



Antwort des Staatsrats auf einen parlamentarischen Vorstoss

Postulat Kolly Nicolas / Zurich Simon

2022-GC-118

Doppelverrechnungen an Krankenversicherungen: Kontrollinstrumente im Interesse der Versicherten vorsehen

I. Zusammenfassung des Postulats

In ihrem am 27. Juni 2022 eingereichten und begründeten Postulat beziehen sich die Postulanten auf eine Medienmitteilung der FINMA vom Dezember 2020 und verweisen dabei auf die mangelnde Transparenz bei Leistungen, die von den Krankenversicherungen vergütet werden, genauer gesagt von den Zusatzversicherungen. In besagter Mitteilung wies die FINMA auf verschiedene Probleme hin, namentlich Doppelverrechnungen an die Grund- und Zusatzversicherung oder die Verrechnung unterschiedlicher Kosten für identische Leistungen.

Die Postulanten weisen darauf hin, dass die FINMA zwar die Aufsichtsbehörde für die Kontrolltätigkeit der Versicherer ist, die Aufsicht über die Leistungserbringer jedoch in die Zuständigkeit der Kantone fällt. Bis entsprechende Massnahmen eingeführt werden, halten sie es für notwendig, darüber nachzudenken, welche Kontrollmassnahmen die Kantone ergreifen könnten, um die Aufsicht zu verstärken. Mit dem Postulat fordern sie den Staatsrat auf, Massnahmen darzulegen, die er ergreifen könnte, falls sich die von der FINMA und den Versicherern ergriffenen Massnahmen als unzureichend erweisen sollten. Diese Massnahmen sollten es den zuständigen Behörden ermöglichen, auf kantonaler Ebene die zulasten der Privatversicherung verrechneten Leistungen zu kontrollieren.

II. Antwort des Staatsrats

Der Staatsrat hat diese Problemstellung bereits im Rahmen seiner Antwort auf die Motion 2021-GC-73¹ analysiert. Aus der Analyse ergeben sich insbesondere zwei Elemente: erstens die fehlende Systemaufsichtskompetenz im Bereich der Zusatzversicherungen und zweitens die Tatsache, dass Versicherer und Leistungserbringer nach der Mitteilung der FINMA eine Reihe von Massnahmen ergriffen haben.

Was den zweiten Punkt betrifft, so hat der Schweizerische Versicherungsverband (SVV) ein Branchen-Framework² mit Grundsätzen und Anforderungen für den Abschluss neuer Verträge zwischen Versicherern und Leistungserbringern im Bereich Zusatzversicherung erlassen.

¹ [Motion 2021-GC-73 Kolly Nicolas Doppelte Rechnungsstellung an Krankenversicherungen: Kontrolle im Interesse der Versicherten.](#)

² [Branchen-Framework zu «Mehrleistungen VVG» | SVV \(svv.ch\).](#)

Diese Anforderungen betreffen z. B. die Definition und Identifizierung von Mehrleistungen (Grundsätze 1 bis 5), aber auch die Abrechnung dieser Leistungen, wobei die Abrechnung auch die Kosten enthalten muss, die unter die OKP fallen (Grundsatz 10). Sie gelten für jeden neuen Vertrag, der ab dem 1. Januar 2022 abgeschlossen wird. Die alten Verträge müssen bis Ende 2024 angepasst werden. Bereits haben verschiedene Versicherer ihre Verträge mit Freiburger Leistungserbringern gekündigt (darunter das freiburger spital und das Dalerspital). Derzeit laufen Verhandlungen für neue Verträge, die den Kriterien des SVV entsprechen. Der SVV und die FINMA erfassen die Umsetzung dieses Branchen-Frameworks regelmässig mit einem Monitoring.

Abschliessend erachtet es der Staatsrat als voreilig, einen Bericht zu allfälligen Massnahmen zu erstellen, die er im Rahmen einer Problemstellung ergreifen würde, die nicht in seinen Kompetenzbereich fällt und die bereits von den verantwortlichen Einheiten bearbeitet wird (FINMA, SVV, Versicherer, Leistungserbringer). Im vorliegenden Fall ist es angebracht, die Einheiten innert der oben erwähnten Fristen handeln zu lassen. In Anbetracht dieser Massnahmen wird der Kanton unter Berücksichtigung seines Kompetenzbereichs prüfen, ob zusätzliche Aktionen ergriffen werden müssen.

Aufgrund dieser Überlegungen beantragt der Staatsrat, dieses Postulat abzulehnen.

29. November 2022