Ambulantisierung und Digitalisierung

Versorgungsqualität im Spannungsfeld von Rehabilitation, Krankenversicherung und Finanzierungssystemen

Dr. Daniel Liedtke

VRP Helsana · ehem. CEO/VRP Hirslanden · Careum · Universität Luzern

10. Swiss Reha Forum, St. Gallen · 28. Oktober 2026

DER FALL

Herr K. möchte wieder nach Hause.

- 72 Jahre, seit drei Wochen nach einem Schlaganfall in stationärer Rehabilitation
- FIM von 72 auf 87/126. Beim Gehen, Ankleiden und bei Transfers braucht er weiterhin Hilfe
- Sein Ziel: wieder mit seiner Partnerin zu Hause leben

Eine Rückkehr nach Hause kommt medizinisch infrage, wenn ambulante Therapie, Unterstützung im Alltag und digitale Begleitung gesichert sind

Herr K. hat eine ambulante Zusatzversicherung. Bleibt er stationär oder wird er ambulant versorgt?

ZWEI BLICKE

Zwei Blicke auf denselben Menschen

LEISTUNGSERBRINGER

Der Patient vor dir
Diagnose · Behandlung · Outcome

Die Institution
Kapazität · Schweregrade · Ökonomie

VERSICHERER

Der Einzelne
Deckung · Service · Navigation

Das Kollektiv
Risiko · Prämie · Tragbarkeit

Das System
Zugang · Qualität · Finanzierung

Die Klinik sieht den Patienten während des Aufenthalts. Der Versicherer sieht den Versicherten über den ganzen Pfad und als Risikoträger des Kollektivs.
→ Keine Perspektive genügt allein.

ROLLEN UND ORDNUNG

Drei Ebenen entscheiden über den Pfad von Herrn K.

Wer bezahlt? Der gesetzliche Rahmen ordnet die Finanzierung: OKP&UVG, VVG, OOP.	**→ Regulation ordnet die Finanzierung**
Was wird bezahlt? Das KVG und Versicherungsprodukt bestimmen Deckung, Zugang und Vergütung.	**→ Versicherer orchestriert die Patientenreise über das Versicherungsprodukt**
Wer führt die Behandlung? Die Ärztin bzw. das med. Team.	**→ Die Ärztin führt die Patientin**

Für Herrn K. müssen Finanzierung, Vergütung und medizinische Führung zusammenspielen.

Die Finanzieungs- und Leistungsräume.

OKP (2003-2023: 59-67%)
Sozialversicherung, obligatorisch

VVG (2003-2023: 9.3 -7.7%)
kollektive Versicherung, solidarisch fundiert

OOP (> 20%)
Eigenverantwortung

Alles hinein: breiter Zugang, aber steigende Prämien.

Alles hinaus: tiefere Prämien, aber der Zugang hängt vom Einkommen ab.

OKP: Was die WZW-Kriterien erfüllt, gehört hinein. Was sie nicht mehr erfüllt, gehört hinaus.

OKP & VVG - zwei Logiken.

	OKP	VVG
Zugang	Obligatorium, Aufnahmepflicht	Freiwillig; keine Aufnahmepflicht, lebenslanger Kündigungsschutz
Prämie	nach Region und Altersgruppe, gesundheitsunabhängig	Nach Produkt und Tarif, Alter, Geschlecht und Wohnregion
Solidarität	Risikoausgleich, Prämien-verbilligung	Pooling im Kollektiv des Produkts
Gewinn	nur kostendeckend (BAG)	Kalkuliertes tech. Ergebnis je Produkt höchstens 10%
Leistungsumfang	Nur WZW-Leistungen	Abgrenzbare Mehrleistungen zum OKP
Reha stationär	Ca. 1.6% der OKP-Bruttoleistungen	Ca. 2.4% der VVG-Bruttoleistungen

Versicherte in einer Zusatzversicherung sind eine solidarische Gemeinschaft: Lebenslanger Schutz ist abgesichert und Gewinnspielraum ist gesetzlich begrenzt.

Das langfristige VVG-Versicherungsversprechen

Klinik und Epidemiologie

- Indikation
- Patientenzahl
- Dauer
- Kosten
- Erwarteter Nutzen

Versicherungsprodukt

- Eintrittswarscheinlichkeit
- Erwartete Schadenkosten
- Leistungsumfang und Deckungsgrenzen
- Vergütungsbedingungen
- langfristige Finanzierbarkeit

VVG kann Innovation zugänglich machen, bindet den Versicherer aber langfristig.

Die OKP-Ein- und Austrittsschwelle bestimmt massgeblich der Leistungserbringer.

OKP-Pflichtleistung

Pflichtleistungsvermutung bindet den Versicherer

Tarifschutz bindet den Leistungserbringer

Digitale Tools: Nutzt sie die Ärztin, sind sie Teil der Leistung. Nutzt sie der Patient, braucht es eine MiGeL-Position.

Mehrleistung

Echt zusätzlich und abgrenzbar

Eine ambulante digitale Leistung konsequent als VVG-Leistung abgegrenzt, zieht die Absprungkante.

Ausserhalb der OKP heisst noch nicht geeignet für das VVG.

1 Pflichtleistung? WZW erfüllt, im Vertrauensprinzip oder gelistet → OKP

2 Mehrleistung oder Emerging Service? abgrenzbar, ohne Doppelverrechnung und versicherbar → VVG

3 Sonst → Selbstzahlung (OOP)

Herr K.

Stationäre Reha, ambulante Therapien → OKP

Halbprivate Mehrleistungen → VVG

Digitale Begleitung zu Hause ohne MiGeL-Position → VVG, wenn versicherbar, sonst OOP

Finanzierung allein schafft noch keine Versorgung

DiGA im Generellen

Helsana vergütete digitale Therapien über mehrere Jahre im VVG zu 75 %.

Nie mehr als 50 Bezüge pro Jahr

Kaum ärztliche Verordner

DiGA in der Reha?

Wenig etablierte, schweizweit skalierbaren Lösungen.

Der Nutzen für Gesamtkosten und Outcome ist offen.

Kann im VVG-Raum geklärt werden, mit Bewertung von Anfang an.

GESUNDHEITSKOMPETENZ

Zugang allein genügt nicht.

Evidenz: Einkommensreport

Bei tiefem Einkommen: 45% höhere Gesundheitskosten

Mehr Leistungsbezug, auch bei gleichem Gesundheitszustand

Vorsorge seltener genutzt, auch wo sie gratis ist

Ursache: Gesundheitskompetenz, Information und Entscheidungsfähigkeit, nicht nur das Geld

Digitalisierung

Digitale Therapien anzubieten heisst noch nicht, dass sie eingesetzt und richtig angewendet werden.

Ohne Gesundheitskompetenz vergrössern sie die Lücke, statt sie zu schliessen.

Erreichen wir mit Digitalisierung die, die wir heute nicht erreichen?

Quelle: Helsana: Haushaltseinkommen und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, 23. Juni 2026, mit der Universität Basel

Was steht der ambulanten Lösung für Herrn K. im Weg?

1. **Die Anreize begünstigen den stationären Aufenthalt.** Für den stationär/ambulanten, digital unterstützten Gesamtpfad fehlt häufig eine abgestimmte Vergütung. EFAS allein löst das nicht, im VVG zeitlich limitiert möglich
2. **Bestehende Finanzierungsmöglichkeiten werden nicht genutzt.** VVG-gedeckte digitale Angebote werden zu wenig verordnet und in die Behandlung eingebunden.
3. **Die Produkte verbinden stationär und ambulant zu wenig.** Die Möglichkeiten von AVM und VVG für durchgängige Versorgungspfade werden nicht konsequent genutzt.
4. **Die VVG wird kaum als Entwicklungsraum verstanden.** Neue Services werden ausserhalb der OKP zu wenig systematisch erprobt und bewertet.

ANWENDUNGSBEISPIEL

OKP-Fehlanreiz: Stationäre Leistungen sind häufig wirtschaftlich attraktiver.

Stationär
(heute: Z.B. Schlaganfall)

→

Spitalambulant
(morgen: Z.B. Schlaganfall)

→

ambulant ausserhalb deR Rehaklinik
(übermorgen: z.B. Schlaganfall)

Finanzierungslücke/Fehlanreize: Innovative Ambulantisierung “im eigenen Hause” schmälert den Deckungsbeitrag der Rehalinik.

Finanzieller Anreiz: Z.B. Befristete VVG-Ambulantisierungspauschale, orientiert an den Deckungsbeitragsdifferenzen bei identischen oder optimierten Outomes.

Deckumgsbeitragsdifferenz orientierter finanzieller VVG-Anreiz.

PAY FOR VALUE

Qualität anstelle Menge zu vergüten ist schon heute möglich: im VVG und im AVM.

VVG

Vergütung an Prozess- und Ergebnissqualität koppeln z.B.:

- Selbstständigkeit
- Teilhabe im Alltag
- Rückkehr nach Hause

AVM

Finanzielle Anreize verbessern in AVM-Produkten die Leitlinientreue.

Die Reha kann als Netzwerkpartner in AVM-Produkten.

Farcher et al. 2023

Eigeninteressen sind legitim. Die Lösung liegt im gemeinsamen Gestalten.

AVM und VVG eröffnen Möglichkeiten für optimierte ambulante und digitale Versorgung. Nutzen wir sie gemeinsam, um medizinisch sinnvolle Wege finanziell zu ermöglichen und Wert statt Menge zu vergüten.