

## Vorlage an den Landrat

### Beantwortung der Interpellation 2021/13 von Urs Roth: «Missbräuche bei Spitalrechnungen im Bereich der Zusatzversicherungen?»

2021/13

vom 29. Juni 2021

#### 1. Text der Interpellation

Am 14. Januar 2021 reichte Urs Roth die Interpellation 2021/13 «Missbräuche bei Spitalrechnungen im Bereich der Zusatzversicherungen?» ein. Sie hat folgenden Wortlaut:

*Die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (Finma) ist u. a. auch zuständig für die Aufsicht im Bereich der Krankenzusatzversicherungen. In letzter Zeit ist vermehrt aufgefallen, dass die Finma eine Praxis undurchsichtiger Spital- und Arztrechnungen im Zusatzversicherungsbereich der Krankenkassen rügt. Von Missbräuchen ist die Rede und die Aufseher listen Praktiken auf, mit denen Spitäler Kosten über Zusatzversicherungen anscheinend mehrfach oder unbegründet abrechnen. Eine systematisch zu hohe Leistungsverrechnung wird bemängelt. Gestützt auf aktuelle Verlautbarungen ist auch zu vernehmen, dass die Aufseher bei verschiedenen Versicherungen sogenannte Vor-Ort-Kontrollen durchgeführt haben. Dabei seien viele Verträge zwischen den Zusatzversicherern und den Spitälern als «problematisch» bezeichnet worden. Es bestehe ein grosser Handlungsbedarf. Entsprechend gross ist der Druck, den die Finma auf die Versicherer ausübe und in der Folge dann auch die Versicherer auf die Spitäler. Die Finma geht aufgrund ihrer Analysen von signifikanten Beträgen aus, die im Bereich der Krankenzusatzversicherungen bis heute zu viel verrechnet werden. Einzelne Krankenversicherer wie die CSS haben im Verlaufe des letzten Jahres auf dieser Grundlage Dutzende von Verträgen mit Spitälern gekündigt. Sollte dieser Druck der Finma dazu führen, dass in den nächsten Jahren die Erträge im Spital-Zusatzversicherungsbereich zunehmend erodieren, stellen sich auch aus Versorgungssicht eine Reihe von Fragen. Fehlen den Spitälern diese Erträge aus dem Zusatzversicherungsbereich, wird der Finanzdruck der Spitäler angesichts der notorisch unterfinanzierten stationären und ambulanten Leistungsbereiche der obligatorischen Krankenpflegeversicherung noch grösser.*

*Ich bitte den Regierungsrat deshalb um die Beantwortung der folgenden Fragen:*

- 1. Wie beurteilt der Regierungsrat diese Gesamtsituation bezogen auf die Spitäler innerhalb des gemeinsamen Versorgungsraumes BL/BS?*
- 2. Ist dem Regierungsrat eine missbräuchliche Leistungsverrechnung im Sinne der Erwägungen der Finma bezogen auf die Spitäler innerhalb des gemeinsamen Versorgungsraumes BL/BS bekannt?*

3. Gibt es laufende Verfahren und ist sogar aus missbräuchlicher bisheriger Leistungsverrechnung mit Rückzahlungen zu rechnen; und wenn ja, in welchem Ausmass?

4. Haben die Versicherer Verträge im Zusatzversicherungsbereich aus diesen Gründen auch mit den Spitälern BS/BL gekündigt; und wenn ja, in welcher Anzahl bzw. in welchem Ausmass?

5. Wie beurteilt der Regierungsrat die künftigen Auswirkungen dieser absehbaren Entwicklungen auf die Erträge der Spitäler? Gibt es erste Grobschätzungen über das zu erwartende Ausmass der Ertragsminderungen im Zusatzversicherungsbereich? Und wie sollen diese Ertragsminderungen künftig kompensiert werden?

6. Ist mit einer finanziellen Mehrbelastung im Leistungsbereich der notorisch bereits heute unterfinanzierten Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu rechnen; und wenn ja, in welchem Ausmass?

## 2. Einleitende Bemerkungen

Die Fragen der Interpellation betreffen grundsätzlich den Bereich des Versicherungsvertrags-gesetzes (VVG) und nicht des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), wo der Kanton seine Zuständigkeit hat und Spitalaufenthalte mit 55 Prozent mitfinanziert. Der Interpellant zielt mit seinen Fragen aber explizit auf die Auswirkungen des VVG-Bereichs auf den KVG-Bereich. Im Folgenden wird – soweit unter dieser Prämisse möglich – auf die Auswirkungen des VVG-Bereichs auf den KVG-Bereich eingegangen.

## 3. Beantwortung der Fragen

1. *Wie beurteilt der Regierungsrat diese Gesamtsituation bezogen auf die Spitäler innerhalb des gemeinsamen Versorgungsraumes BL/BS?*

Aufgrund der ihm bekannten Zahlen teilt der Regierungsrat die Feststellung des Interpellanten, wonach bei einem standardisierten Kostengewicht von 1 (CMI = 1.0) die Tarife der Spitäler oftmals unter den kalkulatorischen Tarifen liegen, die es bräuchte, um die Kosten im Bereich der OKP decken zu können. Zur Veranschaulichung dient folgendes Bsp.:

Ein Fall in der Klinik Arlesheim (CMI = 1.0) kostet das Spital gemäss untenstehender Tabelle<sup>1</sup> 10'148 Franken. Der Erlös gemäss Tarif 2019 beläuft sich jedoch lediglich auf 9'580 Franken. Daraus entsteht eine Unterdeckung von 568 Franken für diesen Fall.

Von den unten aufgeführten vierzehn Spitälern im GGR gelingt es gemäss dieser Berechnung gerade einmal sechs Spitälern im OKP-Bereich kostendeckend zu arbeiten. Da nur eine Minderheit der analysierten BL-Spitäler im GGR tatsächlich Verluste schreibt, ist von einer möglichen Quersubventionierung durch den VVG-/Selbstzahler-Bereich auszugehen. Dennoch gelingt es offenbar nicht allen Spitälern, schweizweit und auch im GGR, eine für das langfristige Überleben genügend hohe EBITDA-Marge (10 Prozent) zu erwirtschaften.

Spital	Kalk. Baserate 2019 (CHF)	Tarif 2019 (CHF)	Tarifdifferenz (CHF)
Klinik Arlesheim Akut	10'148	9'580	-568
Klinik Arlesheim Psych	689	650	-39
Birshof	9'031	9'630	+599

<sup>1</sup> Siehe Publikation BAG:

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Spitalbehandlung/fallkosten-der-spitaeler-und-geburtshaeuser.html>

Ergolz	11'451	9'500	-1'991
ESTA	661	632	-29
Hospiz im Park	11'892	9'500	-2'392
KSBL Akut	10'368	9'850	-518
KSBL Neuroreha	834	850	+16
KSBL Muskulo Reha	661	650	-11
KSBL Geriatriische Reha	731	725	-6
PBL	711	764	+53
Rennbahn	8'734	9'500	+766
Vista	5'016	9'380	+4'364
UKBB	10'906	11'000	+94

2. *Ist dem Regierungsrat eine missbräuchliche Leistungsverrechnung im Sinne der Erwägungen der Finma bezogen auf die Spitäler innerhalb des gemeinsamen Versorgungsraumes BL/BS bekannt?*

Der Regierungsrat kennt die [Feststellungen der FINMA betr. intransparente, zum Teil unbegründet hohe oder ungerechtfertigte Rechnungen im Bereich der Krankenzusatzversicherung](#) und deren Erwartung, dass die Versicherer ein wirksames Controlling einführen, um solchen Missständen zu begegnen. Es liegen ihm jedoch keine Meldungen von systematischer missbräuchlicher Leistungsverrechnung von Spitälern im gemeinsamen Gesundheitsraum (GGR) vor.

3. *Gibt es laufende Verfahren und ist sogar aus missbräuchlicher bisheriger Leistungsverrechnung mit Rückzahlungen zu rechnen; und wenn ja, in welchem Ausmass?*

Dem Regierungsrat sind derzeit keine laufenden Verfahren im GGR bekannt, so dass nicht mit Rückzahlungen gerechnet werden muss.

4. *Haben die Versicherer Verträge im Zusatzversicherungsbereich aus diesen Gründen auch mit den Spitälern BS/BL gekündigt; und wenn ja, in welcher Anzahl bzw. in welchem Ausmass?*

Hier ist zwischen BL- und BS-Spitälern zu unterscheiden. Die Spitäler im Kanton Basel-Landschaft haben ihre Verträge grossmehrheitlich auf sogenannte «Mehrleistungsvertrage» umgestellt. Das bedeutet, zusätzliche Leistungen für VVG-Versicherte werden zusätzlich vergütet. Hier ist eine Vergleichbarkeit zwischen den Spitälern gegeben und damit ein Missbrauchsrisiko geringer. Es gab daher keine Kündigungen durch die Versicherer «aus diesen Gründen». Die Spitäler im Kanton Basel-Stadt arbeiten im VVG-Bereich teilweise noch mit herkommlichen Verträgen. Das bedeutet, mit VVG-Tagespauschalen. Diese wurden aufgrund des Drucks der FINMA, wo möglich vorsorglich, gekündigt.

5. *Wie beurteilt der Regierungsrat die künftigen Auswirkungen dieser absehbaren Entwicklungen auf die Erträge der Spitäler? Gibt es erste Grobschatzungen über das zu erwartende Ausmass der Ertragsminderungen im Zusatzversicherungsbereich? Und wie sollen diese Ertragsminderungen künftig kompensiert werden?*

Aktuell sind die Versicherer bestrebt, identische VVG-Modelle und transparente Mehrleistungskataloge zu verhandeln. Dies wird zur von der FINMA geforderten Transparenz und besseren Vergleichbarkeit führen, was den Druck auf die VVG-Tarife erhöhen dürfte. Es ist daher mit einer

Absenkung der VVG-Tarife zu rechnen, was wiederum den Druck im OKP-Bereich erhöht. Den oft nicht kostendeckenden Tarifen im OKP-Bereich kann einerseits durch eine Erhöhung der Erträge (Baserates, Taxpunktwerte) begegnet werden. Andererseits muss aber auch der Aspekt der Kostensenkung resp. Effizienzsteigerung bei der Leistungserbringung thematisiert werden und damit auch die Frage, für welche Leistungen welche (teuren oder weniger teuren) Strukturen notwendig sind.

Eine Schätzung über das zu erwartende Ausmass der Ertragsminderungen ist auf der Grundlage der vorhandenen Daten nicht möglich.

6. *Ist mit einer finanziellen Mehrbelastung im Leistungsbereich der notorisch bereits heute unterfinanzierten Obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu rechnen; und wenn ja, in welchem Ausmass?*

(Vgl. Antwort 5.) Eine direkte finanzielle Mehrbelastung durch Kostensteigerungen wird es im OKP-Bereich nicht geben. Allerdings ist davon auszugehen, dass die Möglichkeiten einer Quersubventionierung und damit die Erträge der Spitäler insgesamt abnehmen werden.

Liestal, 29. Juni 2021

Im Namen des Regierungsrats

Der Präsident:

Dr. Anton Lauber

Die Landschreiberin:

Elisabeth Heer Dietrich