

Zukunftsfähig

Die Spitalzusatzversicherung muss innovativer werden.

Mehr Transparenz

Auf Druck der FINMA kommt Bewegung in den Markt.

Recht

Ein Gutachten zeigt, welche Mehrleistungen zulässig sind.



Die Zukunft der Zusatzversicherung

Honigtopf für Anbieter oder echtes Marktbedürfnis? Die Branche auf der Suche nach der zukünftigen Positionierung.

«Fakt ist: Mit Grundversicherten kann man im Spital kaum die laufenden Kosten decken.»

Daniel Liedtke, CEO Hirslanden auf Seite 14.

«Da ältere oder chronisch kranke Menschen ihre Versicherungsdeckung kaum mehr wechseln können, ist der Wettbewerb in diesem Segment eingeschränkt. Ein Missbrauchsschutz ist deshalb von besonderer Bedeutung.»

Flavia Wasserfallen,
SP-Nationalrätin auf Seite 21.

«Eine moderne Spitalzusatzversicherung muss die Entwicklungen im Gesundheitswesen aufgreifen.»

Urs Baumberger, Direktor Spital
Nidwalden auf Seite 12.

Und sie machen trotzdem Sinn!



Patrick Raaflaub,
Verwaltungsrat CSS

«Zusatzversicherung? Brauch ich nicht!» So denken heute viele Versicherte, wenn es darum geht, ihr Krankheitsrisiko über das absolut Notwendige hinaus zu versichern. In der Tat werden in der obligatorischen Grundversicherung immer mehr Leistungen abgedeckt, die früher ausschliesslich über eine separate Versicherung bezahlt wurden. Doch daraus schliessen zu wollen, der Markt der Zusatzver-

icherungen sei überflüssig geworden, greift viel zu kurz. Fakt ist, dass Zusatzversicherungen nach wie vor einen Mehrwert mit sich bringen. Ich denke da – um bloss ein paar Beispiele zu nennen – an Zahnbehandlungen, die freie Arztwahl, Zweitmeinungen oder unbestrittene Vorteile, die eine Zusatzversicherung bei einem Krankheitsfall im Ausland mit sich bringen.

Fakt ist aber auch: Die Krankenversicherer müssen sich je länger, je mehr überlegen, in welche Richtung sie ihre Zusatzversicherungsprodukte entwickeln wollen, damit diese auch in Zukunft nebst der obligatorischen Krankenversicherung eine Daseinsberechtigung haben. Zentral dafür sind Klarheit und Transparenz über die Deckung sowie das Vertrauen der Versicherten. Denn die Versicherungswelt der Zukunft wird sich massiv von derjenigen unterscheiden, die wir bisher gekannt haben.

Wie das Zielbild aussehen könnte, wie Versicherte, aber auch Leistungserbringer von neuen Versicherungsprodukten profitieren könnten und welchen aufsichtsrechtlichen Spielraum die Versicherungen für neue Versicherungslösungen benötigen – all das beleuchten wir in der neusten Ausgabe von «im dialog».

 twitter.com/CSSPolitik

Impressum

Erscheint 3x jährlich in deutscher und französischer Sprache.

Herausgeberin: CSS Versicherung, Tribschenstrasse 21, CH-6002 Luzern; **E-Mail:** dialog@css.ch

Internet: dialog.css.ch

Chefredaktion: Bettina Vogel

Produktion und Grafik: tnt-graphics

Fotos: Fabian Hugo, Herbert Zimmermann, Daniel Brühlmann, Erwin Auf der Maur (Cover)

Illustrationen: tnt-graphics

Druck: Engelberger Druck AG, 6370 Stans

Diese Publikation wird vollständig aus Mitteln aus dem Zusatzversicherungsgeschäft (VVG) finanziert.



04 / Wohin des Wegs?

Die Entwicklung der Zusatzversicherung.

06 / Der Kunde soll die Wahl haben

Die Herausforderungen der Spitalzusatzversicherung.

09 / Standpunkt

Es braucht Produkte mit echtem Mehrwert.



10 / Persönlich

Dr. med. Hanswerner Iff.

12 / Spitalregionen

Gemeinsam attraktive Mehrleistungen anbieten.



14 / Diskurs

Daniel Liedtke, CEO Hirslanden, diskutiert mit Sanjay Singh, CSS.

19 / Ambulant & stationär

Belegärzte haben eine Schlüsselrolle.

20 / Pro und Contra

Braucht es die Zusatzversicherung in Zukunft noch?

22 / Gutachten

Wann sind Mehrleistungen zulässig?

23 / Kolumne

Roman Seiler über die Opfer des Machtkampfs.

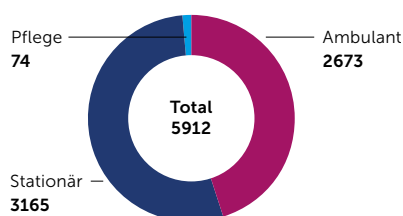
gedruckt in der
schweiz

Wohin des Wegs?

Das Umfeld der Krankenzusatzversicherung ist im Wandel. Welche Veränderungen haben stattgefunden und in welche Richtung könnten sich die Angebote entwickeln?

Was ist zusatzversichert?

Gebuchte Bruttoprämien der Zusatzversicherung, 2019 in Mio. Fr.¹



Ambulant im Vormarsch

Ambulante Behandlungen in Spitälern nehmen zu³



Stationär:
2013: 1 376 018
2019: 1 447 113

+ 5,2 %



Ambulant:
2013: 15 745 034
2019: 20 099 054

+ 27,7 %

Deutlicher Rückgang

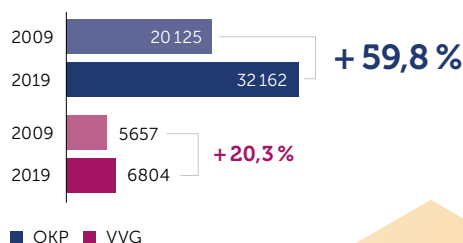
Die Beliebtheit der Spitalzusatzversicherungen nahm in den letzten Jahren ab²

● Spital allgemein ganze Schweiz	2002: 41,6 %	2019: 31,1 %*	-25,2 %	↘
● Spital privat	1996: 10,1 %	2019: 3 %*	-70,3 %	↘
● Spital halbprivat	1996: 18,8 %	2019: 7,4 %*	-60,6 %	↘
● Besondere Angebote (z.B. Flex-Produkte)	2006: 1,2 %*	2019: 9,3 %*	+675 %	↗

*inklusive Versicherte mit Grundversicherung bei einem anderen KVG-Versicherer

OKP mit mehr Wachstum

Anstieg Prämienvolumen OKP vs. VVG, in Mio. Fr.⁴



Grosser Bedarf:
Rund 80 Prozent der Bevölkerung schliessen ergänzende Zusatzversicherungen ab⁵

80 %

Woher wir kommen

Deutlicher Unterschied der Leistungen: Mehrbettzimmer, eingeschränkte Spitalwahl und weniger Komfort.

Aufenthaltsdauer nimmt ab: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Krankenhäusern (total Anzahl Tage, inkl. Spezialkliniken)⁶

2001	12,7
2019	8,0



Wohin wir gehen

Der Krankenzusatzversicherungsbereich wird diversifizierter und flexibler dank innovativer Produktideen.



Hospital at home

Mehrleistungen im ambulanten Bereich z.B. Essensdienst, Patientenhotel-Deckung, digitale Nachsorge und ärztliche Betreuung.



VVG-Finanzierung bis zur OKP-Leistungspflicht

Finanzierung von Innovationen, die noch nicht in der Grundversicherung abgedeckt sind.



Entlastung der OKP

Gewisse Komfortleistungen in OKP neu durch VVG-Produkte abdecken.



Personalisierte Medizin

Zusatzleistungen, die durch die OKP nicht abgedeckt sind.



Alter

Übernahme von Produkten und Innovationen aus dem Bereich Active Assisted Living, um unabhängig daheim leben zu können.



Digitale Therapien und Hilfsmittel

Technische Innovationen wie z.B. Online-Therapien, Selbsttests, Apps, Monitoren.



Spezifische Leistungen

Heute von der OKP ausgeschlossene Leistungen wie Reproduktionsmedizin, ästhetische Eingriffe.



Wo wir stehen

Vermehrt Komfortleistungen auch in der Grundversicherung, freie Spitalwahl ist Allgemeingut, viele «Konsumelemente» wie Fitness, Alternativmedizin, Sehhilfen. Druck der FINMA auf Prämien und Tarife.

Quellen

1. FINMA, Versicherer-Report.
2. BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2019 (verfügbare Datengrundlage).
3. BFS, Krankenhausstatistik und medizinische Statistik. Total der Krankenhäuser, inkl. Psychiatrien etc.
4. FINMA, Krankenversicherer, gebuchte Prämien brutto.
5. Comparis, 2020.
6. BFS, Krankenhausstatistik, 2020.

Weiterhin gefragt

- **Convenience:** Freie Arzt- und Spitalwahl, Hotellerie, Rooming-in etc.
- **Mehrwerte:** Experten-Zweitmeinung, Brillen, Zahnversicherung, internationale Versicherung, Fast-Track, Mutterschaftspaket etc.
- **Prävention/Lifestyle:** Fitnessabo, Ernährung, Kontaktlinen, mentale Gesundheit, Alternativmedizin etc.

ZUKUNFT DER SPITALZUSATZVERSICHERUNG

Der Kunde soll die Wahl haben

Die Spitalzusatzversicherung steht zwar vor grossen Herausforderungen – erfüllt jedoch die Bedürfnisse eines substanziellen Teils der Bevölkerung nach zusätzlichem Komfort, Flexibilität und Wahlmöglichkeiten.

Autor: **Philip Sommer**



Verschiedene Studien zeigen als Beweggründe für den Abschluss einer Spitalzusatzversicherung vor allem die freie Arzt- und Spitalwahl sowie im Bereich Komfort das Einzel- resp. Zweierzimmer. Dies liegt daran, dass damit oft weitere Leistungen (persönliches Bad, mehr Raum und Sitzgelegenheiten für Besucher) verknüpft sind. Zudem bildet das Einzel- resp. Zweierzimmer ein sehr konkretes Argument, dessen Mehrwert und insbesondere auch die damit verbundene grössere Privatsphäre schnell erfasst wird. Die Relevanz zeigt sich auch in der wachsenden Nachfrage nach Flex-Modellen, die es dem Patienten erlauben, am Tag der Hospitalisierung bei Bedarf ein Zweier- oder Einzelzimmer zu wählen.

Eine Studie der ZHAW kommt zudem zum Schluss, dass der Stellenwert der Servicequalität laufend zunimmt.¹ Einige Versicherer versuchen bereits erfolgreich, diesem Trend mit digitalen Zusatzprodukten nachzukommen.

Für Versicherer und Spitäler bilden die Zusatzversicherungen zentrale Pfeiler des Produktportfolios, Chancen zur Differenzierung und wichtige Einnahmequellen. Versicherungen dürfen lediglich im FINMA-regulierten Zusatzversicherungsmarkt Gewinne erwirtschaften. Die Erträge aus den Zusatzversicherungen aufseiten der Leistungserbringer dienen zudem der medizinischen Weiterentwicklung, der Förderung von Innovation und der Finanzierung von besseren Infrastrukturen.

Bedürfnis und Leistung

Während die Grundbedürfnisse für Zusatzversicherungen den Versicherern und Leistungserbringern weitgehend klar sind, schaffen es heutige Versicherungsprodukte nur teilweise, diese Bedürfnisse zu decken.

Fehlende Flexibilität bzw. Modularität und fehlende Innovation bilden die Hypothesen der klassischen Spitalzusatzversicherungen (privat und

halbprivat). Viele aktuelle Produkte sind nicht auf die verschiedenen Begehrlichkeiten der zunehmend heterogeneren Kundengruppen ausgerichtet. Und aufgrund des Bestandsschutzes ist es schwierig, die Produkte weiterzuentwickeln.

Wir haben in der Schweiz eine relativ umfassende OKP-Grundleistung. Dazu kommt, dass der Komfort-Standard für Allgemeinversicherte in den letzten Jahren klar gestiegen ist. Künftig ist zu erwarten, dass es nur noch Zweier- und Einzelzimmer, in gewissen Fällen sogar nur noch Einzelzimmer geben wird. Exemplarisch ersichtlich ist dies an den geplanten Neubauten des Universitätsspitals Zürich und des Kantonsspitals Aarau, die ausschliesslich auf Einzelzimmer setzen.

Somit sinkt das Differenzierungspotenzial für relevante Mehrleistungen. Zusatzversicherungen werden vor allem für jüngere Kunden unattraktiver. Bei älteren Kunden ist die Deckung mit den Bedürfnissen in der Regel noch höher, zudem behalten diese häufig die Zusatzversicherung, da ein späterer Wiedereinstieg schwierig bis unmöglich ist.

Die Tendenz zeigt einen Trend zur Wahl einer «tieferen» Versicherungsklasse, was sich auch in der steigenden Zahl an gewählten Flex-Produkten erkennen lässt.

Der Regulator wird aktiv

Neben dem Gap zwischen Kundenbedürfnissen und Angeboten forderte die FINMA als Regulator der Zusatzversicherung im Dezember 2020 die Versicherer und Spitäler dazu auf, Preise für Zusatzversicherungen fundierter zu belegen. Konkret wurde u.a. eine transparente und auf betriebswirtschaftlicher Basis nachvollziehbare Preisbildung gefordert. Es dürfen ausschliesslich Leistungen im Rahmen einer Zusatzversicherung verrechnet werden, die über jene der jeweiligen Grundleistung hinausgehen und transparent ausgewiesen sind.² Dies wird zu spürbarem Druck auf Preise und Margen von Spitälern und Versicherern führen. ➤

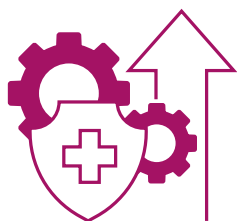


«In der Tendenz lässt sich der Trend zur Wahl einer «tieferen» Versicherungs-klasse erkennen.»



Philip Sommer

Partner und Leiter Beratung Gesundheitswesen bei PwC Schweiz. Er berät Spitäler und Krankenversicherungen in Strategie, Innovation und Transformation.



«Die Erträge aus den Zusatzversicherungen dienen u. a. der medizinischen Weiterentwicklung.»

Quellen

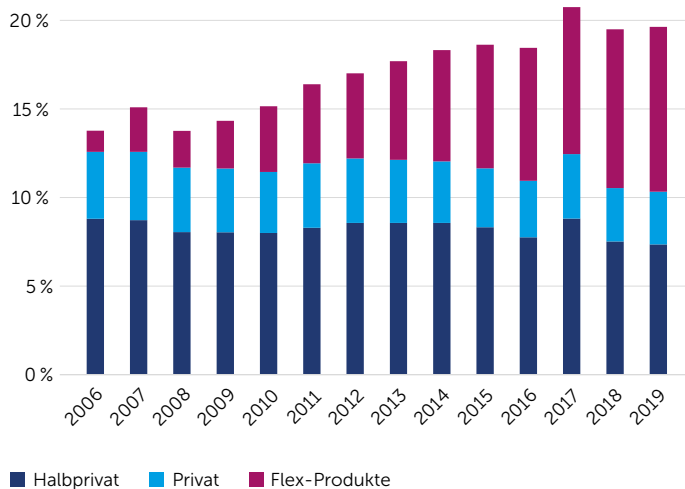
¹ ZHAW, Krankenversicherung goes digital – Bereit für den Wandel?, 2020.

² FINMA, Medienmitteilung: Krankenzusatzversicherer: FINMA sieht umfassenden Handlungsbedarf bei Leistungsabrechnungen, 17.12.2020.

Mehr Flex, weniger privat

Zusatzversicherte Personen in der Schweiz, Anteile in Prozent

Quelle: Bundesamt für Gesundheit



Ansätze für die Zukunft

Die Anforderungen der FINMA sind sowohl bei bestehenden als auch bei künftigen Versicherungsprodukten umzusetzen. Kern dabei ist auch die Entwicklung von Mehrleistungskonzepten durch die Spitäler und deren Bewertung durch den Versicherer. Dabei sollten die Spitäler und Versicherer im Diskurs mit der FINMA zukunftstaugliche und für alle Anspruchsgruppen gewinnbringende Produkte im Bereich von Zusatzversicherungen gestalten.

- **Kunden suchen Flexibilität und Modularität:** Die aktuelle Produktgestaltung sollte grundlegend hinterfragt und neu auf die verschiedenen Be-

dürfnisse der Kunden ausgerichtet werden. Der Erfolg der Flex-Produkte zeigt klar, dass Flexibilität und individuelle, modular gestaltbare Produkte stark nachgefragt werden. Flexibilität wird zudem auch wichtiger beim Freiheitsgrad bei der Wahl von Terminen resp. einem rascheren Zugang bei nicht dringlichen elektiven Behandlungen. In der Folge kann die effektive Differenzierung zwischen OKP- und VVG-Leistungen stärker zunehmen, um den künftigen Bedürfnissen besser Rechnung zu tragen.

- **Disruptive Produktinnovationen:** Im stetig wachsenden ambulanten und telemedizinischen Markt werden disruptive Innovationen stattfinden. Spitäler werden immer ambulanter und gleichzeitig nehmen digitale, telemedizinische Lösungen zu, welche die OKP nicht abdeckt. In diesen Bereichen besteht Potenzial für Mehrleistungen. Dabei werden nicht nur bestehende Versicherungsprodukte weiterentwickelt, sondern auch grundlegend neue Versicherungsprodukte geschaffen, die solche Mehrleistungen beinhalten.

Der Effort lohnt sich

Es braucht den Effort von Spitälern und Krankenzusatzversicherern, die Mehrleistungen zu schärfen und die Versicherungsprodukte weiterzuentwickeln. Dieser Effort wird sich lohnen – die Krankenzusatzversicherung wird für die Zukunft gerüstet, deckt die Bedürfnisse einer Vielzahl von Menschen ab und nimmt weiterhin eine wesentliche Rolle im Schweizer Gesundheitswesen ein. ●

dialog.css.ch/dossiers

Weitere Beiträge zu gesundheitspolitischen Themen finden Sie auf unserer Website.

Beurteilungs- & Bewertungsmodell Mehrleistungen

Die FINMA fordert im VVG-Bereich insbesondere betriebswirtschaftlich begründete Preise sowie das Aufzeigen einer klaren Differenzierung von Leistungen der Zusatzversicherung gegenüber den Grundleistungen des jeweiligen Leistungserbringers. Diesen Forderungen kommt die CSS in Form eines Modells zur Beurteilung und Bewertung von

Mehrleistungen nach. Im Modell werden für jeden einzelnen Leistungserbringer die angebotenen Leistungen bzw. deren Ausprägungen für die verschiedenen Versicherungsklassen (OKP, halbprivat und privat) beurteilt und abhängig vom Mehrwert für den Patienten mit Punkten bewertet. Die Punktedifferenzen zwischen den Versiche-

rungsklassen werden anschliessend auf betriebswirtschaftlicher Grundlage in einen Preisvorschlag umgewandelt.

Der Prozess der Beurteilung und Bewertung findet in enger Zusammenarbeit mit den jeweiligen Leistungserbringern statt und lässt sich in der Übersicht folgendermassen darstellen:



STANDPUNKT

Produkte mit echtem Mehrwert

Die Zusatzversicherungsangebote stagnieren seit Jahren. Für innovative und bedürfnisgerechte Produkte mit einem klaren Mehrwert braucht es einen Sinneswandel auf allen Ebenen.

Autorin: **Karolin Leukert, Leiterin Angebotsentwicklung Heilungskosten bei der CSS Versicherung;**
Foto: **Herbert Zimmermann**



Trotz Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung hat sich die Produktlandschaft der Zusatzversicherungen seit Einführung des KVG 1996 wenig verändert. Das hat viele Gründe: Vieles wurde direkt in den Leistungskatalog der Grundversicherung aufgenommen, somit besteht kein Bedarf für eine zusätzliche VVG-Deckung. Ein weiterer Grund liegt in den regulatorischen Rahmenbedingungen, die Innovationen verhindern. Es ist nur schwer möglich, bestehende Versicherungen anzupassen und somit aus Kundensicht zeitgemässe Leistungen einzuschliessen. Auf der anderen Seite erfreuen sich ambulante Zusatzversicherungen, die Beiträge an greifbare Leistungen wie Notfälle auf Reisen, Sehhilfen, Fitnessabos oder alternativmedizinische Therapien leisten, noch immer grosser Beliebtheit.

Um ihren Kundinnen und Kunden künftig flexible und bedürfnisgerechte Produkte anzubieten, braucht es folgende Voraussetzungen:

- 1 Die Versicherungsdeckung künftiger Produkte muss mit den sich ändernden Angeboten und Kunden- bzw. Patientenwünschen Schritt halten. Die Deckungssumme soll garantiert sein, die genauen Leistungen sich aber an die Marktentwicklungen anpassen können. Letzteres braucht Vertrauen gegenüber dem Versicherer.
- 2 Die Deckung von Innovationen in der Zusatzversicherung wie z.B. digitalen Therapien ist zu forcieren. Gegebenenfalls auch mit temporären Deckungen, bis die Grundversicherung diese Leistungen vergütet.
- 3 Entsprechend sind wir auch stark auf die Mitarbeit der Leistungserbringer angewiesen. Sie müssen mögliche Mehrleistungsangebote entwickeln.
- 4 Mehrleistungen müssen klar und transparent ausgewiesen, gegenüber der Grundversicherung abgrenzbar, nach betriebswirtschaftlichen Kriterien bewertet und nachvollziehbar abrechen- und prüfbar sein.
- 5 Wenn Aufsicht und Regulierung Änderungen an Leistungen oder Prämien über die Zeit zulassen, schmälert dies Risiken in der Produktentwicklung und gibt Innovation Vorschub.
- 6 Und nicht zuletzt braucht es eine Diskussion auf politischer und gesellschaftlicher Ebene, was die Grundversicherung wirklich decken soll. Ein vollumfänglicher Leistungskatalog in der Grundversicherung ist weder nachhaltig noch sozial finanzierbar.

Damit kann langfristig ein echter Mehrwert für die Zusatzversicherung geschaffen werden. ●



Folgen Sie uns auf Twitter:
twitter.com/CSSPolitik

PERSÖNLICH

«Ein überholtes Modell»

Die Versicherungsstruktur allgemein/halbprivat/privat ist ein historisches Überbleibsel. Sie erhöht die Gefahr für eine Zweiklassenmedizin und öffnet Tür und Tor für Schummeleien.

Autor: **Hanswerner Iff**; Foto: **Fabian Hugo**

Dr. med. Hanswerner Iff

Assistenz- und Oberarzt – Jahre in wissenschaftlichen Instituten und Kliniken des Inselspitals Bern, ab 1974 Chefarzt der ehemaligen Tbc-Heilstätte des Kantons Solothurn. Mitwirken in verschiedenen gesundheitspolitischen Gremien vor und nach seiner Pensionierung 1997. Mit seinem eigenen Kranksein und einer gut 40-jährigen medizinischen Arbeit überblickt er 60 Jahre Entwicklung des Gesundheitswesens.



Bereits die Krankenkassenangebote meiner beruflichen Jugendjahre gaben mir zu denken. Im Spital waren sie geprägt durch die Klassen «allgemein», «halb- und ganz-privat». Diese Klassen entstanden in der Kurmedizin des 19. Jahrhunderts und sind heute – als historisches Überbleibsel – immer noch vorhanden. Ob sie als Zusatzversicherung gelten dürfen, weiss ich nicht. Aufgrund des fast so alten Versicherungsvertragsgesetzes (VVG, 1905) mag heute ihr Angebot legitim sein. Doch berücksichtigen sie die heutigen Spitalverhältnisse nicht mehr und öffnen Tür und Tor für verschiedenartige Schummeleien.

Vor drei Jahren besprach ich eine eigene hohe Spitalrechnung mit den zuständigen Spital- und Krankenkassen-Administrationen. Beide verteidigten die Rechnung als korrekt. Als «Halbprivater» wäre ich in einem Zweibettzimmer gewesen, hätte von einer exzellenten Küche profitiert und eine erstklassige medizinische Betreuung erhalten. Der Spitalaufenthalt dauerte etwas länger als 24 Stunden. Da war neben der medizinischen Intervention nicht viel Zeit für das gute Essen. Die Rechnung war, im Vergleich mit derjenigen für einen allgemein versicherten Patienten, mindestens doppelt so hoch. Gerechtfertigt?

Neue Betreuungsformen und Abrechnungen

Vor mehr als 50 Jahren betrachtete ich es bereits als eigenartig, dass in der Intensivpflege privat- und allgemein versicherte Kranke nebeneinander im gleichen Raum mit dem gleichen ärztlichen und pflegerischen Aufwand und therapeutischen Wissen behandelt lagen und dies zu unterschiedlichen Kosten. Diese wurden durch den Versicherungsstatus des Erkrankten und nicht durch den Aufwand an Patientenbetreuung bestimmt. Neben den Räumen der Intensivpflegestationen entstanden auch andere für eine Betreuungsform spezialisierte Räumlichkeiten. Ich denke an Aufwachstationen nach chirurgischen Eingriffen, wie Katheter-Interventionen und «Knopflochchirurgie», oder Stationen für intermedizinische Kurzabklärungen, Herzinfarktpatienten, Dialysestationen und onkologische Therapien. Patienten können von diesen Stationen oft direkt nach Hause entlassen werden. Für lange dauernde Krankheitsprobleme entwickelten sich die rehabilitative, die geriatrische und auch die palliative Medizin und der Ausbau der Spitex erlaubte eine weitere Veränderung von Hospitalisationen im Akutspital.

Diese neuen Betreuungsarten mussten konsequenterweise auch zu einer neuen Art der Verrechnung von Spitalkosten führen. Ihre Berechnung besteht nun aus einer Fallpauschale, die aus einer Leitdiagnose mit möglichst exakten Zusatzinfor-

«Die notwendige medizinische Arbeit soll in der ganzen Schweiz gut und gerecht bezahlt werden.»

Hanswerner Iff

mationen für jeden Patienten und jede Patientin individuell erstellt wird. Eine obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) verantwortet seit 2012 eine sachgerechte und gesetzeskonforme Abgeltung für diese faire Finanzierung von stationären Spitalleistungen. Die SwissDRG AG verwaltet diese Abgeltungen. Sie ist eine gemeinsame Institution der Leistungserbringer, der Versicherer und der Kantone.

Wenig Raum für Zusatzversicherungen

Persönlich bin ich der Meinung, dass es neben dieser Entgeltungsart der stationären Spitalleistungen sehr wenig Platz für Zusatzversicherungen hat. Vor allem sollten Spitalzusatzversicherungen nicht mit Versprechen auf eine (fraglich) bessere und damit beliebig höher tarifierte medizinische Arbeit gekoppelt werden. Natürlich können im nicht-medizinischen «Komfortbereich» (mehr Hotellerie, Einzelzimmer, freier Besuch, spezielles Diätessen) solche Angebote gemacht werden und je nach Lebenssituation auch sinnvoll sein (Auslandsaufenthalte). Zentral ist, dass wir keine Zweiklassenmedizin aufbauen und dadurch die Fairness in unserer Grundversicherung stören. Die notwendige medizinische Arbeit soll in der ganzen Schweiz gut und gerecht bezahlt werden. Sie muss möglichst evidenzbasiert, von Richtlinien gelenkt, fachlich in Aus- und Weiterbildung verfestigt und in Qualitätszirkeln kontrolliert sein. Anstrengungen, dies so gut wie möglich zu machen, gibt es viele.

Persönlich habe ich mich, auch aufgrund der eingangs erwähnten Spitalrechnung, entschieden, eine Grundversicherung OKP abzuschliessen, früher «allgemein» genannt – ohne jegliche Zusatzversicherungen! ●

dialog.css.ch/persoendlich

Weitere Artikel aus der Rubrik «Persönlich» finden Sie auf unserer Webseite.

Lösungen der Zukunft zum Nutzen aller

Autor: **Urs Baumberger**



ist stellvertretender CEO des Luzerner Kantonsspitals Luzern und seit 2009 Direktor des Spitals Nidwalden. Zuvor war er 13 Jahre in einer Schweizer Privat-spitalgruppe tätig.

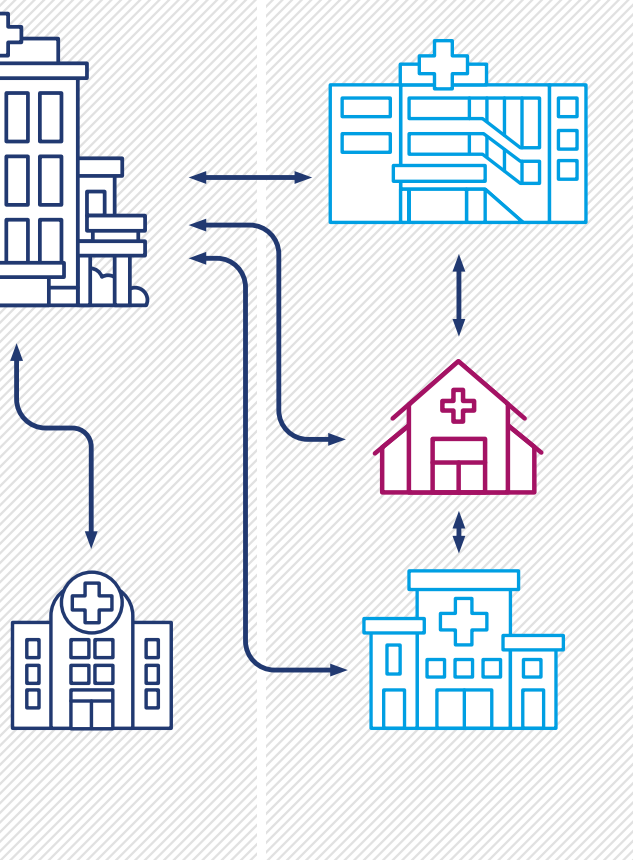
Diese Kunden wollen alles inklusive, keinen Organisationsaufwand, ein «Rundum-sorglos-Paket» und eine Topleistung. Dafür sind sie bereit, sehr viel Geld zu bezahlen.

Kanton A	Kanton B
 Regionalspital	 Uni- oder Zentrumsspital
	

Spitalregion: Grund- bis Maximalversorgung

- Spitalgruppe ■ Hausärzte, Gruppenpraxis, digitales
■ Partnerspital Diagnose- und Therapiecenter

Eine moderne Spitalzusatzversicherung muss die Entwicklungen im Gesundheitswesen aufgreifen. Dazu gehören z.B. Ambulantisierung, Mindestfallzahlen, Spezialisierung, integrierte Versorgung, Digitalisierung, Kostendruck, Fachkräftemangel. Gewisse medizinische Zusatzleistungen können nur in einem grösseren Spitalverbund angeboten werden. Dazu braucht es schweizweit sechs bis sieben Spitalregionen. Innerhalb dieser Regionen müssen alle Leistungsanbieter – ebenso wie Zuweiser und Patienten – durch eine gemeinsame Informatik digital vernetzt sein.



↔ Sehr gut koordiniert und abgestimmt
(integrierte Versorgung), digital vernetzt

Die in der Box rechts aufgeführten Spitalregionen-Mehrwerte können mit den Zusatzversicherungen (Excellence P, HP, flexibel) spezifisch und modular angeboten werden.

Notwendige Rahmenbedingungen

Eine Taskforce aus Leistungserbringern, Versicherungen etc. soll ein Pilot-Versicherungsprodukt erstellen. In der Schweiz eignet sich die Spitalregion Zentralschweiz mit der LUKS-Gruppe und ihren Partnerspitälern, da sie betreffend integrierter Versorgung, Digitalisierung und Excellence-Produkten weit fortgeschritten ist. Die Involvierung der FINMA ist zentral. Weiter sind innovative Finanzierungsmodelle, mögliche spätere Beitritte und Wechsel, verständliche und skalierbare Produkte und transparente Abrechnungen wichtig. ●

dialog.css.ch/zusatzversicherung

Links auf weitere Artikel von Urs Baumberger finden Sie auf unserer Webseite.

Spitalregionen-Mehrwerte

Die Ausprägung der Leistungen ist abhängig von der Versicherungsklasse: Excellence P, Excellence HP und Excellence flexibel.

Leistungen stationär und z. T. ambulant

- Arztwahl
- Hotellerie, Infrastruktur (z.B. Zimmer, Wartezimmer). Bei HP Einzelzimmer, bei P Suite
- Kurzfristige Terminfindung, keine Wartezeiten, «Fast Track» innerhalb der Versorgungsregion (med. Dringlichkeit soll immer Vorrang haben)

Ambulante Mehrleistungen im Spital

- Arztwahl, Wartezeiten, Wartebereich, Infrastruktur, evtl. Hotellerie etc.

Digitalisierungsleistungen

- Elektronische Anbindung der Patienten. Mehrleistungen (z.B. verschiedene Apps für P, HP, flexibel)
- Elektronische Anbindung der Haus- und Fachärzte
- Telemedizinischer kostenloser Zutritt auf medizinische Notfall-/Hotlines

Integrierte Versorgung

- Medizinische Zusatzleistungen (z.B. Board-Gespräche mit Patient)
- Voruntersuchung, Nachbetreuung an verschiedenen Standorten möglich (sehr gut koordiniert und digital vernetzt)
- Arzt nach Wahl kommt ins Wunschspital innerhalb der Spitalregion
- Geeigneter Arzt innerhalb der Spitalregion steht zur Verfügung
- Keine Überarztung, da in der Regel keine anreizbasierten Arzthonorare in der Spitalregion (positiv für Patient und hilft Prämien tief zu halten, was die Zusatzversicherung attraktiver macht)
- Personalisierte Medizin
- Qualitätsgarantien



«Wir müssen transparenter werden!»

Dicke Post von der FINMA: Spital- und Arzt-abrechnungen von Zusatzversicherten seien zu hoch, Leistungen würden doppelt oder grundlos verrechnet. Daniel Liedtke, Hirslanden, und Sanjay Singh, CSS, nehmen Stellung.

Gesprächsleitung: **Sonja Hasler**

Sonja Hasler: Sie haben beide eine Spitalzusatzversicherung wie 30 Prozent aller Schweizerinnen und Schweizer auch. Können Sie aufzählen, was Sie an Leistungen mehr bekommen als Grundversicherte?

Daniel Liedtke: Also im Detail muss ich das gar nicht genau wissen, denn ich habe mich für ein «Sorglos-Paket» entschieden. Den Mehrwert erlebe ich dann, wenn ich betroffen bin. Wenn mir etwas passiert, will ich, dass etwa mein Sportarzt, die Hirslanden-Healthline oder mein Spezialist mich optimal beraten und behandeln, und zwar ohne Limitationen. Ich will entlang des gesamten ambulanten und stationären Behandlungspfades bestimmen können und die Mehrleistungen wie aus einer Hand koordiniert haben. Das ist Freiheit und die nenne ich «Sorglos-Paket».

Wie ist das bei Ihnen, Herr Singh?

Sanjay Singh: Ich erkläre es an einem Beispiel. Ich habe im Familienumfeld bei einer Erkrankung erfahren, was der Mehrwert ist. Rascher Zugang, sehr erfahrene Ärzte, grosser Komfort, eine gute Nachbetreuung.

Genau da knüpft die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA an. Sie hat Spitalrechnungen von Zusatzversicherten überprüft und Alarm geschlagen: Die Rechnungen seien intransparent, Leistungen würden doppelt verrechnet, es gebe unbegründete Honorare von Ärzten etc. Kurz: Die Rechnungen würden bis an die Grenze des Legalen frisiert. Was von diesen Vorwürfen, Daniel Liedtke, trifft auf die Spitäler der Hirslanden-Gruppe zu?

Daniel Liedtke: Man muss unterscheiden, was in den Medien steht und den wirklichen Fakten...

... mit Verlaub, das ist keine Erfindung der Medien, sondern der Bericht der FINMA.

Daniel Liedtke: Missbrauch muss bestraft werden. Bei uns gab es das auch schon, auch medial bekannte Fälle. Von den schweren Vorwürfen an die gesamte Branche können wir bei uns jedoch nichts identifizieren. Wir haben daher mit der FINMA das Gespräch gesucht. Und etwas ist mir wichtig: Die Abgrenzung zwischen Grund- und Zusatzversicherung ist im stationären Sektor nirgends genau definiert. Da sind wir gefordert. Wir beide, du >





Angeregte Diskussion
im leeren Luzerner
Neubad: (v. l.) Daniel
Liedtke, Sonja Hasler
und Sanjay Singh.

«Es darf nicht sein, dass wir die Verhandlungen auf dem Buckel der Patientinnen und Patienten austragen.»

Daniel Liedtke

Daniel Liedtke

ist seit 2019 CEO der Hirslanden-Gruppe. Der Autoelektriker, Physiotherapeut, Osteopath und Doctor of Business Administration war vorher in verschiedenen Funktionen bei Hirslanden tätig.

Sanjay als Versicherer und ich als Leistungserbringer, haben da eine Bringschuld.

Sanjay Singh, die Kritikpunkte der FINMA betreffen auch Sie. Warum haben Sie die Rechnungen von Spitälern und Ärzten nicht besser kontrolliert?

Sanjay Singh: Wir haben jahrelang intensiv an den Verträgen gearbeitet und auch die Rechnungskontrollen verstärkt. Dort, wo wir Missbrauch festgestellt haben, sind wir eingeschritten und haben auch unser Team, das sich für die Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch einsetzt, ausgebaut. Die neue Spitalfinanzierung, welche 2012 eingeführt wurde, hat zu einer gewissen Intransparenz geführt, gerade weil die Abgrenzung zwischen Grund- und Zusatzversicherung im stationären Bereich nirgends genau geregelt ist. So ist auch eine relativ grosse Bandbreite bei den Kosten entstanden. Und da müssen wir ansetzen. Es ist auch wichtig zu sagen, dass Privat- und Halbprivatversicherte eine hohe Zufriedenheit haben, wenn sie die Leistungen in Anspruch nehmen. Das sehen wir in allen Kundenumfragen.

Daniel Liedtke: Das ist das Gute an der Kritik der FINMA: Dass wir uns zusammensetzen und noch stärker differenzieren, wo der Mehrwert für Zusatzversicherte und die Abgrenzung zur Grundversicherung liegen. Aber es ist ja nicht nur eine Sache zwischen uns beiden. Es ist auch eine Frage an die Gesellschaft: Was können und wollen wir uns leisten in der Grundversicherung und ist die Gesellschaft überhaupt bereit, zu bezahlen, was sie aktuell bestellt? Wenn sich die Grundversicherung weg von der Grundidee einer qualitativ guten und bezahlbaren Medizin hin zu einem «Sorglos-Paket» entwickeln sollte, dann muss auch gesichert werden, dass dies alles bezahlt werden kann. Heute fordern wir immer mehr Leistungen im Bereich der Grundversicherung und sind nicht gewillt, die Tarife entsprechend zu erhöhen. So bewegen sich

die Spitäler und das Gesundheitswesen auf einen finanziell ausweglosen Abgrund zu, bis hin zum Bankrott.

Sanjay Singh: Aber warum machen da fast alle Spitäler mit? Es gibt ja ein richtiges Wetttrüsten nach oben, zum Beispiel mit Einzelzimmern für Grundversicherte. Das zeigen auch neuste Spitalbau-Projekte. So wird es immer schwieriger, den Mehrwert zu definieren.

Die FINMA fordert schnell Transparenz. Die CSS hat über 100 Verträge mit Leistungserbringern gekündigt, Sanjay Singh, wie laufen die Verhandlungen, z.B. mit der Hirslanden-Gruppe?

Sanjay Singh: Das sehen wir noch, wir sind mitten in den Verhandlungen. Wir haben die Verträge gekündigt, um auch ein Zeichen zu setzen. Es soll Bewegung in den Markt kommen. Unsere Aufgabe ist es, noch mehr Transparenz zu schaffen, attraktive Mehrleistungen zu versichern sowie Tarife und Preise zu überprüfen. Das braucht Zeit, wir können das nicht über Nacht bereinigen bei über 200 Spitälern und über 4000 selbstständigen Belegärzten. Und ja, da und dort kommen wir nur stockend voran.

Sie, Daniel Liedtke, haben viel Macht. Hirslanden ist der grösste Anbieter im Bereich der Spitalzusatzversicherungen. Ungefähr jeder fünfte Franken fliesst in eines Ihrer 17 Spitäler oder an einen von 2500 Partner-Ärzten. Was bedeuten die Verhandlungen für Sie?





Daniel Liedtke: Du sagst es richtig, Sanjay. Eure Kunden sind unsere potenziellen Patientinnen und Patienten. Darum geht es. Es kann und darf nicht sein, dass wir die Verhandlungen auf deren Buckel austragen. Es geht um Tarife, aber auch um Definitionen und Vertragslogik: Wie rechnet man etwa die Mehrleistungen selbstständiger Fachärzte ab? Es kann nicht sein, dass wir mit jedem von unseren rund 50 Versicherern ein komplett anderes Vertragskonstrukt pro Spital und Arzt haben. Das führt zu einer völligen Überforderung der Administration und erzeugt hohe Verwaltungskosten ohne Patientennutzen. Zudem haben wir neben der FINMA noch andere Behörden, etwa die Wettbewerbskommission, die Spitalisten der Kantone und die Auflagen der hoch spezialisierten Medizin. Wir müssen also eine Lösung finden, die im Vertragskonstrukt zwar standardisiert ist, aber jedem Spital und jedem Arzt einen gewissen Spielraum lässt beim Anbieten attraktiver Mehrleistungen zu entsprechenden Preisen. Schliesslich sind wir bei den Zusatzversicherungen im freien Markt tätig.

Die Knacknuss ist, den Mehrwert für einen Zusatzversicherten gegenüber dem eines Grundversicherten zu definieren. Der Vorwurf ist, dass heute den Tarifen keine echte Mehrleistung gegenübersteht. Was bekommt z.B. eine privatversicherte Frau, die am Knie operiert wird, mehr als eine grundversicherte Frau?

Daniel Liedtke: Ein gutes Beispiel. Es fängt schon früh an. Wenn ich ein Knieproblem habe, gehe ich zuerst zu meinem Sportmediziner ...

Sanjay Singh: ... (lacht) bei mir ist es genauso. Ich habe meine Spezialisten ...

Daniel Liedtke: ... und diese Wahlfreiheit ist bereits ein Mehrwert und kostet etwas. Der schickt mich zu einem Orthopäden. Und weil ich zum Beispiel eine innovative Ader habe, möchte ich, dass der Eingriff mit Roboterunterstützung gemacht wird. Auch wenn es der Arzt vielleicht genauso gut ohne moderne Technik könnte. Das ist ein Mehrwert, der per se so zwar nicht notwendig ist und daher von der Grundversicherung auch nicht bezahlt werden muss. >

Sanjay Singh

ist seit 2017 Leiter Leistungen und Produkte bei der CSS Versicherung. Der Betriebsökonom MBA der University of Maryland war zuvor für Sanitas und Hirslanden tätig.

«Unsere Aufgabe ist es, Transparenz zu schaffen und Mehrleistungen zu definieren.»

Sanjay Singh

Sonja Hasler

ist Journalistin bei Radio SRF und moderiert unter anderem die Talk-Sendung «Persönlich». Bis 2015 war sie Moderatorin der «Rundschau» und der «Arena» beim Schweizer Fernsehen.

Sanjay Singh: Ich möchte als Zusatzversicherter beispielsweise auch wählen dürfen, welche Prothese von welchem Hersteller ich bekomme. Wenn ich grundversichert bin, dann kann ich das nicht.

Warum haben Sie den Mehrwert bis jetzt nicht so deutlich ausgewiesen und sich stattdessen dem Vorwurf der Intransparenz und Mauschelei ausgesetzt?

Daniel Liedtke: Eine nachvollziehbare, zu präzisierende Frage. Bei der expliziten Ausweisung der Mehrwerte müssen wir künftig stärker ansetzen. Da sind alle Parteien nun gefordert.

Sanjay Singh: Ich erwarte, dass die Spitäler ihr Produktangebot viel klarer definieren und auch das Preisschild transparent mitliefern. Eigentlich müsste ich auf deiner Homepage sehen, was wieviel kostet. Wenn es uns jetzt nicht gelingt, transparent zu werden, du dein Angebot definierst und ich es in den Versicherungskatalog aufnehme, dann sagen viele Kunden: Ist mir egal, ich zahle es selbst. Unsere Konkurrenten sind nicht nur andere Versicherungen, sondern auch die Selbstzahlenden.

Nach der Kritik der FINMA gibt es Druck auf die Tarife und die Prämien. Zusatzversicherungen sind für Sie beide ein lukratives Geschäft. Was passiert, wenn es bei der «Milchkuh Zusatzversicherung» weniger Geld gibt?

Daniel Liedtke: Fakt ist: Mit Grundversicherten kann man im Spital kaum die laufenden Kosten decken. Gerade die Innovation wird über die Zusatzversicherung finanziert. Davon profitieren alle, auch Grundversicherte. Wenn man jetzt die Tarife reduziert, dann hat das Auswirkungen auf das gesamte Gesundheitssystem, die Innovation wird kurzfristig und die Qualität mittelfristig leiden. Wenn der staatliche Spar- und Vereinheitlichungsdruck überbordert, verbessert das nicht die Effizienz, sondern baut Leistungen ab.

Sanjay Singh: Also ich glaube durchaus, dass es Sparpotenzial gibt, dass es eine gewisse Optimierung im heutigen Angebot braucht. Aber es dürfen auf keinen Fall Qualität und Innovation darunter leiden.

Wie sehen Sie die Zukunft der Zusatzversicherung? An welchen neuen Dienstleistungen tüfteln Sie?

Sanjay Singh: Wir müssen mehr Flexibilität in die Versicherungsprodukte bringen. Es sind Einstiegermodelle zu finden, die mitwachsen. Ein 30-Jähriger hat nicht die gleichen Bedürfnisse wie ein 60-Jähriger. Man soll nicht mehr so gefangen sein im Versicherungsvertrag und in den Leistungen wie heute.

Daniel Liedtke: Ja, wir müssen gemeinsam Lösungen suchen. Die Kundinnen und Kunden müssen sich freier zwischen den Zusatzversicherungsprodukten und auch zwischen den Versicherungen bewegen können. Wichtig ist auch, dass wir vernetzter denken: Wir stellen nicht mehr den einzelnen Eingriff in den Vordergrund, sondern den ganzen Weg eines Patienten, von der Prävention bis zur Heilung oder bis ans Lebensende. Diese umfassenden Angebote nennen wir zum Beispiel Hirslanden Prostate-Care oder Mamma-Care. Die Differenzierung der ärztlichen, pflegerischen, therapeutischen, organisatorischen und digitalen Services pro Angebot ist in etwa vergleichbar mit einer Flugreise von A nach B. Man kann Economy-, Business- oder First-Class wählen. Das Zusatzversicherungsprodukt soll dabei den Patientinnen und Patienten während des gesamten Wegs den Zugang zu den Mehrwerten gewährleisten und zudem einfach verständlich sein.

Sanjay Singh: Genau, und dann müssen wir die Kosten anschauen ... (lacht). Wir beide sind gefordert, die aktuellen Probleme zu lösen und die Zukunft zu modellieren. Ihr müsst euer Business Model neu und transparent, wir unsere Produkte flexibler ausgestalten.

Daniel Liedtke: Und vor allem aufhören, uns auseinander zu dividieren und uns öffentlich zu bekämpfen. Schliesslich haben wir die gleiche Kundenschaft. ●

dialog.css.ch/diskurs

Weitere Gespräche aus der Rubrik «Diskurs» finden Sie auf unserer Webseite.



Belegärzte nehmen eine Schlüsselrolle ein

Die Ausweitung der OKP-Leistungen und Massnahmen der FINMA bedrängen die Zusatzversicherungen. Klare Regeln und innovative Versicherungsprodukte könnten das Problem lösen.

Autoren: **PD Dr. med. Christoph Weber**, Präsident der Schweizerischen Belegärzte-Vereinigung, **Florian Wanner, lic. iur.**, Rechtsanwalt, Sekretär der Schweizerischen Belegärzte-Vereinigung

Den Belegärztinnen und Belegärzten fällt an der Schnittstelle ambulant-stationär eine Schlüsselrolle zu. Eine belegärztliche Betreuung kann per se schon einen Mehrwert darstellen, wenn stationäre und ambulante Behandlungen vom gleichen Facharzt durchgeführt werden. Dies ist im KVG nicht vorgesehen.

Analysen der Schweizerischen Belegärzte-Vereinigung (SBV) im UVG-Bereich deuten darauf hin, dass die belegärztliche Behandlung bezüglich Verfügbarkeit, Wartezeit und Arbeitsausfall einem Chefarztsystem überlegen ist. Doch wie können die bestehenden Angebote weiterentwickelt werden, um den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten zu entsprechen?

Die SBV hat mit ihrem Zehn-Punkte-Programm die Beziehung zwischen Patienten und Belegärzten im Zusatzversicherungsbereich geregelt.¹ Für die Belegärzte stehen die Patienten im Mittelpunkt. Mehrwert ist nur, was die- sen nützt; eine Übertherapie gehört nicht dazu.

Angebote weiterentwickeln

Zusatzleistungen können auch eine Zeitersparnis für die Patienten bedeuten: z.B. eine präventive Untersuchung oder ein Check-up, die/der während eines Spitalaufenthalts für eine Routineoperation an einem andern Organsystem durchgeführt werden. Belegärzte können diese Leistungen ambulant und stationär aus einer Hand anbieten.

Bei komplexen Krankheitsbildern kann eine Mehrleistung in einem optimal aufeinander abgestimmten Facharzt-Team bestehen, die Arztwahl würde an

Das Zehn-Punkte-Programm

Regelt die Beziehung zwischen Patienten und Belegärzten



einen Belegarzt delegiert. Bei Komfortleistungen wie z.B. einer Übernachtung nach einem ambulanten Eingriff wäre die stationäre Weiterbetreuung belegärztlich gewährleistet. Mit diesen Angeboten sowie Zusatzleistungen wie inno-

vativen Medikamenten und Operationsmethoden kann die Zusatzversicherung für Patienten attraktiver werden und erhalten bleiben. ●

¹ Zu finden auf <https://sbv-asmi.ch/verband-der-belegaezte-der-schweiz/qualitaet/>

Nachgefragt: Braucht es die Zusatzversicherung in Zukunft noch?



Beat Walti

ist Nationalrat (FDP) und Mitglied der Kommission für Wirtschaft und Abgaben (WAK-NR). Seit 2017 ist er Präsident der Privatkliniken Schweiz (PKS).

Der Grundgedanke des Gesetzgebers war klar: Die OKP soll für alle Einwohner Zugang und Qualität der medizinischen Versorgung sicherstellen. Auch der medizinische Fortschritt soll abgedeckt sein. Was darüber hinausgeht, soll von den Patienten entweder selbst bezahlt oder über ihre Zusatzversicherungen abgedeckt werden.

Was auf dem Papier gut aussieht, ist im Laufe der Jahre in eine Schieflage geraten: Durch den Ausbau des OKP-Leistungskatalogs blieb immer weniger Platz für die «klassischen» Zusatzversicherungsleistungen. Mit viel Steuergeld sind in den Spitälern neue Komfortstandards für alle geschaffen worden. Differenzierung herrscht primär noch im Bereich der freien Wahl von besonders reputiertem medizinischem Personal und einigen weiteren Spezialbereichen.

Die persönliche Gesundheit ist für die meisten Menschen das höchste Gut. Die Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustands und -bedürfnisses ist jedoch so unterschiedlich wie die Vor-

stellung, was im Krankheitsfall nötig und angebracht ist. Wie viel und wie teuren Aufwand sollen die Leistungserbringer betreiben mit welchem Ziel? Und wer soll dafür aufkommen? Diese sehr menschliche Eigenart ruft nach differenzierten Ansätzen. Wer über eine qualitativ hochwertige OKP-Versorgung hinaus weitere Ansprüche an diese Versorgung hat, soll diese erfüllt erhalten – aber auch den Preis dafür bezahlen.

Heute ist diese gesunde Differenzierung ins Gegenteil verkehrt: Über die OKP müssen alle, unabhängig von ihren eigenen Ansprüchen, auf einem hohen Einheitsniveau versorgt werden, aber die Zahlungsfähigkeit oder -bereitschaft dafür ist längst nicht bei allen Versicherten vorhanden. Darin wurzelt das alljährliche Gezerre um die steigenden Krankenversicherungsprämien in der OKP: Sie ist eine Zwangsversicherung und die Prämien müssen auch von jenen bezahlt

«Die Politik muss den Mehrwert der individuellen Gesundheitsversorgung anerkennen.»

Beat Walti

werden, die sich gar nie für das heutige Leistungsniveau entschieden haben.

Was tun? Drei Ansätze, um den nicht obligatorischen Bereich der Gesundheit wiederzubeleben: Transparenz über die Mehrleistungen, Innovation im Produkt und günstigere Rahmenbedingungen. Wenn die Mehrleistungen für die Versicherten nachvollziehbar sind und die «Preisbildung» verstanden wird, steigt der Druck für mehr Qualität und für mehr Differenzierung zwischen den Zusatzversicherungen. Damit sich diese eigenständigen Angebote und Profile entwickeln, braucht es bei Leistungserbringern und Versicherern Menschen mit innovativen Ideen und mit Risikobereitschaft, kurz: unternehmerische Qualitäten. Und es braucht eine Politik, die wieder bereit ist, den Mehrwert der individuellen Gesundheitsversorgung anzuerkennen und die entsprechenden Rahmenbedingungen zu schaffen. ●

pro

Beat Walti, Nationalrat (FDP, ZH),
Präsident PKS

contra

Flavia Wasserfallen, Nationalrätin (SP, BE), Präsidentin DVSP

Über die Zusatzversicherungen kann ich nicht schreiben, ohne bei der Grundversicherung anzufangen. Ich bin überzeugt, dass die gute Qualität des Schweizer Gesundheitswesens u.a. auf dem breiten Leistungskatalog der OKP basiert, der allen Versicherten in identischer Form offensteht. Nichtsdestotrotz erkenne ich Lücken, namentlich im Bereich der Zahnpflege oder dem Zugang zu gewissen Medikamenten. 2020 wurde ein Bericht des BAG publiziert, der eine Ungleichbehandlung bei Kostengutsprachen zwischen den Krankenkassen aufzeigt. Auch die Patient*innenstellen werden vermehrt mit solchen Problemen konfrontiert. Hier besteht Handlungsbedarf und meine politische

«Die Ausgestaltung der Zusatzversicherungen liegt im freien Ermessen der Kassen. Das führt unweigerlich zu einer Ungleichbehandlung.»

Flavia Wasserfallen

Priorität liegt darin, für alle einen gleichberechtigten Zugang zu garantieren. Zudem steigen die Prämien seit Jahren stärker als die Löhne und die Belastung steigt vor allem für den Mittelstand ohne Zugang zu Prämienverbilligungen. Hier gibt es zwei Pisten zu verfolgen: einerseits kostendämpfende Massnahmen und andererseits eine höhere Beteiligung der öffentlichen Hand zur Milderung der Prämienlast. In diese Richtung

hat sich erfreulicherweise auch die CSS-Chefin Philomena Colatrella in einem kürzlich publizierten Interview geäussert.

Die Ausgestaltung der Zusatzversicherungen liegt im freien Ermessen der Kassen. Das führt unweigerlich zu einer Ungleichbehandlung, die für mich besonders im Gesundheitswesen heikel ist. Da ältere oder chronisch kranke Menschen ihre Versicherungsdeckung kaum mehr wechseln können, ist der Wettbewerb in diesem Segment eingeschränkt. Ein Missbrauchsschutz ist deshalb von besonderer Bedeutung. Eine Studie des BAG von 2016 hat aufgezeigt, welche Auswirkungen entstehen, weil Patient*innen mit einer Spitalzusatzversicherung für die Spitäler ökonomisch interessanter sind. Bei gewissen Wahleingriffen oder bei Kaiserschnitten könnten bis zu 8 Prozent der Spitalaufenthalte sowie jeder 13. Spitaltag vermieden werden. Umso bedenklicher ist diese Überversorgung, weil sie die OKP belastet und bei einer kürzlich erfolgten Kontrolle der FINMA festgestellt wurde, dass Arzt- und Spitalrechnungen in der Zusatzversicherung zum Teil unbegründet hoch oder ungerechtfertigt erscheinen. Hier wird zu Recht ein stärkeres Controlling durch die Versicherer und wo nötig eine Anpassung der Verträge mit den Leistungserbringern verlangt.

«Braucht es die Zusatzversicherung in Zukunft noch?», lautet die Einstiegsfrage, die hier gestellt wird. Die Bedeutung von Zusatzversicherungen wird wohl abnehmen, aber so oder so müssen sie transparenter und stärker beaufsichtigt werden. ●



Flavia Wasserfallen

ist Nationalrätin (SP) und Mitglied der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit. Seit diesem Jahr ist sie Präsidentin des Dachverbands schweizerischer Patient*innenstellen (DVSP).

Wann sind Mehrleistungen zulässig?

Ein Rechtsgutachten zeigt die Möglichkeiten und Grenzen von medizinischen Mehrleistungen auf, die zulasten privater Zusatzversicherungen abgerechnet werden dürfen.

Autor: **Prof. Dr. Bernhard Rütsche, Universität Luzern**

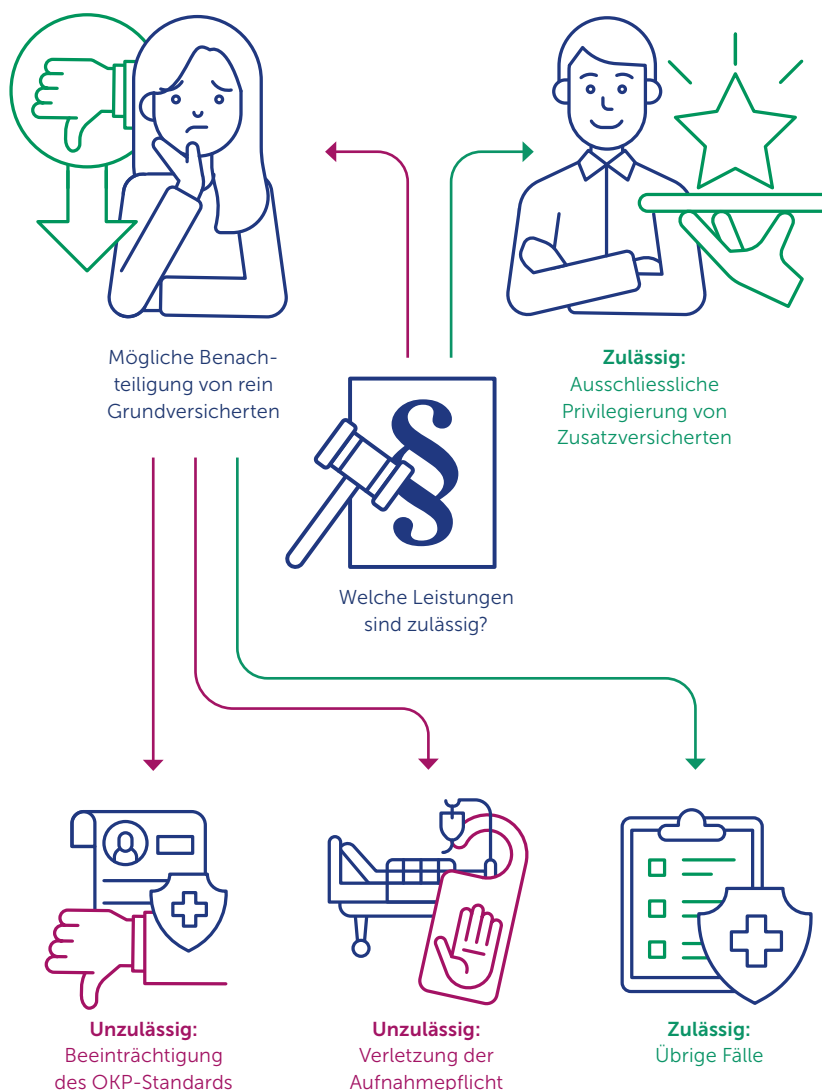
Zulässige Mehrleistungen

Mit Zusatzversicherungen können Mehrleistungen versichert werden, die über den von der Grundversicherung (OKP) abgedeckten medizinischen Standard und Leistungsumfang hinausgehen. Neben der freien Arztwahl im stationären Bereich gehören dazu etwa eine erhöhte Dauer und Anzahl von Gesprächen, Visiten, Untersuchungen oder Pflegehandlungen, die Festlegung von Spitaleintritts- und Operationsterminen nach persönlichen Wünschen, die Wahl von teuren und innovativen – nicht von der OKP vergüteten – Arzneimitteln, Medizinprodukten (z.B. Implantate) oder medizinischen Technologien (z.B. Operationsroboter) oder auch die Wahl einer stationären anstelle einer ambulanten Therapie, welche im Bereich der OKP wegen fehlender Wirtschaftlichkeit nicht vergütet würde.

Die Voraussetzungen

Solche Mehrleistungen sind zulässig, wenn sie nicht dazu führen, dass infolge von Priorisierungen zugunsten von Zusatzversicherten der OKP-Leistungsstandard für rein grundversicherte Patienten beeinträchtigt oder die Aufnahmepflicht eines Listenspitals verletzt wird. Im ambulanten Bereich muss der Leistungserbringer für das Vorliegen einer Mehrleistung zudem einen detaillierten Nachweis erbringen. ●

Mehrleistungen für Zusatzversicherte über den OKP-Standard hinaus



dialog.css.ch/studie

Mehr Studien zur Gesundheitsbranche finden Sie auf unserer Webseite.

Hinweis auf das Rechtsgutachten:

Rütsche Bernhard, Zusatzversicherte Leistungen von Spitälern. Zulässigkeit und Grenzen medizinischer Leistungsdifferenzierungen, Schulthess Verlag, Zürich 2017.

ROMAN SEILER

Mögliche Verlierer des Machtspiels

Die Idee ist simpel: Mit dem Abschluss einer «Hotelversicherung» erhalten Patienten das Recht auf ein Zweibett- oder Einbettzimmer, wenn sie sich ins Spital begeben müssen. Die Zusatzversicherung ist preisgünstig, weil die freie Arztwahl nicht inbegriffen ist.

Deshalb kam das Ende der Neunzigerjahre lancierte Produkt nie zum Fliegen. Klinikbetreiber wollen keine Zusatzversicherten in ihre Einbett- und Zweibettzimmer aufnehmen, die sich zum Tarif eines Grundversicherten behandeln lassen. Erwünscht sind Versicherte, die für eine Operation die Fallpauschale aus der Grund- und einen oft höheren Zuschlag aus der Zusatzversicherung zahlen.

Die Doppelverrechnungen sind seit Langem ein Thema. Denn über die Zusatzversicherung dürften eigentlich nur Mehrleistungen berappt werden, die von der Fallpauschale in der Grundversicherung nicht abgedeckt sind. Beispielsweise die freie Arztwahl. Die Finanzmarktaufsicht verlangt nun von den Krankenversicherern, dass sie nur noch solche Mehrleistungen vergüten. Der Preisüberwacher macht Druck auf einzelne Spitäler und handelt mit ihnen einvernehmlich tiefere Zusatzversicherungstarife aus.

Sind diese Bemühungen von Erfolg gekrönt, profitieren die Zusatzversicher-

ten von günstigeren Prämien. Tiefere Vergütungen vermindern den Anreiz, dass Ärzte unnötige Operationen ausführen. Das entlastet die Grundversicherung. Obendrein wird es attraktiver, neue innovative Versicherungsangebote zu lancieren.

Allerdings dürfte es eine Weile dauern, bis sich die Krankenversicherer mit Spitälern und deren Spezialärzten auf weniger hohe Abgeltungen geeinigt haben. Das führt dazu, dass sich Krankenversicherer mit Kliniken in einem vertragslosen Zustand befinden. Dabei gilt es zu verhindern, dass Zusatzversicherte als Verlierer dieses Machtspiels dastehen. Zumindest einmal sollten Krankenversicherer transparent offenlegen, dass die freie Arzt- und Spitalwahl eingeschränkt sein kann. Und im Einzelfall auch mal kulant sein.

Schliesslich haben ältere Zusatzversicherte jahrzehntelang Tausende von Franken ausgegeben, um sich im Fall der Fälle in ihrer Wunschklinik behandeln zu lassen – untergebracht im Einbett- oder Zweibettzimmer. Genau mit diesem Versprechen werben die Versicherer auf ihren Websites um Kunden. ●

Roman Seiler

ist pensionierter Wirtschaftsjournalist. Seit 1995 publiziert er regelmässig Artikel und Kommentare zum Thema Gesundheitswesen. Er schrieb unter anderem für Zeitungen wie «Cash», die Blick-Gruppe und CH-Media.

«Die eingeschränkte Arzt- und Spitalwahl muss transparent offengelegt werden.»



Gemeinsam stark

Perfekt organisierte und vernetzte Spitalregionen sind die Zukunft im Zusatzversicherungsbereich. So profitieren Kunden, Leistungserbringer und Versicherer.

[Auf den Seiten 12–13.](#)

