

Comparis-Studie über Krankenzusatzversicherungen bringt erstaunliche Tatsachen ans Licht

Gesundheit: Wir zahlen weltweit am meisten aus der eigenen Tasche

Wir Schweizer zahlen weltweit am meisten aus der eigenen Tasche an die Gesundheitskosten. Der Betrag entspricht fast jenem für das Total aller Grundversicherungsprämien: Ein Drittel der Arztkosten ist privat finanziert. Die Krankenversicherer weisen zudem bei den Zusatzversicherungen – wo ein Wechsel für die Kunden ab 50 praktisch unmöglich ist – niedrige Schadenquoten und entsprechend hohe Umsatzrenditen aus. Doch der Markt droht zu kollabieren, weil sich die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen rasch ändern.

Das zeigt die in Bern präsentierte Comparis-Studie zum Markt der Krankenzusatzversicherungen. In einer aufwändigen Arbeit hat Gesundheitsökonom Pius Gyger die Daten, teilweise aus vielen Quellen und aufgrund häufig schwierig eruierten Ursprüngen, akribisch zusammengefasst. Pius Gyger hat für die Studie insbesondere öffentlich zugängliche Daten der Versicherer, des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), der Finanzmarktaufsicht (Finma), des Bundesamtes für Statistik (BFS) und der Organisation für wirt-

schaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) analysiert.

24 Milliarden Franken aus dem eigenen Portemonnaie

Die steigenden Grundversicherungsprämien bieten alljährlich Stoff für hitzige Diskussionen. Doch tatsächlich zahlen Herr und Frau Schweizer fast ebenso viel privat an Gesundheitskosten. Und die Zahlungsbereitschaft ist gross. Die

Studie des Gesundheitsökonom Pius Gyger im Auftrag des Online-Vergleichsdienstes comparis.ch zeigt Erstaunliches: Von den total 80 Milliarden Franken Gesundheitsausgaben zahlten die Schweizer 2016 direkt aus dem eigenen Portemonnaie 24 Milliarden Franken.

Davon entfielen 5.4 Milliarden Franken auf für die Versicherer hochprofitable Zusatzversicherungsleistungen. Besonders profitiert haben die Versicherer im stationären Bereich. Weil die



Grundversicherung stetig ausgebaut, das Zusatzversicherungsangebot hingegen kaum den sich verändernden Kundenbedürfnissen angepasst wird und Kunden ab 50 nicht mehr wechseln, sondern nur noch aussteigen können, weil sie die gewinnorientierten Krankenversicherer als «schlechte» Risikoklassen einstufen, ist der Kundenbestand – trotz hoher Prämien – in den letzten Jahren konstant geblieben. Das Prämienvolumen stieg zwischen 2008 und 2016 sogar um 6 Prozent.

Ein Drittel der Arztleistungen zahlen wir nicht via Versicherungsprämien

Von den 24 Milliarden Franken privat bezahlter Gesundheitsdienstleistungen entfielen fast 80 Prozent auf freiwillige Selbstzahlungen. Hier sind weitere rund 4.3 Milliarden Franken Kostenbeteiligungen an medizinische Leistungen zu Lasten der Sozialversicherungen nicht miteingerechnet.

In absoluten Zahlen betrachtet steht die Schweiz damit, zusammen mit den USA, bezüglich der privat finanzierten Gesundheitsausgaben pro Kopf weltweit an der Spitze. Mit relativ betrachteten 40 Prozent privater Finanzierung und 60 Prozent Zwangsabgaben liegt die Schweiz bei den Gesundheitsausgaben auf einer Linie mit Israel, Griechenland und Chile. In unseren Nachbarländern Deutschland und Frankreich wird mit je knapp über 15 Prozent deutlich weniger privat finanziert.

Seit 2012 wachsen die Ausgaben des privaten Marktes in der Schweiz etwa so stark an wie die der Grundversicherung. Die Zahlen der Haushaltsbudgeterhebung (HABE) zeigen, wohin die privaten Beiträge fliessen: Mit 5.5 Milliarden Franken machen Pensions- und Betreuungskosten in Pflegeheimen einen wesentlichen Teil der direkt von den Privathaushalten gedeckten Kosten aus.

Weitere 3 Milliarden entfallen auf selbst bezahlte Arztleistungen. Bemerkenswert ist: Die durch die Grundversicherung gedeckten Arztleistungen machen demnach nur rund zwei Drittel der gesamten Arztkosten aus. Weitere 2.8 Milliarden Franken geben die Schweizer beim Zahnarzt aus und 1.6 Milliarden Franken für Medikamente.

Lukrative Zusatzversicherungen – besonders für stationären Spitalaufenthalt

Mit einem Anteil von rund 5.4 Milliarden Franken machten die Zusatzversicherungen 2016 rund 20 Prozent der privat finanzierten Gesundheitskosten aus. Dabei waren die Produkte für die

Versicherungen deutlich lukrativer als für deren Kunden: Zwischen 2008 und 2016 sind die Prämieinnahmen um 865 Millionen Franken auf 6.6 Milliarden Franken angewachsen. Die Schadenzahlungen haben demgegenüber nur um 353 Millionen Franken zugenommen (auf 4.7 Milliarden Franken). Das ergibt für die Branche ein sattes Plus von 512 Millionen Franken.

Besonders Produkte für den stationären Spitalaufenthalt haben sich für die Versicherer gesamthaft lukrativ entwickelt. Hier zeigt sich im Gegensatz zur Grundversicherung die schwache Marktmacht der Kunden: Ab 50 können Versicherte praktisch nicht mehr wechseln. So sind Groupe Mutuel mit einer Schadenquote 2008 bis 2016 von 56 Prozent vor ÖKK und Sympany mit je 57 Prozent die grössten Profiteure. Die beiden Marktführer Helsana (74 Prozent) und CSS (68 Prozent) befinden sich im Mittelfeld. Im ambulanten Bereich ist Assura mit einer Schadenquote von 30 Prozent absoluter Spitzenreiter vor Groupe Mutuel (48 Prozent) und Helsana (60 Prozent) und CSS (63 Prozent).

Die Zahl von klassischen Halbprivat- und Privatversicherten ist trotz der hohen Profitabilität für die Versicherer in den letzten Jahren konstant geblieben. Die Durchschnittsprämien pro Kopf der Bevölkerung sind seit 2008 sogar um 6 Prozent gestiegen. «Die Bedürfnisse der Bevölkerung gehen weit über die von der Grundversicherung gedeckten Leistungen hinaus. Die Zahlungsbereitschaft für Gesundheitsleistungen über das zwangsfinanzierte Angebot hinaus ist in der Schweiz immer noch hoch», erklärt Studienautor Pius Gyger das Resultat.

Versicherer müssen innovativer werden

Doch hier ist nach Ansicht von Comparis-Krankenkassen-Experte Felix Schneuwly dringend Innovation bei den Versicherern gefordert. Denn die rosigen Zeiten neigen sich rasch dem Ende zu: «Die Prämieinnahmen aus stationären Zusatzversicherungen werden heute zu einem erheblichen Teil für die Finanzierung eigentlicher Pflichtleistungen der Grundversicherung und für staatlich finanzierungspflichtige Aufgaben wie Lehre und Forschung verwendet. Die Finma will das nun unterbinden», so Schneuwly.

Durch die Ambulantisierung der Akutmedizin gerieten die klassischen Spitalzusatzversicherungen zudem unter Druck. Denn mit günstigeren Flex-Versicherungen entscheiden die Versicherten von Fall zu Fall für oder gegen ein Upgrade in die halbprivate oder private Abteilung und sparten über die Jahre mehrere Zehntausend Franken.



Felix Schneuwly, Head of Public Affairs comparis.ch, weist auf zahlreiche Schwachstellen in der aktuellen Gesundheitspolitik und in der bundesrätlichen Gesundheitsstrategie hin.

Schneuwly vermisst dynamische Krankenversicherer, die zusammen mit innovativen medizinischen Leistungserbringern mit attraktiven Zusatzversicherungsprodukten frühzeitig auf die Verlagerung reagiert haben: «Wer für eine ambulante Operation den Komfort einer Halbprivat- oder Privatversicherung will, findet kaum entsprechende Zusatzversicherungen», gibt er zu bedenken.

Zusätzliches Handlungspotenzial sieht er beim Thema Pflegeversicherungsprodukte. Heute fristen Pflegeversicherungen in der Schweiz ein absolutes Nischendasein. «Die Produkte sind teuer und wenig auf die Bedürfnisse der Versicherten zugeschnitten», so Schneuwly. Die Studie zeige jedoch gerade in diesem Bereich ein grosses Potenzial für hochrentable, innovative Produkte.

Auch die Spitäler sind gefordert

Innovationen sind auch bei den Spitalern nötig. Die Hirslanden Gruppe, so erläuterte in der anschliessenden Diskussion Stephan Phals, Leiter Business Development, weise einen VVG-Anteil auf, der je nach Klinik von 18 bis 100% variere. Der Trend sei sinkend, der Schnitt von 50% nehme ab. Deshalb erarbeite die Privatklinikgruppe ein neues Versicherungsmodell, H Preference. Phals: «Die Arbeit ist intensiv, weil wir mit 17 Kliniken in 11 Kantonen tätig sind. Daher sind Fachleute mit 200 Stellenprozenten sei Längerem am Werk. Generell müssen wir in Zukunft vermehrt darauf achten, dass bei den Zusatzversi-

cherten nicht nur eine besonders erstklassige Hotellerie angeboten wird, sondern auch medizinische Mehrleistungen.»

Otto Bitterli, CEO der Sanitas, wies darauf hin, wie wichtig es sei, den VVG-Prämienzahlenden grosse Beachtung zu schenken. Insgesamt hat seine Krankenversicherung rund 1.4 Milliarden Franken gebundenes Kapital für die Versicherungsdeckungen, davon betreffen 800 Millionen Franken den VVG-Bereich.

Ruedi Bosshard, CEO Assura, bemängelte, dass der OKP-Leistungskatalog immer mehr ausgebaut wurde: «Es steht uns zwar gut an, dass wir dafür sorgen, dass die gesamte Bevölkerung eine Chance auf Heilung hat, aber darüber hinaus gehört vieles, was jetzt im OKP-Katalog drin ist, eigentlich nicht in die soziale Krankenversicherung. Deshalb braucht es im Zusatzversicherungsbereich innovative Ideen, gerade auch von Seiten der Leistungserbringer. Es braucht eine Leistungsdifferenzierung. Andererseits gilt auch: Es wäre falsch, alle Versicherten zu zwingen, an jedem Luxus teilzuhaben.»

Dem will auch das Inselspital Rechnung tragen, wo bis auf Weiteres eine Riesenbaustelle besteht. So habe man sich gut überlegt, welche Mehrleistungen den VVG-Versicherten in Zukunft geboten werden können, meinte Marcel Reinhard, Leiter Ertragsmanagement: «Heute bestehen noch einzelne Sechserzimmer für Grundversicherung. Das wird sich aber rasch ändern. Deshalb prüfen wir neue Angebote für Zusatzversicherte, etwa die Digitalisierung im Zimmer, gründlich und führen Diskussionen mit den Versicherern.»

Für Pius Gyger stellen sich zwei Hauptprobleme: Was war eigentlich zuerst da, nur noch Einer- und Zweier-Zimmer oder die Halbprivat-Versicherung? – eine Huhn-oder-Ei-Frage. Macht immer alles Sinn, was einen Ausbau der Infrastruktur erfordert, oder nicht? – Zweitens wären Dienstleistungen neben Therapie und Hotellerie sinnvoll: «Wir müssen eine neue Definition von «Schaden» führen. Mehr Flexibilität und Ernstnehmen der Anliegen der Zusatzversicherten ist sinnvoll.»

Der Teufel steckt im Detail

Die Studie ist hoch brisant. Wir wollten noch einzelne zentrale Aspekte näher betrachten und interviewten Felix Schneuwly.

In der Studie kommt zum Ausdruck, dass die Zahl der Zusatzversicherten bald deutlich sinken könnte. Wie sollen die Krankenversicherer hier Gegensteuer geben?

Felix Schneuwly: Zusatzversicherungen sind ja freiwillig. Gemäss Studie werden bloss etwa 20 Prozent der freiwilligen Gesundheitsausgaben via Zusatzversicherungsprämien finanziert. Dass die Krankenversicherer die 80 Prozent bisher brachliegen liessen und nun durch die Ambulantisierung auch noch Kunden mit traditionellen Spitalzusatzversicherungen verlieren, ist erstaunlich. Gegensteuer können die Versicherer nur mit attraktiveren Zusatzversicherungen, insbesondere in den Bereichen ambulante Operationen und Langzeitpflege, geben. Mit Fitnessabos und hohen Vermittlerprovisionen allein ist das Geschäft nicht nachhaltig.

Sind nicht auch die sehr hohen Prämien Grund für die zu befürchtende Schrumpfung, haben doch die Kassen ab 2012 – obwohl seitdem die Kantone ihren 55 %-Anteil als Sockelbeitrag auch an die Behandlungskosten in Privatspitälern leisten – die VVG-Prämien nicht gesenkt?

Bei mittelfristig stetig steigenden Leistungskosten ist es nicht wirklich schlau, bei einem Systemwechsel die Prämien massiv zu senken, um sie dann später wieder massiv zu erhöhen. Die Studie zeigt, dass die Entlastung der Spitalzusatzversicherung mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung in der Grundversicherung mittlerweile durch den Anstieg der Leistungskosten über dem Niveau von 2008 ist.

Fehlende Marktmacht der Zusatzversicherten

Wird hier schonungslos bei denen zugeht, für die ein VVG-Versicherungswechsel unmöglich ist – die hohen Erträge lassen es vermuten – oder wird einfach unvorsichtig mit dem Feuer gespielt?

Die fehlende Marktmacht der Versicherten ist tatsächlich ein Problem, da diese ab 50 nicht mehr wechseln können, weil kein Versicherer sie mehr will. Aussteigen wollen sie nicht, weil sie jahrelang Prämien bezahlt haben und dieses Geld und die Versicherungsdeckung beim Ausstieg verlieren. Nun interveniert die Finma und ersetzt damit die fehlende Marktmacht der Versicherten. Dass Versicherer diese Intervention nicht gemeinsam mit Spitälern und Ärzten verhindert haben, zeigt, dass in diesem System bisher eine gemeinsame Sicht im Interesse aller gefehlt hat. Da Interventionen des Regulators oder der Aufsicht in der Regel übers Ziel hinaus schießen, kann ich mir vorstellen, dass man die Interventionen der Finma eines Tages noch bereut. Genau das ist ja auch mit dem Bürokratiemonster Versicherungsaufsichtsgesetz



(KVAG) in der Grundversicherung auch passiert. Das war ebenfalls eine Reaktion auf vergangene Versäumnisse und hat für die Versicherten keinen Mehrwert.

In der Diskussion wurde bemängelt, dass die Krankenversicherer zu wenig Phantasie in Sachen Zusatzversicherungen an den Tag legen. Ihre Ausführungen haben uns das nun ebenfalls bestätigt. Aber: Wären nicht auch gerade die Spitäler gut beraten, mehr Phantasie in ihren Angeboten zu entwickeln?

Absolut! Gute Versicherungsprodukte entstehen nur, wenn medizinische Leistungserbringer und Versicherer eng zusammenarbeiten. Die alternativen Grundversicherungsmodelle sind beispielhaft. Diese sind vor der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) auf freiwilliger Basis entstanden, weil sich innovative Ärztgruppen und Krankenversicherer gemeinsam auf den Weg machten. Ich hoffe, dass wir mit der Studie nicht bloss in eine Eiterbeule gestochen haben, sondern den Dialog anstossen. Bei den Versicherungen braucht es mehr medizinisches Know-how, bei den Leistungserbringern mehr Versicherungswissen, weil hinter jedem guten Versicherungsprodukt ein ebenso gutes medizinisches Angebot steckt.

Braucht es mehr als Therapie und Hotellerie?

Stichwort Service-Angebote: In Bern war unüberhörbar, dass Experten VVG-Leis-

tungen nicht nur im Rahmen der Therapie und Hotellerie stationär erwarten, sondern gerade auch in Service-Leistungen ambulant oder in der häuslichen Betreuung. Sie haben immer gute Ideen parat – was würden Sie denn den Kassen und Spitälern raten? Und: Müssten nicht noch andere Leistungserbringer – (private) Spitex oder Hausärzte – mit ins Boot kommen?

Beide Seiten müssen sich überlegen, ob wirklich alles, was gesunde und kranke Kunden wünschen, in ein Versicherungsprodukt gepackt werden muss. Insbesondere praktische Hilfe, damit sich Patienten im Dschungel des Gesundheitswesens besser zurecht finden, kann man auch als Beratungsdienstleistungen verkaufen. Nach einer Operation – ob sie stationär oder ambulant durchgeführt worden ist, spielt gar keine Rolle – fühlen sich die Patienten oft allein gelassen, wenn es um die Koordination der weiteren Schritte geht.

Die Krankenkassenprämien dürften ja auch diesen Herbst wieder steigen. Ist da nicht auch eine Mengenausweitung mit zu vielen Betten bei Spitalneubauten kostenwie prämiertreibend. Sollten die Kassen

nicht auch (als Fürsprecher der Versicherten) hier warnend die Finger heben?

Die Mengenausweitung ist ein Minenfeld der Fehlanreize von den Boni für mehr Eingriffe bis zu den grenzenlosen Wünschen der Patienten. Dieses Problem bekommt man mit mehr Regulierung und Bürokratie nicht in den Griff, aber mit Vergütungssystemen, welche nicht bloss die Menge der erbrachten Leistungen berücksichtigen, sondern viel mehr das Erreichen der von Leistungserbringern mit den Patienten vereinbarten Behandlungsziele. Das ist nicht trivial. Aber Leistungserbringer und Versicherer sollten ein Interesse daran haben, bei teuren Behandlungen damit zu beginnen und nicht zu warten, bis der Staat das Problem mit Regulierungsbürokratie löst.

Ein breites Potpourri an Fehlanreizen

Welchen Einfluss hat schliesslich die Einheitliche Finanzierung von ambulanter und stationärer Medizin auf die Zusatzversicherungen?

Dass wir in der Schweiz in der Ambulantisierung hinter vergleichbaren Ländern hinterher hinken,

hat drei Gründe. Erstens die unterschiedliche Finanzierung. Die Kantone machen sich es mit ihren ambulanten Listen etwas einfach, weil sich damit mit jeder ambulanten Operation ihren Anteil von 55 Prozent sparen, wenn der Eingriff stationär statt ambulant durchgeführt würde. Zweitens hemmt die unterschiedliche Tarifierung – Tarmed für ambulante, DRG-Pauschalen für stationäre Eingriffe – die Ambulantisierung. Der dritte Grund liegt in den fehlenden Zusatzversicherungsprodukten für ambulante Operationen. Dass Patienten mit Zusatzversicherungen häufiger operiert werden als Grundversicherte, hat eher mit ökonomischer als mit medizinischer Evidenz zu tun.

Weitere Informationen

Pius Gyger
Gesundheitsökonom
Telefon 079 607 37 00
pius.gyger@uudial.ch

Felix Schneuwly
Head of Public Affairs comparis.ch
Telefon 079 600 19 12
felix.schneuwly@comparis.ch



hintag

Sichere Cloud Services
aus der Schweiz

HEALTHCARE COMMUNITY CLOUD

www.nationalhealthcarecloud.ch