

Mehr Transparenz dank eines umfassenden Kalkulationssystems für stationäre VVG-Leistungen

Eine sichere Basis für Patienten und Versicherer

Neuer Wind in der Rechnungstellung für stationäre ärztliche Mehrleistungen ist geboten. Klarer Ausweis über die Leistungen und die dafür verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte, eine transparente, nachverfolgbare Darstellung aller Fakten und eine Basis für eine einfache umfassende Kontrolle durch die Kostenträger sind unverzichtbare Elemente einer adäquaten Fakturierung. Um Rechnungen in dieser Qualität zu erstellen, braucht es starke Kalkulationssysteme.

«First mover» auf diesem Gebiet ist Medicalcalulis. Wir wollten von den Geschäftsführern Prof. Dr. Hans U. Baer und Andreas Gerhard, EMBA, wissen, wie sie die generelle Lage im Zusatzversicherungsbereich beurteilen und wie sie ihr System im Rahmen der FINMA-Anforderungen sehen.

Können Sie uns die wesentlichen Elemente Ihres Kalkulations- und Abrechnungssystems aufzählen?

Prof. Dr. Hans U. Baer: Bereits 2021 haben wir die Transparenzforderungen der FINMA umgesetzt. Die Basis ist ein umfassender Bottom-up hergeleiteter Mehrleistungs-Katalog, mit detaillierten Elementen, die nach medizinischen und betriebswirtschaftlichen Kriterien transparent definiert wurden, dies in enger Abstimmung mit erfahrenen Experten aus 35 medizinischen Fachgruppen. Die optimal auf den Klinikalltag fokussierte Lösung hat im Markt einen sehr guten Anklang gefunden.

Zweites Element ist die sorgfältige Implementierung unserer Lösung mit persönlicher Schulung der AnwenderInnen.

Das dritte Element, ein integriertes Prüftool, ist für die Kostenträger von besonderer Bedeutung. Mittels einer elektronischen Plausibilisierung bei Rechnungsstellung gelangen praktisch nur korrekte Rechnungen an die Versicherer.

Wie sieht es bezüglich des Branchen-Frameworks aus? Der SVV hält Stand Sommer 2022 fest, dass es kein Kalkulations- und Abrechnungssystem gebe, das alle Anforderungen des Frameworks erfülle, namentlich wird nicht ausreichende

Granularität und teilweise nicht genügende Abgrenzungen von OKP- und VVG-Leistungen moniert. Was sagen Sie dazu?

Andreas Gerhard: Das trifft auf Medicalcalulis nicht zu, weil wir unsere Lösung seit 2020 in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit verschiedenen SVV-Mitgliedern regelmässig weiterentwickelt haben. Dabei haben wir eine Bottom-up-Herleitung sehr hoher Granularität für alle rund 1000 ärztlichen Mehrleistungen in unsere Kalkulationshilfe integriert. Seit dem 1.1.2022 dürfen überdies keine Mehrleistungs-Verträge mehr zwischen Belegärzten und Zusatzversicherern abgeschlossen werden, die den Anforderungen des Frameworks nicht entsprechen.

Wir haben in der aktuellen Version Pauschalierungen substanziell weiterentwickelt. Neu werden die häufigsten Eingriffe anhand rund 160 definierter Mehrleistungen im System

Medicalcalulis auf Basis pauschalisierter Rechnungen fakturiert.

Wir freuen uns, dass sich nach einem ersten grossen Zusatzversicherer, der gleich zu Beginn mit dabei war, im Februar und Mai 2022 zwei weitere und Anfang 2023 ein vierter bedeutender Versicherer ebenfalls verpflichtet haben, stationäre VVG-Rechnungen auf Medicalcalulis-Basis entgegenzunehmen.

Ständerat Hannes Germann begegnet in seiner Interpellation den Interventionen der FINMA und dem Framework aus wettbewerbsrechtlicher Sicht kritisch. Hat er recht?

Prof. Dr. Hans U. Baer: Wir sind sehr erfreut über die grundsätzliche Frage, die er ins Parlament getragen hat. Das wird eine wichtige Diskussion auslösen. So sind es nicht allein

Prof. Dr. Hans U. Baer und Andreas Gerhard, EMBA, Geschäftsführer Medicalcalulis



Special 1: Mehr Transparenz für stationäre VVG-Rechnungen

die Ärzte, die ein generelles Reglementieren als problematisch erachten. Aus liberaler Perspektive wünschen wir uns, dass möglichst viele Elemente, die der Transparenz und Fairness in der Abrechnungspraxis dienen, partnerschaftlich und im gegenseitigen Vertrauen zwischen den Vertragsparteien direkt festgelegt werden.

Vier grosse Versicherer sind mit an Bord. Das Potenzial wird wohl erst richtig genutzt, wenn auch viele Belegärztinnen und -ärzte mit an Bord sind ...

Andreas Gerhard: Im Markt ist eine Pluralität der Mehrleistungssysteme erkennbar. Eindeutig sind wir auf Kurs. Das Potenzial und

der Mehrwert von Medicalculis wird aktuell von Belegärztinnen und Belegärzten an fünf Kliniken in den Kantonen Zürich, Aargau und Zug genutzt. Drei weitere Standorte haben unser System lizenziert. Der Kreis wird sich in absehbarer Zeit erweitern; dazu führen wir entsprechende Verhandlungen mit unseren Partnern.

Mehr Transparenz muss auch für die FINMA gelten – Bevölkerung wie Parlament haben einen klaren Anspruch

Wer schweigt, verhöhnt die BürgerInnen

Schon Adam Smith war es vor 250 Jahren klar, Joseph Schumpeter erst recht: Marktwirtschaft, und eine solche betreiben wir doch, wollen wir Erst-August-RednerInnen glauben, funktioniert nur mit freiem Angebot, ebensolcher Nachfrage und voller Transparenz bezüglich Preis, Qualität, Terminen und begleitenden Services.

Zugegeben, das ist bisweilen etwas Theorie, was aber nicht heissen darf, dass der Versuch zu optimieren kein ehrenhafter wäre. Wer daran arbeitet, braucht hierzulande aber meist eine enorme Ausdauer. Wer auf halbem Weg stehen bleibt, hat verloren. Das gilt auch für laute Ankündigungen, denen nicht entsprechende Taten folgen.

Wer hier intuitiv an die FINMA denkt, liegt richtig. Da wurde kräftig kommuniziert, dass die Kalkulationsgrundlagen der Prämienberechnungen für Spitalzusatzversicherungen gründlich überprüft würden, gleichermassen die Basis fürs Fakturieren von VVG-Mehr- und Zusatzleistungen in den Verträgen der Spitäler und Belegärzte mit den Versicherern.

Erfolgt ist inzwischen eine massive Rückzahlungsverordnung der FINMA an einen grossen Zusatzversicherer wegen nicht zulässiger Abgrenzung der Verwaltungskosten zum Grund- und Zusatzversicherungsgeschäft. Die FINMA-Verfügung wird teilweise angefochten. Abwarten ist angesagt.

Bei den Belegärzten ist einiges passiert, namentlich dank des Medicalculis-Kalkulationssystems. Es besteht seit über zwei Jahren und wird schon von über 600 Belegärzten genutzt, deren Abrechnungen bereits von vier grossen Zusatzversicherern akzeptiert werden. Weil dabei 35 Indikationsgebiete anhand von rund 1000 Positionen und Pauschalen sauber, nachverfolgbar und fair definiert sind, fallen die Abrechnungen am Platz Zürich tendenziell tiefer aus als sie unter alten Rahmenbedingungen auf andere Weise fakturiert wurden. Diesen Trumpf wie auch das integrierte digitale Prüftool schätzen die Versicherer. Es bedeutet mehr Sicherheit und erhöhte Transparenz.

Wobei wir wieder bei diesem wichtigen Stichwort angekommen wären. Es muss auch für die FINMA gelten. Ihre intensiver als früher wahrgenommene Aufsicht übers VVG-Geschäft ist löblich, wenn aber auf halbem Weg gestoppt wird, ist es eben nur die halbe Miete.

Im Klartext: Die FINMA hat nicht nur eine Aufsichtspflicht, sie hat gegenüber Parlament,

Steuer- und insbesondere Zusatzversicherungs-PrämienzahlerInnen eine eindeutig Auskunftspflicht, denn wo Prämien und Honorare unter die Lupe genommen werden, besteht ein öffentliches Interesse für Klarsicht. Es gilt also zu kommunizieren, wie sich die Interventionen auf Abrechnungsvolumen und Prämienhöhen auswirken.

Die FINMA begründet ihre Interventionen mit dem Schutz der Versicherten vor Missbrauch. Der Gesetzgeber, National- und Ständerat, hat Anrecht, über die Resultate informiert zu werden. Und Herr und Frau Schweizer genau gleich, fliessen doch Milliardenbeträge direkt, via Krankenkassenprämien und Steuern, ins Gesundheitswesen.

Wer also Gutes tut, muss sich nicht scheuen, darüber zu informieren. Das ist das Fundament, das Vertrauen schafft und Legitimation bedeutet für weitere Untersuchungen. Versicherungen, die keine überhöhten VVG-Prämien zur Quersubventionierung defizitärer Spitalleistungen zu Lasten der Grundversicherung einsetzen, und Belegärztinnen und -ärzte, die sauber abrechnen, brauchen die Zahlen nicht zu fürchten. Es ist an der FINMA, die Fakten auf den Tisch zu legen, und die ParlamentarierInnen als FürsprecherInnen der BürgerInnen sind aufgerufen, sich mit Vorstössen dafür einzusetzen, dass die FINMA Transparenz schafft. Spüren Zusatzversicherte nichts von den erfolgten Interventionen oder verlagern sich die Kosten allenfalls weiterhin bloss vom Zusatzversicherungs- ins Grundversicherungsgeschäft, lautet das Fazit: «Ausser Spesen nichts gewesen.»

Dr. Hans Balmer, Verleger «clinicum»

