

5. VVG Forum von MediCongress: Es geht immer mehr ans Eingemachte, daher gilt es, neue Wege zu beschreiten

Alle sind gefordert: mehr Transparenz und kreativere Lösungen

Nachdem reihenweise miserable Jahresabschlüsse vieler Spitäler publik werden, waren die vielen Teilnehmenden gespannt, wie sich die Situation im Zusatzversicherungsmarkt entwickelt. Die Antwort lag schnell auf dem Tisch: wie in der OKP ebenfalls ungenügende Entgelte, sinkende Erträge und dringender Bedarf nach innovativen Lösungen als Ausweg aus dem Dilemma. Die Zuversicht wächst, weil weit-sichtige private Initiativen – so soll es sein – neue Perspektiven aufzeigen. Fazit: Es war erneut spannend, der Wille, neue Wege zu beschreiten, wird spürbar. Und der Appetit auf mehr ist geweckt.

Das wissen auch die Zusatzversicherer. Sanjay Singh, Mitglied der CSS-Konzernleitung, zeigte es deutlich. Die CSS weist einen VVG-Marktanteil von 20% aus, bearbeitet jährlich über 80000 VVG-stationär-Rechnungen, bestehend aus rund 40000 Fällen, und vergütet daraus Ärzten und Spitälern rund CHF 400 Mio. Bis Ende 2024 finden zahlreiche Vertragsverhandlungen statt,

weil es gilt, die Anforderungen des Branchen-Frameworks des Schweiz. Versicherungsverbands zu respektieren. Das heisst für die CSS mehr Transparenz und Vergleichbarkeit der Abrechnungen. Singh: «Wir wollen klar nachvollziehbare Leistungsbeschreibungen und eindeutige Preise für ärztliche Mehrleistungen, Klinik-Mehrleistungen und Hotellerie/Komfort.

Gelten soll die freie Spitalwahl. Wir wollen einen zusammengeführten Ausweis aller erbrachten VVG-Leistungen und eine klare Nennung der fallführenden/behandelnden Ärzte. Dazu braucht es ergänzend eine separate VVG-Rechnung mit OKP-Informationen (DRG, Kostengewicht) und keine unübersichtlichen Gesamt-rechnungen mehr. Schliesslich müssen die

Der Zusatzversicherungsbereich gemäss VVG ist weiterhin in starker Bewegung. Die ungünstige Ertragssituation etlicher Spitäler ruft nach zügigem Handeln und nachhaltigen Lösungen. Das interessiert viele Akteure und aufmerksame ZuhörerInnen.



Leistungserbringer ihren Patienten eine Rechnungskopie übermitteln.»

Klar, transparent und eindeutig nachvollziehbar muss es sein

Gelinge das, sei es eine begrüßenswerte Entwicklung. «Die drei Mehrleistungs-Kategorien und die Informationen zu Ärzten und Kernleistungen transparent abgerechnet ist ein Fortschritt. Als negative bisherige Beispiele früherer Spital-Zusatzversicherungs-Rechnungen sahen wir Vollkosten-Modelle (z.B. 40-seitige Rechnungen mit Einzelleistungen und am Ende einen Abzug der KVG-Kosten), teilweise Vollkosten-Modelle mit «Konsolidierungselement» (z.B. Arzt-Leistung in Prozenten des OKP/DRG-Betrags im Vertrag geregelt und auf der VVG-Rechnung in Abzug gebracht) oder ein 2-Pauschalen-Modell (z.B. eine Baserate für Arzt/Klinik und eine Pauschale für die Hotellerie).»

Solch wenig transparentes Vorgehen müsste passé sein. Neue Abrechnungssysteme seien zu begrüßen. Singh lobte dasjenige von Medicalculis als klar, transparent und eindeutig nachvollziehbar. Für die Zukunft wünscht sich Singh: «Transparente Mehrleistungs-Rechnungen sind unsere Pflicht gegenüber



den Patienten. Es ist ein Mehrwert in Form einer informativen Rechnung zu schaffen, anhand derer die Behandlung nachvollziehbar ist. Die IT-Systeme zur Kundenzufriedenheit sind weiterzuentwickeln.»

Medicalculis schafft Klarheit

«Medicalculis ist ein Online-Kalkulationssystem zur Berechnung ärztlicher Mehrleistungen für eine adäquate Honorierung», brachte es Grün-

der und Geschäftsführer Prof.Dr. Hans U. Baer auf den Punkt. Dem Start-up-Unternehmen ist es innert drei Jahren gelungen, 11 Kliniken, 9 Versicherer und über 1500 Belegärzte unter Vertrag zu nehmen. Baer: «Unsere drei Grundsätze bewähren sich: kostenbewusste Gewichtungen und Berechnungen der ärztlichen Mehrleistungen, transparentes Kalkulations- und Fakturierungssystem sowie faire, partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten wie auch Versicherungen.»

Es gelte über den Tellerrand der traditionellen Mehrleistungen hinauszublicken und kreative Lösungen zu entwickeln, meint Dr. oec. HSG Willy Oggier.



Sanjay Singh, Mitglied der Konzernleitung CSS, unterstreicht die hohe Bedeutung transparenter Abrechnungssysteme wie Medicalculis.



Special 2: VVG Forum: Transparenz und Kreativität sind gefragt

Kalkulations- und Abrechnungsbasis bildet die Medicalculis-Bewertung gemäss Kalkulationshilfe von rund 10000 Leistungspositionen und -beschrieben aus 35 Indikationsgebieten mit einer detaillierten Leistungsinterpretation und -gewichtung. Diese Positionen werden mit einem individuellen Standortfaktor und danach mit einem arzt-spezifischen Faktor multipliziert. Daraus ergibt sich ein massgeschneiderter und fairer VVG-Abrechnungswert, der wiederum aufgrund des integrierten elektronischen Prüftools für die Zusatzversicherer schnell und sicher begutachtet werden kann.

«Wir bieten eindurchdachtes, skalierbares und effizientes System», ergänzte Co-Geschäftsführer Andreas Gerhard, EMBA, «und wir freuen uns auf die grosse Akzeptanz auf Kostenträger- wie Ärzteseite. Das umfassende Controlling der erbrachten Mehrleistungen, unsere Kalkulations- und Fakturierungs-Hilfe InvoicePro, die elektronische Vertragsverhandlungs-Hilfe sowie digitale wie persönliche Beratung, Schulung und Support überzeugen unsere VertragspartnerInnen. Mit den Zusatzversicherern pflegen wir eine offene Zusammenarbeit. Diese profitieren von der transparenten Identifikation aller honorarberechtigten Ärztinnen und Ärzten, einem stabilen und transparenten Honorarvolumen in

einer ausgewogenen Klassifikation, unserer Expertise und einem regelmässigen Know-how-Transfer sowie dem gemeinsamen Weiterentwickeln künftiger Versionen der Kalkulationshilfe.»

Ein VVG-Mehrleistungsmodell aus einem öffentlichen Spital

Eine Abkehr von der bislang ungenügenden Bearbeitung des VVG-Potenzials hat sich das Kantonsspital Winterthur (KSW) zum Ziel gesetzt. Christian Wikart, Leiter Qualitäts- und Erlösmanagement: «Die VVG-Landschaft wird sich massgeblich verändern. Es braucht Investitionen, um nicht überrollt zu werden. Das bietet eine Chance, das statische Angebot zu überprüfen und aktuellen Bedürfnissen anzupassen.»

Ein Leistungskatalog und Bewertungsmodell sind die Elemente im KSW. Darin werden die Leistungen für Grundversicherte, die Mehrleistungen für Zusatzversicherte sowie die Grundqualitätsleistungen für alle transparent dargestellt. Die Bewertungen jeder einzelnen Leistung erfolgt mit einem relativen Wert und Ableitungen von absoluten Preisen für das Zusatzversicherungsgeschäft. Mit diesem Preismodell steigt das KSW in die Tarifverhandlungen. Die höher gewichteten Leistungen für Zusatzversicherte

umfassen die freie Arztwahl resp. stille Arztwahl mit Vetorecht, das Zusammenstellen eines Ärzteteams aus bestqualifizierten Kaderärzten über alle Fachbereiche, insbesondere Querschnittsfunktionen (u.a. Anästhesiologie, Labormedizin, Pathologie, Radiologie und Nuklearmedizin), 24/7-Erreichbarkeiten bzw. -Verfügbarkeiten über alle Fachbereiche, spezielle Hotellerie-Leistungen und natürlich ein Einzelzimmer.

Als Besonderheiten der Modell-Entwicklung im öffentlichen Haus nannte Beatrice Delley, Leiterin Stab Qualitäts- und Erlösmanagement, die Investitionen, auch in ein professionelles Produktmanagement, den Einbezug aller medizinischen Leistungen (nicht nur der ärztlichen), das Weiterverfolgen einer hohen Grundqualität, was auch im VVG-Bereich relevant sei, die Entwicklung des KSW-Preismodells auf Basis eines Bewertungsmodells sowie die Adaption des Bewertungsmodells auf die Psychiatrie und die ambulanten Leistungen.

Was über klassische Mehrleistungen hinausgeht

Die üblicherweise genannten Mehrleistungen sind keineswegs das Ende der Fahnenstange. Gesundheitsökonom Dr. oec. HSG Willy Oggier

Medizinische Spitzenleistungen sind die beste Basis, ärztliche Mehrleistungen geltend zu machen, findet Rebekka Hatzung, Direktorin St. Claraspital, Basel.



Mut zu liberalen Lösungen wie zum freien Wechsel von VVG-Policen: Prof. Dr. Stefan Felder, Universität Basel, überzeugt mit seinen Argumenten.



präsentierte, was es zusätzlich zu beachten gilt: «Medizinische Versorgung heisst zunehmend Management von Komplexitäten, chronischen Erkrankungen und Multi-Morbiditäten. Versicherungsprodukte sind jedoch nach wie vor stark auf elektive Eingriffe in der Chirurgie fokussiert. Die Zukunft ist aber vermehrt internistisch, psychiatrisch und rehabilitativ sowie wohl auch von Entgleisungen, also nicht-elektiven Behandlungen, geprägt. Es besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass mehrere Leistungserbringer involviert sind.»

Medizinische Versorgung heisst neben Arzt auch zunehmend Pflege, Therapie und Medikation auf hohem Niveau, und das mit schnellem Zugang, also zunehmend integrierte Versorgung, «wobei es an den Schnittstellen funktionieren muss – digital, ambulant wie stationär. Somatik, Psychiatrie und Rehabilitation sowie Continuum of Care, nicht nur Care», wie Oggier betonte. VVG-Mehrleistungen könnten dabei vermehrt den Charakter spezieller Vorhalteleistungen – gemeinwirtschaftlicher Leistungen für Zusatzversicherte – erhalten: hochqualifiziertes ärztliches Personal mit entsprechender Vorhaltung auch des Gesundheitspersonals, Hebamme der Wahl und spezielle Infrastruktur (Zimmerstatus, flexiblerer Zugang

zu anderen Infrastrukturen wie z.B. Bad in der Rehabilitation usw.).

Geschickt konzipierte Zusatzangebote sind entscheidend, denn die Abgrenzung Grund- zu Zusatzversicherung wird schwieriger je höher der Standard in der Grundversicherung ist. Ein Unterschied ist auch nicht immer sinnvoll: Ein-Bett-Zimmer aus Komfort- vs. Ein-Bett-Zimmer aus medizinischen Gründen ist oft schon vom Leistungsangebot her abhängig (z.B. Orthopädie vs. Infektiologie). Ausserdem wird die einheitliche Finanzierung ambulant-stationär Folgen aufs VVG haben. Kreative Angebote könnten hier neue bottom-up-Ansätze darstellen wie z.B. in der Hotellerie mit Patientenhotel-Ansätzen. Oggier: «Innovative Versorgungsansätze brauchen im Weiteren innovative Abgeltungsformen. Wer steuert, soll die Gesamtverantwortung übernehmen und in der Folge die Gesamtfinanzierung, dies auch im Innen-Verhältnis zu den Leistungserbringern. Das muss nicht zwingend in Capitation-Form erfolgen. Möglich sind auch Episodenpauschalen oder Komplexpauschalen.»

Die Abgeltung müsse ohnehin innovativer angegangen werden. Der Gesundheitsökonom sieht hierfür gleiche Patienten-Pauschalen für medizinische Kernleistungen aus dem Zusatz-

versicherungs-Bereich ambulant-stationär bei ausgewählten Eingriffen (bis zu drei Tagen), unabhängig von der Aufenthaltsdauer und nach Triage. Es sollten nicht nur sektorengleiche, sondern auch sektorenübergreifende gleiche Entschädigungen im Zusatzversicherungsbe- reich zugelassen sein. Oggier nannte als Beispiel ambulante Zusatzversicherungen für ambulante Praxis-Operationssäle, unabhängig vom Spitalstandort. Mehrleistungen über mehrere, strukturiert miteinander verbundene Leistungserbringer entlang des Behandlungspfades seien integral nach den gleichen Prinzipien umzusetzen und zu entschädigen. Bei künftigen Entschädigungsmodellen sei schliesslich die geringe Halbwertszeit des medizinischen Wissens von Bedeutung – «sind die heutigen Produkte über lange Versicherungszeiträume hinweg überhaupt noch kalkulier- und haltbar?»

Vieles ist in Bewegung – umso mehr braucht es kreative Lösungen

Phantasie und Kreativität seien ohnehin mehr denn je gefragt. Dabei gehe es auch um immaterielle Werte und Humankapital (Kompetenzen, Verhalten, Flexibilität der Mitarbeitenden), Strukturkapital (Unternehmenskultur, Vertrauen, Zusammenarbeit, Offenheit, Lernbereitschaft,

Es brauche dringend den Spirit, für Mehrleistungen zu begeistern, die Mehrwert schaffen, ist Dr. Daniel Liedtke, CEO Hirslanden Gruppe, überzeugt.



Geht den Details gerne auf den Grund: Prof. Dr. Hans U. Baer, der als Gründer und Geschäftsführer von Medicalculis selber für Abrechnungs-Transparenz sorgt.





Verantwortungsbewusstsein, Fürsorge, Fehler-toleranz), Image- und Markenstrategie sowie um strukturelle Werte (wissenschaftliches Marketing mit Studien, Fachartikeln, Kongressen und Vertriebsmarketing mit Internet, Homepage, sozialen Medien, Beziehungsmanagement, CRM usw.).

Klarheit sei schliesslich bezüglich des Status' als Vertragsspital zu schaffen: Ist das ganze Spital entweder Listen- oder Vertragsspital? Sollen einzelne Leistungspakete als Listen-, andere als Vertragsspital (am gleichen Standort) angeboten werden? Bleibt ein Spital Vertragsspital, weil die Betreibenden Vertragsspital sein wollen oder weil sie keine Alternative haben, weil sie die Qualitäts- und/oder Wirtschaftlichkeits-Anforderungen nach KVG nicht erfüllen? – Es besteht kein Zweifel: Zusatzversicherungen sind im Umbruch. «Weiter so wie bisher» ist nicht zielführend», lautet Oggiers Fazit, «Versicherer und Leistungserbringer müssen sich bewegen. Und auch Selbstzahlung ist eine echte Alternative.»

Mehrleistungen auf höchstem Niveau in Basel

Qualität sei das wichtigste Merkmal, um Mehrleistungen konkret auszuweisen, unterstrich Rebekka Hatzung, Direktorin St. Claraspital.

«Brand und Vertrauen fördern einen hohen Zusatzversicherten-Zufluss. Wir liegen im Ranking auf Platz 6 unter den Schweizer Spitälern und sind das zweitbeste Nicht-Universitätsspital; im globalen Vergleich zählen wir zu den besten 150 Spitälern.» – Das Traditionshaus mit Trägerschaft des Frauenklosters Ingenbohl bleibt sowohl seinem sozialen Ursprung treu wie auch dem seit Langem bewiesenen Innovationsgeist. Dazu zählt insbesondere das Joint Venture Clarunis für die viszerale Medizin des Claraspitals und des Universitätsspitals Basel (USB). Es besteht aus einer grund- und hochspezialisierten Versorgung. Die Leistungen werden hauptsächlich am Claraspital, im USB sowie in ausgewählten Gastropraxen angeboten. Clarunis erbringt am Claraspital vier HSM-Entitäten (Ösophagus, Pankreas, Rektum, Adipositas) sowie am USB zwei (Pankreas, Leber). Und die Qualität ist begehrt: Total wurden 2023 im gemeinnützigen Privatspital 258 hochspezialisierte Eingriffe vorgenommen; 2022 waren es 177 und ein Jahr zuvor 178.

Das Claraspital weist mit 15% Privat- und 18% Halbprivatversicherten einen überdurchschnittlichen VVG-Anteil auf, dem es Sorge zu tragen gelte. Rebekka Hatzung freut sich denn auch über die sehr hohe Zusatzversicherten-Zufriedenheit (über 93%) und die ausgesprochene

Zahlungsbereitschaft für Upgrades: «Sämtliche Mehrleistungen oder Zusatzangebote für die Klassen Privat, Halbprivat und Allgemein sind exakt beschrieben und abgrenzbar. Die stationären Upgrades folgen dem Differenzierungskonzept. Dadurch lässt sich der OKP-Aufpreis leicht erläutern.»

Mehrwerte in der Reha

Innovationsgeist gehört auch bei der grössten Rehabilitationsanbieterin der Schweiz, den Kliniken Valens, ins Repertoire. Gruppenweit bestehen 830 stationäre Betten an 8 Standorten plus 4 ambulante Zentren. Die private Schweizer Stiftung ist gemeinnützig und bietet ein umfassendes interdisziplinäres Angebot mit starken, eigenständigen Standorten. Der VVG-Anteil schwankt je nach Standort zwischen 19 und 32%.

Finanzchef Harald Keckeis beleuchtete die Reha-Zukunft: «Vorhanden sind eine hohe Nachfrage nach Reha-Leistungen, eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer im Akutspital, was den Schweregrad der zu uns zugewiesenen Patienten erhöht, die schleichende Ambulantisierung, zunehmende Digitalisierung und Einsatz von Robotic im klinischen Bereich, ein veränderter Mix unserer Fachkräfte und immer höhere Anforderungen

durch den Gesetzgeber. Wohl haben wir seit 2022 ein einheitliches Tarifsystem. Das schafft teilweise Transparenz. Allerdings beobachten wir eine hohe Inflation im Gesamtsystem und die Tarifbildung hinkt ständig hinterher.»

Daher gelte es, die Integrierte Versorgung abzubilden, insbesondere im ambulanten Bereich. Nötig sei auch mehr Produktsicherheit, um Investitionen gesellschaftlich und unternehmerisch zu rechtfertigen. Keckeis: «Tarifpartnerschaft ist nicht nur über den Preis zu definieren und der Dokumentationsaufwand ist aufs notwendige Mass zu beschränken. Den hohen Selbstzahler-Anteil müssen wir zu Produktideen ummünzen und generell die Sichtbarkeit der VVG-Leistungen im Behandlungspfad erhöhen. Aus diesem Grund pflegen wir einen regelmäßigen Austausch mit den Versicherern. Wir führen Zuweiser- und Patientenbefragungen nach Spitalkategorien durch, um den zukünftigen Bedarf abzubilden. Angebote am Markt passen wir schlau regional an (wie z.B. «Premium» in Bad Ragaz). Investitionen planen wir nach Spitalkategorie. Dabei bleibt eines unverändert: Differenzierungsleistungen von Heute sind die Selbstverständlichkeiten von Morgen. Innovationskraft bleibt gefragt.»

Digitalisierung, die Vitaminspritze

Peter Mittermeyer, CEO Compassana, zeigte, wie sein Unternehmen ein offenes Ökosystem für interessierte Partner aufbaut, das eine bessere, weil digitale Integration von Versorgungsprozessen bietet. Die Lösung wird aktuell getragen von Medbase, Hirslanden, dem Luzerner Kantons-Spital, von der Helsana, Groupe Mutuel, SWICA und dem IT-Unternehmen Trifork. Compassana unterstützt Menschen mit chronischen Erkrankungen genauso wie gesunde Menschen, die sich eine bessere Orientierung wünschen. Oft,

so Mittermeyer, seien die Antworten gar nicht so kompliziert, zumindest nicht mit der Compassana App. Diese mache die Gesundheitsversorgung einfacher und erhöhe die Compliance.

Elemente sind Termine bei Ärzten, Therapeuten, in der Apotheke oder im Spital. Zudem sind die per App gesicherten Medikamenteninformationen und Gesundheitsdaten jederzeit verfügbar. So gestalte sich der gemeinsame Behandlungsweg mit Gesundheitsspezialisten und Krankenversicherern einfacher. Die Services der Compassana App werden laufend weiterentwickelt. Damit werde es möglich, die Versorgung künftig noch besser den individuellen Bedürfnissen entsprechend zu gestalten. – Mittermeyer: «Dafür stehen unsere Co-Innovation zwischen Leistungserbringern und Versicherern auf Augenhöhe, das Bestreben für eine höhere Befähigung und Integration der Patienten ins Behandlungsteam und speziell zu definierende Mehrleistungen entlang von Indikationen und Behandlungspfaden, wobei gerade VVG-Anliegen Rechnung getragen wird.»

Ein Framework als Leitlinie

Um Mehrleistungen für Zusatzversicherte transparent abrechnen zu können, schliessen die Krankenzusatzversicherer mit Spitälern und Belegärzten Mehrleistungsverträge ab. Darin müssen die Leistungserbringer ausweisen, welche Leistungen ins OKP und welche ins VVG gehören. Urs Arbter, Direktor des Schweiz. Versicherungsverbands (SVV), zeigte die von seinem Verband als Mindeststandard definierten elf Grundsätze zur Definition, Bewertung sowie Abrechnung von Mehrleistungen. Aktuell verhandeln alle Zusatzversicherer ihre Verträge mit den öffentlichen Spitälern und den Privatkliniken neu, aufgrund der hohen Anzahl zu aktualisierender Verträge noch bis Ende 2024.

Zusätzlich zum Branchen-Framework mit seinen elf verbindlichen Regeln wurde ein Zusatzdokument mit spezifischen Anforderungen an ärztliche Mehrleistungen und den für die Abrechnung notwendigen Tarifmodellen erarbeitet. Daran beteiligt waren Exponenten von Privatspitälern und Belegarztorganisationen. Es handelt sich um Leistungen von Belegärzten, die nicht im Spital angestellt sind, sondern ein Spital bloss als «Werkstatt» nutzen. Im September 2023 wurde eine Herbstmessung durchgeführt, welche 96% des Marktes repräsentiert. Diese ergab, dass bis dato 35% der Verträge branchenkonform sind.

Damit die beschriebenen Änderungen greifen können, seien, so Arbter, sämtliche Akteure gefordert. Die zielführende Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Versicherern bedeute eine Grundvoraussetzung. Herausfordernd bleibe die Abbildung von Mehrleistungen in den Spitalsystemen. Damit verbunden sei die Implementierung völlig neuer Abrechnungs- und Rechnungsstellungsprozesse.

In einem funktionierenden Markt spiele der Wettbewerb – und Zusatzversicherte könnten aus einem breiten Angebot wählen. Der SVV befürworte diese Produktdifferenzierung und stehe daher einer geforderten Freizügigkeit innerhalb des VVG skeptisch gegenüber, weil solcherlei mehr Standardisierung erfordere und administrativ aufwändig wäre.

Felder klar für liberale Lösung

Prof. Dr. Stefan Felder, Ordinarius für Gesundheitsökonomie an der Universität Basel, sieht die Freizügigkeit anders, nämlich als liberale Chance und sinnvolle Weiterentwicklung (Anm. der Redaktion: gottseidank!), denn der Wettbewerb im VVG beschränke sich weitgehend auf



Neukunden: «Aus finanziellen Gründen sowie wegen der zu erwartenden Deckungsausschlüsse wechseln Bestandskunden den Versicherer nicht und passen auch ihre Policen selten an. Versicherer können ihren Vorteil potenziell ausspielen über zu hohe Prämien, mangelnde Kulanz bei der Erstattung von Krankheitskosten und fehlende Dynamik beim Angebot neuer Versicherungsprodukte. Daher müssen wir ökonomische und gesetzliche Voraussetzungen für einen Wechsel schaffen.»

Hand dazu böte im Prinzip die neulich beschlossene Änderung von Art. 150 der Versicherungs-Aufsichtsverordnung (AVO). Hier wird stipuliert, dass Versicherer, die zur Bildung von Alterungsrückstellungen verpflichtet sind, die Rückerstattung eines angemessenen Teils derselben bei vorzeitiger Auflösung des Vertrages an die versicherte Person vorsehen können. Die Abfindungswerte würden sich dabei nach dem Betrag richten, der für die Versicherungsnehmer bis zum Zeitpunkt der Vertragsauflösung angesammelt und mit den tariflichen Vertragsgrundlagen berechnet worden sind, wobei allerdings die individuelle Schadenerfahrung der Versicherungsnehmer nicht berücksichtigt würde.

Gerade hier gelte es nun anzusetzen und Art. 150 AVO nachzubessern. Ein individuelles Prä-

mienrisiko sei durchaus versicher- und kalkulierbar, da aktuelle medizinische Informationen über den individuellen Gesundheitszustand von Versicherungsnehmern bestünden. Massgebend für einen künftigen freizügigen Wechsel vom abgebenden zum aufnehmenden Versicherer müsse zwar der beim abgebenden Versicherer versicherte Gesundheitszustand sein. Der aufnehmende Versicherer sollte jedoch hinsichtlich des Gesundheitszustandes keine neuen Ausschlüsse oder Vorbehalte vorsehen können. Felders Fazit lautet daher: «Der Status quo ist geprägt durch wenig Wechsel und ebenso wenig Dynamik. Daraus resultiert ein Rückgang des Marktanteils relativ zur OKP. Die Versicherten sind «gefangen» – Wettbewerb besteht nur im Neukundengeschäft. Die bereits gültige Möglichkeit der Übertragung von Rückstellungen bloss als «Kann»-Formulierung ist schlecht; ein «Muss», begleitet von einer Risikoadjustierung für einen freien Wechsel ist unabdingbar.»

Privatkliniken bleiben gefordert

Ein Faktencheck zu Mehrleistungen war der Einstieg Dr. Daniel Liedtkes, CEO Hirslanden Gruppe: 47% der SchweizerInnen würden eine Zusatzversicherung abschliessen, wenn sie dadurch Zugang zur Spitzenmedizin hätten. Es bestünde eine erhöhte Zahlungsbereitschaft hinsichtlich



kürzerer Wartezeiten und 30% wären sogar dazu bereit, Mehrleistungen selbst zu bezahlen. Interessant sei darüber hinaus die Zunahme von Flex-Modellen, welche traditionelle Privatpatientenversicherungen teilweise ablösen.

2021 hatten insgesamt 1.7 Mio. oder 20% aller Patienten eine halbprivate, private oder Flex-Versicherung. «Auch wenn das einen Anstieg seit 2011 darstellt so ist dieser fast ausschliesslich auf Flex-Modelle zurückzuführen», erläuterte Liedtke. «Sie erfreuen sich grosser Beliebtheit – aufgrund ihrer tieferen Prämien und der Wahlmöglichkeit der Abteilung beim Eintritt ins Spital. Die Folge ist, dass der VVG-Mix in den Kliniken weniger vom effektiven VVG-Marktanteil, und damit von der Verkaufsqualität der Versicherer, abhängt, sondern mehr von der Verkaufsqualität der Ärzte und Mitarbeitenden vor dem Patienteneintritt in die Klinik.»

«Ambulant vor stationär» sieht Liedtke als Chance für einen Anreiz an die Versicherer, den ambulanten Bereich stärker zu finanzieren, da mit EFAS neu ein kantonaler Anteil dazu komme. Dies bilde die Grundlage, dass Versicherer und Leistungserbringer die OKP-Absprungkante im ambulanten Bereich freiwillig überschreiten könnten. Diese Absprungkante läge z.B. im Bereich der Chirurgie klar über der vom BAG definierten Liste obligatorisch ambulanzuführender Eingriffe. Damit würden sich neue Möglichkeiten für ambulante VVG-Produkte ergeben. Wesentlich sei, dass bis anhin stationäre Operationen mittels Prozessinnovation bei entsprechender VVG-Deckung neu auch ambulant durchgeführt und kostendeckend finanziert werden könnten.





Die SHP ist Ihr Partner in Sachen Vorsorge im Schweizer Gesundheitswesen

Als Spezialist für die Vorsorgebedürfnisse im Schweizer Gesundheitswesen bieten wir intelligente und kosteneffiziente Vorsorgekonzepte für Unternehmen jeder Grösse an. Kontaktieren Sie unsere Experten für ein kostenloses und unverbindliches Beratungsgespräch, um Ihre berufliche Vorsorge zu optimieren.

Eine neue Perspektive bietet zudem ein Pilotprojekt zwischen Hirslanden und einem Krankenversicherer. Durch Einsatz Künstlicher Intelligenz soll künftig verstärkt der richtige Patient zur richtigen Zeit beim richtigen Arzt eintreffen. Es geht um eine effiziente Triage und Zuweisung. 8000 Assessments wurden in drei Monaten durchgeführt, spannende Ergebnisse werden demnächst veröffentlicht. Liedtke ist vom Prinzip überzeugt: «Die versicherte Person nutzt das Tool via Versicherungs-App; die Symptombewertung läuft extern; nur die Patienten haben Zugriff auf ihre individuellen Daten; ein Bericht wird als PDF erstellt und ein «Call for Action» wird angezeigt. Rund 30% der Patienten könnten so direkt zum Facharzt verwiesen werden. Von Vorteil ist es, wenn Plattformen und Versicherer solche KI-basierten Triage-Tools integrieren und Ärzte wie Notfallstationen entlastet werden. Weiter können unnötige Untersuchungen minimiert und die Conversion-Rate der Fachärzte signifikant verbessert werden.»

Innovationsgeist ist ebenfalls der rote Faden in Liedtkes Fazit: «Es braucht einen Verkaufsspirit «Pro-VVG», insbesondere aufgrund des steigenden Volumens an Flex-Versicherten. Beim raschen Zugang zur nachgewiesenen «besten Medizin» ist sicherzustellen, dass VVG-Patienten zeitliche Vorteile spürbar erleben. Bei der ambulanten Zusatzversicherung bietet die BAG-Liste die ideale Absprungkannte von der OKP ins VVG. Die Steuerung von Mehrwertwerten werden in Zukunft KI-basierte Tools übernehmen, während das Leben von Mehrwertwerten eine Mehrarbeit bleibt und eine hohe Servicekultur bedingt.»

Fotos: Peter Brandenberger – www.im-licht.ch

Weitere Informationen

www.medicongress.ch



Pensionskasse SHP, Kronenplatz 1, 8953 Dietikon 1

Telefon 044 268 90 60, www.pkshp.ch