

HIRSLANDEN



ST. ANNA IM BAHNHOF

DAS SPITAL OHNE BETTEN? FINANZIERUNG UND VVG - ERLÖSE IM AMBULANTEN ZEITALTER

SASCHA NICOL – GESCHÄFTSFÜHRER HIRSLANDEN ST. ANNA IM BAHNHOF
RVK- FACHTAGUNG KRANKENZUSATZVERSICHERUNG 2026
9. SEPTEMBER 26, GRAND CASINO LUZERN

FINANZIERUNG UND VVG-ERLÖSE IM AMBULANTEN ZEITALTER

**Die Zukunft ist ambulant.
Aber nicht in den Strukturen von gestern.**

Ambulantisierung funktioniert nicht nachhaltig, wenn stationäre Strukturen, Prozesse und Finanzierungslogiken lediglich auf ambulante Patientinnen und Patienten übertragen werden. Es braucht einen grundlegenden Wandel – in der Organisation, in der Finanzierung und im Leistungsversprechen.



RICHTIGE LEISTUNG, RICHTIGE STRUKTUR MEHR EFFIZIENZ

1

Medizinischer Fortschritt

- Moderne Verfahren ermöglichen zunehmend komplexe Eingriffe ohne stationären Aufenthalt

2

Patientennutzen

- Kürzere Aufenthalte, schnellere Rückkehr in das gewohnte Umfeld, weniger Komplikationsrisiken

3

Effizienz

Spezialisierte ambulante Einheiten ermöglichen standardisierte, planbare und ressourcenschonende Patientenpfade.

4

Systemnutzen

- Gezielterer Ressourceneinsatz macht die Gesundheitsversorgung wirtschaftlicher – sofern die richtigen Strukturen vorhanden sind.

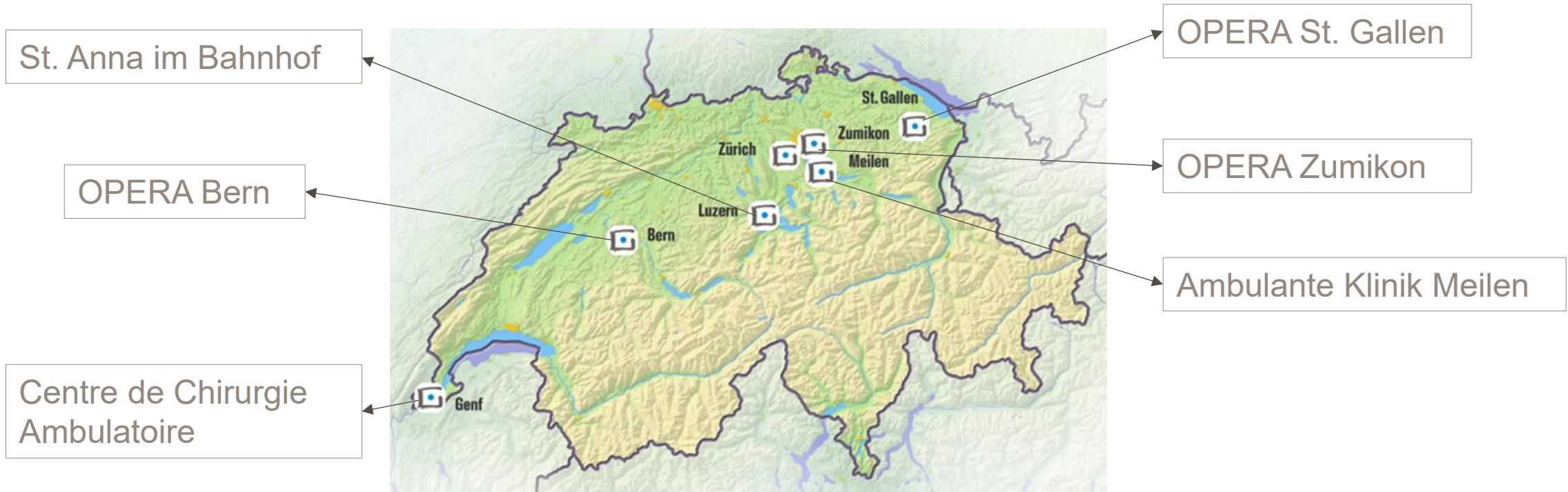
Ambulantisierung ist medizinisch und volkswirtschaftlich sinnvoll – aber kein Selbstläufer. Die Verlagerung muss strukturiert, nachhaltig und mit passenden Finanzierungsmodellen erfolgen.



Ambulantisierung: Ja – aber sinnvoll, strukturiert und nachhaltig finanziert

AMBULANTE VERSORGUNG BRAUCHT EIGENE PLATTFORMEN

Hirslanden investiert konsequent in spezialisierte ambulante Strukturen – als eigenständige Versorgungseinheiten, nicht als Anhängsel stationärer Spitäler.



Strategische Botschaft: Weg von ambulanten Leistungen in stationären Strukturen – hin zu eigenständigen ambulanten Versorgungseinheiten.

SCHLANKER, SCHNELLER, SPEZIALISIERTER

Ambulantes Geschäft in stationären Strukturen kann langfristig nicht wirtschaftlich funktionieren. Der Vergleich zeigt, warum eigenständige ambulante Einheiten eine andere Logik erfordern.

Klassische stationäre Setting

- Hohe Vorhalteleistungen und Betriebskosten
- Komplexe Organisationsstrukturen
- Prozesse ausgerichtet auf stationäre Aufenthalte
- Ambulante Patient*innen in stationäre Abläufe integriert
- Geringe Flexibilität und Planbarkeit

Spezialisierte ambulante Einheit

- Konsequent ambulant ausgerichtete Patientenpfade
- Standardisierte und planbare Prozesse
- Kürzere Durchlaufzeiten, angepasste Infrastruktur
- Interprofessionelle Spezialisierung
- Höhere Prozess- und Ressourceneffizienz

AMBULANTISIERUNG SENKT SYSTEMKOSTEN - ERFORDERT ABER INVESTITIONEN

Es besteht ein strukturelles Spannungsfeld: Leistungserbringer gehen erhebliche Vorleistungen ein, während die Vergütungslogik im ambulanten Bereich dieses Risiko nicht angemessen abbildet.

Hohe Anfangsinvestition

Infrastruktur, Medizintechnik, Digitalisierung und neue Prozesse müssen vorfinanziert werden – bevor der erste Patient bzw. die erste Patientin behandelt wird.

Limitierte Vergütung

Die ambulanten Tarife berücksichtigen die notwendigen Infrastruktur- und Prozesskosten spezialisierter Einheiten bisher unzureichend.

Verzögerter ROI

Fallzahlen entwickeln sich über mehrere Jahre. Der Return on Investment wird spät – und unter heutigen Bedingungen möglicherweise gar nicht erreicht.



Die Einsparung für das Gesamtsystem darf nicht einseitig durch ein höheres Investitionsrisiko der Leistungserbringer finanziert werden.

JAHRELANG ZUSATZVERSICHERT – UND AMBULANT OHNE ERKENNBAREN MEHRWERT?

Eine Patientin bezahlt seit Jahren Prämien für ihre Spitalzusatzversicherung. Ihr Eingriff, früher routinemässig stationär durchgeführt, soll nun ambulant erfolgen – aus medizinischen und regulatorischen Gründen. Im ambulanten Setting sind die versicherten Mehrleistungen jedoch teilweise nicht bekannt, nicht eindeutig definiert oder organisatorisch nicht rechtzeitig verfügbar.

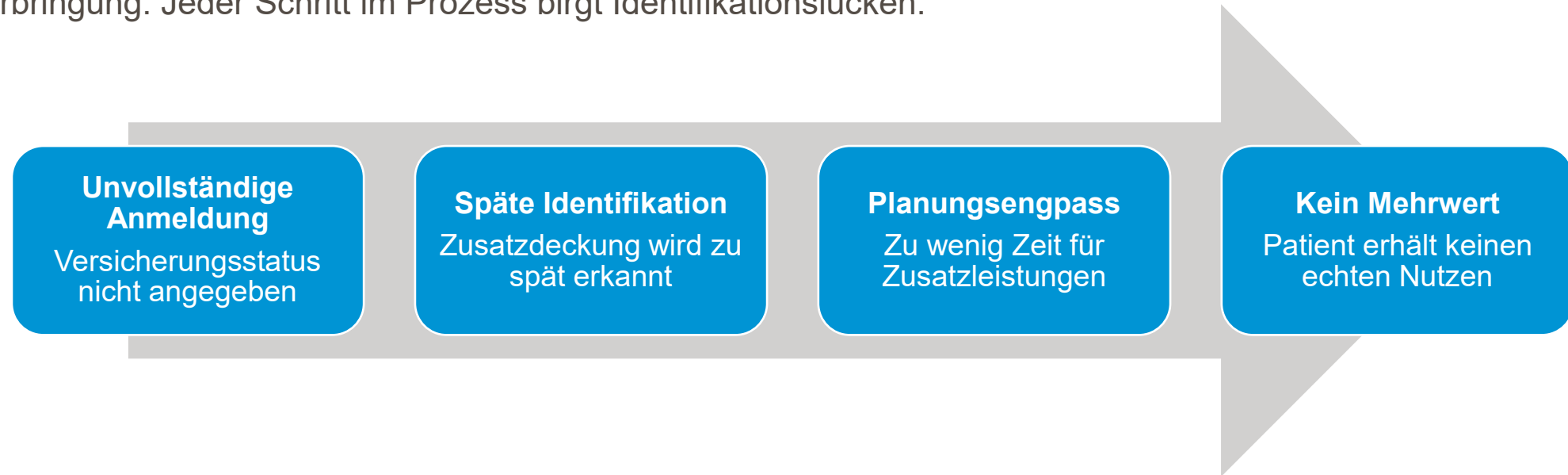
**Zentrale
Frage**

Was geschieht mit dem Leistungsversprechen der Zusatzversicherung, wenn der Spitalaufenthalt wegfällt?

Diese Frage stellen sich Versicherte zu Recht – und sie verdient eine ehrliche, gemeinsame Antwort von Versicherern und Leistungserbringern.

DAS PROBLEM BEGINNT VOR DEM EINTRITT

Die heutige operative Realität im ambulanten VVG ist geprägt von strukturellen Brüchen – von der Anmeldung bis zur Leistungserbringung. Jeder Schritt im Prozess birgt Identifikationslücken.



Arztpraxen differenzieren bei der Anmeldung häufig nicht zwischen grund- und zusatzversicherten Patientinnen und Patienten. Sind Grund- und Zusatzversicherung bei unterschiedlichen Versicherern abgeschlossen, ist eine zuverlässige Identifikation besonders anspruchsvoll. Geringe Fallzahlen verhindern stabile, standardisierte und wirtschaftliche VVG-Prozesse.



Eine Zusatzleistung kann nur erbracht werden, wenn der Leistungserbringer den Versichertenstatus und den konkreten Leistungsanspruch frühzeitig kennt.

KOMPLEXE PROZESSE FÜR ZU WENIGE IDENTIFIZIERTE FÄLLE



Das heutige ambulante VVG leidet unter einem strukturellen Missverhältnis: Der Prozessaufwand ist hoch, die Zahl effektiv steuerbarer Fälle bleibt gering. Solange jeder Versicherer, jedes Produkt und jede Leistung anders funktionieren, lässt sich ambulantes VVG kaum skalieren.

Dies ist keine Schuldzuweisung an einzelne Akteure – es ist eine gemeinsame systemische Herausforderung, die Versicherer und Leistungserbringer gleichermaßen betrifft und nur gemeinsam gelöst werden kann.

ZUKUNFT DER ZUSATZVERSICHERUNG

FOKUS: MEHRLEISTUNGEN IM AMBULANTEN BEREICH

GRUNDSATZ

Auch im ambulanten Bereich dürfen Mehrleistungen verrechnet werden – **bei klarer Differenzierung zwischen OKP-Standardangebot und Mehrleistungen**. Ob in einer ambulanten Einrichtung eine echte Mehrleistung vorliegt, bemisst sich demzufolge nicht an einem allgemeinen Leistungsstandard, sondern am **Standard der betreffenden Einrichtung**.

Echte Mehrleistung

Die freie Wahl des Behandlungszeitpunkts bei **elektiven, nicht-dringlichen Eingriffen** ist eine echte Mehrleistung – der Tarifschutz wird nicht tangiert, sofern der OKP-Leistungsstandard nicht unterschritten wird.

Aufnahmepflicht

Sie wird nicht verletzt, wenn ein Spital einem grundversicherten Patienten oder einer Patientin ohne Zusatzgebühr für eine **elektive Behandlung** nicht den nächstmöglichen Termin gibt.

Keine missbräuchliche Terminfindung

OKP-Patienten müssen im Rahmen der vorhandenen Kapazitäten zumutbare Termine angeboten werden.

Ambulante Mehrleistungen sind zulässig – solange OKP-Patienten zumutbare Termine erhalten.

ZUKUNFT DER ZUSATZVERSICHERUNG

DIE ROTE LINIE: KEINE GESUNDHEITSGEFÄHRDUNG

NICHT ERLAUBT

Potenzielle Gesundheitsgefährdung von OKP-Patienten, wenn der Zugang zur Notfallversorgung und zu medizinisch dringlichen Behandlungen nicht mehr sichergestellt ist.

Aber: Die Gewährleistung der Versorgungssicherheit bzw. Zugangsgerechtigkeit bezieht sich nur auf die Pflichtleistungen gemäss KVG.

UNPROBLEMATISCH

- Die Privilegierung zusatzversicherter Privatpatientinnen und -patienten (oder Selbstzahlenden) ist nur dann unzulässig, wenn sie den Zugang zu gesetzlichen Pflichtleistungen unter Tarifschutz gefährdet.
- **Solange ein Leistungserbringer für alle Patientinnen und Patienten mindestens den Leistungsstandard der OKP anbieten kann, sind Mehrleistungen für Zusatzversicherte aus Sicht des KVG unproblematisch.**
- Im Belegarzt-System z.B. gewährleistet, indem die Patientendisposition einem OKP-Patienten weitere Spezialisten aus dem Fachgebiet (Klinik-Netzwerk) vermittelt, falls der gewünschte Belegarzt keine zeitlichen Ressourcen hat.

Solange alle Patienten mindestens den OKP-Standard erhalten, sind Mehrleistungen unproblematisch.

ZUKUNFT DER ZUSATZVERSICHERUNG

TRANSPARENTE AUFKLÄRUNG UND RECHNUNGSTELLUNG

ZULÄSSIG – UNTER VIER BEDINGUNGEN

Gemäss FINMA sowie FMH und FMCH sind Zusatzhonorare ambulant wie stationär zulässig (vgl. FMCH-Bekanntmachung):

- 1 Gebührende Aufklärung der Patienten in einer schriftlichen Vereinbarung
- 2 Plausible und verhältnismässige Honorare
- 3 Transparente und korrekte Rechnungstellung
- 4 Mehrleistungen klar ausgewiesen und dokumentiert

VIER BEISPIELE – AUSDRÜCKLICH ERLAUBT

- 1 Gewünschte, nicht-notfallmässige Wunsch- und Spezialtermine ausserhalb des üblichen Sprechstundenbetriebs: Randzeiten, abends, samstags, an Feiertagen
- 2 Leistungen und Innovationen, die nicht in der Grundversicherung abgedeckt sind
- 3 Gewünschte Wahl des Operators/Anästhesisten mit garantierter Behandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte
- 4 Mehrfacheingriffe in gleicher Anästhesie, sofern die Sozialversicherungen die Kombination ausschliessen

Zulässig ist, was schriftlich vereinbart, plausibel bemessen und transparent verrechnet wird.

VOM SPITALZIMMER ZUM RELEVANTEN PATIENTENNUTZEN

Das ambulante Leistungsversprechen muss neu gedacht werden – aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten, nicht aus jener der bestehenden stationären Produkte. Es geht nicht darum «alten Wein in neue Schläuche» zu füllen.



Verbindliche Terminplanung

Frühzeitige, koordinierte Terminvereinbarung als zentrales Qualitätsmerkmal des ambulanten Wegs.



Persönliche Begleitung

Strukturierte Betreuung vor und nach dem Eingriff – auch digital unterstützt.



Koordinierter Patientenpfad

Nahtlose Koordination zwischen Praxis, Operationszentrum und Nachbehandlung aus einer Hand.



Freie Arzt- und Behandlerwahl

Soweit regulatorisch und vertraglich möglich – als echter, spürbarer Mehrwert für Zusatzversicherte.



Strukturierte Nachsorge

Gezielte Recovery-Angebote und Nachsorgebegleitung, die im ambulanten Setting tatsächlich relevant sind.

Welche Leistung
ist für den
Patienten spürbar,
medizinisch
sinnvoll,
regulatorisch
zulässig und
wirtschaftlich
erbringbar?

DREI VORAUSSETZUNGEN FÜR EIN FUNKTIONIERENDES AMBULANTES VVG

Was Leistungserbringer von den Versicherern brauchen – konkret, umsetzbar und dringend:

1

Frühzeitige Identifikation

Der Leistungserbringer muss bereits bei Anmeldung erkennen können, ob eine ambulante Zusatzversicherung besteht und welche konkreten Leistungen abgedeckt sind – versicherungsübergreifend und digital abrufbar.

2

Schaffen von echten Mehrwerten für den Patienten oder die Patientin

Es braucht „echte“ Mehrwerte – nur dann ist die ambulante Leistungsdifferenzierung ein Benefit für die Patienten, aber auch eine klare Differenzierung zu den gesetzlichen Grundleistungen, die unter dem Tarifschutz stehen.

3

Standardisierte Leistungsmodelle

Weniger Produktkomplexität, klar definierte Leistungsbausteine, gemeinsame Standards und digital abrufbare Kostengutsprachen – damit ambulantes VVG skalierbar wird.

4

Verlässliche Partnerschaft

Langfristige Kooperationsmodelle zwischen Versicherern und Leistungserbringern, damit notwendige Prozesse und Infrastruktur aufgebaut und wirtschaftlich betrieben werden können.

///

Wer Ambulantisierung will, muss Verantwortung für die dafür notwendigen Strukturen und Prozesse übernehmen.

DAS SPITAL OHNE BETTEN BRAUCHT EIN NEUES LEISTUNGSVERSPRECHEN

Ein gemeinsames Zukunftsbild – für Leistungserbringer, Versicherer und das Schweizer Gesundheitssystem

1. Spezialisierte Strukturen



Leistungserbringer
schaffen effiziente,
eigenständige ambulante
Plattformen.

2. Verständliche Produkte



Versicherer entwickeln
klare, frühzeitig
identifizierbare und
skalierbare Zusatz-
versicherungsmodelle.

3. Echter Patientennutzen



Zusatzleistungen
orientieren sich am
tatsächlichen Nutzen –
nicht am stationären
Äquivalent.

4. Gemeinsame Entwicklung



Versicherer und
Leistungserbringer
gestalten das ambulante
VVG partnerschaftlich und
nicht isoliert voneinander.



«Ambulantisierung wird dann zum Game-Changer, wenn aus der Verlagerung von Leistungen eine gemeinsame Neugestaltung der Versorgung wird.»

Richtige Leistung. Richtige Struktur. Richtige Finanzierung.

VIELEN DANK

SASCHA NICOL
GESCHÄFTSFÜHRER, ST. ANNA IM BAHNHOF

HIRSLANDEN



KOMPETENZ, DIE VERTRAUEN SCHAFFT.

Die Hirslanden-Gruppe:

Hirslanden Klinik Aarau – Klinik Beau-Site, Bern – Klinik Permanence, Bern – Salem-Spital, Bern – Hirslanden Klinik Linde, Biel – Andreasklinik Cham Zug – Klinik Am Rosenberg, Heiden – Clinique des Grangettes, Genf – Clinique La Colline, Genf – Clinique Bois-Cerf, Lausanne – Clinique Cecil, Lausanne – Klinik St. Anna, Luzern – Hirslanden St. Anna in Meggen, Luzern – St. Anna im Bahnhof, Luzern – Klinik Birshof, Münchenstein Basel – Klinik Stephanshorn, St.Gallen – OPERA, Bern – OPERA, St.Gallen – OPERA, Zumikon – Klinik Hirslanden, Zürich – Klinik Im Park, Zürich – Operationszentrum Bellaria, Zürich

www.hirslanden.ch