

Laurent Reuge, Mitglied des ANMO-Vorstandes

Krankenkassen und Netzwerke: vernetzt?

Workshopbericht von der Fortbildungstagung in Gruyères vom 8. Mai 2008

Ein provozierendes Thema

Der Vorschlag, die Vernetzung zu behandeln, kam vom Verein Neuenburger Hausärztinnen und Hausärzte (Association Neuchâtoise des Médecins Omnipraticiens, ANMO). Eine Arbeitsgruppe «Netzwerk» unseres kantonalen Dachverbandes hat vor kurzem ein Projekt zu diesem strittigen Thema vorbereitet; die Groupe Mutuel wird es voraussichtlich bald als erster Partner unterstützen. Ab August wird das Netzwerkprojekt für alle interessierten Mitglieder offen stehen. Ein kleiner Kreis von vorausschauenden Kollegen hatte die Grundzüge des Projektes entworfen, um proaktiv auf den stetigen Machtgewinn der Krankenkassen (1. Juni!) zu reagieren: Mit einer alternativen Lösung wollten sie eine gewisse Kontrolle über die Lage behalten, und ihre Teilnahmebereitschaft an den gemeinsamen Anstrengungen beweisen. Anfangs herrschte in der Initiantengruppe zwar noch Begeisterung, bald musste sie jedoch vor den zahlreichen Vorbehalten und Sorgen weichen. Unter anderem wurden Absprachen mit den Krankenkassen und finanzielle Risiken für den Hausarzt bei Verlusten des Systems befürchtet. Andere ungelöste Fragen haben die herrschende Unsicherheit nur noch verstärkt.

Netzwerke in verschiedenen Kantonen

Vertreter aus allen französischsprachigen Kantonen nahmen am Workshop in Gruyères teil. Einige von ihnen hatten bereits Erfahrungen mit Netzwerken gesammelt, andere waren Mitglieder eines Netzwerkes oder wollten es bald werden.

Gescheitert sind alle Netzwerke, deren Fortbestand von der direkten Finanzierung durch die Krankenkassen abhing, welche auch ein allzu starkes Einblicksrecht erhielten. In der Tat hatten die Kassen im Laufe der Jahre bei gutem Betriebsergebnis immer mit Budgetkürzung reagiert, und mit der Aussage: «Offensichtlich könnt ihr euch noch verbessern und mit weniger zurechtkommen».

Eines der Netzwerke landete im Graben, als die Kassen den Hausärzten die Gesamtverantwortung für die Verhandlung und die Analyse der Kosten im (nach wie vor blühenden) ambulanten Klinikbereich des Netzwerkes aufbürden wollten (im Fall eines Gesamtkreditrahmens für ambulante Kosten). Mit der Weigerung der Kollegen war das Projekt gestorben.

Das COSAMA-Netzwerk (Zusammenschluss verschiedener Kassen) hatte mit etwa 10% Einsparungen eine seiner Zielvorgaben erreicht. Trotz dieser guten Resultate wurde paradoxerweise das Netzwerk allmählich aufgelöst. Wie kann das sein? Während des Werkstatt-

Tages wurde folgende Hypothese erwähnt: Insgeheim seien die Kassen letztlich nicht so sehr am Aufsammeln von Brosamen interessiert (10% des erbrachten Leistungsvolumens reichen ihnen nicht aus), sondern vielmehr an der Ausweitung ihrer Macht; reduziert sich der Umfang des Leistungskataloges gemäss KVG, so winken die viel lukrativeren Verträge im Bereich der Zusatzversicherungen. Ein Kollege erzählte von seinen Erfahrungen mit einem an eine Aktiengesellschaft gebundenen Netzwerk: Die Kassen bewilligen der AG ein Jahresbudget, das nach dem Kopfsteuerprinzip errechnet wird (vereinbarter Betrag je Fall und Indikation). Mit Hilfe eines Sekretariats wird das Gesamtvolumen von den Ärzten verwaltet. Die Mitglieder des Netzwerkes schicken ihre Honorare an die AG, und diese werden nach *Tiers-payant*-Modus beglichen. Hierbei schätzen sie die Vermeidung von Streitfällen und den begrenzten Verwaltungsaufwand (ausser dem Überweisungsschein bei Inanspruchnahme eines Spezialisten gleicht der Papieraufwand ungefähr jenem einer gewöhnlichen Praxis). Zudem haftet die Aktiengesellschaft im Fall von Bilanzschwierigkeiten oder bei Konkurs des Systems, und begrenzt somit das finanzielle Risiko des Praktikers. Im letzten Beispiel wie in anderen wird deutlich, dass ein solches Netzwerkkonzept dazu neigt, Patienten mit gutem Risiko zu bevorzugen. Es ist bekannt, dass ältere Patienten nur ungern die Krankenkasse wechseln und, historisch bedingt, die utopische und überholte Vorstellung einer auf Gegenseitigkeit und Solidarität aufgebauten Kasse pflegen, deren Administration man möglichst entlasten sollte. Der Abschluss eines netzwerkgebundenen Versicherungsvertrages wird offenbar nur sorgfältig ausgewählten Patientengruppen angeboten.

Auf den ersten Blick erscheint das System mit der Zahlung eines nach dem Kopfsteuerprinzip bestimmten Jahresbudgets an eine AG attraktiv. Bei näherer Betrachtung wird jedoch auch hier die wirtschaftliche Betrachtungsweise zu endlosen Verhandlungen führen, sobald die Kassen beschliessen, ihre Finanzierung zu reduzieren. Und Hand aufs Herz: Wie viele von uns werden ihre ethische Behandlungslinie unter diesem neuen Druck beibehalten können? Wie lange wird es dauern, bis wir uns gegen eine Untersuchung sträuben, die für uns zuvor als wesentlich galt?

Wir schlagen ein Netzwerkmodell vor

Unsere Gruppe stärkte sich auf einer schattigen Terrasse mit einer Spezialität aus der Gegend, bevor wir ein neues Netzwerkmodell entwarfen, dessen Züge unseren eigenen Leitgedanken entsprechen sollten. Wir orientierten uns dabei an den vorangegangenen Überlegungen.

Dem Arzt sollte immer freistehen, am Netzwerk teilzunehmen oder nicht. Allerdings behielte sich das Netzwerk vor, im Falle offensichtlicher Abweichung von einer zuvor definierten, gemeinsamen Unternehmensphilosophie (ethische Dimension) eine Mitgliedschaft auszuschliessen (schwarzes Schaf!). Im Zentrum des Netzwerkes sollten vor allem die Bedürfnisse der Patienten und der Ärzte stehen. Die Qualitätskriterien sollten vom Arzt für den Patienten bestimmt werden. Unser Interesse an der Wirtschaftlichkeit des allgemeinen Gesundheitswesens würde eine «Ausschreibung» gegenüber den Kassen erlauben («sexy» sein, um glaubwürdig zu sein). Um die für Verhandlungen mit den Kassen notwendige kritische Masse zu erreichen, müssten wir im Vorfeld viel praktische Informationsarbeit leisten. Im funktionierenden Netzwerk sollten wirtschaftliche Kriterien nicht berücksichtigt werden. Finanzielle Anreize für den Arzt sind auszuschliessen (Bonus-Malus-System). Dank Regionalisierung könnten spezifische Besonderheiten der Ärzte und der Patienten bewahrt bleiben. Auch der Anschluss an ein kompatibles Netzwerk wäre möglich: Ist die gemeinsame Philosophie des Netzwerkes ansprechend, so könnte sich jede Region föderativ organisieren. Allfällige Einnahmen des Netzwerkes sollten reinvestiert werden (Vorsorge, Fort- und Weiterbildung, therapeutische Beratung). Spezialisten wären nur im Rahmen der Fort- und Weiterbildung und der Qualitätszirkel zugelassen, um ganz bewusst die *Gate-keeping*-Prinzipien einzuhalten.

Zurück bleibt ein zwiespältiger Eindruck

Insgesamt war schliesslich in unserer Gruppe ein gewisser Pessimismus spürbar, denn uns allen war klar: Früher oder später werden unsere letzten Träume unter dem erzwungenen Finanzdruck zerbrechen. Solange die Politik Hand in Hand mit den Krankenkassen geht, erscheint der Kampf wie auch immer von vornherein verloren. Obwohl die auferlegten Einschränkungen zusehends drastischer wurden, haben wir Hausärztinnen und Hausärzte uns jahrelang in unser Schicksal gefügt. Proaktives Handeln war uns fremd und nahm in einer zeitraubenden Epoche zu viel wertvolle Zeit in Anspruch. Aufstand ist die einzige Lösung: Unbedingt und jetzt.

Dr. med. Laurent Reuge
Rue F. Soguel 22
2053 Cernier
lreuge@bluewin.ch