

# Das Mehrleistungsframework von SW!SS REHA

## 8. Swiss Reha-Forum 2024



Willy Oggier und Serge Reichlin

# Warum ein Mehrleistungsmodell von SW!SS REHA?

- SW!SS REHA bekennt sich zum schweizerischen Versicherungssystem mit einer sozialen Krankenversicherung und **ergänzenden Zusatzversicherungen**.
- SW!SS REHA bekennt sich zur spezialisierten Rehabilitation für alle und gleichzeitig zur **Leistungsdifferenzierung** zwischen Grund- und Zusatzversicherungen. Es ist daher zu beschreiben, welche Mehrleistungen denkbar sind und daher angeboten werden sollten.  
-> Erfordernis der Definition von Mehrleistungen
- Für das Verständnis von Mehrleistungen in der Rehabilitation ist es essenziell zu verstehen, wo die **Unterschiede zur Somatik und/oder Psychiatrie** liegen.
- Daher kann auch das bisher existierende und in der Anwendung umstrittene **Branchen-Mehrleistungsmodell** aus der Akutsomatik des Schweizerischen Versicherungsverbands (SVV) nicht telquel übernommen werden.

# Was soll das Mehrleistungsmodell, was nicht?

- **Auslegeordnung** möglicher Mehrleistungs-Elemente aufzuzeigen, die von den Kliniken ausgewählt, frei kombiniert und weiterentwickelt werden können.
- Modell ist **weder abschliessend noch vollständig** zu erfüllen.
- Die Mehrleistungen sollen somit **klinikindividuell** bottom-up entwickelt werden. Aus diesem Grund wird auch auf die Definition eines Standard-Pakets der obligatorischen Krankenversicherung verzichtet.
- Diskussionsgrundlage auch zu **zukünftigen Entwicklungen** wie z. B. Überlegungen zu beleg-/konsiliarärztlichen Elementen, zu Vertragsspitalern und zu ambulanten und digitalen Mehrleistungen.
- SW!SS REHA beteiligt sich nicht an Tarifverhandlungen im VVG-Bereich.
- Aus Wettbewerbsgründen entziehen sich die einzelnen Mehrleistungsmodule der Preissetzung oder Preisempfehlungen.



# Mehrleistungen von Zusatzversicherungen systemisch verorten

- **Unterversorgung** ist in der Schweiz für essenzielle medizinische Leistungen **nicht akzeptabel**.
- Rehabilitationsleistungen sorgen für berufliche und soziale **Wiedereingliederung** und leisten einen Beitrag, unnötige oder verfrühte **Pflegeheimeintritte** zu **vermeiden**.
- **Standard-Versorgung** stellt wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche dar (Art. 32 Abs. 1 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)).
- Über die Standard-Versorgung hinausgehende **Premium-Versorgung** ist durch freiwillige Zusatzversicherungen oder durch Selbstzahlung zu decken.
- **Übersorgung** ist durch unnötige, eventuell gar schädliche Leistungen oder unnötige Doppeluntersuchungen gekennzeichnet und damit als volkswirtschaftlich ineffizient zu bewerten.

# Zusatz- versus Mehrleistungen

- **Zusatzleistungen** zeichnen sich dadurch aus, dass sie gänzlich losgelöst von den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sind.
- **Mehrleistungen** sind mit den Leistungen der OKP verbunden. Charakteristisch ist, dass sie von in der OKP zugelassenen Leistungserbringern erbracht werden und über den Leistungsumfang der OKP hinausgehen.
- Mehrleistungen sind **klar definiert** und werden von den KVG-Leistungen getrennt in Rechnung gestellt.



# Arten von Mehrleistungsverträgen

- **Vollkostenvertrag:** Vom gesamten Vergütungsanspruch gemäss Zusatzversicherungsvertrag wird der OKP-Anteil vom Spital in Abzug gebracht. Der Restbetrag gilt als Anspruch gegenüber der Zusatzversicherung und wird von dieser vergütet. Es erfolgt keine weitere Differenzierung («Top down Vertrag»).
- **Mehrleistungsvertrag nach bisheriger Praxis:** Insbesondere wenn Beleg- und/ oder Konsiliarärztinnen und -ärzte am Spital tätig sind, wird zwischen der Vergütung des Spitals (Unterkunft, Pflege) und der ärztlichen Leistung unterschieden. Bezogen auf die Unterkunft/das Spital wird in den Rechnungen nur die Mehrleistung gemäss VVG aufgeführt und in der Folge auch kein OKP-Anteil in Abzug gebracht. Bei der ärztlichen Leistung erfolgt in der Praxis die Verrechnung der gesamten ärztlichen Leistung (also ohne Abgrenzung zwischen OKP- und echter Mehrleistung).
- **Echtes Mehrleistungs-Modell:** Mehrleistungen werden im Voraus definiert, von den Pflichtleistungen in der OKP abgegrenzt und mit einem Preis versehen, der vertraglich vereinbart wird.

# Anforderungen an Mehrleistungs-Konzepte

- **Mehrleistungen** haben sich ausgehend von einer klaren **Definition der «Absprungkante»** des Krankenversicherungs-Gesetzes zu entwickeln.
- Weder eine reine Struktur- und Prozess- noch eine alleinige Input-Output-Betrachtung reichen aus, um Gesundheitsleistungen valide und zuverlässig zu bewerten, weil es sich bei Gesundheitsgütern, vor allem bei ärztlichen und klinischen Mehrleistungen, oft um **Vertrauensgüter** handelt. Vertrauen ist im Gesundheitswesen eine Qualität an sich.
- Spitalleistungen stellen somit ein **komplexes Güterbündel** dar. Das Güterbündel ist jeweils auf die Erkrankung (Erkrankungsart, -häufigkeit und -schwere) des Patienten oder der Patientin zugeschnitten oder zusammengestellt.
- Berücksichtigt werden sollte auch, dass Gesundheitsgüter **Optionscharakter** aufweisen können. Auch wenn ein Individuum kein Spitalbett nachfragt, weil es aktuell nicht krank ist, wird es sich in der Regel nicht gegen die Vorhaltung von Spitalbetten stellen, um bei Eintreten des Krankheitsfalls über die Option Spitalbett verfügen zu können.



# Grundsätze für Mehrleistungen in der Rehabilitation

- Rehabilitation hat in der Schweiz **Spital-Status**. Was für Akutspitäler gilt, gilt analog auch für die Rehabilitation.
- Die **Aufenthaltsdauern** in der Rehabilitation sind länger als in der Akutsomatik. Bestimmte Mehrleistungs-Komponenten verdienen daher bei längerer Aufenthaltsdauer auch mehr Beachtung, weil sie zeitlich länger wirken können.
- Der Rehabilitationserfolg hängt neben der Rehabilitationsfähigkeit der Patientinnen und Patienten wesentlich davon ab, wie weit diese selbst bei der Rehabilitation bereit sind mitzumachen. Diese **Mitwirkung** ist **entscheidend für den Rehabilitationserfolg**.
- Im Rahmen der Grundversicherung ist – im Gegensatz zur Akutsomatik und zur Psychiatrie – für stationäre Rehabilitationsbehandlungen vorgängig immer eine **Kostengutsprache** einzuholen.



**Sport**

Märchenhaft und doch real

**hier + heute**

Lobbyist, Mitarbeiterin, ehemals...  
Wer lässt wen ins Bundesthaus?



Altehet

# Mögliche Dimensionen konkreter Mehrleistungskomponenten

- **Freie Wahl** der Leistungserbringenden, auch für jene, die gemäss KVG nur im ärztlichen Auftrag oder auf ärztliche Anordnung tätig werden.
- **Fallführung** durch die gewählte Ärztin oder den gewählten Arzt
- «**Über-Qualifikation**» der behandelnden Leistungserbringenden, nicht nur qualitative Dimensionen (z.B. über den sogenannten Skill-Grade-Mix), sondern auch quantitativer Natur (z.B. «Nurse to Patient-Ratio»)
- Hochspezialisiertes, auf die einzelne Patientin oder den einzelnen Patienten **individualisiertes und personalisiertes Angebot** (z.B. bzgl. des Verhältnisses Einzel- zu Gruppentherapien, speziellen Anleitungen bei Austritt)
- Soweit medizinisch sinnvoll und möglich, grösseres **Mitbestimmungsrecht** bei der Wahl der Behandlungsmethode durch die federführenden Ärztinnen und Ärzte.
- Vermehrte **zeitliche Verfügbarkeit** von Ärztin und Arzt als besonders wichtigen Mehrwert
- **Durchgängige Behandlung und Betreuung** durch gewählten Arzt/gewählte Ärztin und/oder Pflegefachperson oder durch eine möglichst gleichwertige Stellvertretung
- Deckung für **Nicht-KVG-Pflichtleistungen** (welche eigentlich keine Mehr-, sondern Zusatzleistungen darstellen, z.B. bei Medikamenten)



# Beispiele für mögliche Leistungskomponenten I

- **Zuweisungs-, nicht Zufalls-Prinzip:** Ein reiner Preisvergleich unter Kliniken für Halbprivat- oder Privatversicherte setzt eine auf dem Zufallsprinzip basierende Normalverteilung der Patientenströme voraus. Gerade bei Zusatzversicherungen, wo sich Versicherte höhere Wahlfreiheits-Grade erwerben, wollen sie von einem ganz bestimmten Arzt oder von einer Ärztin und in einem ganz bestimmten Spital behandelt werden.
- **Schneller Zugang/Wahlfreiheit bei den Terminen:** Rasche Verfügbarkeit der persönlich gewählten Ärztinnen und Ärzte oder Kliniken – auch im Notfall – ist eine Mehrleistung an sich.
- **Qualitative Unterschiede in der Patientenzufriedenheit:** Die Output-/Outcome-Sicht ist stärker zu gewichten, etwa die Patientenzufriedenheit als solche im Sinne der Dienstleistungsqualität separat zu erfassen, weil diese sonst (zu) wenig abgedeckt ist.
- **Qualitätsunterschiede im Medical Outcome:** Überdurchschnittliche Qualität im Vergleich zur für das KVG geforderten hohen, aber Standard-Qualität als Mehrwert abbilden.

## Beispiele für mögliche Leistungskomponenten II

- **Vorhalteleistungen:** Vorhalteleistungen sind ein Optionsgut. Die Zusatzversicherten möchten beispielweise eine bestimmte, klar dokumentierte Betten-Vorhaltung auf dem Niveau, für das sie als Zusatzversicherte über einen Mehrleistungs-Anspruch verfügen. Vorhalteleistungen sind betriebswirtschaftlich anspruchsvoll in ihrer Organisation. Deren Sicherstellung dürfte angesichts des zu erwartenden weiter steigenden stationären Rehabilitationsbedarfs auch in Zukunft eine besondere Herausforderung darstellen. Ohne angemessene Entschädigung dürfte daher ein solches Angebot nicht aufrechterhalten werden können.
- **First Mover/Innovation (Produktinnovation):** Einerseits gilt es hier, Produkt-, Dienstleistungs-, Organisations- und Marketing-Innovationen zu unterscheiden und andererseits bei Vorhandensein dokumentiert nachzuweisen.

## Beispiele für mögliche Leistungskomponenten III

- **Renommierter Unternehmens-Brand als Premium-Marke:** Die Reputation kann beim Vertrauensgut Gesundheit positive Effekte zeitigen und auch einen Beitrag zur Kosteneindämmung leisten, weil die Patientinnen und Patienten als Folge der Reputation weniger Zweitmeinungen einholen, eine positivere Haltung gegenüber der Behandlung entwickeln, dadurch unter Umständen auch positive Placebo-Effekte entstehen können.
- **Innovationsfähigkeit (Prozessinnovation):** In der Regel berücksichtigen Bewertungsmodelle – wenn überhaupt – vor allem Innovationen im ärztlichen Bereich, allenfalls noch bei den Medizinprodukten. Die Zukunft des Gesundheitswesens ist vor allem in der Interdisziplinarität und in der Interprofessionalität zu orten. Für zusatzversicherte Patientinnen und Patienten können hier Mehrwerte durch eigene Gefässe des Austauschs (z.B. durch digitale Anwendungen) oder des Austauschs unter im Verhältnis zu den ausschliesslich grundversicherten Fallkonstellationen erfahreneren Mit-arbeitenden (beispielsweise in speziellen analogen oder digitalen Therapieboards, analog zu den in der Onkologie bewährten qualifizierten Tumorboards) geschaffen werden.

# Beispiele für mögliche Leistungskomponenten IV

- **Leistungsversorgung in strukturierter Kooperation:** Zusätzlich qualitätssteigernde Effekte können dadurch entstehen, dass sich Spitäler in einer Gruppe untereinander austauschen, vergleichen und von den Besseren lernen. Diese Verbünde können wirtschaftlich voneinander unabhängig oder wirtschaftlich miteinander verbunden sein.  
Oft erfolgt der Eintritt in eine stationäre Rehabilitation direkt im Anschluss an einen stationären somatischen Akutaufenthalt. Im Sinne einer integrierten Versorgung für Zusatzversicherte stellt die Aufrechterhaltung des gleich hohen Mehrleistungs-Standards wie im somatischen Akutspital an der oftmals auch medizinisch herausfordernden Schnittstelle zur Rehabilitation eine besondere Mehrleistung dar. Ein nahtloser, schneller, schlanker Patientenprozess ohne Wartezeiten auf ein Rehabilitationsbett kann einen Mehrwert für die Patientinnen und Patienten darstellen.
- **Integriertes Qualitäts-Netzwerk:** Einerseits kann eine Unterscheidung gemacht werden, ob überhaupt ein integriertes Qualitäts-Netzwerk angeboten wird oder nicht. Andererseits kann die Differenzierung auch über die Anzahl und die Erfahrungswerte der in den Netzwerken tätigen Gesundheitsfachleute realisiert werden.



# Beispiele für mögliche Leistungskomponenten V

- **Überdurchschnittliche Grundqualität OKP-Patientinnen und -Patienten:** Wenn eine Klinik bereits bei der Behandlung der ausschliesslich grundversicherten Patientinnen und Patienten über eine überdurchschnittliche Qualität verfügt, sollte daraus nicht eine Erschwernis bei der Definition der Mehrleistungen im Bewertungsmodell entstehen, sondern diese höhere Ausgangsbasis als Mehrleistungs-Kriterium überall dort anerkannt werden, wo von dieser erhöhten Qualitäts-Basis auch die Zusatzversicherten Patientinnen und Patienten einen Nutzen ziehen.
- **Gesamtzahl an Mehrleistungen:** Ein grösseres, in sich abgestimmtes Mehrwert-Angebot kann einen Wert an sich darstellen und daher zusätzlich gewichtet werden, weil damit ein kompakteres Angebot und mehr Wahlmöglichkeiten für die Zusatzversicherten geschaffen werden können.
- **Vertragsspitäler:** Der Status des Vertragsspitals ist ein Differenzierungsmerkmal an sich, weil Zusatzversicherte Patientinnen und Patienten in einem solchen Spital die Gewissheit haben können, dass sie ausschliesslich unter sich oder unter Selbstzahlenden und sich sind.

## Beispiele für mögliche Leistungskomponenten VI

- **Zuwendung:** Ausgangspunkt dieser Komponente bildet der Umstand, dass die Behandlungsqualität in den Spitälern – wie in anderen Dienstleistungsbereichen auch – entscheidend von der Zuwendung und damit von den jeweiligen menschlichen Dienstleistungen abhängt. Operationalisiert werden könnte ein solcher Zuwendungsindex beispielsweise durch einen entsprechend höheren Personaleinsatz-Schlüssel oder Skill-Grade-Mix.
- **Single Invoice:** Für die Versicherer reduziert sich der Verwaltungsaufwand, der Aufwand entsteht auf der Spitalseite. Mit einer einzigen Rechnung von Seiten der Leistungserbringenden steigt in der Regel auch für Versicherte und Versicherer die Transparenz, was ebenfalls als Mehrwert taxiert werden kann.
- **Nahtlose Gestaltung der Versorgung:** Von der integrierten Versorgung zu unterscheiden ist die nahtlose Versorgung. Dabei handelt es sich weniger um Mehrleistungen als in der Regel um Zusatzleistungen durch Nicht-Pflichtleistungen wie etwa «medical devices» oder telemedizinische Zusatzangebote, die vor und/oder nach dem stationären Rehabilitationsaufenthalt zur Verfügung stehen.



## Beispiele für mögliche Leistungskomponenten VII

- **Unterschiedliche Kostengutspracheverfahren:** Eine Differenzierung zwischen dem nach KVG geforderten Kostengutsprache-Verfahren für eine stationäre Rehabilitation und jenem für Zusatzversicherte. So könnte etwa die Einreichungs- oder Bearbeitungszeit für Kostengutsprache gesuche bei Zusatzversicherten kürzer ausfallen als für entsprechende Verfahren in der alleinigen OKP-Deckung, wenn die Versicherten die Grund- und Zusatzversicherung beim gleichen Versicherer besitzen. In diesem Fall wäre die schnellere Kostengutsprache aus der Zusatzversicherung auch für die Grundversicherung zu veranlassen.
- **Unterschiedliche Infrastruktur-Leistungen:** Bei längeren Aufenthaltszeiten spielen Fragen der Infrastruktur eine wichtigere Rolle für das Wohlbefinden. Rehabilitations-Patientinnen und -Patienten befinden sich in der Regel mehrere Wochen für eine stationäre Behandlung in einer Klinik. Gerade da kann eine besondere Infrastruktur (beispielsweise geprägt durch grössere Räume, spezielle Licht- und/ oder Farbkonzepte) ein Differenzierungsmerkmal darstellen, das sich positiv auf den Genesungsverlauf auswirken kann.

## Beispiele für mögliche Leistungskomponenten VIII

- **Unterschiedliche Gastronomie-Leistungen:** Mit zunehmendem Genesungsprozess und Erfolg der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung gewinnt in der Regel die Hotellerie im Verhältnis zur anfänglich deutlich wichtigeren medizinischen Leistung relativ an Bedeutung.
- **«Intangible Assets»:** «Intangible Assets» wie etwa klinische Lehre und Forschung können einen Beitrag dazu leisten, schneller zu neueren Erkenntnissen zu gelangen und diese auch in den Klinikalltag zu überführen. Dabei geht es nicht nur um Grundlagenforschung, sondern vor allem um die Transformation.



# Herausforderungen des «Spreadsheet-Ansatzes»

- Medizinische Mehrleistung
- Kohärente Paketbildung
- Koordinierte Dienstleistungen
- Motivation zur Mitwirkung



# Konsequenzen bei Fehlen eines Vertrags zwischen Zusatzversicherung und Leistungserbringern

Wenn die Zusatzversicherung von Versicherten keinen Vertrag mit einem bestimmten Spital hat, kann dies verschiedene Auswirkungen haben:

- **Kostenübernahme:** Die Zusatzversicherung lehnt die Kostenübernahme gänzlich ab oder es wird nur ein fixer Kostenanteil (Höchstbetrag) vergütet. Die versicherte Person muss einen grossen Teil der Kosten selbst tragen, falls sie nicht auf die Mehrleistungen verzichten will.
- **Eingeschränkte Wahlfreiheit:** Falls die Zusatzversicherung eine Beschränkung auf Vertragspartner-Spitäler hat, schränkt dies die Wahlmöglichkeiten der Versicherten bei der Auswahl eines Leistungserbringers unter Umständen (stark) ein. Die versicherte Person muss sich dann für ein anderes, vertragsgebundenes Spital entscheiden.
- **Mehr Formalitäten:** Ohne einen Vertrag mit dem Spital könnten zusätzliche bürokratische Schritte erforderlich sein. Dies könnte zu einem aufwändigeren Prozess führen, um die Kostenübernahme zu klären und entsprechende Formalitäten zu erledigen.

# Verhandlungen mit Zusatzversicherern

- Die Grundversicherung deckt Standardleistungen streng nach WZW gemäss Art. 32. Abs. 1 KVG ab und trägt dazu bei, Unterversorgung zu vermeiden.
- Zusatzversicherungen stellen dagegen Mehrleistungen dar, die auf den am konkreten Standort erbrachten Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung aufbauen. Mehrleistungen sind daher im Vergleich zum Leistungsniveau des entsprechenden Leistungserbringers in der obligatorischen Krankenversicherung zu betrachten.
- 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, sogenannte Kernleistungen (Mindeststandards für Verrechnung) sind sorgfältig und massvoll zu definieren.
- Premium-Leistungen verdienen auch einen Premium-Preis.
- Der entsprechende Preis kommt –unter Berücksichtigung der Angebots- und Nachfragesituation in den entsprechenden Regionen – im Rahmen von Vertragsverhandlungen zustande.
- Der Zusatzversicherungsbereich ist aus der Sicht der Patientinnen und Patienten zu betrachten. Diese Perspektive ist auch bei der Preisbildung zentral.
- Die Preisbildung ist frei, solange die Mehrleistungen klar definiert und gegenüber der sozialen Krankenversicherung abgegrenzt sind.

# Fragen und Diskussion

