

## **Best Practice betreffend Zusammenarbeit im Bereich „Case Management“**

### **1. Ausgangslage**

Im Rahmen des Leistungsmanagements spielt die Koordination unter den verschiedenen Versicherungszweigen eine bedeutende Rolle. Hauptsächlich in Fällen, in denen weitergehende oft kostspielige Massnahmen angezeigt sind, geht es um die Abstimmung der Aktivitäten und Kostenteilung dieser Massnahmen. Insbesondere die obligatorische Krankenpflegeversicherung, Krankentaggeld-, Lebens-, Unfall- und Haftpflichtversicherer haben in der Regel ein gleich gelagertes Interesse und Ziel, nämlich die möglichst rasche Reintegration des Versicherten/ Geschädigten, weshalb eine gute und effiziente Zusammenarbeit für den Versicherten/ Geschädigten und alle anderen Beteiligten nützlich ist.

### **2. Definition Case Management (gemäss Netzwerk Case Management Schweiz)**

Case Management ist ein spezifisches Verfahren zur Reintegration Geschädigter mithilfe einer koordinierten Bearbeitung komplexer Fragestellungen im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungsbereich. In einem systematisch geführten, kooperativen Prozess wird eine auf den individuellen Bedarf abgestimmte Dienstleistung 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.

### **3. Zielsetzung der Zusammenarbeit**

Ziel soll sein, dass die Versicherer zur optimalen Reintegration des Versicherten/ Geschädigten systematisch und koordiniert im Bereiche der beruflichen Wiedereingliederung im Sinne des Case Management zusammenarbeiten.

Als Grundlage dieses Best Practice Papiers dient die Vereinbarung vom 1. Januar 2008 zwischen der IV-Stellen-Konferenz (IVKS), dem Schweizerischen Versicherungsverband (SVV), dem Schweizerischen Pensionskassenverband (ASIP), SantéSuisse, der Suva und dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV):

"Die IV-Stellen und die der Vereinbarung beigetretenen Versicherer bzw. Vorsorgeeinrichtungen wollen die umfassende berufliche Eingliederung mit gemeinsamen koordinierten Anstrengungen beschleunigen." (Art. 2.1 der Vereinbarung vom 1. Januar 2008)

### **4. Form der Zusammenarbeit**

Grundsätzlich sollen sämtliche Bereiche (Obligatorische Krankenpflegeversicherung, Krankentaggeld, Unfallversicherer nach UVG und private Unfallversicherer, Berufliche Vorsorge, Einzel-

leben sowie Haftpflicht) der beteiligten Versicherer, bei denen die berufliche und/oder soziale Integration Teil der Leistung ist, diese Best Practice-Regeln befolgen. Es steht jedem beteiligten Versicherer frei, im Einzelfall nicht auf die Zusammenarbeit einzutreten.

#### **5. Einhaltung von Gesetzen und Obliegenheiten**

Die beteiligten Versicherer halten hierbei die gesetzlichen Pflichten und Obliegenheiten, inkl. der gesetzlichen Vorgaben, namentlich auch zum Datenschutz ein.

#### **6. Fallbezogenes Vorgehen**

Gegenseitige Fallmeldung eines potenziellen Koordinationsfalles durch die beteiligten Versicherer mit den fallrelevanten Daten bei drohender längerer Arbeitsunfähigkeit oder Chronifizierungsgefahr; in der Regel nach frühestens 30 Tagen ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit.

1. Die beteiligten Versicherer prüfen, ob der Fall bereits bei ihnen gemeldet und die Vollmacht der versicherten/geschädigten Person für den Datenaustausch vorhanden ist. Wenn nicht, holen sie bei der versicherten/geschädigten Person die Vollmachten ein. Es erfolgt ein rascher Informationsaustausch, gegebenenfalls mit Zustellung von relevanten Akten. Lehnt ein Versicherer die Kooperation ab, erfolgt eine umgehende entsprechende Rückmeldung an die übrigen beteiligten Versicherer.
2. Wenn eine Koordination der Massnahmen angezeigt ist, informieren sich die beteiligten Versicherer gegenseitig über die geplanten Massnahmen.
3. Nach gemeinsamer Absprache zwischen den beteiligten Versicherern werden die Ziele der Kooperation, das weitere Vorgehen und eine allfällige Teilung der anfallenden Kosten besprochen und festgehalten.
4. Den Lead in der Fallführung /dem CM übernimmt in der Regel derjenige Versicherer, welcher den Bedarf eines Case Managements im Rahmen der Erstabklärungen (Assessment) erkannt hat. Dabei sind neben den Versicherteninteressen auch die Interessen der jeweilig involvierten Versicherer zu berücksichtigen.
5. Während der Dauer der gemeinsamen Fallbearbeitung werden gegenseitig laufend aktiv die zur Koordination notwendigen Informationen ausgetauscht und Berichte weitergegeben.
6. Die versicherte/geschädigte Person wird über diese Abstimmung fortlaufend informiert und bei Entscheidungen einbezogen.

Erarbeitet durch die Arbeitsgruppe Personenschaden und Reintegration

Genehmigt durch die Schadenleiterkommission SLK am 30. Mai 2012