

## Der Beobachter schreibt in seinem Editorial 24/2018:



*Es gibt Ärzte, die doppelt abrechnen. "Und dann gibt es Ärzte, die Briefkastenfirmen gründen, um beim Einkauf von Linsen doppelt zu kassieren: einmal als Firmeninhaber, einmal als Arzt. Krankenkassen reagieren schockiert auf diese Ergebnisse und würden gern gegen Abzocker-Ärzte vorgehen. Doch Ihnen sind die Hände gebunden. Das Gesetz zwingt sie, mit jedem Arzt zusammenzuarbeiten. Dieser Vertragszwang muss endlich weg."*

Dagegen gibt es nur eine Möglichkeit, effektiv vorzugehen: Indem man zwar den Vertragszwang bestehen lassen kann, aber im eidg. Krankenkassengesetz niederschreibt, dass an die Krankenkassen übermittelte Rechnungen von Ärzten, Spitälern und Leistungserbringer nur noch ausbezahlt werden, wenn auf den Rechnungen die Unterschrift und das Visum des Patienten vorhanden ist. Zudem muss die Abrechnung per Brief und von der Wohn-

Poststelle des Patienten abgeschickt worden zu sein, um weitere Manipulationsmöglichkeiten auszuschliessen.

Durch diese Massnahme verhindert man, dass Abrechnungen getätigt werden, die nicht der Realität entsprechen, weil die Krankenkassen selber nicht kontrollieren können, welche Leistungen wirklich durch den Patienten in Anspruch genommen wurden.

Das Unterschreiben der Rechnung durch den Patienten muss auf jeder Seite der **Arzt/Spital-Rechnung** statt finden, wie man es z.B. von medizinischen Prüfprotokollen her kennt, und nicht einfach nur auf einer unpaginierten Seite am Schluss, wo nachträglich Seiten hinzugefügt oder ausgetauscht werden könnten.

Die beiden **Prinzipien Tiers garant** (Spital schickt Rechnung zu Patient, Patient bezahlt Rechnung und schickt Kopie zur Krankenkasse) und **Tiers payant** (Spital schickt Rechnung an Krankenkasse, selten Kopie an Patient. Krankenkasse bezahlt Spital.) müssen abgeschafft werden, damit eine Transparenz und Kontrollpflicht der Patienten eingeführt werden kann.

Die Spitäler, Ärzte, Kliniken, Altersheime, etc., können dann nicht mehr Leistungen erfinden, die gar nicht erbracht wurden, unnötige Operationen werden dann nicht mehr durch die Krankenkassen bezahlt oder Abrechnungen können nicht mehr künstlich verteuert werden. Der Patient bestätigt durch seine Unterschrift, diese Leistungen auch bezogen zu haben und die Krankenkasse zahlt nur für diejenigen Auflistungen auf der Rechnung, die auch visiert wurden.

Der Vorteil besteht darin, dass wenn Ärzte die Unterschriften fälschen, dass sie dann wegen **Unterschriftenfälschens** dran wären: Und da besteht Eindeutigkeit in Hinsicht zum [Strafmass](#).

Was würden sich daraus für Konsequenzen ergeben? Die Krankenkassen **könnten einen grossen Teil ihres Personals einsparen**, weil der Kontrollapparat reduziert werden kann. Es gilt ab jetzt das **Selbstverantwortungsprinzip**: Die Patienten haben die Rechnung unterschrieben und die Krankenkassen erachten es als nicht mehr notwendig um Rechnungen oder Beträge zu streiten, die der Patient doch als richtig beurteilt hatte. D.h. für die Kassen spielt es keine Rolle mehr, ob die Rechnung richtig, teilweise richtig oder falsch gestellt wurde. Sie wurde vom Patienten akzeptiert und deshalb führt sie die Zahlung an den Leistungserbringer auch aus.

**Mittels den Personaleinsparungen bei den Krankenkassen werden zukünftig dadurch zusätzlich Kosten eingespart.**

**Möglicherweise muss jedoch mit unerwünschten Entwicklungen und Nebenkongstellationen gerechnet werden:** Ärzte, die selber zu Konsumenten oder Patienten werden, könnten mit Patienten oder Bekannten gewisse Regelungen finden, wobei Patienten und Ärzte zu Komplizen werden und/oder der Arzt dem Patienten eine Lohnsumme/Prämie zuteilt, wenn dieser ihm Arztrechnungen mit Fiktiv-Leistungen visiert und beide daran in einer **Win-Win-Situation** profitieren.

Aus meiner Sicht ist die Kriminalitätsrate im Gesundheitsbereich viel höher als auf der Strasse, da hier schnellere und vor allem grössere Gewinne winken. Dies hat damit zu tun, dass hier psychologische Barrieren bei Kritikern wirken, weil man bei der Gesundheit und bei Lebensrettungsmassnahmen mit ängstlichen Menschen konfrontiert ist und immer mit Moralkeulen rechnen muss.

Ein weiterer Nachteil an dieser Methode ist, dass die Konsumenten beim bisherigen **TARMED-Tarifsysteem** überfordert waren und wären und der psychologische Ansatz spielt, dass das Kontrollieren und Überprüfen eine langweilige Materie ist, die eher noch mit *Steuererklärungen-Ausfüllen* verglichen werden kann. Das macht niemand gerne und die Möglichkeit besteht, dass gewisse Patienten die Rechnungsseiten einfach unterschreiben, ohne sie kontrolliert zu haben.

**Warum aber sollte man diese Methode dennoch in abgewandelter Form prüfen?** Der Grund liegt darin, dass die Kostenanstiege im Gesundheitswesen nicht beim 'Technischen Fortschritt' oder der 'Überalterung der Gesellschaft' liegen, was der Beobachter hier falsch in seinem Artikel übermittelt, sondern mit grosser Wahrscheinlichkeit bei zu **hohen Pharma- und Medikamentenmargen und auch beim Betrug der Leistungsbezieher selber liegt.**

Ich mache deshalb aufgrund meiner Recherchen als Arbeitshypothese den Betrug im Gesundheitswesen, die steigenden Medikamentenpreise und allgemeine Ineffizienzen, sowie noch unbekannte Faktoren im Gesundheitssystem verantwortlich, die man zu einem grossen Teil eliminieren könnte, wenn man den **Regelkreis "Spital - Patient - Krankenkasse"** schliessen würde.

Von den Schweizer Spitälern schätze ich, liegt die Dunkelziffer bei 60 bis 80%, welche systematisch oder oft bei Abrechnungen bescheissen und den Patienten über den Tisch ziehen. Dies wird in den Medien und Stellungnahmen von z.B. Organisationen wie der FHM immer als Versehen oder oft mit dem Hinweis auf einzelne **"schwarze Schafe unter den Ärzten"** verkauft, aber es muss ein System dahinter stecken.

Die Abrechnungen aller Patienten sollten deshalb für die Missbrauchsbeämpfung unbedingt anonymisiert und als Rohdaten veröffentlicht werden können, um gezielt Fehlentwicklungen auf die Schliche zu kommen. Diejenigen Patienten, die der Veröffentlichung Ihrer Daten betreffend Arztrechnungen, Gesundheitszustände, usw., zustimmen, könnte man aus Sicht der Krankenkasse eine Reduktion der KK-Prämie anbieten. Diese Patienten würden aber auch dabei helfen, die Anzahl an möglichen **Schwarzen Schafen** unter den Prämienzahlern zu reduzieren, da man diese Datenmenge für die Abklärung dann direkt ausscheiden/ausblenden kann.

Es wäre auch zu prüfen, ob nicht doch noch das **KK-Obligatorium** abgeschafft werden sollte, wenn weiterer Missbrauch als Konstellation **"Arzt-Komplize-Patient"** betrieben würde: Damit könnten dann Patienten und Prämienzahler, die den Missbrauch im Gesundheitswesen weiter über ihre KK-Prämien finanzieren müssen, mit einem zukünftigen Wechsel der Krankenkasse oder einem Austritt aus dem KK-System die ungerechtfertigten Zahlungen auf die Verursacher abwälzen, denn wenn nur noch die Betrüger selber die Krankenkasse finanzieren müssten, würden sie sich selber ins Bein schneiden am Schluss, weil keiner mehr da ist, der ihre Leistungen finanzieren würde.

Leider ist dieser Ansatz zu träge und zu unrealistisch, da Ärzte und Spitäler ebenfalls die Krankenkasse wechseln würden und man als betroffener Patient/Prämienzahler nicht heraus finden kann, ob man mit seinen Prämien nun Pharma- und Arztbetrug finanziert oder nicht.

**Von daher hat man einen Zielkonflikt:** Denn man kann nicht Daten- und Personenschutz gleichzeitig fordern/verlangen und dann am Schluss keine Beweisgrundlage besitzen, um die Missbräuche im Gesundheitswesen auch aktiv zu bekämpfen. Welche Möglichkeiten gibt es dann noch?

**Die Möglichkeit, dass Krankenkassen wieder als Mikrovereine angelegt werden dürften,** sollte geprüft werden, denn innerhalb eines kleinen Dorfes und bei einer begrenzten Anzahl an Mitgliedern könnte man den Datenschutz aufheben und in den AGB's der Krankenkasse bestimmen, dass die Zahlen und Rohdaten aller Mitglieder offen gelegt werden müssen (z.B. Datenbankabfrage per Ausweis auf der Krankenkasse-Geschäftsstelle und nicht per Internet), und die gegenseitige Kontrolle hier eher greifen würde als bei einer nationalen Krankenkasse, wo man zu Hunderttausenden an Beitragszahlenden keine personelle oder geschäftliche Beziehung zu anderen Prämienzahlern mehr hat.

Ich weiss auch, dass Krankenkassen die frei gewordenen Informationen von Patienten dann falsch benutzen könnten, um Prämienzahler bei Zusatzversicherungen auszuschliessen (in Grundversicherung ist dies ja angeblich verboten). Wenn Krankenkassen erfahren, dass jemand z.B. Krebs hat oder eine teure Krankheit/Gebrechlichkeit mitschleppt, werden sie diese Person anders einstufen, was als Diskriminierung wahr genommen werden könnte.

**Aber im ernst:** Wenn Krankenkassen zukünftig als Vereine wieder aufgebaut würden, genossenschaftlich im Sinne des **Mobiliar-Versicherungsmodelles** auch wieder Gelder aktiv zurück erstatten müssten und mit aktiven Mitgliedern besetzt wären, die die Geschäftsstelle regelmässig kontrollieren würden - Wer hätte da noch Angst, dass hier nur das Gewinndenken im Vordergrund stehen würde? Jedem Dorf oder jeder Stadt seine eigene Krankenkasse!

**Erstellt: 24.11.2018 A.Volkart.**

Veröffentlicht unter "[www.nein-zum-krankenkassenzwang.ch](http://www.nein-zum-krankenkassenzwang.ch)"