



Einheitskasse, private Krankenversicherer und Versorgungssicherheit in der obligatorischen Krankenpflege

Olten, 28.03.2014

Impressum

Autor: Michel Romanens

Projektverantwortung: Michel Romanens

Nutzungsrecht: Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS

Verwendung der Texte, auch auszugsweise, nur mit

Quellenangabe: <http://physicianprofiling.ch/VEMSVersorgungssicherheit032014.pdf>

Ausgangslage

In der Diskussion um die Einheitskasse verschränken sich verschiedene Themen. Einerseits ist diese Diskussion verbunden mit der Hoffnung auf eine bessere Zukunft in Anbetracht der heute unüberschaubaren Situation des Kassenwildwuchses. Andererseits geht es aber auch um die Erhaltung moralischer Werte im Gesundheitswesen im Zuge einer schleichenden Korrumpierung, um die Thematisierung heute gängiger, nicht zielführender Ökonomisierungstendenzen und -entscheide, um Ärztecontrolling sowie um demokratische Kontrollmöglichkeiten der Einheitskasse durch Kantonalparlamentarier und um den Kontrahierungszwang, ebenso wie um die Versorgungssicherheit, insbesondere für die teuren PatientInnen, welche zunehmend die Ökonomie der Leistungserbringer und ihrer Institutionen stören. Die unüberschaubare Situation mit Kassenwildwuchs, Jagd nach einträglichen PatientInnen und niedrigen Kostenrisiken hat Implikationen für die Werterhaltung des Gesundheitswesens. Fragwürdige Ökonomiediskussionen, ungenügende Versorgungssicherheit, eine sehr basale, um nicht zu sagen primitive Versorgungsforschung, nicht sachgemässe Wirtschaftlichkeitsverfahren, drohende Aufhebung des Kontrahierungszwangs und die Möglichkeit einer demokratischen Kontrolle der Krankenversicherer in ihrer neuen Form als Einheitskasse sind Aspekte, die in die aktuelle Diskussion vermehrt einfließen müssen. Der VEMS leistet hiermit als wissenschafts-ethischer Verein parteipolitisch unabhängig einen kleinen, aber sachlichen Beitrag zu den Grundsatzfragen im Gesundheitswesen, welche im Rahmen der Diskussion um die Einheitskasse vielleicht noch wichtiger sind als die Frage, ob die Initiative für die Einheitskasse erfolgreich sein wird.

Argumente des VEMS

1. Risikostrukturausgleich (RSA) unter den Kassen

Prof. Beck lobt den neuen, gesetzlich verankerten Risikoausgleich als grossen Fortschritt, demnach die bekannte Jagd nach niedrigem Kostenrisiko nun entfallen würden¹. Fehlanreize durch Risikoselektion unter den Kassen sind mitnichten ausgeräumt. Tatsache ist: der frühere Risikoausgleich (Alter/Geschlecht) erklärt 11% der Kosten, der neue Risikoausgleich unter Einschluss Hospitalisation im Vorjahr erklärt 21%² (Tabelle 4, Seite 11). Das R² wird auch als Determinationskoeffizient bezeichnet und ist ein Mass für den Erklärungsgehalt eines statischen Modells, z.B. 0.11 erklärt 11% der Kosten (Spital-Fallpauschalen beispielsweise erklären in der Regel weniger als 50%, die Kostenrisiken liegen hier also in der Regel zu 50% bei den Spitalern, mit den bekannte Folgen des Spitalsterbens ecc.). Folgend eine Tabelle aus Zitat [2].

Table 4: The four risk adjustment formulas compared

Formula No.	R ²
(0) None	0.00
(1) Age, gender	0.11
(2) Age, gender, prior hospitalization	0.21
(3) Age, gender, prior hospitalization, PCG	0.30
Benchmark: Insurer's own model	0.48

Selbst unter Verwendung von Pharmaceutical cost groups (PCG sind indirekte Hinweise auf die Diagnosen, also Insulin PCG = Diabetes mellitus) steigt der Erklärungsgehalt des Modells für die Versichertenkosten nur auf 30%. Dies bedeutet: die Jagd auf gute Risiken wird praktisch unverändert weiter gehen, denn eine Verbesserung der Risikoausgleichsformel von 11% auf 21% erklärt weiterhin rund 80% der Versichertenkosten nicht.

Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass die Versicherer-eigenen Modelle 48% der Kosten vorhersagen können, diese Modelle gestatten künftig lediglich jene besser zu identifizieren, deren Abschaffung sich für die Kassen lohnt. Herr Prof. Beck schreibt im zitierten Artikel sinngemäss, dass die Kassen aufgrund des verbesserten Risikoausgleichs auch die teuren, chronisch kranken PatientInnen nun mit weniger „Reserve“ behandeln werden. Dies aus einer geringen Verbesserung des Risikoausgleichs herleiten zu wollen, ist dreist und zeigt, dass die Versicherer weiterhin ihre ethisch problematische Billigmedizin durchziehen wollen. Zudem gibt Prof. Beck ziemlich unverblümt das Desaster mit der Risikoselektion zu. Seine Remedur ist aber reine Augenwischerei.

Implikationen: Die soziale Krankenversicherung wird im jetzigen System entsolidarisiert und damit pervertiert. Dieser Missstand wird offensichtlich von niemandem bestritten. Der neue Risikoausgleich dient ausschliesslich dazu, diese Problematik als gelöst darzustellen. Eine polemische Behauptung.

¹ <http://physicianprofiling.ch/RisikoausgleichBeckTAZ032014.pdf>

² <http://physicianprofiling.ch/HealthEconomicsPCGArticleBeckWorkingPaper2006.pdf>

2. Risikoausgleich in den Wirtschaftlichkeitsverfahren

Genau wie die Versicherer trägt, so trägt auch der behandelnde Arzt ein Kostenrisiko, und auch hier ist die Kostenverteilung pro Patient schief verteilt: 80% der Kosten werden durch 10% der Patienten verursacht, wenig teure Patienten erhöhen den Kostendurchschnitt des Arztes im Vergleich zu seinen Arztkollegen massiv. Folglich muss der Arzt teure Patienten abweisen, will er nicht durch *santésuisse* mit ruinösen Rückforderungen gebüsst werden.

Der RSS-Index von *santésuisse* ist in seiner realen Bedeutung ein Kostenkontrollinstrument entsprechend einem Globalbudget von + 30% gegenüber den Durchschnittskosten auf der Arzzebene. Der Index ist fehlerhaft und wird wahrscheinlich auch durch die Versicherer bzw. *santésuisse/sasis* zumindest teilweise manipuliert. Jedenfalls existieren Anhaltspunkte hierfür³. Festzuhalten ist: Das Verfahren der privaten Krankenversicherer und ihres Dachverbandes *santésuisse* ist desaströs, intransparent, nicht offen gelegt, nicht öffentlich noch durch die FMH wirklich kontrollierbar und grenzt damit erneut Kranke und teure Patienten potentiell aus.

Es ist auch falsch zu behaupten, dass zunehmende Ärztedichte im ambulanten Bereich zu unnötigen Kosten führen würde. Daten aus Deutschland belegen das Gegenteil⁴: mehr Ärzte senken die Sterblichkeit und die Hospitalisationsraten! Die rudimentäre Vergleichsvorsorgungsforschung ist irreführend⁵. Es ist deswegen gefährlich und kostentreibend, wenn *santésuisse* mittels ihrer Wirtschaftlichkeitsverfahren einen Kostendeckel in der Grundversorgung operativ macht. Die Einheitskasse hat hier eine einzigartige Chance, die Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf eine rationale Grundlage zu stellen. Der VEMS mit Einsitz in die Arbeitsgruppe WZW der FMH und Verfasserin eines Eckwertepapiers hat dazu im Arbeitspapier „WZWStatistik2014.pdf“ das Vorgehen konkretisiert.

Implikationen: Die Zweckmässigkeit der Kosten in der sozialen Krankenversicherung wird im jetzigen System mit einer unwissenschaftlichen, methodisch und moralisch problematischen Methode kontrolliert. Denn gemäss internationaler Literatur kann der sachlich korrekte Risikoausgleich für Ärzte nur auf der Ebene der Morbidität der behandelten Patienten erfolgen. Vergleichsgruppen unter den Ärzten waren schon immer irreführend und grenzen auch hier die Kranken und teuren Patienten aus. Der VEMS fordert von einer Einheitskasse entsprechend korrekte Umsetzung der Überprüfung der WZW-Verfahren, insbesondere auf der Ebene des Screenings.

³ <http://physicianprofiling.ch/WZWStatistik2014.pdf>

⁴ <http://physicianprofiling.ch/VersorgungOutcomeStillfried022012.pdf>

⁵ <http://physicianprofiling.ch/GutachtenWasemBusato092012.pdf>

3. Geheimverträge, Transparenzfragen

Bereits anlässlich der Managed-Care-Abstimmung hat der VEMS Grundlagen für die Beurteilung des Problems der Geheimverträge zwischen Ärztenetzwerken und Versicherern geliefert. Besonders stossend: Patienten werden darüber nicht informiert. Und: in den Kantonen mit vielen Ärztenetzwerken steigen die OKP Kosten an, statt zu sinken! Dazu die folgenden Ausführungen:

Motion Sommaruga

Im Jahr 2000 wurde die Motion von Frau Sommaruga „Flächendeckendes Hausarztmodell“⁶ vom BR abgelehnt: die Budgetverantwortung würde einen in seiner Tragweite nicht abschätzbaren Paradigmenwechsel bedeuten. Tatsächlich besteht die Gefahr, dass damit einer desintegrierten Versorgung der Weg geebnet wird.

Budgetverantwortung und Anreize zur Kompetenzüberschreitung im Spannungsfeld zwischen Fach- und Triagekompetenz

Ziel der Hausarztmodelle ist die Reduktion der gesamten Brutto-OKP-Kosten pro Jahr, weil davon ausgegangen wird, dass zu häufig unnötige Leistungen erbracht werden. Dies vor allem seitens nicht-hausärztlicher Leistungserbringer. *Im Hausarztmodell werden jedoch zwei verschiedene Anreizsysteme aktiv.*

Erstes Anreizmodell:

Die Reduktion der OKP-Kosten wird einerseits erreicht durch den Zwang für den Patienten, im Krankheitsfall immer zuerst den Hausarzt aufzusuchen. Damit wird seitens der Patienten ein Anreiz gesetzt, andere Anbieter als den Hausarzt mit angeblich unnötigen Abklärungen und Therapien *nicht* zu beauftragen. Damit nimmt der Patient allenfalls eine *verzögerte* Abklärung in Kauf (Rationierung)

Zweites Anreizmodell:

Das davon verschiedene, zweite Anreizsystem befindet sich auf Seiten des Hausarztes. Es impliziert, dass der Hausarzt ohne dieses Anreizsystem unnötige Weiterweisungen veranlasst. Doch hierzu bestand nie ein finanzieller oder sonstiger Anreiz. Man muss davon ausgehen, dass Weiterweisungen normalerweise medizinisch begründet waren. Grundsätzlich stört nun der finanzielle Anreiz den normalen integrierten Ablauf der medizinischen Versorgung (Störung der Triagekompetenz), was dadurch entsteht, dass der Hausarzt ein Entgelt erhält, wenn er Patienten nicht weiter weist (Rationierung).

Man könnte zwar argumentieren, dass ein Hausarzt wegen Kompetenzmangel (unnötige) Weiterweisungen veranlasste, während normalerweise kompetente Hausärzte diese Arbeit selber erledigen (Fachkompetenz). Mit der Budgetverantwortung wird also lediglich ein Anreiz dafür gesetzt, dass der Hausarzt notwendige Überweisungen im Sinne einer Kompetenzüberschreitung rationiert. Die Versicherer erzeugen also einen *legitimen* Anreiz, medizinische Probleme zunächst beim Hausarzt beurteilen zu lassen (Rationierung externer Leistungen), unter Inkaufnahme einer verzögerten Abklärung für den Patienten im Hausarztmodell. Im Ergebnis erzeugen die Versicherer aber auch einen *nicht legitimen* Anreiz

⁶ http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20003566

für Hausärzte mit Budgetverantwortung, externe Leistungen zu rationieren (*desintegrierte Versorgung*).

Finanzielle Abgeltung der Netzwerke / Vertragswerke

Dreizehn Jahre nach der Motion Sommaruga – und nach der vom Volk zu 76% abgelehnten Managed Care Vorlage im Jahr 2012 – sind 1.7 Mio. Versicherte in Hausarztmodellen eingebunden. Diese arbeiten zu 90% mit Budgetmitverantwortung und beschäftigen im Jahr 2013 rund 5'000 Hausärzte. In der Regel wird über den Tarmed abgerechnet (HMO Capitation ist wegen unvorhersagbarer Kostenrisiken abgeschafft worden), ab erwarteter Kostenersparnis gegenüber normaler OKP von 10% wird 50/50 aufgeteilt⁷. In dieser Studie wird das Kickback-System im Detail beschrieben. Wir können also davon ausgehen, dass dieses System für die Schweiz die *Norm* darstellt.

Gemäss Recherchen des VEMS wurden für die Trottmann-Studie⁸ für die ordentlichen OKP-Kosten ein monatlicher Betrag von 348 Franken erfasst. In dieser Studie wurden 6 Netzwerke beobachtet, die dabei erzielten jährlichen Gewinne können nun anhand der 348 pmpm nachgerechnet werden: sie belaufen sich auf folgende Summen (ohne Gewähr, Grundlage: 1% Gewinnbeteiligung auf den Umsatz, welcher im Mittel um 12% gegenüber OKP reduziert wurde, Details siehe Studie Trottmann):

Tabelle 1: Plausible Umsatzbeteiligung von Argomed-Netzwerken⁹ (Angaben ohne Gewähr, jedoch gemäss Studienautorin plausible Zahlen (Quelle: Email an VEMS am 14.02.2012¹⁰))

NW 1: 502540 Franken
NW 2: 484917 Franken
NW 3: 909700 Franken
NW 4: 46938 Franken
NW 5: 123735 Franken
NW 6: 256824 Franken.

Die Budgetverantwortung verlangt, dass das Netzwerk über die gesamte Behandlungskette in der Grundversicherung mindestens 10% der Kosten reduziert. Dies ist nur möglich, indem Weiterweisungen unterlassen werden (ausführliche Dokumentation mit diversen Gutachten Kieser/Binswanger/Aufsichtsbeschwerde BAG/Mustervertrag sind auf der VEMS Site abrufbar)¹¹. Dass die unterlassene Weiterweisung den Kassen nützt, ist auch wissenschaftlich belegt: gemäss Trottmann sind die erzielten Einsparungen Folge von weniger Weiterweisungen, vermiedener Physiotherapie und unterlassener Hospitalisationen¹². Dass die mit der Budgetverantwortung¹³ verbundenen berufsethische Problematik mit

⁷ <http://www.physicianprofiling.ch/MCBonusMalusStudie.pdf>

⁸ <http://physicianprofiling.ch/AerzteNetzwerkeSchweizCSS2012.pdf>

⁹ <http://www.physicianprofiling.ch/CSS2012.xlsx>

¹⁰ Zitat aus der Email: „Die Zahl von den 22.3 Mio. ist plausibel. Natürlich bleiben auch nach dieser Studie relevante Fragen rund um Ärztenetzwerke offen. Wir haben auch klar gesagt, dass wir beispielsweise die Behandlungsqualität mit unseren Daten nicht analysieren konnten. Meiner Meinung nach sind diese Zahlen trotzdem interessant.“

¹¹ <http://www.vems.ch/managed-care-1>

¹² <http://physicianprofiling.ch/TrottmannZweifelBeck2011.pdf>

¹³ Budgetverantwortung und Budgetmitverantwortung stellt für uns keinen Unterschied dar.

zunehmendem Umfang des Angebots abnehmen könnte, wurde von Prof. Beck diskutiert¹⁴. Je nach Modell können Einsparungen gegenüber den erwarteten OKP-Kosten pro Jahr zwischen 8-28% beobachtet werden, vereinzelt auch höher. Hochgerechnet auf 1.7 Mio Versicherte und 5000 versorgenden Aerzten ergeben sich pro Jahr wahrscheinliche Boni in der Höhe von 15'000 bis 30'000 pro Arzt und Jahr.

Die persönliche Erfahrung im Umgang mit Patienten zeigt, dass „*Geld verdienen durch unterlassene Weiterweisung*“ auf grosses Unverständnis stösst. Im Endeffekt findet ja eine desintegrierte Behandlung statt. Auch seitens der FMH werden Boni-Zahlungen explizit abgelehnt, dies exemplifiziert bei den Spitalärzten¹⁵. Entsprechend schreibt die FMH in einer Medienmitteilung vom Dezember 2013: „Die FMH lehnt in ihrem Positionspapier zielbezogene Boni klar ab. Sie bezieht sich dabei sowohl auf die ärztliche Standesordnung als auch auf empirische Studien und Empfehlungen der renommierten Ökonomin Prof. Margit Osterloh. Diese rät, im Gesundheitswesen gänzlich auf Boni zu verzichten.“¹⁶. Auch im VEMS-Gutachten zu Boni-Bezahlungen im Managed Care von Prof. M. Binswanger wird der Sinn solcher Boni prinzipiell in Frage gestellt¹⁷.

Warum nehmen die OKP Kosten in Kantonen mit vielen Aerztenetzwerken zu?

Sind in den Kantonen AG, BE, SG, und ZH, wo solche Netzwerke besonders viele PatientInnen behandeln auch jene Kantone, in denen die OKP-Kosten abnehmen? Nur dann wäre die Einsparung, so wäre zu vermuten, ja nicht nur einfach auf andere Institutionen verlagert, sondern tatsächlich realisiert. Wir haben deshalb die OKP-Kosten in diesen Kantonen mit den übrigen Kantonen für die Jahre 2001-2012 verglichen. Im Ergebnis finden wir: in den vier Kantonen mit mehr als 10 Managed-Care-Netzwerken im Jahr 2012 steigen die OKP Kosten pro Kopf über die Jahre mehr an als in den Kantonen mit weniger MC-Netzwerken. Wenn die MC-Netzwerke aber über die ganze Behandlungskette Einsparungen zur Folge hätten, müsste die gegenteilige Beobachtung sichtbar werden. Dieser Vergleich besagt natürlich nichts auf der wissenschaftlichen Ebene, zeigt aber doch auf, dass die Sache in die verkehrte Richtung laufen könnte. Es besteht somit Abklärungsbedarf betreffend die Versorgungsqualität über die ganze Behandlungskette. Es ist nicht zu verstehen, warum solche zentralen Fragen nicht schon längst durch unabhängige wissenschaftliche Studien beantwortet wurden¹⁸.

¹⁴ <http://www.physicianprofiling.ch/MCCapitationBeck2012.pdf>

¹⁵ <http://www.physicianprofiling.ch/BoniSpitalFMHPositionSAEZ122013.pdf>

¹⁶ <http://www.physicianprofiling.ch/BoniMedienmitteilungFMH122013.pdf>

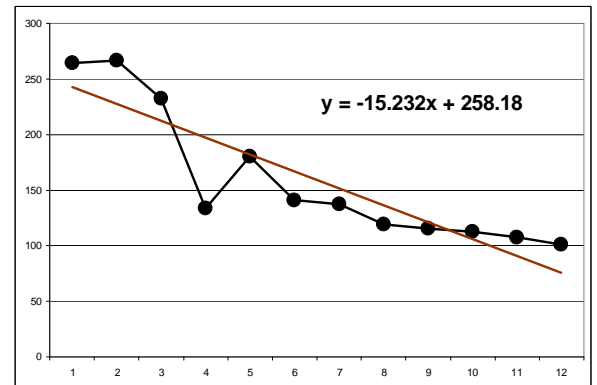
¹⁷ <http://physicianprofiling.ch/GutachtenBinswanger2012.pdf>

¹⁸ Anfragen von Medvice mit Zitat dieser VEMS Forschung mit Bitte um Erklärung wurden bisher von Argomed seit Monaten nicht beantwortet. Hängig ist noch eine Anfrage von Medvice bei den Gesundheitsdirektoren, wo diese Problematik für den 10.04.2014 in der GDK traktandiert wurde.

Tabelle 2: Kantonale Entwicklung der OKP Kosten¹⁹ (Brutto, pro Kopf) 2001-2012 nach Anzahl Netzwerken (> 10 betrifft die Kantone Aargau, Bern, St. Gallen und Zürich)

	>10 NW AG,BE,SG,ZH	≤ 10 NW Übrige Kt.	Differenz In Franken
2001	2'142	2'405	262
2002	2'220	2'488	269
2003	2'334	2'567	233
2004	2'525	2'657	132
2005	2'634	2'812	179
2006	2'679	2'819	141
2007	2'782	2'919	137
2008	2'905	3'024	119
2009	3'005	3'120	115
2010	3'061	3'173	112
2011	3'112	3'219	107
2012	3'202	3'302	101

Graphik dazu:



Gemäss Gutachten Prof. Binswanger²⁰ besteht zudem ein Anreiz, im eigenen Netzwerk eine Mengenausweitung zu betreiben. Solange die OKP Kostensenkung einen Bonus gestattet, sind Mengenausweitung in der eigenen Praxis möglich. Damit eröffnet sich auch das Problem von Weiterweisungen an Spezialisten im eigenen integrierten Netz. Denn davon profitiert das gesamte Netzwerk, sofern die OKP-Kosten weiterhin so wirtschaften, dass externe Kosten minimiert und Bonuszahlungen damit gewährleistet bleiben.

Anliegen des VEMS:

Insgesamt ist zu fordern, dass angesichts der potentiell gefährlichen Anreize (Rationierung durch Budgetverantwortung) in Netzwerken eine effektive Begleitforschung (Outcome-Forschung) durch Netzwerk-unabhängige Prüfer erstellt werden muss, bevor diese Modelle breitflächig eingesetzt werden dürfen. Qualitätskontrollen im EQUAM-Stil sind nicht zielführend und zertifizieren Surrogatmerkmale der Qualität, somit nicht eigentliche Behandlungsqualität.

Aus diesem Grund fordert der VEMS, existierende Resultate aus Qualitätskontrollen nicht mit echter Behandlungsqualität gleichzusetzen. Dies ist unabdingbar, wollen wir nicht einfach den vollmundigen Versprechen der Netzwerkbetreiber glauben, sondern erfahren, welche Effizienz und Zweckmässigkeit solche Netzwerke für die Volksgesundheit und die Volkswirtschaft tatsächlich erbringen.

¹⁹ <http://www.physicianprofiling.ch/Netzwerk.xlsx>

²⁰ <http://physicianprofiling.ch/GutachtenBinswanger2012.pdf>

Wir fordern:

1. Verbot der Budgetverantwortung oder ähnlicher Anreizsysteme, welche ausserhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen (Tarmed, Medizinalberufegesetz) auf einen ärztlichen Indikationsentscheid Einfluss nehmen wollen, solange nicht mit unabhängiger Outcome-Forschung bewiesen ist, dass die eingesparten Gesundheitskosten keine negativen Auswirkungen auf die Patientensicherheit haben.
2. Falls es nicht gelingt, solche Budgetverantwortungssysteme abzuschaffen:
 - a. Schaffung von transparenten Verträgen für die Versicherten. Es muss sichergestellt werden, dass der Versicherungsnehmer von Hausarztmodellen versteht, dass der Arzt durch weniger Weiterweisungen Leistungen rationiert, um die OKP Kosten zu senken.
 - b. Versorgungsforschung Managed Care: Audit in den Netzwerken mit fach eigener Überprüfung von Indikationsentscheiden auf der Ebene der Krankengeschichten, Auswahl nach der Zensusmethode oder entsprechend einem anderen „random selection process“. Dieser Prozess kann auch auf verstorbene Patienten ausgedehnt werden (Suche nach medizinisch indizierten Unterlassungen auf dem Auditlevel als Sentinel für mögliche medizinische Dysfunktionalität).
 - c. Von den Kassen unabhängige Begleitforschung zu Managed-Care-Modellen mit Budgetverantwortung. Bildung von Vergleichskollektiven ausserhalb solcher Modelle aus historischen Kollektiven.
 - d. Definitionshoheit: Systeme mit Budgetverantwortung dürfen nicht unter dem Label „integrierte Versorgung“ auftreten.
 - e. Vertragsregeln zwischen Netzwerken und der Versicherungsindustrie gemäss den VEMS Richtlinien Aerztenetzwerke vom November 2012²¹ (Mitarbeiter: Ueli Kieser, Mathias Binswanger, Michel Romanens, Hanspeter Schreiber).

Implikationen: Die privaten Krankenversicherer zwingen wegen der hohen Prämienlast wohlmeinende Versicherungsnehmer in Hausarztmodelle. Diese operieren jedoch mit Anreizen, welche im Krankheitsfall zu einer Rationierung notwendiger Abklärungen und Behandlungen führen können, welche den Versicherungsnehmern nicht bewusst gemacht wird und seine Versorgungssicherheit direkt tangieren. Der VEMS fordert deshalb von einer Einheitskasse, dass Mogelpackungen in der Versicherungsindustrie aus Gründen der Würde, der Sicherheit und der Redlichkeit ungültig erklärt werden, ferner dass die Budgetverantwortung, welche unmoralisch ist und korrekte Zweckmässigkeitsentscheide des Arztes korrumpieren und torpedieren will, vollständig eliminiert werden.

²¹ <http://www.physicianprofiling.ch/VEMSRichtlinienAerztenetzwerke.pdf>

4. Weitere Argumente

A) Kantonalparlamentarische Kontrolle der Einheitskasse

Die privaten Krankenkassen können nicht demokratisch kontrolliert werden und treiben dunkle Geschäfte mit Geheimvereinbarungen. Wenn die Einheitskasse parlamentarisch kontrollierbar wäre, dann wäre das ein wichtiges Argument für sie.

B. Kontrahierungszwang

Es ist nicht klar, ob die Aufhebung des Kontrahierungszwangs wirklich durch eine Einheitskasse garantiert wird, wie behauptet. Jedenfalls hat unser Gutachter Prof. Ueli Kieser dazu eine andere Meinung geäußert²². Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges ist mit einer Selektion von Ärzten verbunden, welche mit einer billigen Kassenmedizin kompatibel sind. Damit entsteht Raum für medizinische Unterversorgung in der Grundversicherung.

C. Versorgungsforschung und Patientensicherheit

Die derzeitige Versorgungsforschung befindet sich sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich in keinem guten Zustand. Es werden billige Vergleichsstatistiken zu Mittelwerten produziert, ohne wirklichen Erklärungsgehalt. Eine Einheitskasse wäre durchaus in der Lage, mit den geeigneten Methoden die Versorgungsforschung erheblich zu verbessern und damit der Patientensicherheit einen Beitrag zu leisten. Zu diesen und weiteren grundsätzlichen Fragen hat der VEMS ausführliche Thesenpapiere produziert²³. Gerne kann der VEMS dazu auch weitere Ausführungen bereitstellen.

D. Grundsatzfrage: Nutzen oder Wert der Medizin?

Siehe dazu die bereits zitierte VEMS Trilogie²⁴.

Implikationen: Die Diskussion um die Einheitskasse wird von den Gegnern geschickt Ökonomie betonend aufgegleist, obwohl gerade die Ökonomie die Effizienz und die Zweckmässigkeit des Gesundheitswesens auf unsachgemässe Art vermindert und verteuert. Es ist absehbar, dass diese Strategie zur Ablehnung der Einheitskasse führen wird, wenn es nicht gelingt, zentrale Grundsatzfragen positiv mit ihr zu verknüpfen: demokratische/parlamentarische Kontrolle über Prinzipien und Konkretisierungen der Einheitskasse, Erarbeitung einer einheitlichen Datenbank für adäquate, wissenschaftliche Versorgungsforschung und Zweckmässigkeits-Prüfungen, Verbesserung der Patientensicherheit, Erhaltung der Solidarität unter den Versicherungsnehmern, keine Aufgabe des Kontrahierungszwangs und generell die Beachtung grundsätzlich moralischer Werte in der sozialen Krankenversicherung unter konsequenter Eliminierung ökonomischer Anreize aus ärztlichen Zweckmässigkeitsentscheiden.

²² <http://www.physicianprofiling.ch/VEMStellungnahmeEinheitskasse092013.pdf>

²³ <http://www.physicianprofiling.ch/VEMSTrilogie2014.pdf>

²⁴ <http://www.physicianprofiling.ch/VEMSTrilogie2014.pdf>