

**Massnahmen**

Der Nachweis eines Missbrauchs kann zum Ausschluss aus der Fachgesellschaft führen. Ferner empfiehlt die Fachgesellschaft den berechtigten Klägern, Anzeige zu erstatten. Die Fachgesellschaft kann nach ihrem Ermessen – unter Wahrung der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit – eine Meldung an den zuständigen Kantonsarzt, die zuständige Stelle oder die Ermittlungsbehörden machen.

**Gültigkeit und Dauer dieser Regeln**

Die angeführten Grundsätze gelten – bei jeder Art von psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen – mindestens für die Dauer des Behandlungsauftrages, welcher mit der Kontaktaufnahme respektive Übertragung des Auftrages zu einer professionellen Tätigkeit beginnt (in der Regel mit der ersten Terminvereinbarung). Mit dem Abschluss der Behandlung erlischt zwar der formale Behandlungsauftrag; die während der Behandlung gewachsene Abhängigkeit kann jedoch noch Jahre, unter Umständen lebenslanglich bestehen bleiben. Deswegen schädigen Missbräuche nach Abschluss der Behandlung in der Regel die Patientin bzw. den Patienten ebenfalls. So unterscheiden sich in ihren Voraussetzungen und Folgen unmittelbar nach Behandlungsabschluss eingegangene intime Beziehungen nicht von Übergriffen wäh-

rend der Behandlung. Bei einer längeren Pause kann nur die genaue Beurteilung aller Umstände zeigen, ob das Geschehen als Missbrauch zu beurteilen ist.

**Literatur**

- 1 Tschan, W. Psychotherapie im Dialog 2. Stuttgart: Thieme; 2004. p. 181–5.
- 2 Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Sexual Misconduct in the Practice of Medicine. JAMA. 2001;266(19):2741–5.
- 3 Stewart DE et al. Mental Health Policies on Reporting Child Sexual Abuse and Physician – Patient Sexual Relationships. World Psychiatry. 2009; 8 (1); 45–8.
- 4 Gartrell N. et al. Psychiatrist-Patient Sexual Contact: Results of a National Survey: Prevalence. American Journal of Psychiatry. 1986;143(9):1126–31.
- 5 Tschan W. Missbrauchtes Vertrauen. Basel: Karger; 2. Auflage 2005.

**Weitere Literatur zum Thema**

- Practice of Medicine. JAMA. 1991; 266 (19): 2741–45.
- Luepker ET. Effects of Practitioners' Sexual Misconduct: A follow-up Study. Journal of Academic Psychiatry and Law. 1999;27(1):51–63.
- Rüger U. Gewalt und Missbrauch in der Psychotherapie. Psychotherapeut. 2003;4(48): 240–6.

## Managed Care statt Kontrahierungsstreit

**Die diesjährige Podiumsveranstaltung des Dachverbands der Schweizer Ärztenetzwerke med-swiss.net fand im Mai in Zürich statt: Thema: «Managed Care statt Kontrahierungsstreit – faire Rahmenbedingungen für Ärztenetze.»**

Marianne Pfister

Vorstandsmitglied  
med-swiss.net

Korrespondenz:  
med-swiss.net  
Sekretariat  
Grütlistrasse 36  
CH-8002 Zürich  
Tel. 044 280 44 05  
Fax 044 280 44 03

info@med-swiss.net  
www.med-swiss.net

In seiner Begrüssungsrede umriss Dr. med. Jörg Fritschi, Präsident von med-swiss.net, die Rahmenbedingungen, die seitens des Dachverbands der Ärztenetzwerke in der Schweiz für eine weitere positive Entwicklung von MC gefordert werden:

- MC wird als qualitätsorientiertes Steuerungsmodell verstanden, behandelt und beschrieben;
- MC wird mit einem eigenen, positiv formulierten Artikel im KVG umschrieben;
- MC basiert obligat auf einem Vertrag zwischen Krankenversicherer und einer Gruppe von Leistungserbringern;
- MC wird mit positiven Anreizen gefördert;
- Der verfeinerte, morbiditätsorientierte Risikoausgleich muss im Jahr 2012 in Kraft treten.

Der positiv ausformulierte MC-KVG-Artikel soll 4 Kernforderungen enthalten:

1. Versicherer und ärztliche Leistungserbringer-Kollektive (Ärztenetzwerke) können im Rahmen eines Zusammenarbeitsvertrages (MC-Vertrag) Versicherungsformen vereinbaren, die die Gesundheitsversorgung steuern.
2. Die Versicherten verpflichten sich, vor Inanspruchnahme von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflege immer einen aus dem Ärztenetzwerk wählbaren Leistungserbringer zu konsultieren (Ausnahmen gemäss bisheriger Regelung: Notfälle, bestimmte ophthalmologische, gynäkologische und pädiatrische Routineleistungen).
3. MC-Versicherte profitieren in jedem Fall von einem tieferen Selbstbehalt im Vergleich zu den konventionell Versicherten.
4. Im Rahmen eines MC-Vertrages kann die Übernahme von Nichtpflicht-Leistungen vorgesehen werden.

### **Podium mit profilierten Diskussionsteilnehmern**

Unter der Leitung von NZZ-Inlandredaktorin *Claudia Schoch* diskutierten mit Ständerätin *Christine Egerszegi* (FDP AG), Nationalrätin *Ruth Humbel* (CVP AG), Nationalrat Dr. med. *Ignazio Cassis* (FDP TI, Vizepräsident FMH), PD Dr. *Konstantin Beck* (CSS Versicherungen), Dr. med. *Felix Huber* (Präsident Verwaltungsrat mediX Zürich AG), Dr. med. *Alfred Rösli* (Präsident Verwaltungsrat hawadoc AG, Winterthur) profilierte Fachleute die Vorschläge von med-swiss.net. Die Podiumsteilnehmer legten die Sicht ihrer Organisation einleitend im Rahmen von Inputreferaten dar.

#### **Alfred Rösli**

Aus Sicht der Grundversorger bringt MC eine Qualitätssteigerung und Kostensenkung. Doppelspurigkeiten werden vermieden. Die Patienten schätzen Vertrauenspersonen, die sie optimal durch das komplexe Angebot des Gesundheitswesens führen. Vertrautheit macht die Medizin günstiger. Es braucht faire Vergütungen für die Steuerung sowie faire Gewinnbeteiligungen für alle Akteure.

#### **Konstantin Beck**

Ein eigener MC-Artikel birgt die Gefahr von zu viel staatlichen Einschränkungen. Alle Forderungen von med-swiss.net sind bereits heute unter dem bestehenden KVG realisierbar. MC-Systeme bringen sicher über längere Zeit signifikante Ersparnisse. Es geht nicht in erster Linie darum, neue Gesetze zu schaffen, vorerst müssen best practices kopiert werden.

#### **Christine Egerszegi**

Die Politik muss Spielregeln festlegen; deren Ausgestaltung liegt bei den Akteuren. Mehr Spielregeln beziehungsweise Gesetze geben mehr Sicherheit, aber weniger unternehmerische Freiheit. Es ist klar, dass die integrierte Versorgung im KVG definiert werden muss. Qualität muss anerkannt und ein Qualitätsmonitoring umgesetzt werden.

#### **Ruth Humbel**

MC ist ein Erfolgsmodell und muss gefördert werden. Versicherer sollten obligatorisch MC-Modelle anbieten. Qualitätssicherung und Budgetmitverantwortung müssen gesetzlich geregelt werden. Der Tarifschutz und die Wahlfreiheit des Versicherten zwischen verschiedenen Modellen müssen gewährleistet sein.

#### **Felix Huber**

Qualität ist ein Mehrwert der integrierten Versorgungsnetze (IV). Künftig soll nur professionell gemessene Qualität honoriert werden, nur so kann IV künftig als Qualitätsmodell verkauft werden. MC-Killer wie hohe Franchisen, Listenprodukte und Billigkassen müssen verschwinden.

#### **Ignazio Cassis**

Die FMH sagt ja zur Vernetzung und Qualität, ja zu MC. MC muss eine Steigerung der Versorgungsqualität zum Ziel haben. MC-Modelle fördern heisst Vernetzung und Kooperation im Gesundheitswesen schaffen, heisst aber nicht, eine staatlich und planwirtschaftlich kontrollierte Gesundheitsversorgung zu entwickeln.

#### **Themenschwerpunkte der Plenumsdiskussion**

Heute wählen die Versicherten MC-Modelle nur wegen Prämienreduktionen, die erhöhte Qualität ist den meisten Versicherten nicht bewusst. Das Image von MC muss verbessert und den Stadt-Land-Unterschieden Rechnung getragen werden. Die Budgetmitverantwortung ist sehr wichtig (Qualitätssicherung, Ausgleich von Unter-/Übersversorgung). Die Hausärzte sind zu stärken und der Nachwuchs zu fördern

#### **Fazit**

Alle waren sich einig: MC muss gefördert werden. Die von med-swiss.net geforderten Rahmenbedingungen sowie die Kernforderungen für einen positiven MC-Artikel müssen umgesetzt werden – eine Möglichkeit dafür ist ein MC-Artikel. Es gilt: so wenig Staat wie nötig, so viel gestalterische Freiheit wie möglich.