

Spitäler unter Druck – wer zahlt, wenn in Zusatzversicherungen Tarifverträge fehlen?

Bei vertragslosem Zustand schränken Versicherer Leistungen in der Zusatzversicherung zunehmend ein – zu Recht? Ein Gerichtsurteil gibt Aufschluss.

Gastbeitrag von Monique Sturny und Tamara Zeiter , 5. Juni 2026 um 10:59



Monique Sturny (links) und Tamara Zeiter

Ein aktueller Fall aus Genf bringt Bewegung in die Diskussion. Ein Patient zog vor Gericht, nachdem seine Zusatzversicherung die Kosten für zwei Operationen nur teilweise übernehmen wollte. Die Begründung des

Versicherers: Es fehlten Tarifvereinbarungen mit den behandelnden Belegärzten, welche den Vorstellungen der FINMA entsprechen.

Ein erstinstanzliches Urteil aus dem Kanton Genf ([s. informelle deutschsprachige Übersetzung hier](#)) beleuchtet nun, unter welchen Voraussetzungen Versicherer berechtigt sind, Leistungen in der Zusatzversicherung auf bestimmte Tarife auf Basis von Kalkulationshilfen anerkannter Leistungsabrechnungssysteme zu beschränken.

1. Die Rolle der FINMA

Mit einer [Medienmitteilung](#) vom 17. Dezember 2020 machte die FINMA deutlich, dass sie im Zusatzversicherungsbereich Handlungsbedarf sieht. Vor-Ort-Kontrollen hätten gezeigt, dass Rechnungen von Ärzten und Spitälern oft intransparent, schwer nachvollziehbar und teilweise überhöht seien.

Die FINMA fordert seither ein konsequenteres Controlling durch die Versicherer. Verträge mit Leistungserbringern sollen überprüft und wo nötig angepasst werden.

Konkret verlangt die FINMA, dass medizinische Leistungen nur dann vergütet werden dürfen, wenn es sich um:

1. **Echte ärztliche Mehr- bzw. Zusatzleistungen** handelt,
2. die **transparent** ausgewiesen sowie **klar** von den in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OPK) definierten Fallkostenpauschalen **abgrenzbar** sind und
3. insgesamt **angemessen** erscheinen.

Als Reaktion lancierte der Schweizerische Versicherungsverband (SVV) im Juni 2021 sein [Branchen-Framework «Mehrleistungen VVG»](#): Ein

Massnahmenkonzept der Zusatzversicherer mit 11 Grundsätzen, um die von der FINMA geforderte Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu erhöhen. Am 18. Dezember 2024 doppelte der SVV in seiner **Medienmitteilung** nach. Mehr- und Zusatzleistungen ohne entsprechende FINMA-konforme Tarifvereinbarungen würden ab Januar 2025 nur noch eingeschränkt vergütet werden, warnte der SVV.

Doch die Umsetzung soll harzen: Noch im Januar 2025 behauptete die FINMA in einer **Medienmitteilung**, dass zahlreiche Verträge weiterhin nicht den aufsichtsrechtlichen Anforderungen entsprechen.

2. Der Fall vor Gericht

(a) Ausgangslage und Argumente der Parteien

Im konkreten Fall verfügte der Patient neben der Grundversicherung über eine halbprivate Spitaldeckung. Für zwei geplante Operationen in einer Genfer Klinik wurden Kostengutsprachen für die geplanten medizinischen Leistungen eingeholt. Der Versicherer übernahm die Spitalleistungen vollständig, begrenzte jedoch die Honorare für die ärztlichen Leistungen auf bestimmte Höchstbeträge.

Der Versicherer begründete diesen Entscheid damit, dass keine den FINMA-Anforderungen entsprechende Tarifvereinbarung mit den behandelnden Ärzten bestehe. Es könnten nur «wirtschaftlich angemessene» Honorare berücksichtigt werden. Zusätzlich stützte sich der Versicherer auf seine Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und seine Zusatzbedingungen (ZB) sowie auf die «aufsichtsrechtlichen Vorgaben» der FINMA.

Offenbar hätten Vor-Ort-Kontrollen der FINMA beim Versicherer ergeben, dass die bestehenden Tarifverträge mit der Genfer Klinik und den behandelnden Ärzten nach Meinung der FINMA unzureichend waren. Die Mehrleistung werde nicht auf transparente und überprüfbare Weise

ausgewiesen. Eine Abgrenzung vom OKP-Honorar sei damit nicht möglich. Aus diesem Grund setzte der Versicherer die halbprivate und private Abteilung der Genfer Klinik ab Februar 2025 auf eine Ausschlussliste. Für die ärztlichen Leistungen wurde in der Folge nach Abzug des OKP-Anteils und auf Basis einer versicherungsseitigen Bewertung der Mehrleistungen nur noch ein von der Versicherung einseitig festgelegter, reduzierter Betrag vergütet.

Der Patient wehrte sich und verlangte die vollständige Übernahme der Kosten und argumentierte, dass die Einschränkungen weder klar kommuniziert noch vertraglich ausreichend begründet worden seien.

(b) Rechtliche Würdigung durch das Gericht

Vorab stellte das Gericht fest, dass der Versicherer den Patienten zu spät über die relevanten Änderungen informiert hatte – insbesondere über die überarbeitete Ausschlussliste sowie über die neuen regulatorischen Rahmenbedingungen.

In einem zweiten Schritt prüfte das Gericht, ob die Leistungseinschränkungen vertraglich begründet werden können. Die massgeblichen Klauseln der AVB und der ZB des Versicherers sahen im vorliegenden Fall vor, dass:

- Eine Kostenübernahme nur im Rahmen **anerkannter Tarife** erfolgt und
- der Versicherer **für Mehrleistungen ohne Tarifvertrag Leistungshöchstgrenzen definieren kann.**

Diese Praxis ist durch die höchstrichterliche Rechtsprechung des Bundesgerichts abgestützt, wonach Versicherer die Kostenübernahme von stationären Leistungen an bestehende Tarifvereinbarungen knüpfen dürfen. Fehlen solche, können sie eigene Höchstattarife definieren.

Das Genfer Gericht folgte dieser Linie. Es hielt fest, dass Versicherer nur zur Vergütung jener Tarife verpflichtet sind, die sie einseitig anerkennen. Fehlt es an einer vertraglich vereinbarten Tarifstruktur (wie beispielsweise das im Urteil referenzierte, mit den FINMA-Anforderungen konforme Kalkulationshilfesystem «Medicalculis»), dürfen Versicherer die Leistung einseitig bewerten und entsprechend vergüten.

Im konkreten Fall kam das Gericht bei diesem Punkt zum Schluss, dass die Begrenzung der Kostenübernahme zulässig war. Der versicherte Patient sei vor den Eingriffen anlässlich der Kostengutsprache über die Einschränkungen informiert worden und habe die entsprechenden Vertragsbedingungen akzeptiert.

3. Spitäler und Ärzte auf tragfähige Lösungen angewiesen

Fehlen Tarifvereinbarungen zwischen Versicherern, Ärzten und Spitälern, können Versicherer auf die eigene Bewertung der Mehrleistungen zurückgreifen, sofern dies vertraglich vorgesehen ist.

Damit verschiebt sich das finanzielle Risiko zunehmend. Während der regulatorische Druck der FINMA auf die Versicherer steigt, geraten auch Ärzte und Spitäler unter Zugzwang. Ohne vertraglich vereinbarte Tarifstrukturen droht, dass Teile der Spital- und Arzthonorare nicht mehr gedeckt sind. Offen ist, ob sie letztlich von den Patienten getragen werden müssen.

Spitäler sowie Ärztinnen und Ärzte stehen deshalb in einem strukturellen Abhängigkeitsverhältnis gegenüber den Krankenzusatzversicherern. Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung kartellrechtlicher Grundsätze tragen die Versicherer eine besondere Verantwortung, gemeinsam mit den Leistungserbringern ausgewogene, tragfähige und wirtschaftlich angemessene Vergütungsmodelle zu entwickeln und zu vereinbaren. Dabei gilt der Grundsatz der Vertragsfreiheit. In diesem

Zusammenhang beschränkt sich die aufsichtsrechtliche Zuständigkeit der FINMA auf die Verhinderung von Missbräuchen zulasten der Versicherten. Es besteht weder Raum für übermässige aufsichtsrechtliche Anforderungen noch für einseitige Leistungskürzungen oder -verweigerungen seitens der Versicherer. Zumal diese immer zulasten des freien Leistungsbezugs der Patientinnen und Patienten gehen.

4. Ausblick

Der Bedarf an transparenten und anerkannten Vergütungsmodellen im Zusatzversicherungsbereich wächst. Intransparente Rechnungen für nicht ausgewiesene Mehrleistungen und ohne nachvollziehbare Beschreibung von OKP- und VVG-Leistungen gehören der Vergangenheit an. Gefragt sind stattdessen Kalkulationshilfen, die ärztliche Mehrleistungen nachvollziehbar und datenbasiert bewerten.

Für Versicherer, Ärzte und Spitäler bieten solche Instrumente eine Chance: Sie schaffen Klarheit und erhöhen die Rechtssicherheit bei der Vergütung von Leistungen in der Zusatzversicherung.

Die Autorinnen:

Monique Sturny ist Partnerin bei der schweizweit tätigen Anwaltskanzlei Walder Wyss. Sie berät Klienten in allen Aspekten des Kartellrechts sowie im Bereich des Vertrags- und Vertriebsrechts. Sie unterstützt Klienten bei Vertragsverhandlungen und vertritt sie in Gerichtsverfahren und vor Verwaltungsbehörden. Ein besonderer Schwerpunkt ihrer Tätigkeit liegt dabei im Healthcare- und Life Sciences-Sektor.

Tamara Zeiter ist Rechtsanwältin bei der schweizweit tätigen Anwaltskanzlei Walder Wyss mit Schwerpunkt im

Wirtschaftsverwaltungsrecht, insbesondere in den Bereichen Life Science-, Gesundheits- und Kartellrecht. Ihr Fokus liegt in der Beratung zu regulatorischen Fragestellungen auf diesen Gebieten sowie in der Vertretung von Klientinnen in Gerichtsverfahren und vor Verwaltungsbehörden.

Der «Rechtsfall der Woche» ist ein Partner-Inhalt von Walder Wyss.

Eine dynamische Präsenz im Markt – [Walder Wyss](#) gehört mit mehr als 300 juristischen Experten und Expertinnen an sechs Standorten in allen Sprachregionen zu den führenden Schweizer Kanzleien für Wirtschaftsrecht. Kontinuierliches Wachstum, Kollegialität, Teamarbeit und Leistungswille haben bei Walder Wyss einen hohen Stellenwert – über alle Bereiche und Funktionen hinweg.

RECHT

TARIFE

ZUSATZVERSICHERUNGEN

WALDER WYSS

ARTIKEL TEILEN



KOMMENTAR

0 Kommentare 1 ONLINE

EINLOGGEN

Einloggen um zu Kommentieren