



# VEMS-Richtlinien Ärztenetzwerke

Olten, November 2012

## **Ausgangslage**

Die Verträge, welche Krankenversicherungen mit Ärztenetzwerken abschliessen, sowie jene, die diese ihrerseits mit ihren Ärzten eingehen, sind bisher geheim und werden nicht durch unabhängige Instanzen geprüft. Die drei Vertragspartner gehen über den Kopf des Patienten hinweg Vereinbarungen ein, die diesen direkt betreffen. Zwei Gutachten des Vereins Ethik und Medizin Schweiz (VEMS) zeigen ausserdem, dass sie in Konflikt mit geltendem Recht geraten<sup>1</sup> und wirtschaftliche Anreize setzen, die sich negativ auf die Behandlungsqualität auswirken<sup>2</sup>. Da das BAG trotz einer diesbezüglichen, vom VEMS deponierten Aufsichtsbeschwerde<sup>3</sup> keine Schritte unternommen hat, eine Offenlegung und Überprüfung dieser rund 5'000 Verträge durch unabhängige Instanzen zu erwirken, sieht sich der VEMS veranlasst, dieses Regelwerk im Sinne einer Empfehlung vorzulegen. Teilweise können die in diesem Regelwerk geforderten Klärungen innerhalb der existierenden und geltenden gesetzlichen Grundlagen realisiert werden, teilweise verlangen sie nach Änderungen der Gesetzestexte im KVG und im MedBG. In jedem Fall implizieren sie die Formulierung entsprechender Aufträge an bestehende Instanzen sowie die Schaffung neuer.

## **Zweck dieses Regelwerks**

Mit den VEMS-Richtlinien Ärztenetzwerke soll angestrebt und gesichert werden, dass alle Beziehungen in solchen Netzwerken sich nach den gesetzlichen Zielen ausrichten. Im Krankenversicherungsbereich soll eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung der Bevölkerung zu möglichst günstigen Preisen erreicht werden. Wenn diese beiden Kriterien gegenseitig abgewogen werden, steht die qualitativ hochstehende medizinische Versorgung im Vordergrund. Es geht darum, dass im schweizerischen Krankenversicherungssystem dieses Ziel erreicht wird. Erst in zweiter Linie geht es dann darum, dass die Kosten möglichst günstig sind. Ärztenetzwerke müssen also gewährleisten, dass das Hauptziel der schweizerischen Krankenversicherung erreicht wird.

## **Bereiche dieses Regelwerks**

Bei der Regelung der Zusammenarbeit mit Ärztenetzwerken bestehen prinzipiell drei Beziehungsebenen:

- Patient-Kasse
- Kasse-Netzwerk
- Netzwerk-Arzt

Diese drei Beziehungsebenen tangieren juristische, ökonomische, medizinische und ethische Aspekte, die es zu beachten und abzuwägen gilt. Das vorliegende Regelwerk soll eine Grundlage liefern bei der:

- Ausarbeitung der Verträge zwischen Kassen und Netzwerken
- Anpassung der Gesetzestexte in KVG und MedBG
- Gestaltung der Kommunikation der Krankenkassen mit im Hausarztmodell Versicherten
- Formulierung von Aufträgen an bestehende Instanzen sowie Schaffung neuer Instanzen

## **Autoren**

Dieses Regelwerk wurde unter Einbezug juristischer, ökonomischer, medizinischer und ethischer Aspekte von folgenden Autoren in gemeinsamer Arbeit erstellt:

Prof. Dr. iur. Ueli Kieser

Prof. Dr. oec. Mathias Binswanger

Dr. med Michel Romanens

Prof. Dr. phil. I Hans-Peter Schreiber

1. Download: <http://physicianprofiling.ch/KieserMC082011Final.pdf>
2. <http://physicianprofiling.ch/GutachtenBinswanger2012.pdf>
3. <http://physicianprofiling.ch/VEMSAufsichtsbeschwerdeBAGdef.pdf>

# Beziehung zwischen PatientInnen und Kasse

**Budgetmitverantwortung:**

Die Behandlung eines im Hausarztmodell versicherten Patienten hat innerhalb eines definierten Budgets zu geschehen. Wird dieses überschritten, laufen Netzwerk oder behandelnder Arzt Gefahr, mit Sanktionen oder Bussen belegt zu werden (Budgetmitverantwortung). Dies schafft grundsätzlich die Situation einer Unsicherheit, ob dem Patienten notwendige Behandlungen vorenthalten werden, ohne dass dieser darüber in Kenntnis gesetzt wird (versteckte Rationierung).

**Forderung:**

Dem Patienten muss das Recht eingeräumt werden, bei einem vom Netzwerk unabhängigen Arzt seiner Wahl eine Zweitmeinung einzuholen.

**Massnahmen:**

Ärztenetzwerke oder Kassen müssen den Patienten eine vom Netzwerk unabhängige Ombudsstelle zur Einholung einer Zweitmeinung zur Verfügung stellen oder bei Verunsicherung seitens des Patienten eine vom Netzwerk unabhängige Zweitmeinung gestatten. Es muss gesichert sein, dass dafür eine Tarmed-Position zur Verfügung steht.

Die Unabhängigkeit dieser Ombudsstelle vom Netzwerk ist von einer Drittinstanz zu bescheinigen und zu überwachen/gewährleisten, beispielsweise von einer Patientenschutzorganisation.

Ärzte, die nachweislich und wiederholt notwendige Leistungen vorenthalten oder angezeigte Diagnosen und Behandlungen bei Spezialisten hinauszögern oder verhindern, müssen von den Kassen oder von der Ombudsstelle angemahnt und gegebenenfalls revalidiert werden.

**Vertragseinsicht:**

Der im Hausarztmodell Versicherte hat heute keine Kenntnis von und keine Einsicht in die Verträge, die ihn betreffend zwischen Kasse und Netz existieren.

**Forderung:**

Dem Patienten muss Einsicht über alle Vereinbarungen gewährt werden, die seine Kasse mit seinem Netzwerk eingegangen ist, insbesondere bezüglich etwaiger finanzieller Anreize im Rahmen der Budgetmitverantwortung.

**Massnahmen:**

Die Verträge werden dem Versicherten vor Vertragsabschluss zur Einsicht vorgelegt. Er bestätigt mit seiner Unterschrift, diese eingesehen und verstanden zu haben.

Vertragsänderungen sind den Versicherten mitzuteilen, wobei diesen bei Nichteinverständnis das Recht eingeräumt wird, innerhalb einer definierten Frist das Versicherungsmodell zu kündigen, wie dies in anderen Branchen üblich ist, beispielsweise bei Telekommunikationsunternehmen.

**Budgetabgrenzung:**

Der im Hausarztmodell Versicherte hat heute keine Kenntnis des für ihn definierten Budgets. Falls ein solches definiert wurde, kann dies Auswirkungen auf seine Behandlung haben.

**Forderung:**

Dem Patienten muss auf Verlangen jederzeit Einsicht über das für ihn vorgesehene Budget sowie über die Abmachungen betreffend Verwendung der Gewinne, bzw. Deckung der Verluste gewährt werden.

**Massnahmen:**

Die Versicherung stellt eine Stelle/Ansprechperson für Budgetfragen zur Verfügung. Diese wird von einer unabhängigen Instanz (z.B. einer Patientenschutzorganisation) geprüft. Es können auch Patienten-Budgets oder Abmachungen betreffend Gewinne und Verluste zur Einsichtnahme verlangt werden, und es ist dann offenzulegen, wie und in welchem Umfang die Gewinne und Verluste aufgeteilt wurden.

**Kündigungsbedingungen:**

Hausarztmodelle sind heute nur langfristig kündbar. Wünscht der Versicherte einen unverzüglichen Wechsel, muss er Bussen in Kauf nehmen.

**Forderung:**

Der Patient muss jederzeit das Recht haben, aus dem Netzwerk-Modell aus- und in ein anderes System überzutreten. Ist der Wechsel begründet, darf die Versicherung den Wechsel nicht mit Bussen erschweren.

**Massnahmen:**

Das KVG ist dahingehend anzupassen, dass die Gesetzestexte betreffend die Austrittsklauseln entsprechend ausformuliert werden.



**Gewinnverwendung:**

Prinzipiell ist es Krankenkassen nicht erlaubt, Prämiegelder für andere Zwecke als zur Behandlung zu verwenden. Kassen und Netzwerke heben die Einsparungen hervor, die mit dem Hausarztmodell zu realisieren sind, bleiben aber die Ausweisung der Verwendung der so eingesparten Gelder schuldig. Dies weckt den Verdacht der Zweckentfremdung.

**Forderung:**

Gewinne, die das Netzwerk durch Einsparungen mit dem Patienten realisiert, müssen diesem zurückerstattet bzw. gutgeschrieben werden. Eine Verwendung zu anderen Zwecken wie Ausbau des Netzwerks, Ausbildung etc. ist (auch wenn dies letztlich dem Patienten zugute kommt) dem Versicherten auszuweisen und nur mit dessen Einverständnis erlaubt.

**Massnahmen:**

Die Ärztenetzwerke speisen die eingesparten Gewinne in Fonds und weisen diese ihren Versicherten aus.

Die Verwendung der Gelder wird den Versicherten kommuniziert, wobei ihnen bei Nichteinverständnis eine Einsprachefrist eingeräumt wird. Macht die Mehrheit der Versicherten davon Gebrauch, dürfen die Gelder nicht für die vorgeschlagenen Zwecke verwendet werden.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Vorschläge zur Verwendung der erwirtschafteten Gewinne einzubringen.

Allenfalls sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen im KVG anzupassen.

# Beziehung zwischen Kasse und Netzwerk

**Bezahlung von Zusatzleistungen:**

Die Gründe, weshalb sich Ärzte einem Netzwerk anschliessen, sind vielfältig. Einerseits mag dies ausschliesslich aus Überzeugung vom Modell geschehen. Andererseits schliesst die Tatsache, dass der Arzt im Netzwerk weitere Vorteile geniesst, andere Beweggründe nicht aus. Diese Vorteile sind: Finanzierung von Infrastruktur und Ausbildung, Zusicherung eines Patientenstamms, Umgehung der Kontrolle durch die Wirtschaftlichkeitsverfahren von santésuisse.

**Forderung:**

Die Kasse darf das Netzwerk nicht durch Anreize wie Beteiligung an Ausbildungskosten oder Infrastruktur von einer Zusammenarbeit überzeugen; die Gründe, mit der Kasse einen Vertrag einzugehen, sollen allein in den Vorteilen des Systems liegen.

**Massnahmen:**

Die Vorteile des Arztes bei Einbindung in das Netzwerk müssen in den Hauptverträgen transparent sein und dürfen nicht in geheimen Zusatzverträgen geregelt werden.

Der Arzt muss mit seiner Unterschrift bescheinigen, dem Netzwerk nicht aus anderen Gründen als der Systemvorteile wegen beigetreten zu sein.

Allenfalls sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen in KVG und MedBG anzupassen.

**Budgetmitverantwortung:**

Ärzte und Netzwerke, die mit Krankenkassen Verträge mit Budgetmitverantwortung eingehen, sind prinzipiell angehalten, diese Budgets einzuhalten. Abweichungen werden von den Kassen beurteilt und teilweise gebüsst. Dies setzt den Arzt in die Lage, dass sein Indikations- und Behandlungsentscheid von fachfremden Instanzen beurteilt wird, ohne dass er als Mediziner und Fachmann sich gebührend dagegen wehren kann. Die Gefahr, dass er aus diesem Grund notwendige Behandlungen unterschlägt und Weiterverweisungen an Spezialisten hinauszögert oder verhindert, ist gross.

**Forderung:**

Die Gründe für Budgetabweichungen des Netzwerks müssen durch eine unabhängige Instanz medizinischer Fachleute geprüft werden, beispielsweise durch ein Board der FMH. Die betreffenden Abweichungen dürfen dem Netzwerk nur als Busse belastet werden, wenn diese Instanz befindet, dass die Mehrkosten eindeutig durch unangebrachte Diagnosen oder Behandlungen entstanden sind.

**Massnahmen:**

Die FMH installiert ein Board, das ärztliche Dysfunktion ahndet (siehe VEMS-Forderungen im Dossier Dysfunction Assessment: [www.vems.ch/dysfunction-assessment](http://www.vems.ch/dysfunction-assessment)).

Allenfalls sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen in KVG und MedBG anzupassen.

Medizinisch-ethische Rahmenbedingungen:

Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Industrie ist in den Regeln der SAMW festgehalten. Diese Regeln sind zentral, selbst wenn die Konsequenz bei der Überwachung ihrer Einhaltung bemängelt werden kann. Bei der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Kassen existieren hingegen überhaupt keine Regeln, wodurch unethisches Verhalten ermöglicht wird.

Forderung:

Die Regeln der SAMW zwischen Ärzten und der Industrie gelten uneingeschränkt auch für die Krankenversicherer. Dort, wo innovative Modelle angestrebt werden, ist in jedem Fall die Kompatibilität und die Transparenz mit diesen Regeln eine *conditio sine qua non*.

Massnahmen:

Die SAMW ist gefordert, einen Katalog verbindlicher Regeln der Zusammenarbeit von Ärzten und Kassen zu formulieren.

Dem BAG ist durch das EDI der Auftrag zu erteilen, die Verträge zwischen Ärzten und Kassen zu überwachen und Verstösse gegen geltendes Recht zu ahnden.

Allenfalls sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen in KVG und MedBG anzupassen.

# Beziehung zwischen Netzwerk und Arzt

Souveränität beim Indikationsentscheid:

Durch die stark bindende und verbindliche Einbindung des Arztes ins Netzwerk und die Tatsache, dass er bei Verstössen gegen die in nicht öffentlich zugänglichen Verträgen formulierten Regeln der Zusammenarbeit Nachteile oder gar Bussen in Kauf nehmen muss, ist die Hoheit des Arztes über den Indikations- und Behandlungsentscheid gefährdet, insbesondere, wenn die Kontrolle der Behandlungsqualität einseitig bei der Kasse angelegt wird. Dies bringt den Arzt in einen ethischen Konflikt, indem er nicht mehr unbedingt ausschliesslich zum Wohle seines Patienten handeln kann, wie es sein Eid vorschreibt.

Forderung:

Dem Arzt muss das Recht eingeräumt werden, sich in Einzelfällen für die ihm angemessen erscheinende Behandlung und gegen den Entscheid des Netzwerks oder der Kasse einzusetzen, ohne deshalb Sanktionen befürchten zu müssen.

Massnahmen:

Die Kasse muss dem Arzt das Recht einräumen, bei Nichteinverständnis mit einem Kassenentscheid eine Zweitmeinung einzuholen. Stützt diese seinen Entscheid, muss die Kasse diesen ohne Folgen für den behandelnden Arzt akzeptieren.

Allenfalls sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen in KVG und MedBG anzupassen.

Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient:

Die Formulierung eines Globalbudgets mit Budgetmitverantwortung des Arztes schafft prinzipiell die Gefahr versteckter Rationierung (Vorenthalten notwendiger Behandlungen). Dies kann das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient beeinträchtigen, indem der Patient nicht die Gewissheit hat, der Indikations- und Behandlungsentscheid des Arztes sei ausschliesslich zu seinem Wohl gefällt.

Forderung:

Der Arzt muss sich verpflichten, seinen Patienten die volle Information auch über Behandlungsmethoden zu geben, die innerhalb des Netzwerk-Modells nicht abgegolten werden.

Massnahmen:

Ärzte, die eine Diagnose oder Behandlung nachweislich nur deshalb nicht anordnen, weil sie ausserhalb des Netzwerks geleistet werden müsste, sind mit Bussen zu belegen. Die Ahndung solcher Ärzte und Netzwerke könnte innerhalb eines Systems geleistet werden, wie es der VEMS im Dossier Dysfunction Assessment vorschlägt ([www.vems.ch/dysfunction-assessment](http://www.vems.ch/dysfunction-assessment)).

Allenfalls sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen in KVG und MedBG anzupassen.



Fehlende Ombudsstelle:

Die Erhöhung der Verbindlichkeiten des Arztes gegenüber der Kasse im Hausarztmodell bringt eine Schwächung desselben bei Unstimmigkeiten mit sich. Die Kräfteverhältnisse sind derzeit nicht ausgeglichen, was sich nachteilig auf die Behandlungsqualität auswirken kann.

Forderung:

Dem Arzt muss die Möglichkeit eingeräumt werden, eine unabhängige Ombudsstelle zu konsultieren, wenn er das Gefühl hat, durch Sanktionen der Kasse in seiner Arbeit behindert, bzw. zu nicht patientenorientiertem Handlungen gegenüber seinen Patienten gezwungen zu werden.

Massnahmen:

Das BAG erteilt der FMH den Auftrag zur Schaffung und Betreuung einer entsprechenden Ombudsstelle, denn diese Arbeit kann nur von Ärzten geleistet werden.

Allenfalls sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen in KVG und MedBG anzupassen.

Überwälzung des Schadensrisikos auf den Arzt:

Die ökonomische Existenzberechtigung einer Versicherung ist das Tragen des Schadensrisikos. In Ärztenetzwerken mit Budgetmitverantwortung wird dieses teilweise auf den Arzt übertragen, dessen Auftrag ausschliesslich derjenige der Behandlung seiner Patienten als Auftragnehmer ist.

Forderung:

Sämtliche Verträge sind dergestalt zu formulieren, dass letztlich betreffend die veranlassten Kosten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht der einzelne Arzt, sondern sein Netzwerk verantwortlich ist.

Massnahmen:

Der Bund soll einen Mustervertrag erstellen, welcher für die gesamte Schweiz als Vorlage dienen kann. Ist in diesem Mustervertrag die Budgetmitverantwortung enthalten, sind Budgetübertretungen so zu gestalten, dass sie keinen Anreiz für versteckte Rationierung beinhalten. In diesem Mustervertrag sind dann auch die obigen Forderungspunkte zu integrieren.

Allenfalls sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen in KVG und MedBG anzupassen.