

# Die Zukunft der Krankenzusatzversicherung in der Schweiz

CEO Note

## Schafft die Branche den Spagat zwischen sozialer Grund- und privater Zusatzversicherung?

Januar 2021

**Die traditionellen Produktangebote der privaten Krankenversicherer passen immer weniger zu Kundenbedürfnissen und Marktumfeld, doch Innovation ist in der Krankenzusatzversicherung kaum zu erkennen. Die Krankenversicherer verändern zwar ihr Geschäftsmodell und ihr Produktangebot, legen den Fokus jedoch häufig fast ausschliesslich auf die Grundversicherung. Um langfristig attraktiv zu sein, muss die Krankenzusatzversicherung dringend reformiert werden: durch einen strategischen Fokus und neue, kundenzentrierte Produkte, die auf den Grundsätzen der Privatversicherung aufbauen.**

### **Die private Krankenzusatzversicherung ist immer weniger attraktiv.**

Besonders im Bereich der traditionell erfolgreichen Spitalzusatzversicherung stagniert das Wachstum. Mit durchschnittlich 1,4% Bruttoprämienwachstum<sup>1</sup> pro Jahr war es zwischen 2009 und 2019 zwar höher als bei Sach- und Unfallversicherungen (1,1%)<sup>2</sup>. Ein Blick auf die Entwicklung der Anzahl Versicherten über den gleichen Zeitraum (Darstellung 1) zeigt jedoch, dass es weitgehend durch Prämien erhöhungen und neue, flexible Spitalzusatzversicherungsmodelle, die sich auf Kosten der stagnierenden oder gar schrumpfenden Privat- und Halbprivatversicherungen durchsetzen, getrieben wurde. Damit findet innerhalb der Spitalzusatzversicherungen ein «Downgrading» hin zu flexibleren Deckungen statt. Ambulante Krankenzusatzversicherungen verzeichnen im gleichen Zeitraum mit durchschnittlich 2,7%<sup>3</sup> pro Jahr ein stärkeres Wachstum und erfreuen sich demnach grösserer Beliebtheit als ihr stationäres Pendant. Das kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die private Krankenzusatzversicherung insgesamt an Bedeutung verliert. Der Anteil an Selbstzahlungen (ausserhalb der gesetzlichen Kostenbeteiligung) ist stark gestiegen im Vergleich zu Leistungen der Krankenzusatzversicherungen (durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von 3,3% zwischen 2009 und 2018 bei Selbstzahlungen, 0,2% bei Privatversicherungen<sup>4</sup>).

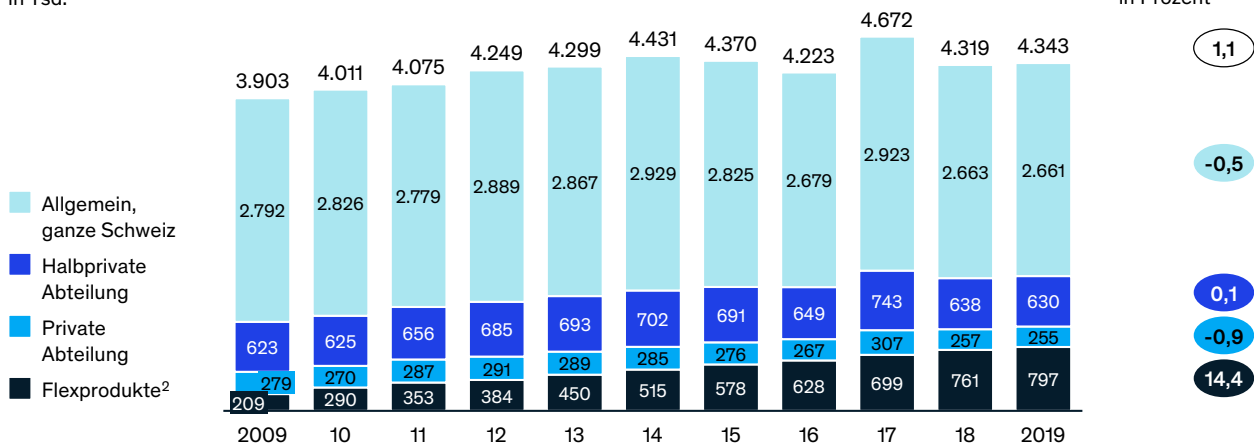
<sup>1,3</sup> FINMA, Versicherer-Report, Bruttoprämien, 2009 - 19

<sup>2</sup> McKinsey Global Insurance Pools, 2019 gemäss Hochrechnung SVV

<sup>4</sup> Bundesamt für Statistik, Kosten des Gesundheitswesens nach Finanzierungsregime

## Stagnation und «Downgrading» in den Spitalzusatzversicherungen

Versicherte Personen nach Art der Spitalzusatzversicherung<sup>1</sup>  
in Tsd.



<sup>1</sup> Ohne Krankenzusatzversicherung bei Privatversicherern

<sup>2</sup> Beinhaltet Produkte mit Wahlfreiheit von Fall zu Fall bei jeder Hospitalisierung (z.B. Wahl Spitalabteilung)

Quelle: BAG

### Eine konsequente Berücksichtigung von Kundenbedürfnissen kann die Zusatzversicherung auf einen Wachstumspfad zurückführen.

Die angebotenen Produkte im Bereich der Heilungskostenversicherung für Private sind nicht mehr zeitgemäss und können die Bedürfnisse der Kunden nach bezahlbaren, echten Mehrleistungen nicht befriedigen. Zudem sind der Bau von ausschliesslich Einzelzimmern in den Spitälern, die schleichende Angleichung von Grund- und Zusatzversicherung und die aktuelle Diskussion über die Governance von Chefärztinnen und Chefärzten für die Zusatzversicherungsprodukte nicht förderlich. Vier Bedürfnisse sind im Kontext von Produktinnovationen besonders relevant:

*Echter Mehrwert im Vergleich zur Grundversicherung.* Insbesondere in der stationären Zusatzversicherung gleicht sich das Angebot der Grundversicherung den Leistungen der Zusatzversicherung immer stärker an, da beispielsweise öffentliche Spitäler ihre Standards – finanziert durch die Grundversicherung – weiter ausbauen und manche Versicherer die freie Arzt- und Spitalwahl bei Zusatzversicherungen einschränken (z.B. via Listenspitäler). Zudem werden Eingriffe häufiger ambulant durchgeführt und sind somit durch traditionelle Spitalversicherungen nicht mehr gedeckt. Einzelne Versicherer experimentieren mit neuen Produkten für ambulante Leistungen, doch der Tarifschutz gemäss Krankenversicherungsgesetz erschwert die Erstattung ambulanter Mehrleistungen über Zusatzversicherungen. Eine Erneuerung des Angebots an ambulanten Produkten mit Fokus auf echte Mehrleistungen, besseren Zugang, bessere Infrastrukturleistungen oder höhere Servicelevels – in Zusammenarbeit zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern – findet bis jetzt nicht ausreichend statt.

*Bezahlbare Prämien im Alter.* Bei den klassischen Spitalzusatzversicherungen zeigt sich mit zunehmendem Alter der Versicherten ein hoher Prämienanstieg. Die Produkte werden bei allen Versicherern über eine Effektivalterfinanzierung bezahlt; Versicherte decken so mit ihren Prämien das jeweilige Erkrankungsrisiko ihrer Altersgruppe ab. Beispielsweise erwartet Personen mit einer privaten Spitalzusatzversicherung im Alter von 70 Jahren eine Prämienhöhung von bis zu 500% im Vergleich zu dem Beitrag, den sie mit 25 Jahren eingezahlt haben – was den Versicherten häufig nicht bewusst ist. Da Personen ab 55 Jahren von den meisten Versicherern für Krankenzusatzversicherungen nicht mehr akzeptiert werden (weil u.a. bereits angesparte Reserven bei einem Wechsel nicht transferiert werden könnten), führt dieses Finanzierungsmodell zu einem «Geiseleffekt»: Entweder die Versicherten bleiben und zahlen die steigenden Prämien oder sie kündigen und verlieren die bisherige Deckung.

*Zugang für breite Kundensegmente.* Neben Personen im fortgeschrittenen Alter wird oft auch Menschen mit gesundheitlichen Vorbelastungen der Vertragsabschluss verweigert; dabei würden gerade sie von einer echten Risikoversicherung profitieren. Dieser Konflikt könnte im Interesse grösserer Kundensegmente flexibler gelöst werden durch eine adäquate, auf verfeinerte Risikokategorien abgestimmte Preissetzung (d.h. risikogerechte Prämien statt Vorbehalte und Ablehnungen).

*Flexibler und simpler Vertragsabschluss.* Ein flexibles und personalisiertes Produktangebot wird erst ansatzweise getestet. Dazu gehören beispielsweise der vorübergehende «To go»-Abschluss einer Zusatzversicherung (gegen Aufpreis), individuelles Underwriting oder individuelle Preissetzung, z.B. anhand von Bewegungsdaten aus Gesundheitsapps. Die mangelnde Flexibilität ist zum Teil bedingt durch die unsystematische, für Privatversicherungen undenkbare Produktstruktur der ambulanten Zusatzversicherungen. Diese decken oft keine klar abgegrenzten Risiken ab, sondern bieten verschiedene Leistungen, von denen einige nicht an den Eintritt eines Risikos gebunden sind (z.B. Fitness, Prävention, Wellness). Durch die fehlende Risikoorientierung kommt es zu adverser Selektion und Quersubventionierung, was eine personalisierte, auf Risiken abgestimmte Preissetzung verhindert. Dass Kunden diese Produktkombinationen trotzdem nachfragen, ist wohl auf die gedankliche Nähe der Zusatzversicherung zur Grundversicherung zurückzuführen. Der Solidaritätsgedanke ersetzt das privatrechtliche Versicherungsprinzip.

**Strukturelle Gründe hemmen die Innovationsbereitschaft in der Krankenzusatzversicherung; der Fokus auf privatversicherungsrechtliche Ansätze neben der Grundversicherung kann die Innovationskraft steigern.**

Innovationen im Krankenversicherungsmarkt waren bisher häufig auf die Grundversicherung beschränkt. Beispielsweise haben diverse Krankenversicherer ihre Portfolios um digital gestützte «Gesundheitsdienstleistungen» ergänzt, die sie ihren Kunden häufig kostenlos als Services zur Verfügung stellen. Manche testen auch alternative Versicherungsmodelle, welche die Wahlfreiheit für medizinische Leistungen einschränken, jedoch im Sinne des Kunden auch eine stärkere Orientierungshilfe für den Bezug medizinischer Leistungen bieten. Das Design der Zusatzversicherungsprodukte wirkt dagegen oft überholt. Der starke Kostendruck in der Grundversicherung und die damit einhergehenden politischen Vorstösse beanspruchen Managementkapazität und führen dazu, dass die Krankenzusatzversicherung im Vergleich zur Grundversicherung von manchen Akteuren wie ein Stiefkind behandelt wird. Das kann so weit gehen, dass mindestens indirekt aus der Zusatzversicherung die Grundversicherung alimentiert wird. Ein Beispiel dafür ist der Vertrieb, wo hohe Provisionen für den Abschluss kombinierter Grund- und Zusatzversicherungen mehrheitlich aus der Zusatzversicherung finanziert werden, was die unter regulatorischem Druck beschlossene neue Branchenvereinbarung der Krankenversicherer ab 1. Januar 2021 beschränkt. Diese strukturelle «Vernachlässigung» der Krankenzusatzversicherung ist zumindest teilweise durch die Marktstruktur erklärbar. Die grössten Anbieter der Krankenzusatzversicherung gehören alle zu den grössten Grundversicherern der Schweiz und mit AXA bietet nur ein grosser Privatversicherer die Krankenzusatzversicherung für Personen als Teil seines Mehrspartenangebots ohne Grundversicherung an. Die Krankenzusatzversicherung hat sich trotz einem Volumen von CHF 6.9 Mrd. bisher nicht als eigenständiger Privatversicherungszweig etabliert.

Das Verhalten der Regulierungsbehörden stärkt den privatversicherungsrechtlichen Aspekt, unterstützt aber die Innovation kaum. In der Tat unterstützt die FINMA seit Jahren durch Interventionen und Rundschreiben versicherungstechnisch nachhaltige Finanzierungsmethoden. Sie hat jedoch mit ihrer präventiven Produktaufsicht ein engmaschiges und komplexes regulatorisches Netz geschaffen, das Produktinnovationen in der Krankenzusatzversicherung erschwert. Gleichzeitig verlangt die FINMA von den Krankenzusatzversicherern immer deutlicher ein stärkeres Controlling in der Leistungsabrechnung bei stationären Zusatzversicherungen, um so die Thematik «zu hoher» oder intransparenter Arzt- und Spitalrechnungen anzugehen. Damit bindet sie bei den Krankenzusatzversicherern zusätzliche Managementkapazität und bringt diese noch stärker in eine aus der Grundversicherung bekannte «Kontrollfunktion» gegenüber Leistungserbringern, die eine auf gemeinsame Produktinnovation angelegte Zusammenarbeit erschwert. Die regulatorischen Vorgaben sind zwar als Schutzmechanismen für Versicherte gedacht, bewirken aber in der Praxis, dass sich Produktangebote der Versicherer nur evolutionär verändern und die Schranken für Produktinnovationen – auch zum Wohl der bestehenden Versicherten – hoch sind.

**Die privaten Krankenversicherer haben es gemeinsam mit den Leistungserbringern in der Hand, ein nachhaltiges, auf Kundenbedürfnisse zugeschnittenes Angebot im Bereich der privaten Medizin zu schaffen.**

Angesichts der Hürden und des zunehmenden Drucks auf private medizinische Leistungserbringer sind zwei Szenarien denkbar: Entweder es gelingt, das Angebot an Krankenzusatzversicherungen zusammen mit privaten Leistungserbringern zu erneuern, nachhaltig zu modernisieren und an Kundenbedürfnisse anzupassen, oder die Krankenzusatzversicherung wird über die Zeit geschwächt und auf eine Nebenrolle reduziert, die zur Grundversicherung weder eine Ergänzung noch eine Alternative bietet. Um dies zu verhindern, ist eine umfassende Modernisierung unumgänglich.

Zunächst müssen die Schweizer Krankenversicherer zwei grundsätzliche Fragen beantworten:

- 1. Strategische Bedeutung der Krankenzusatzversicherung.** Stellt die Zusatzversicherung neben der Grundversicherung ein eigenständiges und in Zukunft wichtiges Geschäftsfeld dar oder ist sie reiner «Zusatz» zur Grundversicherung? Nach wie vor scheint die Anzahl der Grundversicherten – auch für Krankenversicherer mit einem grossen Zusatzversicherungsportfolio – der entscheidende Erfolgsindikator zu sein. Dieser wird auf Kosten des Erfolgs und Mehrwerts der Krankenzusatzversicherung priorisiert.
- 2. Voraussetzungen zur Modernisierung des Zusatzversicherungsangebots.** Falls die strategische Bedeutung der Krankenzusatzversicherung bejaht wird, stellt sich die Frage, ob Krankenversicherer die Voraussetzungen für eine Modernisierung ihres Zusatzversicherungsangebots erfüllen. Dazu gehören Know-how und Fähigkeiten der bestehenden Organisation (z.B. im Bereich Versicherungsmathematik, Versicherungsrecht, Tarifierung und Produktdesign), eine passende Infrastruktur (z.B. IT) und am Erfolg der Krankenzusatzversicherung ausgerichtete Ziele der Organisation.

Nur wenn beide Fragen bejaht werden, kann das Zusatzversicherungsangebot im Hinblick auf ungedeckte Kundenbedürfnisse modernisiert und somit der Grundstein für einen nachhaltigen Erfolg der Krankenzusatzversicherung gelegt werden. Im Folgenden werden drei mögliche Innovationsansätze kurz vorgestellt:

*Kontrollierte Preisentwicklung und Flexibilität, inklusive Freizügigkeit.* Die im Laufe der Zeit stark steigende Prämien bei Spitalversicherungen sind nicht im Sinne der Kunden. In Anlehnung an die Prinzipien der Lebensversicherung könnte die Einführung eines individuellen Sparanteils bei den Prämien für Entlastung sorgen. Attraktiv wäre ein Sparanteil vor allem, wenn er für die Versicherten mit einer höheren Flexibilität einherginge und beispielsweise beim Wechsel des Versicherers mitgenommen werden könnte, analog zur Freizügigkeit in der zweiten Säule. Dies würde nicht nur das Problem der massiv steigenden Prämien adressieren, sondern auch aus Sicht der Versicherer die Anwerbung älterer Kunden attraktiv machen. Eine neue Marktdynamik mit gestärkter Rolle der Versicherten – aber auch der Zusatzversicherung – könnte sich entwickeln.

*Fokus auf schwere Gesundheitsrisiken.* Die Unterscheidung zwischen «ambulant» und «stationär» als Voraussetzung für eine Zusatzversicherung ist durch das politisch forcierte Prinzip «ambulant vor stationär» zunehmend obsolet. Eigentlich möchte der Versicherte eine Absicherung gegen schwere Krankheiten, egal ob ambulant oder stationär. Die Versicherer könnten deshalb eine Zusatzversicherung mit Fokus auf schwere Gesundheitsrisiken prüfen, die bei Eintritt eines solchen Risikos echte Mehrleistungen finanziert (z.B. freie Arztwahl unabhängig von der Art der Leistungserbringung, Zugang zu modernsten Technologien und Off-Label-Medikamenten, höhere Servicelevels).

*Kooperation mit/Teilintegration von privaten Leistungserbringern.* Besonders Erfolg versprechend könnte es sein, die Deckung schwerer Gesundheitsrisiken gemeinsam mit privaten Leistungserbringern zu entwickeln und anzubieten – in Analogie zu Netzwerken aus Versicherern und Leistungserbringern, wie sie im angelsächsischen Raum existieren. Eine engere Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Versicherern – bis hin zur Teilintegration – könnte, sofern Zielkonflikte berücksichtigt werden, ein gemeinsames Kostenmanagement bei gleichzeitiger Mehrleistung für Kunden vereinfachen.

Eine bewusste Rückbesinnung auf die strategische Bedeutung der Zusatzversicherungen erfordert auch ein anderes Stakeholdermanagement. Manche Innovations- und Denkansätze werden nur dann erfolgreich sein, wenn diverse Akteure ihr Verhalten anpassen – inklusive der Regulierungsbehörden. Auch in diesem Punkt sollten sich die Krankenversicherer auf ihre Rolle als Gestalter und Wegweiser im System der privaten Krankenversicherung besinnen, um das Marktumfeld proaktiv und gemeinsam mit den Marktakteuren und Aufsichtsgremien zum Wohl der Versicherten zu gestalten.

---

#### Über die Autoren

**Marion Hämmerli** ist Associate Partner, **Sirus Ramezani** ist Senior Partner und **Stephan Binder** ist Senior Partner im Schweizer Büro von McKinsey.