



Medinfo/Infoméd

Nº 2020/4

Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den Versicherungsgesellschaften, den beratenden und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten

Empfehlung des Schweizerischen Versicherungsverbandes (SVV)

Dr. med. Bruno Soltermann, Chefarzt SVV

Aus praktischen Gründen wurde in diesem Dokument die männliche Form gewählt; diese schliesst aber immer auch alle weiteren Formen ein.

1. Personenversicherungszweige und Datenaustausch

Im SVV sind Krankenversicherer nach VVG, Krankentaggeldversicherer nach VVG, Unfallversicherer nach UVG und VVG, Lebensversicherer, Rückversicherer und Haftpflichtversicherer vereint. All diese Versicherungsgesellschaften sind für die Fallführung oder die Risikoprüfung auf Daten von Ärzten über die Patienten / Versicherten / Antragsteller angewiesen.

Vollmachten

Beim Datenaustausch zwischen Ärzten und Sozialversicherungen wie die obligatorische Krankenversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG), die obligatorische Unfallversicherung nach Unfallversicherungsgesetz (UVG), die Invalidenversicherung (IVG) sowie die Militärversicherung (MVG) braucht es keine Vollmacht von Patienten / Versicherten.

In allen Privatversicherungsfällen (Zusatzversicherung nach Versicherungsvertragsgesetz [VVG] zum UVG oder KVG, Krankentaggeld nach VVG, Lebensversicherung, Rückversicherung, Haftpflichtversicherung) wie auch bei der beruflichen Vorsorge (BVG) ist eine Vollmacht der Patienten / Versicherten nötig. Diese Versicherer sind somit verpflichtet, bei der Einholung von Arztberichten eine Vollmacht des Versicherten beizulegen!

Datenfluss

Nur in der obligatorischen Krankenversicherung (KVG) wird der Arztbericht an den Vertrauensärztlichen Dienst (VAD) des Krankenversicherers gesandt (KVG Art. 57 Abs. 6).

In allen anderen Versicherungszweigen, die im SVV zusammengefasst sind, müssen die Arztberichte an die Versicherungsadministration gesandt werden. Es gibt dort eine fallführende Versicherungsfachperson, die alles koordiniert und sich bei versicherungsmedizinischen Fragen an den beratenden Arzt wendet.

2. Stellung und Aufgaben der beratenden Ärzte

Versicherer brauchen Ärzte, die den Versicherungsfachleuten und Juristen in den Versicherungsgesellschaften die versicherungsmedizinischen Zusammenhänge in der Leistungsprüfung sowie in der Risikoprüfung erklären und sie beraten. Aus diesem Grund nennt man sie «beratende Ärzte».

Die Aufgaben der beratenden Ärzte sind vielfältig. In der Leistungsprüfung bei Krankheit oder Unfall und teilweise auch in der Haftpflicht gehören dazu: Beurteilung unklarer natürlicher Kausalitäten, Vorschläge und Empfehlungen zum weiteren medizinischen Vorgehen, Prognosen zur Dauer von Arbeitsunfähigkeiten und Behandlungen, Schätzung von

Integritätsschäden, Überprüfung bestimmter Honorarforderungen, Besprechung medizinischer Fragen mit den Mitarbeitenden des Versicherers, Mitwirkung bei der Organisation von medizinischen Begutachtungen und Beurteilung von Gutachten, Direktbesprechung von medizinischen Fragen und Problemen mit behandelnden Ärzten sowie allenfalls persönliche fachärztliche Untersuchungen von Versicherten.

In der Risikoprüfung bei der Antragstellung für eine privatrechtliche Versicherung geht es darum, eine versicherungsmedizinische Einschätzung der Mortalität und Morbidität sowie des Arbeitsunfähigkeits- oder Invaliditätsrisikos abzugeben, je nachdem, was der Antragsteller als Versicherungsprodukt benötigt.

Wichtig zu wissen ist, dass beratende Ärzte den Versicherungsgesellschaften lediglich Empfehlungen abgeben können. Der Versicherer ist frei, der Empfehlung zu folgen, oder nicht, denn die Fallführung in einem Leistungsfall oder die Sachbearbeitung bei einer Antragstellung für eine Versicherung obliegt immer den Fachbereichen des Versicherers.

Bei den Privatversicherern sind die allermeisten beratenden Ärzte mandatiert, das heisst, sie sind nicht festangestellt, sondern arbeiten noch in der eigenen Praxis oder im Spital. Mit anderen Worten: Die meisten beratenden Ärzte sind auch therapeutisch tätig, kennen also die Arbeit an Patienten aus dem gegenwärtigen Alltag und bringen diese Erfahrungen aus der Praxis oder der Klinik in ihre versicherungsmedizinischen Beurteilungen ein. Die Privatversicherer mandatieren zudem mehrere beratende Ärzte, die aus den verschiedensten Fachbereichen stammen, sodass die medizinische Fachkompetenz innerhalb der Privatversicherer vorhanden ist.

3. Anliegen der behandelnden Ärzte

Bei einer Umfrage der Expertengruppe Versicherungsmedizin von Swiss Orthopaedics bei den Orthopäden und den Versicherern in der Schweiz im Jahr 2018¹ haben viele be-

handelnde Ärzte folgende Punkte bemängelt und ihre Anliegen geäußert:

1. Seitens der Versicherer werden zu viele Formulare eingefordert, und es erfolgen viele Rückfragen. Dies wird als Misstrauensvotum empfunden und zeigt, dass die Fachkompetenz der Ärzteschaft von den Versicherern angezweifelt wird.
2. Der Prozess für Entscheidungen dauert zu lange.
3. Es fehlt an Transparenz darüber, wie die Entscheide zustande kommen.
4. Entscheide der Versicherer werden zum Teil den behandelnden Ärzten nicht mehr kommuniziert, insbesondere mit dem Argument des Datenschutzes.
5. Es soll eine verfügbare konkrete Ansprechperson bekannt sein, die jeweils die Verantwortung für die Entscheide des Versicherers nach aussen tragen kann.
6. Der Zugang zu den beratenden Ärzten soll verbessert werden, da diese am ehesten eine medizinische Expertise mitbringen. Sachbearbeiter sind in der Regel zu wenig kompetent.

4. Erklärungen der Privatversicherer zu den einzelnen Punkten

1. Seitens der Versicherer werden zu viele Formulare eingefordert und es erfolgen viele Rückfragen. Dies wird als Misstrauensvotum empfunden und zeigt, dass die Fachkompetenz der Ärzteschaft von den Versicherern angezweifelt wird.

Die Privatversicherer müssen, wie alle anderen Versicherer auch, über die erforderlichen Informationen verfügen, um beispielsweise ihre Leistungspflicht (natürliche Kausalität, Leistungskatalog) und die Therapieindikationen zu prüfen und Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen vornehmen zu können. Hierfür gibt es bei den Privatversicherern die **ärztlichen Erstbe-**

¹ Umfrage und deren Resultate können bei Dr. Bruno Soltermann, SVV, bruno.soltermann@svv.ch angefordert werden.

richte für die Personenversicherungsbereiche Unfall, Krankheit und Haftpflicht.

Krankentaggeldversicherer verlangen manchmal einen **Arzt-Kurzbericht für Diagnose und Arbeitsunfähigkeit**, um die Reintegration mit ihren Case Managern unterstützen zu können. Wichtig hierbei ist, dass die Diagnosen mit dem ICD-Code angegeben werden, da die interne Fallsteuerung zur vertiefteren Beurteilung des Falles ICD-basiert ist.

Diese beiden Berichtsformulare sind konfektioniert und auf der Website² des Schweizerischen Versicherungsverbandes einsehbar. Sie stehen zur Nutzung bereit, wobei die einzelnen Privatversicherer frei sind, diese unverändert zu verwenden oder allenfalls mit zusätzlichen Fragen zu versehen. Diese Berichtsformulare sollen erst bei Anfragen vom Versicherer benutzt und eingesandt werden, ansonsten entsteht ein unnötiger Datenfluss.

Muss die Leistungspflicht vertieft abgeklärt werden oder sind die Unfallfolgen oder die Krankheit von längerer Dauer, so verlangen die Privatversicherer einen auf den Versicherten / den Patienten bezogenen Spezial- oder Zwischenbericht mit entsprechend zugeschnittenen Fragen. Die konfektionierten ärztlichen Zwischenberichte wurden gelöscht, weil die Fragen dem Einzelfall nicht gerecht wurden.

Wichtig ist, dass die behandelnden Ärzte die Fragen zuhanden der Versicherungsfachleute in der Privatassekuranz nachvollziehbar, schlüssig und leserlich beantworten, da Letztere den Versicherungsfall führen. Bei medizinischen Unklarheiten wenden sich die Versicherungsfachleute an die beratenden Ärzte. Falls die Antworten auch für sie nicht nachvollziehbar sind, gibt es Rückfragen und Verzögerungen, was für alle Beteiligten einen weiteren Zeit- und Arbeitsaufwand bedeutet.

Ergänzend zu den Berichten gibt es im traumatologischen Bereich ärztliche Dokumentationsbögen, die direkt bei der Notfalluntersuchung verwendet und dann umgehend in die Krankengeschichte eingebracht werden sollen. Diese Dokumentationsbögen sollen dem Versicherer bei Bedarf zugesandt werden:

- Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma
- Detaillierter Ergänzungsbericht Knie
- Erstdiagnostik / Erstdokumentation für Erwachsene bei leichter traumatischer Hirnverletzung
- Verlaufsfragebogen nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma, der bei verzögerter Heilung angewendet werden soll – dies in Ergänzung zum Erstdokumentationsbogen nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma.

Die Lebensversicherer haben zwei Arztberichte:

- Ärztlicher Untersuchungsbericht
- Ärztliches Zeugnis über Arbeitsunfähigkeit zuhanden der beratenden Ärztin / des beratenden Arztes der Lebensversicherer

All diese Dokumentationsbögen, Berichte und Zeugnisse stehen ebenfalls auf den Webseiten des SVV zur Verfügung.

Fazit:

Die Privatversicherer möchten die Fälle mit möglichst wenigen Arztberichten führen. Meistens kommen sie mit dem ärztlichen Erstbericht aus. Bei Abklärungen der Leistungspflicht, Verzögerungen der Heilung oder der Arbeitswiederaufnahme werden zudem spezifische Spezialberichte oder Zwischenberichte verlangt. Die Krankentaggeldversicherer verlangen zum Teil auch den Arzt-Kurzbericht. Je klarer und nachvollziehbarer die Arztberichte sind, umso weniger Nachfragen gibt es.

Tipp an die behandelnden Ärzte:

Überlegen Sie sich, wie unangenehm es für Sie ist, wenn Sie einen Arztbericht eines Berufskollegen erhalten, aus dem Sie nicht verstehen, was genau warum gemacht wurde und was weiter unternommen werden soll. Wenn Sie sich dessen bewusst sind, fällt es Ihnen leichter, die Berichte verständlich und mit den nötigen Informationen auszufüllen und damit Rückfragen zu vermeiden.

² Link auf Website: <https://www.svv.ch/de/branche/versicherungsmedizin/arztberichte-und-fallfuehrungsinstrumente-fuer-versicherungsfachleute>

2. Der Prozess für Entscheidungen dauert zu lange.

Entscheidungen können nur getroffen werden, falls Gesuche, wie etwa ein Kostengutsprachegesuch für eine Intervention oder Arztberichte bei einer Leistungspflichtabklärung, die wesentlichen Informationen enthalten.

Bei einem Gesuch für eine Intervention ist der bisherige Krankheitsverlauf oder die posttraumatische Entwicklung von Bedeutung. Als objektive Befunde müssen das morphologische wie auch das funktionelle Schadensbild und die bildgebenden Befunde differenziert dargelegt werden. Handelt es sich um eine Intervention, die von den üblichen Interventionen laut allfälligen Guidelines oder zum Beispiel aufgrund neuer Technologien abweicht, so ist die Literatur beizulegen. Massgebend ist dabei der Grundsatz: Der behandelnde Arzt muss beweisen, dass die vorgesehene Intervention ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis hat – und nicht der Versicherer das Gegenteil.

Bei Leistungspflichtabklärungen sind die ausführliche Anamnese mit Krankengeschichte, das Ereignis mit Traumamechanismus oder der Krankheitsbeginn und das Verlaufsprofil entscheidend.

Bei Zeugnissen zur Arbeits(un)fähigkeit muss der Arzt das funktionelle Schadensbild mit den Anforderungen des Arbeitsplatzes vergleichen, um die quantitative und qualitative Arbeitsfähigkeit beurteilen zu können. Hierzu gibt es das Ressourcenorientierte Eingliederungsprofil (REP) von Compasso (<https://www.compasso.ch/ressourcenorientiertes-eingliederungsprofil-rep-.htm>) und das Arbeitsunfähigkeitszeugnis der SIM (<https://www.swiss-insurance-medicine.ch/de/fachwissen-und-tools/arbeitsunfaehigkeit/sim-arbeitsfaehigkeitszeugnis>), nebst den möglichen Einträgen auf den von den Privatversicherern eingeforderten Arztberichten.

Fazit:

Je informativer und aussagekräftiger ein Arztbericht oder ein Dokumentationsbogen ausgefüllt ist, umso schneller kann sich die Versicherungsfachperson ein Bild machen und eine Entscheidung treffen. Bei Unklarheiten wird sie immer den beratenden Arzt zuziehen, der allerdings nicht ständig erreichbar ist. Falls wegen schlechter Dokumentation auch Letzterer keine Empfehlung an die Versicherungsfachperson abgeben kann, verzögert sich die Bearbeitung.

Tipp an die behandelnden Ärzte:

Überlegen Sie sich bei jedem Arztbericht, ob Sie als nichtbehandelnder Arzt mit den darin enthaltenen Angaben objektiv eine Empfehlung zuhanden der Versicherungsfachperson abgeben könnten.

3. Es fehlt an Transparenz darüber, wie die Entscheide zustande kommen.

Wie bereits beschrieben, liegt die Entscheidungsbefugnis immer bei der versicherungsinternen Fachstelle.

Handelt es sich um eine Entscheidung aus rein formellen Gründen, etwa weil die allgemeinen Versicherungsbedingungen eine Leistungsübernahme von vornherein ausschliessen, so ist hierzu der beratende Arzt gar nicht beizuziehen.

Auch wenn es sich um eine versicherungsmedizinische Fragestellung handelt, die komplex ist und deshalb vom beratenden Arzt beurteilt werden muss, der dann eine Empfehlung abgibt, entscheidet letztinstanzlich dennoch nicht der beratende Arzt, sondern die versicherungsinterne Fachstelle.

Dieses Vorgehen hat den grossen Vorteil, dass damit die Unabhängigkeit der beratenden Ärzte vollkommen gewahrt ist. Andernfalls wären die Ärzte unausweichlich in die Administration eingebettet und somit weisungsgebunden.

Transparenz heisst:

In allen Fällen, bei denen es etwas zu entscheiden und dann auch dem Versicherten mitzuteilen gibt, sollte dieser erfahren, warum und von wem was entschieden wurde.

Es sollten die Überlegungen der Versicherungsfachperson und des allenfalls beigezogenen beratenden Arztes dargelegt werden. Bei Entscheiden zugunsten des Versicherten erübrigt sich eine Begründung, bei Entscheiden zuungunsten des Versicherten sollten die Ausführungen verständlich und nachvollziehbar sein, so wie man es von den Arztberichten ebenfalls erwartet.

Fazit:

Je transparenter, verständlicher und nachvollziehbarer ein Entscheid ist, umso besser wird dieser akzeptiert.

Tipp an die Versicherungsfachleute sowie an die behandelnden Ärzte:

Seien Sie so transparent wie nur möglich, denn dies fördert das gegenseitige Vertrauen innerhalb des Beziehungsdreiecks von Patient / Versichertem – Arzt – Versicherer.

4. Entscheide der Versicherer werden zum Teil den behandelnden Ärzten nicht mehr kommuniziert, insbesondere mit dem Argument des Datenschutzes.

In der obligatorischen Unfallversicherung nach UVG wie auch in der Invalidenversicherung und der Militärversicherung gilt das Naturalleistungsprinzip, was bedeutet, dass der Versicherer Schuldner der Leistungen des Arztes ist und nicht der Patient. Die Berichterstattung zu Kostengutsprachen oder zur Behandlung kann somit trotz Datenschutz problemlos direkt zwischen Arzt und Versicherer stattfinden.

In allen übrigen Versicherungszweigen, also im Bereich des KVG und in allen Privatversicherungen, besteht das Vertragsverhältnis zwischen dem Versicherten und dem Versicherer. Der Versicherer garantiert die Arztkosten lediglich. Somit ist es die Regel, dass ein Versicherer die Entscheide dem Versicherten sendet und aus Gründen des Datenschutzes nicht dem Arzt.

Im Haftpflichtbereich ist die Sachlage noch etwas komplizierter, da hier kein Vertragsverhältnis zwischen dem Patienten resp. Geschädigten und dem Versicherer besteht. Hier ist der Datenschutz unabdingbar und es darf nur bei Vorliegen einer Vollmacht mit dem Arzt kommuniziert werden.

Umgekehrt ist für jeden Arzt wichtig zu wissen, dass er seinen Patienten sowohl über die Risiken der Behandlung (Risikoaufklärung) und das Verhalten während und nach der Behandlung (Sicherungsaufklärung) als auch über die Behandlungskosten (wirtschaftliche Aufklärung) ins Bild setzen muss. Macht er Letzteres nicht, und kommt der Versicherer für eine Behandlung nicht auf, so kann sich der Patient auf den Standpunkt stellen, er hätte sich dieser Therapie nicht unterzogen, was im schlimmsten Fall dazu führt, dass er die Bezahlung der Arztleistung verweigert. Deswegen wird empfohlen, bei geplanten, zeitlich nicht dringenden

Behandlungen und Eingriffen vorgängig beim jeweiligen Versicherer eine Kostengutsprache einzuholen.

Fazit:

Der Datenschutz ist zentral.

Tipp an die behandelnden Ärzte:

Überlegen Sie sich immer, in welchem Versicherungsbereich sich Ihr Patient für die jeweilige Behandlung befindet und für welchen Versicherungsbereich Sie einen Bericht ausstellen. Dies hat auf die Bezahlung Ihrer ärztlichen Leistung wie auch auf den Umgang mit dem Datenschutz einen wesentlichen Einfluss, vgl. auch oben unter Vollmachten und Datenfluss.

Tipp an die Versicherungsfachleute:

Überlegen Sie sich, ob es nicht sinnvoll und effizienter ist, den behandelnden Arzt ebenfalls zu informieren, wenn das Einverständnis des Versicherten zum Datenaustausch vorliegt.

5. Es soll eine verfügbare konkrete Ansprechperson bekannt sein, die jeweils die Verantwortung für die Entscheide des Versicherers nach aussen tragen kann.

Im Allgemeinen wird ein Versicherungsfall nur durch eine bestimmte Versicherungsfachperson geführt. Bei ihr fließen dann alle Informationen zusammen. Durch Teilzeitarbeit oder Ferienabwesenheiten kann es ausnahmsweise vorkommen, dass mehrere Personen denselben Fall bearbeiten.

Bei Entscheiden werden aber immer die entsprechenden Personen der Versicherungsgesellschaft namentlich benannt und auch deren Koordinaten bekannt gegeben, unter denen sie erreichbar sind.

Fazit:

Die zuständigen Fachpersonen der Versicherer können jederzeit kontaktiert werden.

Tipp an die behandelnden Ärzte:

Bei Unklarheiten sollen der Patient oder Sie an die als Kontaktperson des Versicherers genannte Person

schreiben oder sie anrufen. Ist diese Person nicht vor Ort, so soll die Vertretung Auskunft geben, und falls dies ausnahmsweise nicht möglich ist, so ist ein Termin für das Telefonat festzulegen.

Tipp an die Versicherer:

Die Stellvertretung von Versicherungsfachleuten muss geregelt sein.

6. Der Zugang zu den beratenden Ärzten soll verbessert werden, da diese am ehesten eine medizinische Expertise mitbringen. Sachbearbeiter sind in der Regel zu wenig kompetent.

Es ist verständlich, dass behandelnde Ärzte mit beratenden Ärzten diskutieren möchten. Vorgängig sollte aber der behandelnde Arzt abklären, ob dies der Patient überhaupt will. Im Kontakt mit Privatversicherern wie Krankentaggeld- oder insbesondere mit Haftpflichtversicherern ist eine Vollmacht aus Datenschutzgründen zwingend. Da die Fallführung bei den Versicherungsfachleuten liegt, müssen die behandelnden Ärzte in erster Linie mit der Administration der Versicherer korrespondieren oder telefonieren, besonders wenn es um tarifarische oder versicherungstechnische Fragen geht. Korrespondenz oder Telefonate mit dem beratenden Arzt sind nur dann angezeigt, wenn es um rein medizinische Fragen geht. Dabei ist klar festzuhalten, dass der beratende Arzt lediglich konsultativ tätig ist und keine Entscheidungsbefugnisse hat. Da die mandatierten beratenden Ärzte nicht ständig für die Versicherungsgesellschaften arbeiten, muss für ein Telefongespräch ein Termin festgelegt werden, an welchem der beratende Arzt dann auch die Unterlagen des Falles vor sich hat. Es nützt nichts, den beratenden Arzt in der Praxis oder der Klinik anzurufen, da dieser aufgrund der grossen Anzahl der Versicherungsfälle den Einzelfall nicht im Detail präsent haben kann.

Die beratenden Ärzte selbst müssen sich bereit erklären, mit behandelnden Ärzten in Kontakt zu treten, wenn es um die Diskussion von medizinischen Angelegenheiten geht.

Fazit:

Rücksprachen bei Versicherern erfolgen immer zuerst bei der fallführenden Versicherungsfachperson. Tarifarische oder versicherungstechnische Fragen werden von der Verwaltung

beantwortet. Mit den beratenden Ärzten werden medizinische Fragen diskutiert, wobei der beratende Arzt keinen abschliessenden Entscheid fällen kann.

Tipp an die behandelnden Ärzte:

Bleiben Sie bei Kontakten mit den Versicherern auf dem medizinischen Parkett und begegnen Sie den beratenden Ärzten als Berufskollegen, denn die allermeisten von ihnen sind klinisch tätig und die anderen haben ebenfalls eine grosse klinische Erfahrung. Denken Sie sowohl an den Datenschutz wie auch daran, dass sich die versicherungsmedizinische Sicht nicht mit der medizinischen decken muss.

Tipp an die Versicherer:

Wenn sich ein behandelnder Arzt die Mühe und die Zeit nimmt, einer fallführenden Versicherungsfachperson zu schreiben oder sie anzurufen und um ein Gespräch mit dem beratenden Arzt bittet, so ist dies ein Zeichen eines grossen Engagements von Seiten des behandelnden Arztes in einem komplexen Fall. Handelt es sich um ein medizinisches Problem, so ist der beratende Arzt beizuziehen und so bald wie möglich ein Besprechungstermin festzulegen. Handelt es sich nicht um ein medizinisches Problem, so ist dies dem behandelnden Arzt zu erklären und es ist ihm aufzuzeigen, dass die Konsultation des beratenden Arztes nicht nötig ist.

Tipp an die beratenden Ärzte:

Als beratender Arzt steht es in Ihrer Pflicht, bei Bedarf mit behandelnden Ärzten in Kontakt zu treten und über Uneinigkeiten in medizinischen Belangen zu diskutieren. Begegnen Sie ihnen kollegial und erklären Sie Ihren Standpunkt aus versicherungsmedizinischer Sicht. Sollte sich in der Diskussion ergeben, dass Sie ihren Standpunkt überdenken und zu einer anderen Empfehlung an die Versicherungsgesellschaft gelangen, so versprechen Sie nichts, denn schlussendlich entscheidet die versicherungsinterne Fachstelle.

5. Zusammenfassung

Versicherungsgesellschaften müssen die für die Fallführung notwendigen Informationen erheben. Dafür sind sie auf die Angaben der behandelnden Ärzte angewiesen. Je informativer und aussagekräftiger ein Arztbericht ist, umso schneller kann sich die Versicherungsfachperson ein Bild machen und eine Entscheidung treffen. Bei medizinisch komplexen Fällen werden beratende Ärzte zugezogen. In aller Regel sind Letztere mandatiert und arbeiten noch in der eigenen Praxis oder in einer Klinik. Durch das Mandatsverhältnis sind sie nicht immer verfügbar und darum auch nicht immer erreichbar. Bei Uneinigkeiten in medizinischen Belangen ist bei Bedarf eine Kontaktaufnahme zwischen behandelnden und beratenden Ärzten durch die fallführende Versicherungsfachperson zu organisieren. Wie der Ausdruck sagt, beraten diese Ärzte die Versicherungsfachleute; die Entscheidung liegt schlussendlich bei der zuständigen Fachstelle der Versicherer. Gegenseitiges Verständnis wie auch Offenheit fördern die effiziente Zusammenarbeit und verhindern unnötigen administrativen Aufwand.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Bruno Soltermann, MAS Versicherungsmedizin
Chefarzt SVV
Schweizerischer Versicherungsverband SVV
Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14
Postfach
8022 Zürich
bruno.soltermann@svv.ch

ISSN 2504-2203

Danksagung

Dieser Bericht entstand unter Mitarbeit einer Subarbeitsgruppe bestehend aus – in alphabetischer Reihenfolge – Sandra Erni, Suva; Stefanie Fankhauser, Groupe Mutuel; Patrick Frei, SWICA; Alfred Jaros, AXA; Dominik Solenthaler, Zürich und dem Leiter der Arbeitsgruppe Bruno Soltermann, SVV. Zudem wurde der Bericht von der Arbeitsgruppe Personenschaden und Reintegration des SVV wie auch von der Schadenleiterkommission des SVV genehmigt. Allen Beteiligten sei an dieser Stelle für ihr Engagement gedankt.

ASA | SVV

Schweizerischer Versicherungsverband SVV

Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14

Postfach

CH-8022 Zürich

Tel. +41 44 208 28 28

info@svv.ch

svv.ch