Die aktuelle VVG-Diskussion: Wie eine Transparenz-Reform in der Schweizer Zusatzversicherung genau jenen Schutz beseitigt hat, den sie stärken wollte

Der verschwundene Behandlungsvertrag

Anfang 2027 tritt im ambulanten Tarif eine Höchstgrenze in Kraft: Pro Arbeitstag dürfen nur noch bis zu 1577 Taxpunkte des ärztlichen Teils verrechnet werden – rund zwölf Stunden ärztlicher Tätigkeit. Wer länger operiert oder betreut, kann die Mehrleistung nicht mehr geltend machen. Die Empörung in der Ärzteschaft war gross; der eigene Verband musste einen Deckel mittragen, den er im Parlament bekämpft hatte. Doch der Streit um die Zahl verdeckt das eigentlich Bemerkenswerte. Ein Tagesdeckel begrenzt nach einem Aggregat – nach dem Durchschnitt eines Arbeitstages, nicht nach dem, was der einzelne Patient tatsächlich brauchte. Es ist dieselbe Denkfigur, die in der Zusatzversicherung längst gewirkt hat, nur unauffälliger. Dort hat sie in fünf Jahren etwas zum Verschwinden gebracht, das im Zentrum jeder privaten Behandlung stand: den direkten Vertrag zwischen Patient und Arzt.

Das gab es einmal: Die Zusatzversicherung nach VVG deckt in der Schweiz rund 1.8 Millionen Menschen mit einer stationären Zusatzpolice. Ihr Versprechen ist zweifach: das private oder halbprivate Zimmer und die freie Wahl des behandelnden Arztes, ausdrücklich einschliesslich des selbständigen Belegarztes, der nicht Angestellter der Klinik ist. Dieses Versprechen ruhte auf einer dreieckigen Vertragsstruktur. Der Patient hielt einen Versicherungsvertrag mit seinem Versicherer. Er erhielt ebenso einen Behandlungsvertrag mit dem einzelnen Chirurgen. Und der Chirurg erhielt drittens eine Tarifvereinbarung direkt mit dem Versicherer. Jede dieser Beziehungen war bilateral, individuell verhandelt und unmittelbar zurechenbar.

Das war kein Zufall, sondern der Wirkmechanismus. Das Honorar des Belegarztes – und damit sein Einkommen – hing von seiner individuellen Spezialisierung, seiner Fallzahl und seinem Ruf bei zuweisenden Ärzten und Patienten ab. Wer schlecht operierte, verlor Zuweisungen und Nachfrage. Die Gesundheitsökonomie nennt das einen Reputationsmechanismus: Qualität lohnt





sich, weil der Patient zwischen unterscheidbaren Anbietern wählen kann. Im klassischen Belegarztsystem war diese Bedingung strukturell erfüllt.

Eine Aufsicht greift ein – an der falschen Stelle

Das System war nicht makellos. Die FINMA stellte zwischen 2017 und 2020 reale Missstände fest: verrechnete, aber nicht erbrachte Leistungen; mehrere Ärzte, die gegen denselben Patientenkontakt fakturierten; Tarifstrukturen, die der Patient nicht nachvollziehen konnte. Ende 2020 erklärte sie einen «umfassenden Handlungsbedarf». Das Ziel war Patientenschutz. Fünf Jahre später hatte die Reform am Arzt-Patienten-Interface das Gegenteil ihres erklärten Ziels erreicht – und das nicht durch einen Umsetzungsfehler, sondern durch ihre Architektur.

Der Grund liegt in einer Eigenheit von Regulierung selbst. Eine Aufsicht wirkt selten unmittelbar auf ihr Ziel ein; sie wirkt über Intermediäre – hier über Versicherer, Spitalkonzerne und Branchen-Frameworks. Compliance wird an jener Schnittstelle erzeugt und überprüft, an der die Aufsicht ansetzt: zwischen Aufsicht und Intermediär, also zwischen FINMA und Versicherer beziehungsweise Klinik. Was an der nächsten Schnittstelle geschieht – zwischen Intermediär und Ziel, also zwischen Klinik und Arzt und schliesslich Patient –, ist schwerer zu beobachten. Genau dorthin verschiebt sich jedoch, was an Intransparenz übrig bleibt. Jede Intervention der Reform – von der FINMA-Mitteilung 2020 über das SVV-Branchen-Framework bis zur revidierten Aufsichtspraxis – setzte am Spital-Versicherer-Interface an. Kein einziger Schritt adressierte ausdrücklich den Vertrag zwischen Arzt und Patient.

Drei Mechanismen der Verdrängung

Wie diese Verschiebung konkret geschieht, zeigt sich an drei realen Modellen des Schweizer Marktes.

Erstens die Verdrängung des Direktvertrags: Das VVG+-Modell, 2022 an der Privatklinik Bethanien mit Helsana eingeführt, operationalisiert die regulatorische Richtung am unmittelbarsten. Zwischen Klinik und Versicherer besteht ein Rahmenvertrag; die Belegärzte unterzeichnen eine Beitrittserklärung. Die Mehrleistung wird als DRG-basierte Fallpauschale von der Klinik an den Versicherer fakturiert. «Die Belegärzte müssen keine separate Rechnung für die freie Arztwahl mehr stellen, sondern erhalten ihre Mehrleistungen DRG-codiert direkt von der Klinik», hiess es zur Einführung. Was als administrative Vereinfachung präsentiert wird, ist strukturell etwas anderes: Mit der Einzelrechnung des Arztes verschwindet seine individuelle Tarifhoheit. Die Klinik wird zur alleinigen Vertragspartei, und die zwanzigjährige Erfahrung eines Leberchirurgen findet gegenüber jener eines Allgemeinchirurgen keinen Ausdruck mehr im Honorar. Der Patient schliesslich erhält keine Arztrechnung mehr – der Mehrwert, den er für seinen gewählten Chirurgen bezahlt, ist nicht mehr separat ausgewiesen, prüfbar oder auditierbar.

Ein Vertreter der Belegärzteschaft brachte die Folge früh auf den Punkt: Die freie Arztwahl werde verwässert, weil die Klinik zur alleinigen Vertragspartei werde und mitbestimmen könne, welcher Arzt eine Leistung erbringe; die DRG-

Die aktuelle VVG-Diskussion

Schluss mit Verwässern – pflegen und ständig verbessern

Zusatzversicherte – namentlich stationäre Privatpatientinnen und -patienten – leisten einen wichtigen finanziellen Beitrag und sichern auf diese Weise die Stabilität der Kranken- und Unfallversicherung. Das ist ebenso bedeutsam für ihre Behandelnden, Belegärzte, Chef- und Leitende Ärzte in unseren Spitälern. Sie stehen aufgrund ihrer besonderen Aus- und Weiterbildung und ihrer Erfahrung für eine ausgeprägte Kompetenz und Qualität, für die freie Arztwahl und das individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis. Dieses ist im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) geregelt und basiert auf einem liberalen, persönlichen Vertrauensverhältnis der Partner. Die ebenfalls beteiligten Zusatzversicherer sind dabei Intermediäre, die mit möglichst kreativen Versicherungsprodukten für attraktive Angebote sorgen sowie für ein zuverlässiges Abgelten der Leistungen, die aus dem persönlichen Arzt-Patienten-Verhältnis resultieren. Für Korrektheit und faire Prämien soll schliesslich die Finanzmarktaufsicht FINMA sorgen.

So weit, so gut. Aktuell ist allerdings immer mehr festzustellen, dass die FINMA als Regulatorin primär das Zusammenspiel zwischen Zusatzversicherern und Leistungserbringern im Auge hat, und bei Letzteren hauptsächlich die Kliniken und weitaus weniger die einzelnen Ärzte. Daraus entsteht die Gefahr, dass das ursprünglich angedachte Vertrags- und Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient verwässert wird. Das ist schade und droht, auch die Basis des wichtigen Qualitätswettbewerbs unter den MedizinerInnen selbst zu belasten. Last, but not least gilt es hervorzuheben, dass gerade im Privatpatienten-Bereich ein ideales Feld besteht, besonders innovative ärztliche Mehrleistungen zu initiieren und zu erbringen, wovon in einem zweiten Schritt auch Grundversicherte profitieren. Alle täten gut daran, diesen Aspekt im Sinne der Nachhaltigkeit gebührend zu fördern.

Deshalb eröffnen wir im heutigen «clinicum» gerne eine Rubrik zur breiten VVG-Thematik. Sie wird in regelmässigen Abständen erscheinen. Darin lassen wir erfahrene Stimmen zu Worte kommen, welche spannende Beiträge zur wichtigen und dringend nötigen Diskussion beisteuern. – Weiterführende Reaktionen und Ideen sind willkommen – viel Freude bei der Lektüre!

Dr. Hans Balmer, Verleger



Fallpauschalen enthielten keine ärztliche Komponente, und ein darauf gebautes Vergütungssystem sei «überhaupt nicht transparenter». Mittelfristig, so die Warnung, zerstöre dies das Zusatzversicherungssystem. Man muss dieser Prognose nicht folgen, um zu sehen, dass sie einen realen strukturellen Kern trifft.

Zweitens die Capitation und der Anreiz zur Unterversorgung: Das Réseau de l'Arc, 2022 von Swiss Medical Network, Visana und dem Kanton Bern gegründet, ist die erste Schweizer VVG-Vollpauschale nach Kopfprämie: Ein fixes Jahresbudget pro Versicherten wird der Organisation zugewiesen; alle Leistungserbringer arbeiten innerhalb vordefinierter Budgetgrenzen. Man betrachte beispielsweise einen 62-jährigen Privatpatienten mit symptomatischer Leistenhernie: Im klassischen System wählt er den Chirurgen mit dem besten Ruf, der ein direktes Interesse hat, effizient und gut zu operieren. Unter der Vollpauschale wird dieselbe Behandlung aus einem Budget finanziert, das alle Mitglieder teilen – jede zusätzliche Operation schmälert, was im Budget verbleibt. Der Arzt steht damit vor einem strukturellen Anreiz, konservativ zu behandeln, aufzuschieben statt zu operieren. Das ist kein Vorwurf an den einzelnen Arzt, sondern eine eingebaute ökonomische Logik. Ob die interne Governance ein hinreichender Ersatz für den externen Reputationswettbewerb ist, ist eine offene empirische Frage – und für die elektive chirurgische Zusatzversicherung, in der Arztwahl der Kern des Produkts ist, ist die Antwort keineswegs selbstverständlich.



Prof. Dr. med. Hans U. Baer

ist Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie und Gründer von Baermed, Zentrum für Bauchchirurgie in Zürich (heute Baermed Tissue Engineering AG in Freienbach). In einer langjährigen klinischen und akademischen Laufbahn hat er die ärztliche Leistung von innen kennengelernt; zugleich befasst er sich seit Jahren mit ihrer Abbildung im Tarif – mit der Kalkulation ärztlicher Mehrleistungen und der Regulierung der Krankenzusatzversicherung. Er hält einen Master of Applied Ethics (MAE) der Universität Zürich. Diese Verbindung von Chirurgie, Ökonomie und Ethik prägt seinen Beitrag: die Diagnose eines strukturellen Problems, verbunden mit einer konstruktiven Alternative. Die Zusammenhänge entwickelt er ausführlich im Buch «Der verschwundene Arzt» (in Vorbereitung).

Drittens die oligopolistische Konzentration: Wenn zwei bis drei Spitalkonzerne direkt mit den grossen Zusatzversicherern – CSS, Helsana, Sanitas, Groupe Mutuel, SWICA – kontrahieren und die Belegärzte als wirtschaftlich abhängige Leistungserbringer innerhalb dieser Verträge agieren, entsteht ein strukturell oligopolistisches Tarifsystem. Der Preis wird nicht mehr im Qualitätswettbewerb gebildet, sondern in bilateralen Verhandlungen zwischen grossen Gegenparteien. Der einzelne Arzt hat kein Verhandlungsgewicht mehr; seine Leistung hat keinen eigenen Marktpreis. Und der Patient kann das Verhältnis zwischen bezahlter Prämie und erhaltenem medizinischem Wert nicht mehr beurteilen – der Beitrag des Arztes ist in einer gebündelten Klinikrechnung unsichtbar.

Kein Schweizer Sonderfall

Der Vorgang ist keine schweizerische Eigenheit, sondern ein strukturelles Muster, das die vergleichende Gesundheitssystemforschung wiederholt beschrieben hat. In England verwässerte die Bündelung ärztlicher Einkaufsmacht in grössere Einheiten nach den NHS-Reformen die Fähigkeit des einzelnen Arztes, qualitätssensibel im Interesse seiner Patienten zu kontrahieren. In den Niederlanden entzog die nach 2006 eingeführte regulierte Konkurrenz die individuelle Facharztleistung zunehmend der Preisbildung, weil die Versicherer breite Netzverträge mit Spitalgruppen bevorzugten. Und Deutschlands DRG-System, ausdrücklich zur Erhöhung der Abrechnungstransparenz eingeführt, verschob die therapeutische Komplexität systematisch aus der finanziellen Zurechenbarkeit: Nicht mehr die individuelle chirurgische Expertise, sondern die diagnostische Klassifikation bestimmte den Erlös. Überall dieselbe Logik: Transparenzregeln, die an der Schnittstelle zu grossen institutionellen Akteuren ansetzen, lösen die Opazität dort – und verschieben weg von der Schnittstelle zwischen den Individuen, zwischen Arzt und Patient, wo sie nun der Kontrolle entzogen ist. Der Schweizer Fall ist analytisch nur deshalb besonders scharf, weil die Verdrängung hier in einem Marktsegment geschieht, das dem individuellen Arzt-Patienten-Verhältnis ausdrücklich gewidmet ist.

Das Transparenz-Paradox

Damit steht die Reform auf dem Kopf. Die FINMA-Intervention sollte Transparenz für die Patienten schaffen. Fünf Jahre später ist der Schweizer VVG-Markt am Arzt-Patienten-Interface strukturell undurchsichtiger als zuvor – während er am Spital-Versicherer-Interface transparenter wurde. Und dort werden institutionelle Interessen bedient, nicht Patienteninteressen. Die Intransparenz ist nicht verschwunden; sie ist an jene Schnittstelle gewandert, an der die Zusatzversicherung eigentlich Schutz verspricht, und wo sie nun der aufsichtsrechtlichen Kontrolle entzogen ist. Bezeichnend ist, dass gerade jene Daten, mit denen sich der Erfolg der Reform



überprüfen liesse – arztbezogene Qualitäts- und Ergebnisdaten –, öffentlich nicht verfügbar sind. Das ist kein Zufall, sondern Folge derselben Lücke: Die Transparenzpflichten wurden für die institutionelle Fakturierung gebaut, nicht für die ärztliche Ebene.

Der Taxpunkte-Deckel im ambulanten Tarif fügt sich als jüngstes Beispiel derselben Logik ein. Auch er begrenzt nach einem Aggregat statt nach dem Einzelfall – der Tag wird zur Recheneinheit, und was der einzelne Patient tatsächlich benötigte, verschwindet hinter der Grenze. Was in der Zusatzversicherung leise geschah, geschieht im ambulanten Grundversicherungstarif nun offen und für die ganze Ärzteschaft sichtbar.

Wie es besser ginge: die Zerlegung

Der Ausweg liegt nicht in der Rückkehr zur alten Einzelrechnung mit ihren Missständen, sondern in einer anderen Recheneinheit. Statt die Behandlung zu einem Fixpreis zu bündeln, lässt sie sich in ihre tatsächlich erbrachten Bestandteile zerlegen – und die Rechnung folgt dem Operationsbericht, Position für Position. Das ist keine technische Spitzfindigkeit, sondern eine Umkehr der Blickrichtung: Die Pauschale fragt, in welche Kategorie ein Fall gehört; die Zerlegung fragt, was am einzelnen Patienten getan wurde.

Ein Beispiel aus dem Bauchraum macht den Unterschied greifbar. Zwei Patienten erhalten dieselbe Gallenblasenoperation. Beim einen ist der Eingriff nach dreissig Minuten beendet. Beim anderen finden sich ausgedehnte Verwachsungen aus einer früheren Operation; die Lösung dieser Verwachsungen dauert eine zusätzliche Stunde, bevor die eigentliche Entfernung überhaupt beginnen kann. Eine Pauschale bewertet beide Eingriffe gleich – die Verwachsungslösung ist «inklusive», ob sie fünf Minuten oder eine Stunde beanspruchte. Der Aufwand des zweiten Falls verschwindet; der erste Fall wird tendenziell überzahlt, der zweite unterzahlt. Eine zerlegende Vergütung dagegen weist die Verwachsungslösung als eigene, im Operationsbericht mit Zeitangabe belegte Position aus – nur dann, wenn sie tatsächlich erbracht wurde. Der erste Patient kostet den Versicherer weniger, der zweite Arzt erhält, was er geleistet hat.

Damit löst dieselbe Logik beide Seiten des Problems zugleich. Der Versicherer zahlt nie für Bestandteile, die nicht erbracht wurden; der Arzt wird für den realen Aufwand fair vergütet; und der Patient sieht auf seiner Rechnung, wofür er bezahlt. Weil jede Position dem Operationsbericht folgen muss, ist die Abrechnung nicht mehr eine Black Box, sondern prüfbar – Zeile für Zeile gegen das Dokumentierte. Genau jene «Transparenz», welche die Reform versprochen und an der institutionellen Fakturierung verfehlt hat, entsteht hier dort, wo sie gebraucht wird: an der Schnittstelle zwischen Arzt und Patient. Das Prinzip ist nicht utopisch; es verlangt nur, das Was und das Wie viel der Leistung wieder sichtbar zu machen, statt sie in einem Durchschnitt untergehen zu lassen.

Was echte Transparenz verlangt

Die Diagnose führt zu einer präzisen Forderung – und zu keiner Rückabwicklung. Für die koordinierte Versorgung chronisch kranker, multimorbider Patienten haben integrierte Modelle echte strukturelle Vorteile; dort ist Koordination wichtiger als die Wahl des einzelnen Operateurs. Die Kritik ist spezifisch: Für die elektive chirurgische Zusatzversicherung, in der therapeuti-

Ein Beispiel aus dem Bauchraum

Zwei Patienten, dieselbe Gallenblasenoperation — und ein sehr verschiedener Aufwand.

Patient A

Elektiver Eingriff, **30 Minuten**.
Kein zusätzlicher Aufwand.

Patient B

Ausgedehnte Verwachsungen aus einer Voroperation.
Eine zusätzliche Stunde Verwachsungslösung, bevor die Entfernung beginnt.

Die Pauschale bewertet beide gleich — die Verwachsungslösung ist „inklusive“.
Der Aufwand von B verschwindet; A wird tendenziell überzahlt, B unterzahlt.



sche Komplexität hoch und die Arztwahl die zentrale Patientenpräferenz ist, sind DRG-Bündelung und Vollpauschale strukturell unpassend. Die Reform hat die institutionelle Logik der einen Versorgungsform auf den Kontext der anderen angewandt.

Echte Transparenz für den Patienten verlangt, minimal, einen definierten Satz von Angaben auf jeder Zusatzrechnung: den für die verrechnete Leistung verantwortlichen Arzt; die arztspezifische VVG-Komponente des Betrags und deren Herleitung; die tatsächlich erbrachte Zusatzleistung; und den Nachweis, dass der Arzt ein eigenständiges wirtschaftliches Risiko trägt. Keine dieser Angaben ist unter den heutigen Modellen gesichert. Sie zu benennen, ist die Bedingung dafür, dass die Reform ihr erklärtes Transparenzziel an jener Schnittstelle erreicht, an der Patientenschutz tatsächlich wirkt.

Denn die Zusatzversicherung wird genau deshalb abgeschlossen, um Zugang zur individuellen Arztbeziehung zu erhalten. Der Widerspruch zwischen dem Versprechen des Produkts und der strukturellen Folge der Reform ist deshalb ungewöhnlich scharf – und ungewöhnlich gut belegt. Die Reform bleibt unvollständig, solange sie sich nicht auf den Vertrag erstreckt, den sie bisher ausgespart hat. Der Behandlungsvertrag ist nicht abgeschafft worden. Er ist verschwunden – und mit ihm die Sichtbarkeit dessen, wofür der privat versicherte Patient bezahlt.

Der Autor: Prof. Dr. med. Hans U. Baer

Verein Suchtfachkliniken Schweiz

forel klinik | klinik im hasel | südhang



NEURODIVERGENZ UND SUCHT –

VIELFALT, BELASTUNG, TEILHABE

SUCHTFACHTAGUNG:
DO., 5.11.2026
Careum Auditorium, Zürich

TICKETS:
mensch-sucht-leben.ch

Danke unseren Sponsoren: DATADYNAMIC Part of collana IT | Takeda | camurus.

Supporter: FOSUMNW | Sonic Suisse