

### 3. VVG-AnwenderInnen Forum von MediCongress: Fragen, Analysen, Zukunftsperspektiven

## Klartext für «Mehr-Leistungen»: Was gilt es, besonders zu durchleuchten?

Die traditionellen Zusatzversicherungen sind durch die FINMA, den Preisüberwacher und die abwartende Position der WEKO unter Druck geraten. Definition und Ausweis von Mehrleistungen gegenüber den aus der Grundversicherung gedeckten Leistungen werden wichtiger. Welche Ansätze kommen bei den ärztlichen Mehrleistungen zur Anwendung? Welche bei den Spital- bzw. Komfort-Leistungen? Sind Mehrleistungen auch in der Pflege denkbar? Welche Unterschiede gibt es zwischen somatischen und psychiatrischen Spitälern, welche zwischen ambulanten und stationären Leistungen?

Gesundheitsökonom Dr.oec. HSG Willy Oggier machte es deutlich: «Wir beleuchten Unterschiede und erstellen eine Gesamtsicht. Wir fragen auch, wo die verschiedenen Projekte stecken, die schweizweit aufgegleist sind.» – Den vielfältigen Fragen wurde bereits am ersten, digitalen Tag aus Systemsicht juristisch wie ökonomisch, aus Preisüberwacher-Sicht sowie aufgrund von Überlegungen aus der Versicherungswelt nachgegangen.

#### Klarsicht bei der juristischen Regelung

Eine gründliche juristische Betrachtung ist immer wertvoll, besonders wenn sie von Prof.Dr.iur. Ueli Kieser, Rechtsanwalt, dargelegt wird. Er beleuchtete das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG) und das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), Grundzüge und Überschneidungen. Bei der Aufsicht über die Krankenversicherung und die Zusatzversicherung gelte es, als Ausgangs-

punkt zwei unterschiedliche Bereiche auseinanderzuhalten: die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) und die Zusatzversicherung (ZV), ebenso Grund- und Zusatzleistungen:

– **Grundleistungen der OKP** ergeben sich aus dem Gesetz und aus dem Prinzip der Pflichtleistungsvermutung, die besagt, was eine zugelassene Leistungserbringerin erbringt, ist vermutungsweise durch die Krankenversicherung zu vergüten.

Teamsitzung der Kongress-Profis: MediCongress blickt auf ein ereignisreiches Jahr zurück und hat viele Pläne für die Zukunft.





Rudolf Bruder, Mitglied der Geschäftsleitung Helsana, betonte, wie wichtig Transparenz beim Entwickeln neuer VVG-Versicherungsmodelle ist.



Prof. Dr. Ueli Kieser zeigte die oftmals komplexe Aufgabe der Aufsichtsorgane im Grund- und Zusatzversicherungsbereich.



Prof. Dr. Krauskopf beleuchtete die Kriterien, die zu Wettbewerbsverzerrung und kartellrechtlichen Interventionen führen.

– **Mehrleistungen im Versicherungsvertragsgesetz VVG** bedeuten, dass über den Umfang der Grundleistungen hinzutretende, ergänzende Leistungen erbracht werden. Beispiele dafür sind besserer Komfort und freie Arztwahl im Spital. Ambulante Mehrleistungen stellen etwa Hausbesuche ohne medizinische Notwendigkeit, Sprechstunden am Abend oder Wochenende oder Naturheilpraktiken dar.

Konsequenz aus dieser Unterscheidung sind getrennte Aufsichten mit getrennten gesetzlichen Grundlagen. Bei der OKP richtet sich die Aufsicht nach dem KVAG, beim VVG-Bereich ist das VAG massgebend. Daraus ergeben sich auch getrennte Zuständigkeiten: Für die Grundversicherung ist es das Bundesamt für Gesundheit BAG, während die Zusatzversicherung durch die FINMA beaufsichtigt wird.

### Umfassende Aufsicht

Gemäss Art. 34 KVAG wacht die Aufsichtsbehörde darüber, dass die Bestimmungen dieses Gesetzes und des KVG eingehalten werden und prüft, ob Gewähr für eine einwandfreie Geschäftstätigkeit geboten wird. Zweitens wacht sie über die Einhaltung des Geschäftsplans und über die Solvenz der Versicherer, dass diese Reserven und Rückstellungen vorschriftsgemäss bilden, die Vermögenswerte ordnungsgemäss verwalten und anlegen sowie die gesamten Kapitalerträge der sozialen Krankenversicherung zukommen lassen.

Das BAG sorgt für das gesetzeskonforme und dauerhafte Einhalten der Bewilligungsvoraussetzungen durch die Versicherer. Bei Nichtein-

halten wird die Wiederherstellung des gesetzlichen Zustandes verlangt. Das BAG kann den Versicherern Weisungen zum einheitlichen Anwenden des Bundesrechts erteilen und Inspektionen, auch unangekündigte, durchführen.

Die Durchführung der Zusatzversicherung wird von der FINMA beaufsichtigt. BAG und FINMA koordinieren ihre Aufsichtstätigkeiten. Sie informieren sich gegenseitig, sobald sie von Vorkommissionen Kenntnis haben, die für die andere Aufsichtsbehörde von Bedeutung sind.

Die FINMA wacht darüber, dass die Versicherungs- und die Aufsichtsgesetzgebung eingehalten werden, prüft, ob die Versicherer Gewähr für eine einwandfreie Geschäftstätigkeit bieten, wacht über die Einhaltung des Geschäftsplans und darüber, dass die Versicherer solvent sind, die technischen Rückstellungen vorschriftsgemäss bilden und die Vermögenswerte ordnungsgemäss verwalten. Die FINMA schützt im Weiteren die Versicherten gegen Missbräuche der Versicherer und ihrer Vermittler.

### Zweiteilung könnte Probleme verursachen

Wenn zwei regulatorische Organe am Werk sind, könnten Probleme entstehen. Kieser: «Grundversicherung und Zusatzversicherung sind ergänzend. Daher kann die Aufsicht nicht völlig getrennt vorgenommen werden. Zentral ist eine gegenseitige Abstimmung der Aufsichtstätigkeit. Das ist z.B. wichtig bei der Definition, was eine echte Mehrleistung ist. Bei Grundversicherung und Zusatzversicherung können sich ausserdem

völlig analoge Fragen ergeben. Es muss gewährleistet sein, dass sie auf dieselbe Weise beantwortet werden.» Als Beispiel führte Kieser die Regelung der Vermittlungstätigkeit an.

Dritter Punkt sind Entscheide des einen Aufsichtsbereichs, die Auswirkungen auf den anderen haben. Das aktuellste Beispiel, das für Schlagzeilen sorgte, ist das Verbuchen von Aufwendungen in der Zusatzversicherung statt in der OKP und die Verrechnung zu hoher Prämien im Bereich der Zusatzversicherungen und zu tiefer im Bereich OKP. Die FINMA führte daher ein Enforcement-Verfahren gegen die in der Krankenzusatzversicherung tätige Gesellschaft der CSS-Gruppe durch. Das Verfahren förderte Mängel im Geschäft mit externen Vermittlern zu Tage und zeigte auf, dass die Versicherung Teile der Vertriebs- und Verwaltungskosten gruppenintern einseitig zulasten der Zusatzversicherung verteilte. Die FINMA ordnete an, den Betroffenen überhöhte Prämien von 129 Mio. Franken zurückzuzahlen.

### Erwägungen aus wettbewerbsrechtlicher Sicht

Diese präsentierte Prof. Dr. iur. Patrick Krauskopf von AGON Partners Legal AG, Zürich. Das Kartellrecht kenne drei Ausprägungen zum Verhindern oder Einschränken von Konkurrenz: Wettbewerbsabsprachen, Marktmissbrauch und Unternehmenszusammenschlüsse: «Bei den Absprachen sind rechtlich erzwingbare durch Verträge, nicht erzwingbare durch *gentlemen's agreements* und abgestimmtes parallel gleiches Verhalten zu unterscheiden.»



Preisüberwacher Dr. Stefan Meierhans will vermehrt mit der FINMA zusammenarbeiten und die VVG-Tarife kritisch analysieren.



Gesundheitsökonom Dr. Willy Oggier führte durch das Programm des digitalen ersten Tags des VVG AnwenderInnen Forums.

Marktmissbrauch ist durch marktbeherrschende oder relativ marktmächtige Stellung gegeben. Marktmacht wird bei 40% – 50% Marktanteil angenommen. Der Missbrauch geschieht durch Ablehnung von Geschäftsbeziehungen, Diskriminierung durch Handelspartner, Preisunterbietung, Einschränkung von Produktion, Vertrieb oder technischer Entwicklung, Erzwingen unangemessener Preise, Koppeln an leistungsunabhängige Bedingungen und Einschränkungen im Ausland.» – Das Schweizer Kartellgesetz ahndet solcherlei durch Bussen im Umfang von 10% der letzten drei Jahresumsätze und durch Schadenersatz. Haftstrafen sind – im Gegensatz zu etlichen Staaten – nicht vorgesehen.

Das Kartellgesetz kann andererseits den Wettbewerb einschränken, wo eine staatliche Markt- oder Preisordnung zu begründen ist und wo einzelne Unternehmen zum Erfüllen öffentlicher Aufgaben mit besonderen Rechten auszustatten sind.

Ein wichtiger Unterschied ist zudem zu beachten: Während das KVG für die Grundversicherung sowohl einen Tarifschutz als auch einen Kontrahierungszwang vorsieht, belässt das VVG den Versicherern und Versicherten die Freiheit zum Abschluss von Zusatzversicherungen. Es bestehen keinerlei Einschränkungen der Preisbildung. Das VVG schränkt somit den Wettbewerb nicht ein und schliesst daher auch die Anwendbarkeit des Kartellgesetzes nicht aus.

### Wann besteht eine Wettbewerbsabrede?

«Bei Zusatzversicherungen sind Wettbewerbsabreden auf verschiedenen Stufen möglich»,

erläuterte Krauskopf. «Das Kartellgesetz gilt für Unternehmen des privaten und öffentlichen Rechts, die Kartell- oder andere Wettbewerbsabreden treffen. Das sind alle selbstständigen Einheiten, welche als Anbieter oder als Nachfrager auftreten, also insbesondere Ärzte und Therapeuten. Tarifverträge, welche Tarife für medizinische Leistungen betreffend Rechnungsstellung gegenüber Patienten verbindlich festlegen, stellen eine Wettbewerbsabrede dar.

Bei Tarifverträgen geht es um Preisfestsetzungen, «daher ist prima vista von einer Preisabrede auszugehen», meinte Krauskopf, «diese Vermutung kann allerdings durch den Nachweis von genügendem Innen- oder Aussenwettbewerb umgestossen werden. Solange nur rein technische und redaktionelle Fragen und keine Wettbewerbsparameter (z.B. Tarife, Zins- oder Zahlungskonditionen usw.) betroffen sind, ist das Vorgehen kartellrechtlich irrelevant.» Kritisch werde es bei Absprachen bezüglich Preisen, Mengen/Kontingenten und territorialen Patientenströmen.

### Gemeinsam effizienter vorgehen

Eine allfällige Koordination der Krankenversicherer im Rahmen der Vertragsverhandlungen sei nur dann von Bedeutung, wenn sie sich im Tarifvertrag niederschläge. Als wettbewerbsrechtlich unbedenklich bezeichnete der Referent schliesslich, wenn etliche Belegärztinnen und -ärzte zusammen mit den Versicherungsgesellschaften im Zusatzversicherungsbereich aufgrund des gleichen Kalkulationsverfahrens

verhandeln (z.B. Medicalculis, Anm. der Redaktion). Krauskopf: «Es ist unrealistisch und nicht effizient, wenn 10000 oder gar 30000 Belegärztinnen und -ärzte bilateral mit allen Zusatzversicherern eigene Verhandlungen führen würden. Das gäbe Tausende von Verträgen. Hierbei gemeinsam koordiniert vorzugehen, ist logisch.» Zudem wurden verschiedene Rechtfertigungsgründe erläutert. Dazu gehören insbesondere Effizienzgewinne.

### Herausforderungen im Fokus

Als Herausforderungen, die künftig zu beachten und kartellrechtlich zu beurteilen seien, bezeichnete der Experte individuelle Preis- bzw. Tarifgestaltungen, insbesondere wenn mehrere Leistungserbringer über ein Unternehmen abrechnen (z.B. ein Therapiezentrum oder Spital), weiter die konsequente Umsetzung der FINMA-Anforderungen und die Kooperation der Versicherer als Gegenmacht zu den Leistungserbringern. Besonders beachtenswert seien neue Modelle. Gerade findet im Jura die Umsetzung der Gesundheitsorganisation Réseau de l'Arc statt, wo Versicherer und Leistungserbringer in einem auftreten – wettbewerbsrechtlich höchst interessant und zugleich eine Chance für ein innovatives Leistungsangebot.

### Arge Wettbewerbsmängel

Diese gebe es zuhauf, unterstrich Preisüberwacher Dr. Stefan Meierhans: «Darunter fallen Intransparenz, Informationsasymmetrie, nicht erfüllte Versicherungsverprechen der freien Spitalwahl, Tarife, die keinen Einfluss aufs Patientenverhalten haben und «gefangene Kunden».

Meierhans zeigte anhand eines Falls aus dem Jahre 2012 ein «systemisches Problem»: «Damals wurde eine Untersuchung bei den Berner Regionalspitalern bezüglich der Zusatzversicherungstarife auf Hinweis der WEKO durchgeführt. Im Januar 2020 kam es zum Abschluss einer einvernehmlichen Regelung mit der Spital STS AG, aber das Problem besteht grundsätzlich weiter.»

Aufschlussreich war Meierhans' Hinweis auf die Kostentransparenz im Vergleich des stationären OKP-Aufenthalts zum privaten. Hier geht es ums Erfassen der Mehrkosten für die Hotellerie (Verpflegung, Zimmer, Service), die im Vergleich OKP-VVG in Abzug gebracht werden müssen. Arzthonorare für Zusatzversicherte sind im ITAR\_K® in einer separaten Zeile bereits ausgeschieden und abgezogen.

Die Mehrkosten für die Halbprivate Abteilung (HP) und die Private Abteilung (P) sind abhängig

vom Leistungsangebot und von spezifischen Konstellationen. Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK nimmt zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit bei den Tarifverhandlungen seit 2012 vereinfachte Pauschalabzüge vor: 800 Franken für den Halbprivat-Bereich und 1000 Franken für den privaten. Die von zahlreichen Spitälern getragene Vereinigung SpitalBenchmark hat nun aber die effektiven Kosten systemkonform auf das Fallgewicht 1.0 berechnet. Mit 396 Franken Differenz zu OKP (halbprivat) resp. 683 Franken (privat) liegen die Werte wesentlich unter den Pauschalabzügen, welche die GDK empfiehlt.

### Verstärktes Eingreifen gegen Intransparenz

Auf diese Weise entstünden zu hohe VVG-Tarife ohne Bezug zu Kosten und ein Anreiz zur Mengenausweitung, folgerte der Preisüberwacher: «Zusatzkosten gehen dabei zu Lasten der Zusatzversicherung, der Sockelbeitrag aber auch zu Lasten der OKP.» Hier wolle der Bundesrat für Abhilfe sorgen, denn der Expertenbericht zur Kostendämpfung vom 24.8.2017 sieht als Massnahme 28 vor, dass missbräuchliche Zusatzversicherungstarife zu verhindern seien. Meierhans' Fazit: «Verhindern wir missbräuchliche VVG-Tarife, wirkt sich das dämpfend auf die OKP-Kosten aus.» Der Referent begrüsst daher die vorgeschlagene Option eines verstärkten Eingreifens des Preisüberwachers. Zusätzlich erachtet er eine enge Zusammenarbeit mit der FINMA als sinnvoll; anzustreben seien daher eine institutionalisierte Zusammenarbeit sowie gegenseitige Hilfe mittels Amtsberichten und

Wirkungsanalysen, denn «VVG-Tarife müssen klar nachvollziehbar und von OKP-Leistungen abgrenzbar sein. Ein einwandfreier Kostenbezug muss zu einer spürbaren Senkung der VVG-Tarife führen. Erfolgt keine Besserung, braucht es gesetzgeberische Massnahmen.»

### Versicherer werden kreativ

Das Zusatzversicherungsgeschäft ist naturgemäss für die Krankenversicherer von grossem Interesse. Entsprechend sind sie aktiv geworden, massgeschneiderte Lösungen für Versicherte zu finden, die bereit sind, höhere Prämien zu zahlen, um dadurch zusätzliche Leistungen beanspruchen zu können.

Rudolf Bruder, Leiter Produkte und Leistungen, Mitglied der Geschäftsleitung Helsana, stellte neben den gewohnten Versicherungsmodellen Privat und Halbprivat die Lösung «Hospital Flex» vor. Sie beinhaltet eine flexible Abteilungswahl (mit Kostenbeteiligung) mit freier Arzt- und Spitalwahl. Weiter bietet die Helsana «Primeo» an: Hier profitieren die Patienten bei ambulanten Eingriffen von freier Arztwahl, mehr Komfort, mehr Check-ups und sofortigem Zugang zu innovativen Methoden. Schliesslich gibt es Hospital Eco (Mehrbettzimmer mit freier Spitalwahl und attraktiven Mehrleistungen). «Echte Mehrleistungen, die von der OKP abgrenzbar sind, bieten ein klares Plus, müssen aber ebenso klar definiert sein», betonte Bruder.

Dies sei gerade für die künftige Weiterentwicklung des Zusatzversicherungsbereichs wesentlich. Neue Produkte müssten sich eindeutig am

Kunden- bzw. Behandlungspfad orientieren und vor allem beim Erarbeiten wie beim Ausgestalten der Modelle eines bieten: «Transparenz, Transparenz und nochmals Transparenz.»

### Weitere Informationen

[www.medicongress.ch](http://www.medicongress.ch)

Die ganze Übersicht über weitere spannende Events finden Sie unter [www.medicongress.ch](http://www.medicongress.ch)

### 12. DRG-Forum Schweiz – Deutschland

**Ambulante Pauschalen und TARDOC vs. Personalmangel: Hybrid DRGs und neue Geschäftsmodelle als Antwort? – Das DRG-Forum gibt Auskunft.**

Ambulante Leistungen sind insbesondere in Spitalstrukturen nicht selten defizitär. Gleichzeitig verknappt (und verteuert) sich das Personal. Können wir trotzdem weiterwursteln wie bisher? Braucht es einfach höhere Tarife oder einen Paradigmenwechsel? Sind Hybrid DRGs und neue Geschäftsmodelle die Antwort? Pros und Kontras, national und international beleuchtet.

26. + 27.1.2023 im Zentrum Paul Klee in Bern

**synedra**

information technologies

synedra bietet Lösungen für das Management von Daten im Gesundheitswesen. Als erfolgreiches Medizin-IT-Unternehmen verstehen wir die Bedürfnisse unserer Kunden, zu denen Universitätskliniken und Krankenhausverbände genauso gehören wie kleine Arztpraxen. Mit unserer Health Content Management Plattform synedra AIM helfen wir unseren Kunden dabei, ihre Workflows für die Behandlung von Patient\*innen effizient und qualitativ zu organisieren. Qualität und Verlässlichkeit in der Beratung, in der Umsetzung, im Produkt und im Support sowie langfristige und partnerschaftliche Kundenbeziehungen zeichnen uns aus.

mit  
**synedra**  
durchstarten

