



## Bericht 2023-DSAS-108

16. April 2024

### Doppelverrechnungen an Krankenversicherungen: Kontrollinstrumente im Interesse der Versicherten vorsehen

*Hiermit unterbreiten wir Ihnen den Bericht zum Postulat 2022-GC-118 Kolly Nicolas / Zurich Simon.*

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Das Postulat</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Versicherungsaufsicht</b>	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>Massnahmen auf Bundesebene</b>	<b>2</b>
<b>4</b>	<b>Situation in anderen Kantonen</b>	<b>3</b>
<b>5</b>	<b>Mögliche Massnahmen für den Kanton Freiburg</b>	<b>3</b>
<b>5.1</b>	<b>Sensibilisierung bei den Spitälern der Spitalliste</b>	<b>3</b>
<b>5.2</b>	<b>Disziplinarische Aufsicht</b>	<b>4</b>
<b>5.3</b>	<b>Aufsicht über die OKP-Rechnungsstellung (Tarifschutz)</b>	<b>4</b>
<b>5.4</b>	<b>Aufsicht über die OKP-Zulassung</b>	<b>4</b>
<b>5.5</b>	<b>Aufsicht durch Leistungsaufträge</b>	<b>5</b>
<b>6</b>	<b>Schlussfolgerung</b>	<b>6</b>

---

## 1 Das Postulat

---

In ihrem am 27. Juni 2022 eingereichten und begründeten Postulat, das am 10. Februar 2023 vom Grossen Rat angenommen wurde, verweisen die Postulanten Nicolas Kolly und Simon Zurich auf eine Medienmitteilung der FINMA und die mangelnde Transparenz bei Leistungen, die von den Krankenversicherungen vergütet werden, genauer gesagt von den Zusatzversicherungen. Gemäss den Postulanten sei zwar die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (FINMA) die Aufsichtsbehörde für die Kontrolltätigkeit der Versicherer, die Aufsicht über die Leistungserbringer falle jedoch in die Zuständigkeit der Kantone. Sie halten es für notwendig, darüber nachzudenken, welche Kontrollmassnahmen die Kantone zur Verstärkung der Aufsicht ergreifen könnten, sollten sich die von der FINMA und den Versicherern ergriffenen Massnahmen als unzureichend erweisen. Diese Massnahmen sollten es den zuständigen Behörden ermöglichen, die zulasten der Privatversicherung verrechneten Leistungen auf kantonaler Ebene zu kontrollieren.

## 2 Versicherungsaufsicht

---

Wie in den Antworten des Staatsrat auf die Motion 2021-GC-73 Flechtner Olivier / Kolly Nicolas Doppelverrechnungen an Krankenversicherungen: Kontrolle im Interesse der Versicherten und auf das vorliegende Postulat dargelegt wurde, sind die Bereiche der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und der Zusatzversicherung durch unterschiedliche Rechtsgrundlagen geregelt, werden von den Versicherern unabhängig verwaltet und sind mit unterschiedlichen Zuständigkeiten der Kantone verbunden.

Gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) genehmigen die Kantone die zwischen den Krankenversicherern und den Leistungserbringern ausgehandelten Tarifverträge bezüglich der Leistungen zulasten der OKP. 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 bei jedem in der Spitalliste verzeichneten Spital, ob die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien erfüllt sind.

Bei den Zusatzversicherungen haben die Kantone keine Systemaufsichtskompetenz; die Zusatzversicherungen sind durch das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) geregelt und fallen unter das Privatrecht. Der Kanton hat somit keine direkte Handhabe für das Tarif- und Vertragssystem im Bereich der Zusatzversicherung, für dessen Aufsicht die FINMA zuständig ist.

## 3 Massnahmen auf Bundesebene

---

Der Schweizerische Versicherungsverband (SVV) hat ein Branchen-Framework<sup>1</sup> mit Grundsätzen und Anforderungen für den Abschluss neuer Verträge zwischen Versicherern und Leistungserbringern im Bereich Zusatzversicherung erlassen. 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. Derzeit laufen Verhandlungen für neue Verträge, die den Kriterien des SVV entsprechen. Der SVV und die FINMA erfassen die

---

<sup>1</sup> [Branchen-Framework zu «Mehrleistungen VVG» | SVV \(svv.ch\)](#).

---

Umsetzung dieses Branchen-Frameworks regelmässig mit einem Monitoring, allen voran mit einer halbjährlichen Bestandsaufnahme des Fortschritts. Die Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD) erkundigt sich periodisch bei der SVV, aber auch bei den Spitälern über das Monitoring. Zur Veranschaulichung: Im Jahr 2023 gab das HFR an, dass die Versicherer, die 90 % der Patientinnen und Patienten mit einer Zusatzversicherung (VVG) vertreten, die VVG-Vereinbarungen gekündigt haben. Die neuen Vereinbarungen traten ab dem 1. Januar 2022 in Kraft.

## 4 Situation in anderen Kantonen

---

Parlamentarische Vorstösse mit ähnlichem Inhalt wurden in den Kantonen Waadt, Genf und Wallis eingereicht.

Der Kanton Wallis hat eine Sensibilisierungsmassnahme beim Spital Wallis durchgeführt (diese Massnahme wird in den Vorschlägen unten, Punkt 5.1, aufgegriffen).

Im Kanton Waadt führte eine in ein Postulat umgewandelte Motion zu Vorschlägen für Gesetzesänderungen im Rahmen eines Vorentwurfs für eine Teilrevision des Gesetzes über die öffentliche Gesundheit. Die betreffenden Bestimmungen präzisieren die bereits bestehenden gesundheitspolizeilichen Befugnisse des *Département de la santé et de l'action sociale* des Kantons Waadt (DSAS-VD). Diese Aufsicht soll insbesondere dann greifen, wenn die Gesundheit und Sicherheit von Patientinnen und Patienten gefährdet ist oder wenn Leistungen rechtswidrig erbracht werden, insbesondere solche, die vom Kanton mitfinanziert werden. Die DSAS-VD wird nur in Einzelfällen eingreifen. Das Vernehmlassungsverfahren endete Ende Januar 2023, der Gesetzesentwurf wurde noch nicht vom Grossen Rat behandelt.

Im Kanton Genf zielte ein am 18. Mai 2021 eingereichter Motionsentwurf darauf ab, den Staatsrat zur Schaffung einer Rechtsgrundlage aufzufordern, und so die Aufsicht über die zu Lasten der Zusatzversicherungen abgerechneten Leistungen zu organisieren. Die parlamentarische Kommission, die sich mit dem Dossier befasste, änderte die Motion dahingehend ab, dass sie auf die Schaffung einer spezifischen Rechtsgrundlage verzichtete; hingegen forderte sie den Staatsrat dazu auf, dafür zu sorgen, dass Rechnungen von privaten Einheiten, die im Rahmen der Spitalplanung aufgelistet sind, nicht doppelt ausgestellt werden. Später wurde in den Leistungsaufträgen ein Kontrollrecht der Behörden bezüglich der (zusätzlichen) Rechnungsstellung im Zusammenhang mit vom Kanton mitfinanzierten OKP-Leistungen eingeführt.

Schliesslich antwortete der Kanton Tessin auf eine im Rahmen des *Groupement Romand des Services de santé Publiques* (GRSP) durchgeführte Umfrage und gab an, keine besonderen Massnahmen im Bereich der Rechnungsstellung an Krankenzusatzversicherungen zu planen.

## 5 Mögliche Massnahmen für den Kanton Freiburg

---

Einleitend möchten wir die Wichtigkeit betonen, die zuständigen Organe innerhalb der vorgesehenen Fristen handeln zu lassen. Dieses Kapitel enthält Überlegungen zu Massnahmen, die der Kanton im Rahmen seiner Zuständigkeiten ergreifen könnte, falls die von der FINMA und den Versicherern ergriffenen Massnahmen nicht ausreichen. Diese Ansätze müssten vor ihrer Umsetzung weiter vertieft werden. Sie basieren zum einen auf dem Austausch mit dem SVV und der FINMA und zum anderen auf kantonsübergreifenden Diskussionen (Details siehe oben).

### 5.1 Sensibilisierung bei den Spitälern der Spitalliste

In erster Linie könnte der Kanton sämtliche Spitälern der Freiburger Spitalliste für die Problematik der doppelten Rechnungsstellung sensibilisieren, indem er sie an die Grundsätze des Branchen-Frameworks des SVV sowie an die Gesetzesbestimmungen erinnert. Man könnte daran erinnern, dass nur Leistungen, die über die OKP-Leistungen hinausgehen, als zusätzliche Leistungen gelten, und dass diese Leistungen nur dann in Rechnung gestellt werden,

---

wenn sie tatsächlich erbracht wurden. Zudem muss die Leistungsabrechnung eine konsolidierte und für die Patientinnen und Patienten nachvollziehbare Aufstellung aller nach VVG erbrachten Leistungen sowie der Kosten enthalten, die unter die OKP-Rechnung fallen. Die Vereinfachung und Verbesserung des Zugangs und der Lesbarkeit der Rechnungen sollte eine bessere Kontrolle durch die Patientinnen und Patienten ermöglichen, die bei der Überprüfung der Rechnungen eine zentrale Rolle spielen sollten. Stellt das Spital oder der Arzt bei einem Spitalaufenthalt Rechnungen für Arzthonorare und andere Leistungen (medizinisches Material, Medikamente usw.) aus, die über die Rechnungsstellung der DRG-Pauschale zu Lasten der OKP hinausgehen, so widerspricht dies möglicherweise dem Tarifschutz und damit dem KVG.

Diese Erinnerungen könnten im Rahmen der Erneuerung von Leistungsaufträgen stattfinden.

## **5.2 Disziplinarische Aufsicht**

Der Kanton ergreift durch die GSD bereits disziplinarische Massnahmen bei missbräuchlichen Rechnungen nach Anzeige oder Klage, insbesondere wenn diese mit unnötigen oder nicht erbrachten Leistungen in Zusammenhang stehen. Solche Handlungen können eine Verletzung der Pflicht zur sorgfältigen und gewissenhaften Berufsausübung darstellen, die in Artikel 86 des Gesundheitsgesetzes (GesG) festgelegt ist, der Artikel 40 Bst. a des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (MedBG) bzw. Artikel 16 Bst. a des Bundesgesetzes über die Gesundheitsberufe (GesBG) aufnimmt<sup>2</sup>. Nach Artikel 106 GesG gilt diese Pflicht sinngemäss für die Institutionen des Gesundheitswesens. Daher können Disziplinar massnahmen nicht nur gegen eine Gesundheitsfachperson, sondern auch gegen eine Institution des Gesundheitswesens oder Mitglieder der Führungsorgane verhängt werden (Art. 125 Abs. 5 GesG). Unter einer Disziplinar massnahme versteht man eine Verwarnung, einen Verweis, eine Busse oder ein vorübergehendes oder dauerndes Berufs- oder Betriebsverbot.

## **5.3 Aufsicht über die OKP-Rechnungsstellung (Tarifschutz)**

Die Überwachung von Leistungen, die zu Lasten der OKP abgerechnet werden, ist in erster Linie eine Frage des Tarifschutzes, der in Artikel 44 KVG geregelt ist. Absatz 1 dieses Artikels besagt, dass sich die Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten müssen und für Leistungen in Anwendung des KVG keine weitergehenden Vergütungen berechnen dürfen. Folglich können die Zusatzversicherungen keine Leistungen übernehmen, die bereits der OKP in Rechnung gestellt wurden. So dürfen nur die Leistungen zulasten der Zusatzversicherung abgerechnet werden, die tatsächlich zusätzlich erbracht wurden, z. B. Hotellerie- oder Komfortleistungen im Spital oder die Wahl eines Arztes im Spital. Betreffend Kontrolle der Leistungsabrechnung, genauer gesagt Einhaltung des Tarifschutzes, obliegt die Kontrolle dem kantonalen Schiedsgericht, das auf Antrag eines Versicherers oder eines Verbandes der Versicherer angemessene Sanktionen verhängen kann (Art. 59 Abs. 2 und 3 Bst. d i. V. m. Art. 89 KVG). Die GSD ist hingegen nicht befugt, bei Verstössen gegen den Tarifschutz Sanktionen zu verhängen.

## **5.4 Aufsicht über die OKP-Zulassung**

Ein weiterer Ansatzpunkt, den es zu vertiefen gilt, besteht bei den Zulassungen zur Tätigkeit zulasten der OKP. Denn nach dem neuen Artikel 38 KVG, der am 1. Januar 2022 in Kraft getreten ist, bezeichnen die Kantone eine Aufsichtsbehörde für die OKP-Zulassung. Bei Nichteinhaltung der Zulassungsvoraussetzungen kann die Behörde Massnahmen anordnen, wie eine Verwarnung, eine Busse bis zu 20 000 Franken, den Entzug der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für das ganze oder einen Teil des Tätigkeitsspektrums für längstens ein Jahr (befristeter Entzug) oder den definitiven Entzug der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für das ganze oder einen Teil des Tätigkeitsspektrums. Da diese Aufsicht jedoch auf ambulante Leistungserbringer beschränkt ist (Art. 38 Abs. 1 KVG), können die Kantone die genannten Massnahmen nicht gegen Spitäler, Geburtshäuser usw. anordnen. Da das Bundesrecht in diesem Bereich abschliessend ist, ist es nicht möglich, eine kantonale Rechtsgrundlage zu schaffen, um die Aufsicht über die OKP-Zulassung auf stationäre Einrichtungen auszudehnen.

---

<sup>2</sup> W. Fehlmann, in: Ayer et al. (Hrsg.), Medizinalberufegesetz (MedBG) – Kommentar, Basel 2009, Art. 40, Rz. 74ff.

---

## 5.5 Aufsicht durch Leistungsaufträge

Für die OKP-Leistungen erstellt der Kanton im Rahmen der Spitalplanung eine Spitalliste und erteilt Leistungsaufträge an die Spitäler und Institutionen auf dieser Liste. Es stellt sich die Frage, ob in den Leistungsaufträgen zusätzliche Anforderungen an die Rechnungsstellung basierend auf den Branchen-Frameworks des SVV gestellt werden könnten.

Grundsätzlich sind die Kantone dafür zuständig, in den Leistungsaufträgen Anforderungen im Sinne von Verpflichtungen zu formulieren. Die Erfüllung dieser Anforderungen ist eine Voraussetzung für die Aufnahme eines Spitals – unabhängig ob öffentlich oder privat – in eine Spitalliste, da sich diese Anforderungen auf die Deckung des Behandlungsbedarfs der Bevölkerung beziehen. Diese auf OKP-Leistungen beschränkte Zuständigkeit ergibt sich aus dem Bundesrecht; es ist daher nicht notwendig, im kantonalen Recht eine entsprechende Rechtsgrundlage zu schaffen. Den Kantonen ist es jedoch nicht erlaubt, in ihren Leistungsaufträgen (zusätzliche) Anforderungen festzulegen, die nicht mit dem KVG vereinbar sind. So verfügen die Kantone bei der Umsetzung der Planungskriterien über einen erheblichen Ermessensspielraum, kantonales Recht darf jedoch Sinn und Zweck der Bundesgesetzgebung nicht verletzen oder ihrem Zweck widersprechen (s. BVGer Urteil C-7017/2015 vom 17. September 2021, Erw. 10.5.2).

Artikel 39 KVG legt die Anforderungen fest, die Spitäler erfüllen müssen, um zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen zu werden. So muss ein Spital unter anderem auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sein (Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG). Darüber hinaus hat der Bundesrat gestützt auf Artikel 39 Abs. 2<sup>ter</sup> KVG einheitliche Planungskriterien unter Berücksichtigung von Qualität und Wirtschaftlichkeit erlassen. Artikel 58b KVV verpflichtet die Kantone insbesondere dazu, die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungserbringung zu berücksichtigen (vgl. Urteil des BVGer C-7017/2015 vom 17. September 2021, E. 10.5.3).

Die Frage, ob die (zusätzliche) Verrechnung von Leistungen zu Lasten der Zusatzversicherung – genauer gesagt die Frage, ob diese Verrechnung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung nach Artikel 58b KVV überprüft werden kann – wird im Rahmen der GDK-Empfehlungen zur Spitalplanung (Version vom 20. Mai 2022) nicht behandelt und ist nicht Gegenstand der Rechtsprechung. Angenommen die Einhaltung des Branchen-Frameworks des SVV würde als Anforderung in den Leistungsaufträgen verankert, stellt sich zudem die Frage, welche Sanktionen bei Verstössen gegen den Branchen-Framework des SVV verhängt werden könnten. Da ein Sanktionskatalog auf Bundesebene fehlt, wäre die (einzige) Massnahme die Kündigung oder gar die Verweigerung der Erneuerung des Leistungsauftrags für die gesamte oder einen Teil der Tätigkeit. Im Extremfall wäre es also eine drastische Massnahme, die unweigerlich zur Schliessung der Einrichtung führen würde – und damit Auswirkungen auf die Deckung des Bevölkerungsbedarfs und auf das Personal haben könnte. Eine solche Massnahme wird sehr wahrscheinlich kaum mit dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit vereinbar sein. Es könnte jedoch sinnvoll sein, diese Anforderung in den Leistungsaufträgen vorzusehen, um die Spitäler für das Phänomen der doppelten Rechnungsstellung zu sensibilisieren (siehe Kap. 5.1).

Schliesslich verpflichtet der neue Artikel 58f Absatz 7 KVV, in Kraft getreten am 1. Januar 2022, die Kantone, in den Leistungsaufträgen für Spitäler das Verbot ökonomischer Anreizsysteme vorzusehen, die zu einer medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder zur Umgehung der Aufnahmepflicht nach Artikel 41a KVG führen. Damit sollen die unerwünschten Anreize für eine Erhöhung des Patientenvolumens reduziert werden, und damit die heutzutage potenzielle Patientenselektion durch Ärztinnen und Ärzte. Die Anzahl der Eingriffe steigt nämlich, wenn das Einkommen der Ärztinnen und Ärzte an Boni gekoppelt ist, die mit bestimmten quantitativen Zielen verbunden sind, oder wenn *Kickbacks* an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bezahlt werden, die Patientinnen und Patienten an die Institutionen überweisen. Im Übrigen ist anzumerken, dass die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) solche Vereinbarungen stets abgelehnt hat, um die Unabhängigkeit der Ärztinnen und Ärzte unter Berücksichtigung der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu gewährleisten. Die Diskussionen zur konkreten Umsetzung dieses Verbots werden jedoch auf Ebene der Kantone (GDK) und des BAG fortgesetzt. Auch wenn die Frage, ob das Phänomen der doppelten Rechnungsstellung in den Anwendungsbereich von Artikel 58f Absatz 7 KVV fällt, derzeit noch ungeklärt ist, so ist nicht auszuschliessen, dass bestimmte Fälle Gegenstand eines Disziplinarverfahrens nach dem Gesundheitsgesetz sein könnten (vgl. Kap. 5.2.).

---

## 6 Schlussfolgerung

---

Die Überlegungen und Erhebungen haben mehrere Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt, die der Kanton ergreifen könnte, sollten sich die von der FINMA ergriffenen Massnahmen als ungenügend erweisen. Der Staatsrat ist jedoch der Ansicht, dass bei den möglichen Massnahmen eine gewisse Verhältnismässigkeit gewahrt bleiben muss. Tatsächlich würden einige Aktionen den Kompetenzrahmen des Kantons missachten. So ist der Staatsrat der Ansicht, dass nur die Massnahmen 5.1 und 5.2 bei Bedarf verfeinert und implementiert werden könnten.