



# Medinfo/Infoméd

№ 2020/4

---

# Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den Versicherungsgesellschaften, den beratenden und den behandelnden Ärztinnen und Ärzte

## 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 ein.

## 1. Personenversicherungszweige und Datenaustausch

Innerhalb des SVV sind Krankenversicherer nach VVG, Krankentaggeldversicherer nach VVG, Unfallversicherer nach UVG und VVG, Lebensversicherer, Rückversicherer und Haftpflichtversicherer vereint. All diese Versicherer sind auf Daten der Ärzte über die Patienten / Versicherten / Antragsteller für die Fallführung oder Risikoprüfung angewiesen.

### *Vollmachten*

Beim Datenaustausch zwischen Ärzten und Sozialversicherungen wie obligatorische Krankenversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG), obligatorische Unfallversicherung nach Unfallversicherungsgesetz (UVG), Invalidenversicherung (IVG) und 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, welche im SVV zusammengefasst sind, müssen die Arztberichte an die Versicherungsadministration gesandt werden. Es gibt dort eine fallführende Versicherungsfachperson, welche alles koordiniert und sich bei versicherungsmedizinischen Fragen an den beratenden Arzt wendet.

## 2. Stellung und Aufgaben der beratenden Ärzte

Versicherer brauchen Ärzte, welche den Versicherungsfachleuten und Juristen in den Versicherungsgesellschaften die versicherungsmedizinischen Zusammenhänge in der Leistungsprüfung wie aber auch in der Risikoprüfung erklären und sie beraten. Aus diesem Grund nennt man sie beratende Ärzte.

Die Aufgaben der beratenden Ärzte sind mannigfaltig. In der Leistungsprüfung bei Krankheit oder Unfall und z. T. auch Haftpflicht sind es: Beurteilung unklarer natürlicher Kausalitäten, Vorschläge und Empfehlungen zum weiteren medizinischen Vorgehen, Prognosen zur Dauer von Arbeitsunfähig-

keiten 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, 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 ist zu wissen, dass die beratenden Ärzte den Versicherungsgesellschaften lediglich Empfehlungen abgeben können. Die Versicherungsgesellschaft 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 der Versicherer.

Bei den Privatversicherern sind die allermeisten beratenden Ärzte mandatiert, d. h. 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 ärztliche Front und bringen ihre täglichen Erfahrungen der Praxis oder Klinik in die versicherungsmedizinischen Beurteilungen mit ein. Die Privatversicherer mandatieren zudem mehrere beratende Ärzte, welche 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 Jahre 2018<sup>1</sup> haben viele behandelnde Ärzte folgende Punkte bemängelt und 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 Entscheidung 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 Entscheidung 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, wie alle anderen Versicherer auch, müssen über die erforderlichen Informationen verfügen, um beispielsweise ihre Leistungspflicht (natürliche Kausalität, Leistungskatalog), Therapieindikationen und Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen prüfen zu können. Hierfür gibt es bei den Privatversicherern die **ärztlichen Erstberichte** für die ver-

<sup>1</sup> Umfrage und deren Resultate können bei Dr. Bruno Soltermann, SVV, [bruno.soltermann@svv.ch](mailto:bruno.soltermann@svv.ch) angefordert werden.

schiedenen 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 genannten Berichtsformulare sind konfektioniert und auf der Webseite<sup>2</sup> des Schweizerischen Versicherungsverbandes einsehbar und können direkt benutzt werden. Die einzelnen Privatversicherer sind frei, diese unverändert zu verwenden oder allenfalls zusätzlich noch Fragen einzubringen. Diese Berichtsformulare sollen erst bei Anfragen durch den Versicherer benutzt und eingesandt werden, ansonsten entsteht ein unnötiger Datenfluss.

Muss die Leistungspflicht vertieft abgeklärt werden oder dauern Krankheit wie auch Unfallfolgen länger an, so verlangen die Privatversicherer einen auf den Versicherten / Patienten bezogenen Spezialbericht 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, welche direkt bei der Notfalluntersuchung verwendet und dann direkt in die Krankengeschichte eingebracht werden sollen. Diese Dokumentationsbögen sollen dem Versicherer bei Bedarf zugesandt werden.

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

<sup>2</sup> 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 z. B. ein Kostengutsprachege such 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 gemäss allfälligen Guidelines oder z. B. 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 erbringt und nicht der Versicherte das Gegenteil.

Bei Leistungspflichtabklärungen sind die ausführliche Anamnese mit Krankengeschichte, das Ereignis mit Trauma mechanismus oder 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 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/simarbeitsfaehigkeitszeugnis>) 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 aber nicht ständig erreichbar ist. Falls wegen schlechter Dokumentation auch letzterer keine Empfehlung zuhanden der 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 Entscheidung zustande kommen.

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

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

Handelt es sich um eine versicherungsmedizinische Fragestellung, die komplex ist und demzufolge vom beratenden Arzt beurteilt werden muss und er dann entsprechend eine Empfehlung abgibt, so 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. Ansonsten wären sie unausweichlich in die Administration eingebettet und somit auch 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 etwas 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 / Versicherter – 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 anderen Versicherungszweigen, also KVG und allen Privatversicherungen besteht das Vertragsverhältnis zwischen dem Versicherten und dem Versicherer. Der Versicherer garantiert lediglich die Arztkosten. 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) aufklären muss. Macht er letzteres nicht, und der Versicherer kommt für eine Behandlung nicht auf, so kann sich der Patient auf den Standpunkt stellen, er hätte sich dieser Therapie nicht unterzogen und er kann im schlimmsten Fall die Bezahlung der Arztleistung verweigern. 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 zugewiesene Versicherungsfachperson geführt. Bei dieser Person fließen dann auch alle Informationen zusammen. Durch Teilzeitarbeit oder Ferienabwesenheiten kann es ausnahmsweise vorkommen, dass mehrere Personen den Fall bearbeiten.

Bei Entscheiden werden aber immer die involvierten 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 der als Kontaktperson des Versicherers genannten Person schreiben oder telefonieren. 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, insbesondere wenn es um tarifarische oder versicherungstechnische Fragen geht. Korrespondenz oder Telefonate mit dem beratenden Arzt sind nur dann angezeigt, wenn es um reine medizinische Fragen geht. Hierbei ist aber klar festzuhalten, dass der beratende Arzt lediglich beratend sein kann 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 vom beratenden Arzt kein abschliessender Entscheid gefällt werden 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 ein behandelnder Arzt sich die Mühe und die Zeit nimmt, einer fallführenden Versicherungsfachperson zu schreiben oder zu telefonieren und um ein Gespräch mit dem beratenden Arzt bittet, so ist dies 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 aufzuzeigen, dass der beratende Arzt dazu nicht notwendig 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 die 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 fördert die effiziente Zusammenarbeit und verhindert 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](mailto:info@svv.ch)

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