

# Nach der Demo – wie weiter?<sup>1</sup>

## Die konkrete Umsetzung der Kernforderung nach umfassenden Mitspracherechten durch Einbezug in alle gesundheitspolitischen Entscheidungsprozesse

Bruno Kissling

Eine der Kernforderungen an der Demo war jene nach «umfassenden Mitspracherechten durch Einbezug in alle gesundheitspolitischen Entscheidungsprozesse». Damit die SGAM auf dem eidgenössischen politischen Parkett zu einer ernstzunehmenden Partnerin wird, will sie sich zu allen aktuell anstehenden gesundheitspolitischen Themen äussern. Die SGAM-Delegierten sollen sich auf den Rückhalt aus der Basis verlassen können. Deshalb diente ein Teil der diesjährigen Kadertagung auf dem Bürgenstock dem Meinungsbildungsprozess zu den gesundheitspolitischen Themen Risikoausgleich, Einheitskasse, Aufhebung des Kontrahierungszwangs und Managed Care.

### Risikoausgleich – ja zur Vollkostentransparenz

Die aktuelle Datengrundlage zur Risikobeurteilung von Versicherten beruht im wesentlichen auf deren Alter, Geschlecht und Wohnort, womit lediglich ungefähr 20% der entstehenden Kosten erfasst werden. Die daraus resultierenden kostenintensiven und Ressourcen verschleudernden Krankenkassenwechsel sind uns bekannt. Mit der heutigen Berechnung für den Risikoausgleich unter den Versicherern sind viele unzufrieden, ausser jenen Krankenkassen, die sich daraus einen nennenswerten Vorteil «ergattern», sprich sogenannte «gesunde Risiken» anwerben konnten. Entsprechend driften die Meinungen in den eidgenössischen Räten, wo die Versi-

cherer sehr gut vertreten sind, massiv auseinander.

Auch unter uns Hausärzten sind nicht wenige von diesen völlig ungenügenden Risikoberechnungsgrundlagen und der fehlenden Vollkostentransparenz betroffen. Dann nämlich, wenn sie – in aller Regel zu unrecht – von *santésuisse* im Vergleich zu ihren Kollegen der «Überarztung» verdächtigt und mit Rückforderungsklagen belegt werden.

An einem valablen Risikobeurteilungsinstrument sind wir HausärztInnen aus diesen Gründen interessiert. Ein solches muss:

- das Interesse der Krankenkassen an chronisch kranken Menschen fördern;
- Hausärzte mit vielen polymorbiden Patienten schützen;
- uns Ärzten keine nennenswerte zusätzliche Arbeit aufbürden, damit wir uns auf die Behandlung der Kranken fokussieren können;
- ein Unterlaufen des Systems weitgehend auszuschliessen vermögen.
- Ferner dürfen Diagnosen mit erhöhtem Risiko nicht vom Bundesrat, sondern nur unter hausärztlicher Mitarbeit definiert werden.

Die sogenannte Becksche Formel zur Morbiditätsrisikoberechnung dürfte diese Kriterien weitgehend erfüllen. Zusätzlich zu den bereits genannten Indikatoren (Alter, Geschlecht, Region) berücksichtigt sie auch die Hospitalisationen im Vorjahr, Tracer-Medikamente, welche auf chronische Krankheiten hinweisen, u.v.a.m.

### Einheitskasse – hätte viele Vorteile

Eine Einheitskasse ist ein mächtiger Apparat. Vielen flösst er wegen der möglichen Machtkonzentration Angst ein. Andere glauben, dass der fehlende Wettbewerb

Trägheit und Kostensteigerung nach sich ziehe. Gerade das Gegenteil sei der Fall, führen wieder andere ins Feld, denn bei einer guten Vertretung aller Gruppierungen würde durchaus ein ausgewogenes Kräfteverhältnis entstehen. Die Kosten würden optimiert durch Einsparungen in der Administration und durch den Wegfall von Abwerbe- und Kassenwechselkosten. Wir Hausärzte haben aufgrund unserer weitgehend sehr guten Erfahrungen mit der Suva, mit der wir in aller Regel in einem konstruktiven und respektvollen Dialog stehen, kaum Berührungspunkte mit der Idee einer Einheitskasse.

Eine Einheitskasse würde viele Vorteile bieten: Es gäbe nur einen Leistungskatalog für alle und damit eine relativ günstige Grundprämie. Wer mehr Leistungen integrieren möchte, könnte sich dafür weiterhin privat versichern. Managed-Care-Modelle – zuerst zum Hausarzt – liessen sich ohne grossen Aufwand flächendeckend einführen. Die für die Diskussion um den Risikoausgleich ver(sch)wendete Energie würde frei für grundsätzliche Reflexionen über Gesundheit und Krankheit. Negativ dürfte sein, dass Regionen mit einem traditionell höheren Konsum des Gesundheitswesens von den anderen «quersubventioniert» würden, sprich, ineffizientes medizinisches Verhalten könnte «belohnt» werden.

Bei unserer befürwortend offenen Haltung zur Einheitskasse ist es unabdingbar,

- dass die Frage der Prämienfinanzierungsmodelle streng separat betrachtet werden muss;
- dass der Tiers garant weiterhin gelten muss;
- dass weiterhin Prämienreduktionsmodelle mit wählbaren Franchisen möglich bleiben.

<sup>1</sup> Bericht aus einem Workshop an der SGAM-Kadertagung auf dem Bürgenstock, 4. bis 6. Mai 2006.

## Aufhebung des Kontrahierungszwangs – unter strengen Rahmenbedingungen

Es besteht ein hoher politischer Druck, den Vertragszwang aufzuheben. In einem «freien Wettbewerb» soll es möglich sein, dass sogenannte «übersorgende» Ärzte nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen abrechnen dürfen. Die Argumente dafür und dagegen sind uns bestens bekannt. Die FMH hat, mit Beschluss der Ärztekammer, vor Jahren vorsorglich das Referendum angekündigt. Mit dem Angebot einer differenzierten Aufhebung des Kontrahierungszwangs nur für Spezialärzte wird versucht, einen Keil in die Ärzteschaft zu treiben.

Von der Aufhebung des Kontrahierungszwangs dürften vor allem Spezialärzte sowie Hausärzte in städtischen Agglomerationen betroffen sein und nicht die Ärzte auf dem Land, wo bereits ein Ärztemangel besteht oder sich abzuzeichnen beginnt. Unter klar definierten Rahmenbedingungen könnten wir den Vertragszwang fallen lassen,

- wenn die vertragsrelevanten Qualitätskriterien nicht von den Krankenkassen, sondern paritätisch von Politikern, Patientenorganisationen, der santésuisse und der Ärzteschaft, insbesondere von HausärztInnen, definiert würden;
- wenn auch die Ärzte, als gleichberechtigte Partner der Versicherer, von sich aus den Vertrag kündigen könnten;
- wenn Einzelverträge möglich wären;
- wenn im vertragsfreien Zustand keine Tarifbindung bestünde;
- wenn der Praxisstop aufgehoben würde;
- wenn Jungärzte zu Beginn ihrer Praxistätigkeit, je nach Region der Niederlassung, einen Startschutz in Form einer mehrjährigen Vertragsgarantie erhielten;
- wenn die gleichen Bedingungen für alle Ärzte, Hausärzte und Spezialisten, gelten würden;

■ wenn dies für unsere Patienten mit einem Nutzen und nicht mit einem Schaden verbunden wäre.

Der Vertragszwang darf nicht aufgehoben werden, falls die Einheitskasse vom Volk angenommen wird; denn dies käme einem faktischen Berufsverbot gleich.

*Unsere Position soll der Entkrampfung in den gesundheitspolitischen Diskussionen dienen.* Wir sehen zurzeit keinen Bedarf, die Aufhebung des Kontrahierungszwangs aktiv zu fordern. Für den Fall, dass dieser aus politischen Gründen fallen sollte, wollen wir jedoch bereits heute unsere klaren Rahmenbedingungen platzieren.

Diese offene Position könnte uns von der FMH leicht als Entsolidarisierung angelastet werden. Wir richten uns jedoch nicht gegen die FMH, sondern setzen uns für valable Lösungen für die Hausarztmedizin ein. Unsere Haltung impliziert, dass wir uns bei einem allfälligen Referendum der FMH nicht unbedingt aktiv einsetzen würden.

## Managed Care – ja in Form eines einfachen Basismodells «immer zuerst zum Hausarzt»

Zuerst einige grundsätzliche Bemerkungen: Wir Hausärzte stehen grundsätzlich zur Idee von Managed Care: Jeder Kranke soll über den Hausarzt in das Gesundheitssystem eintreten. Sobald sich Managed-Care-Modelle über die Basiskonzeption hinaus weiterentwickeln, beispielsweise in Form von Netzwerken mit Budgetmitverantwortung, gehen die Meinungen jedoch deutlich auseinander.

In Managed-Care-Modellen spielen – proportional zu ihrer Komplexität – die Zahlen eine zentrale Rolle, sei es zur Berechnung der systembedingten Einsparungen oder der Kapitationsbeiträge. Um einseitigen Interpretationen und Streit zwischen Ärzten und Versicherern vorzubeugen, muss die Vollkostenerfassung unbedingt

an neutraler Stelle erfolgen und paritätisch beurteilt werden.

Es sei interessant, wird von einem Teilnehmer berichtet, dass sich die in seinem Netzwerk vorgesehenen Kontrollen «totgelaufen» hätten. In einem anderen, flächendeckenden Netzwerk habe Vertrauen die Kontrollen abgelöst. Dies ist erstaunlich in Anbetracht einiger Geschichten, die von einem Misstrauensklima zwischen Ärzten und Versicherern sprechen. Wie auch immer, es entspricht einem Kulturwandel, dass heute über Geld gesprochen wird.

Die Steuerung des gesamten Behandlungspfades ist im einzelnen sehr aufwendig und nicht immer möglich. Die Erfahrungen mit Spitälern und Spezialärzten würden jedoch schnell aufzeigen, welche Institutionen und Praxen die zuweisenden Hausärzte, im Sinne von Managed Care, in die Entscheidungsprozesse einbeziehen, eine kostenbewusste Medizin betreiben und die Patienten wieder zurückschicken. Dies erlaubt eine positive Selektion. Wir finden:

- Die SGAM soll für ein einfaches Managed-Care-Basismodell «immer zuerst zum Hausarzt» eintreten. Auf diesem Boden können einzelne Gruppierungen nach Belieben komplexere Modelle entwickeln.
- Die SGAM soll durch die Förderung von hausarztgestützten zentralen Notfallpraxen oder durch die Integration der Hausarztmedizin in Notfallstationen von Regionalspitälern helfen, die hausärztliche Präsenz rund um die Uhr zu ermöglichen.
- Die Hausärzte sollen für ihre Steuerungsarbeit korrekt entgolten werden.

---

Bruno Kissling  
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH  
Elfenauweg 6  
3006 Bern  
kissling@primary-care.ch