



Chefärzte und Leitende Spitalärzte Schweiz
Médecins cadres des hôpitaux suisses
Quadri medici degli ospedali svizzeri

Per E-Mail und A-Post:

Frau Sandra Schneider
Leiterin Abteilung Leistungen
Bundesamt für Gesundheit BAG
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

Herr Markus Geissbühler
Geschäftsbereich Aufsicht
Versicherungen 4
Eidgenössische Finanzaufsicht FINMA
Laupenstrasse 27
3003 Bern

Sekretariat
Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS
Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8
T +41 (0)31 330 90 01
F +41 (0)31 330 90 03
info@vlss.ch
www.vlss.ch

Bern, den 22. Januar 2018

Doppelte Rechnungstellung für stationäre ärztliche Leistungen (KVG/VVG)?

Sehr geehrte Frau Schneider
Sehr geehrter Herr Geissbühler

Der Vorstand des Vereins der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) hat als Basisorganisation der FMH Kenntnis davon erhalten, dass das BAG eine Meinung vertritt, und mit den beteiligten Leistungserbringern und Versicherern auch so diskutiert, wonach es in der Schweiz vorkommen soll, dass dieselbe stationäre Behandlung ohne Vorliegen einer echten Mehrleistung sowohl der OKP als auch der Krankenzusatzversicherung in Rechnung gestellt werde. Weil in diesem Zusammenhang die Krankenzusatzversicherung Leistungen in Rechnung gestellt erhalte, welche bereits gemäss KVG über die OKP bezahlt würden, stelle der Anteil zulasten der Krankenzusatzversicherung aus der Sicht des BAG eine ungerechtfertigte Bereicherung dar, zumal mit einer solchen Rechnungstellungen der Tarifschutz verletzt werde.

Die Mitglieder des VLSS sind von der erwähnten Thematik zwar nur indirekt betroffen, weil Chefärztinnen und Chefärzte sowie Leitende Ärztinnen und Leitende Ärzte in der Regel lediglich gestützt auf entsprechende Anstellungsverträge mit ihren Spitalern an den Honorarerträgen beteiligt sind, welche mit halbprivat und privat versicherten Patientinnen und Patienten erzielt werden. Trotzdem erachtet es der Vorstand des VLSS notwendig, im erwähnten Zusammenhang einige wichtige Tatsachen und Rechtsgrundsätze in Erinnerung zu rufen, welche bereits im Rahmen der Inkraftsetzung und Einführung des KVG mit dem BAG diskutiert wurden, und immer noch gelten. Zwischenzeitlich wurde zwar im stationären Bereich SwissDRG eingeführt. Dies hat aber nichts an der Rechtslage geändert. Wir berufen uns in diesem Zusammenhang auf die soweit ersichtlich vorherrschende Lehre und konstante Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Tarifschutz im ambulanten und zur Anwendbarkeit des Austauschprinzips bezüglich Hotellerie und freie Arztwahl im stationären Bereich (BGE 130 I 306, E. 2.2 sowie BGE 135 V 443 E. 2.2 mit zahlreichen Hinweisen):

1. Im VVG-Zusatzversicherungsbereich ist es den Spitalern und Ärzten aus kartellrechtlichen Gründen nicht gestattet, die ärztlichen Honorare für stationär behandelte zusatzversicherte Patientinnen und Patienten tarifarisch zu regeln. Dementsprechend ist eine Kostenstreuung im Markt, indem für die gleiche Leistung (freie Arztwahl) unterschiedliche Mehrpreise bezahlt werden müssen, die logische Folge des heute funktionierenden freien Wettbewerbs.

2. Aus Sicht des VVG-Zusatzversicherers müssen die Kosten für die freie Arztwahl zu Lasten der Zusatzversicherung angemessen sein. Der Markt der VVG-Krankenzusatzversicherung ist schwierig bzw. der Anteil zusatzversicherter Patientinnen und Patienten bewegt sich heute bereits auf tiefem Niveau und ist nach unserem Kenntnisstand noch immer leicht rückläufig.
3. Die Kostenkontrolle sollte demzufolge soweit möglich direkt über entsprechend restriktive VVG-Versicherungsbedingungen ausgeübt werden. Der Zusatzversicherer sollte seinen Zusatzversicherten die Kosten der freien Arztwahl heute, gestützt auf die allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen, nur noch dann erstatten, wenn sich die Versicherten dazu bereit erklären, sich in einem Vertragsspital zu behandeln, welches die freie Arztwahl zu vernünftigen Konditionen anbietet.
4. Soweit überrissene Honorare beanstandet werden, wobei offen bleiben muss, wo die Grenze zwischen noch marktkonformen und rechtlich nicht mehr zulässigen Honoraren verläuft, geben die Art. 21 OR (Übervorteilung) und Art. 28 (Absichtliche Täuschung) Anhaltspunkte. Erst wenn die VVG-Zusatzversicherer Rechnungen bezahlen würden, bezüglich derer z.B. ein offensichtliches Missverhältnis zwischen der Leistung und der Gegenleistung besteht, würde sich unseres Erachtens die Frage der nicht mehr ordnungsgemässen Geschäftsführung stellen. **Soweit zur möglichen Zuständigkeit der FINMA.**
5. Die behauptete Doppelverrechnung ist eine Fiktion! Weil die Arztleistungen keine fixen Anteile der DRG-Pauschale ausmachen und die stationären Arztkosten zu Lasten der OKP demzufolge lediglich geschätzt werden können, ist eine genaue betragliche Abgrenzung zwischen der OKP-Arztleistung und der VVG-Arztleistung (freie Arztwahl) weder möglich noch notwendig. Gleiches gilt übrigens auch für den Hotellerteil. Das KVG definiert auch dort keinen Standard der OKP-Leistung wie z.B. genaue Zimmergrösse, Ausstattung, etc. Dementsprechend hat das Bundesgericht die freie Arztwahl und die luxuriösere Hotellerie in der Privat- und Halbprivatabteilung seit jeher als erhebliche oder zulässige Mehrleistung akzeptiert. Insoweit kommt der Tarifschutz im stationären Bereich nicht zur Anwendung. Es gilt vielmehr das sogenannte **Austauschprinzip**, welches dem Zusatzversicherten die Möglichkeit gibt, die freie Arztwahl in Anspruch zu nehmen und den dafür verlangten Honorarzuschlag zu zahlen, ohne den OKP-Teil zu verlieren, und ohne dass die ärztliche Leistung gemäss VVG betraglich genau von der ärztlichen Leistung gemäss OKP abgegrenzt werden kann. Der Tarifschutz gemäss Art. 44 KVG beschränkt sich hier darauf, dass der Versicherer nach KVG nur jene Kosten übernehmen muss, welche sich ergeben würden, wenn der Versicherte in der allgemeinen Abteilung behandelt worden wäre (BGE 130 I 306 E. 2.2).
6. Eine echte Mehrleistung, welche eine transparente Rechnungsstellung und genaue Abgrenzung sowohl für die OKP-Leistung wie auch für die VVG-Mehrleistung bedingt, wird seitens der überwiegenden Lehre und konstanten Rechtsprechung nur im ambulanten Bereich verlangt. Dort ist für bestimmte Leistungen umstritten, gestützt auf den im ambulanten Bereich uneingeschränkt geltenden Tarifschutz, ob diese eine Zusatzrechnung für eine Mehrleistung nach VVG erlauben. Dies gilt unter anderem dann, wenn ein Leistungserbringer zulasten eines allgemein grundversicherten oder ambulant zusatzversicherten Patienten einen vermehrten Zeitaufwand verrechnen möchte, was angesichts der bestehenden Limitierungen im TARMED ausgeschlossen sein soll. Im ambulanten Bereich kann die als Einzelleistung verrechnete OKP-Leistung (im Gegensatz zur freien Arztwahl und Hotellerie im stationären Bereich) denn auch zumindest betraglich von einer behaupteten Mehrleistung abgegrenzt werden. **Soweit zur vermeintlichen Zuständigkeit des BAG, sich mit der Thematik des Tarifschutzes zu befassen, welche hier unseres Erachtens nicht gegeben ist.**

7. Der guten Ordnung halber weisen wir Sie darauf hin, dass die Ausführungen unter Ziff. 5 hiervor nicht im Widerspruch zu Art. 59 Abs. 2 KVV stehen (getrennte Rechnungen OKP und VVG). Widrigenfalls ist zu erwähnen, dass die bundesgerichtliche Rechtsprechung solange massgebend ist, als eine klar davon abweichende gesetzliche Grundlage auf Stufe eines formellen Gesetzes fehlt. Eine derartige gesetzliche Grundlage fehlt heute.

Wir bitten Sie, von unseren Ausführungen Kenntnis zu nehmen und Ihre vergeblichen, nach dem Gesagten rechtswidrigen Bemühungen hinsichtlich Vermeidung angeblicher Doppelverrechnungen der ärztlichen Leistungen im stationären Bereich einzustellen. Insbesondere sehen wir nicht, gestützt auf welche gesetzliche Grundlage, dass das BAG hier tätig werden sollte. Wenn überhaupt würde die Doppelverrechnung den VVG-Bereich betreffen und nicht den OKP-Bereich.

Selbstverständlich ist es auch ein Anliegen des VLSS, dass gegenüber den Zusatzversicherten nach VVG oder den Selbstzahlern in Rechnung gestellte Mehrleistungen transparent ausgewiesen werden.

Es ist dann unseres Erachtens primär die Aufgabe des funktionierenden Marktes, allenfalls unangemessen hohe Arzthonorare im stationären Zusatzversicherungsbereich zu korrigieren. Falls Missbräuche vorkommen sollten, wäre unseres Erachtens die FINMA dafür zuständig, die VVG-Zusatzversicherer unter dem Titel der „nicht ordnungsgemässen Geschäftsführung“ dazu anzuhalten, die Versicherungsbedingungen so anzupassen und die VVG-Leistungen derart einzuschränken, dass die Möglichkeit einer Übervorteilung der Versicherten (via zu hohe Prämien) weitestgehend ausgeschlossen werden kann.

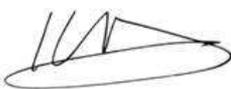
Soweit unsere Mitglieder betreffend sind uns zurzeit keine überrissenen Abrechnungspraktiken bekannt. Die entsprechenden Beteiligungen unserer Mitglieder am Ertrag stationär behandelter Halbprivat- und Privatpatienten sind bekanntlich rückläufig (vgl. dazu den Artikel „Entwicklung der Anstellungsbedingungen“: SAeZ 2017;98:40 bzw. <https://doi.emh.ch/10.4414/saez.2017.05938>).

Mit bestem Dank für Ihre Bemühungen und
mit freundlichen Grüssen

VEREIN DER LEITENDENSPITALÄRZTE DER SCHWEIZ VLSS

Der Präsident

Der Geschäftsleiter



Prof. Dr. med. Karl-Olof Lövblad

Dr. iur. Th. Eichenberger, Rechtsanwalt

Kopie z.K.:

- FMH
- SBV
- KKA
- VSAO Schweiz
- GDK
- H+
- PKS