Hausarzt-Modelle und keine Pseudomodelle!

La version française de cet article sera publiée dans le numéro 3 de PrimaryCare.

Bruno Kissling
Chefredaktor PrimaryCare

Die Einführung eines «Hausarzt-Versicherungsmodells» der Helsana wirft seit Ende November in mehreren Teilen der Schweiz hohe Wellen. Das einseitige Vorgehen, die missverständliche Bezeichnung des Versichererprodukts sowie der vorgesehene Ausschluss von 40% der Hausärzte empören die Hausärzte. Die heftigen Reaktionen zeigen, dass eine solche Entwicklung von uns nicht hingenommen wird. PrimaryCare versucht einen lösungsorientierten Diskurs aufzugleisen.

Die Hausärztegesellschaften sind für die Entwicklung und Förderung von Managed Care

An der Kadertagung 2006 der SGAM auf dem Bürgenstock [1] und an einem Treffen (17.08.2006) von Vertretern von KHM, SGIM, SGAM, SGP haben die Schweizer Hausärzte ihre Position zu Managed Care erarbeitet.
Wichtige Grundsätze sind [2]:

- Managed-Care-Modelle müssen freiwillig sein. Gegen Leistungserbringer ausserhalb der Modelle dürfen keine (politischen oder wirtschaftlichen) Sanktionen gelten.
- Managed-Care-Modellen sollen Steuerungsaufgaben übertragen werden, für welche sie Verantwortung übernehmen müssen. Die Übernahme von Budget-Mitverantwortung hingegen muss für das einzelne Netzwerk freiwillig bleiben.
- Die hohe Kompetenz für die Steuerungsaufgaben und Budgetverantwortung muss durch eine adäquate Ausbildung und Entschädigung gewährleistet werden.
- Managed-Care-Modelle müssen mit wirtschaftlichen Anreizsystemen für Patienten und Ärzte gefördert werden.
- Ärztenetzwerke definieren in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Kostenträgern Massnahmen zur Festlegung von klaren Qualitätsstandards, welche nicht auf rein wirtschaftlichen Kriterien beruhen sollen.
- Die hausärztlichen Kernkompetenzen stehen im Zentrum der ärztlichen Tätigkeit im Ärztenetzwerk.
- Der administrative Aufwand soll tief gehalten werden.
- Zusätzliche Fachpersonen sind zur Bewältigung der Aufgaben eines Netzwerkes unabdingbar.
- Die Verbesserung der Versorgungsqualität sollte messbar sein.
- Die Datenparität muss gewährleistet sein (volle Kostentransparenz).

Die Helsana provoziert mit der einseitigen Einführung ihres «Hausarzt-Versicherungsmodells» die Hausärzte in mehreren Kantonen.

Zur Zeit ist ein massiver Konflikt zwischen der Helsana und weiten Kreisen der Hausärzte ausgebrochen. Dieser zeigt sich vor allem beim Verein für Hausarztmedizin im Kanton Schaffhausen HAV-SH[1] – Stichwort: Pseudo-Hausarztmodelle – und der Société Neuchâteloise de Médecine SNM[2] – Stichwort: Flyer zum Aufruf an die Patienten zum Versicherungswechsel weg von der Helsana. Im Kanton Solothurn boykottieren die Hausärzte das Helsana-Modell, indem sie sich in Solidarität mit den nicht aufgelisteten KollegInnen von der Helsana-Liste streichen lassen.
Die Ärzte akzeptieren das Helsana-Modell nicht als echtes Hausarztmodell, bemängeln ihren fehlenden Einbezug in die Entwicklung des Projekts, sprechen vom willkürlichen Ausschluss von 40% der Hausärzte mit daraus folgenden vernichtenden Konsequenzen für die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung etc. Die Helsana erklärt, ihr Vorgehen erfülle die KVG-Vorgaben, fördere den gesetzlich geforderten Wettbewerb, habe klare und nachvollziehbare Aufnahmekriterien, die Ärzte hätten die Mitarbeit verweigert und den Alleingang der Helsana provoziert usw. – Eine schwierige Situation …

Hausarztmodelle müssen die Kernforderung der Demo vom 1. April nach besseren Arbeitsbedingungen erfüllen

Zu einem genügend attraktiven Arbeitsumfeld gehören nicht nur gute Lösungen für Röntgen, Labor, Notfalldienst und Tariffragen sowie die Reduktion des bürokratischen Aufwandes, sondern auch ein guter Umgang unter den verschiedenen Partnern. Dies bedeutet für die Hausarztmodelle:

Hausarztmodelle, welche einer qualitativ hochstehenden Grundversorgung dienen sollen, müssen von allen Beteiligten gemeinsam entwickelt werden.

1 In den kommenden Ausgaben werden wir Leiter von Managed-Care-Modellen zu Wort kommen lassen.
2 Offener Brief an Helsana-Chef Manfred Manser und alle Politiker von G. Schilling, erschienen in Ars Medici 24/2006 und am 4. 12. 2006 auf der Website von PrimaryCare in der Rubrik «online first», publiziert in dieser Ausgabe von PrimaryCare (Seite 9). Die Replik der Helsana zu diesem offenen Brief und die Duplik von G. Schilling finden sich in dieser Ausgabe von PrimaryCare (Seite 12) sowie in der Nummer 1/2007 von Ars Medici.
3 Der Flyer des SNM ist in dieser Ausgabe von PrimaryCare abgebildet (S. 8).

Dieser Weg wird durch erfolgreiche Managed-Care-Modelle bestätigt [3].
Neue Versicherungsmodelle im KVG-Bereich einseitig zu lancieren, steht dieser Kernforderung diametral entgegen! Solche Vorgehensweisen destabilisieren das hausärztliche Arbeitsumfeld zusätzlich zu den schon unsicheren gesundheitspolitischen Vorgaben. Für heute tätige Hausärzte kann dies zu wirtschaftlich unhaltbaren Situationen führen. Junge Ärzte können, was sehr tragisch ist, vom Hausarztberuf abgehalten werden.
Aus der Sicht der jungen ÄrztInnen prägen die Krankenkassen die Attraktivität des hausärztlichen Berufumfeldes am stärksten. Dies zeigt eine Umfrage bei Ärzten in Weiterbildung zur Frage «Motivation junger Ärzte, Grundversorger zu werden» (sie wird im nächsten Heft von PrimaryCare publiziert werden). Die beiden Faktoren «zunehmender Aufwand (v.a. Krankenkassen)» und «Tendenz der Krankenkassen und der Gesellschaft, den Kostendruck auf die Grundversorger abzuwälzen» werden am häufigsten als entscheidungswirksam genannt – sowohl von den jungen Ärzten, die Hausärzte werden wollen und sich die Sache bei Verschlechterung nochmals überlegen, als auch von den jungen Ärzten, welche sich nicht für eine Hausarztkarriere entschieden haben, eine solche aber nochmals in Erwägung ziehen würden, falls sich diese beiden Faktoren besserten!

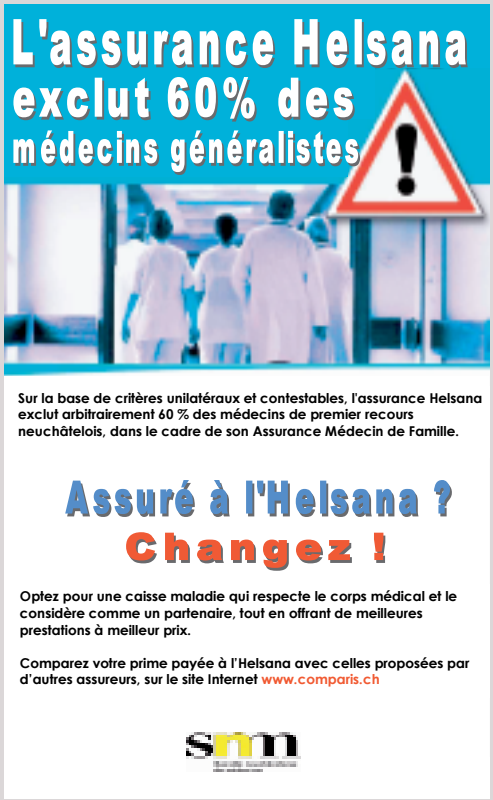
Gemeinsam zu einer nachhaltigen Verhaltensänderung

Funktionierende und tragfähige Hausarztmodelle können nur von Versicherern, Patienten und Hausärzten gemeinsam und partnerschaftlich entwickelt werden. Wo Schwierigkeiten auftreten, müssen die Divergenzen in hartem Diskurs ausgehandelt werden, mit dem dafür nötigen Bedarf an Zeit.

Nur Hausarztmodelle, hinter denen alle Parteien – Patienten, Hausärzte und Versicherer – stehen, sind imstande, die auf allen Ebenen nötigen Verhaltensänderungen für einen vernünftigen und zurückhaltenden Umgang mit den Ressourcen des Gesundheitswesens günstig zu beeinflussen, zum Wohle der Kranken.

Literatur

1 Kissling B. Nach der Demo – wie weiter? PrimaryCare. 2006;6(21):396–7. Internet: http://www.primary-care.ch/pdf/2006/2006-21/2006-21-289.pdf.
2 Späth HU. Positionen zu Kontrahierungszwang und Managed Care. PrimaryCare. 2006;6(48):904. Internet: http://www.primary-care.ch/pdf/2006/2006-48/2006-48-549.pdf.
3 Internet: http://www.fmc.ch/archiv/2006/6/12-LISTE_HAM.pdf.

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

L'AFFICHETTE QUE L'ANMO A TRANSMIS À SES MEMBRES