



La version française de cet article sera publiée dans le numéro 49-50 de PrimaryCare.

# Positionen zu Kontrahierungszwang und Managed Care

Erarbeitet am 17.08.2006 von Vertretern von KHM, SGIM, SGAM, SGP

## Vertragszwang

Es gibt für die Ärztinnen und Ärzte in der medizinischen Grundversorgung<sup>1</sup> momentan keinen nachvollziehbaren und stichhaltigen Grund, den bestehenden Kontrahierungszwang aufzuheben.

Eine allfällige Aufhebung des Kontrahierungszwangs muss von folgenden Massnahmen begleitet werden:

■ *Schutz und Sicherheit des Patienten müssen jederzeit gewährleistet sein, insbesondere in Notfallsituationen.*

■ *Stärkung und Sicherung der Hausarztmedizin:*

- Aus- und Weiterbildung (universitäre Verankerung);
- Weiterbildung: fachliche Kompetenz (Praxisassistent, Weiterbildung gemäss Titel FMH);
- wirtschaftliche Besserstellung (Massnahmen in TARMED zum Ausgleich von Tarifungerechtigkeiten).

■ *Partnerschaftliche und paritätische Ausarbeitung der Kontrahierungskriterien (Qualitätskriterien, Verbesserung des geltenden Risikoausgleichs).*

■ *Keine Verschleuderung von Ressourcen (Administration, Risikoausgleich, Verträge, kantonale Schranken usw.).*

■ *Gegenseitige Kündbarkeit der Verträge – Einzelverträge sind für die Hausarztmedizin nicht brauchbar.*

Die Kontrahierungskriterien sind partnerschaftlich und paritätisch auszuhandeln und dürfen nicht nur wirtschaftliche Aspekte beinhalten.

Schutz und Sicherheit des Patienten und die Vermeidung einer Verschleuderung von Ressourcen (Bürokratie usw.) sind bei politischen Entscheidungen stets zu beachten.

Eine differenzierte Kontrahierung ist über Netzwerke (Managed-Care-Modelle) mit entsprechenden Anreizsystemen zu fördern.

Der medizinische Fortschritt und die ständig wachsende Differenzierung des medizinischen Wissens erfordern einen hohen Ausbildungsstandard und vor allem eine Stärkung der Hausarztmedizin. Die dafür notwendigen Ressourcen sind bereitzustellen.

## Managed Care

«Managed Care» ist unabhängig von der Aufhebung des Kontrahierungszwangs zu analysieren und zu fördern. Eine Verknüpfung der beiden Vorlagen ist nicht sinnvoll.

■ *Gründung und Beitritt zu Managed-Care-Modellen müssen freiwillig sein.*

■ *Managed-Care-Modellen sollen Steuerungsaufgaben übertragen werden, für welche sie Verantwortung übernehmen müssen. Die Übernahme von Budget-Mit-*

*verantwortung hingegen muss für das einzelne Netzwerk freiwillig bleiben.*

■ *Managed-Care-Modelle müssen mit wirtschaftlichen Anreizsystemen für Patienten und Ärzte gefördert werden und dürfen für Leistungserbringer ausserhalb der Modelle nicht mit (politischen oder wirtschaftlichen) Sanktionen verbunden werden.*

Steuerungsaufgaben wie auch Budgetverantwortung erfordern eine hohe Kompetenz. Diese ist durch eine adäquate Ausbildung und Entschädigung zu gewährleisten.

Ärztennetze 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).

<sup>1</sup> KHM, SGAM, SGIM, SGP