

McKinsey
& Company

Gesundheitskosten: drei Chancen für Schweizer Krankenversicherer und Patienten



Das Wichtigste in Kürze

Die Obligatorische Krankenversicherung (OKP) der Schweiz steht unter Druck. Prämien und Gesamtausgaben sind höher denn je, zudem sind die Reserven der Versicherer auf den Stand von 2017 zurückgefallen. Aufgrund der Entwicklung massgeblicher Kostenfaktoren im Gesundheitswesen ist längerfristig ein weiterer struktureller Prämienanstieg zu erwarten.

Dies aber dürften der Schweizer Bevölkerung schwer zu vermitteln sein. Im Gegenteil: Die Menschen erwarten von allen massgeblichen Entscheidungsträgern und den Versicherern dringend neue Lösungen, die die Qualität des Gesundheitssystems verbessern und gleichzeitig den Kostendruck auf Privathaushalte reduzieren. Dieser Artikel präsentiert drei praktische und ambitionierte Ansätze, die genau das leisten.

Zwar wurden diese drei Hebel primär zur Stärkung der OKP definiert – jedoch sollten sie möglichst im Zusammenspiel zwischen Obligatorischer und Zusatz-Krankenversicherung umgesetzt werden. Sie bieten den Schweizer Krankenversicherern eine einzigartige Chance zu verhindern, dass Kosten und Prämien auf ein untragbares Niveau klettern – und gleichzeitig ihre künftige Rolle im Schweizer Gesundheitswesen aufzuwerten.

Steigende Prämien und Kosten erfordern Handeln

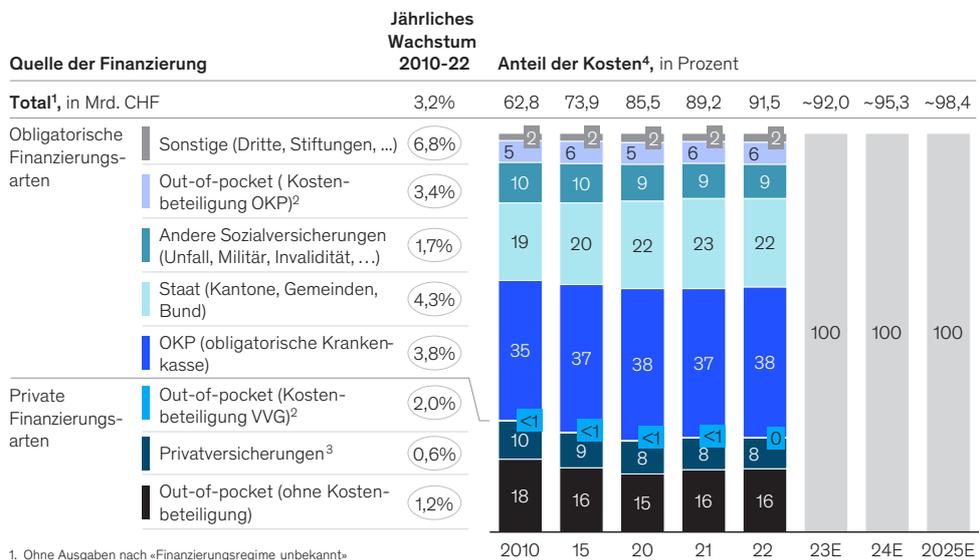
Das Gesundheitssystem der Schweiz gilt als vorbildlich. Es geht allerdings auch mit hohen Gesundheitsausgaben einher: 2022 betrug sie 11,3% des Schweizer Bruttoinlandsprodukts. Rund ein Drittel davon entfällt auf die Obligatorische Krankenversicherung (OKP). Seit 2010 sind die Gesundheitsausgaben um durchschnittlich gut 3% pro Jahr gestiegen (bei einem Bevölkerungsanstieg von ~1% und einer durchschnittlichen Inflation von <0,5%). Für 2024 prognostiziert das KOF der ETH Zürich einen 3,6% Anstieg.

Für die Privathaushalte bedeutet das aufgrund der stark steigenden Prämienkosten grossen und steigenden Kostendruck – aber auch Zugang zu einer immerbreiteren Palette von besseren medizinischen Leistungen. Die Krankenversicherungsprämien (OKP und VVG) machen heute im Schnitt rund 8% des Haushaltseinkommens aus, und dies trotz der staatlichen Prämienzuschüsse. Die mittlere Prämie in den verschiedenen Alterssegmenten hat sich zwischen 1996 und 2022 mehr als verdoppelt, ist 2023 um weitere 5,4% angestiegen und wird 2024 voraussichtlich um weitere 8,7% steigen. Die Kostenanstiege wären vorraussichtlich höher ausgefallen, hätten Versicherer nicht einen Teil ihrer Reserven zur Abfederung aufgewendet.

Nicht umsonst ist die Erschwinglichkeit der Krankenversicherung seit Jahren Gegenstand der öffentlichen Debatte. Auch die Nachhaltigkeit des Gesamtsystems wird in Frage gestellt; regelmässig werden Forderungen nach grundlegenden Veränderungen und Eingriffen laut. Die massgeblichen Akteure im Gesundheitssystem stehen also unter wachsendem Druck, wirksame Lösungen zu schaffen – immer unter der Prämisse, dass die hohe Qualität des Schweizer Gesundheitssystems erhalten bleibt.

Abbildung 1

Der Schweizer Gesundheitsmarkt ist ein 90-Milliarden-Markt, der in den letzten 12 Jahren durchschnittlich jährlich um 3,2% gewachsen ist



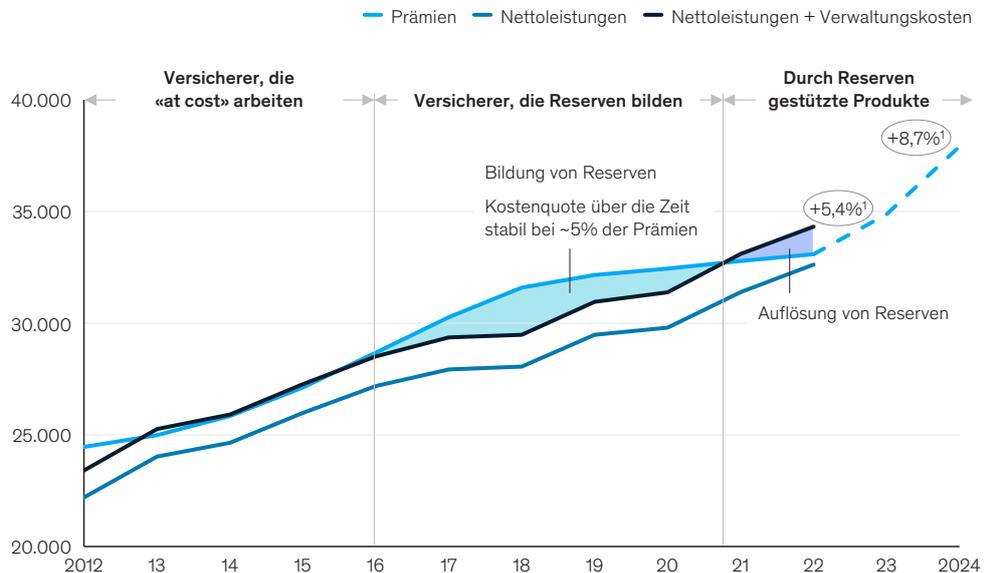
1. Ohne Ausgaben nach «Finanzierungsregime unbekannt»
 2. Inklusive Selbstbehalte und Zuzahlungen für Grund- oder Zusatzversicherungen
 3. VVG Heilungskosten und weitere Privatversicherungen
 4. Hinweis: Ausgaben der Jahre 2023-25 von KOF prognostiziert
 Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS), KOF-Studie der ETH-Zürich, OECD-Daten

Was die Situation noch verschärft: Aus Sicht der Versicherer waren die Prämien der letzten Jahre zu niedrig. 2022 etwa konnten sie die kombinierten Nettoleistungen und Verwaltungskosten nicht decken.

Abbildung 2

Prämien im Vergleich zu Nettoleistungen und Nettoleistungen + Verwaltungskosten

In Mio. CHF von 2012-2022



1. Anstieg der mittleren Prämien in der Schweiz – Schätzung für 2024
Quelle: Bundesamt für Gesundheit

Was aber sind die Gründe für den Kostenanstieg?

Ein zentraler Faktor sind **steigende medizinische Kosten**. Die von den Schweizer Krankenversicherern gezahlten Leistungskosten stiegen in den letzten zehn Jahren um durchschnittlich 2,9% pro Jahr. Die Ursachen dafür werden wohl auch längerfristig relevant bleiben:

- **Alternde Gesellschaft, höhere Lebenserwartung:** Die Schweizer Bevölkerung wird im Schnitt älter und lebt länger. Lag der Anteil der Altersgruppe über 65 im Jahr 2010 noch bei 16,9%, erreichte er 2022 schon 19,2%. Bei Männern stieg die durchschnittliche Lebenserwartung von 80,2 auf 81,6 Jahre, bei Frauen von 84,6 auf 85,4 Jahre.
- **Mehr beanspruchte Arztleistungen:** Die Schweizer Bevölkerung konsultiert Ärzte häufiger als früher. In den letzten 25 Jahren ist der Anteil der Personen, die mindestens einmal jährlich zum Arzt gingen, von 75,7% auf 82,7% gestiegen; der Anteil mit fünf bis neun Konsultationen pro Jahr hat sich sogar um ein Drittel erhöht (von 14,8% im Jahr 1997 auf 19,5% im Jahr 2022).
- **Mehr innovative, spezialisierte und wirksame Behandlungen:** Der Anteil der Schweizer Bevölkerung, der Facharztpraxen aufsucht, stieg von 28,5% im Jahr 1997 auf 46% im Jahr 2022. Der damit einhergehende Zugang zu innovativeren und wirksameren medizinischen Behandlungen spiegelt sich auch in den Kosten wieder – zumal diese laut der Schweizer Preisüberwachungsbehörde PUE (2022) für viele innovative Behandlungen «zu hoch» seien.
- **Chronische Krankheiten und neue Krankheitsmuster:** Etwa 80% aller medizinischen Kosten entfallen auf chronische Krankheiten, deren Prävalenz zunimmt. Beispielsweise litten 2007 nur 4% der Schweizer Männer an Diabetes; 2022 waren es 6,9%. Bei den Frauen stieg die Quote im gleichen Zeitraum von 2,9% auf 4,0%.

Hinzu kommt ein Anstieg der Verwaltungsgebühren pro Versicherten: Im betrachteten Zeitraum erreichte er durchschnittlich 2,5% pro Jahr – es wurden also keine strukturellen Effizienzgewinne realisiert.

Abbildung 3

Kostenwachstum vor allem aufgrund höherer Bruttoleistungen pro Versichertem

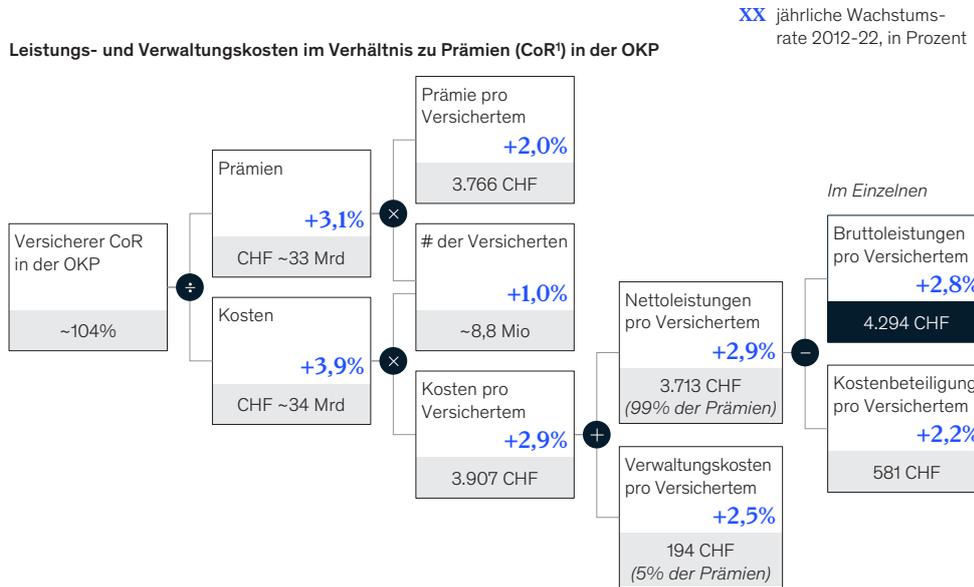
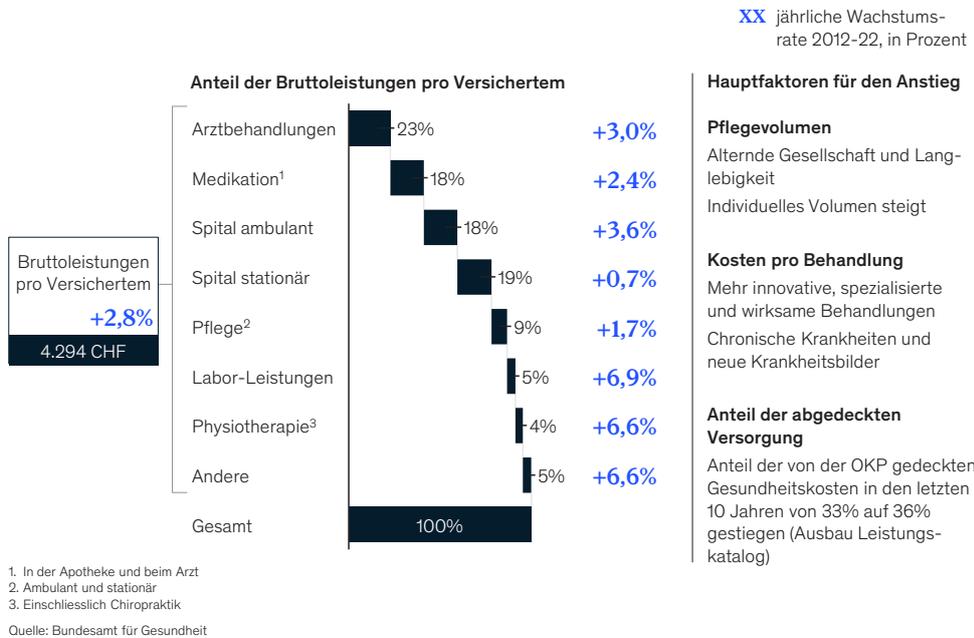


Abbildung 4

Bruttoleistungen pro Versichertem nach Leistungskategorie



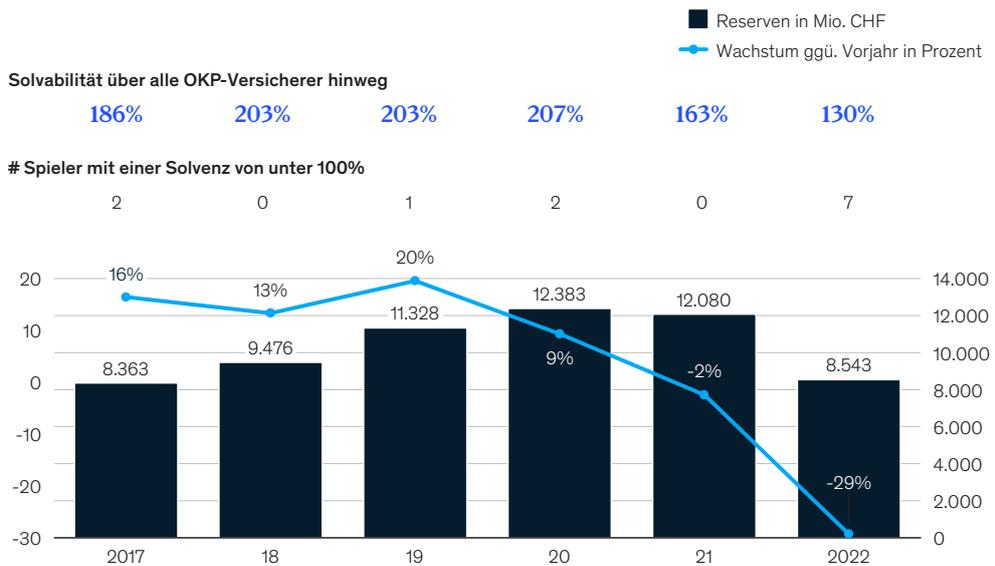
Erschwerend kommt hinzu, dass die Reserven der Versicherer gesunken sind, hauptsächlich aufgrund von Aufhol- und Ausgleichseffekten für frühere Zeiträume. Vergleichsweise niedrige Anlageerträge (2022: Verlust von 1,8 Milliarden CHF) sowie Aufholeffekte aufgrund der Corona-Pandemie (2022: Verlust von 1,7 Milliarden CHF) liessen die Reserven der Branche in 2022 auf 8,5 Milliarden CHF sinken – ein Rückgang um fast 30% gegenüber dem Vorjahr.

Nennenswert ist, dass dieser Rückgang durch externe Eingriffe vor dem Hintergrund einer angestrebten Prämienstabilität abgefedert wurde. Das Ausmass des Rückgangs lässt aber darauf schliessen, dass die Solvenz einiger (kleinerer) Anbieter gefährdet sein dürfte: Sieben Anbieter haben ein Solvenzverhältnis von <100%; insgesamt liegt die Solvenz bei 130% (2018/19: 203%). Abhilfe tut not.

Abbildung 5

Die Reserven sind in letzter Zeit drastisch zurückgegangen, was den Druck auf die Solvenz erhöht

Entwicklung der Reserven der OKP-Versicherer, 2017-2022 (per 1. Januar des nächsten Jahres)



Quelle: Bundesamt für Gesundheit

Drei Handlungsansätze für Versicherer

Die aktuelle Situation zwingt zum Handeln. Darin liegt aber auch eine Chance: Schweizer Versicherer haben dank ihrer prominenten Stellung im Gesundheitswesen eine einmalige Gelegenheit mit wirksamen Lösungen aufzutreten und die Zukunft des Marktes mitzugestalten.

Drei Hebel stehen im Vordergrund:

- 1. Weiterentwicklung der integrierten Versorgung**
- 2. Gezielte Nutzung von Health Analytics**
- 3. Selektive weitere Konsolidierung**

Die ersten beiden Ansätze beinhalten auch die systematische Nutzung digitaler Gesundheitslösungen – ein Bereich, der international vorangetrieben wird und [in der Schweiz noch ausbaufähig ist](#).

1. Weiterentwicklung der integrierten Versorgung

Eine intensivere Zusammenarbeit zwischen Schweizer Krankenversicherern und Leistungserbringern («integrierte Versorgung») kann Patientenergebnisse, Versorgungsqualität und Kosteneffizienz verbessern, denn:

1. Sie bietet allen Beteiligten mehr Freiheitsgrade (etwa bei Tarifstrukturen und Vergütungsmodellen)
2. Sie ermöglicht dank der «auferlegten» Zusammenarbeit eine bessere Abstimmung der wechselseitigen Interessen
3. Sie schafft Anreize für effizientere Datenflüsse und einen erleichterten Datenzugang, was wiederum vertiefte Analysen zu Qualität und Kosteneffizienz ermöglicht. Damit lassen sich die individuellen Patientenpfade verbessern und medizinische Entscheidungen wirksam unterstützen

In der Schweiz sind bereits mehrere Kooperationsmodelle etabliert, insbesondere in Form alternativer Versicherungsmodelle (AVMs). Diese ermöglichen niedrigere Prämien, grösstenteils durch eine Steuerung zu ausgewählten Leistungserbringern (z.B. Gatekeeping), aber auch (in geringerem Ausmass) durch KPI-getriebene Anreize für kosteneffiziente und qualitativ hochstehende Behandlungen (z.B. Bonus/Malus). Die Modelle sind nach Leistungserbringern differenziert. Neben den bekannten Hausarzt- und Telmed-Modellen gibt es beispielsweise das Health-Maintenance-Organization-Modell (HMO-Modell): Hier fungiert ein wohnortnahes Gesundheitszentrum oder eine Gruppenpraxis als erste Anlaufstation, die die folgenden Schritte des Patienten koordiniert. Die teilnehmenden Anbieter erhalten für ihre Koordinationsleistungen an den Patienten eine fixe oder variable jährliche oder monatliche Vergütung, die je nach Modell abhängig von der Erreichung von Zielwerten sein kann (HMO); Patienten zahlen bei Anschluss an ein AVM meist niedrigere Krankenversicherungsprämien.

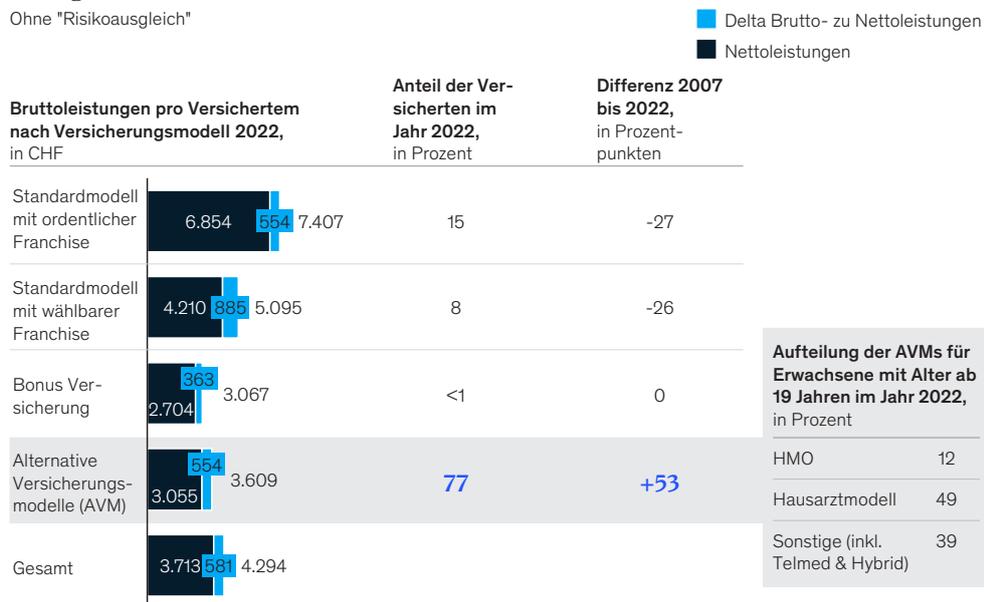
Seit einiger Zeit gibt es auch Hybridmodelle, bei denen Versicherte aus einigen ersten Anlaufstellen (Hausarzt, Telmed, Apotheke, Gesundheitszentrum) wählen können – entweder für die gesamte Versicherungsdauer oder fallweise.

Im Jahr 2022 wählten rund drei Viertel der Versicherten ein AVM, wobei HMO-Modelle nur 12% der AVMs ausmachen. Der Anteil an AVM-Versicherten ist seit Einführung der AVM stark angestiegen – noch 2007 lag er bei 24%. Die niedrigeren Prämien überzeugen offenbar. Den Versicherern wiederum bieten die aktuellen AVMs geringere Leistungskosten pro Versicherten, verglichen mit dem Standardmodell (ohne Risikoausgleich, der einen Ausgleich für Krankenversicherer mit unterschiedlichen Risikostrukturen ermöglicht).

Abbildung 6

Alternative Versicherungsmodelle (AVM) verursachen weniger Bruttoleistungen und sind stark gewachsen

Ohne "Risikoausgleich"



Quelle: Bundesamt für Gesundheit

Allerdings: Auch die AVMs sind nicht immun gegen die oben geschilderten Kostenfaktoren. Vom rapiden Kostenanstieg der letzten Jahre waren sie sogar besonders betroffen: Ihre Brutto-Leistungskosten pro Versichertem stiegen 2022, 2021 und 2019 um mehr als 5%, also stärker als bei anderen Versicherungsmodellen (nur 2021 stiegen die Brutto-Leistungskosten der kleinen BONUS-Versicherung stärker an).

Dies dürfte daran liegen, dass die derzeit verbreiteten Modelle Verbesserungspotenzial aufweisen:

- AVMs konzentrieren sich derzeit hauptsächlich auf den ersten Kontakt und haben keinen nennenswerten Einfluss auf die späteren Phasen des Patientenpfads (in denen die meisten Kosten entstehen). Sie bieten also keine ganzheitliche Begleitung oder medizinische Kostensteuerung entlang der gesamten «Wertschöpfungskette» und auch keine systematische Integration von Spezialisten. Branchen-Experten sehen hier klares und realisierbares Potenzial für eine Ausweitung über die reine «Gatekeeper»-Funktion hinaus.
- Die AVMs sind immer noch eng an bestehende Tarif- und Vergütungsstrukturen gebunden. So müssten die aktuellen Schweizer Tarif- und Vergütungsstrukturen weiterentwickelt werden, um stärkere Anreize zu schaffen (z.B. Ausdehnung des Bonus/Malus Modells bei Erreichung gewisser Qualitäts- oder Kostenindikatoren, Steuerung in Richtung Capitation-Modelle – die es in gewissen Ausprägungsformen schon gibt oder geplant sind –, und mehrjährige Verträge). Innerhalb von AVMs haben die Versicherer und ihre Leistungserbringungspartner die Möglichkeit, solche Vergütungsmodelle zu testen.

- Einige AVM-Angebote wenden sich an chronisch kranke und multimorbide Patienten (die in der Schweiz 80% der medizinischen Kosten verursachen)¹. Ob diese Angebote wirklich ausreichend und wirkungsvoll sind, ist fraglich: Laut Gesprächen mit Krankenversicherern fallen die Vorteile der Modelle nach Einrechnung des Risikoausgleichs schon deutlich geringer aus. Offen ist derzeit, inwieweit die niedrigeren medizinischen Kosten von AVMs tatsächlich auf effektiveres Kostenmanagement zurückgehen und inwieweit auf den Zuspruch von gesünderen Bevölkerungsgruppen – Branchen-Experten weisen auf oftmals kommerziell getriebene Prämien hin.

Zusammenfassend werden AVMs in vielen Fällen als preiswettbewerbsfähiges Produkt behandelt – ein weitgehend integriertes Versorgungsmodell mit langfristiger Begleitung und Steuerung der Patienten entlang ihrer Patientenpfade sind sie aber oft nicht. Damit liefern sie auch nicht die Vorteile, die typischerweise mit einer integrierten Versorgung verbunden sind. Auch Beobachter wie das Schweizer Forum für Integrierte Versorgung (FMC) haben dies bereits kritisiert. Angesichts der klaren Vorzüge der integrierten Modelle, wie oben ausgeführt, sehen wir drei wesentliche strategische Richtungen für die Weiterentwicklung der integrierten Versorgung in der Schweiz:

1. Funktion eines «Health Journey Manager» einführen. AVMs kranken heute daran, dass ihre Steuerungsrolle gering ist und nicht alle relevanten Zielgruppen gleichermaßen erreicht werden. Die Einführung eines Health Journey Managers als niederschwellige Koordinationsfunktion innerhalb von Versorgungsnetzwerken könnte Abhilfe schaffen. Sie sollte darauf ausgelegt sein, entlang des gesamten Behandlungspfads (über die Grundversorgung hinaus) Informationen zu koordinieren, Patienten zu begleiten und Probleme, z.B. im Bereich Polypharmazie, frühzeitig zu erkennen und involvierte Leistungserbringer darauf aufmerksam zu machen. Zu berücksichtigen sind dabei relevante sozio-ökonomische Faktoren der Patienten bzw. Patientengruppen (wie etwa Multimorbidität, Sprache, Standort). Entsprechend sollte diese Rolle von «community-nahen» Personen ausgefüllt werden, die zwar medizinisches Verständnis, aber nicht zwingend ein ärztliches Diplom mitbringen.

Health Journey Manager können gezielt zu kostenintensiven Fällen oder Patienten dirigiert werden und für diese eine stärker koordinierte, nachvollziehbare Betreuung sicherstellen. Mit Blick auf die Kostenwirksamkeit sollten diese neuen Profile insbesondere für chronisch kranke, ältere oder multimorbide Patientengruppen eingesetzt werden und neben der Koordination von Leistungserbringern auch präventive Funktionen erfüllen (z.B. Unterstützung von Rauch-Stopp oder Ernährungsprogrammen). Die Koordinationsleistungen von Health Journey Managers innerhalb von AVMs müssten von den Versicherern abgegolten werden – sie müssen sich durch höher erzielte Einsparungen selbst finanzieren.

Ein Erfolgsbeispiel als Inspiration ist Telehomecare, ein Programm des Ontario Telemedicine Network (OTN) in Kanada: COPD- und Herzinsuffizienz-Patienten wird dort jeweils eine Pflegeperson zugeordnet, die wöchentliches Coaching anbietet, die Fernbegleitung der Patienten übernimmt und relevante Daten mit Leistungserbringern austauscht. Laut einer Auswertung hat sich so bei den COPD- und Herzinsuffizienz-Patienten die Zahl der Eingänge in der Notaufnahme um 70 Prozent verringert, die der Krankenhauseinweisungen um 76%.²

2. Ambulante Spezialisten enger anbinden. Versicherer sollten anstreben, Spezialisten verstärkt in die Begleitung und Steuerung der Patienten und damit die für integrierte Versorgung zuständigen Netzwerke einzubinden bzw. Netzwerke mit einer Kombination aus Grundversorgern und Spezialisten zu fördern. In solchen Netzwerken könnte – im Fall von komplexen, multimorbiden Patienten – dem für die Behandlung zentralen Spezialisten die Verantwortung als zentraler «Orchestrator» für den betreffenden Patienten zukommen. Damit würde der medizinisch fallführende Arzt stärker in die Kooperationsverantwortung eingebunden. Dies würde voraussetzen, dass Versicherer neben Grundversorgern auch ausreichend grosse Gruppen von Spezialisten vertraglich in AVMs einbinden (zu klaren Bedingungen).

¹ So vermarktet CSS sein Multimed-Modell (AVM mit HMO oder Telmed) als Entlastung für chronisch kranke Patienten durch eine reduzierte Zuzahlung. Viele Akteure (z.B. SWICA, Concordia, Groupe Mutuel und Sympany) sind Mitglieder des QualiCCare-Netzwerks, das die Versorgung von chronisch kranken Menschen verbessern soll

² OTN Ontario

Ein Praxisbeispiel hierfür findet sich in den USA: Optum Health, eine Tochter des US-Krankenversicherers United Health, bietet ihren Versicherten Zugang zu eigenen Spezialisten-Netzwerken.

3. Vollständig integrierte Versorgung mit Fokus auf Zielgruppen realisieren. Versicherer sollten ein auf die speziellen Bedürfnisse gewisser Zielgruppen (z.B. Patienten mit chronischen Krankheiten oder pflegebedürftige, ältere Patienten) ausgerichtetes Angebot schaffen, das verschiedene relevante Leistungserbringer umfasst und diese zur Kooperation incentiviert: Grundversorger, ambulante Spezialisten, Physiotherapeuten, Chiropraktiker, Apotheken, Spitäler, etc. Leistungserbringer in solchen Strukturen würden sich verpflichten, auf Zielgruppen-spezifische Qualitäts- und Effizienzziele hinzuarbeiten und würden für diese Dienstleistung durch passende Vergütungsstrukturen (Bonus/Malus in adäquater Höhe, «Capitation») vergütet. Das Ziel einer solchen zielgruppengerechten integrierten Versorgung wären demnach nicht die attraktivsten Prämien, sondern die bestmögliche Versorgung der jeweiligen Zielgruppe, möglicherweise mit «Aufpreis». Ansätze solcher Modelle finden sich heute bereits im Markt.

2. Gezielte Nutzung von Health Analytics

Der breite Einsatz von Health Analytics kann Krankenversicherern helfen, die Leistungskosten besser zu verstehen und individuelle Patientenergebnisse zu optimieren. Zwar ist die Datenintegration zwischen Versicherern und Leistungserbringern noch nicht weit ausgebaut, doch sind schon die Daten der Krankenversicherer allein ein wertvolles Asset, das Potenzial bietet.

Derzeit sind Health Analytics in der Schweiz kaum etabliert. Zwar bemühen sich mehrere Krankenversicherer darum, doch gelten strenge Auflagen: Die Nutzung von Health Analytics in der individuellen Beratung, im Marketing oder zur Optimierung der medizinischen Versorgung (z.B. Neuverhandlungen mit Leistungserbringern) erfordert die klare Zustimmung der Versicherten – und ist auch so nur unter besonderen Auflagen erlaubt.

Dennoch gibt es Möglichkeiten, schon heute von den Vorteilen von Health Analytics zu profitieren. Wie das gehen kann, soll hier in Ansätzen ausgeführt werden. Dabei sind zwei Bereiche zu unterscheiden: Umfassende Gesundheitsdatenanalyse und die Einbindung prädiktiver Elemente. Beide setzen eine entsprechende Datenstruktur voraus.

Fokus auf Leistungskosten: Umfassende Gesundheitsdatenanalyse

Mittels einer erweiterten Gesundheitsdatenanalyse können Krankenversicherer die historischen Leistungskosten im gesamten Bestand systematisch analysieren. Ziel ist es, Schwerpunkt-bereiche für die Optimierung der medizinischen Kosten zu identifizieren – bei Erhaltung oder Verbesserung der Versorgungsqualität.

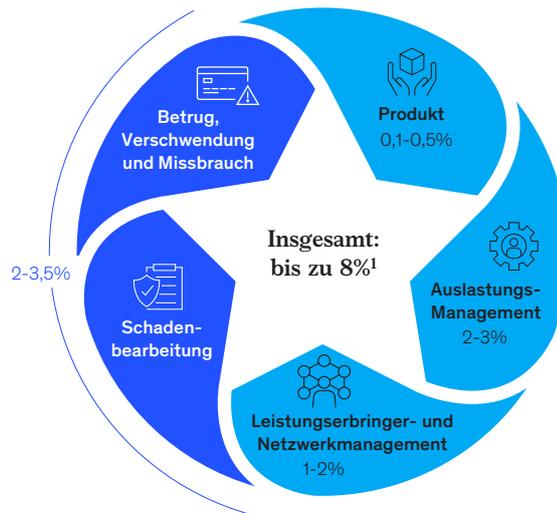
Die Analyse nutzt Daten zu Volumen, Demografie, Preisen, Versorgungsorten, Komplikationen und Nutzung. Leistungsdaten werden in ihre Bestandteile zerlegt und mit statistischer (deskriptiver) Software analysiert. Mithilfe grafischer Visualisierung wird hervorgehoben, welche Ausgabenbereiche zunehmen und von definierten Benchmarks abweichen. Dabei zeigen sich oft typische «Hotspots»: etwa eine auffallend hohe Nutzung von Diagnosetools (wie etwa Bildgebung) oder von bestimmten Facharztbehandlungen, eine Überbehandlung im stationären statt dem ambulanten Bereich oder sehr unterschiedliche Kosten für die gleichen Labortests und Bildgebungsleistungen.

Die gewonnenen Informationen lassen sich dann nutzen, um entlang der Wertschöpfungskette gezielte, rechtskonforme Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten. In internationalen Praxisfällen konnten Krankenversicherer so ihre medizinischen Schadenquoten um 3-8% senken.³ Die Versorgungsqualität bleibt dabei erhalten und lässt sich teilweise noch verbessern.

³ McKinsey Fallstudien bei Krankenversicherern unterschiedlicher Grösse in verschiedenen Geografien

Typische Anwendungsbereiche, um die durch Gesundheitsdatenanalyse gewonnenen Erkenntnisse zu nutzen

Typische Sparmöglichkeiten in reiferen Volkswirtschaften



1. Aufgrund von Doppeleffekten nicht vollständig additiv
Quelle: McKinsey

Einige der hier gezeigten Bereiche sind bei den meisten Schweizer Krankenversicherern bereits auf hohem Standard. Dennoch kann die zusätzliche Granularität, die die Gesundheitsdatenanalyse bietet, weitere Verbesserungen ermöglichen. Um sie nutzen zu können, käme z.B. folgender Ansatz in Frage: Anspruchsvollere Health Analytics könnten zunächst in der Zusatzversicherung (als «Inkubator») erprobt und die dort gewonnenen Erkenntnisse dann auf die Obligatorische Versicherung übertragen werden. Ein weiterer Ansatz könnte sein, sich mit den Patienten und Leistungserbringern über die potenziellen Vorteile auszutauschen und «Opt-in-Modelle» oder sogar ein dediziertes AVM einzurichten, wo beispielsweise Leistungserbringer erprobte Erkenntnisse nutzen.

Vorausschauende Risikobewertung: Einbindung prädiktiver Elemente

Längerfristig könnten auch die Potenziale mittels Einbindung prädiktiver Elemente erkundet werden. Sie hat zum Ziel, im Einzelfall das Risiko einer Erkrankung oder Verschlechterung zu bewerten; wozu historische medizinische Daten sowie Patienten- und sozioökonomische Daten herangezogen werden. Auf Basis dieser Daten haben Leistungserbringer und möglicherweise Krankenversicherer die Möglichkeit, proaktiv auf (bestehende oder potenzielle) Hochrisiko-/Hochkosten-Patienten zuzugehen und gemeinsam mit ihnen Ansätze zu verfolgen, die ihren individuellen Patientenpfad verbessern und gleichzeitig die medizinischen Leistungskosten senken.

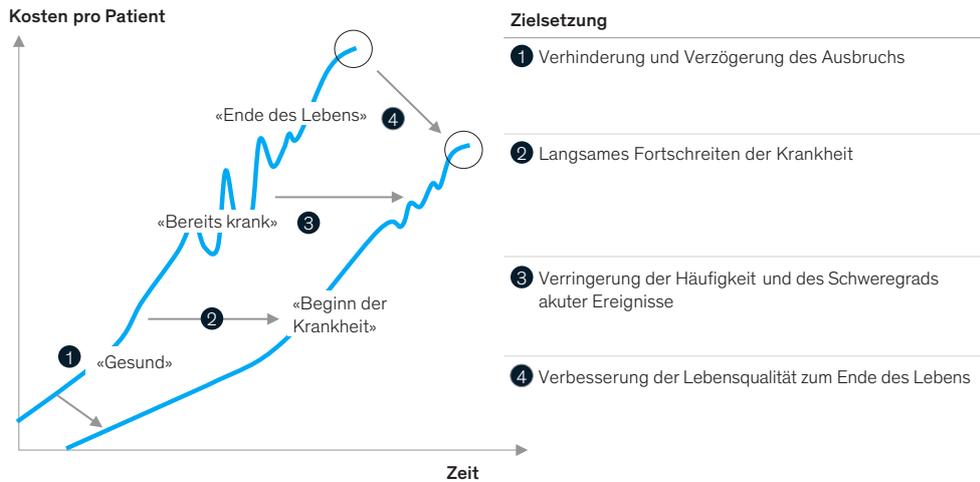
Der beispielhafte Patientenpfad eines Diabetes-Patienten (in der Grafik dargestellt) zeigt das Potenzial, das sich durch innovative Nutzung von Daten ergeben kann.

Für die erfolgreiche Einbindung prädiktiver Elemente sind zunächst die technologischen Grundlagen zu schaffen: Dazu können mehrere Machine-Learning-Modelle trainiert und anhand versicherungseigener Daten (die dem Modell noch nicht bekannt sind) sowie weiterer externer Daten (beispielsweise von Leistungserbringern) auf ihre Qualität überprüft werden. Das verschafft erklärende wie auch vorausschauende Erkenntnisse. Gesundheitsfaktoren lassen sich identifizieren, präventive Ansätze für unterschiedliche Patientengruppen ableiten. Klare Bestimmungen zum Datenschutz sind dazu eine Voraussetzung.

Weiter ist eine Übersetzung der gewonnenen Erkenntnisse in konkrete Massnahmen notwendig. Im Vordergrund sollte dabei die Frage stehen, wie Krankenversicherer ihre Ratschläge, z.B. zu einem individuell erhöhten Krankheitsrisiko, effektiv an Kunden vermitteln können. Dabei kann es aus Sicht des Krankenversicherers nicht darum gehen,

Abbildung 8

Anwendung von «Einbindung prädiktiver Elemente» auf den (beispielhaften) Patientenpfad eines Diabetes-Patienten



Quelle McKinsey

sich als eigenständiger medizinischer Ratgeber in den Zuständigkeitsbereich der Leistungserbringer und Ärzteschaft vorzubringen (z.B. durch eine eigenmächtige Beurteilung der Behandlungspfade), was Branchen-Vertretern durchaus klar ist. Vielmehr sollten in einer engen Zusammenarbeit mit Leistungserbringern die Daten der Versicherer durch prädiktive Analysen als zusätzlicher Input genutzt werden, um die Behandlungsergebnisse und Kosten, z.B. innerhalb von AVMs mit innovativen Tarifmodellen, zu optimieren. Auch eine offene, vorausschauende Kommunikation mit Aufsichtsgremien, um rechtliche und regulatorische Vorgaben zu berücksichtigen, sind für Akzeptanz und Umsetzung zentral.

Die Einbindung prädiktiver Elemente steckt noch in den Kinderschuhen, und das regulatorische Umfeld würde derzeit keine flächendeckende Umsetzung zulassen. Dennoch sollten Krankenversicherer schon heute die neuen Möglichkeiten erkunden und notwendige Fähigkeiten aufbauen, um medizinische Kosten zu senken und individuelle Patientenpfade zu verbessern.

Unabdingbar: die richtige Datenstruktur

Regulatorische und datenschutzrechtliche Fragen sind eine wichtige Hürde für den Einsatz von Health Analytics, eine weitere ist die Datenstruktur. Krankenversicherer sollten sich dringend damit befassen, wie ihre Daten besser nutzbar und interpretierbar gemacht werden können. In der Schweiz sind die verwendeten Datenformate oft nicht nach Krankheiten, Symptomen oder Diagnosen geordnet, sondern nach Verfahren und Behandlungen – das aber ist für eine gezielte Analyse suboptimal: Um Gesundheitsergebnisse zu verbessern und medizinische Kosten senken zu können, muss auch die Ursache für eine gewählte Behandlung klar ersichtlich sein. Gerade im Bereich der Zusatzversicherung variiert der Informationsgehalt aus Rechnungsstellungen erheblich.

3. Selektive weitere Konsolidierung

Jüngste Marktentwicklungen haben die Frage nach der kritischen Grösse für Obligatorische Krankenversicherungen erneut aufkommen lassen. Betrachtet man die Gesamtstruktur des Schweizer Krankenversicherungsmarktes, so ist er seit 2008 insgesamt stabil geblieben; der Marktanteil der Top-10-Anbieter hat sich in diesem Zeitraum weitgehend nicht verändert. Am unteren Ende des Marktes jedoch hat sich die Zahl der Anbieter ungefähr halbiert (von 86 auf 45). Ein Marktteilnehmer konnte durch organisches Wachstum mit Fokus auf Preisführerschaft seinen Marktanteil im betrachteten Zeitraum von 5% auf 10% erhöhen.

Gleichzeitig erfolgte kürzlich die Fusion zwischen zwei grossen Marktteilnehmern, die wichtigste der letzten 15 Jahre.

Laut unseren Analysen könnte eine selektive Konsolidierung des Marktes den Schweizer Krankenversicherern Synergien eröffnen – sowohl bei Verwaltungs- als auch bei Leistungskosten. Allerdings sind die Voraussetzungen und Implikationen genau zu prüfen.

Synergien bei Verwaltungskosten

Ähnlich wie in anderen Branchen der Fall, könnten auch Schweizer Krankenversicherer durch Fusion mit anderen operative Effizienzgewinne realisieren. Das Potenzial variiert allerdings stark: Wie ein Blick auf die Verwaltungskosten der Schweizer OKP-Krankenversicherer (Stand 2022) ergibt, zeigen kleinere Anbieter – mit Prämieinnahmen unter CHF 1 Milliarde – eine sehr heterogene Streuung der Verwaltungskostenquoten, mit Werten zwischen 3,0% und 11,5%. Bei grösseren Anbietern hingegen beträgt die Verwaltungskostenquote zwischen 4,0% und 6,3%, im Mittel also 5%.

Konkret heisst das: Bei Fusion zweier grosser Unternehmen liessen sich die jährlichen Prämien maximal um CHF 50 pro Versicherten reduzieren – ausgehend von einem geschätzten Einsparpotenzial (McKinsey Simulation) von 1-2 Prozentpunkten der Verwaltungskosten. (Zum Vergleich: Die marktdurchschnittliche jährliche Prämie pro Versichertem liegt bei rund CHF 4.000). Bei kleineren Unternehmen könnte das Potenzial angesichts der grösseren Streuung der Quoten grösser sein.

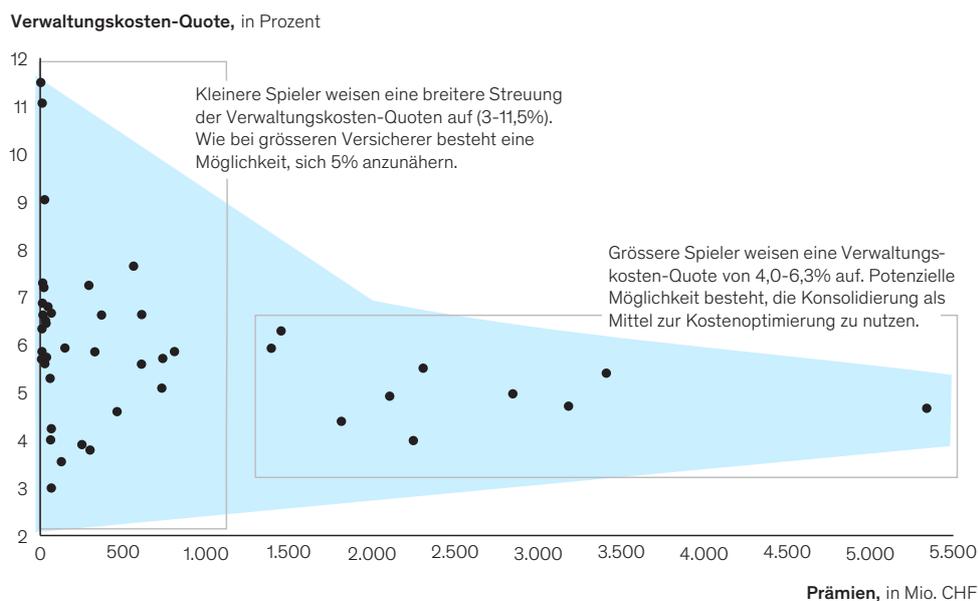
In jedem Fall zu bedenken ist, dass die Realisierung der Synergien auch mit sozialen Folgen wie Entlassungen oder Umschulungen einhergehen dürfte. Hinzu kämen Herausforderungen wie der Integrationsaufwand, die erforderlichen neuen Fähigkeiten, der kulturelle Wandel und die Schliessung von Produkten.

Als Fazit lässt sich festhalten:

1. Kleinere Anbieter scheinen die Möglichkeit zu haben, bei Zusammenschluss untereinander – oder mit einem grösseren Anbieter – Verwaltungskostenquoten in einem ähnlichen Bereich wie grössere Anbieter zu erreichen (also etwa 5%).
2. Grössere Anbieter mit Verwaltungskostenquoten an der oberen Grenze könnten eine Konsolidierung theoretisch als Anlass nutzen, ihre Verwaltungskostenquoten marginal zu optimieren und so die Effizienz der Besten zu erreichen.
3. Generell scheint es bei der Optimierung der Verwaltungskostenquoten ein Limit von etwa 4% zu geben, d.h. weitere Skaleneffekte schaffen keine weiteren Effizienzen. Dies hängt damit zusammen, wie Schweizer Versicherer derzeit ihr Geschäft führen. Um weitere Effizienzen zu erzielen, wäre eine strukturelle Veränderung erforderlich, etwa die Verwendung von generativer KI zur Transformation der Schadenprozesse.
4. Die im Vergleich zu privatwirtschaftlichen Versicherungszweigen niedrigen Verwaltungskostenquoten werfen grundsätzlich die Frage nach «dem richtigen Wert» auf – Branchen-Experten weisen darauf hin, dass mit einer Verwaltungskostenquote von 5% strukturelle Investitionen kaum realisierbar sind.

Abbildung 9

Prämienhöhe vs. Verwaltungskosten-Quote nach Spieler – 2022



Anmerkung: Ein Ausreisser ausgeschlossen

Quelle: Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Synergien bei Leistungskosten

Auch bei den Leistungskosten lassen sich Synergien erzielen. Beispielsweise könnte die Anwendung von Health Analytics auf eine deutlich grössere Datenmenge dazu beitragen, Missbrauch und unangemessen hohe Leistungsnutzung zu erkennen. Ferner könnte die grössere Skalierbarkeit durch Konsolidierung auch die Zusammenarbeit mit Leistungserbringern auf eine neue Ebene heben: Durch Entwicklung innovativer, wirksamerer Lösungen liessen sich medizinische Kosten senken oder zumindest stabilisieren, bei gleicher oder höherer Qualität und Patientenerfahrung. Als erwünschten Nebeneffekt würden die Versicherer dabei stärker als Ansprechpartner für Leistungserbringer, politische Interessengruppen und Regulierungsbehörden wahrgenommen. Nicht zuletzt könnte das Entstehen eines neuen grossen Akteurs – und damit die Reduktion der Anbieterzahl – die jährliche Fluktuation reduzieren.

In Summe könnten gezieltere Konsolidierungsaktivitäten also einigen Schweizer Krankenversicherern sowie dem gesamthaften Gesundheitsmarkt klare Vorteile liefern. Für grosse Akteure könnte eine Fusion eine Möglichkeit sein, der strukturellen Herausforderung steigender Gesundheitskosten und Versicherungsprämien zu begegnen. Die zusätzliche Grösse würde neue Möglichkeiten zur Optimierung der medizinischen Kosten eröffnen, etwa durch Gesundheitsanalysen und Partnerschaften. Für kleinere Akteure (insbesondere «sub-scale») könnte die zusätzliche Grösse eine Entlastung der Solvenz-Situation sowie bei der Erfüllung neuer Regularien bedeuten. Vor diesem Hintergrund wäre sowohl der Zusammenschluss zweier grösserer Versicherer zur Verbesserung der Schadenquote denkbar als auch die Übernahme mehrerer kleinerer Akteure durch einen grösseren, um die Verwaltungskostenquote zu senken. Eine separat zu erörternde Diskussion dreht sich um die Zurverfügungstellung von Services (z.B. in den Bereichen Administration und Schaden-Management) durch grössere Krankenversicherer an kleinere Spieler.

Konsolidierung reduziert die Zahl der Akteure im Markt. Die Vorteile eines intensiven Wettbewerbs für das gesamte Gesundheitssystem – insbesondere mit Blick auf Innovation im Bereich der VVG-Zusatzversicherung – dürfen dabei nicht ausser Acht gelassen werden.

Eine Chance zur Zukunftssicherung

Die Schweiz hat ein ausgezeichnetes Gesundheitssystem, das eine hochwertige Behandlung und eine ausgezeichnete Patientenversorgung gewährleistet. Allerdings setzen die steigenden Prämien in der Obligatorischen Krankenversicherung die Versichertenhaushalte unter Kostendruck und gefährden langfristig die Stabilität des Gesundheitssystems. Da mit weiteren Prämienanstiegen zu rechnen ist, sind sämtliche Marktakteure gefordert, wirksame Lösungen zu entwickeln und zu realisieren.

Für die Krankenversicherer der Schweiz bietet dies auch eine einmalige Chance: Durch proaktives Handeln können sie ihre Rolle aufwerten und die Zukunft des schweizerischen Gesundheitssystems mitgestalten. Die drei hier vorgestellten Ansätze – Weiterentwicklung der integrierten Versorgung, Nutzung von Health Analytics sowie selektive Konsolidierung – sind dabei als praktische Anregungen zu sehen, wie sich die Versicherer dem Kosten- und Prämienwachstum entgegenstemmen und das Gesundheitssystem weiter stärken können.

Schritte zur Verfolgung dieser Ansätze sollten nicht auf den Bereich der OKP beschränkt bleiben, sondern im Zusammenspiel mit der VVG-Zusatzversicherung angegangen werden. Denn auch dort gibt es akuten Innovationsbedarf, soll das Wertversprechen gegenüber den Versicherten langfristig gesichert bleiben. Beispielsweise können innovative Lösungen der integrierten Versorgung oder auch die Einbindung prädiktiver Elemente zunächst in der Zusatzversicherung (als «Inkubator») erprobt und dann in die OKP transferiert werden.

Änderungen erfordern Mut. Wer sie angeht, kann hier Pionierarbeit für die gesamte Branche leisten und andere zum Nachziehen inspirieren. Aktuelle Diskussionen mit Vertretern der Krankenversicherungsbranche zeigen, dass gerade eine neue Dynamik entsteht und man gewillt ist, mit mutigen, innovativen Veränderungen dem Kosten- und Prämienwachstum entgegenzuwirken und in die Qualität der Gesundheitsversorgung zu investieren.

Autoren und Kontakte

Autoren

Dr. Marion Hämmerli, Partnerin im Zürcher Büro von McKinsey & Company
marion_haemmerli@mckinsey.com

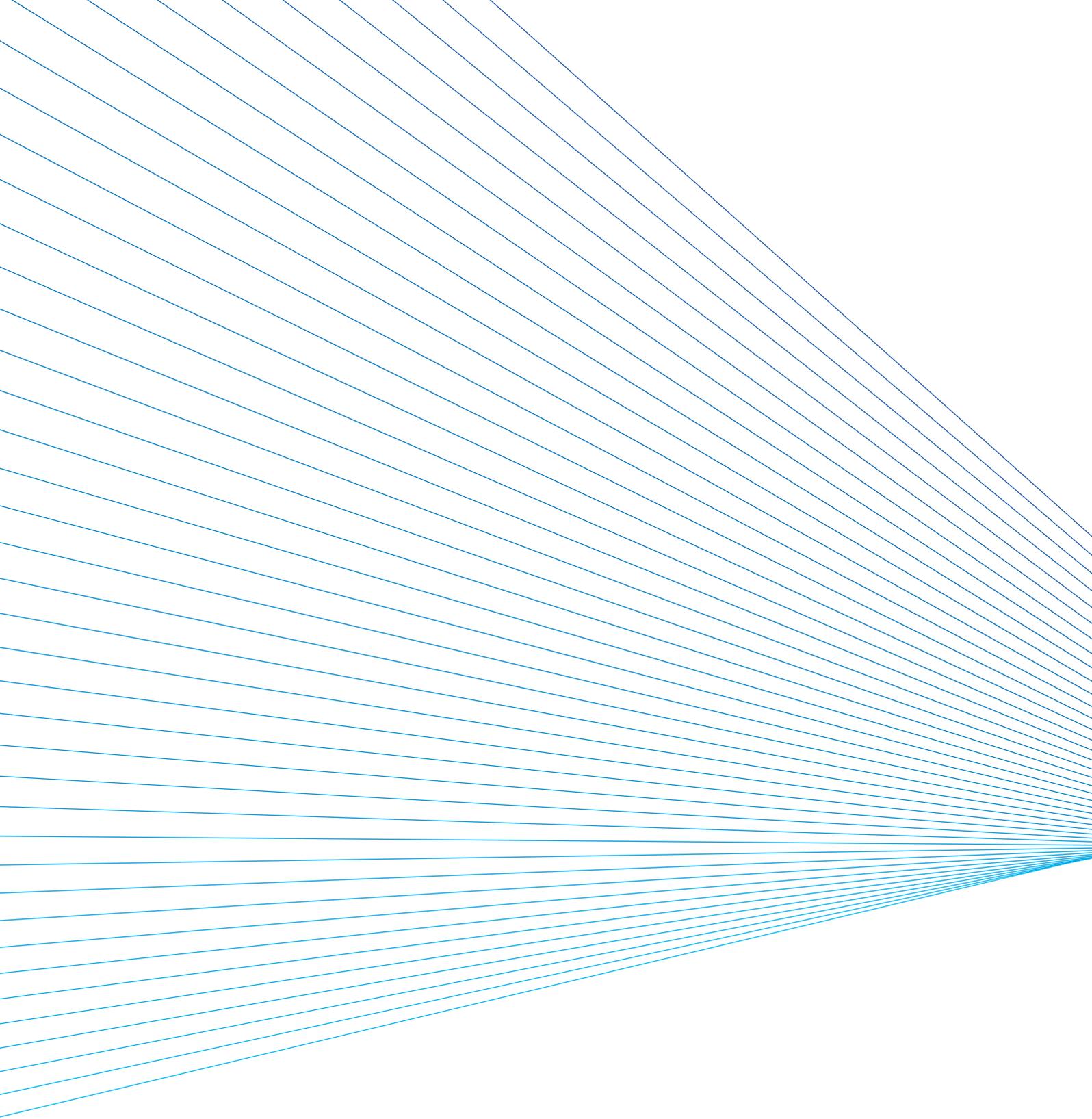
Lutz-Georg Schmitz, Engagement Manager im Zürcher Büro von McKinsey & Company
lutz-georg_schmitz@mckinsey.com

Sirus Ramezani, Senior Partner im Zürcher Büro von McKinsey & Company
sirius_ramezani@mckinsey.com

Medianfragen

Yannick Orto, Head of Communications, McKinsey & Company Switzerland
yannick_orto@mckinsey.com

Diese Arbeit ist unabhängig, spiegelt die Ansichten der Autoren wider und wurde nicht von Unternehmen, Regierungen oder anderen Institutionen in Auftrag gegeben. Alle Formulierungen in dieser Publikation beziehen sich auf alle Geschlechter.



McKinsey & Company
Lintheschergasse 2
8001 Zürich

September 2024
Copyright © McKinsey & Company
Designed by Visual Media Europe

www.mckinsey.com

 @McKinsey

 @McKinsey