

April 2024

Krankenversicherer – wichtige Informationen

Die OdA KT konnte zusammen mit den anderen CAMsuisse-Verbänden mit der Groupe Mutuel und innova Gespräche führen. Beide Versicherer haben sich dazu bekannt, aufgrund der verrechneten Tariffhöhe keine Praktizierenden von ihren Therapeut*innenlisten zu streichen. Die Details zur aktuellen Praxis der beiden Versicherer, Informationen betreffend CSS und Sympany sowie ein Hinweis der Versicherer zur Nennung des Behandlungsgrunds im Rechnungsformular sind in diesem Artikel zusammengestellt.

Gespräche der CAMsuisse-Organisationen mit innova und Groupe Mutuel

Die Nachfrage nach alternativmedizinischen Leistungen ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Die von den Zusatzversicherungen vergüteten Kosten steigen. Die Groupe Mutuel und die innova verstärken deshalb ihre Kontrollen, um die Versicherungsprämien für ihre Versicherten attraktiv zu halten. Mögliche Hebel zur Einschränkung der Kostenübernahme sind die Anzahl und Dauer der Sitzungen, der Tarif, die Anwendung der Therapien gemäss den besonderen Bedingungen und das Anerkennungs niveau der Therapeuten.

Vonseiten der Organisationen der CAMsuisse wehren wir uns vehement gegen Eingriffe in die Freiheiten der Therapeut*innen und namentlich gegen deren Streichung von der Liste der Rückvergütungsberechtigten. Ein solcher Ausschluss muss auf wenige Einzelfälle von widerrechtlichem oder sehr stossendem Verhalten beschränkt bleiben.

Groupe Mutuel und die innova schreckten die Therapeut*innen und somit auch uns als deren Berufsorganisationen kurz vor dem Jahreswechsel auf, indem sie ankündigten, die Option Streichung von der Therapeutenliste durchsetzen zu wollen. **Nach entsprechenden Gesprächen haben sich nun beide Versicherer dazu bekannt, keine solche Streichungen wegen der verrechneten Tariffhöhe vorzunehmen.** Vielmehr bleibt es bei einem Vorgehen gegen stossende Einzelfälle. Hingegen werden die Rückvergütungen an die Patient*innen genauer angeschaut und limitiert. In diesem Zusammenhang wiesen wir als Organisationen der CAMsuisse darauf hin, dass auch die Ausbildungsdauer resp. Diplome zu berücksichtigen sind (Qualitätsaspekt).

Innova

1. **Die Überschreitung des von innova festgesetzten Stundenansatzes** von maximal Fr. 120.-/Stunde (10.-/5 Min.) **führt nicht zu einer Streichung** von der Liste der anerkannten Therapeut*innen.

2. Die Krankenzusatzversicherung *plus* von innova übernimmt 75% der Behandlungskosten bis zu einem Maximalbetrag von Fr. 120.-/Stunde. **Kosten, die diesen Maximalbetrag übersteigen**, werden von der innova nicht rückvergütet und **gehen somit zulasten der Patient*innen/Klient*innen.**

Die innova ist sich bewusst, dass die Information auf der Webseite eine andere ist. Diese Regelung setzt innova jedoch aktuell nicht um.

Groupe Mutuel

Die Groupe Mutuel hat sich verpflichtet, keine Ausschlüsse von Therapeut*innen aus ihrer Liste auf der Grundlage des in Rechnung gestellten Tarifs vorzunehmen. Sie behält sich das Recht vor, Kontrollen und Ausschlüsse gegen Fälle vorzunehmen, bei denen sie dies für notwendig erachtet.

Ausserdem werden die Rückerstattungen an die Patienten eingeschränkt, wenn die von den Therapeut*innen durchgeführten Behandlungen die geltenden Normen überschreiten, die von der Groupe Mutuel in Bezug auf die Aspekte der Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der in Rechnung gestellten Leistungen festgelegt wurden.

Fazit: Den Therapeut*innen steht es frei, ihre Tarife unter korrekter Anwendung des Tarifs 590 festzulegen, insbesondere die Tarifierung in 5-Minuten-Schritten. Ein Ausschluss von der Liste der Groupe Mutuel wird nicht ausschliesslich auf der Grundlage des angewandten Tarifs ausgesprochen.

Gebühren, die einen bestimmten, von der Groupe Mutuel festgelegten Höchstbetrag überschreiten, sind von den Kunden zu tragen. Es handelt sich also um eine Einschränkung der Kostenübernahme und nicht um einen Ausschluss von der Liste der von der Groupe Mutuel anerkannten Therapeuten.

Groupe Mutuel – neues Kontrollsystem

Die Groupe Mutuel informierte im Februar 2024 ihre Versicherten, dass ab März die Kontrollen im Bereich der Alternativmedizin verstärkt würden. Bisher liess das Kontrollsystem der Groupe Mutuel keine genaue Überprüfung zu, ob eine Therapieform mit den „Besonderen Versicherungsbedingungen“ der verschiedenen Versicherungsprodukte übereinstimmt. Neu werden nun nur noch Kosten für Therapien übernommen, die diesen Bedingungen entsprechen. Da die bisherige Vergütungspraxis anscheinend stark von den zum Teil vor Jahren erlassenen Bedingungen abgewichen ist, werden nun in verschiedenen Produkten unterschiedliche Methoden der KomplementärTherapie nicht mehr vergütet. Da die Auswirkung des neuen Kontrollsystems faktisch einer Streichung von Methoden gleichkommt, sucht die OdA KT erneut das Gespräch mit der Groupe Mutuel und wird sich für eine Anerkennung aller Methoden der KT einsetzen.

CSS – Begrenzung der Besitzstandswahrung

Die OdA KT hat von der CSS noch keine Informationen zur Dauer der Besitzstandswahrung erhalten. In einer Umfrage der CSS unter den verschiedenen OdA konnte die OdA KT aber nach Rücksprache mit den Mitgliedverbänden in ihrer Stellungnahme für einen Verzicht der Begrenzung respektive für eine grosszügige Übergangsfrist plädieren. Wir halten Sie auf dem Laufenden.

Sympany

Die Sympany hat entschieden, dass sie per 01.01.2024 die Methode Biodynamik nicht mehr anerkennt. Die OdA KT hat unverzüglich mit dem Versicherer Kontakt aufgenommen – die Intervention hat jedoch keine Wirkung gezeigt. Sympany hält an ihrem Entscheid fest.

AXA

Die AXA hat mitgeteilt, ab 01.01.2025 die Faszientherapie nicht mehr zu vergüten. Auch hier gibt sich die OdA KT noch nicht geschlagen.

Hinweis des Versichererteams an alle Therapeut*innen

Bei der Rechnungsstellung muss unbedingt der Behandlungsgrund angegeben werden. Im Rechnungsformular stehen unter Behandlungsgrund in einem Dropdown folgende sogenannte «Schadensarten» zur Auswahl: *Krankheit, Unfall, Mutterschaft, Prävention, Geburtsgebrechen*. Wird keine Angabe zum Behandlungsgrund gemacht, führt dies allenfalls dazu, dass die Kostenübernahme vom Versicherer direkt abgelehnt wird (Begründung Schadenart unbekannt). Wird der Behandlungsgrund angegeben, kommt es zudem zu weniger Berichtsfragen. Die Versicherer zählen auf ehrliche Angaben der Praktizierenden – Behandlungen mit vorbeugendem Charakter müssen als *Prävention* deklariert werden.