

Was Hausärzte unter einem kooperativen Hausarztmodell verstehen

Indirekte Antwort an Petra Geiser, Helsana, zum Artikel «Was Helsana mit seiner Hausarztversicherung will» (Primary Care 1/2007)

Im Rahmen der Auseinandersetzungen mit der Helsana zu den Pseudo-Hausarztversicherungen hat Petra Geiser die Vorstellungen der Helsana formuliert (1). Der Präsident des Vereins für Hausarztmedizin im Kanton Schaffhausen (HAV-SH), der die Diskussion mit seinem offenen Brief an Helsana-Chef Manfred Manser (2) ausgelöst hat, zeigt im Folgenden auf, warum es unter den gegebenen Voraussetzungen nur schwer zu einer kooperativen Zusammenarbeit kommen kann. Eine faire Zusammenarbeit und ein über das reine Zahlendenken hinausgehender Blickwinkel wären zur Lösung der Probleme im Gesundheitswesen aber unabdingbar. Wir fassen die wichtigsten Punkte aus seiner Replik zusammen.

GERHARD SCHILLING

Einig sind wir mit der Helsana, dass echte Hausarztmodelle sinnvoll, qualitativ hochstehend, effektiv und kostensparend sind und von den Kunden gewünscht werden. Einverstanden sind wir auch mit der Forderung, dass klare Strukturen vorhanden und gewisse Voraussetzungen gegeben sein müssen. Damit hören die Gemeinsamkeiten aber leider bereits auf.

Nur faire, partnerschaftliche Kooperation hat Erfolg

Es ist unbestritten, dass die Hausarztmedizin die günstigste und sinnvollste Medizin ist. Und es ist leider eine Tatsache, dass in den nächsten fünf bis zehn Jahren ein akuter Hausärztemangel eintreten wird. Die Gefahr besteht, dass dadurch die hausärztliche Betreuung kollabiert und damit eine massive Verschlechterung und Verteuerung der Grundversorgung eintritt. Es muss daher alles unternommen werden, um die Hausarztmedizin zu retten. Insbesondere auch längerfristig denkende Krankenversicherer müssten ein grosses Interesse an der Rettung der Hausarztmedizin haben. Die Helsana handelt mit ihren einseitigen und nicht partnerschaftlichen Modellen fahrlässig und kontraproduktiv, schadet sich langfristig selber und betätigt sich leider – ich wiederhole es – als Totengräber der Hausarztmedizin. Frau Geiser bestätigt das selber, wenn sie sagt, dass in eher unterversorgten, ländlichen Gebieten eine Einschränkung der Wahlfreiheit kontraproduktiv sei. Trotzdem hat die Helsana mit ihrer Pseudo-Hausarztversicherung genau dies sowohl bei uns im Kanton Schaffhausen (Beispiel Thayngen) wie auch an anderen Orten (Beispiel Tessiner Seitentäler) getan! Wir glauben generell: Nur gemeinsam entwickelte Hausarztmodelle auf partnerschaftlicher Basis werden Erfolg haben und sind sinnvoll (4)! Einseitige Modelle sind kurzfristig und obsolet!

Selektion

Ein Hauptstreitpunkt ist die von der Helsana verlangte Selektion der beteiligten Ärzte. Der von der Helsana praktizierte Ausschluss von 60 Prozent (!) der Grundversorger ist nicht nachvollziehbar. Wir Hausärzte haben nämlich kein Interesse, schwarze Schafe in den eigenen Reihen zu decken. Wir sorgen selber sehr wohl für Ordnung. Deshalb ist es ausschliesslich unsere Angelegenheit, mit welchen Netzwerkmitgliedern wir die

vertraglich vereinbarten Ziele erreichen wollen. Und schliesslich müssen gerade in ländlichen Gebieten spezifische Lösungen gefunden und keine sturen Vorgaben durchgesetzt werden. Ein flächendeckendes Netzwerk kann im Übrigen auch «erzieherische» Funktionen haben und primär nicht überzeugte Managed-Care-Kollegen mit der Zeit begeistern, motivieren und mitreissen.

Anforderungen der Helsana an Netzwerke

Es würde den Rahmen dieses Artikels sprengen, auf alle Vorgaben der Helsana an Netzwerke einzugehen, ich beschränke mich daher auf einige wenige Teilbereiche. Die vollmundige Behauptung der Helsana, genau zu wissen, was es für ein erfolgreiches Netzwerk brauche, ist lächerlich. Das Verhalten der Helsana demonstriert genau das Gegenteil. Schuster bleib bei deinen Leisten!

Qualitätszirkel (QZ) sind tatsächlich ein wichtiges und hervorragendes Netzwerkinstrument. Hier kann dem Einzelkämpfer-tum wirksam entgegengewirkt werden. Die Anzahl von zehn Qualitätszirkeln pro Jahr aber vorzuschreiben ist nicht notwendig und geht auch zu weit, insbesondere dann, wenn die Helsana auf die Themen Einfluss nehmen will. Grotesk auch die Forderung von Frau Geiser, dass es sich dabei nicht um Fortbildung handeln dürfe, sondern sich vorwiegend um ökonomische Fragen drehen soll. Selbstverständlich ist ein Qualitätszirkel auch eine Form von Fortbildung, vielleicht mit etwas anderen Themen, hier hat sich die Krankenkasse überhaupt nicht einzumischen. Wir sind für das Erreichen der vereinbarten Ziele zuständig und verantwortlich. Was glaubt die Helsana denn, wie viel Zeit wir nebst der Praxistätigkeit, dem Notfalldienst, der Weiterbildung und so weiter wir noch aufwenden können? Da müsste die Kasse schon deutlich bessere Steuerungsabteilungen bezahlen. Vollends problematisch wird die verlangte Einführung eines CIR (Critical Incident Reporting). Hier zeigt sich exemplarisch, dass die Helsana schlichtweg nichts von dieser Materie versteht. Kleine Nachhilfestunde: CIR ist ein hervorragendes Instrument für uns Ärzte, um zu lernen und von den Erfahrungen anderer Kollegen zu profitieren. CIR beruht aber auf Freiwilligkeit und Anonymität, nur so kann es funktionieren und nur so getrauen sich die Kollegen auch, Mitteilungen zu machen. Wenn die Helsana die Einführung von CIR verlangt, hat sie den Sinn dieser Einrichtung überhaupt nicht verstanden und missbraucht das CIR als Kontrollinstrument, was absolut kontraproduktiv und obsolet ist. Einmal mehr: Schuster bleib bei deinen Leisten und mische dich nicht in fremde Angelegenheiten ein, von denen du nichts verstehst! Die Frage der Budget-Mitverantwortung oder Capitation ist komplex. Viele Netzwerke sind zu einer Teil-Mitverantwortung bereit (auch der HAV-SH). Dieser Aspekt muss aber individuell vereinbart werden, sture Vorgaben sind falsch. Im Übrigen haben SGAM und FMH klar festgehalten, dass in diesem Punkt absolute Freiwilligkeit herrschen muss. Die politischen Rahmenbedingungen und die Einflussnahmemöglichkeiten für die Netzwerke sind heute noch viel zu ungenügend. Es geht nicht, dass die Kassen ein Risiko einfach an die Ärzteschaft abschieben.

Ganz allgemein, so unser Eindruck, betrachten die Krankenversicherer das Gesundheitswesen viel zu einseitig aus der Zahlen- und Kostenperspektive und betreiben eine kurzsichtige Erbsenzählerei. Dabei werden wichtige Grundsatzfragen sowie politische und allgemeine Strukturfragen vernachlässigt. Ich verweise ausdrücklich auf unseren Grundsatzartikel über Hausarztnetzwerke (5). Netzwerke sollen und dürfen vielfältig sein! Ihr Erfolg setzt aber eine faire Partnerschaft und keine einseitige Arroganz voraus. Es wäre schön, wenn die Helsana rasch zur gleichen Erkenntnis gelänge. ■

Literatur:

1. Geiser P: Was Helsana mit seiner Hausarztversicherung will. Primary Care 1/2007
2. Schilling G: Offener Brief an Helsana-Chef Manfred Manser und alle Politiker. ARS MEDICI 24/2006; Primary Care 49/2006 online first und 1/2007; Schweiz. Ärztezeitung 52/2006; SH-AZ 14.12.2006.
3. Schilling G: Die Helsana-Story: Fortsetzung folgt ... Primary Care 1/2007 und ARS MEDICI 2/2007.
4. Kissling B: Hausarztmodelle und keine Pseudomodelle! Primary Care 1/2007.
5. Schilling G: Das etwas andere Netzwerk - der HAV-SH stellt sich vor. ARS MEDICI 2/2007.

*Dr. med. Gerhard Schilling
Präsident Verein für Hausarztmedizin
im Kanton Schaffhausen
chlini Schanz 42
8260 Stein am Rhein
E-Mail: gerhard.schilling@hin.ch*