



Verein Ethik und Medizin  
Schweiz  
Ziegelfeldstrasse 1  
CH-4600 Olten

Tel: 062 212 44 10  
Fax: 062 212 44 30

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

### **Einschreiben**

Bundesamt für Gesundheit BAG  
Abteilung Krankenversicherung  
Postfach  
3003 Bern

**Olten, 12.04.2012**

## **Aufsichtsbeschwerde in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung**

Sehr geehrte Damen und Herren

1. Wir haben Kenntnis von Abläufen und Vereinbarungen in der Krankenversicherung erhalten, welche aus unserer Sicht ein gesetzwidriges Verhalten der beteiligten Krankenversicherung aufzeigen. Aus diesem Grunde erheben wir eine

### **A U F S I C H T S B E S C H W E R D E**

mit folgenden **Anträgen**:

- Es sei vom Bundesamt die hier angezeigte Angelegenheit näher zu untersuchen.
- Es sei der beteiligten Krankenversicherung die Auflage zu erteilen, Verträge mit einem gesetzwidrigen Inhalt umgehend aufzulösen.
- Es sei den verschiedenen in der Schweiz zugelassenen Krankenversicherern mitzuteilen, welches die Grundsätze sind, die bei der Ausarbeitung von Verträgen mit Leistungserbringern zu beachten sind.

2. Die vorliegende Aufsichtsbeschwerde ist kurz zu begründen, damit sofort erkennbar wird, wogegen sich unsere Beschwerde richtet. Dabei stützt sich die vorliegende Eingabe auf die Ergebnisse einer Abklärung, die in unserem Auftrag von PD Dr.iur. Ueli Kieser, Rechtsanwalt/Vizedirektor IRP-HSG, Zürich/St. Gallen, durchgeführt wurde.

Zusammenfassend geht es darum, dass in einem Vertrag betreffend Managed Care Bestimmungen enthalten sind, welche nach unserer festen Überzeugung mit gesetzlichen Bestimmungen und den Grundentscheidungen der schweizerischen Krankenversicherung nicht in Übereinstimmung zu bringen sind.

3. In genereller Hinsicht ist zu bedenken, dass Verträge zwischen Krankenversicherern und Ärzten die gesetzlichen Vorgaben umfassend zu berücksichtigen haben. Es kann nicht sein, dass auf der Ebene von Verträgen Bestimmungen aufgenommen werden, welche vom Gesetz abweichen oder die Grundentscheidungen der schweizerischen Krankenversicherung missachten.
4. Der hier beigelegte Vertrag bezieht sich auf ein bestehendes bzw. geplantes Managed Care-System. Dieses vertraglich vereinbarte Modell zeichnet sich dadurch aus, dass die Krankenversicherung eine pauschale Systemleistung an das Netzwerk bezahlt, welche bestimmte Kosten abdeckt. Zudem werden die Vorgehensweisen festgelegt, welche sich im Zusammenhang mit einer allfälligen Erfolgsbeteiligung bzw. einer Verlustbeteiligung ergeben könnten.
5. Im Vertrag wird im Einzelnen umschrieben, für welche Leistungen der beteiligten Ärzte die sogenannte Systemleistung bezahlt wird. Hier zeigt die Analyse der Vertragsbestimmung, dass einzelne Element offensichtlich gesetzwidrig vereinbart wurden.

Zunächst entspricht es nicht den gesetzlichen Vorgaben, dass die aus Prämiegeldern finanziert Systemleistung auch dazu verwendet wird, um Behandlungsrichtlinien zu erarbeiten und Behandlungsmanagementprogramme zu entwickeln, imple-

mentieren und optimieren. Selbstverständlich haben Behandlungsrichtlinien ein hohes Gewicht und müssen auch erarbeitet und diskutiert werden. Es geht dabei aber nicht um eine Aufgabe, welche durch Prämiegelder zu finanzieren ist. Gleich verhält es sich mit den Behandlungsmanagementprogrammen, wo etwa auf das Care bzw. Case Management Bezug genommen wird; solche Programme sind im Gesetz nicht verankert, und es dürfen keine Prämiegelder verwendet werden, um sie zu finanzieren.

Offensichtlich ausgeschlossen ist es in einem weiteren Punkt, dass die Systemleistung zur Förderung einer bestimmten politischen Ausrichtung der Krankenversicherung verwendet wird. Es wird im Vertrag Bezug genommen, auf die Förderung des Gatekeeper-Prinzips sowie auf publizistische Tätigkeiten in den Massenmedien. Bei der im Vertrag festgelegten politischen Ausrichtung handelt es sich zwar um eine mögliche und denkbare politische Stellungnahme bzw. Ausrichtung. Offensichtlich können aber Prämiegelder nicht verwendet werden, um eine einzelne und politische Ausrichtung zu finanzieren. Es ist offensichtlich, dass damit Prämiegelder auf eine Art und Weise eingesetzt werden, welche den gesetzlichen Vorgaben nicht entsprechen. Dies hat die Aufsichtsbehörde denn auch schon in analogen Fällen entsprechend festgestellt.

6. Im Vertrag wird im Übrigen auf eine sogenannte „Grossrisikoversicherung“ Bezug genommen, wo das Risiko Kosten einer intensiver Behandlung von Versicherten übernommen wird. Es ist offensichtlich ausgeschlossen, dass eine „Versicherung“ durch einen Vertrag begründet wird. Unter welchen Voraussetzungen Versicherungen zugelassen sind, ist den jeweiligen Gesetzen unschwer zu entnehmen (VVG, VAG etc.). Wenn in einem Vertrag eine solche Versicherung eingesetzt werden soll, müssen selbstverständlich die jeweiligen Vorschriften beachtet werden, was im vorliegenden Fall offensichtlich nicht erfüllt ist. Sollte für diesen Aspekt der Verträge nicht das angerufene Bundesamt zur Beurteilung der Aufsichtsbeschwerde zuständig sein, wird angeregt, dass die Aufsichtsbeschwerde zur Kenntnisnahme und Behandlung an die FINMA weitergeleitet wird.
7. Im Vertrag wird sodann vereinbart, dass eine Erfolgsbeteiligung bzw. eine Verlustbeteiligung besteht. Es erweckt generell Bedenken, wenn solche Beteiligungen ver-

traglich vereinbart werden. Ärztinnen und Ärzte haben bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten sowohl die auftragsrechtliche Ausgangslage wie auch die Berufspflichten nach dem Medizinalberufegesetz sowie verschiedene Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes zu berücksichtigen. Insbesondere haben Ärztinnen und Ärzte unabhängig von finanziellen Vorteilen zu handeln und den Blick ausschliesslich auf den Patienten und die Patientin zu richten. Soweit sie bestimmte Vergünstigungen erhalten, haben sie dieselben an die Patienten und Patientinnen weiterzugeben. Von alledem ist im beigelegten Vertrag nicht die Rede; es ist aber offensichtlich, dass damit grundlegende Entscheidungen des Krankenversicherungsrechts verletzt werden und zudem die Beteiligten Ärztinnen und Ärzte vertraglich verpflichtet sind, sich im Widerspruch zu den Berufspflichten zu verhalten.

8. Zusammengefasst ergibt sich deshalb, dass der beigelegte Vertrag in verschiedener Hinsicht gesetzwidrig ausgefallen ist. Es kann und darf sich nicht so verhalten, dass obligatorisch zu entrichtende Prämienfelder in einer Art und Weise verwendet werden, welche gesetzwidrig ist und den Grundentscheidungen des schweizerischen Krankenversicherungsrechts widerspricht.

Aus diesem Grund danken wir Ihnen für die Behandlung unserer Aufsichtsbeschwerde – es geht um die Zukunft des schweizerischen Krankenversicherungssystems.

Freundliche Grüsse

Dr. med. Michel Romanens  
Präsident VEMS

lic. iur. Eduard Hafner  
Vorstand VEMS