

Nachdem die FINMA die Zusatzversicherungen kritisch unter die Lupe nimmt, gibt es Klärungsbedarf

MediCongress geht mit Experten einer wichtigen Frage nach: Quo vadis, VVG?

Seit sich die Finanzmarktaufsicht (FINMA) ausgiebig mit Strukturen, Ausgestaltung von Angeboten und Preisbildung im Zusatzversicherungsgeschäft auseinandersetzt, ist eine nicht geringe Nervosität von Leistungserbringern zu spüren, die stark in diesem Bereich engagiert sind. Sie monieren übertriebene Einmischung und verlangen Planungssicherheit. Andererseits versucht die FINMA marktdominierenden Einflüssen, wettbewerbsverzerrenden Elementen, kartellistischen Absprachen sowie «gerechten» Preisen und Prämien auf die Spur zu kommen. Wessen Optik lässt sich auf welche Weise begründen? Und: Brauchen wir effektiv mehr Kontrolle und Regulierung oder ganz einfach «nur» mehr Wettbewerb? – Das zweitägige «VVG AnwenderInnenForum» von MediCongress verschaffte wertvolle Einblicke.

«Aus wettbewerbsrechtlicher Sicht ist bei den Zusatzversicherungen Vieles zu beachten», unterstrich lic.iur. Patrick Degen, Fürsprecher, Partner bei SchluelpDegen Rechtsanwälte, Bern. «Während im Grundversicherungsbereich

gesetzliche Regelungen den Wettbewerb stark einschränken, soll im Zusatzversicherungsbereich der Wettbewerb spielen. Probleme können aus kartellrechtlicher Sicht insbesondere kollektive Systeme zur Vergütung zusätzlicher

Leistungen darstellen, da sich solche Systeme rasch in der Grauzone zur unzulässigen Horizontal- und Vertikalabrede über Preise befinden. Die Lust am «heiteren Probieren» in diesen Bereichen ist jedoch spätestens mit der





lic. iur. Patrick Degen, Försprecher, Bern, zeigt die Herausforderungen, welche die FINMA-Aktivitäten bringen.



Prof. Dr. iur. Ueli Kieser weist auf die Notwendigkeit klarer Definitionen von Mehr- und Zusatz-Leistungen hin.



Philomena Colatrella, CEO CSS Versicherung, präsentiert das Framework der Schweizer Versicherer.



Nationalrat Dr. Beat Walti, Präsident ospita, unterstreicht die Bedeutung der Privatkliniken.

Publikation des GABA-Entscheids des Bundesgerichts 2017 endgültig vergangen, denn seither besteht ein verschärftes, vermutungsbasierendes Sanktionsrisiko.»

Im VVG Bereich sei der Wettbewerb erschweren Bedingungen ausgesetzt ist. Gründe dafür sind, dass sich Versicherte wegen ihres Versicherungsschutzes eher wenig für den Preis der Leistung interessieren und die Bindung zwischen Leistungserbringern (Ärzten) und Versicherten wesentlich stärker ist als zwischen Versicherten und Versicherern. Ausserdem bestehe ein faktischer Kontrahierungszwang für Versicherer wegen freier Spitalwahl und gewissen Koppelungen zwischen Grund- und Zusatzversicherungen.

Degen wies auf den vergleichsweise geringen (Preis-)Wettbewerb, zwischen Leistungserbringern hin: «Diese besitzen zudem grossen Ermessensspielraum bei der Mengensteuerung; es besteht eine schwächere Verhandlungsposition der Versicherer gegenüber Leistungserbringern, speziell wenn Verbände von Leistungserbringern oder grössere Leistungserbringer im Spiel sind.» Hier allerdings kämen nun die regulatorischen Anforderungen (FINMA) an die Versicherer nach mehr Transparenz bei der Vergütung von Zusatzversicherten Leistungen ins Spiel.

Kartellrechtlich heikle Bereiche

Die Wettbewerbskommission (WEKO) ist ebenfalls wachsam. Sie verweist auf VVG-Vergütungsstrukturen, welche zu Preisharmonisierungen führen, wenn Preise unabhängig von der Qualität und Wettbewerbsfähigkeit des Marktteilnehmers festgelegt werden. So wird der Anpassungsdruck auf ineffiziente Marktteilnehmer

verhindert. Als besonders problematisch erachtet die WEKO etwa folgende Strukturen: Verbandstarife und diesen ähnliche kollektive Tarifstrukturen – insbesondere kantonale Verbandstarife und Einheitsverträge –, in die Form von Kalkulationshilfen gekleidete, verbandsmässige Tarifvorgaben und einseitig von Leistungserbringern erlassene Tarifstrukturen.

Ab und zu werden derartige Versuche von Leistungserbringern unternommen. Eine Klinik wollte jüngst ein neues Abrechnungssystem für die Vergütung ärztlicher Mehrleistungen bei spitalzusatzversicherten stationären Patienten lancieren: Taxpunkte (Leistungsabbildung) x Wertfaktor = Preis der Leistung.

Es war ein ausgeklügeltes System mit hohem Differenzierungsgrad: Der Wertfaktor wurde aus teils standardisierten, teils individuellen Teilfaktoren berechnet; alles gekoppelt mit einer Vertragsstruktur, um kartellrechtlich schädliches Verhalten möglichst eindämmen zu können. Es wurde entschieden, dieses System dem Sekretariat der WEKO im Rahmen einer anonymen Beratungsanfrage zu unterbreiten. Das Resultat war eine kategorische Ablehnung. Die WEKO argumentierte, dass solche private Tarifsysteme «à la TARMED» aus kartellrechtlicher Sicht grundsätzlich problematisch seien, da es bessere, wettbewerbsneutralere Alternativen gäbe.

Generelle Risiken sieht die WEKO insbesondere im Bereich von Preisharmonisierung und Kollision unter den Leistungserbringern. Auch die Vorgaben der FINMA zu mehr Transparenz bei der Abrechnung würden nicht ausreichen, um solche Abrechnungssysteme zu rechtfertigen. Die WEKO sieht folgende Lösungsansätze:

- Pluralität, also mehrere konkurrenzierende Abrechnungssysteme nebeneinander
- Primär die Versicherer und nicht die Leistungserbringer sollten solche Systeme initiieren.
- Idealtypisch handelt jeder Versicherer mit jeder Klinik(-Gruppe) die Vergütung bilateral aus.
- Der Versicherer soll eine fallbezogene Wahlfreiheit zwischen mehreren Vergütungsformen erhalten.
- Wo aus Gründen der Verhandlungsmacht erforderlich, können Versicherer auch in kleineren Gruppen mit einem Leistungserbringer oder einer Gruppe von Leistungserbringern verhandeln.
- Aus wettbewerbsrechtlicher Sicht zu bevorzugen sind prospektive statt retrospektive Vergütungssysteme (z.B. diagnosebezogene Fallpauschalen). Um deren Nachteile zu mildern, können sie allenfalls mit Einzelleistungsvergütungen kombiniert werden.
- Faktische Kontrahierungszwänge für Versicherer sind möglichst einzudämmen.

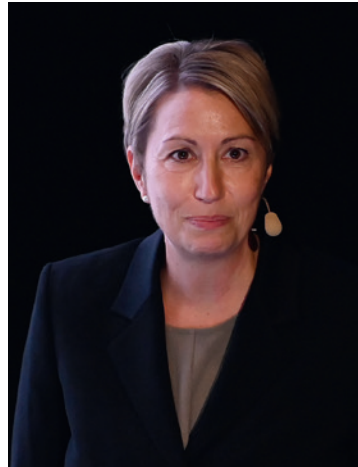
Betriebswirtschaftlich sinnvolle Standardisierung vs. kartellrechtlich geforderte Pluralität

Hierin liegt laut Degen die Krux der Geschichte, denn die WEKO gewichte die Vorteile aus der Pluralität von Vergütungssystemen klar höher. Die FINMA-Forderung nach erhöhter Transparenz stelle aber aus kartellrechtlicher Sicht keinen wirklich relevanten Rechtfertigungsgrund für VVG-Vergütungssysteme dar. Auch die Kalkulationshilfen-Bekanntmachung der WEKO helfe da nicht weiter.

Des Experten Rat geht weg von verbandsähnlichen Vergütungsstrukturen und hin zur Pluralität



Prof. Dr. med. Hans U. Baer, Geschäftsführer Medicalculis, bietet ein systematisches VVG-Tarifwerk.



Andrea Rytz, CEO Schulthess Klinik, weist auf unsachliche Tarif-Verhandlungen im VVG-Bereich hin.



Glen George, Direktor Klinik Pyramide, unterstreicht, wie wichtig und geschätzt qualitative Mehrleistungen sind.



Lukas Eichenberger, Head of Funder Relations der Hirslanden Gruppe: «Patienten müssen den Mehrwert erleben.»

(kleinere Gruppen, Wahl zwischen verschiedenen Vergütungsformen): «Aus meiner Sicht wäre es aus Gründen der Rechtssicherheit wünschenswert und aufgrund der volkswirtschaftlichen Bedeutung geboten, wenn die WEKO die kartellrechtlichen Anforderungen an Vergütungssysteme im VG-Bereich in Form einer Bekanntmachung (Art. 6 KG) näher umschreiben würde.»

Herausforderungen und Lösungsansätze

Die offenen Fragen, die sich namentlich aus den Forderungen der FINMA ergeben, bedürfen einer

Lösung – ein feines Thema für den wiederum erstklassig referierenden Versicherungsrechts-Experten Prof. Dr. iur. Ueli Kieser. Zu definieren gelte es vorab, was denn eigentlich Mehr- und Zusatzleistungen seien.

Die Grundversicherung (OKP) stellt ja ein umfassendes Leistungsangebot mit einer qualitativ hochstehenden Versorgung dar (Art. 43 KVG). Leistungen ausserhalb davon können Zusatz- oder Mehrleistungen sein. Dabei darf keine Doppelverrechnung von erbrachten Leistungen erfolgen: In der OKP gilt nach Art. 44 KVG der

Tarifschutz («Die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen.»)

Mehrleistungen ergänzen OKP-Leistungen: Sie bestehen aus einem besseren Komfort, der Arztwahl bei stationärer Behandlung, Wahl der Behandlungsmethode und durchgehende persönliche Betreuung durch eine gewählte Arztperson. Zusatzleistungen haben keine Verknüpfung zur OKP. Beispiele sind Schönheits-

Doris Brandenberger, CEO MediCongress, begrüsst die Teilnehmenden am physischen zweiten Forumstag.



Special 3: VVG / MediCongress



Sanjay Singh und Dr. Luca Emmanuele, CSS Versicherung, arbeiten an innovativen VVG-Angeboten.

operationen, Impfungen für Ferientaufenthalte oder medizinisch nicht indizierte (aber trotzdem gewünschte) Behandlungen. Es besteht kein Numerus clausus von versicherungsfähigen Mehr- oder Zusatzleistungen im VVG. Es muss sich aber um ein «echtes» Plus an Leistungen handeln. Das allerdings sei gar nicht so einfach zu definieren.

Kieser zitierte den Bundesgerichtsentscheid 135 V 458 f., wobei er auf die Abgrenzung zwischen ambulantem und stationärem Bereich hinwies: «Im ambulanten Bereich muss es um die Vergütung echter Mehrleistungen gehen, die über den Umfang der OKP hinausgehen und nicht nur «an Stelle» der Leistungen im Sinne von Art. 34 KVG erbracht werden. Im stationären

Bereich ist jede Person frei, statt einer Behandlung gemäss sozialer Krankenversicherung den Status eines Privatpatienten zu wählen; sie hat dann Anspruch auf die Leistungen der OKP, welche der Versicherer hätte erbringen müssen, wenn sie sich als Kassenpatient hätte behandeln lassen.»

Exakt hier mischt sich nun die FINMA ein. Nach Art. 38 des Versicherungsaufsichtsgesetzes VAG prüft sie im Genehmigungsverfahren auf Grund der von den Versicherern vorgelegten Tarifberechnungen, ob sich die vorgesehenen Prämien in einem Rahmen halten, der einerseits die Solvenz der einzelnen Versicherungseinrichtungen gewährleistet und andererseits den Schutz der Versicherten vor Missbrauch gewährleistet.

Dr. oec. HSG Willy Ogger, Programmverantwortlicher, beleuchtet Risiken und Chancen von Zusatzversicherungen.



Wenn die FINMA Anforderungen an die Festsetzung von Entschädigungen an Leistungserbringende aufstellt, sei dies jedoch nicht ohne Weiteres vom Prüfungsbereich (Art. 38 VAG) gedeckt.

Vorgehen der FINMA und Lösungsvorschläge für die Zukunft

Wie geht nun die FINMA konkret vor? – Sie überprüft u.a. das Vorliegen «echter» Mehrleistungen, die transparent definiert werden. Kieser: «Die dafür ausgerichteten Vergütungen müssen in einem angemessenen, plausiblen Rahmen liegen. Einzelleistungen müssen mit einer frankenmässigen Bewertung versehen sein. Es muss ein Nachvollzug auf betriebswirtschaftlicher Basis möglich sein. Massstab dafür, ob eine echte Mehrleistung besteht, ist der konkrete Leistungserbringer mit seinem Angebot für die Grundversicherung und nicht der Vergleich mit allen Leistungserbringern.»

Kieser sieht folgende Lösungsansätze: «Nötig sind klare, fassbare Umschreibungen der versicherten Leistungen in der Police und/oder in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, ebenso eine separate Rechnungstellung für erbrachte Mehrleistungen. Vollkostenmodelle mit «Abzug» der OKP-Leistungen sind wohl schwierig verständlich zu machen, besser ist eine klare Preisberechnung nach generellen Kriterien wie freie Arztwahl bei der konkreten Behandlung, das zeitliche Ausmass der durchgehenden Betreuung, die Bedeutung der Über-Qualifikation der gewählten Arztperson und die Intensität der Betreuung (z.B. mittels Gesprächen).»

Da komme eine anspruchsvolle Aufgabe auf Zusatzversicherer und Leistungserbringer zu. Wertvoll wäre auch eine eingehende Begründung durch die FINMA, weshalb die aufgegriffenen Punkte mit Blick auf Gewährleistung der Solvenz und des Patientenschutzes notwendig sind. «Das Entwickeln innovativer Modelle ist gefragt, ebenfalls ein Blick auf den ambulanten Bereich als möglichen Bereich von Mehrleistungen», schloss Kieser.

Zusatzversicherer fleissig am Werk

Die Zusatzversicherer nehmen die Forderungen der FINMA ernst. Sie suchen innerhalb des Schweiz. Versicherungsverbands (SVV) eine verstärkte Kollaboration auf Branchenebene, ein gemeinsames Framework mit Grundsätzen und eine politische Lobbyarbeit. Philomena Colatrella, CEO der CSS Versicherung, zählte die Elemente des Frameworks auf: Es gelte Mehrleistungen in Abhängigkeit des Leistungsniveaus der OKP eines jeweiligen Leistungserbringers zu definieren.

ren. Mögliche Differenzierungskategorien stellen Hotellerie/Komfort sowie klinische und ärztliche Leistungen dar.

Mehrleistungen sollen vertraglich definiert, erhebbar, bewertbar und nutzbar sein. Dazu brauche es einen Mehrleistungskatalog als Basis für die Bewertung, ein Abrechnungs- und Leistungs-Controlling aufgrund von Bewertungskriterien durch einzelne Versicherer. Für eine Vergütung ärztlicher Mehrleistungen brauche es eine vertragliche Basis. Dabei sei der Mehrwert am Patienten ausschlaggebend. Unterschiede in der Bewertung gleichwertiger Mehrleistungen müssten klar begründbar sein und die Bewertung von Mehrleistungen habe auf Basis von Leistungspaketen zu erfolgen. Colatrella: «Innovation zu Gunsten des Patientennutzens ist erwünscht; Trends wie «ambulant vor stationär» sind eine Chance.»

Am 27. Mai hat bereits ein Spitzengespräch der Zusatzversicherer mit der FINMA stattgefunden. Die Resultate sind eine zustimmende Kenntnisnahme der FINMA, die an deckungsgleicher Kommunikation zu sämtlichen Stakeholdern interessiert ist. Eine Umsetzung wird bis Ende 2023 verlangt.

Eine entscheidende Rolle dürften künftig Tarifikalkulationen darstellen. Es existieren bereits diverse Modelle mit pauschalisierten oder auf Einzelleistungen basierenden Tarifkonzepten. Colatrella: «Nach Einschätzung der Zusatzversicherer und des SVV erfüllt aktuell keines dieser Modelle vollständig die Grundsätze des Branchen-Frameworks. Der SVV fördert daher eine Weiterentwicklung.»

Und die Wünsche der CSS-Chefin an die Adresse der Leistungserbringer? – «Anerkennen der Wichtigkeit und Priorisieren der Thematik, Aufgeben der bislang eher ablehnenden oder zumindest abwartend passiven Haltung, Teil der Lösung werden und aktiv daran mitarbeiten. Denn: Auf Zeit spielen bringt keine Vorteile, sondern belastet die Tarifpartnerschaft unnötig.»

Echter Mehrwert rechtfertigt auch einen Mehrpreis

Zur Zukunft der Zusatzversicherungen äusserte sich auch Dr. iur. Beat Walti, Nationalrat und Präsident ospita – Die Schweizer Gesundheitsunternehmen (vormals Privatkliniken Schweiz): «Private Leistungserbringer sind überdurchschnittlich stark im Zusatzversicherungsbereich tätig, sie

werden allerdings durch Überregulierung und Mengensteuerung belastet und behindert. Stossend ist ebenfalls die kantonale Subventionierung: 16.5 Milliarden Franken in 7 Jahren gehen zu 98% an öffentliche Spitäler.»

Von grosser Bedeutung sei, dass die Wahrnehmung von Zusatzversicherungsprodukten deutlich über dem OKP-Niveau liegen müsse. Dem Druck von FINMA, WEKO, Preisüberwacher und BAG steht das Projekt «Branchenframework» des SVV mit Konsultation der Leistungserbringer entgegen. Hierbei gehe es ums Sichtbarmachen versicherungsfähiger Mehrleistungen statt Intransparenz, «aber», so Walti, «eine Einzelleistungsmentalität wäre falsch, der Mehrnutzen aus Sicht der Versicherten kostet eindeutig und muss eingepreist werden können. Es geht gerade auch um Verfügbarkeit und Vorhalteleistungen.»

Ein juristisches Vorgehen gegen Behörden betrachtet Walti als nicht zielführend. Für einen langfristigen Business Case seien vielmehr Reputation und Attraktivität des Systems entscheidend. Politisch motivierte Überregulierung auch im VVG-Bereich sei abzulehnen: «Zusatzversicherungen müssen einen darstellbaren Mehrwert bieten, der einen höheren Preis aus Sicht des

IHR ANLIEGEN IST
DIE GESUNDHEIT,
UNSERES DAS
DER SICHERHEIT.

SECURITAS



Publikums verdient.» (Lesen Sie auch das ausführliche Interview mit Nationalrat Dr. Beat Walti in der nächsten «clinicum»-Ausgabe 6-21.)

Entscheidungen und Weichenstellungen

Gesundheitsökonom Dr. oec. HSG Willy Oggier, wissenschaftlicher Programmverantwortlicher blickte nach vorne: «Das Gesundheitswesen ist ein Wachstumsmarkt. Eine älter werdende Gesellschaft sollte hier mehr investieren, nicht weniger. Zusätzlich mit finanzieren werden wohl alle Töpfe müssen (Privatkasse, öffentliche Hand, (Sozial-) Versicherungen). Wenn die Bevölkerung keine zusätzlichen Zwangsabgaben will, muss entweder mehr aus der eigenen Tasche bezahlt oder in anderen Bereichen gespart werden, deren Bedarf mit der Alterung abnimmt. Dazu kommt eine Zunahme Chronischkranker. Das verlangt eine andere Versorgung, bei der Qualität vor (nicht statt) Kosten steht. Einflüsse haben dürfte auch der Trend zur High Touch Health-Kultur (Wellness, Komplementärmedizin, Überwachungstechnik, medizinische Dienstleistungen im Web, Designer-Apotheken oder Erlebnis-Shops).»

All das sei angesichts der vielfältigen Aufgaben des Gesundheitswesens zu betrachten, zu denen Heilen oder Lindern sozialer und/oder gesundheitlicher Probleme und die Funktionen Ausbildung, Beschäftigung, Innovation, Kompensation, Schutz und Integration gehören. Gleichzeitig wandle sich das Umfeld gehörig bezüglich Morbidität, Dynamik der Innovation, Demographie und Sozialstrukturen.

Zusatzversicherungen seien ein wertvolles Angebot, das dem Wettbewerb ausgesetzt sei: «Das KVG definiert weitgehend den Spielraum für Zusatzversicherungen. Je umfassender Leistungskatalog, Zugangsmöglichkeiten, Qualität, Spitalplanung und -finanzierung in der Grundversicherung ausgestaltet sind, desto weniger Optionen gibt es für Zusatzversicherungen.»

Darauf hätte man sich vorbereiten können

Der Gesundheitsökonom verwies auf harsche Kritik am Gebaren von Privatkliniken, die in den Medien laut geworden sind: Ärzte kassieren mehr für Privatpatienten, indem die Spitäler Zusatzversicherte selbst bei einfacheren Eingriffen häufiger mehr als einen Tag bei sich behalten. Das Geschäft ist lukrativ. Krankenkassen kritisieren die massiven Mehrkosten, gerade auch wenn an Privatpatienten öfter unnötige Operationen durchgeführt werden. Beachtung hat zudem die Intervention der FINMA bei der Sympany gefunden, die daraufhin Rabatte bei Kollektivversicherten gestrichen hat, damit Einzelversicherte bei einer Krankenkasse für gleiche Leistungen nicht mehr bezahlen.

Tatsache sei weiter, dass das Zusatzversicherungsgeschäft nicht mehr so wie früher wächst. Es bestehen grosse Unterschiede in den stationären Fallkosten, ein Preisgefälle, das kein Spitaldirektor erklären könne. Ziele der Krankenversicherer seien daher national stagnierende oder gar sinkende VVG-Preise – nur noch Mehrwerte werden bezahlt – , einheitliche transparente

Tarifmodelle (Benchmark) und Qualitätsausweise als Kriterium der Vergütung.

Die privaten Anbieter kommen in die Pflicht zu zeigen, welches der Unterschied OKP-VVG ist und auch Halbprivat-Privat. Oggier: «Darauf hätte man sich vorbereiten können. Die privaten Spitäler sollten aktiver werden. Es ist zudem geradezu fatal, wenn beispielsweise Krankenversicherer-Verwaltungsräte in Spitälern generell Ein-Bett-Zimmer für alle propagieren.»

Weshalb gerade jetzt ein derart starker Druck?

Warum ist das VVG-Thema ausgerechnet jetzt so brisant? – Oggier nannte als Grund die Einführung des Preisprinzips in der Akutsomatik per 1.1.2012, was zu einer verstärkten Transparenz in der OKP über mehrere Jahre geführt habe. Das hätte den Appetit auf Vollkosten-Ansätze im VVG-Bereich erhöht, welche als Übergangsmodelle sinnvoll sein mochten. Gleichzeitig steige aber folgende Gefahr: Wenn Versicherer und Leistungserbringer zusammen keine Alternativen entwickeln, nehme der Druck noch zu.

Alternativen erweisen sich in der Praxis wiederum als alles andere als einfach, denn – so Oggier – «auf der einen Seite werden betriebswirtschaftlich nachvollziehbare Preise verlangt und auf der anderen Seite werden betriebswirtschaftlich sinnvolle Vertragslösungen mit dem Wettbewerbs-Argument durch die WEKO erschwert oder verunmöglicht.»

Zu entgegnen sei allerdings, dass es auch bei wenigen Marktteilnehmern zu grosser Wettbewerbsintensität kommen könne, solange sich die entsprechenden Akteure nicht miteinander absprechen: «Die Preisbildung auf Versicherungs- und Gesundheitsgüter-Märkten ist zudem durch Informations-Unvollkommenheiten geprägt. Die Wettbewerbstheorie nach dem Angebots-Nachfrage-Schema anzuwenden, ist daher kritisch zu betrachten. Gesundheits- und Versicherungsgüter sind in der Regel auch Vertrauensgüter, welche durch Vertrauensqualität geprägt sind. Und hier wird nicht wegen ein paar Franken die Beziehung aufgegeben. Es besteht eine geringe Preiselastizität der Nachfrage, dafür eine langjährige Arzt-Patienten- wie auch Versicherten-Versicherer-Beziehung.»

Klartext ist gefragt

Versicherer wie Leistungserbringer sind gefordert. Sie sollten eine klare Terminologie verfolgen – Mehr-Leistungen, allenfalls Zusatz-Leistungen wie sie Prof. Kieser geschildert hat. Es brauche

im Weiteren nachvollziehbare Beschreibungen, nach welchen Kriterien die Mehrleistungen bestimmt werden, eine methodisch klare Darstellung von Basis- und Mehr-Leistungen, eindeutige Definitionen der Zulässigkeit und Zuordnung der Analogiepositionen und eine Beschreibung der Systempflege, wobei der kurzen Halbwertszeit des medizinischen Wissens Rechnung zu tragen sei. Oggier: «Wenn es keine guten VVG-Lösungen mehr gäbe, gäbe es auch keine ökonomische Basis für die erwünschten Wohlfahrtsfunktionen mehr.»

«Die Basis-Leistung der Grundversicherung ist der Ausgangspunkt», argumentierte der Gesundheitsökonom «Es gilt, die Höhe der Basis zu definieren und einen Bottom up-Ansatz für Mehrleistungen zu wählen. Nötig ist eine klare Definition der Mehrleistungen nicht nur im ärztlichen, sondern auch pflegerischen, therapeutischen Bereich. Mögliche ärztliche Mehrleistungen sind aufzusplitten, analog anderen Mehrleistungen.»

Der Gesundheitsökonom erteilte einen wichtigen Ratschlag: «Gut ist es, da neue Produkte zu entwickeln, wo die FINMA noch nicht hinschaut oder wo es heute noch wenig Zusatzversicherungen gibt und in der Zukunft die Musik vermehrt spielt. Dazu gehören ambulante und digitale Leistungen sowie Leistungen, die sich künftig aus Innovationen ergeben. Gerade hier besteht Definitionsbedarf: Sind es Produkt-, Prozess-, Marketing- oder Organisations-Innovationen?» – Und die Moral von der Geschichte? «Entwicklungen antizipieren», unterstrich Oggier, «neue Modelle sind gefragt, sonst kommen sie von anderswo. Und: Nicht der Grosse frisst den Kleinen, sondern auch hier der Schnelle den Langsamen.»

Der Blinde soll lieber nicht den Blinden führen

Prof. Dr. med. Hans U. Baer, Geschäftsführer Medicalculis, sorgte für Aufsehen mit einer Analogie zu einem bekannten Bild von Pieter Bruegel d.Ä. (1568): «Der Blinde führt einen Blinden» – gemäss Referent geschehe das zur Zeit von Versicherern, FINMA und WEKO, was die Leistungserbringer verunsichere. Daher biete Medicalculis eine Basis, um medizinische Mehrleistungen kostenbewusst, transparent und fair zu kalkulieren. Dazu gehören drei Elemente: Online-Kalkulationshilfe-System, umfassendes und unabhängiges Controlling sowie Beratung, Schulungen und Support. Baer: «Als unabhängiger Anbieter für alle Ärztinnen und Ärzte verhandeln wir im Mandat für unsere Klientinnen und Klienten ärztliche Leistungen oder Mehrleistungen

unabhängig von einer Klinik direkt. Wir können aufgrund unseres Know-hows Mehrleistungen identifizieren und bewerten. Dabei gehen wir auf den Bedarf der Fachgruppen ein und können das Kalkulationshilfe-System, das rund 1000 Positionen umfasst, jederzeit skalieren.» Medicalculis will als Game Changer den Wechsel zu einem FINMA-konformen Mehrleistungs-Abrechnungssystem erreichen.

Folgende FINMA-konforme Mehrleistungen, die sich klar vom Standard der OKP abgrenzen lassen, sind im Medicalculis-System ausführlich definiert: Behandlungs-Intensität, -Methode, -Dauer, -Fachpersonen, -Zeitpunkt und -Produkte. Daraus ergibt sich folgende Multiplikation: Individueller Arztfaktor (als Verhandlungsergebnis) x Gewichtung im Medicalculis-System = ausgewiesene Mehrleistung resp. maximaler VG-Anteil.

Starkes Engagement der Kliniken

Leistungsstarke, innovative Privatkliniken nehmen ihre Aufgabe sehr ernst. Andrea Rytz, CEO der Schulthess Klinik, brachte es auf den Punkt: «Wir verstehen den Anspruch der Patienten als bestmögliche Medizin, freie Arztwahl, ausgeprägte Erwartungshaltung im Ablaufprozess, hohen Komfort in der Hotellerie und auch als bezahlbare Prämien. Wir als Klinik wollen einen bestmöglichen Behandlungs-Outcome gewähren, eine grosse Servicequalität erbringen, eine hohe Patientenzufriedenheit erreichen und

dafür ein gutes Entgelt erhalten. Die Versicherer schliesslich wollen einen «Einkauf» bestmöglicher Medizin, eine hohe Kundenzufriedenheit, Angebotsdifferenzierung und ein ergänzendes Businessmodel zur OKP-Versicherung mit hohen Margen.»

Wunsch und Wirklichkeit weichen aber voneinander ab. Andrea Rytz: «Häufig werden die Verträge einseitig von den Versicherern gekündigt. Verhandelt wird nicht um Leistung und Qualität, sondern ausschliesslich um Geld. Als Verhandler werden uns HSG-Abgänger im ersten Jahr nach Studienabschluss geschickt. Entsprechend verlaufen die Verhandlungen gehässig und wenig partnerschaftlich. Dabei werden unsere Kunden nie repräsentiert, sondern die Gewinnoptimierung der Klinik und der Kassen. Die FINMA wird als «Schreckgespenst» vorgehalten, hinter dem sich der Versicherer versteckt. Kommt ein Vertrag nicht zustande, wird dies auf dem Rücken der Patienten ausgetragen. Die Machtverhältnisse sind klar zu Ungunsten der Klinik verteilt.»

Die Zukunft soll anders aussehen

Daher erwartet die Klinikdirektorin partnerschaftliche und faire Lösungen für alle, ein gemeinsames Entwickeln neuer ambulanter und stationärer Modelle, Verhandlungen auf Augenhöhe mit Profis und den Einbezug einer gesamtwirtschaftlichen Betrachtungsweise. Die Behandlungsqualität und deren Kriterien müssen künftig im Fokus liegen: Outcome-basiert, Exzellenz-basiert und





Innovations-basiert. Dabei sollen Mehr-Leistungen ausgewiesen werden. Andrea Rytz: «Die Spezialisierung muss etwas Wert sein. Es wäre gut, ein Spitalranking nach vorgegebenen medizinischen, qualitativen und quantitativen Kriterien nach dem Sternemodell der Hotellerie auszuarbeiten.

Der zusatzversicherte Patient ist wichtig für beide Player, wobei der Markt rückläufig ist. Deshalb sind neue Prämienmodelle für alle zu entwickeln. Es braucht moderne Lösungsformen – wir können es nur gemeinsam!»

Mobil, personalisiert und Technologie-getrieben

Die Erwartungen von Versicherten im Zusatzgeschäft seien gross und die Entwicklung charakterisiert durch die Elemente mobil, personalisiert und voller innovativer Technologie, betonte Lukas Eichenberger, Head of Funder Relations der Hirslanden Gruppe: «Die Zusatzversicherten erwarten Datenschutz, Langlebigkeit, Anpassungsmöglichkeiten und Wertigkeit des Produkts sowie die Möglichkeit eines Versicherungsverwechslens im Alter.»

Zusatzversicherungen müssten einen normativen Unternehmenswert darstellen, der strategisch verankert und operativ gelebt werde. Dabei müsse der Kunde als selbstbestimmendes Individuum wahrgenommen werden: «Gesundheit und nicht Krankheit steht im Fokus. Es bedarf eines durchgängigen «Erlebnisses» auf dem Behandlungspfad, der kompetenten Betreuung aus einer Hand

und eines optimaler Mix' aus digitalem Zugang und physischem Kontakt. VVG-Leistungen müssen ein spürbares Produkt sein, auch wenn nicht aktiv Leistungen bezogen werden. Wertvoll sind datenbasierte Entscheidungshilfen. Wir müssen überlegen, ob künftig Pay per use- resp. kunden-zentrierte Preismodelle sinnvoll sind.»

Quality of Life als Vision

Gefragt sei eindeutig ein kundenzentriertes «Erlebnis», das im Mittelpunkt stehen müsse, und zwar durchgängig über den ganzen Behandlungspfad, wobei digitale und physische Leistungen inbegriffen sein müssten. Es brauche zudem eine saubere Leistungsdifferenzierung. Die Erträge sollten ausreichend sein, um laufend Innovationen sicher zu finanzieren. Und ganz wichtig sei ein Finanzierungsmodell, welches potenzielle Zielkonflikte der involvierten Partner minimiere. Von besonderer Bedeutung sei es, für Patienten optimale Lösungen zu finden, denn «optimal ist nicht das Gleiche wie optimiert, um wegen unbefriedigender Tarifgrundlagen wirtschaftlicher zu arbeiten.»

Den Bedrohungen des Marktes wirksam begegnen

Den schrumpfenden Zusatzversicherungsmarkt bedauert auch Glen George, Direktor Klinik Pyramide am See, Zürich (Swiss Medical Network). Als Gründe sieht er den kontinuierlichen Ausbau der OKP-Leistungen (Komplementärmedizin, Psychologen usw.), die Tatsache, dass sowohl öffentliche wie private Spitäler immer weniger Unterschiede

zwischen OKP- und Zusatzversicherungs-Patienten machen, wenige innovative Versicherungsprodukte, die Vorgaben von FINMA und Preisüberwacher sowie die Massnahmenvorschläge der Expertenkommission des Bundesrats wie «Missbräuchliche Zusatzversicherungstarife verhindern» – «all das erhöht den Handlungsdruck. In der Zusammenarbeit der Versicherer und Leistungserbringer sind die Lösungen zu den aktuellen Herausforderungen zu suchen.

Auf Basis der aktuellen Patientenbedürfnisse müssen entlang der behördlichen Vorgaben neue Angebote erarbeitet werden. Die 11 Grundsätze des Versicherer-Frameworks beschreiben, wie die Leistungen der Spitalzusatzversicherung in Zukunft zu bewerten und abzurechnen sind. Das bedeutet einen Wechsel vom Vollkostenprinzip zum Prinzip der Mehrleistungen. Diese Grundsätze gelten nun für alle ab dem 1. Januar 2022 abgeschlossenen Spitalzusatzversicherungen (verbindlicher Mindeststandard) und betreffen insbesondere die Leistungsabrechnungen. Bis Ende 2024 müssen die festgelegten Grundsätze in allen Abkommen aufgenommen werden.»

Als entscheidend sieht auch George den Mehrwert für Zusatzversicherte. In der Klinik Pyramide am See sind es die freie Arztwahl, hohe Verfügbarkeit und Erreichbarkeit, persönliche Betreuung, Mitsprache bei Terminen, besondere Guest Relations, einfaches Handling der Formalitäten, rasches Check-in und Check-out, Hotel-Komfort und Service-Angebot, Mitbestimmung des Tagesablaufs und schon zuhause Hilfe bei der Organisation und Logistik.

Qualifizierte VVG-Zusatzleistungen sicherstellen

«Swiss Medical Network ist es ein grosses Anliegen, die VVG-Zusatzleistungen durch die Belegärzte weiterhin sicherzustellen», lautet Georges Devise. Die VVG-Zusatzleistungen müssen genau definierten medizinischen Versorgungsleistungen entsprechen.

Zu diesem Zweck sind innovative Produkte im Gespräch. Es sind Zusatzversicherungsangebote im ambulanten Bereich zu entwickeln und es soll eine Wählbarkeit des Arztes und der Leistungen angeboten werden können. Qualität muss mehr in den Vordergrund rücken. Ein schneller Zugang zu elektiven Behandlungen ist sicherstellen mit Wahlmöglichkeit des Termins (Fast Track, Priority Access).» Leider würden Gesundheitsmanagement und Prävention in der Schweiz durch falsche Anreize gebremst, «wir haben eine Reparatur-Medizin anstatt einer Gesundheitsförderung. Aus Krankenkassen sollten Gesundheitskassen werden. Swiss Medical Network fördert daher die Integrierte Versorgung und Capitation Systems.»

Anzudenken wären ausserdem weiterführende Angebote zur Verstärkung der Prävention, z.B.

Personalised Medicine, Medikamente für seltene Krankheiten oder solche, die noch nicht auf der Spezialitätenliste aufgenommen sind sowie Coaching in persönlicher Gesundheitsvorsorge. «Beschreiten wir doch einen Weg der Allianz der beteiligten Akteure zum Erhalt des Kapitals Gesundheit der Mitglieder, was einem Paradigmenwechsel gleichkommt, und zur Entwicklung von Begleitmassnahmen wie Prävention und proaktiver Gesundheitsförderung.»

Krankenversicherer arbeiten an innovativen Lösungen

Seit der Einführung des KVG 1996 haben sich die Rahmenbedingungen in der Krankenzusatzversicherung gewandelt: Veränderte Kundenbedürfnisse, der medizinische Fortschritt, aber auch das Prinzip ambulant vor stationär haben einen Einfluss auf die Produktlandschaft. Vor diesem Hintergrund schilderten Sanjay Singh, Mitglied der Konzernleitung CSS, und Dr. med. Luca Emmanuele, Leiter Einkaufsmanagement CSS, dass Lösungen bedürfnisgerecht und flexibel auszugestalten wären: «Das kann gelingen, wenn der Perspektivenwechsel nicht gescheut wird: Ist es weiterhin sinnvoll, die Produkte nach ambulant, stationär und Alternativmedizin zu

unterteilen? Oder sollte sich die Zusatzversicherung nicht entlang des gesamten Behandlungspfades im Sinne des «Continuum of Care» ausrichten? Warum nicht Produkte anbieten, die eine bestimmte Deckungssumme versichern anstatt einzelne Leistungen?

Auch im ambulanten Bereich, wo die regulatorischen Hürden weniger hoch sind, sollten bestehende Angebote mit dem Wandel Schritt halten (bspw. durch die Anreicherung mit aktuellen Gesundheitsförderungs- und Präventionsleistungen). Im Weiteren bieten digitale Lösungen neue Chancen, um Leistungen in der Zusatzversicherung zu versichern. Schliesslich geht es darum, die Kundinnen und Kunden, die immer preissensitiver werden, mit bedürfnisgerechten Angeboten zu überzeugen, die ihnen einen echten Mehrwert bieten.»

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

Weitere Informationen

www.medicongress.ch

Nehmen Sie gerne

Bakterien

unter die Lupe?

DORNER
HEALTH IT SOLUTIONS

www.dorner.swiss

vollständig elektronisch protokolliert.

M/Lab, unsere Lösung für die Mikrobiologie, wird seit vielen Jahren erfolgreich in verschiedenen Laboratorien in der Schweiz eingesetzt:

Von der Auftragserfassung über die Auftragsbearbeitung bis zur kompletten Befundung sorgt M/Lab für schnelle und effiziente Bearbeitung. Und zwar in allen Bereichen der Bakteriologie, Serologie und Hygiene. Gleichzeitig bietet die Software eine vollständige und detaillierte Dokumentation des gesamten Untersuchungsverlaufs bis hin zur Keimidentifikation.

«Hier ist M/Lab eine sehr gute Lösung», urteilt Dr. Friderich vom LUKS, «weil die Software sich prima eignet, Prozesse abzubilden, was längst nicht für alle im Markt befindlichen Angebote zutrifft. Dank M/Lab können wir selbst komplexe Prozesse relativ einfach abbilden.»

