

Wissenschaft

Pflegezusatzversicherung – Notwendigkeit oder Luxus?



Andrea Domanig, Dr. iur., Rechtsanwältin

Inhaltsübersicht

I. Vorbemerkung

II. Bedeutung der Abgrenzung zwischen Grund- und Zusatzversicherung im Bereich der Pflegeleistungen

- A. Pflegebedürftigkeit als soziales Risiko
- B. Abgrenzung zwischen Grund- und Zusatzversicherung
- C. Zielpublikum

III. Versicherte Pflegeleistungen

- A. Überblick
- B. Behandlungspflege
- C. Grundpflege

IV. Finanzierung der Heim- und Hauspflege

- A. Pflegebeiträge der OKP
- B. Kostenbeteiligung der Versicherten
- C. Restfinanzierung
- D. Problematik der Quersubventionierung

V. Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Haus- und Heimpflege

- A. Wirksamkeit und Zweckmässigkeit
- B. Wirtschaftlichkeit

VI. Kostenvergleich von Haus- und Heimpflege

- A. Reine Pflegekosten
- B. Gesamtkosten

VII. Tarifschutz und echte Mehrleistungen

- A. Tarifschutz
- B. Echte Mehrleistungen

VIII. Fazit und Entwicklungspotenzial

I. Vorbemerkung

In meiner im Juli 2015 erschienenen Dissertation habe ich mich mit dem Thema der Abgrenzung zwischen Grund- und Zusatzversicherung im Bereich der Pflegeleistungen auseinandergesetzt.¹ Dabei habe ich aufgezeigt, welche Pflegeleistungen als echte Mehrleistungen privat versichert werden können. Im Nachfolgenden lege ich die wichtigsten Erkenntnisse aus dieser Arbeit dar.

II. Bedeutung der Abgrenzung zwischen Grund- und Zusatzversicherung im Bereich der Pflegeleistungen

A. Pflegebedürftigkeit als soziales Risiko

Die statistische Lebenserwartung nimmt rasant zu.² Gleichzeitig steigt das Risiko der Pflegebedürftigkeit mit zunehmendem Alter an; im letzten Lebensabschnitt, der aufgrund der demografischen Entwicklung immer länger dauert, ist der Bedarf nach Pflegeleistungen besonders gross.³ Aus diesem Grund werden die Pflegeleistungen der sozialen Pflegeversicherungen und der privaten Zusatzversicherungen – und insbesondere auch deren Finanzierung – zu einem immer zentraleren Thema.

B. Abgrenzung zwischen Grund- und Zusatzversicherung

Gemäss [Art. 12 Abs. 2 Satz 1 KVG](#) können die Krankenkassen neben der sozialen Krankenversicherung Zusatzversicherungen anbieten, welche gemäss [Art. 12 Abs. 3 KVG](#) dem Versicherungsvertragsgesetz

Pflegerecht 4/2015 | S. 194–202 195 | ↑

(VVG)⁴ unterliegen und die obligatorische Krankenpflegeversicherung ergänzen.⁵

Entsprechend der *komplementären Funktion* der Zusatzversicherungen können nur die über den Leistungsumfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung hinausgehenden Leistungen privatrechtlich abgesichert werden.⁶

Um die in den Leistungsbereich der Zusatzversicherungen fallenden Pflegeleistungen bestimmen zu können, ist daher eine vorgängige Bestimmung der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmenden Pflegeleistungen notwendig. Wo die Kostenübernahmepflicht für Pflegeleistungen der Grundversicherung endet, beginnt der Bereich der von der Zusatzversicherung zu übernehmenden Pflegeleistungen.

C. Zielpublikum

Vor allem für gut situierte Personen, die sich einen über die obligatorische Versicherung hinausgehenden Schutz finanziell leisten könnten, ist die Frage von grosser Bedeutung, welche Pflegeleistungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden und welche darüber hinausgehenden Leistungen durch private Zusatzversicherungen abgesichert werden können.

III. Versicherte Pflegeleistungen

A. Überblick

Als Pflegeleistungen gelten Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung und auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag von Pflegefachleuten, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause oder von Pflegeheimen erbracht werden.⁷ [Art. 7 Abs. 2 KLV](#)⁸ unterteilt die Pflegeleistungen in Massnahmen der Abklärung und Beratung (lit. a), Massnahmen der Untersuchung und Behandlung (lit. b) sowie Massnahmen der Grundpflege (lit. c). Nicht zu den versicherten Pflegeleistungen gehören die Betreuungs- und Überwachungsleistungen sowie die hauswirtschaftlichen Leistungen.⁹

Die Unterscheidung zwischen Behandlungspflege und Grundpflege ist nicht immer einfach.¹⁰ Während die Behandlungspflege die Erreichung eines medizinischen Behandlungsziels bezweckt, dient die Grundpflege der Aufrechterhaltung der täglichen Lebensverrichtungen.¹¹ Nicht selten werden Grund- und Behandlungspflege gleichzeitig erbracht.¹²

B. Behandlungspflege

Die Behandlungspflege unterstützt die medizinischen Massnahmen.¹³ Sie verfolgt diagnostische, therapeutische oder palliative Ziele und dient der Behandlung von Krankheiten und deren Folgen.¹⁴ Zu den Massnahmen der Untersuchung und Behandlung gehören beispielsweise die Messung von Puls, Blutdruck und Temperatur, die Bestimmung des Blutzuckers, die Vorbereitung und Verabreichung von

Medikamenten sowie das Reinigen und Versorgen von Wunden. Die abschliessende Aufzählung der versicherten Behandlungspflegeleistungen findet sich in [Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV](#).¹⁵

C. Grundpflege

Es muss zwischen der allgemeinen und der psychiatrischen Grundpflege unterschieden werden (vgl. Art. [Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 und 2 KLV](#)).

1. Allgemeine Grundpflege ([Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV](#))

Die allgemeine Grundpflege betrifft pflegerische Leistungen im nichtmedizinischen Bereich.¹⁶ Im Gegensatz zur Behandlungspflege bezweckt die Grundpflege nicht die Heilung, sondern die Aufrechterhaltung der grundlegenden alltäglichen Lebensverrichtungen.¹⁷ Es geht dabei um Tätigkeiten, welche die Versicherten nicht (mehr) selber ausführen können wie beispielsweise Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen, Bewegungsübungen, Mobilisieren, Hilfe beim An- und Auskleiden.¹⁸ Die Aufzählung in [Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV](#) ist nicht abschliessend.¹⁹

2. Psychiatrische Grundpflege ([Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV](#))

Zur psychiatrischen oder psychogeriatrischen Grundpflege gehören die Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung wie Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte, Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen.²⁰

Unter [Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV](#) fallen aber nur diejenigen Überwachungs- und Unterstützungsmassnahmen, die

der Alltagsbewältigung dienen und nicht Psychotherapie, allgemeine Lebensberatung oder Sachhilfe sind.²¹ Es soll eine selbständige Bewältigung des Alltags erreicht werden.²²

IV. Finanzierung der Heim- und Hauspflege

Anders als bei der Spitalpflege, bei welcher die Vollkostendeckung gilt ([Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG](#)), ist bei der Heim- und Hauspflege ein *Beitragsmodell* vorgesehen. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet lediglich einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden.

A. Pflegebeiträge der OKP

Die Pflegebeiträge richten sich bei der Hauspflege nach der Art der Pflegeleistung und bei der Heimpflege nach dem zeitlichen Pflegebedarf.

1. Hauspflege

Wird die versicherte Person zu Hause gepflegt, übernimmt die obligatorische Krankenversicherung gemäss [Art. 7a Abs. 1 KLV](#) für Massnahmen der Abklärung und Beratung CHF 79.80 pro Stunde (lit. a), für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung CHF 65.40 pro Stunde (lit. b) und für Massnahmen der Grundpflege CHF 54.60 pro Stunde (lit. c).

2. Heimpflege

Bei der Heimpflege leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Tagesbeitrag, welcher je nach zeitlichem Pflegebedarf zwischen CHF 9.– (bei höchstens 20 Minuten Pflege pro Tag) und CHF 108.– (bei mehr als 220 Minuten Pflege pro Tag) liegt.²³ Die einzelnen Beiträge finden sich in [Art. 7a Abs. 3 KLV](#).

Die Kostenbeiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind – vor allem in den höheren Pflegebedarfsstufen – bei Weitem nicht kostendeckend.²⁴

B. Kostenbeteiligung der Versicherten

Von den ungedeckten Pflegekosten dürfen gemäss [Art. 25a Abs. 5 KVG](#) maximal 20% des höchsten Pflege-

beitrages den Versicherten auferlegt werden. Das sind bei der Heimpflege maximal CHF 21.60 pro Tag bzw. CHF 7884.– pro Jahr und bei der Hauspflege maximal CHF 15.95 pro Tag bzw. CHF 5825.40 pro Jahr.^{25,26} Es handelt sich hierbei um eine Obergrenze, die nicht überschritten werden darf.²⁷ Jedoch können die Kantone tiefere Kostenbeteiligungen der Versicherten festlegen; viele Kantone haben etwa die Kostenbeteiligung auf 10% gesenkt.²⁸

Zusätzlich zum Selbstkostenanteil von maximal 20% des höchsten Pflegebeitrages haben die Versicherten Franchise und Selbstbehalt selbst zu tragen.²⁹

C. Restfinanzierung

Die Regelung der Restfinanzierung obliegt den Kantonen.³⁰ Die durch die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Versicherten nicht gedeckten Kosten müssen daher von der öffentlichen Hand – und damit von den Steuerzahlern – getragen werden.³¹

D. Problematik der Quersubventionierung

Die neue Pflegefinanzierungsregelung führt teilweise zu Fehlanreizen und Problemen bei der Umsetzung, indem beispielsweise die ungedeckten Restkosten quersubventioniert werden. Der Preisüberwacher hat bei der Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung in Pflegeheimen insbesondere folgendes Problem festgestellt:

Die meisten Kantone sehen einen Höchstbetrag vor, bis zu welchem die öffentliche Hand die Restkosten übernimmt.³² Diese (gedeckten) Restkosten werden auch als Normkosten oder als Normdefizit bezeichnet.³³ Die Normkosten orientieren sich an den Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung und sind von Kanton zu Kanton unterschiedlich hoch. Dies soll dazu führen, dass die Pflegeheime ihre Pflegekosten senken und den Betrieb wirtschaftlich führen. Es gibt aber dennoch Pflegeheime, deren Pflegekosten höher sind als die Normkosten. Einige Kantone haben die Finanzierung dieser ungedeckten Restkosten nicht geregelt.³⁴ Es stellt sich die Frage, wer die ungedeckten Restkosten in diesem Fall finanziert.

Der obligatorischen Krankenpflegeversicherung können diese Kosten nicht auferlegt werden, da der Bundesrat deren Pflegebeiträge festlegt.³⁵ Auch die Versicherten dürfen nicht zur Übernahme der ungedeckten Restkosten verpflichtet werden, da ihre Kostenbeteiligung begrenzt ist.³⁶ Da auch keine gesetzliche Durchsetzungsgrundlage für eine Übernahme dieser Kosten durch die öffentliche Hand besteht, bleiben nur noch die Pflegeheime bzw. deren Trägerschaft als mögliche Finanzierer.³⁷ Da die meisten Pflegeheime finanziell aber nicht in der Lage sind, diese ungedeckten Restkosten selbst zu tragen,³⁸ werden diese Kosten den Versicherten als Pensions- und Betreuungskosten verrechnet.³⁹ Diese Praxis wurde von der Preisüberwachung beobachtet und von mehreren Pflegeheimen bestätigt.⁴⁰ Damit wird die gesetzliche Limitierung der Versichertenbeiträge umgangen. Im Endergebnis finanzieren die Versicherten die Deckungslücke. Das stellt eine Verletzung des Tarifschutzes und einen Verstoß gegen [Art. 25a Abs. 5 KVG](#) dar.⁴¹

Der Preisüberwacher verlangt von den Kantonen die Behebung der Regelungslücke im Hinblick auf die

ungedeckten Restkosten. Er fordert eine Finanzierungsregelung sämtlicher Restkosten und damit insbesondere auch derjenigen Kosten, die über den Normkosten liegen. Weiter verlangt er von den Kantonen, dass sie ihre Aufsichtspflicht in Bezug auf die ungedeckten Kosten (besser) wahrnehmen.⁴²

V. Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Haus- und Heimpflege

Fast alle Versicherten haben den Wunsch, im Falle einer Pflegebedürftigkeit zu Hause und nicht in einem Heim gepflegt zu werden. Für die Versicherten ist es daher wichtig zu erfahren, ob die Pflege zu Hause von der Grundversicherung bezahlt wird oder ob sie hierfür eine Zusatzversicherung abschliessen müssen bzw. können.

Die Grundversicherung muss gemäss [Art. 32 Abs. 1 KVG](#) nur wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungen übernehmen. Man spricht vom sogenannten *Effizienzgebot*.⁴³ Die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (auch WZW-Kriterien genannt) müssen kumulativ erfüllt sein und sollen ein optimales Kosten-Nutzen-Verhältnis sicherstellen.⁴⁴

Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG)⁴⁵ und des Bundesgerichts zur Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Haus- und Heimpflege.

A. Wirksamkeit und Zweckmässigkeit

1. Begriff und Bedeutung der Wirksamkeit

Wirksamkeit bedeutet, dass eine Massnahme zur Erreichung eines Ziels geeignet ist. Eine Behandlung oder Pflege ist wirksam, «wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken. Wirksamkeit bezeichnet die kausale Verknüpfung von Ursache (medizinische Massnahme) und Wirkung (medizinischer Erfolg)».⁴⁶

2. Begriff und Bedeutung der Zweckmässigkeit

Zweckmässigkeit setzt Wirksamkeit voraus.⁴⁷ Die Zweckmässigkeit ist das Auswahlkriterium unter mehreren wirksamen Behandlungsalternativen; als zweckmässig gilt diejenige Massnahme, die in Bezug auf Untersuchung, Behandlung und Pflege den grössten Nutzen aufweist.⁴⁸

Wenn nur eine mögliche Massnahme existiert, ist sie zweckmässig, wenn ihr Nutzen grösser ist als ihre Risiken.⁴⁹

3. Rechtsprechung zur Wirksamkeit und Zweckmässigkeit

Die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit von Haus- und Heimpflege beurteilt sich primär nach medizinischen bzw. pflegerischen Gesichtspunkten; berufliche, soziale, gesellschaftliche, familiäre und soziale Umstände finden gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung jedoch ebenfalls Berücksichtigung.⁵⁰

So berücksichtigte das EVG in [BGE 126 V 334](#) unter anderem, dass die Versicherte bei einem Pflegeheimaufenthalt ihre bisherige Erwerbstätigkeit hätte aufgeben müssen und dadurch eine erhebliche Einbusse an Lebensqualität erlitten hätte.

In RKUV 2001 Nr. KV 141 S. 10 E. 3a berücksichtigte das EVG den Aspekt, dass die Versicherte als Ehefrau und Mutter von drei Kindern bei der Hauspflege ihre Rolle und Aufgabe im Schosse der Familie in einem sprachlich-kulturell intakten Umfeld soweit als möglich wahrnehmen konnte, und erachtete deshalb die Hauspflege als zweckmässiger als eine Heimpflege.

In RKUV 2001 Nr. KV 142 S. 15 berücksichtigte das EVG die wirtschaftliche Tätigkeit sowie die gesellschaftlichen und politischen Aktivitäten der Versicherten. Da die Versicherte diese Tätigkeiten bei einem Eintritt in ein Pflegeheim hätte aufgeben müs-

sen, erachtete das EVG die Spitex-Betreuung als zweckmässiger als eine Heimpflege (E. 3a).

In RKUV 2001 Nr. KV 144 S. 23 beurteilte das EVG die Pflege zu Hause als zweckmässiger als die Pflege im Heim, da der Versicherte trotz Behinderung auch ausserhalb des Hauses am gesellschaftlichen und sozialen Leben teilnahm und das Studium der Jurisprudenz anstrebte (E. 3b).

Allein die Einbusse an Lebensqualität oder der Wunsch der versicherten Person, weiterhin in ihrer eigenen

Wohnung und ihrer vertrauten Umgebung zu bleiben, genügen demgegenüber nicht für die Annahme einer grösseren Zweckmässigkeit der Spitex-Pflege im Vergleich zur Heimpflege.⁵¹

4. Kritik an der Rechtsprechung

Es ist meines Erachtens zwar richtig, die persönlichen, familiären, sozialen und/oder beruflichen Verhältnisse der versicherten Person bei der Beurteilung der Zweckmässigkeit einer Massnahme mitzubersichtigen; dies darf jedoch nicht dazu führen, dass die medizinischen Kriterien in den Hintergrund treten. Die Tendenz des EVG bzw. des Bundesgerichts gestützt auf die persönlichen, familiären, beruflichen und sozialen Gesichtspunkte bei einem Pflegeheimaufenthalt eine ungünstige Auswirkung auf den körperlichen und psychischen Zustand der pflegebedürftigen Person anzunehmen, ohne dass eine solche Gesundheitsschädigung ärztlich prognostiziert wurde, ist abzulehnen. Vielmehr muss immer anhand der konkreten Umstände (ärztlich) beurteilt werden, ob eine Verschlechterung bzw. eine ausbleibende Verbesserung des Gesundheitszustandes tatsächlich zu erwarten ist.⁵²

Die Spitex-Pflege soll nur dann als zweckmässiger beurteilt werden, wenn sie offensichtlich einen medizinischen Vorteil aufweist oder die persönliche Entfaltung der versicherten Person entscheidend unterstützt. Es darf jedoch nicht generell angenommen werden, dass die Spitex-Pflege allgemein vorteilhafter ist als die Heimpflege.⁵³

B. Wirtschaftlichkeit

1. Begriff und Bedeutung der Wirtschaftlichkeit

Im Krankenversicherungsrecht gibt es keine allgemeingültige Definition der Wirtschaftlichkeit.⁵⁴ Es geht aber immer um eine Nutzenoptimierung im Sinne des Minimal- und Maximalprinzips.⁵⁵

a. [Art. 32 Abs. 1 KVG](#)

Das Gebot der Wirtschaftlichkeit setzt Wirksamkeit und Zweckmässigkeit voraus,⁵⁶ wobei als wirtschaftlich nur die kostengünstigste unter mehreren gleich zweckmässigen Massnahmen gilt.⁵⁷

b. [Art. 56 Abs. 1 KVG](#)

Gemäss [Art. 56 Abs. 1 KVG](#) muss sich jeder Leistungserbringer in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Das Wirtschaftlichkeitsgebot in [Art. 56 Abs. 1 KVG](#) soll die wirtschaftliche Entscheidung der Leistungserbringer im konkreten Behandlungsfall sicherstellen.⁵⁸

c. Ermittlung der Wirtschaftlichkeit

Die Wirtschaftlichkeit ist das *Auswahlkriterium* unter mehreren zweckmässigen Behandlungsalternativen.⁵⁹ Bei nutzenäquivalenten Alternativen ist die obligatorische Krankenpflegeversicherung nur verpflichtet, die Kosten der günstigsten Variante zu übernehmen.⁶⁰

Sind die zur Verfügung stehenden Behandlungs- und Pflegemassnahmen aber nicht nutzenäquivalent, ist die Verhältnismässigkeit das massgebliche Entscheidungskriterium. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung darf sich in diesem Fall nur dann für die kostengünstigere und weniger zweckmässige Alternative entscheiden, wenn ein grobes

Missverhältnis zwischen den Kosten der beiden Massnahmen vorliegt.⁶¹

2. Grobes Missverhältnis

Wenn ein grobes Missverhältnis zwischen den Kosten der Spitex-Pflege und denjenigen des Heimaufenthaltes besteht, kann der Spitex-Einsatz nach dem Gesagten nicht mehr als wirtschaftlich qualifiziert werden, und die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist gemäss [Art. 32 Abs. 1 KVG](#) nicht zur Vergütung der Spitex-Kosten verpflichtet. Sie muss in diesem Fall nur diejenigen Kosten übernehmen, die sie bei einem Pflegeheimaufenthalt zu vergüten hätte (sog. *Austauschbefugnis*).⁶²

Die Frage, ab wann ein grobes Missverhältnis zwischen den Spitex-Kosten und den Pflegeheimkosten vorliegt, hängt stark von der Zweckmässigkeit der entsprechenden Massnahmen ab; je zweckmässiger eine Massnahme, desto höher liegt die Hürde zum groben Missverhältnis. Die höhere Zweckmässigkeit einer Massnahme vermag deren höhere Kosten somit (bis zu einem bestimmten Grad) zu rechtfertigen.⁶³

Aus der Rechtsprechung ergeben sich folgende Wirtschaftlichkeitsgrenzen:

- Bei *gleicher Zweckmässigkeit* von Haus- und Heimpflege wird ein grobes Missverhältnis bei 2,35-mal höheren Spitex-Kosten noch verneint,⁶⁴ bei 2,56-mal höheren Spitex-Kosten hingegen bejaht.⁶⁵ Die Grenze dürfte daher bei 2,5-mal höheren Spitex-Kosten liegen.
- Bei *höherer Zweckmässigkeit der Hauspflege* gegenüber der Heimpflege ist ein grobes Missverhältnis bei 2,86-mal höheren Spitex-Kosten noch nicht gegeben,⁶⁶ bei 4- bis 5-mal höheren Spitex-Kosten hingegen schon.⁶⁷ Die Grenze liegt somit im Bereich von 3- bis 4-mal höheren Spitex-Kosten.
- Bei *erheblich höherer Zweckmässigkeit der Hauspflege* gegenüber der Heimpflege wird ein grobes Missverhältnis zwischen den Spitex- und den Pflegeheimkosten selbst bei 4-mal höheren Spitex-Kosten noch nicht als gegeben erachtet.⁶⁸

VI. Kostenvergleich von Haus- und Heimpflege

A. Reine Pflegekosten

Die Studie des Spitex Verbands Schweiz zum Thema «Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive» hat ergeben, dass die reinen Pflegekosten bei der Pflege zu Hause durch die Spitex höher sind als die reinen Pflegekosten bei der Pflege im Heim und dass die Differenz mit steigender Pflegebedürftigkeit erheblich zunimmt.⁶⁹ Bezüglich der reinen Pflegekosten weist die Heimpflege somit Kostenvorteile gegenüber der Hauspflege auf.

B. Gesamtkosten

Vergleicht man die Gesamtkosten (bestehend aus Pflegekosten, Mietkosten, Lebensbedarfskosten, Betreuungskosten und persönlichen Auslagen), weist die Spitex-Pflege gegenüber der Heimpflege bei leichter bis mittlerer Pflegebedürftigkeit Kostenvorteile auf.⁷⁰ Bei steigender Pflegebedürftigkeit nehmen die Gesamtkostenvorteile der Spitex-Pflege jedoch ab und verkehren irgendwann sogar ins Gegenteil.⁷¹ Es gibt keine klare Kostenvorteilsgrenze; vielmehr existiert ein Schnittstellenbereich bei mittlerer Pflegebedürftigkeit von 60 bis 120 Minuten.⁷²

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass bei leichter bis mittlerer Pflegebedürftigkeit die Spitex-Pflege und bei mittlerer bis hoher Pflegebedürftigkeit die Heimpflege Gesamtkostenvorteile aufweist.

VII. Tarifschutz und echte Mehrleistungen

Im Grenzbereich zwischen Grund- und Zusatzversicherung stehen die Themen des Tarifschutzes und der «echten Mehrleistungen» im Vordergrund.

A. Tarifschutz

Nach [Art. 44 Abs. 1 KVG](#) müssen sich die Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für

Pflegerecht 4/2015 | S. 194–202 201 | ↑

Leistungen nach dem KVG keine weiter gehenden Vergütungen berechnen. Der Tarifschutz verbietet den Leistungserbringern das Stellen von Zusatzrechnungen für Pflichtleistungen des KVG.⁷³

Nicht anwendbar ist der Tarifschutz auf Leistungen, die über den Leistungsumfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung hinausgehen. Man spricht von sogenannten echten Mehrleistungen, für welche Zusatzrechnungen gestellt werden dürfen.⁷⁴ Der Tarifschutz führt damit indirekt zu einer Grenzziehung zwischen Grund- und Zusatzversicherung.⁷⁵

B. Echte Mehrleistungen

1. Begriff

Das Bundesgericht definiert die echten Mehrleistungen als Leistungen, die über den Leistungsumfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung hinausgehen.⁷⁶

2. Echte Mehrleistungen im stationären Bereich

Im stationären Bereich stellen die luxuriöse Hotellerie in der Privat- oder Halbprivatabteilung und die freie Arztwahl echte Mehrleistungen dar.⁷⁷ Eine echte Mehrleistung besteht auch darin, dass die versicherte Person vom Chefarzt behandelt wird, welcher die Leistungen persönlich erbringt und rund um die Uhr verfügbar ist.⁷⁸ Ein weiteres Plus stellt der bessere Leistungszugang der Privatversicherten dar, d.h., die Wartezeiten sind kürzer, und auf ihre Wünsche betreffend Zeitpunkt der Behandlung wird grösstmöglich Rücksicht genommen.⁷⁹

Eine (weitere) wichtige Kategorie der echten Mehrleistungen im stationären Bereich stellen die unwirtschaftlichen Behandlungen dar. Darunter fallen medizinisch unnötige Behandlungen, unwirksame und unzweckmässige Behandlungen, unzweckmässige Wahl des Leistungserbringers, Wahl eines zu teuren Behandlungsortes oder einer zu teuren Behandlungsart.⁸⁰

3. Echte Mehrleistungen im ambulanten Bereich

Im ambulanten Bereich sind private Zusatzversicherungen (noch) nicht so verbreitet wie im stationären Bereich.⁸¹ In den letzten Jahren gewannen sie jedoch zunehmend an Bedeutung.⁸²

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist es im ambulanten Bereich unzulässig, für gleiche Leistungen unterschiedliche Tarife zu verlangen; zulässig sind hingegen unterschiedliche Tarife für unterschiedliche Leistungen (im Sinne echter Mehrleistungen).⁸³ Eine echte Mehrleistung liegt nur dann vor, wenn die Leistung ein «Plus» darstellt und nicht «an Stelle» der Leistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht wird. Das ist beispielsweise bei den von der Grundversicherung nicht übernommenen Spitex-Kosten, Badekuren, Transport- und Rettungskosten, Zahnbehandlungen und im Ausland durchgeführten Behandlungen der Fall.⁸⁴

Bei den Komfortleistungen (z.B. erhöhter Zeitaufwand des Arztes für die Erklärung von Krankheiten, über das übliche Mass hinausgehendes Literaturstudium, vermehrtes Abstatten von Hausbesuchen und kürzere Wartezeiten) handelt es sich gemäss Bundesgericht demgegenüber nicht um echte Mehrleistungen,⁸⁵ was von einem Teil der Lehre – meines Erachtens zu Recht – kritisiert wird.⁸⁶

4. Echte Mehrleistungen im Pflegebereich

In meiner eingangs erwähnten Dissertation habe ich drei Kategorien von echten Mehrleistungen im Pflegebereich ausgearbeitet und näher dargestellt. Im Folgenden sollen die wichtigsten Erkenntnisse kurz dargelegt werden.

a. Pflege zu Hause trotz Unwirtschaftlichkeit

Die Grundversicherung übernimmt die Spitex-Kosten nur dann, wenn die Hauspflege wirksam und zweckmässig ist und kein grobes Missverhältnis zwischen den Spitex- und den Heim-Kosten vorliegt.⁸⁷ Wenn hingegen ein grobes Missverhältnis besteht, übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung lediglich diejenigen Kosten, die sie bei einem Pflegeheimaufenthalt zu vergüten hätte (sog. Austauschbefugnis).⁸⁸ Will die versicherte Person dennoch zu Hause gepflegt werden, muss sie – sofern sie keine Zusatzversicherung hat – den Differenzbetrag selbst bezahlen. Da sich viele Versicherte das nicht leisten können, führt dies zu einem faktischen Heimzwang. Will die versicherte Person sicherstellen, dass sie in jedem Fall zu Hause gepflegt wird, selbst wenn die Spitex-Pflege aufgrund eines groben Missverhältnisses als unwirtschaftlich beurteilt wird, muss sie hierfür eine Zusatzversicherung abschliessen.

b. Nichtpflichtleistungen

Der Anwendungsbereich der Zusatzversicherungen im Heimbereich ist relativ klein. Zwar werden die Unterkunfts-, Verpflegungs- und Betreuungskosten von der Grundversicherung nicht übernommen,⁸⁹ weshalb diese grundsätzlich mittels einer Zusatzversicherung gedeckt werden können. Das Problem besteht jedoch darin, dass die Heimkosten, welche die Versicherten aufgrund ihrer finanziellen Situation nicht bezahlen können, über die Ergänzungsleistungen gedeckt werden.⁹⁰ Dadurch nimmt der Anreiz zum Abschluss einer Zusatzversicherung ab. Viele Versicherte sehen keinen Grund, etwas privat zu versichern, das sonst die Ergänzungsleistungen übernehmen. Der Abschluss einer Zusatzversicherung lohnt sich deshalb nur für Wohlhabende.⁹¹ Er lohnt sich insbesondere für Personen, die sich Luxus wünschen und gleichzeitig ihr Vermögen bzw. das Erbe ihrer Nachkommen schützen wollen.

Bei der Hauspflege können die Kosten für eine Haushalts-/Putzhilfe oder die Kosten für eine Betreuungsperson (z.B. für Kinder oder Haustiere) durch eine Zusatzversicherung abgedeckt werden. Es handelt sich dabei um echte Mehrleistungen, welche von der Grundversicherung nicht übernommen werden.

c. Selbständiges Wohnen mit Serviceleistungen

Eine immer grössere Bedeutung erlangt das «selbständige Wohnen mit Serviceleistungen». Darunter versteht man ein Modell, bei dem die Versicherten in ihren eigenen vier Wänden wohnen und bei Bedarf die Dienst- oder Pflegeleistungen der Altersresidenz in Anspruch nehmen können. Dadurch bewahren sie sich ihre Selbständigkeit und Unabhängigkeit, ohne auf die im Alter oft gewünschte Sicherheit und Unterstützung sowie den geschätzten Komfort verzichten zu müssen.

VIII. Fazit und Entwicklungspotenzial

Der Hauptanwendungsbereich der Pflegezusatzversicherungen liegt im Wohlfühl- und Luxusbereich. Die Untersuchung der bestehenden privaten Pflegeversicherungsmodelle hat ergeben, dass bei den bestehenden Pflegezusatzversicherungen das Preis-Leistungs-Verhältnis nicht stimmt. Es besteht ein grosses Entwicklungspotenzial, und neue Versicherungsprodukte sind sehr gefragt. Zu denken ist etwa an eine Kombination von Lebens- und Pflegeversicherung oder an eine modular aufgebaute Pflegeversicherung, welche individuell nach den Bedürfnissen der Versicherten zusammengestellt werden kann. Ebenfalls möglich wäre eine Kooperation zwischen einem bestimmten Leistungserbringer und einem Versicherer, wodurch den Versicherten attraktivere Preise angeboten werden könnten, diese sich jedoch im Gegenzug verpflichten, eine Residenz des Leistungserbringers zu wählen.

-
- 1 Domanig Andrea, Abgrenzung zwischen Grund- und Zusatzversicherung im Bereich der Pflegeleistungen, Diss. Zürich, Zürich/Basel/Gent 2015.
 - 2 Bundesamt für Statistik (BFS), Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2010–2060, Neuchâtel 2010, S. 77; Höpflinger François/Bayer-Ogelsby Lucy/Zumbrunn Andrea, Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter, Aktualisierte Szenarien für die Schweiz, Bern 2011, S. 20.
 - 3 Höpflinger/Bayer-Ogelsby/Zumbrunn, S. 55 ff.
 - 4 Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908; [SR 221.229.1](#).
 - 5 Eugster Gebhard, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], in: Murer E./Stauffer H.-U. (Hrsg.), Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zürich 2010 (zit. Eugster, KVG), Art. 12 N 3; Eugster Gebhard, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 2. Auflage, Basel/Genf/München 2007 (zit. Eugster, Soziale Sicherheit), N 198; Eugster Gebhard, Die Unterscheidung zwischen grund- und zusatzversicherten Leistungen im Spitalbereich: Welche juristischen Kriterien sind massgeblich?, in: SZS 5 (2005), S. 445 ff. (zit. Eugster, Unterscheidung), S. 447 f.; Maurer Alfred, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel 1996 (zit. Maurer, Krankenversicherungsrecht), S. 132; Maurer Alfred, Verhältnis obligatorische Krankenpflegeversicherung und Zusatzversicherung, in: LAMal – KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, S. 703 ff. (zit. Maurer, Verhältnis), S. 721; Scartazzini Gustavo/Hürzeler Marc, Bundessozialversicherungsrecht, 4. Auflage, Basel 2012, § 16 N 218; Schaer Roland, Modernes Versicherungsrecht, Bern 2007, § 10 N 21; Spira Raymond, Le nouveau régime de l'assurance-maladie complémentaire, in: SVZ 63 (1995), S. 198.
 - 6 Gächter Thomas/Vollenweider Irene, Spitalfinanzierung, Spitäler im Spannungsfeld zwischen Grund- und Zusatzversicherung, in: Jusletter 16. Mai 2005, Rz. 5.
 - 7 [Art. 25a Abs. 3 KVG](#) i.V.m. [Art. 33 lit. b KVV](#) i.V.m. [Art. 7 Abs. 1 KLV](#).
 - 8 Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung) vom 29. September 1995; SR 832.112.31.
 - 9 Landolt Hardy, Behandlungspflege – medizinische Pflege – Grundpflege: ein Abgrenzungsversuch, in: Pflegerecht – Pflegewissenschaft 1 (2014), S. 27 ff. (zit. Landolt, Behandlungspflege), S. 30; Landolt Hardy, Die Pflegeversicherungsleistungen im Überblick, in: HAVE 2 (2011), S. 115 ff. (zit. Landolt, Pflegeversicherungsleistungen), S. 118.
 - 10 Landolt Hardy, Pflegerecht, Band I: Grundlagen des Pflegerechts, Eine Darstellung der begrifflichen, statistischen und volkswirtschaftlichen Grundlagen und des internationalen Pflegerechts, Bern 2001 (zit. Landolt, Pflegerecht I), Rz. 82.
 - 11 Landolt, Pflegerecht I, Rz. 39.
 - 12 Landolt, Pflegerecht I, Rz. 82.
 - 13 Eugster, KVG, Art. 25 N 25.

- 14 [BGE 131 V 178](#) E. 2.2.2 S. 185; Botschaft, [BBl 2005 2033](#), S. 2067; Eugster, KVG, Art. 25 N 25.
- 15 Eugster, KVG, Art. 25 N 25; Landolt, Behandlungspflege, S. 30; vgl. auch [BGE 131 V 178](#) E. 2.2.3 S. 185 und [BGE 136 V 172](#) E. 4.3.1 S. 176 f.
- 16 Eugster, Soziale Sicherheit, N 329.
- 17 Botschaft, [BBl 2005 2033](#), S. 2066; Eugster, KVG, Art. 25 N 25; Landolt, Pflegerecht I, Rz. 81.
- 18 [Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV](#).
- 19 [BGE 131 V 178](#) E. 2.2.3 S. 185.
- 20 [Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV](#).
- 21 Eugster, KVG, Art. 25 N 27; Eugster, Soziale Sicherheit, N 370.
- 22 Eugster, KVG, Art. 25 N 27.
- 23 Landolt Hardy, Erste Erfahrungen mit der neuen Pflegefinanzierung, in: Jahrbuch Sozialrecht 2014, Zürich, S. 187 ff. (zit. Landolt, Erfahrungen), S. 196.
- 24 Gächter Thomas, Die Finanzierung von Pflegeheimaufenthalten, in: Breitschmid Peter/Gächter Thomas (Hrsg.), Rechtsfragen zum Heimaufenthalt und dessen Finanzierung, Zürich/St.Gallen 2010 (zit. Gächter, Finanzierung), S. 16; Gächter Thomas, Die Finanzierung von Pflegeheimaufenthalten vor und nach der Neuordnung der Pflegefinanzierung, in: HILL 2010 Nr. 7 (zit. Gächter, Neuordnung), IV./A.
- 25 Dummermuth Andreas, Die Pflegefinanzierung ist neu organisiert – Ambulant vor stationär als Leitmotiv, in: Der Schweizer Treuhänder 5 (2011), S. 417 f.; Landolt, Erfahrungen, S. 198; Landolt Hardy, Die neue Pflegefinanzierung, in: SZS 1 (2010), S. 18 ff. (zit. Landolt, Pflegefinanzierung), S. 25 f.; Landolt, Pflegeversicherungsleistungen, S. 118 f.
- 26 Dummermuth, S. 417 f.; Landolt, Erfahrungen, S. 198; Landolt, Pflegefinanzierung, S. 25 f.; Landolt, Pflegeversicherungsleistungen, S. 118 f.
- 27 Rosenkranz Ruth/Meierhans Stefan, Defizite bei der Umsetzung der Pflegekostengrenze, in: Pflegerecht – Pflegewissenschaft 2 (2013), S. 77.
- 28 Dummermuth, S. 417.
- 29 Landolt, Erfahrungen, S. 198; Landolt, Pflegefinanzierung, S. 25 f.; vgl. auch [Art. 64 Abs. 2 KVG](#) i.V.m. [Art. 103 KVV](#).
- 30 [Art. 25a Abs. 5 KVG](#).
- 31 Dummermuth, S. 418; Landolt, Erfahrungen, S. 202; Landolt, Pflegefinanzierung, S. 28.
- 32 Cosandey Jérôme, Generationenungerechtigkeit überwinden, Zürich 2014, S. 176; Rosenkranz/Meierhans, S. 77.
- 33 Vgl. beispielsweise § 16 und § 17 Pflegegesetz des Kantons Zürich (Ordnungs-Nr. 855.1) sowie § 12c und § 14a Pflegegesetz des Kantons Aargau (SAR 301.200).
- 34 Rosenkranz/Meierhans, S. 77.
- 35 [Art. 25a Abs. 4 KVG](#) i.V.m. [Art. 7a KLV](#).
- 36 [Art. 25a Abs. 5 KVG](#).
- 37 Rosenkranz/Meierhans, S. 78.
- 38 Rosenkranz/Meierhans, S. 79.
- 39 Cosandey, S. 176; Gächter, Finanzierung, S. 5 f. und S. 15 ff.; Lipowsky Emil, Die Umsetzung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) in der stationären Altersversorgung, in: Breitschmid Peter/Gächter Thomas (Hrsg.), Rechtsfragen zum Heimaufenthalt und dessen Finanzierung, Zürich/St.Gallen 2010, S. 182 ff.; Rosenkranz/Meierhans, S. 80.
- 40 Rosenkranz/Meierhans, S. 80.
- 41 Gächter, Finanzierung, S. 17; Rosenkranz/Meierhans, S. 80 f.
- 42 Rosenkranz/Meierhans, S. 81
- 43 Maurer, Krankenversicherungsrecht, S. 51; Scartazzini/Hürzeler, § 16 N 119.
- 44 Eugster, KVG, Art. 32 N 1; Eugster Gebhard, Wirtschaftlichkeitskontrolle ambulanter ärztlicher Leistungen mit statistischen Methoden, Diss. Bern 2003 (zit. Eugster, Wirtschaftlichkeitskontrolle), N 81.
- 45 Das ehemalige Eidgenössische Versicherungsgericht wurde auf den 1. Januar 2007 mit dem Bundesgericht vereinigt (heute: sozialrechtliche Abteilungen des Schweizerischen Bundesgerichts).
- 46 Eugster, Soziale Sicherheit, N 291; Eugster Gebhard, Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach [Art. 56 Abs. 1 KVG](#), in: Schaffhauser René/Kieser Ueli (Hrsg.), Wirtschaftlichkeitskontrolle in der Krankenversicherung, St.Gallen 2001, S. 9 ff. (zit. Eugster, Wirtschaftlichkeitsgebot), S. 14; Eugster, Wirtschaftlichkeitskontrolle, N 29.

- 47 [BGE 133 V 115](#) E. 2.2 S. 116.
- 48 Eugster, KVG, Art. 32 N 7; Eugster, Soziale Sicherheit, N 293; Eugster, Wirtschaftlichkeitsgebot, S. 14.
- 49 Widrig Daniel/Tag Brigitte, Rechtliche Aspekte der Kosten-/Nutzenbewertung in der Medizin, in: HILL 2012 Nr. 65, N 57.
- 50 [BGE 126 V 334](#) E. 3a S. 341 f.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 52/99 vom 22. September 2000 E. 3b = RKUV 2001 KV 141 10; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [K 66/00](#) vom 5. Oktober 2000 E. 3b = RKUV 2001 KV 144 23; Urteil des Bundesgerichts [9C_343/2013](#) vom 21. Januar 2014 E. 4.1
- 51 Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 34/98 vom 18. Dezember 1998 E. 4a und 4b = RKUV 1999 KV 64 64; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [K 61/00](#) vom 5. Oktober 2000 E. 4 = RKUV 2001 KV 143 19; [BGE 139 V 135](#) E. 4.5 und 5.1 S. 141 f.
- 52 Vgl. dazu bereits Domanig Andrea, Hauspflege vs. Heimpflege – Wirtschaftlichkeitsgebot, in: HILL 2013 Nr. 115.
- 53 Gächter Thomas, Wirtschaftlichkeit von Spitex-Leistungen bei einer Alzheimer-Patientin im fortgeschrittenen Stadium, Besprechung des Urteils [9C_685/2012](#) vom 6. März 2013 (zur Publikation vorgesehen), in: Pflegerecht – Pflegewissenschaft 2 (2013), S. 122 f. (zit. Gächter, Wirtschaftlichkeit), S. 123; bestätigt in [BGE 139 V 135](#)
- 54 Eugster, Wirtschaftlichkeitskontrolle, N 76; Gächter Thomas/Meienberger Arlette, Verfassungsmässigkeit von Wirtschaftlichkeitsüberlegungen, in: Riemer-Kafka Gabriela (Hrsg.), Wirtschaftlichkeitsüberlegungen in der Sozialversicherung, Zürich/Basel/Genf 2012, S. 29.
- 55 Gächter/Meienberger, S. 2.
- 56 Eugster, KVG, Art. 32 N 11.
- 57 Eugster, KVG, Art. 32 N 11; Eugster, Soziale Sicherheit, N 297; Gächter Thomas/Rütsche Bernhard, Gesundheitsrecht, 3. Auflage, Basel 2013, N 1056; Maurer, Krankenversicherungsrecht, S. 52; Widrig/Tag, N 58.
- 58 Eugster, Wirtschaftlichkeitskontrolle, N 85.
- 59 Eugster, Soziale Sicherheit, N 297.
- 60 Eugster, KVG, Art. 32 N 11; Eugster, Soziale Sicherheit, N 297.
- 61 Eugster, KVG, Art. 32 N 12; Eugster, Wirtschaftlichkeitskontrolle, N 52; Scartazzini/Hürzeler, § 16 N 121.
- 62 Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [K 95/03](#) vom 11. Mai 2004 E. 4.
- 63 Eugster, KVG, Art. 32 N 11.
- 64 Urteil des Bundesgerichts [9C_940/2011](#) vom 21. September 2012.
- 65 [BGE 139 V 135](#).
- 66 Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [K 33/02](#) vom 2. Dezember 2003 = RKUV 2004 KV 275 137.
- 67 Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [K 95/03](#) vom 11. Mai 2004.
- 68 Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [K 66/00](#) vom 5. Oktober 2000 = RKUV 2001 KV 144 23.
- 69 Wächter Matthias/Künzi Killian, Ökonomische Grenzen der Spitex, Studie im Auftrag des Spitex Verbands Schweiz, Bern 2011, S. 22 und 27; vgl. insbesondere auch die Abbildungen 5 bis 8.
- 70 Wächter/Künzi, S. 18 f.
- 71 Wächter/Künzi, S. 21 und 23; vgl. insbesondere auch die Abbildungen 5 bis 8.
- 72 Wächter/Künzi, S. 19.
- 73 Eugster, KVG, Art. 44 N 4; Luginbühl Rudolf, Die Bedeutung der KVG-Tarife und des Tarifschutzes bei Heimaufenthalt, in: Breitschmid Peter/Gächter Thomas (Hrsg.), Rechtsfragen zum Heimaufenthalt und dessen Finanzierung, Zürich/St.Gallen 2010, S. 96 f. und S. 105; Maurer, Krankenversicherungsrecht, S. 81; Wohnlich Dominique, Zusatzleistungen im ambulanten Bereich der Krankenversicherung, Diss. Zürich 2002, S. 102.
- 74 [BGE 135 V 443](#) E. 2.2 S. 446; [BGE 126 III 345](#) E. 3b S. 350; Eugster, Soziale Sicherheit, N 976; Kieser Ueli, Die Bedeutung des krankenversicherungsrechtlichen Tarifschutzes im stationären Bereich, in: SZS 5 (2003) (zit. Kieser, Tarifschutz), S. 427; Luginbühl, S. 97.
- 75 Poledna Tomas, Privatpatienten im ambulanten Bereich – der rechtliche Rahmen für eine Ausweitung der kassenpflichtigen Leistungen, in: HILL 2012 Nr. 55 (zit. Poledna, Privatpatienten), N 3.
- 76 [BGE 130 I 306](#) E. 2.3 S. 311; [BGE 135 V 443](#) E. 2.2 S. 446; [BGE 126 III 345](#) E. 3b S. 350.
- 77 Brunner Hans Heinrich, Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, in: SAeZ 2000, S. 2570; Eugster, KVG, Art. 44 N 5; Eugster, Soziale Sicherheit, N 977; Eugster, Unterscheidung, S. 455 ff.; Kieser, Tarifschutz, S. 428; Spira, S. 198; vgl. auch [BGE 135 V 443](#) E. 2.2 S. 446 f.; [BGE 130 I 306](#) E. 2.1 und 2.2 S. 310 f. und [BGE 126 III 345](#) E. 3b S. 350.

- 78 Bernath François A./Eijsten Alex/Poledna Tomas, Der Privatpatient geniesst Mehrleistungen, in: NZZ vom 20. Mai 2003, S. 15; Eugster, Unterscheidung, S. 458 f.; Kieser, Tarifschutz, S. 427; Moser Markus, Der Tarifschutz bei einer stationären Behandlung von Privatpatienten (Teil 2), in: SZS 5 (2007), S. 460.
- 79 Bernath/Eijsten/Poledna, S. 15; Eugster, Unterscheidung, S. 459.
- 80 Eugster, Wirtschaftlichkeitsgebot, S. 27.
- 81 Kieser Ueli, Der Privatpatient im stationären Bereich, in: NZZ vom 16. Dezember 2002 (zit. Kieser, Privatpatient), S. 8; Poledna Tomas, Mehrleistungen privat versichern, in: NZZ vom 14. Juni 2013 (zit. Poledna, Mehrleistungen), S. 20.
- 82 Poledna, Mehrleistungen, S. 20.
- 83 [BGE 135 V 443](#) E. 3.7.3 S. 458; [BGE 126 III 345](#) E. 3b S. 350; Poledna, Privatpatienten, N 5.
- 84 [BGE 126 III 345](#) E. 3b S. 350 mit Verweis auf Spira, S. 198.
- 85 [BGE 126 III 345](#) E. 3b S. 350 f.
- 86 Kuhn Hans-Peter, Zusatzrechnungen für ärztliche Zusatzleistungen – zum Dritten, in: SAeZ 2000, S. 2064; Maurer, Verhältnis, S. 727; Poledna, Privatpatienten, N 30 und 33 f.; Wohnlich, S. 54.
- 87 Statt vieler: [BGE 126 III 345](#) E. 2a S. 337 f.
- 88 Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [K 95/03](#) vom 11. Mai 2004 E. 4.
- 89 [BGE 126 V 344](#) E. 3a S. 348; Landolt Hardy, Das soziale Pflegesicherungssystem, Eine Darstellung der sozialen Pflegeleistungen des Bundes und der Kantone unter besonderer Berücksichtigung der Spital-, Heim- und Hauspflegeleistungen, Bern 2002 (zit. Landolt, Pflegesicherungssystem), Rz. 138; Luginbühl, S. 94.
- 90 Eugster, KVG, Art. 25a N 14; Landolt, Pflegefinanzierung, S. 25; Peterhans Beatrice, Die Bedeutung der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV bei Heimaufenthalten, in: Breitschmid Peter/Gächter Thomas (Hrsg.), Rechtsfragen zum Heimaufenthalt und dessen Finanzierung, Zürich/St.Gallen 2010, S. 113.
- 91 Grundlehner Werner, Ein Schutz nur für Wohlbetuchte, in: NZZ vom 23. Juni 2014, S. 23.