

Wir stehen an einer entscheidenden Weggabelung: Es liegt an allen Stakeholdern, die Weichen richtig zu stellen

Wie innovative Zusatzversicherungen allen nützen

In diesem Artikel geht es um ein weiteres zentrales Thema: Warum die Schweiz auch in Zukunft auf starke Zusatzversicherungen angewiesen ist – und weshalb Versicherer, Spitäler, Politik und Aufsicht jetzt gemeinsam Verantwortung übernehmen müssen.

Dem heutigen Thema liegen folgende Artikel zugrunde:

- Eine funktionale und finanzierbare Infrastruktur sicherstellen, «clinicum» 6-24
- Spitalpartnerschaften und Fusionen, «clinicum» 3-25
- Stillstand im System? «clinicum» 5-25
- Gemeinsam zur «ambulanten Nation», «clinicum» 6-25

Ein duales System unter Druck – und mit viel ungenutztem Potenzial

Die Schweiz verfügt über eines der qualitativ besten Gesundheitssysteme der Welt. Sein Kern ist klar definiert: Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) garantiert allen Einwohnerinnen und Einwohnern Zugang zu einer umfassenden, medizinisch notwendigen Grundversorgung. Dieses System ist solidarisch, stark reguliert, transparent und politisch breit abgestützt.

Die Realität der Versorgung endet jedoch nicht beim gesetzlichen Leistungskatalog. Wer mehr will oder braucht – etwa mehr Komfort im Spital, eine freiere Arzt- und Spitalwahl, rascheren Zugang zu Spezialistinnen, alternative oder komplementärmedizinische Leistungen, zahnmedizinische Behandlungen, innovative Therapien oder erweiterte Prävention – bewegt sich im Bereich der Krankenzusatzversicherungen. Diese basieren auf dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Sie sind freiwillig, unterliegen einer Risikoprüfung durch die Versicherer und sind deutlich weniger standardisiert als die Grundversicherung.

Über Jahrzehnte hat sich ein fein austariertes, aber nicht spannungsfreies Nebeneinander entwickelt: Hier die solidarische Basisversorgung für alle, dort die individuelle Zusatzabsicherung für jene, die sich mehr Service, mehr Wahlfrei-

heit oder einen qualitativen Vorsprung leisten wollen. Dieses Nebeneinander wird zunehmend hinterfragt – aus sozialen, ökonomischen, regulatorischen und gesellschaftlichen Gründen. Gleichzeitig zeigt eine nüchterne Analyse: Zusatzversicherungen sind längst nicht nur ein «Luxusprodukt», sondern tief in die Funktions-, Finanz- und Innovationslogik des Schweizer Gesundheitswesens eingebettet.

Die zentrale Frage lautet daher nicht, ob die Schweiz Zusatzversicherungen «mag», sondern ob sie es sich leisten kann, auf sie zu verzichten – und wie sie künftig gestaltet sein müssen, damit sie **Mehrwert, Fairness und Systemstabilität gleichzeitig stärken**. Richtig weiterentwickelt sind sie eine echte Win-win-Situation: für Patientinnen und Patienten, für Versicherer, für Leistungserbringer – und für den

Das duale System von OKP und VVG soll auch zukünftig Mehrwert, Stabilität und Fairness stärken





Zukünftig wird es nur noch Ein- und Zweibettzimmer geben. Zusätzliche Differenzierung erfolgt über andere Mehrleistungen

Staat. Und: Insbesondere profitieren auch die Grundversicherten.

Systemischer Stellenwert: Zahlen, Verbreitung, Marktstrukturen

Ein ansehnlicher Teil der Bevölkerung besitzt mindestens eine Zusatzversicherung. Ein grosser Teil entfällt auf ambulante Zusatzdeckungen (z.B. alternative Medizin, Brillen, Prävention), ein bedeutender Anteil auf Spitalzusatzversicherungen (halbprivat, privat, Flex-Modelle). Etwa ein Fünftel der Bevölkerung ist im stationären Bereich entsprechend versichert. Das jährliche Prämienvolumen der Zusatzversicherungen liegt bei rund 6 bis 6.5 Milliarden Franken – etwa 6 bis 7 Prozent der gesamten Gesundheitskosten.

Der Markt ist stark konzentriert: Wenige grosse Versicherer dominieren das Zusatzgeschäft und nutzen es als profitables Gegengewicht zu den zunehmend margenschwachen, stark regulierten Grundversicherungen. Zusatzversicherungen bilden damit für viele Versicherungsgruppen einen unternehmerischen Stabilitätsanker – und für viele Spitäler eine unverzichtbare Finanzierungsquelle.

Gleichzeitig zeigen sich regionale und soziale Unterschiede: In wirtschaftlich starken, urbanen Regionen ist die Verbreitung von Spitalzusatzversicherungen deutlich höher als in ländlichen Gebieten. In höheren Einkommens- und Bildungsschichten sind Zusatzdeckungen verbreitet, in tieferen Einkommen deutlich weniger. Spitäler mit einem hohen Anteil Zusatzversicherter verfügen über grössere Investitionsspielräume, andere geraten zunehmend unter Druck.

Damit wird sichtbar: Zusatzversicherungen strukturieren nicht nur die individuelle Versorgungsrealität, sondern auch die **Finanz- und Angebotslandschaft** des Schweizer Gesundheitswesens. Sie beeinflussen, wo Spezialisierungen entstehen, welche Infrastruktur gebaut wird und wie attraktiv ein Standort für Gesundheitsfachkräfte ist – mit direkten Rückwirkungen auf alle Patientinnen und Patienten, auch auf jene, die «nur» grundversichert sind.

Zimmerkategorien: vom Differenzierungsmerkmal zum Brennglas der Systemfrage

Über Jahrzehnte war die Unterbringung im Spital das deutlichste Symbol der Zusatzversiche-

rung: Wer nur die Grundversicherung hat, liegt in der Regel in einem Mehr- oder Zweibettzimmer und wird durch das zuständige Ärzteteam betreut, während Halbprivat- und Privatversicherte Anspruch auf kleinere oder auch grössere Zimmer, mehr Privatsphäre und freie Arztwahl haben. Die Kategorien Allgemein, Halbprivat und Privat waren damit das sichtbarste Leistungsversprechen der Spitalzusatzversicherungen.

Heute verändert sich diese Realität grundlegend. Neubauten setzen fast ausschliesslich auf Ein- und Zweibettzimmer; klassische Drei- oder Vierbettzimmer werden abgebaut und gelten vielerorts als überholt. Projekte in Zürich, Aarau, Luzern oder St. Gallen zeigen: Grundversicherte kommen immer häufiger in den Genuss von zeitgemässen Zimmern, die früher Zusatzversicherter vorbehalten waren. Der Komfortunterschied schrumpft – nicht zuletzt, weil hygienische und epidemiologische Gründe (insbesondere COVID-19) für mehr Einzelzimmer sprechen: bessere Isolationsmöglichkeiten, weniger nosokomiale Infektionen, ruhigere Genesungsbedingungen und einfachere Belegungsplanung.

Das ist eine gute Nachricht für die Grundversorgung, bringt das System aber in eine neue

Balancefrage: Einbettzimmer erhöhen die Patientenzufriedenheit und sind ein Marketingelement im Wettbewerb um Patienten und Fachkräfte. Gleichzeitig steigen Kosten und Flächenbedarf. Da Zusatzversicherte bisher durch höhere Zusatztarife einen Teil dieser Infrastruktur mitfinanzieren, droht ein Problem: Wenn der Zusatznutzen nicht mehr spürbar ist, sinkt die Zahlungsbereitschaft für Halbprivat und Privat – und damit eine zentrale Einnahmequelle vieler Spitäler, von der indirekt auch die Grundversicherten sowie Kantone und Gemeinden profitieren.

Für Versicherungen gerät damit das traditionelle Hauptargument «Einzelzimmer garantiert» unter Druck. Die Branche muss ihren Mehrwert neu definieren – weg von der reinen Zimmerfrage, hin zu umfassenderen Leistungs- und Versorgungsmodellen.

Nutzen und Kritik: Mehrwert sichern, Fehlanreize vermeiden

Zusatzversicherungen ermöglichen Patientinnen und Patienten zusätzlichen Komfort und Hotellerie-Leistungen, mehr Ruhe und Privatsphäre, eine freiere Arztwahl und rascheren Zugang bei planbaren Eingriffen. Sie bieten zusätzlich Leistungen, die bewusst ausserhalb des obligatorischen Leistungskatalogs gehalten werden: Zahnmedizin, Komplementärmedizin, erweiterte



Der Autor: Urs Baumberger

Urs Baumberger führte viele Jahre sehr erfolgreich private wie öffentliche Spitäler. Für die Entwicklung eines Spital Führungskonzeptes und die erfolgreiche Praxisumsetzung, erhielt er 2019 die Auszeichnung «Spitalmanager des Jahres» für den gesamten deutschsprachigen Raum (Deutschland, Österreich, Schweiz). Ab November 2022 hat er sich als Strategieberater, Interimsmanager und Experte für Healthcare Management selbstständig gemacht. www.baumbergerconsulting.ch



Zusatzversicherungen ermöglichen Investitionen, die allen zugutekommen.

Prävention, nicht kassenpflichtige Medikamente, spezialisierte Therapien, unbeschränkte Spitalwahl im Ausland, Rettungs- und Heimschaffungskosten oder telemedizinische Dienste etc.

Für Spitäler und Leistungserbringer sind Zusatzversicherte eine zentrale Erlösquelle. Die Zusatztarife ermöglichen Investitionen in Mitarbeitende, Infrastruktur, Hotellerie, Digitalisierung, Ausbildung und Innovation und tragen zur Quersubventionierung von Leistungen bei, die über die Grundversicherung nicht kostendeckend finanziert werden können. Zusatzerlöse aus Privat- und Halbprivatabteilungen sichern in vielen Häusern letztlich die Stabilität auch der allgemeinen Abteilungen.

Auf Systemebene fördern Zusatzversicherungen Wettbewerb, Differenzierung und Innovation. Sie bieten Raum, neue Modelle – insbesondere digi-

tale Lösungen und integrierte Versorgungsformen – zu testen, ohne sofort das gesamte KVG-System umbauen zu müssen. Sie sind ein Ventil, um individuelle Ansprüche an Komfort, Geschwindigkeit und Vielfalt zu kanalisieren, ohne den solidarischen Sockel zu überladen.

Gleichzeitig ist die Kritik ernst zu nehmen: Zusatzversicherungen werden als Einstieg in eine Zweiklassenmedizin wahrgenommen, wenn Zugang, Komfort und Aufmerksamkeit zu stark vom Versicherungsstatus abhängen. Die Versicherungsprodukte sind teilweise komplex, intransparent und schwer vergleichbar. Gesundheitsprüfungen und Risikoselektion erschweren den Zugang für Ältere oder chronisch Kranke. Und es besteht das Risiko von Fehlanreizen bei den Leistungserbringern, wenn Zusatzversicherte häufiger oder intensiver behandelt werden, ohne dass ein klarer medizinischer Mehrnutzen besteht.

So geht es im April-Magazin weiter

Fachkräftemangel im Gesundheitswesen: zwischen Anspruch, Realität und Lösungswegen

In zahlreichen Gesundheitsberufen fehlen heute qualifizierte Fachpersonen – besonders in der Pflege, aber auch bei Ärztinnen und Ärzten sowie in therapeutischen und medizintechnischen Bereichen. Demografische Entwicklungen, ein wachsender Versorgungsbedarf und neue Erwartungen an die Work-Life-Balance lassen den Bedarf weiter steigen. Gleichzeitig verschärft ein strukturelles Spannungsfeld die Situation: Spitäler stehen finanziell unter grossem Druck, während viele Fachkräfte bessere Arbeitsbedingungen und höhere Löhne einfordern.

Der Artikel wird aufzeigen, wie allgemeine Trends am Arbeitsmarkt, die fortschreitende Ambulantisierung, technologische Innovationen und künstliche Intelligenz zur Entlastung beitragen können – und wo ihre Grenzen liegen. Zudem wird beleuchtet, wie attraktiv Pflege- und andere Gesundheitsberufe im Vergleich zu alternativen Tätigkeitsfeldern sind, wie ernst die aktuelle Lage einzuschätzen ist und mit welchen praxistauglichen Strategien sich Versorgung, Kosten und Qualität künftig in ein nachhaltiges Gleichgewicht bringen lassen.

Die Aufgabe ist deshalb nicht, Zusatzversicherungen abzuschaffen, sondern sie **so weiterentwickeln, dass der gesamtgesellschaftliche Nutzen maximiert und die Risiken minimiert werden**: mehr Klarheit, mehr Transparenz, klare Qualitäts- und Ethikstandards, besseres Monitoring – und ein gemeinsames Verständnis aller Beteiligten, wozu Zusatzversicherungen dienen sollen.

Stakeholder-Perspektiven: Wer profitiert wie? – und warum alle etwas zu gewinnen haben

Damit die Win-win-Logik sichtbar wird, lohnt sich der Blick aus den verschiedenen Perspektiven:

- **Patientinnen und Patienten** erhalten mit Zusatzversicherungen Wahlfreiheit, Komfort, schnellere Zugänge und zusätzliche Leistungen. Gleichzeitig profitieren auch Grundversicherte, wenn dank Zusatztarifen Infrastruktur, Prozesse, Digitalisierung und Personal ausgebaut werden.
- **Versicherer** nutzen Zusatzprodukte als Ertragsfeld und Differenzierungsplattform. Ihr Auftrag geht aber weiter: Sie müssen verständliche, modulare, digitale und zukunfts-fähige Angebote gestalten – mit Blick auf Ambulantisierung, Digitalisierung und Versorgungsregionen – und so aktiv zur Stabilisierung des Systems beitragen.

- **Spitäler** benötigen Zusatzversicherte, um in Qualität, Personal und Infrastruktur investieren zu können. Sie positionieren sich mit Komfort, Service und Spezialisierung im Wettbewerb. Gleichzeitig müssen sie glaubhaft sicherstellen, dass medizinisch notwendige Leistungen unabhängig vom Status zeitgerecht und qualitativ gleichwertig erbracht werden. Gelingt das, profitieren alle – auch der Staat, der weniger direkt finanzieren muss.
- **Leistungserbringer** wie Ärztinnen, Therapeuten und private Anbieter können durch Zusatzversicherungen spezialisierte, qualitativ hochstehende Angebote entwickeln. Sie tragen aber Verantwortung, Fehlanreize und Interessenkonflikte zu vermeiden.
- **Politik, Aufsicht und Regulatoren** müssen Missbrauch verhindern, Transparenz schaffen und Fairness sichern – ohne jene Innovationen und Investitionen abzuwürgen, die das System trägt. FINMA und BAG haben hier komplementäre Rollen und müssen gemeinsam mit Versicherern und Leistungserbringern denken, nicht gegen sie.

In einem klug gestalteten System entsteht tatsächlich eine Win-win-Situation: Mehrwert für Versicherte (grund- und zusatzversicherte), stabile Erträge und Innovationsfähigkeit für Versicherer, Investitionskraft und Standortattraktivität für Spitäler – und langfristig ein finanzierbares, hochwertiges Versorgungssystem für den Staat.

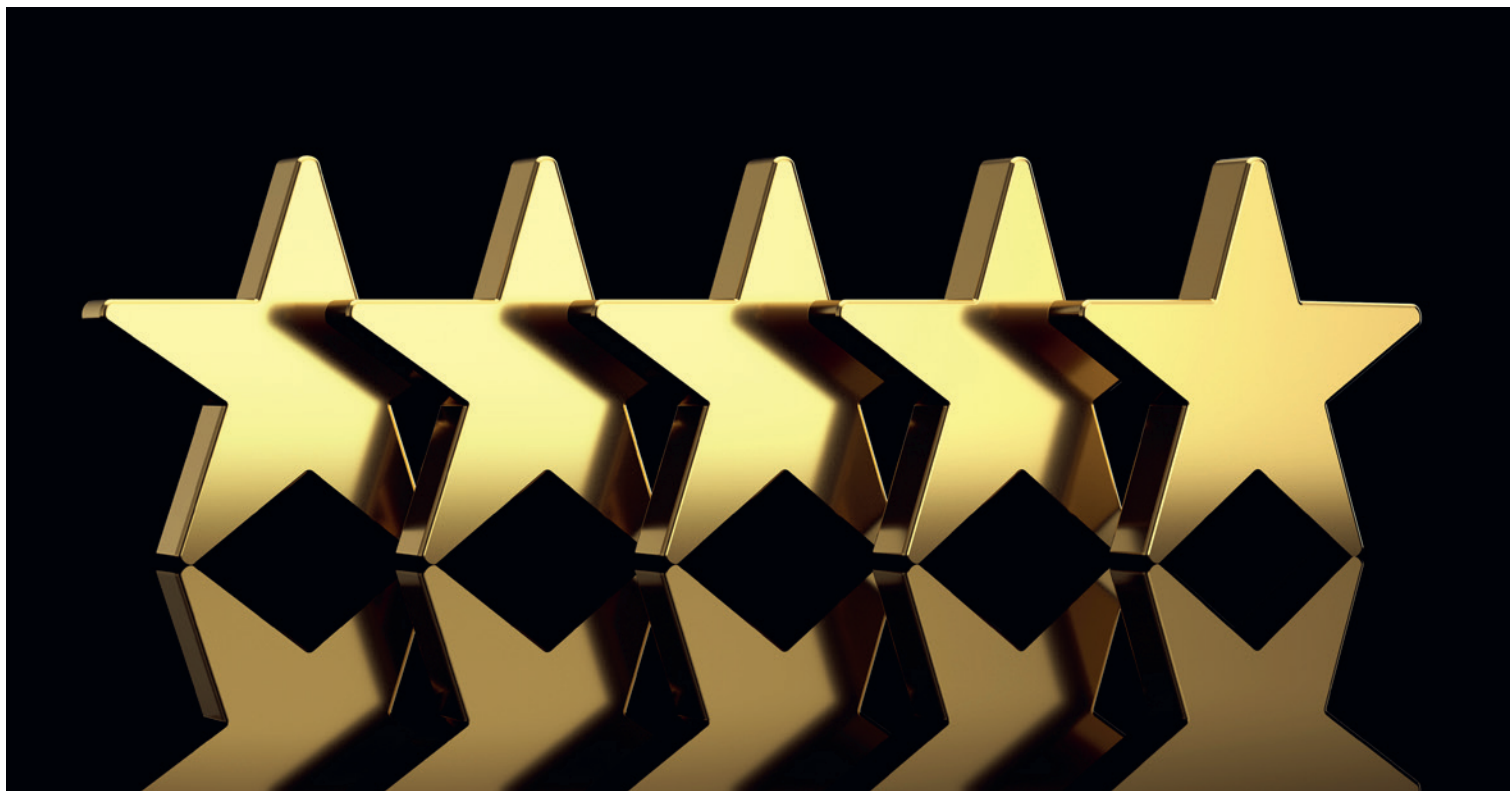
Finanzielle Tragweite: ohne Zusatz kein Gleichgewicht

Zusatzversicherungen liefern jährlich Milliardenbeträge, die direkt oder indirekt in Spitäler, Therapien, Infrastruktur, Digitalisierung und Innovation fließen. Besonders im stationären Bereich tragen zusatzversicherte Patientinnen und Patienten überproportional zum Deckungsbeitrag bei. Viele öffentliche Spitäler und private Kliniken wären ohne dieses Segment dauerhaft defizitär oder müssten massiver über Steuergelder, höhere OKP-Prämien, gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) oder Leistungskürzungen gestützt werden. Zusatzversicherungen übernehmen damit eine kollektive Finanzierungsfunktion, obwohl sie individuell abgeschlossen und bezahlt werden – ein zusätzlicher, freiwilliger Solidaritätsring, vor allem aus mittleren und höheren Einkommensgruppen zugunsten hochwertiger Versorgungsstrukturen.

Ein Rückbau oder ein unbeabsichtigtes «Kaputtregulieren» dieses Segments hätte direkte Folgen: Finanzierungslücken in Spitälern, weniger Spielraum für Innovation, Qualität, Digitalisierung und Ausbildung, stärkere Belastung der Grundversicherung und der öffentlichen Hand, Verlagerung von Premium-Angeboten ins Ausland und wachsende inoffizielle Bezahlkanäle bzw. «Unter-dem Tisch Geschäfte» für bevorzugte Behandlung. Die Kosten wären am Ende höher – finanziell wie gesellschaftlich.

Zusatzversicherungen müssen auch Mehrwerte in der Ambulantisierung, Digitalisierung und in Versorgungsregionen beinhalten.





Standardisierte Zusatzleistungen sichern eine effiziente Umsetzung in Spitälern.

Wer über die Zukunft der Zusatzversicherungen diskutiert, muss deshalb das **gesamte Finanzierungs- und Steuerungsgefüge** mitdenken – inklusive der Auswirkungen auf Prämien, Steuern, Investitionsfähigkeit und Standortattraktivität.

Zukunftsnotwendigkeit: Demografie, Ambulantisierung, Digitalisierung, Versorgungsregionen

Mehrere Trends machen deutlich, dass ein starkes, gut gestaltetes Zusatzversicherungs-System künftig noch wichtiger wird:

- **Demografischer Wandel und medizinischer Fortschritt** erhöhen die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und treiben die Kosten in die Höhe. Hochpreisige Therapien, personalisierte Medizin und komplexe Technologien belasten das System zusätzlich. Es ist weder realistisch noch politisch mehrheitsfähig, alle Innovationen vollständig über die Grundversicherung zu finanzieren.
- **Ambulantisierung** verändert die logische Grundstruktur der Versorgung. Immer mehr Eingriffe erfolgen ambulant, neue Zentren, Tageskliniken und integrierte Modelle entstehen. Klassische stationäre Spitalzusatzversicherungen verlieren an Relevanz, wenn sie nicht in moderne, ambulant mitgedachte Produkte übersetzt werden. Ohne Anpassung droht eine Unterfinanzierung jener Strukturen,

die qualitativ hochwertige ambulante Leistungen erbringen sollen.

- **Digitalisierung** macht neue Versorgungsformen möglich: Telemedizin, eHealth-Plattformen, Fernmonitoring, digitalen Coachings, KI-unterstützte Triage und Entscheidungsunterstützung. Diese Innovationen brauchen Investitionen – und intelligente Refinanzierung. Zusatzversicherungen können hier zum Motor werden, wenn digitale Leistungen integraler Bestandteil ihrer Angebote werden.
- **Versorgungsregionen und Netzwerke** treten an die Stelle isolierter Einzelakteure. Spitäler, Praxen, Ambulatorien, Reha-Zentren, ambulante Pflege und digitale Dienste wachsen zu koordinierten Verbünden zusammen. Zusatzversicherungen, die nicht nur einzelne Leistungen, sondern den Zugang zu ganzen Versorgungs-Ökosystemen bieten, können diese Entwicklung entscheidend voranbringen.
- **Fachkräftemangel und Standortwettbewerb** zwingen die Schweiz, attraktiv für Spitzenmedizin und Gesundheitsfachkräfte zu bleiben. Ein kontrolliertes Premiumsegment mit hohen Qualitätsstandards ist Teil dieses Standortangebots. Ein Verzicht würde eher die internationale Konkurrenz stärken als die Gleichheit im Inland.

Zusatzversicherungen sind vor diesem Hintergrund nicht ein Problem, sondern ein wichtiger

Teil der Lösung – wenn sie gemeinsam, zukunftsorientiert und rasch weiterentwickelt werden.

Neue Differenzierungsmerkmale: mehr als nur Zimmer – Komfort, Wahlrechte, ambulant, digital

Da die Zimmerkategorie als Hauptunterscheidungsmerkmal an Schlagkraft verliert, verschiebt sich die Differenzierung von Zusatzversicherungen in andere Bereiche:

- **Komfort und Hotellerie:** Premiumzimmer, Suiten, bessere Ausstattung, Concierge-Services, Loungebereiche, flexible Besuchsregeln, hochwertige Verpflegung.
- **Wahlrechte:** freie Arztwahl innerhalb von Spitalverbünden, Zugang zu ausgewiesenen Spezialistinnen und Spezialisten, strukturierte Zweitmeinungsangebote.
- **Geschwindigkeit:** Fast-Track-Prozesse, priorisierte Diagnostik und OP-Termine bei planbaren Eingriffen, separate Aufnahme- und Wartebereiche – ohne die Notfallmedizin zu beeinträchtigen.
- **Ambulante Zusatzleistungen:** bevorzugte Terminvergabe, Premium-Ambulatorien, flexible Zeiten (Abend, Wochenende), koordinierte Vor- und Nachbehandlung, Reha-Programme, Transferdienste, Homecare-Leistungen – insbesondere für komplexe und ältere Patienten.

- **Digitale und personalisierte Services:** Telemedizin, 24/7-Zweitmeinung, digitale Patientenportale, Health Coaches, Wearable-basiertes Monitoring, Hospital-at-Home-Lösungen, personalisierte Therapieprogramme und Präventionsangebote.

Inspiration kommt dabei aus anderen Dienstleistungsbranchen: Priority-Zugang wie im Flugverkehr, transparente Leistungspakete wie in der Hotellerie, Loyalitätsprogramme und modulare Upgrades per App. Richtig übersetzt bieten diese Elemente nicht nur Komfort, sondern auch bessere Steuerbarkeit, höhere Effizienz und mehr Transparenz – ein Gewinn für alle Beteiligten.

Zusatzversicherung und Versorgungsregionen: Eintritt in ein koordiniertes Gesundheits-Ökosystem

Besonders zukunftsfähig sind Modelle, in denen Zusatzversicherungen eng mit vernetzten Versorgungsregionen verknüpft werden. Dort, wo Spitäler, Praxen, Ambulatorien, Reha-Zentren, stationäre und ambulante Pflegeinstitutionen und digitale Dienste zu einem koordinierten Verbund zusammenwachsen, können Zusatzversicherte Zugang zu Leistungen erhalten, die nur in diesem Verbund sinnvoll abbildbar sind:

- freie Arztwahl innerhalb der Region,
- digitale Terminplattformen mit priorisierter Vergabe bei planbaren Eingriffen,
- koordinierte Behandlungspfade über mehrere Standorte hinweg,

- interdisziplinäre Boards, strukturierte Zweitmeinungen, personalisierte Therapieplanung,
- einheitliche Qualitätsstandards, gemeinsames Monitoring,
- integrierte Präventions-, Reha- und Telemedizinangebote,
- Service-Apps, die je nach Versicherungsstatus zusätzliche Funktionen bieten, ohne die Grundversorgung zu tangieren.

Solche Modelle schaffen **Mehrwert für alle**: Patientinnen und Patienten erhalten Orientierung, Sicherheit und Komfort. Spitäler und Leistungserbringer profitieren von besserer Auslastung, Profilierung und Effizienz. Versicherer gewinnen an Steuerbarkeit und Transparenz. Der Staat profitiert von weniger Doppeluntersuchungen, weniger Fehlleistungen, besserer Nutzung regionaler Ressourcen und stabileren Kostenentwicklungen. Voraussetzung ist, dass Versicherer, Leistungserbringer, Versorgungsregionen, FINMA, BAG und Kantone gemeinsam planen, in digitale Infrastruktur investieren und verbindliche Standards definieren. Zusatzversicherungen werden dann vom reinen Finanzierer zum **integralen Bestandteil moderner Versorgungsarchitektur**.

Standardisierung und Digitalisierung: strukturierte Vielfalt statt produktives Chaos

Je mehr Zusatzleistungen entstehen, desto grösser wird das Risiko operativer Überforderung in den Spitälern. Wenn jede Versicherung ein eige-

nes, kleinteiliges Leistungsmosaik anbietet, müssten Pflegefachpersonen und Ärztinnen theoretisch für jeden Patienten nachschlagen, welche Zimmer-, Service- und Arztwahlrechte gelten. Das ist nicht praktikabel und gefährdet Qualität und Fairness im Alltag.

Die Lösung ist nicht, Zusatzleistungen zu verbieten, sondern sie **zu standardisieren und digital abzubilden**:

- Ein nationales Stufensystem – etwa Basic+, Komfort, Premium, Excellence – mit klar definierten Mindeststandards und Leistungsprofilen pro Stufe.
- Versicherer können innerhalb dieser Stufen differenzieren, bleiben aber in einer verständlichen, spitaltauglichen Struktur.
- Ein digital hinterlegtes Leistungsprofil pro Patienten (Chipkarte, Barcode, App), integriert ins Klinikinformationssystem, das dem Behandlungsteam auf einen Blick zeigt, welche Zusatzrechte bestehen.

So entsteht **strukturierte Vielfalt statt unkontrollierter Wildwuchs**: Innovation bleibt möglich, aber in einem Rahmen, der für Spitäler handhabbar und für Patienten nachvollziehbar ist.

Kultur im Spital: Zusatzversicherte als Chance – nicht als Störung

Neben Produkten, Regulierung und IT ist die Haltung der Mitarbeitenden in den Spitälern entscheidend. Viele leben zu Recht das Prinzip:

Hohe Dienstleistungskultur ist für den Erfolg grundlegend.





Für zukunftsfähige Zusatzversicherungen braucht es abgestimmtes Leadership von Versicherungen und Leistungserbringern.

«Medizinisch sind alle Patienten gleich.» Dieser Grundsatz muss bleiben. Gleichzeitig besteht in öffentlichen Häusern oft die Neigung, Zusatzversicherte als «Luxusfälle» zu betrachten. Dabei sind sie ein zentraler wirtschaftlicher Motor: Zusatzversicherte finanzieren einen wesentlichen Teil der Innovation und Modernisierung, von der letztlich alle profitieren – insbesondere auch die Grundversicherten. Wenn ein Spital es nicht schafft, Zusatzversicherte Patienten gut zu betreuen, wechseln diese in private Kliniken oder andere Spitäler. Damit verliert das Spital Erträge, Investitionskraft und Attraktivität – mit Folgen für Infrastruktur, Personal und Grundversorgung.

Ein Kulturwandel ist nötig: weg von «wir müssen uns um sie kümmern» hin zu «wir profitieren alle davon, wenn sie bleiben». Der Grundgedanke lautet: **Wer heute gut zu den Zusatzversicherten ist, verbessert morgen die Versorgung der Grundversicherten.**

Das gelingt, wenn:

- transparent gezeigt wird, was dank Zusatzversicherten realisiert werden konnte,
- Teams in Workshops konkret erleben, wie sich Investitionen auf den Alltag auswirken,
- Prozesse klar und digital unterstützt sind, damit Zusatzleistungen nicht als Stress, sondern als strukturierter Mehrwert erlebt werden,

- Führungskräfte diese Haltung vorleben und Abwertung oder Ironisierung gegenüber Zusatzversicherten nicht tolerieren,
- gemeinsame Ziele zu Patientenzufriedenheit und Zusatzversichertenquote etabliert werden – mit erkennbarem Nutzen für alle Bereiche.

Internationale Erfahrungen: lernen, nicht kopieren

Andere Länder zeigen, dass Zusatzversicherungen sehr unterschiedlich gestaltet sein können:

- In Deutschland und Österreich ergänzen sie das gesetzliche System um Komfort- und Wahlleistungen.
- In Skandinavien und im Vereinigten Königreich dienen sie vor allem dazu, Wartezeiten für elektive Eingriffe zu verkürzen und berufstätigen Personen schnellen Zugang zu sichern.
- In den Niederlanden stehen flexible Zusatzbausteine, hohe Transparenz und starke Kundenorientierung im Vordergrund, ohne das Basissystem zu schwächen.

Für die Schweiz lassen sich zentrale Lehren ziehen: Zusatzversicherungen sollen **ergänzen und nicht ersetzen**. Produkte müssen modular, verständlich und verlässlich sein. Zeit- und Zugangsvorteile bei planbaren Leistungen sind zulässig, wenn medizinische Dringlichkeit konsequent Vorrang hat. Integrierte Modelle auf

Ebene von Versorgungsregionen und Managend-Care-Strukturen sind ein wichtiges Zukunftsfeld. Es geht nicht darum, das Schweizer System umzustossen, sondern bewährte Elemente aus dem Ausland intelligent einzubauen, um Zusatzversicherungen **fit für die Zukunft** zu machen.

Zukunftsszenarien: Rückbau, Stillstand oder intelligente Transformation

Es lassen sich drei mögliche Entwicklungspfade skizzieren:

- **Rückbau oder Stillstand der Zusatzversicherungen:** Die Produkte bleiben starr und unattraktiv, die Regulierung eng und die Kommunikation defensiv. Der Anteil Zusatzversicherter sinkt, Spitäler verlieren wichtige Einnahmen, die Innovationskraft schwindet. Kurzfristig mag dies «gerechter» erscheinen, langfristig gefährdet es die Qualität, Kapazitäten, Standortattraktivität – und belastet Grundversicherung und Staat.
- **Intelligente Transformation durch Ambulantisierung und Digitalisierung:** Zusatzversicherungen entwickeln sich zu flexiblen, transparenten, digital eingebetteten Lösungen. Sie unterstützen integrierte Versorgungsregionen, fördern Prävention und Innovation, bieten echte Mehrwerte für breite Zielgruppen und stabilisieren zugleich die

Finanzierung. Dies ist das Szenario einer echten Win-win-Situation.

- **Stärkere Integration von Zusatz- und Grundversicherung:** Klare Schnittstellen, gemeinsame Plattformen und abgestimmte Modelle erhohen Effizienz und Verständlichkeit. Differenzierte Leistungen bleiben möglich, sind aber klar geregelt und eng mit der Grundversorgung verzahnt. Dieses Szenario verlangt politischen Willen, kluge Governance und Vertrauen in differenzierte, aber faire Lösungen.

Wahrscheinlich und sinnvoll ist eine Kombination aus dem zweiten und dritten Punkt: eine **intelligente Transformation** auf Basis eines starken solidarischen Basissystems, ergänzt durch moderne Zusatzleistungen, die ambulant und digital mitgedacht werden und Versorgungsregionen stärken.

Klare Handlungsempfehlungen für Leistungserbringer und Versicherer

Damit dieses positive Szenario Wirklichkeit wird, braucht es entschlossenes Handeln – gerade von Spitälern, anderen Leistungserbringern und Versicherern.

Für Spitäler und Leistungserbringer

- **Strategisch zum Zusatzsegment stehen** Zusatzversicherte nicht als «Luxusflle», sondern als tragende Säule der Spitalfinanzierung und der Innovationskraft verstehen – zum Nutzen aller, insbesondere der Grundversicherten.
- **In Qualität, Service und Digitalisierung investieren**
 - Spezialisierungen ausbauen und sichtbar machen.
 - Hotellerie und Service so gestalten, dass der Aufpreis nachvollziehbar ist.
 - Digitale Angebote (Portale, Telemedizin, Terminmanagement, Nachsorge) als Kernleistungen etablieren, nicht als Nebensache.
- **Ambulante Angebote und Versorgungsregionen aktiv mitgestalten**
 - Ambulatorien, Tageskliniken und vernetzte Angebote gemeinsam mit Versicherern entwickeln.
 - Behandlungspfade über die Sektorengrenzen hinweg koordinieren.
 - Zusatzversicherte als Brücke nutzen, um integrierte Versorgungsmodelle zu finanzieren.
- **Standardisierung und digitale Anspruchsprüfung unterstützen**

- Sich für ein nationales, abgestuftes Leistungsmodell einsetzen.
- Klinikinformationssysteme so ausbauen, dass Versichertenstatus und Zusatzrechte einfach, korrekt und in Echtzeit sichtbar sind.
- **Kulturarbeit im eigenen Haus leisten**
 - Mitarbeitende informieren, wo Zusatzgelder konkret investiert werden.
 - Erfolgsgeschichten sichtbar machen (z. B. neue Station, Entlastungsprogramme, moderne Technik).
 - Positives Verhalten gegenüber Zusatzversicherten fördern, ohne Grundversicherte zu benachteiligen.

Für Versicherer

- **Produkte konsequent modernisieren – ambulant und digital mitdenken**
 - Starre, rein stationäre Modelle zu integrierten stationär-ambulanten Paketen weiterentwickeln.
 - Telemedizin, digitale Coachings, Prävention und Nachsorge als selbstverständliche Bestandteile verankern.
 - Versorgungsregionen als zentrale Design-Einheit von Produkten nutzen.



– **Transparenz und Verständlichkeit radikal erhöhen**

- Klare Leistungstabellen statt unübersichtliches Kleingedrucktes
- Modular, vergleichbar, nachvollziehbar
- Kunden so informieren, dass sie den Mehrwert ihrer Police konkret verstehen.

– **Gemeinsam mit Leistungserbringern und Aufsicht entwickeln**

- Spitäler, Ärztinnen und Ärzte, Versorgungsregionen und Technologiepartner von Beginn weg einbeziehen.
- FINMA und BAG als Mitgestaltende von Rahmenbedingungen betrachten und frühzeitig einbinden.
- Modelle testen, evaluieren, anpassen – nicht an Theorieprodukten festhalten.

– **Mehrwert statt Überversorgung**

- Zusatzleistungen so definieren, dass sie qualitativen und erlebbaren Mehrwert bringen, nicht einfach mehr Volumen.
- Fehlanreize vermeiden, Outcomes messen und offen kommunizieren.

– **Win-win klar kommunizieren**

- Deutlich machen, wie Zusatzprämien zur Finanzierung von Infrastruktur, Digitalisierung, Innovation und Standortattraktivität beitragen.



- Transparenz gegenüber Versicherten, Leistungserbringern und Politik pflegen.

Zusatzversicherungen als gemeinsame Zukunftsaufgabe

Zusatzversicherungen stehen an einer Weggabelung: Zwischen dem Bild vom «Luxusbett» und der Gefahr der Überregulierung, zwischen berechtigter Kritik und unterschätzter Systemrelevanz.

Wer genauer hinschaut, erkennt: Richtig gestaltet sind sie **Lebensader und Zukunftslabor** des Schweizer Gesundheitswesens – und ein zentraler Hebel, um das System auch künftig solidarisch, finanzierbar, innovativ und für alle berechenbar zu halten.

Damit das gelingt, braucht es ein **abgestimmtes Leadership** von Versicherern, Leistungserbringern, Politik, FINMA, BAG und Versorgungsregionen: nicht gegeneinander, sondern **gemeinsam handeln** – Zusatzversicherungen rasch weiterentwickeln, Ambulantisierung und Digitalisierung aktiv einbauen, Versorgungsregionen stärken sowie Standardisierung und Kulturwandel vorantreiben.

Gelingt dieser Schulterschluss, sind Zusatzversicherungen keine Quelle der Spaltung, sondern ein wichtiger Baustein für eine Win-win-Situation: für Patientinnen und Patienten, für Versicherer, für Spitäler und Leistungserbringer – und für den Staat, der auf ein tragfähiges, modernes Gesundheitssystem angewiesen ist.



Bachelor of Science in Medizininformatik

Sie wollen die digitale Zukunft des Gesundheitswesens mitgestalten?

In diesem Studium lernen Sie, zukunftsweisende IT- und Digitalisierungslösungen zu designen und bauen und implementieren Prototypen. Für mehr Sicherheit und Qualität für Patient*innen und Behandelnde.

Erfahren Sie alles zum Studium, den Zulassungsbedingungen, den Vorkursen und den Berufsperspektiven.

Infos und Anmeldung:
bfh.ch/medizininformatik

