

Im VVG Forum von MediCongress zeigten Experten auf, wo Weichen zu stellen sind

Wer Innovationen verschläft, löst eine Zeitbombe aus

Die Zahl der Privatpatienten nimmt ab. Das ist unerfreulich und stellt eine Gefahr für einen ausreichenden Versichertenbestand dar. Bleibt das so, wird es auch zusehends schwieriger, innovative ärztliche Mehrleistungen zu entwickeln und aufgrund fehlender Skaleneffekte wirtschaftlich umzusetzen. Dabei sollte gerade der VVG-Bereich ein Treiber von Innovationen sowie immer besserer, wirksamerer und zweckmässiger Therapien sein – eine Basis, die sich bislang – zeitlich verschoben – schrittweise auch für Grundversicherte als positiv erwies. Wir stehen also vor einer besonders wichtigen Ausgangssituation. Wie wird es weitergehen? Und vor allem: Gelingt ein Paradigmenwechsel im ambulanten Setting?

Ein Blick über den Tellerrand kann nützlich sein. Das zeigte sich in Zürich anhand eines spannenden Potpourris von Chris Watney anlässlich eines Abendanlasses am Vorabend des VVG Forums. Der CEO der International Federation of Health Plans, bei der zahlreiche Krankenversicherer weltweit Mitglieder sind, unter ihnen auch Schweizer Gesellschaften, schöpfte aus dem

Vollen, indem er positive Beispiele innovativer Angebote aus anderen Ländern präsentierte.

Innovationen müssen breit getragen sein

Der Referent betonte, dass ein breiter Konsens aller Stakeholder die gedeihlichste Vorausset-

zung für innovative Versorgungsprogramme sei und verwies dabei auf Dänemark und Israel, wo seit Jahrzehnten eine flächendeckende Nutzung elektronischer Patientendossiers und ausgedehnte Präventionsmassnahmen genutzt werden. Er erwähnte auch initiative Schwellenländer wie Indien, wo das Ziel besteht, bis 2047 allen EinwohnerInnen, das dürften dann rund 1.5 Milliarden sein, eine Krankenversicherung zu bieten.

Zahlreiche BesucherInnen widerspiegeln das grosse Interesse für VVG-Innovationen und erstklassige Referate. Dasjenige des Thurgauer Regierungsrats Urs Martin zählte ganz bestimmt dazu.



Wo ein Wille sei, sei auch ein Weg, ganz besonders bei den Zusatzversicherungen. Deren Vorteile müssten allerdings klipp und klar kommuniziert werden. Die freie Arztwahl sei ein Grundkriterium, aber Zusatzversicherungsprodukte müssten sich auch durch besondere Angebote in den Bereichen Versorgung Chronischkranker und Prävention auszeichnen. KI-Einsatz, Digitalisierung und erstklassige Information für die Versicherten seien weitere Attribute, die es zu pflegen gelte. Das vermittele Sicherheit und fördere den Qualitätswettbewerb unter den Leistungserbringern.

Als herausragende innovative Leistungen nannte er den Consiège-Service für französische Zusatzversicherte, einen Piloten fürs Optimieren von Behandlungspfaden, den bereits über 10000 Personen in Anspruch nehmen. Erfolgreich wirke auch Bupa (British United Provident Association), ein internationales Gesundheitsunternehmen mit Hauptsitz in London, das weltweit über 50 Millionen Kunden betreut.

Das Kerngeschäft umfasst Krankenversicherungen, den Betrieb von Kliniken und Zahnzentren sowie weltweite Angebote für internationale



Anna Windisch und Dr. Daniel Liedtke (Zweiter von links) haben ein sehr vielfältiges Programm zusammengestellt. Chris Watney, CEO der international Federation of Health Plans aus London, und SVV-Direktor Urs Arbter (ganz rechts) setzten wichtige Akzente aus Versicherersicht.

Privat- und Firmenkunden. Bupa Global sind massgeschneiderte internationale Gesundheitspläne für Privatpersonen und Unternehmen, die Zugang zu einem globalen Netzwerk von über 2 Millionen medizinischen Dienstleistern in 190 Ländern ermöglichen. Bedeutend sind auch die digitalen Services: Mit Angeboten wie Blua bietet Bupa rund um die Uhr digitale Gesundheitsleistungen wie telemedizinische Konsultationen per App an. Aus solchen Beispielen könne man lernen, folgerte Watney: «Zusatzversicherer sind echt herausgefordert.»

Bestehen ethische Konflikte, wenn Privatpatienten zuerst profitieren?

In der Regel werden innovative OP-Methoden oder Therapien erst einmal bei Privatpatienten angewendet, um die meist enormen Entwicklungskosten mittels höherer Tarife abzugelten. Ist das nun ethisch?

Jürg Streuli, Geschäftsführer der Stiftung Gesundheitskompass, unterschied zwischen ungleich, unethisch und ungerecht. Letzteres treffe zu, wenn bei Innovation kein Anspruch erhoben werde, verbesserte Leistungen breit einzusetzen. Bezüglich des ethischen Anspruchs gelte es zu unterscheiden zwischen einer gesellschaftlichen, forschungsmässigen und patientenorientierten Ebene. Eine teilweise ungleiche Versorgung sei nicht a priori unethisch oder ungerecht, sofern der Wille zum schrittweisen allgemeinen Zugang gewährleistet sei.

Dr. Daniel Liedtke, VR-Präsident Helsana, erklärte, dass der frühere Zugang für VVG-Versicherte immer eine Art Ungleichheit darstelle. Die Sachlage müsse daher aufgrund der Indikation beurteilt werden. Es sei in jedem Fall wichtig, die Erkenntnisse aus dem Premium-Bereich innert vernünftiger Frist in die OKP zu übertragen, aber zu Beginn die sich bietenden Chancen im VVG zielstrebig zu nutzen. Nötig sei auch eine diesbezügliche Forschung, um mehr Informationen bezüglich des Nutzens von Innovationen zu erhalten.

Der überwiegende Teil der Ärzte würde sich an den Bedürfnissen der Patienten orientieren, meinte Dr. med. Reto Stocker, Leiter Forschung, Lehre und medizinische Qualitätsprogramme an der Klinik Hirslanden, und in der Schweiz sei ein rascher Zugang zu einer erstklassigen Versorgung für alle sichergestellt. Rentable VVG-Leistungen seien dabei wichtig, um dank ausreichender Finanzierung überhaupt innovativ tätig sein zu können. Somit stelle ein leistungsstarker Zusatzversicherungsbereich gleichzeitig einen Solidaritätsbeitrag zu Gunsten der OKP dar.

OKP und VVG driften auseinander

Und eben das sei gefährlich, argumentierte der Direktor des Schweiz. Versicherungsverbands

(SVV), Urs Arbter. Betrug der VVG-Anteil im Jahre 2000 noch 22% des gesamten Abrechnungsvolumens, so sind es heute nur noch 15%. Aktuell gelingt es den Spitälern mehr oder weniger, dank höherer Tarife die vielfach verlustbringenden OKP-Leistungen auszugleichen, aber bei einem fortschreitenden Aderlass an stationär Zusatzversicherten stehe das auf der Kippe. Es gelte daher Vertrauen zu schaffen in qualifizierte und attraktive VVG-Produkte, zusätzliche Mehrleistungen zu kreieren, um wieder neue Interessierte zu gewinnen und ausserdem die schleichende Ausweitung von Grundversicherungsleistungen zu stoppen oder gar rückgängig zu machen. Arbter: «Die Zahlungsbereitschaft für gute VVG-Angebote ist durchaus vorhanden. Eine gute Grundlage stellen auch die rund

Schon am Vorabend wurde eifrig diskutiert. Das Thema war Ethik - (v.l.n.r.) Dr. Reto Stocker, Jürg Streuli, Dr. Daniel Liedtke und Moderator Felix Schnewuwly, der auch virtuos durch beide Tage führte.





Wertvolle Inputs (v.l.n.r.): Regierungsrat Urs Martin glänzte mit einem Feuerwerk an Ideen. Marco Gugolz sprach über spannende VVG-Innovationen, Sam Krukalis zeigte die neusten KI-Perspektiven und Julian Fritsch löste Erstaunen bezüglich unglaublicher Spracherkenntnis-Biomarkern aus.

1700 Verträge zwischen Zusatzversicherern und Leistungserbringern dar, die auf der klaren Definition des SVV-Frameworks für ärztliche Mehrleistungen beruhen. Allerdings sind die ambulanten Leistungen, die zunehmen, im VVG noch ungenügend abgebildet.» Ausserdem bremsen der Bürokratismus und die wachsende Kontrollitis der FINMA den Spielraum für Innovationen. Es gelte daher, keine Angst vor der FINMA an den Tag zu legen, denn nur wenn sich das Gesundheitswesen als Ganzes innovativ und individuell erweise, gelänge es, dass Leistungserbringer und Krankenversicherer gemeinsam die nötigen Skaleneffekte schaffen, um kollektiv erfolgreich zu sein.

Die Leistungs-Unterschiede müssen klar erkennbar sein

Für den Thurgauer Gesundheitsdirektor Urs Martin ist es ein eindeutiges Erfordernis, dass die ärztlichen Mehrleistungen im VVG deutlich erkennbar sind: «Dafür müssen Zusatzversicherer und Leistungserbringer gemeinsam sorgen. Die Politik gehört dabei an die Seitenlinie.» Dafür

wäre Zurückhaltung im aufgeblähten OKP-Leistungskatalog angezeigt: «Wir setzen im OKP eben nicht die volkswirtschaftlichsten Lösungen um, sondern das, was am besten rentiert. Es wurde hier auch immer mehr reingepackt, so dass der Spielraum fürs VVG zusehends kleiner wurde.»

Gerade deshalb sei es erforderlich, dass beim Ausbau des ambulanten Versorgungsanteils erst recht Sorgfalt für einen klaren Ausweis ärztlicher Mehrleistungen gesorgt würde, denn als Privatpatient, der wesentlich mehr an Prämien entrichtet, bestehe ein entsprechender eindeutiger Anspruch.

Den Innovationsmotor am Laufen halten

Neue Therapieformen, moderne MedTech, umfassende digitale Lösungen sowie besonderer Komfort und Service würden künftig die entscheidenden Anreize für Zusatzversicherte darstellen, betonte Marco Gugolz, Direktor Klinik Hirslanden, Zürich, und Mitglied der Konzernleitung: «Aus den im Premium-Bereich entstehenden Innovationen werden – vergleichbar mit

dem Entwicklungszyklus in der Autoindustrie – bewährte Prozesse, die schrittweise breitere Anwendung finden und zu höherer Qualität wie Sicherheit führen. Irgendwann finden die Innovationen dann Eingang in die OKP und sind für alle Patienten zugänglich, worauf der Entwicklungszyklus erneut seinen Anfang nimmt.»

Ein aktuelles Beispiel für therapeutische Mehrleistungen bei Hirslanden ist das Komplementärangebot JIVITA. Das ist ein neues Element innerhalb des interprofessionellen Fachärzte-, Therapeuten- und Pflegeteams, auf das VVG-Patienten zugreifen können. Gugolz: «Sie profitieren im Rahmen ihres Aufenthalts generell von einem individuell auf ihre Erkrankung zugeschnittenen Behandlungskonzept.» – JIVITA bringt zusätzlich integrative Medizin ins Spital und sorgt für eine ganzheitliche, komplementäre Versorgung – mit manuellen Behandlungen, Atem- und Aromatherapien sowie Wickeln und Einreibungen. So wird die Schulmedizin gezielt ergänzt und trägt dazu bei, das Wohlbefinden der Patienten nachhaltig zu stärken. Zur Zeit besteht eine Kooperation zwischen Hirslanden Zürich und der Sanitas. Partnerschaften zwischen weiteren Hirslanden-Standorten und Zusatzversicherern sind in Abklärung.

Bessere Analysen, effizientere Prozesse und höhere Produktivität

Das ist der Nutzen, die eine nahtlose Digitalisierung und der systematische Einsatz Künstlicher Intelligenz im Gesundheitswesen stiften. Sam Krukalis, Google Cloud Architect, zeigte Erstaunliches wie den Google Co-Scientist. Damit ist es möglich, aus Tausenden von Forschungsbeiträgen die wirkungsvollsten zu finden. Der Ansatz basiert auf Prinzipien von AlphaGo und AlphaStar. Die Suche wird durch KI-Agenten unterstützt, die wissenschaftliche Debatten führen, um Ideen zu generieren, sie zu verfeinern und zu bewerten. Um die Praxistauglichkeit der Hypothesen zu überprüfen, werden die Systemrechnungen verifiziert. So stellt das System sicher, dass die Vorschläge fundiert, faktisch





Innovationen zuhauf (v.l.n.r.): Sanjay Singh unterstrich, wie wichtig VVG-Produkte ambulant sind, Dr. Katharina Gasser sprach über Chancen und Hürden innovativer Pharmazeutika, Nora Schweizer wies auf den MedTech-Nutzen hin und Martine Ruggli brachte die Sicht des Apothekerverbands ein.

korrekt und logisch schlüssig sind. Der Co-Scientist stellt eines der ersten Beispiele eines zuverlässigen Multiagentensystems für strukturiertes wissenschaftliches Denken dar und ermöglicht es, konkrete Ergebnisse beim Generieren neuartiger Hypothesen für komplexe wissenschaftliche fundierte Therapieformen zu liefern.

Ein weiterer Trumpf, gezielt für effizientere Prozesse und blitzschnelle Entscheidungsfindung, ist Google Gemini Enterprise. Damit können Ärzte unstrukturierte Patientendaten (wie Befunde, E-Mails oder Ticketsysteme) über eine einzige Plattform in extrem hoher Geschwindigkeit durchsuchen und analysieren. KI-Agenten helfen dabei, administrative Routinen zu verkürzen und medizinische Standardabläufe zu optimieren.

Sprach-Biomarker – revolutionär

Neuerdings kann die Stimme als Biomarker der Gesundheit dienen. Julian Fritsch, Senior AI Engineer bei VirtuoSis, zeigte, wie bis zu 25 Gesundheitsmarker aus einer einzigen 30-sekündigen Sprachaufnahme gewonnen werden können.

Die KI von VirtuoSis untersucht dabei subtile, unbewusste Veränderungen in der Stimme. Zu den gemessenen Parametern zählen Tonhöhe, Tonfall, Sprechgeschwindigkeit und Rhythmus sowie die Häufigkeit und Länge von Sprechpausen. So gelingt die Früherkennung und Überwachung von Stress, Burnout, Angstzuständen und Depressionen. Zudem können erste Anzeichen von neurologischen Erkrankungen wie Parkinson erkannt werden. Weitere Bereiche betreffen Einschätzungen zur respiratorischen und kardio-metabolischen Gesundheit. Die revolutionäre Technologie wurde von Microsoft als «Start-up des Jahres» ausgezeichnet. Die KI-Lösung lässt sich unkompliziert in den medizinischen Alltag und in die Telemedizin integrieren. Fritsch: «Die Quintessenz besteht darin, dass das Optimieren von Prozessen nicht an der schlechten Verfügbarkeit der Daten, die zuhauf vorhanden sind, scheitert, sondern deren rasche Verfügbarkeit vollumfänglich sichert. Automatisierte Abläufe

sind zudem zuverlässiger, sicherer und jederzeit reproduzierbar.»

CSS denkt Zusatzversicherungen neu: sektorübergreifend, flexibel, zukunftsorientiert

«Die Gesundheitsversorgung erfolgt künftig stärker in Netzwerken beziehungsweise sektorübergreifend, ambulant/@home und omnichannel», brachte es Sanjay Singh, Leiter Leistungen, Produkte und Health Services und Mitglied der Geschäftsleitung CSS, am VVG-Forum 2026 in Zürich auf den Punkt.

«Die Patientinnen und Patienten der Zukunft sind multimorbid. Bislang stiessen sie auf ein unübersichtliches, fragmentiertes Angebot. Ausserdem ist zu beachten, dass der medizinische Innovationszyklus immer kürzer wird und die demografische Entwicklung den Therapiebedarf erhöht. Daher sind Zusatzversicherungsprodukte, die heute mehrheitlich sektorspezifisch (ambulant, alternativ, stationär) ausgestaltet sind, umzugestalten.»

Sanjay Singh fordert deshalb, dass Mehr- und Zusatzleistungen kohärent über den gesamten Behandlungspfad definiert werden: «Der erste Fokus ist auf nicht-stationäre Mehr- und Zusatzleistungen zu legen (Prävention, ambulante Versorgung, @home, digital)». Ein zweiter Fokus liege auf Services wie Zugangssicherung, Orientierung und individueller Unterstützung während der gesamten Behandlung. Bestehende Zusatzversicherungsprodukte müssten modernisiert werden und neue Produkte seien sektorübergreifend aufzubauen, so Singh. «In den Versicherungsbedingungen sind Flexibilität beziehungsweise Anpassungsmöglichkeiten einzubauen sowie Lösungen für Kundinnen und Kunden mit erhöhten Risiken vorzusehen, um neue Zielgruppen zu erreichen.»

Mehrleistungen mit klarem Mehrwert: umfassender personalisierter Schutz

Die Zusatzversicherungen Livo passen sich den Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung an. Die CSS hat diese Produktlinie im Jahr 2025 lanciert und ermöglicht Kundinnen und Kunden





Realisierte Innovationen (v.l.n.r.): Alex Friedl machte deutlich, wie Patientenwünsche im VVG umzusetzen sind, Thomas Huggler präsentierte den Innovationsgeist des Balgrists und die beiden Kardiologen Prof. Dr. Christophe Wyss und Dr. André Roos gingen auf diese wichtige Indikation näher ein.

dadurch den Zugang zu neuen umfassenden Angeboten. Livo Smart umfasst ambulante und alternativmedizinische Angebote zugleich, beispielsweise für mentale Gesundheit, digitale Begleitung und Coaching, Hilfsmittel und Medizinprodukte. Stationäre Angebote sind in kleinem Umfang enthalten. Livo Top fokussiert zusätzlich auf innovative Behandlungen und neue Versorgungsformen wie medizinische Genanalysen zur Bestimmung der Pharmakogenetik, Fruchtbarkeitstracker, HIV-Selbsttests oder Beratungsleistungen in der Apotheke. Im stationären Setting dominieren ärztliche Wahlfreiheit und erhöhter Komfort mit umfassenderen Leistungen im Vergleich zu Livo Smart. Neben Smart und Top werden VVG-Bausteine für Notfälle und Prävention angeboten.

Für Sanjay Singh ist es ein besonderes Anliegen, Zusatzversicherungen gerade im wachsenden ambulanten Bereich attraktiv zu gestalten: «Hier entscheidet sich die Zukunft des VVG.» Deshalb werden bestehende Produkte laufend um neue, bedürfnisorientierte Leistungen erweitert. Aktu-

ell stehen präventiven Angeboten wie beispielsweise Genanalysen, Selbsttests oder dem Herztest Cardio Explore im Vordergrund. Hinzu kommen digitale Angebote für mentale Gesundheit wie HelloBetter, Mindable Health und YLAH, sowie Coachings in den Bereichen kardiale Rehabilitation, Gesundheitsförderung und Ernährungsberatung, etwa von Noon oder eBalance.

Mit femfeel, Evela Health und FEMNA Care wird das Angebot künftig um innovative Programme für Frauengesundheit erweitert. Diese Angebote richten sich an Frauen mit zyklusassoziierten Beschwerden wie Endometriose, PCOS, PMS oder Regelschmerzen. Das Portfolio umfasst die optimierte Therapiebegleitung durch den Zugang zu leitliniengerechter Wissensvermittlung inklusive neuester Forschungserkenntnisse. Ergänzt wird das Angebot durch Videos, Workbooks, Audios, Masterclasses mit praxisnahem Fachwissen von Expertinnen und Experten aus Psychologie, Therapie und Gynäkologie sowie ein umfassendes Symptomtracking.

Die Pharma spielt ebenfalls eine wichtige Rolle

Das unterstrich Dr. med. Katharina Gasser, General Manager Roche Pharma Switzerland, in ihrem Beitrag «Innovationen finanzieren bevor die OKP greift – Pharma, Medtech und die Zusatzversicherung». Sie betonte: «Innovative Medikamente sind keine Kostentreiber.» Sie machen lediglich 8.3% der OKP-Gesamtkosten aus, während die Anteile traditioneller Arzneimittel 7.6% und Vertriebskosten 6.0% betragen. In der Schweiz bestehe bedauerlicherweise ein Engpass bei der Zulassung innovativer Medikamente; während diese in Deutschland zu 93% versicherungstechnisch frei verfügbar sind, schneiden wir hierzulande deutlich schlechter ab: 50% ganz und 27% teilweise verfügbar. Zulassungsmässig steht Art. 71 KVV im Zentrum. Darin geht es um die Vergütung innovativer Medikamente. Sofern die Voraussetzungen dazu erfüllt sind, kann die OKP ein Arzneimittel im Einzelfall vergüten, obwohl es nicht auf der Spezialitätenliste (SL) aufgeführt ist.

«Art. 71 KVV ist jedoch kein Ersatz für den früher üblicheren Weg über die SL, weil dieses Vorgehen der Einzeltarifvergütung viel Bürokratie und hohe Abschläge zur Folge hat.» Ausserdem dominiere eine ungünstige Grosswetterlage: «Unser System ist in Schieflage geraten: Tarifverhandlungen finden ohne die Pharma statt, Preisfestsetzungen erfolgen nur unter Kostenbetrachtung, die Umsetzung des Kostendämpfungspakets 2 und der KVV-Revision ohne Berücksichtigung der Pharma-Vorschläge beeinträchtigt die Wettbewerbsfähigkeit. Dazu kommt der Druck aufgrund des US-Referenzpreissystems, höhere Zölle, des belasteten Verhältnisses EU/CH, fehlender Fortschritte in der Digitalisierung sowie Innovations-schädlicher Umsetzungen über Fallpauschalen und eine veraltete Preisfestsetzung.»

Die aktuelle Situation erfordere neue Lösungen, was auch eine Chance für die Zusatzversicherungen darstelle. Es gehe um die Sicherung von Innovationen, eine nötige Entlastung der OKP, flexible



Anpassungen, einen breiten Zugang und eine beschleunigte zeitliche Umsetzung bei Bewilligungen zur Einführung innovativer Arzneimittel.

MedTech-Innovationen fördern

«Das VVG kann aus der Sicht der MedTech-Industrie ein Innovationsmotor sein», stellte Nora Schweizer, PhD, Health Economics and Market Access Lead Schweiz von Johnson & Johnson, fest, «es ist eine Frage des Integrals der Qualität über die Zeit.» – Wie bedeutend die Schweizer MedTech-Branche ist, zeigen folgende Zahlen: 500 000 Produkte, über 71 000 Beschäftigte, 12 % des Umsatzes für Forschung und Entwicklung. Das ist die Basis für zahlreiche innovative Weiterentwicklungen.

Diese seien allerdings in der Tarifstruktur ungenügend abgebildet, namentlich der Materialanteil sei zu 22 % unterfinanziert. Auch sei aufzuräumen mit dem Vorurteil, dass MedTech ein Kostentreiber sei. Gerade das Gegenteil sei wahr, betonte Schweizer, denn beispielsweise in der Orthopädie würden durch innovative Produkte die Fallkosten sinken. Insgesamt gelangt dieses Phänomen auch dadurch zum Ausdruck, dass der Anteil der MedTech-Kosten am OKP-Total seit 2015 von 9 % auf heute 8 % gesunken ist. Die Referentin bedauerte denn auch die fehlende Würdigung der dank MedTech verbesserten Ergebnisqualität: «Die OKP-Tarifstrukturen gefährden den Zugang zu Innovationen und Qualität.»

Daher sei ein Paradigmenwechsel angezeigt. Schweizer plädierte für zwei Schritte innerhalb eines Frameworks für die gestaffelte Einführung von MedTech-Innovationen:

- Phase 1: Kontrollierte Einführung im VVG, begrenzt auf spezialisierte Zentren unter Wahrung von best practices, Einbettung in Patienten Journeys und strukturierte Datenerhebung
- Phase 2: Skalierung und OKP-Transfer mittels Evidenz-basierter Implementierungs-Standards und Wirtschaftlichkeitsnachweis (Systemnutzen) sowie Gewährung einer Mehrwert-basierten Vergütung

Die Chancen für Krankenversicherer bestünden dabei in einer höheren Kundenbindung dank optimierter Policen und diejenigen der Patienten in erfahrener Mehrleistung, effektiverer Behandlungspfade und höchster Ergebnisqualität.

Zugang zu innovativen Medikamenten im VVG sichern

«Medikamente sind ein grosser Innovationstreiber im Gesundheitswesen. Die Kosten für Medikamente werden voraussichtlich weiterhin über-



proportional steigen. Teure chronische Therapien, Fettwegspritzen, Zell- und Gentherapien sind Kostentreiber», machte Alex Friedl, Leiter Bereich Leistungen Sanitas, eine Auslegeordnung. «Im Bereich der Medikamente werden in den nächsten Jahren viele wichtige Innovationen auf den Markt kommen. Der Grossteil der Medikamentenkosten werden über die OKP finanziert (>98 %). Aktuell werden nur knapp 1 bis 2 % der Kosten bei der Sanitas durch die ambulanten Zusatzversicherungen gedeckt.

10–15 % der Kostengutsprache gesuche für Medikamente werden heute noch abgelehnt. Die Ablehnungsgründe sind insbesondere: SL nicht erfüllt, Behandlungsalternativen, im Ausland nicht zugelassen, kein erwiesener grosser Nutzen sowie ungenügende Wirtschaftlichkeit. Das zeigt eindeutig VVG-Potenzial.» – Die heutigen ambulanten VVG-Produkte können die Vergütungsprobleme im Bereich der Medikamente

nicht lösen. Die Produkte sind gedacht, kleinere Präparate über die Grundversicherung hinaus zu vergüten. Sie sind häufig betraglich limitiert im Bereich von 1000 Franken. Eine innovative Therapie bei einer schweren Erkrankung kann jedoch schnell weit über 100 000 Franken kosten. Solche Beträge sprengen den Rahmen bei weitem, für welche diese Produkte gebaut wurden.

Friedl ging auch auf die Auswirkungen der US-Regulierung auf die OKP ein: «Immer mehr Produkte werden deshalb nicht mehr auf die SL gelangen. Das bedeutet eine Zunahme der Vergütung von Medikamenten über Art. 71 KVV. Die Schweiz wird deshalb nicht mehr zu den ersten Ländern für innovative Therapien gehören. Mittelfristig erwarten wir mehr Arzneimittel, die nur eine Swissmedic-Zulassung aufweisen, ohne SL-Aufnahme, sowie vermehrt nur im Ausland verfügbare innovative Therapien für schwere Erkrankungen.»





Mehr Phantasie für Mehrleistungen im ambulanten Bereich

Operationen finden zunehmend ambulant statt. Dadurch entfallen die Leistungen klassischer stationärer Spitalversicherungen. Die ambulanten VVG-Produkte wie z.B. Hospital Day Comfort von Sanitas oder Primeo von Helsana sind innovative Produkte, um den Patienten Premiummedizin bei ambulanten Eingriffen zu bieten. Das Problem dieser Produkte ist jedoch, dass diese Mehrwerte bei Leistungserbringern und Patienten zu wenig bekannt sind. Dies führt dazu, dass das Produkt zu wenig genutzt und auch zu wenig verkauft wird. Deshalb bleiben diese Produkte ein Nischenprodukt und schaffen nicht die notwendige Breite im Gesundheitswesen zu erreichen. Deshalb braucht es das gemeinsame Verständnis zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern.

Entsprechend schloss der Routinier mit seinen Handlungsempfehlungen: «Wir brauchen eine klare Definition durch die Leistungserbringer, was die OKP an Medizinalprodukten beinhaltet und was einen Mehrwert darstellt. Leistungserbringer, MedTech-/Pharmaindustrie und Kostenträger müssen ein gemeinsames Verständnis für das künftige VVG-Geschäft entwickeln. Es braucht neue Produkte, welche modular auf die Kundenbedürfnisse und flexibel auf künftige Entwicklungen angepasst werden können. Innovative Produkte erfordern auch eine neue Art der Kooperation zwischen den Leistungserbringern und über die Sektorgrenzen hinaus. Schliesslich sind neue technische Konzepte zur Versicherung zukünftiger Innovationen im Bereich von Medikamenten, personalisierter Medizin, Medizinalprodukten und digitaler Angebote nötig.»

Innovationen meist schneller als OKP

«Innovation läuft heute oft schneller als die Logik der Regelversorgung ab», bedauerte Thomas

Huggler, Operativer Spitaldirektor Universitätsklinik Balgrist. «Wenn Tarifierungen die Einführung bremsen, braucht es eine Brücke auf Zeit. Die Zusatzversicherung kann diese Brücke bilden – patientenzentriert, partnerschaftlich und mit grosser Wirkung.»

Innovative OP-Techniken könnten bedeutende Vorteile bieten. Huggler verwies dabei auf den Mehrwert endoskopischer, minimalinvasiver Eingriffe, welche die Versorgungsqualität erhöhen: «Innovative Verfahren reduzieren Invasivität, Schmerzen und Aufenthaltsdauer. Für ihre Einführung braucht es Know-how, Infrastruktur und organisatorische Umstellung. Aber die Entwicklung ist gebremst durch Fehlanreize in den bestehenden Tarifsyste men. Was medizinisch und systemisch sinnvoll ist, ist für den Leistungserbringer nicht automatisch attraktiv. Die Verkürzung der Verweildauer kann den heutigen Deckungsbeitrag unter Druck setzen. Damit entsteht ein Fehlanreiz: Beschleunigung wird gebremst, obwohl Patienten und System davon profitieren würden.

Eine Zusatzversicherung kann jedoch einen frühen Zugang und eine echte Wahlmöglichkeit bedeuten. Sie überbrückt Fehlanreize, bis sich neue Verfahren in Versorgung und Vergütung breiter etabliert haben. Entscheidend ist der Übergangscharakter: klar begrenzt, transparent und wirkungsorientiert. Worauf es ankommt, sind eine klare medizinische Indikation und Outcome-Verbesserung, eine befristete Unterstützung und partnerschaftliche Governance. Nicht jede Innovation eignet sich für dieses Modell. Entscheidend sind Transparenz, medizinische Plausibilität und nachvollziehbare Wirkung.»

Mutig umsetzen – Chancen ergreifen

Innovatives Vorgehen ist naturgemäss bei komplexen Leistungen entscheidend. Konzepte bei

ambulanten kardiologischen Prozeduren zeigten Prof. Dr. med. Christophe Wyss, FMH Kardiologie, Präsident, und Prof. Dr. med. Jan Steffel, FMH Kardiologie/Innere Medizin, Mitglied der Tariffkommission der Schweiz. Gesellschaft für Kardiologie. Sie orteten als Kernproblem angesichts zunehmender Ambulantisierung, dass gleiche Eingriffe je nach Setting unterschiedlich vergütet werden – für Spital und Ärzte. Beim ärztlichen Honorar bestehen ambulante Pauschalen ohne Zusatzentgelt für VVG-Patienten. Das löse Fehlanreize aus und es bestehe kein Anreiz zu ambulanten Behandlungen, weder für Spitäler noch für Ärzte. Weil keine Settingparität bestehe, sei eine unbefriedigende Situation gegeben: gleicher Eingriff – ungleiche Vergütung. Für Abhilfe sorgen soll daher die Evaluation eines VVG-Hybridtarifs für die interventionelle Kardiologie, begleitet durch die Universität Luzern, mit dem Titel «Förderung der Ambulantisierung durch ein innovatives VVG-Vergütungsmodell». Mit an Bord sind auch die Zusatzversicherer Helsana, Swica, CSS und Sanitas.

Die Referenten unterstrichen: «Innovative VVG-Konzepte sind sehr gut für alle, weil sie solidarisch wirken und grossem Mehrwert im VVG stiften. Sie vermindern Fehlanreize, ermöglichen Optimierungen und sind überfällig für das ambulante Setting. Das Resultat sind Vorteile für alle Stakeholder: Die Patienten gewinnen die Möglichkeit für ambulante Mehrleistungen, die Spitäler profitieren gleichermassen, die Ärzte erhalten eine faire Vergütung für ambulante ärztliche Mehrleistungen und die Zusatzversicherungen profilieren sich dank gezielter Einführung echter VVG-Produkte im ambulanten Setting.»

Bilder: Peter Brandenberger – www.im-licht.ch

Weitere Informationen

www.medicongress.ch

