

# Marktsicht Mehrleistungen

## Marktvergleich von Mehrleistungen in der Krankenzusatzversicherung

Zug, 23. September 2021 | v010 eme

### 1 Einleitung

Die in der schweizerischen Krankenzusatzversicherung tätigen Versicherungsgesellschaften stehen vor der Herausforderung, ihre historisch gewachsenen Verträge mit Leistungserbringenden zu bereinigen. Die Gründe dafür sind mannigfaltig. Neben intrinsischen Gründen wie die **Sicherung der Profitabilität** der jeweiligen Produkte – gegeben die Vorgaben der Finma zu exogener Teuerung – können auch extrinsische Gründe genannt werden: An erster Stelle stehen die verschärften **Anforderungen der Finma** sowie **potentielle Reputations- und Rechtsrisiken**.

Das Staatssekretariat für internationale Finanzfragen (SIF) berichtete bereits am 2. September 2020 an den Bundesrat bzw. das Eidgenössische Finanzdepartement wie eine **«Beschränkung der von Zusatzversicherern zu erbringenden Leistungen ausserhalb der obligatorischen Krankenversicherung»** erreicht, bzw. wie dem «fehlenden Wettbewerb im Spitalbereich» entgegengewirkt werden könne:<sup>1</sup> Das hier vorgestellte Projekt adressiert zahlreiche der vom SIF aufgeführten Punkte.

Die Thematik wird im [«Branchen-Framework zu «Mehrleistungen VVG»](#)», welches unter Federführung des Schweizerischen Versicherungsverbands SVV im Sommer 2021 erarbeitet wurde, umfassend ausgeführt. Dazu einige Zitate aus der Präambel:

---

«Es besteht Handlungsbedarf, im Bereich Spitalzusatzversicherung für mehr Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu sorgen. In den letzten Jahren ist der Druck von Seiten Regulator, Politik und Öffentlichkeit auf den Spitalzusatzversicherungsmarkt laufend gestiegen.»

«Das Ziel der Branche sind wettbewerbsfähige, attraktive und den Bedürfnissen

---

<sup>1</sup> [«Stärkung der Instrumentarien der FINMA in der Krankenzusatzversicherung \(KZV\) | Regulatorische Möglichkeiten»](#)

der Versicherten Rechnung tragende Produkte.»

«Das Ergebnis des Projekts ist das vorliegende Branchen-Framework.»

---

## 2 Marktsicht Mehrleistungen und Branchen-Framework

Gemäss dem in Fussnote 1 verlinkten Bericht des SIF gehören «nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (...) zu den echten Mehrleistungen: a) die luxuriösere Hotellerie in der Privat- oder Halbprivatabteilung eines Spitals oder b) die freie Arztwahl im Spital. Für einige andere Leistungen (wie erhöhten Zeitaufwand des Arztes usw.) ist umstritten, ob sie eine solche echte Mehrleistung darstellen können.» Und weiter sind «seit der Änderung des KVG im Zusammenhang mit der Revision der Spitalfinanzierung [und] soweit es sich um gesetzliche Leistungen handelt, (...) daher weitergehende Rechnungen wie zusätzliche Honorare für die ärztlichen Leistungen bei einem Aufenthalt in der Privatabteilung eines Spitals ausgeschlossen.»

**An dieser Stelle setzt das hier vorgestellte Projekt an, indem es die mehrfach geforderte Transparenz marktweit ermöglicht.**

Das einleitend erwähnte Branchen-Framework basiert u. a. auf folgenden Grundsätzen,<sup>2</sup> Hervorhebung durch Azenes AG (Kurzportrait im Abschnitt 7):

- «Mehrleistungen werden im Vergleich zum Leistungsniveau der OKP des jeweiligen Leistungserbringers betrachtet – **Eine Marktsicht wird wo nötig zur Verhinderung von Fehlanreizen oder systematischen Benachteiligungen in die Betrachtung integriert**»
- «Mehrleistungen zwischen Leistungserbringern und einzelnen Versicherern differenzieren sich in **Kategorien klinische Leistungen, ärztliche Leistungen sowie Hotellerie/Komfort**»

Die im ersten Punkt erwähnte Marktsicht, welche sich u. a. auf die im zweiten Punkt genannten Kriterien fokussiert, ist Thema der hier vorgestellten «Marktsicht Mehrleistungen». Diese Marktsicht ist u. E. nicht nur zwingend, um die bekannterweise seitens Finma mehreren Versicherungsgesellschaften gegenüber gestellten Anforderungen zu erfüllen, sondern auch ein höchst effizientes Mittel für jede einzelne Versicherungsgesellschaft im Leistungseinkauf. So ermöglicht die Marktsicht:

---

<sup>2</sup> Zu einem späteren Zeitpunkt werden auch die Grundsätze: «Erhebung und Bewertung von Mehrleistungen», «Mehrleistungskataloge und deren Vergleich» und «Vergleich Mehrwert vs. Mehrkosten» adressiert werden, sofern nicht bereits zu Beginn möglich, wozu aktuell Abklärungen am Laufen sind.

Damit wird es möglich sein, die von den Leistungserbringenden abgerechneten Mehrleistungen zu verifizieren und kalkulatorisch zu überprüfen bzw. zu bewerten.

- Vergleich von Mehrleistungen beispielsweise in den Dimensionen «verschiedene Leistungserbringende» und «verschiedene Versicherungsgesellschaften» (letzteres, sofern verschiedene Versicherungsgesellschaften einheitliche Kriterien erfassen)
- Sicherstellung der Konsistenz der Mehrleistungen bezüglich der Abteilungen Privat/Halbprivat
- Identifikation von Auffälligkeiten mittels Marktvergleich, beispielsweise allfälliger Doppelverrechnungen von Leistungen für die Grund- und Zusatzversicherung
- Erfüllung der mit der Finma vereinbarten Kriterien und Einhaltung der Umsetzungsfrist bis 1. Januar 2024

Gemäss aktuellen Diskussionen im Parlament darf erwartet werden, dass mit dem Art. 31b EVAG<sup>3</sup> entsprechende Datenaufbereitungen nicht nur zulässig, sondern explizit notwendig werden. In eine ähnliche Richtung gehen die Vorschläge des SIF gemäss dem in Fussnote 1 verlinkten Bericht (Hervorhebung durch Azenes AG)

---

Artikel 38 Absatz 2 (neu) VAG:

Missbrauch im Sinne von Absatz 1 liegt insbesondere vor, wenn:

a) Das Versicherungsunternehmen einen übermässigen Gewinn erzielt.

(Variante: ... Gewinn erzielt, der nicht dem übernommenen Risiko entspricht)

**b) Das Versicherungsunternehmen es unterlässt, eine wirksame Kontrolle der durch die Leistungserbringer verrechneten Kosten vorzunehmen.**

Artikel 38 Absatz 3 (neu) VAG:

**Die FINMA kann die Überwälzung der Teuerung auf die Prämien begrenzen oder ausschliessen, namentlich wenn keine transparenten Berechnungsgrundlagen bestehen.**

Artikel 31a VAG Vereinbarung unter Versicherungsunternehmen in der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung:

Die Versicherungsunternehmen können eine Vereinbarung abschliessen über:

a) die Telefonwerbung;

b) den Verzicht auf Leistungen der Call Centers;

---

<sup>3</sup> Am 3. Mai 2021 beschloss der Nationalrat (als Erstrat), folgenden Artikel bei der Revision des VAG zu berücksichtigen: «Art. 31b: Die Versicherungsunternehmen können im Bereich der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung gegenüber den Leistungserbringern gemeinsam verhandeln und Vereinbarungen abschliessen, in welchen die Vergütung von Mehr- und/oder Zusatzleistungen geregelt wird.»

Quelle: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/amtliches-bulletin/amtliches-bulletin-die-verhandlungen?SubjectId=52837#speaker58>

- c) die Einschränkung der Entschädigung der Vermittlertätigkeit;  
**d) (neu) die Vergütung für stationäre Mehr- und/oder Zusatzleistungen an Leistungserbringer in der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung.**
- 

Ein entscheidender Vorteil ist, dass eine «Marktsicht Mehrleistungen» von jeder beteiligten Versicherungsgesellschaft in den Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringenden verwendet werden kann.<sup>4</sup>

### 3 Konzept

Um die steigenden regulatorischen Anforderungen im Bereich Leistungscontrolling zu erfüllen und gleichzeitig nutzen zu können, hat Azenes AG folgendes Konzept entwickelt:

- Quartalsweise Vergleiche der Mehrleistungen pro Versicherungsgesellschaft mit Marktwerten, gemäss der in Tabelle 1 aufgeführten Kriterien
- Standardisierte und anonymisierte Datenabfragen und Vergleiche bestehend aus verschiedenen Elementen gemäss Abbildung 1 und Tabelle 2
- Individuell erstellbare Berichte zu jeder Auswertung als PDF, mit vorab selektierbarem Inhalt, beispielsweise pro Kanton, Gruppe, manuelle Selektion, etc.
- Plausibilisierung der Dateneingaben

Für die Auswertungen und Vergleiche werden die Daten in der vorgegebenen Granularität quartalsweise von den einzelnen Versicherungsgesellschaften mittels Schnittstelle transferiert.<sup>5</sup> Die Granularität entspricht der Aufteilung der Mehrkosten, welche im bereits erwähnten Rahmenabkommen der Versicherungsgesellschaft vereinbart wurde. Bis zum Vorliegen entsprechend granularer Daten können aggregierte Daten verwendet werden. Damit wird insbesondere der Aufwand für die Unternehmen auf ein Minimum reduziert, da eine zusätzliche Datenaufbereitung nicht erforderlich ist.<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> Das Argument, eine Gesellschaft habe bereits die besten Preise ausgehandelt, kann nur punktuell gelten, da es von verschiedenen Gesellschaften vorgebracht wird.

<sup>5</sup> Vorgesehen sind «REST-Schnittstellen» in den Formaten xml oder json.

<sup>6</sup> Verfügt eine Gesellschaft über weniger granulare Daten, kann sie ihre Daten mit den entsprechend aggregierten Marktdaten vergleichen.

Parameter	Eingaben
Identifikation Leistungserbringerin mit Anreicherung durch Azenes AG:	ZVR
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kanton</li> <li>▪ Region</li> <li>▪ Gruppe (z. B. Hirslanden)</li> <li>▪ Art (Akut, Rehabilitation, Psychiatrie)</li> <li>▪ Kategorie (z. B. Universitätsspital)</li> </ul>	
Identifikation versicherte Person (optional)	pseudonymisierte ID
Deckungsart	Allgemein/Halbprivat/Privat/Flex
Übernachtungen (von/bis)	Datum/Anzahl
Hotelleriekosten	CHF
Spitalkosten	CHF
Arztkosten	CHF
Klassifizierung von Mehrleistungen (individuell oder marktweit)	Klassifizierung
Baserate	Art der Verwendung
Vertragsverhältnis Arztkosten	Angestellt ja/nein
Vertragsverhältnis Arztkosten	Assistenz, Anästhesie etc.
Nicht indizierte, ausserkantonale Behandlung	CHF
Unterdeckung OKP	CHF
Nicht zuordenbare Leistungen	ja/nein
Listeneingriff	ja/nein
Kantonsanteile	CHF
Kostengewicht bezüglich Fallkomplexität	DRG/Kostengewicht
Alter der versicherten Person	Jahrgang
Wohnkanton	Kanton
Geschlecht	f/m/d
Franchise, Selbstbehalte	CHF

Tabelle 1: Anforderungen an die Datenerfassung von Mehrleistungen in der Krankenzusatzversicherung.  
Solange die Kosten nicht getrennt ausgewiesen werden können, werden Gesamtkosten verwendet.

Die hochgeladenen Daten werden mittels automatisierter Validierungen überprüft. Um die Qualität der Daten zu sichern, muss jede Datenlieferung von den jeweiligen

Versicherungsgesellschaften mit einem internen Dokument abgestimmt werden.<sup>7</sup> Es folgt eine manuelle Plausibilisierung durch eine Fachperson.<sup>8</sup>

Sobald die Validierung aller Daten abgeschlossen ist, werden die Daten für sämtliche Teilnehmenden in anonymisierter und aggregierter Form für den Vergleich mit den unternehmensindividuellen Daten freigeschaltet. Die Versicherungsgesellschaften können nun direkt auf der Plattform umfangreiche Auswertungen vornehmen. Zu jeder dieser Auswertung kann ein Kurzbericht als PDF erstellt werden.

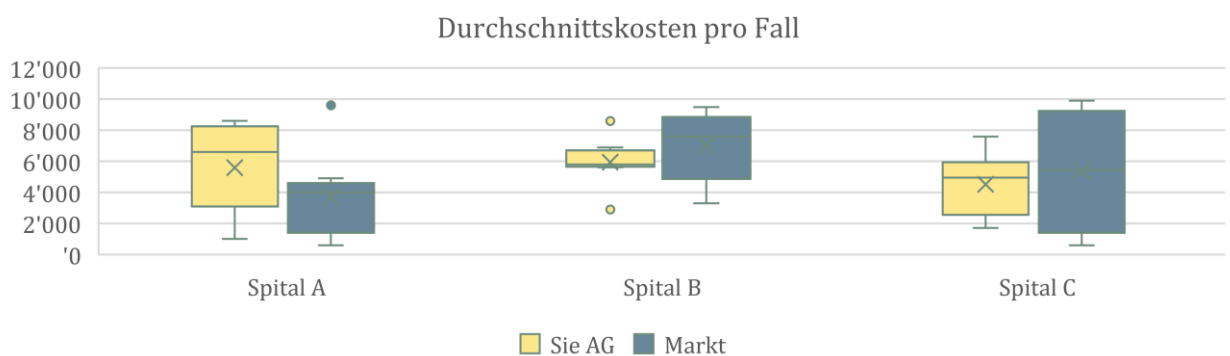


Abbildung 1: Illustrative, graphische Auswertung.  
 Pro «Boxplot» werden Mittelwert, Median, Quantile und ggf. Ausreisser angegeben.

CHF	Sie AG		Markt		Sie AG		Markt	
	Minimum	Maximum	Durchschnitt	etc.	Minimum	Maximum	Durchschnitt	etc.
Spital A	1'000	8'600	5'589	...	600	9'600	3'678	...
Spital B	2'900	8'600	5'938	...	3'300	9'500	7'013	...
Spital C	1'700	7'600	4'525	...	600	9'900	5'400	...

Tabelle 2: Illustrative, tabellarische Auswertung.

<sup>7</sup> Es ist zu vermeiden, dass falsche Daten für den Marktvergleich ausgewertet werden. Dies kann leicht sichergestellt werden, indem für jede Datenlieferung eine Kontrollsumme «alle Leistungen» ausgegeben wird, welche mit einer internen Datei durch die jeweilige Gesellschaft bestätigt wird.

Die Daten werden erst nach manueller Kontrolle der beiden Werte durch Azenes AG in die Datenbank aufgenommen.

<sup>8</sup> Es sind keine eigentlichen Prüfhandlungen vorgesehen. Diese können von den teilnehmenden Versicherungsgesellschaften beispielsweise bei Azenes AG beauftragt werden.

Selbstredend sind weitere Auswertungen möglich und vorgesehen, beispielsweise die Filterung nach Behandlungsjahr oder anderen Kriterien, beispielsweise der katalogisierten Mehrleistungen.

Weitere mögliche Auswertungen umfassen beispielsweise die Dauer der Aufenthalte oder einen automatischen Hinweis, wenn bei einer Klinik, welche ausschliesslich 2-Bettzimmer anbietet, Hotelleriekosten HP erfasst wurden.

## 4 Zeitplan

Bei einer genügend grossen Anzahl teilnehmender Versicherungsgesellschaften wird die hier präsentierte Plattform im Herbst/Winter 2021/2022 aufgebaut. Im März 2022 wird die Testphase abgeschlossen, um im April 2022 die Angaben für 2021 sowie für das erste Quartal 2022 auswerten zu können.

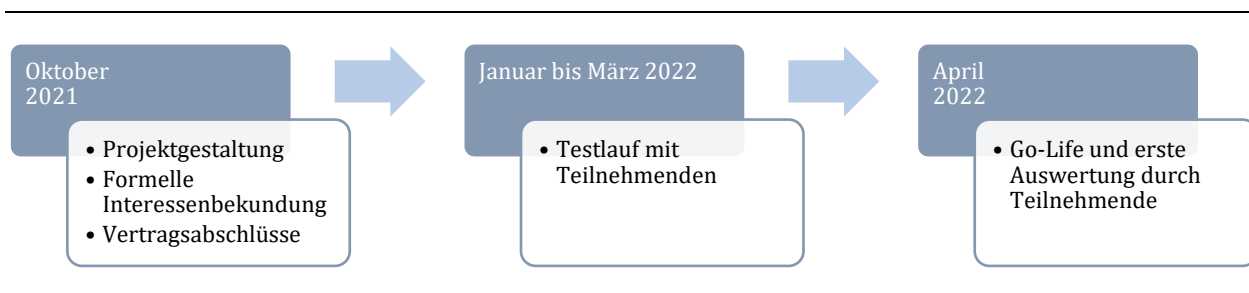


Abbildung 2: Zeitplan bis zur ersten Durchführung im ersten Quartal 2022. Im Juli 2022 werden die Daten des zweiten Quartals 2022 ausgewertet, etc.

Damit liegen die Ergebnisse bereits für die Tarifeingaben 2023 vor.

## 5 Kosten

Für die Bereitstellung der Schnittstelle und die initiale Abstimmung der individuell verfügbaren Daten ist pro Versicherungsgesellschaft eine einmalige Setup-Gebühr von CHF 4'000 bei Zusage bis Oktober 2021, bzw. CHF 8'000 bei Zusage bis Dezember 2021 fällig.<sup>9</sup>

Das Recht, die Plattform zu nutzen, wird über eine jährliche Nutzungsgebühr ermöglicht. Diese Nutzungsgebühr richtet sich nach der Anzahl Personen pro Versicherungsgesellschaft, die *zeitgleich* auf die Plattform zugreifen können:<sup>10</sup>

<sup>9</sup> Ein späterer Beitritt ist möglich. Die Konditionen können angepasst werden.

<sup>10</sup> Personen A und B arbeiten bei Gesellschaft 1, welche die Nutzung für 1 Person lizenziert hat. Loggt sich Person B zur Nutzung ein, während bereits Person A die

- 1. Person CHF 14'000 p. a.
- 2. Person CHF 8'000 p. a.
- Jede weitere Person CHF 3'000 p. a.

Die Mindestnutzungsdauer beträgt 5 Jahre. Die Anzahl Personen kann angepasst werden. Bei Gruppengesellschaften ist für jede weitere Versicherungsgesellschaft die Setup-Gebühr sowie eine jährliche Gebühr von CHF 4'000 fällig. Das Recht, die Plattform zu benutzen, ist auf die jeweilige Versicherungsgesellschaft und ggf. weitere Gruppengesellschaften begrenzt.

Alle Preisangaben verstehen sich ohne gesetzliche Mehrwertsteuer.

Allfällige Rechtsrisiken bzw. damit verbundene Kosten tragen die teilnehmenden Versicherungsgesellschaften. Dazu wird die Versicherungsgesellschaft mit dem grössten Marktanteil als Ansprech- und Koordinationsstelle bestimmt.

Weitere Auswertungen, sofern konform mit dem Wettbewerbsrecht, erstellen wir gerne gemäss individueller Vereinbarung.

## 6 Weiteres Vorgehen

Sind Sie interessiert? Haben Sie Verbesserungsvorschläge? Gerne erfahren wir davon bis einschliesslich **30. September 2021**. Zwischenzeitlich sind wir im Gespräch mit Versicherungsgesellschaften, die zusammen **knapp 3/4 des VVG-Prämienvolumens** vertreten.

Sobald uns von Versicherungsgesellschaften mit mehr als **1/3 des VVG-Prämienvolumens** eine Absichtserklärung vorliegt, werden wir mit der Umsetzung beginnen. Damit stellen wir sicher, dass die Datenbasis genügend gross sein wird. Die Absichtserklärung werden wir Ihnen Anfang Oktober 2021 zustellen.

Einen Prototyp finden Sie auf [mehrleistungen.azenes.ch](https://mehrleistungen.azenes.ch). Dieses Dokument sowie weiterführende Angaben finden Sie laufend aktualisiert auf [mehrleistungen.ch](https://mehrleistungen.ch).

---

Plattform nutzt, erscheint ein Hinweis, dass die Nutzung für Person B erst nach Ausloggen von Person A möglich ist.

Personen C, D und E arbeiten bei Gesellschaft 2, welche die Nutzung für 2 Personen lizenziert hat. Loggt sich Person C zur Nutzung ein, während bereits Personen A und B die Plattform nutzen, erscheint ein Hinweis, dass die Nutzung für Person C erst nach Ausloggen von Personen A oder B möglich ist.



## 7 Über uns

Azenes AG – Versicherungsmathematik für Entscheidungsträgerinnen und Strategen. Klar, verlässlich und auf den Punkt gebracht.

### 7.1 Versicherungsmathematik

Wir bieten unserer Kundschaft seit 10 Jahren Beratung in **aktuariellen und versicherungstechnischen Fragestellungen** an und haben uns dabei in Fragen der schweizerischen Krankenversicherung nach KVG und VVG einen Namen gemacht – bei den Krankenkassen und Krankenversicherern, den Verbänden, der Aufsicht BAG bzw. Finma und in den Fachgremien der Schweizerischen Aktuarvereinigung SAV bzw. dem Schweizerischen Versicherungsverband SVV.

Dieses breite Engagement hat System: Unsere aktive Mitarbeit bei aktuell 19 Krankenkassen bzw. Krankenversicherern, darunter 7 Mandate als Verantwortliche\_r Aktuar\_in verlangt und ermöglicht ein umfassendes Verständnis. Wir lernen dauernd und engagieren uns für die Meinungsbildung. Als jüngste Beispiele zu nennen sind:

- [«Stellungnahme Azenes AG | Anhörung Teilrevision des Finma-Rundschreibens 2010/3 «Krankenversicherung nach VVG»»](#)
- [«Berücksichtigung der Teuerung für Krankenzusatzversicherungsprodukte mit Tarif nach Eintrittsalter»](#), zusammen mit Ruedi Bodenmann, CEO Assura SA
- [«Anpassung des technischen Zinses bei Krankenzusatzversicherungsprodukten mit Tarif nach Eintrittsalter»](#), zusammen mit Jonas Schneiter, Leiter Aktuariat Sanitas

### 7.2 Datenaggregation und Plausibilisierung

Mit der durch Azenes AG betriebenen Plattform [betriebsrechnung.ch](#) verfügen wir über fundierte Kenntnisse im Bereich der sicheren, webbasierten Datenaggregation und Plausibilisierung.<sup>11</sup> Seit 2015 wird diese Plattform für die Plausibilisierung der Betriebsrechnungen UVG verwendet und verbindet verschiedene Teilnehmende und deren Daten:

- Alle UVG-Versicherungsgesellschaften (ohne Suva)
- Vereinsleitung des Vereins zur Sicherung künftiger Renten
- Plausibilisierungsgesellschaft (Azenes AG)
- Regulator BAG
- Prüfgesellschaft

Für eine detaillierte Beschreibung bezüglich der Funktionsweise und Aufbau der Plattform verweisen wir auf den [«Einblick hinter den Kulissen»](#).

Weitere Beispiele und Referenzen stellen wir gerne auf Anfrage zur Verfügung.

<sup>11</sup> Die IT-Infrastruktur wird von [Intuitive Collaboration AG](#) entwickelt und betrieben, was auch für dieses Projekt vorgesehen ist.