

Factsheet

Welche Vereinbarungen gehen Ärzte in Netzwerken mit Krankenkassen hinter dem Rücken der Versicherten ein?

Geheime Verträge zwischen Ärzten und Krankenkassen

Stand Juni 2014



Kurzantwort:

Im Rahmen von Hausarztmodellen mit Budgetverantwortung gehen Ärzte und Ärztenetzwerke mit Krankenkassen geheime Verträge ein, die ein Budget definieren, wobei Überschreitung für die Ärzte eine Busse zur Folge hat und bei Unterschreitung ein Bonus winkt. Dies hat negative Auswirkungen auf die Behandlung.

Wer regelt was?

Im Zuge der Kampagne gegen die Managed-Care-Vorlage vom Sommer 2012 hat der VEMS mehrere Ärztenetzwerke kontaktiert und gebeten, die Verträge, die sie mit Krankenkassen im Rahmen dieser Modelle eingehen, offenzulegen. Keines der Netzwerke war dazu bereit. Von der Krankenkasse Visana hat der VEMS einen Vertrag zugespielt bekommen, wie er üblich ist. Darin finden sich folgende kritische Vereinbarungen:

- Vereinbaren eines Budgets mit Busse bei Überschreitung und Bonus bei Unterschreitung
- Verwendung eines Teils des Budgets für Promotionszwecke sowie für den Netzwerkaufbau
- Vorgaben bezüglich der Kommunikation gegenüber Dritten

Punkt eins und zwei stellen eine Zweckentfremdung von Prämiegeldern dar und stehen in einem Widerspruch zum Auftragsrecht, welches die Beziehung zwischen dem Patienten als Kunden und dem Arzt als Anbieter regelt. Punkt drei verlangt vom Arzt, seine Treuepflichten gegenüber dem Patienten zu vernachlässigen und steht deshalb im Widerspruch zu ärztlichem Berufsethos (siehe hierzu auch VEMS-Factsheet Ärzteethik: <http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetAerzteethik.pdf>).

Was hat der VEMS gegen diese Geheimverträge getan?

Wir haben beim Versicherungsrechtsexperten Prof. Ueli Kieser ein Rechtsgutachten eingeholt:

→ Gutachten lesen: <http://physicianprofiling.ch/KieserMC082011Final.pdf>

Basierend auf diesem Gutachten haben wir ein Autorenteam mit Kapazitäten aus Recht, Gesundheitsökonomie, Medizin und Ethik (Prof. Dr. iur. Ueli Kieser, Prof. Dr. oec. Mathias Binswanger, Dr. med Michel Romanens und Prof. Dr. phil. I Hans-Peter Schreiber) zusammengestellt und gemeinsam ein Regelwerk für die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Netzwerken und Krankenkassen entwickelt. Dieses haben wir bei der SAMW eingereicht, zusammen mit einem Antrag auf Gründung einer entsprechenden Arbeitsgruppe. Beim BAG haben wir parallel eine Aufsichtsbeschwerde deponiert und die Informationen mit Regelwerk auch dem EDI zugeschickt. Sämtliche Informationen mit Regelwerk:

→ Dossier lesen: <http://physicianprofiling.ch/VEMSPressedossierRegelwerk.pdf>

Was wird von Verbänden und Behörden getan?

Die Reaktionen auf die Informationskampagne des VEMS lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- SAMW, BAG und EDI sehen keinen Handlungsbedarf.
- Die FMH spricht sich zwar gegen Boni aus (siehe hierzu auch den Artikel in der Ärztezeitung: http://www.fmh.ch/files/pdf14/Boni_-_die_Position_der_FMH_SAEZ_2013_51-52.pdf). In der Frage der konkreten Situation in Ärztenetzwerken ist die FMH aber nicht bereit, entschieden als Verfechterin Ärztlicher Ethik aufzutreten, wohl, weil schätzungsweise gegen 5'000 Ärztinnen und Ärzte bereits solche Verträge unterschrieben haben.
- Die Konsumentenschutzorganisationen haben das Problem und die sich daraus ergebenden Gefahren für die Patienten (Unterversorgung) noch nicht in aller Deutlichkeit erkannt.

Forderungen

Der VEMS fordert vor obigem Hintergrund die sofortige Offenlegung aller Verträge zwischen Arzt, Netzwerk und Krankenkasse. Versicherte, die eingedenk dieser Einsicht zur Überzeugung gelangen, das Versicherungsmodell wechseln zu wollen, sollen dies unverzüglich und ohne finanzielle Folgen tun können.



Weitere VEMS-Factsheets: www.vems.ch/fakten-und-standpunkte