



## Antwort des Staatsrats auf einen parlamentarischen Vorstoss

Motion Flechtner Olivier / Kolly Nicolas

2021-GC-73

### **Doppelterrechnungen an Krankenversicherungen: Kontrolle im Interesse der Versicherten**

#### **I. Zusammenfassung der Motion**

In ihrer am 21. Mai 2021 eingereichten und begründeten Motion verlangen die Grossräte vom Staatsrat die Vorlage eines Gesetzesentwurfs, der es den zuständigen Behörden ermöglicht, auf kantonaler Ebene die zulasten der Privatversicherung verrechneten Leistungen zu kontrollieren.

Die Motionäre weisen unter Berufung auf eine Medienmitteilung der FINMA vom 17. Dezember 2020<sup>1</sup> darauf hin, dass im Gesundheitssystem – insbesondere im Zusatzversicherungsbereich – ein Mangel an Transparenz und Kontrollen besteht. Als Beispiel nennen sie allen voran die Doppelterrechnungen (an die Grund- und an die Zusatzversicherung), die fehlende Information der Versicherten über ihre Rechnungen und die höheren Kosten, wenn die Patientin oder der Patient privat versichert ist, sowohl bezüglich Arzthonorare als auch Hotellerie-Leistungen. Diese Mehrkosten zulasten der Zusatzversicherungen wirkten sich finanziell auch auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung aus.

Aus den Antworten des Bundesrats auf verschiedene Vorstösse geht unter anderem hervor, dass die Kantone für die Aufsicht über Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zuständig sind. Die Motionäre sind jedoch der Auffassung, eine einschlägige Rechtsgrundlage für die Durchführung konkreter Kontrollen sei unerlässlich. Zudem möchten sie wissen, was die FINMA und das BAG im Anschluss an diese Medienmitteilung unternommen haben.

#### **II. Antwort des Staatsrats**

Der Staatsrat teilt die Besorgnis der Motionäre bezüglich Mangel an Transparenz und Kontrollen bei der Leistungsabrechnung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und der Zusatzversicherung. Ein kürzlich von der Eidgenössischen Preisüberwachung veröffentlichter Bericht<sup>2</sup> zeigt, dass nicht nur die der Zusatzversicherung verrechneten Mehrleistungen mit besonders hohen Kosten verbunden sind, die oft sogar höher sind als die OKP-Fallpauschalen, sondern dass auch die Unterschiede zwischen den Kosten, die der Zusatzversicherung in Rechnung gestellt werden, sehr gross sind. So ist die Tariflandschaft der Zusatzversicherung im Vergleich zu den im OKP-Bereich geltenden, einheitlichen Fallpauschalensystemen (SwissDRG, Tarpsy) sehr komplex und heterogen.

---

<sup>1</sup> Aufgeschaltet unter: <https://www.finma.ch/de/news/2020/12/20201217-mm-leistungsabrechnung-krankenzusatzversicherer/>

<sup>2</sup> Akutstationäre Spitaltarife im Zusatzversicherungsbereich, Ein nationaler Tarif- und Kostenvergleich, Kaspar Engelberger, Preisüberwachung, Oktober 2021.

Der Staatsrat weist zum einen darauf hin, dass die Bereiche OKP und Zusatzversicherung durch unterschiedliche Rechtsgrundlagen geregelt sind, von den Versicherern unabhängig verwaltet werden und mit unterschiedlichen Zuständigkeiten der Kantone verbunden sind. Trotz dieser Unabhängigkeit können sich die potenziellen Mehrkosten im Zusatzversicherungsbereich auf die OKP und die Prämien auswirken. So ist gemäss Bericht der Eidgenössischen Preisüberwachung<sup>2</sup> die Behandlung von Zusatzversicherten ökonomisch interessanter als die Behandlung von ausschliesslich Grundversicherten, und es besteht somit ein Anreiz für die Leistungserbringer, unnötige Behandlungen vorzunehmen, was dann auch Auswirkungen auf die OKP-Kosten hat. In diesem Sinne teilt der Staatsrat die Besorgnis der Motionäre über die Auswirkungen, die ein ungerechtfertigter und intransparenter Rückgriff auf die Zusatzleistungen auf die Kosten für die Versicherten hat.

Zum anderen hält der Staatsrat fest, dass gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) die Kantone die zwischen den Krankenversicherern und den Leistungserbringern ausgehandelten Tarifverträge bezüglich der Leistungen zulasten der OKP genehmigen. Die Kantone stellen für solche Leistungen eine Spitalplanung für eine bedarfsgerechte Versorgung ihrer Bevölkerung auf. Diese Planung muss insbesondere Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskriterien Rechnung tragen (Art. 58b KVV) und muss periodisch überprüft werden. In diesem Rahmen überprüft der Kanton Freiburg jährlich für jedes in der Spitalliste verzeichnete Spital, ob die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien erfüllt sind. Darüber hinaus hat der Kanton ein Leistungsmonitoring für den Zeitraum 2017–2020 eingeführt. Mit diesem jährlich durchgeführten Monitoring lässt sich überprüfen, ob die Leistungen der Spitäler und Geburtshäuser den erteilten Aufträgen entsprechen. Im Gegensatz dazu haben die Kantone keine Systemaufsichtskompetenz im Bereich der Zusatzversicherungen, die durch das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) geregelt sind und unter das Privatrecht fallen. Der Kanton hat somit keine direkte Handhabe für Fälle von möglicherweise ungerechtfertigten Rechnungen, die mit dem Tarif- und Vertragssystem im Bereich der Zusatzversicherung zusammenhängen, für dessen Aufsicht die FINMA zuständig ist.

Trotz seines eingeschränkten Handlungsspielraums in diesem Bereich kann der Kanton jedoch im Sinne von Artikel 125ff. des kantonalen Gesundheitsgesetzes (GesG) bei missbräuchlichen Verrechnungen, insbesondere in Zusammenhang mit unnötigen Leistungen, Disziplinar massnahmen verhängen. Solche Massnahmen können nicht nur gegen eine Gesundheitsfachperson verhängt werden, sondern auch gegen eine Institution des Gesundheitswesens an sich. Diese Präzisierung in Artikel 125 Abs. 5 GesG ist übrigens im Anschluss an die Zusage des Staatsrats in seiner Antwort auf die Anfrage 2015-CE-181 Bernadette Hänni-Fischer erfolgt. Ausserdem kann nach Artikel 127 Abs. 1 Bst. d GesG das Verbot des Betriebs einer Institution des Gesundheitswesens verhängt werden, wenn Patientinnen und Patienten in schwerwiegender Weise oder trotz Verwarnung wiederholt finanziell ausgebeutet werden. Im Allgemeinen kommen solche Disziplinar massnahmen nur in vereinzelt Missbrauchsfällen in Betracht, nachdem eine Beschwerde eingereicht wurde (z. B. bei betrügerischen Rechnungen oder offensichtlich unnötigen Eingriffen).

Schliesslich ist hervorzuheben, dass die FINMA, die Versicherer und die Leistungserbringer seit der Veröffentlichung der FINMA-Medienmitteilung im Dezember 2020 einiges unternommen haben. Die FINMA hat ihre Aufsichtspraxis bei Krankenzusatzversicherungen im Bereich des Missbrauchsschutzes in ihr im Juni 2021 revidiertes Rundschreiben integriert<sup>3</sup>. Diese Praxis wurde

---

<sup>3</sup> <https://www.finma.ch/de/news/2021/05/20210512-mm-rs-10-03-krankenzusatzversicherung/>

revidiert und umfasst nun mehr Massnahmen, insbesondere die bessere Wahrnehmung der Rolle der Versicherer bei der Rechnungskontrolle. Der Schweizerische Versicherungsverband (SVV) hat übrigens elf Grundsätze zu Definition, Bewertung, Abrechnung und Zukunft der Mehrleistungen definiert. Diese Grundsätze sind Teil eines Ansatzes zur Förderung von Transparenz und Nachvollziehbarkeit auf der Ebene der Leistungsabrechnung. Die Versicherer sowie die Leistungserbringer verhandeln und arbeiten derzeit an der Erstellung und Umsetzung von neuen, diesen Grundsätzen entsprechenden Verträgen, insbesondere über die Rahmenbedingungen bezüglich Leistungserbringung und -verrechnung. Die Eidgenössische Preisüberwachung<sup>4</sup> betont, wie wichtig es ist, dass die Kosten zulasten der Zusatzversicherung mit gerechtfertigten und klar von den OKP-Pflichtleistungen abgegrenzten Leistungen verbunden sind. Die Leistungserbringer müssen ihr zufolge die Kriterien für die Gewährung von Zusatzleistungen standardisieren, aber auch nachvollziehbare Methoden zur Kostenermittlung dieser Mehrleistungen entwickeln.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Kantone nicht direkt für die Rechnungskontrolle im Bereich der Zusatzversicherung zuständig sind. Wie oben erläutert, werden auf nationaler Ebene jedoch verschiedene indirekte Hebel betätigt, um die Transparenz, Qualität und Wirtschaftlichkeit bei der Erbringung von Pflegeleistungen zu erhöhen. Auf kantonaler Ebene liegt die Zuständigkeit für die Zusatzversicherung bei den Versicherern und Leistungserbringern, die derzeit daran arbeiten, ihre Verträge anzupassen, um den Anforderungen der FINMA gerecht zu werden. Was schliesslich die disziplinarische Aufsicht über die Leistungserbringer betrifft, so sind die kantonalen Zuständigkeiten und Verfahren bereits im Gesundheitsgesetz (GesG) geregelt.

Der Staatsrat lädt den Grossen Rat folglich ein, diese Motion abzulehnen.

*21. Dezember 2021*

---

<sup>4</sup> Akutstationäre Spitaltarife im Zusatzversicherungsbereich, Ein nationaler Tarif- und Kostenvergleich, Kaspar Engelberger, Preisüberwachung, Oktober 2021.