



Interview mit Thomas Rosemann, Ordinarius für Hausarztmedizin an der Universität Zürich  
**Damit der Hausarzt nicht zum Discount-Mediziner wird**

Schwerpunkt «Invalidenversicherung»

**Eingliederung vor Rente – eine tägliche Herausforderung für die IV**

Vorprogramm des Symposiums vom 18. Juni 2009

**Managed Care – die reizvolle Art zu steuern**

Die Chancen von Online-Bewertungen in der Schweiz

**Ärztewertung im Internet: Megatrend oder Gigaflop?**

Managed-Care-Modelle in der Schweiz

**Sind die Kosteneinsparungen wirklich nachhaltig?**

Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen

**Die neue Optik: Nutzen statt Kosten**

Offizielles Organ

**FORUM  
MANAGED  
CARE**

Interview mit Prof. Thomas Rosemann

# Damit der Hausarzt nicht zum Discount-Mediziner wird

**Professor Thomas Rosemann, seit acht Monaten Direktor des Instituts für Hausarztmedizin an der Universität Zürich, plädiert für ein neues Selbstverständnis des Hausarztes als langfristig ausgerichteter Manager oder Koordinator von chronisch Kranken. Gleichzeitig beklagt Rosemann die Tendenz in Managed-Care-Modellen, zu stark auf die Kosten zu fokussieren: Damit würden die Ärzte Gefahr laufen, zu «Aldi-Medizinern» gestempelt zu werden.**

*Care Management: Herr Rosemann, was ist Ihr erster Eindruck von der Hausarztmedizin in der Schweiz?*

**Thomas Rosemann:** Die medizinische Versorgung in der Schweiz geniesst einen exzellenten Ruf, dies gilt auch für die Hausarztmedizin ...

*... Sie sagen «geniesst einen exzellenten Ruf». Haben Sie einen anderen Eindruck gewonnen und kaschieren dies mit der Höflichkeit des Gastes?*

Nein, überhaupt nicht. Im Vergleich mit Deutschland und Holland – den beiden Systemen, die ich wirklich gut kenne – ist die hausärztliche Versorgung führend.

*Wo sehen Sie Unterschiede zwischen diesen Ländern?*

Die Hausarztmedizin in der Schweiz hat ein breiteres Spektrum. In Deutschland gibt es praktisch keine Praxislabors und kein Röntgen mehr. Umso bedauerlicher ist es, dass auch hierzulande von behördlicher Seite versucht wird, die diagnostischen Möglichkeiten zu beschneiden, zum Beispiel durch die Senkung der Labortarife. Es mag sein, dass eine einzelne Analyse in einem zentralen Labor günstiger ist als in der Praxis. Doch in der Gesamtrechnung kommt es teurer zu stehen: Der Patient muss zweimal kommen und fällt zweimal als Arbeits- oder Betreuungsperson aus. Ähnliches gilt fürs Röntgen: Die Gefahr der Überversorgung in radiologischen Zentren ist beträchtlich, schliesslich müssen die teuren Apparate amortisiert werden.

*Ich gehe aber davon aus, dass Sie auch in der Schweiz Optimierungspotential sehen?*

Natürlich, zum Beispiel bei der Betreuung von chronisch Kranken. Hier braucht es ein neues Selbstverständnis: der Hausarzt als langfristig ausgerichteter Manager oder Koordinator dieser Patienten. Dies würde dazu führen,

dass die Ärzte mehr vorausschauend handeln, die chronisch kranken Patienten proaktiv für die nächste Kontrolle aufbieten, statt zu warten, bis diese von sich aus kommen. Schade finde ich es ausserdem, wenn Entwicklungen aus dem Ausland unreflektiert übernommen werden, zum Beispiel DRG: Es gibt keine Evidenz, dass damit die gewünschten Effekte erzielt werden.



Thomas Rosemann

*In der Zeitschrift «PrimaryCare» haben Sie über Ihre Zeit an der Universität Heidelberg geschrieben: «Im Mittelpunkt unserer Forschung stand immer, die Qualität des hausärztlichen Arbeitens zu dokumentieren.» Welche Forschungsschwerpunkte sehen Sie in der Schweiz?*

Der erste Schwerpunkt ist gleich geblieben: die Qualität der hausärztlichen Leistung transparenter machen, Stichwort «Pay for Performance». In Grossbritannien, wo die Vergütung an die Qualität geknüpft ist, ist das Einkommen der Grundversorger knapp ein Viertel gestiegen. Voraussetzung ist allerdings, dass kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand entsteht, das heisst die Performance – also die Qualitätsindikatoren – sollte aus der Routinedokumentation ableitbar sein. Dafür sind allerdings die Praxen technisch aufzurüsten, Stichwort «Elektronische Krankengeschichte». Sinnvoll ist zudem die Verwendung der ICPC-Codierung.

Der erste Schwerpunkt ist gleich geblieben: die Qualität der hausärztlichen Leistung transparenter machen, Stichwort «Pay for Performance». In Grossbritannien, wo die Vergütung an die Qualität geknüpft ist, ist das Einkommen der Grundversorger knapp ein Viertel gestiegen. Voraussetzung ist allerdings, dass kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand entsteht, das heisst die Performance – also die Qualitätsindikatoren – sollte aus der Routinedokumentation ableitbar sein. Dafür sind allerdings die Praxen technisch aufzurüsten, Stichwort «Elektronische Krankengeschichte». Sinnvoll ist zudem die Verwendung der ICPC-Codierung.

«Es ist bedauerlich, dass auch hierzulande von behördlicher Seite versucht wird, die diagnostischen Möglichkeiten der Hausärzte zu beschneiden.»

Ein zweiter Schwerpunkt ist die Multimorbidität: Mit der Betreuung solcher Patienten können sich die Hausärzte ein eigenständiges Profil geben. Gerade das Aufeinander-Abstimmen von mehreren Therapien erfordert einen Arzt, der den Überblick hat und den Patienten kontinuierlich begleitet. Das kann und will der Spezialist alleine in der Regel nicht leisten. Ziel muss es sein, die

Hausarztpraxis als Medical Home zu positionieren, als «medizinische Heimat», in die die Leute immer wieder zurückkehren, weil sie dort umfassend und individuell betreut werden.

*Die Schweiz gilt – zumindest in Europa – als Entwicklungswerkstatt für Managed Care, namentlich in der Grundversorgung. Sehen Sie das bestätigt?*

Ja, ich kann das nur unterstreichen. Der Bottom-up-Ansatz der Schweiz, wo die Grundversorger die Managed-Care-Bewegung antreiben, erachte ich als wegweisend. In Deutschland dagegen sind es vor allem Klinikgruppen, die Grundversorger anstellen oder Praxen aufkaufen, um Managed-Care-Konzepte umzusetzen. Allerdings: Wie zukunftstauglich Managed Care ist, wissen wir auch in der Schweiz nicht, da viele notwendige Daten fehlen.

*Managed Care, namentlich im Verständnis der Krankenversicherer, wird mit Kostensparen gleichgesetzt. Das ist für Hausärzte aber nicht erstrebenswert?*

Tatsächlich ist der Fokus viel zu stark auf die Kosten ausgerichtet. Und tatsächlich setzt sich der Managed-Care-Arzt dem Ruf aus, das Gleiche zu machen wie die anderen Ärzte, nur günstiger. Damit läuft er aber Gefahr, zum «Discount-Mediziner» gestempelt zu werden. Wer es sich leisten kann, geht hingegen in die «Feinkost-Praxis».

*Was ist zu tun, damit der Hausarzt nicht zum Discounter des Gesundheitswesens wird?*

Die Hausärzte müssen konsequent die Qualität ihrer Arbeit in den Vordergrund stellen. Umso mehr, als hohe Qualität und Kostenbewusstsein durchaus vereinbar sind. Das Problem ist aber, dass die Kostenerhebungen nach wie vor viel zu eng gefasst sind: Betrachtet wird die unmittelbare medizinische Leistung, statt dass eine längerfristige gesamtwirtschaftliche Rechnung gemacht wird.

*Was antworten Sie vor diesem Hintergrund einem Assistenzarzt oder einer Assistenzärztin auf die Frage: «Herr Rosemann, weshalb soll ich mich auf Hausarztmedizin spezialisieren? Was macht diesen Beruf in 10 oder 15 Jahren attraktiv?»*

Das Gleiche wie heute: die Vielseitigkeit der Arbeit. Zudem ist der steigende Frauenanteil als Chance zu sehen, denn diese Frauen haben neue Lebensplanungen, wollen eine bessere Work-Life-Balance.

*Kann die Work-Life-Balance beim Hausarzt oder der Hausärztin wirklich besser werden? Schliesslich würden die Patienten am liebsten sieben Tage rund um die Uhr Termine wahrnehmen. Da haben es die Spezialisten doch besser: Sie können ihre Apparate sehr präzise zwischen 8 und 18 Uhr belegen.*

---

**«Die Hausärzte müssen konsequent  
die Qualität ihrer Arbeit in den Vordergrund  
stellen.»**

---

Das Bild des Hausarztes, der bei Nacht und Nebel durch den Schnee zu einer Alphütte stapft und ein Kind entbindet, ist veraltet. Trotzdem schreckt die Notfallversorgung viele ab, deshalb muss sie überdacht werden. Neue Konzepte sind gefragt, zum Beispiel Notfall- oder Walk-in-Praxen. Auch die differenzierte Aufhebung des Zulassungsstopps – Aufhebung für Grundversorger, keine Aufhebung für Spezialisten – würde die Arbeit von Hausärzten attraktiver machen.

*Könnten auch Managed-Care-Konzepte und stärkere Vernetzung die Bedeutung der Grundversorgung erhöhen?*

Auf jeden Fall. Die Vernetzung macht viele innovative Ansätze erst möglich, zum Beispiel im Chronic Care Management.

*Interview: Urs Zannoni*

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Thomas Rosemann (PhD)  
Institut für Hausarztmedizin  
Universitätsspital  
8091 Zürich  
thomas.rosemann@usz.ch



Inès Rajower zum Schwerpunkt «Invalidenversicherung»

## Eingliederung vor Rente – eine tägliche Herausforderung für die IV



Inès Rajower

Die Eingliederung ins Erwerbsleben bedeutet nicht nur den Erhalt von Arbeitsplätzen für Menschen mit gesundheitsbedingt eingeschränkter Leistungsfähigkeit. Sie wirkt auch der gesellschaftlichen Ausgrenzung Behinderter entgegen, die oftmals mit der Ausgliederung aus dem Erwerbsleben einhergeht.

Die 5. IV-Revision verfolgt das Ziel, die Eingliederung zu verstärken und die Abläufe zu beschleunigen, um das bestehende Eingliederungspotential der betroffenen Personen maximal auszuschöpfen – gezielte Vernetzung und Steuerung sind essenzielle Voraussetzungen dafür.

Neu setzen die ersten Eingliederungsmassnahmen im Rahmen der Frühintervention schon nach wenigen Wochen ein. Gerade bei Behinderten mit psychischen oder schmerzbedingten gesundheitlichen Einschränkungen wird durch die frühzeitige berufliche (Re-)Integration einer Chronifizierung Einhalt geboten. Mit der 2004 im Rahmen der 4. IV-Revision eingeführten Arbeitsvermittlung durch die IV und den zehn «Regionalen Ärztlichen Diensten» (RAD) wurde bereits ein erster Schritt in diese Richtung getan.

Besonderes Augenmerk gilt Personen mit komplexen Mehrfachproblematiken, die rasch erfasst, ganzheitlich begleitet und durch zielgerichtete Eingliederungsmassnahmen wieder in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden sollen. Das vom Bund und den Kantonen gemeinsam

getragene Pilotprojekt MAMAC wurde gegen Ende 2005 von Arbeitslosenversicherung, Invalidenversicherung und Sozialhilfe lanciert; seit 2008 ist auch die SUVA Projektpartnerin. Dieses Projekt nutzt die mit der 5. IV-Revision verstärkten und durch die Anpassung verschiedener Bundesgesetze verbindlicheren Grundlagen der interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ). Im Vordergrund stehen gemeinsame Assessments zur Gesamteinschätzung der individuellen Bedürfnisse von Menschen mit unklaren Problematiken. Diese dienen als Grundlage für institutionenübergreifende Massnahmen, die anschliessend vorgenommen werden.

Nach den ersten sechs Monaten sind bei den IV-Stellen bereits 4700 Meldungen für die Früherfassung eingegangen, wobei vor allem die Direktbetroffenen – zu einem Drittel Arbeitgebende und einem Viertel Arbeitnehmende – das Instrument nutzten. Mehr als ein Zehntel der Meldungen stammten von Ärzten und Chiropraktoren. Bereits 2200 Personen profitierten von Massnahmen der Frühintervention, das heisst von schnellen Unterstützungsmassnahmen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes. Die IV-Reform ist damit auf Kurs.

Korrespondenz:

Dr. med., MPH Inès Rajower  
Bundesamt für Sozialversicherungen  
Geschäftsfeld Invalidenversicherung  
Bereich Steuerung I  
Effingerstrasse 20  
3003 Bern  
ines.rajower@bsv.admin.ch

Interview mit Stefan Ritler, Präsident der IV-Stellen-Konferenz  
und Geschäftsführer der IV-Stelle Solothurn

## «Gespräch vor Akten» – der Kulturwandel der IV nach der Revision

**Im Rahmen der 5. IV-Revision wurde ein Reihe von Instrumenten und Massnahmen eingeführt, um Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Arbeitsmarkt zu halten. Welche Erfahrungen wurden bis heute gemacht? Und: Welches sind die grössten Risiken für die Umsetzung? Stefan Ritler, Präsident der IV-Stellen-Konferenz und Geschäftsleiter der IV-Stelle Solothurn, gibt Auskunft.**



Stefan Ritler

*Care Management: Was wollen Sie mit der 5. IV-Revision erreichen?*

**Stefan Ritler:** Eines der primären Ziele ist es, Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Arbeitsmarkt zu halten. Des Weiteren muss die IV natürlich für eine möglichst tiefe Rentenquote sorgen. Durch eine Beschleunigung des Verfahrens wurden bessere Voraussetzungen für eine Reintegration der Betroffenen in den Arbeitsmarkt geschaffen. Das neue Meldeverfahren und andere neue Instrumente bieten sehr gute Grundlagen.

*Was bedeutet das konkret?*

Raschere Eingliederung heisst für uns, mit handicapierten Personen in Kontakt zu treten, bevor sie ihren Arbeitsplatz verlieren. Gelingt dies, ist schon sehr viel erreicht. Es besteht die Chance, einer möglichen Ausgliederung präventiv entgegenwirken zu können. Wir wollen verhindern, dass der Arbeitnehmende aus dem Erwerbsleben ausscheidet. Denn neue Arbeitsplätze zu finden ist relativ schwierig. Hierfür bietet die 5. IV-Revision geeignete Instrumente.

*Es hat sich also ein ressourcenzentrierter Ansatz durchgesetzt?*

Ja. Andererseits hat aber auch wegen der öffentlichen Diskussion im Vorfeld der Volksabstimmung eine Sensibilisierung stattgefunden. Während wir zuvor eine Anmeldung nach durchschnittlich elf Monaten Arbeitsunfähigkeit erhielten, kommen wir heute deutlich näher und schneller an die Betroffenen heran. Ein wichtiger Punkt: Werden wir nicht früh mit Informationen versorgt, können wir auch nichts tun.

*Wer ist dafür verantwortlich, dass Sie die nötigen Informationen erhalten? Der Arbeitgeber? Die Hausärzte?*

Die IV-Stellen sind hier aktiv und stehen auch in der Verantwortung. Eine Befragung bei Unternehmungen hat gezeigt, dass mehrmalige persönliche Kontakte erfolgversprechend sind. Bei den Ärztinnen und Ärzten sind Telefongespräche ein gutes Mittel, um Möglichkeiten und Grenzen der IV aufzuzeigen.

*Sie haben verschiedene neue Instrumente angesprochen. Wie sehen diese konkret aus?*

Mit Unterstützungen, Standortbestimmungen, Aus- oder Weiterbildungsmaßnahmen wollen wir erreichen, dass der Arbeitnehmende im selben Unternehmen – wenn auch in anderer Funktion oder mit reduziertem Arbeitspensum – weiterbeschäftigt werden kann. Ist dies nicht möglich, so bieten wir auch Unterstützung bei der aktiven Stellensuche an, etwa mit Hilfestellungen bei Bewerbungsschreiben.

Ein wichtiger Unterschied zu vorher ist, dass wir niederschwellige Massnahmen anbieten können, noch bevor die Zuständigkeit der IV definitiv geklärt ist. Ein wichtiger neuer Grundsatz lautet: «Gespräch vor Akten», das heisst, wir suchen das Gespräch mit den Betroffenen, bevor wir Daten anfordern. Vor der Revision wurde von uns ein klar strukturiertes und auf Sammeln und Prüfen von Daten

---

«Wenn wir verhindern können,  
dass eine Person aus dem Erwerbsleben  
ausscheidet, ist schon sehr viel erreicht.»

---

ausgerichtetes Vorgehen verlangt. Erst dann wurde über die Zuständigkeit entschieden. Vom Eingang der Anmeldung bis zum ersten Kontakt mit einer Wiedereingliederungsfachperson vergingen so vier bis fünf Monate. Dies fällt nun weg.

*Welchen Stellenwert haben medizinische Gutachten in der Frühinterventionsphase?*

Externe Gutachten werden in dieser Phase in der Regel keine angeordnet. Einerseits drängt die Zeit, andererseits sind gerade Ärztinnen und Ärzte so sozialisiert, dass Defizite – und nicht Ressourcen – gesucht werden. Des-

halb suchen wir den Kontakt zu den Ärztinnen und Ärzten und versuchen, sie hinsichtlich der Möglichkeit der Eingliederung zu sensibilisieren. Externe Gutachten werden erst dann verlangt, wenn es im Rahmen der Rentenprüfung Unklarheiten gibt oder widersprüchliche Angaben vorliegen.

*Wo sehen Sie die grössten Risiken für die Umsetzung der 5. IV-Revision?*

Das aus meiner Sicht grösste Risiko ist, dass der angestrebte Kulturwandel auf die IV-Stellen allein bezogen bleibt. Man darf nicht vergessen, dass auch unsere Partner, also Ärztinnen und Ärzte, Arbeitgeber und Institutionen, lernen müssen, mit dem Paradigmenwechsel umzugehen. Die IV ist gefordert, den Kulturwandel nicht nur intern durchzusetzen, sondern auch die Partner dafür zu gewinnen.

*Wie soll dies geschehen?*

Die breite öffentliche Diskussion im Zusammenhang mit der Abstimmung im Juni 2007 hat dazu beigetragen, dass die Leute nun wissen, worum es geht. Des Weiteren finden Besuche bei Arbeitgebern durch Stellenvermittlerinnen und Stellenvermittler statt. Im Vorfeld der Revision wurden in unserer Region über 1000 solche Besuche abgehalten. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer werden einerseits durch ihre Ärztinnen und Ärzte, andererseits durch unsere Partnerorganisationen – etwa Krankenkassen oder Taggeldversicherer – sensibilisiert. Ein Blick auf die Statistik zeigt, dass das neue Meldeverfahren am meisten von Arbeitgebern, gefolgt von den Betroffenen und den Ärztinnen und Ärzten, genutzt wird. Versicherungen streben meist eine direkte Anmeldung an. Erste Voruntersuchungen bzw. Einschätzungen führen sie mehrheitlich selber durch.

*Ein oft gehörter Kritikpunkt im Zusammenhang mit der Beschleunigung des Verfahrens lautet «Schnelligkeit vor Präzision». Wurde zu sehr auf den Faktor Geschwindigkeit gesetzt?*

Zuerst muss unterschieden werden, von welcher Phase die Rede ist. Wenn das Ziel Wiedereingliederung heisst, so

kann es gar nicht schnell genug gehen. Wenn es aber um Rentenfragen geht, so arbeiten wir genauso präzise wie vorher. Wir wollen streng, aber fair sein. Das bedeutet, dass eine Abklärung sauber durchgeführt wird und Widersprüchlichkeiten beseitigt werden. Als Sozialversicherung müssen wir schliesslich dafür sorgen, dass eine Person die Hilfe, die ihr zusteht, auch bekommt.

---

**«Als Sozialversicherung müssen wir dafür sorgen, dass eine Person die Hilfe, die ihr zusteht, auch bekommt.»**

---

*Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit den neuen Instrumenten bzw. Massnahmen gemacht? Und: Wie geht es weiter?*  
Ein wissenschaftlich fundiertes Fazit zu ziehen, dürfte erst in ein paar Jahren möglich sein. Im Hinblick auf die Diskussion um Zusatzfinanzierungen und die 6. IV-Revision in zwei Jahren stellt das schon ein Problem dar: Die nächste Revision muss ohne konkrete und gesicherte Ergebnisse angedacht und geplant werden, weshalb wir nun zu antizipieren versuchen, was die jüngste Revision gebracht hat. Ein Punkt ist mir noch wichtig: Auch wenn die Umsetzung der 5. IV-Revision optimal läuft und die gewünschte Wirkung erzielt, wird es nicht ohne Zusatzfinanzierungen gehen. Die Alternative heisst «Kahlschlag» bei den Renten, die Folge wäre eine Umverteilung der finanziellen Last auf Kantone und Gemeinden.

*Interview: Tobias Lerch*

Korrespondenz:

Stefan Ritler

Präsident der IV-Stellen-Konferenz

Geschäftsleiter der IV-Stelle Solothurn

Postfach

4501 Solothurn

stefan.ritler@ivso.ch

www.iv-stelle.ch/so

Franziska Shenton

# Gemeinsam das Integrationspotential optimieren

**Personen mit komplexen Mehrfachproblematiken sollen rascher wieder in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden. Dafür ist eine verbindliche Zusammenarbeit zwischen Arbeitslosenversicherung, Invalidenversicherung und Sozialhilfe nötig. Ausgehend vom individuellen Eingliederungspotential werden Integrationsmassnahmen erarbeitet, die für alle Beteiligten bindend sind. Erste Erfahrungen zeigen, dass der integrale Ansatz auf breite Resonanz stösst.**

Das Ende 2005 gestartete Projekt IIZ-MAMAC (kurz: MAMAC) steht in der Tradition der Interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ). Aufgrund der Zersplitterung der sozialen Sicherheit in der Schweiz sowie seit den 1990er Jahren zunehmend komplexeren Problemlagen sollte mit einem Schulterschluss von Arbeitslosenversicherung (ALV), Invalidenversicherung (IV) und Sozialhilfe (SH) eine Vereinfachung und auch Verkürzung der Verfahren im Bereich der sozialen Sicherheit bewirkt werden. Die Interinstitutionelle Zusammenarbeit unterstützt die Partnerinstitutionen durch ein koordiniertes Vorgehen dabei, die eigene sektorielle Optik zu überwinden und ungelöste Schnittstellen zu klären. So soll verhindert werden, dass Personen mit Mehrfachproblematiken mangels eindeutiger Zuständigkeiten zwischen den einzelnen Stellen hin- und hergeschoben werden – «Drehtüreffekt».

Das nationale Projekt MAMAC knüpft an die Grundidee der Interinstitutionellen Zusammenarbeit an, mit einer umfassenden institutionenübergreifenden Strategie den grösstmöglichen Integrationsnutzen für Personen mit Mehrfachproblematiken zu erzeugen. Aufgrund seiner behördenverbindlichen Verpflichtungen sowie seiner Orientierung am Case Management stellt MAMAC aber klar eine Weiterentwicklung der klassischen IIZ-Angebote dar.

## Von der Systemlogik zum Menschen

Bei Personen mit komplexen Mehrfachproblematiken ist oft nicht auf Anhieb ersichtlich, welche Institution für das Anliegen der Schwierigkeiten zuständig ist. Gesellen sich beispielsweise gesundheitliche und familiäre Probleme zu einer Arbeitslosigkeit hinzu, ist es häufig eher zufalls- denn sachgeleitet, ob sich die Betroffenen zuerst beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum, bei der IV-Stelle oder beim Sozialdienst melden. Ohne koordinierte Abklärung

ist die Gefahr gross, dass die Betroffenen von einer institutionellen Tür zur anderen gewiesen werden. Solche wiederkehrenden Abhängigkeiten lösen Unsicherheiten aus und sind kontraproduktiv, weil mit der Dauer ausserhalb des Arbeitsmarkts die Chancen für eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung sinken [1].

MAMAC rückt die separierten Funktionslogiken der Institutionen der sozialen Sicherheit in den Hintergrund und stellt stattdessen die Menschen mit ihren individuellen Bedürfnissen ins Zentrum. «Medizinisch-arbeitsmarktliche Assessments im Rahmen von Case Management» (MAMAC), so der volle Name des bis ins Jahr 2010 laufenden Pilotprojekts, leiten einen grundlegenden Perspektivenwechsel ein: Statt zuerst die institutionellen Zuständigkeiten für Personen mit unklaren Problematiken zu klären, wird in einem gemeinsamen Assessment eine umfassende Gesamteinschätzung der Lage vorgenommen, bevor institu-



Franziska Shenton

**Erst wenn die Integrationsstrategie feststeht, wird bestimmt, welche Institution mit der Fallführung betraut wird.**

tionenübergreifend Massnahmen definiert und verfügt werden, die zu einer nachhaltigen Integration in den Arbeitsmarkt führen sollen. Erst wenn die Integrationsstrategie feststeht, wird bestimmt, welche Institution (im Namen der anderen) mit der Fallführung betraut wird. Mit MAMAC steht also nicht mehr die Frage, welche Institution für eine Person zuständig ist, im Vordergrund, sondern vielmehr das Interesse für die individuellen Integrationserfordernisse.

## Case Management als Leitprinzip

MAMAC orientiert sich am Gedankengut des Case Management. Dies zeigt sich sowohl in der Grundausrichtung wie auch in der Gestaltung der Verfahrensabläufe des Projekts. Speziell von Vorteil ist, dass Case Management mit seiner klaren Bedarfs- und Ressourcenorientierung so-

wie seinem Konzept der Fallsteuerung die Spezialisierung und Zersplitterung der Institutionen zu überwinden hilft. Auf diese Weise wird Raum für eine koordinierte Bearbeitung von komplexen Fragestellungen zwischen Systemen der sozialen Sicherheit geschaffen. Der von MAMAC eingeleitete Perspektivenwechsel, dass vom einzelnen Individuum statt von der Systemlogik aus gedacht und gehandelt wird, führt zu neuen Prozessen, mit welchen die Mitarbeitenden der am Projekt beteiligten Regionalen Arbeitsvermittlungstellen, der IV-Stellen und der Sozialen Dienste Personen mit komplexen Mehrfachproblematiken begleiten. Um erweiterte Formen der intersystemischen Zusammenarbeit zu erproben, ist seit 2008 auch die SUVA in drei Pilotkantonen (GR, SG, VS) Projektpartnerin von MAMAC.

### MAMAC-Prozess

Vom Grundsatz her gilt eine Mehrfachproblematik als komplex, wenn Schwierigkeiten in mehreren Lebensbereichen kumuliert auftreten (Beispiel: Erwerbslosigkeit kombiniert mit schlechten arbeitsmarktlichen Voraussetzungen, gesundheitlichen Beeinträchtigungen, finanziellen und/oder sozialen Problemen) und von einzelnen Teilinstitutionen weder uni- noch bilateral gelöst werden können. Sofern trotz vorliegender Mehrfachbelastung eine berufliche (Wieder-)Eingliederung möglich scheint, wird die kantonale MAMAC-Geschäftsstelle eingeschalt-

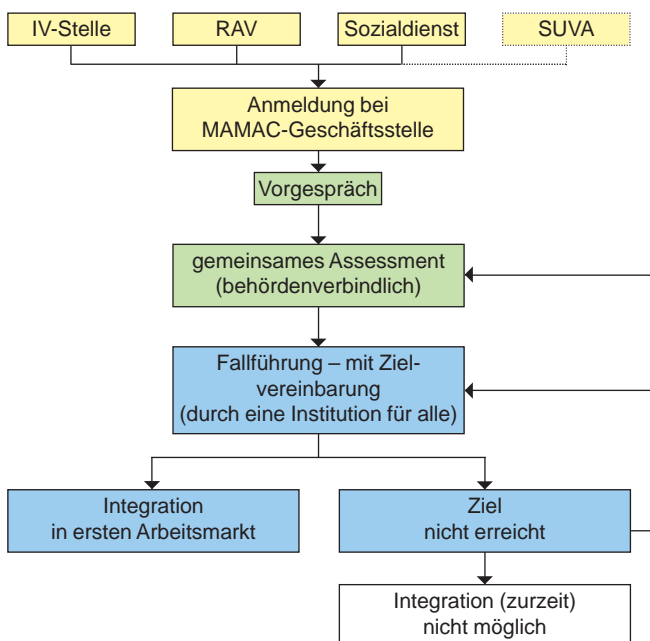


Abbildung 1 Integrationsprozess von MAMAC  
(Quelle: Projekt IIZ-MAMAC).

### Kernelemente von MAMAC

Zwingende Bestandteile von IIZ-MAMAC sind:

1. Gemeinsamer Prozess von ALV, IV und SH mit dem Ziel der beruflichen Integration in den ersten Arbeitsmarkt
2. Rahmenvereinbarung, welche die Zusammenarbeit im Kanton regelt und Rechtsverbindlichkeit schafft
3. Einheitliche Triagekriterien zur Ermittlung von Personen mit komplexer Mehrfachproblematik
4. Gemeinsames Assessment medizinischer, arbeitsmarktlicher und sozialer Aspekte mit Teilnahme der betroffenen Person
5. Verbindlicher Integrationsplan mit:
  - Festlegung der Massnahmen und deren Finanzierung
  - Festlegung der Zuständigkeit für die Existenzsicherung während der Umsetzung der Massnahmen
  - Festlegung der für die Fallführung zuständigen Person oder Institution
6. Gemeinsame Fallführung durch eine der drei Institutionen (Umsetzung des Integrationsplans, Überwachung und systematische Fallevaluation)

tet. Diese überprüft die Einhaltung der Triagekriterien, holt allenfalls noch fehlende Informationen ein und organisiert ein gemeinsames Assessment mit den beteiligten Institutionen und der betroffenen Person, um rasch zu einer integralen Einschätzung der medizinischen, beruflichen und sozialen Situation zu gelangen. Der Zugang zu Dienstleistungen der Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) seitens der Invalidenversicherung stellt für die Klärung medizinischer Fragen einen grossen Gewinn dar. Bei Bedarf werden weitere Fachpersonen beigezogen.

Ausgehend vom Eingliederungspotential erarbeiten die Assessorinnen bzw. die Assessorinnen gemeinsam mit der involvierten Person einen verbindlichen Integrationsplan, der die erfolgversprechendsten Massnahmen für eine rasche Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt festhält und die Existenzsicherung und die Übernahme der Fallführung regelt. Die Umsetzung des Integrationsplans wird in der Folge von der fallführenden Person begleitet: Sie koordiniert die einzelnen Eingliederungsschritte, begleitet die betroffene Person und überprüft die Erreichung der im Integrationsplan definierten Ziele kontinuierlich. Diese Fallführung gemäss Case Management gewährleistet, dass die initiierten Massnahmen die betroffene Person optimal in ihrem Eingliederungsprozess unterstützen. Zeichnet sich ab, dass die eingeleiteten Massnahmen nicht zum Ziel führen oder dass sich die Ausgangssituation verändert hat, wird entweder der Integrationsplan den neuen Umständen angepasst oder ein neues Assessment einberufen.

### Verbindlichkeit als zentrales Element

Für eine erfolgreiche Abwicklung von MAMAC ist es entscheidend, dass die im Integrationsplan getroffenen Entscheide für alle an der Zusammenarbeit Beteiligten verbindlich sind. Damit alle Projektpartner am selben Strick ziehen und die gleichen Ziele anstreben, unterzeichnen die Vollzugsstellen der Arbeitslosenversicherung, der Invalidenversicherung und der Sozialhilfe kantonale Rahmenvereinbarungen. Diese regeln neben der behördenverbindlichen Zusammenarbeit auch die Projektfinanzierung zwischen den beteiligten Institutionen.

Um Verbindlichkeit nicht nur unter den Behörden, sondern auch gegenüber den betroffenen Personen herzustellen, stellt eine Zielvereinbarung zwischen begleitender und begleiteter Person einen festen Bestandteil der Fallführung dar.

### Herausforderungen und Erfolgsfaktoren

Das von Bund und Kantonen gemeinsam getragene Projekt MAMAC wird derzeit in fünfzehn Kantonen umgesetzt. Dieser breiten Resonanz ist zu entnehmen, dass ein integrales Angehen von Mehrfachproblematiken einer gesellschaftlichen Notwendigkeit entspricht. Die Anlaufzeit für die Implementierung von MAMAC hat in vielen Kantonen zwar mehr Zeit beansprucht als angenommen, aber in der Zwischenzeit lässt sich sagen, dass das Projekt auf Kurs ist.

**Die breite Resonanz zeigt, dass ein integrales Angehen von Mehrfachproblematiken einer gesellschaftlichen Notwendigkeit entspricht.**

Eine im Frühling 2008 vorgenommene Zwischenbilanz weist auf verschiedene Faktoren hin, die für eine erfolgreiche Umsetzung von MAMAC ausschlaggebend sind [2]: Ein zentraler Faktor ist die institutionelle Verankerung in den beteiligten Kantonen. Eine solche setzt voraus, dass alle am Projekt beteiligten Institutionen – und insbesondere deren Leiter/-innen – ein gemeinsames Verständnis von MAMAC entwickelt haben und gemeinsame Investitionen in die Eingliederung von Personen mit Mehrfachproblematiken tätigen wollen. Eine gute Kooperation zwischen den kantonalen Projekten und den nationalen Aktivitäten ist für das Vorankommen des Projekts ebenfalls entscheidend. Das komplexe organisatorische Gefüge von MAMAC erfordert insbesondere verlässliche Informationsflüsse und wiederkehrende gegenseitige Rückmeldungen zwischen Bund und Kantonen. Weiter von Belang ist, wie gut die Mitarbeitenden in den jeweiligen Kantonen über das Projekt informiert werden und in-

wiefern diesen Zugang zu den erforderlichen Ressourcen eröffnet wird. Um die Mitarbeitenden der kantonalen MAMAC-Projekte bestmöglich auf ihre neuen Aufgaben vorzubereiten, erarbeitete die nationale Projektgruppe Weiterbildungsmodule zu den Themen «Case Management», «Assessment» und «Fallführung». Seit Juni 2007 haben rund 350 Personen an diesen Kursen teilgenommen.

### Ausblick: Wie weiter?

MAMAC will die Eingliederung von Personen mit komplexen Mehrfachproblematiken mit einem integralen Case-Management-Prozess fördern. Die für das Projekt formulierten Ziele sind ambitioniert, aber durchaus erreichbar: Rasches und koordiniertes Handeln soll verhindern, dass komplexe Probleme sich verstetigen oder gar verschlimmern. Klare und verbindliche Ansprechstellen sollen individuell zugeschnittene Massnahmen für die Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt ermöglichen. Die systemübergreifende Herangehensweise soll die Dauer der Leistungserbringung verkürzen und längerfristig die Kosten der sozialen Sicherheit senken, weil Leistungen optimiert und Leerläufe reduziert werden.

Den Leitenden der kantonalen MAMAC-Projekte wurde per Anfang 2008 ein Berichterstattungssystem als Führungsinstrument zur Seite gestellt. Es wird den Projektbeteiligten Einblick in die konkrete Fallbearbeitung liefern und auch eine Grundlage für die externe Evaluation des Projekts darstellen. Von Interesse werden insbesondere die Indikatoren «Bearbeitungsdauer», «Massnahmenkosten» und «Wirkung» sein, bilden sie doch die wesentlichen Wirkungsziele von MAMAC ab. Auf der Grundlage der Evaluation ist dann darüber zu befinden, welcher Mehrwert mit MAMAC geschaffen werden konnte und inwiefern verbindliche Formen institutionenübergreifender Integrationsangebote in ordentliche Strukturen überführt werden sollen.

### Literatur

- 1 [Arbeitsmarktbeobachtung Ostschweiz, Aargau und Zug \(AMOSA\). Langzeitarbeitslosigkeit: Situation und Massnahmen. Zürich: AMOSA 2007.](#)
- 2 [Champion C. Bilan intermédiaire de la mise en œuvre de CII-MAMAC, Masterarbeit in Public Administration. Chavannes-près-Renens: IDHEAP 2008.](#)

Franziska Shenton, lic. phil. I  
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV  
Geschäftsfeld IV, Bereich Entwicklung  
Effingerstrasse 20, 3003 Bern  
franziska.shenton@bsv.admin.ch

Regina Knöpfel

# Case Management – eine neue Herausforderung für die IV?!

**Im Rahmen der Frühintervention kommen Elemente zum Tragen, die im Eingliederungsmanagement längstens bekannt sind.<sup>1</sup> Die Anlehnung an die Methode Case Management suggeriert, dass sich im Sinne einer erfolgreichen Eingliederung seit Januar 2008 auch die Eingliederungsfachleute der IV-Stellen bedürfnisgerecht am Klienten ausrichten. Ist das so?**

## Zuerst die Theorie – eine Definition mit Folgen

Nach der Definition des Netzwerkes «Case Management Schweiz»<sup>2</sup> handelt es sich beim Case Management um ein spezifisches Verfahren zur koordinierten Bearbeitung komplexer Fragestellungen. Diese Fragestellungen kommen in der Regel aus dem Sozial-, Gesundheits- und Versicherungsbereich (oder eben aus einer Kombination davon, Anmerkung der Verfasserin).

Zur Vorgehensweise wird in der Definition von einem systematisch geführten kooperativen Prozess ausgegangen. Es werden im Verlauf auf den individuellen Bedarf der betroffenen Person abgestimmte Dienstleistungen erbracht bzw. unterstützt, um gemeinsam vereinbarte Ziele und Wirkungen mit hoher Qualität effizient zu erreichen.

Case Management stellt einen Versorgungszusammenhang über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg her. Es respektiert die Autonomie der Klientinnen und Klienten, nutzt und schont die Ressourcen im Klient- sowie im Unterstützungssystem.

In dieser Definition stecken einige Aspekte, die zumindest aus Sicht der Eingliederungsfachleute der IV-Stellen noch ungewohnt sein dürften:

Erstens betrifft dies die Fragestellungen, die über den Sozialversicherungsrechtsrahmen der IV-Gesetzgebung hinausgehen. Zweitens wurden Dienstleistungen bislang nach dem Leistungskatalog des IVG bzw. der IVV ausge-

richtet und erst in zweiter Linie (innerhalb dieses Spektrums) an den Bedürfnissen der betroffenen Person. Weiter wurde bislang auf Antrag verfügt und weniger an gemeinsamen Zielvereinbarungen (schriftlich, im Rahmen eines Eingliederungsplanes) gearbeitet. Auch eine grosse zeitliche Ressourcenbindung und das dynamische, eigeninitiierte Handeln im Sinne interprofessioneller und interinstitutioneller Bemühungen für den Erfolg zugunsten einer einzelnen Person waren in der Vergangenheit im Eingliederungsgeschäft der IV schlicht undenkbar.

Besonders interessant ist noch der Aspekt, die Autonomie der betroffenen Person zu respektieren. Dies steht der Pflicht zur Mitwirkung mit den entsprechenden Sanktionen klar entgegen.

## Bedeutung für die Eingliederungsfachleute der IV

Anlässlich der Untersuchung der Eingliederungsprozesse<sup>3</sup> ist deutlich zutage getreten, dass in den Bereichen Arbeitsvermittlung und Berufsberatung bereits vor dem Inkrafttreten der 5. IV-Revision weitgehend nach der Methode Case Management vorgegangen wurde – innerhalb der oben erwähnten Grenzen. Dies ist nicht aussergewöhnlich, denn Eingliederungsfachleute wissen aus Erfahrung, dass die Berücksichtigung aller Aspekte der Definition bei Bedarf für eine erfolgreiche und nachhaltige Eingliederung ein massgebender Faktor ist.

Der einzige Unterschied zwischen der Zeit vor und ab Januar 2008: Die Eingliederungsfachleute wissen in der Phase der Frühintervention (neu) noch nicht, ob die Invalidenversicherung für die betroffene Person überhaupt zuständig sein wird. Das liegt daran, dass die Voraussetzung hier allein eine Arbeitsunfähigkeit nach Art. 6 ATSG ist und nicht, wie bei den Massnahmen, die nach einem Grundsatzentscheid gemäss Art. 49 IVG zugesprochen werden, eine drohende oder bestehende Invalidität gemäss Art. 8 ATSG<sup>4</sup>. Im Bereich der Arbeitsvermittlung, der Hilfsmittelgewährung und der Berufsberatung sowie neu bei den Integrationsmassnahmen wurde also bereits ein



Regina Knöpfel

<sup>1</sup> Siehe Kreisschreiben über die Früherfassung und die Frühintervention (KSFEFI), gültig ab 1. Januar 2008, Randziffern 6 bis 11.

<sup>2</sup> Siehe auch unter [www.netzwerk-cm.ch](http://www.netzwerk-cm.ch).

<sup>3</sup> Aus der Umsetzung der 5. IV-Revision in Projekten, Analyse der vorbestehenden Prozesse.

<sup>4</sup> Siehe Art. 7 d Abs. 1 IVG (Voraussetzungen für die Frühintervention) sowie Art. 8 Abs. 1 IVG (Voraussetzungen für Eingliederungsmassnahmen).

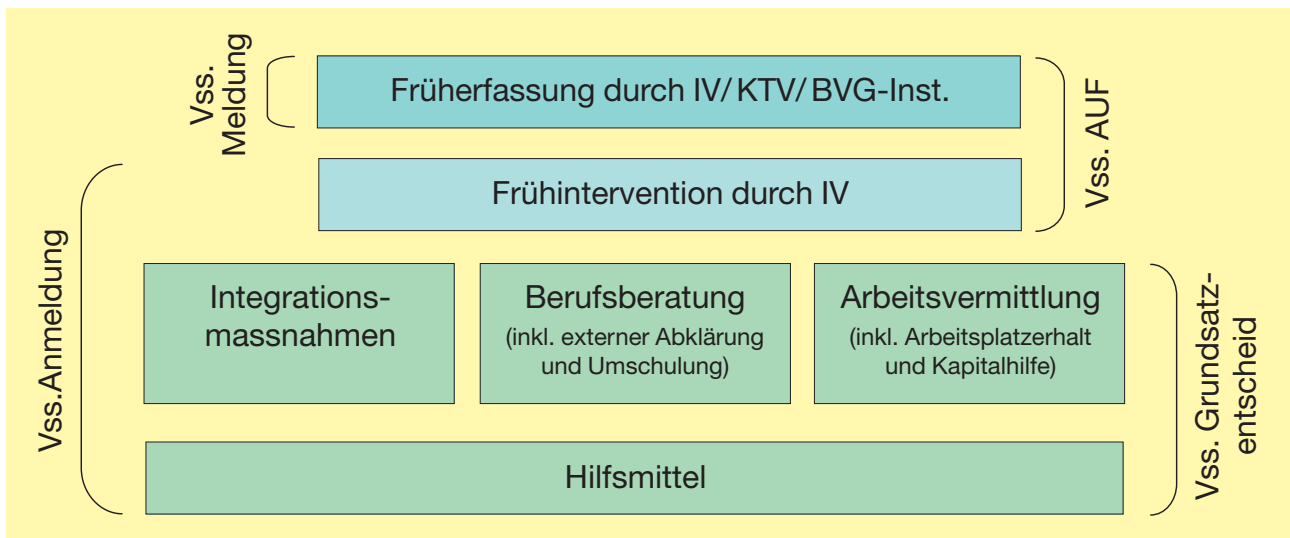


Abbildung 1

Instrumente der beruflichen Eingliederung (IV) und die Voraussetzungen dafür (Quelle: SIM-Gutachterkurs, Modul 2, berufliche Eingliederung, Knöpfel R.).

Grundsatzentscheid zugunsten der Zuständigkeit der Invalidenversicherung getroffen. Abb. 1 zeigt Eingliederungsinstrumente und -voraussetzungen.

Da also Case Management als Methode in allen Eingliederungsbemühungen nach dem erfolgten Grundsatzentscheid ausser Frage im eingeschränkten Rahmen zur Anwendung gelangt – und in dem Sinne weder neu ist noch eine Herausforderung darstellt –, bleibt die Betrachtung der Frühintervention spannend.

Der interessante Aspekt ist das Verhältnis von Mitteleinsatz und Nutzen, da in dieser Phase die definitive Zuständigkeit des durchführenden Trägers noch nicht geklärt ist. Regulatorisch ist sicher, dass auf die Massnahmen der Frühintervention kein Rechtsanspruch besteht<sup>5</sup>. Hinzu kommt, dass kein Anspruch auf ein IV-Taggeld entsteht und so eine enge Koordination mit den Taggeldversicherern erforderlich ist. In diesem Zusammenhang ebenfalls neu ist die Vereinbarung zur erweiterten interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ-plus) ab Januar 2008.<sup>6</sup> Hier sind im Vorfeld der Frühintervention im Rahmen der Früherfassung klare Aufgabenzuweisungen vorgesehen. Dadurch ist anzunehmen, dass häufig bereits Kontakte zu den Taggeldversicherern bestehen.

<sup>5</sup> Siehe Art. 7 d Abs. 3 IVG.

<sup>6</sup> Siehe unter [www.iiz-plus.ch](http://www.iiz-plus.ch) die entsprechenden Vereinbarungen und Prozesse.

<sup>7</sup> Auskunft dazu von Manuela Krasniqi, BSV, per E-Mail vom 25. August 2008.

<sup>8</sup> Siehe Fussnote 7.

### Einbindung der Frühintervention in die IV-Prozesslandschaft

Typischerweise wird für die Einführung von Eingliederungsmanagement ein gewisser Ablauf eingehalten (Abb. 2).

Für die Einbindung der Frühintervention wurden im betreffenden Detailkonzept und Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) Vorgaben gemacht, in der Umsetzung aber waren die Leiter der IV-Stellen relativ frei.<sup>7</sup> Die Vorgaben bezogen sich auf die Einhaltung der Phase des Assessments, das Erstellen eines Eingliederungsplanes, die Umsetzung der Massnahmen sowie die Durchführung eines Monitorings und einer Evaluation.

Es gibt nach Auskunft von Manuela Krasniqi, BSV, keine Vorgaben an die IV-Stellen, wie eine Evaluation gemacht werden soll. Im Detailkonzept zur Frühintervention werde darauf hingewiesen, dass bei der Evaluation folgende Schwerpunkte im Zentrum stehen:

- der Eingliederungsplan in Bezug auf die erreichten Ziele und Resultate,
- die bei der Umsetzung des Eingliederungsplans eingesetzten Arbeitsmethoden und das Funktionieren der Zusammenarbeit der beteiligten Personen und Institutionen,
- die Zufriedenheit der versicherten Person.

Die Durchführung der Evaluation hingegen liegt in der Kompetenz jeder einzelnen IV-Stelle.<sup>8</sup>

Die Vorgaben zur Evaluation sind qualitätsgerichtet, es fehlt aber eine einheitliche Zielsetzung der Evaluation im

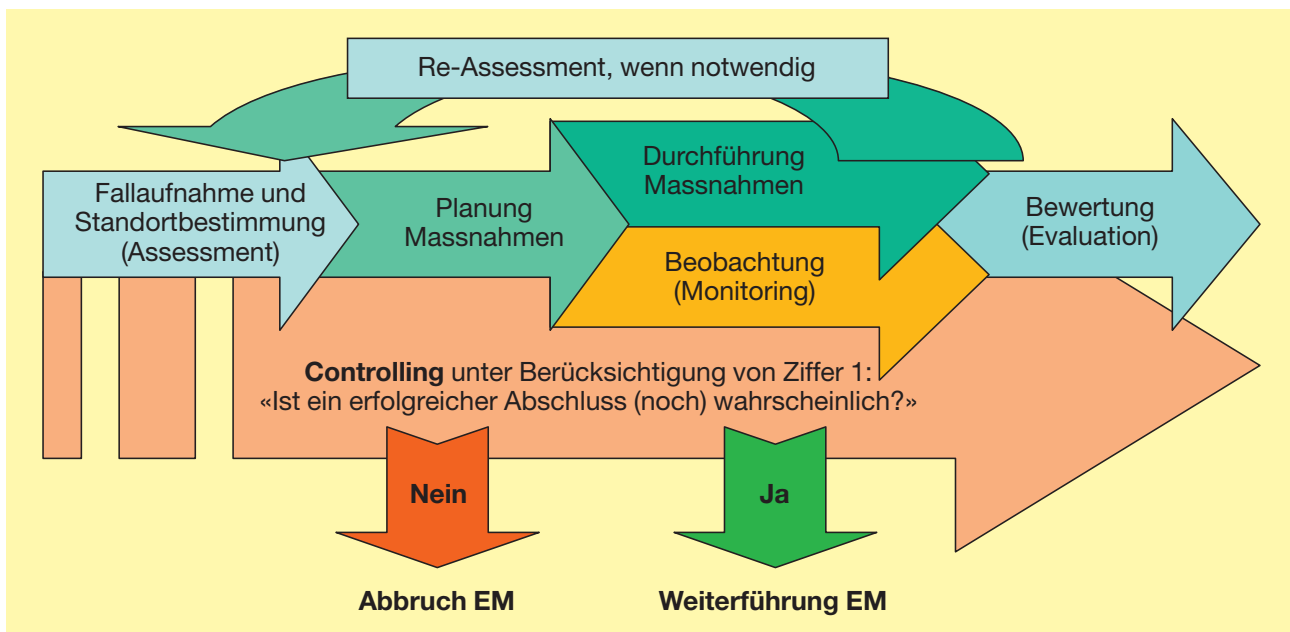


Abbildung 2

Einführung Eingliederungsmanagement (Quelle: FHNW, Einführung Eingliederungsmanagement, Knöpfel R.).

1. Festlegung der Erfolgskriterien, Berechnungsgrundlagen und Qualitätsstandards für Eingliederungsmanagement
2. Veränderung von Struktur/Rahmenbedingungen (intern, Organisation, extern!)
3. Falltriage gemäss Kriterien Ziffer 1 vornehmen
4. Einzelfallbegleitung bzw. -unterstützung gem. Grafik

Sinne von Erfolgskriterien, die sich über alle IV-Stellen messen liessen.

### Die Zielsetzung der Frühintervention und daraus abzuleitende Erfolgskriterien

Im Art. 7d IVG werden als Zielsetzungen für die Frühintervention klar zwei Alternativen formuliert: Es soll entweder der bisherige Arbeitsplatz von arbeitsunfähigen Versicherten erhalten bleiben oder die Versicherten sollen an einem neuen Arbeitsplatz innerhalb oder ausserhalb des bisherigen Betriebes eingegliedert werden.

Gemessen am Konzept zur Einführung von Eingliederungsmassnahmen sollte also sichergestellt sein, daraus konkretisierte Erfolgskriterien in der Evaluation sowie im Controlling/Monitoring zu verankern. Im Rahmen einer outputorientierten Betrachtungsweise sollte eine minimale Vorgabe für die gemeinsame Evaluation über

alle IV-Stellen sein, dass es einen einheitlich anzuwendenden Eingangs- und Ausgangsstatus für die Frühinterventionsmassnahmen gibt.<sup>9</sup> Im Kreisschreiben FEFI<sup>10</sup> werden zum Eingangsstatus sehr grobe Vorgaben gemacht, was zu vielen Assessmentgesprächen führen dürfte.

An den Eingangsstatus sollten für die Assessmentphase klare Triagekriterien geknüpft sein, die ermöglichen, dass unter den gleichen Voraussetzungen arbeitsunfähige Versicherte eine ähnliche Beurteilung erfahren (Beurteilung im Sinne von: Frühintervention durchführen oder nicht). Der Ausgangsstatus ist einfacher festzulegen, da er sich an der Zielsetzung der Massnahmen orientiert. Es gäbe also nur die Varianten Frühintervention mit Eingliederung abgeschlossen (ja/nein), und bei beiden Alternativen müsste noch einmal weiter ausdifferenziert werden (ja: weitere Eingliederungsmassnahmen nach Grundsatzentscheid notwendig ja/nein; bzw. nein: Rentenprüfung nach Grundsatzentscheid ja/nein).

Eingangs- und Ausgangsstatus wären zwingende Voraussetzungen dafür, zu einem späteren Zeitpunkt Aussagen darüber treffen zu können, ob diese Massnahmen im Sinne der Gesetzgebung erfolgreich waren. Die aktuell vorhandenen Schwerpunktangaben zur Evaluation hin-

<sup>9</sup> Knöpfel R. Eingliederungserfolg. Der Nutzen kann nicht nur, er muss belegt werden. Schweizer Personalvorsorge 10/2007: 9f.

<sup>10</sup> KSFEFI, gültig ab 1. Januar 2008, Randziffer 9.

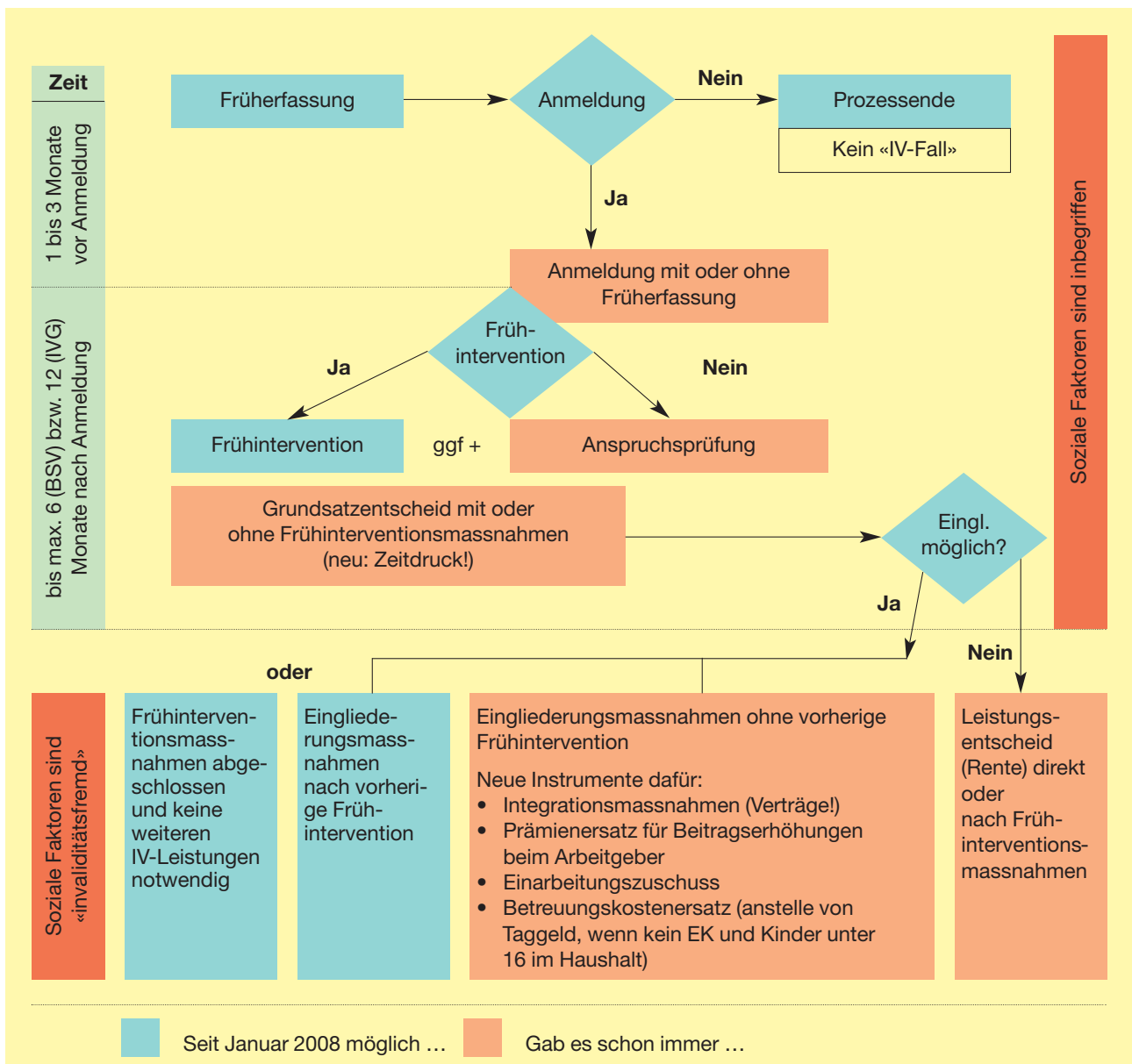


Abbildung 3 Die Einordnung der neuen Eingliederungs-instrumente der IV  
(Quelle: FHNW, Einführung Eingliederungsmanagement, Knöpfel R.)

gegen beziehen sich allein auf Qualitätsaspekte, die enorm wichtig sind, aber nicht den Nutzen der durchgeführten Massnahmen belegen.

### Der Abschluss der Frühinterventionsmassnahmen

Für die Einordnung von Frühinterventionsmassnahmen in die IV-Systematik und die Beantwortung der Frage, ob die Methode Case Management per Definition mehr oder

weniger zur Anwendung gelangt, ist zudem eine Darstellung unter Berücksichtigung des Zeitablaufs hilfreich (Abb. 3).

Aus dieser Abbildung sowie im Gesetz<sup>11</sup> ist abzulesen, dass die Phase der Frühintervention mit dem Grundsatzentscheid endet. In der Einzelbetrachtung der Alternativen des Grundsatzentscheides sind die Problemstellungen bei vorheriger Frühintervention zu erkennen.

Die einfachste Fallkonstellation scheint zunächst gegeben, wenn durch die Frühintervention bereits eine erfolgreiche maximale Eingliederung erfolgen konnte und im Anschluss daran keine weiteren Massnahmen oder Leistun-

<sup>11</sup> Siehe Art. 1 septies IVV.

gen der IV mehr notwendig sind. Im Sinne des Case Management ist hier die Frage erlaubt, ob es sich tatsächlich um komplexe Fragestellungen handelte, die einer koordinierten Bearbeitung mit dem entsprechenden Aufwand bedurften. Andererseits sind bei fehlenden Vorgaben zum Eingangs- und Ausgangsstatus Zweifel daran möglich, ob überhaupt Massnahmen der Frühintervention erforderlich waren, um die Eingliederung zu bewirken. Die Taggeldversicherer werden nachträglich einmal wissen wollen, ob sie in der Frühinterventionsphase zu Recht Taggelder gewährten.

Die zweite Konstellation ist der Entscheid, dass nach Abschluss der Frühintervention keine Eingliederung möglich ist und die Rentenabklärung zu erfolgen hat. Wurde tatsächlich vor diesem Entscheid eine Frühintervention durchgeführt, ist fraglich, ob das Controlling gut genug war. Zu welchem Zeitpunkt wäre erkennbar gewesen, dass keine Eingliederung möglich ist?

Eine dritte Variante ist bereits anspruchsvoller: Nach der Frühintervention sind noch weitere Eingliederungsmassnahmen der IV angezeigt. Im Kreisschreiben ist vorgesehen, dass ein und dieselbe Person auch die nachgängigen Eingliederungsmassnahmen überwacht und koor-

diniert.<sup>12</sup> Dies dürfte in der Praxis auf Schwierigkeiten stossen. Eine saubere Übergabe an die fachlich zuständige Person (Arbeitsvermittler/Berufsberater) wäre sicher sinnvoller, als unbedingt «alles aus einer Hand» gegenüber der betroffenen Person kommunizieren zu wollen. Sobald sich die Schnittstellenkomplexität unnötig erhöht (gegenteilige Zielsetzung eines Case Management), bleibt die Effizienz auf der Strecke, und es werden Ressourcen gebunden, die anderweitig sinnvoller zum Einsatz kommen könnten.

Eine letzte, vermutlich nicht so häufig vorkommende Variante: Die Frühintervention ist abzuschliessen, weil der Grundsatzentscheid lautet, dass keine Massnahmen oder Leistungen der IV zustehen. Zugleich ist eine erfolgreiche Eingliederung aus Gründen des Zeitablaufs (noch) nicht umgesetzt. Im unabhängigen Case Management wäre es notwendig, über die institutionellen Grenzen hinweg, die betroffene Person im Sinne der Zielsetzung weiter zu begleiten. Dies ist nach den gesetzlichen Vorgaben den Eingliederungsfachleuten der IV-Stellen nicht möglich. Sinnvoll ist zur Vertrauensbildung, die Übergabe an einen übernehmenden Case Manager in den Prozessen zu definieren.

### Schlussfolgerungen

Es werden die in der Definition geforderten Aspekte des Case Management innerhalb des möglichen Rahmens von den Eingliederungsfachleuten der IV-Stellen angewandt. In die Evaluation liessen sich neben den Qualitätsmerkmalen auch betriebswirtschaftliche Kriterien einbauen, die analog zum MAMAC eine zukünftige Aussage zu Mitteleinsatz und Nutzen erlauben würden. Der Massnahmeabschluss der Frühinterventionsphase zeigt Optimierungspotential.

Korrespondenz:

Regina Knöpfel  
Diplom-Verwaltungswirtin (FH),  
Verwaltungs-Betriebswirtin (VWA)  
Knöpfel Life Consulting AG  
Ringlikerstrasse 8  
8142 Uitikon Waldegg  
rknoepfel@klc.ch  
www.klc.ch

<sup>12</sup> KSFEFI, gültig ab 1. Januar 2008, Randziffer 8.

Monika Hermelink

# Die Regionalen Ärztlichen Dienste

**Regionale Ärztliche Dienste sollen der Invalidenversicherung helfen, den tatsächlich leistungsberechtigten Versicherten die richtigen Leistungen zukommen zu lassen. In den vergangenen Jahren wurden schweizweit grosse Anstrengungen unternommen, um diese Dienste aufzubauen.**



Monika Hermelink

Mit Inkrafttreten der 4. IVG-Revision am 1. Januar 2004 wurden die Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) gesetzlich verankert. RAD sind versicherungsmedizinische Kompetenzzentren. Sie sollen eine kantonsübergreifende Angleichung des Abklärungsverfahrens im Invalidenversicherungsgesetz (IVG) fördern. Darüber hinaus soll durch die Pluridisziplinarität auch kleinen Kantonen der Zugriff auf versicherungsmedizinisch geschulte Facharztspezialisten offenstehen. Nach einer Pilotphase ab 2001 in vier Regionen wurden in

den Jahren 2004 und 2005 insgesamt zehn RAD für die ganze Schweiz und die IV-Stelle für die Versicherten im Ausland eingeführt.

## Grundsätzliche Aufgaben

Die Feststellung der Erfüllung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen für IV-Leistungen soll seit 2004 durch RAD-Ärzte erfolgen. Die Beurteilung der arbeitsbezogenen Auswirkungen eines sogenannten «lang dauernden Gesundheitsschadens» obliegt den RAD-Ärzten. Dabei darf der RAD-Arzt nur objektifizierbare Funktionseinschränkungen in seine Beurteilung einbeziehen.

RAD-Ärzte verfügen üblicherweise über eine fachärztliche Ausbildung, ausreichende Berufserfahrung und spezielle versicherungsmedizinische Kenntnisse. Als Entscheidungsgrundlage dienen Befunde und Berichte der behandelnden Ärzteschaft, extern im Auftrag der IV oder eines anderen Versicherers angefertigte Expertisen oder selbst durchgeführte Untersuchungen und Beurteilungen. Eigene Untersuchungen von versicherten Personen zur Erfassung der funktionellen Leistungsfähigkeit werden bereits seit der Pilotphase durchgeführt. Mehrere tausend versicherte Personen wurden bereits von RAD-Ärzten untersucht und beurteilt.

Der Gesetzgeber hat dem RAD ausdrücklich im Rahmen der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft freigestellt, aufgrund welcher medizinischer Unterlagen der RAD im jeweiligen Einzelfall seine Beurteilung abgibt. Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) hat jedoch allgemeine Weisungen für die Erstellung der medizinischen Beurteilung im IV-Verfahren erlassen.

Die IV-Stellen sind vom Bundesamt angehalten, in medizinischen Fragen den Empfehlungen des RAD zu folgen. Letztlich entscheidet im Streitfall das kantonale Versicherungsgericht, ob es den Ausführungen des RAD-Arzt

Mehrere tausend Personen  
wurden bereits von RAD-Ärzten untersucht  
und beurteilt.

folgt oder ob es noch weitere medizinische Abklärungen für erforderlich hält. Die Resonanz von Rechtsvertretern und Gerichten ist positiv, und nur in sehr seltenen Fällen verlangt ein Gericht nach einer RAD-Untersuchung noch weitere Abklärungen.

## Zusätzliche Aufgaben

Eine wichtige Aufgabe der RAD ist der Kontakt mit der Ärzteschaft. Diese Kontakte haben eine Art Dolmetscherfunktion zwischen den Belangen der therapeutischen Medizin (Behandlungsauftrag) und der Rechtsanwendung im IVG (Leistungsanspruch). Durch gute Information können Erwartungshaltungen in realistische Bahnen gelenkt werden.

### MEDAS

Für pluridisziplinäre medizinische Abklärungen komplexer Störungsbilder stehen derzeit 18 sogenannte MEDAS (Medizinische Abklärungsstellen) zur Verfügung. Sie verfügen über erfahrene ärztliche Fachspezialisten, die sich nach ihren Einzeluntersuchungen auf eine pluridisziplinäre versicherungsmedizinische Gesamtbeurteilung einigen. Die MEDAS haben alle einen Leistungsvertrag mit dem BSV und werden pro Gutachten pauschal entschädigt. Die Entscheidung, wann eine solche Abklärung sinnvoll ist, trifft üblicherweise der RAD.

Im Rahmen der Neuerungen der 5. IVG-Revision wird dieser ärztliche Kontakt noch intensiviert, und die behandelnden Ärztinnen und Ärzte werden möglichst in die Planung und Durchführung von (Wieder-)Eingliederungsmassnahmen aktiv miteinbezogen. Die RAD stehen der Ärzteschaft für Beratungen und Informationen allgemeiner Art im Zusammenhang mit dem IVG jederzeit zur Verfügung. Auch die Zusammenarbeit mit Institutionen für berufliche Abklärung und Wiedereingliederung gehört zu den Aufgaben der RAD.

### Zusammenarbeit mit den IV-Stellen

Administrativ sind die RAD jeweils einer (meist der grössten) IV-Stelle ihrer Region unterstellt. Die fachliche Aufsicht obliegt dem BSV. Im Einzelfall sind die RAD-Ärzte in ihren Entscheidungen aber frei, denn es besteht keine Weisungsbefugnis – weder vom BSV noch von den IV-Stellen.

Die RAD sind an den meisten Orten räumlich bei den IV-Stellen angesiedelt und verteilen sich je nach Region über mehrere feste Standorte. Kleine IV-Stellen erhalten regelmässige «Hausbesuche» von RAD-Ärzten.

Die Fälle wurden bisher meist als Anfrage zu einem bestimmten Sachverhalt in elektronischen Akten bearbeitet. Vermehrt werden nun in interprofessionellen kurzen Sitzungen mit RAD, Sachbearbeitung und Eingliederungsfachperson (auch unter Einbezug der versicherten Person im Rahmen der sogenannten Assessmentgespräche) gemeinsam Strategien für die Fallbearbeitung bzw. Eingliederungsplanung entwickelt.

Neben der konkreten Fallarbeit berät der RAD die IV-Stellen zu allgemeinen medizinischen Fragen und Vorgehensweisen.

Korrespondenz:

Dr. med. Monika Hermelink MHA  
Ärztliche Leiterin RAD Ostschweiz  
SVA St.Gallen  
Brauerstr. 54  
9016 St. Gallen  
monika.hermelink@svasg.ch  
www.svasg.ch

Marcel Lüthi

# Frühintervention und Integration – die Aufgaben der IV-Stellen

**Es ist das oberste Ziel der Invalidenversicherung, behinderte Menschen so weit zu fördern, dass sie ihren Lebensunterhalt ganz oder teilweise aus eigener Kraft bestreiten und ein möglichst unabhängiges Leben führen können. An erster Stelle der Leistungen steht deshalb die berufliche Eingliederung, die keine gesetzliche Wartezeit kennt. Erst an zweiter Stelle kommt die Invalidenrente.**

Die IV-Stelle Solothurn strebt die Partnerschaft mit Unternehmen und öffentlichen Verwaltungen an, die interessiert sind, behinderten Menschen eine Chance zu geben. Die Anstellung der Behinderten erfolgt nach privatwirtschaftlichen Grundsätzen und nicht als Akt der Wohlfahrt. Wir richten uns konsequent nach den Anforderungen der Wirtschaft. Das ist eine wichtige Voraussetzung, um kompetente Bewerberinnen und Bewerber in ein Mitarbeiterteam zu integrieren.

Die Stellenvermittlung ist organisatorisch mit der Berufsberatung und der Beschaffung von Massnahmen für die Frühintervention und Integration in den Geschäftsbereich «Berufliche Eingliederung» eingebunden. Alle Stellenvermittler/-innen unterstützen aus einer geographisch abgegrenzten Region ihre versicherten Personen bei der beruflichen Eingliederung. Sie betreuen aber auch die Arbeitgeber in ihrer Region, unabhängig davon, aus welcher Branche diese stammen. Dies bedingt einerseits breitere Branchenkenntnisse, was die Arbeit vielseitig und interessant macht, andererseits ist die gegenseitige Stellvertretung sichergestellt.

## Eingliederungsorientierte Fallarbeit

Primär versuchen wir in der Frühinterventionsphase, mit geeigneten Massnahmen rasch und unkompliziert den bisherigen Arbeitsplatz zu erhalten. Deshalb findet das erste Gespräch immer vor Ort beim Arbeitgeber statt. Dies hat den Vorteil, dass wir den Arbeitgeber kennenlernen und den bestehenden Arbeitsplatz in Augenschein nehmen können. So können wir vor Ort unbürokratisch und situativ erste Lösungsschritte diskutieren und anbieten.

Falls das Arbeitsverhältnis bereits aufgelöst wurde, wird ein Erstgespräch mit anschliessendem Assessment bei uns auf der IV-Stelle geführt. Mit dem Klienten erarbeiten wir

gemeinsam einen Eingliederungsplan mit dem Ziel, eine seiner Leistungsfähigkeit entsprechende Stelle zu finden.

Der Stellenvermittler beurteilt die Vermittlungsmöglichkeiten unter Beachtung der gesundheitlichen Situation, der Eignung des Versicherten sowie der gesetzlichen Rahmenbedingungen. Er ist bei der Suche nach geeigneten Arbeitsstellen behilflich. Weiter pflegt er Kontakte zu Arbeitgebern der offenen Wirtschaft und akquiriert dort systematisch neue Stellen für Menschen mit einer gesundheitlichen Einschränkung. Auch die Zusammenarbeit mit anderen Vermittlungsstellen, den beteiligten Versicherungen, Beratungsstellen, Sozialdiensten, Ärztinnen, Ärzten und Bezugspersonen ist ein wichtiger Bestandteil einer erfolgreichen Eingliederungsarbeit.

Neu stehen uns auch sogenannte Frühinterventionsmassnahmen zur Verfügung: Anpassung des Arbeitsplatzes (Hilfsmittel oder bauliche Massnahmen) oder Ausbildungskurse zur Qualifizierung, damit sich die Person auf dem Arbeitsmarkt behaupten kann. Weiter sind Belastbarkeits- und Aufbautrainings sowie Beschäftigungsmassnahmen und Jobcoaching möglich. Dies mit dem Ziel, die betreffende Person den Anschluss an die Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes nicht verpassen zu lassen und sie dem Leistungsvermögen entsprechend zu fördern.

Die Frühinterventionsphase dauert durchschnittlich sechs Monate. Nach dieser Phase fällen wir einen Grundsatzentscheid, falls der Klient noch keine Stelle gefunden hat. Wir entscheiden, ob weiterführende Interventionen wie Integrationsmassnahmen, Berufsberatung oder Stellenvermittlung angezeigt bleiben oder ob der Rentenanspruch geprüft werden muss, da keine Aussicht mehr auf eine berufliche Eingliederung oder eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit besteht. Nach der Frühinterventionsphase kann es auch zum Grundsatzentscheid kommen, dass die betroffene Person keinen Anspruch auf Leistungen der IV hat und wir deshalb das Leistungsgesuch ablehnen.

Nach dem Grundsatzentscheid sind Integrationsmassnahmen möglich. Diese Massnahmen umfassen sozialbe-



Marcel Lüthi

rufliche Rehabilitation wie Belastbarkeits- und Aufbau- training und WISA (Jobcoaching), Beschäftigungsmassnahmen oder Arbeit zur Zeitüberbrückung. Integrationsmassnahmen dienen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung. Sie zielen auf versicherte Personen ab, die nach der Frühinterventionsphase noch nicht so weit stabilisiert sind, dass eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt möglich ist, bei denen das Potential für eine berufliche Integration aber grundsätzlich vorhanden ist.

### Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Intern arbeiten wir mit verschiedenen Fachbereichen zusammen. Mit dem Team «Früherfassung», das uns nach einem Früherfassungsgespräch den Eingliederungsauftrag erteilt, klären wir offene Fragen bezüglich der Eingliederung ab. Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) unterstützt uns in der Beurteilung der medizinisch-theoretischen Leistungsfähigkeit von versicherten Personen, damit wir geeignete Eingliederungsmassnahmen planen können. Bei der Berufsberatung «kaufen» wir intern Dienstleistungen ein, zum Beispiel die klassische Berufsberatung im Sinne der Prüfung der Berufseignung und -findung. Umgekehrt nimmt die Berufsberatung unsere Dienstleistung in Anspruch, wenn es um einen Praktikumsplatz bei einer berufs begleitenden Umschulung geht.

Extern arbeiten wir vor allem mit den Arbeitgebern zusammen. Wir vereinbaren mit den versicherten Personen Arbeitstrainings in Form von Arbeitsversuchen, um die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der Praxis zu evaluieren. Anschliessend steht die Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt im Vordergrund. In dieser Eingliederungsarbeit haben wir auch mit verschiedenen Institutionen, Vermittlungsstellen, Versicherungen, Beratungsstellen, Ärztinnen, Ärzten und Sozialdiensten Kontakt. Insbesondere mit den Institutionen, die seit Anfang 2008 die neuen Instrumente der Frühintervention und der Integrationsmassnahmen anbieten, hat sich die Zusammenarbeit kontinuierlich verstärkt.

Innerhalb des Teams setzen wir ebenfalls auf Zusammenarbeit. Wir können uns auf eine fundierte Erfahrungspalette unserer Mitarbeitenden berufen: Je fünf Eingliederungsfachmänner bzw. -fachfrauen, die Erfahrungen in unterschiedlichen beruflichen Bereichen gesammelt haben, unterstützen einander im Suchen von Lösungswegen. Unsere Mitarbeitenden bringen Erfahrungen aus der Arbeitslosenversicherung, der privaten Stellenvermittlung, der Sozialhilfe, der Human Resources und dem Personalwesen mit. Zudem haben sie entsprechende Zusatz- oder Weiterbildungsangebote abgeschlossen. Neben der Fachausbildung ist die Grundhaltung den Menschen gegenüber entscheidend.

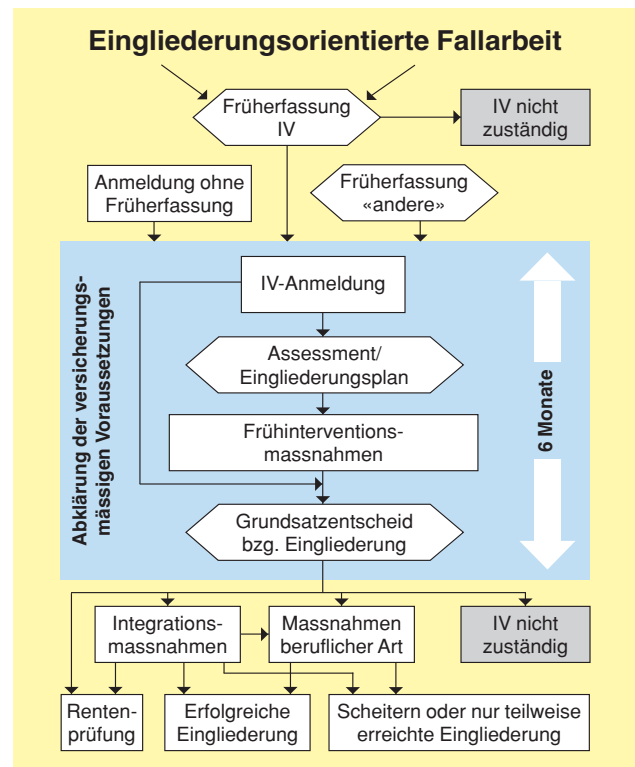


Abbildung 1 Eingliederungsorientierte Fallarbeit.

### Erfahrungen

Als positive Erfahrung kann hervorgehoben werden, dass wir während der Frühinterventionsphase schnell und unbürokratisch auf die Menschen zugehen dürfen und nach Bedarf niederschwellige Massnahmen anbieten können, damit die Ausgliederung der versicherten Personen erst gar nicht zum Thema wird. Bei der beruflichen Eingliederung zählt primär der Zeitfaktor. Die Arbeitgeber schätzen die neue Vorgehensweise und sprechen gut auf unsere neuen Möglichkeiten an.

Auch mit den verschiedenen Institutionen, die neu Frühinterventions- und Integrationsmassnahmen anbieten, konnten wir unsere Kontakte verstärken und zielgerichtet kooperativ zusammenarbeiten. Diese Angebote zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt sind wichtige Instrumente für eine erfolgreiche Vermittlung.

Selbstverständlich gibt es noch Verbesserungspotential. Zum Beispiel wünschen die Arbeitgeber eine Kontaktperson pro IV-Stelle, um die Zusammenarbeit zu vereinfachen und zu stärken sowie den Informationsfluss zu verbessern.

Marcel Lüthi

Teamleiter Stellenvermittlung, IV-Stelle Solothurn

Postfach, 4501 Solothurn

marcel.luthi@ivso.ch

**SYMPOSIUM****18. JUNI 2009****WORD TRADE CENTER  
ZÜRICH****FORUM  
MANAGED  
CARE**

# **Managed Care – die reizvolle Art zu steuern**

## **Sinnvolle Anreize jenseits von Manipulation, Unterlassung und anderen Nebenwirkungen**

Kein gesellschaftlicher Bereich kommt heute ohne Steuerung aus: In Industrie und Handel zum Beispiel vertrauen wir zu weiten Teilen wettbewerblicher Steuerung, im Bildungsbereich eher staatlicher Regulierung. Und im Gesundheitswesen? Hier herrscht traditions-gemäss professionelle und institutionelle Autonomie, häufig zum Leidwesen der Krankenkassen und kantonalen Behörden. Diese Autonomie ist offenkundig sinnvoll bei der Behandlung des einzelnen Patienten, denn nur so können dessen individuelle Beschwerden gezielt angegangen und dessen Präferenzen angemessen berücksichtigt werden. Die professionelle Autonomie ist aber weniger sinnvoll, wenn der einzelne Arzt wissenschaftliche Evidenz oder finanzielle Rahmen berücksichtigen soll, um damit die Kosteneffektivität seiner Behandlungen zu gewährleisten.

Folglich stellt sich die Frage, wie und mit welchen Konzepten die Behandlung und Versorgung einerseits wirkungsvoll, andererseits nebenwirkungsarm gesteuert werden kann. Im Wissen, dass wie überall in der Medizin neben den erwünschten Wirkungen auch unerwünschte zu erwarten sind. Man denke zum Beispiel an die vielen offenen Fragen rund um die Einführung der DRG in der Schweiz. Im schlechtesten Fall haben Steuerungsversuche sogar nur Nebenwirkungen – wie beim immer wieder verlängerten ärztlichen Zulassungstopp.

Steuern im komplexen Feld der Gesundheitsversorgung ist vielfach eine Gratwanderung zwischen (ökonomi-

schem) Wunschdenken und (medizinischer) Realität. «Systematisierung der Behandlungen» und «Pauschalierung der Vergütungen» sind heute die beiden wichtigsten Steuerungsgrundsätze. Und gerade hier wird ersichtlich, wie rasch Steuerung und Anreize bei zu hoher Dosis oder falscher Verabreichung die Immunsysteme im Kerngeschäft, das heisst die Abwehrkräfte von Ärzten und Pflegenden, aktivieren können. Und wie überall in der Natur gilt: Gegen heftige Immunabwehr ist kein Kraut gewachsen.

Das Symposium 2009 «Managed Care – die reizvolle Art zu steuern» befasst sich mit der Suche nach sinnvollen Anreizen jenseits von Manipulation, Unterlassung und anderen Nebenwirkungen. In einem disziplin-übergreifenden und interprofessionellen Dialog werden Experten aus dem In- und Ausland neue Impulse, Modelle, Lösungsansätze und Erfahrungen präsentieren und diskutieren. Am Nachmittag bieten Ihnen interaktive Workshops Gelegenheit, Ihre eigenen Konzepte und Erfahrungen zur Diskussion zu stellen oder gemeinsam mit dem interessierten Fachpublikum nach Lösungen zu suchen. Parallel dazu bieten verschiedene Präsentationen einen Überblick über aktuelle Projekte und Resultate in der Schweiz. In den Educational Workshops vermitteln Fachpersonen Basiskenntnisse und Erfahrungen zu den verschiedenen Dimensionen von Managed Care.

Die «FMC-Arena» beschliesst das Symposium mit einer Synthese des Tages und Schlussfolgerungen.

## VORPROGRAMM SYMPOSIUM

### Vormittag

- **Jenseits von Rationalität: Intuition und Unbewusstes**  
N.N.
- **Jenseits von Manipulation: Finanzielle Anreize und soziale Präferenzen**  
N.N.
- **Zwischen Systematik der Evidenz und Individualität der Patienten**  
Bettina Borisch, Institut de Médecine Sociale et Préventive, Université de Genève
- **Zwischen Bedürfnissen der Patienten und pauschalierten Preisen**  
Regula Jenzer Bürcher, Pflegedienste Spital Wallis (GNW), Sitten, und SVPL
- **Kosteneinsparungen? Die Wirkung von Managed Care!**  
Konstantin Beck, CSS-Institut für empirische Gesundheitsökonomie, Luzern

- **Reizvolle staatliche Regulierung?**  
Plenardiskussion und E-Voting mit nationalen und kantonalen Entscheidungsträgern  
Moderation: Ellinor von Kauffungen

### Nachmittag

- **Parallele Angebote**  
Interaktive Workshops  
Projektpräsentationen  
Educational Workshops
- **Verleihung Managed-Care-Förderpreis 2009**
- **FMC-Arena: Synthese und Schlussfolgerungen**  
Moderation: Ellinor von Kauffungen
- **Symposiumsende und Apéro**

### Abend

- **Managed Care Networking Dinner**  
mit den Referenten des Symposiums und einem Künstler

## FÖRDERPREIS 2009 DES FORUMS MANAGED CARE

Das Forum Managed Care verleiht anlässlich des Symposiums vom 18. Juni 2009 den Förderpreis für herausragende Leistungen zur Entwicklung und Umsetzung von Managed Care im Schweizer Gesundheitswesen. Die Preissumme beträgt 10'000 Schweizer Franken. Der Strategische Beirat entscheidet über die Vergabe des Förderpreises.

Teilnahmebedingungen: Alle zum Symposium 2009 eingereichten Projekte und Studien, die ganz oder hauptsächlich in der Schweiz bearbeitet wurden, sind

für den Förderpreis angemeldet. Die Bewertung der Arbeiten erfolgt nach den Kriterien:

- Bezug zu den Themen des Symposiums «Managed Care – die reizvolle Art zu steuern oder sinnvolle Anreize jenseits von Manipulation, Unterlassung und anderen Nebenwirkungen»
- Nachweis des Nutzens von Integration und Vernetzung auf die medizinische Qualität und/oder die Wirtschaftlichkeit

## CALL FOR ABSTRACTS UND EINREICHEN DER PROJEKTE

Das Forum Managed Care lädt alle Interessierten ein, am Symposium vom 18. Juni 2009 ihre wissenschaftlichen Studien, Optimierungsprojekte, Initiativen oder Innovationen in Form von Präsentationen oder interaktiven Workshops vorzustellen. Die Arbeiten sollen die Entwicklung, den Aufbau oder die Evaluation innovativer

Managed-Care-Formen und Instrumente zum Ziel haben und entsprechende Resultate aufweisen. Der Vorstand des Forums Managed Care nimmt Zusammenfassungen im Umfang von einer A4-Seite bis zum **31. Dezember 2008** entgegen. Anmeldungen können unter [info@fmc.ch](mailto:info@fmc.ch) eingereicht werden.

Ignazio Cassis, Karl Metzger, Andreas Roos, Jürg Vontobel

# Neue Brain Power im Forum Managed Care

Das Forum Managed Care nahm die Rücktritte von Philip Baumann und Kurt Hess zum Anlass, sein Führungsgremium zu erweitern: Seit Mitte Jahr wirken neu Ignazio Cassis, Karl Metzger, Andreas Roos und Jürg Vontobel im Vorstand mit. Nachfolgend nimmt jeder des Quartetts zu einer gesundheitspolitischen These Stellung.

*These: Verlängerung Zulassungsstopp, keine neuen (finanziellen) Anreize, Aussicht auf mehr Staat: Managed Care wird von der Politik langsam, aber sicher aufs Abstellgleis geschoben.*



Ignazio Cassis

**Ignazio Cassis:** Bei der Einführung des Zulassungsstopps (Art. 55a KVG) wollte das Parlament einen wirksamen Schutz schaffen gegen die infolge der bilateralen Verträge absehbare Einwanderung von EU-Ärzten in die Schweiz. Als erwünschte Nebenwirkung erhoffte man sich vom Zulassungsstopp, dass er helfe, die Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu bremsen.

Der Artikel ist eine klare Diskriminierung junger Ärztinnen und Ärzte, denen de facto die Eröffnung einer eigenen Praxis vorenthalten wird. Mittlerweile ist das, was als dreijährige Übergangsregelung gedacht war, bereits doppelt so lang in Kraft. Und noch immer hat man keine gerechtere Lösung gefunden. Schlimmer noch: Im Juni hat das Parlament den Zulassungsstopp abermals verlängert (bis Ende 2009). Diesen ganz abzuschaffen, hat der Politik zu grosse Angst gemacht. Sie fürchtet, durch eine plötzliche Vermehrung der Arztpraxen würde der Kostenanstieg im Gesundheitswesen endgültig ausser Kontrolle geraten.

Jetzt versuchen die FMH und die Gesundheitsdirektorenkonferenz das eidgenössische Parlament davon zu überzeugen, eine durch die Kantone umzusetzende planwirtschaftliche Lösung einzuführen – aus meiner liberalen Sicht nicht die beste Lösung.

Ein anderer Ansatz ist die Förderung von Managed-Care-Modellen. Diese Organisationsform – selbstverständlich mit finanzieller Mitverantwortung der Ärzte – bleibt für die Politik attraktiv. Denn angesichts des konsumorientierten «Industrialisierungsprozesses» des Betreuungssystems sind neue Organisationsformen gefragt. Gleichzeitig müssen wir uns vom Mythos verabschieden, dass alles, was im medizinischen Arsenal zur Verfügung steht, *eo ipso* unentbehrlich und solidarisch zu bezahlen ist. Ärztenetze können hier eine zentrale Rolle spielen, indem sie die solidarische Grundversorgung – auf der Basis von wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich – gewährleisten.

## Ignazio Cassis

Ignazio Cassis, 47, wohnt in Montagnola bei Lugano. Nach Erlangung der FMH-Titel «Innere Medizin» und «Prävention und Gesundheitswesen» war er elf Jahre Kantonsarzt im Tessin. Er ist seit 20 Jahren berufspolitisch tätig und seit 2003 auch parteipolitisch. 2007 wurde Cassis für die FDP in den Nationalrat gewählt, Mitte 2008 in den Vorstand der FMH (und gleich zu deren Vizepräsidenten). Der Lugano-Bern-Pendler liebt die vielfältigen Kontakte zu Menschen und hält sich an Konfuzius: «Wer ständig glücklich sein will, muss sich oft verändern.»  
ignazio.cassis@parl.ch

*These: In der Schweiz gibt es zu viele und zu kleine Ärztenetze. Das behindert die Professionalisierung und folglich die Ausbreitung dieser Versorgungsform.*

**Karl Metzger:** Zur Frage der optimalen Grösse eines Ärztenetzes gibt es divergierende Ansichten. Der Professionalisierungsgrad korreliert nicht mit der Grösse eines Ärztenetzes und ist sicher nicht der Hauptgrund für die mangelnde Ausbreitung der Ärztenetze.

Die Anzahl neu entstehender Ärztenetze hat nach



Karl Metzger

einer Stagnationsphase in den letzten zwei Jahren wieder stark zugenommen: Alleine in den letzten zwölf Monaten sind über 15 neue Ärztenetze entstanden. Immer mehr Versicherte können sich so für ein Managed-Care-Modell entscheiden. Die Anzahl der Managed-Care-Versicherten ist zwischen 2004 und heute entsprechend um über 50% gestiegen. Managed Care ist daher in einer Wachstumsphase. Ob und wie diese beschleunigt werden kann, und wo die Saturationsgrenze dieser Versorgungsform sein wird, wird die Zukunft weisen.

Beachtlich und befruchtend ist aus meiner Sicht aber die Vielfalt der heute gegen 100 Schweizer Ärztenetze: Sie reicht ...

- ... von kleinen Ärztenetzen mit weniger als 15 Ärzten bis zu grossen Gruppierungen mit über 200 Ärztinnen und Ärzten,
- ... von reinen Hausarztnetzen bis zu Netzen mit Spezial- und Spitalärzten,
- ... von sehr aktiven und innovativen Netzen bis zu mehrheitlich passiven Netzen mit geringer Innovationskraft,
- ... von Netzen mit über zehn Jahren Erfahrung und einem hohen Reifegrad bis zu ganz jungen und noch etwas wackeligen Ärztenetzen.

Für die Zukunft sehe ich sicher noch Potential für eine weitere Professionalisierung der Ärztenetze. Der Übergang vom reinen Gatekeeping zum Betreuungsarzt und Care-Team-Manager wird nicht ohne den Aufbau neuer Kompetenzen stattfinden.

Die Ausbreitung von Managed Care wird sich dann rasch weiter entwickeln, wenn die Rahmenbedingungen und Anreize für alle Beteiligten attraktiver werden. Dazu gehören die Verbesserung des Risikoausgleichs, zielführendere Anreize für die Versicherten wie die differenzierte Kostenbeteiligung oder bessere Abgeltungen für eine höhere Qualität der Dienstleistungen der Ärztenetze.

#### Karl Metzger

Karl Metzger, 39, ist Eidg. dipl. Organisator und verfügt über mehr als 20 Jahre Berufserfahrung im Gesundheitswesen. Gut die Hälfte davon war er in einer grossen Krankenversicherung als Organisator, Stabs- und Regionalleiter in diversen Funktionen tätig. Danach baute er als Projektleiter und Business Consultant Managed-Care-Organisationen und Ärztenetze auf. Heute ist er als Leiter Managed Care bei BlueCare für die Unterstützung und Beratung von Managed-Care-Organisationen, den Aufbau und die Weiterentwicklung von Ärztenetzen sowie das MC-Informationssystem BlueEvidence verantwortlich. Karl Metzger ist verheiratet und Vater von zwei Kindern.  
karl.metzger@bluecare.ch

*These: Verlängerung Zulassungsstopp, keine neuen (finanziellen) Anreize, Aussicht auf mehr Staat: Managed Care wird von der Politik langsam, aber sicher aufs Abstellgleis geschoben.*

**Andreas Roos:** Managed-Care-Ansätze stehen seit Jahren und verstärkt wieder in den letzten Monaten auf der gesundheitspolitischen Agenda. Von mangelnder Aufmerksamkeit oder Abstellgleis kann deshalb wohl nicht die Rede sein. Gleichzeitig trifft es jedoch zu, dass bisher kaum konkrete politische Ergebnisse erzielt werden konnten. Diese Diskrepanz zwischen hohen Erwartungen («overpromise») und spärlichen politischen Weiterentwicklungen («underdeliver») ist wohl damit zu erklären, dass Managed-Care-Anliegen in der Regel im Brennpunkt gegensätzlicher ideologischer Standpunkte stehen und zudem oft mit anderen komplexen oder umstrittenen KVG-Themen (Risikoausgleich, Vertragsfreiheit, Zulassungsstopp usw.) verbunden sind. Blockaden sind deshalb fast vorprogrammiert. Es wäre aber falsch, eine stärkere staatliche Einwirkung als Ausweg zu sehen. Vielmehr kann Regulierung sinnvolle Ansätze beeinträchtigen, so dass sie zu Alibiübungen verkommen können.



Andreas Roos

Der Einfluss der Politik sollte sich darauf beschränken, möglichst offene Rahmenbedingungen für Managed-Care-Modelle zu erhalten und Zwangsverpflichtungen und unnötige Reglementierung zu vermeiden. In diesem Sinne geht es darum, die Freiheit vor übermässigen staatlichen Einschränkungen zu wahren und damit eine Freiheit zu partnerschaftlich ausgestalteten, zwischen den Vertragspartnern freiwillig ausgehandelten Managed-Care-Modellen zu ermöglichen. Zum nötigen Freiraum gehören:

- ein möglichst offener Rahmen für Produktgestaltung, Rabattierung usw., vor allem auch die Möglichkeit von Mehrjahresverträgen; dabei können auch über die gesetzlichen Pflichtleistungen hinausgehende Leistungen vorgesehen werden.
- keine staatlichen Vorgaben zu Vernetzung, Steuerung, Rechtsform der Leistungsanbieter oder Ausgestaltung der Budgetmitverantwortung,
- keine Vorgaben zur geographischen Abdeckung.

Nicht zuletzt können mit freiheitlich ausgestalteten Lösungen die unterschiedlichen Präferenzen und Bedürfnisse der Versicherten und Patienten besser berücksichtigt

werden. Managed-Care-Modelle sollten so erlebbare Mehrleistungen vermitteln und einen echten Mehrwert im Sinne einer modernen, vernetzten Medizin mit hoher Convenience anbieten können.

#### Andreas Roos

Andreas Roos, Arzt und MHA («Master of Health Administration»), sammelte vielfältige Berufserfahrungen im Pharma-, Spital- und Krankenversicherungsbereich und ist heute in der Geschäftsleitung von Sanitas für das Departement Produkte verantwortlich. Andreas Ross ist verheiratet und Vater von zwei Kindern.  
andreas.roos@sanitas.com

*These: Um Managed-Care-Konzepte weiter entwickeln zu können, braucht es neue Vergütungssysteme, zum Beispiel Pay for Performance oder einen nach Qualitätserfordernissen abgestuften Taxpunktwert.*



Jürg Vontobel

**Jürg Vontobel:** Die bestehenden Vergütungssysteme, insbesondere Capitationmodelle, bieten zahlreiche wirtschaftliche Anreize für Managed Care. Neue Abgeltungen können zusätzliche Impulse setzen, sind aber kontraproduktiv, wenn sie sich nicht an Markterfolg und Resultaten orientieren, sondern an Strukturen, zum Beispiel, wenn Praxen nur

aufgrund von Organisationsform oder Lage höhere Taxpunktwerte erhalten.

Ich bin deshalb überzeugt, dass es für die erfolgreiche weitere Entwicklung von Managed Care keine neuen Vergütungssysteme braucht. Entscheidend ist vielmehr das unternehmerische Engagement der Anbietenden und die konsequente Ausrichtung der Angebote auf die Be-

dürfnisse der Kunden. Diese wünschen sich eine optimale medizinische Betreuung durch den Arzt oder die Ärztin ihres Vertrauens und gleichzeitig bezahlbare Krankenversicherungsprämien.

Managed-Care-Anbieter können ihre Leistungen dank höherer organisatorischer, administrativer und technischer Effizienz günstiger erstellen. Der Fokus auf die gesamte Behandlung sowie optimale medizinische Prozesse ermöglichen massgeschneiderte Medizin ohne unnötige Doppel- und Nebenbehandlungen. Die hohe Behandlungsqualität ist für die Patienten spürbar und objektiv nachgewiesen. Managed-Care-Anbieter können externe Leistungen günstiger einkaufen und Qualitätsstandards für Spezialisten und Spitäler definieren.

Das ist echter Mehrwert für Kundinnen und Kunden. Gemeinsam mit Managed-Care-orientierten Krankenversicherern können die Angebote deshalb als spezifische Produkte mit nachweisbar besserem Preis-Leistungs-Verhältnis angeboten werden.

Wenn sich die Anbieter von Managed Care konsequent auf die Bedürfnisse der Patienten nach Qualität bei gleichzeitig fairem Preis ausrichten und sich dem Wettbewerb um Mehrwert stellen, werden sie sich durchsetzen. Sie werden dank der steigenden Nachfrage und der höheren Effizienz wirtschaftlich Erfolg haben. Es werden sich neue Perspektiven für die Zufriedenheit im Beruf eröffnen. Dafür braucht es Freude an der eigenen Tätigkeit, Mut zur Innovation und unternehmerisches Denken.

#### Jürg Vontobel

Jürg Vontobel, 44, ist Arzt und lebt mit seiner Familie in Luzern. Nach einer Erstausbildung zum Elektroniker war er sechs Jahre in Qualitätssicherung und -management in der Produktion eines international tätigen Telekommunikationsausrüsters tätig. Danach folgten die Zweitausbildung zum Arzt sowie klinische Tätigkeiten in Psychiatrie und innerer Medizin. 2001 wechselte er in den Bereich Leistungsmanagement bei der Concordia. Seit 2007 leitet er diese Geschäftseinheit und ist Mitglied der Geschäftsleitung der Concordia.

juerg.vontobel@concordia.ch

Alex Friedl, Iris Wietlisbach

# Ärztbewertung im Internet: Megatrend oder Gigaflop?

**Die im Mai 2008 aufgeschaltete Ärztebewertungsseite [www.okdoc.ch](http://www.okdoc.ch) hat die Diskussion über Sinn und Unsinn von Ärztebewertungen durch Laien im Internet lanciert. Die Autoren beleuchten am Beispiel Deutschlands die Problematik von solchen Bewertungen im Internet und zeigen mögliche Lösungsansätze auf. Die Entwicklung in der Schweiz steht ganz am Anfang, für die Akteure gibt es viel Gestaltungsspielraum.**

Die Konsultation von Hotelbewertungen im Internet ist für Urlauber in der Zwischenzeit alltäglich. Dabei ist das Internet eine ideale Ergänzung zu den Empfehlungen des Reiseanbieters, dem Sternerating der Hotelierverbände und der Homepage des Hotels. Das Abgeben von Empfehlungen und Bewertungen im Internet dehnt sich nun auf weitere Bereiche unseres Lebens aus, so auch auf das Gesundheitswesen. Ein Ärzterating soll den Patientinnen und Patienten rasch die richtige Auswahl ermöglichen und auch Auskunft über die Qualität geben. Mit der Aufschaltung der Ärztebewertungsseite [www.okdoc.ch](http://www.okdoc.ch) wurde nun auch die Schweizer Ärzteschaft mit dem Thema Internetrating konfrontiert.

## Deutschland um Jahre voraus

In Deutschland entstand bereits 2001 mit [www.checkthedoc.de](http://www.checkthedoc.de) die erste Arztbewertungsseite. 2005 ging mit [www.helpster.de](http://www.helpster.de) das erste Gesundheitsnetzwerk mit einer Ärztebewertung online. Ab 2007 kam es in Deutschland zu einem regelrechten Boom von Arztbewertungsseiten. Heute kann der Patient auf rund einem Dutzend Seiten die Meinung über seinen Hausarzt abgeben. Tabelle 1 gibt einen Überblick der wichtigsten Seiten. Die Arztbewertungsseiten lassen sich grob in drei verschiedene Kategorien unterteilen:

### 1. Gesundheitsnetzwerke und -portale

In diesen Communities finden Interessierte eine Fülle von Informationen rund um das Thema Gesundheit. So sind Hinweise zu verschiedenen Krankheiten, Behandlungen und Medikamenten verfügbar. Die Portale werden auch als Diskussionsplattform zu verschiedenen Themen rund um die Gesundheit genutzt. Die Arztbewertung und -suche ist ein Teil dieser Internetseiten. Beispielsweise bietet [www.imedo.de](http://www.imedo.de) unter dem Motto «Gemeinsam ge-

sund» die Möglichkeit, mit Gleichgesinnten in Kontakt zu treten und sich gegenseitig bei der Überwindung kleiner und grösserer gesundheitlicher Probleme oder Herausforderungen zu unterstützen.

### 2. Reine Arztbewertungsseiten

Diese Internetseiten verfolgen ausschliesslich das Ziel, die Wahl des richtigen Arztes zu ermöglichen. Ebenfalls bietet sich für Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit, durch ein gutes Rating den Patientenstamm zu erhöhen. Andere Dienstleistungen oder auch Diskussionsforen werden nicht angeboten.

### 3. Bewertungsseiten ausserhalb des Gesundheitswesens

Bewertungsseiten wie [www.qype.de](http://www.qype.de) oder [www.golocal.de](http://www.golocal.de) sind virtuelle Branchenbücher. Diese Seiten präsentieren eine Fülle von Informationen über Restaurants, Clubs, Anwälte, Garagen und auch über Ärztinnen und Ärzte, die man alle mit Sternen und Freitext bewerten kann. Diese Seiten verfügen über eine grosse Anzahl von Bewertenden. So verzeichnet laut der FAZ («Frankfurter Allgemeine Zeitung») [www.qype.de](http://www.qype.de) mehr als 45 000 aktive Schreiber.

### Neue Tendenzen

Die Entwicklung rund um Ärztebewertungsplattformen ist auch in Deutschland noch längst nicht abgeschlossen. Mit [www.healthpool.de](http://www.healthpool.de) hat im November 2007 SECURVITA als erste Krankenversicherung ein eigenes Gesundheitsportal mit Ärztebewertung angekündigt. Die Autoren sind der Ansicht, dass über kurz oder lang weitere Krankenversicherungen einen entsprechenden Service anbieten werden.

Ebenfalls sind bereits Kooperationen zwischen Ärztebewertungsplattformen und anderen Akteuren im Gesund-



Alex Friedl



Iris Wietlisbach

heitswesen entstanden. So übernimmt beispielsweise die Stiftung «Gesundheit» auf ihrer Ärzteempfehlungsseite die Bewertung aus der Ärztebewertungsplattform [www.topmedic.de](http://www.topmedic.de). Grund für die Anerkennung des Patiententratings durch die Stiftung Gesundheit war die Prüfung und Freischaltung durch eine qualifizierte Fachperson. Im Internet lässt sich bereits eine stattliche Anzahl ähnlicher Kooperationen finden.

### Problembereiche

Warum sorgen Ärztebewertungsseiten für Diskussionen, während sich Hotelbewertungsseiten bestens etabliert haben? Das Verhältnis zwischen Patient und Arzt ist keinem klassischen Dienstleistungsverhältnis – wie etwa demjenigen zwischen Gast und Hotel – gleichzusetzen. Die mehrschichtige Arzt-Patient-Beziehung greift in einen sehr persönlichen Bereich ein und kann auch emotional geprägt sein. Persönliche oder gar intime Themen stehen im Zentrum. Für diese Gespräche braucht es viel Offenheit, Vertrauen und gegenseitigen Respekt. Durch die öffentliche Klassierung der Ärzte wird ein Teil dieses Verhältnisses offengelegt. Eine Sichtung der Seiten in Deutschland zeigte die folgenden drei wichtigen Problembereiche:

#### Anonymität

Auf fast allen Arztbewertungsseiten ist ein anonymes Rating von Ärzten möglich. Häufig braucht es eine Registrierung mit Angabe einer E-Mail-Adresse. Über ein Bestätigungsmail muss der Account freigeschaltet werden. Einzelne Seiten verlangen Zusatzangaben, die jedoch nicht überprüft werden. Auf einigen Plattformen (wie beispielsweise bei [www.topmedic.de](http://www.topmedic.de)) braucht es gar keine Registrierung. Jeder kann jeden bewerten oder gar Einträge manipulieren. Anonymität bedeutet, dass kein Eintrag nachprüfbar ist. Die Zuverlässigkeit der Angaben kann nicht garantiert werden.

#### Beurteilungskriterien

Kriterien wie Wartezeiten, Atmosphäre in der Praxis oder Freundlichkeit des Praxispersonals können sehr zuverlässig durch Patientinnen und Patienten bewertet werden. Hingegen gestaltet sich die fachliche Beurteilung von Ärztinnen und Ärzten als schwierig. Wie soll ein Laie beurteilen können, ob er durch den Arzt effektiv und gemäss dem neuesten Stand der Medizin behandelt wurde? Laut einer Studie der deutschen Stiftung «Gesundheit» vertreten rund 61 Prozent der Mediziner/

-innen die Meinung, dass Laien die ärztliche Kompetenz weder einschätzen noch bewerten können.

#### Zahl der Bewertungen

Die Bewertungsdichte pro Ärztin bzw. Arzt ist momentan noch sehr gering. Die Bewertungsseite [www.docinsider.de](http://www.docinsider.de) gibt an, dass sie bereits über 60 000 Ratings verfügt. Bezogen auf die 370 000 beurteilbaren Ärztinnen und Ärzte bedeutet dies, dass nur jeder sechste Arzt wenigstens einen Wert aufweist. Auch bei länger bestehenden Arztbewertungsseiten zeigt sich, dass nur ganz selten für einen Arzt mehr als zwei Ratings einsehbar sind. Hinzu kommt, dass sich beispielsweise in Deutschland die Bewertungen auf ein Dutzend Internetseiten verteilen, was die Aussagekraft nochmals relativiert. Ein weiteres Problem ist die Aktua-

### Warum sorgen Ärztebewertungsseiten für Diskussionen, während sich Hotelbewertungsseiten bestens etabliert haben?

lität des Eintrags. Liegt eine Bewertung mehr als ein Jahr zurück, ist sie kaum mehr aussagekräftig. Diese geringe Summe führt dazu, dass es sich bei den abgegebenen Meinungen um Einzelaussagen handelt. Eine Orientierungshilfe sind sie deshalb kaum.

#### Technische Probleme sind lösbar

Die Gefahr von Missbrauch lässt sich heute mit technischen Vorkehrungen lösen. So wäre mindestens die Registrierung über ein sicherheitszertifiziertes Verfahren sicherzustellen. Auch ist die Rückprüfung des Ratings oder der Kommentare durch den beurteilten Arzt, den Portalbetreiber oder allenfalls auch durch eine neutrale Fachstelle machbar. Einige Portale – wie beispielsweise [www.topmedic.de](http://www.topmedic.de) oder [www.esando.de](http://www.esando.de) – plausibilisieren bereits heute jeden Eintrag durch eine Expertin oder einen Experten. Zudem bieten folgende technischen Vorkehrungen eine Problemlösung an:

- Keyword-Blocking<sup>1</sup>,
- Limitierung der Anzahl Ratings pro Netzwerkadresse,
- «Missbrauchsbutton» für die Meldung von problematischen Bewertungen,
- Standardisierter Prozess für den Umgang mit Missbrauch und Beschwerden.

#### Laienbewertungen können aussagekräftig sein

Die Bewertungssystematik ist ein zentraler Punkt. Die Sichtung von verschiedenen Arztbewertungsseiten zeigt, dass vor allem Kriterien bewertet werden, die der Laie

<sup>1</sup> Das Keyword-Blocking basiert auf Listen mit verbotenen Wörtern, die auf einer Seite nicht vorkommen dürften.

Internetadresse	Kurzbeschreibung
www.aerzte-bewerten.de	Reines Arztbewertungsportal. Der Fragekatalog beinhaltet nur Fragen zu durch den Patienten bewertbaren Kriterien. Eigene Rubrik mit den skurrilsten Arztgeschichten.
www.arztspiegel.de	Bewertungsplattform für Krankenhäuser, Ärzte, Pflegedienste, Seniorenheime usw. Registrierung erforderlich und Freischaltung des Ratings über einen per E-Mail zugestellten Weblink.
www.docinsider.de	Gesundheitsplattform mit Ärzterating aus Mix von Noten und Freitext. Rund 800 Mediziner/-innen beantworten in den verschiedenen Foren unentgeltlich Fragen. SMS-Service für Arzttermine.
www.esando.de	Reine Arztbewertungsplattform. Das Rating erfolgt mit einem Mix aus Noten und Freitext.
www.helpster.de	Gesundheitsplattform mit Hauptfokus auf Diskussionsforen. Einfaches Rating mit Noten von 1 bis 5, kein Freitext möglich.
www.imedo.de	Die Gesundheitsgemeinschaft in Deutschland. Grösstes Portal in Deutschland. Rating von vier Kriterien mit Noten von 1 bis 5.
www.jameda.de	Reine Arztbewertungsplattform mit einem sehr umfangreichen Fragebogen mit Zusammenfassungen in Form von Schulnoten.
www.medfuehrer.de	Gesundheitsportal mit einem umfassenden Angebot wie Foren, Jobbörse im Gesundheitswesen und einer ausführlichen Dokumentation über Krankheitsbilder. Das Portal umfasst auch eine Arzt- und Spitalbewertung mit einem sehr umfangreichen Fragekatalog.
www.patienten-empfehlen-aerzte.de	Plattform mit Fokussierung auf Ärzterating. Die Bewertung erfolgt mit Sternen und Freitext. Die Behandlungsqualität kann nicht mit Freitext kommentiert werden.
www.qype.com	Portal für die Bewertung von Dienstleistungen aller Art von «A» wie Arzt bis «Z» wie Zahntechniker. Gleiches Rating für alle Dienstleistungskategorien.
www.topmedic.de	Internetseite für Arzt-, Zahnarzt- und Spitalbewertung. Bewertung mit Schulnotenprinzip muss mit Freitext begründet werden. Keine Registrierung des Benutzers erforderlich.

**Tabelle 1**  
**Übersicht über Arztbewertungsseiten in Deutschland (Auswahl).**

sehr wohl beurteilen kann. Dies sind beispielsweise Wartezeit, Erreichbarkeit der Praxis, Freundlichkeit des Praxispersonals oder auch der Eindruck, ob sich ein Arzt genügend Zeit für die Behandlung genommen hat. Keine der geprüften Seiten setzt eine direkte Beurteilung der Fachkompetenz der Ärztin bzw. des Arztes ein. Hingegen finden sich immer wieder Kommentare und Anekdoten zur Behandlungsqualität in den Freitextfeldern. Wir sind der Ansicht, dass eine professionelle Bewertungssystematik, die sich auf durch Laien beurteilbare Aspekte bezieht, machbar ist und die notwendige Aussagekraft der Bewertung sicherstellen kann.

### Bewertungsdichte

Eine mögliche technische Massnahme wäre eine Skala, die je nach Anzahl und Aktualität der Ratings dem Benutzer die Aussagekraft der Bewertungen pro Leistungserbringer anzeigt. Mit technischen Massnahmen kann jedoch das Problem der fehlenden Datenrobustheit nicht gelöst

werden. Die Aussagekraft kann nur durch eine grössere Anzahl Bewertungen gesteigert werden. Als Lösung wäre die Propagierung von Arztbewertungsseiten durch einen grossen Akteur im Gesundheitswesen denkbar. Dies

Die Sichtung von verschiedenen Arztbewertungsseiten zeigt, dass vor allem Kriterien bewertet werden, die der Laie sehr wohl beurteilen kann.

könnte nach unserer Ansicht beispielsweise eine Konsumenten- oder Patientenschutzorganisation, eine grosse Krankenversicherung, eine ärztliche Standesorganisation oder auch ein gewichtiger Player im Internetgeschäft, wie beispielsweise www.comparis.ch, sein. Vor allem die Ärztinnen und Ärzte selber könnten mit der Aufforderung an ihre Patientinnen und Patienten, ihre Dienstleistung zu bewerten, die Anzahl Bewertungen in kurzer Zeit erhö-

hen. Auch könnte für weniger geübte Personen die Bewertung in Papierform erfolgen und dann elektronisch im Internet verfügbar gemacht werden.

Mit [www.okdoc.ch](http://www.okdoc.ch)

gibt es momentan nur eine gesamtschweizerische  
Arztbewertungsseite.

### Die Schweiz zieht nach

Mit [www.okdoc.ch](http://www.okdoc.ch) gibt es momentan nur eine gesamtschweizerische Arztbewertungsseite. Bei [www.zurinet.ch](http://www.zurinet.ch) können die Stadtzürcher Ärztinnen und Ärzte anonym bewertet werden. Vor allem [www.okdoc.ch](http://www.okdoc.ch) führte bei der Schweizer Ärzteschaft zu vielen Beanstandungen. Seit dem 23. Juni 2008 liegt eine Empfehlung des eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten vor. Die Betreiberin von [www.okdoc.ch](http://www.okdoc.ch) wird angehalten, alle vorhandenen Bewertungen von der Webseite zu entfernen. Bei den Eintragungen müsse das Einverständnis des jeweiligen Leistungserbringers vorliegen. Die Bewertungen erwiesen sich in dieser Form als nicht zuverlässig. Auch könne nicht gewährleistet werden, dass die Beurteilung tatsächlich durch einen Patienten des behandelnden Arztes vorgenommen wurde. Sogar dass Ärztinnen und Ärzte andere Berufskollegen absichtlich schlechtmachen und damit Wettbewerbsrecht verletzen, sei theoretisch möglich.

Die FMH fordert, dass ein Leistungserbringer das Recht haben muss, sich aus dem Ärzteverzeichnis von [www.okdoc.ch](http://www.okdoc.ch) löschen zu lassen. Ebenfalls muss der Betreiber sicherstellen, dass keine ehrverletzenden und beleidigenden Kommentare veröffentlicht werden. Quasi als Antwort auf Arztbewertungsplattformen propagiert die FMH einen vollständigen und tagesaktuellen Ärzteindex unter [www.doctorfmh.ch](http://www.doctorfmh.ch). Jeder Adresse ist ein Lageplan zugeordnet. Ferner bietet [www.doctorfmh.ch](http://www.doctorfmh.ch) nützliche Informationen – etwa zu Sprachkenntnissen, speziellen Dienstleistungen, Link zur Homepage, Rollstuhlgängigkeit einer Praxis oder Öffnungszeiten. Jedoch gibt es keine Arztbewertung im Dienstleistungsangebot der Seite.

### Unaufhaltsame Entwicklung

Die Arztbewertungsplattformen melden eine steigende Anzahl Nutzer und eine steigende Nachfrage. So verzeichnet [www.topmedic.de](http://www.topmedic.de) pro Monat bereits rund eine

Million Seitenaufrufe, Tendenz steigend. In Deutschland verwenden laut einer Studie der GfK Marktforschungsgruppe schätzungsweise 7,2 Millionen User die Möglichkeiten der Mitautorenschaft im Web 2.0.<sup>2</sup> Noch sind aber vor allem jüngere Nutzer aktiv, bei denen das Thema Gesundheit und Arztwahl eher eine untergeordnete Bedeutung aufweist. Nur schon die Alterung der Web-2.0-User führt aber automatisch zu einer stärkeren Frequentierung der verschiedenen Bewertungsplattformen. Dieser Trend wird durch die generelle Verbreitung der Internetnutzung in allen Bevölkerungsschichten verstärkt.

### Arztbewertung – ein Selbstversuch

Was taugen eigentlich Arztbewertungsplattformen? Nehmen wir an, ich liege mit einer schweren Grippe im Bett und suche in Heilbronn, einer ähnlich grossen Stadt wie Winterthur, einen kompetenten Arzt. Ich habe keine Bekannten, die mir eine Empfehlung abgeben könnten. Im Internet stosse ich sofort auf [www.imedo.de](http://www.imedo.de), das grösste Gesundheitsportal in Deutschland. Mir wird das rasche Finden des richtigen Arztes versprochen. Auf meine Stichworte «Grippe» und «Heilbronn» werden mir 43 Ärztinnen und Ärzte mit Fachrichtung Innere Medizin und ein Facharzt für psychotherapeutische Massnahmen vorgeschlagen. Jetzt bin ich irritiert, denn als Laie bin ich mir nicht sicher, ob ich nicht doch besser zu einem Allgemeinmediziner gehen sollte. Was soll's, die Ärzteauswahl zeigt mir doch immerhin sieben Ärzte mit einem Rating zwischen drei und fünf Sternen an. Per Mausclick gelange ich zu den Ratings der drei Ärzte mit der maximalen Punktzahl. Alle haben aber jeweils nur eine Bewertung. Die Schulnoten zur Bewertung von Terminverfügbarkeit, Pünktlichkeit, Zwischenmenschlichem und Mitarbeitenden helfen mir bei meiner Arztsuche nicht wirklich weiter. Sie sind ganz einfach nicht aussagekräftig. Vielleicht sollte ich im Forum von [www.imedo.de](http://www.imedo.de) die Frage nach einem guten Arzt in Heilbronn stellen?

Die Konsultation von [www.topmedic.de](http://www.topmedic.de) bringt fünf Allgemeinmediziner in Heilbronn mit jeweils einem Rating. Die Aussagekraft dieser Ratings ist jedoch gering. Kaum eine Bewertung hat etwas Freitext, die eine Aussage über die Qualität der Praxis zulässt. Die Seite [www.medfuehrer.de](http://www.medfuehrer.de) zeigt nur eine Ärztin mit einem Rating an, auf [www.qype.com](http://www.qype.com) findet sich in Heilbronn überhaupt kein Arzt, über den es eine Empfehlung gibt. Frustriert nehme ich das Telefonbuch hervor und vereinbare mit dem erstbesten Arzt einen Termin ...

<sup>2</sup> Wikipedia: Benutzer können Inhalte in quantitativ und qualitativ entscheidendem Masse selbst erstellen und bearbeiten.

Die Bewertung und die Auswahl von Ärztinnen und Ärzten aufgrund von Meinungen früherer Patienten entspricht jedoch einem Konsumentenbedürfnis. In einer kalifornischen Studie nannten 51 Prozent der Befragten die Patientenbewertung als wichtigstes Entscheidungs-

---

Wenn nicht Patienten- und Ärzte-  
organisationen dieses Feld besetzen,  
tun es andere.

---

kriterium für die Arztwahl.<sup>3</sup> Dies entspricht auch dem Ergebnis einer Studie des Marktforschungsinstituts «Innofact» im Auftrag des Gesundheitsnetzwerkes [www.helpster.de](http://www.helpster.de). Wir glauben deshalb, dass die Entwicklung von Arztbewertungsplattformen auch in der Schweiz unaufhaltsam ist. Die Nutzung wird jedoch nur auf den internetversierten Teil der Bevölkerung beschränkt bleiben. Bis zu einer umfassenden Durchdringung in allen Altersschichten wird es noch Jahre dauern.

### Ein Ansatz für die weitere Entwicklung

Obwohl das Thema Ärzterating sehr kontrovers diskutiert wird, sind wir der Ansicht, dass die Differenzen zwischen den einzelnen Anspruchsgruppen nicht fundamental sind. Aussagekräftige, korrekte und verständliche Aussagen über die Dienstleistungsqualität eines Arztes liegen im Interesse von Patientinnen, Patienten und Leistungserbringenden. Eine gute Ärztebewertungsplattform könnte sich als idealer Marktplatz zwischen Suchenden und Anbietern etablieren. Das Feld ist in der Schweiz mit Ausnahme von [www.okdoc.ch](http://www.okdoc.ch) noch nicht besetzt.

<sup>3</sup> Quelle: [www.forum-gesundheitspolitik.de](http://www.forum-gesundheitspolitik.de), Studie von Gary Fanjiang u.a.: Providing Patients Web-based Data to Inform Physician Choice: If You Build It, Will They Come? (Journal of General Internal Medicine, Volume 22, Number 10/Okttober 2007, 1463–1466, DOI: 10.1007/s11606-007-0278-1).

Wir vertreten die Ansicht, dass zum jetzigen Zeitpunkt ein massgeblicher nichtkommerzieller Akteur im Gesundheitswesen eine Arztbewertungsplattform lancieren soll. Diese Plattform hätte die Chance, sich als DIE Plattform für die Arztsuche und -bewertung zu etablieren. Ein grosser Betreiber wäre auch Garant für Professionalität, Sicherheit und Wahrung der Interessen von Patientinnen, Patienten, Ärztinnen und Ärzten. Anbieten würden sich aus unserer Sicht Patienten- und Konsumentenschutzorganisationen. Denkbar wären allenfalls Kooperationen mit den Krankenversicherungen im Bereich des Sponsorings. Eine Verlinkung mit dem bestehenden FMH-Ärztindex [www.doctorfmh.ch](http://www.doctorfmh.ch) oder allenfalls eine Verbindung zu Zertifizierungsinstituten wie z.B. EQUAM sind vielversprechende Lösungsansätze.

Wir sind überzeugt, dass ein aktives Handeln in dieser frühen Phase der Entstehung dazu führen könnte, dass Ärztebewertung im Internet nicht zum Fluch, sondern zum Segen für Patienten und Leistungserbringende wird. Wenn nicht Patienten- und Ärzteorganisationen dieses Feld besetzen, tun es andere, wie das Beispiel von [www.okdoc.ch](http://www.okdoc.ch) zeigt.

Korrespondenz\*:

Alex Friedl  
Agenturleiter Suva Wetzikon  
Absolvent des Executive MBA (EMBA)  
Hochschule Luzern  
[alex.friedl@suva.ch](mailto:alex.friedl@suva.ch)

Iris Wietlisbach  
Geschäftsführerin TeamFocus Consulting AG  
Absolventin des Executive MBA (EMBA)  
Hochschule Luzern  
E-Mail-Adresse [iris.wietlisbach@teamfocus.ch](mailto:iris.wietlisbach@teamfocus.ch)

\* Die Autoren sind Absolventen des Executive MBA an der Hochschule Luzern. Der Artikel entstand als Projektarbeit in dieser Weiterbildung

Urs Keller, Ruedi Stahlberger

Nominiert für den  
**Förderpreis 2008**  
des Forums Managed Care

# Horizontal und vertikal vernetzte Patientenbetreuung

Das Ärztenetzwerk PizolCare hat die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringenden wie Spitex, Physiotherapie oder psychiatrischen Diensten der Regionen Sarganserland und Werdenberg mit einer Reihe von Massnahmen verbessert. Ziel ist die Steigerung der Behandlungsqualität mit einer kosteneffektiven Betreuung.



Urs Keller

Längerdauernde Behandlungen von Patienten mit komplexeren Krankheiten sind kostenintensiv und sowohl für die Patienten als auch für ein Netz mit Budgetmitverantwortung belastend. Das Ärztenetzwerk PizolCare hat deshalb die Zusammenarbeit mit den der ärztlichen Behandlung direkt nachgegliederten Diensten Spitex und Physiotherapie strukturiert und die übergeordneten Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Betreuung und die Kommunikation zwischen Grundversorgenden und spezialisierten psychiatrischen Diensten in separaten Vereinbarungen geregelt.

## Wen betrifft es und wer ist daran beteiligt?

PizolCare ist als Ärztenetzwerk seit Januar 2000 aktiv und umfasst aktuell 98 interessierte Hausärztinnen und Hausärzte, Spezialärztinnen und Spezialärzte mit eigener Praxis und Spitalkaderärztinnen und Spitalkaderärzte aus den Regionen Sarganserland und Werdenberg. Das Grundversorgernetzwerk wurde als eines

der ersten Netzwerke Ende 2003 EQUAM-zertifiziert und im Oktober 2006 erfolgreich rezertifiziert. Das Netz betreut in konventionellen Hausarztmodellen und in Capitationmodellen ungefähr 15 300 Personen, wovon für etwa 11 300 eine Budgetmitverantwortung übernommen wird.



Ruedi Stahlberger

## Gründe für die Vernetzung

- Patienten, die über die ganze Behandlungskette betreut werden, sind in der Regel sehr kostenintensiv und deren Behandlung komplex und dadurch fehleranfällig.
- Spitex- und Heimbehandlungen sowie längerfristige Physiotherapien waren bei PizolCare bisher schwierig zu steuern.
- Für die PizolCare AG hat die integrierte Versorgung der Patientinnen und Patienten oberste Priorität, also die optimale Zusammenarbeit aller Betreuenden.
- Bei Budgetmitverantwortung im Managed-Care-System hilft diese Art der integrierten Zusammenarbeit die vorhandenen finanziellen Ressourcen optimal zu nutzen.
- Krankheiten und Kosten können nicht gesteuert werden, nur deren Prozesse und Abläufe können günstig beeinflusst werden.

## Folgende Massnahmen wurden bisher umgesetzt

- Verbesserung der Kommunikation zwischen den Spitälern der Spitalregion, der sanktgallischen psychiatrischen Dienste Süd und der Rehaklinik Valens durch Unterzeichnung eines «Letter of Intent» mit Kommunikationsregeln.
- Optimierung der Schnittstelle stationär-ambulant und ambulant-stationär durch ein gemeinsames Patientendokumentationssystem.
- Schaffung gemeinsamer Behandlungsgrundlagen durch Erarbeitung von Richtlinien, welche in einem gemeinsamen PizolCare-Palliativ-Care-Ordner festgehalten wurden, wobei Palliativ Care sehr breit verstanden wird und bisher die Kapitel Schmerzbehandlung, Herzinsuffizienz, Mental Health und Diabetes mellitus umfasst.
- Jährliche gemeinsame Fortbildungen für Spitex- und Heimpflegefachpersonal zusammen mit den MPA zur Schulung der gemeinsamen Behandlungsgrundlagen und Implementierung einer «Fehlerkultur» durch Sammeln und prämiieren von «SiSlis» (Störungen im System).
- Anstellung zweier PizolCare-Spitex-Koordinations-Pflegefachfrauen in Teilzeit für Projektarbeit und Kontakte beim Ärztenetzwerk PizolCare, die eigene Spitex-

Qualitätszirkel in den beiden Regionen Werdenberg und Sarganserland organisieren.

- Gemeinsame datenschutzkonforme HIN-Kommunikationsplattform für die Praxen, die stationären Institutionen und die Spitex-Organisationen.
- Vereinbarung mit den Physiotherapieinstituten der Region, die sich in der IG PizolCare zusammengeschlossen haben und eigene Physiotherapeuten-Qualitätszirkel und einen gemeinsamen jährlichen Qualitätszirkel mit der Ärzteschaft organisieren.
- Die praktizierenden Psychiater der PizolCare gründen den Verein «PP&P» als spezialärztlichen Qualitätszirkel.

Die Ziele aller getroffenen Massnahmen sind:

- gemeinsame Behandlungsgrundsätze und Kommunikationswege definieren,
- in den Qualitätszirkeln erarbeitete PizolCare-Patientenpfade in den regionalen Spitex-Vereinen und der IG PizolCare bekanntmachen,
- Projekte realisieren,
- die Verlaufsberichterstattung standardisieren und
- die elektronische Kommunikation über die HIN-Plattform fördern.

Die Physiotherapieberichte werden bei Konformität finanziell entschädigt, die Spitex- und künftigen MPA-Qualitätszirkel finanziell unterstützt. Anhand einer Schmerzbehandlungs-Zufriedenheitsbefragung konnte eine Verbesserung der Behandlungsqualität über drei Jahre nachgewiesen werden.

## Zusammenfassung

Die geschilderte ganzheitliche Betreuung über mehrere Leistungsanbieter in der integrierten Behandlungskette mit guter, datenschutzkonformer Kommunikation, gemeinsam definierten Behandlungsgrundlagen, CIRS und SiSli-Berichten sowie regelmässiger Berichterstattung führen zur Verbesserung der Patientensicherheit und der Behandlungsqualität und bedeuten für das Netz und damit das Gesundheitswesen eine kosteneffektive Betreuung.

Korrespondenz:

Dr. med. Urs Keller

FA Allgemeinmedizin FMH

VR-Präsident und Geschäftsführer PizolCare AG

Büntenstrasse 6

7323 Wangs

urs.keller@hin.ch

www.pizolcare.ch

Dr. med. Ruedi Stahlberger

FA Allgemeinmedizin FMH

VR-Delegierter PizolCare AG

Grossfeldstrasse 1

7310 Bad Ragaz

ruedi.stahlberger@hin.ch

Konstantin Beck, Urs Käser

# Nachhaltigkeit von Kosteneinsparungen in Managed-Care-Modellen

**Im Schweizer Kontext gibt es noch keine Untersuchung zur Nachhaltigkeit von Kosteneinsparungen in Managed-Care-Modellen. Die vorliegende Arbeit untersucht, ob Versicherte lediglich beim Eintritt in Managed-Care-Modelle oder auch über Jahre hinweg kostengünstiger behandelt werden können, denn reine Selektionseffekte wachsen sich im Laufe der Zeit aus, während ein kostenbewusster Behandlungsstil nachhaltige Effekte zeitigen müsste.**



Konstantin Beck

Die von vielen Krankenversicherern angebotenen Managed-Care-Modelle (Managed Care: HMOs und Hausarztnetze) erfreuen sich rasch wachsender Beliebtheit. Von speziellem Interesse sind in der vorliegenden Arbeit die Managed-Care-Modelle mit Budgetverantwortung, die also mit Kopfpauschalen (Capitation) finanziert werden. Eine für beide Vertragspartner faire Finanzierung basiert auf einer möglichst risikogerechten Capitationformel. Entsprechend ist in den letzten Jahren eine Entwicklung zu immer differenzierteren Capitationformeln zu beobachten [1–3]. Um gleichzeitig das finanzielle Risiko für die HMO nicht zu gross werden zu lassen, koppeln die Versicherer ihre Capitationverträge in der Regel mit einer Rückversicherung von Grossrisiken.

## Einsparung und Risikoselektion

Nach wie vor liegt eines der Ziele von Managed Care in der Kostenreduktion. Weil angenommen werden kann, dass die Managed-Care-Organisation dank ihrer Gatekeeping-

funktion eine gewisse Leistungseinsparung realisiert, wird im Vertrag zwischen Versicherer und Managed-Care-Organisation ein Sparziel definiert und die risikogerechte Capitation entsprechend reduziert. Im Gegenzug erhalten die Managed-Care-Versicherten einen Rabatt auf ihre

OKP-Prämie, der in der Regel zwischen 15 und 25 Prozent liegt.

Die durchschnittlichen Leistungs-Kosten pro Managed-Care-Versicherten liegen meist markant, teilweise um über 50 Prozent tiefer als die Durchschnittskosten von gleichaltrigen Nicht-Managed-Care-Versicherten. Allerdings entspricht diese Kostendifferenz nicht vollumfänglich der tatsächlichen Leistungseinsparung, sondern ist zu einem beträchtlichen Teil auf Risikoselektion zurückzuführen [4].

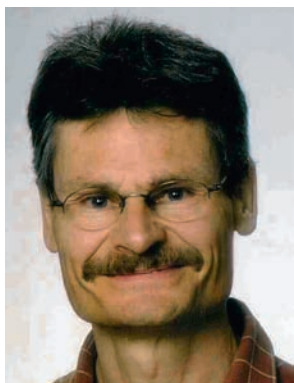
## Prämienrabatt und Deckungsbeitrag

Aus Sicht des Versicherers stellt sich die Frage, ob der gewählte Prämienrabatt betriebswirtschaftlich gerechtfertigt ist und auch längerfristig aufrechterhalten werden kann. Fragen solcher Art werden typischerweise mit einer Deckungsbeitragsrechnung (DBR) beantwortet (Tab. 1). Deckungsbeitragsrechnungen werden routinemässig sowohl für Managed-Care-Versicherte als auch für ordentlich Versicherte erstellt. Deshalb stellt die dabei pro Versicherten errechnete Bruttomarge (der sogenannte DB1 pro Kopf) eine geeignete Kennzahl dar, um die Rentabilität der beiden Versichertengruppen zu vergleichen.

Die DBR eines Managed-Care-Vertrags weist als Besonderheit auf, dass der Versicherungsaufwand nicht aus den erbrachten Leistungen («fee for service») besteht, sondern aus den für den Versicherer effektiv anfallenden Kosten. Diese bestehen aus der Capitationzahlung, den Kosten für die Grossrisikodeckung und fallweise einer vertraglich vereinbarten Beteiligung am Gewinn bzw. Verlust der Managed-Care-Organisation.

## Die Vergleichsgrösse als Funktion von Region und Durchschnittsalter

Die Managed-Care-Prämie berechnet sich aus der am Wohnort des Versicherten gültigen OKP-Prämie, abzüglich des Managed-Care-Rabatts. Die vom Gesetz vorgeschriebene Gleichbehandlung der Versicherten erfordert, dass derjenige Prämienrabatt gewährt wird, der zum selben Deckungsbeitrag (DB1 pro Kopf) führt, wie die ordentlich OKP-Versicherten mit gleichem Wohnort aufweisen. Die Vergleichsgrösse wurde dementsprechend als gewogener Mittelwert der DB1-Werte der OKP-Versi-



Urs Käser

Pos	Konto	Modell X	Modell Y	Modell Z
1	Brutto Prämie	29 322 943	12 683 474	8 597 824
2	Erlösminderung	-52 503	-22 710	-15 394
3	Sonstiger Versicherungsertrag	120 664	52 193	35 380
4	<b>Versicherungsertrag (1 + 2 + 3)</b>	29 391 104	12 712 957	8 617 810
5	Capitation	-18 869 455	-9 040 501	-5 404 228
6	Grossrisikokosten	-4 527 000	-1 713 336	-974 255
7	Gewinn-/Verlustbeteiligung der Kasse	0	0	247 808
8	Bruttoleistungen (Kosten für Kasse: 5 + 6 + 7)	-23 396 455	-10 753 837	-6 130 675
9	Kostenbeteiligung	3 848 640	2 069 268	1 271 654
10	Netto-Leistungen (8 + 9)	-19 547 815	-8 684 569	-4 859 021
11	Sonstige Leistungen	-110 545	-49 112	-27 478
12	Risikoausgleich	-3 593 998	-3 147 289	-3 902 303
13	<b>Versicherungsaufwand (10 + 11 + 12)</b>	-23 252 358	-11 880 970	-8 788 802
14	Deckungsbeitrag 1 (4 + 13)	6 138 747	831 987	-170 993
15	Deckungsbeitrag 1 pro Kopf	603.91	118.07	-41.94
16	Deckungsbeitrag 1 ordentlich Versicherte in derselben Region	753.81	22.59	-137.23
17	Durchschnittsalter HMO	32.7	37.5	32.4
18	Durchschnittsalter OKP (Vergleichsgebiet)	48.7	39.2	40.8
19	Prämienrabatt	25%	20%	22%
20	Prämienrabatt, mit dem derselbe DB1 pro Kopf erreicht würde wie bei den ordentlich Versicherten derselben Region und mit gleichem Durchschnittsalter	25.5%	25.0%	28.8%

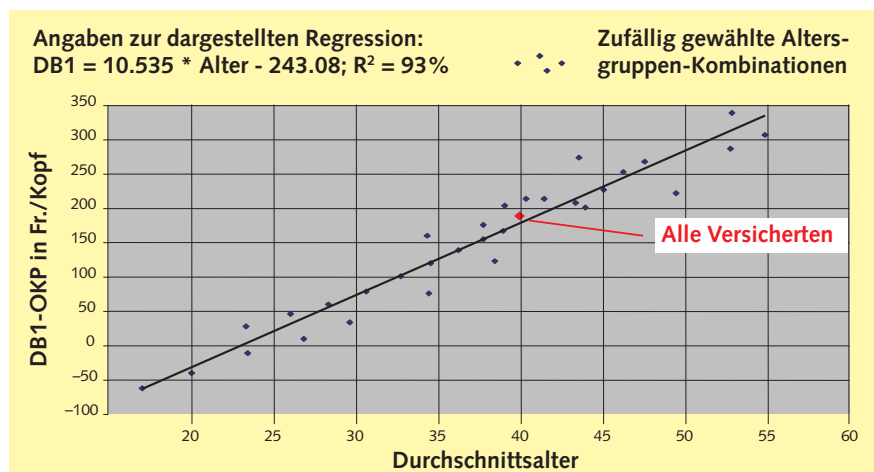
Tabelle 1 Deckungsbeitragsrechnung 2006.

cherten unterschiedlicher Prämienregionen berechnet, wobei die Gewichte durch die Verteilung der Managed-Care-Versicherten auf die jeweiligen Prämienregionen bestimmt wurden.

Beim Vergleich von OKP-Deckungsbeiträgen ist allerdings ein zusätzlicher Effekt zu berücksichtigen, nämlich die systematische Abhängigkeit des durchschnittlichen Deckungsbeitrages vom *Alter* der Versicherten. Dies hängt damit zusammen, dass ältere Personen weniger häufig Produkte mit Wahlfranchise- und Unfallausschluss-Rabatten

wählen und damit – trotz Einheitsprämie ab 26 Jahren – durchschnittlich höhere Prämienträge aufweisen. Mit anderen Worten, der Vergleich von Deckungsbeiträgen zwischen OKP und Managed-Care-Organisation ist verzerrt, sobald die Altersstrukturen deutlich verschieden sind. Gemäss Tabelle 1 unterscheiden sich die Durchschnittsalter um bis zu 16 Jahre. Die Verzerrung lässt sich jedoch einfach korrigieren, da die Relation zwischen Durchschnittsalter und Deckungsbeitrag in guter Näherung linear verläuft (Abb. 1).

Abbildung 1  
Linearer Zusammenhang  
zwischen Durchschnittsalter und  
Deckungsbeitrag.



### Sinkt die Rentabilität?

Die Ergebnisse der DBR für das Jahr 2006 bestätigen, dass die festgelegten Prämienrabatte im Wesentlichen korrekt sind (Tab. 1). Das negative Ergebnis für Modell Z soll nicht darüber hinweg täuschen, dass der Deckungsbeitrag der HMO Z weniger negativ ist (-41.94 Schweizer Franken) als für die ordentlich Versicherten (-137.23 Schweizer Franken). Dass die Prämie in dieser Region ganz grundsätzlich zu tief ist, und das aus Gründen, die die HMO überhaupt nicht betreffen, soll die Rentabilitätsbeurteilung der HMO Z auch nicht beeinflussen. In HMO X wiederum ist der Deckungsbeitrag der HMO-Versicherten (603.91 Schweizer Franken) kleiner als derjenige der ordentlich Versicherten (753.81 Schweizer Franken). Der Unterschied im Durchschnittsalter (von 16 Jahren) ist aber so markant, dass nach Korrektur des Altersunterschieds die HMO X dennoch 25,5% vorteilhafter abschneidet. Bei gewissen Managed-Care-Modellen, z.B. Modell Y und Z, wären zurzeit sogar noch höhere Rabatte möglich als die, die gewährt werden. Hier verhindert aber die zunehmend restriktivere amtliche Regulierung die Weitergabe von gerechtfertigten Managed-Care-Rabatten!

Der Versicherer darf nicht nur eine Jahresbetrachtung anstellen, sondern muss prüfen, ob die Rabatte auch auf längere Sicht betriebswirtschaftlich gerechtfertigt sind. Von besonderem Interesse ist deshalb die Frage, ob sich die Deckungsbeiträge der Managed-Care-Versicherten im Laufe ihrer Mitgliedschaft systematisch verändern. Eine weitverbreitete Hypothese besagt, dass die Neueintretenden, die als Folge einer Selbstselektion überdurchschnittlich gesund sind, sich im Laufe der Jahre dem Durchschnitt annähern. Man nennt diesen statistischen Effekt «regression to the mean». [5]. Wenn dies zutrifft, müssten die Deckungsbeiträge bzw. die risikogerechten Prämienrabatte

bei den Neueingetretenen am höchsten sein und dann sukzessive abnehmen.

Um dies zu untersuchen, wurden die Managed-Care-Versicherten nach ihrem Eintrittsjahr in Gruppen eingeteilt. Diese vier sogenannten Eintrittskohorten umfassen die Eintrittsjahre 2006, 2005, 2003/2004 und 2002 oder früher. Für jede der vier Kohorten wurde dann eine separate DBR für das Jahr 2006 erstellt. Allerdings wiesen nur die vier grössten Managed-Care-Verträge der CSS so viele Versicherte auf (zwischen 4000 und 10 000), dass auch die Kohorten eine auswertbare Grösse erreichten (je mindestens 500 Versicherte). Die Analyse beschränkt sich deshalb auf diese vier Verträge. Zudem mussten die Eintritte der Jahre 2003 und 2004 zusammengefasst werden. Die erste Eintrittskohorte (Eintritt vor 2003) ist insofern speziell, als sie vorwiegend aus langjährigen Managed-Care-Mitgliedern besteht. 62 Prozent der vor 2003 eingetretenen Mitglieder waren nämlich bereits vor dem Jahr 1999 eingetreten

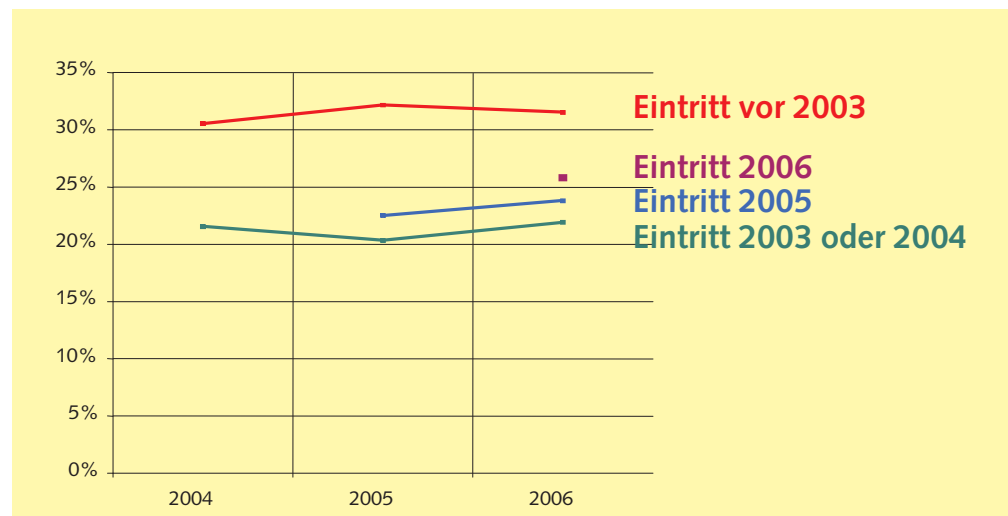
Die Ergebnisse für das Jahr 2006 zeigen, etwas überraschend, dass die Versicherten, die am längsten Managed-Care-Mitglieder sind, mit Abstand die grösste Rentabilität aufweisen, also die grössten Prämienrabatte «verdienen» (Tab. 2). Der ungewichtete Mittelwert über die vier Managed-Care-Organisationen beträgt 31,5 Prozent. Am schlechtesten schneiden allerdings nicht die neuen Mitglieder ab (Eintritte 2006 mit 25,8%, Eintritte 2005 mit 23,8%), sondern die 2003 oder 2004 Eingetretenen (21,9%).

### Nachhaltige Rentabilität der Kohorten

Der vorige Abschnitt behandelte die Eintrittskohorten in einer Querschnittsbetrachtung des Jahres 2006. In einem weiteren Schritt wurde eine Längsschnittanalyse durchge-

Eintritts-Kohorte	Jahr der DB-Rechnung	Durchschnittliche risikogerechte Rabatte von 4 MC-Verträgen
Eintritt vor 2003	2004	30.5%
	2005	32.2%
	2006	31.5%
Eintritt 2003 od. 2004	2004	21.6%
	2005	20.3%
	2006	21.9%
Eintritt 2005	2005	22.5%
	2006	23.8%
Eintritt 2006	2006	25.8%
Alle Kohorten	2004	27.9%
	2005	27.2%
	2006	26.5%

**Tabelle 2**  
DB-Rechnung der vier  
Eintrittskohorten



**Abbildung 2**  
Mittlere risikogerechte  
Prämienrabatte  
der vier grössten  
Managed-Care-  
Verträge.

führt, d.h., die Ergebnisse der Kohorten wurden über mehrere Jahre hinweg verfolgt. Damit konnte die zentrale Fragestellung dieses Artikels nach der Nachhaltigkeit der Kosteneinsparungen angegangen werden. Grundlage dafür bildeten die Deckungsbeitragsrechnungen der Jahre 2004 bis 2006. Die Ergebnisse (Tab. 2, Abb. 2) belegen zwei wichtige Aussagen. Zum Ersten bleiben die Ergebnisse der Kohorten über die Jahre praktisch stabil. Zweitens unterscheiden sich die Eintrittskohorten beträchtlich im Niveau der risikogerechten Prämienrabatte über die Jahre hinweg voneinander.

Dies deutet klar darauf hin, dass die Kosteneinsparungen in Managed-Care-Modellen durchaus Nachhaltigkeit aufweisen. Die Hypothese, dass die Kostenunterschiede vorwiegend Selektionseffekte darstellen, die sich im Laufe der Zeit auswachsen, konnte nicht gestützt werden. Allerdings ist die vorliegende Zeitreihe mit drei Jahren relativ kurz, und weitere Untersuchungen werden diesen Trend bestätigen müssen.

#### Literatur

1 Beck K. Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt. Bern: Haupt 2004.

2 Beck K, Käser U. Neue Capitationberechnung. *Managed Care* 2007;1: 28–31.

3 Bühler A, Zaugg PY. Der Thurgauer Morbiditätsindikator (TMI) – ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu besseren Pauschalabgeltungsmodellen. *SÄZ*. 2007;6: 264–7.

4 Lehman H, Zweifel P. Innovation and Risk Selection in Deregulated Social Health Insurance. *Journal of Health Economics* 2004;4:997–1012.

5 Welch WP. Regression Toward the Mean in Medical Care Costs – Implications for Biased Selection in HMOs. *Medical Care* 1985;11: 1234–41.

Korrespondenz:

PD Dr. Konstantin Beck  
konstantin.beck@css.ch

Dipl. Math. Urs Käser  
urs.kaeser@css.ch

CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie  
Tribtschenstrasse 21  
6002 Luzern  
www.css-institut.ch

Elizabeth Olmsted Teisberg

# Die neue Optik: Nutzen statt Kosten

**Im Juli erschien die Studie «Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen» von Elizabeth Olmsted Teisberg. Reaktionen auf die Publikation der renommierten Gesundheitsökonomin waren kaum zu vernehmen. Zu Unrecht, denn die konsequente Fokussierung auf den Nutzen, die sie fordert, könnte einen Innovationsschub auslösen. Im Folgenden veröffentlichen wir die Zusammenfassung der Studie.**

Das Schweizer Gesundheitssystem hat bis anhin gute Dienste geleistet. Es steht aber aufgrund steigender Kosten, der Zunahme chronischer Krankheiten und einer alternden Bevölkerung unter wachsendem Druck. Paradox ist dabei, dass sich die Kostenspirale immer schneller drehen wird, je mehr Reformen auf die Kostendämmung ausgerichtet werden.

Eine gesunde Wohnbevölkerung kostet weniger als eine kranke. Darin bestehen die Chancen und Möglichkeiten von Reformen. Mangelnde Koordination, Verschwendung, Fehler und falsche Behandlungsmethoden führen zu ungenügenden Behandlungsergebnissen mit entsprechenden Kostenfolgen.

Mit einer Reform der Gesundheitsversorgung, die sich darauf konzentriert, einen realen Patientennutzen zu schaffen, kann jedoch ein System entwickelt werden, das effektiv und effizient arbeitet und allen hochwertigen Gesundheitsleistungen ermöglicht.

Mit Ergebnismessungen lassen sich die Interessen aller Beteiligten auf das gemeinsame Ziel, die Verbesserung des Patientennutzens, ausrichten.

Die von Michael E. Porter und Elizabeth Olmsted Teisberg in «Refining Health Care»<sup>1</sup> formulierten Grundsätze fokussieren auf eine ergebnisorientierte und patientenzentrierte Gesundheitsversorgung unter ärztlicher Führung. Die Neustrukturierung der ärztlichen Versorgung mit dem Ziel, bessere Behandlungsergebnisse bzw. einen besseren Gesundheitszustand der Wohnbevölkerung zu erreichen, richtet die Interessen und Handlungen aller

Akteure auf die gleichen Ziele aus und ermöglicht markante Verbesserungen.

Analysiert man das Schweizer Gesundheitswesen mit dem Fokus, den Patientennutzen zu fördern, ergeben sich acht Empfehlungen:

**1. Im Schweizer Gesundheitswesen sind die obligatorische Krankenversicherung für die gesamte Wohnbevölkerung mit einem einheitlichen und grosszügigen Leistungspaket, die Kopfprämien und die Prämienverbilligungen für einkommensschwache Personen als gute Reformgrundlage beizubehalten.**

Die allgemeine Versicherungspflicht ist ein wesentlicher Faktor für die Chancengleichheit («equity») und die Effizienz der Gesundheitsversorgung. Allerdings reicht sie nicht aus, um tiefgreifende und kontinuierliche Verbesserungen des Patientennutzens zu erreichen. Die Neudefinition der Gesundheitsversorgung wird zu einer Steigerung des Patientennutzens führen, dank der sich die Schweiz den für die gesamte Wohnbevölkerung freien Zugang zu hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen weiterhin leisten kann.

**2. Die Schweiz muss risikobereinigte Ergebnismessungen sowohl nach Ärzteteams als auch nach Krankheitsbildern durchführen und die Ergebnisse veröffentlichen. Dies hat für alle Akteure im System kurzfristig oberste Reformpriorität.**

Mit Ergebnismessungen lassen sich die Interessen aller Beteiligten auf das gemeinsame Ziel, den Patientennutzen zu verbessern, ausrichten. Diese Informationen sind auch als Entscheidungsgrundlage für Patienten und Mediziner notwendig. Informationen über Behandlungsergebnis und Behandlungskosten nach Ärzteteams und Krankheitsbildern sollten schrittweise erarbeitet und anschliessend veröffentlicht werden.

**3. Der Bund muss Ergebnismessungen unterstützen, indem er die Entwicklung von Messmethoden und die Verbreitung der Ergebnisse fordert und fördert.**

Nur so lässt sich das im KVG festgehaltene Ziel wirksamer, zweckmässiger und wirtschaftlicher erbrachter Gesundheitsleistungen erreichen. Dafür öffentliche Gelder auf-



Elizabeth Olmsted Teisberg

<sup>1</sup> Olmsted Teisberg E, Porter ME. Refining Health Care – Creating Value-Based Competition on Results. McGraw-Hill 2006.

zuwenden, ist sinnvoll und wird helfen, anfängliche Bedenken und Widerstände zu überwinden. Berufsorganisationen und andere nichtstaatliche Gruppen können – unter Berücksichtigung ärztlicher Inputs und fachspezifischer Beiträge medizinischer Gesellschaften – Messverfahren entwickeln, Messungen durchführen und deren Ergebnisse analysieren.

#### **4. Spitäler und Ärzteteams sollten die Gesundheitsversorgung entlang des Krankheitsverlaufs und über den gesamten Behandlungszyklus hinweg organisieren.**

Prozesse in den bestehenden Strukturen zu verbessern, ist sicherlich hilfreich. Soll das Gesundheitssystem aber deutlich wirksamer, zweckmässiger und wirtschaftlicher funk-

---

Versicherte sollen sich an der Reform  
beteiligen, indem sie für ihre Gesundheit  
Verantwortung übernehmen.

---

tionieren, muss eine Versorgung nach Krankheitsbildern organisiert werden, das heisst auf jener Ebene, auf der aus Sicht des Patienten ein Nutzen entstehen kann. Dieses grundsätzliche Umdenken ist in einigen der weltweit führenden Spitäler bereits im Gange. Die Kantone, ihre Spitäler und die privaten Kliniken können hier ebenfalls eine führende Rolle übernehmen und damit die Gesundheitsversorgung neu definieren.

#### **5. Der Wettbewerb unter den Krankenversicherungen sollte sich auf den Patientennutzen konzentrieren und dafür den Gesundheitszustand und die Behandlungsergebnisse ihrer Versicherten messen.**

Die Kassenvielfalt schafft Mehrwert, wenn sich die Versicherungen nicht nur als Zahlstelle verstehen, sondern ihren Erfolg am Gesundheitszustand ihrer Mitglieder messen. Bei Versicherungen, die Mehrjahresverträge anbieten und die Behandlungsergebnisse ihrer Mitglieder messen, besteht der Anreiz, effiziente und rasche Behandlungen zu gewährleisten, statt die Versorgung aufzuschieben, um Kosten zu verlagern. In einem auf Patientennutzen fokussierten Wettbewerb werden Krankenversicherer im Gesundheitswesen zur Triebfeder von Innovationen und verbessern auf diese Weise sowohl individuelle Behandlungsergebnisse als auch die öffentliche Gesundheit.

#### **6. Reformen sollen die Eigenverantwortung für die Gesundheit fördern, statt Kosten auf den Einzelnen zu verlagern.**

Versicherte sollen sich an der Reform beteiligen, indem sie für ihre Gesundheit Verantwortung übernehmen. Eine

bessere Information zu Behandlungserfolgen, Disease Management und Kostentransparenz stärken die Eigenverantwortung wirksam. Obwohl sich gut informierte und in den Entscheidungsprozess eingebundene Patienten so verhalten, dass bessere Behandlungsergebnisse erreicht und geringere Kosten verursacht werden, und obwohl es zahlreiche Möglichkeiten gibt, wie die Informationslage optimiert oder eigenverantwortliches Handeln gestärkt werden kann, stehen solche Massnahmen im heutigen Gesundheitswesen noch nicht im Zentrum. Diskussionen um Eigenverantwortung enden rasch bei der Frage, wer für eine Behandlung zahlen muss und wie die Kosten auf die Versicherten überwältigt werden können.

Es können jedoch alle Akteure des Gesundheitssystems zum Patientennutzen beitragen. Das Spektrum der Möglichkeiten umfasst beispielsweise hilfreiche Dienstleistungen und Informationen für Personen, die zwischen Behandlungsarten und Leistungserbringern wählen wollen, Dienstleistungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen, welche die elektronische Überwachung von Patienten zu Hause und den Datenaustausch unter den Leistungserbringern ermöglichen, elektronische Gesundheitsdossiers im Besitz der Patienten, Gesundheitsschulungen, Beratungsleistungen und Hilfestellungen zur Verbesserung des Lebensstils sowie die Unterstützung durch Patientenorganisationen. Finanzielle Anreize, wie Prämienreduktionen und tiefere Selbstbehalte bei Erreichen bestimmter Gesundheitsziele, sind ebenfalls ein Weg, auch wenn diese Massnahmen weniger direkt zu einer besseren Gesundheit und Entscheidungsfindung beitragen.

#### **7. Die Informations- und Kommunikationstechnologie (ICT) im Gesundheitsbereich, kurz E-Health, darf sich nicht auf die Vereinfachung administrativer Prozesse beschränken, sondern soll für die Umstellung auf ein nutzerorientiertes Gesundheitssystem eingesetzt und ausgeweitet werden.**

---

Ärzteteams sollen ihre Ergebnisse schweizweit,  
europaweit oder gar weltweit  
vergleichen können.

---

Die Informations- und Kommunikationstechnologie leistet einen zentralen Beitrag zur Strukturreform hin zu einer integrierten Gesundheitsversorgung über den Behandlungszyklus. Sie beinhaltet die Formulierung gemeinsamer Definitionen und Standards zur Messung und Analyse von Ergebnisdaten sowie die Vernetzung mit elektronischen Gesundheitsdossiers, um medizinische Entscheide zu erleichtern und die Fehlerquote zu senken.

Dabei sind die Sicherheit und der Schutz von Patientendaten zu gewährleisten, ohne die Erhebungen und Vergleichsanalysen von Ergebnisdaten zu behindern. Wird E-Health für die Strukturreform eingesetzt und folglich die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung über den ganzen Behandlungszyklus hinweg verbessert, werden die ICT-Kosten durch die Zunahme des Patientennutzens mehr als wettgemacht. Keinen vergleichbaren Kosten-Nutzen-Gewinn ermöglicht die bloss technologische Aufrüstung des heutigen Gesundheitssystems. Werden obige Voraussetzungen erfüllt, sollten KVG-konforme finanzielle Anreize die Einführung von E-Health fördern. So werden interoperable ICT-Systeme in Kombination mit Ergebnismessungen die Strukturreform der auf Krankheitsbilder ausgerichteten Gesundheitsversorgung beschleunigen und den Patientennutzen erhöhen.

#### **8. Die Reform soll den inländischen nutzenorientierten Wettbewerb zwischen allen Kantonen ermöglichen.**

In diesem Wettbewerb können auch Patienten aus dem Ausland gewonnen werden. Ärzteteams sollen ihre Ergebnisse schweizweit, europaweit oder gar weltweit vergleichen können. Denn herausragende medizinische Qualität und wissenschaftliches Wissen sind keine lokalen Grössen. Ärzte, die Vergleiche vornehmen und ihr Team auf internationalem Niveau halten, werden die Behandlungsqualität und -ergebnisse ständig verbessern. Dies kommt direkt der Bevölkerung zugute und erlaubt es der Schweiz, ein internationales Renommee für hervorragende Gesundheitsdienstleistungen aufzubauen.

Die Schweiz ist in der beneidenswert komfortablen Lage, dass ihr Gesundheitssystem noch in keiner tiefen Krise steckt. Allerdings erlaubt die gegenwärtige Entwicklung keine umgehenden und kontinuierlichen Verbesserungen

#### **Der Link zur Studie**

Die Studie «Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen» wurde finanziert von: economiesuisse Zürich (Schweiz), Batten Institute; Darden Graduate School of Business; University of Virginia (USA), New England Healthcare Institute (USA). Die Publikation wurde ermöglicht von: Interpharma, Hirslanden, Swisscom, Schweizerischer Versicherungsverband.

Die Studie kann unter [www.care-management.emh.ch](http://www.care-management.emh.ch) heruntergeladen werden

der medizinischen Qualität oder des Patientennutzens. Die Vorteile des Schweizer Gesundheitssystems – ein grosszügiger und einheitlicher Leistungskatalog, der obligatorische Versicherungsschutz finanziert über Kopfprämien und ergänzt durch Prämienverbilligungen für Einkommensschwache, der Auftrag zur Qualitätssicherung und der freie Zugang für alle ohne Wartelisten oder Rationierung – bilden eine starke Reformplattform. Mit obiger Reformagenda kann die Schweiz zum Vorzeigemodell für die Erbringung guter Gesundheitsdienstleistungen für ihre gesamte Wohnbevölkerung werden.

Elizabeth Olmsted Teisberg, Ph.D.  
Darden Graduate School of Business  
University of Virginia, USA

## Die Schweizer Bevölkerung fühlt sich gesund

Die Schweizer Bevölkerung ist nach eigener Einschätzung bei überwiegend guter Gesundheit. Insgesamt 87 Prozent der Befragten bezeichnen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut (Tab. 1). Dies zeigen die ersten Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 des Bundesamtes für Statistik.

Die Gesundheitsbefragung bestätigt einmal mehr, dass gesundheitliche Risikofaktoren wie Bluthochdruck und Übergewicht kein Grund sind, sich nicht gesund zu fühlen: Drei Viertel bezeichnen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut; rund die Hälfte hat aber erhöhten Blutdruck (Tab. 2) und ist übergewichtig (Tab. 3).

Altersgruppen	Männer	Frauen
15–24	96,8%	95,0%
25–34	93,7%	93,3%
35–44	92,3%	91,8%
45–54	87,9%	85,2%
55–64	81,6%	81,6%
65–74	80,3%	74,9%
75+	67,8%	63,2%
Total	88,2%	85,4%

**Tabelle 1**  
Guter bis sehr guter Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung).

Altersgruppen	Bluthochdruck	Diabetes	Starke Gelenkschmerzen	Starke Schlafstörungen
65–74	44,8%	10,7%	12,7%	11,0%
75+	54,4%	12,9%	17,0%	14,5%
Total ab 65+	49,1%	11,7%	14,6%	12,6%

**Tabelle 2**  
Gesundheitliche Probleme der älteren Bevölkerung.

Altersgruppen	1992	1997	2002	2007
15–24	9,9%	10,6%	11,2%	11,7%
25–34	20,5%	24,2%	28,0%	29,3%
35–44	28,8%	32,1%	35,5%	37,0%
45–54	37,0%	43,5%	44,8%	42,7%
55–64	47,4%	52,7%	49,8%	50,5%
65–74	45,3%	52,4%	53,6%	52,1%
75+	40,7%	40,6%	46,6%	48,7%
Total	30,3%	34,9%	37,1%	37,3%

**Tabelle 3**  
Anteil der Übergewichtigen 1992–2007.

### Vorschau

Care Management 6/08 erscheint am 18. Dezember mit dem Schwerpunktthema «Pay for Performance»

## Alternative Versicherungsmodelle: Bekanntheit wächst

Bereits zum sechsten Mal hat santésuisse, der Verband der Schweizer Krankenversicherer, die repräsentative Meinungsumfrage «Sondage Santé» mit 1200 Teilnehmenden durchgeführt. Aufschlussreich sind namentlich die Ergebnisse zu den alternativen Versicherungsmodellen:

Prämien-sparmöglichkeiten	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Franchise erhöhen	54%	54%	49%	49%	52%	54%
HMO, Hausarztmodell	12%	13%	12%	16%	19%	24%
Prämienvergleich, evtl. Wechsel	5%	11%	6%	11%	9%	12%
Eigenes Verhalten ändern					9%	5%
Bei den Zusatzversicherungen					7%	5%
Telefonische Beratungsdienste				5%	6%	5%
Andere	24%	21%	27%	19%	5%	10%
wn/kA	26%	24%	28%	26%	21%	21%
Basis	1205	1209	1205	1203	1205	1210

Die Erhöhung der Franchise ist und bleibt bei der Bevölkerung die bekannteste Möglichkeit, um Prämien zu sparen. Über der Hälfte der Befragten kommt diese Option spontan in den Sinn. Von 2003 bis 2008 hat sich der Anteil jener verdoppelt, die auch HMO und Hausarztmodelle erwähnen. Jungen Menschen, Personen mit tieferer Schulbildung sowie Personen aus der lateinischen Schweiz sind die gängigen Prämiensparmöglichkeiten weniger ein Begriff.

Gründe für Verzicht auf alternatives Modell	2007	2008
Ich will meinen Arzt selbst auswählen.	20%	25%
Ich will meinen Arzt nicht wechseln.	14%	11%
<b>Total zur Arztwahl</b>	<b>34%</b>	<b>36%</b>
Ich habe von dieser Möglichkeit noch nie gehört.	19%	15%
Ich habe mich darum noch nicht gekümmert.	17%	16%
<b>Total Wissen, Interesse</b>	<b>36%</b>	<b>31%</b>
Das bietet meine Krankenkasse nicht an.	10%	7%
Andere Gründe	13%	24%
Ich weiss es nicht.	14%	11%
Basis	710	652

Obwohl der Anteil an Personen, die ein alternatives Versicherungsmodell wählen und dabei von Prämienreduktionen profitieren, stetig wächst, verbleiben rund drei Viertel aller Versicherten in der traditionellen Grundversicherung. Als Hauptgrund dafür wird das Bedürfnis genannt, den Arzt selber auswählen zu können. Zusammen mit der Befürchtung, den eigenen Arzt wechseln zu müssen, spielt die Beziehung zwischen Arzt und Patient bei 36 Prozent der Befragten eine wichtige Rolle.