

VVG Forum von MediCongress: Wo sich viel verändert, ergeben sich auch völlig neue Perspektiven

## VVG: Wer die Chancen nutzt, gewinnt

VVG-AnwenderInnen stehen vor vielfältigen Problemen – von komplexen Abrechnungen bis hin zu Regelungen, die etliche Fragen aufwerfen. Das VVG Forum brachte erneut ExpertInnen und ReferentInnen zusammen, um innovative Lösungsvorschläge zu präsentieren. In interaktiven Diskussionen wurden praxisnahe Ansätze für konkrete Handlungsoptionen aufgezeigt. Nach dem Ja zur einheitlichen Finanzierung ambulant-stationär (EFAS) steht als weitere grundlegende Reform in der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) die Einführung der ambulanten Einzelleistungs-Tarifstruktur TARDOC gepaart mit ambulanten Pauschalen bevor. Daher wird es umso entscheidender, die Herausforderungen für Zusatzversicherungen und mögliche Chancen zu erkennen.

Dabei spielen die Versicherer eine besonders wichtige Rolle. Urs Arbter, Direktor des Schweiz. Versicherungsverbands (SVV), versuchte zu zeigen, weshalb eine starke Zusatzversicherung entscheidend für die Zukunft ist. Er skizzierte dabei die möglichen strategischen Impulse, die Leistungserbringer zusammen mit den Versicherern zur Weiterentwicklung der Zusatzversicherungen setzen können. Dabei ging es auch um wünschbare regulatorische Anpassungen, um den VVG-Markt zu stärken. Arbter betonte, dass der VVG-Anteil trotz des relativ kleinen Kuchenstücks von 8% an den gesamten Gesundheitskosten bedeutungsvoll für die Ertragsstruktur der Krankenversicherer sei. Die Zusatzversicherungsprämien gleichen nämlich die OKP-Defizi-

te aus «und sind damit», so der Referent, «eine kleine, aber tragende Säule im Schweizer Gesundheitswesen.» Daher sei es gut, dass das VVG-Prämienvolumen während der letzten 10 Jahre im Schnitt um 1.4% gewachsen ist.

### Wo soll und kann das Gipfeli zum Kaffee genossen werden?

Künftig gelte es, die Trümpfe klar zu präsentieren. Zusatzversicherungen, namentlich in der stationären Spitalbehandlung, könnten sich durch exklusive Dienstleistungen, medizinische Exzellenz, Investitionen in zukunftsweisende Trends und die Möglichkeit für segmentierte Angebote auszeichnen und daher einen Anreiz

für VersicherungsnehmerInnen bedeuten. Gefordert seien daher alle Stakeholder: die Leistungserbringer für eine bessere Differenzierung ihres Angebots, Versicherer fürs Erarbeiten flexibler Produkte, die Aufsicht (FINMA) für innovationsfördernde Regulierungen, die eine flexiblere Produktgestaltung zulassen, und die regulatorischen Behörden für eine massvolle Umsetzung der Regeln und eine balancierte Umsetzung der Aufsichtsziele. Die Aufzählung endete im Vergleich, dass eine Zusatzversicherung das Gipfeli zum Kaffee sei.

Auf die Frage, ob nicht gerade Freizügigkeit beim Wechseln von VVG-Policen, namentlich bezüglich Spital stationär, Ausdruck eines leckeren



## Special 2: VVG Forum MediCongress

Gipfels und daher Anreiz fürs Abschliessen von VVG-Policen wäre, die Versicherten also Restaurant oder Konditorei während ihres ganzen Lebens frei wählen könnten, reagierte Arbet abweisend. Das würde individuelle Risikobewertungen von Versicherten bedeuten, ein Mehraufwand, der sich in den Prämien niederschlagen würde. Prof. Stefan Felder von der Universität Basel hatte allerdings in einem neulichen VVG Forum gezeigt, dass diese Berechnungen ohnehin bestünden und daher freizügige Wechsel problemlos zu vollziehen wären: der Gipfel der Freiheit gewissermassen («clinicum» berichtete ausgiebig darüber).

### Zeit für einen Wiederbelebungsversuch

«Es ist Zeit für einen Wiederbelebungsversuch», spannte Dr. Beat Walti, Präsident ospita – die Schweizer Gesundheitsunternehmen, den Bogen weiter. Er zeigte ein durchzogenes Inventar der aktuellen VVG-Szene: Das Framework des SVV werde von einem grossen Teil umgesetzt, aber der Prozess sei noch nicht abgeschlossen, da es Widerstand von Ärztekreisen in der Romandie gebe, es mache sich weiterhin ein grosser Unmut der FINMA breit, woraus neue Regulierungen entstünden, neue Mehrwertkonzepte seien zwar formuliert und vielerorts in

Kraft, zahlreiche Verträge zwischen Zusatzversicherern und Leistungserbringern würden jedoch zu unbefriedigenden Konditionen abgeschlossen, was zu einer verschärften Unterfinanzierung des stationären Sektors führe, und schliesslich bestünde eine zu geringe Innovation bei den VVG-Produkten.

Als generelles Manko bezeichnete Walti die Gefährdung der freien Spitalwahl der Versicherten. Die Aussage der FIMNA, dass «ein vorübergehender oder im Einzelfall sogar dauerhafter vertragsloser Zustand mit den Leistungserbringern im Interesse der Versicherten» sei, bezeichnete er als unerklärlich. Befremdlich sei zudem das Marktverständnis, das in der Suggestion gipfle, dass verhandelte Marktpreise nicht über intern bestimmten Referenzpreisen der Versicherer liegen dürften. Schliesslich erfolge eine laufende Diskreditierung der Leistungserbringer, indem pauschal behauptet werde, es gebe Doppelabrechnungen OKP/VVG. Walti: «Dieser Aufsichtspopulismus, bei dem die FINMA mit selektiv gewählten Extrembeispielen argumentiert, um den Eindruck eines weitverbreiteten Missstands zu erwecken, ist störend und unter keiner Prämisse akzeptabel. Es ist höchste Zeit für mehr Augenmass und weniger Voreingenommenheit!»

Gesundheitsökonom Dr. oec. HSG Willy Oggier sieht Chancen in einer Versorgung, die zunehmend das Management von Komplexitäten, chronischen Erkrankungen und Multi-Morbiditäten meistert. Das müsste aber eine Änderung bei den Versicherungsprodukten auslösen.

### Irrglaube an die Heilkraft der Beplanung

Walti geisselte die übermässige Planung, die sich in der ambulanten Zulassungssteuerung, Kostenzielen (KVV-Revision), neuen Kommissionen und einer drohenden HSM-Ausweitung manifestiere. Immerhin sei etwas mehr Mut zu Reformen möglich, nach dem EFAS-Ja schleife das Parlament am Vertragszwang (Motion Heggin). Grosse Sorgen bereite hingegen die Tarifkrise in der OKP mit den Auswirkungen eines ausgebliebenen Teuerungsausgleichs, einer Lohnspirale in der Pflege nach oben und des Fachkräftemangels. «Als Folge systematisch zu niedriger EBITDA-Raten der Spitäler (und Arztpraxen) erfolgen zudem milliardenschwere Steuergeldzuschüsse, allerdings nur für öffentliche Anbieter. Nötig ist hier Gegensteuer via Politik der kleinen machbaren Schritte mit breiten Mehrheiten», betonte Walti.

Umso nötiger werde dies aufgrund der These, dass EFAS mit den aktuellen Tarifierungen zu einer starken Umlagerung in den ambulanten Bereich führen werde. Während die Inkraftsetzung gleicher Finanzierungsschlüssel für alle ambulanten und stationären OKP-Leistungen ab 2028 und für Pflegeleistungen ab 2032 gelte, fände natürlich bereits vorgängig eine Reform über die Umleitung von Investitionen in Infrastruktur und Weiterbildung in den ambulanten Bereich statt. Das heisse, dass der stationäre Bereich für die Leistungserbringer wie die Versicherten an Bedeutung verliere. Das Gebot der Stunde müsse daher lauten: Definition der Mehrleistungen auch für den (spital)ambulanten Bereich und Innovation in den Zusatzversicherungsprodukten.

### Qualitätswettbewerb statt Planwirtschaft

Der ospita-Präsident ging schliesslich auf eine grundsätzliche Frage ein: «Das KVG stipuliert seit 1996 Wirksamkeit-Zweckmässigkeit-Wirtschaftlichkeit (WZW) und damit auch den Qualitätswettbewerb. Die politische Realität zeigt sich allerdings in Beplanung, Zentralisierung, Mengen- und Ressourcenbeschränkung statt Qualitätsorientierung. Es besteht immer weniger Wettbewerb, in Teilbereichen Unterversorgung und Wartezeiten. Im Zusatzversicherungsmarkt herrscht (Qualitäts-)Wettbewerb vor allem bei den Neuabschlüssen und jüngeren Versicherten (mit Wechselmöglichkeit) durch das Preis-/Leistungsverhältnis. Echter Wettbewerb wäre – anstelle einer aggressiven Missbrauchsaufsicht mit Diktat durch die FINMA – zu stärken durch Befreiung der Versicherten von den goldenen Fesseln. Das wäre durch Alters-





Sie prägten den ersten, digitalen Forumstag (v.l.n.r.): Urs Arbter, Direktor Schweiz. Versicherungsverband, Nationalrat Dr. Beat Walz und Dr. Serge Reichlin, CEO Klinik Barmelweid. Es ging dabei – kontrovers – um die Freizügigkeit von VVG-Policen und um besondere Mehrleistungen.

rückstellungen und risikogerechte Prämien möglich und erwünscht.»

Eine Lücke bestünde jedoch beim Qualitätswettbewerb: «Nach wie vor fehlen durchgängig erhobene und einfach verständliche Qualitätszahlen auf der Ebene Outcome. Es herrscht dringender Nachholbedarf. Das kann zu einer Auszehrung der OKP führen und ist sozialpolitisch delikater, kann andererseits aber mittelfristig eine Chance für den Qualitäts-Mehrwert in der Zusatzversicherung sein. Die Zusatzversicherungen sind effektiv reif für eine Wiederbelebung!»

### Mehrleistungen richtig definieren – das pièce de résistance

Mehrleistungen, seien es ärztliche, therapeutische, Hotellerie- oder Service-mässige, müssen klar definiert und erkannt werden. So können sie entsprechend bewertet und individuell nachgefragt werden. Dr. med. Serge Reichlin, CEO Klinik Barmelweid, zeigte das anhand des Mehrleistungsframeworks von SWISS REHA. Generell unterstrich er: «SWISS REHA bekennt sich zur spezialisierten Rehabilitation für alle und zur Leistungsdifferenzierung zwischen Grund- und

Zusatzversicherungen. Für das Verständnis von Reha-Mehrleistungen ist es essenziell zu verstehen, wo die Unterschiede zur Somatik und/oder Psychiatrie liegen. Daher kann auch das existierende und umstrittene Branchenframework des Schweizerischen Versicherungsverbands (SW) aus der Akutmedizin nicht telquel übernommen werden.»

Reichlin unterschied drei Arten der Mehrleistungs-Abrechnung: einmal den Vollkostenvertrag. Hier wird vom gesamten Vergütungsanspruch gemäss Zusatzversicherungs-Vertrag der OKP-



## Special 2: VVG Forum MediCongress



«Mehrleistungen sollen von internen Optimierungen, Digitalisierung und Kultur getragen werden», betont Rebekka Hatzung, Spitaldirektorin St. Clara-Spital Basel.



Marco Gugolz, Direktor Hirslanden Klinik Zürich, präsentiert als zusätzlichen VVG-Ansatz die integrierte Versorgung, die auch Komplementärmedizin beinhaltet.



Dr. Romand Gonzenbach, Ärztlicher Direktor Kliniken Valens, betont, wie wichtig ein ständiger Blick auf andere «Best practice»-Modelle ausserhalb der eigenen Organisation ist.

Anteil in Abzug gebracht. Der Restbetrag gilt als Anspruch gegenüber der Zusatzversicherung. Weiter existieren Mehrleistungsverträge, insbesondere wenn Beleg- und/oder Konsiliärzte am Spital tätig sind. Dann wird zwischen der Vergütung des Spitals (Unterkunft, Pflege) und der ärztlichen Leistung unterschieden. Bezogen auf die Unterkunft wird nur die Mehrleistung gemäss VVG aufgeführt und in der Folge auch kein OKP-Anteil in Abzug gebracht. Bei der ärztlichen Leistung erfolgt die Verrechnung der gesamten ärztlichen Leistung (also ohne Abgren-

zung zwischen OKP- und echter Mehrleistung). Der OKP-Anteil wird davon abgezogen. Drittens erwähnte der Referent ein echtes Mehrleistungs-Modell: Mehrleistungen werden im Voraus definiert, von den Pflichtleistungen in der OKP abgegrenzt und mit einem Preis versehen, der vertraglich vereinbart wird.

Bezüglich Mehrleistungs-Konzepten gelte es darauf zu achten, dass sich Mehrleistungen ausgehend von einer klaren Definition der «Absprungkante» des KVG entwickeln müssten. Berücksichtigt werden sollte insbesondere, dass Gesundheitsgüter Optionscharakter aufweisen können. Auch wenn ein Individuum kein Spitalbett nachfrage, weil es aktuell nicht krank sei, werde es sich in der Regel nicht gegen die Vorhaltung von Spitalbetten stellen, um im Krankheitsfall über die Option Spitalbett verfügen zu können.

### Mögliche Dimensionen konkreter Mehrleistungskomponenten

Von grösster Bedeutung im VVG sei die freie Wahl der Leistungserbringenden, auch für jene, die gemäss KVG nur im ärztlichen Auftrag oder auf ärztliche Anordnung tätig werden. Entscheidend sei die Fallführung durch den gewählten Arzt, der eine «Über-Qualifikation» aufweisen solle und in der Behandlung auch quantitativ mehr leisten würde. Es gehe dabei um ein hochspezialisiertes, auf die einzelne Patientin individualisiertes Angebot (z.B. bzgl. des Verhältnisses Einzel- zu Gruppentherapien oder speziellen Anleitungen beim Austritt). Voraussetzung dafür ist eine vermehrte ärztliche

Verfügbarkeit, die durchgängige Betreuung durch die gewählte Ärztin und/oder Pflegefachperson oder durch eine möglichst gleichwertige Stellvertretung.

Aus dieser Optik würden sich eindeutige Leistungsdifferenzierungen ergeben. Reichlin nannte viele: schneller Zugang/Wahlfreiheit bei den Terminen, detailliertere Erfassung der Patientenzufriedenheit, Beweis einer überdurchschnittlichen Qualität im Vergleich zu den für die OKP geforderten, massiven Vorhalteleistungen, Garantie für umfangreiche First Mover/Innovationsanstrengungen (gerade auch digitaler Art), gesichertes Vertrauen in ein renommiertes Unternehmens-Brand als Premium-Marke, ausgeprägte Leistungsversorgung in strukturierter Kooperation inkl. integrierter Qualitäts-Netzwerke, eine hohe Gesamtzahl an Mehrleistungen, die auch ein kompakteres Angebot und mehr Wahlmöglichkeiten für die Zusatzversicherten darstelle, sowie der Status als Vertragsspital: «Dieser Status», so Reichlin «ist ein Differenzierungsmerkmal an sich, weil Zusatzversicherte Patienten die Gewissheit haben, dass sie ausschliesslich unter sich oder unter Selbstzahlenden sind.»

### Premium-Leistungen verdienen einen Premium-Preis

Als weitere wertvolle Mehrleistungen seien die folgenden zu nennen: hohe menschliche Zuwendung, auch ausgedrückt durch einen höheren Personaleinsatz-Schlüssel oder Skill-Grade-Mix, die Single Invoice, welche für die Versicherer den Verwaltungsaufwand reduziere und die Transparenz erhöhe, die nahtlose Gestaltung der Ver-



sorgung – Zusatzleistungen durch Nicht-Pflichtleistungen wie etwa «medical devices» oder telemedizinische Zusatzangebote, die vor und/oder nach dem stationären Rehabilitationsaufenthalt zur Verfügung stehen, sowie eine erstklassige Infrastruktur und Gastronomie. Reichlin: «Bei längeren Aufenthalten spielt das eine wichtige Rolle für das Wohlbefinden. Reha-Patienten weilen in der Regel mehrere Wochen in einer Klinik. Gerade da stellt eine besondere Infrastruktur (beispielsweise durch grössere Räume, spezielle Licht-und/oder Farbkonzepte) ein Differenzierungsmerkmal dar, das sich positiv auf den Genesungsverlauf auswirken kann.»

Sein Fazit lautet: «Zusatzversicherungen bieten Premium-Leistungen an und grenzen sich von Überversorgungs-Phänomenen ab. Daher sind Mehrleistungen klar zu definieren und transparent zu machen. Von Versicherern definierte, sog. Kernleistungen (Mindeststandards für Verrechnung) sind sorgfältig und massvoll zu definieren. Premium-Leistungen verdienen auch einen Premium-Preis. Ein entsprechend fairer Preis kommt – unter Berücksichtigung der Angebots- und Nachfragesituation in den entsprechenden Regionen – im Rahmen von Vertragsverhandlungen zustande.»

### Medizin und Gesundheitspolitik als Chance für Zusatzversicherungen

Gesundheitsökonom und Programmverantwortlicher Dr. oec. HSG Willy Oggier ging in seinen Betrachtungen auf in- und ausländische Entwicklungen, auf aktuelle Probleme und Lösungen ein. – In Deutschland dreht sich die Diskussion um ein Verbot individueller Gesundheitsleistungen und die Forderung, dass private Krankenversicherungen sich am Transforma-

Rodolphe Eurin unterstreicht: «Ein neues Zusatzversicherungsmodell ist dringend nötig, um die «Gefangenschaft» der Versicherten zu beenden sowie den Wettbewerb und den Innovationsgeist zu fördern.»



tionsfonds zu Gunsten Grundversicherter beteiligen sollen. Das würde die fast 40 Millionen privat voll- oder Zusatzversicherten hart treffen. Gleichzeitig sind ihre Prämien zu hoch; die Stiftung Warentest stuft zwei Drittel der Tarife als nicht empfehlenswert ein. – In den USA ist die Belastung auf tiefe Einkommen enorm angestiegen. Hier machen die Gesundheitsausgaben im Schnitt 26 % des Einkommens aus, während es bei Gutverdienenden nur 6 % sind. Daraus entsteht Umverteilungsdruck.

In der Schweiz sind unterschiedliche, durchgezogene Entwicklungen feststellbar. Der morbi-

ditätsorientierte Risikoausgleich in der OKP ist realisiert und wirkt. Die einheitliche Finanzierung ambulant-stationär ist genehmigt und harret der Umsetzung. TARDOC und ambulante Pauschalen stehen ante portas. Die Digitalisierung in der OKP ist mangelhaft, was personalisierte Dienstleistungen im VVG erschwert, und Defizitdeckungen unter angeblicher Systemrelevanz ganzer Institutionen führen zu einem höheren Ausgabengebahren und steigenden Lohnansprüchen.

Es gibt zudem etliche offene Punkte. Oggier: «Das betrifft die Unterdeckung ambulanter Inter-

Andreas Gerhard, EMBA (links), und Prof. Dr. Hans U. Baer erläutern, wie sich ihr innovatives Kalkulationssystem Medicalculis (InvoicePro) bei Ärzten, Kliniken und Zusatzversicherern bewährt: «Wir bieten Online-Systeme zur Berechnung und Abrechnung ärztlicher Mehrleistungen nach VVG und gewährleisten eine adäquate Honorierung.»





ventionen und Operationen, dadurch bleiben mangelnde Substitutionsanreize stationär zu ambulant/digital bestehen. Es fehlen auch Anreize für sektorenübergreifende Finanzierungen entlang des Patientenpfads. Eine wesentliche Weichenstellung in Richtung wettbewerblicher Anreize wäre die Motion von Nationalrat Hegglin zur Vertragsfreiheit – im Gegensatz zur Motion Nicolet zur Stärkung der Grundversorgung durch einen besseren Einzelleistungstarif für Hausärzte. Gefordert wäre dann auch eine andere Rolle der WEKO.» Einstellungen nach dem Motto «Wir handeln erst, wenn geklagt wird» würden das Vertrauen in die wettbewerbliche Grundordnung nicht stärken.

Klarheit im OKP-Bereich wäre aber sehr wichtig für den VVG-Bereich, weil richtig gestellte Weichen die Absprungkante des KVG für die Mehrleistungen eindeutig(er) definieren würden.

### Probleme anpacken

In naher Zukunft gelte es, wesentliche Probleme zu lösen, dies gerade angesichts von Lohnerhöhungen. Oggier: «Diese sind in der Grundversicherung aus Zwangsabgaben nicht beliebig finanzierbar, wir haben kein Schlaraffenland. Substitutionen können nur realisiert werden, wenn sie auch technisch möglich sind und beim Endkunden nicht zu (signifikanten) Mehrbelastungen führen. Grenzen bestehen auch bei den

vielfach verlangten Produktivitätssteigerungen, denn Standardisierungen sind bei Gesundheitsgütern begrenzt möglich. Die Digitalisierung verlangt neue Rollen und Berufsbilder, die im vorherrschenden Aus- und Weiterbildungssystem noch nicht ausreichend gefördert werden.»

Wir würden ausserdem Gefahr laufen, an die Grenzen der Finanzierbarkeit für Solidargemeinschaften bei hochpreisigen Therapien zu gelangen, argumentierte der Gesundheitsökonom. Im Weiteren bestehe eine geringe Halbwertszeit des medizinischen Wissens, was bei Zusatzversicherungen zu Fragen führe wie: Sind heutige Produkte auf lange Versicherungszeiträume noch kalkulier- und haltbar, namentlich bei Onkologika und Immuntherapien? Zeichnet sich ein Wechsel zu Schadenssummen-Versicherungen ab? Oder gibt es künftig einen Ausschluss von Teilleistungen (Vorbehalt), quasi als finanzierbare Alternative gegenüber voller Deckung, die mit einem Prämienzusatz als neuem Produkt verbunden ist?

### Management von Komplexitäten

Auswege sieht Oggier in einer medizinischen Versorgung, die zunehmend das Management von Komplexitäten, chronischen Erkrankungen und Multi-Morbiditäten meistert. Das müsste aber eine Änderung bei den Versicherungsprodukten auslösen; diese sind nach wie vor stark

auf elektive Eingriffe in der Chirurgie fokussiert. Oggier: «die Zukunft ist vermehrt internistisch, psychiatrisch und rehabilitativ, sowie wohl auch von Entgleisungen, also nicht-elektiven Behandlungen geprägt. Die Wahrscheinlichkeit, dass mehrere Leistungserbringer an einer Behandlung beteiligt sind, steigt stark an.»

Parallel dazu übte der Experte Kritik an ungenügenden Zusatzversicherungs-Modellen. Zukunftsorientierte Lösungen sollten den Substitutionspotenzialen stationär durch ambulant/digital gerecht werden. Neue Versorgungsmodelle bräuchten auch neue Abgeltungsmodelle: «Sie müssen ebenso Mehrleistungs-Episoden-Pauschalen (bundled payments) oder spitalbasierte Mehrleistungs-Capitation-Konzepte ermöglichen. Darin könnten auch Grundversorger-basierte Mehrleistungs-Management Fees für chronisch Kranke enthalten sein – nicht Entgelte für das Nichtstun bei jungen Gesunden –, Mehrleistungstools für integrierte persönliche Hausbesuche und die telemedizinische Fernüberwachung und schliesslich eine vermehrte Fokussierung auf Mehrleistungen in Psychiatrie und Rehabilitation. Eine individuelle Optik bezogen auf die konkrete Situation der Zusatzversicherten ist bedeutsam, denn Standardisierungen werden den individuellen Bedürfnissen der Bevölkerung weniger gerecht als personenbezogene Leistungen.»

### Digitalisierung, Prozessoptimierung und Wertekultur

«Mehrleistungen in einem leistungsorientierten System sollen von internen Optimierungen, Digitalisierung und Kultur getragen werden», betonte Rebekka Hatzung, Spitaldirektorin St. Clara-Spital Basel. Die Wertekultur ist hier geprägt vom christlichen Hintergrund der Trägerschaft des Klosters Ingenbohl, wo Patienten, Angehörige und Mitarbeitende als Individuen im Mittelpunkt stehen. Hatzung: «Vorhanden sind ein wertschätzender Umgang auf Augenhöhe, ein bewusstes gegenseitiges Wahrnehmen, eine hohe Leistungsbereitschaft für Qualität und stets offene Türen als Ausdruck einer Zusammenarbeit über Hierarchie- und Abteilungsgrenzen hinweg.» Diese Wertekultur zeigt sich im Klinikalltag insbesondere in beiden anspruchsvollen Hauptbereichen deutlich, dem Tumorzentrum Onkologie/Hämatologie und Radioonkologie sowie Clarunis, dem universitären Bauchzentrum mit Viszeralchirurgie und Gastroenterologie/Hepatologie (einer Kooperation mit dem Universitätsspital Basel). Die Zufriedenheit von VVG-Patienten liegt bei knapp 95%.

Zweiter und dritter Optimierungs-Stellhebel sind bessere Prozesse und Digitalisierung. In Basel

heisst das Kapazitätsmanagement IKM und meint optimierte Planung und Steuerung spitalweiter Ressourcen (Betten, OP-Kapazitäten, Notfall usw.). Instrumente für die spitalweite Fitnesskur sind das «ClaraKIS», ein neues mit CISTEC entwickeltes Klinikinformationssystem und «ClaraPortal», die modernisierte elektronische Zuweiserplattform. – Rebekka Hatzung machte es klar: «Digital unterstützte Standardisierungen setzen Ressourcen frei für unsere Kernaufgabe: die Behandlung unserer Patienten. Mitarbeitende, die sich wahrgenommen, unterstützt und wertgeschätzt fühlen, sind motivierter, leisten bessere Arbeit und sind eher bereit für das entscheidende «Mehr.»»

**Qualität für alle, aber auf unterschiedlichen Wegen**

«Es ist vergleichbar zum Fliegen. Alle gelangen ans Ziel. Es existiert eine hochqualitative Medizin für alle Patienten. Jedoch gibt es hinsichtlich Service, Komfort und Wahlmöglichkeiten deutliche Unterschiede», unterstrich Marco Gugolz, Direktor Hirslanden Klinik Zürich und Mitglied der Konzernleitung. Bei Hirslanden heissen die unterschiedlichen Wege Préférence und Privé. Beides steht für ein umfassendes Angebot, das

weit über die Leistungen einer Privatversicherung hinausgeht. Privatpatienten profitieren von prioritärem Zugang zu Terminen, wobei sie ihren Facharzt individuell wählen können. Innovative Technologien – gegenüber bewährten Standard-Methoden für Grundversicherte –, darunter Robotik und modernste Behandlungsmethoden, sorgen dafür, dass stets die bestmögliche medizinische Versorgung erfolgt. Im Privé-Angebot sind zudem tägliche Visiten und eine kontinuierliche Betreuung von bestausgewiesenen Ärzten mit dabei.

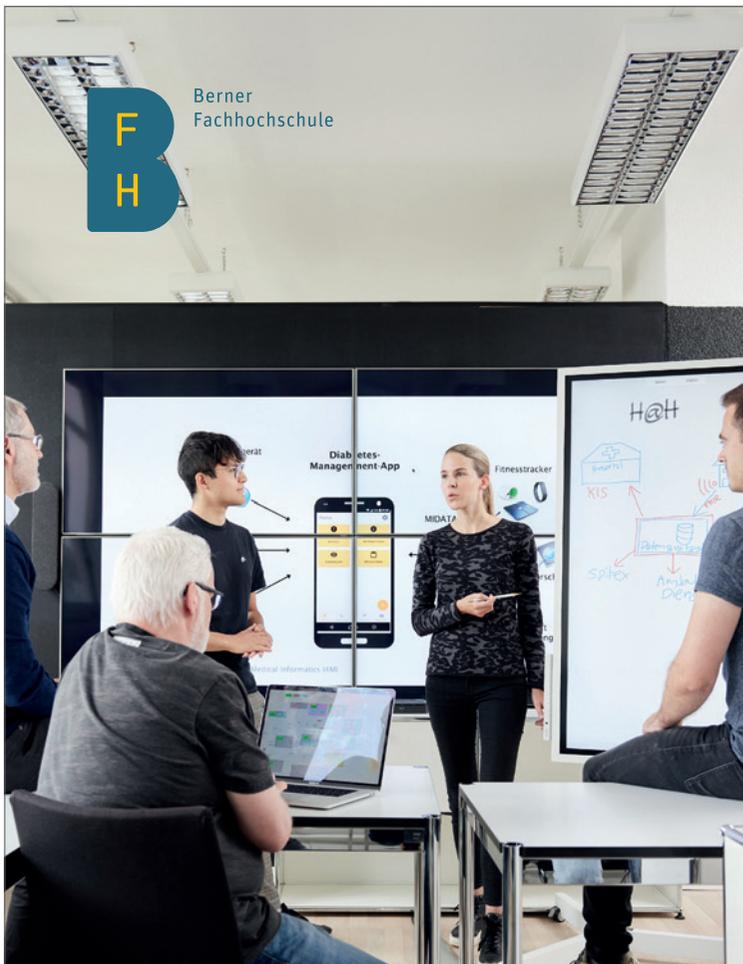
Ein neuer zusätzlicher VVG-Ansatz ist die integrierte Versorgung in der Hirslanden Klinik Zürich. Als medizinische Mehrleistung gibt es komplementärmedizinische Anwendungen und Therapien während des stationären Aufenthaltes. Die Klinik ist zudem seit Dezember 2024 als erstes Schwerpunktspital für das Fachgebiet Allgemeine Innere Medizin als «Integrative Klinik» zertifiziert. Die entsprechenden Behandlungen werden von JIVITA angeboten, einem Schweizer Unternehmen im Bereich Integrative Medizin und Gesundheitsprävention. Das Angebot umfasst Ayurveda Medizin, traditionelle Europäische Naturheilkunde TEN, traditionelle Chinesische Medizin TCM, Atemtherapie, Aro-

matherapie und Phytotherapie. Anwendungsbereiche während der Hospitalisierung sind Schlafstörungen, generelle und insbesondere Lagerungsschmerzen, Übelkeit, Ängste sowie Verdauungsprobleme.

Marco Gugolz' Fazit lautet: «Weil wir eine zertifizierte Institution sind, können unsere Patienten in jeder Phase auf ein interprofessionelles Fachärzte-, Therapeuten- sowie Pflgeteam zählen, welche miteinander den individuellen Behandlungsplan bestimmen. Somit profitieren unsere Zusatzversicherten von einem individuell auf ihre Erkrankung zugeschnittenen, integrativen Behandlungskonzept.»

**Mehrleistungen in Rehabilitation und Psychiatrie sind speziell**

Darüber informierte Dr.med.Dr.sc.nat. Roman Gonzenbach, Ärztlicher Direktor der Gruppe Kliniken Valens. Seine Gruppe betreibt rund 800 stationäre Betten in der Rehabilitation mit breiter und hochspezialisierter Versorgung. Dazu kommen 140 stationäre Betten in der Psychiatrie mit eingeschränkter Versorgung. Zwei Kliniken, in Gais und Davos, bieten sowohl Rehabilitation und psychiatrische Versorgung an.



# Bachelor of Science in Medizininformatik

**Sie wollen die digitale Zukunft des Gesundheitswesens mitgestalten?**

In diesem Studium lernen Sie, zukunftsweisende IT- und Digitalisierungslösungen zu designen und bauen und implementieren Prototypen. Für mehr Sicherheit und Qualität für Patient\*innen und Behandelnde.

Besuchen Sie unsere Infoveranstaltung und erfahren Sie alles zum Studium, den Zulassungsbedingungen, den Vorkursen und den Berufsperspektiven.

**1. Mai 2025, 17.00–19.00 Uhr | Biel**  
**13. Juni 2025, 15.00–17.00 Uhr | Biel**

Infos und Anmeldung:  
[bfh.ch/medizininformatik](http://bfh.ch/medizininformatik)



## Special 2: VVG Forum MediCongress

Insgesamt ist Gonzenbach mit dem VVG zufrieden: «Es besteht ein klares Zusatzsystem, kein Substitut, und ebenso eine definierte Regularität, die unlängst von der FINMA revidiert wurde. Somit verfügen wir über eine starke Leistungstransparenz, was in der Bevölkerung etabliert ist. All das trägt massgeblich zur Diversifizierung der Angebotspalette bei und ist aus Sicht von Patienten, Versicherern und Leistungserbringern ein Stützpfiler des Gesamtsystems.»

Um diesen Stützpfiler dürften alle in Zukunft mehr als froh sein, denn das Bedürfnis nach Individualisierung steigt. Der OKP-Bereich wird zunehmend unter Druck geraten, immer mehr auf Standard setzen und dabei den Leistungskatalog beschränken. Deshalb werden sektorenübergreifende Konzepte immer wichtiger. Das VVG-Angebot der Kliniken Valens zeichnet sich daher durch drei Elemente aus: Komfort, Klinik und Organisation. Highlights sind Einzel- oder Zweibettzimmer, grössere Speisenauswahl, Getränke auf dem Zimmer, Kühlschrank, Sicherheitskonzept mit Safe, Zugriff auf medizinische Seniorität mit höheren Kontaktfrequenzen,

Patientencoach, vielfältige Individualisierung mit prioritärem Zugang und stark reduzierten Wartezeiten, regelmässige Kontakte mit der Klinikdirektion, reservierter Parkplatz und differenzierte Austrittsmedikation.

Diese Anstrengungen blieben, so Gonzenbach, eine Daueraufgabe: «Erfülle ich die Erwartungen der Patienten? Funktionieren die klinischen Konzepte auch in der Leistungsdifferenzierung für die Mitarbeitenden? Sind unsere Grundsätze in unserer Haltung gegenüber einer «2-Klassen-Medizin» gewahrt? – Wichtig ist ausserdem ein stetiger Kontakt mit den Versicherern und ein Blick auf andere «Best practice»-Modelle ausserhalb unserer Organisation.»

### Einigen statt streiten – und Freizügigkeit schaffen!

Ganz wesentlichen und heiklen Fragen ging Rodolphe Eurin, ehemaliger CEO Hôpital de La Tour, nach: Ist es eine Option für Leistungserbringer und Versicherungen, sich nicht zu einigen? Wie können die Interessen der Kunden von Zusatzversicherungen vertreten werden,

wenn diese Patienten geworden sind? Kann man von der Beziehung zwischen Versicherern und Leistungserbringern etwas erwarten, das über die Finanzierung der Patientenversorgung hinausgeht?

Der Routinier warnte bekanntlich schon mehrfach vor einer unerwünschten Situation, in der Spitäler wie Krankenversicherer die Zusatzversicherungen bodigen würden, weil sie im gegenseitigen Austausch zu wenig Gegenleistungen erarbeiten würden. Die Antworten auf die eingangs gestellten Fragen fielen daher eindeutig aus: «Es wäre so viel möglich, wenn Krankenversicherer und Leistungserbringer besser kooperieren würden: Silos aufbrechen zwischen Finanzierung und Dienstleistungen, Kreation innovativer Projekte mit Fokus auf Qualität und Mehrwert, Integration der ambulanten und stationären Versorgung, um Spitalaufenthalte zu reduzieren, mehr Effizienz und Qualität, beschleunigte Verbreitung von Best Practices, Schaffen eines positiven Images für Leistungserbringer und Versicherer sowie Stärkung von Motivation und Kultur durch eine globale Mission.»

Vertragslose Zustände sind schlimm. Sie schaffen Unsicherheit für alle Beteiligten und verunmöglichen insbesondere eine nachhaltige Planung von Ressourcen. Dabei wäre der Wunsch nach leistungsstarken Zusatzversicherungen gegeben. Einer aktuellen Genfer Umfrage zufolge gibt es drei grosse Wünsche, die es zu erfüllen gilt: unbürokratische Kostengutsprache (52% aller Antworten), schneller Leistungszugang (49%) und freie Arztwahl (47%). Daher seien konkrete Lösungen gefragt: «Es braucht neue Wettbewerbsmechanismen für die Zusatzversicherung. Das Fehlen solcher funktionierender Mechanismen ist die Hauptursache für die bestehenden Probleme. Eine neue gesetzliche Grundlage sollte es Versicherungskunden ermöglichen, ihre Zusatzversicherung frei zu wechseln.»

Eurins Fazit: «Es braucht Druck auf die Partner, Lösungen zu finden und insbesondere Druck auf die Leistungserbringer, akzeptable Preise zu offerieren. Versicherungen können mehr unternehmen, um eine sinnvolle Gesundheitsstrategie flächendeckend zu unterstützen. Ein neues Zusatzversicherungsmodell ist nötig, um die «Gefangenschaft» der Versicherten zu beenden sowie den Wettbewerb und den Innovationsgeist zu fördern.»

### Transparent und fair abrechnen

Wo in Fakturen ein klares Bild ärztlicher Mehrleistungen gezeigt wird, steigt das gegenseitige



# Nachhaltigen und hygienesicheren Wassergenuss erleben

Vertrauen und Konflikte werden zum Vornherein eliminiert. Wie das mittels Kalkulationssystem Medicalculis (InvoicePro) funktioniert, zeigten die beiden Geschäftsführer, Gründer Prof. Dr. Hans U. Baer und Andreas Gerhard, EMBA: «Wir bieten Online-Systeme zur Berechnung und Abrechnung ärztlicher Mehrleistungen nach VVG und gewährleisten eine adäquate Honorierung. Das nutzen – zehn Jahre nach Beginn intensiver Vorarbeiten durch Professor Baer und vier Jahre nach dem Start von Medicalculis – bereits 1500 Ärzte, 12 Kliniken und 12 Zusatzversicherer.»

Die Lösung besteht aus drei Elementen: dem Calculation Tool (Online-Kalkulations-Hilfe und Verträge), dem Admin Tool (Online-Vertragsverhandlungs-Hilfe) und dem InvoicePro Tool, der Online-Fakturierungs-Hilfe – alles übersichtlich, einfach und effizient. Medicalculis & InvoicePro sind seit 1. März neu auch in französischer Sprache verfügbar. Somit können nun auch Belegärzte in der Westschweiz davon profitieren. Erfreulich ist generell die hohe Qualität der transparenten Abrechnungen; die klinikinternen Rückweisungen betragen aktuell lediglich 5%. Ist das bereinigt, erfolgt die Zustellung an die Versicherer, wo sich rasch eine reibungslose Zusammenarbeit ergeben hat. Das umfassende Controlling der Leistungsabrechnungen sowie Beratung und Schulung bei den Kliniken tragen Früchte.

## Weitere Optimierungen

Das Bessere ist der Feind des Guten. So auch bei Medicalculis. Inzwischen wurden Synergien in der Zusammenarbeit mit Partnerkliniken entwickelt. Mit der Hirslanden AG zusammen entstand so «DocFee 2.0». Ziel ist es, die Honorar-Erfassung und -Verarbeitung für Belegärzte sowie SSC-Mitarbeitende effizienter und transparenter zu gestalten. Dafür wurden die Apps «MPA-Zuweisung» und «Arzt-Cockpit» eingeführt. Parallel wurden technische und visuelle Optimierungen in InvoicePro umgesetzt.

In einem weiteren Projekt geht es um die zukünftige Entwicklung mit Integration Künstlicher Intelligenz. KI-integrierte Abrechnungssysteme optimieren und beschleunigen den Abrechnungsprozess für Ärzte, Kliniken und Zusatzversicherer. Bereits heute ist es möglich, die Fakturierung weiter so zu optimieren, dass eine Honorarrechnung automatisch generiert wird. Prof. Dr. Hans U. Baer fasste zusammen: «Leistungsstarke Kalkulationssysteme für ärztliche Mehrleistungen sowie Mehrleistungen nach VVG können aus Operations- und Austrittsbericht sowie einigen administrativen Daten direkt eine Honorarrechnung erstellen. Innovative zukunftsorientierte und KI-integrierte Abrechnungssysteme werden nicht nur die Schnelligkeit und Effizienz der Rechnungserstellung steigern, sondern auch die Benutzerfreundlichkeit und die Datenkontrolle optimieren.»

## Weitere Informationen

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



Auf Knopfdruck erfrischendes Wasser mit höchster Hygienesicherheit. Innovative Technologie, Top-Qualität und Design für den Gesundheitsbereich. Erfahren Sie mehr unter [www.brita.ch/wasserspender](http://www.brita.ch/wasserspender)

BRITA – für Ihren perfekten Wassergenuss