

Medienmitteilung

Datum:
16. Januar 2025

Krankenzusatzversicherer: Fortschritte und Herausforderungen bei Leistungsabrechnungen

Kontakt:
Serkan Isik
Mediensprecher
Tel. +41 (0)31 327 95 59
serkan.isik@finma.ch

Die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA stellte im Jahr 2020 fest, dass die Rechnungen im Bereich der Krankenzusatzversicherungen oft intransparent sind und teilweise ungerechtfertigt hoch erscheinen. Die FINMA nahm dies zum Anlass, bei ausgewählten Krankenzusatzversicherern vermehrt spezifische Vor-Ort-Kontrollen durchzuführen. Dank der Initiative der FINMA konnten seit 2020 Preis- und Prämienenkungen erreicht werden. Trotz Fortschritten sehen sich die Krankenzusatzversicherer jedoch nach wie vor mit Umsetzungsmängeln im Bereich der Leistungserbringung konfrontiert. Die FINMA sieht weiterhin Handlungsbedarf, um den Schutz der Versicherten zu gewährleisten und prüft für 2025 weitere Massnahmen.

Nachdem die FINMA mit ihrer [Medienmitteilung](#) im Dezember 2020 den Handlungsbedarf aufgrund von Missständen im Bereich der Mehrleistungen publiziert hatte, erarbeitete der Schweizerische Versicherungsverband (SVV) ein Branchenframework "Mehrleistungen VVG", das den Versicherern als Leitfaden unter anderem für die Erhebung und Bewertung von Mehrleistungen in der Krankenzusatzversicherung dient. Die Umsetzungsfrist ist Ende 2024 abgelaufen. Nach Ansicht der FINMA konnten mittlerweile wesentliche Fortschritte erzielt werden.

Transparenz und Bewertung von Mehrleistungen: Krankenzusatzversicherer setzen FINMA-Vorgaben um

Die letzten Untersuchungen der FINMA brachten wesentliche Fortschritte bei der Umsetzung wichtiger Vorgaben bei den Krankenzusatzversicherern zum Vorschein. So setzten viele Versicherer die Definition und Abgrenzung von Mehrleistungen im Vertragswesen und die Transparenz in den Rechnungen der Leistungserbringer inzwischen weitgehend um.

Weiter haben viele Krankenzusatzversicherer nun eigene Bewertungsmodelle entwickelt, um Mehrleistungen gegenüber der OKP zu identifizieren und zu bewerten. Diese Modelle sind mittlerweile weitgehend ausgereift.

Auf Basis dieser Bewertungen konnten die Versicherer in ihren Verhandlungen in mehreren Fällen die vertraglich vereinbarten Preise für Mehrleistungen senken, falls die bisherigen Entschädigungen im Verhältnis zu den erbrachten Mehrleistungen unangemessen hoch waren.

Stabile Prämien seit Eingreifen der FINMA

Die bisherigen Anstrengungen haben insgesamt dazu geführt, dass die Preise für stationäre Spitalaufenthalte in der halbprivaten und privaten Abteilung seit 2020 trotz gleichzeitigem Anstieg der Gesundheitskosten und der allgemeinen Teuerung mehrheitlich stagnieren und insbesondere in vielen Hochpreisfällen gesenkt werden konnten. Dies hat dazu beigetragen, dass auch die Prämien der Spitalzusatzversicherungsprodukte in weiten Teilen stagnierten oder sanken.

Bestehende Mängel im Fokus

Neben Fortschritten bei der Umsetzung wichtiger Vorgaben zeigen die jüngsten Erkenntnisse der FINMA dennoch weiterhin Lücken bei den Krankenzusatzversicherern auf. Während mehrere Versicherer die Differenzierung von Mehrleistungen und die Transparenz in den Rechnungen inzwischen weitgehend umgesetzt haben, bleiben bei der Anwendung dieser Standards auf bestimmte Leistungserbringer nach wie vor erhebliche Mängel.

Die FINMA kritisiert, dass zahlreiche Verträge mit Leistungserbringern nach wie vor nicht den aufsichtsrechtlichen Anforderungen entsprechen – insbesondere in Bezug auf die korrekte Abgrenzung der Mehrleistungen gegenüber der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und die Einhaltung der von den Versicherern ermittelten Referenzpreise. Zudem haben einige Versicherer Verträge mit Leistungserbringern abgeschlossen, deren Laufzeit über das Jahr 2024 hinausgeht, obwohl diese Verträge weiterhin nicht den regulatorischen Vorgaben entsprechen.

Immer noch zu hohe Preise für Mehrleistungen

Auch wenn bei den Preisen wie erwähnt Fortschritte erzielt werden konnten, zeigen aktuelle Erkenntnisse, beispielsweise aus Vor-Ort-Kontrollen, dass viele Marktpreise immer noch deutlich über den internen Referenzpreisen der Versicherer liegen. Besonders auffällig ist das teilweise anhaltend hohe Niveau der Arzthonorare, die in den Verhandlungen häufig zunächst kostenneutral gegenüber den bisherigen Modellen kalkuliert wurden. Ein weiteres Problem ist, dass ärztliche Leistungen teilweise immer noch doppelt abgerechnet werden – sowohl über die Grundversicherung als auch über die Zusatzversicherung. Hierzu ist zu beachten, dass die Anforderungen hinsichtlich Transparenz der Leistungserbringung und Angemessenheit der Preise insbesondere auch für angestellte Ärzte und Belegärzte anzuwenden sind.

Zudem stellte die FINMA gravierende Unterschiede zwischen den abgerechneten Kosten verschiedener Leistungserbringer fest, die sich nicht immer durch definierte Mehrleistungen oder regionale Preisunterschiede erklären lassen. In einigen Fällen schliessen Versicherer mit Spitälern Verträge zu Preisen ab, die weit über den nachvollziehbaren Referenzwerten liegen. So zeigte eine Vor-Ort-Kontrolle, dass ein Krankenzusatzversicherer aufgrund eines eigenen Bewertungsmodells für Hotelleistungen pro Nacht in der Halbprivatabteilung eines Spitals einen Referenzpreis von CHF 191 ermittelt hatte. Der Krankenzusatzversicherer einigte sich dann aber mit dem Spital auf einen Preis von CHF 855.

Die FINMA fordert, dass die Versicherer die Preise für die vereinbarten und erbrachten Mehrleistungen auf Basis ihrer Modelle mit den Leistungserbringern vertraglich festlegen und sämtliche Preisabweichungen transparent dokumentieren. Preise, die erheblich von den internen Referenzpreisen abweichen, müssen gesenkt werden.

Schutz der Versicherten steht im Vordergrund

Es liegt in der Verantwortung der Krankenzusatzversicherer, die vertraglich zugesicherten Leistungen gemäss den Versicherungsbedingungen sicherzustellen. Dabei sind alle aufsichtsrechtlichen Anforderungen einzuhalten. Diese beinhalten unter anderem, dass sich die über die Abrechnungen der Leistungserbringer und von den Krankenzusatzversicherern mit Prämiegeldern der Versicherten bezahlten Entschädigungen für alle Mehrleistungen in einem angemessenen und nachvollziehbaren Rahmen bewegen. Andernfalls kann ein vorübergehender oder im Einzelfall sogar dauerhafter vertragsloser Zustand mit den Leistungserbringern im Interesse der Versicherten eine notwendige Alternative darstellen. Diese Massnahme dient mittel- und langfristig dem Schutz der Versicherten vor Missbrauch. Für die Versicherten ist dabei wichtig zu wissen, dass ihre Versicherungsdeckung unabhängig von einem Vertrag zwischen der Krankenzusatzversicherung und den Leistungserbringern besteht. Den Versicherten stehen in jedem Fall die Leistungen zu, die ihnen gemäss den geltenden Vertragsbedingungen (AVB) ihrer Krankenzusatzversicherung versprochen wurden.

Vor-Ort-Kontrollen der FINMA gehen weiter

Die Frist zur Umsetzung des SVV-Branchenframeworks ist Ende 2024 abgelaufen, doch wesentliche Probleme sind nach wie vor ungelöst – und der Handlungsbedarf bleibt auch über 2024 hinaus akut. Die FINMA stellt klar: Die aufsichtsrechtlichen Anforderungen sind noch nicht vollständig erfüllt, um Missbräuche wirksam zu beseitigen. Ein klares Zeichen, dass die Krankenzusatzversicherer weiterhin in der Pflicht stehen.

Die FINMA wird deshalb weiterhin keine neuen Spitalzusatzversicherungsprodukte genehmigen, wenn nicht sichergestellt ist, dass die Forderungen der FINMA dauerhaft eingehalten werden können. Die FINMA erwartet von den Krankenzusatzversicherern, dass aktuell keine gravierenden Mängel in Bezug auf die aufsichtsrechtlichen Anforderungen mehr bestehen. Bei weiterhin gravierenden Mängeln – sei es beispielsweise in Bezug auf die zeitliche Umsetzung oder beispielsweise aufgrund eines dauerhaften Missverhältnisses zwischen Referenzpreis und vertraglich vereinbartem Preis für Mehrleistungen – wird die FINMA schärfere und weiterreichende Massnahmen gegenüber den betroffenen Versicherern anordnen müssen. Die FINMA wird zudem auch im Jahr 2025 Vor-Ort-Kontrollen bei ausgewählten Krankenzusatzversicherern durchführen.