



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Information Zusatzversicherung

29. März 2018

Ausgangslage

Die Finma ist die Aufsichtsbehörde der Krankenzusatzversicherer und hat ein direktes Durchgriffsrecht auf die Krankenversicherungen, auf deren Versicherungsprodukte und Organe. Sie bemängelt fehlende oder ungenügende Verträge der Zusatzversicherer und deren gelebte Praxis mit den Leistungserbringern. Die Finma will sicherstellen, dass die versicherten Mehrleistungen transparent ausgewiesen sind und sich die Preise dafür in einem angemessenen Rahmen halten.

Nach dem Wissensstand von H+ tangiert die Kritik fehlender Verträge oder unangemessener Preise weniger die Spitäler und Kliniken an sich als vielmehr die Belegärztinnen und Belegärzte. Die Finma hat aber nun begonnen, auf einzelne Zusatzversicherer und die gesamte Versichererbranche Druck auszuüben. Davon sind die Spitäler und Kliniken direkt betroffen. Denn einzelne Versicherer haben die Zusatzversicherungsverträge mit Spitälern und Kliniken gekündigt.

Parallel dazu haben das BAG und die Finma im 2017 die Leistungserbringer und Krankenversicherer zweimal zu Runden Tischen zum Thema Doppelverrechnung KVG – VVG eingeladen. Die Behörden hielten dabei fest, dass aktuell der Eindruck besteht, dass Leistungen von Ärztinnen, Ärzten und von Spitälern, Kliniken über die Zusatzversicherung nochmals in Rechnung gestellt werden, obwohl diese bereits durch die obligatorische Krankenversicherung, z.B. über die Tarife SwissDRG oder TARMED, gedeckt sind. Das BAG hat auf den Tarifschutz gemäss Art. 44 KVG und auf die Unrechtmässigkeit einer allfälligen Doppelverrechnung hingewiesen.

Bewertung H+

1. Der Tarifschutz nach Art. 44 KVG ist zwingend einzuhalten. Leistungen, die den sozialen Krankenversicherern in Rechnung gestellt worden sind, dürfen über die Zusatzversicherung nicht noch einmal vergütet werden.

Falls die gleichen Tarifstrukturen für die Abrechnung der Mehrleistungen verwendet werden wie für die obligatorischen KVG-Leistungen (z.B. SwissDRG oder TARMED), ist ein besonderes Augenmerk auf einen transparenten Ausweis der Mehrleistungen zu legen, damit der Tarifschutz gewahrt bleibt. Die Angemessenheit gilt sowohl für die Zusatzleistungen des einzelnen Spitals, der einzelnen Klinik (z.B. Hotellerieleistungen) als auch für jene der (Beleg-) Ärztinnen und Ärzte (z.B. freie Arztwahl).

Ideal ist die Verwendung von unterschiedlichen sowie transparenten Leistungsbeschreibungen und Abrechnungsregeln für die KVG- und die zusätzlichen VVG-Leistungen. Die Detaillierung der Leistungen ist den Vertragspartnern überlassen und kann sich von Spital zu Spital und von Versicherer zu Versicherer unterscheiden.

2. Ein Verstoß gegen den Tarifschutz oder überhöhte Forderungen im Rahmen der Zusatzversicherung bergen das Risiko eines Imageschadens für die ganze Gesundheitsbranche. Die Spitäler und Kliniken müssen dabei auch das Abrechnungsverhalten der externen bei ihnen tätigen Ärztinnen, Ärzte im Auge behalten. Denn im Falle eines Fehlverhaltens wird eine Differenzierung zwischen Belegarzt, Belegärztin und Spital, Klinik in der Öffentlichkeit und den Medien und somit auch in der Politik kaum gelingen.

Dies zeigt sich beispielsweise darin, dass sich die Spital- und Klinikbranche seit einiger Zeit wegen angeblicher falscher Lohnanreize und überhöhter Löhne für Chefärzte negativ in den Schlagzeilen befindet. Dass hierbei die Honorare aus Zusatzversicherungen eine wesentliche Rolle spielen und diese von den Ärzten oft direkt verrechnet werden, wird in der medialen Diskussion nicht differenziert dargestellt.