



**SDK** Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz  
**CDS** Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires  
**CDS** Conferenza dei direttori cantonali della sanità

Weltpoststr. 20 Postfach CH-3000 Bern 15 Tel. +31 356 20 20 Fax. +31 356 20 30  
http://www.sdk-cds.ch e-mail: office@sdk-cds.ch

An die kantonalen  
Gesundheitsdepartemente

---

43.362/MJ/ANN

Bern, 15. Januar 2002

**Empfehlungen der Kommission "Vollzug KVG" betreffend Forderungen der Krankenversicherer nach Kostenbeteiligung der Kantone bei der stationären Behandlung von Halbprivat- und Privatpatienten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern des Wohnkantons**

Sehr geehrte Frau Regierungsrätin  
Sehr geehrter Herr Regierungsrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Urteil vom 30.11.2001 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) entschieden, dass die Kantone gemäss Artikel 49 KVG zur Subventionierung von innerkantonalen Spitalbehandlungen in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern auch dann verpflichtet sind, wenn diese in der Privat- oder Halbprivatabteilung erfolgen. Die Kantone wirken derzeit darauf hin, eine Lösung zu finden, die eine gesamtschweizerisch einheitliche Regelung auf Gesetzesebene in Form eines dringlichen Bundesgesetzes bringt. Es ist noch ungewiss,

1. ob das Parlament ein entsprechendes Gesetz erlassen wird,
2. in welchem Ausmass sich im Falle einer dringlichen Gesetzgebung die Kantone in den nächsten Jahren an der Finanzierung dieser Behandlungen beteiligen müssen,
3. ob für den Beginn des Jahres 2002 oder sogar das ganze Jahr 2002 für die Abgeltung der Forderungen der Versicherer im Gesetz eine Pauschalregelung festgelegt wird,
4. ob rückwirkende Forderungen gesetzlich ausgeschlossen würden.

Die meisten Kantone und Spitäler erhalten seit einigen Wochen Forderungen von einzelnen Krankenversicherern zur Übernahme eines Finanzierungsanteils für stationäre Behandlungen von Halbprivat- und Privatversicherten durch die Kantone. Es kann sich hierbei um Forderungen von Krankenversicherern handeln,

1. die dem Stillhalteabkommen zwischen den Kantonen und santésuisse von 1998 nicht beigetreten waren<sup>\*</sup> und sich somit auch auf Behandlungen vor dem 1.1.2001 beziehen,
2. die dem Stillhalteabkommen beigetreten waren und Forderungen ab dem Jahr 2001 geltend machen sowie

---

<sup>\*</sup> Eine Liste der Krankenversicherer, die dem Stillhalteabkommen nicht beigetreten sind, finden Sie auf unserer Website unter Bereich → Gesundheitsökonomie und -information → Spitalfinanzierung.

3. die eine Reduktion bzw. Aufteilung nach Finanzierungsträgern von Spitalrechnungen laufender Behandlungen verlangen.

## Empfehlungen

Den Kantonen werden auf Grund dieser Sachlage die folgenden Empfehlungen abgegeben:

1. Für die Behandlungen ab dem 1.1.2002 sind den Versicherern (im System Tiers payant) und den Versicherten (im System Tiers garant) die Rechnungen im bisherigen Umfang zu stellen. Auf der Rechnung oder auf einem Beiblatt ist folgender Vorbehalt anzubringen:

*Der Umfang und die Modalitäten der finanziellen Beteiligung des Kantons an der Finanzierung von Behandlungen in Privat- und Halbprivatabteilungen ist zum jetzigen Zeitpunkt noch offen. Die Rechnungsstellung erfolgt unter entsprechendem Vorbehalt. Ein allfälliger Finanzierungsbeitrag des Kantons wird dem Versicherer zum gegebenen Zeitpunkt zurückerstattet.*

Der Rechnungsbetrag wird mithin noch nicht auf die verschiedenen Finanzierungsträger aufgeteilt. Den Spitälern soll aber empfohlen werden, sofern dies nicht bereits umgesetzt ist, künftig auf den Rechnungen den Versicherer-Anteil aus der Grundversicherung (Tarife Allgemeine Abteilung) jeweils auszuweisen.

2. Für rückwirkende Forderungen von Versicherern für das Jahr 2001 (und allenfalls früher) wird der Eingang der Rechnung bestätigt. Das Schreiben kann **je nach Sachlage** mit folgenden Textbausteinen ergänzt werden (Problemliste nicht vollständig):
  - a. *Zur Zeit sind auf politischer Ebene die Kantone, Versicherer und weitere Kreise bestrebt, die Auswirkungen des EVG-Urteils vom 30. November 2001 mit einer gesamtschweizerischen Lösung zur Legitimation und Höhe der gestellten Forderungen zu regeln. Das Ergebnis dieser Bestrebungen ist noch ungewiss. Wir werden Ihre Forderung den diesbezüglichen Entscheiden gemäss zu gegebener Zeit behandeln.*
  - b. *Wir weisen Sie darauf hin, dass zu Ihrer Forderung noch verschiedene Fragen offen sind:*
    - b.1. Aktivlegitimation  
*Im System des tiers garant schuldet der Versicherte den Leistungserbringern die Vergütung (Art. 42 Abs. 1 KVG). Dieses System gilt für alle Privatversicherten und teilweise (mangels entsprechender Vereinbarung zwischen Leistungserbringern und einzelnen Versicherern) auch für zahlreiche Halbprivatversicherte. Falls eine Rückwirkung bejaht würde, wäre wohl somit der Versicherte, nicht aber die Versicherer zur Rückforderung berechtigt. Ob in einem zweiten Schritt dann die Versicherer gegenüber dem Versicherten einen Rückerstattungsanspruch hätten, ist fraglich (Kalkulationsgrundlage der Versicherungsprämien, Selbstbehalt und Franchise im ~~Berechnungsfall~~ Berechnungsfall), wo zwischen Leistungserbringer und Versicherer im Rahmen des Halbprivatvertrags das System des tiers payant vereinbart wurde, ist zwar grundsätzlich der Versicherer aktivlegitimiert. Hier stellt sich aber die Frage, ob die Versicherer bis anhin den streitbetroffenen Subventionsanteil der „Grundversicherungskasse“ (d.h. analog der Praxis bei Privatspitälern, wo der Aufenthalt in der Allgemeinabteilung vollumfänglich vom Grundversicherer übernommen werden muss) oder aber der „Zusatzversicherungskasse“ belastet haben. Trifft ersteres zu, wäre u.E. sicherzustellen, dass allfällige Rückzahlungen dann auch tatsächlich im Rahmen der jährlichen Genehmigung der Grundversicherungsprämien durch das BSV berücksichtigt würden. Im umgekehrten Falle wäre gegebenenfalls sicherzustellen, dass die Zusatzversicherten rückwirkend in den Genuss einer Prämienreduktion kämen.*

b.2. Passivlegitimation

*Allfällige Rückerstattungsgesuche könnten nicht „tel quel“ an den Kanton, sondern müssten direkt an die teilweise von den Gemeinden getragenen Leistungserbringer (mit eigener Rechtspersönlichkeit) gerichtet werden.*

b.3. Pflichtleistung

*Unklar ist nach wie vor auch die Abgrenzung der Beteiligungspflicht zwischen KVG-pflichtigen und darüber hinausgehenden Leistungen.*

b.4. Umfang der Rückerstattung

*Unklar ist schliesslich auch der Umfang der Rückerstattung, insbesondere im Halbpri-  
vatbereich, wo zwischen Leistungserbringern und Versicherern teilweise Fallpreispau-  
schalen vereinbart wurden.*

*Vor diesem Hintergrund ersuchen wir Sie daher um Verständnis, dass wir bis zum Vor-  
liegen gesamtschweizerischer Ergebnisse auf Ihre Forderungen nicht eintreten kön-  
nen.*

3. Mit denselben Begründungen empfehlen wir, so lange wie möglich keine Verfügungen auszustellen, in denen über Rechnungen der Versicherer entschieden wird.
4. Falls ein Zahlungsbefehl des Betreibungsamtes vorliegt, wird empfohlen, Rechtsvorschlag zu erheben.
5. Dasselbe Vorgehen wird auch den allfällig betroffenen öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern empfohlen.

Wir hoffen, Ihnen mit diesen Angaben dienen zu können. Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen  
SCHWEIZERISCHE SANITÄTSDIREKTORENKONFERENZ

Michael Jordi  
Leiter Bereich Gesundheitsökonomie  
und -information

P.S.: Sie können diesen Brief auch in elektronischer Form erhalten: [office@sdk-cds.ch](mailto:office@sdk-cds.ch)