Ein Interview von François Héritier mit Daniel Widmer

Die Romandie und Netzwerke: ein Röstigraben?

In der aktuellen Debatte über die integrierten Netzwerke scheint die Ärzteschaft der Romandie fast instinktiv mit höchster Zurückhaltung zu reagieren. Existiert hier ein Röstigraben zwischen der Romandie und der Deutschschweiz, wo die meisten unserer Kolleginnen und Kollegen einem Netzwerk angehören? Um mögliche Mentalitätsunterschiede, seien sie medizinisch oder kulturell bedingt, besser zu verstehen, haben wir unseren Kollegen Daniel Widmer um einige Erläuterungen gebeten. Daniel Widmer hat vor einigen Wochen einen 64-seitigen Bericht über die Entwicklung von Netzwerken im Kanton Waadt [1] vorgelegt. Entstanden ist der von der Gesundheitsdirektion des Kantons Waadt in Auftrag gegebene Bericht unter der Federführung des von Professor Bischoff geleiteten Instituts für Allgemeinmedizin (IUMG).

François Héritier: *Daniel, sind diese berühmt-berüchtigten Netzwerke wirklich ein mit unserer lateinischen Kultur inkompatibles Deutschschweizer Produkt? Kann man von einem Röstigraben sprechen?*
Daniel Widmer: Ja, durchaus. In der Romandie sind Netzwerke wenig verbreitet, einige befinden sich in einer experimentellen Phase. Nicht einmal das Versorgungsnetzwerk DELTA – in der Westschweiz *das* Modell – kann, anders als im Kanton Thurgau, für sich beanspruchen, ihm sei die Mehrheit der Hausärzte angeschlossen. Unter den Romands sind die grössten Skeptiker sicherlich die Waadtländer. Weshalb dieser kulturelle Graben? Manche sagen, den welschen Individualisten fehle es an unternehmerischem Geist und ihnen gehe das «Wir-Gefühl» ab, ganz zu schweigen vom Waadtländer, der durch und durch Republikaner sei. Es wird auch spekuliert, in ländlichen Gegenden, wo die Generalisten in der Mehrheit sind und einander kennen, sei der Aufbau von Netzwerken einfacher als in Universitätskantonen, wo die Spezialisten dominieren. Schliesslich bringe es die vor allem in der Deutschschweiz verbreitete Medikamentenabgabe mit sich, dass die Privatpraxis zum echten Unternehmen mit einer der Managed Care förderlichen Kultur mutiert. Vielleicht sind einige welsche Krankenkassen in ihrer Aktivität zudem stärker auf Business als auf Ausgleich fokussiert, einmal abgesehen vom Verhalten von santésuisse Waadt, die es verstanden hat, eine Kultur der Feindseligkeit zu fördern. Wie sollen in einem solchen Umfeld Netzwerke entstehen? So lauten, im Wesentlichen, die Erklärungen unserer Gesprächspartner.

Mein Eindruck ist, dass in all den mitunter recht heftigen Reaktionen viel Furcht und Ignoranz mitschwingt. Siehst du das auch so?
Ja. An erster Stelle steht die Furcht vor unfairen Partnern. Ich sage Furcht und nicht Angst, denn Angst ist Furcht ohne Objekt. Hier hat die Furcht Gründe. Aber Furcht darf die Erkenntnis nicht töten, unsere Arbeit aber versteht sich als Frucht der Neugierde. Daraus schliessen wir, dass es möglich ist, ein Konzept von regelbasierter Managed Care zu entwerfen.

In diesem Prozess der Rationalisierung von Pflege, der mit der Zunahme von Patienten mit chronischen Mehrfacherkrankungen möglicherweise willkommen ist, taucht eine weitere Furcht auf: die Rationierung. Was meinst du dazu?
Rationierung existiert bereits bei uns – schleichend und uneingestanden. Sie konkretisiert sich in der Jagd auf die guten Risiken: Die Versicherer selektionieren oder entmutigen polymorbide Patientinnen und Patienten direkt oder betreiben indirekte Diskriminierung, indem sie Ärztinnen und Ärzte unter Druck setzen. Sie wollen Hochrisikopools schaffen, kontrollierbare Ghettos von Mehrfacherkrankten. Mir scheint, die Politik hat verstanden, dass wir zur Vermeidung dieser Jagd einen besseren finanziellen Risikoausgleich brauchen – das zielt in die richtige Richtung.

Wie oft habe ich das folgende Argument gelesen oder gehört: Netzwerke sind nur eine Ideologie, um das Gesundheitswesen der Ökonomie unterzuordnen – auf Kosten der Arzt-Patient-Beziehung und ihrer Vertraulichkeit. Wie siehst du das?
Die Vertraulichkeit ist gefährdet, das stimmt. In erster Linie ganz schlicht, weil das Geheimnis geteilt ist: Bei komplexen Fällen ist Informationsaustausch mit anderen Professionellen geboten. Dann aber auch, weil der Zahler Daten verlangt, wenn wir einen morbiditätsbasierten Risikoausgleich anstreben. Liefert das Netzwerk dem Zahler anonyme Daten, könnte es die Rolle des Wahrers der Vertraulichkeit übernehmen. Hier geht es eher um ein Nicht-Schaden: Heute kann eine an die obligatorische Versicherung übermittelte Information an die Zusatzversicherung weitergeleitet werden. Dann kommt es vor, dass dem Patienten ein Vertrag verweigert wird. Zwingend ist, dass die übermittelte Information nicht gegen den Patienten verwendet werden kann. Ein klarer Vertrag ohne Vermischung von offensichtlichem Inhalt und verborgenen Absichten sowie Transparenz unter den Partnern – in diesem Rahmen wird die Beziehung zwischen Arzt und Patient fortbestehen können.

Wenn ich in deinem Bericht die Schlussfolgerungen lese, finde ich elf Verhaltensregeln für Netzwerke, die sich mit den Managed-Care-Thesen von FMH oder Hausärzte Schweiz durchaus decken: Transparenz zwischen den Partnern, keine Risikoselektion, kein merkantiler Wert, Verbesserung der Pflegekontinuität, interdisziplinäre Zusammenarbeit, medizinische Entscheidungsfreiheit, «Bottom-up»-Modell, Ombudsmann oder -frau bei Konflikten zwischen Partnern, fakultative Budgetverantwortung unter der Voraussetzung eines gerechten Risikoausgleichs, Rationalisierung ohne Rationierung, Abbau der Bürokratie.
Was braucht es denn noch für mehr Netzwerke in der Romandie?
Das Gefühl, etwas zu lernen, Fortschritte zu machen, das Gefühl, dass das, was man tut, nützlich ist, und dass es nicht darum geht, das, was man bereits gut macht, zu erschweren. Deshalb unsere Idee, in einem Bereich anzufangen, in welchem wir die Koordination verbessern und voneinander lernen können, in welchem wir für die Bevölkerung nützlich sind: in den sozialmedizinischen Zentren.

Braucht es, um in der Romandie flächendeckend strukturierte Netzwerke einzurichten, einen Generationenwechsel unter den Ärzten und junge Kolleginnen und Kollegen, die bereits während ihrer Ausbildung in Netzwerken arbeiten, oder schlägst du eine besondere Strategie vor, um diejenigen zu überzeugen, die zögern?
Meiner Meinung nach soll unsere Generation nicht auf die Pensionierung warten, bis sie mit dem Netzwerken beginnt. Und zur Strategie: Wir müssen mit Leuten anfangen, die einander kennen und gerne zusammenarbeiten.

Literatur

1 www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/ssp/fichiers_pdf/Reseaux_de_soins/Rapport_MC-13042010.pdf

Korrespondenz:
Dr. med. François Héritier, 21, Rue Saint-Germain, 2853 Courfaivre