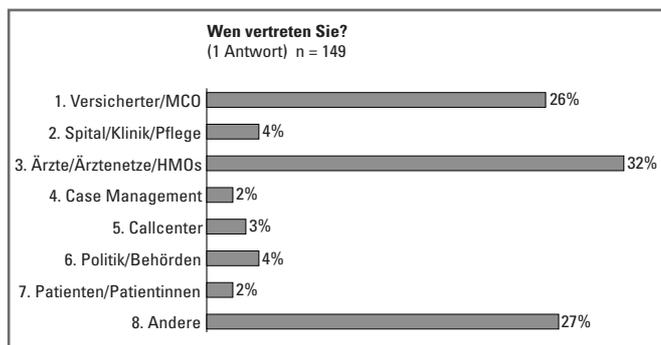


# Meinung des Fachpublikums

Zum Abschluss des Symposiums 2005 haben die Teilnehmenden an einer von BlueCare gesponserten elektronischen Meinungsumfrage (E-Voting) zu aktuellen Managed-Care-Fragen teilgenommen. Die nachstehende Tabelle zeigt alle Fragen sowie die Ergebnisse.

Mehr Informationen finden Sie unter [www.forum-managed-care.ch](http://www.forum-managed-care.ch).

## Ergebnisse des E-Votings:



|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Wer soll für die PatientInnen erste Anlaufstelle sein: Hausarzt oder Callcenter/telefonische Beratungsstelle (x Antworten)?</b>                   | (n = 145) |
| Für alle Grundversicherten immer der Hausarzt.  | 47%       |
| Für alle Grundversicherten immer das Callcenter.  | 6%        |
| Für chronisch Kranke immer das Callcenter.  | 6%        |
| Telefonische Beratung soll ein freiwilliges Angebot sein.   | 66%       |
| Callcenter sind sinnvoll und werden dazu beitragen, Kosten zu sparen.   | 59%       |
| Callcenter sind nicht notwendig – der Hausarzt macht die Triage besser.   | 17%       |
| <b>2. Welche Kompetenzen braucht es für erfolgreiches Case Management (x Antworten)?</b>  | (n = 149) |
| Case-Manager müssen medizinisch ausgebildet sein.   | 43%       |
| Case Management verlangt weniger medizinisches Know-how als Management- und Sozialkompetenz.  | 37%       |
| Case Management bedingt interdisziplinäres und vernetztes Denken und Handeln.   | 87%       |
| Hausärzte sind die besten Case-Manager.   | 16%       |
| Case-Manager müssen möglichst unabhängig von den beteiligten Institutionen und Interessengruppen tätig sein.  | 48%       |
| <b>3. Was halten Sie von Budgetverantwortung auf Basis von Versichertenpauschalen in den MC-Modellen (x Antworten)?</b>                                 | (n = 148) |
| Sie sind ethisch nicht vertretbar.  | 5%        |
| Sie haben heute ungenügende Berechnungsgrundlagen.  | 40%       |
| Sie sind anzustreben, wenn die Qualität der Versorgung ausreichend abgesichert werden kann.   | 76%       |
| Sie sind ein Schritt in die richtige Richtung.  | 57%       |
| Die ideale Abgeltung kann nur mit einer Mischung von «fee for service» und Pauschalen erreicht werden.  | 32%       |
| <b>4. Wer wählt für Grundversicherte den Arzt (x Antworten)?</b>  | (n = 146) |
| Die Patienten sollen die freie Wahl unter allen ÄrztInnen haben.  | 40%       |
| Die freie Arztwahl muss eingeschränkt werden; die Patienten müssen jedoch eine ausreichende Wahlmöglichkeit haben.                                      | 50%       |
| Die Versicherer sollen entscheiden, welche ÄrztInnen sie ihren Versicherten anbieten wollen.  | 27%       |
| Der Kanton soll festlegen, welche ÄrztInnen die medizinische Versorgung der Bevölkerung gewährleisten.  | 10%       |
| Alle Interessengruppen sollen gemeinsam Zulassungskriterien für ÄrztInnen formulieren.  | 44%       |
| <b>5. Care Management bedeutet zusätzlichen Aufwand für Koordination und Steuerung – wie soll er abgegolten werden (x Antworten)?</b>                   | (n = 145) |
| Mit Pauschalabgeltungen und Budgets erübrigt sich die Diskussion über die Entschädigung des Steuerungsaufwands; dieser ist in den Pauschalen enthalten. | 43%       |
| Ohne adäquate Honorierung des Steuerungsaufwandes wird keine Steuerung stattfinden.   | 54%       |
| Der Steuerungsaufwand muss explizit definiert werden. Sonst ist nachträglich keine Beurteilung von Aufwand und Ergebnis möglich.                        | 54%       |
| <b>6. Staatliche Planung oder marktwirtschaftliche Steuerung der stationären Versorgung (1 Antwort)?</b>  | (n = 143) |
| Die stationäre Versorgung ist eine Staatsaufgabe; also soll der Kanton öffentliche Spitäler selbst führen.  | 15%       |
| Der Staat soll die Spitalplanung gewährleisten, aber nicht selber Spitäler führen.  | 41%       |
| Der Staat macht weder Spitalplanung noch betreibt er eigene Spitäler. Alle Spitäler sind selbständig. Der Staat definiert Regeln für den Wettbewerb.    | 35%       |
| Der Staat soll nur bei drohender Unterversorgung eingreifen.  | 8%        |
| <b>7. Welche politischen Rahmenbedingungen für Managed Care (x Antworten)?</b>  | (n = 144) |
| Es braucht mehr Druck auf Ärzte, um sie für Managed Care zu motivieren. Darum muss der Kontrahierungszwang aufgehoben werden.                           | 45%       |
| Der heutige Risikoausgleich behindert Managed Care. Er belohnt die Billigkassen-Strategie und bestraft Managed-Care-Bemühungen. Das muss sich ändern.   | 74%       |
| In der Grundversicherung soll in Zukunft das Hausarzt- oder HMO-Modell zur Pflicht werden. Die freie Arztwahl soll einen Aufpreis haben.                | 49%       |