

Mehr- und Zusatzleistungen beim stationären Spitalaufenthalt brauchen mehr Transparenz und auch mehr Innovation

Fairness heisst das Erfolgsrezept für Belegärzte, Patientinnen und Zusatzversicherer

Das laufende Jahr war geprägt durch eine Vielzahl gegenseitiger Vorwürfe, Forderungen für übersichtlichere Abrechnungen und Rückzahlungsverpflichtungen zuviel erhobener VVG-Prämien an die Versicherten. Die FINMA und weitere regulatorische Behörden verlang(t)en von den Zusatzversicherern Offenlegung ihrer Kalkulationen und einen Stopp der Quersubventionierungen vom VVG- auf den OKP-Bereich. Die Versicherer wiederum monier(t)en intransparente Belegarzt-Rechnungen und die Versicherten waren und sind – je nach Police – düpiert, enttäuscht oder verunsichert. Nun ist Bewegung entstanden. Und das ist gut.

Seit der DRG-Einführung verfügen wir im stationären Spitalsektor über immer bessere Informationen über Leistungen und Erlöse. Die Datenmenge entwickelt sich exponentiell. Dies führt zu einer neuen Anforderung für alle Stakeholder: Leistungserbringer (öffentliche und private Kliniken, Belegärzte), Kostenträger (insbesondere Zusatzversicherer) sowie Politik und deren Kontrollinstanzen (BAG, EFD, FINMA, WEKO).

Aufgrund dieser Basis sollte es doch möglich sein, die gewünschte Transparenz und Rückver-

folgbarkeit von Zusatzversicherungs-Rechnungen für stationäre Spitalaufenthalte zu schaffen und damit die Anforderungen der regulatorischen Behörden zu erfüllen.

Das Thema ist ein brisantes, geht es doch darum, eine namentlich aus liberaler Sicht und unter Wahrung des Wettbewerbsgedankens wichtige Leistungsdifferenzierung im Gesundheitsmarkt zu definieren und zu festigen. Damit das gelingt, sind eindeutige, sauber abgegrenzte Kalkulationen nötig, damit Menschen, die

sich Mehr- und Zusatzleistungen wünschen, diese auch zu fairen Preisen von den Kliniken erhalten und gleichzeitig sicher sind, dass die dafür bezahlten Prämien nicht – wie bis anhin gang und gäbe – dazu mitbenutzt werden, Quersubventionierungen zu Gunsten der OKP zu tätigen.

In unserer Reihe zu diesem Thema wollten wir daher von einem Krankenversicherungsverband und von Initianten eines Kalkulationssystems wissen, was sie darüber denken.



Wie sehen es die Krankenversicherer? – Quo vadis, VVG?

Wie beurteilen die Zusatzversicherer die Interventionen der FINMA bezüglich der Prämien und Abrechnungen Spital stationär? Wo können künftig welche Verbesserungen greifen? – curafutura-Direktor Pius Zängerle antwortete auf unsere Fragen.



Pius Zängerle, Direktor curafutura, unterstreicht die Bedeutung einer gründlichen Abrechnungstransparenz stationärer Spitalaufenthalte.

Zuerst wollten wir wissen, welche Anstrengungen denn die Zusatzversicherer bisher unternommen haben.

Pius Zängerle: Die Abgrenzung zwischen der obligatorischen Grundversicherung nach KVG und der freiwilligen Zusatzversicherung nach VVG ist bei uns schon seit mehreren Jahren ein Thema. Insofern ist es wenig überraschend, dass auch die FINMA die Thematik aufgegriffen hat. Die Krankenzusatzversicherer waren nicht untätig und haben im vergangenen Jahr unter der Koordination des Schweizerischen Versicherungsverbandes SVV ein Branchenframework verabschiedet. Darin werden Mindestanforderungen an die zukünftigen Verträge mit Spitälern und Belegärzten formuliert.

Seit dem 1. Januar 2022 gelten daher in der Spitalzusatzversicherung neue Regeln zur Stärkung von Transparenz und Nachvollziehbarkeit. Das heisst, dass die erbrachten Mehrleistungen, die durch die jeweilige Spitalzusatzversicherung zu tragen sind, klar ausgewiesen werden müssen. Natürlich können die rund 2000 bestehenden Verträge nicht über Nacht angepasst werden. Daher gibt es bis Ende 2024 eine Übergangsphase, in der die bisherigen Verträge zwischen den Krankenzusatzversicherern und den Leistungserbringern an die neuen Vorgaben angepasst werden.

Wie bewerten Sie die Abrechnungen von Belegärzten für Zusatzversicherte stationäre Patienten?

Die ärztlichen Mehrleistungen müssen auf Basis einer Tarifgrundlage definiert und bewertet werden. Um zu prüfen, ob diese dem Branchenframework des SVV entsprechen, haben die Krankenzusatzversicherer spezifische Anforderungen an die Tarifmodelle für ärztliche Mehrleistungen formuliert.

Sind klarere und nachverfolgbare Kalkulationsgrundlagen für die Rechnungsstellung vorteilhaft?

Absolut. Darum haben die Krankenzusatzversicherer die genannten Anforderungen formuliert, um die Tarifstrukturen auf ihre Konformität zum Branchenframework des SVV zu überprüfen. Konforme Tarifmodelle erlauben die Stärkung von Transparenz und Nachvollziehbarkeit für die Kundinnen und Kunden wie auch für die durch die Versicherer zu erbringende Rechnungskontrolle. Damit Tarifstrukturen als konform gelten, sind die Anforderungen zwingend zu erfüllen.

Medicalculis hat diesbezüglich aufwändige Grundlagenarbeit geleistet und drei grosse Zusatzversicherer nehmen bereits Belegarzt-Rechnungen, die auf dieser Basis erstellt wurden, entgegen. Wie werten Sie das?

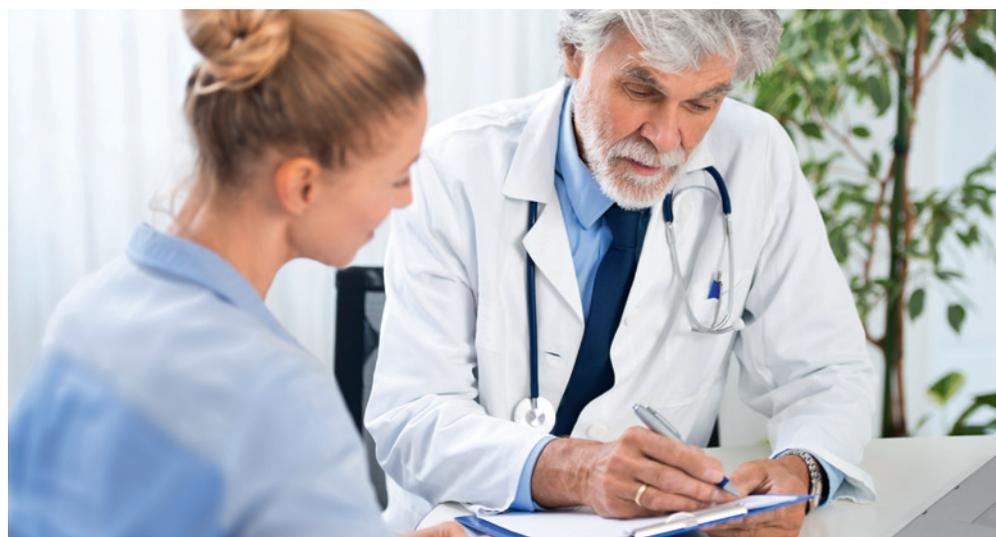
Wir können – völlig wertfrei – einzig und allein die Aussage machen, dass Medicalculis eine von vielen, durch das Branchenframework geprüfte Tarifstruktur ist. Aus wettbewerbsrechtlichen Gründen machen wir jedoch keine detaillierte und wertende Aussage zu einzelnen Tarifstrukturen.

Sind Ihrer Ansicht nach weitere Massnahmen zur Verbesserung von Belegarzt-Abrechnungen und Kontrollen durch die Zusatzversicherer nötig?

Die Transparenz der Abrechnungen könnte in der Tat noch weiter verbessert werden, wenn künftig Gesamtabrechnungen gestellt werden, auf dem alle an der Behandlung beteiligten Ärzte und Belegärzte aufgeführt werden – und das nicht nur mit ihrer jeweiligen GLN-Nummer, sondern auch mit vollständigem Namen. Dann wäre die jeweilige Abrechnung auch für Patientinnen und Patienten verständlicher und leichter nachvollziehbar.

Einige kritische Stimmen raten Versicherten ab, Zusatzversicherungen im stationären Bereich abzuschliessen, weil die erkennbaren Mehrleistungen gegenüber OKP kaum mehr sichtbar seien. Teilen Sie diese Meinung oder sollten nicht eher Spitäler und Zusatzversicherer gemeinsam und im beidseitigen Interesse im VVG-Bereich vermehrt kreative Ideen entwickeln?

Spitalzusatzversicherungen bleiben auch in Zukunft attraktiv und relevant. Umso mehr – da stimme ich Ihnen zu –, wenn weiterhin neue, kreative Produktideen entwickelt werden. Denn auch wenn die Trennung zwischen Halbprivat und Privat zunehmend aufbricht: Der Zugang zu innovativen Behandlungsmethoden, ein schnellerer Leistungszugang, die Wahl und die Verfügbarkeit der Ärztinnen und Ärzte, ausserkantonale Behandlungen und natürlich die Hotellerie werden für die Versicherten auch in Zukunft einen grossen Zusatznutzen aufweisen.



Wie sehen es die Initianten einer Kalkulationshilfe? – Anforderungen erfüllt?

Sollen Transparenz und sorgfältige Kalkulationen für eine faire Abrechnungspraxis für stationäre Spitalaufenthalte entstehen, müssen die ärztlichen Mehr-Leistungen haargenau unter die Lupe genommen werden. Dies in Abgrenzung zu den ärztlichen Grundleistungen, welche durch die OKP vergütet werden. Dieses Ziel zu erreichen, hat sich die Medicalculis GmbH, Zürich, auf ihre Fahnen geschrieben. Wir befragten den «first mover» auf diesem Gebiet nach den bisherigen Erfahrungen.

Das Unternehmen will Klarsicht bei den Mehr-Leistungen erreichen und schafft damit eine wichtige Grundlage für die Verhandlungen von Leistungserbringern und Kostenträgern. Wir befragten Gründer Prof.Dr.med. Hans U. Baer und Geschäftsführer Andreas Gerhard.

Die Materie ist komplex. Wie erfolgt hier mehr Transparenz?

Andreas Gerhard: Medicalculis offeriert Ärztinnen und Ärzten folgende Dienstleistungen: ein Online-Kalkulationshilfe-System, ein umfassendes und unabhängiges Controlling, Beratung, Schulungen und Support sowie Verträge und juristische Abklärungen. Als dringend nötig erachten wir die Online-Kalkulationshilfe: Sie beschreibt anhand einer medizinischen Klassifikation die Eingriffe von Belegärzten aus 35 Fachgruppen. Um eine Aufsummierung von Einzelleistungen zu verhindern, ist jeder Eingriff genauestens mit inklusiven und exklusiven Elementen beschrieben und definiert. Jede von uns analysierte medizinische Position enthält eine Bewertungsrelation in Punkten, welche eingebettet ist in ein Vertragswerk, was zu einer korrekten Vergütung führt.

Nun gibt es das Framework des Schweiz. Versicherungsverbands. Wie beurteilen Sie dieses? Ist das eine Richtschnur, nach der Sie sich auch orientieren?

Das Branchen-Framework des SVV sehen wir aus kartell- und wettbewerbsrechtlicher Perspektive als problematisch an. Wenn es von Rechtsexperten als unzulässig betrachtet wird, sich zum Thema branchenweit abzustimmen, folgt daraus konsequenterweise, dass auch jede Rahmenvorgabe eines Verbands wettbewerbsrechtlich unzulässig ist. Es stellt sich daher die klare Frage, ob FINMA- und WEKO-konforme Tarifmodelle überhaupt auf der Grundlage eines Branchen-Frameworks des Versicherungsverbands reguliert werden dürfen.

Sie haben enorme Vorarbeit geleistet. Nun kommt es darauf an, wie der Markt – und ein solcher sollte ja gerade im VVG-Bereich gefördert werden – auf Ihr Angebot

reagiert. Wie viele Belegärztinnen und -ärzte rechnen heute mit Ihrem System ab?

Weitsichtige und verantwortungsvolle Belegärztinnen und -ärzte haben erkannt, dass sie in einem oft kostspieligen Umfeld tätig sind. Entsprechend hoch sind die Ansprüche an Qualität, freie Arztwahl, schnelle Termine und Kontinuität in der ärztlichen Betreuung. Das lückenlos zu erfüllen, ist eine Prämisse im privatrechtlichen und wettbewerbsorientierten VVG-Bereich. Als ebenso wichtig erachten unsere ärztlichen Kunden eine transparente, faire Abrechnung, die den Anforderungen der FINMA voll und ganz entspricht. Mehr als 600 Fachärztinnen und -ärzte wenden unser System bereits an. Wir sind seit Anfang 2021 produktiv und haben rund zwei Jahre Erfahrung, während andere Marktteilnehmer noch daran sind, die Strukturen neuer VVG-Abrechnungssysteme zu konstruieren.

Das tönt interessant; offenbar haben Sie auch namhafte Krankenversicherer mit an Bord. Was teilen diese Ihnen mit, weshalb sie mitmachen und wie gross ist der Marktanteil dieser Versicherer?

Prof. Dr. Hans U. Baer: Die drei grossen Zusatzversicherer haben einen Marktanteil von rund 40%; das heisst, wenn laufend mehr Leistungen für deren Zusatzversicherte über unser System abgerechnet werden, wäre auch das transparente und lückenlos nachvollziehbare Abrech-

nungsvolumen gleich hoch. Für diese Zusatzversicherer ist es wichtig, dass sämtliche Abrechnung sehr konkret vereinbarten Regeln folgen. Dies wird anhand standardisierter Daten aller abgerechneten Fälle überprüft. Unser System beinhaltet zudem ein automatisches Prüftool. Das bedeutet ein echtes Controlling, nicht bloss Stichproben. Zudem erfolgt eine medizinische Validierung aller Auffälligkeiten. Die in den Medien zu lesenden oft pointierten Meldungen über nicht nachvollziehbare Belegarztrechnungen gehören daher innerhalb unseres Systems der Vergangenheit an. Das ist unser partnerschaftliches Angebot an die Zusatzversicherer und deren Patientinnen und Patienten.

Das müsste eigentlich auch weitere Zusatzversicherer interessieren ...

Andreas Gerhard: Wir stehen dazu mit allen grossen Versicherungen in Verhandlungen. Diese sind anspruchsvoll und dauern eine bestimmte Zeit. Die Tatsache, dass die regulatorischen Anforderungen von FINMA und WEKO nicht aufeinander abgestimmt sind und sich z.T. widersprechen, setzen ausserdem eine gewisse Ausdauer voraus. Zusammenfassend sind wir jedoch auf gutem Wege. Bei drei grossen Zusatzversicherern bewährt sich die Kalkulationshilfe des Systems Medicalculis. Wir sind zuversichtlich, das System an weiteren Standorten von Belegärztinnen und -ärzten und bei zusätzlichen Zusatzversicherern zu integrieren.

Prof. Dr. Hans U. Baer und Andreas Gerhard: «first movers» als Systemprovider für ärztliche Mehrleistungen

