

Der Regierungsrat des Kantons Thurgau an den Grossen Rat

GRG Nr.	20	EA 91	233
---------	----	-------	-----

Frauenfeld, 14. Dezember 2021

781

**Einfache Anfrage von Peter Bühler-Trionfini vom 27. Oktober 2021 „Spitaltarife/
-Abrechnungen für Privat- und Halbprivatpatienten – findet in TG'er Spitälern
auch eine Abzocke statt?“**

Beantwortung

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Vorweg gilt es festzuhalten, dass es bei Spitälern zwei stationäre Tarifarten gibt. Einerseits die Tarife der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), die gemäss Art. 117 der Bundesverfassung (BV; SR 101) durch den Bund mittels dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) geregelt sind. Andererseits gibt es die Halbprivat- und Privatversicherung, die sich nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) richtet.

Während Grundversicherungstarife vom Preisüberwacher zu beaufsichtigen und von den Kantonen zu genehmigen (Art. 46 KVG) sind und sich die Aufsicht nach dem Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG; SR 832.12) richtet, unterstehen Zusatzversicherungstarife analog der Tarife anderer Versicherungsarten, wie etwa der Haftpflichtversicherung oder der Hausratsversicherung dem Wettbewerb, und sind im VVG geregelt. Die Aufsicht über die Zusatzversicherungstarife wird nicht durch die Kantone ausgeübt, sondern durch die eidgenössische Finanzmarktaufsicht (FINMA). Sie wird organisatorisch im Bundesgesetz über die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (FINMAG; SR 956.1) geregelt und richtet sich nach dem Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen (VAG; SR 961.01).¹

¹ Siehe dazu auch Prof. Dr. Bernhard Rütsche, Aufsicht im Bereich der Krankenzusatzversicherungen, Zürich: Schulthess Verlag, 2017.

Frage 1

Die Vorwürfe des Preisüberwachers treffen die Thurgauer Spitäler nicht. Die Einfache Anfrage (GR 20/EA 91/233) bezieht sich auf den Bericht des Preisüberwachers² über die Krankenzusatzversicherungstarife mit der Aussage, dass in der Krankenzusatzversicherung überhöhte Preise für Leistungen abgerechnet werden und dass deshalb regulatorische Änderungen nötig seien. Einzelne der gemachten Aussagen sind nur teilweise zutreffend. Im Übrigen stellt sich die Frage, ob der Preisüberwacher für die Zusatzversicherungstarife überhaupt zuständig ist, weil sie ja gerade nicht administriert sind, sondern dem Wettbewerb unterstehen.

Dennoch kann hier festgehalten werden, dass die Preise für Halb- und Privatversicherte der Spital Thurgau AG gemäss der in dieser Einfachen Anfrage erwähnten Analyse des Preisüberwachers deutlich unter dem Median (-10 % Halbprivat und -8 % Privat) liegen.

Frage 2

Wie einleitend ausgeführt, hat der Kanton keine Kompetenzen, in die Zusatzversicherungstarifgestaltung einzugreifen. Die Kantone üben aber eine generelle gesundheitspolizeiliche Aufsicht aus. In diesem Rahmen könnten sie, wenn ein unlauteres oder gar betrügerisches Verhalten vermutet würde (Art. 59 Abs. 3 lit. f KVG), ein Verfahren, gegebenenfalls ein Strafverfahren einleiten. Liegt im Einzelfall bei einer bestimmten Person ein konkreter Verdacht auf einen Betrug oder ein anderweitig strafrechtliches Verhalten vor, ist es an der zuständigen Staatsanwaltschaft, ein Strafverfahren einzuleiten.

Frage 3

Die Tarife im Bereich der Zusatzversicherung der Spital Thurgau AG und der anderen Leistungserbringer im Kanton Thurgau unterstehen dem Wettbewerb und sind daher nicht öffentlich. Daher kann der Kanton auch keine Angaben zu dieser Frage machen.

Frage 4 und 5

Die Krankenversicherungen kontrollieren die Abrechnung der OKP gemäss KVG. Sie haben ein hohes Interesse daran, da sie es sind, welche die Leistungen vergüten. Im Bereich der OKP sind Krankenkassen und Spitäler gemäss Art. 56 Abs. 5 KVG verpflichtet, in den Tarifverträgen Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vorzusehen und gemäss Art. 56 Abs. 6 KVG eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit vertraglich festzulegen. Denn Leistungen in der OKP müssen sich gemäss Art. 56 Abs. 1 KVG auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Konkret kontrollieren die Krankenversicherungen, ob die zu bezahlenden Leistungen wirtschaftlich, zweckmässig und wirksam (sogenannte WZW-Kriterien) sind (Art. 32 KVG). Sind die Grundsätze des KVG nicht erfüllt, können die Krankenversicherer die Leistungen während fünf Jahren zurück-

² Akutstationäre Spitaltarife im Zusatzversicherungsbereich, Ein nationaler Tarif- und Kostenvergleich, Oktober 2021.

fordern (Art. 56 Abs. 2 KVG).³ Zahlreiche Leistungserbringer in der Schweiz in der ambulanten und stationären Versorgung mussten Konkurs anmelden, weil die Rückforderungen der unrechtmässig in Rechnung gestellten Leistungen ihre Liquidität überstiegen. Aus diesem Grund sind Leistungserbringer in der Regel sehr vorsichtig bei der Verrechnung von Leistungen.

Im Bereich der Zusatzversicherungen prüfen die Zusatzversicherer, ob die vertraglichen Leistungen und Verpflichtungen eingehalten wurden. Die Einhaltung der WZW-Kriterien, die Festlegung dessen, was medizinischer Standard ist, gilt in der OKP strikt. In der Zusatzversicherung sind hingegen Abweichungen, insbesondere im Bereich der Wirtschaftlichkeit möglich, wenn diese vertraglich vereinbart wurden.⁴

Auf jeden Fall dürfen die Leistungserbringer dieselben Leistungen nicht der Grund- und der Zusatzversicherung in Rechnung stellen. Sollten solche Doppelverrechnungen festgestellt werden, würden Verfahren eingeleitet, wie sie unter Frage 2 beschrieben wurden.

Frage 6

Der Regierungsrat sieht keinen gesetzgeberischen Handlungsbedarf.

Die Präsidentin des Regierungsrates

Der Staatsschreiber

³ Vgl. BGE 133 V E. 4.1 S. 582 vom 30. Juli 2007.

⁴ Prof. Dr. Bernhard Rütsche, Zusatzversicherte Leistungen in Spitälern, Zürich: Schulthess Verlag, 2017.

