

Was wir Hausärzte unter einem kooperativen Hausarztmodell verstehen

Antwort an Petra Geiser, Helsana, zum Artikel «Was Helsana mit seiner Hausarztversicherung will» [1]

Gerhard Schilling

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 Kt. SH (HAV-SH) zeigt in diesem Artikel auf, warum es unter solchen Voraussetzungen zu keiner kooperativen Zusammenarbeit kommen kann. Eine faire, kooperative Zusammenarbeit und ein über das reine Zahlendenken hinausgehender Blickwinkel sind zur Lösung der Probleme im Gesundheitswesen aber unabdingbar.

In den letzten Wochen hat sich die Diskussion über die Lancierung der einseitigen Listen-Pseudo-Hausarztmodell-Versicherungen durch Helsana und andere Krankenkassen verschärft und zu enormen schweizweiten Protestaktionen der Hausärzte geführt. In ihrem Rechtfertigungsartikel erläutert Petra Geiser, Leiterin alternative Versicherungsmodelle der Helsana, ihre Sicht der Dinge. Dabei ist klar ersichtlich, dass zur Zeit leider noch völlig unvereinbare Vorstellungen für eine Zusammenarbeit bestehen.

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 bereits auf.

Nur faire, partnerschaftliche Kooperation hat Erfolg

Es ist von allen Seiten unbestritten, dass die Hausarztmedizin die günstigste und sinnvollste Medizin ist. Ein Hausarzt / eine Hausärztin als konstanter Ansprechpartner und Erstversorger ist für die Patienten äusserst hilfreich und sinnvoll. Es ist leider eine Tatsache, dass in den nächsten 5–10 Jahren ein akuter *Hausarztmangel* eintreten wird. Die Gefahr, dass dadurch die hausärztliche Betreuung kollabieren und damit eine massive *Verschlechterung und Verteuerung* der Grundversorgung eintreten wird, ist absehbar. Es muss alles unternommen werden, um die Hausarztmedizin zu retten. Insbesondere auch längerfristig denkende Krankenversicherer müssten daher ein enormes Interesse an der Rettung der Hausarztmedizin haben. Wenn nun die Helsana glaubt, mit *einseitigen und nicht partnerschaftlichen* Modellen auf den Markt kommen zu müssen, unterliegt sie einem grundsätzlichen Irrtum, handelt fahrlässig und kontraproduktiv, schadet sich langfristig selber und betätigt sich leider – ich wiederhole es – als Totengräber der Hausarztmedizin. Petra Geiser schreibt selber, dass in eher unterversorgten, ländlichen Gebieten ihre praktizierte Einschränkung der Wahlfreiheit kontraproduktiv sei. Trotzdem hat die Helsana mit ihrer Pseudo-Hausarztversicherung genau dies sowohl bei uns im Kanton Schaffhausen (Beispiel Thayngen usw.) wie auch an anderen Orten (Beispiel Tessiner Seitentäler usw.) getan! Ganz generell gilt: *Nur gemeinsam entwickelte Hausarztmodelle auf partnerschaftlicher, kooperativer Basis werden Erfolg haben und sind sinnvoll!* [4] *Sämtliche einseitigen Modelle sind kurzsichtig und obsolet!* Dabei muss den regionalen

Gegebenheiten individuell Rechnung getragen werden, auch hier erweist sich die Helsana als völlig unflexibel und stur.

Selektion

Ein Hauptstreitpunkt ist die von der Helsana verlangte Selektion der beteiligten Ärzte. Dabei ist der von der Helsana in unserem Fall praktizierte Ausschluss von 60% (!) der Grundversorger inakzeptabel und schlichtweg dumm. Erstens haben wir Hausärzte überhaupt kein Interesse, allfällige «schwarze Schafe» in unseren Reihen zu decken, und sorgen selber für Ordnung. Zweitens ist es ausschliesslich *unsere Angelegenheit*, mit welchen Netzwerk-Mitgliedern wir die vertraglich vereinbarten Ziele erreichen wollen (wir reden bei der Auswahl der Helsana-Angestellten ja auch nicht drein). Ferner müssen eben gerade in teilweise ländlichen Gebieten individuelle Lösungen gefunden und keine sturen Vorgaben durchgesetzt werden. Schliesslich kann ein flächendeckendes Netzwerk auch «erzieherische» Funktionen ausüben und primär nicht unbedingt überzeugte Managed-Care-Kollegen mit der Zeit begeistern, motivieren und mitreissen, anstatt sie auszuschliessen. Hier – wie auch in anderen Belangen – soll sich eine Krankenkasse nicht einmischen; sie soll sich auf das Versicherungsgeschäft beschränken.

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

tung der Helsana, genau zu wissen, was es für ein erfolgreiches Netzwerk brauche, ist lächerlich. Das Verhalten der Helsana demonstriert genau das Gegenteil.

Qualitätszirkel sind tatsächlich ein wichtiges und hervorragendes Netzwerkinstrument. Hier kann dem Einzelkämpfertum wirksam entgegengewirkt werden. Die Anzahl von 10 QZ 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 usw. noch aufwenden können? Da müsste die Kasse schon deutlich bessere Steuerungsabgeltungen bezahlen.

Vollends problematisch wird die verlangte Einführung eines *CIR (Critical incident Reporting)*. Hier zeigt sich exemplarisch, dass die Helsana 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 getrauen sich die Kollegen auch, Mitteilungen zu machen. Wenn 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 deinem Leisten und mische dich nicht in fremde Angelegenheiten ein!

Die Frage der *Budget-Mitverantwortung oder Capitation* ist komplex und kann hier nicht besprochen werden. Viele Netzwerke sind teilweise für eine Teilmitverantwortung bereit (auch der HAV-SH). Dieser Aspekt muss aber individuell vereinbart werden, sture Vorgaben sind falsch. Im übrigen haben die SGAM und die FMH klar festgehalten, dass in diesem Punkt eine absolute Freiwilligkeit herrschen muss. Die politischen Rahmenbedingungen und die Einflussnahme-Möglichkeiten für die Netzwerke sind noch ungenügend. Hier machen es sich die Kassen zu einfach und schieben ein Risiko an die Ärzteschaft ab.

Auf weitere wichtige Diskrepanzen wie Einmischung in ärztliche Behandlungen, Case-Management usw. kann hier aus Platzgründen nicht eingegangen werden. Aber auch hier gilt: Die Versicherer sind für die Versicherungen zuständig und wir Ärzte kümmern uns um unsere Patienten.

Ganz allgemein betrachten die Krankenversicherer die Problematik des Gesundheitswesens viel zu einseitig aus der Zahlen- und Kostenperspektive und betreiben eine reine, kurzfristige Erbsenzählerei. Dabei werden wichtige Grundsatzfragen, politische und allgemeine Strukturfragen vernachlässigt.

Ich verweise ausdrücklich auf einen anderen Grundsatzartikel [5] und empfehle Frau Geiser, sich mit den darin geäußerten Gedanken auseinander zu setzen. Netzwerke sollen und dürfen vielfältig sein! Nur gemeinsam mit Kooperation aller Player im Gesundheitswesen können wir die Probleme lösen. Dies setzt aber eine faire (!) Partnerschaft und keine einseitige Arroganz voraus. Von einer solchen Erkenntnis ist leider von seiten der Helsana zur Zeit noch gar nichts zu spüren.

Literatur

- 1 Geiser P. Was Helsana mit seiner Hausarztversicherung will. *PrimaryCare*. 2007;7(1-2):14-5.
- 2 Schilling G. Offener Brief an Helsana-Chef Manfred Manser und alle Politiker. *PrimaryCare*. 2007;7(1-2):9-10. Ebenfalls erscheinen in *Ars Medici*, Schweiz. Ärztezeitung, SH-AZ und div. Zeitungen.
- 3 Schilling G. Die Helsana Story: Fortsetzung folgt ... *PrimaryCare*. 2007;7(1-2):11-13.
- 4 Kissling B. Hausarzt-Modelle und keine Pseudomodelle! *PrimaryCare*. 2007;7(1-2):7-8.
- 5 Schilling G. Das etwas andere Netzwerk – der HAV-SH stellt sich vor. *Ars Medici*. 2007; Heft 2 und *PrimaryCare*. 2007;7: in print.

Dr. med. Gerhard Schilling
Präsident Verein für Hausarztmedizin im Kt. SH
chlini Schanz 42
8260 Stein am Rhein
gerhard.schilling@hin.ch