versicherer tätig. Eine asymmetrische Untersuchung unter Psychiatern zeigt für die Schweiz breiten Konsens, dass gutachterlich tätige Ärzte auch eigene Patienten betreuen sollten. Der ausschliesslich als Gutachter tätige Arzt ist hier seltener zu finden und wird eher kritisch beäugt. Das kann in anderen Ländern ganz anders sein. So haben die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland ihren eigenen medizinischen Dienst (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände MDS / Medizinischer Dienst der Krankenkassen MDK) oder bei den Rentenversicherern in den Niederlanden beurteilen vollberufliche Gutachter mit Facharzt in Versicherungsmedizin die Patienten. Dabei erfolgt die Facharzt-ausbildung in einer Rotation zwischen Sozial- und Privatversicherern.

## Unterschiede

### Interdisziplinarität der Disziplin

Die Versicherungsmedizin lebt von der Interdisziplinarität. Versicherungsmedizinische Fragestellungen reichen in die medizinischen, rechts-, natur-, und geisteswissenschaftlichen Fachrichtungen, wie auch diese aus ihrer eigenen Disziplin heraus Interessen und Berührungspunkte mit versicherungsmedizinischen Fragestellungen aufweisen (siehe Abbildung). Allerdings fristen Experten mit versicherungsmedizinischem Interesse in ihrer Mutterdisziplin meist ein weitgehend unbemerktes Nischendasein und ihre Diskussionsbeiträge und Forschungsergebnisse bleiben auch unter den Versicherungsmedizinern weitgehend unbeachtet. Versicherungsmedizin als eigene Disziplin hat die Möglichkeit, die Experten aus ihren Nischen herauszulocken und ihnen eine Plattform zu bieten, die öffentlichen Diskurs und Austausch ermöglicht und die Weiterentwicklung und Ausgestaltung des Faches vorantreibt.

### Fokus und Verantwortlichkeit

In der klinischen Medizin steht eine Person mit ihren individuellen Bedürfnissen

im Vordergrund, wenn sie wegen gesundheitlichen Problemen und Anliegen den Arzt aufsucht. Dabei übernimmt der Arzt mit Verständnis und Empathie die Rolle des medizinischen Anwalts des Patienten, und der Patient vertraut dem Arzt, dass dieser ihn nach bestem Wissen und aktuellem Standard versorgt. In der Begutachtung fordert der Versicherte aufgrund von gesundheitlichen Einbußen von der Gesellschaft oder dem Versicherungskollektiv eine Leistung ein, für die er sich in der Vergangenheit versichert hat: Invaliden-Rente (IV / UV); Übernahme von beruflichen Reintegrationsleistungen (IV) Behandlungskosten (UV / KV); Entschädigung für einen Gesundheitsschaden (UV / Haftpflicht). Ein Arzt überprüft Eintritt, Ausmass und Ursache des Schadenfalles oder es geht um eine Einschätzung der zukünftigen Gesundheitssituation bei Aufnahme in eine Versicherung (Underwriting, Aufnahme in eine private Krankenversicherung oder Lebensversicherung). Hier agiert der Versicherungsmediziner in der Rolle des medizinischen Sachverständigen und hilft damit, zwischen den Ansprüchen des einzelnen und dem Kollektiv der Versicherten respektive der Gesellschaft abzuwägen.

Um den Vorwurf, der Gutachter sei «Anwalt des Versicherers» von vorneherein aus dem Weg zu räumen, wählen viele Versicherer in kritischen Fragen einen Sachverständigen, der weder vom Versicherer angestellt ist noch den Patienten behandelt und der damit in gleicher Distanz von den Interessen des Versicherers wie von denjenigen des Patienten eine medizinische (Leistungs-) Einschätzung der strittigen Frage abgibt. Dabei steht der kollektive Vertrag zwischen dem Individuum und der Gemeinschaft der Versicherten im Vordergrund, und der sachverständige Arzt entscheidet als Vertreter der Werte des Kollektivs. In weniger strittigen Fällen, wenn die Interessen von Versicherer und Versicherten eher kongruent scheinen, beurteilen angestellte Versicherungsmediziner die medizinischen Zusammenhänge und die zu erwartenden Folgen. Diese Beurteilungen fliessen dann in den weiteren administrativen Prozess ein.

### **Ethische Fragen und Werte**

Begutachtungen sind sehr speziell und für die meisten betroffenen Menschen eine ungewohnte Situation. Umso wichtiger ist es, dass sich die betroffenen Personen klar sind über die Rahmenbe-

dingungen, in denen sie sich befinden. Dafür erhalten sie besonderen Schutz durch die Standesordnung der FMH, die explizit verlangt, dass Gutachter die Patienten über die nicht-therapeutische Beziehung aufklären, die in der Begutachtungssituation gegeben ist und ihnen auch die damit verbundenen Konsequenzen aufzeigen, wie z. B. die Aufhebung der Schweigepflicht. Auch die Wertvorstellungen, die den anstehenden Entscheidungen zugrunde liegen, sind in einer therapeutischen Arzt-Patienten-Beziehung andere – hier fließen primär die Patientenwerte in die Entscheidungen ein – als in einer gutachterlichen Situation, bei der die Kollektivwerte mitberücksichtigt werden müssen.

### **Wo kann die junge Disziplin Versicherungsmedizin von der altehrwürdigen klinischen Medizin lernen?**

Zum jetzigen Zeitpunkt ist die Versicherungsmedizin unverändert stark auf das medizinische Expertenwesen ausgerichtet. Sie hat die Entwicklungen der letzten 20 Jahre in der klinischen Medizin verschlafen, in der auch Expertenmeinungen mit Studienwissen wissenschaftlich be-

legt sein müssen. Stichwort: Evidenzbasierte Medizin. National und international sind viele gesetzliche Krankenversicherer inzwischen dazu übergegangen, vor einer regelhaften Leistungsübernahme unabhängig durchgeführte Wirksamkeitsnachweise für Leistungen einzufordern, die von ihnen mit den öffentlichen Mitteln (Prämien und Steuern) finanziert werden sollen. Die privaten Krankenversicherer haben in der Regel diesen Anforderungen nachgezogen. Auch die Schweiz hat mit dem Medical Board eine neue leistungsbewertende Institution eingerichtet. Braucht es mehr evidenzbasierte Versicherungsmedizin? Die Antwort ist ein eindeutiges JA. Es existieren bereits Konzepte für evidenzbasiertes Underwriting und evidenzbasierte Risk Assessments, nicht zuletzt motiviert durch den Druck von Verbrauchern, die zugrundeliegende Risikoberechnung für ein bestimmtes medizinisches Problem offen zu legen.

Wie könnte auch eine evidenzbasierte Begutachtung ausschauen? Hier lohnt es sich, von den Erfahrungen der klinischen Medizin zu lernen: Vor 22 Jahren hat die klinische Medizin angefangen, den professionellen Standard in Form von Expertenmeinungen durch Behand-

lungsgleitlinien zu ersetzen. Deren Entwicklung und Präsentation ist über die Jahre zunehmend evidenzbasierter, strukturierter, und transparenter geworden sind. Seit kurzem existiert mit dem GRADE System ein internationaler Konsens zur Leitlinienentwicklung, um eine glaubwürdige und informative Grundlage für die Behandlung individueller Patienten zu bilden. Die deutsche Rentenversicherung kennt für unterschiedliche Krankheitsbilder einen professionellen Begutachtungsstandard – auch wenn er für viele Themen gerne etwas 'evidenzbasierter' sein dürfte. Empfehlungen sind handlungsorientiert. Viele gutachterliche Fragestellungen drehen sich jedoch um Überlegungen zur Prognose und zur Kausalität. Hier helfen Evidenzsynthesen in Form von systematischen Reviews und Meta-Analysen weiter, in denen das Studienwissen zusammengetragen, bewertet und nutzerfreundlich aufgearbeitet ist. Dieses Studienwissen kann der einzelne Gutachter abrufen und in die Bewertung seines individuellen Begutachtungspatienten einbauen. Dazu gibt es bereits Vorbilder aus der Versicherungsmedizin: Störungen assoziiert mit Schleudertrauma; evidenzbasierte Leitlinien der

WHO und aus Australien zum Mild Traumatic Brain Injury. Mit einem evidenzbasierten Vorgehen erhalten auch die Richter im Streitfall die erforderliche Transparenz über die Gesamt-Situation zur Beurteilung von Sachverhalten und können die Fälle damit sachgerechter entscheiden.

Aktuell ist das versicherungsmedizinische Wissen weit verstreut und oft nur schwer auffindbar. Die klinische Medizin hat uns mit der Cochrane Collaboration vorgemacht, wie eine Sammlung des vorhandenen versicherungsmedizinischen Wissens aussehen könnte. Die Cochrane Collaboration hat in einer nun 20-jährigen internationalen Zusammenarbeit bisher mehr als 7000 systematischen Reviews zu präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Interventionen erstellt und in der Fachwelt wie der Öffentlichkeit verbreitet. Die Versicherungsmedizin braucht ein vergleichbares Studienregister für versicherungsmedizinische Fragestellungen – insbesondere zu Fragen der Prognose, der Diagnostik (einschliesslich der Diagnostik der Leistungsfähigkeit) und der Ätiologie und eine Zusammenarbeit zur Erstellung von systematischen Reviews. Mit einer solchen systemati-

schen Erhebung und Analyse werden auch die wichtigsten Wissenslücken in der versicherungsmedizinischen Forschung offengelegt. Mit internationaler Anstrengung wird dieses Ziel gelingen. Die klinische Medizin hat uns gezeigt, dass es möglich ist.

#### Literaturverzeichnis

1. Swiss Medical Board. [www.medical-board.ch/](http://www.medical-board.ch/) (Zugriff am 10.4.2012)
2. Milano AF. Evidence-based Risk Assessment. *J Ins Med* 2001; 33:239-250.
3. Australian Human Rights Commission. Guidelines for Providers of Insurance and Superannuation [www.hreoc.gov.au/disability\\_rights/standards/insurance/insurance\\_adv.html](http://www.hreoc.gov.au/disability_rights/standards/insurance/insurance_adv.html) (Zugriff am 10.4.2012)
4. M.J. Field and K.N. Lohr (eds.) *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program*. Institute of Medicine. 1990. Washington, DC: National Academy Press. p. 38.
5. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008; 336(7650):924-926
6. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg). *Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung*. Springer Berlin Heidelberg; Auflage: 7. aktualisierte Aufl.
7. Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, Cassidy JD, Duranceau J, Suissa S et al. Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders: redefining «whiplash» and its management. *Spine* 1995; 20 (8 Suppl): 1S-73S.
8. Cassidy JD, von Holst H, Nygren A, Schubert J, Carroll LJ, Peloso PM et al. Best evidence synthesis on mild traumatic brain injury: results of the who collaborating centre for neurotrauma, prevention, management and rehabilitation task force on mild traumatic brain injury. *J Rehabil Med Suppl* 2004; 43.
9. Motor Accidents Authority New South Wales, Guidelines for mild traumatic brain injury following closed head injury, MAA, Editor. 2008, Sydney. <http://www.maa.nsw.gov.au/default.aspx?MenuID=148> (Zugriff am 10.4.2012)
10. The Cochrane Collaboration [www.cochrane.de](http://www.cochrane.de) (Zugriff am 10.4.2012)
11. Die Cochrane Library. [www.thecochrane-library.com](http://www.thecochrane-library.com) (Zugriff am 10.4.2012)

## Bildungsangebote in der Versicherungsmedizin

### Dr. med. Bruno Soltermann

Facharzt für Chirurgie FMH  
 Chefarzt Schweizerischer  
 Versicherungsverband  
 C.F. Meyer-Strasse 14  
 Postfach 4288  
 8022 Zürich

### Zusammenfassung

*Die versicherungsmedizinischen Bildungsangebote haben in den letzten Jahren dank verschiedenen neuen und notwendigen Institutionen zugenommen und das diesbezügliche Interesse innerhalb der Ärzteschaft ist gewachsen. Die Swiss Insurance Medicine (SIM) ist die wichtigste, grösste und auch aktivste versicherungsmedizinische Institution und bildet Gutachter und Arbeitsfähigkeitsassessoren aus. Zusätzlich ist sie auch in der Weiter- und Fortbildung in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung und die Risikoprüfung in den Personenversicherungen tätig. Die Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV) führt den Kurs zur Erlangung des Fähigkeitsausweises Vertrauensarzt durch und die Academy of Swiss Insurance Medicine (asim) bietet zusammen mit dem Schweizerischen Tropen- und Public*

*Health Institut (Swiss TPH) einen Master of Advanced Studies in Versicherungsmedizin an.*

### Einleitung

Bereits in der Ausgabe des Medinfo 2007/1 habe ich die Bildungsmöglichkeiten der Ärzteschaft zum damaligen Zeitpunkt beschrieben (1). In den vergangenen fünf Jahren sind nun doch noch wesentliche weitere Bildungsangebote entstanden und Änderungen in den vorbestehenden Angeboten vorgenommen worden, sodass sich eine aktualisierte Information zu den Bildungsmöglichkeiten im Bereiche der Versicherungsmedizin aufdrängt.

### Versicherungsmedizinische Institutionen mit entsprechenden Bildungsangeboten

Die für die Ärzteschaft wichtigste Gesellschaft im Bereiche der versicherungsmedizinischen Weiter- und Fortbildung ist die **Swiss Insurance Medicine SIM**. Obwohl erst seit 2003 bestehend hat sie sich zum wichtigsten diesbezüglichen Bildungsanbieter in der Ärzteschaft entwickelt. Die Fortbildung zu den

medizinischen, chiropraktischen und neuropsychologischen Gutachtern oder zu den zertifizierten Arbeitsfähigkeitsassessoren sucht seinesgleichen.

Ein unentgeltlich zu beziehendes Referat zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit (AUF) und dazugehörige Broschüren zur AUF sowie zur zumutbaren Arbeitstätigkeit sind für die gesamte Ärzteschaft eine wesentliche Hilfe.

Für die Belange der Risikoprüfung in den Personenversicherungen führt die SIM jährlich entweder einen halbtägigen Grundkurs oder ein Forum durch, wobei das Hauptaugenmerk auf die Risikoprüfung in der Lebensversicherung gelegt wird.

Zusätzlich stellt die SIM auf ihrer Webseite eine eLearning-Plattform Versicherungsmedizin zur Verfügung und im Bildungskatalog kann man die entsprechenden aktuellen Bildungsangebote einsehen.

Die **Academy of Swiss Insurance Medicine (asim)** und **das Schweizerische Tropen- und Public Health Institut (Swiss TPH)** bieten seit 2011 einen Master of Advanced Studies in Versicherungsmedizin (MAS VMed) an der Universität Basel an.

Den Fähigkeitsausweis Vertrauensärzte kann man bei der **Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte SGV** erwerben.

Weitere Schweizerische Gesellschaften, welche sich an Tagungen und Kongressen versicherungsmedizinischen Fragen stellen, jedoch diesbezüglich keine Lehrveranstaltungen anbieten, sind die **Schweizerische Gesellschaft für Traumatologie und Versicherungsmedizin SGTV**, die **Schweizerische Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie SGVP** sowie die **Association romande des praticiens en expertise médicale Arpem**.

Informationshalber seien auch noch internationale Institutionen erwähnt:

**CEREDOC Confédération d'associations nationales de médecins experts en l'évaluation du dommage corporel** ist eine internationale Institution, in welcher sich französische, italienische, spanische, portugiesische und belgische versicherungsmedizinische Institutionen zusammengeschlossen haben und sich der Bildung versicherungsmedizinischer Fachpersonen widmet.

**EUMASS European Union of Medicine in Assurance and Social Security** ist eine

Europäische Institution (Belgien, Deutschland, England, Finnland, Frankreich, Irland, Norwegen, Rumänien, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn), die sich versicherungsmedizinischen Themen widmet.

In den Vereinigten Staaten ist es die **American Academy of Insurance Medicine AAIM**, welche die Bildung versicherungsmedizinischer Personen vorantreibt.

#### Nationale und internationale versicherungsmedizinische Institutionen

Swiss Insurance Medicine SIM	<a href="http://www.swiss-insurance-medicine.ch">www.swiss-insurance-medicine.ch</a>
Academy of Swiss Insurance Medicine asim	<a href="http://www.asim.unibas.ch">www.asim.unibas.ch</a>
Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte SGV	<a href="http://www.vertrauensaerzte.ch">www.vertrauensaerzte.ch</a>
Schweizerische Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie SGVP	<a href="http://www.sgvp.ch">www.sgvp.ch</a>
Schweizerische Gesellschaft für Traumatologie und Versicherungsmedizin SGTV	<a href="http://www.sgtv.org">www.sgtv.org</a>
Association romande des praticiens en expertise médicale ARPEM	<a href="http://www.arpem.ch">www.arpem.ch</a>
Confédération d'associations nationales de médecins experts en l'évaluation du dommage corporel CEREDOC	<a href="http://www.ceredoc.eu">www.ceredoc.eu</a>
European Union of Medicine in Assurance and Social Security EUMASS	<a href="http://www.eumass.com">www.eumass.com</a>
American Academy of Insurance Medicine AAIM	<a href="http://www.aaimedicine.org">www.aaimedicine.org</a>



## Bildungsangebote im Einzelnen

### Fortbildungslehrgang der SIM zum zertifizierten Gutachter

Die Swiss Insurance Medicine SIM bietet seit 2006 einen Zertifikatslehrgang für medizinische Gutachterinnen und Gutachter in vier zweitägigen Modulen an. Chiropraktoren und Neuropsychologen können den Kurs ebenfalls absolvieren. Sämtliche Versicherungsbereiche werden dabei abgedeckt (Unfall-, Invaliden-, Militär-, Kranken-, Krankentaggeld-, Haftpflicht-, Privatversicherung). Für Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung, welche zur Erlangung ihres

Facharztstitels den Grundkurs in Begutachtung absolvieren müssen, haben wir das Modul 1 spezifisch auch auf das gutachterliche Grundwissen ausgelegt.

Der gesamte Lehrgang wurde von Anfang an mit den medizinischen Fachgesellschaften konzipiert. Die Referenten und Workshopleiter für die medizinischen Aspekte stammen aus Kliniken innerhalb und ausserhalb von Universitäten, Praxen und Versicherern, diejenigen für die juristischen Aspekte aus Universitäten, Anwaltskanzleien und Versicherern.

Zur Erlangung des Zertifikates muss vor

**Abbildung 1: Fortbildung zum zertifizierten Gutachter**

<p><b>Modul 1</b> Rechtliche und versicherungstechnische Aspekte der Gutachtenerstellung</p>	<p><b>Modul 2</b> Besondere Aspekte der Begutachtung sowie das Thema Psyche und Soma</p>
<p><b>Modul 3</b> Fachspezifischer Kurs in enger Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften</p>	<p><b>Modul 4</b> Fachspezifischer Kurs in enger Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften</p>
<p><b>Abschluss als «zertifizierter medizinischer Gutachter SIM», «zertifizierter neuropsychologischer Gutachter SIM» oder als «zertifizierter chiropraktischer Gutachter SIM»</b></p>	

Quelle: [www.swiss-insurance-medicine.ch](http://www.swiss-insurance-medicine.ch)

dem vierten Modul ein selbsterstelltes Gutachten oder ein Bericht von gutachterlichem Wert eingereicht werden, welches von einem Mediziner gleicher Fachrichtung und einem Juristen beurteilt wird.

Bis Ende 2011 wurden 771 medizinische Gutachterzertifikate erteilt, zusätzlich auch 21 Zertifikate neuropsychologischer und eines chiropraktischer Ausrichtung.

Die Zertifikatsinhaber/innen wie auch die Details des Kurses können auf der Webseite der SIM eingesehen werden. Die Kurse werden in deutscher und französischer Sprache angeboten.

### **Fortbildungslehrgang der SIM zum zertifizierten Arbeitsfähigkeitsassessor ZAFAS**

Dieser seit 2010 bestehende Fortbildungskurs setzt sich ebenfalls aus vier Modulen zusammen und richtet sich hauptsächlich an praktizierende Ärzte, die ihr Wissen im Bereich der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung verbessern wollen. Die ZAFAS-Ausbildung beinhaltet nebst der Vermittlung von rechtlichen und medizinischen Grundlagen der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung viele praktische Übungen bei der Beurteilung häufiger

Probleme aus dem somatischen und psychiatrischen Bereich. Zusätzlich werden kommunikative Fähigkeiten wie das Überbringen «schlechter» Botschaften, der Umgang mit Arztkollegen und Arbeitgebern vertieft sowie das Verhalten bei Diskrepanzen und Betrugsverdacht geschult.

Die ZAFAS-Abklärung soll nicht die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte beschneiden. Es kommt aber immer wieder vor, dass behandelnde Ärzte nach einer gewissen Behandlungszeit bei der Beurteilung, ob eine Gesundheitsschädigung überhaupt noch einen Arbeitsausfall begründen, in einen Rollenkonflikt geraten, zum einen als Behandelnder dem Individuum verpflichtet zum andern als Beurteilender der Gesellschaft gegenüber. In solchen Zweifeln ist es gut zu wissen, dass man eine Zweitmeinung einholen kann. Es ergibt sich aber gelegentlich auch aus Sicht von Arbeitgebern und Versicherern der Wunsch nach einer Zweitmeinung bei unerklärlich langen oder wiederholten Arbeitsabsenzen. Bei solchen durch ZAFAS vorgenommenen Beurteilungen stehen arbeitsprognostische Aspekte im Vordergrund mit einer möglichst zuverlässigen Einschät-

zung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit und dienen somit einer Weichenstellung in der beruflichen Eingliederung. Zusätzlich können auch noch Hinweise gegeben werden über allfällige noch in Angriff zu nehmende medizinische und therapeutische Massnahmen unter Berücksichtigung der beruflichen Reintegration. Die Ergebnisse werden in einem kurzen Bericht zu Händen des Auftrag-

gebers unter Berücksichtigung des Arztgeheimnisses festgehalten. Auch hier gilt, dass die Zertifikatsinhaber/innen wie auch die Details des Kurses auf der Webseite der SIM eingesehen werden können. Die Kurse werden vorläufig nur in deutscher Sprache angeboten, ein französischsprachiger Kurs ist in der Anfangsentwicklung.

**Abbildung 2: Fortbildung zum zertifizierten Arbeitsfähigkeitsassessor (ZAFAS)**

<b>Modul 1</b> Rechtliche und medizinische Grundlagen des Arbeitsfähigkeitsassessments	<b>Modul 2</b> Arbeitsfähigkeitsassessment im institutionenübergreifenden Prozess der Wiedereingliederung
<b>Modul 3</b> Arbeitsfähigkeitsassessment in der Grundversorgung	<b>Modul 4</b> Management des Arbeitsfähigkeitsassessments: Anforderungen, Dokumentationen, Formulare, Berichte
<b>Abschluss mit Zertifikat</b>	

Quelle: [www.swiss-insurance-medicine.ch](http://www.swiss-insurance-medicine.ch)

### **SIM-Ausbildungsmodul über Arbeitsunfähigkeit**

Parallel zur Broschüre «Arbeitsunfähigkeit: Leitlinien zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nach Unfällen und bei Krankheit» hat die SIM unter Mitwirkung

ihrer Mitglieder ein Modul zur Arbeitsunfähigkeit entwickelt.

Mit diesem Weiter- und Fortbildungsmodul kann den Ärztinnen und Ärzten in den Praxen und Spitälern dargelegt werden, dass die Beurteilung der Arbeits-

unfähigkeit eine anspruchsvolle Aufgabe ist und in ein therapeutisches Konzept eingepasst werden muss unter dem Motto: «primum nil nocere». Das Modul dauert rund eine Stunde. Zuerst werden mittels einer Standardpräsentation durch einen SIM-Referenten oder eine SIM-Referentin die wesentlichen Merkmale zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit präsentiert und anschliessend werden verschiedenste Fälle besprochen.

Ärztevereinigungen und Spitäler können ihr Interesse für das Modul bei der SIM-Geschäftsstelle kundtun. Diese wird dann für eine Referentin oder einen Referenten sowie die Unterlagen besorgt sein. Das Modul ist kostenlos. Es sind lediglich die Lokalitäten und die Infrastruktur zur Verfügung zu stellen. Die Module können in deutscher, französischer und italienischer Sprache angeboten werden.

### **Risikoprüfung in der Personenversicherung durch die SIM**

Der halbtägige Grundkurs der SIM beinhaltet die Bedarfsermittlung, die Produkte der Lebensversicherer, die Technik der Lebensversicherung, den Prozess in

der Einzellebensversicherung sowie die Risikoprüfung anhand von Fallbeispielen. Im Forum Risikoprüfung in der Personenversicherung werden jeweils Themen der vorangegangenen halbjährlich erscheinenden Medinfos des Schweizerischen Versicherungsverbandes vertieft besprochen und somit die medizinische Risikoprüfung den Teilnehmenden ebenfalls anhand von Beispielen auf verständliche Art und Weise näher gebracht.

Die Ausschreibungen zu diesen Kursen erfolgen meist auf der letzten Seite des Medinfo sowie auf der Webseite der SIM. Die Kurse werden nur in deutscher Sprache angeboten.

### **Master of Advanced Studies in Versicherungsmedizin (MAS VMed) an der Universität Basel**

Es handelt sich hierbei um ein sechsemestriges berufsbegleitendes Nachdiplomstudium der Universität Basel, angeboten von der asim und dem Swiss TPH in Kooperation mit der Medizinischen Fakultät Wien und dem Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Eberhard Karls Universität Tübingen zur Erlangung eines postgradualen Masters. Der Studiengang richtet sich an Medizi-

nerInnen, JuristInnen, ÖkonomInnen und anderen ExpertInnen in diesem Fachgebiet und hat zum Ziel, den Absolvierenden die sozialen und privaten Versicherungssysteme mit deren Auswirkungen

auf Ökonomie und Gesellschaft zu vermitteln. Die Absicherung und Finanzierbarkeit von Gesundheit, Krankheit, Erwerbsunfähigkeit und Rente stehen im Mittelpunkt des Studiengangs. Fokus-

### Abbildung 3: Master of Advanced Studies in Versicherungsmedizin

<b>Grundkurse, inkl. Gesundheitswesen</b>	Einführung in die Versicherungsmedizin/Methodik Einführung Schwerpunkt Public Health/Epidemiologie Gesundheitssysteme, national, international Gesundheitsversorgung, KVG u. UVG, Gesundheitsrecht
<b>Vertiefungskurse</b>	Finanzen, Verantwortlichkeiten, Gesundheitssoziologie Biostatistik und Critical Reading Sozial- und Privatversicherung, Medizinalhaftpflicht Prävention, Schadenminderung, Betreuungsmanagement EBM, praktische Ethik, interdisziplinäre Kommunikation
<b>Arbeit und Gesundheit</b>	Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit Betriebliches Gesundheitsmanagement und betriebliche Reintegration
<b>Klinik und Praxistransfer</b>	Kasuistik Schadenbearbeitung und -beurteilung Risikobeurteilung und -handling -Underwriting Epi- und Endemien, Pandemien
<b>Internationale Module</b>	Deutschland und Österreich oder Individualort Überblick und vertiefte Arbeit gemäss Portfolio
<b>Portfolio</b>	Eigene Lernaktivitäten, um die individuell definierten Lernziele zu erreichen
<b>Masterthesis</b>	Methodik-Workshops Examina

siert werden neben dem schweizerischen System auch die Systeme von Deutschland und Österreich. Es werden die individuelle Risikoeinschätzung, die Begutachtung im Leistungsfall sowie die medizinische und berufliche Rehabilitation und die Prävention erörtert.

In dem über drei Jahre laufenden berufsbegleitenden Studiengang werden in einem modularen System Wissen und Anwendungsfähigkeiten aus den Bereichen Epidemiologie und Public Health, Versicherungs- und Gesundheitsrecht, Versicherungsmathematik, Versicherungs- und Gesundheitsökonomie sowie dem Berufsfeld Versicherungsmedizin vermittelt. Schwerpunkte werden auf die interdisziplinäre didaktische Vernetzung und den Wissensaustausch innerhalb Europas (deutschsprachig) gelegt, wozu ein mindestens zweiwöchiges Auslandspraktikum gehört.

Die Präsenzmodule sind über zwei Jahre verteilt, wobei etwa alle 2 Monate ein einwöchiges Modul stattfindet. Im dritten Jahr wird die Masterarbeit verfasst, welche Themen aus den Tätigkeitsbereichen der Studierenden beinhalten können. Über die gesamte Studiendauer wird im Weiteren ein Lern Portfolio erstellt, das die Möglichkeit gibt, indivi-

duelle Lerninteressen in das Masterstudium zu integrieren.

Mit dem Erwerb des Masters in Versicherungsmedizin kann der Erwerb des Fähigkeitsausweises Vertrauensarzt der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte und des Gutachterzertifikats der Swiss Insurance Medicine verbunden werden.

#### **Kurs zum Erwerb des Fähigkeitsausweises Vertrauensarzt**

Die Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte SGV führt gestützt auf das Fähigkeitsprogramm Vertrauensarzt den Kurs zur Erlangung des Fähigkeitsausweises durch. Der Kurs beinhaltet fünf Module zu je 2,5 Tagen und wird mit einer Prüfung abgeschlossen. Die Kurssprache ist deutsch. Die Module werden von zweisprachigen Modulbegleitern betreut, welche Kurs teilnehmende mit französischer Muttersprache im Bedarfsfall unterstützen.

Der Fähigkeitsausweis Vertrauensarzt ist neben einer mindestens fünfjährigen Tätigkeit in einer Arztpraxis oder in leitender spitalärztlicher Stellung eine Voraussetzung um als Vertrauensarzt nach Krankenversicherungsgesetz KVG tätig sein zu können.

**Referenz**

1. Bedürfnisse und Bildungsmöglichkeiten der Ärzteschaft im versicherungsmedizinischen Bereich; Medinfo 2007/1; <http://www.svv.ch/de/publikationen>

## Offres de formation en médecine des assurances

**Dr Bruno Soltermann,**

spécialiste en chirurgie FMH  
médecin-chef de l'Association  
Suisse d'Assurances  
C.F. Meyer-Strasse 14  
CP 4288  
8022 Zurich

### Résumé

*Ces dernières années, la formation en médecine des assurances s'est développée grâce aux offres de nouvelles institutions qui se sont révélées nécessaires et auxquelles répond l'intérêt croissant du corps médical. La Swiss Insurance Medicine (SIM) est la plus importante institution de médecine des assurances et également la plus active dans ce domaine. Elle forme des experts médicaux et des assesseurs en capacité de travail et elle participe également à la formation continue et post-graduée en matière d'évaluation de la capacité de travail et d'évaluation du risque dans l'assurance de personnes. Il est possible d'autre part d'obtenir le certificat de capacité Médecin-conseil auprès de la Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances (SSMC) et le Master of Advanced Studies en médecine des assu-*

*rances auprès de l'Academy of Swiss Insurance Medicine (asim) qui assure la formation en collaboration avec l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Swiss TPH).*

### Introduction

J'ai déjà eu l'occasion de présenter dans le cahier 1 du numéro 2007 d'Infoméd les offres disponibles de formation pour le corps médical (1) dans le domaine de la médecine des assurances. Depuis lors, l'offre s'est considérablement élargie et les formations déjà existantes ont été modifiées en fonction des besoins. C'est pourquoi, il est devenu nécessaire d'en présenter maintenant une mise à jour.

### Offres de formation d'institutions de médecine des assurances

Créée en 2003 seulement, la **Swiss Insurance Medicine SIM** est devenue la plus importante association en médecine des assurances, unique en son genre et reconnue par le corps médical, pour la formation et la formation continue d'experts médicaux, chiropraticiens ou neuropsychologues et d'assesseurs certifiés de capacité de travail.



L'exposé et les brochures correspondantes sur l'évaluation de l'incapacité de travail (IT) et sur la capacité de travail exigible (disponibles gratuitement auprès de la SIM) offrent en outre une aide pratique aux médecins.

Chaque année d'autre part, la SIM propose une formation d'une demi-journée sur l'évaluation du risque dans l'assurance de personnes ou organise un colloque qui permet aux participants de discuter concrètement

<b>Institutions suisses et internationales de médecine des assurances</b>	
Swiss Insurance Medicine SIM	<a href="http://www.swiss-insurance-medicine.ch">www.swiss-insurance-medicine.ch</a>
Academy of Swiss Insurance Medicine asim	<a href="http://www.asim.unibas.ch">www.asim.unibas.ch</a>
Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances SSMC	<a href="http://www.medecins-conseils.ch">www.medecins-conseils.ch</a>
Société Suisse de psychiatrie d'assurance SSPA	<a href="http://www.sgvvp.ch">www.sgvvp.ch</a>
Société Suisse de traumatologie et médecine des assurances SSTMA	<a href="http://www.sgtv.org">www.sgtv.org</a>
Association romande des praticiens en expertise médicale ARPEM	<a href="http://www.arpem.ch">www.arpem.ch</a>
Confédération d'associations nationales de médecins experts en l'évaluation du dommage corporel CEREDOC	<a href="http://www.ceredoc.eu">www.ceredoc.eu</a>
European Union of Medicine in Assurance and Social Security EUMASS	<a href="http://www.eumass.com">www.eumass.com</a>
American Academy of Insurance Medicine AAIM	<a href="http://www.aaimedicine.org">www.aaimedicine.org</a>

de ce type d'évaluation dans l'assurance vie.

Enfin sur son site Internet, la SIM a mis en ligne une plate-forme d'eLearning en médecine des assurances et un catalogue des formations actuellement proposées dans ce domaine.

L'**Academy of Swiss Insurance Medicine (asim)** et l'**Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Swiss TPH)** offrent ensemble depuis 2011 un Master of Advanced Studies en médecine des assurances (MAS VMed) à l'Université de Bâle.

Quant au certificat de capacité Médecin-conseil, il est possible de l'acquérir auprès de la **Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances (SSMC)**.

D'autres sociétés suisses traitent des questions de médecine des assurances lors de séminaires et de congrès, mais ne proposent pas directement de formation dans ce domaine: la **Société Suisse de Traumatologie et de Médecine des Assurances SSTMA**, la **Société Suisse de psychiatrie d'assurance SSPA** ainsi que l'**Association romande des praticiens en expertise médicale Arpem**.

A titre informatif, voici encore quelques institutions internationales de médecine des assurances.

La **Confédération d'associations nationales de médecins experts en l'évaluation du dommage corporel CEREDOC** réunit les institutions françaises, italiennes, espagnoles, portugaises et belges de médecine des assurances et s'investit dans la formation d'experts. L'**European Union of Medicine in Assurance and Social Security EUMASS** s'est donnée pour but d'approfondir cette thématique au niveau européen (sont membres la Belgique, l'Allemagne, la France, la Norvège, la Roumanie, la Slovaquie, la Slovénie, la Tchéquie, la Hongrie). L'**American Academy of Insurance Medicine AAIM** met également l'accent sur la formation aux Etats-Unis.

### Présentation détaillée des offres de formation

#### Formation en médecine des assurances sanctionnée par un certificat d'expert SIM

Depuis 2006, la Swiss Insurance Medicine SIM propose une formation d'expert médical conçue en quatre modules de deux jours chacun et délivre le certificat correspondant. Les chiropraticiens et

les neuropsychologues y ont également accès. La formation couvre toutes les branches d'assurance (accident, invalidité, militaire, maladie, indemnité journalière, responsabilité civile, privée). Le module 1 par son contenu a été spécialement conçu pour les médecins qui doivent suivre le cours de base en expertise médicale dans le cadre de leur formation de médecin-spécialiste. L'ensemble de la formation a été organisée dès le début en collaboration avec les sociétés de discipline médicale. Les aspects médicaux sont traités dans le cadre des cours et des ateliers par des spécialistes provenant de cliniques universitaires ou indépendantes, de cabi-

nets médicaux et de sociétés d'assurances et, pour les aspects juridiques, d'universités, de cabinets d'avocats et également de sociétés d'assurances. Avant de pouvoir participer au quatrième module en vue d'obtenir le certificat, le candidat doit établir personnellement un certificat médical ou un rapport de qualité égale à une expertise médicale qui est évalué par un médecin spécialiste de sa discipline et par un juriste.

Jusqu'à la fin 2011, 771 certificats d'expert médical en médecine des assurances ont pu être délivrés, ainsi que 21 certificats à l'attention de neuropsychologues et l'un de chiropraticiens.

#### Illustration 1: Formation d'experts

<p><b>Module 1</b> L'expertise médicale du point de vue juridique et du point de vue des assurances</p>	<p><b>Module 2</b> Aspects particuliers de l'expertise médicale / Psyché et soma</p>
<p><b>Module 3</b> Cours spécialisé en étroite collaboration avec les sociétés professionnelles</p>	<p><b>Module 4</b> Cours spécialisé en étroite collaboration avec les sociétés professionnelles</p>
<p><b>Certificat: «Expert médical de la SIM», «Expert neuropsychologue de la SIM» ou «Expert chiropraticiens de la SIM »</b></p>	

Source: [www.swiss-insurance-medicine.ch](http://www.swiss-insurance-medicine.ch)

Il est possible de consulter la liste des titulaires d'un certificat sur le site Internet de la SIM. La formation, donnée en allemand et en français, y est également présentée en détail.

### Formation pour l'obtention du certificat d'assesseur de capacité de travail (CACT)

Cette formation continue qui existe depuis 2010 comprend aussi quatre modules et s'adresse principalement aux médecins praticiens qui souhaitent approfondir leurs connaissances dans le domaine de l'évaluation de la capacité de travail.

La formation CACT transmet les bases

juridiques et médicales de l'appréciation de la capacité de travail et l'accompagne de nombreux exercices d'évaluation des cas fréquents à caractère somatique et / ou psychiatrique. En outre, l'attention est portée sur les modes de communication en cas de «mauvaise» nouvelle à transmettre, dans les rapports avec les collègues médecins et avec les employeurs et aussi sur le comportement à adopter en cas de divergences sensibles et de soupçon de fraude. Il ne s'agit pas pour les assesseurs de mettre en question l'évaluation de la capacité de travail du médecin traitant. Toutefois, il arrive régulièrement qu'un médecin soignant un patient depuis un certain

#### Illustration 2:

#### Formation continue pour l'obtention du certificat d'assesseur de capacité de travail (CACT)

<p><b>Module 1</b> Bases juridiques et médicales de l'évaluation de la capacité de travail</p>	<p><b>Module 2</b> L'évaluation de la capacité de travail dans le processus transversal aux institutions de la réinsertion</p>
<p><b>Module 3</b> L'évaluation de la capacité de travail dans la médecine de premier recours</p>	<p><b>Module 4</b> L'évaluation de la capacité de travail: procédures, exigences, documentation</p>
<p><b>Formation sanctionnée par un certificat</b></p>	

Source: [www.swiss-insurance-medicine.ch](http://www.swiss-insurance-medicine.ch)

temps soit pris dans un conflit de rôles lorsqu'il doit estimer si l'atteinte à la santé justifie encore ou non l'arrêt de travail, car il doit évaluer un cas individuel d'une part en tant que médecin traitant et d'autre part en tant que représentant de la société. Dans une telle situation, la possibilité de demander une seconde opinion peut être d'une grande aide. Les employeurs et les assureurs veulent parfois pouvoir également disposer d'une seconde opinion en cas d'absences au travail inexplicablement longues ou répétées.

Lors de telles estimations, les assessseurs de capacité de travail se concentrent sur les facteurs pronostiques de reprise de travail en estimant aussi précisément que possible la capacité de travail exigible en vue d'ouvrir une voie à une réinsertion professionnelle potentielle. Cette approche permet en outre de pointer le cas échéant des mesures à prendre sur le plan médical et thérapeutique visant également à favoriser la réinsertion. Un rapport succinct de l'expertise où il est tenu compte du secret médical est établi à l'attention du mandant.

La liste des titulaires du certificat d'assesseur ainsi que la présentation détaillée de la formation sont également

consultables sur le site Internet de la SIM. Elle n'est proposée actuellement qu'en allemand. Une version française est en cours de préparation.

### **Module de formation SIM sur la capacité de travail**

Parallèlement à la rédaction de la brochure «Incapacité de travail: lignes directrices pour l'appréciation de l'incapacité de travail suite à des accidents ou en cas de maladie», la SIM a créé en collaboration avec ses membres un module sur l'incapacité de travail.

Ce module de formation post-graduée et de perfectionnement a été développé en vue d'exposer aux médecins en cabinet et aux médecins d'hôpital en quoi l'appréciation de l'incapacité de travail est une tâche exigeante et qu'elle doit être intégrée dans un concept thérapeutique sous la devise: «primum nil nocere».

Le module d'une durée d'environ une heure permet de présenter les conditions de base pour l'appréciation de l'incapacité de travail, puis de discuter les cas les plus divers.

Les sociétés de médecins et les hôpitaux intéressés par cette présentation peuvent s'adresser directement au secrétariat de la SIM qui met à disposition

l'intervenant ainsi que la documentation. Le module est gratuit et peut être demandé en français, en allemand ou en italien. Il suffit pour les organisateurs de prévoir les locaux et l'infrastructure nécessaires.

### **Evaluation du risque dans l'assurance de personnes (SIM)**

Ce cours de base d'une demi-journée proposé par la SIM porte sur la détermination des besoins, sur les produits et la technique de l'assurance vie, sur les processus dans l'assurance vie individuelle ainsi que sur l'évaluation du risque à l'aide d'exemples.

Le colloque sur l'évaluation du risque dans l'assurance de personnes permet aux participants d'approfondir les thèmes traités dans l'Infoméd que publie deux fois l'an l'Association Suisse d'Assurances et ainsi d'apprendre à mieux connaître et comprendre l'évaluation médicale du risque sur la base de cas concrets.

Les dates de ces cours, données en allemand seulement, sont en général mentionnées à la dernière page de l'Infoméd et sur le site Internet de la SIM.

### **Master of Advanced Studies en médecine des assurances (MAS VMed), Université de Bâle**

Il s'agit d'une formation post-graduée d'une durée de six semestres proposée par l'asim et le Swiss TPH en coopération avec la faculté de médecine de l'Université de Vienne et avec l'Institut de médecine sociale et du travail de l'Université Eberhard Karls de Tübinge donnant droit à un master post-gradué.

Le cycle de formation s'adresse aux médecins, juristes et économistes et autres spécialistes dans ce domaine: il traite des systèmes d'assurance sociale et privée et de leurs effets sur l'économie et sur la société, en particulier en ce qui concerne l'assurance et les possibilités de financement de la santé, de la maladie, de l'incapacité de travail, des rentes. Sont étudiées l'estimation individuelle du risque, l'expertise médicale en cas de prestation ainsi que la réadaptation médicale et professionnelle et la prévention. Outre le système suisse, sont également pris en compte les systèmes allemand et autrichien.

Cette formation en cours d'emploi dont les différents modules s'étendent sur une durée de trois ans permet d'acquérir le savoir et ses applications dévelop-

pés dans les domaines de l'épidémiologie et de la santé publique, du droit et de l'économie des assurances et de la santé, de l'actuariat ainsi que dans le cadre professionnel de la médecine des assurances. Elle s'appuie principalement sur le réseau de formation interdisciplinaire et l'échange de connaissances entre les pays de langue allemande, exigeant notamment la participation à un stage à l'étranger de deux semaines au moins.

Les étudiants doivent suivre un module d'une semaine tous les deux mois environ sur une durée de deux ans, puis rédiger la dernière année un travail de master pouvant rapporter à leurs domaines d'activité propre. Au cours de toute la formation, ils constituent en outre un portfolio d'études avec la possibilité d'y intégrer leurs intérêts particuliers dans le master.

Il est possible d'associer l'acquisition du master en médecine des assurances avec celle du certificat de capacité de la Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances et du certificat d'expert médical de la Swiss Insurance Medicine.

### **Certificat de capacité de médecin-conseil: la formation**

La Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances SSMC s'appuie sur son programme de cours pour former les médecins-conseils et délivrer le certificat de capacité correspondant. La formation, sanctionnée par un examen, comprend cinq modules de 2 jours et demi. Elle est donnée en allemand, mais les intervenants qui sont bilingues soutiennent au cas de besoin les participants de langue maternelle française. Pour être reconnu en tant que médecin-conseil par l'assurance maladie (LAMal), le titulaire du certificat doit avoir pratiqué dans un cabinet médical ou exercé une fonction dirigeante dans un hôpital pendant cinq ans au moins.

### **Références**

1. **Besoins et possibilités en matière de formation pour les médecins pratiquant dans le domaine de la médecine des assurances; Infoméd 2007, cahier 1; <http://www.svv.ch/fr/publications>**

## Der beratende Arzt im Schadenbereich einer Privatversicherung

**Dr. med. Urs Hürlimann,**

Leiter med. Dienst Region Zürich,

AXA Winterthur,

Brandschenkestrasse 24,

8027 Zürich

([urs.huerlimann@axa-winterthur.ch](mailto:urs.huerlimann@axa-winterthur.ch))

### **Résumé**

*Le médecin des assurances conseille les assurances au sujet des questions médicales propres aux diverses branches dans lesquelles elles sont actives. Il a pour tâche d'évaluer l'aspect médical d'un cas d'assurance en fonction des dispositions légales applicables (droit des assurances sociales, droit privé) et des conditions d'assurance (CGA, CPA: conditions générales et particulières d'assurance).*

*Les assureurs privés, tels qu'AXA Winterthur par exemple, offrent des assurances soumises au droit des assurances sociales (p. ex. l'assurance-accidents selon la LAA) ou au droit privé (p. ex. indemnités journalières, responsabilité civile pour véhicules à moteur).*

*Les assureurs ont recours (sauf pour les assurances soumises à la loi sur les assurances sociales) au médecin des assurances pour évaluer le risque lors de la conclusion d'un contrat (underwriting)*

*et d'autre part lors de la survenue d'un dommage aux personnes assuré («traitement du dommage»/claims) pour participer à son évaluation.*

*L'auteur traite de ces diverses tâches dans le secteur de l'assurance dommages privée en se référant particulièrement à l'AXA Winterthur.*

### **Zusammenfassung**

*Der Versicherungsmediziner berät die Versicherung in medizinischen Angelegenheiten. Abhängig vom Versicherungszweig stellen sich für ihn verschiedene Aufgaben. Bei der Beratung geht es um die Beurteilung eines medizinischen Sachverhalts unter dem Aspekt der im vorgelegten Versicherungsfall zur Anwendung kommenden rechtlichen Vorgaben (Sozialversicherungsrecht, Privatrecht) und Versicherungsbestimmungen (AVB, BVB: allgemeine und besondere Versicherungsbedingungen).*

*Privatversicherungen, wie z. B. die AXA Winterthur, bieten sowohl Versicherungen an, welche dem Sozialversicherungsrecht unterstehen (z. B. Unfallversicherung nach UVG) als auch Versicherungen, die dem Privatrecht*



*unterstehen (z. B. Krankentaggeld, Motorfahrzeughaftpflicht).*

*Die Versicherungsmediziner werden vom Versicherer einerseits bei Abschluss einer Versicherung (entfällt bei den Versicherungen nach Sozialversicherungsgesetz) zur Risikoprüfung («Versicherungsabschluss»/Underwriting) beigezogen und andererseits nach Eintritt eines versicherten Personenschadens («Schadenbearbeitung»/Claims) in die Beurteilung involviert.*

*Im Folgenden befasst sich dieser Artikel mit der Arbeit im Schadenbereich einer Privatversicherung, speziell bei der AXA Winterthur.*

## **Organisation**

Wie andere Privatversicherer stützte sich die damalige Winterthur-Versicherung (heute: AXA Winterthur) seit vielen Jahren auf ein Netz von externen beratenden Ärzten, welche in der eigenen Praxis und zunehmend auch an den Regionalsitzen der Versicherung medizinische Akten beurteilten. Gerade bei der Besprechung in den versicherungseigenen Räumlichkeiten konnte die abgegebene Stellungnahme mit dem zuständigen Fallbearbeiter eingehend besprochen werden. Mit

dem Ziel einer Effizienzsteigerung durch den täglichen Zugriff auf medizinisches Fachwissen und einen häufigeren interdisziplinären mündlichen Austausch wurde der medizinische Dienst der Schadenabteilung 2006 an den vier Regionalsitzen der Deutsch- und Westschweiz (Bern, Lausanne, St. Gallen, Zürich) mit festangestellten Ärzten erweitert, welche seither als Leiter für die regionalen medizinischen Dienste verantwortlich sind. Durch die medizinische Unterstützung bei komplexen Personenschadenfällen soll auch eine proaktive Fallführung unterstützt werden.

## **Fallbearbeitung und Vorlage an den medizinischen Dienst**

Die Fallbearbeiter der Versicherung legen dem medizinischen Dienst nur einen kleinen Teil der Personenschadenfälle vor (ca. 10%; Region Zürich 2011 rund 37'725 gemeldete Versicherungsfälle / rund 3'700 versicherungsmedizinische Stellungnahmen, z.T. Mehrfachvorlagen).

Ziel der Versicherung ist es, nach Prüfung der Zuständigkeit die versicherten Leistungen möglichst unkompliziert und rasch zu vergüten. So kann es vorkom-

men, dass bei anfänglich oberflächlicher Sichtung auch fälschlicherweise nicht geschuldete Leistungen bezahlt werden, und erst später nach vertiefter Abklärung die Zuständigkeit der Versicherung abgelehnt wird, was für die betroffenen Patienten und die behandelnden Ärzte zunächst nicht verständlich ist.

Von Beginn an unklare Fälle sowie Schadenfälle mit einem voraussichtlich hohen Kostenpotential (z. B. schwere Schädelhirntraumata, Polytraumata, lang anhaltende Arbeitsunfähigkeiten) werden dem medizinischen Dienst mit einer entsprechenden Fragestellung zur Beurteilung vorgelegt.

### **Medizinische Beratung**

Bei den Beratungen geht es in erster Linie um die Klärung des objektiven medizinischen Sachverhalts mit Stellungnahme zum Kausalzusammenhang und zur Prognose, was Auswirkungen für die Übernahme von medizinischen Abklärungen und Behandlungen, Taggeldern sowie anderen Leistungen hat. Dies bildet für den Versicherer die Grundlage, für den vorliegenden Schadenfall auch langfristig die nötigen finanziellen Reserven sicher zu stellen. Der beratende

Arzt macht dabei Empfehlungen, welche den Fallbearbeiter, welcher letztlich über eine Leistungszusage entscheidet, stützen oder ihm bei der Abwehr unberechtigter Ansprüche helfen.

Für eine fachgerechte medizinische Beurteilung benötigt der Versicherungsmediziner sämtliche dazu nötigen medizinischen Akten. Der Datenaustausch hat den erhöhten Datenschutzbestimmungen sensibler Gesundheitsdaten zu genügen. Der medizinische Dienst hält sich daher an die gesetzlichen Vorgaben, wie sie u.a. im Manual der Schweizer Vertrauens- und Versicherungsärzte dargestellt sind.

Wichtig ist, dass der beratende Arzt in seinen Beurteilungen ausschliesslich der medizinischen Objektivität verpflichtet bleibt und seine Stellungnahmen nicht durch versicherungsinterne Weisungen beeinflusst werden. Als Versicherungsmediziner müssen ihm allerdings die gesetzlichen Rahmenbedingungen und die dazu gehörende Rechtsprechung bekannt sein.

Es kann nicht genügend hervorgehoben werden, dass der Versicherungsmediziner aus den vorliegenden Akten zuallererst den medizinischen Sachverhalt sauber herausarbeiten muss, damit er die

entsprechenden Fragen des Unfall-, Krankentaggeld- oder Haftpflichtversicherers beantwortet werden kann.

Neben der Unterstützung des Versicherten mit medizinischem Fachwissen gehört es zum Selbstverständnis des Versicherungsmediziners, auch behandelnden Ärzten zur Erklärung von versicherungsmedizinischen Zusammenhängen zur Verfügung zu stehen.

### **Abläufe und Alltagstätigkeit des beratenden Arztes**

Während die Fallbearbeiter einfache Schadenfälle selbst behandeln, legen sie kompliziertere Fälle dem medizinischen Dienst zur Stellungnahme vor. Dies kann im Rahmen einer gemeinsamen Besprechung oder einer Kurzvorgabe mit einer meist handschriftlichen oder elektronischen Kurzantwort geschehen. Für komplexe und allenfalls bereits strittige Fälle verfasst der beratende Arzt eine ausführlichere schriftliche Stellungnahme.

Bei unklarem Sachverhalten nimmt er auch Kontakt mit dem behandelnden Arzt (Spital, Klinik) auf. Zur Klärung besteht zudem die Möglichkeit, einen Versicherten für eine Untersuchung aufzubieten oder zu-

sammen mit dem zuständigen Fallbearbeiter ein Konsilium oder eine Begutachtung zu organisieren.

Im Weiteren werden wöchentlich im Rahmen einer interdisziplinären Sitzung Fälle mit einem hohen Schadenpotential besprochen. Diesem sogenannten Risk Management Team (RMT) gehören neben dem zuständigen Fallbearbeiter und dem verantwortlichen Schadenkader-vorgesetzten der im Einzelfall zugezogene Schadeninspektor, der regionale Leiter des Case Management und der Leiter des Medizinischen Dienstes an. In speziellen Situationen erfolgen auch interdisziplinäre Besprechungen mit Teilnahme von Betroffenen, Behandlungsteam, Anwälten, Casemanagern und Fallbearbeitern in Kliniken, Praxen oder in den Geschäftsräumlichkeiten der Versicherung.

Insgesamt handelt es sich bei der ärztlichen Tätigkeit bei einem Versicherer jedoch hauptsächlich um die Bearbeitung von Aktendossiers.

### **Voraussetzungen für einen Versicherungsmediziner**

Vor Aufnahme einer Vollzeitstelle bei einem Versicherer ist eine mehrjährige

Tätigkeit als Facharzt unabdingbar, um einerseits den klinischen Alltag und die Verflechtungen unseres Gesundheitswesens aus eigener Erfahrung zu kennen, und andererseits eine Vielzahl von Heilverläufen bei Krankheiten und Unfällen über längere Zeit miterlebt zu haben.

Voraussetzungen sind auch ein grundsätzliches Interesse für Rechts- und Versicherungsfragen sowie eine versicherungsmedizinische Grundausbildung, wie sie z. B. die Schweizerische Gesellschaft der Vertrauensärzte (SGV) mit dem Fähigkeitsausweis Vertrauensarzt und die Swiss Insurance Medicine (SIM) mit dem Zertifikat medizinischer Gutachter anbieten. Zudem kann seit kurzem an der Academy of Swiss Insurance Medicine (asim) an der Universität Basel eine Masterausbildung in Versicherungsmedizin (MAS VMed) absolviert werden. Neben der Nosologie unter Versicherungsaspekten bilden dabei u.a. auch Medizinalrecht, Ethik, Ökonomie, Versicherungsmathematik und Vergleiche mit Rechts- und Sozialsystemen anderer Länder Lehrinhalte.

Selbstverständlich ist, dass der Versicherungsmediziner nicht nur seiner Fortbildungspflicht zur Erhaltung der Fach-

arztqualifikation nachkommt, sondern auch eine versicherungsmedizinische Fortbildung betreibt. Diese Fortbildungen dienen nicht nur der Wissenserhaltung, sondern sie sollen auch ganz bewusst dazu benutzt werden, die Denkweisen der Versicherer in die kollegiale Diskussion einzubringen.

### **Unabhängigkeit**

Da der für eine Versicherung tätige Arzt vom Versicherer bezahlt wird, wird ihm oft Abhängigkeit und Parteilichkeit vorgeworfen. Bisher kam das Bundesgericht jedoch mehrfach zum Schluss, dass das Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger allein nicht auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen lässt. Es weist aber darauf hin, dass an die abgegebenen Stellungnahmen bezüglich Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen sind, und bei geringen Zweifeln an Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind.

Neben den äusseren Einflussfaktoren (u.a. Honorierung, Sozialisierung des Mediziners in der Versicherungswelt,

gesellschaftliche Strömungen, aber auch die Beeinflussung durch das konkrete Patientenschicksal im vorgelegten Fall) spielen für die Unabhängigkeit auch persönliche Eigenschaften des Versicherungsmediziners selbst eine Rolle (z. B. Grundhaltungen, Einstellungen, ethische Werte, Hörigkeit, Wankelmütigkeit). Die einmal gefasste Meinung gilt es in der Praxis nicht nur gegenüber den externen Kollegen sondern oft auch versicherungsintern zu vertreten. Häufig hilft bei diesen Diskussionen der von einem langjährigen Schadenleiter oft zitierte Grundsatz: «Letztlich soll jeder so viel erhalten wie ihm zusteht, nicht mehr, aber auch nicht weniger.»

Wie oben erwähnt erhält auch die Fortführung der fachärztlichen Fortbildung dem Versicherungsmediziner die Option aufrecht, bei allenfalls zu starken Druckversuchen durch den Arbeitgeber, wieder eine praktizierende ärztliche Tätigkeit aufzunehmen.

#### Literaturauswahl:

1. Manual der Schweizer Vertrauens- und Versicherungsärzte, Kapitel 5 Vertrauens- und Versicherungsarzt (<http://www.vertrauensaeerzte.ch/manual/chapter05.html>), 2009
2. FMH Leitfaden für die Praxis: Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag, Kapitel 6 und 7. (<http://www.samw.ch/de/Publikationen/Leitfaden.html>), SAMW/FMH 2008
3. Konzept med. Dienst der AXA Winterthur, 2006 und 2011
4. Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) und dazu gehörende Verordnungen
5. Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG) und dazu gehörende Verordnungen
6. Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG)
7. Bundesgerichtsentscheide: BGE 125 V 351 E. 3b, BGE 135 V 465 E. 4.4, BGE 122 V 157 E. 3

## Rolle beratender Ärzte in der Risikoprüfung

**Dr. med. Peter Scollar,**

Pesomed GmbH, Zug

**Dr. med. Jürg Bichsel**

Consunamed Sagl, Giubiasco

*Zur Lesbarkeit werden im Folgenden einige Begriffe in ihrer männlichen Form verwendet. Die Begriffe «Gesellschaftsarzt» und «beratender Arzt» werden synonym gebraucht.*

### Résumé

*Lorsqu'une personne veut s'assurer contre les risques de perte de gain en cas de maladie ou d'accident ou pour couvrir le risque financier en cas de décès en se fondant sur la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), l'assureur évalue le cas en fonction de paramètres financiers d'abord, puis médicaux. Les assureurs liés à la LCA ne sont pas tenus d'avoir recours à un conseil médical. Ce sont des professionnels, appelés aujourd'hui underwriters, qui effectuent de telles évaluations et déterminent le tarif correspondant. Ils disposent d'une bonne formation médicale, de leurs propres directives et d'excellents manuels pour l'évaluation du risque, fournis notamment par les réassureurs, ce qui leur permet de prendre le plus souvent seuls les décisions relatives à la demande d'un contrat d'assurance. Si le cas se révèle complexe et nécessite un*

*conseil médical, ils se font en plus conseiller par un médecin employé à temps partiel par l'assureur ou travaillant sur mandat, dénommé fréquemment en allemand «Vertrauensarzt», ce qui peut prêter à confusion. Les termes français «médecin-conseil» et en italien «medico fiduciario» sont plus clairs.*

*Les assureurs peuvent également avoir recours à d'autres conseillers médicaux car ce type d'évaluation du risque dont nous présentons les principaux aspects ci-dessous n'est strictement parlant lié à aucune activité médicale selon la loi sur les professions médicales, car il ne s'agit pas d'un traitement médical.*

### Zusammenfassung

*Beantragt eine Person die Deckung eines gesundheitlich bedingten Einkommensrisikos oder einer finanziellen Absicherung im Todesfall nach Versicherungstragsgesetz (VVG), führt der Versicherer zunächst eine finanzielle, dann eine medizinische Einschätzung der Gefahr durch. Fachpersonen, die für die Versicherung Risiken einschätzen und daraufhin tarifieren, bezeichnet man heute als Underwriter. Sie sind medizinisch gut ausgebildet und treffen allein die Entscheidung*

*überein Versicherungsvertragsangebot. VVG-Versicherer sind nicht verpflichtet, eine ärztliche Beratung in Anspruch zu nehmen. Sie verfügen über eigene Risikoprüfungsrichtlinien oder -handbücher. Rückversicherer stellen ihnen zudem exzellente Manuale zur Verfügung. Die Underwriter vermögen so über die Versicherungsanträge mehrheitlich ohne eine vorgängige ärztliche Beratung zu entscheiden. Bei komplexen Fällen ziehen sie aber meist beratende Ärzte hinzu, teils auf Mandatsbasis, manchmal auch als teileingestellte Gesellschaftsärzte. Auf Deutsch werden sie oft «Vertrauensärzte» genannt, was Verwirrung auslösen kann. Im Französischen («médecin-conseil») und im Italienischen («medico fiduciario») wird für «Beratende Ärzte» und «Vertrauensärzte» das gleiche Wort verwendet. Versicherer dürften auch andere medizinische Berater heranziehen, denn genau genommen ist diese Risiko- beurteilung keine ärztliche Tätigkeit gemäss Medizinalberufegesetz, da sie keine ärztliche Handlung am Patienten darstellt. Wir beleuchten im Folgenden wesentliche Aspekte dieser Tätigkeit.*

### **Stellung eines beratenden Arztes**

Der Gesellschaftsarzt verfügt bei der Risikoprüfung über keinerlei Entscheidungsvollmacht, er ist lediglich beratend tätig. Der Versicherer muss seinen Empfehlungen nicht nachkommen. Tatsächlich schätzen Risikoprüfer und Gesellschaftsärzte die Gefahr relativ selten unterschiedlich ein. Manchmal weicht der Versicherer jedoch aus kommerziellen Motiven oder aus grundsätzlichen Erwägungen von den ärztlichen Empfehlungen ab. VVG-Versicherer sind rechtlich bei der Auswahl ihrer Vertragspartner – der Versicherten – ungebunden. Sie können selbst entscheiden, welchen Personen sie zu welchen Bedingungen einen Vertrag anbieten wollen.

Die Unabhängigkeit der medizinisch-fachlichen Beurteilung ist stets zu gewährleisten: Versicherungsmediziner müssen darauf pochen, gerade weil ihnen manchmal zu Unrecht vorgeworfen wird, sie würden nach dem Gusto des Auftraggebers beurteilen. Beratende Ärzte sind von der Versicherung wirtschaftlich unabhängig. Mehrheitlich betreiben die Experten als Haupterwerb eine eigene Arztpraxis. Es gibt

auch hauptberufliche Versicherungsmediziner, die zumeist mehrere Mandate wahrnehmen.

Der beratende Arzt in der VVG-Privatversicherung verfügt nicht über eine rechtliche Stellung wie sie der Vertrauensarzt gemäss Artikel 57 KVG in der obligatorischen Krankenversicherung hat. Die Einführung eines «Vertrauensarztes» analog KVG wird von einigen Interessenvertretern diskutiert. Dieses Ansinnen stösst indes auf Ablehnung, gilt es doch als systemfremd. Während der Gesetzgeber den KVG-Vertrauensärzten eine weisungsungebundene Mittlerrolle zwischen Versicherten, Leistungserbringern und Versicherern vorschreibt, berät der beratende Arzt im Rahmen der Risikoprüfung nach VVG nur eine Partei, die des Versicherers, auch wenn er keinen fachlichen Weisungen unterliegt. Es gibt im Gegensatz zum KVG (obligatorische Krankenversicherung) im VVG keine ausdrücklichen vorgängigen Bewilligungen eines Vertrauensarztes. Gegenüber obligatorischen Sozialversicherungen nimmt der Versicherte eine subordinierte Stellung ein; er kann hoheitliche Verfügungen anfechten und seine Begehren sozialgerichtlich

einklagen. Hingegen sind bei privatrechtlichen Verträgen Versicherter und Versicherer prinzipiell gleichgestellte Subjekte. Es gibt dort kein verwaltungsrechtliches Verfahren, sondern den Weg der Verhandlung und des Zivilrechts.

### **Aufgaben des beratenden Arztes in der Risikoprüfung**

Die Versicherung benötigt eine medizinische Bewertung der Gefahr. Es geht um eine versicherungsmedizinische Einschätzung der Mortalität und Morbidität sowie des Arbeitsunfähigkeits- oder Invaliditätsrisikos – je nach verlangtem Versicherungsprodukt. Der Kunde der Versicherung wünscht eine rasche und vorbehaltlose Annahme durch die Versicherung. Freilich ist das nicht immer möglich. Oft fehlen nämlich Arztberichte, die notwendig sind.

Gesellschaftsärzte können der Versicherung Ablehnungen, Zurückstellungen oder andere Erschwernisse empfehlen. Unter Erschwernissen versteht man Prämienzuschläge, Vorbehalte – mit oder ohne Revision nach einem bestimmten Zeitraum – sowie Wartefristverlängerungen.



Die Kunden der Versicherung sind verpflichtet, die gesundheitlichen Risiken, die sie kennen bzw. kennen müssen und zu denen sie schriftlich befragt worden sind, korrekt anzugeben. Leider gibt es aber Antragssteller, die erhebliche Leiden, Behandlungen oder gar eine vorvertraglich bestehende Arbeitsunfähigkeit verschweigen. Dies entspricht einer Anzeigepflichtverletzung. Bei der Abklärung will die Versicherung häufig vom ärztlichen Berater wissen, was empfohlen worden wäre, hätte der Kunde die Gefahrstatsache vorvertraglich richtig angezeigt. Die Versicherung prüft so die Erheblichkeit von Falschdeklarationen. Anzeigepflichtverletzungen können die Kündigung nach Art. 6 Abs. 1 VVG des Versicherungsvertrags zur Folge haben. Hat das verschwiegene Risiko den Eintritt oder den Umfang eines bereits entstandenen Schadens beeinflusst, kann die Versicherung Leistungen verweigern. Wie dieser Beeinflussungszusammenhang – eine Anforderung der Reform des VVG ab 2006 – exakt definiert wird, ist Objekt des juristischen Diskurses (1). Ein überwiegend wahrscheinlicher natürlicher Kausalzusammenhang wie in der Unfall- oder Haftpflichtversicherung ist augenscheinlich nicht damit gemeint.

### Qualifikation eines Gesellschaftsarztes

Mehrjährige klinische ärztliche Erfahrung, zumeist als Internist oder Allgemeinmediziner, ist eine sinnvolle Grundlage für ein Beratungsmandat. Kardiologische Untersuchungen z. B. muss ein Gesellschaftsarzt sehr gut kennen, ein EKG u. a. muss er unter erheblichem Zeitdruck beurteilen können. Gute bis sehr gute Kenntnisse der Epidemiologie und Statistik sind für den Zugang zu den Ergebnissen der evidenzbasierten Medizin unerlässlich. In Zeiten erfolgreicher Antidiskriminierungsklagen im Ausland (z. B. Urteil C-236/09 des Gerichtshofs der Europäischen Union: «Die Berücksichtigung des Geschlechts von Versicherten als Risikofaktor in Versicherungsverträgen ist eine Diskriminierung.») kann sich ein Versicherer vor Vorwürfen schützen, wenn seiner Tarifierung wissenschaftliche Evidenz zugrunde liegt. Schnelle Internet-Literaturrecherchen zu beherrschen, erleichtert die Arbeit des beratenden Arztes sehr. Gute Kenntnisse mindestens zweier Landessprachen der Schweiz sind vorteilhaft, denn es müssen Arztberichte in mehreren Sprachen gelesen werden. Wegen der Dominanz in der wis-

senschaftlichen Literatur sind zudem gute Englischkenntnisse erforderlich. Beratende Ärzte müssen die Verwendung von Risikoprüfungsmanualen beherrschen und die Underwriting-Richtlinien der Erst- oder Rückversicherer kennen, um mit den Underwritern verständlich kommunizieren zu können. Hohe Sozialkompetenz ist die Grundlage für geduldige Erläuterungen komplexer medizinischer Sachverhalte. Ein Flair für die Wissensvermittlung wird sehr geschätzt.

Hierzulande gibt es zwei wesentliche versicherungsmedizinische Ausbildungen, den Fähigkeitsausweis der Schweiz. Gesellschaft der Vertrauensärzte SGV und das Zertifikat Medizinischer Gutachter der Swiss Insurance Medicine SIM. Obgleich diese Qualifikationen überwiegend an Leistungsfällen orientiert sind, verschaffen sie dem Underwriting-Berater einen Überblick im komplexen Versicherungssystem. Die SIM bietet ausserdem, unterstützt von Erst- und Rückversicherern, periodisch Risikoprüfungseminare an.

### Fallvignette

Sehr seltene Erkrankungen stellen für die Risikoprüfer eine grosse Hürde auf, weil sie kaum je in Tarifierungshandbüchern aufgeführt werden. Ferner sind Studien schwer zu finden.

Frau, 32 J: systemische Mastozytose seit 12. Lebensjahr. Bisher keine Arbeitsunfähigkeit. Beantragt Todesfalldeckung mit Prämienbefreiung nach 3 Monaten.

Die systemische Mastozytose ist nach einer britischen Statistik ein sehr seltenes Leiden: Prävalenz ca. 1:150 000 (2). Es gibt zwei verschiedene Verläufe: die indolente und die aggressive Form. Sie unterscheiden sich im Verlauf und der Behandlung gravierend. Die aggressive Form geht mit deutlich ungünstigerer Mortalität einher. Vorliegend bestand die günstigere indolente Form. Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko sind nur wenig erhöht.

Empfehlung des beratenden Arztes: Annahme Todesfalldeckung zu normalen Bedingungen als Grenzfall oder mit geringer Risikoprämie. Prämienbefreiung: normal tarifieren. Bei aggressiver Form: Ablehnung der Todesfalldeckung wegen massiver Übersterblichkeit; Prämienbefreiung entfällt

### **Kommunikation mit behandelnden Ärzten**

Gelegentlich gelangt ein Gesellschaftsarzt mit behandelnden Ärzten in Kontakt. Das kann sinnvoll sein, wenn Arztberichte unklar sind. Bringen solche Gespräche Informationsgewinne und damit eine bessere Risikoeinschätzung, sind sie wertvoll. Beschwerden von Kunden über Vertragsbedingungen sollten keinen Anlass für Diskussionen zwischen Ärzten geben, sofern die Arztberichte inhaltlich zuverlässig sind. Findet bei kollegialen Gesprächen eine nachträgliche Relativierung attestierter gesundheitlicher Probleme statt, kann die Absicht, einem Patienten zu einer Versicherungsdeckung zu verhelfen, leicht zur Gefälligkeitsangabe missraten. Mehrheitlich sind sich behandelnde Ärzte freilich bewusst, dass wesentlich falsche Angaben standesrechtswidrig und strafbar sind.

Manche Ärzte sind trotz Vorliegen einer Vollmacht aus Datenschutzgründen nur bereit, dem «Vertrauensarzt» Berichte zuzustellen. Sie glauben, dass medizinische Daten nur Vertrauensärzten zugestellt werden dürften. Das ist falsch, da das VVG den Vertrauensarzt gar nicht kennt und KVG Art 57 eben nicht zur An-

wendung kommt. Die Berichte dienen primär den Underwritern zur Tarifierung und zur Ermöglichung des Geschäfts. Gesellschaftsärzte lesen solche Berichte nur, wenn sie beratend beigezogen werden. Der Datenschutz bleibt gewahrt, denn die medizinischen Underwriter dürfen die besonders sensiblen Kundengesundheitsdaten nur zweck- und verhältnismässig verwenden und gesichert aufbewahren. Die Zahl zugriffsberechtigter Personen ist zu begrenzen. Ausserhalb ihrer Teams haben Risikoprüfer über die ihnen bekannt gegebenen Gesundheitsprobleme der Kunden zu schweigen. Die Risikoprüfer teilen zudem nur den Kunden selbst mit, welche gesundheitlich bedingten Erschwernisse angebracht werden sollen.

### **Verhältnis zu Antragstellenden**

Von direkten Kontakten zum Antragstellenden und zum Vertriebspersonal sollen Underwriting-Ärzte Abstand nehmen. Manche Antragstellende verlangen trotzdem den beratenden Arzt zu sprechen, vor allem, wenn sie mit erschwerenden Vertragsbedingungen unzufrieden sind. Sie verstehen z. B. Gründe für einen Vorbehalt nicht. Freilich kann ein medizinischer

Berater ohne Handlungsvollmacht weder für den Versicherer sprechen, geschweige denn mit dessen Kunden über Bedingungen verhandeln. Der Antragssteller ist überdies bekanntlich i. d. R. eines anderen Arztes Patient. Telefongespräche von Gesellschaftsärzten mit Kunden sind auch haftungsrechtlich problematisch, denn es besteht kein Behandlungsauftrag. Antragsteller könnten gleichwohl durch solche Kommunikation mit Risiken konfrontiert werden, die von ihren behandelnden Ärzten mit ihnen bislang nicht besprochen wurden. Ein simples Telefongespräch vermag einen ärztlichen Eingriff darzustellen – mit möglichen unabsehbaren Folgen für den Versicherungskunden. Behandelnde Ärzte würden dies wohl kaum goutieren. Darum raten wir von Diskussionen zwischen beratenden Ärzten in der Risikoprüfung und Antragstellern ab.

### Fazit

Die Aufgaben des beratenden Arztes werden laufend interessanter und komplexer. Die Anforderungen wachsen. Die Versicherungsmedizin als eigenständiges Feld zu begreifen und gewisse Grundsätze einzuhalten, bewährt sich.

### Literaturhinweise

1. Anzeigepflichtverletzung: Auswirkungen der Revision auf die Praxis. Eva Pouget-Hänseler. 1/2006 HAVE/REAS: 26-32
2. Lim KH, Tefferi A, Lasho TL, et al. Systemic mastocytosis in 342 consecutive adults: survival studies and prognostic factors. Blood. Jun 4 2009;113(23):5727-36.



# Gesund machen, nicht (einfach) krankschreiben!

## Der praktische Fall aus der Krankentaggeldversicherung VVG

**Dr. med. Susanne Habicht**

Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin  
Gesellschaftsärztin CSS

### Zusammenfassung

Beschrieben wird ein recht typischer Krankentaggeldfall, der sich ohne Intervention der Versicherung wohl noch lange hingezogen hätte. Ein selbstständig in hochkompetitivem Berufsfeld tätiger schlanker Mittfünfziger erleidet «aus heiterem Himmel» einen akuten Vorderwandinfarkt als klinische Erstmanifestation einer koronaren Dreigegefässerkrankung. Nach aortokoronarer Bypassanlage und anschliessender stationärer kardialer Rehabilitation, die mit Wiedererlangen einer guten körperlichen Leistungsfähigkeit beendet werden kann, wird er weiterhin wiederholt krankschrieben mit dem Argument, er brauche vor Wiederaufnahme seiner geistig und psychisch belastenden Tätigkeit genügend lange Erholungszeit. Die Krankentaggeldversicherung mahnt nach einer persönlichen Untersuchung des Versicherten durch ihren beratenden Arzt medizinische Massnahmen zur Schadensminderung an. Die Arbeitsun-

*fähigkeit endet zwei Monate nach deren Beginn. Rückblickend fragt man sich, ob nicht schon während der stationären Rehabilitation das ambulante Fortsetzungsprogramm hätte organisiert werden müssen und dessen Verzögerung den Krankenstand nicht unnötig verlängert bzw. den Gesundungsprozess gebremst hat.*

Ein Mann, selbstständig erwerbender Freiberufler, in der Mitte seiner 6. Lebensdekade stehend, erleidet einen akuten anterioren Myokardinfarkt (STEMI). Die Coronarangiographie ergibt das Vorliegen einer koronaren Dreigegefässerkrankung. Dem Mann wird unter Verwendung der Herz-Lungen-Maschine ein fünffacher aortokoronarer Bypass angelegt. Operation und frühpostoperativer Verlauf gestalten sich laut Austrittsbericht der Herzchirurgen komplikationslos. Am 10. postoperativen Tag tritt der Patient eine stationäre kardiale Rehabilitation an. Der Beginn der Rehabilitation verzögert sich durch Sternotomieschmerzen und bilaterale postoperative Pleuraergüsse. All dies bildet sich unter

medikamentöser Therapie zurück. Nach vierwöchigem Aufenthalt in der auf kardiologische Rehabilitation spezialisierten Fachklinik verfügt der Patient über eine normale körperliche Leistungsfähigkeit, in der Abschlussergometrie erreicht er seine individuelle errechnete Soll-Arbeitskapazität, die Untersuchung fällt klinisch und elektrisch negativ aus. Der Beruf des Patienten erfordert keine körperliche Anstrengung, jedoch überdurchschnittliche geistige und psychische Belastbarkeit, insbesondere muss eine sehr aktive Akquise betrieben werden, und die einmal gewonnenen Kunden stellen zunehmend höhere Ansprüche an das Preis-Leistungs-Verhältnis.

An kardiovaskulären Risikofaktoren werden in den Berichten der Herzchirurgie sowie der Rehabilitationsklinik positive Familienanamnese und Hypercholesterinämie mitgeteilt. Laut Berichten ist der Patient schlank, eine arterielle Hypertonie war nie bekannt, der Blutdruck liegt aktuell unter der kardiovaskulären Sekundärprophylaxe u.a. mit einem Betablocker und einem Diureticum im idealen Bereich. Der Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik enthält Hinweise auf psychischen Stress sowie die Be-

merkung, der Patient brauche auch nach Klinikaustritt längere Erholungszeit, bevor an die Wiederaufnahme der gewohnten Berufstätigkeit gedacht werden könne. Hingegen solle er sich täglich während mindestens dreissig Minuten selbständig körperlich auf mässigem Leistungsniveau betätigen.

Dem Patienten wird eine erste ambulante Verlaufskontrolle beim Kardiologen zwei bis drei Monate nach Ende der stationären Rehabilitation empfohlen.

Mehr als vier Monate nach der Herzoperation ist der Patient vom Hausarzt immer noch zu 100% arbeitsunfähig geschrieben. Der die Krankentaggeldversicherung beratende Facharzt für Allgemeine Innere Medizin erfährt auf persönliche Nachfrage beim behandelnden Kardiologen, dass seine Nachkontrolle des Patienten vier Monate postoperativ den günstigen Verlauf bestätigt hat, der Patient aber in Anbetracht des «aus heiterem Himmel» erlittenen Myokardinfarktes verunsichert sei und möglicherweise psychotherapeutischer Hilfe bedürfe. Die echokardiographisch bestimmte systolische Herzfunktion beträgt ca. 40%.

Der Hausarzt gibt zu bedenken, im Beruf seines Patienten sei nicht die körperliche Leistungsfähigkeit, sondern die geistige und psychische Belastbarkeit entscheidend. Die Frage des Versicherungsarztes, aufgrund welcher Befunde auf verminderte geistige und psychische Belastbarkeit geschlossen werde, bleibt unbeantwortet. Auch der Hausarzt bestätigt, dass die körperliche Leistungsfähigkeit für die bisherige Tätigkeit seit Monaten gegeben wäre.

Ein persönliches Gespräch und eine kurze klinische Untersuchung des Patienten durch den die Versicherung beratenden Internisten macht deutlich, dass der Mann zu einem von ständiger Angst vor dem potenziell tödlichen Zweitinfarkt, zum andern von familiären Konflikten bedrängt wird. Zudem befürchtet er ein Rechtsverfahren in einer beruflichen Angelegenheit.

Seinen Tag verbringt er mit ängstlichem Grübeln, weiss keinen Rat und fühlt sich allein gelassen, allerdings hat er auch keine Idee, bei wem er Rat finden könnte. Der beratende Arzt der Versicherung schlägt ihm Teilnahme an einem ambulanten kardialen Rehabilitationspro-

gramm vor, signalisiert aber, dass baldige, mindestens 50 %-ige Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit erwartet wird, allerdings richte sich die Bemessung der Arbeitsunfähigkeit nach einem Normarbeitstag von 8.0–8.5 Stunden, was einem selbstständig Erwerbenden gelegentlich in Erinnerung gerufen werden muss. Der beratende Arzt macht den Versicherten und mit Brief an dessen Hausarzt auch diesen darauf aufmerksam, dass sich die körperliche, geistige und psychische Leistungsfähigkeit durch Abwarten beziehungsweise regelmässige Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit nicht erhöhen lasse und nun schadenmindernde Massnahmen zu treffen seien. Der Versicherte muss aber mehrere Wochen auf einen Platz im ambulanten kardialen Rehabilitationsprogramm warten. Er nimmt seine bisherige Tätigkeit noch während der mit Verzögerung aufgenommenen ambulanten kardialen Rehabilitation teilweise, unmittelbar nach deren Abschluss ganz wieder auf.

Rückblickend kann man sich fragen, ob hier nicht trotz wiedererlangter körperlicher Leistungsfähigkeit schon vor Entlassung aus der stationären kardialen Rehabilitation das ambulante An-



schlussprogramm hätte vereinbart werden sollen, vor allem dann, wenn die Ärzte der Rehabilitationsklinik für mehrere Wochen oder gar Monate weitere volle Arbeitsunfähigkeit in Aussicht stellen. Die ambulanten kardialen Rehabilitationsprogramme nehmen sich im Rahmen der Kontrolle kardiovaskulärer Risikofaktoren und -indikatoren selbstverständlich auch dem Umgang mit unvermeidlichem Stress an. Es wäre wünschenswert, wenn die behandelnden Ärzte vor jeder Verlängerung eines Arbeitsunfähigkeitszeugnisses überprüfen, ob die medizinischen Massnahmen, die Gesundung und Arbeitsfähigkeit beschleunigen könnten, wirklich ausgeschöpft sind.

# Guérir les assurés, pas (simplement) les mettre en arrêt de travail !

## A propos d'un cas pratique tiré de l'assurance d'indemnités journalières LCA

**Dr Susanne Habicht**

Spécialiste médecine interne générale FMH

Médecin de société CSS

### Résumé

Notre description correspond à un cas assez typique d'indemnités journalières qui, sans l'intervention de la compagnie d'assurances, aurait sans doute encore longtemps traîné en longueur. Un homme mince, ayant une bonne cinquantaine, et exerçant une activité indépendante dans un domaine très compétitif est «subitement» victime d'un infarctus aigu de la paroi antérieure du myocarde, première manifestation clinique d'une coronaropathie tritronculaire. Après une chirurgie de pontage aorto-coronarien suivie par une réadaptation cardiaque en milieu hospitalier, qui permet à l'assuré de retrouver de bonnes capacités physiques, il est maintenu en arrêt maladie au motif qu'il a besoin d'une période de récupération suffisante avant de reprendre son activité mentalement et psychologiquement astreignante. Suite à un examen individuel de l'assuré effectué par son méde-

cin conseiller, l'assurance d'indemnités journalières demande des mesures médicales visant à limiter les dommages. L'incapacité de travail prend fin deux mois après leur début. Rétrospectivement, on peut se demander s'il n'aurait pas fallu déjà mettre en place le programme de suivi ambulatoire pendant le séjour de réadaptation en milieu hospitalier, et si le retard apporté à ce programme n'a pas inutilement prolongé le congé maladie ou n'a pas freiné le processus de guérison.

Un quinquagénaire exerçant une activité non salariée indépendante est victime d'un infarctus du myocarde aigu de la paroi antérieure (STEMI). L'angiographie coronarienne montre la présence d'une coronaropathie tritronculaire. Il est opéré à l'aide d'une machine cœur-poumon et bénéficie d'un quintuple pontage aorto-coronarien. Selon le rapport de sortie des chirurgiens cardiaques, l'opération et l'évolution post-opératoire précoce se déroulent sans complication. Le patient débute une réadapta-

tion cardiaque en milieu hospitalier au 10<sup>e</sup> jour post-opératoire. Son début est toutefois retardé par des douleurs liées à la sternotomie et par des épanchements pleuraux post-opératoires bilatéraux. L'ensemble de ces troubles régresse sous traitement médicamenteux. Après un séjour de quatre semaines dans une clinique spécialisée en réadaptation cardiaque, le patient dispose de capacités physiques normales; à l'épreuve ergométrique finale, il atteint sa capacité de travail théorique (calculée individuellement). L'examen est négatif tant sur le plan clinique qu'électrique. La profession du patient ne demande pas d'effort physique, mais le soumet à un stress mental et psychique supérieur à la moyenne; il doit en particulier se livrer à un démarchage très actif et les clients une fois acquis se montrent de plus en plus exigeants en matière de prix et de prestations.

Parmi les facteurs de risque cardiovasculaire, les rapports de chirurgie cardiaque et de la clinique de réadaptation font état d'une anamnèse familiale positive ainsi que de la présence d'une hypercholestérolémie. Toujours selon les rapports, le patient est mince et il

n'a jamais souffert d'hypertension artérielle; sa pression artérielle actuelle est stabilisée à un niveau idéal grâce à un traitement médicamenteux de prévention cardiovasculaire secondaire qui comprend notamment un bêtabloquant et un diurétique. Le rapport de sortie de la clinique de réadaptation mentionne des signes de stress psychique; il signale également que le patient a besoin d'une période de récupération prolongée après la sortie de la clinique avant qu'on puisse songer à la reprise de son activité professionnelle habituelle. En revanche, il doit s'adonner tout seul quotidiennement à un exercice physique modéré pendant trente minutes au moins.

On recommande au patient de se soumettre à un premier contrôle ambulatoire chez le cardiologue deux à trois mois après la fin de la réadaptation en milieu hospitalier.

Plus de quatre mois après l'opération cardiaque, le patient est toujours en capacité de travail totale (attestée par son médecin de famille). En s'adressant personnellement au cardiologue du patient, le spécialiste de médecine interne générale conseille de l'assurance d'in-

demnités journalières apprend que le contrôle effectué quatre mois après l'opération a confirmé l'évolution favorable de la situation, mais que compte tenu du caractère «subit» de l'infarctus, le patient manque d'assurance et aurait éventuellement besoin d'un soutien psychothérapique. La fonction systolique déterminée à l'échocardiographie est d'environ 40 %.

Le médecin traitant fait remarquer que ce ne sont pas les capacités physiques qui sont déterminantes pour la profession de son patient, mais la tolérance mentale et psychique au stress. La question du médecin des assurances, qui cherchait à savoir sur quels éléments on a conclu à la présence d'une diminution de la tolérance mentale et psychique au stress, reste sans réponse. Le médecin traitant confirme également que le patient disposerait en principe depuis des mois des capacités physiques requises pour exercer son activité actuelle.

Un entretien personnel avec le patient et un bref examen clinique par l'interniste conseiller de l'assurance montre clairement que l'homme est tourmenté d'un côté par la peur constante de la survenue

d'un nouvel infarctus potentiellement mortel et, de l'autre, par des conflits familiaux. Il redoute par ailleurs d'avoir affaire à la justice dans une affaire professionnelle.

Il passe ses journées perdu dans des ruminations anxieuses, ne sait pas quoi faire et se sent délaissé; cependant, il n'a également aucune idée de la personne à qui il pourrait demander de l'aide. Le médecin conseiller de l'assurance lui propose de se joindre à un programme ambulatoire de réadaptation cardiaque, en lui signalant toutefois qu'on attend de lui qu'il reprenne prochainement son activité actuelle au moins à 50% – le calcul de l'incapacité de travail se basant néanmoins sur une journée de travail de 8,0–8,5 heures, ce qu'il faut parfois rappeler à une personne exerçant une activité indépendante. Le médecin conseiller fait remarquer à l'assuré (ainsi qu'à son médecin traitant contacté par courrier) qu'une attitude attentiste ou une prolongation de l'incapacité de travail ne sauraient déboucher sur une augmentation des capacités physiques, mentales et psychiques, et qu'il s'agit de prendre dès à présent des mesures pour limiter les dommages. En atten-

dant, l'assuré doit cependant patienter plusieurs semaines pour trouver une place dans un programme de réadaptation cardiaque ambulatoire. Il reprend partiellement son ancienne activité pendant la réadaptation cardiaque ambulatoire (débutée avec retard) même, et complètement dès la fin de la réadaptation.

A posteriori, on peut se demander si, bien que l'assuré eût recouvré ses capacités physiques, on n'aurait pas dû convenir d'un programme de suivi ambulatoire avant même la fin de la réadaptation cardiaque en milieu hospitalier, surtout compte tenu du fait que

les médecins de la clinique de réadaptation prévoient la poursuite d'une incapacité de travail totale pendant plusieurs semaines voire mois. Les programmes de réadaptation cardiaque ambulatoire se chargent évidemment aussi de gérer le stress (inévitables) dans le cadre du contrôle des facteurs et indicateurs de risque cardiovasculaires. Il serait souhaitable que les médecins traitants vérifient, avant toute prolongation d'un certificat d'incapacité de travail, si les mesures médicales qui pourraient accélérer la guérison et la récupération de la capacité de travail sont vraiment épuisées.

## Zusammenarbeit Hausarzt – Case Manager

### Ingrid Schnitzer-Brotschi

lic. iur. / Case Manager CAS,  
Gruppenleiterin Back to Work,  
Leistungen Personenversicherungen,  
Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG

*Der einfacheren Lesbarkeit halber wird im vorliegenden Artikel darauf verzichtet, beide Geschlechter zu nennen; mit der männlichen ist jeweils auch die weibliche Form gemeint.*

### Résumé

*Un accident ou une maladie grave bouleverse la vie d'une personne et celle de son environnement social. Atteint dans sa santé, elle se voit tout à coup confrontée avec ses proches à de nombreux intervenants (représentant les diverses professions et institutions de notre système complexe de santé et d'assurances).*

*Cet article traite du Case Management, un processus clairement structuré et systématisé et comme tel un instrument à considérer en cas de gestion de cas difficiles d'assurance. Se référant aux stades de la procédure à l'aide d'exemples concrets, l'auteur indique en particulier les potentialités et les opportunités d'une collaboration constructive entre le médecin traitant et le case manager.*

### Zusammenfassung

*Ein schwerer Unfall oder eine ernsthafte Erkrankung bedeutet für den Betroffenen und sein Umfeld einen schweren Einschnitt im Leben. Neben dem Verlust der Gesundheit sehen sich der Betroffene und seine direkten Angehörigen unmittelbar mit vielen Akteuren (aus unterschiedlichen Professionen und von verschiedenen Institutionen eines komplexen Gesundheits- und Versicherungssystems) konfrontiert.*

*Dieser Beitrag möchte Case Management als klar strukturiertes, systematisches Verfahren und als mögliches Instrument bei der Bearbeitung von komplexen Versicherungsfällen vorstellen und innerhalb der Abhandlung der einzelnen Verfahrensschritte mit konkreten Beispielen auf die Möglichkeiten und Chancen einer konstruktiven Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Case Manager hinweisen.*

### Case Management

Mit Case Management ist ein klar strukturiertes, systematisches Verfahren der Fallsteuerung gemeint. Ein Einzelner – der Case Manager – initiiert dabei einen zielgerichteten Prozess und übernimmt

während einer bestimmten Zeitspanne die Koordination aller beteiligten Akteure (Betroffener, Angehörige, Arzt, Therapeut, Arbeitgeber, meistens mehrere Versicherungen, Anwalt usw.) und ihrer Leistungen. Der Case Manager strebt dabei einen auf Unterstützung und Kooperation ausgerichteten dynamischen Prozess an, bei dem die Grenzen von Organisationen und Professionen überwunden werden sollen. Er erarbeitet gemeinsam mit dem Betroffenen und den Beteiligten Ziele und überwacht anschliessend deren effiziente und effektive Erreichung.

Der Case Manager arbeitet ressourcenorientiert, verschafft dem Betroffenen einen bestmöglichen Zugang zu Unterstützungsmöglichkeiten und respektiert dabei den Anspruch des Betroffenen auf ein selbst bestimmtes Leben.

### **Case Management in der Versicherungsbranche**

Fast alle Versicherungsgesellschaften in der Schweiz setzen bei der persönlichen Betreuung von Verunfallten oder Erkrankten, denen eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit oder gar Invalidität

#### **Definition Case Management**

(Netzwerk Case Management Schweiz) (1)

Case Management ist ein spezifisches Verfahren zur koordinierten Bearbeitung komplexer Fragestellungen im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungsbereich.

In einem systematisch geführten, kooperativen Prozess wird eine auf den individuellen Bedarf abgestimmte Dienstleistung erbracht bzw. unterstützt, um gemeinsam vereinbarte Ziele und Wirkungen mit hoher Qualität effizient zu erreichen.

Case Management stellt einen Versorgungszusammenhang über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg her.

Es respektiert die Autonomie der Klienten, nutzt und schont die Ressourcen im Klient- sowie im Unterstützungssystem.

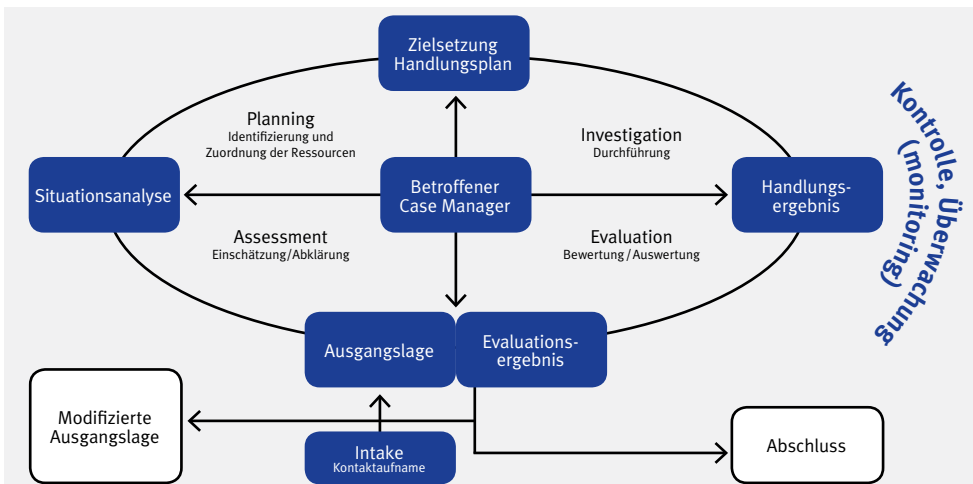
droht, auf Case Management. Einige Versicherungsgesellschaften verfügen über eigene, sog. interne Case Manager, die anderen nutzen das grosse Angebot an externen Anbietern von Case Management. (1)

Sowohl der interne wie auch der externe Case Manager unterstehen den Auflagen des Datenschutzgesetzes und unterliegen der Schweigepflicht. Der Case Manager kann Informationen des Betroffenen nur einholen oder weitergeben, wenn dies entweder durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen erlaubt ist oder wenn der Betroffene dazu sein schriftliches Einverständnis (Vollmacht) gibt und der Case Manager ihn über Ziel und Zweck sowie die Folgen der Voll-

machtserteilung aufgeklärt hat. Gegenseitiges Vertrauen und Transparenz sind die Grundlage für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen dem Betroffenen und seinem Case Manager.

Während der ganzen Betreuungsphase übt der Case Manager eine vielfältige Rolle aus: er analysiert, nutzt und aktiviert Ressourcen, steuert den Zugang zu Leistungen und verpflichtet sich zu Effizienz und Effektivität, vermittelt und

#### Einzelne Verfahrensschritte des Case Management



*modifiziert*

Quelle: Schulungsunterlagen der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit, CAS Case Management, 2007 / 2008



koordiniert zwischen dem Betroffenen und dem Versorgungssystem sowie berät und informiert den Betroffenen über seine Rechte und Pflichten. Zudem überwacht er die Erreichung der Ziele und unterstützt den Betroffenen, Komplikationen, Konflikte, Belastungen und Probleme aus eigener Kraft zu bewältigen (sog. Empowerment = Hilfe zur Selbsthilfe) und Lösungen bzw. Perspektiven für die Zukunft zu erarbeiten.

### **Intake: Kontaktaufnahme, Klärung**

Der Erstkontakt mit dem Betroffenen findet meistens telefonisch statt. Dabei informiert der bevollmächtigte Case Manager den Betroffenen über seinen aktuellen Wissensstand, welchen er sich durch die Konsultation der Versicherungsakte aneignen konnte, und über das Unterstützungsangebot. Dieses erste Gespräch stellt den Beginn einer Arbeitsbeziehung dar und soll gleichzeitig dazu dienen, die Fragen, Anliegen und Erwartungen des Betroffenen zu klären. Der Case Manager nimmt sich für die Bestandaufnahme genügend Zeit und lehnt eine sofortige Hilfe (ausser bei Krisen) ab, denn es geht um die Abklärung des Hilfebedarfs und nicht da-

rum, dem Betroffenen mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Die vorläufige Bewertung der Anliegen, das Aufzeigen von Grenzen, das Akzeptieren von Wünschen und die Vereinbarung der nächsten Schritte (Ziele, Zeitraum, Ort) sowie eine kurze Reflexion des Gesprächs runden die Kontaktaufnahme ab. (2)

### **Assessment: Einschätzung, Abklärung**

Die Basis für die anschliessende Planungsphase bildet das Assessment, welches eine Analyse der Situation, eine Einschätzung und eine Prognose vereint (2). Dabei werden einerseits die aktuelle Situation und der Bedarf des Betroffenen und andererseits die verschiedenen Rollen der Involvierten geklärt. Dazu gehören neben den medizinischen (Gesundheit, Wohlbefinden) und beruflichen Aspekten (aktuelle Tätigkeit, Arbeitgeber, Aus- und Weiterbildungsstand) auch die Abklärung des persönlichen Umfeldes (Familie, Freunde und Wohnsituation), der Alltagsgestaltung, des Lebenssinns/-ziels, der Autonomie, der ökonomischen Situation (Finanzen, Schulden) und der Rechtslage. Innerhalb dieser ganzheitlichen Situationsanalyse muss zudem eine

Klärung der Rollen / Positionen der verschiedenen Beteiligten (Arzt, Therapeut, Arbeitgeber, Versicherer, Rechtsanwalt usw.) stattfinden. Erfahrungsgemäss sind für die umfassende Analyse der Ausgangssituation mehrere Termine mit dem Betroffenen und (eventuell am runden Tisch) mit allen Involvierten notwendig.

Vor allem der Hausarzt spielt in dieser Phase eine bedeutende Rolle. Er steht in einem Vertrauensverhältnis zum Betroffenen; er begleitet seinen Patienten oft während vieler Jahre und kennt ihn deshalb gut. In der aktuellen Situation – nach einem schweren Unfall bzw. einer ernsthaften Erkrankung – hält der Hausarzt die Behandlungs- / Therapiefäden in der Hand und beurteilt die Arbeitsunfähigkeit.

Der Kontakt zwischen Hausarzt und Case Manager findet meistens telefonisch, selten schriftlich statt. Der Case Manager plant einen telefonischen Termin mit dem Arzt und entschädigt ihn für seine Bemühungen. Je nach Situation kann der Case Manager den Betroffenen zum Arzt begleiten. In diesen Fällen ist das Einverständnis aller Beteiligten im Voraus einzuholen. Im persönlichen Ge-

spräch mit dem Arzt kann der Case Manager zusammen mit dem Betroffenen konkrete Angaben zur aktuellen Arbeitsplatzsituation des Betroffenen liefern und / oder über Wiedereingliederungsangebote bzw. über vorhandene Schonarbeitsplätze beim aktuellen Arbeitgeber oder in anderen Institutionen informieren. Der Hausarzt leistet mit seiner Einschätzung einen wertvollen Beitrag, denn verschiedene Studien belegen, dass ein rascher beruflicher Wiedereinstieg enorm wichtig ist, da die Eingliederungschancen bereits nach einer sechsmonatigen Arbeitsunfähigkeitsdauer um 50 Prozent sinken.

### **Planning: Ziele und Massnahmen definieren**

In der Planungsphase geht es einerseits um die Identifizierung und Zuordnung der Ressourcen und andererseits darum, die kurz-, mittel- und langfristigen Ziele und die dazu notwendigen Massnahmen gemeinsam mit dem Betroffenen zu erarbeiten und festzuhalten. Zuerst wird das Grundsatzziel, d.h. das «grosse» Ziel, welches am Ende der gemeinsamen und begrenzten Zeitspanne erreicht werden soll, definiert. Danach wird das

Grundsatzziel durch mittelfristig zu erreichende Rahmenziele konkretisiert, um anschliessend die «kleinen» Schritte (Handlungsziele) in unmittelbarer Zukunft zu planen.

Auch in der Planungsphase spielt der Arzt eine zentrale Rolle. Die Koordination zwischen den involvierten Spezialisten und Therapeuten soll über den Hausarzt laufen. Der Case Manager erlebt oft, dass mehrere Fachärzte hinzugezogen werden und zum Teil unterschiedliche und nicht koordinierte Behandlungen vorschlagen. Z. B. ein Facharzt favorisiert einen stationären Aufenthalt, damit sich der Betroffene für eine absehbare Zeit einzig und alleine auf sich und seine Rehabilitation konzentrieren kann, während ein anderer Facharzt ein ambulantes Behandlungskonzept vorschlägt, damit der Betroffene nicht aus seinem Alltagsgefüge herausgerissen wird. In solchen Konstellation ist es sehr wichtig, dass der Hausarzt die Fäden der Rehabilitation in den Händen behält und im Idealfall gemeinsam mit dem Betroffenen und seinem Case Manager die verschiedenen medizinischen Möglichkeiten erläutert, nach der sorgfältigen Abwägung der Vor- und Nachteile der einen oder anderen

Rehabilitationsmöglichkeit den Vorzug gibt und die professionelle Überwachung des gewählten Behandlungskonzepts gewährleistet. Fällt die Entscheidung z. B. für den stationären Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik, so ist es die Aufgabe des Case Managers, alle Folgen daraus zu erfassen und die notwendigen Massnahmen gemeinsam mit dem Betroffenen zu erarbeiten (z. B. die Organisation der Kinderbetreuung innerhalb oder ausserhalb der Familie oder einer Ersatzkraft bei einem Selbändigerwerbenden während der Zeit des Klinikaufenthaltes).

### **Handlungsplan: Kontrakt (schriftlicher Vertrag)**

Die definierten Ziele und Massnahmen werden nun schriftlich festgehalten. Es wird bestimmt, wer für die Umsetzung verantwortlich ist und wie der Zeitrahmen aussieht. Um einerseits Klarheit und Transparenz im Unterstützungsprozess zu schaffen und andererseits Verbindlichkeit zu gewährleisten, wird in der Regel ein Vertrag (Kontrakt) unterschrieben, der sämtliche Vereinbarungen und die Einbindung aller Beteiligten und deren Aufgaben festhält.

Grundsatzziel	Rahmenziele	Handlungsziele
langfristig	mittelfristig	kurzfristig
<p>Das Grundsatzziel soll</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prägnant</li> <li>• leicht verständlich</li> <li>• positiv formuliert</li> <li>• glaubhaft</li> <li>• widerspruchsfrei</li> <li>• vorstellbar</li> <li>• akzeptierbar</li> <li>• dauerhaft geltend</li> <li>• Ideen auslösend</li> <li>• positiv</li> <li>• attraktiv</li> </ul> <p>formuliert sein.</p>	<p>Die Rahmenziele sollen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• offen genug sein,</li> <li>• eine Richtung aufweisen,</li> <li>• realistisch sein und</li> <li>• positiv herausfordern.</li> </ul>	<p>Die Handlungsziele sollen die</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SMART</b>-Kriterien erfüllen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• spezifisch</li> <li>• messbar</li> <li>• akzeptabel</li> <li>• realistisch</li> <li>• terminiert und</li> </ul> </li> <li>• positiv</li> <li>• eindeutig</li> <li>• machbar</li> <li>• ohne Spielraum</li> </ul> <p>formuliert sein.</p>
Beispiel	Beispiele	Beispiele
«In zwei Jahren bin ich beruflich und sozial wieder voll integriert.»	<p>«In meiner Agenda plane ich regelmässig aktive Betätigung ein.»</p> <p>«Meine sozialen Kontakte pflege ich aktiv.»</p>	<p>«Ab morgen gehe ich einmal pro Tag für 1 Stunde an die frische Luft.»</p> <p>oder</p> <p>«Ab nächster Woche gehe ich dreimal pro Woche ins Hallenbad schwimmen.»</p> <p>«Ab sofort besuche ich einmal im Monat meinen ehemaligen Schulfreund Peter in Genf.»</p>

### **Intervention: Durchführung, Umsetzung des Handlungsplans**

Alle Involvierten setzen die Aufgaben gemäss dem Handlungsplan um. In dieser Phase übernimmt der Case Manager die Rolle des Überwachers (Monitoring). Kontinuierlich überwacht er den laufenden Prozess und reagiert korrigierend / steuernd, sobald er eine Abweichung zu den Zielvereinbarungen erkennt.

Während der Umsetzung des Handlungsplans beruft der Case Manager – vor allem bei einer Begleitung des Betroffenen über einen langen Zeitraum – in regelmässigen Zeitabständen eine Reha-Konferenz (Helfer-Konferenz) ein. Alle Involvierten, wenn möglich also auch der Hausarzt, setzen sich gemeinsam an einen Tisch. Dabei geht es um das gegenseitige Informieren, das Festlegen des weiteren Vorgehens und die Klärung der Zuständigkeiten.

Steht ein beruflicher Wiedereinstieg bevor – sei dies am bestehenden Arbeitsplatz, in einer Verweistätigkeit, an einem Arbeitstrainings- oder Schonarbeitsplatz – soll in Absprache mit dem Hausarzt der Tag des Einstiegs bewusst gewählt

werden. Mittwoch, Donnerstag oder Freitag ist oft sinnvoller als Montag. Dieser sanfte Einstieg ermöglicht dem Betroffenen nach ein bis drei Arbeitstagen zwei volle Ruhetage (Wochenende), bevor er sich den Anforderungen einer ganzen Arbeitswoche zu stellen hat.

### **Evaluation: Auswertung, Bewertung, Beendigung der Unterstützung**

Der Case Manager überprüft gemeinsam mit dem Betroffenen, ob die Ziele erreicht worden sind. Die starken wie die schwachen Punkte der Planumsetzung werden erfasst und bewertet. Dem Betroffenen dient diese Abschlussphase der kritischen Reflexion des Betreuungsprozesses. Dem Case Manager dient die Evaluation der Entwicklung von Massnahmen der Qualitätssteigerung für künftige Begleitungen. Dabei bewertet er neben der eigenen Einschätzung auch die Aussagen der Beteiligten, welche er z. B. mittels Fragebogen erhalten hat, hinsichtlich Zusammenarbeit, Nutzen und Aufwand.

Konnten die Ziele (vor allem das Grundsatzziel und die Rahmenziele) nicht erreicht werden, und kommen die Akteure

– vor allem der Betroffene und der Case Manager – zum Schluss, dass man sich mit dem bis jetzt Erreichten nicht zufrieden geben will, spricht man von einer modifizierten Ausgangslage. Sämtliche Prozessschritte werden mit der Überzeugung, mehr erreichen zu können und zu wollen, nochmals durchgeführt: Re-Assessment, Re-Planning, Re-Intervention, Re-Monitoring, Re-Evaluation.

Nach der hoffentlich für alle Involvierten positiven Evaluation beendet der Case Manager seine Begleitung. In manchen Situationen kann eine mehrmonatige Nachbetreuungsphase (in der Regel drei Monate) trotz Abschluss der Case-Management-Phase durch den Betroffenen gewünscht werden und sinnvoll sein.

### Referenzen

1. (1) Verein Netzwerk Case Management Schweiz. ([www.netzwerk-cm.ch](http://www.netzwerk-cm.ch))
2. (2) Neuffer, Manfred (3., überarbeitete Auflage 2007). Case Management, Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien, Grundlagen Texte soziale Berufe. Juventa Verlag Weinheim und München.



## Herausgabe medizinischer Daten an Versicherer

**Hubert Bär, lic. iur. Fürsprecher**

Leiter Haftpflichtversicherung und  
Schadenmanagement

Schweizerischer Versicherungsverband SVV

### Vorbemerkung

Dies ist eine Auslegeordnung der Rechts-situation betreffend Rechte und Pflichten behandelnder und beratender Ärzte im Umgang mit Patientendaten bei Datenaustausch mit Versicherern aus Sicht SVV. Das Ziel ist, dem Arzt den Entscheid zu erleichtern, ob und welche Akten er an anfragende Versicherer herausgeben kann oder muss. Der Beitrag basiert teils auf bereits publizierten Artikeln zum Thema und gibt die Meinung des Verfassers wieder. Entsprechende Literaturhinweise finden sich am Ende des Artikels.

### Zusammenfassung

*Der Arzt ist neben behandelnder oder begutachtender Medizinalperson auch Vertrauensperson des Patienten und kennt und dokumentiert dessen Krankengeschichte. Er steht gegenüber Dritten unter der ärztlichen Schweigepflicht (Berufsgeheimnis) und hat entsprechend den Datenschutz zu beachten. Die*

*Schweigepflicht ist aber zum Schutze der persönlichen Freiheit des Patienten statuiert worden und ist nicht als selbständiges Recht des Arztes zu verstehen. Der Arzt kann Auskünfte über Patienten gegenüber den Versicherern nicht generell und aus eigenem Recht verweigern.*

*In den meisten Sozialversicherungsgesetzen ist eine gesetzliche Auskunftspflicht des Patienten statuiert. Dem Arzt als Leistungserbringer obliegt in gewissen Bereichen ebenfalls eine direkte Pflicht, den Behörden Auskünfte zur Feststellung des Leistungsanspruches zu erteilen (zB Art. 6a IVG als Ausnahme von Art. 28 Abs. 3 ATSG). In anderen Bereichen hat der Arzt eine Auskunftspflicht gegenüber dem Sozialversicherer, welche er nur bei ausdrücklichem Verbot des Patienten verweigern darf (zB UVG 54a). Er hat aber diesfalls als Beauftragter (analog im öffentlichen Spital) den Patienten zumindest auf mögliche Rechtsfolgen aufmerksam zu machen.*

*Der Sozialversicherer erbringt Naturalleistungen und /oder Geldleistungen nur wenn die gesetzlichen Anspruchsvoraussetzung (zB UVG, IVG etc.) erfüllt*



*sind. Das Gesetz berechtigt ihn im Rahmen der ihm obliegenden Abklärungspflicht Auskünfte zur Krankengeschichte einzuholen. Der private Versicherer (private Unfall- und Krankenversicherung und Haftpflichtversicherung) hat eine Leistungspflicht erst dann, wenn die vertraglich vereinbarten Schadennachweise erbracht oder Schaden und Haftung anerkannt oder rechtlich geklärt werden konnten (Haftpflichtversicherung). In beiden Fällen ist der Arzt einerseits Beauftragter des Patienten und andererseits Vermittler zwischen Patient und Versicherer. Er hat in Bezug auf die Auskunftspflichten eine wichtige Funktion, hat dabei aber den Datenschutz zu wahren. Die nachfolgenden Hinweise sollen den Arzt dabei unterstützen, die anspruchsvolle Vermittler-Aufgabe rechtlich korrekt wahrnehmen zu können.*

### **Einleitung**

Im Zusammenhang mit der Einführung des Fallpauschalen-Systems SwissDRG per 1. Januar 2012 ist die Ärzteschaft zum Thema Datenschutz mehr sensibilisiert als auch schon. Nachfolgend erfolgt eine Auslegeordnung zu Rechten

und Pflichten des Arztes im Umgang mit Patientendaten aus Sicht der Versicherer unter Berücksichtigung der gesetzlichen Grundlagen des Datenschutzrechtes, der aktuellen Gesetzgebung und der Rechtsprechung. Das Ziel ist nicht, eine rechtswissenschaftliche Abhandlung zu erstellen, sondern das Verständnis der Ärzteschaft zu fördern, weshalb der Versicherer Informationen über den Patienten verlangt und wie viel Informationen der Versicherer in den aufgezeigten Konstellationen benötigt, um seine Leistung erbringen zu können und welche Informationen der Arzt entsprechend geben kann oder sogar muss.

Die wichtigsten Gesetze im Verhältnis Arzt-Patient-Versicherung betreffend Datenschutz sind:

- Datenschutzgesetz (DSG)
- Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechtes (ATSG)
- Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG)
- Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG)
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

- Bundesgesetz über die berufliche Vorsorge (BVG)
- Strafgesetzbuch (StGB; Art.321 StGB Verletzung des Berufsgeheimnisses)

### **Generelle Voraussetzungen für die Bearbeitung und Weitergabe von Patientendaten**

Gemäss Art. 13 Abs.2 Bundesverfassung hat jede Person Anspruch auf Schutz vor Missbrauch ihrer persönlichen Daten. Konkretisiert wird dieser Grundsatz betreffend Umgang mit Personendaten im DSGVO. Art. 4 DSGVO legt die Grundsätze für die Bearbeitung von Personendaten fest, sofern keine andere Regelung in Spezialgesetzen gilt:

- 1) *Personendaten dürfen nur rechtmässig bearbeitet werden.*
- 2) *Ihre Bearbeitung hat nach Treu und Glauben zu erfolgen und muss verhältnismässig sein.*
- 3) *Personendaten dürfen nur zu dem Zweck bearbeitet werden, der bei der Beschaffung angegeben wurde, aus den Umständen ersichtlich oder gesetzlich vorgesehen ist.*
- 4) *Die Beschaffung von Personendaten und insbesondere der Zweck ihrer Bearbeitung müssen für die*

*betroffene Person erkennbar sein.*

- 5) *Ist für die Bearbeitung von Personendaten die Einwilligung der betroffenen Person erforderlich, so ist diese Einwilligung erst gültig, wenn sie nach angemessener Information freiwillig erfolgt. Bei der Bearbeitung von besonders schützenswerten Personendaten oder Persönlichkeitsprofilen muss die Einwilligung zudem ausdrücklich erfolgen.*

Daten dürfen also nur so weit bearbeitet werden, wie sie zur Aufgabenerfüllung geeignet und erforderlich sind. Weiter sieht das DSGVO vor, dass Daten nur mit Einwilligung des Patienten bearbeitet werden dürfen.

Wie sieht eine solche Einwilligung des Patienten aus? Unproblematisch ist der Fall, wenn der Patient explizit zu verstehen gibt, dass er die Weitergabe wünscht oder mit ihr einverstanden ist. Die Weitergabe von Patientendaten ist aber auch möglich, wenn dies aus den Umständen der Behandlung, z. B. der erklärten Absicht des Patienten oder seines Verhaltens, dass er Leistungen vom Versicherer erwartet, abgeleitet werden

kann (implizite Einwilligung). Begibt sich der Patient in ärztliche Behandlung und stimmt einer Überweisung zu einem Spezialarzt oder in ein Spital zu, so darf der Arzt in guten Treuen davon ausgehen, dass er auch die Krankengeschichte an den nachbehandelnden Arzt / das Spital überweisen darf. Folglich ist die Schriftlichkeit der Einwilligung nicht zwingend und vom Gesetz auch nicht vorgesehen. Auch bei besonders schützenswerten Daten, wo eine ausdrückliche Einwilligung verlangt wird, ist ausdrücklich nicht mit schriftlich gleichzusetzen. Im Zweifelsfall ist aber nachzufragen.

Wie weit die einmal erteilte Einwilligung geht ist eine andere Frage. Der Umfang der zur Diskussion stehenden Datenbearbeitung kann sich konkludent aus der unterschriebenen Schadenanzeige an den Versicherer ergeben, wenn beispielsweise der Patient darin explizit die Entbindung der Ärzte von der Schweigepflicht erklärt und die Schadenanzeige den Hinweis enthält, dass der Versicherer die notwendigen ärztlichen Unterlagen zur Abklärung des Sachverhaltes einholen darf. Die Schadenanzeige wird nämlich nach der Gesundheitsschädigung ausgefüllt und somit

in Kenntnis der massgeblichen Umstände. Zu diesen Umständen gehören auch die grob absehbaren Behandlungsmassnahmen. Die Schadenanzeige nimmt damit Bezug auf den konkreten Sachverhalt und der Patient hat damit offensichtlich seinen Willen geäussert, dass die notwendige Information an den Versicherer weitergegeben werden darf. Insbesondere ist es nach dem Wortlaut des DSG nicht Voraussetzung, dass der abschliessende **Umfang** der Herausgabe durch den Patienten ausdrücklich zu bestimmen wäre. Der Patient bleibt aber wegen des Selbstbestimmungsrechtes selbstverständlich jederzeit Herr über seine persönlichen Daten. Er kann seine Meinung ändern, hat dies aber dem Arzt mitzuteilen. Bestehen Zweifel über den Willen des Patienten, empfiehlt sich eine entsprechende Dokumentation (zB in der Krankengeschichte) des geäusserten oder mutmasslichen Willens.

Hat der Patient die Herausgabe der Akten ausdrücklich untersagt, so heisst dies nicht abschliessend, dass die Krankengeschichte nicht herausgegeben werden dürfte. Eine Akteneinsicht gegen den ausdrücklich geäusserten Willen des Patienten kann immer noch durch

Gesetz oder behördliche Anordnung legalisiert werden (vgl. unten). In jedem Fall hat der Patient aber die Folgen der Verweigerung entsprechend zu tragen, wie z. B. die Leistungseinstellung des Versicherers oder die Verweigerung der Kostenübernahme. Es gehört in diesem Fall unseres Erachtens zur erweiterten Patientenaufklärung durch den Arzt, den Patienten auf die möglichen Folgen seiner Weigerung zumindest aufmerksam zu machen. Diese Pflicht des Arztes ergibt sich beim Privatspitalvertrag oder Vertrag mit dem Arzt selber aus den Regeln für den Auftrag; bei einer rein öffentlich-rechtlichen Beziehung zwischen dem Arzt (z. B. Kantonsspital) und dem Patienten aus dem anwendbaren Verwaltungsrecht.

Der EDÖB (Eidgenössischer Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter) äussert sich auf der offiziellen Webseite [www.edoeb.admin.ch](http://www.edoeb.admin.ch) ebenfalls zur Bearbeitung und Weitergabe von Patientendaten. Gemäss EDÖB darf ein Arzt Patientendaten weitergeben, wenn er über die Einwilligung des Patienten verfügt, wenn seine vorgesetzte Behörde ihn vom Berufsgeheimnis befreit hat oder wenn die Datenweitergabe in einem

Gesetz vorgesehen ist. Damit wiederholt der EDÖB nur, was die Gesetzgebung vorgibt. Eine über das DSG hinausgehende Anforderung zum Schutz von Patientendaten ist darin nicht zu sehen und wäre rechtlich auch nicht möglich.

### **Bearbeitung und Weitergabe von Patientendaten im Privatversicherungsrecht**

Interessierte am Patientendossier sind hauptsächlich private Kranken- und Unfall- sowie Haftpflichtversicherer (vgl. zu Besonderheiten im Haftpflichtrecht unten). Als Grundlage für den Datenschutz gelten hier allgemein die Regeln des DSG (vgl. oben).

Besteht zwischen Patient und Versicherer ein Vertragsverhältnis, so haben sowohl der Patient als auch der Versicherer gegenseitig gewisse Vertragspflichten und -rechte. Das Selbstbestimmungsrecht nach DSG steht dem Patienten nach wie vor zu, hat aber zumindest indirekt vertragliche Schranken. Es gibt für Privatversicherer Rechtfertigungsgründe, welche eine Beeinträchtigung des Persönlichkeitsschutzes rechtfertigen. Art. 13 Abs. 2 DSG hält fest:

*«...ein überwiegendes Interesse der bearbeitenden Person (hier des Versicherers) fällt insbesondere in Betracht, wenn diese: a. in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Abschluss oder der Abwicklung eines Vertrags Personendaten über ihren Vertragspartner bearbeitet...».*

Übersetzt auf die Daten im Verhältnis Arzt-Patient-Versicherung heisst dies, dass die Bearbeitung von Patientendaten durch den Versicherer rechtmässig ist, wenn er diese zum Zwecke der Vertragserfüllung bearbeitet. Der Versicherer untersteht bei der Bearbeitung von Personendaten diesfalls auch dem DSG und hat sich bei der Bearbeitung an die folgenden wichtigsten Grundsätze zu halten: die rechtmässige Beschaffung, die Bearbeitung nach Treu und Glauben und die Verhältnismässigkeit des Eingriffes. Weitere Informationen dazu in der Broschüre des SVV «Informationen zum revidierten Datenschutzgesetz» unter <http://www.svv.ch/de/publikationen/informationen-zum-revidierten-datenschutzgesetz>

Der behandelnde Arzt ist seinem Patienten aus Auftragsrecht zu Treue und sorgfältiger Auftragsausführung ver-

pflichtet. Zur Pflicht gehört bekanntlich auch die Aufklärung. Zu den Nebenpflichten der Aufklärung gehört nach hier vertretener Ansicht zumindest auch ein Hinweis an den Patienten auf die Folgen einer Verweigerung der Herausgabe von medizinischen Akten an den Versicherer und darauf, dass der Versicherer die herausgegebenen Daten rechtmässig bearbeiten darf und dem Datenschutz unterliegt.

An dieser Stelle noch folgendes: Vielfach wird seitens der Ärzteschaft verlangt, dass Patientendaten nur an den Vertrauensarzt der Versicherung eingereicht werden. Vertrauensärzte sind Ärzte nach Art. 57 KVG, welche spezifisch für die Krankenversicherer nach KVG tätig sind. Davon zu unterscheiden sind die beratenden Ärzte der Privatversicherer. Sie beurteilen die medizinische Seite von Versicherungsfällen ausserhalb des KVG (Unfall-, private Kranken-, Haftpflichtversicherung). Das System Vertrauensarzt ist für die Privatversicherer nach oben Gesagtem untauglich und unnötig. Erstens sind auch die beratenden Ärzte der Privatversicherer dem DSG und dem Arztgeheimnis unterstellt und zweitens benötigen die Versicherer im Bereich des

VVG zusätzliches Wissen im Bereich der Schadenbearbeitung. Zwingend ist zusätzlich eine Bearbeitung durch Schadensspezialisten des Versicherers, welche die rechtlichen und vertraglichen Voraussetzungen für eine Leistungspflicht kennen. Der beratende Arzt deckt nur die medizinische Seite der Abklärung ab. Ihm und dem Vertrauensarzt fehlt meist die notwendige Kenntnis im Versicherungsvertragsbereich, was die Bearbeitung der Patientenakten durch Versicherungssachbearbeiter unabdingbar macht.

### **Bearbeitung und Weitergabe von Patientendaten – Besonderheiten im Haftpflichtrecht**

Im Haftpflichtbereich ist der Patient nicht Versicherungsnehmer, sondern Geschädigter und Anspruchsteller gegenüber der Haftpflichtversicherung. Er steht in keinem Vertragsverhältnis zum Versicherer, stellt aber gegen diesen (direkt oder indirekt) trotzdem Ansprüche infolge Personenschaden. Nach Gesetz und Rechtsprechung hat im Haftpflichtrecht derjenige den Schaden zu beweisen, der ihn behauptet, hier also der Patient. Der Beweis umfasst den Hergang, den Schaden, den Zusammenhang zwi-

schen Hergang und Schaden (Kausalzusammenhang) und je nach Haftungsgrundlage auch das Verschulden. Der Patient hat also regelmässig die Pflicht, seinen (Personen-)Schaden und den Kausalzusammenhang zum Schadenergebnis nachzuweisen um Leistungen zu erhalten. Das kann er nur mit seinem medizinischen Dossier oder der Aussage des Arztes.

Der EDÖB hat festgestellt: «Eine Verletzung der Persönlichkeit durch einen Haftpflichtversicherer ist dann nicht widerrechtlich, wenn ein Rechtfertigungsgrund (Einwilligung des Verletzten, überwiegendes privates oder öffentliches Interesse oder Gesetz) vorliegt. Ob eine Persönlichkeitsverletzung gegeben ist, ist nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung im Einzelfall und nach einer Interessenabwägung zu untersuchen.» Es gibt also nach dem Gesagten offensichtlich einige gute Gründe, den Haftpflichtversicherer mit Patientenakten zu bedienen. Wird der Schaden nicht bewiesen, hat der Patient die Folgen des fehlenden Nachweises zu tragen. Entsprechend wird der Haftpflichtversicherer zu Recht auf den Schaden nicht oder nur teilweise (so weit erwiesen) eintreten.

Nochmals zur Sorgfaltspflichten des Arztes: Der Arzt darf den Patienten durchaus auf die Folgen des Unterlassens der Aktenherausgabe aufmerksam machen. Er kann und soll sich aber primär auf die Behandlung konzentrieren. Nach hier vertretener Ansicht lässt es sich kaum mit dem Pflichtenheft des Arztes vereinbaren, wenn er gegenüber dem Versicherer eine anwaltliche Rolle für den Patienten im Bereich des Datenschutzes übernehmen will. Dies setzt ihn im Übrigen allenfalls auch einem Haftungsrisiko aus.

Problematisch kann der Umfang der Akteneinsicht bei Vorzuständen sein. Es stellt sich die Frage, inwieweit auch frühere protokollierte ärztliche Feststellungen herausgegeben werden müssen. Beim Patienten darf grundsätzlich ein Interesse an korrektem, vollständigem und nachvollziehbarem Schadennachweis vorausgesetzt werden. Die Notwendigkeit und der Umfang der herauszugebenden Akten kann im Zweifelsfall mit dem Patienten besprochen werden. Es kann in seltenen Fällen aber auch ein Wille des Patienten an der Verschleierung der Ursachen der Gesundheitsschädigung festgestellt

werden. Verweigert der Versicherer dann die Leistung und verlangt Aktenherausgabe, so steht der behandelnde Arzt in einem Dilemma. Verweigert der Patient die Herausgabe in diesem Fall, so sollte das der Arzt im Sinne der Transparenz und zum Eigenschutz (Beihilfe zum Versicherungsbetrug?) in der Krankengeschichte dokumentieren und anmerken, wo der Patient die Grenzen der Herausgabepflicht setzt. Ob dann noch ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient besteht muss der Arzt selber entscheiden.

### **Bearbeitung und Weitergabe von Patientendaten im Sozialversicherungsrecht**

Neben den Datenschutzregeln im DSGVO gibt es in Spezialgesetzen davon abweichende aber vorgehende Regeln. Die wichtigsten Erlasse, die Spezialregeln zur Aktenherausgabe im Bereich des Medizinalrechts definieren, sind auf Bundesebene das Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) und die damit zusammenhängenden Erlasse AHVG, IVG, BVG, KVG und UVG. In diesen Gesetzen werden Regeln für die Amtshilfe in den

jeweiligen Bereichen geregelt, was auch den Arzt als «Verwalter» des Patientendossiers betreffen kann.

Wer Versicherungsleistungen beansprucht muss gemäss ATSG unentgeltlich Auskunft erteilen, um die Abklärung des Anspruches und die Höhe der Versicherungsleistungen feststellen zu können. Alle Personen und Stellen, namentlich auch Ärztinnen und Ärzte sind zu ermächtigen, die zur Abklärung notwendigen Auskünfte zu erteilen. Die Ermächtigung kann nur den in Frage stehenden Leistungsfall, aber immerhin diesen vollumfänglich, betreffen. Dazu gehören allenfalls eben auch Unterlagen betreffend Vorzustände, welche bei kausalen Versicherungen wie UVG die Kausalität oder bei finalen Versicherungen wie KVG die gesetzlichen Voraussetzungen be- oder widerlegen. Die Auskunftspflicht des Arztes geht soweit, wie diejenige der Person, welche Leistungen beansprucht. Auf begründetes Aktengesuch muss deshalb der Arzt auch über die spezifische Behandlung an sich mit dem abklärungsrelevanten medizinischen Inhalt Auskunft erteilen und medizinische Akten müssen herausgegeben werden.

Was die Aktenbeschaffung durch Sozialversicherungsträger anbelangt, hat das Bundesgericht in einem Entscheid im Juli 2011 festgestellt, dass es dem Sozialversicherungsträger obliegt zu entscheiden, welche medizinischen Akten er zur Abklärung des Sachverhaltes benötigt. Personen, die Versicherungsleistungen beanspruchen, haben alle Personen und Stellen, namentlich Ärztinnen und Ärzte, Versicherungen sowie Amtsstellen im Einzelfall zu ermächtigen, die Auskünfte zu erteilen. Gemäss Art. 28 Abs. 3 ATSG ist der Arzt zur Auskunft gegenüber Versicherern verpflichtet. Nur ein ausdrückliches Verbot des Patienten kann diese Pflicht aufheben. Der Arzt hat also in dieser Konstellation kein eigenes Recht, sich auf sein Berufsgeheimnis zu berufen.

Der Umfang der erforderlichen Patientendaten ergibt sich aus den gesetzlichen Anforderungen an den Nachweis. Wenn also beispielsweise abgeklärt werden muss, ob Unfallfolgen gemäss ATSG / UVG vorliegen, so ist das Patientendossier dem UVG Versicherer für die Prüfung dieser Voraussetzung in dem Umfang zuzustellen, dass eine abschliessende Beurteilung stattfinden kann. Da allenfalls



auch Abgrenzungsfragen zu Krankheitsfolgen zu klären sind, betrifft die Herausgabepflicht möglicherweise auch die Vorgeschichte. Bei strittiger Kausalität geht die Notwendigkeit der Einsicht in die Krankengeschichte also weiter als nur auf die direkten Unfallfolgen. Notwendig ist auch die Kenntnis des Unfallversicherers über unfallfremde Vorzustände (die sog. konstitutionelle Prädisposition). Entsprechend umfasst die Herausgabepflicht nach ATSG / UVG auch diesen Teil der Akten.

### **Bearbeitung und Weitergabe von Patientendaten – Besonderheiten im UVG**

Die UVG Versicherung ist eine ursachenbezogene Spezialversicherung. Nur Unfallfolgen gemäss gesetzlichem Unfallbegriff sind versichert. Zum System des Naturalleistungsprinzips des UVG Versicherers (er leistet nicht Geld, sondern erbringt die medizinische Massnahme), gehört auch die Untersuchungsmaxime. Das heisst, dass der Unfallversicherer selbständig die Voraussetzungen seiner Leistungspflicht abklären muss. Dazu benötigt er die gesamte unfallbezogene medizinische Krankengeschichte.

Alle privaten UVG Versicherer haben wie die SUVA gleichermaßen als Amtsträger Anspruch darauf, die Auskunftsrechte gemäss UVG wahrnehmen zu können.

Die Datenweitergabe der Leistungserbringer an die Versicherer ist im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung in Art. 54a UVG geregelt. Unter «Angaben» nach UVG 54a sind auch die med. Akten zu subsumieren. Die Bestimmung ist ein gesetzlicher Rechtfertigungsgrund gemäss Art. 17 DSGVO und entbindet den behandelnden Arzt und andere Leistungserbringer als privaten Datenbearbeiter von der Schweigepflicht gemäss StGB 321 Ziff. 3. Die Aussage und Edition darf nur aus drei Gründen verweigert werden:

- 1) aus persönlichen Gründen (beim Arzt, welche ihn strafrechtlich – es ist damit nicht das Berufsgeheimnis nach StGB 321 gemeint – oder finanziell belasten könnten)
- 2) Akten zum ausschliesslichen persönlichen Gebrauch. Sobald aber diese Grundlage für die Behandlung bilden, gehören sie ebenfalls zur Krankengeschichte. Zu denken ist hier an Gedankenstützen, interne Abklärungen. Sie

sind aus praktikablen Gründen von der Krankengeschichte zu trennen.

- 3) Akten, welche nicht rechtserheblicher Natur sind. **Entgegen landläufiger Meinung gehört die medizinische Vorgeschichte dann auch zu den rechtserheblichen Tatsachen, welche zu offenbaren sind, wenn eine Unfall-Kausalität zumindest abklärungsbedürftig ist.**

Nach Ansicht des Autors ist die Ermächtigung zur Auskunftserteilung gemäss Art. 28 Abs.3 ATSG nicht massgebend, weil das ATSG als neueres Recht keine Anpassung des UVG und der Verordnung UVV beinhaltet und damit Art. 54a UVG gilt:

*Der Leistungserbringer muss dem Versicherer eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die dieser benötigt, um die Leistungsansprüche zu beurteilen und um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können.*

### **Bearbeitung und Weitergabe von Patientendaten – Besonderheiten im KVG**

Neben den allgemeinen Grundsätzen zu den Sozialversicherungen nach ATSG gelten die Bestimmungen des KVG als Spezialnorm. KVG-Versicherer sind nicht bloss Zahlstellen. Im KVG ist gesetzlich genau umschrieben, welche Leistungen versichert sind und übernommen werden. Daher muss abgeklärt werden, ob allenfalls keine andere Sozialversicherung zuständig ist. Zur Abklärung dieser Abgrenzungsfragen muss auch der Versicherer nach KVG medizinische Akten einsehen können.

Die Datenweitergabe der Leistungserbringer an die Versicherer ist im Bereich der obligatorischen Versicherungen für die Krankenversicherer in Art. 42 KVG geregelt. Zuerst ist darauf hinzuweisen, dass die Krankenversicherung sich in die Bereiche obligatorische Krankenversicherung nach KVG und die Zusatzversicherung nach VVG (Versicherungsvertragsgesetz) gliedert. Hier ist nur die Rede von der Aktenherausgabe nach KVG. Die Aktenherausgabe für Zusatzversicherungsleistungen ist nach den Voraussetzungskriterien für private Ver-

sicherer und somit nach DSG zu beurteilen (vgl. vorne).

Die nach KVG erbrachten Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 KVG). Art. 42 Abs. 3 KVG sieht vor, dass der Leistungserbringer dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zu stellen hat. Verständlich müssen diese Angaben zur Berechnung und Vergütung und zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistung sein. Sind diese Angaben nicht ausreichend, darf der Versicherer beispielsweise auch einen Austritts- oder Operationsbericht einholen. Er stellt der versicherten Person zur Information eine Kopie der Anfrage zu. Der eidgenössische Datenschutzbeauftragte hat auf seiner Website dieses Vorgehen als Vorschlag zum Prozedere der Aktenherausgabe entwickelt.

Die KVG-Versicherer führen eine obligatorische Sozialversicherung und sind damit ein (ausgelagerter) Teil der Bundesverwaltung. Auch hier bestimmt der KVG Versicherer als Ausführungsorgan, welche Akten er zur Leistungsberechnung benötigt. Gemäss Art. 93 KVG kann

sogar bestraft werden, wer unwahre Auskunft erteilt oder die Auskunft verweigert. Voraussetzung ist aber, dass die Datenbearbeitung zur Abklärung notwendig ist (Art. 84 KVG):

*Die mit der Durchführung, der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes betrauten Organe sind befugt, die Personendaten, einschliesslich besonders schützenswerter Daten und Persönlichkeitsprofile, zu bearbeiten oder bearbeiten zu lassen, die sie benötigen, um die ihnen nach diesem Gesetz übertragenen Aufgaben zu erfüllen...*

Es wird häufig moniert, dass Daten nur an den Vertrauensarzt des Versicherungsträgers (vgl. Art. 57 KVG) herauszugeben seien. Das Bundesverwaltungsgericht hat hier eine etwas differenziertere Betrachtungsweise. Gemäss diesem ist es nicht ärztliche Pflicht, die Unterlagen jeweils nur dem Vertrauensarzt zur Verfügung zu stellen (dies stellt wohl eher die Ausnahme dar), sondern in der Regel sind diese dem Schadenmanagement des Versicherers zur Verfügung zu stellen, wie das Bundes-

verwaltungsgericht in einem Urteil 2007 festgehalten hat. Einzige Voraussetzung bleibt, dass die Datenherausgabe zur Leistungsabklärung notwendig ist.

### **Bearbeitung und Weitergabe von Patientendaten – Besonderheiten IVG**

In Art. 6a IVG ist in Abweichung von Artikel 28 Absatz 3 ATSG festgelegt, dass die versicherte Person mit der Geltendmachung des Leistungsanspruchs die in der Anmeldung erwähnten Personen und Stellen ermächtigt, den Organen der Invalidenversicherung alle Auskünfte zu erteilen und alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die für die Abklärung von Leistungs- und Regressansprüchen erforderlich sind. Diese Personen und Stellen sind zur Auskunft verpflichtet. Diese sind von ihrer Schweigepflicht entsprechend entbunden. Das betrifft selbstverständlich damit auch den behandelnden Arzt.

Die IV-Stellen müssen entscheiden, welche Abklärungen massgebend und notwendig sind. Für die Abklärung eines Leistungsbegehrens benötigen sie möglicherweise nicht nur Angaben zum Gesundheitszustand der versicherten Per-

son, sondern auch Kenntnisse über ihre sozialen Verhältnisse. So sind bei erwerbstätigen Erwachsenen die psychosozialen und die soziokulturellen Faktoren ernst zu nehmende Risikofaktoren für eine allfällige berufliche Ausgliederung und eine nachfolgende Invalidisierung. Bei Kindern und Jugendlichen können sie gravierende Risikofaktoren für die schulische oder berufliche Ausbildung darstellen. Diese Angaben zur Persönlichkeit der Patienten sind für die Beantwortung der Wiedereingliederung und Invalidität unerlässlich, denn sie bilden die Voraussetzung für die Früherkennung und die berufliche Eingliederung.

Aufgrund der unterzeichneten IV-Anmeldung zum Leistungsbezug sind somit alle für die medizinische Abklärung in Betracht fallenden Ärzte zur Auskunftserteilung gegenüber der IV-Stelle verpflichtet und ermächtigt. Diese Entbindung von der Schweigepflicht bedeutet für Sie, dass Sie das Berufs- und Patientengeheimnis gegenüber der IV-Stelle ohne rechtliche Konsequenzen offenbaren dürfen.

## Bearbeitung und Weitergabe von Patientendaten – Besonderheit Strafgesetzbuch

Das Berufsgeheimnis nach Art. 321 StGB ist eigentlich nicht ein Vorrecht oder ein eigenständiges Recht des Arztes selber, sondern ist der Schutz der Privatsphäre des Patienten. Es gilt aber nicht absolut. Die wichtigsten Ausnahmen («Rechtfertigungsgründe») sind:

- Einwilligung des Patienten
- Entbindung (zB durch kantonale Stellen)
- gesetzliche Auskunftspflichten
- gesetzliche Auskunfts-Rechte

Erforderlich ist zur Verletzung des Berufsgeheimnisses gemäss Art. 12 StGB ein Vorsatz. Wenn der Arzt nach Treu und Glauben in der (fehlerhaften) Annahme handelte, einer der oben genannten Rechtfertigungsgründe liege vor, so ist er zumindest nicht strafbar. Das Berufsgeheimnis ist sicher dann nicht verletzt, wenn ein Arzt Patientendaten nach Einwilligung des Patienten weitergibt: «Wenn hingegen der Patient in eine Informationsweitergabe einwilligt, ist die Frage des Patientengeheimnisses im Strafrecht erledigt: Die Weitergabe ist dann nicht strafbar» (Hanspeter Kuhn, «Datenschutz und KVG», Schweizerische Ärztezeitung 2001, S.1269).

Die FMH selbst weist auf Ihrer Webseite genau auf solche Umstände hin: «Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag, 2008 S. 75 ff» [http://www.fmh.ch/fmh/rechtliche\\_grundlagen/standesordnung.html](http://www.fmh.ch/fmh/rechtliche_grundlagen/standesordnung.html)

*«...besteht eine gesetzliche Pflicht, einer Behörde eine Mitteilung zu machen oder ist die Ärztin dazu berechtigt, so muss sie weder die Einwilligung des Patienten einholen noch durch die Gesundheitsdirektion von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht entbunden werden» (S. 80)*

Unter Ziffer 6.3. (Meldepflichten auf Bundesebene) wird als letzte Meldepflicht des Arztes (S.81) vermerkt:

*Informationen, die der Versicherte benötigt, um seine Aufgabe zu erfüllen (Sozialversicherungsgesetze des Bundes)*

*Die Sozialversicherungsgesetze des Bundes (KVG, UVG, MVG, IVG) enthalten eine Entbindung vom Patientengeheimnis. Allerdings ist diese immer auf jene Informationen begrenzt, «die der Versicherte benötigt», um seine Aufgabe zu erfüllen (vgl. Kap. 6.7 und 6.8)*

Auch nach Ansicht FMH besteht also eine Meldepflicht des Arztes gegenüber (Sozial-)Versicherern.

### Literaturhinweise

1. Datenschutz in der Versicherungswirtschaft, Marcel Süsskind, HAVE 3/2004, S. 193ff.
2. Berufsgeheimnis, Schweigepflicht und Datenschutz, Ursula Uttinger, SVZ 68 (2000), S. 240ff.
3. Datenschutz und UVG, Fuchs / Uttinger / Soltermann, saez 50 / 2001, S. 2624ff.
4. Datenschutz und KVG, Hanspeter Kuhn, saez 24 / 2001, S. 1266ff.
5. Informationen zum revidierten Datenschutzgesetz, SVV 2007, <http://www.svv.ch/de/publikationen/informationen-zum-revidierten-datenschutzgesetz>
6. Besteht eine Pflicht des Arztes auf Herausgabe von Daten seines Patienten an das Durchführungsorgan der obligatorischen Unfallversicherung?, Dr. Roger Peter, SZS 45/2001, S.147ff.
7. Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag, ein Leitfaden für die Praxis, FMH, 2008, S76ff. <http://www.samw.ch/de/Publikationen/Leitfaden.html>



## Transmission de données médicales aux assureurs

### Hubert Bär, avocat

Responsable de l'assurance responsabilité civile et de la gestion des sinistres  
Association Suisse d'Assurances, ASA

### Avant-propos

Cet exposé présente du point de vue de l'ASA la situation juridique relative aux droits et obligations des médecins traitants et des médecins experts en ce qui concerne les données des patients dans l'échange de données avec les assureurs. Son objectif est de faciliter aux médecins la réponse aux questions suivantes: peuvent-ils ou doivent-ils transmettre des documents et lesquels sur demande des assureurs? L'auteur expose sa vue de la situation en se basant en partie sur des contributions déjà publiées sur ce thème. Les références sont mentionnées en fin d'article.

### Résumé

*Le médecin est avec le personnel médical traitant ou expert une personne de confiance du patient qui connaît et documente son dossier médical. Il est soumis au secret médical (secret professionnel) envers les tiers et doit en*

*conséquence respecter la protection des données. Le secret médical a toutefois été institué pour protéger la liberté personnelle du patient et n'est pas à considérer comme un droit indépendant du médecin. Le médecin ne peut en soi ou de son propre droit pas refuser de donner des renseignements sur les patients aux assureurs.*

*La plupart des lois sur les assurances sociales règlent l'obligation à laquelle est tenu le patient d'informer. Le médecin en tant que fournisseur de prestations est également soumis dans certains domaines à une obligation directe d'informer les autorités compétentes pour que le droit à des prestations puisse être déterminé (p. ex. art. 6a LAI comme dérogation à l'art. 28, al. 3, LPGA). Dans d'autres circonstances, le médecin a un devoir de renseigner envers les assureurs sociaux qu'il ne peut refuser de remplir qu'en cas d'interdiction explicite par le patient (p. ex. art. 54a LAA). Toutefois dans cette situation, mandaté par le patient (comme dans les hôpitaux publics), il est tenu de le rendre au moins attentif aux suites juridiques potentielles de son refus.*



*L'assureur social fournit des prestations en nature et/ou sous une forme monétaire si les conditions exigées par la loi sont remplies (p. ex. LAA, LAI, etc.). La loi lui donne le droit de demander des informations sur le dossier médical pour remplir son obligation d'examiner le cas qui lui est soumis. L'assureur privé (assurances maladie, accidents et responsabilité civile) n'est assujéti à une obligation de prestations que si les preuves d'un dommage ont pu être apportées selon les conditions contractuelles ou si dommage et responsabilité ont pu être reconnus ou clarifiés juridiquement (assurance responsabilité civile). Dans les deux cas, le médecin est mandaté par le patient et en même temps chargé du rôle d'intermédiaire entre le patient et l'assureur. Sa fonction est donc importante en ce qui concerne à la fois l'obligation de renseigner et la protection des données qu'il est tenu de respecter. L'exposé qui suit a pour but d'aider le médecin à percevoir cette tâche exigeante d'intermédiaire en tenant compte du cadre juridique correspondant.*

## **Introduction**

L'introduction du système des forfaits par cas SwissDRG le 1<sup>er</sup> janvier 2012 a nouvellement sensibilisé le corps médical à la problématique de la protection des données. Cet exposé présente le point de vue des assureurs sur les droits et devoirs du médecin en ce qui concerne les données du patient sous considération des bases juridiques du droit sur la protection des données, de la législation actuelle et de la jurisprudence. Il ne s'agit pas de procéder à une étude juridique, mais de mieux faire comprendre au corps médical pourquoi l'assureur exige des informations sur les patients et de quels renseignements selon les situations celui-ci a effectivement besoin pour pouvoir fournir ses prestations, et quelles informations le médecin peut ou même doit transmettre.

Les lois principales sur le rapport médecin-patient-assurance concernant la protection des données sont les suivantes:

- Loi sur la protection des données (LPD)
- Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)
- Loi fédérale sur l'assurance accidents (LAA)

- Loi fédérale sur l'assurance invalidité (LAI)
- Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal)
- Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle (LPP)
- Code pénal (CP; art. 321 CP, Violation du secret professionnel)

### Conditions générale pour le traitement et la transmission des données de patients

Conformément l'art. 13, al. 2, de la Constitution fédérale, chaque personne a droit d'être protégée contre l'emploi abusif des données qui la concernent. Les principes définis dans l'art. 4 de la LPD concrétisent ce droit quant au traitement des données personnelles dans la mesure où aucune autre réglementation n'est prévue par des lois spéciales:

- 1) *Tout traitement de données doit être licite.*
- 2) *Leur traitement doit être effectué conformément aux principes de la bonne foi et de la proportionnalité.*
- 3) *Les données personnelles ne doivent être traitées que dans le but qui est indiqué lors de leur collecte, qui est prévu par une loi*

*ou qui ressort des circonstances.*

- 4) *La collecte de données personnelles, et en particulier les finalités du traitement, doivent être reconnaissables pour la personne concernée.*
- 5) *Lorsque son consentement est requis pour justifier le traitement de données personnelles la concernant, la personne concernée ne consent valablement que si elle exprime sa volonté librement et après avoir été dûment informée. Lorsqu'il s'agit de données sensibles et de profils de la personnalité, son consentement doit être au surplus explicite.*

Les données ne peuvent donc être traitées que dans la mesure où elles sont nécessaires et propres à remplir leurs fonctions. En outre, la LPD prévoit que leur traitement dépend du consentement du patient.

Quelle est la forme de ce consentement? Le cas est simple quand le patient donne à comprendre explicitement qu'il souhaite la transmission des données et qu'il y donne son consentement. Toutefois, la transmission est également possible si l'on peut déduire des circons-

tances du traitement médical, p. ex. de l'intention déclarée du patient ou de son comportement qu'il compte sur les prestations de l'assureur (consentement implicite). Lorsque le patient se soumet à un traitement médical et qu'il accepte d'être confié à un médecin spécialiste ou d'être transféré dans un hôpital, le médecin peut en toute bonne foi conclure qu'il peut transmettre le dossier médical au médecin ou à l'hôpital qui poursuit le traitement. Il n'est donc pas obligatoire dans ce cas d'exiger un consentement écrit, ce que la loi ne prévoit pas non plus. Même s'il s'agit de données particulièrement sensibles qui exigent un consentement explicite, cela ne signifie pas qu'il doit être écrit. En cas de doute, il faut naturellement poser la question.

L'étendue d'un consentement une fois donné est un autre problème. A la question de savoir jusqu'à quel point il est possible de traiter les données peut répondre de manière concluante la déclaration de sinistre signée adressée à l'assureur: par exemple il y est indiqué que le patient libère explicitement le médecin du secret médical ou bien que l'assureur peut se procurer la documentation

médicale nécessaire à l'examen du cas. Car la déclaration a été effectivement remplie après l'atteinte à la santé et donc en connaissance des circonstances et de leurs conséquences principales, telles que les mesures de traitement prévues dans leurs grandes lignes. Elle se réfère directement à la situation concrète et le patient a clairement exprimé sa volonté qu'il est permis de transmettre les informations nécessaires à l'assureur. En particulier, le texte de la LPD ne contient pas de condition stipulant que le patient ait à décider explicitement de **l'étendue** finale des données transmissibles. Cependant, en raison de son droit à l'autodétermination, le patient reste évidemment maître en tout temps de ses données personnelles. Il peut changer d'avis et, dans ce cas, doit en informer le médecin. En cas de doute sur la volonté du patient, il est recommandé de documenter (p. ex. dans le dossier médical) la volonté exprimée ou supposée.

Si le patient a explicitement interdit de transmettre la documentation, cela ne signifie par finalement qu'il n'est pas permis de transférer le dossier médical. Une consultation du dossier contre la

volonté explicitement exprimée par le patient peut être toujours légalement ordonnée en vertu des dispositions de la loi ou par les autorités administratives (*cf. infra*). Dans tous les cas, le patient a à assumer les conséquences de son refus, telles que la suspension des prestations par l'assureur ou le refus de la prise en charge des coûts. Nous sommes d'avis qu'il appartient alors au médecin dans le cadre de l'information au patient de le rendre également au moins attentif aux suites potentielles de sa décision. Cette obligation résulte du contrat avec la clinique privée ou du contrat avec le médecin lui-même en fonction de la réglementation régissant le mandat; en cas de relation de droit public entre le médecin (p. ex. hôpital cantonal) et le patient en vertu du droit administratif applicable.

Le traitement et la transmission des données de patients est également prise en compte par le Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence (PFPDT) sur son site Internet officiel [www.edoeb.admin.ch](http://www.edoeb.admin.ch): le médecin a le droit de transmettre les données de patients s'il dispose de leur consentement, si son autorité supérieure le relève du

secret médical ou si la loi le prévoit. Le PFPDT ne fait donc que reprendre la législation en vigueur. On n'y trouve aucune exigence pour protéger les données de patients allant au-delà de la LPD, ce qui serait d'ailleurs juridiquement impossible.

### **Traitement et transmission des données de patients dans le droit des assurances privées**

S'intéressent au dossier médical surtout les assureurs privés maladie et accidents ainsi que les assureurs responsabilité civile (*cf. infra* pour les particularités du droit de responsabilité civile). En principe, ce sont les règles de la LPD qui entrent en ligne de compte pour la protection des données (*cf. supra*).

En cas de rapport de contrat entre le patient et l'assureur, tous deux sont liés réciproquement par des obligations et des droits. Le patient continue de jouir de son droit à l'autodétermination selon la LPD qui est toutefois soumis, indirectement au moins, à des limites contractuelles. L'assureur privé peut se prévaloir de motifs justificatifs qui justifient

une atteinte à la protection de la personnalité. L'art. 13, al. 2, de la LPD stipule:

*«Les intérêts prépondérants de la personne (dans ce cas l'assureur) qui traite des données personnelles entrent notamment en considération si: a. le traitement est en relation directe avec la conclusion ou l'exécution d'un contrat et les données traitées concernent le cocontractant;...»*

Pour les données en question dans le rapport médecin-patient-assureur, cela signifie que le traitement des données de patients par l'assureur en vue de remplir les conditions du contrat est légal. L'assureur est également soumis dans ce cas à la LPD et doit respecter les principes essentiels suivants: acquisition légale, traitement conformément aux principes de la bonne foi et de la proportionnalité dans le mode de faire. La brochure de l'ASA donne de plus amples informations à ce sujet, consultable sous <http://www.svv.ch/fr/publications/commentaire-sur-la-loi-revisee-sur-la-protection-des-donnees>.

Selon le droit des contrats, le médecin traitant doit être loyal envers son patient et remplir son mandat avec soin. Et nous

savons que l'information fait également partie de ses obligations et qu'il lui appartient donc dans ce cadre, comme nous le défendons ici, de rendre au moins attentif le patient aux suites d'un refus de transmettre le dossier médical à l'assureur et d'indiquer que celui-ci a le droit légal de traiter les données transmises et est tenu également de respecter la protection des données.

Il faut ajouter à ce sujet la remarque suivante: les médecins réclament le plus souvent que les données de patients soient adressées seulement au médecin-conseil de l'assurance. Celui-ci travaille spécialement pour les assureurs maladie soumis à la LAMal (cf. art. 57, LAMal) et il convient de le distinguer du médecin expert des assureurs privés qui évalue l'aspect médical des cas d'assurance non soumis à la LAMal (assurances accidents, maladie privée, responsabilité civile). Le système du médecin-conseil est inutilisable et inutile pour les assureurs privés en vertu de ce qui a été dit ci-dessus. Soulignons d'abord que les médecins experts des assureurs sont également soumis à la LPD et au secret médical et ensuite que dans le cadre de la LCA les

assureurs ont besoin de connaissances complémentaires en rapport avec le traitement des sinistres. Il est absolument nécessaire que les cas soient en outre traités par le spécialiste en gestion des sinistres de l'assureur qui connaît les conditions juridiques et contractuelles relatives à l'obligation de prestation. Le médecin expert ne s'occupe que de l'aspect médical de l'évaluation et, comme le médecin-conseil, il ne possède pas les connaissances nécessaires dans le domaine du contrat d'assurances, ce pourquoi le traitement des données des patients par le responsable du cas est indispensable.

### **Traitement et transmission de données de patients – particularités du droit de responsabilité civile**

Dans le cadre de la responsabilité civile, le patient n'est pas le preneur d'assurance, mais la personne lésée qui fait valoir ses droits auprès de l'assurance responsabilité civile, à savoir auprès de l'assureur (directement ou indirectement) suite à des dommages corporels, alors qu'il n'entretient aucune relation contractuelle avec lui. Conformément à

la loi et à la jurisprudence dans le droit de la responsabilité civile, la preuve du dommage déclaré incombe à la personne concernée, c'est-à-dire au patient. La preuve comprend le déroulement, le dommage, le lien entre le déroulement et le dommage (lien de causalité) et selon la base légale de la responsabilité également la faute. Le patient doit donner régulièrement la preuve de son dommage (corporel) et du lien de causalité avec la survenue du sinistre pour bénéficiaire de prestations. Seul son dossier médical le lui permet ou une déclaration du médecin.

Le PFPDT fait le constat suivant: «Une violation de la personnalité par l'assureur responsabilité civile n'est pas illicite s'il existe un motif justificatif (consentement de la personne blessée, intérêt privé ou public supérieur ou disposition légale). Il importe d'examiner les cas concrets en fonction de la jurisprudence du tribunal fédéral et après avoir peser les intérêts pour déterminer s'il y a eu atteinte à la personnalité.» Il existe donc effectivement quelques bonnes raisons de mettre le dossier médical du patient à disposition de l'assureur responsabilité civile, lequel en

conséquence prend ou ne prend pas en compte le dommage ou seulement partiellement (dans la mesure où la preuve est établie).

Revenons encore une fois au devoir de diligence du médecin: celui-ci peut également rendre attentif le patient aux suites d'une non transmission des données. Naturellement, il peut et il doit d'abord se concentrer sur le traitement médical. Nous sommes d'avis cependant qu'il pourra à peine remplir ses obligations de médecin s'il veut endosser le rôle d'avocat pour le patient envers l'assureur en ce qui concerne la protection des données. Le cas échéant, il s'expose de surcroît à un risque lié à la responsabilité.

La consultation de la partie du dossier relative à l'état de santé précédant le préjudice peut être problématique, car on peut se demander dans quelle mesure les constats médicaux établis par le passé doivent être transmis. On peut présumer que le patient a tout intérêt à l'apport correct, complet et compréhensible de la preuve du dommage. En cas de doute, il est possible de s'entretenir avec le patient sur la nécessité et l'éten-

due des informations à transmettre. On peut constater dans de rares cas que le patient veut dissimuler les causes de l'atteinte à la santé. Si l'assureur refuse ensuite de fournir la prestation et demande de pouvoir disposer du dossier, le médecin traitant se trouve confronté à un dilemme, car, si le patient ne donne alors pas son accord, il devrait documenter et inscrire dans le dossier médical à partir de quel point le patient a limité l'obligation de transmettre, et ce, pour des raisons de transparence et pour se protéger lui-même (complicité de fraude à l'assurance?). Si dans ce cas la relation de confiance entre médecin et patient peut être encore maintenue, c'est au médecin d'en décider.

### **Traitement et transmission de données des patients dans le droit des assurances sociales**

Il existe certaines dispositions contenues dans des lois spéciales qui dérogent des règles de la protection des données (LPD) et les prévalent. Les plus importants actes législatifs qui définissent les conditions pour la transmission de dossier dans le cadre du droit médical sont la Loi fédérale sur la partie

générale du droit des assurances sociales (LPGA) et ceux s'y rapportant: LAVS, LAI, LPP, LAMal et LAA. Ils règlent l'assistance administrative dans les domaines qui peuvent également concerner le médecin en tant que «gestionnaire» du dossier médical.

Selon la LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations d'assurance doit fournir gratuitement les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer le montant des prestations dues et autoriser toutes les institutions et personnes, dont nommément les médecins, à les transmettre. L'autorisation ne peut concerner que le cas de prestations en question, mais de telle manière que la documentation soit complète. Elle comprend également, le cas échéant, les informations sur l'état de santé précédant le préjudice pour pouvoir examiner le lien de causalité pour les assurances causales (p. ex. LAA) ou déterminer si les conditions légales sont remplies pour les assurances finales (p. ex. LAMal). Le devoir d'information du médecin correspond à celui de la personne faisant valoir son droit à des prestations. C'est pourquoi, en présence d'une demande justifiée de dossier médical, le médecin

doit également fournir, en plus du dossier médical, les informations spécifiques sur le traitement lui-même et qui sont nécessaires pour l'examen médical du cas.

En ce qui concerne les assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé dans son arrêt de juillet 2011 qu'il revient à l'organe impliqué de définir la documentation médicale nécessaire à l'examen du cas. Les personnes faisant valoir leur droit à des prestations doivent autoriser toutes les institutions et personnes, dont nommément les médecins, les assurances et dans certains cas les organes officiels à fournir les informations. Conformément à l'art. 28, al. 3, de la LPGA, le médecin est tenu de donner les renseignements requis. Seule une interdiction explicite du patient peut le libérer de cette obligation. Le médecin n'a donc pas aucun droit dans cette situation de se réclamer du secret professionnel.

L'étendue des données du patient nécessaires est déterminée par les exigences légales pour l'établissement de la preuve. S'il s'agit par exemple d'examiner la présence de suites à un accident



selon LPGA / LAA, le dossier médical du patient doit être envoyé avec les données nécessaires à l'assureur LAA pour examiner si ces conditions sont remplies et pour évaluer le cas complètement. Comme des questions de délimitation avec des séquelles de maladie peuvent se poser le cas échéant, le devoir de transmission s'étend également à l'état de santé précédent. En cas de causalité douteuse, il peut être donc nécessaire de pouvoir consulter le dossier médical au-delà de son simple rapport avec les suites d'un accident. L'assureur accidents doit être également informé d'états de santé sans rapport avec l'accident (prédisposition constitutionnelle) pouvant jouer un rôle. Le devoir de transmission selon LPGA / LAA s'étend aussi à cette partie du dossier médical.

### **Traitement et transmission des données de patients – particularités dans la LAA**

L'assurance LAA est une assurance causale qui ne couvre que les suites dues à un accident conformément au concept d'accident défini par la loi. L'assureur accidents fournit des prestations en nature sous la forme de mesures médicales

(et non sous forme monétaire) et selon ce système doit examiner lui-même les conditions de son devoir de prestation. Pour ce, il a besoin du dossier médical complet en rapport avec l'accident.

Tous les assureurs privés LAA doivent exactement, comme la SUVA en tant qu'organe officiel, pouvoir faire valoir leur droit à l'information selon la LAA.

La transmission de données par le fournisseur de prestations à l'assureur dans le cadre de l'assurance accidents obligatoire est réglée par l'art. 54a LAA. Sous le terme «indications» dans cet article, il faut également entendre le dossier médical. Cette disposition est un motif justificatif légal conformément à l'art. 17 LPD et délie le médecin traitant et les autres fournisseurs de prestations du secret professionnel selon l'art. 321, chiffre 3, CP en tant que détenteur de données privées. Le refus de renseigner ou de transmettre ne peut être reconnu que pour trois raisons:

- 1) pour des raisons personnelles (pour le médecin des raisons qui pourraient entraîner des suites pénales – mais non à cause de l'art. 321 CP sur le secret professionnel – ou financières)

- 2) documents destinés exclusivement à l'usage personnel, mais dès qu'ils servent de base pour le traitement, ils font partie également du dossier médical. Il s'agit donc ici p. ex. de remarques personnelles, de contrôles internes. A séparer pour des raisons de praticabilité du dossier médical.
- 3) documents sans pertinence juridique. **Toutefois, contrairement à l'opinion répandue, les antécédents médicaux font partie également des informations juridiques pertinentes qui doivent être dévoilées s'il s'avère pour le moins nécessaire de contrôler le lien de causalité dans un accident.**

Nous sommes d'avis que l'autorisation de fournir des renseignements selon l'art. 28, al. 3, LPGa n'est pas déterminante, parce que la LPGa en tant qu'acte législatif plus récent n'a entraîné aucune adaptation de la LAA et de l'OLAA. Cela signifie que l'art. 54a LAA est toujours valable:

*Le fournisseur de prestations remet à l'assureur une facture détaillée et compréhensible. Il lui transmet éga-*

*lement toutes les indications nécessaires pour qu'il puisse se prononcer sur le droit à prestations et vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation.*

### Traitement et transmission des données de patients – particularités dans la LAMal

Aux principes généraux relatifs aux assurances sociales conformément à la LPGa s'ajoutent des dispositions propres à la LAMal. L'assureur selon la LAMal n'est pas un simple bureau de paiement. La LAMal définit exactement les prestations qui sont assurées et prises en charge par l'assureur qui doit en conséquence contrôler si, le cas échéant, ce n'est pas une autre assurance sociale qui est compétente. Pour clarifier cette question de délimitation, il doit pouvoir consulter le dossier médical.

L'art. 42 LAMal règle les conditions de la transmission des données par les fournisseurs de prestations à l'assureur maladie dans le cadre des assurances obligatoires. Il faut d'abord rappeler que l'assurance maladie comprend deux domaines: l'assurance obligatoire selon

la LAMal et l'assurance complémentaire selon la LCA (loi sur le contrat d'assurance). Nous ne traitons que de la transmission des données dans le cadre de la LAMal. Pour les prestations de l'assurance complémentaire, la transmission est réglée par les conditions prévues pour les assureurs privés et doit donc être évaluées en vertu de la LPD (*cf. supra*).

Les prestations fournies conformément à la LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32, al. 1 LAMal). L'art. 42, al. 3 prévoit que les fournisseurs de prestations doivent remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Les indications permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation doivent être compréhensibles. Si ces indications sont lacunaires, l'assureur a le droit par exemple de demander également le rapport de sortie ou de l'opération. Il fait parvenir à la personne assurée une copie de la demande à titre informatif. Le Préposé fédéral à la protection des données présente sur son site Internet ce mode de faire comme la procédure à suivre pour demander des documents.

L'administration fédérale confie le mandat d'une assurance sociale obligatoire aux assureurs LAMal, qui décident également en tant qu'organes d'exécution de quelle documentation ils ont besoin pour calculer les prestations. En vertu de l'art. 93 LAMal, celui qui donne de faux renseignements ou refuse d'informer peut être même poursuivi, à condition toutefois que le traitement des données est nécessaire pour l'examen du cas (art. 84 LAMal):

*Les organes chargés d'appliquer la présente loi ou d'en contrôler ou surveiller l'exécution sont habilités à traiter et à faire traiter les données personnelles, y compris les données sensibles et les profils de la personnalité, qui leur sont nécessaires pour accomplir les tâches que leur assigne la présente loi...*

**On entend souvent la critique comme quoi les données ne devraient être adressées qu'au médecin-conseil de l'assureur (*cf. art. 57 LAMal*). Le Tribunal administratif fédéral considère la situation de manière un peu plus nuancée: le médecin n'a pas l'obligation de mettre à disposition le dossier uniquement au**

**médecin-conseil (ce qui constitue plutôt l'exception), mais au contraire normalement c'est la gestion des sinistres de l'assureur qui doit pouvoir en disposer, comme l'a établi le Tribunal administratif fédéral de 2007. Avec pour seule condition que les données soient nécessaires à l'examen de la prestation à fournir.**

#### **Traitement et transmission des données de patients – particularités de la LAI**

Il est stipulé dans l'art. 6a LAI en dérogation à l'art. 28, al. 3, LPGA, qu'en faisant valoir son droit aux prestations, l'assuré autorise les personnes et les instances mentionnées dans sa demande à fournir aux organes de l'AI tous les renseignements et les documents nécessaires pour établir ce droit et le bien-fondé de prétentions récursoires. Ces personnes et ces instances sont tenues de fournir les renseignements requis. Celles-ci sont en conséquence déliées de leur secret professionnel et cela concerne évidemment aussi le médecin traitant.

Les offices AI doivent définir les examens nécessaires et déterminants à effectuer. Ils peuvent avoir besoin pour évaluer une demande de prestations non seulement des données sur l'état de santé de la personne assurée, mais également d'informations sur sa situation sociale. Les facteurs psychosociaux et socioculturels de personnes exerçant une activité lucrative peuvent jouer un rôle important en cas d'invalidité suite à une incapacité de poursuivre une vie professionnelle. Chez les enfants et les jeunes, ils peuvent se révéler des facteurs graves de risque dans la formation scolaire et professionnelle. Ces données sur la personnalité du patient sont indispensables pour pouvoir répondre aux questions relatives à la réinsertion et à l'invalidité, et surtout d'abord pour soutenir la détection précoce et la réinsertion professionnelle.

Une déclaration AI signée en vue de bénéficier d'une prestation a pour effet que tous les médecins qui entrent en ligne de compte pour procéder à l'examen du cas sont obligés et autorisés à donner des renseignements à l'office AI. Cette levée du secret médical signifie qu'ils peuvent sans craindre aucune

conséquence juridique révéler les données du patient normalement sous le sceau du secret professionnel.

### Traitement et transmission des données de patients – particularité du code pénal

Le secret professionnel tel qu'il est stipulé par l'art. 321 CP n'est en fait pas une prérogative ou un droit particulier du médecin, mais sert à protéger la sphère privée du patient. Mais ce droit n'est pas absolu et certaines exceptions permettent d'y déroger, dont les plus importantes sont les suivantes («motifs justificatifs»):

- consentement du patient
- levée du secret (par un organe cantonal p. ex.)
- obligations légales de renseigner
- droits légaux à l'information

Pour qu'il y ait violation du secret professionnel, il faut qu'il y ait intention en vertu de l'art. 12 CP. Si le médecin agit de bonne foi en admettant (à tort) la présence d'un des motifs justificatifs cités ci-dessus, il n'est pas pour autant punissable. Le secret professionnel n'est en tout cas pas violé si le médecin transmet les données avec l'accord du pa-

tient: «En revanche, si le patient consent à ce que les informations soient transmises, la question du secret médical est réglée sur le plan pénal: la transmission n'est alors pas punissable.» (Hanspeter Kuhn «Données des patients et LAMal», Bulletin des médecins suisses 2001, p. 1710).

Sur son site Internet, la FMH met exactement l'accent sur une telle situation: «Bases juridiques pour le quotidien du médecin», 2008 p. 78 sqq.  
[http://www.fmh.ch/fr/fmh/bases\\_juridiques/code\\_deontologie.html](http://www.fmh.ch/fr/fmh/bases_juridiques/code_deontologie.html)

*«S'il existe une obligation légale d'annoncer un cas à l'autorité ou que le médecin est autorisé à le faire, il ne doit ni demander au patient de lui donner son consentement ni à l'autorité cantonale compétente de le délier du secret médical.» (p. 82)*

Sous chiffre 6.3 (Devoirs d'annoncer au niveau fédéral) est mentionné comme dernier devoir d'annoncer du médecin (p. 83):

*Informations dont l'assureur a besoin pour remplir sa tâche (lois sur les assurances sociales de la Confédé-*

ration). Les lois sur les assurances sociales de la Confédération (LAMal, LAA, AM, AI) prévoient la possibilité de lever le secret médical. Néanmoins, cette mesure est toujours limitée aux informations «dont l'assureur a besoin» pour remplir sa tâche (cf. chap. 6.7. et 6.8.).

Selon le point de vue de la FMH, il existe donc un devoir d'annoncer du médecin envers les assurances (sociales).

#### Références bibliographiques

1. Datenschutz in der Versicherungswirtschaft, Marcel Süsskind, HAVE 3/2004, p. 193 sqq.
2. Berufsgeheimnis, Schweigepflicht und Datenschutz, Ursula Uttinger, SVZ 68 (2000), p. 240 sqq.
3. Protection des données et LAA, Fuchs / Uttinger / Soltermann, BMS 2001;82: Nr 50, S. 2624ff.
4. Protection des données, Hanspeter Kuhn, BMS 2001;82: Nr 32 / 33, p. 1707 sqq.
5. Commentaire sur la loi révisée sur la protection des données, ASA SVV 2007, <http://www.svv.ch/fr/publications/commentaire-sur-la-loi-revisee-sur-la-protection-des-donnees>
6. Besteht eine Pflicht des Arztes auf Herausgabe von Daten seines Patienten an das Durchführungsorgan der obligatorischen Unfallversicherung?, Dr. Roger Peter, SZS 3/2001, p. 147 sqq.
7. Bases juridiques pour le quotidien du médecin. Un guide pratique, FMH, 2008, p. 78 sqq. <http://www.samw.ch/fr/Publications/Guides-pratiques.html>



ASA | SVV

Schweizerischer Versicherungsverband  
Association Suisse d'Assurances  
Associazione Svizzera d'Assicurazioni

Schweizerischer Versicherungsverband (SVV)

C.F. Meyer-Strasse 14

Postfach 4288

CH-8022 Zürich

Tel. +41 44 208 28 28

Fax +41 44 208 28 00

[info@svv.ch](mailto:info@svv.ch)

[www.svv.ch](http://www.svv.ch)