



# Fachtagung Personenschaden

29./30. August 2022, Luzern

# Congrès sur les dommages corporels

29/30 août 2022, Lucerne

---

# Inhalt / Contenu

---

|                                                                                                                                                    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tagungsprogramm                                                                                                                                    | 5  |
| Programme du congrès                                                                                                                               | 6  |
| Rechtsentwicklung (Urteile) im Bereich der Personenversicherung<br>Barbara Huber Grämiger, RA lic. iur.<br>Sarah Riesch, RA lic. iur.              | 7  |
| Évolution du droit (arrêts) dans le domaine de l'assurance de personnes                                                                            | 9  |
| Rechtsentwicklung im Haftpflichtbereich<br>Veit Wendenburg, LL.M                                                                                   | 11 |
| Évolution du droit de la responsabilité civile                                                                                                     | 12 |
| Studie Avenir Suisse «Eingliedern statt ausschliessen»<br>Jérôme Cosandey, Dr.                                                                     | 14 |
| Étude d'Avenir Suisse « Réinsérer plutôt qu'exclure »                                                                                              | 15 |
| Was bringt das neue Datenschutz- gesetz beim Personenschaden –<br>Schwerpunkt Broker und Arbeitgeber<br>Ursula Uttinger, lic. iur. / exec. MBA HSG | 17 |
| Qu'apporte la nouvelle loi sur la protection des données en cas de<br>dommage corporel – focus sur les courtiers et les employeurs                 | 18 |
| Einblicke in die ICD-11<br>Jörg Jeger, Dr. med.                                                                                                    | 20 |
| Tour d'horizon de la CIM-11                                                                                                                        | 21 |
| Post-Covid: Herausforderungen für die Versicherungswirtschaft<br>Achim Regenauer, Dr. med.                                                         | 23 |
| Post-Covid : les défis du secteur de l'assurance                                                                                                   | 23 |

|                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Beurteilung von Patienten mit psychischen Beeinträchtigungen (FIRA)                   | 24 |
| Christoph Müller-Pfeiffer, PD Dr. med.                                                |    |
| Evaluation de patients présentant des troubles psychiques (FIRA)                      | 25 |
| Beurteilung von Patienten mit psychischen Beeinträchtigungen (REAcT)                  | 27 |
| Michael Liebrecht, Prof. Dr. med.                                                     |    |
| Evaluation de patients présentant des troubles psychiques (REAcT)                     | 28 |
| Beurteilung von Patienten mit psychischen Beeinträchtigungen (VSD)                    | 30 |
| Ralph Mager, Prof. Dr.                                                                |    |
| Evaluation de patients présentant des troubles psychiques (VSD)                       | 31 |
| Tarife: Erfahrungen / Weiterentwicklung                                               | 33 |
| Andreas Christen                                                                      |    |
| Tarifs : expériences / évolution future                                               | 34 |
| Ambulant vor stationär / selektive Kontrahierung im stationären Bereich               | 36 |
| Melanie Zemp                                                                          |    |
| L'ambulatoire avant le stationnaire / contrats sélectifs dans le domaine stationnaire | 37 |
| Referentenliste / Liste des conférenciers                                             | 39 |
| Moderation / Modération                                                               | 41 |
| Teilnehmerliste / Liste des participants                                              | 42 |

Die uns freigegebenen Referate sind für die Zeit vom

**5. September bis 30. November 2022**

auf unserer Website unter folgendem Link einsehbar:

Les exposés qui nous ont été confiés peuvent être consultés sur notre site entre le

**5 septembre et le 30 novembre 2022**

sous le lien suivant :

**[www.svv.ch/de/dokumente\\_202209](http://www.svv.ch/de/dokumente_202209)**

# Tagungsprogramm

## Montag, 29. August 2022

|               |                                                                                                 |                                                |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| ab 10:00      | Begrüssungskaffee                                                                               |                                                |
| 10:30 – 10:40 | Begrüssung und Einführung                                                                       | Patrizio Pelliccia, SVV                        |
| 10:40 – 12:00 | Rechtsentwicklung (Urteile) im Bereich der Personenversicherung                                 | Barbara Huber, Zurich und Sarah Riesch, Zurich |
| 12:00 – 13:15 | Mittagessen                                                                                     |                                                |
| 13:15 – 14:15 | Rechtsentwicklung im Haftpflichtbereich                                                         | Veit Wendenburg, Vaudoise                      |
| 14:15 – 15:00 | Studie Avenir Suisse «Eingliedern statt ausschliessen»                                          | Jérôme Cosandey, Avenir Suisse                 |
| 15:00 – 15:45 | Kaffeepause und Zimmerbezug                                                                     |                                                |
| 15:45 – 17:00 | Was bringt das neue Datenschutzgesetz beim Personenschaden – Schwerpunkt Broker und Arbeitgeber | Ursula Uttinger                                |
| ab 18:00      | Apéro und Abendessen                                                                            | Hotel Seeburg                                  |

## Dienstag, 30. August 2022

|               |                                                                                 |                                                                                     |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 08:30 – 09:15 | Einblicke in die ICD-11                                                         | Jörg Jeger                                                                          |
| 09:15 – 10:15 | Post-Covid: Herausforderungen für die Versicherungswirtschaft                   | Achim Regenauer, Partner Re                                                         |
| 10:15 – 10:30 | Kaffeepause                                                                     |                                                                                     |
| 10:30 – 12:00 | Beurteilung von Patienten mit psychischen Beeinträchtigungen (FIRA, REAcT, VSD) | Christoph Müller-Pfeiffer, Uni Zürich<br>Michael Liebrecht, Uni Bern<br>Ralph Mager |
| 12:00 – 13:15 | Mittagessen                                                                     |                                                                                     |
| 13:15 – 14:00 | Tarife: Erfahrungen / Weiterentwicklung                                         | Andreas Christen, ZMT                                                               |
| 14:00 – 14:30 | Ambulant vor stationär / selektive Kontrahierung im stationären Bereich         | Melanie Zemp, ZMT                                                                   |
| 14:30 – 14:45 | Abschlussrunde                                                                  | Manuel Nyffenegger, Präsident Arbeitsgruppe Personenschaden & Reintegration SVV     |
| 14:45         | Ende der Tagung                                                                 |                                                                                     |

# Programme du congrès

## Lundi 29 août 2022

|               |                                                                                                                                 |                                               |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Dès 10h00     | Accueil avec café de bienvenue                                                                                                  |                                               |
| 10h30 – 10h40 | Bienvenue et introduction                                                                                                       | Patrizio Pelliccia, ASA                       |
| 10h40 – 12h00 | Évolution du droit (arrêts) dans le domaine de l'assurance de personnes                                                         | Barbara Huber, Zurich et Sarah Riesch, Zurich |
| 12h00 – 13h15 | Repas de midi                                                                                                                   |                                               |
| 13h15 – 14h15 | Évolution du droit de la responsabilité civile                                                                                  | Veit Wendenburg, Vaudoise                     |
| 14h15 – 15h00 | Étude d'Avenir Suisse « Réinsérer plutôt qu'exclure »                                                                           | Jérôme Cosandey, Avenir Suisse                |
| 15h00 – 15h45 | Pause-café et prise de possession des chambres                                                                                  |                                               |
| 15h45 – 17h00 | Qu'apporte la nouvelle loi sur la protection des données en cas de dommage corporel – focus sur les courtiers et les employeurs | Ursula Uttinger                               |
| Dès 18h00     | Apéro et dîner                                                                                                                  | Hôtel Seeburg                                 |

## Mardi 30 août 2022

|               |                                                                                       |                                                                                             |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08h30 – 09h15 | Tour d'horizon de la CIM-11                                                           | Jörg Jeger                                                                                  |
| 09h15 – 10h15 | Post-Covid : les défis du secteur de l'assurance                                      | Achim Regenauer, Partner Re                                                                 |
| 10h15 – 10h30 | Brève pause-café                                                                      |                                                                                             |
| 10h30 – 12h00 | Evaluation de patients présentant des troubles psychiques (FIRA, REAcT, VSD)          | Christoph Müller-Pfeiffer, Uni Zurich<br>Michael Liebrecht, Uni Berne<br>Ralph Mager        |
| 12h00 – 13h15 | Repas de midi                                                                         |                                                                                             |
| 13h15 – 14h00 | Tarifs : expériences / évolution future                                               | Andreas Christen, ZMT                                                                       |
| 14h00 – 14h30 | L'ambulatoire avant le stationnaire / contrats sélectifs dans le domaine stationnaire | Melanie Zemp, ZMT                                                                           |
| 14h30 – 14h45 | Table ronde finale                                                                    | Manuel Nyffenegger, président du groupe de travail Dommage corporel et réinsertion de l'ASA |
| 14h45         | Fin du congrès                                                                        |                                                                                             |

# Rechtsentwicklung (Urteile) im Bereich der Personenversicherung

---

**Barbara Huber Grämiger, RA lic. iur.**

Senior Legal Counsel

Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG, Zürich

**Sarah Riesch, RA lic. iur.**

Senior Legal Counsel

Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG, Zürich

## **A. Sozialversicherungsrecht (ATSG und UVG)**

### **1. Deckung**

- BGE 147 V 268 vom 30.4.2021: Unfall im Sportverein
- Sozialversicherungsgericht Zürich, UV.2020.0006 vom 20.12.2021: Über  
*mit Hinweis auf BGer Urteil 2C\_575/2020 vom 30.5.2022*

### **2. Unfallbegriff**

- 8C\_347/2021 vom 10.11.2021: Unfallbegriff beim Schlitteln
- BGE 146 V 51 vom 24.9.2019: Körperschädigung (UVG 6 II)
- 8C\_593/2021 vom 6.1.2022: Körperschädigung – Entlastungsbeweis
- 8C\_268/2019 vom 2.7.2019: Erfrierungstod
- 8C\_842/2018 vom 6.5.2019: Verbrennungen durch heisses Wasser in der Badewanne

### **3. Heilungskosten**

- 8C\_542/2021 vom 26.1.2022: Prothese
- 148 V 28 vom 27.10.2021: Hilfe und Pflege zu Hause
- 8C\_621/2021\* vom 18.5.2022: Wahl des Leistungserbringers bei Hauspflege

### **4. Abklärung**

- 8C\_514/2021\* vom 27.4.2022: Unabhängiger Experte

### **5. Fallabschluss**

- 8C\_208/2021 vom 22.11.2021: Endzustand bei Schwerverletzten

### **6. Versicherter Verdienst**

- BGE 148 V 84 vom 9.11.2021: Versicherter Verdienst von Werkstudenten
- 8C\_701/2021 \* vom 4.5.2022: Anwendbarkeit von UVV 24 II in der freiwilligen Unfallversicherung

### **7. Invalidität**

- BGE 148 V 174 vom 9.3.2022: Tabellenlöhne bei der Invaliditätsbemessung

- 8C\_541/2021 vom 18.5.2022: Leitentscheid zu den Tabellenlöhnen für die Invalidenversicherung gilt auch im UVG

#### **8. Revision**

- BGE 147 V 161 vom 19.4.2021: Erkrankung nach Rentenzusprache stellt keinen Revisionsgrund dar.
- 8C\_728/2020 vom 23.6.2021: Revision von Heilungskosten nach UVG 21 I c (vgl. auch BGE 144 V 418 vom 19.9.2018: Heilbehandlungsleistungen nach UVG 21 I c gelten als Dauerleistungen)

#### **9. Leistungskürzung**

- 8C\_707/2019 vom 2.3.2020: Kürzung der Hinterlassenenrente bei Grobfahrlässigkeit im Strassenverkehr
- 8C\_466/2021 vom 1.3.2022: Wiedererwägung der vorgenommenen Leistungskürzung mangels zweifelloser Unrichtigkeit (Vergehen vs. Grobfahrlässigkeit)

#### **10. Rückforderung**

- 8C\_742/2021\* vom 4.3.2022: Rückforderung von Taggeldern beim Versicherungsnehmer, welcher die Taggelder dem Versicherten nicht weitergeleitet hatte.

#### **11. Verfahren**

- 8C\_217/2021 vom 7.7.2021: Einsprachefrist ist eine gesetzliche Frist
- 8C\_98/2022 vom 6.4.2022: Einsprachelegitimation der Arbeitgeber

### **B. Versicherungsvertragsrecht (KTG/UVGZ)**

#### **1. Schaden/Summenversicherung**

- BGE 146 III 339 vom 14.7.2020: Abgrenzung Schaden-/Summenversicherung, Schadennachweis bei arbeitslosen Personen

#### **2. Rückwärtsversicherungsverbot**

- 4A\_142/2021 vom 22.6.2021: Vorbestehende Krankheit

#### **3. Unklarheitenregel/Ungewöhnlichkeitsregel**

- 4A\_232/2019 vom 18.11.2019: Keine Taggelder bei Untersuchungshaft, etc.

#### **4. Obliegenheitsverletzung**

- 4A\_28/2022 vom 28.4.2022: Verletzung der Meldepflicht bei Reduktion der Geschäftstätigkeit

#### **5. Beweis/Betrug**

- 4A\_117/2021\* vom 31.8.2021: Beweisthematik im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit im KTG
- 4A\_394/2021\* vom 11.1.2022: Beweisthematik bei betrügerischer Anspruchsbeurteilung im KTG

#### **6. Leistungsdauer**

- 4A\_1/2020 vom 16.4.2020: Arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit

# Évolution du droit (arrêts) dans le domaine de l'assurance de personnes

## A. Droit des assurances sociales (LPGA et LAA)

### 1. Couverture

- ATF 147 V 268 du 30.4.2021: accident au sein d'une association sportive
- Tribunal des assurances sociales de Zurich, UV.2020.0006 du 20.12.2021: Uber avec mention du jugement du TF 2C\_575/2020 du 30.5.2022

### 2. Notion d'accident

- 8C\_347/2021 du 10.11.2021 : notion d'accident lors d'une sortie en luge
- ATF 146 V 51 du 24.9.2019 : dommage corporel (LAA 6 II)
- 8C\_593/2021 du 6.1.2022 : dommage corporel – preuve libératoire
- 8C\_268/2019 du 2.7.2019 : décès par hypothermie
- 8C\_842/2018 du 6.5.2019 : brûlures par eau chaude dans la baignoire

### 3. Frais médicaux

- 8C\_542/2021 du 26.1.2022 : prothèse
- 148 V 28 du 27.10.2021 : aide et soins à domicile
- 8C\_621/2021\* du 18.5.2022 : choix du prestataire en cas de soins à domicile

### 4. Clarification

- 8C\_514/2021\* du 27.4.2022 : expert indépendant

### 5. Clôture du cas

- 8C\_208/2021 du 22.11.2021 : état final d'une personne grièvement blessée

### 6. Gain assuré

- ATF 148 V 84 du 9.11.2021 : gain assuré pour les étudiants salariés
- 8C\_701/2021\* du 4.5.2022 : applicabilité de l'art. OLAA 24 II en assurance-accidents facultative

### 7. Invalidité

- ATF 148 V 174 du 9.3.2022 : barème de salaires pour le calcul de l'invalidité
- 8C\_541/2021 du 18.5.2022 : la décision de principe sur les barèmes de salaires pour l'assurance-invalidité s'applique également à la LAA

### 8. Révision

- ATF 147 V 161 du 19.4.2021 : la survenance d'une maladie après l'octroi d'une rente ne constitue pas un motif de révision.
- 8C\_728/2020 du 23.6.2021 : révision des frais médicaux selon LAA 21 I c (cf. aussi ATF 144 V 418 du 19.9.2018 : les prestations de traitement médical selon la LAA 21 I c sont considérées comme des prestations durables)

### 9. Réduction des prestations

- 8C\_707/2019 du 2.3.2020 : réduction de la rente de survivants en cas de négligence grave dans la circulation routière
- 8C\_466/2021 du 1.3.2022 : reconsidération de la réduction des prestations effectuée car l'erreur manifeste n'a pas pu être prouvée (délit vs. négligence grave)

**10. Demande de remboursement**

- 8C\_742/2021\* du 4.3.2022 : demande de remboursement d'indemnités journalières au preneur d'assurance qui n'avait pas transmis les indemnités journalières à l'assuré.

**11. Procédure**

- 8C\_217/2021 du 7.7.2021 : le délai de recours est un délai légal
- 8C\_98/2022 du 6.4.2022 : légitimation du recours de l'employeur

**B. Droit des contrats d'assurance (LAMal/LAAC)**

**1. Assurance de dommage / assurance de sommes**

- ATF 146 III 339 du 14.7.2020 : délimitation assurance de dommages / assurance de sommes, preuve du dommage des personnes sans emploi

**2. Interdiction d'assurance rétroactive**

- 4A\_142/2021 du 22.6.2021 : maladie préexistante

**3. Règle du manque de clarté / du caractère inhabituel**

- 4A\_232/2019 du 18.11.2019 : pas d'indemnités journalières en cas de détention provisoire, etc.

**4. Non-respect des obligations**

- 4A\_28/2022 du 28.4.2022 : réticence en cas de réduction de l'activité professionnelle

**5. Preuve / fraude**

- 4A\_117/2021\* du 31.8.2021 : problématique de l'apport de la preuve en présence d'une incapacité de travail dans le cadre de la LAMal
- 4A\_394/2021\* du 11.1.2022 : problématique de l'apport de la preuve en cas de prétentions frauduleuses dans le cadre de la LAMal

**6. Durée des prestations**

- 4A\_1/2020 du 16.4.2020 : incapacité de travail liée au poste de travail

# Rechtsentwicklung im Haftpflichtbereich

---

**Veit Wendenburg, LL.M**

Leiter Schaden Haftpflicht/Sach

Vaudoise Versicherungen, Lausanne

Das Arzthaftpflichtrecht setzt sich täglich mit der Bewertung auseinander, ob ein Patient richtig behandelt wurde oder nicht. Dies kann aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden.

Zum einen ist das die Erwartungshaltung des Patienten, der in der Regel davon ausgeht, dass der Arzt mit seiner Kompetenz und Erfahrung alles repariert und nach der Behandlung alles wieder beim Alten ist. Diese Erwartungshaltung resultiert aus der Erklärung von Arzt und Ärztin über Diagnose, Behandlung und Risiken einerseits und wie der Patient diese versteht andererseits. Emotionen, Gesundheitszustand und Auffassungsgabe des Patienten stossen hier oft auf undurchdringliche Barrieren der Erklärungspsychologie, dem Timing, der Wortwahl, der Empathie und der zur Verfügung stehenden Zeit des Mediziners. Dies soll heute nicht gross thematisiert werden. Aus juristischer Sicht sei lediglich anzumerken, dass das Arztwesen grundsätzlich eine Dienstleistung ohne Erfolgszwang ist. Ein Auftrag, der die fachlich einwandfreie Arbeit erfordert, unterscheidet sich wesentlich von einem Werkvertrag, der auf den Erfolg einer Arbeit abzielt. Auf fachlicher Ebene wird der Mediziner hier seinen Weg wohl selbst finden müssen, die Jurisprudenz beurteilt dies erst im Nachhinein und kann im Vorfeld nicht beraten.

Wesentlich ist selbstverständlich auch die Perspektive von Ärztin und Arzt, die die Regeln der Kunst beherrschen und sie stets mit Überblick und aktualisierten Fachkenntnissen anwenden müssen. Dies wird ihnen in der Ausbildung, in der Berufspraxis und in Weiterbildungskursen beigebracht, und auch hier kann der Jurist schwerlich brauchbare prophylaktische Tipps liefern.

In diesem Vortrag sollen die formellen Fallstricke ausgeleuchtet werden. Es geht hier also um die weniger beliebten Formalien der ärztlichen Praxis, die Nebenschauplätze der juristischen Auseinandersetzung, die leider neben der Hauptarbeit des Arztes, dem Diagnostizieren, Behandeln und Begleiten des Patienten, die leidigen Nebenpflichten darstellen.

Hier soll daher das Hauptaugenmerk auf Informations- und Dokumentationspflicht, Organisationsverschulden, Notmassnahmen zum Eigenschutz, Ausstellung ärztlicher Zeugnisse sowie die stets aufkommende Frage des Kausalitätszusammenhangs gerichtet werden.

Es sei jedoch daran erinnert, dass der medizinische Eingriff per se eine Körperverletzung darstellt, überspitzt gesagt, der behandelnde Arzt täglich auf Messers Schneide zwischen Menschenwohl und strafrechtlichem Delikt wandelt. Auf der richtigen Seite bewegt sich

dabei, wer sein Handwerk richtig ausführt, den Patienten richtig berät **und** dies durch richtige Dokumentation auch beweisen kann.

Mit ein paar Tipps können hier langwährende und kostenträchtige Auseinandersetzungen mit enttäuschten, aufgestachelten oder vulnerablen Patienten verhindert werden, auch wenn diese wirtschaftlich zu Lasten der Arzthaftpflichtversicherung gehen.

## Évolution du droit de la responsabilité civile

Le droit de la responsabilité civile médicale s'attache quotidiennement à évaluer si un patient a été correctement traité ou non. Cette question peut être abordée sous différents angles.

Il y a l'attente du patient, lequel part généralement du principe que le médecin va tout « réparer » grâce à sa compétence et à son expérience, et que tout sera comme avant après le traitement. Cet espoir est nourri par les explications données par le médecin sur le diagnostic, le traitement et les risques d'une part, et par la manière dont le patient comprend ces informations d'autre part. Les émotions, l'état de santé et la capacité de compréhension du patient se heurtent souvent aux barrières impénétrables de la psychologie de communication, du timing, du choix des mots, de l'empathie et du temps consacré au malade par le médecin. Mon exposé ne s'attardera pas sur ces aspects. D'un point de vue juridique, il convient simplement de noter que la médecine consiste essentiellement en un service sans obligation de résultat. Un mandat, qui exige un travail techniquement irréprochable, se distingue fondamentalement d'un contrat d'entreprise, qui vise la réussite d'un travail. Sur le plan professionnel, le médecin devra sans doute trouver sa propre voie ; la jurisprudence ne se prononcera en la matière qu'a posteriori et ne pourra pas donner de conseils en amont.

L'avis du médecin revêt bien évidemment une importance essentielle. En effet, c'est à lui qu'il revient de maîtriser les règles de l'art et de les appliquer en gardant systématiquement la vue d'ensemble, tout en maintenant ses connaissances techniques à jour. Cela lui est enseigné au cours de sa formation initiale, de sa pratique professionnelle et de ses cours de formation continue ; là encore, le juriste peut difficilement fournir des conseils prophylactiques utiles.

Dans cet exposé, j'entends mettre en lumière les pièges formels. Il s'agit donc ici des formalités moins appréciées et qui relèvent néanmoins de la pratique médicale. Ces obligations déplaisantes sont secondaires à l'essence même du travail du médecin, à savoir le diagnostic, le traitement et l'accompagnement du patient, mais sont la source de la plupart des litiges juridiques.

Il s'agit ici donc de se focaliser sur le devoir d'information et de documentation, le défaut d'organisation, les mesures d'urgence en matière d'autoprotection, l'établissement de certificats médicaux ainsi que la question récurrente du lien de causalité.

Il convient toutefois de rappeler que l'intervention médicale constitue en soi une atteinte à l'intégrité corporelle du patient et que le médecin traitant marche quotidiennement sur le fil du rasoir entre le bien de l'être humain et le délit pénal. Celui qui exerce correctement son métier, qui conseille bien le patient **et** qui peut le prouver par une documentation correspondante est à l'abri de possibles recours.

Quelques conseils permettent d'éviter de longs et coûteux conflits avec des patients déçus, remontés ou vulnérables, quand bien même ces litiges sont à la charge de la responsabilité civile du médecin.

# Studie Avenir Suisse

## «Eingliedern statt ausschliessen»

---

Jérôme Cosandey, Dr.

Directeur romand

Avenir Suisse, Lausanne

### **Wiedereingliederung statt Ausgrenzung – wie die Rückkehr an den Arbeitsplatz bei Invalidität weiter erleichtert werden kann**

Die Auswirkungen der Pandemie auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung haben das Thema Invalidität und deren Sozialversicherung ins Rampenlicht gerückt. Bereits vor der Covid-19-Krise war jede zweite IV-Rente auf psychische Erkrankungen zurückzuführen.

Invalidität ist ein komplexer Prozess mit vielen Akteuren: Neben der Invalidenversicherung (IV) sind private Akteure (Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Ärzte) und private Institutionen (Krankentaggeldversicherer, Pensionskasse) sowie andere öffentliche Institutionen wie die Arbeitslosenversicherung oder die Sozialhilfe involviert.

### **Deutliche Unterschiede zwischen den Kantonen**

Die Analyse unveröffentlichter Daten des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) zeigt, dass es erhebliche Unterschiede zwischen den Kantonen gibt. Die Rentenbewilligungsquoten liegen in der Romandie und im Tessin mindestens 27 % über dem Schweizer Durchschnitt. Diese Unterschiede spiegeln zum einen die vielfältigen Interpretationen des Bundesrechts durch die kantonalen IV-Stellen und zum Teil auch durch die kantonalen Gerichte wider. Andererseits sind sie auch das Ergebnis unterschiedlicher Wiedereingliederungsstrategien in den einzelnen Kantonen. Die Analyse dieser Unterschiede ermöglicht die Identifizierung von Best Practices.

### **Verbesserungsmassnahmen für private und öffentliche Akteure**

Angesichts der vielen beteiligten Akteure und der hohen Kosten von Invalidität im weiteren Sinne ist es wichtig, Kommunikationslücken, negative Anreize und Redundanzen zu vermeiden. Beispielsweise könnte das vom Verein Compasso initiierte ressourcenorientierte Eingliederungsprofil (REP) die Kommunikation zwischen Ärzten und Arbeitgebern verbessern. Dieses Zertifikat dokumentiert die Arbeitsfähigkeit und nicht die Arbeitsunfähigkeit der betroffenen Person und erleichtert so die Planung der Rückkehr in den Betrieb. Arbeitgeber sollten künftig nach 30 Tagen Abwesenheit der oder des Mitarbeitenden ein REP vom behandelnden Arzt verlangen.

Zudem erfährt der Krankentaggeldversicherer von der Arbeitsunfähigkeit meist lange vor der IV-Stelle und zieht regelmässig einen Case Manager hinzu. Dies kommt den Pensionskassen und IV-Stellen zugute, die jedoch nicht zu diesen Kosten beitragen müssen. Dies ist

kontraproduktiv, da es dazu führt, dass zu wenige Case Manager zum Einsatz kommen. Die IV und der Versicherungssektor müssen daher Verfahren definieren, damit alle Akteure, die von den Vorteilen des Case Managements profitieren, einen Teil der Kosten übernehmen.

Schliesslich müssen die Überschneidungen zwischen IV, Arbeitslosenversicherung und Sozialhilfe im Interesse der Patienten verringert werden. Wie das Beispiel des Kantons Aargau zeigt, vereint die «Kooperation Arbeitsmarkt» dort alle Dienste unter einem Dach und verbessert so die Schnittstelle zwischen den betroffenen Personen und Arbeitgebern. Die kantonalen Parlamente und Regierungen sind aufgerufen, die Ziele und die Form der interinstitutionellen Zusammenarbeit zu überprüfen und an die örtlichen Gegebenheiten anzupassen. Die verschiedenen Lösungen, die der Föderalismus hervorgebracht hat, sollten als Inspirationsquellen dienen.

## Étude d'Avenir Suisse « Réinsérer plutôt qu'exclure »

### Réinsérer plutôt qu'exclure - Comment faciliter davantage le retour au travail en cas d'invalidité

Les conséquences de la pandémie sur la santé mentale de la population ont mis le thème de l'invalidité et son assurance sociale sous le feu des projecteurs. Déjà avant la crise du COVID-19, les maladies psychiques étaient à l'origine d'une rente AI sur deux.

L'invalidité est un processus complexe avec beaucoup d'acteurs : outre l'assurance invalidité (AI), des acteurs privés (employé, employeur et médecins) et des institutions privées (assureur d'indemnités journalières en cas de maladie, caisse de pension) sont impliqués, ainsi que d'autres institutions publiques telles que l'assurance chômage ou l'aide sociale.

### Des différences marquées entre les cantons

L'analyse de données inédites de l'Office fédéral des assurances sociales (Ofas) révèle des différences considérables entre les cantons. Les taux d'octroi de rente se situent au moins 27 % au-dessus de la moyenne suisse en Romandie et au Tessin. Ces différences reflètent d'une part les multiples interprétations du droit fédéral par les offices AI cantonaux et, en partie, par les tribunaux cantonaux. D'autre part, elles sont aussi le résultat de stratégies de réintégration différentes selon les cantons. L'analyse de ces différences permet d'identifier des best practices.

### Des mesures d'amélioration pour les acteurs privés et publics

Face au nombre d'acteurs impliqués et aux coûts élevés de l'invalidité au sens large, il importe d'éviter les déficits de communication, les incitations négatives et les redondances. Par exemple, le profil d'intégration axé sur les ressources (PIR) lancé par l'association Compasso pourrait améliorer la communication entre les médecins et les employeurs. Ce certificat documente la capacité et non l'incapacité de travail de la personne concernée et facilite ainsi la planification de son retour en entreprise. Les employeurs devraient dorénavant exiger un PIR du médecin traitant après 30 jours d'absence du collaborateur.

En outre, l'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie apprend l'existence d'une incapacité de travail généralement bien avant l'office AI, et fait régulièrement appel à un case manager. Cette situation profite aux caisses de pension et aux offices AI, qui ne doivent toutefois pas contribuer à ces frais. Cette distorsion est contreproductive, car elle

conduit à ce que trop peu de case managers soient mis à contribution. L'AI et le secteur des assurances doivent donc définir des mécanismes afin que tous les acteurs qui profitent des avantages du case management assument une part des coûts.

Finalement, les redondances entre l'AI, l'assurance chômage et l'aide sociale doivent être réduites dans l'intérêt des patients. Comme le montre l'exemple du canton d'Argovie, la « Coopération sur le marché du travail » rassemble là-bas sous un même toit tous les services, ce qui simplifie l'interface avec les personnes malades et les employeurs. Les parlements et gouvernements cantonaux sont appelés à réexaminer les objectifs et la forme de la coopération interinstitutionnelle, et à les adapter aux conditions locales. Les différentes solutions apportées par le fédéralisme doivent servir de sources d'inspiration.

# Was bringt das neue Datenschutzgesetz beim Personenschaden – Schwerpunkt Broker und Arbeitgeber

---

Ursula Uttinger, lic. iur. / exec. MBA HSG

Dozentin

Uttinger Datenschutz, Zürich

Bezüglich Revision des schweizerischen Datenschutzgesetzes gab es Befürchtungen, dass es eine Abschrift der europäischen Datenschutz-Grundverordnung geben würde. Es gibt zwar einige Anpassungen, insgesamt aber bleibt die Schweiz beim Grundsatz, dass eine Datenbearbeitung erlaubt ist, mit einem Verbotsvorbehalt. Die Straftatbestände sind weiterhin ausgerichtet auf natürliche Personen, erfordern Vorsatz und werden nur auf Antrag verfolgt; einzig die maximale Bussenhöhe hat sich markant erhöht von bisher CHF 10'000 auf CHF 250'000.

Ein Augenmerk richtet sich auf die Vernichtung der Daten beziehungsweise eine möglichst frühe Anonymisierung, eine weitergehende Transparenz bei der Bearbeitung von Personendaten und eine Kommunikation bei Datensicherheitsvorfällen.

Verantwortliche für eine Datenbearbeitung haben Pflichten, die mit der Revision klarer umschrieben sind als bisher, so dass Datenschutz eine höhere Management-Attention erhalten hat/wird. Folgende Punkte müssen berücksichtigt werden:

- Eine Datenbearbeitung sollte so ausgestaltet sein, dass Datenschutzvorschriften eingehalten werden können: Rollenkonzepte, vordefinierte Löschrufen und nur «richtige» Daten.
- Die Datensicherheit muss dem Risiko der Datenbearbeitung angemessen sein. Die Mindestanforderungen dazu werden voraussichtlich in der revidierten Verordnung definiert.
- Führen eines Datenbearbeitungs-Verzeichnisses, aus dem auch hervorgeht, was für die Datensicherheit vorgesehen ist.
- Informationspflicht bei der Datenbeschaffung, wobei die Information gemäss Botschaft auch via Datenschutzerklärung erfolgen kann.
- Werden Daten automatisiert bearbeitet, müssen betroffene Personen informiert werden, damit sie eine Überprüfung durch eine natürliche Person verlangen können, falls sie deswegen Nachteile erlitten haben.
- Bei Projekten muss vorgängig eine Datenschutz-Folgenabschätzung erfolgen.
- Verletzungen der Datensicherheit müssen umgehend gemeldet werden, sofern dadurch ein hohes Risiko für die betroffene Person bestehen könnte.

Diese Anpassungen sind unabhängig von Branche und Grösse in allen Unternehmen notwendig. Im Arbeitsverhältnis werden AI und Digitalisierung die Arbeitgeber vor neue Herausforderungen stellen. Sehr viele Daten werden heute generiert, teilweise ohne dass sich Arbeitgeber deren Brisanz und Auswertungsmöglichkeiten im Voraus bewusst sind.

Da mit der Revision juristische Personen nicht mehr unter das Datenschutzgesetz fallen, haben Broker weniger betroffene Personen, da ihre Kunden primär juristische Personen sind. Broker sollten sich gut überlegen, in welche Prozesse ihrer Kunden sie einbezogen werden wollen, da sie dadurch allenfalls Daten natürlicher Personen erhalten. Einzelne Broker möchten in die Schadenabwicklung einbezogen werden, was den betroffenen Personen, die meist nicht in einer direkten Vertragsbeziehung zum Broker stehen, mitgeteilt werden müsste; zudem stellt sich die Frage, was der Mehrwert für diese ist.

Ob die Revision für die betroffenen Personen einen Mehrwert bringt oder den Datenbearbeitern mehr Bürokratie, dürfte auch davon abhängen, ob Datenschutz als Menschenrecht oder reine Compliance-Aufgabe verstanden wird.

## Qu'apporte la nouvelle loi sur la protection des données en cas de dommage corporel – focus sur les courtiers et les employeurs

D'aucuns craignaient que la révision de la loi suisse sur la protection des données consiste en une copie du règlement général de l'UE sur la protection des données. Il y a certes quelques adaptations, mais dans l'ensemble, la Suisse s'en tient au principe selon lequel le traitement de données est autorisé, sous réserve de l'opposition de la personne concernée. Les éléments constitutifs d'une infraction continuent de concerner les personnes physiques ; l'infraction doit être délibérée et ne sera poursuivie qu'en cas de dépôt de plainte ; seul le montant maximal de l'amende a augmenté de manière significative, passant de 10 000 CHF à 250 000 CHF.

Une attention particulière est portée à la destruction des données ou à leur anonymisation la plus précoce possible, à une plus grande transparence dans le traitement des données personnelles et à la communication en cas d'incidents liés à leur sécurité.

Les responsables du traitement des données doivent remplir certaines obligations que la révision a permis de clarifier, si bien que la protection des données bénéficie désormais d'une attention accrue de la part des dirigeants. Les points suivants doivent être pris en compte :

- Le traitement des données doit être conçu de sorte que les prescriptions en matière de protection des données puissent être respectées : concepts de rôles, délais de suppression prédéfinis et collecte de données pertinentes uniquement.
- La sécurité des données doit être proportionnelle au risque encouru lors du traitement des données. Les exigences minimales à cet égard seront vraisemblablement définies dans l'ordonnance révisée.
- Tenue d'un registre de traitement des données qui précise aussi ce qui est prévu au niveau de la sécurité des données.

- Obligation d'informer lors de la collecte des données ; l'information pouvant, d'après le message, également être transmise au moyen d'une déclaration de protection des données.
- En cas de traitement automatisé des données, les personnes concernées doivent être informées en conséquence afin de pouvoir exiger une vérification par une personne physique, pour autant qu'elles aient subi des préjudices de ce fait.
- Les projets doivent être précédés d'une analyse d'impact du traitement des données.
- Toute atteinte à la sécurité des données doit être signalée sans délai, pour autant qu'elle comporte un risque élevé pour la personne concernée.

Ces adaptations sont nécessaires dans toutes les entreprises, indépendamment de leur secteur d'activité et de leur taille. Dans les relations de travail, l'IA et la numérisation posent de nouveaux défis aux employeurs. De nos jours, de très nombreuses données sont générées, parfois sans que les employeurs aient conscience au préalable de leur caractère extrêmement sensible et des manières dont elles pourraient être exploitées.

Comme, du fait de la révision, les personnes morales ne sont plus soumises à la loi sur la protection des données, les courtiers ont moins de personnes concernées dans leur portefeuille, puisque leurs clients sont essentiellement des personnes morales. Les courtiers devraient bien réfléchir aux processus de leurs clients dans lesquels ils souhaitent être impliqués, car ils risqueraient ainsi de récolter des données sur des personnes physiques. Certains courtiers souhaitent être impliqués dans le règlement des sinistres, ce qui devrait être communiqué aux personnes concernées, qui n'ont généralement pas de relation contractuelle directe avec eux ; en outre, il faut se demander quelle est alors la valeur ajoutée pour ces personnes.

Quant à savoir si la révision apportera une réelle valeur ajoutée aux personnes concernées ou si elle n'entraînera qu'un surcroît de travail aux personnes chargées du traitement des données, la réponse dépendra de l'importance accordée à la protection des données : respect d'un droit humain ou simple tâche de mise en conformité.

# Einblicke in die ICD-11

---

**Jörg Jeger, Dr. med.**

ehem. Chefarzt MEDAS Zentralschweiz, Luzern  
Kriens

## Die International Classification of Diseases (ICD)

Die ICD war ursprünglich eine Todesfallstatistik. Der Bürgermeister von Paris wollte im 19. Jahrhundert wissen, woran seine Mitbürgerinnen und Mitbürger sterben. Die ICD wurde 1948 bei deren Gründung von der WHO übernommen und mehrmals revidiert. Mit der 6. Revision kamen 1948 auch erstmals Krankheiten und Verletzungen hinzu, die nicht zum Tode führen (u.a. psychische Störungen). Per 01.01.2022 ist die ICD-11 von der WHO in Kraft gesetzt worden. Vorgesehen ist eine Übergangsfrist von 5 Jahren. Jedes Land kann selber entscheiden, wann und in welchen Teilbereichen es die ICD-11 einführen will. Aktuell benutzen wir in der Schweiz noch die ICD-10. Derzeit [Stand 30.06.2022] liegt die ICD-11 in folgenden Sprachen vor: Englisch, Französisch, Spanisch, Arabisch, Chinesisch. Die deutsche Fassung liegt erst als Entwurf vor.

## Neuerungen in der ICD-11

Die ICD-11 wurde – im Gegensatz zur ICD-10 – von Anfang an als webbasiertes Tool konzipiert und mit einer Vielzahl von schnell abrufbaren Querverbindungen versehen. Dadurch wird eine korrekte Kodierung einfacher. Die ICD-11 enthält 28 statt zuvor 22 Kapitel. 26 Kapitel werden mit römischen Zahlen benannt, dazu kommen zwei Zusatzkapitel V und X. Folgende Kapitel sind neu: 04 Diseases of the immune system, 07 Sleep-wake disorders, 17 Conditions related to sexual health, 26 Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions, V Supplementary section for functional assessment, X Extension codes.

Die ICD-11 weist folgende Logik auf: Codes sind mindestens vierstellig, maximal sechstellig. Vor einer 5. Stelle steht ein Punkt. Die 2. Stelle enthält nur Buchstaben, alle anderen Stellen können Ziffern oder Buchstaben enthalten. Die Buchstaben I und O sind grundsätzlich ausgespart (Verwechslungsgefahr). Die 1. Stelle bezeichnet das Kapitel: nach 9 kommt A (statt 10), B (statt 11) etc. Die Buchstaben Y und Z stehen für «sonstige näher bezeichnete» (other specified) und «nicht näher bezeichnete» (unspecified) Krankheiten. Jedes Kapitel beginnt auf der 2. bis 4. Stelle mit der Zeichenfolge A00, es wird dann hochgezählt: A01, A02, A03 usw. bis A99. Für Differenzierungen gibt es bis zu zwei weitere Stellen nach der 4. Stelle, abgetrennt durch einen Punkt: 3B20.11 oder BA31.3.

Der Stammcode («stem code») bezeichnet die Krankheit. Zusatzcodes («extension codes») bezeichnen zusätzliche Eigenschaften. Mehrere «stem codes» werden mit «/» verbunden: Typ 2 Diabetes mit proliferativer diabetischer Retinopathie: 5A11/9B71.01. «Stem codes»

und «extension codes» werden mit «&» verbunden: distale Radiusfraktur, rechts:  
NC32.50&XK9K

Die ICD-11 enthält nun auch für viele somatische Erkrankungen sog. «descriptions». Die psychischen Störungen sind im Kapitel 06 untergebracht, die neurologischen Störungen im Kapitel 08, die Erkrankungen des Bewegungsapparates im Kapitel 15. Eine inhaltlich relevante Neuerung betrifft die Kodierung chronischer Schmerzen. Der chronische Schmerz wird mit 7 Unterformen im Kapitel 21 (Symptoms, signs or clinical findings, not elsewhere classified) aufgeführt.

Neuerungen in der Psychiatrie: Neue Gesamtstruktur und Neugliederung des Kapitels zu den psychischen Störungen (Kapitel 06 statt Kapitel F), Neustrukturierung der Darstellung einzelner Störungsgruppen, Revision bei einzelnen Störungen, neue Störungen, einheitliche Struktur der Darstellung, nur selten Angabe einer expliziten Anzahl von Kriterien, «Spezifiers/qualifiers» zur Beschreibung des aktuellen klinischen Bildes. Die frühere «anhaltende somatoforme Schmerzstörung» (F 45.40) gibt es in der ICD-11 nicht mehr. Neu ist die «Bodily distress disorder» (6C20) mit drei Schweregraden.

## Tour d'horizon de la CIM-11

### La Classification internationale des maladies (CIM)

À l'origine, la CIM consistait en une simple statistique des causes de décès. Au XIX<sup>e</sup> siècle, le maire de Paris voulait savoir de quoi mouraient ses concitoyennes et ses concitoyens. La CIM a été reprise par l'OMS lors de sa création en 1948 et a été révisée à plusieurs reprises. En 1948, dans le cadre de sa 6<sup>e</sup> révision, la CIM a pour la première fois introduit des maladies et des blessures non mortelles (notamment les troubles psychiques). La CIM-11 est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022. L'OMS a prévu une période de transition de 5 ans. Chaque pays peut décider librement à quel moment et dans quels domaines il souhaite introduire la CIM-11. Actuellement, nous utilisons encore la CIM-10 en Suisse. Au 30 juin 2022, la CIM-11 est disponible dans les langues suivantes : anglais, français, espagnol, arabe, chinois. La version allemande n'existe qu'à l'état d'ébauche.

### Nouveautés de la CIM-11

Contrairement à la CIM-10, la CIM-11 a été conçue dès le départ comme un outil reposant sur la technologie du web et doté d'un grand nombre de références croisées, rapidement consultables. Cela facilite un codage correct. La CIM-11 contient 28 chapitres contre 22 auparavant. 26 chapitres sont indiqués par des chiffres arabes, auxquels s'ajoutent deux chapitres supplémentaires en chiffres romains (V et X). Les nouveaux chapitres sont les suivants : 04 Maladies du système immunitaire, 07 Troubles du cycle veille-sommeil, 17 Affections liées à la santé sexuelle, 26 Chapitre supplémentaire Affections de Médecine traditionnelle - Module I, V Section supplémentaire pour l'évaluation du fonctionnement, X Codes d'extension.

La CIM-11 présente la logique suivante : les codes sont composés de quatre caractères au minimum et de six au maximum. Un point précède le cinquième caractère. Le deuxième caractère consiste uniquement en une lettre, tous les autres caractères peuvent contenir des chiffres ou des lettres. Les lettres I et O sont en principe évitées (risque de confusion). Le premier caractère désigne le chapitre : après 9 vient A (au lieu de 10), B (au lieu de 11),

etc. Les lettres Y et Z signifient « autres maladies spécifiées » (*other specified*) et « maladies non spécifiées » (*unspecified*). Chaque chapitre commence de la deuxième à la quatrième position par la chaîne de caractères A00, puis il s'incrémente : A01, A02, A03, etc. jusqu'à A99. Pour les différenciations, il existe jusqu'à deux positions supplémentaires après la quatrième position, séparées par un point : 3B20.11 ou BA31.3.

Le code souche (« *stem code* ») désigne la maladie. Les codes d'extension (« *extension codes* ») désignent des caractéristiques supplémentaires. Plusieurs codes souches sont reliés par « / » : diabète de type 2 avec rétinopathie diabétique proliférante : 5A11/9B71.01. Les codes souches et les codes d'extension sont reliés par « & » : fracture de l'extrémité inférieure du radius, à droite : NC32.50&XK9K.

La CIM-11 contient désormais également des « descriptions » pour un certain nombre de maladies somatiques. Les troubles mentaux relèvent du chapitre 06, les troubles neurologiques du chapitre 08 et les maladies de l'appareil locomoteur du chapitre 15. Une nouveauté importante en termes de contenu concerne le codage des douleurs chroniques. La douleur chronique figure avec sept sous-formes au chapitre 21 (symptômes, signes ou résultats d'examen clinique, non classés ailleurs).

Nouveautés dans le domaine de la psychiatrie : nouvelle structure générale et nouvelle articulation du chapitre sur les troubles psychiques (chapitre 06 au lieu de chapitre F) ; restructuration de la présentation de certains groupes de troubles ; révision de certains troubles, nouveaux troubles, structure uniforme de la présentation des différents troubles ; quelques rares fois, indication d'un nombre explicite de critères ; « *specifiers/qualifiers* » pour décrire le tableau clinique actuel. L'ancien « trouble somatoforme douloureux persistant » (F 45.40) n'existe plus dans la CIM-11. Désormais, les « troubles de la détresse physique et de l'expérience corporelle » (*bodily distress disorder*, 6C20) présentent trois degrés de gravité.

# Post-Covid: Herausforderungen für die Versicherungswirtschaft

---

**Achim Regenauer, Dr. med.**

Chief Medical Officer

Partner Re, Zürich

Keine Erkrankung hat so viel Aufmerksamkeit hervorgerufen wie Covid-19 und die damit verbundenen Langzeitfolgen einer Corona-Infektion – häufig als Long-Covid oder Post-Covid Syndrom bezeichnet. Jeden Tag werden neue Erkenntnisse in oft verwirrender Weise in den Medien dargestellt. Viele Symptome sind nicht objektivierbar und die sozialen Medien tun ein Übriges dafür, das Ganze als ein Hype abzutun. Doch dies ist nur der kleinere Teil einer komplexen Gemengelage. Die Forschung ist sich inzwischen einig über Post-Covid und die WHO hat dieser Krankheit bereits einen eigenen ICD Code verliehen. Diese noch relativ junge Erkrankung stellt schon heute die Versicherungswirtschaft und Medizin vor grossen Herausforderungen. Der Vortrag «Post-Covid – Herausforderungen für die Versicherungswirtschaft» gibt einen orientierenden Überblick über die Häufigkeit, den derzeitigen Stand der Forschung, die Natur und den Verlauf dieser Erkrankung, wer daran erkrankt, die Behandlung und die Chancen für eine erfolgreiche Reintegration.

## Post-Covid : les défis du secteur de l'assurance

Aucune pathologie n'a suscité autant d'attention que la Covid-19 et les syndromes persistants découlant d'une infection au coronavirus – souvent appelés syndrome du covid long ou symptômes prolongés de la Covid-19 (syndrome post-covid). Chaque jour, les médias livrent de nouveaux éléments et formulent de nouvelles conclusions de manière souvent confuse. De nombreux symptômes ne sont pas objectivables, et les réseaux sociaux n'hésitent pas à faire passer le tout pour un *buzz* médiatique. Or, la réalité est plus complexe. Les chercheurs sont désormais unanimes sur le covid long, et l'OMS a déjà attribué à cette pathologie un code CIM propre. Encore relativement récente, cette maladie pose déjà de grands défis au secteur de l'assurance et à la médecine. L'exposé « Post-Covid – Défis pour le secteur de l'assurance » ouvre des perspectives sur la fréquence, l'état actuel de la recherche, la nature et l'évolution de cette maladie, les personnes atteintes, le traitement et les chances d'une réintégration réussie.

# Beurteilung von Patienten mit psychischen Beeinträchtigungen (FIRA)

---

**Christoph Müller-Pfeiffer, PD Dr. med.**

Leitender Arzt

Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik, Universitätsspital Zürich

## **Funktionelle Beeinträchtigungs- und Anforderungsanalyse (FIRA)**

**Ein quantitativer Ansatz zur systematischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der Versicherungsmedizin**

Mit der Funktionellen Beeinträchtigungs- und Anforderungsanalyse bzw. Functional Impairment and Requirement Analysis (FIRA) haben wir am Universitätsspital Zürich (USZ) ein quantitatives Verfahren entwickelt zur systematischen, wissenschaftlich basierten Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Die FIRA ist ein neuartiger, quantitativer und software-gestützter Ansatz, welcher unter Einbezug einer arbeitspsychologischen Expertise universell über alle medizinischen Fachrichtungen hinweg anwendbar ist. Die FIRA wird in Ergänzung zur konventionellen «heuristischen» Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer regulären Begutachtung durchgeführt.

In der FIRA wird der unverhältnismässig grosse Schritt von der ärztlichen Beurteilung der gesundheitlichen Beeinträchtigung hin zu der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung in vier umschriebene, nachvollziehbare und auf entsprechender Expertise basierende Schritte aufgeteilt:

### **1. Arbeitspsychologische Untersuchung der Leistungsänderung im Alltag**

Anhand 40 ausgewählter Aktivitäten aus der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) erfolgt in einem arbeitspsychologischen Interview mit dem Versicherten eine Einschätzung der Leistungsänderung in privaten und beruflichen Alltagsaktivitäten, basierend auf der heutigen Leistung gegenüber der Leistung vor Eintreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung.

### **2. Medizinische Untersuchung**

Anschliessend erfolgt die Einschätzung des medizinischen Experten, in welchem Ausmass jedes vorliegende Symptom die Leistungsabnahme in den individuellen Alltagsaktivitäten kausal zu erklären vermag. Da sich diese Einschätzung auf konkrete, im Alltag noch durchgeführte Aktivitäten bezieht (z. B. wie werden Lebensmittel eingekauft), ist der Ermessensspielraum wesentlich kleiner als bei der konventionellen globalen Einschätzung der Leistungsbeeinträchtigung im Beruf. Gleichzeitig wird dadurch sichergestellt, dass keine krankheits-/unfallfremden Faktoren (wie z. B. altersbedingte Abnahme der Leistungsfähigkeit) in die Beurteilung der Leistungsbeeinträchtigung miteinbezogen werden.

### 3. Arbeitspsychologische Einschätzung der Leistungsanforderungen im Beruf

Als nächstes erfolgt eine arbeitspsychologische Einschätzung der Leistungsanforderungen in wichtigen Aufgabenbereichen des Berufs basierend auf Stellenbeschreibungen in den Akten inklusive Ressourcenorientiertem Eingliederungsprofil (REP), Angaben des Versicherten und von Drittpersonen sowie veröffentlichten Berufsaufzeichnungen und Stellenprofilen.

### 4. Statistische Schätzung der Leistungsbeeinträchtigung im Beruf

In einem letzten Schritt wird anhand eines statistischen Modells, basierend auf den in den Schritten 1-3 erhobenen Daten, die Leistungsbeeinträchtigung in beruflichen Aufgabenbereichen eingeschätzt.

Die FIRA erlaubt eine hochgradig nachvollziehbare und konsistente Erhebung des Funktionsniveaus und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sowie die Ableitung versicherungsmedizinisch relevanter Behandlungsempfehlungen. Aufgrund der spezifischen Einzelschritte und der umfassenderen Informationsgrundlage ist der Ermessensspielraum der Experteneinschätzungen deutlich niedriger als in der bisherigen konventionellen Vorgehensweise zur Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit. Seit 2018 setzen wir die FIRA bei Begutachtungen im Auftrag von staatlichen Sozialversicherungen, Gerichten und privaten Versicherungsgesellschaften ein.

## Evaluation de patients présentant des troubles psychiques (FIRA)

### Analyse des déficiences et des besoins fonctionnels (FIRA)

**Une approche quantitative en faveur de l'évaluation systématique de la capacité de travail en médecine des assurances**

Avec l'analyse des déficiences et des besoins fonctionnels (*Functional Impairment and Requirement Analysis, FIRA*), nous avons développé à l'hôpital universitaire de Zurich (USZ) une méthode quantitative dédiée à l'évaluation systématique et scientifiquement fondée de la capacité de travail. La FIRA consiste en une approche quantitative inédite assistée par un logiciel qui, en intégrant une expertise en psychologie du travail, est universellement applicable à toutes les spécialités médicales. Lors d'une expertise réglementaire, la FIRA est réalisée en complément de l'évaluation « heuristique » conventionnelle de la capacité de travail.

Dans le cadre de la FIRA, la longue démarche qui va de l'évaluation médicale de l'atteinte à la santé à celle de la capacité de travail est divisée en quatre étapes identifiables, reproductibles et reposant sur une expertise correspondante :

#### 1. Examen en psychologie du travail de l'altération des performances dans la vie quotidienne

À l'aide de 40 activités sélectionnées dans la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), un entretien de psychologie du travail mené avec l'assuré permet d'évaluer l'altération de ses performances dans ses activités quotidiennes privées et professionnelles, en tenant compte de ses performances actuelles par rapport à ses performances avant la survenue de l'atteinte à la santé.

## 2. Examen médical

Ensuite, l'expert médical évalue dans quelle mesure chacun des symptômes identifiés peut expliquer de manière causale la diminution de la performance de la personne assurée dans l'exercice de ses activités quotidiennes. Comme cette évaluation se réfère à des activités concrètes encore effectuées au quotidien (par ex. comment la personne assurée fait-elle ses courses ?), la marge d'appréciation est nettement plus faible que lors de l'évaluation générale classique de l'atteinte à la performance professionnelle. Parallèlement, cela garantit qu'aucun facteur étranger à la maladie / l'accident (comme la diminution des performances due à l'âge) n'est pris en compte dans l'évaluation de l'atteinte à la performance.

## 3. Évaluation par un psychologue du travail des exigences de performance dans l'exercice de la profession

Il s'agit ensuite de procéder à une évaluation reposant sur la psychologie du travail des performances requises dans les principaux domaines de l'activité professionnelle, ceci en s'appuyant sur les descriptifs de poste figurant dans le dossier, y compris le profil d'intégration axé sur les ressources (PIR), sur les informations fournies par la personne assurée et des tiers, ainsi que sur des notes professionnelles et des profils de poste ayant fait l'objet de publications.

## 4. Estimation statistique de l'atteinte à la performance professionnelle

La dernière étape consiste à estimer l'atteinte à la performance au regard des tâches professionnelles incombant à la personne assurée à l'aide d'un modèle statistique reposant sur les données collectées lors des étapes 1 à 3.

La FIRA permet de déterminer de manière vérifiable et cohérente les capacités fonctionnelles de la personne assurée et d'estimer sa capacité de travail, puis d'en déduire des recommandations de traitement pertinentes du point de vue de la médecine des assurances. En raison des différentes étapes spécifiques et de la base d'informations plus complète, la marge d'appréciation laissée aux experts est nettement plus faible que dans le cadre de la procédure conventionnelle utilisée jusqu'à présent pour évaluer l'incapacité de travail. Nous recourrons à la FIRA depuis 2018 pour des expertises mandatées par des assurances sociales publiques, des tribunaux et des compagnies d'assurances privées.

# Beurteilung von Patienten mit psychischen Beeinträchtigungen (REAcT)

---

Michael Liebrecht, Prof. Dr. med.

Leiter

Forensisch-Psychiatrischer Dienst (FPD), Universität Bern

## REAcT Risiko für Einschränkungen der beruflichen Aktivität und Teilhabe

Bei REAcT handelt sich um ein Fremdbeurteilungsverfahren (Structured Professional Judgement SPJ), welches das Risiko für die Einschränkungen der beruflichen Aktivität und Teilhabe der Betroffenen in Folge einer Gesundheitsstörung (Krankheit oder Unfall) erfassen soll. Zielsetzung des Instruments ist eine Abschätzung der Wahrscheinlichkeit, mit der ein Proband unter bestimmten Voraussetzungen in einem bestimmten Zeitraum wieder arbeitsfähig wird oder aber arbeitsunfähig bleibt. REAcT soll es erleichtern, weitere Interventionschritte in Bezug auf die berufliche Wiedereingliederung zu planen.

Im Gegensatz zu anderen Verfahren (ADL-Skalen, Mini-ICF-APP, WHODAS-2) liegt dabei der Fokus nicht auf dem Querschnittsbefund, sondern auf den Längsverlauf. Zudem differenziert das Instrument zwischen statischen und dynamischen Risikomerkmale um die Wahrscheinlichkeit für eine zukünftige Einschränkung der beruflichen Teilhabe bzw. des funktionellen Leistungsvermögens differenzieren können.

Zur Risikobeurteilung werden verschiedene Risikomerkmale bezogen auf ein Individuum einer professionellen Einschätzung unterzogen. Dabei wird das Gewicht jedes einzelnen Faktors im Kontext der Entwicklung des Probanden, seiner bisherigen Verhaltensmuster und seiner vorhersehbaren Risiken gewertet. Bei einem Structured Professional Judgement können von Anwendern verschiedene Szenarien für bestimmte Zeiträume und Umstände entwickelt werden, in denen einzelne Risikofaktoren mehr oder weniger Gewicht haben. Es resultiert keine statistische oder aktuarische Einschätzung, sondern eine individuelle Fallanalyse. Dieses Vorgehen unterstützt den Anwender dabei, seine klinische Beurteilung transparent und nachvollziehbar zu gestalten und die relevanten Informationen systematisch zu berücksichtigen.

REAcT enthält in seiner aktuellen Version 35 Items. Dabei beziehen sich 12 Items auf die Vorgeschichte (V), 12 Items beziehen sich auf die aktuellen Querschnittsbefunde (G) und 11 Items (Z) auf zukünftig relevante Faktoren. Die Beurteilung einzelner Items erfolgt anhand von angegebenen günstigen und ungünstigen Faktoren, die im jeweiligen Fall narrativ zu diskutieren sind. Die vorgegebenen Faktorenbeschreibungen stellen dabei Extreme dar. Es obliegt dem Anwender, mit seiner klinischen und gutachterlichen Erfahrung die Zuordnung der individuellen Fallkonstellationen zu beiden Polen (eher günstig bzw. eher ungünstig) vorzunehmen und zu begründen.

Zu unterscheiden sind statische (d.h. praktisch unveränderbare) Merkmale und dynamische (d.h. innerhalb des definierten Zeitraums veränderbare) Merkmale. Die anschliessende integrale Gesamtbeurteilung soll eine individuelle Gewichtung von prognostisch besonders relevanten Items und deren allfälligen Veränderbarkeit vornehmen.

Der REAcT kann bei der Universität Bern <https://www.fpd.unibe.ch/forschung/projekte/react/> bezogen werden.

## Evaluation de patients présentant des troubles psychiques (REAcT)

### REAcT Risque de limitations de l'activité professionnelle et de la participation

REAcT est une méthode d'évaluation par un tiers (jugement professionnel structuré ; *Structured Professional Judgement SPJ*) qui vise l'appréciation du risque de restrictions de l'activité professionnelle et de la participation des personnes concernées suite à un problème de santé (maladie ou accident). Cet outil a pour objectif d'estimer la probabilité qu'un sujet retrouve sa capacité de travail à certaines conditions et dans un laps de temps donné ou, au contraire, qu'il demeure en incapacité de travail. REAcT entend faciliter la planification de nouvelles étapes d'intervention en matière de réinsertion professionnelle.

Contrairement à d'autres méthodes (échelles ADL, mini CIM-APP, WHODAS-2), l'accent n'est pas mis sur le résultat transversal, mais sur l'évolution longitudinale. En outre, l'instrument fait la distinction entre les caractéristiques de risque statiques et dynamiques afin de pouvoir différencier la probabilité d'une future limitation de la participation professionnelle ou de la capacité fonctionnelle.

Pour la détermination du risque, différentes caractéristiques de risque concernant un individu sont soumises à une évaluation professionnelle. La pondération de chaque facteur est effectuée au regard du développement du sujet, de ses modèles de comportement antérieurs et de ses risques prévisibles. Dans le cadre d'un jugement professionnel structuré, les utilisateurs peuvent développer un certain nombre de scénarios pour des périodes et des circonstances données, dans lesquels les différents facteurs de risque ont plus ou moins de poids. Cela ne donne pas une évaluation statistique ni actuarielle, mais une analyse de cas individuelle. Cette manière de procéder permet à l'utilisateur de rendre son évaluation clinique transparente et compréhensible et de tenir systématiquement compte des informations pertinentes.

Dans sa version actuelle, REAcT contient 35 items. Parmi ceux-ci, 12 se réfèrent aux antécédents (V), 12 aux résultats transversaux actuels (G) et 11 (Z) aux futurs facteurs pertinents. Les différents items sont évalués en fonction des facteurs favorables et défavorables indiqués, lesquels sont discutés sur la base d'une recherche des causes. Les descriptions fournies portant sur les facteurs représentent des extrêmes. Il incombe à l'utilisateur de s'appuyer sur son expérience clinique et d'expert pour classer les diverses configurations de cas individuels en deux pôles (plutôt favorable ou plutôt défavorable).

Il convient de distinguer les caractéristiques statiques (c'est-à-dire pratiquement immuables) des caractéristiques dynamiques (c'est-à-dire modifiables au cours de la période définie). L'évaluation générale globale qui s'ensuit doit permettre une pondération individuelle des items particulièrement importants pour le pronostic et à celle de leur éventuelle altérabilité.

Il est possible de se procurer l'outil REAcT (en allemand uniquement) auprès de l'université de Berne <https://www.fpd.unibe.ch/forschung/projekte/react/>.

# Beurteilung von Patienten mit psychischen Beeinträchtigungen (VSD)

---

**Ralph Mager, Prof. Dr.**

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie

## **Aktuelle Befunde zum Nutzen einer versicherungsmedizinischen Standarddiagnostik: Die «VSD» Studie**

Mager R.; Ebner G.; Deuring G.; Rosburg T.

Psychiatrische Begutachtungen werden nicht zuletzt aufgrund der geringen Reliabilität in der Einschätzung von krankheitsbedingten Teilhabefähigkeiten in der juristischen, aber auch in der öffentlichen Wahrnehmung kritisch betrachtet, betroffene ExplorandInnen sehen sich entsprechend häufig nicht in ihrem Leiden adäquat erfasst. In der vorgestellten «VSD» Studie wurde erstmals parallel zu der klassisch-explorativen Begutachtung eine internet-basierte psychiatrische Standarddiagnostik multizentrisch als eine zusätzliche Informationsquelle genutzt zur systematischen Darstellung der Bereiche Kognition, Leistungsfähigkeit, Beschwerdevalidität, Persönlichkeit, biographischer Längsschnitt und Symptomlast. Vorge stellt werden erste Ergebnisse, welche Aussagen ermöglichen über die Machbarkeit und den Nutzen eines solchen Vorgehens in der individuellen Begutachtung, aber auch in Bezug auf erstmals mögliche Forschungsansätze zur Verbesserung von versicherungsmedizinischer Prädiktion. Die Studie wurde durch Mittel der Suva gefördert.

Die Ergebnisse der «VSD» Studie zeigen, dass der Einsatz einer solchen internet-basierten Plattform komfortabel und praktikabel ist. Darüber hinaus belegen sie das Potenzial, normative Daten für das spezifische Setting einer versicherungsmedizinischen Bewertung zu generieren. Die vorgestellten VSD-Faktoren bieten erstmalig eine methodische Grundlage für die Identifizierung von Zusammenhängen zwischen Stammdaten, psychiatrisch-kognitiven Dimensionen und gutachterlichen Einschätzungen. Die sich über die Faktorenanalyse aus den genutzten etablierten psychometrischen Verfahren ergebenden VSD-Faktoren stellen dabei übergeordnete Variablen dar, die zum Beispiel sowohl die Symptomebene erfassen als auch die Ebene von Persönlichkeitseigenschaften einbeziehen. Exemplarisch zeigt sich die versicherungsmedizinische Bedeutung dieser Faktoren darin, dass es im Rahmen der Studie mit 153 Antragstellenden möglich war, Subgruppen der Studie allein anhand des VSD-Faktoren-Profiles zu unterscheiden. Auch konnten über diese neu entstandenen Variablen signifikante Bezüge hergestellt werden zwischen Diagnosegruppen und der gutachterlich erfolgten Einschätzung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit. Ein wesentlicher Befund der Studie war auch, dass der eingeschätzte Schweregrad der Verminderung der Arbeitsfähigkeit wesentlich mit den genutzten Ratinginstrumenten (Mini-ICF; CGI; GAF) des Gutachters korrelierte und sich diese Einschätzung nur begrenzt in den objektiveren VSD-Faktoren abbildet. In Kenntnis der geringen Reliabilität von Ratinginstrumenten in der psychiatrischen Begutachtung stellt sich die Frage, ob hier in der Nutzung der Fremdrating-Instrumente nicht auch wesentlich gutachterliche Subjektivität einfließt.

Die Einbeziehung der VSD in die Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung eröffnet somit neue Wege für die versicherungsmedizinische Forschung und ermöglicht im Einzelfall eine Untermauerung von Einschätzungen der verbliebenen Arbeitsfähigkeit und psychiatrischen Bewertungen durch objektive, standardisierte Daten. Dies würde auch die Transparenz und Nachvollziehbarkeit solcher Bewertungen für alle Beteiligten (Versicherer, Antragsteller, medizinische Sachverständige, Fallkoordinatoren, Juristen) erhöhen.

## Evaluation de patients présentant des troubles psychiques (VSD)

**Derniers résultats concernant l'utilité d'un diagnostic standard en médecine des assurances : l'étude « VSD ».**

Mager R. ; Ebner G. ; Deuring G. ; Rosburg T.

Tant les juristes que l'opinion publique considèrent d'un œil critique les expertises psychiatriques, en raison surtout de leur manque de fiabilité en matière d'évaluation du degré de la participation de la personne malade. D'ailleurs, les sujets d'expertise estiment souvent que leur souffrance n'est pas correctement prise en compte. Dans l'étude « VSD » en question, un diagnostic psychiatrique standard réalisé en ligne a été utilisé pour la première fois dans plusieurs centres médicaux comme source d'information additionnelle, parallèlement à l'expertise exploratoire classique, pour une représentation systématique couvrant les domaines de la cognition, de la performance, de la validité des troubles, de la personnalité, de l'évolution de l'individu dans le temps et de la charge des symptômes. Les premiers résultats présentés permettent de se prononcer sur la faisabilité et l'utilité d'une telle procédure au niveau de l'expertise individuelle, mais aussi concernant les premières pistes de recherche possibles pour améliorer les prévisions de la médecine des assurances. L'étude a été soutenue par des fonds de la Suva.

Il ressort des résultats de l'étude « VSD » que l'utilisation d'une telle plateforme virtuelle est pratique et réalisable. Par ailleurs, ces résultats confirment la capacité à produire des données normatives utilisables pour le paramétrage spécifique d'une évaluation relevant de la médecine des assurances. Les facteurs VSD présentés offrent pour la première fois une base méthodologique pour l'identification des relations entre les données de base, les dimensions psychiatriques et cognitives et les estimations des experts. Comme ils résultent de l'analyse factorielle des procédés psychométriques établis, ces facteurs représentent des variables supérieures qui saisissent par exemple aussi bien le niveau des symptômes que celui des traits de personnalité. Leur utilité pour la médecine des assurances est démontrée de manière exemplaire par le fait que, dans le cadre de l'étude portant sur 153 demandeurs, il a été possible de distinguer des sous-groupes uniquement à partir du profil obtenu selon les facteurs VSD. Par ailleurs, ces nouvelles variables ont permis d'établir des relations significatives entre les groupes de diagnostics et l'évaluation par l'expert de la capacité de travail résiduelle. Autre enseignement majeur de l'étude : le degré de gravité estimé de la diminution de la capacité de travail est hautement corrélé avec les instruments de notation utilisés par l'expert (mini CIF ; CGI ; GAF), et cette estimation ne se reflète que de manière limitée dans les facteurs VSD, plus objectifs. Sachant que les instruments d'évaluation s'avèrent peu fiables lors d'une expertise psychiatrique, il faut se demander si, en la matière,

le recours aux instruments d'appréciation par un tiers n'intègre pas aussi une subjectivité consubstantielle à l'expertise.

L'intégration des facteurs VSD dans l'évaluation de l'incapacité de travail ouvre donc de nouvelles perspectives pour la recherche en médecine des assurances et contribue, dans certains cas, à étayer les estimations de la capacité de travail résiduelle et les évaluations psychiatriques par des données objectives et standardisées. Cela permettrait également d'accroître la transparence et la traçabilité de telles évaluations pour toutes les parties concernées (assureurs, demandeurs, experts médicaux, coordinateurs de cas, juristes).

# Tarife: Erfahrungen / Weiterentwicklung

---

**Andreas Christen**

Direktor

ZMT, Zentralstelle für Medizinaltarife, Luzern

## Gesundheitspolitik (Teil 1)

Die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) ist das Koordinationsgremium der Unfallversicherer, der Invaliden- und der Militärversicherung, deren Rechtsform ein Verein ist. Der Vorstand besteht aus 8 Vertretenden von der Suva, des SVV, von santésuisse und der AXA. Ex-Statuten Vertretende sind die Invaliden- und die Militärversicherung.

Die Zentralstelle für Medizinaltarife (ZMT) umfasst 22 Mitarbeitende mit verschiedenen Ausbildungshintergründen. Sie führt für die eidgenössischen Sozialversicherer Tarifverhandlungen im ambulanten und stationären Bereich und nimmt hierzu Einsitz in verschiedenen, nationalen Tarif- und Qualitätsgremien. Sie gibt zudem Empfehlungen zu medizinischen Leistungen ab und beantwortet Vernehmlassungen.

Das Marktumfeld der ZMT ist sehr umfassend und heterogen. Das macht das Networking nicht immer einfach, da die Marktteilnehmenden in verschiedenen Themen teilweise komplett unterschiedliche Meinungen vertreten.

Die Marktteilnehmenden sehen sich zunehmend damit konfrontiert, dass gemeinsame Lösungen zu verschiedenen Herausforderungen im Gesundheitswesen – vor allem in tarifari-schen Fragen – blockiert sind. Diese Blockaden sind mitnichten hausgemacht, da die Tarifpartner von Partikularinteressen getrieben sind und dies konstruktive Lösungen verunmöglicht. Ein Scheitern von Tarifpartnerschaften führt unweigerlich zu staatlichen Eingriffen bzw. legitimiert den Bund, bei Dissens oder Streitigkeiten unter den Marktteilnehmenden einzugreifen. Das ist insofern schizophren, als einerseits viele einen zunehmenden Etatismus im Gesundheitswesen beklagen, andererseits aber genau dort, wo der Markt eben spielen könnte (und dies vom Staat sogar gefordert wird), die Marktteilnehmer wegen zu viel Eigeninteressen versagen.

## Tarifwesen (Teil 2)

Zwischen dem KVG und dem UVG gibt es viele inhaltliche Unterschiede. Es darf deshalb die Frage gestellt werden, ob allenfalls eine Angleichung der beiden Gesetze Sinn macht und falls ja, in welchen Themen. Es gibt aus unserer Sicht verschiedene Anknüpfungspunkte, welche das UVG zugunsten der Prämienzahlenden stringenter und letztlich finanziell besser umsetzt, als es das KVG tut.

Derzeit gibt es unterschiedliche Herausforderungen im Tarifwesen, welche (leider) zunehmend politischer als materieller Natur sind. Im Fokus steht dabei unbestritten der Ambulante Arzttarif, über welchen in der Schweiz jährlich CHF 12 Milliarden Leistungen und Kosten abgewickelt werden. Selbstredend sind die Interessen, wie diese Kosten in einem künftigen Tarifmodell abgebildet sein sollen, bei einem solch hohen Preisschild ganz unterschiedlich verteilt.

Die MTK setzt sich (nicht nur) in dieser komplexen Diskussion vehement für einen konstruktiven und transparenten Dialog ein. Erfahrungen haben wir hinreichend: Es sind nämlich die Unfallversicherer, welche seit Jahren faire Lösungen mit ihren Tarifpartnern finden, notabene ohne staatliche Interventionen.

## Tarifs : expériences / évolution future

### Politique de la santé (1<sup>re</sup> partie)

Organisée sous la forme juridique d'une association, la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) est l'organe de coordination des assureurs-accidents, de l'assurance-invalidité et de l'assurance militaire. Son comité directeur est composé de huit représentants de la Suva, de l'ASA, de santésuisse et d'AXA. Les représentants ex-statutaires sont l'assurance-invalidité et l'assurance militaire.

Le Service central des tarifs médicaux (SCTM) compte 22 collaborateurs aux cursus de formation divers et variés. Il mène des négociations tarifaires pour le compte des assureurs sociaux fédéraux dans les domaines ambulatoire et hospitalier et siège à cet effet au sein de différents comités nationaux en charge de la tarification et de la qualité. Il émet en outre des recommandations sur les prestations médicales et prend position lors de procédures de consultation.

L'environnement du SCTM est très vaste et hétérogène. Cela ne facilite pas toujours le réseautage, car les acteurs du marché ont parfois des opinions totalement divergentes sur certains sujets.

Ils ont de plus en plus de mal à s'accorder sur des solutions communes pour relever les différents défis auxquels le secteur de la santé est confronté, surtout en ce qui concerne les questions tarifaires. Il ne s'agit aucunement de blocages internes, car les partenaires tarifaires sont mus par des intérêts particuliers, ce qui rend impossible toute solution constructive. Un échec des partenariats tarifaires conduit inévitablement à une intervention de l'État ou légitime la Confédération à intervenir en cas de dissensions ou de litiges entre les acteurs du marché. Cette situation est schizophrénique dans la mesure où nombreux sont ceux qui déplorent l'intervention croissante de l'État dans le secteur de la santé alors que, là où le marché pourrait justement jouer son rôle (et où l'État l'exige même), les acteurs du marché échouent à s'entendre en raison d'intérêts personnels trop prononcés.

### Tarification (2<sup>e</sup> partie)

La teneur de la LAMal et celle de la LAA diffèrent en de nombreux points. Il est donc légitime de se demander s'il ne serait pas judicieux d'harmoniser les deux lois et, dans l'affirmative, sur quels sujets. À notre avis, la LAA est beaucoup plus rigoureuse sur différents points

et s'avère en fin de compte plus intéressante financièrement pour le payeur de primes, que la LAMal.

Le domaine tarifaire doit actuellement surmonter un certain nombre de difficultés qui sont (malheureusement) de plus en plus de nature politique plutôt que matérielle. Incontestablement, il s'agit d'abord du tarif médical ambulatoire qui entraîne chaque année en Suisse pour près de 12 milliards de CHF de prestations et de coûts. Il va de soi que les intérêts concernant la manière dont ces coûts doivent être représentés dans un futur modèle tarifaire peuvent diverger du tout au tout au regard du volume de dépenses considéré.

La CTM s'engage résolument (aussi) dans ce débat complexe en faveur d'un dialogue constructif et transparent. Nous nous appuyons sur une grande et longue expérience : ce sont en effet les assureurs-accidents qui, depuis des années, trouvent des solutions équitables avec leurs partenaires tarifaires, soit dit en passant, sans intervention de l'État.

# Ambulant vor stationär / selektive Kontrahierung im stationären Bereich

---

**Melanie Zemp**

Bereichsleiterin stationäre Tarife

ZMT, Zentralstelle für Medizinaltarife, Luzern

## Ambulant vor stationär im UVG (Teil 1)

Seit 2019 gibt es im KVG (KLV) eine national gültige Liste mit Eingriffen, die nur unter gewissen Kriterien noch stationär durchgeführt werden sollen. Die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) hat sich an der Liste des Bundes orientiert, und die für den UVG-Bereich relevanten Eingriffe übernommen. Der entsprechende Beschluss ist auf der MTK-Homepage publiziert.

Im Mai 2022 publizierte das BAG den Evaluationsbericht zur KLV «Ambulant vor Stationär». Auch die Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT) führt im Auftrag der MTK regelmässig ein Monitoring über die Entwicklung durch. Zusammenfassend lässt sich in den vergangenen Jahren ein Trend zu ambulant durchgeführten Eingriffen feststellen. Dies führt im UVG aufgrund der monistischen Finanzierung durch die Versicherer zu einer Kostenersparnis.

Die ZMT prüft im Auftrag der MTK laufend, ob die Eingriffsliste «Ambulant vor Stationär» für den UVG-Bereich erweitert werden soll. Dabei gilt es sicherzustellen, dass neue Entscheide im Rahmen der Schadenabwicklung umgesetzt werden können.

## Selektive Kontrahierung im stationären Bereich (Teil 2)

Die UVG-Versicherer stellen mit den Tarif- und Leistungsverträgen der MTK die Versorgung ihrer grundversicherten Patientinnen und Patienten sicher. Im Gegensatz zum KVG existiert im UVG keine gesetzliche Verpflichtung, mit allen zugelassenen stationären Leistungserbringern einen Vertrag abzuschliessen. Die MTK setzt diese Möglichkeit zur selektiven Kontrahierung im stationären Bereich um.

Die ZMT evaluiert sämtliche Kliniken und Spitäler im akutsomatischen Bereich nach national einheitlichen, durch die MTK festgelegten Struktur- und Qualitätskriterien. Dabei werden unter anderen die durch den Nationalen Verein für Qualitätsentwicklungen in Spitälern und Kliniken (ANQ) publizierten Qualitätsergebnisse berücksichtigt. Erfüllt ein Spital die Kriterien nicht, wird dessen Versorgungsrelevanz geprüft. Zudem wird ein Dialog mit dem Leistungserbringer lanciert, in dem das Spital bereits eingeleitete Massnahmen im Qualitätsbereich und idealerweise einen positiven Trend darlegen und nachweisen kann. Ist die Versorgungsrelevanz nicht gegeben und sind die Kriterien nicht erfüllt, schliesst die MTK mit den entsprechenden Leistungserbringern keinen UVG-Tarifvertrag ab.

Die Kriterien der selektiven Kontrahierung werden in der Regel alle zwei Jahre durch eine Arbeitsgruppe geprüft. Versicherer- und Leistungserbringervertreter bilden gemeinsam diese Arbeitsgruppe, was einen direkten Praxisbezug sicherstellt. Die Arbeitsgruppe gibt der MTK eine Empfehlung ab, falls die Kriterien angepasst oder erweitert werden sollen. Zusätzlich beschäftigt sie sich mit der Lancierung eines einheitlichen Kriterienrasters für die Rehabilitationskliniken.

## L'ambulatoire avant le stationnaire / contrats sélectifs dans le domaine stationnaire

### L'ambulatoire avant le stationnaire dans la LAA (1<sup>re</sup> partie)

Depuis 2019, la LAMal (OPAS) présente une liste valable au niveau national des interventions qui ne doivent plus être effectuées en stationnaire qu'à certaines conditions. La Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) s'est inspirée de la liste de la Confédération et a repris les interventions pertinentes pour le domaine de la LAA. La décision correspondante est consultable sur le site Internet de la CTM.

En mai 2022, l'OFSP a publié le rapport d'évaluation de l'OPAS intitulé « L'ambulatoire avant le stationnaire ». Le Service central des tarifs médicaux LAA (SCTM) effectue également un contrôle régulier de l'évolution en la matière pour le compte de la CTM. En résumé, une tendance se dessine ces dernières années en faveur des interventions en ambulatoire. En raison du financement moniste par les assureurs, cela entraîne des économies de coûts dans la LAA.

Sur mandat de la CTM, le SCTM examine régulièrement les élargissements possibles de la liste des interventions « ambulatoire avant stationnaire » pour le domaine de la LAA. Il s'agit de s'assurer que les nouvelles décisions pourront être appliquées dans le cadre du règlement des sinistres.

### Contractualisation sélective dans le domaine stationnaire (2<sup>e</sup> partie)

Signataires des conventions tarifaires et de prestations de la CTM, les assureurs LAA garantissent la prise en charge de leurs patients couverts par l'assurance de base. Contrairement à la LAMal, la LAA ne comprend aucune obligation de conclusion d'une convention avec l'ensemble des fournisseurs de prestations stationnaires autorisés. La CTM met en œuvre cette possibilité de passer des conventions de manière sélective dans le domaine stationnaire.

Le SCTM évalue toutes les cliniques et tous les hôpitaux du domaine somatique aigu selon des critères structurels et qualitatifs uniformes au niveau national et définis par la CTM. Ces évaluations prennent notamment en compte les résultats relatifs à la qualité publiés par l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ). Si un hôpital ne remplit pas ces critères, la pertinence de ses soins fait alors l'objet d'un examen approfondi. Par ailleurs, cela permet d'ouvrir le dialogue avec le fournisseur de prestations. L'hôpital a ainsi l'occasion de présenter les mesures déjà prises concernant la qualité de ses prestations et, dans l'idéal, de mettre en évidence une évolution positive en la matière, justificatifs à l'appui. En l'absence de soins pertinents et si les autres critères ne sont pas remplis, la CTM ne conclut pas de convention tarifaire LAA avec les fournisseurs de prestations concernés.

Les critères portant sur la contractualisation sélective sont en général examinés tous les deux ans par un groupe de travail. Les représentants des assureurs et des fournisseurs de prestations constituent ensemble ce groupe de travail, ce qui garantit un lien direct avec la pratique. Le groupe de travail adresse une recommandation à la CTM lorsque les critères doivent être adaptés ou élargis. En outre, il s'occupe de l'élaboration d'une grille de critères uniforme pour les cliniques de réadaptation.

# Referentenliste / Liste des conférenciers

---

Andreas Christen  
Direktor  
ZMT, Zentralstelle für Medizinaltarife  
Postfach 4358  
6002 Luzern  
andreas.christen@zmt.ch

Dr. Jérôme Cosandey  
Directeur romand  
Avenir Suisse  
Chemin de Beau-Rivage 7  
1006 Lausanne  
jerome.cosandey@avenir-suisse.ch

RA lic. iur. Barbara Huber Grämiger  
Senior Legal Counsel  
Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG  
Hagenholzstrasse 60, Postfach  
8085 Zürich  
barbara.huber@zurich.ch

Dr. med. Jörg Jeger  
ehem. Chefarzt MEDAS Zentralschweiz, Luzern  
Habermattweg 14  
6010 Kriens  
jjeger@bluewin.ch

Prof. Dr. med. Michael Liebreuz  
Leiter  
Forensisch-Psychiatrischer Dienst (FPD)  
Universität Bern  
Falkenplatz 18  
3012 Bern  
michael.liebreuz@unibe.ch

Prof. Dr. Ralph Mager  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Facharzt für Neurologie  
Präsident SGVP  
ralph.mager@hin.ch

PD Dr. med. Christoph Müller-Pfeiffer  
Leitender Arzt  
Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik  
Universitätsspital Zürich  
Haldenbachstrasse 18  
8091 Zürich  
christoph.mueller-pfeiffer@usz.uzh.ch

Dr. med. Achim Regenauer  
Chief Medical Officer  
Partner Re  
Hardstrasse 301  
8005 Zürich  
achim.regenauer@partnerre.com

RA lic. iur. Sarah Riesch  
Senior Legal Counsel  
Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG  
Hagenholzstrasse 60, Postfach  
8085 Zürich  
sarah.riesch@zurich.ch

Veit Wendenburg, LL.M  
Leiter Schaden Haftpflicht/Sach  
Vaudoise Versicherungen  
Place Milan  
1001 Lausanne  
vwg@vaudoise.ch

lic. iur. / exec. MBA HSG Ursula Uttinger  
Uttinger Datenschutz  
Hotzestrasse 35  
8006 Zürich  
uu@ursula-uttinger.ch

Melanie Zemp  
Bereichsleiterin stationäre Tarife  
ZMT, Zentralstelle für Medizinaltarife  
Postfach 4358  
6002 Luzern  
melanie.zemp@zmt.ch

# Moderation / Modération

---

Manuel Nyffenegger  
Leiter Health & Care Services  
Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG  
Hagenholzstrasse 60, Postfach  
8085 Zürich  
[manuel.nyffenegger@zurich.ch](mailto:manuel.nyffenegger@zurich.ch)

Patrizio Pelliccia  
MAS Versicherungsmedizin  
Fachverantwortlicher Schaden und Versicherungsmedizin  
Schweizerischer Versicherungsverband SVV  
Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14, Postfach  
8022 Zürich  
[patrizio.pelliccia@svv.ch](mailto:patrizio.pelliccia@svv.ch)

# Teilnehmerliste / Liste des participants

---

|                    |                       |                        |                                 |
|--------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------------|
| Pius Anderhub      | Zurich Schweiz        | Michel Mäder           | Mobiliar                        |
| Marianne Baechler  | Mobiliar              | Nico Maritz            | Helsana                         |
| Karin Bratschi     | Mobiliar              | Andrea Meier           | Helvetia                        |
| Gaby Cajochen      | Coop                  | Christophe Moosmann    | Vaudoise                        |
| Maurizio Ceraldi   | Allianz Suisse        | Mélanie Mouquin        | Helvetia                        |
| Teresa Cerro       | HOTELA                | Raoul Nanzer           | Mobiliar                        |
| Patrizio Ciriello  | SWICA                 | Daniela Nemeth         | Solida                          |
| Gérald Clément     | Baloise               | Sara Nussbaumer        | Visana                          |
| Aurélié Clerc      | Vaudoise              | Francine Oggier        | Groupe Mutuel                   |
| Diana Defrancisco  | Helvetia              | Alexandre Panchaud     | HOTELA                          |
| Gabi Divis         | Vaudoise              | Vanessa Päscher        | Vaudoise                        |
| Olivier Ducarre    | Helvetia              | Soriya Pek             | Unfalversicherung Stadt Zürich  |
| David Eichenberger | Allianz Suisse        | Christian Perroud      | Zurich Schweiz                  |
| Michèle Eugster    | Branchen Versicherung | Yves Roulet            | Helvetia                        |
| Isabelle Fardel    | HOTELA                | Nadja Rüfenacht        | Helvetia                        |
| Marine Fragnière   | Vaudoise              | Vanessa Santos Rodrigo | Baloise                         |
| Patrick Frei       | SWICA                 | Daisy Savary           | Vaudoise                        |
| Manuel Frey        | Vaudoise              | Martin Schmidt         | Vaudoise                        |
| Ramona Gartmann    | Helvetia              | Ingrid Schnitzer       | elipsLife                       |
| Marina Gartmann    | ÖKK                   | Manuel Schranz         | Helvetia                        |
| Colette Ghirardi   | Helvetia              | Adrian Schwerzmann     | SWICA                           |
| Linus Graber       | Agrisano              | Olivia Schwyzer        | VVST                            |
| Lionel Guerdat     | Baloise               | Christelle Séchaud     | Baloise                         |
| Ladina Guler       | ÖKK                   | Vjollca Shala          | HOTELA                          |
| Marc Gusset        | Branchen Versicherung | Nadine Simmet          | Baloise                         |
| Catherine Guyaz    | Groupe Mutuel         | Dominik Solenthaler    | Zurich Schweiz                  |
| Irène Hänsli       | SVV                   | Alexandra Spoerri      | Unfallversicherung Stadt Zürich |
| Michelle Hubacher  | elipsLife             | Corinne Spring         | Zurich Schweiz                  |
| Matthias Huber     | SWICA                 | Angelika Staats        | Sanitas                         |
| Thomas Hunsperger  | Mobiliar              | Stephanie Tschanz      | Mobiliar                        |
| Michael Keller     | Koordination Schweiz  | Eva Weber              | Visana                          |
| Thomas Lack        | Baloise               | Sandra Widmer          | Helsana                         |
| Ruedi Linder       | Mobiliar              | Beatrix Wieser         | Agrisano                        |
| Sandra Lüdin       | Suva                  | Jarno Zbinden          | Visana                          |

# Notizen / Notes

---

**Zuständige Gremien**

Arbeitsgruppe Personenschaden und Reintegration

Kommission Schadenleiter

**Kontaktperson**

Patrizio Pelliccia, patrizio.pelliccia@svv.ch, +41 44 208 28 10

Fachverantwortlicher Schaden und Versicherungsmedizin

**ASA | SVV**

**Schweizerischer Versicherungsverband SVV**

Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14

Postfach

CH-8022 Zürich

Tel.+41 44 208 28 28

info@svv.ch

**svv.ch**