

McKinsey Schweiz

Die Zukunft der Krankenzusatzversicherung in der Schweiz

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

Die Zukunft der Krankenzusatzversicherung in der Schweiz

Die traditionellen Produktangebote der privaten Krankenversicherer passen immer weniger zu Kundenbedürfnissen und Marktumfeld. Dennoch ist Innovation in der Krankenzusatzversicherung kaum zu erkennen. Krankenversicherer verändern zwar ihr Geschäftsmodell und ihr Produktangebot, jedoch häufig mit Fokus auf die Grundversicherung. Um langfristig eine attraktive Ergänzung zu bieten, muss die Krankenzusatzversicherung dringend reformiert werden: durch strategischen Fokus und neue, kundenzentrierte Produktideen, die auf Grundsätzen der Privatversicherung aufbauen.

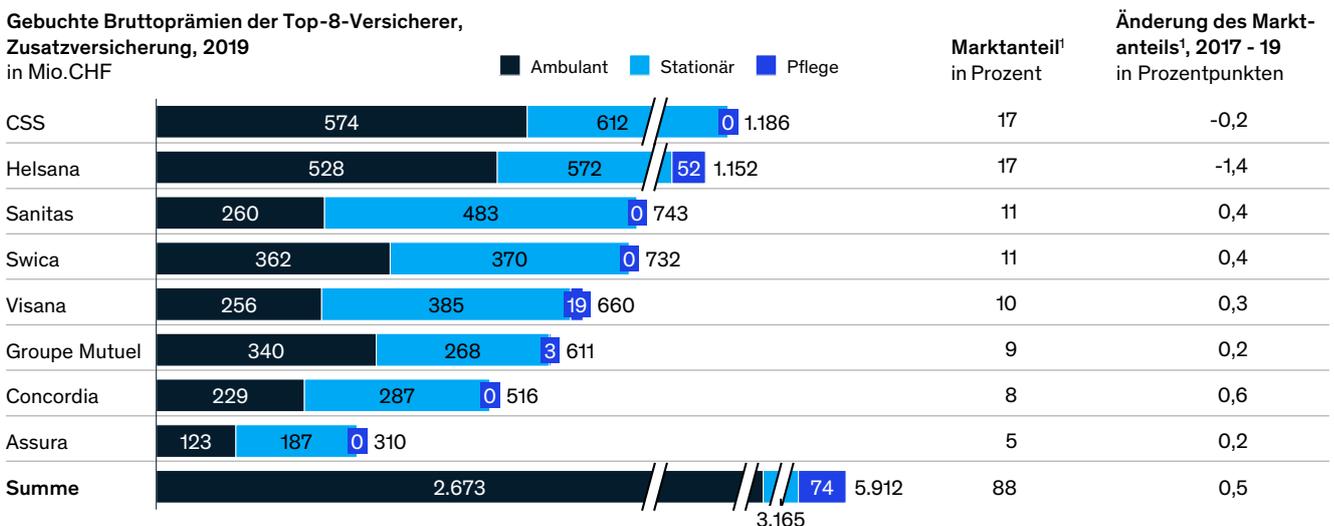
1. Ausgangslage: starke Verzahnung zwischen sozialer Grund- und privater Zusatzversicherung

Der Schweizer Krankenzusatzversicherungsmarkt wird dominiert von Akteuren mit starker Verankerung in der sozialen Grundversicherung. Die acht grössten Anbieter im Bereich der Heilungskostenversicherung für Privatpersonen, den wir im Folgenden betrachten, sind auch die acht grössten Grundversicherer in der Schweiz. Bis auf den Eintritt von AXA im Jahr 2017 gibt es seit vielen Jahren keinen grösseren Privatversicherer im Markt für Heilungskostenversicherungen. Der Markt zeichnet sich entsprechend durch eine geringe Dynamik mit nur wenigen Verschiebungen der Marktanteile aus (Darstellung 1).

Die Nähe zwischen Krankenzusatzversicherung und sozialer Grundversicherung hat sowohl historische als auch aktuelle regulatorische Gründe.

Darstellung 1

Mehrheitlich stabile Marktanteile unter den 8 grössten privaten Heilungskostenversicherern seit 2017



¹ Marktanteil im Bereich Krankenversicherer und Krankenkassen

Quelle: FINMA Versicherer-Report

Bis zur Einführung des Bundesobligatoriums 1996 standen Krankenversicherer mit all ihren Portfolios unter dem damaligen Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG). Sie wurden vollumfänglich nach Mitgliedschaftsrecht betrieben und im Umlageverfahren finanziert, während vereinzelt Privatversicherer die Krankenversicherung unter Aufsicht des Bundesamts für Privatversicherungen (BPV) nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) betrieben. Eine klare Trennung zwischen sozialer Grundversicherung und privater Zusatzversicherung in den Portfolios der «Krankenkassen» wurde erst 1996 mit der Verabschiedung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) erreicht. Es reguliert ausschliesslich die soziale Grundversicherung, wohingegen die private Krankenversicherung gesamthaft analog zu anderen Privatversicherungsprodukten dem VVG unterstellt wurde.

Traditionell spiegelt sich die starke Verzahnung von Grund- und Zusatzversicherung insbesondere in privaten Krankenzusatzversicherungsprodukten sowie in den dazugehörigen Finanzierungsmodellen wider (Darstellung 2).

Darstellung 2

Zusatzversicherungsprodukte sind häufig als Bündel diverser Bausteine aufgebaut

Illustrativ/nicht vollständig ■ Produkt ■■■ Produktbaustein – (nur) in Bündeln angeboten

Versicherungssparte	Produkt	Produktbaustein
KVG	Grundversicherung (ambulant und stationär, obligatorisch)	Leistungen des OKP-Katalogs im Heimatkanton
	Krankentaggeld (fakultativ)	Ersatz bei Lohnausfall durch Krankheit/Mutterschaft
VVG (Zusatzversicherungen)	Ambulant	Module <i>Bündelung (Beispiel 1)</i> Brillen/Kontaktlinsen/Laser Gynäkologische Kontrolle Ohrenkorrektur Rechtskosten Psychotherapie Rücktransport Verschreibungspflichtige Medikamente Schwangerschaft und ambulante Geburt Notfallbehandlungen im Ausland Zahnfehlstellungskorrektur Häusliche Pflege Präventive Massnahmen (z.B. Impfungen) Gesundheitsförderung (z.B. Fitnessstudio, Kurse) Alternative Medizin <i>Bündelung (Beispiel 2)</i>
		Stationär Spitalstandard «Add-ons» Schweizweit freie Spitalwahl Haushaltshilfe/Kinderbetreuung Auslandsbehandlungen Rücktransport <i>Bündelung (Beispiel 3)</i> Halbprivates Zimmer bei Spitalaufenthalt Schneller Zugang zu Spezialisten Tagessätze für Auslandsspitalaufenthalt Privates Zimmer bei Spitalaufenthalt Flexible Modelle (Fallbasis) 2. Expertenmeinung Kuraufenthalte
	Krankentaggeld	Ersatz bei Lohnausfall durch Krankheit/Mutterschaft Ersatz bei Lohnausfall durch Krankheit/Mutterschaft/Unfall Tagessatz bei Arbeitsunfähigkeit von Hausfrauen/-männern
	Pflege	Tagessatz bei Pflegebedürftigkeit Übernahme von Pflegeleistungen

Beispiel 1: Produktbaustein – (nur) in Bündeln angeboten

Quelle: Schweizer Krankenversicherer

Im ambulanten Bereich zeichnen sich die traditionell angebotenen Zusatzprodukte dadurch aus, dass sie eine Mischung einzelner in der Grundversicherung nicht versicherter Leistungen abdecken, die oftmals ganz unterschiedliche Kundengruppen ansprechen. So werden z.B. «Zahnfehlstellungskorrektur» bei Kindern, «Schwangerschaft und Geburt», «Brillen/Kontaktlinsen/Laser» und «Rücktransport» in einem Produkt zusammengefasst. In der sozialen Grundversicherung sind derlei Produktbündel üblich, in der Privatversicherung hingegen wenig sinnvoll: Wer kauft schon zusammen mit einer Hausrat- auch eine Autoversicherung, wenn er gar kein Auto hat?

Im stationären Bereich waren Produkte zwar üblicherweise klar umgrenzt (halbprivate oder private Spitalversicherung), jedoch häufig im Umlageverfahren finanziert. Das bedeutet, dass junge Versicherte diejenigen Versicherten mitfinanzieren, die Leistungen in Anspruch nehmen müssen. Dieses Prinzip kommt ebenfalls aus dem Sozialversicherungsumfeld: Die damit verbundenen Risiken werden in die Zukunft verlagert.

Erst mit der Gründung der FINMA 2009 trat eine privatversicherungsrechtlich orientierte Aufsicht in der Krankenzusatzversicherung in Erscheinung und forderte die Krankenversicherer dazu auf, ihre Zusatzversicherungsportfolios nach Grundsätzen der Privatversicherung zu gestalten. Bereits mit ihrem ersten Rundschreiben zur privaten Krankenversicherung 2010 wies die FINMA auf die Notwendigkeit selbsttragender Finanzierungsmodelle hin und setzte diese später durch massive Eingriffe bei einzelnen Krankenversicherern und in der Gesamtindustrie (z.B. Neugestaltung der kollektiven Heilungskosten) durch¹.

Die Aufarbeitung des sozialversicherungsrechtlichen Erbes in der privaten Krankenversicherung ist indes nicht abgeschlossen. Insbesondere im Bereich der ambulanten Produkte finden sich nach wie vor viele der angesprochenen Risikobündel; und auch die mindestens indirekte Tendenz zur Querfinanzierung von Grund- und Zusatzversicherung, z.B. bei Provisionsvergütungen, ist verbreitet. Es bleibt abzuwarten, inwieweit die FINMA ihren aufsichtsrechtlichen Privatversicherungskurs weiter gestaltet und die Industrie einen Wandel hin zu einem kundenzentrierten, selbsttragenden Versicherungsangebot in der privaten Krankenversicherung vollzieht.

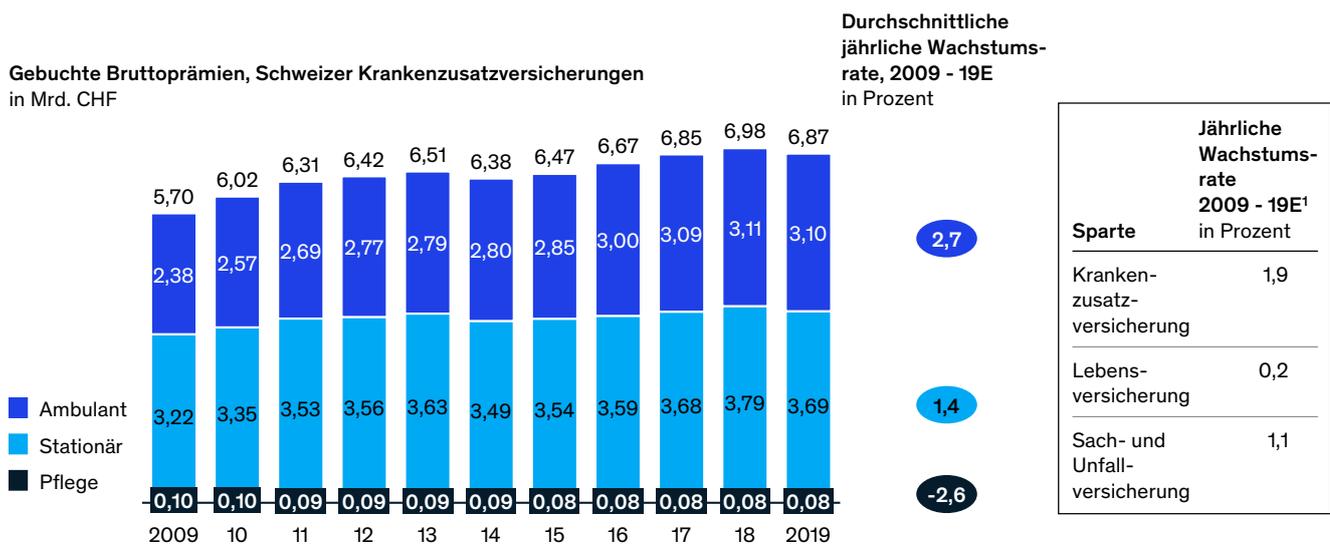
2. Ungedekte Kundenbedürfnisse in der Krankenzusatzversicherung

Ein solcher Wandel wäre wichtig, weil das gegenwärtige Produktangebot der privaten Krankenversicherung zunehmend ungeeignet ist, auf veränderte Marktbedingungen zu reagieren und zentrale Bedürfnisse der heutigen Kunden zu erfüllen; das trifft insbesondere auf die Deckung von Mehrleistungen bei Eintritt schwerer Gesundheitsrisiken zu.

Diese Feststellung gilt, wie wir sehen werden, in hohem Mass für die historisch besonders profitablen Spitalzusatzversicherungen (allgemein ganze Schweiz, halbprivat, privat). Deren jährliches Wachstum seit 2009 war mit 1,4% zwar noch immer höher als das Wachstum in Sach- und Lebensversicherungen für Privatpersonen (Darstellung 3); allerdings geht ein Grossteil davon auf – teilweise aufsichtsrechtlich geforderte – Prämienanpassungen zurück, und nicht etwa auf eine Zunahme der Versichertenzahl. So ist bei einem durchschnittlichen jährlichen Prämienwachstum von 1,4% die Anzahl der versicherten Personen bei Spitalzusatzversicherungen im gleichen Zeitraum lediglich um 1,1% gewachsen (Darstellung 4). Dabei ist erwähnenswert, dass nach Anpassung der Spitalfinanzierung in 2012 (Einführung SwissDRG) keine signifikante Abnahme der Versicherten mit Deckung «Allgemein ganze Schweiz» beobachtet wurde. Dies ist wahrscheinlich auf die relativ geringe durchschnittliche Prämie pro Versichertem im Vergleich zu anderen Deckungen bzw. auf entsprechende Prämienanpassungen der Versicherer zurückzuführen. Darüber hinaus verweisen Brancheninsider auf eine zunehmende Tendenz zum «Downgrading» innerhalb der Spitalzusatzversicherungen, was sich u.a. in der Zunahme der flexiblen Modelle auf Kosten von Privat- und Halbprivatversicherungen zeigt (Darstellung 4). Dieses Downgrading dürfte – gemeinsam mit der Alterung der Bestände – zu einer über die Zeit abnehmenden Profitabilität der Krankenzusatzversicherung führen,

¹ Beispiele sind das Verbot des Ausgaben-Umlageverfahrens für die Finanzierung von Krankenversicherungen nach VVG 2010, siehe Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA, *Rundschreiben 2010/3, Krankenversicherung nach VVG*, finma.ch, Bern, 2010, oder die Anpassung der Alterungsrückstellungen auf Grund der anhaltenden Tiefzinsphase, siehe Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA, *Jahresbericht 2018*, finma.ch, Bern, 2018

Bescheidenes Wachstum im privaten Versicherungsmarkt 2018 - 19



¹2019 gemäss Hochrechnung SVV

Quelle: FINMA Versicherer-Report; Krankenversicherung (inkl. Mehrspartenversicherer); McKinsey

auch wenn ein im Vergleich zum Leistungszuwachs überproportionales Prämienwachstum in den vergangenen Jahren die Profitabilität vorerst stabilisiert hat.

Ambulante Zusatzversicherungsprodukte verzeichnen im Gegensatz zu den stationären ein jährliches Wachstum von 2,7% pro Jahr und erfreuen sich, zumal im physischen Vertriebskanal, grosser Beliebtheit. Angesichts des Aufbaus dieser Produkte als Bündel, die den Versicherten wenig Spielraum für einen auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenen Versicherungsschutz lassen, spiegelt dieses Wachstum sicherlich vor allem das starke Bedürfnis der Bevölkerung nach

Stagnation und «Downgrading» in den Spitalzusatzversicherungen

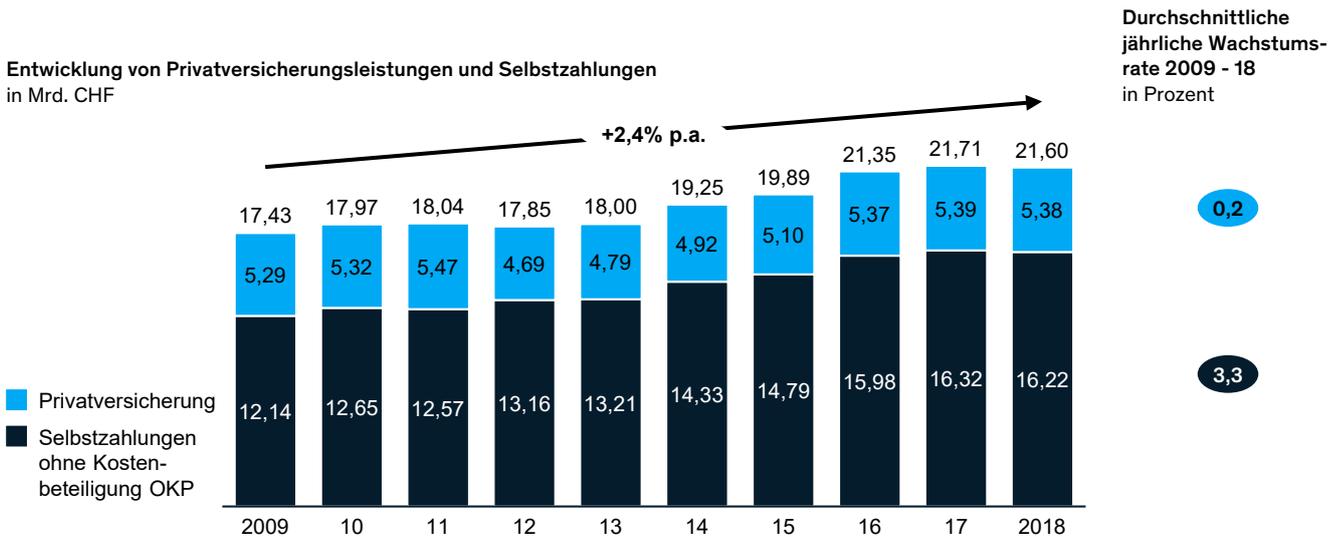


¹Ohne Krankenzusatzversicherung bei Privatversicherern

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

Quelle: BAG

Schwindender Anteil der Zusatzversicherer an den Gesundheitsleistungen – Entwicklung von Privatversicherung und Selbstzahlungen zur Finanzierung des Gesundheitswesens



Quelle: Statistisches Bundesamt, Kosten des Gesundheitswesens nach Finanzierungsregime

Gesundheitsdienstleistungen wider, die nicht über die Grundversicherung gedeckt sind – und nicht etwa Qualität und Kundenzentriertheit dieser Produkte. Zu dieser Annahme passt, dass der Anteil der Krankenzusatzversicherungen an den privaten Gesundheitsausgaben seit 2009 kontinuierlich sinkt und somit ein steigender Anteil der Nachfrage nach nicht obligatorisch versicherten Gesundheitsdienstleistungen an den Krankenzusatzversicherern vorbeifliesst (Darstellung 5)².

Dabei gäbe es eine Vielzahl von Herausforderungen, auf die die Industrie mit Innovation und Gestaltungswille reagieren könnte.

Bezahlbare Prämien im Alter

Nach den eingangs erwähnten Interventionen der FINMA sind Spitalzusatzversicherungen heute bei allen Krankenversicherern über eine Effektivalterfinanzierung gedeckt. Konkret bedeutet dieses Finanzierungsmodell einen massiven Anstieg der Versicherungsprämien von bis zu 500% mit zunehmendem Alter. Demnach ist das Versicherungsprodukt dann am teuersten, wenn die meisten Versicherten es nach langer Einzahlungsphase zum ersten Mal in Anspruch nehmen. Da Personen ab 55 Jahren von den meisten Versicherern nicht mehr aufgenommen oder nur mit starken Vorbehalten akzeptiert werden und bereits angesparte Reserven bei einem Versichererwechsel nicht transferiert werden können, sind Zusatzversicherte diesen Prämien-erhöhungen ausgeliefert: Entweder sie kündigen und verlieren die einbezahlten Beiträge oder sie bleiben und zahlen weiterhin die massiv steigenden Prämien³.

Gleichzeitig nimmt im seit über 10 Jahren vorherrschenden Niedrigzinsumfeld die Kaufkraft der über 65-Jährigen tendenziell ab. Während Arbeitnehmer 2010 noch mit einem Umwandlungssatz von 6,74% in Pension gehen konnten, liegt dieser heute bei 5,73% und dürfte weiter sinken, wobei die geringe Teuerung diesen Effekt teilweise ausgleicht.

Da die Gesundheitskosten im Alter massiv steigen, müsste in Krankenversicherungsprodukten ein Sparprozess über die Zeit vorgesehen werden (nicht nur in der Zusatz-, sondern auch in der heute umlagefinanzierten Grundversicherung), um mit in jungen Jahren gebildeten Altersrückstellungen einen Teil der im Alter benötigten Leistungen zu finanzieren. Eine solche der Lebensversicherung nahen Finanzierungslogik – für die es im Ausland durchaus Beispiele

^{2,3} Siehe auch Comparis.ch, Pius Gyger, *Private Märkte im Gesundheitswesen*, Bern 2018

gibt – ist indes in der Schweizer Grund- und Zusatzversicherung nicht enthalten. Die wenigen Produkte, die mit einem Sparprozess versehen waren, werden gemäss Branchenvertretern mittlerweile von den Krankenversicherern als geschlossen geführt und im Neugeschäft nicht mehr angeboten. Das bereits angesprochene «Downgrading» innerhalb der Zusatzversicherungsportfolios legt nahe, dass Kunden den Mehrwert solcher Produkte immer weniger erkennen.

Echte Mehrleistung zur Grundversicherung

Insbesondere im Bereich der stationären Zusatzversicherungsprodukte kommt hinzu, dass sich das Grundversicherungsangebot den Leistungen der Zusatzversicherung immer stärker angleicht: Öffentliche Spitäler rüsten im Wettbewerb untereinander auf und bauen ihre Standards aus. Das Universitätsspital Zürich beispielsweise hat Anfang 2019 verkündet, dass es für seinen geplanten Neubau nur noch Einzelzimmer vorsieht⁴. Gleichzeitig schränken manche Versicherer die freie Arzt- und Spitalwahl auch bei Zusatzversicherungsprodukten ein (z.B. via Listenspitäler). Da neben der freien Arzt- und Spitalwahl der Komfort traditionell ein wichtiger Bestandteil der Spitalzusatzversicherungen ist, wird der Bedarf nach Zusatzversicherungen tendenziell abnehmen, sofern keine Modernisierung des Produktangebots stattfindet.

Mehrleistung bei ambulanter Leistungserbringung

Auch die politisch induzierte Verschiebung von stationären hin zu vermehrt ambulanten Leistungen stellt das aktuelle Spitalzusatzversicherungsangebot in Frage. Die Verschiebung reduziert den Anwendungsbereich klassischer Spitalzusatzversicherungen: Immer mehr Eingriffe dürfen nur noch ambulant vorgenommen werden und sind somit nicht durch die Versicherung gedeckt, was über die Zeit die Attraktivität dieser Produkte schmälern oder zu einer Preiskorrektur führen dürfte. Daraus wiederum ergibt sich die Notwendigkeit und gleichzeitig die Möglichkeit, Produkte einzuführen, die auf ambulante Zusatzleistungen zielen – von der verkürzten Wartezeit über die Wahl des Spezialarztes, Zugang zu optimaler ambulanter Infrastruktur bis hin zur kurzfristigen Terminfindung. Obwohl einzelne Versuche in diese Richtung sichtbar sind, tut sich die Versicherungsindustrie insgesamt schwer; sie befürchtet zusätzliche Kostensteigerungen, wenn ambulante Leistungen über eine Zusatzversicherung besser als im KVG vorgesehen vergütet werden. Solche Zusatzvergütungen sind gemäss aktueller Gesetzeslage auch nicht vorgesehen: Das KVG enthält für ambulante Leistungen einen Tarifschutz, was bedeutet, dass ein und dieselbe über die Grundversicherung gedeckte Leistung nicht auch noch über eine Zusatzversicherung gedeckt werden darf. Raum für Differenzierung würde allerdings durchaus bestehen, z.B. beim Zugang (Arztwahl, Spitalwahl, Wartezeit) oder unterschiedlichen Infrastrukturanforderungen. Bisher ist kein Lobbying der privaten Krankenversicherer in diese Richtung erkennbar oder gar eine Zusammenarbeit mit privaten Leistungserbringern, die darauf zielt, Kunden privater Zusatzversicherungen ein Angebot zu unterbreiten, das der stationären Deckung ähnelt.

Finanzierung des Pflegebedarfs

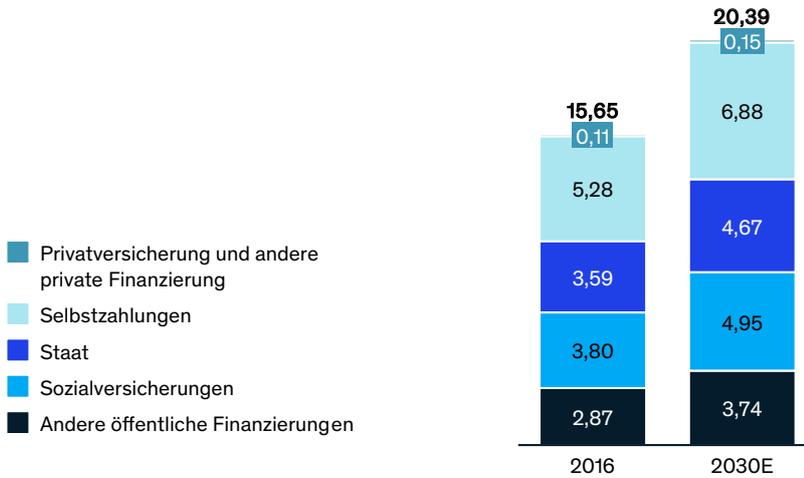
Mit der Alterung der Bevölkerung wächst der Pflegebedarf und damit der Bedarf für innovative Finanzierungsmodelle. Heute übernehmen Krankenversicherer die medizinischen Behandlungskosten für Pflegebedürftige, während die weiteren Kosten individuell – von den einzelnen Pflegepatienten bzw. den Kantonen – getragen werden. Die Langzeitpflegekosten belaufen sich bereits heute auf über 15,7 Mrd. CHF und werden mit zunehmender Bevölkerungsalterung gemäss Schätzungen bis ins Jahr 2030 auf 20,4 Mrd. CHF steigen (Darstellung 6).

Der zunehmende Pflegebedarf wäre ein interessantes Betätigungsfeld für private Zusatzversicherungen. Davon nehmen jedoch die meisten Versicherer Abstand – aus Angst vor den künftig anfallenden Kosten. Zudem kämpfen sie im Bereich der Grundversicherung politisch vehement gegen eine zusätzliche Übernahme von Pflegekosten, wodurch eine andere Haltung in der Zusatzversicherung unglaublich erscheinen könnte.

⁴ Jan Hudec, *Warum es für das Zürcher Universitätsspital besser ist, jedem Patienten ein Einzelzimmer zu geben*, NZZ, 10. Januar 2019, NZZ.ch, Zürich, 2019

Starker erwarteter Anstieg der Langzeitpflegekosten bis 2030

Langzeitpflegekosten nach Finanzierungsträgern¹
in Mrd. CHF



¹ Konstante Verteilung über Finanzierungsträger bis 2030 angenommen

Quelle: Eling und Elvedi (2019): *Die Zukunft der Langzeitpflege in der Schweiz*

Mehrprämie statt Vorbehalt

Krankenzusatzversicherungen können derzeit ausschliesslich von gesunden Personen abgeschlossen werden. Eine Risikoprüfung garantiert, dass Personen mit bestehenden Erkrankungen nicht oder nur unter Vorbehalt aufgenommen werden. Dieses Vorgehen entspricht selbstredend der Versicherungslogik. Allerdings sind die Ausschlusskriterien bei Vertragsabschluss bisher zu undifferenziert; ein Angebot, das ein höheres Risiko mit einer höheren Prämie abfedert und damit die Krankenzusatzversicherung für weitere Personengruppen öffnet, ist im Markt nicht vorhanden.

Persönlich, einfach und digital

Obwohl diverse Schweizer Krankenversicherer ihre digitalen Fähigkeiten ausbauen und in digitale Dienstleistungen («Gesundheitsplattform», «Gesundheitsapp») investieren, bleiben viele Prozessschritte – vom Underwriting über den Vertrieb hin zum Leistungsbezug – im Bereich der Zusatzversicherung weitgehend analog.

Ein flexibles und personalisierbares Produktangebot als Grundlage der Digitalisierung fehlt. Die bereits erwähnte Bündelung von Zusatzversicherungsprodukten macht es Versicherungsnehmern in den meisten Fällen unmöglich, eine individuell zugeschnittene Deckung zu wählen. Fehlende Flexibilität und Personalisierung zeigen sich auch in Parametern wie der Mindestvertragsdauer, die in vielen Fällen zwölf Monate oder mehr beträgt. Ein vorübergehender «To go»-Abschluss einer Zusatzversicherung (z.B. gegen Aufpreis) ist nicht vorgesehen. Auch das individuelle Underwriting inkl. der Bepreisung, etwa anhand von Bewegungsdaten aus Gesundheitsapps, wird bisher nur ansatzweise getestet.

Der Anteil des digitalen Vertriebs von Krankenzusatzversicherungsprodukten liegt nach unseren Schätzungen im unteren einstelligen Prozentbereich. Ein unkomplizierter und schneller Produktabschluss ist vielfach nicht möglich. Das liegt zum einen am notwendigen Gesundheitscheck, der das Abschlussprozedere aufwändig macht. Zum anderen zeigt sich auch hier, dass ein Produktangebot fehlt, das leicht verständlich, gut vergleichbar und klar abgrenzbar ist und sich somit für einen digitalen Abschluss eignen würde.

3. Strukturelle Faktoren als Hemmnis für Innovationsbereitschaft in der Krankenzusatzversicherung

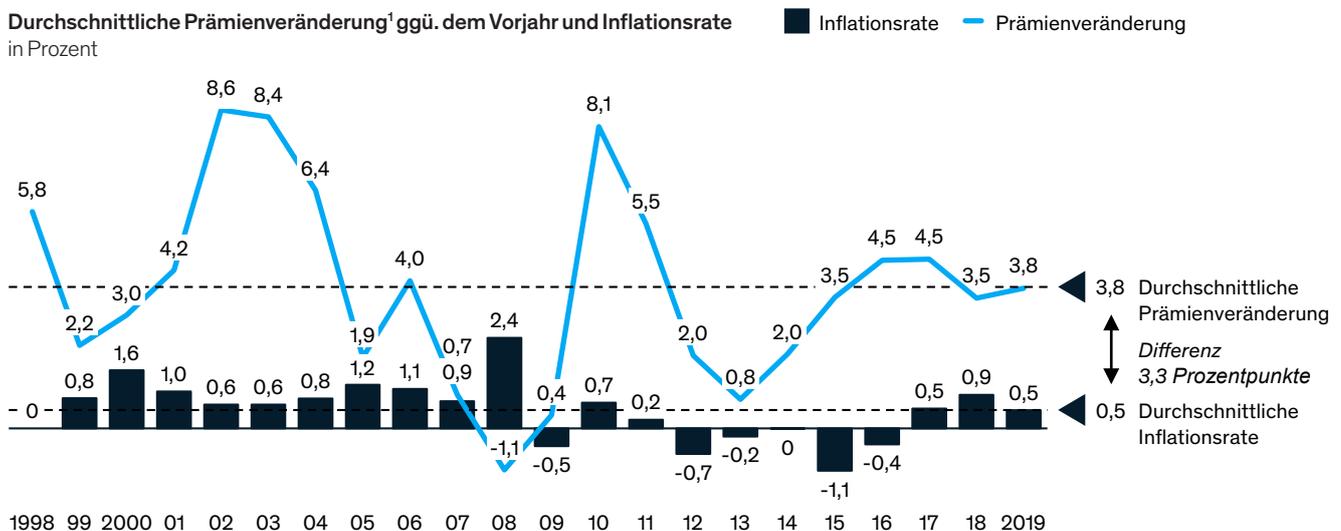
Eine Reihe von Faktoren lässt sich als Ursache der geringen Innovationsbereitschaft im Bereich der Krankenzusatzversicherung ausmachen. Wir gehen davon aus, dass sich hinter vielen dieser Faktoren die strukturelle Verzahnung der Krankenzusatzversicherung mit der sozialen Grundversicherung verbirgt. Eine Fokussierung auf privatversicherungsrechtliche Ansätze (neben dem Abdecken der Grundversicherung) könnte die Innovationskraft in der Krankenzusatzversicherung wesentlich steigern.

Absorption von Managementkapazität für Entwicklungen in der Grundversicherung

Die obligatorische Krankenversicherung ist ein wichtiger Grundpfeiler der sozialen Vorsorge in der Schweiz. Sie sichert der Bevölkerung den Zugang zu einem breiten Katalog hochwertiger medizinischer Leistungen im Krankheitsfall unabhängig von bestehenden Vorerkrankungen. Die sozialen Krankenversicherer sichern über die Prämien die Finanzierung der Grundversicherung und üben eine Kontrollfunktion aus. Allerdings sind die Grundversicherungsprämien seit 1998 jährlich um durchschnittlich 3,8% gestiegen, womit der Kostenanstieg im Durchschnitt 3,3 Prozentpunkte über der Inflationsrate lag (Darstellung 7). Die steigenden Kosten in der Grundversicherung sind für die Bevölkerung spürbar – 2018 und 2019 lag das Thema «Steigende Krankenkassenprämien/Gesundheitskosten» auf Platz 2 des von der Credit Suisse durchgeführten Sorgenbarometers – und führen zu immer stärkeren politischen Interventionen (wie beispielsweise die hängige CVP-Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen» und der dazu präsentierte Gegenvorschlag des Bundesrats zeigen). Die aktuelle pandemische Gesundheitskrise führt zwar kurzfristig zu einem grösseren Verständnis für Gesundheitsausgaben, erhöht bei den Krankenversicherern aber dennoch den Druck, Kosten stärker zu steuern. Die Einführung alternativer Versicherungsmodelle in der Grundversicherung ist eine beliebte Massnahme, um mit Rabatten den Druck zu reduzieren. Dieser wird durch die angekündigte Einführung einer einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) tendenziell zunehmen, da diese den Krankenversicherern abverlangt, sämtliche Kosten zu tragen (auch wenn diese dann anteilig von den Kantonen rückvergütet werden).

Darstellung 7

Starkes jährliches Wachstum der Grundversicherungsprämien seit 1998



¹ Durchschnittsprämie für Erwachsene (> 26 Jahre), Gesamtschweiz

Quelle: BAG; Laenderdaten.info

Der starke Kostendruck in der Grundversicherung und die damit einhergehende Fokussierung auf die Entwicklung alternativer Versicherungsmodelle beanspruchen Managementkapazitäten, die für die Zusatzversicherung fehlen. Dieser Effekt wird weiter verstärkt durch das nach wie vor im Raum stehende Szenario einer «Einheitskasse». Unter anderem um für ein solches Szenario gewappnet zu sein, behandeln viele Krankenversicherer das Wachstum oder mindestens Halten des Grundversicherungsbestands weiterhin als höchste Priorität und investieren (z.B. über Provisionszahlungen an Vermittler für Bündelprodukte aus Grund- und Zusatzversicherung) auch signifikante Summen, um ihre Position in der Grundversicherung zu halten. Das wiederum führt zu regulatorischen Interventionen (z.B. die am 1. Januar 2021 in Kraft getretene Branchenvereinbarung «Vermittler», die Vermittlerprovisionen auf Höhe einer Jahresprämie deckelt).

Regulatorischer Nachbesserungsbedarf in der Zusatzversicherung

Neben den regulatorischen und politischen Vorgaben in der Grundversicherung bindet auch die Umsetzung des regulatorischen Regimes der Zusatzversicherung Managementkapazitäten. Da der Fokus vieler Krankenversicherer traditionell auf der Grundversicherung liegt, besteht im Bereich der Zusatzversicherung ein umso grösserer Nachbesserungsbedarf.

Das regulatorische Regime der Zusatzversicherung unterscheidet sich signifikant von dem der Grundversicherung. Beispielsweise müssen die Grundprinzipien der Privatversicherung bezüglich Finanzierung und Kostenwahrheit eingehalten werden und Grund- und Zusatzversicherung sind strikt zu trennen. Dieser in der Privatversicherung begründete Denkansatz war historisch bei Krankenkassen nicht verankert, wird aber seit Gründung der FINMA 2009 und ihrer Übernahme der Aufsichtspflicht über Rundschreiben, Interventionen und Aufsichtsschwerpunkte eingefordert. Wiederkehrende Themen sind dabei die Kontrolle von Tarifanpassungsvorlagen und die Überprüfung der (altersbedingten) Rückstellungen. Dass der Prozess des Übergangs in das neue regulatorische Regime noch nicht abgeschlossen ist, zeigt sich an der fortgesetzten Aktivität der FINMA in den vergangenen Jahren, beispielsweise bei der Kontrolle der Tarifverträge zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern sowie bei Kollektivrabatten im Unternehmensgeschäft, bei denen die FINMA eine unzulässige Ungleichbehandlung von Versicherten feststellte.

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.

Präventive Produktaufsicht der FINMA

Auch für den Prozess der Produktentwicklung und Produkteinführung spielen die Regulierungsbehörden eine zentrale Rolle. Innovationshemmend wirkt hier einerseits das (sozialpolitisch erwünschte) fehlende Kündigungsrecht seitens des Versicherers in der Krankenzusatzversicherung. Wird ein neues Produkt eingeführt, so ist der Versicherer grundsätzlich so lange daran gebunden, bis der letzte Versicherte das Produkt von sich aus kündigt bzw. aus dem Vertrag ausscheidet.

Darüber hinaus hat die FINMA mit ihrer präventiven Produktaufsicht im Bereich der Krankenzusatzversicherung ein engmaschiges regulatorisches Regime aufgebaut, das den Krankenversicherern bei Produktinnovationen weniger Freiraum lässt als etwa den Sachversicherern. Beispielsweise das «Äquivalenzerfordernis» stellt Versicherer vor Herausforderungen. Wollen sie ein Produkt aus dem Verkauf zurückziehen und Bestände nach dem Rückzug nicht geschlossen weiterführen (z.B. um Antiselektionseffekte zu vermeiden), müssen sie den Versicherten ein neues und «gleichwertiges» Produkts mit Übertrittsrecht anbieten, wobei die FINMA die Gleichwertigkeit prüft. Chancen für eine Zulassung hierfür sind umso grösser, je näher ein neues Produktdesign an das bisherige Produkt anknüpft. Was nach einem sinnvollen Schutzmechanismus der Versicherten klingt, führt in der Praxis dazu, dass sich Produktangebote der Versicherer lediglich evolutionär verändern und die Schranken für echte Produktinnovationen – auch im Sinne der Versicherten – sehr hoch sind. Ein möglicher Lösungsansatz, der das

Schutzniveau für Versicherte erhalten, aber gleichzeitig Innovation fördern würde, wären Erleichterungen für Versicherer bei der Führung geschlossener Bestände. Dazu gehören beispielsweise gezielte Lösungen für Antiselektionseffekte, die bei schrumpfenden Beständen in geschlossenen Produkten auftreten.

Gemeinsame Marke, gemeinsame Botschaft

Krankenversicherer führen ihre Grund- und Zusatzversicherungen typischerweise unter der gleichen Marke. Mit einer Produktgestaltung, die (ambulante) Zusatzversicherungen weitgehend als «Add-ons» (oder eben «Zusätze») zur Grundversicherung begreift, stellen die Krankenversicherer auch produktseitig eine starke Verbindung zwischen ihren Angeboten in Grund- und Zusatzversicherung her. Sie setzen sich damit unter Druck, eine inhaltliche Kohärenz zwischen den beiden Tätigkeitsfeldern zu gewährleisten, und schränken so ihre Innovationsfreiheit in der Zusatzversicherung ein: Einzelne Versicherer mussten interessante Produktideen in der Zusatzversicherung zurückziehen, wenn die eigene Grundversicherung wegen ihrer rigiden Haltung bei der Rückerstattung genau bei dieser Leistung in der Grundversicherung in die öffentliche Diskussion geraten war.

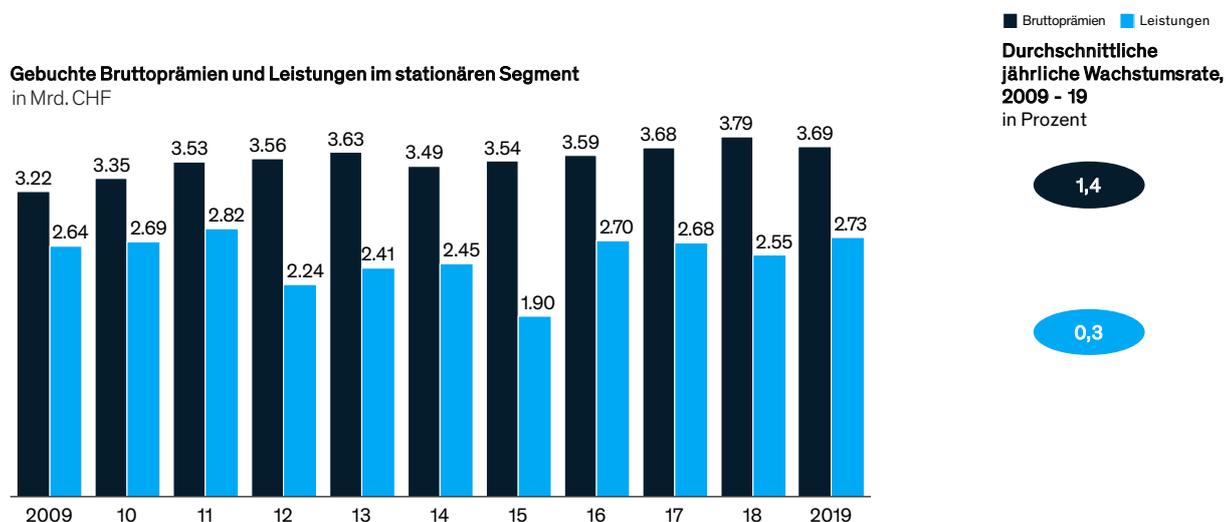
Rentable Portfolios als Innovationshemmer

Ein weiterer Grund für eine fehlende oder limitierte Innovationsbereitschaft ist der (bislang) nur schwach ausgeprägte Leidensdruck bei den Krankenversicherern. Die bestehenden Produktportfolios in der Krankenzusatzversicherung sind mit einer geschätzten durchschnittlichen Combined Ratio von unter 90% profitabel und generieren verlässliche, wiederkehrende Erträge. Die Profitabilität der Krankenzusatzversicherung hat sich im Laufe der vergangenen Jahre sogar erhöht. Ein Beispiel ist das starke Prämienwachstum der Spitalzusatzversicherungen von durchschnittlich jährlich 1,4% seit 2019 bei gleichzeitig nahezu stagnierenden Leistungen mit 0,3% Wachstum (Darstellung 8). Ambulante Krankenversicherungen weisen im gleichen Zeitraum mit einem jährlichen Prämienwachstum von 2,2% bei einem Leistungswachstum von 1,3% ein ähnliches, wenn auch weniger ausgeprägtes Muster auf. Steigende Prämien bei de facto schrumpfender Deckung sind sicherlich nicht im Interesse der Versicherten und längerfristig kaum aufrechtzuerhalten.

Gleichzeitig steht die Frage im Raum, ob Erträge aus den Zusatzversicherungen nicht auch für die Finanzierung von Leistungen der Grundversicherung eingesetzt werden oder traditionell wurden, so beispielsweise in den Bereichen Vertrieb (Provisionszahlungen für Bündel aus Zusatz- und Grundversicherungsprodukten) oder Lehre und Forschung. Mit einer Kostenüber-

Darstellung 8

Leistungsentwicklung in der Spitalzusatzversicherung bleibt hinter dem Prämienwachstum zurück



¹ Die beobachtete Reduktion der Leistungen im Jahr 2012 im Vergleich zum Vorjahr ist auf die Anpassung der Spitalfinanzierung (Einführung SwissDRG) zurückzuführen

Quelle: FINMA Versicherer-Report; Krankenversicherung (inkl. Mehrspartenversicherer)

wälzung auf die Zusatzversicherung könnten Kostenquoten in der Grundversicherung tief gehalten werden, was (aus Marketing- oder politischen Gründen) als wünschenswert gilt. Dieses Phänomen zeigt sich unter anderem an der unter den privaten Krankenversicherern grossen Variabilität der Kostenquoten und den wesentlich höheren Kosten der Zusatzversicherung im Vergleich zur Grundversicherung (Darstellung 9).

4. Innovationen im Markt

Wir haben diverse Gründe für die mangelnde Innovationsbereitschaft im Krankenzusatzversicherungsbereich aufgeführt. Dennoch gibt es Innovationen im Markt, denn viele Krankenversicherer haben ihre Geschäftsmodelle in den vergangenen Jahren weiterentwickelt. Die nachfolgenden Beispiele zeigen, dass dabei fast immer die Grundversicherung im Fokus stand und eine Erweiterung hin zur Zusatzversicherung bis jetzt nicht stattfand.

Aufbruch in die Welt der Leistungserbringer

Fast alle Krankenversicherer haben ihr Angebot um oftmals digital unterstützte «Gesundheitsdienstleistungen» erweitert, um dadurch Kundennähe zu schaffen und über die Rolle eines reinen «Zahlers» und «Administrators» hinauszuwachsen. So bieten heute viele Krankenversicherer ihren Kunden digitale Angebote in den Bereichen Fitness, Ernährung und Vorbeugung bei bereits eingetretenem Leistungsfall (z.B. Unterstützung chronisch Kranker und Herzkranker oder Begleitung psychisch Kranker). Viele dieser Stossrichtungen weiten das Spektrum des klassischen Krankenversicherers aus und umfassen Elemente der medizinischen Leistungserbringung.

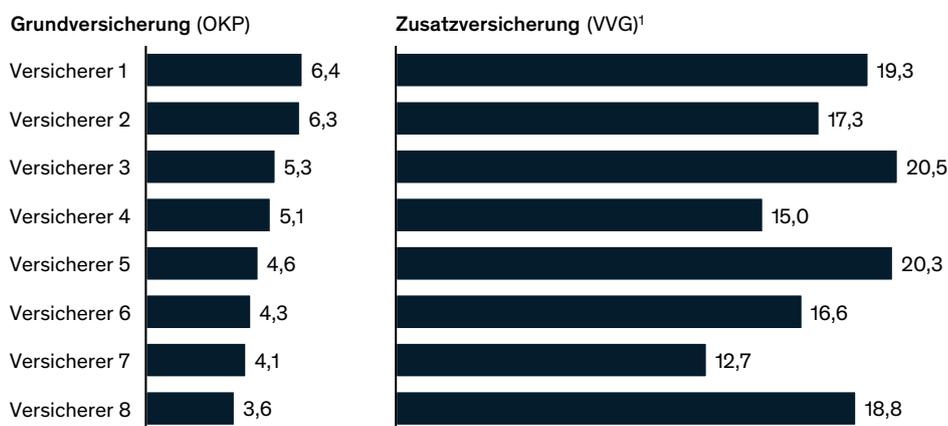
Die meisten Aktivitäten fokussieren auf den digitalen Raum und stellen kostenfreie Dienstleistungen für bestehende Kunden in Grund- oder Zusatzversicherung dar. Darüber hinaus gibt es zwar Kooperationen mit traditionellen Leistungserbringern, den so genannten «präferierten Partnern», aber eine tiefergehende Integration von Leistungserbringern, wie etwa im angelsächsischen Raum bei Akteuren wie Kaiser Permanente zu beobachten, findet bisher kaum statt und ist auf Grund der inhärenten Zielkonflikte zwischen Leistungserbringern und -zahlern im Moment auch nicht in grossem Stil zu erwarten. Denkbar ist, dass digitale Angebote und traditionelle Leistungserbringer mit der Zeit im Rahmen alternativer Versicherungsmodelle zunehmend integriert und zur Steuerung des Leistungsbezugs eingesetzt werden.

Darstellung 9

Starke Variabilität bei Kostenquoten von Grund- und Zusatzversicherung

Illustrativ

Verwaltungsaufwand 2018
in Prozent



¹ Beinhaltet bei einzelnen Versicherern auch das Unternehmensgeschäft (KTG)

Positionierung im «Gesundheitsökosystem»

Viele Krankenversicherer versuchen derzeit, sich im weiteren «Gesundheitsökosystem» zu positionieren. Unter Ökosystemen verstehen wir kundenzentrierte Netzwerke, in denen Kunden auf untereinander vernetzte Dienstleistungen zur Erfüllung verschiedener Bedürfnisse innerhalb eines integrierten Rahmens zugreifen können. Ökosysteme brechen traditionelle Branchengrenzen angesichts neuer technologischer Möglichkeiten und veränderter Kundenbedürfnisse auf. «Orchestrierer» können sich dabei die wertvolle Kundenschnittstelle sichern, während andere Teilnehmer zunehmend austauschbar werden und somit der Gefahr der Kommodifizierung ausgesetzt sind. Dies erklärt die Motivation der Krankenversicherer, eine zentrale Rolle im Gesundheitsökosystem einzunehmen. Technologiegiganten wie Amazon in den USA und das digitale Versicherungsökosystem Ping An in China sind die Pioniere der Ökosysteme, die mittlerweile von einer Vielzahl grosser europäischer Versicherer mit mehr oder weniger ausgeprägtem Erfolg nachgeahmt werden.

Der zweite grosse und stark wachsende Neuerungsbereich der Grundversicherung der vergangenen Jahre sind alternative Versicherungsmodelle (AVM) – mit ihnen unternehmen die Krankenversicherer erstmals einen Vorstoss in die Welt der Gesundheitsökosysteme. Von AVM versprechen sich Krankenversicherer einerseits eine Kosteneinsparung durch Lenkung im Leistungsbezug (Rabatte in der Grundversicherung) und andererseits die Einbindung ausgewählter Gruppen von Leistungserbringern in ein Netzwerk. Gegenüber ihren Kunden positionieren die Krankenversicherer diese Lenkung als Massnahme zu Prämienvergünstigungen sowie als Orientierungshilfe und damit als Mehrleistung. Die Differenzierung fällt allerdings schwer, da der Grundversicherungswettbewerb (fast ausschliesslich) ein Preiskampf ist und bisher keine tragfähigen (digitalen) Plattformen zur Unterstützung der Steuerung geschaffen wurden. Zudem greifen alle Krankenversicherer auf ähnliche Steuerungselemente zurück. Beispielsweise nutzen fast alle die telemedizinische Beratung von lediglich zwei Anbietern, Medgate und Medi24.

Im Bereich AVM hat Sanitas gemeinsam mit Medbase einen neuen – inzwischen von anderen Versicherern adaptierten – Akzent gesetzt. Bei ihrem Multiaccess-Modell stehen nicht nur die Kosten (Rabatte), sondern auch der Komfort für die Versicherten (Zugang/Vernetzung) im Vordergrund. An sich wäre der zusätzliche Komfort eine Mehrleistung zum KVG. Durch den Aufbau des Produkts als AVM passiert jedoch das Gegenteil: Der zusätzliche Komfort manifestiert sich in einem weiteren Rabatt in der Grundversicherung und entzieht der Zusatzversicherung eine mögliche Produktdifferenzierung. Medbase ist der ideale AVM-Partner für Krankenversicherer, da das Unternehmen in der gesamten Schweiz tätig ist und sich gegenüber den Ärzten auf Grund seiner Marktmacht behaupten kann.

Für die Erweiterung des Ökosystemansatzes im Gesundheitsbereich kommt Migros, dem Mutterkonzern von Medbase, eine Schlüsselrolle zu. Migros hat sich in den vergangenen Jahren durch den Ausbau von Fähigkeiten in den Bereichen Wellness, Vorsorge, Medikamentenversorgung (betreibt Apotheken) und medizinische Leistungserbringung (insbesondere via Medbase) in eine günstige Startposition als möglicher Gestalter eines Gesundheitsökosystems gebracht. Entsprechend wichtig ist es für Krankenversicherer, sich eine privilegierte Position in diesem Ökosystem zu verschaffen.

Auffällig an all diesen Ansätzen ist die starke Orientierung auf die Grundversicherung als Reaktion auf (Kosten-)Druck und äussere Trends. Eine Zunahme der Kundenzentriertheit ist zwar erkennbar, aber angesichts der geringen Produktdifferenzierung und der Fokussierung auf Kostenersparnis schwach ausgeprägt. Eine Weiterentwicklung des Netzwerkansatzes in die Zusatzversicherung hinein – in Zusammenarbeit mit privaten Leistungserbringern – könnte hier neue innovative Wege eröffnen, findet aber bis jetzt nicht oder erst in zaghaften Ansätzen statt.

5. Zukunftsszenarien für die Krankenzusatzversicherung in der Schweiz

Es gibt also Innovationen, aber diese halten kaum Antworten für die sich verändernden Bedürfnisse von Zusatzversicherungskunden oder politisch bedingte Marktverschiebungen bereit. Dabei wäre doch zu erwarten, dass der grosse Kostendruck das Leistungsangebot der Grundversicherung zukünftig schmälert und eine noch grössere Lücke für private Versicherungsangebote entsteht – nicht nur für vermögende Kunden, die sich traditionell für Spitalzusatzversicherungen (privat/halbprivat) interessieren, sondern auch für ein breiteres Kundensegment, das klar umrissene medizinische Zusatzleistungen mit erschwinglichen Deckungssummen nachfragt.

Eine Erneuerung der Krankenzusatzversicherung ist von äusserster Dringlichkeit: Die privaten Leistungserbringer geraten auf Grund politischer Entwicklungen (Spitallisten, ambulant vor stationär) immer stärker unter Druck und mit ihnen, zeitverzögert, die traditionellen Spitalzusatzversicherungen. Gleichzeitig besteht ein grosses Bedürfnis in der Bevölkerung nach Gesundheitsleistungen über die Grundversicherung hinaus. Für die Zukunft der privaten Medizin und damit der Krankenzusatzversicherung 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 Rolle der privaten Medizin und damit der privaten Krankenversicherer wird nachhaltig geschwächt und auf eine Nebenrolle reduziert, die zur Grundversicherung keine nennenswerten Wettbewerb und die Qualität fördernde Ergänzung bietet.

Wie aber könnte die Industrie ein modernes, auf die Kundenbedürfnisse zugeschnittenes Angebot entwickeln, das die Zukunft der Krankenzusatzversicherung und mit ihr der privaten Medizin in der Schweiz langfristig sichert?

Strategische Klarheit als Voraussetzung für die Ausrichtung des Portfolios

Zunächst müssen die Schweizer Krankenversicherer ein paar grundsätzliche strategische Fragen beantworten. Die wichtigste betrifft die strategische Bedeutung der Krankenzusatzversicherung als eigener Geschäftszweig neben der Grundversicherung. Stellt die Zusatzversicherung neben der Grundversicherung ein eigenständiges und in Zukunft wichtiges Geschäftsfeld dar oder ist sie reiner «Zusatz» zur Grundversicherung? Auch für Krankenversicherer mit einem grossen Zusatzversicherungsportfolio ist die Anzahl der Grundversicherten nach wie vor häufig der entscheidende KPI und wird auf Kosten des Erfolgs und Mehrwerts der Krankenzusatzversicherung priorisiert.

Wird die Krankenzusatzversicherung als strategisches Geschäftsfeld erkannt, stellt sich die Frage, ob die Voraussetzungen für eine konsequente Modernisierung der Krankenzusatzversicherung in den Krankenversicherungsgesellschaften gegeben sind. Dazu gehören Know-how und Fähigkeiten (z.B. in den Bereichen Versicherungsmathematik, Tarifierung, Vertragsversicherungsrecht 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.

Starke Ausrichtung am Kundenbedürfnis – Ansätze für neue Produkte

Innovationspotenzial besteht in der Krankenzusatzversicherung zwar entlang der gesamten Wertschöpfungskette (vom Vertrieb bis zur Leistungserbringung), das Produktangebot (vor allem im traditionell von Spitalzusatzversicherungen gedeckten Bereich) weist jedoch den dringendsten Modernisierungsbedarf auf.

Wie könnte Produktinnovation in diesem Bereich aussehen? Wie bereits erwähnt, sollten zunächst ungedeckte Kundenbedürfnisse berücksichtigt werden. Mögliche Ansätze wären etwa:

Die privaten Leistungserbringer geraten auf Grund politischer Entwicklungen (Spitallisten, ambulant vor stationär) immer stärker unter Druck und mit ihnen, zeitverzögert, die traditionellen Spitalzusatzversicherungen.

Auch für Krankenversicherer mit einem grossen Zusatzversicherungsportfolio ist die Anzahl der Grundversicherten nach wie vor häufig der entscheidende KPI und wird auf Kosten des Erfolgs und Mehrwerts der Krankenzusatzversicherung priorisiert.

Kontrollierte Preisentwicklung und Flexibilität, inkl. Freizügigkeit. Wenig kundenzentriert sind die über die Zeit massiv ansteigenden Prämien der Spitalzusatzversicherungen, derer sich Versicherte zum Abschlusszeitpunkt meist nicht bewusst sind; dieser Anstieg birgt eine Art

In Anlehnung an die Prinzipien der Lebensversicherung könnte die Einführung eines individuellen Sparanteils bei den Prämien für die Krankenzusatzversicherung für Entlastung sorgen.

«Geiseleffekt» in sich. In Anlehnung an die Prinzipien der Lebensversicherung könnte die Einführung eines individuellen Sparanteils bei den Prämien für die Krankenzusatzversicherung hier für Entlastung sorgen. Der Versicherte bezahlt in jungen Jahren zusätzlich zum Risikoanteil seiner Prämie auch ein individuelles Sparkapital, das ihm über die Jahre gutgeschrieben wird und im Alter zur Abfederung des Anstiegs der Risikoprämie eingesetzt wird. Zwar würde ein solcher Sparanteil die Prämien jüngerer Versicherter im Vergleich zu heute verteuern, doch könnte dieser Effekt durch eine Anpassung der Deckung (z.B. Fokussierung auf schwere Gesundheitsrisiken) teilweise gemildert werden. Attraktiv wäre ein Sparanteil vor allem, wenn er für die Versicherten mit einer höheren Flexibilität einherginge und beispielsweise beim Wechsel des Versicherers analog zur Freizügigkeit in der zweiten Säule mitgenommen werden könnte. Denkbar wäre auch, den Versicherten Flexibilität beim Einsatz des angesparten Kapitals zu gewähren, beispielsweise hinsichtlich der Entscheidung, ob es zur Reduktion der Risikoprämie der Krankenversicherung oder als Lebensversicherungskapital verwendet werden soll. Ein solch flexibler Sparanteil würde nicht nur das Problem der über die Zeit massiv steigenden Prämien lösen, 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

Die Unterscheidung zwischen «ambulant» und «stationär» als Voraussetzung für eine Zusatzversicherung ist durch das politisch forcierte Prinzip «ambulant vor stationär» zunehmend obsolet.

«ambulant vor stationär» zunehmend obsolet. An Stelle einer Spitalzusatzversicherung wäre daher eine Zusatzversicherung mit Fokus auf schwere Gesundheitsrisiken zu prüfen. Bei Eintritt eines solchen Risikos deckt die Versicherung ein auf Kundenbedürfnisse ausgerichtetes Leistungsangebot, wobei die freie Arzt- und Spitalwahl, Zugang zu modernsten Therapien und Off-Label-Medikamenten im Zentrum stünden. Produkte im Bereich der Prävention (z.B. Gentests) und Zugang zu personalisierter Medizin über die Grundversicherungsdeckung hinaus wären zu prüfen.

Kooperation mit/Teilintegration von privaten Leistungserbringern. Besonders Erfolg versprechend könnte es sein, die Deckung schwerer Gesundheitsrisiken gemeinsam mit einem (oder

Besonders Erfolg versprechend könnte es sein, die Deckung schwerer Gesundheitsrisiken gemeinsam mit einem (oder mehreren) in der gesamten Schweiz aktiven privaten Leistungserbringer(n) zu entwickeln und anzubieten.

mehreren) in der gesamten Schweiz aktiven privaten Leistungserbringer(n) zu entwickeln und anzubieten. Eine engere Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Versicherern – bis hin zur Teilintegration –, wie im angelsächsischen Raum sichtbar, könnte ein gemeinsames Kostenmanagement vereinfachen und für die privaten Leistungserbringer durchaus interessant sein. Wie eine erfolgreiche Zusammenarbeit trotz der Zielkonflikte aussehen kann (z.B. Joint Venture, gemeinsamer Rechtsträger, Profitsharing) und welche Möglichkeiten sich hierfür im regulatorischen Umfeld der Schweiz bieten, wäre im Detail zu prüfen.

Konsequente Trennung von überholtem Produktangebot

Eine konsequente Trennung von überholten Produkten ist Voraussetzung, um Platz für Produktinnovationen zu schaffen. Gemäss Vertragsfreiheit haben Versicherer grundsätzlich das Recht, den Abschluss weiterer Verträge zu einem bestimmten Produkt einzustellen. Allerdings müssen die regulatorischen Anforderungen an geschlossene Bestände durch die FINMA angemessen berücksichtigt werden; insbesondere ist auszuschliessen, dass für die verbleibenden Kunden durch Antiselektionseffekte eine nicht hinnehmbare Prämiensteigerung entsteht.

Das Schliessen und der Runoff von Produktbeständen im heutigen regulatorischen Umfeld stellt für Krankenversicherer aus den genannten Gründen eine grosse Herausforderung dar. Dennoch sollten Produktinnovationen nicht weiter verzögert und eine zunehmende Komplexität im Produktportfolio nicht hingenommen werden. Wir sind der Überzeugung, dass Versicherer einen intensiven Dialog mit der FINMA aufnehmen sollten, um Lösungen für Bestandsschliessungen sowie die Vereinfachung und Modernisierung ihres Portfolios zu finden. Die Nachteile überholter Produktangebote für Kunden und die Vorteile des neuen – wenn auch nicht immer

gleichartigen – Produkts müssen klar kommuniziert werden. Hier sind Mut und technisches Können gefragt, Produktbestände auch ohne Vorliegen eines Übertrittsprodukts zu schliessen und individuelle Lösungen für mögliche Prämiensteigerungen zu finden.

Proaktive Gestaltung des Marktumfelds

Einige der oben aufgeführten Produktentwicklungsideen (z.B. Freizügigkeitskapital, Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Versicherern) sind im aktuellen regulatorischen Umfeld nicht durchführbar oder zumindest nicht vorgesehen. Angesprochen auf fehlende

Einige der oben aufgeführten Produktentwicklungsideen (z.B. Freizügigkeitskapital, Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Versicherern) sind im aktuellen regulatorischen Umfeld nicht durchführbar oder zumindest nicht vorgesehen.

Innovationen in der Krankenzusatzversicherung, weisen Branchenvertreter denn auch immer wieder auf die strikte Regulierung und Produktauf-sicht der FINMA hin. Es stellt sich allerdings die Frage, inwiefern die Kranken-versicherer ihre Rolle als Gestalter und damit Diskussionspartner der Aufsicht überhaupt wahrnehmen. Die These sei hier gewagt, dass viele Krankenver-sicherer bisher vor allem reaktiv auf Interventionen und Vorgaben der FINMA reagierten und die proaktive Gestaltung des Marktumfelds, etwa durch gezielte öffentliche Diskussionen zum Umgang mit Innovationen in der Leistungserbringung oder das proaktive Präsentieren innovativer Produktansätze bei der FINMA, vernach-lässigten. Dies mag politische Gründe haben oder der schwierigen Doppelrolle der Krankenversicherer in Grund- und Zusatzversicherung geschuldet sein. Ob sich die Aufsicht wirklich gegen Ansätze stellt, die gezielt Kundenbedürfnisse erfüllen und das bestehende Angebot weiterentwickeln, müsste geprüft werden.

Marktentwicklungen als Katalysator – Konsolidierung und Markteintritte

Wir haben zu Beginn die Frage gestellt, wie eine Entwicklung hin zu einer Erneuerung der Kranken-zusatzversicherung erfolgreich angestossen werden kann. Im vorliegenden Kapitel haben wir aufgezeigt, welche Themen zu priorisieren sind, um über eine moderne Krankenzusatz-versicherung das Bedürfnis der Bevölkerung nach Gesundheitsleistungen über die Grund-versicherung hinaus abzudecken und so eine nachhaltige Zukunft für die private Medizin und mit ihr die Krankenzusatzversicherung zu schaffen.

Management und Inhaber der Krankenversicherer können diese Entwicklung durch einen aktiven Entscheid für eine strategische Aufwertung der Krankenzusatzversicherung – neben der Grund-versicherung – aktiv beeinflussen und mitgestalten. Sie schützen damit ihre Einnahmen aus der Krankenzusatzversicherung, die ohne Neuausrichtung aus den genannten Gründen unter Druck geraten. Möglich ist auch, dass eine Disruption im Krankenversicherungsmarkt, z.B. durch Markteintritte neuer Player, die Entwicklung beschleunigt und die Frage nach der strate-gischen Ausrichtung für Krankenversicherer mit neuer Brisanz stellt. Sollten etwa neben AXA weitere Privatversicherer mit innovativen Angeboten in den Krankenzusatzversicherungs-markt eintreten, würde das die Krankenversicherer zunehmend belasten. Dass diese Möglichkeit real ist, zeigen diverse Investorenpräsentationen von Privatversicherungsakteuren, in denen der Einstieg in die Krankenzusatzversicherung als Möglichkeit aufgeführt wird, von einer stärkeren Kundeninteraktionsfrequenz zu profitieren und so beispielsweise brachliegende Ressourcen im Lebensversicherungsvertrieb besser zu nutzen. Auch Disruption im Grundversicherungsmarkt, z.B. durch einen Eintritt der im Gesundheitsbereich immer aktiveren Migros, würde die Ausgangslage für Krankenversicherer grundlegend verändern und die Frage nach der strate-gischen Ausrichtung auf die Krankenzusatzversicherung neu stellen.

Über die Autoren

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

McKinsey Schweiz
Januar 2021
Copyright © McKinsey & Company
Designed by Visual Media Europe
www.mckinsey.com

