

Spannendes 2. VVG AnwenderInnen Forum von MediCongress

# Zusatzversicherungen – vieles ist total im Fluss

Die eidgenössische Finanzmarktaufsicht (FINMA) macht Druck auf die Krankenversicherer, der Preisüberwacher auf die Tarife in den Halbprivat- und Privatversicherungen. Die Versicherungs-Branche versucht, ein eigenes Projekt zu entwickeln. Einzelne Krankenversicherer wiederum gehen ihre Wege. Wie sehen diese aus? Welche Herausforderungen ergeben sich daraus für die Spitäler? Welche für die im Spital angestellten bzw. für Beleg-Ärzte? Welche für die Industrie? – Das sind zahlreiche offenen Fragen, für die ExpertInnen im VVG AnwenderInnen Forum nach Antworten suchten.

Es sei sehr viel in Bewegung im Zusatzversicherungsbereich, betonte eingangs Dr. oec.HSG Willy Oggier, wissenschaftlicher Programmverantwortlicher. Entsprechend bestünden viele offene Punkte, kreative Lösungen seien gefragt, und zwar von den Leistungserbringern wie von den Versicherern.

## Hoher Druck auf Zusatzversicherungsbereich

Wie schwierig der VVG-Markt geworden ist, unterstrich Nationalrat Dr. Beat Walti, Präsident von ospita, dem Verband der Schweizer Privatkliniken: Es bestehe ein enormer Druck vom Markt (wenige Neuabschlüsse), von der FINMA als Aufsichtsbehörde, von der Politik, deren Pro-

tagonisten immer wieder behaupten, es würden Doppelverrechnungen verschickt, sowie von den Regulierungsbehörden. «Früher existierte ein sichtbarer Mehrwert der Zusatzversicherungen, eine klare Erkennbarkeit der Differenzierung des Leistungsniveaus für Patienten und Zuweiser. Heute sehen wir eine Verwischung der Grenzen durch bauliche und betriebliche Erneuerung im OKP-Bereich sowie einen deutlichen medizinischen Ausbau des OKP-Katalogs. Zudem besteht wenig Innovation bei den Zusatzversicherungsprodukten.»

«Öffentliche und private Leistungserbringer sind aktiv im VVG-Markt präsent, zumeist allerdings private, die überdurchschnittlich stark wirken. Die wiederholten Interventionen der FINMA unter

der Etikette «Missbrauchsschutz» gegenüber den Zusatzversicherern werden konstruktiv beantwortet: Der Schweizerische Versicherungsverband (SVV) erarbeitet ein selbstverpflichtendes «Branchen-Framework» mit Prinzipien, die der Gestaltung und Bewertung von Leistungspaketen zugrunde gelegt werden sollen. ospita wurde regelmässig konsultiert und hat Expertise beigesteuert. Das Umsetzen des Branchen-Frameworks zeigt einige Herausforderungen, die zwischen ospita und SVV adressiert werden.»

## Es braucht einen echten Willen zur Neugestaltung

Und dieser müsse an die Stelle einer defensiven Strategie zur Verteidigung eines bestehenden

Am ersten digitalen Tag des 2. VVG-AnwenderInnen Forums von MediCongress erfolgte eine umfangreiche Auslegeordnung offener Fragen.





Sie zeichneten - jeweils aus ihrer Optik - ein höchst spannendes Bild des Zusatzversicherungsmarktes (v.l. oben n.r. unten): Dr. Daniel Liedtke, Daniel Volken, Sanjay Singh und Nationalrat Dr. Beat Walti.

Marktes treten. Das bedeute eine zukunftsfähige Perspektive mit verständlichen, attraktiven (Mehr-)Leistungen. – Walti: «Das heisst primär attraktiv für den Endkunden, den potenziellen Patienten. Der Zusatzversicherungsbereich soll ein wachsender Markt werden, der sicht- und spürbar Mehrwerte schafft und für eine Marktbeteiligung von Leistungserbringern und Versicherern auch langfristig attraktiv ist.» Einfach werde das nicht. Für den langfristigen «Business Case Zusatzversicherung» sei die Reputation und die Attraktivität des Systems entscheidend. Zusatzversicherungen müssten klar erkennbaren Mehr-Nutzen bieten, Mehr-Leistungen mit darstellbarem Mehr-Wert, die einen Mehr-Preis aus Sicht des Publikums verdienen. Trümpfe, die ins Leistungsspektrum eingepriesen werden könnten, seien etwa ein erstklassiges Zuweisungsprinzip, ein schneller Zugang mit Terminwahlfreiheit, der Beweis einer hohen Patienten-

zufriedenheit und Outcome-Qualität, diverse Vorhalteleistungen an Kapazität und Infrastruktur, Innovationsgeist (First Movers) und Verbundnutzen erfolgreicher Brands.

All diese Attraktionen blieben jedoch unvollständig, wenn sie nicht als Teil von Versicherungsprodukten aktiv und glaubwürdig angeboten würden. Des Liberalen Fazit ist unmissverständlich: «Ein echter Wettbewerb um Versicherte ist der beste Garant für einen lebendigen Markt, für Innovation und für eine nachhaltige Preisbildung. Das Bewusstsein für das gemeinsame Interesse von Versicherten, Versicherern und Leistungserbringern muss wieder geschaffen werden.»

### Mehr-Werte exakt herausarbeiten

Daniel Volken, Leiter Generalsekretariat Groupe Mutuel, ging den Mehr-Leistungen und Mehr-

Werten aus Sicht eines grossen Kostenträgers auf den Grund. Als solcher müsse man sich erst mal mit den Vorwürfen der FINMA auseinandersetzen. Volken fasst sie wie folgt zusammen: «Rechnungen sind zum Teil unbegründet hoch und ungerechtfertigt; es besteht Intransparenz betreffend der erbrachten Mehrleistungen und eine Gefahr der Doppelverrechnung; Arzthonorare werden in Rechnung gestellt, unabhängig davon, ob Patienten die freie Arztwahl in Anspruch genommen haben; Versicherte erhalten keine Rechnungskopie und wenn, ist diese nur schwer verständlich (ein Versicherter kann gar nicht überprüfen, welche Leistungen erbracht wurden). Die Versicherer sind daher stark gefordert: Es braucht klare Definitionen bezüglich zu anerkannter VVG-Leistungen und ein systematisches Controlling der Kostenträger bei den Kliniken. Als Konsequenz der Aufsichtsbehörde droht Unangenehmes: Es werden nur noch Produkte und Tarife genehmigt, bei denen diese Kriterien eingehalten werden, was teils zu vertragslosen Zuständen führen kann.»

Volken begrüsst die Erarbeitung des Branchen-Frameworks des SVV für Krankenzusatzversicherer: «Dafür braucht es die Entwicklung minimaler Abrechnungsstandards als künftige Basis für Verträge im Leistungseinkauf – all das unter Einbezug von Leistungserbringern und gezieltem Erhöhen der Transparenz im Markt.»

### Noch ein weiter Weg zum Ziel

Wie sieht denn nun die Situation heute aus? An einer repräsentativen Umfrage haben 9 Kassen und der RVK teilgenommen. Der Fokus lag auf der Akutsomatik, insgesamt umfasst die Messung rund 1800 angestrebte Verträge. Bloss 15% dieser Abschlüsse sind Stand Ende April 2022 konform. Rund 50% von den total 1800 Verträgen betreffen befristet abgeschlossene Verträge, laufende Verhandlungen, gekündigte Verträge (nicht in Verhandlung) oder vertragslose Zustände, wobei sich hier die ärztlichen Leistungen als grösste Umsetzungshürde erweisen.

Volken will in diesem Umfeld, «die Interessen unserer Kunden durch Dienstleistungen wahren, die einen echten Mehrwert darstellen, eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Leistungserbringern fördern, um mit ihnen zukunftsweisende Modelle umzusetzen und nicht zuletzt die internen Prozesse optimieren.» Hierbei geht es ums Überprüfen, ob die Leistungserbringer ihren vertraglichen Verpflichtungen in Bezug auf die Zustellung einer Rechnungskopie nachkommen, Stichproben bei den Versicherten, ob die in Rechnung gestellten Leistungen effektiv erbracht wurden und die Möglichkeit, bei potentiell zu



Alles prima im Griff: André Renold ist in seinem Element. Er ist bei MediCongress für die Informationstechnik verantwortlich.

hohen Rechnungsbeträgen zeitnah zu intervenieren, jeweils verbunden mit einer proaktiven Kundeninformation.

Volken abschliessend: «Der Druck auf die VVG-Preise kann einerseits zu mehr Effizienz, andererseits aber auch zu ungedeckten Kosten führen, welche entweder über zusätzliche Leistungen oder höhere OKP-Tarife kompensiert werden. Das Thema ist eine Herausforderung für das Gesundheitswesen. Wir müssen alle am gleichen Strick ziehen, um den Zusatzversicherungsbereich für die Zukunft fit zumachen.»

### Die Versichertenwünsche ernst nehmen

Sanjay Singh, GL-Mitglied der CSS, warf einen Blick auf die Leistungsbezügerquoten einzelner Bereiche. Sie sind recht unterschiedlich. Die Spitalzusatzversicherungen sowie Zusatzversicherungen für Alternativmedizin weisen mit Quoten von 17.2% (Spital) sowie 21.7% (Alternativ) einen Versicherungscharakter auf. Bei der ambulanten Zusatzversicherung sowie der Zahnpflegeversicherung ist die Quote mit fast 50% deutlich höher. Am meisten Leistungen entfallen auf stationäre Behandlungen, d.h. freie Arzt-/Spitalwahl/Komfort, mit über 360 Mio. Franken, gefolgt von Kosten für Alternativmedizin (98.2 Mio.).

Singh wies auf das veränderte Umfeld mit Trend zu Einbettzimmern und Ambulantisierung hin und skizzierte die Kundenbedürfnisse: «Hier wird ein abnehmender Mehrwert rund um den sta-

tionären Spitalaufenthalt deutlich (kürzere Aufenthaltsdauer, hoher OKP-Standard); es besteht hingegen weiterhin ein hohes Bedürfnis für die freie Arztwahl, ausserdem für Navigation und Beratung. Die Versichertenmentalität lautet: buy now, pay later, und das steht mitunter im Gegensatz zum Versicherungsprinzip.»

Generische Optionen, welche die CSS im VVG-Bereich in Betracht zieht, sind folgende: Beiträge an die Prophylaxe und Fitness, Integration ausgewählter Mehrleistungen bei ambulanten Eingriffen (Stationär Plus) und weitere Kombi-Mehrleistungen entlang des Behandlungszyklus' unabhängig von der Art der Leistungserbringung. Erste Schritte in diese Richtung sind die Spitalzusatzversicherungsprodukte myFlex Premium und myFlex Balance.

### Es besteht ausgiebiger Handlungsbedarf

Der Referent unterstrich, dass der Markt für ambulante Mehrleistungen noch nicht bereit sei, denn die Kunden wollen vor allem «Konsumleistungen», höhere Beiträge an Fitness usw. sowie Alternativ- und Komplementärmedizin. – «Die Versicherer generell pushen diese «Konsumleistungen» und verfügen immer noch über starre, wenig anpassungsfähige Versicherungsprodukte. Auch die Leistungserbringer bieten ambulant zu wenig differenzierende Angebote. Sie müssen daher neue Modelle entwickeln. Es gilt, ein echtes Differenzierungspotenzial entlang des «Circle of Care» zu entwickeln, das Mehrwert

aus Sicht der Kunden schafft. Die Versicherer sollten sich für eine der generischen Optionen entscheiden. Die CSS wird deshalb VVG-Lösungen entlang des «Circle of Care» unabhängig von der Versorgungsform kreieren.»

### Korrekt abgerechnet

Auf die FINMA-Kritik bezüglich der Spitalrechnungen ging Dr. Daniel Liedtke, CEO Hirslanden-Gruppe, ein: «In der gesamten Gruppe ist die von der FINMA verlangte Transparenz von Mehrleistungen sichergestellt und Doppelverrechnungen, für bereits in der OKP enthaltene fallspezifische Leistungen, ausgeschlossen. Den Zusatzversicherern kann die Hirslanden-Gruppe damit gewährleisten, dass für ihre Kliniken FINMA-konforme Leistungsabrechnungen Anwendung finden.»

Die erbrachten Leistungen unterliegen einer regelmässigen Kontrolle. Pro Standort gibt es eine Nutzenbewertung und ein Cockpit. Zentrale Bewertungskriterien sind dabei die einheitliche Anwendung von Hirslanden-übergreifenden Bewertungskriterien, das Sicherstellen von Kontinuität und einheitlicher Bewertung, ein standortindividueller Abgleich der angebotenen Mehrleistungen und regionsspezifische Bewertungskriterien.

Klarheit schafft zudem ein klinikeigenes Transparenztool. Darin werden vielfältige Bewertungsbeurteilungen analysiert: Neben klassischen Input-basierten

Faktoren fliessen auch Output-orientierte Faktoren und die Marktsicht ein. 11 Kategorien fassen die 165 Mehrleistungskriterien zusammen. Pro Versicherungsform sind die Leistungen und die jeweiligen Abgrenzungen definiert. Die Verfügbarkeit der jeweiligen Mehrleistungen wird pro Klinik-Standort dargelegt.

Zur klaren Definition von Mehr- und Zusatzleistungen beurteilt Liedtke die aktuelle Situation wie folgt: «Im Markt werden Systeme entwickelt, die einfach anzuwenden und zu monitoren sind. Diese Systeme sind zum Teil auf Sozialtarifen aufgebaut (SwissDRG+) oder mit diesen Systemen kombiniert (SwissDRG-Hybridmodelle). In jedem Fall ist der Pauschalierungsgrad sehr hoch und die Möglichkeit, differenzierte ärztliche Einzelleistung vergütet zu bekommen, eher gering. Das System Medicalculis ist nach unserem Kenntnisstand das einzige skalierbare stationäre Einzelleistungssystem im Markt. Zudem wurden die relativen Bewertungen der rund 1000 Einzelpositionen anhand ärztlicher Mehrleistungskriterien hergeleitet. Wir sind zuversichtlich, dass das System Medicalculis, welches bereits mit zwei grossen Versicherern vereinbart wurde, im Markt bestehen bleibt.»

### Mehrwerte entlang des Continuum of Care

Von entscheidender Bedeutung für Liedtke sind erwiesene Mehrwerte entlang des Continuum of Care. Dazu zähle die Hirsländen-App als geschlossenes Gesundheitsökosystem, welches rein durch Hirsländen betrieben wird. Mittels dieser digitalen Lösung übernimmt die Klinikgruppe die Auswahl und Orchestrierung der Leistungen, sowohl über die Partner als auch die Teilnehmenden. Die App agiert als Orchestrator und ermöglicht es, die definierten Hirsländen Client Journeys mittels des Hirsländen-Mehrleistungsportals pro Versicherungsklasse zu managen. Damit bietet Hirsländen einen digitalen Marktplatz pro Versicherungsklasse für entsprechende Produkte und Dienstleistungen an. Wertvoll sei auch Compassana, ein Gemeinschaftsprojekt von Hirsländen, Medbase, Helsana, Groupe Mutuel und Swica. Ziel ist es, die medizinische Versorgung über alle Versorgungsstufen in enger Zusammenarbeit mit allen Beteiligten besser zu koordinieren und den Patienten mehr Transparenz und Auswahl zu bieten. Compassana unterstützt die Patienten, ihre Bedürfnisse im Kontext der Interessen von Leistungserbringern und Versicherern im Sinne einer durchgän-

gigen Customer Journey zu erfüllen. Schliesslich sei die erste schweizweite Kooperation eines ambulanten und stationären Leistungserbringers mit einem Versicherer zu nennen. Hier arbeiten Helsana, Medbase und Hirsländen zusammen, um Zusatzversicherte des Krankenversicherers noch besser zu begleiten. Darin sind umfassende Mehrleistungen enthalten wie ein breites Leistungsspektrum, eine gemeinsame Anlaufstelle, spezielle Angebote für Prävention und Gesundheitsförderung, Planung und Vorbereitung sowie für die ambulante wie stationäre Versorgung eine hohe Erreichbarkeit, renommierte Fachärzte, innovative Behandlungsformen und eine intensive ambulante Physiotherapie zur Nachbehandlung. Liedtke zog ein trübes Fazit bezüglich der Anstrengungen zur Entwicklung und klaren Definition von Mehr- und Zusatzleistungen: «Die FINMA-Intervention bietet Leistungserbringern und Versicherern neue gemeinsame Chancen.»

Über den zweiten, physischen Forumstag berichten wir ausführlich im «clinicum» 4-22.

### Weitere Informationen

[www.medicongress.ch](http://www.medicongress.ch)

## clarofinanz: Ihr Versicherungsbroker.



clarofinanz gmbh · 4600 Olten · Tel. 062 213 03 05  
info@clarofinanz.ch · www.clarofinanz.ch

**clarofinanz**   
kompetent & persönlich