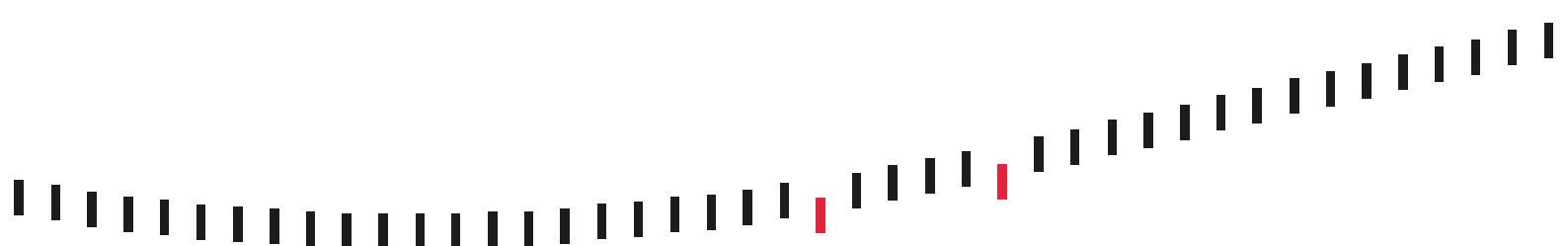


Studie

# Bedeutung von Spitalzusatz- versicherungen

Basel | 29.02.2024



# Impressum

## **Bedeutung von Spitalzusatzversicherungen in der Schweiz**

29.02.2024

**Auftraggeber:** santésuisse

**Autor:** Florentin Krämer

Verantwortlich seitens Auftraggeber: Dominik Gresch, Cornelia Meier

Projektleitung seitens Auftragnehmer: Florentin Krämer

Projektbearbeitung: Florentin Krämer, Wolfram Kägi, Anna Party, Jonas Lehmann

BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG

Aeschengraben 9

4051 Basel

T +41 61 262 05 55

contact@bss-basel.ch

[www.bss-basel.ch](http://www.bss-basel.ch)

Zitiervorschlag: Krämer, F. (2024). Bedeutung von Spitalzusatzversicherungen in der Schweiz. Studie im Auftrag von santésuisse.

© 2024 BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG

# **Inhalt**

<b>Tabellen</b> .....	<b>iii</b>
<b>Abbildungen</b> .....	<b>iii</b>
<b>In Kürze</b> .....	<b>iv</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Bestandsaufnahme</b> .....	<b>3</b>
2.1 Marktverständnis .....	3
2.2 Angebot von Spitalzusatzversicherungsprodukten .....	5
2.3 Nachfrage nach Spitalzusatzversicherungsprodukten .....	6
<b>3. Einflussfaktoren</b> .....	<b>9</b>
3.1 Angebotsseitige Einflussfaktoren .....	9
3.2 Nachfrageseitige Einflussfaktoren .....	11
<b>4. Chancen und Risiken</b> .....	<b>14</b>
4.1 Chancen .....	15
4.2 Risiken.....	16
<b>5. Volkswirtschaftliche Bedeutung</b> .....	<b>20</b>
5.1 Potenzielle Nutzen.....	21
5.2 Potenzielle Kosten.....	23
<b>6. Fazit und Ausblick</b> .....	<b>26</b>
<b>A. Empirische Evidenz zu angebotsinduzierter Nachfrage</b> .....	<b>29</b>

# **| Tabellen**

Tabelle 1: Produktvergleich.....	5
----------------------------------	---

# **| Abbildungen**

Abbildung 1: Markt für Spitalzusatzversicherungen .....	3
Abbildung 2: Marktvolumen Spitalzusatzversicherungen .....	6
Abbildung 3: Anteil der OKP-Versicherten mit Spitalzusatzversicherung .....	7
Abbildung 4: Anteil zusatzversicherter Patienten nach Grossregion .....	8
Abbildung 5: Verhältnis von ambulanten zu stationären Eingriffsraten.....	13
Abbildung 6: Finanzierungsgrade verschiedener Aktivitätstypen nach Patientengruppe .....	30
Abbildung 7: Verhältnis der Finanzierungsgrade (Zusatzversicherte vs. Grundversicherte).....	31

## In Kürze

Aufgrund der Zunahme des Leistungsumfanges sowie des steigenden Komforts in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, der Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich und rigider regulatorischer Vorgaben sind Anbieter von Spitalzusatzversicherungen verstärkt gefordert, attraktive Lösungen anzubieten. Wir untersuchen, welche Faktoren das Angebot von und die Nachfrage nach Spitalzusatzversicherungen beeinflussen, wie sich der Markt für dieses Versicherungsprodukt entwickelt hat und welche Chancen und Risiken sich aus aktuellen Trends für die Zukunft ergeben. Zudem richten wir unser Augenmerk auf die volkswirtschaftlich relevanten Wirkungen, die durch Spitalzusatzversicherungen entstehen.

Die Nachfrage nach klassischen halbprivaten und privaten Spitalzusatzversicherungen ist vor allem in den ersten zehn Jahren nach der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes zurückgegangen. Die Trendumkehr erfolgte 2006: Seither ist ein kräftiges Wachstum von Flex-Produkten zu verzeichnen, das diesen Rückgang teilweise kompensiert. Seit 2006 ist der Anteil der Personen, die über eine Spitalzusatzversicherung verfügen, von rund 13% auf über 20% angestiegen. Abgesehen von der Innovation im Bereich der Flex-Produkte ist der Markt von einer eher geringen Innovationsdynamik geprägt, die massgeblich auf die eng gefassten regulatorischen Vorgaben zurückzuführen sein dürfte. Einmal lancierte Produkte können zwar im Verlauf angepasst werden, jedoch nur zu erschwerten Bedingungen. Im Zweifel verzichten Versicherer daher eher auf die Einführung neuer Produkte.

Chancen für Spitalzusatzversicherungsprodukte entstehen vor allem dort, wo es Versicherern gemeinsam mit Leistungserbringern gelingt, attraktive Angebote für den ambulanten Bereich zu entwickeln. Auch die Begleitung des Patienten entlang des Behandlungspfades, inklusive Beratung hinsichtlich der Wahl des Arztes und der Versorgungsstruktur, verspricht Potenzial. Hingegen bergen die fortschreitende Alterung der Gesellschaft, der Ausbau des Leistungsniveaus in der OKP und die regulatorischen Entwicklungen, welche sich negativ auf die Innovationsbereitschaft der Versicherer auswirken, gewisse Risiken.

Mit Blick auf volkswirtschaftlich relevante Wirkungen ist kostenseitig das Potenzial zur Mengenausweitung zu nennen. Verschiedene Studien deuten darauf hin, dass elektive Eingriffe bei zusatzversicherten Patienten häufiger vorgenommen werden. Es besteht das Risiko, dass sich die damit verbundenen Kosten zum Teil in den OKP-Betriebskosten niederschlagen. Auch Vorhalteleistungen, die aus ineffizienter Nutzung von Spitalinfrastruktur und personellen Ressourcen resultieren, können zu erhöhten Systemkosten führen. Andererseits können beispielsweise aus verkürzten Liegedauern, der Steigerung der Attraktivität medizinischer Berufe und der Verbreitung innovativer therapeutischer Ansätze ökonomische Nutzenpotenziale resultieren. Da die genannten Wirkungen kaum quantifizierbar sind, ist der Nettoeffekt unklar.

# 1. Einleitung

Spitalzusatzversicherungen stehen in der Kritik. Der Preisüberwacher (PUE) moniert die Intransparenz der Tarife, die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (FINMA) bemängelt überhöhte Rechnungen, die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) stellt Anreize zur Mengenausweitung fest. Offensichtlich erfüllen Spitalzusatzversicherungen jedoch auch ein Bedürfnis – Stand 2022 verfügten 20% der Schweizerinnen und Schweizer über eine solche überobligatorische Absicherung (Flex-Produkte eingeschlossen).<sup>1,2</sup> Sofern der Nutzen der angebotenen Leistungen die Kosten überwiegt, werden Versicherte Spitalzusatzversicherungsprodukte nachfragen. Sie bringen damit zum Ausdruck, dass ihre individuelle Kosten-Nutzen-Abwägung positiv ausfällt. Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Studie, welcher individuelle und volkswirtschaftliche Nutzen durch Spitalzusatzversicherungen entsteht und welche Kosten damit verbunden sind. Weiter beleuchten wir das aktuelle gesetzliche und regulatorische Umfeld, stellen dar, welche Chancen und Risiken Spitalzusatzversicherungen aus den aktuellen Entwicklungen erwachsen, und führen aus, welche Schritte zu unternehmen wären, um die Attraktivität von Spitalzusatzversicherungen auch in Zukunft sicherzustellen. Wir nutzen für diese Zwecke öffentlich verfügbare Dokumente und Datenquellen sowie Informationen, die wir im Gespräch mit Vertretern von vier Anbietern von Spitalzusatzversicherungen und von vier Spitälern (zwei akutstationäre, zwei psychiatrische) sowie von einem Vertreter der Schweizerischen Belegärztervereinigung gewonnen haben.

Um Nutzen und Kosten von Spitalzusatzversicherungen beurteilen zu können, ist zunächst eine Abgrenzung gegenüber der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) notwendig. Die OKP ist eine soziale Pflichtversicherung, die allen Einwohnern im Krankheitsfall eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Behandlung zusichert (vgl. Art. 32 Abs. 1 KVG).<sup>3</sup> Die Idee der OKP ist also nicht, eine umfassende

---

<sup>1</sup> Quelle: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (BAG), Tabelle KV903N, eigene Berechnungen. Eingeschlossen sind die Produkte «Privat», «Halbprivat» und «Flex». Die Aussage beruht auf der Auswertung der Frage 3.7.3 aus der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung. Laut BAG handelt es sich nicht um eine Vollerhebung. Einige Versicherer beantworten die Frage 3.7.3 nicht, weil das Zusatzversicherungsgeschäft in einer anderen *juristischen Einheit* organisiert ist; allerdings gehören die betreffenden juristischen Einheiten zum gleichen *Konzern*. Anhand des gemeldeten Prämienvolumens, das der FINMA übermittelt wird, kann der Abdeckungsgrad ermittelt werden. Daraus geht hervor, dass die genannten Werte auf den Daten von Krankenversicherern basieren, die 78% des Marktes, gemessen am Prämienvolumen in der Spitalzusatzversicherung, abdecken.

<sup>2</sup> Aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung geht ein etwas höherer Wert hervor (27.1%). Aufgrund des relativ hohen Abdeckungsgrades, der höheren zeitlichen Auflösung und der Tatsache, dass es sich um eine direkte Erhebung bei den Versicherern (und nicht um eine Befragung der Versicherten) handelt, messen wir der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung ein höheres Gewicht bei als der Schweizerischen Gesundheitsbefragung.

<sup>3</sup> Die Leistungserbringer geniessen dabei grundsätzlich Behandlungsautonomie. Erbrachte ärztliche Leistungen werden vergütet, sofern sie nicht umstritten sind (Vertrauensprinzip). Im Rahmen von periodischen Überprüfungen (vgl. Art. 32 Abs. 2 KVG) oder Umstrittenheitsabklärungen können vom Eidgenössischen Departement des Inneren (EDI) Leistungen bezeichnet werden, deren Kosten nicht von der OKP übernommen werden. Für Arzneimittel, Laboranalysen, Mittel und Gegenstände gibt es sogenannte Positivlisten, welche die Leistungen bezeichnen, die von der OKP getragen werden. Siehe die Ausführungen unter

Absicherung aller denkbaren Bedürfnisse zu gewährleisten, sondern eine qualitativ hochstehende, evidenzbasierte medizinische Versorgung sicherzustellen. Die Solidargemeinschaft soll nur in dem Masse belastet werden, wie es zur Aufrechterhaltung einer guten, umfassenden Grundversorgung notwendig ist. Was darüber hinausgeht, ist Privatsache. Sprich: Es steht jedem frei, sich überobligatorisch abzusichern oder gegen Aufpreis weitere Leistungen in Anspruch zu nehmen. Eine wichtige Rolle spielen dabei Spitalzusatzversicherungen.

Anders als in der Grundversicherung unterstehen Leistungen der Spitalzusatzversicherung dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Dadurch geniessen Versicherer eine gewisse Freiheit bei der Ausgestaltung des Leistungskatalogs der angebotenen Produkte sowie bei der Selektion des Versichertenkollektivs (hier besteht keine Aufnahmepflicht). Im Rahmen privatrechtlich zulässiger Verträge können Versicherungsunternehmen und Leistungserbringer Leistungen definieren, die im Schadensfall erbracht und vergütet werden. Wesentliche Bedürfnisse, die durch Spitalzusatzversicherungen abgedeckt werden, sind wie folgt:

- *Freie Spitalwahl*: OKP-Versicherte können sich nur in Notfällen oder falls die erforderliche Behandlung in ihrem Wohnkanton nicht angeboten wird ohne zusätzliche Kosten ausserkantonale behandeln lassen. Bei Wahlbehandlungen müssen sie eine allfällige Differenz zu den Kosten der Behandlung im Wohnkanton selbst tragen. Eine Spitalzusatzversicherung «Spital allgemeine Abteilung ganze Schweiz» kommt für die Kostendifferenz auf und ermöglicht es Versicherten, auch elektive Behandlungen in einem ausserkantonalen Spital ihrer Wahl durchführen zu lassen.
- *Freie Arztwahl*: Je nach Ausgestaltung (privat/halbprivat) besteht bei Abschluss einer Spitalzusatzversicherung die Möglichkeit, den behandelnden Arzt (Chefarzt/Oberarzt) zu wählen.
- *Komfort*: Personen mit Spitalzusatzversicherungen privat/halbprivat haben üblicherweise Anspruch auf ein Einzelzimmer (privat) bzw. Doppelzimmer (halbprivat) und geniessen Serviceleistungen, die über das in der Grundversicherung geleistete Mass hinausgehen. Unter anderem gewähren gewisse Spitalzusatzversicherungsprodukte Entschädigungen für die Fahrtkosten ins Spital oder die Übernahme von Kinderbetreuungskosten. Häufig besteht auch die Möglichkeit, Operationstermine flexibel zu vereinbaren.

Überobligatorische Leistungen können weiter in *Mehrleistungen* und *Zusatzleistungen* differenziert werden. Gemäss einem Bericht des Staatssekretariats für Internationale Finanzfragen (SIF) vom 2. September 2020 sind Mehrleistungen solche Leistungen, die mit OKP-Leistungen verbunden sind, aber über den OKP-Standard hinausgehen.<sup>4</sup> Höchstrichterlich als Mehrleistungen anerkannt sind etwa die freie Arztwahl und der Komfort in der Hotellerie.<sup>5</sup> Hingegen sind Zusatzleistungen nicht im Leistungsumfang der OKP enthalten. Beispiele sind medizinisch nicht indizierte oder rein ästhetische Eingriffe; gewisse Leistungen im Bereich der Komplementär- oder Fortpflanzungsmedizin; weite Bereiche der Zahnmedizin; sowie die Anwendung von Arzneimitteln, die nicht auf der Spezialitätenliste aufgeführt sind (vorbehaltlich Art. 71a-f der Verordnung über die Krankenversicherung, KVV). Viele der genannten Zusatzleistungen sind vorwiegend für

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-bezeichnung-der-leistungen.html>, zuletzt abgerufen am 14.12.2022.

<sup>4</sup> Staatssekretariat für Internationale Finanzfragen (2020). Stärkung der Instrumentarien der FINMA in der Krankenzusatzversicherung: Regulatorische Möglichkeiten, S. 21 f. Online verfügbar unter <https://blog.preisueberwacher.ch/file.axd?file=/2020/SIF-Bericht-zur-KZV.pdf>, zuletzt abgerufen am 06.01.2023.

<sup>5</sup> Vgl. BGE 130 I 306 oder BGE 135 V 443, E. 2.1 und 2.2, S. 446 und 447.

den ambulanten Sektor relevant. Zur Beurteilung der volkswirtschaftlichen Auswirkungen von Spitalzusatzversicherungen (die definitionsgemäss bei stationären Behandlungen zum Tragen kommen) fokussieren wir daher auf *Mehrleistungen*.

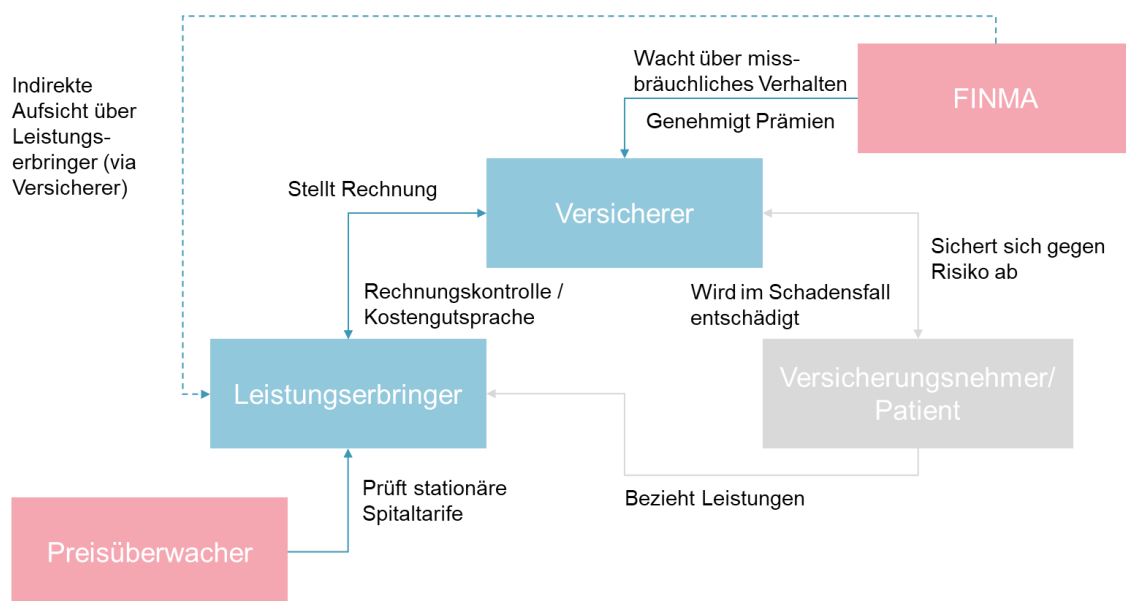
Nach einer Charakterisierung des Markts (Kapitel 2) legen wir in Kapitel 3 dar, welche Faktoren das Angebot von und die Nachfrage nach Spitalzusatzversicherungen aktuell beeinflussen. In Kapitel 4 richten wir den Blick in die Zukunft, indem wir Chancen und Risiken darstellen, die aus Trends im Gesundheitssystem sowie aus regulatorischen und demographischen Entwicklungen resultieren. Neben den individuellen Kosten-Nutzen-Abwägungen interessiert uns die gesamtwirtschaftliche Bedeutung von Spitalzusatzversicherungen, die wir in Kapitel 5 untersuchen. Kapitel 6 schliesst mit einem Fazit.

## 2. Bestandsaufnahme

### 2.1 Marktverständnis

Um die volkswirtschaftlichen Wirkungen von Spitalzusatzversicherungen einordnen zu können, ist eine kurze Übersicht über den privaten Gesundheitsversicherungsmarkt zielführend. Abbildung 1 stellt die verschiedenen Akteure und ihre Beziehungen dar. Beginnen wir bei den Versicherten. Sie sichern sich bei einem Versicherer gegen ein gesundheitliches Risiko ab. Im Schadensfall treten sie als Patienten in ein Spital ein und beziehen dort Leistungen. Die Kosten für diese Leistungserbringung werden in der Regel den Versicherern in Rechnung gestellt. Die Versicherer sind berechtigt und – wenn vertraglich so geregelt – dazu verpflichtet, die Rechnungen der Leistungserbringer zu prüfen und bei Bedarf zusätzliche Informationen anzufordern.

Abbildung 1: Markt für Spitalzusatzversicherungen



Quelle: Eigene Darstellung.



Anbieter von Spitalzusatzversicherungen unterliegen der Aufsicht der FINMA. Die Aufsichtsbehörde ist insbesondere um den Schutz der Versicherten besorgt: Ziel ist es, Konsumenten vor den Folgen zu tiefer resp. zu hoher Prämien zu schützen. Zu tiefe Prämien können die Solvenz des Versicherungsunternehmens gefährden und damit im Extremfall zum Verlust der Deckung führen. Zu hohe Prämien werden von der FINMA als missbräuchlich eingestuft. Die Begründung ist wie folgt: Da Versicherer Kunden nach eigenem Ermessen ablehnen können, bestehen für Personen mit Vorerkrankungen oder ab einem bestimmten Alter kaum Wechselmöglichkeiten. Aus Sicht dieses Kundensegments spielt folglich nicht der freie Wettbewerb; vielmehr hat der Versicherer quasi eine Monopolstellung inne. Die FINMA argumentiert, dass der Schutz vor missbräuchlich hohen Prämien für dieses Kundensegment daher von besonderer Bedeutung ist.<sup>6</sup>

Es ist wichtig zu betonen, dass sich die Aufsichtsbefugnis der FINMA nicht auf Leistungserbringer erstreckt (dies wird durch die gestrichelte Linie in Abbildung 1 symbolisiert). Gerade im Bereich der Spitalzusatzversicherungen sind Interdependenzen zwischen den Angebotskatalogen von Leistungserbringern und Versicherern aber offensichtlich: Versicherer agieren als Intermediäre und können keine Leistungen versichern, die von den Leistungserbringern nicht angeboten werden. Die Akteure sind daher bestrebt, vertraglich festzulegen, welche Mehrleistungen versichert werden, wie diese vergütet werden (auf Basis von Einzelleistungen oder pauschal) und in welcher Form die Rechnungsstellung erfolgt.<sup>7</sup> Eine wirksame Rechnungskontrolle hängt also massgeblich davon ab, wie die Verträge zwischen Leistungserbringern und Versicherern ausgestaltet sind.<sup>8</sup> Versicherer haben darauf lediglich im Rahmen der Verhandlungen mit Leistungserbringern Einfluss, können diesen aber – im Gegensatz zu einer hoheitlichen Aufsichtsbehörde – keine verbindlichen Vorgaben machen.

Zu einem gewissen Grad fungiert der Preisüberwacher auch als Aufsichtsbehörde für Leistungserbringer. Dessen Kompetenzen sind aber eng gefasst und erstrecken sich hauptsächlich auf die Prüfung von stationären Tarifen in der Grundversicherung. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Prüfungstätigkeit des Preisüberwachers bei Leistungserbringern zu mehr Transparenz und zur Verhinderung von Doppelverrechnungen (siehe auch Abschnitt 4.2.1) führt, zumal dessen personelle Ressourcen beschränkt sind.<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> Siehe [https://www.finma.ch/de/~media/finma/dokumente/dokumentencenter/myfinma/faktenblaetter/faktenblatt-krankenzusatzversicherung.pdf?sc\\_lang=de](https://www.finma.ch/de/~media/finma/dokumente/dokumentencenter/myfinma/faktenblaetter/faktenblatt-krankenzusatzversicherung.pdf?sc_lang=de), zuletzt abgerufen am 05.01.2023. Es ist anzumerken, dass dieser Schutz nur für bestehende Kunden gilt, nicht aber für Neukunden. Bei Versicherungsprodukten, die dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) unterliegen, können Versicherungsunternehmen Kunden ohne Angabe von Gründen ablehnen. Aus theoretischer Sicht entspricht dies einer unendlich hohen Prämie. De facto werden daher für Bestands- und Neukunden unterschiedliche Massstäbe angelegt.

<sup>7</sup> Vertragliche Regelungen werden zwar angestrebt, existieren aber aktuell nicht mit allen Leistungserbringern. Gleichzeitig besteht das Leistungsversprechen gegenüber den Versicherten. Sind Belegärzte an der Leistungserbringung beteiligt, besteht typischerweise kein Verhältnis zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherer. In diesem Fall können Versicherer allfällige Reduktionen nur gegenüber den Versicherten direkt vornehmen.

<sup>8</sup> Das 2021 verabschiedete SVV-Branchenframework (siehe <https://www.svv.ch/de/branche/regelwerke/branchen-framework-zu-mehrleistungen-vvg>, zuletzt abgerufen am 05.01.2023), dem sich grosse Teile der Versicherer angeschlossen haben, hat neben der Harmonisierung der Vertragsgestaltung die Verbesserung von Transparenz und Nachvollziehbarkeit bei VVG-Mehrleistungen zum Ziel. Als solches dürfte sich das Framework positiv auf die Möglichkeiten der Rechnungskontrolle auswirken.

<sup>9</sup> Ergänzend sei an dieser Stelle der Bericht des Preisüberwachers «Akutstationäre Spitaltarife im Zusatzversicherungsbereich: Ein nationaler Tarif- und Kostenvergleich» (2021) erwähnt, online verfügbar unter

## 2.2 Angebot von Spitalzusatzversicherungsprodukten

Spitalzusatzversicherungen können in zwei Kategorien eingeteilt werden: klassische Produkte wie die Spitalzusatzversicherung «Allgemeine Abteilung ganze Schweiz», «Halbprivat» und «Privat» sowie neue Produkte, insbesondere die sogenannten Flex-Modelle. Die Produkte unterscheiden sich hinsichtlich des Leistungsumfangs, der in Tabelle 1 schematisch dargestellt ist.

**Tabelle 1: Produktvergleich**

	Allgemeine Abteilung	Halbprivat	Privat
Freie Spitalwahl	Ja	Ja	Ja
Freie Arztwahl	Nein	Ja, bis und mit Oberarzt	Ja, bis und mit Chefarzt
Hotellerie	Mehrbettzimmer	2-Bett-Zimmer	1-Bett-Zimmer
Terminliche Flexibilität	Nein	Ja, teilweise	Ja
Zusätzliche Services	Eingeschränkt	Teilweise	Mehrheitlich

Anmerkungen: Schematische Darstellung ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Quelle: Eigene Darstellung.

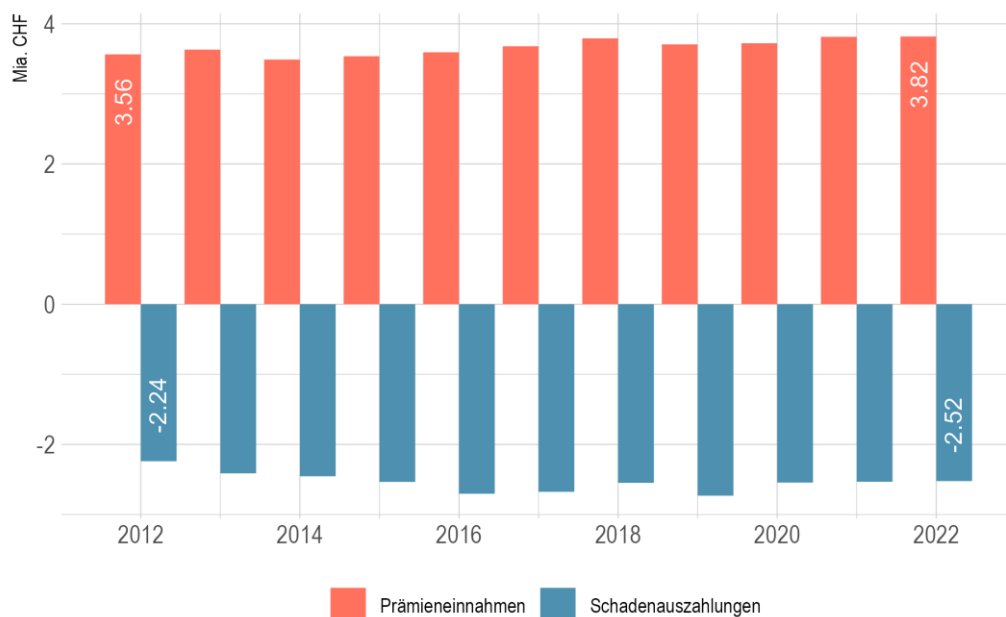
Eine Spitalzusatzversicherung «Allgemeine Abteilung ganze Schweiz» bietet gegenüber der reinen Grundversicherung den Vorteil, dass ausserkantonale Spitäler auch bei elektiven Eingriffen ohne Mehrkosten aufgesucht werden können. Sie umfasst aber nicht die klassischen Mehrleistungen wie freie Arztwahl, höhere Schlüssel beim Pflegepersonal, Komfort in der Hotellerie (Anzahl Betten und Menüauswahl) sowie Servicedienstleistungen wie Kinderbetreuung bei Spitalaufenthalt.<sup>10</sup> Da vorwiegend diese Leistungen dazu geeignet sind, volkswirtschaftliche Wirkungen zu entfalten, beschränken wir uns im Folgenden auf halbprivate und private Spitalzusatzversicherungen sowie Flex-Produkte. Letztere bilden einen Sonderfall: Der Abschluss einer solchen Versicherung kommt einem Optionsrecht gleich. Im Fall einer Hospitalisierung kann der Versicherte entscheiden, ob er gegen Aufpreis eine Behandlung gemäss dem Standard des halbprivaten oder privaten Leistungskatalogs wünscht.

---

[https://www.preisueberwacher.admin.ch/dam/pue/de/dokumente/studien/akutstationaere\\_spitaltarife\\_zusatzversicherung.pdf.download.pdf/Akutstation%C3%A4re%20Spitaltarife%20im%20Zusatzversicherungsbereich\\_Bericht\\_d.pdf](https://www.preisueberwacher.admin.ch/dam/pue/de/dokumente/studien/akutstationaere_spitaltarife_zusatzversicherung.pdf.download.pdf/Akutstation%C3%A4re%20Spitaltarife%20im%20Zusatzversicherungsbereich_Bericht_d.pdf), zuletzt abgerufen am 13.01.2023. Ziel des Berichts ist es, durch den Tarifvergleich Transparenz zu fördern und «als Entscheidungsgrundlage für mögliche Massnahmen zur Behebung der beschriebenen Problematik [zu] dienen» (S. 4). Der Bericht hat aber keinen rechtsverbindlichen Charakter.

<sup>10</sup> Im Einzelnen unterscheiden sich die Angebote der Versicherer (zum Beispiel in Bezug auf zusätzliche Servicedienstleistungen). Die Ausgestaltung der hier genannten Produkte ist aber weitgehend ähnlich.

**Abbildung 2: Marktvolumen Spitalzusatzversicherungen**



*Anmerkungen:* Die Abbildung zeigt die verdienten Bruttoprämien (rote Säulen) und die Zahlungen für Versicherungsfälle (blaue Säulen) der Kategorie «VVG Krankenversicherung: Stationäre Heilbehandlungen» für die Jahre 2012 bis 2022. Sie beruht auf Daten von allen in der Schweiz tätigen Versicherern, die der Aufsicht der FINMA unterstehen. *Quelle:* FINMA Versicherer-Reports, eigene Berechnung.

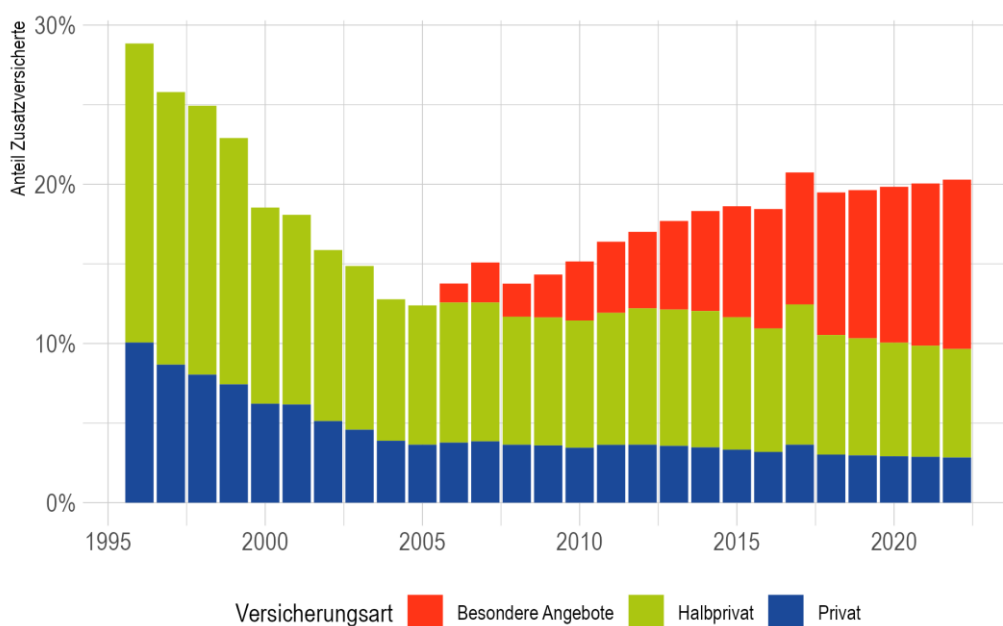
Das Marktvolumen aller Spitalzusatzversicherungsverträge (gemessen an den verdienten Bruttoprämien) beträgt im Jahr 2021 CHF 3.81 Mia. und ist seit 2012 um ca. 7% gewachsen (siehe Abbildung 2). Im gleichen Zeitraum steigen die Zahlungen für Versicherungsfälle von 2.24 Mia. CHF auf 2.52 Mia. CHF an (um 12.5%). Daten zu Verwaltungskosten, Alterungsrückstellungen und anderen Kosten, die das Nettoergebnis beeinflussen, sind nicht verfügbar. Nach Angaben von santésuisse sind Zusatzversicherungen in den meisten Fällen im Besitz von Stiftungen. Allfällige Gewinne werden häufig in Prämienreduktionen oder in die Projektförderung investiert. So bleiben die Gewinne im System und werden nicht an Kapitalgeber abgeführt.

## 2.3 Nachfrage nach Spitalzusatzversicherungsprodukten

Die Nachfrage nach klassischen Halbprivat- und Privatprodukten ist im Verlauf der vergangenen 25 Jahre stark zurückgegangen (siehe Abbildung 3). Verfügten 1996 noch knapp 30% aller Grundversicherten über eine solche überobligatorische Absicherung, liegt der Wert heute bei 10%.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Der starke Rückgang ab 1996 dürfte insbesondere auf die damalige Einführung des KVG und den damit verbundenen Ausbau der obligatorischen Grundversicherung zurückzuführen sein. Was die heutige Abdeckung anbelangt, so resultiert aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung wiederum, wie eingangs erwähnt, ein deutlich höherer Wert (25.7% für das letzte verfügbare Datenjahr 2017). Nur 1.4% der Befragten

**Abbildung 3: Anteil der OKP-Versicherten mit Spitalzusatzversicherung**



*Anmerkungen:* Die ausgewiesenen Anteile beziehen sich auf Versicherte, die eine Spitalzusatzversicherung bei einem Versicherer abgeschlossen haben, der auch als KVG-Versicherer tätig ist. Angaben von reinen Privatversicherern sind hier nicht enthalten. «Besondere Angebote» umfassen Flex-Versicherungen, bei der Versicherte von Fall zu Fall die Abteilung, in der sie behandelt werden wollen, und die dazu gehörige Franchise bzw. Kostenbeteiligung für die halbprivate oder private Abteilung wählen können; Spitalzimmersversicherungen für die freie Wahl von Ein- oder Zweibettzimmern in der allgemeinen Spitalabteilung; Taggeldversicherungen im Zusammenhang mit Spitalaufenthalten, bei denen die Versicherten einen fixen Betrag pro Spitaltag erhalten; Behandlungskostenversicherungen bei Spitalaufenthalten mit einem definierten Maximalbetrag pro Jahr. *Quelle:* Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (BAG), Tabelle KV903N, eigene Berechnungen.

Ein Grund für den Rückgang dürfte in der Einführung des Versicherungsobligatoriums im Jahr 1996 zu suchen sein: Zuvor hatte ein substanzieller Teil der Schweizer Bevölkerung zum Zweck der Absicherung im Krankheitsfall private Zusatzversicherungen abgeschlossen. Mit Einführung der OKP reduzierte sich der Bedarf für eine zusätzliche private Absicherung, was wohl den starken Abfall bis zum Jahr 2005 erklärt. Danach ist nur noch ein leichter Rückgang zu verzeichnen, der vorwiegend mit den in Kapitel 3 analysierten Gründen zusammenhängen dürfte. Bemerkenswert ist das Wachstum der sogenannten «Besonderen Angebote», unter die auch Flex-Produkte fallen, von ca. 1.2% des OKP-Versichertenbestands auf ca. 10.2%. Bezogen auf die Anzahl Versicherten entspricht dies knapp einer Verzehnfachung. Dieser starke Anstieg führte dazu, dass der Anteil

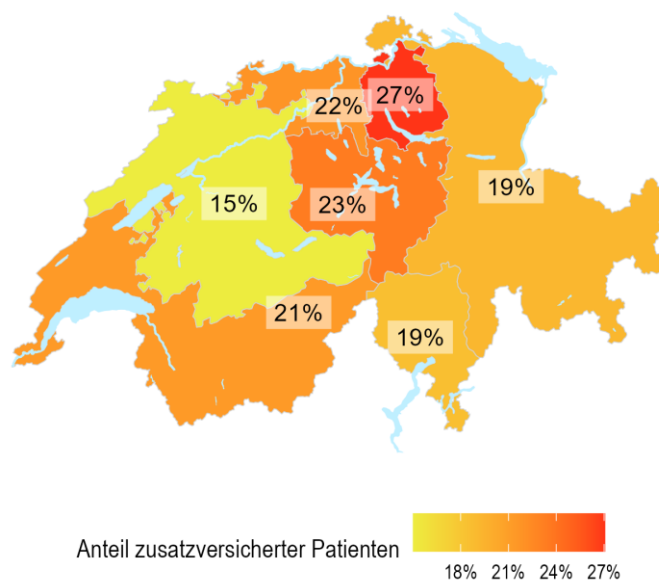
---

geben an, über ein «Anderes Modell» versichert zu sein. Die Formulierung der Frage («Wie sind Sie versichert, wenn Sie ins Spital gehen müssen?») könnte dazu führen, dass eher die in Anspruch genommene Liegeklasse (die auch bei Flex-Modellen privat oder halbprivat sein kann) als der Typ des Versicherungsprodukts (privat, halbprivat oder flex) angegeben wird. Dies könnte eine Erklärung für die Diskrepanz zwischen den 1.4%, die angeben, über ein «Anderes Modell» versichert zu sein, und den knapp 10%, die gemäss Statistik der obligatorischen Krankenversicherung im Jahr 2017 über eine Spitalzusatzversicherung mit Versicherungsart «Besonderes Angebot» verfügen, darstellen.

der Personen, die über eine Spitalzusatzversicherung verfügen, seit dem Tiefpunkt 2005 kräftig gewachsen ist.

Im Zeitraum von 2014 bis 2020 flacht die Wachstumskurve etwas ab. Der weiterhin steigenden Tendenz beim Anteil der Grundversicherten, die über eine Spitalzusatzversicherung verfügen (inkl. Flex-Produkte), steht ein Rückgang bei der Inanspruchnahme gegenüber.<sup>12</sup> Schweizweit lag der Anteil zusatzversicherter Patienten 2014 bei 22.2% der gesamten Spitalaustritte, bis 2020 sank der Wert auf 20.8%. Eine plausible Erklärung dafür könnte sein, dass ein Teil der flexibel Versicherten bei Spitaleintritt auf ein Upgrade verzichtet.

**Abbildung 4: Anteil zusatzversicherter Patienten nach Grossregion**



*Anmerkungen:* Die Abbildung zeigt den Anteil der zusatzversicherten Patienten (halbprivat oder privat) je Grossregion für das Jahr 2020. Die Angaben beruhen auf den Variablen «pPatLKP» (Anteil der stationären Patienten mit halbprivater oder privater Zusatzversicherung) und «AustStatMST» (Anzahl der stationären Austritte während des Jahres) aus den «Kennzahlen der Schweizer Spitäler». Wir berechnen den durchschnittlichen Anteil pro Kanton, indem wir den spitalspezifischen Anteil mit den Austritten gewichten. *Quelle:* Kennzahlen der Schweizer Spitäler, Zeitreihe von 2008 bis 2020 (BAG), eigene Berechnungen.

Interessant ist auch die geographische Heterogenität bei der Inanspruchnahme. Wie Abbildung 4 verdeutlicht, ist der Anteil zusatzversicherter Patienten im Kanton Zürich mit 27% am höchsten, im Espace Mittelland mit 15% am niedrigsten. Die Auswertung lässt jedoch keine direkten Rückschlüsse auf die geographische Verteilung des Versichertenbestands zu, da Versicherte sich auch ausserhalb der Grossregion, in der sie wohnhaft sind, behandeln lassen können.

<sup>12</sup> Wir betrachten hier die Anzahl der Spitalaustritte nach Liegeklasse gemäss den Kennzahlen der Schweizer Spitäler (BAG). Das heisst: Die Daten spiegeln nicht den Anteil von Spitalzusatzversicherungsprodukten in der Bevölkerung wider, sondern den Anteil von Patienten mit Zusatzversicherung unter den in einem bestimmten Jahr hospitalisierten Personen. Auch Personen mit Flex-Produkten (sowie Patienten, die Upgrades out-of-pocket finanzieren) sind darin enthalten, sofern sie die Option zum Upgrade der Liegeklasse ausgeübt haben.

# 3. Einflussfaktoren

## 3.1 Angebotsseitige Einflussfaktoren

Das Angebot von Spitalzusatzversicherungen ist historisch gewachsen und richtet sich vorwiegend nach den Kundenbedürfnissen, der Grösse des Marktes, der Anzahl der Konkurrenten und deren Marktmacht, den geltenden rechtlichen und regulatorischen Rahmenbedingungen sowie der Möglichkeit, durch Innovation eine bessere Marktposition zu erlangen. Wir diskutieren nachfolgend den regulatorischen Rahmen, der sich auch auf die Innovationsfähigkeit auswirkt.

Wie bereits erwähnt, unterliegen die Krankenversicherer im VVG-Bereich der Aufsicht durch die FINMA und sind in ihrer Preis- und Vertragsgestaltung nicht frei. Sowohl die Versicherungsprämien als auch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) müssen der FINMA zur Genehmigung vorgelegt werden. Dies gilt für neue Produkte und auch für Produktanpassungen. Die Aufsichtsbehörde reguliert – im Gegensatz etwa zur Bankenaufsicht – im Bereich der Krankenversicherung auf Ebene einzelner *Produkte*.<sup>13</sup>

Mit der Anpassung des FINMA-Rundschreibens 2010/3 per 6. Mai 2021 wurden die Gewinnmargen, die mit Versicherungsprodukten im Bereich der Spitalzusatzversicherung erzielt werden dürfen, deutlich eingeschränkt. Bei neuen und bestehenden Produkten müssen die Tarife so kalkuliert werden, dass das «erwartete technische Ergebnis» einen Anteil von 10% der Prämieinnahmen nicht überschreitet.<sup>14</sup> Zudem erging neu die Vorschrift, bei Überschreiten eines Schwellenwertes von 15% der Prämieinnahmen in drei aufeinanderfolgenden Jahren Tarifsenkungen vorzunehmen (Rz. 9). Eine symmetrische Tarifierhöhung bei Unterschreiten eines Schwellenwerts ist hingegen nicht vorgesehen. Die Begrenzung der Gewinnmargen kann dazu führen, dass das Angebot an Spitalzusatzversicherungen zukünftig sinkt, weil Versicherer sich auf attraktivere Märkte konzentrieren.

Auch die Regelungen zur Anpassung von Tarifen in geschlossenen Beständen (also in Versicherungsprodukten, die keine Neukunden mehr aufnehmen) wurden gestrafft. Zuvor war es gestattet, Tarifanpassung auch über das Mass der exogenen Teuerung vorzunehmen, sofern Versicherte die Möglichkeit hatten, in einen gleichwertigen offenen Bestand überzutreten. Nach aktueller Regelung sind Tarifanpassungen nur noch im Rahmen der exogenen Teuerung möglich.<sup>15</sup> Das heisst konkret: Wenn vorwiegend junge Personen aus einem Versichertenkollektiv austreten und ältere Personen eine höhere Schadensquote haben, kann die resultierende endogene Teuerung nicht

---

<sup>13</sup> Nach Art. 3 Bankengesetz ist die Aufnahme der Geschäftstätigkeit als Bank an die Bewilligung durch die FINMA geknüpft. Gemäss Art. 3g Abs. 1 Bankengesetz ist die «FINMA [...] ermächtigt, Vorschriften über Eigenmittel, Liquidität, Risikoverteilung, gruppeninterne Risikopositionen und Rechnungslegung für Finanzgruppen zu erlassen». Folglich ist die Wahrung der unternehmensweiten Solvenz primäres Regulierungsziel. Auf Ebene einzelner Produkte reguliert die FINMA hingegen nur indirekt im Rahmen von Stress-tests, welche sich auf bestimmte Produkte oder Portfolien beziehen können.

<sup>14</sup> Siehe FINMA RS-10/3 «Krankenversicherung nach VVG», online verfügbar unter <https://www.finma.ch/de/~media/finma/dokumente/dokumentencenter/myfinma/rundschreiben/finma-rs-2010-03-20210506.pdf?la=de>, zuletzt abgerufen am 13.01.2023, Rz. 8.

<sup>15</sup> Der Begriff der exogenen Teuerung wird von der FINMA wie folgt definiert: «Die exogene Teuerung ist die Zunahme des Schadenaufwandes pro Versicherten abzüglich der finanziellen Auswirkungen eingetretener Bestandsveränderungen.» Siehe FINMA-RS 10/3.

mehr auf die verbleibenden Versicherten überwältigt werden, selbst wenn ihnen ein gleichwertiges Produkt angeboten wird. Diese Regelung führt zwar dazu, dass Versicherte in geschlossenen Beständen vor unerwarteten Prämienhöhungen geschützt werden und der Umfang des ursprünglichen Leistungsversprechens beibehalten wird. Allerdings stehen diesem Vorteil für die Versicherten gravierende Kosten für die Versicherer gegenüber: Die Defizite, die aus der Weiterführung der geschlossenen Bestände zu (aus Sicht der Versicherer) ungünstigen Konditionen resultieren, müssen anderweitig gedeckt werden. Es liegt nahe, dass dies über Prämienhöhungen bei offenen Beständen erfolgt. Im schlechtesten Fall kann dadurch eine Abwärtsspirale in Gang gesetzt werden, in deren Verlauf Kunden aus den offenen Beständen abwandern, diese Produkte für Versicherer immer unattraktiver werden und schliesslich mangels Rentabilität geschlossen werden müssen. Mindestens genauso relevant ist aber ein zweiter Faktor: Versicherer müssen aufgrund der restriktiven Regelungen zu Prämienanpassungen bereits vor der Markteinführung neuer Produkte sehr genaue Prognosen über die künftige Marktentwicklung, Kundennachfrage etc. tätigen, um nicht später in das Risiko einer Unterfinanzierung zu laufen (effektiv wird unterstellt, dass Aktuarien nahezu über «perfect foresight» verfügen, was eine sehr starke Annahme ist). Die Möglichkeiten, innovative Produkte ohne hinreichende Erfahrungswerte als eine Art Testballons auf den Markt zu bringen, werden dadurch extrem eingeschränkt.

Um an dieser Stelle ein kurzes Zwischenfazit zu ziehen: Der aktuelle regulatorische Rahmen zielt stark auf den Schutz von Kunden mit langjährigen Versicherungsverträgen. Bestandskunden in offenen Beständen und Neukunden sollen durch Begrenzung der erlaubten Gewinnmargen vor missbräuchlich hohen Prämien geschützt werden. Die wahrscheinlichsten ökonomischen Auswirkungen sind dreierlei: Erstens könnten gewinnorientierte Versicherer sich gezwungen sehen, auf andere Märkte ausweichen, sofern sie dort höhere Renditen erwarten – dabei sind ihnen aber durch die Vorgaben des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) enge Grenzen gesetzt. Zweitens könnte eine Marktkonzentration stattfinden, da Unternehmen, die bisher noch nicht auf dem Krankenzusatzversicherungsmarkt aktiv sind, vor einem Marktzutritt zurückschrecken und bestehende Versicherer ihre Angebote unter Risikominimierungsaspekten bündeln müssen, um konkurrenzfähig zu bleiben. Als Konsequenz aus den beiden vorgenannten Punkten folgt drittens, dass das Angebot innovativer Produkte hinter seinem Potenzial zurückbleibt. Wir betonen, dass dies eine Folge der regulatorischen Rahmenbedingungen ist. Wie uns in den Fachgesprächen gesagt wurde, besteht seitens Versicherer durchaus der Wunsch nach einer stärkeren Innovations-tätigkeit.



## 3.2 Nachfrageseitige Einflussfaktoren

Aus persönlicher Perspektive spielt die (subjektive) Wahrscheinlichkeit, eine stationäre Spitalbehandlung beanspruchen zu müssen – verbunden mit dem individuellen Sicherheitsbedürfnis und dem verfügbaren Einkommen – eine entscheidende Rolle für den Abschluss einer Spitalzusatzversicherung. Auch das Bedürfnis, im Krankheitsfall überobligatorisch abgesichert zu sein und im Bedarfsfall selbstbestimmt den Ort der Behandlung sowie die verantwortlichen Ärzte bestimmen zu können, ist relevant. Darüber hinaus können folgende Faktoren die Nachfrage nach Spitalzusatzversicherungen erklären.

### 3.2.1 Komfort in der allgemeinen Abteilung

Seit einigen Jahren setzen Spitäler vermehrt auf Ein- und Zweibettzimmer. So sind beispielsweise für die Neubauten des Universitätsspitals Zürich und des Kantonsspitals Aarau ausschliesslich Einzelzimmer geplant.<sup>16</sup> Laut Spitaldirektoren beruht der Wandel auf diversen Überlegungen: Durch die Unterbringung in Einzelzimmern geniessen Patienten mehr Ruhe und können nachts besser schlafen, was den Heilungsprozess beschleunigt und die Aufenthaltsdauer im Spital reduziert. Die Bettenauslastung kann verbessert werden, da Betten in Mehrbettzimmern nicht mehr wegen Ansteckungsgefahr gesperrt werden müssen. Gleichzeitig wird die Infektionsrate in den Spitälern gesenkt und Routineuntersuchungen können vermehrt in den Zimmern durchgeführt werden, sodass unnötige Patiententransporte vermieden werden. Auch Fehlmedikationen können auf diese Weise vermindert werden. Ein weiterer Vorteil von Einzelzimmern ist die Vertraulichkeit bei Gesprächen zwischen Arzt und Patienten, die in Mehrbettzimmern nicht ausreichend gegeben ist.<sup>17</sup>

Der zunehmende Komfort in der allgemeinen Abteilung bedeutet, dass ein wichtiges Differenzierungsmerkmal von Spitalzusatzversicherungen wegfällt. Je geringer der Zusatznutzen, der aus dem Abschluss einer Spitalzusatzversicherung entsteht, desto geringer die Zahlungsbereitschaft für ein solches Produkt. Auch die immer häufiger angebotene Möglichkeit, bei Spitaleintritt ein Upgrade in eine höhere Liegeklasse zu buchen, kann zu einer Nachfragereduktion führen.

### 3.2.2 Entwicklung der OKP-Prämien / Verfügbares Einkommen

Auch die finanzielle Situation der Haushalte kann die Nachfrage nach Spitalzusatzversicherungen beeinflussen. Dem Charakter nach sind Spitalzusatzversicherungen ein Luxusgut, das über die Grundversorgung hinausgehende Ansprüche an die gesundheitliche Versorgung abdeckt. Man kann daher vermuten, dass die Nachfrage nach Spitalzusatzversicherungen vom verfügbaren Einkommen abhängt. Auf Basis der Haushaltsbudgeterhebung berechnet das BFS mit jährlicher Pe-

---

<sup>16</sup> Siehe <https://www.usz.ch/campusmitte/einzelzimmer/>, zuletzt abgerufen am 20.01.2023, sowie <https://www.aargauerzeitung.ch/aargau/kanton-aargau/kantonsspital-aarau-im-neubau-gibt-es-fur-alle-patienten-einzelzimmer-ld.1340193>, zuletzt abgerufen am 20.01.2023.

<sup>17</sup> C. Elsener, & S. Winkler (2013). Spitalimmobilien; neue Perspektiven, neue Chancen. [https://www.pwc.ch/publications/2016/pwc\\_spitalimmobilien\\_perspektiven\\_chancen\\_d.pdf](https://www.pwc.ch/publications/2016/pwc_spitalimmobilien_perspektiven_chancen_d.pdf) (zuletzt abgerufen am 15.12.2022).



riodizität das verfügbare Haushaltseinkommen, welches ein Mass für das frei verfügbare Einkommen nach Abzug aller obligatorischen Kosten (inkl. der OKP-Prämien) darstellt.<sup>18</sup> In den Jahren 2015 bis 2019 ist das verfügbare Haushaltseinkommen im Durchschnitt von CHF 6'521 auf CHF 6'609 gestiegen, was prozentual einer Zunahme um 1.35% entspricht.<sup>19</sup>

Prima vista deutet das gestiegene verfügbare Haushaltseinkommen darauf hin, dass Haushalte, die sich eine Spitalzusatzversicherung leisten *wollen*, dies auch *können*. Die Literatur zum menschlichen Entscheidungsverhalten zeigt jedoch, dass Ausgaben häufig in Kategorien unterteilt werden (Miete, Essen, Gesundheit etc.).<sup>20</sup> Jede Kategorie bekommt dann ein Budget zugewiesen. Steigen also die Ausgaben innerhalb der Kategorie «Gesundheit», kann sich das negativ auf Neuabschlüsse von Spitalzusatzversicherungen auswirken oder auch dazu führen, dass bestehende Spitalzusatzversicherungen gekündigt oder durch günstigere Alternativen (wie z. B. Flex-Modelle) ersetzt werden. Betrachten wir die beiden Ausgabenblöcke «Krankenkassen: Prämien für die Grundversicherung» und «Krankenkassen: Prämien für Zusatzversicherungen», stellen wir fest, dass die absoluten Ausgaben im Bereich Gesundheit zwischen 2015 und 2019 um rund 16% (von CHF 712 auf CHF 827) gestiegen sind. Auch der relative Anteil der Gesundheitsausgaben am verfügbaren Einkommen steigt in diesem Zeitraum von 11% auf 13%. Sofern sich Entscheidungen eher am Budget für die Kategorie «Gesundheit» orientieren als am gesamten verfügbaren Einkommen, ist die absolute und anteilige Zunahme dieser Ausgabenkategorie ein durchaus plausibler erklärender Faktor für den Nachfragerückgang, der zumindest bei den klassischen Spitalzusatzversicherungsprodukten in den betrachteten Jahren erkennbar ist.

### 3.2.3 Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich

Einige medizinische Eingriffe können sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden. Die sogenannte Ambulantisierung in der Medizin nimmt seit einigen Jahren zu. Im Zuge der Einführung von Listen mit grundsätzlich ambulant durchzuführenden Eingriffen (durch Anpassung des Anhangs 1a der Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) wurde dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) der Auftrag erteilt, die Fallzahlen und Kosten von neun Eingriffsarten zu überwachen. Dieses Monitoring umfasst die Jahre 2015 bis 2020 und beruht auf Registerdaten, die für die gesamte Schweiz zur Verfügung stehen. Abbildung 5 zeigt, dass das Verhältnis von ambulanten zu stationären Behandlungen bei allen untersuchten Eingriffsarten zunimmt, wenn auch nicht überall im gleichen Ausmass. Zu Beginn des Jahres 2023 trat eine

---

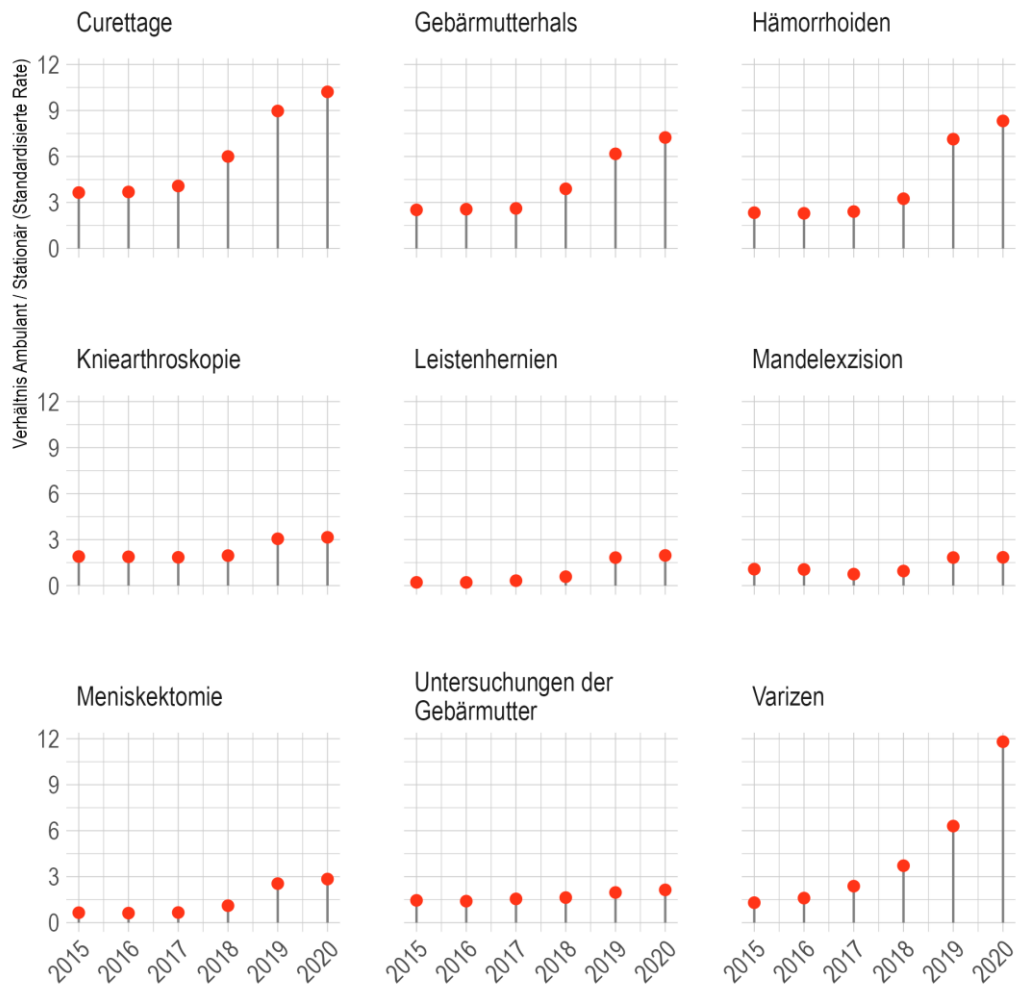
<sup>18</sup> Die genaue Definition steht unter folgendem Link zur Verfügung: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/wohlfahrtsmessung/alle-indikatoren/wirtschaft/verfuegbares-einkommen.html> (zuletzt abgerufen am 15.11.2022). Die Berechnung erfolgt in mehreren Schritten: Zunächst werden im Bruttohaushaltseinkommen die Bruttolöhne (vor Sozialabzügen), Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit, Renten, Einkommen aus Vermögen und Vermietung sowie Transferleistungen von anderen Haushalten berechnet. Nach Abzug der obligatorischen Ausgaben (Sozialversicherungen, Steuern, Krankenkassenprämien für Grundversicherung) resultiert das verfügbare Haushaltseinkommen.

<sup>19</sup> Die Werte sind grundsätzlich auch für frühere Jahre verfügbar. In den Jahren 2015 bis 2019 kommt jedoch ein einheitliches Gewichtungsmo-  
dell zum Einsatz, so dass die methodische Vergleichbarkeit hier vollständig gegeben ist.

<sup>20</sup> Vgl. z. B. Thaler, R. H. (1999). Mental accounting matters. *Journal of Behavioral Decision Making*, 12(3), 183-206.

kantonal harmonisierte und auf 18 Eingriffsarten erweiterte Liste in Kraft, sodass mit einer weiteren Verlagerung in den ambulanten Bereich zu rechnen ist.<sup>21</sup>

**Abbildung 5: Verhältnis von ambulanten zu stationären Eingriffsraten**



*Anmerkungen:* Die Abbildung stellt das Verhältnis der standardisierten Raten von ambulanten zu stationären Eingriffen dar. Die standardisierte Rate korrigiert die rohe Rate um die Faktoren Alter und Geschlecht, um die Bevölkerungsstruktur einer theoretischen Standard-Bevölkerung anzugleichen (siehe <https://www.obsan.admin.ch/de/standardisierung-erklaerung-und-berechnung>). Die abgebildeten Werte beziehen sich auf die gesamte Schweiz. *Lesebeispiel:* Im Jahr 2015 wurde die Curettage ca. dreimal so häufig ambulant durchgeführt wie stationär; im Jahr 2020 mehr als zehnmals so häufig. *Quelle:* Obsan, eigene Berechnungen.

<sup>21</sup> Siehe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/anhang1aklv.html>, zuletzt abgerufen am 06.01.2023.

Je mehr Behandlungen ambulant durchgeführt werden, desto geringer der Anreiz aufseiten der Konsumenten, eine Spitalzusatzversicherung abzuschliessen. Die dargestellte Zunahme kann daher einen Erklärungsfaktor für die leicht rückläufige Nachfrage nach klassischen (Halb-)Privatversicherungen in den letzten Jahren darstellen. Auch die zunehmende Nachfrage nach flexiblen Produkten passt in dieses Bild: Für den Fall, dass eine stationäre Behandlung notwendig und erhöhter Komfort gewünscht ist, bieten sie eine finanzielle Absicherung. Wenn stationäre Behandlungen nur selten in Anspruch genommen werden, können flexible Produkte für Konsumenten günstiger als klassische (Halb-)Privatversicherungen sein. Es ist daher nicht verwunderlich, dass der Rückgang von stationären Behandlungen mit einer Zunahme von Flex-Versicherungen (zum Teil auf Kosten der klassischen Spitalzusatzversicherungen) korreliert.

### **3.2.4 Produktinnovation**

Versicherungsprodukte, die als innovativ wahrgenommen werden, können die Nachfrage nach Spitalzusatzversicherungen befördern. Das angebotene Produktspektrum unterscheidet sich gegenwärtig jedoch nur geringfügig (siehe auch Abschnitt 2.2). Neben den klassischen privaten und halbprivaten Versicherungen werden seit einigen Jahren auch sogenannte Flex-Modelle angeboten. Flex-Modelle erlauben den Versicherten beim Spitaleintritt zu wählen, in welcher Abteilung sie untergebracht werden möchten. Im Vergleich zu privaten und halbprivaten Versicherungen sind die Prämien der Flex-Modelle niedriger. Im Falle eines Leistungsupgrades bezahlen die Versicherten eine vorgängig definierte Kostenbeteiligung.

Einzelne Versicherer sind darauf bedacht, den Leistungskatalog um ausserklinische Dienstleistungen zu ergänzen. Ein Beispiel sind Kinderbetreuungsangebote bei stationären Spitalaufenthalten eines Elternteils. Insgesamt ist der Tenor aus den Fachgesprächen aber, dass vor allem Angebote für den ambulanten Bereich und die Integration der Versorgung über verschiedene Leistungserbringer hinweg Innovationspotenzial bieten. Diese Ansätze sind bislang noch kaum in die Praxis umgesetzt worden, sodass eine Beurteilung des Nachfragepotenzials an dieser Stelle ausbleiben muss.

## **4. Chancen und Risiken**

In unseren Gesprächen mit Versicherern und Spitalern haben wir Chancen und Risiken für Spitalzusatzversicherungen identifiziert. Der Grundtenor ist, dass Spitalzusatzversicherungen weiterhin guten Absatz finden; vereinzelt wurde aber auch geäussert, dass dies darauf zurückzuführen sei, dass Kunden aktuell noch eine geringe Preissensitivität aufweisen. Ausserdem habe die Corona-Krise die Wichtigkeit einer guten und schnell verfügbaren medizinischen Versorgung wieder in den Blickpunkt gerückt.

## 4.1 Chancen

### 4.1.1 Ausweitung des Leistungskatalogs im ambulanten Sektor

Aufgrund der zunehmenden Verlagerung in den ambulanten Bereich unternehmen viele Versicherer Anstrengungen, Zusatzversicherungsprodukte auch für ambulante Behandlungen anzubieten. Relevante Mehrleistungen könnten hier in der freien Arztwahl, einer schnelleren terminlichen Verfügbarkeit oder der Möglichkeit, nach einem ambulanten Eingriff eine Übernachtung in Anspruch zu nehmen, bestehen.

Aktuell wird – so die von uns interviewten Versicherer – den Besonderheiten bei ambulanten Behandlungen noch nicht genügend Sorge getragen. Die Tendenz geht dahin, ambulante Leistungen in einem stationären Setting zu erbringen – inklusive der Prozesse, die sich im stationären Bereich etabliert haben. Ambulante Behandlungen erfordern aber einen anderen prozessualen Ansatz. Volkswirtschaftliches Einsparpotenzial wird sich nach Aussage verschiedener Versicherer erst dann zeigen, wenn die stationären Strukturen umorganisiert und die Vorteile des ambulanten Settings konsequent genutzt werden. Ein Grund für die geringe Verbreitung solcher Angebote ist in der Vergütung zu suchen: Beispielsweise können einem Leistungserbringer Mehrkosten durch das Angebot eines «Fast-Tracks» bei der Terminwahl entstehen. Da Personen mit Anspruch auf eine solche Mehrleistung prioritär berücksichtigt werden müssten, wäre der Leistungserbringer nicht mehr frei in der Terminvergabe und müsste möglicherweise Zeit für die Umorganisation der Termine anderer Patienten aufwenden oder könnte Behandlungsabläufe weniger effizient planen. Erst wenn dieser Zeitaufwand resp. Reibungsverlust adäquat vergütet wird, bestehen für Versicherer und Leistungserbringer Anreize, derartige Produkte zu entwickeln.<sup>22</sup>

Sofern es also gelingt, im ambulanten Setting einen überzeugenden Mehrleistungskatalog zu erarbeiten und die aktuellen Unzulänglichkeiten bei der Vergütung zu beheben, kann die Ausweitung des Leistungskatalogs von Spitalzusatzversicherungen in den ambulanten Bereich durchaus eine Wachstumsmöglichkeit bieten. Dabei können die Versicherer auf dem Branchenprojekt «Mehrleistungen VVG» aufbauen.

### 4.1.2 Integration entlang des Behandlungspfads

Häufig sind verschiedene Leistungserbringer involviert, um eine medizinische Behandlung zu erbringen. Eine Hüftoperation beginnt vielleicht mit der Diagnosestellung durch den Hausarzt, es folgt die stationär durchgeführte Operation, sodann eine ambulante Rehabilitation und Nachsorgeuntersuchungen bei einem niedergelassenen Orthopäden. Entlang dieses Behandlungspfads können Reibungsverluste entstehen, etwa indem Informationen nicht vollumfänglich weitergegeben oder Synergiepotenziale ungenügend ausgenutzt werden. Im Umkehrschluss öffnet sich

---

<sup>22</sup> Ob die Vergütung innerhalb der ambulanten Tarifstruktur erfolgen kann oder separat verhandelt werden müsste, sei dahingestellt. Nach unserem Verständnis werden durch die OKP nur solche Leistungen übernommen, welche *unmittelbar* «der Diagnose oder der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen» (Art. 25 Abs. 1 KVG) und zudem «wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich» sind (Art. 32 KVG). Mehrleistungen, die über den Leistungsumfang nach KVG hinausgehen, müssen dementsprechend auch nicht von der Grundversicherung vergütet werden. Die Aufnahme einer Mehrleistung in die ambulante Tarifstruktur löst daher nach unserem Dafürhalten nicht direkt eine Leistungspflicht der OKP aus. Im Einzelnen sollte bezüglich dieser Fragestellung aber eine juristische Beurteilung erfolgen.

hier ein Zukunftsfeld für Spitalzusatzversicherungen, wenn es gelingt, die «Sollbruchstellen» entlang des Behandlungspfads zu minimieren und an den richtigen Stellen leistungsdifferenzierende Angebote (sprich: Mehrleistungen) bereitzuhalten. Derartige Modelle sind in der Schweiz bislang noch kaum erprobt.<sup>23</sup> Aktuell sind nach unserer Kenntnis drei Pilotprojekte im Gang, die auf Basis einer Kooperation zwischen einem stationären Versorger, einem ambulanten Leistungserbringer und einem Versicherer eine umfassende Betreuung entlang des Behandlungspfads anbieten: Der Zusammenschluss von Hirslanden, der medbase-Gruppe und Helsana, das gemeinsame Projekt des Kantonsspitals Winterthur, der medbase-Gruppe und der SWICA (Trio+) sowie das Réseau de l'Arc, eine Public-Private-Partnership zwischen der Visana, dem Swiss Medical Network und dem Kanton Bern. Ein explizites Ziel des erstgenannten Projekts besteht darin, Versicherten einen einfachen und koordinierten Zugang zu umfassenden Mehrleistungen im Bereich der Zusatzversicherung zu bieten.<sup>24</sup>

Ein Nebeneffekt der integrierten Versorgung besteht darin, dass die wirtschaftlichen Interessen von Leistungserbringern und Versicherern besser aufeinander abgestimmt sind. Dies dürfte insbesondere Anreize zur Mengenausweitung reduzieren. Einschränkend ist hier aber anzumerken, dass durch die geschaffenen Effizienzen das Marktvolumen – in erster Linie in der OKP – schrumpft, sodass nicht alle Akteure gleichermassen an einer Effizienzsteigerung interessiert sind. Sollten Angebote der integrierten Versorgung jedoch an Fahrt aufnehmen, wären die damit einhergehenden sinkenden Kosten in der OKP für Anbieter von Spitalzusatzversicherungen allerdings ein gutes Vorzeichen. Denn so stünde Prämienzahlern wieder mehr Geld für Spitalzusatzversicherungen zur Verfügung, sodass die Nachfrage nach überobligatorischer Absicherung masslich steigen würde.

Eng verwandt ist der Vorschlag, Kompetenzzentren zu gründen, die den gesamten Behandlungsverlauf coachen. Eine offene Frage ist, ob solche Case Manager an Versicherer oder unabhängige Stellen angegliedert sein sollen. Die Abgeltung medizinischer Leistungen könnte in diesem Rahmen an patientenbezogene Messgrössen (Patient Reported Outcome Measures, PROMs) gebunden werden. Nach Einschätzung eines Versicherers würde dies überflüssige Eingriffe und Komplikationen verhindern und somit kostendämpfend wirken. Mit einer stärkeren Integration entlang des Behandlungspfads entstünde ein weiteres Nutzenpotenzial für zusatzversicherte Personen: Patienten sind in der Regel nicht gut über die Qualität der Ärzte informiert und haben daher von der freien Arztwahl keinen so grossen oder wenigstens keinen optimalen Nutzen. Die Beratung im Rahmen eines institutionalisierten Case Managements kann dem entgegenwirken.

## 4.2 Risiken

Den oben beschriebenen Zukunftspotenzialen stehen gewisse Risiken gegenüber, die wir in den folgenden Abschnitten beleuchten.

---

<sup>23</sup> Dies ist auf verschiedene Gründe zurückzuführen: Erstens lassen sich Kooperationen am ehesten lokal umsetzen. Es ist schwierig, Projekte so zu skalieren, dass sie rentabel sind. Zweitens fallen durch die Integration der Versorgung bestehende Redundanzen weg, sodass einzelne Akteure zumindest kurzfristige Verluste hinnehmen müssen.

<sup>24</sup> Siehe Präsentation «Ambulante Spital-Zusatzleistungen: Potentiale», gehalten von Dr. Niowi Näf am 02.06.2022 während des 2. VVG Anwender:innen Forums.

## 4.2.1 Regulatorische Verschärfungen

Die FINMA führte 2020 mehrere Vor-Ort-Kontrollen bei verschiedenen Versicherern durch, um Hinweisen auf Unregelmässigkeiten bei der Leistungsabrechnung nachzugehen.<sup>25</sup> Dabei stellte sie unter anderem fest, dass Leistungen zum Teil sowohl über die OKP als auch über die Spitalzusatzversicherung abgerechnet werden (*Doppelverrechnung*), Mehrleistungen wie freie Arztwahl oder Komfort in der Hotellerie nicht klar abgegrenzt werden oder in ungerechtfertigter Höhe abgerechnet werden und die Kosten, die Spitalzusatzversicherungen für häufig durchgeführte Behandlungen (wie Hüftprothesen) in Rechnung gestellt werden, stark variieren. Aufgrund dieser Erkenntnisse forderte die FINMA die Versicherer auf, ihre Verträge mit den Leistungserbringern zu überarbeiten und für einen transparenten Ausweis von Mehrleistungen zu sorgen.

Diese regulatorischen Entwicklungen stellen aus Sicht der von uns befragten Experten zwar eine Chance für Spitalzusatzversicherungen dar, können jedoch auch unbeabsichtigte Wirkungen nach sich ziehen. Eine Chance insoweit, als die Diagnose valide ist: Verbesserungen bei der Abrechnungstransparenz, die Vermeidung von Doppelverrechnungen und die klare Abgrenzung von Mehrleistungen tragen mittel- bis langfristig dazu bei, Spitalzusatzversicherungen weiterhin als attraktive Option erscheinen zu lassen. Die Branche der Versicherer hat daher auch reagiert, indem sie elf Grundsätze für den transparenten und klar abgegrenzten Ausweis von Mehrleistungen aufgestellt hat und gemeinsam mit den Leistungserbringern an der Neugestaltung der Verträge arbeitet.<sup>26</sup> Unter Berücksichtigung der nachfolgend aufgeführten «Nebenwirkungen» gelangen wir jedoch zum Schluss, dass die geforderten Massnahmen nur teilweise geeignet sind, die strukturellen Defizite im Markt zu beseitigen.

Konkret setzt die FINMA bei den Verträgen zwischen Leistungserbringern und Versicherern an. Diese seien nicht geeignet, Kostentransparenz herzustellen, sowie – damit verbunden – eine wirkungsvolle Rechnungskontrolle zu ermöglichen. Im Rahmen ihrer Aufsichtsbefugnis sind dies die relevanten Stellschrauben; die FINMA verfügt weder über die Kompetenz, Tarife direkt zu regulieren, noch kann sie die Transparenz der Kostenabrechnungen bei den Leistungserbringern beaufsichtigen.<sup>27</sup> Es ist jedoch fraglich, ob die Position der Versicherer ausreicht, um den geforderten Wandel herbeizuführen. Dies aus verschiedenen Gründen:

- *Fehlende Verhandlungsmacht*: Versicherer haben ohnehin grundsätzlich ein Interesse daran, ungerechtfertigte Kosten nicht zu erstatten und die Prämien möglichst tief zu halten.<sup>28</sup> Wenn die FINMA nun überhöhte Prämien feststellt, kann dies auch auf eine schwache Verhandlungsposition von Versicherern gegenüber Leistungserbringern hindeuten. Leistungserbringern er-

---

<sup>25</sup> Siehe die Medienmitteilung der FINMA vom 17. Dezember 2020, online verfügbar unter <https://www.finma.ch/de/news/2020/12/20201217-mm-leistungsabrechnung-krankenzusatzversicherer>, zuletzt abgerufen am 20.03.2023.

<sup>26</sup> Siehe das SVV Branchenframework, online verfügbar unter <https://www.svv.ch/de/branche/regelwerke/branchen-framework-zu-mehrleistungen-vvg>, zuletzt abgerufen am 05.01.2023.

<sup>27</sup> Tarife bezeichnen hier die Abgeltungen, die zwischen Leistungserbringern und Versicherern vereinbart werden. Prämien sind hingegen die Preise für Versicherungsprodukte, beziehen sich also auf die Vertragsbeziehung zwischen Versicherer und Versichertem.

<sup>28</sup> Dies gilt ohne Einschränkung für Neukunden. Bei Bestandskunden, die sich prohibitiv hohen Wechselkosten ausgesetzt sehen, ist der Anreiz seitens der Versicherer, die Prämien tief zu halten, etwas geschwächt. Aber auch hier sind der Prämiengestaltung durch die FINMA Grenzen gesetzt.



wächst kein Vorteil daraus, Mehrleistungen kostengünstig zu tarifieren. Sie befinden sich diesbezüglich nur sehr eingeschränkt im Wettbewerb mit anderen Leistungserbringern und werden auch nicht beaufsichtigt. Die vorgeschlagenen Massnahmen wären dann weitgehend wirkungslos, weil sie eine gewisse Verhandlungsmacht der Versicherer voraussetzen.

- *Bündelung des Leistungseinkaufs*: Kartellrechtliche Vorgaben erschweren es den Versicherern, den Leistungseinkauf zu bündeln und auf diese Weise eine stärkere Verhandlungsposition zu erlangen. Die Wettbewerbskommission hat zwar 2008 festgestellt, dass sich Versicherer zum Aufbau einer Gegenmacht («countervailing power») bei Tarifverhandlungen zusammenschliessen dürfen, allerdings sind dieser Option enge Grenzen gesetzt: zum einen müssen die Spitäler im relevanten Markt über eine marktbeherrschende Stellung verfügen, was regelmässig dann der Fall sein wird, wenn sie den gleichen Eigentümer haben. Zum anderen muss der Wettbewerb auf dem nachgelagerten Versicherungsmarkt funktionieren, was insbesondere bei älteren und chronisch kranken Personen nur bedingt der Fall ist.<sup>29</sup>
- *Systemimmanente Kosten*: Selbst wenn es Versicherern gelänge, niedrigere Tarife durchzusetzen, wäre unklar, zu welchem Grad die Kostenersparnis bei den Versicherten ankäme. Sofern die Kosten im Gesundheitssystem nicht insgesamt sinken, werden Spitäler einen anderen «payer of last resort» finden. Mit hoher Wahrscheinlichkeit sind das die Kantone, die Defizite über gemeinwirtschaftliche Leistungen ausgleichen oder die Grundversicherten. Die Kosten würden damit auf andere, wahrscheinlich auch auf mehr Schultern (nämlich auf alle OKP-Prämienzahler und Steuerzahler der Kantone) verteilt, blieben jedoch systemimmanent.

Es besteht also die Gefahr, dass das Heilmittel kostspieliger ist als die Krankheit. Denn die zusätzlichen regulatorischen Auflagen bringen direkte Kosten (z. B. in Form von personellen Ressourcen) für die Versicherer mit sich, die sich in der Prämienhöhe niederschlagen. Der Nettoeffekt ist unklar: Überwiegt die durch stärkere Regulierung reduzierte Vergütung der Leistungserbringer den Aufwand, der zur Durchsetzung der regulatorischen Vorgaben entsteht? Der Bericht des Staatssekretariats für Internationale Finanzfragen (SIF) zur «Stärkung der Instrumentarien der FINMA in der Krankenzusatzversicherung: Regulatorische Möglichkeiten» vom 2. September 2020 würdigt die Herstellung der Transparenz bei den Abrechnungen zwar als «weitaus effektivstes Instrument», stellt aber gleichzeitig fest, dass dafür eigentlich bei den Leistungserbringern angesetzt werden müsste.<sup>30</sup> Als Schlussfolgerung hält das SIF fest (S. 4): «In diesem Licht erscheinen regulatorische Anpassungen im Bereich der Finanzmarktaufsicht als konzeptionell fragwürdig und verhältnismässig ineffizient.»

## 4.2.2 Demographische Entwicklung

Das Prämienniveau von Spitalzusatzversicherungen hängt massgeblich vom Alters- und Gesundheitszustand ab. Mit steigendem Alter werden die Versicherungsprodukte teurer; ab einer gewissen Altersgrenze ist üblicherweise keine Aufnahme mehr möglich. Um möglichst viele Neuabschlüsse zu generieren, wären aus Sicht der Versicherer daher grosse Kohorten junger potenzieller Versicherungsnehmer wünschenswert: bei diesen Personen überwiegt der erwartete Prämienlös die erwarteten Leistungskosten am ehesten. Die demographische Entwicklung zeigt jedoch

<sup>29</sup> Siehe dazu die Medienmitteilung der WEKO vom 17.10.2008, online verfügbar unter <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/13308.pdf>, zuletzt abgerufen am 09.01.2023.

<sup>30</sup> Staatssekretariat für Internationale Finanzfragen (2020). Stärkung der Instrumentarien der FINMA in der Krankenzusatzversicherung: Regulatorische Möglichkeiten, S. 4. Online verfügbar unter <https://blog.preisueberwacher.ch/file.axd?file=/2020/SIF-Bericht-zur-KZV.pdf>, zuletzt abgerufen am 06.01.2023.

in die umgekehrte Richtung. Kamen 1990 noch ca. 24 Personen ab 65 Jahren auf 100 Personen im Alter von 20 bis 64, wird sich das Verhältnis gemäss Prognosen des BFS im Jahr 2050 auf ca. 46 zu 100 verändern.<sup>31</sup> Die Alterung der Gesellschaft wirkt sich in zweierlei Hinsicht auf Spitalzusatzversicherungen aus: Erstens wird die Zahl der Neuabschlüsse voraussichtlich weiter sinken. Zweitens nehmen die Zahlungen an Bestandsversicherte zu, da diese immer älter werden und somit mehr medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Beide Entwicklungen führen in der Tendenz dazu, dass Prämien sowohl für Neuabschlüsse als auch für Bestandsversicherte steigen müssen, um der veränderten Risikostruktur Rechnung zu tragen.

### 4.2.3 Ausbau der OKP

Durch den Ausbau des Leistungsniveaus und des Komforts in der OKP ist es für Spitalzusatzversicherer vermehrt schwierig, leistungsdifferenzierende Merkmale anzubieten. Da die Erbringung ärztlicher Leistungen – im Gegensatz zu erstattungspflichtigen Mitteln und Gegenständen, Laboranalysen sowie Arzneimitteln – bis auf wenige Ausnahmen grundsätzlich im Ermessen der Leistungserbringer liegt, kann deren Umfang vom Gesetzgeber nur mittels Bezeichnung auf einer Negativliste eingeschränkt werden.<sup>32</sup> Es ist zwar festgeschrieben, dass nur Leistungen erstattet werden dürfen, die den WZW-Kriterien genügen; wie konsistent das in der Praxis umgesetzt wird, ist jedoch unklar.<sup>33</sup> Auch der in Abschnitt 3.2.1 beschriebene Ausbau des Komfortniveaus in der allgemeinen Abteilung hat zur Folge, dass Mehrleistungen weniger gut vermittelbar sind. Zudem besteht die Gefahr, dass die Kosten für den steigenden Standard in der OKP nicht allein von Grundversicherten getragen werden. So äussert sich zum Beispiel Stephan Fricker, Direktor der Merian Iselin Klinik in Basel, in einem aktuellen Artikel in der Handelszeitung wie folgt: «Jeder Grundversicherte, jede Grundversicherte ist ein Verlustgeschäft. [...] Wir leben vom Zusatzversicherungsbereich. Ohne Zusatzversicherte wären wir schon lange im Minus».<sup>34</sup> Siehe auch die Diskussion im nachfolgenden Abschnitt.

### 4.2.4 Kostendruck in der OKP

Der Tenor aus unseren Fachgesprächen mit Vertretern verschiedener Spitäler ist eindeutig: Die DRG-Vergütungen reichen nicht aus, um die stationären OKP-Leistungen kostendeckend zu er-

---

<sup>31</sup> Siehe <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukuenftige-entwicklung/schweiz-szenarien.assetdetail.12947892.html>, Referenzszenario A-00-2020, zuletzt abgerufen am 09.01.2023.

<sup>32</sup> Rechtlich wird dies auf Verordnungsstufe in Anhang 1 der Krankenpflegeleistungsverordnung (KLV) umgesetzt. Per 01.06.2023 sind 87 Leistungen explizit von einer Leistungspflicht ausgeschlossen. Für einige andere Massnahmen gelten zeitliche oder örtliche Beschränkungen sowie zum Teil die Pflicht zur vorgängigen Kostengutsprache durch den Versicherer.

<sup>33</sup> Als Wegleitung wurde durch das BAG am 31.03.2022 eine Verwaltungsverordnung zur Operationalisierung der WZW-Kriterien veröffentlicht, um «eine einheitliche Verwaltungspraxis sicherzustellen und eine Gleichbehandlung der betroffenen Subjekte zu garantieren» (S. 4) Das Dokument ist einsehbar unter [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/bezeichnung-der-leistungen/operationalisierung\\_wzwkriterien\\_310322.pdf.download.pdf/Operationalisierung%20oder%20WZW-Kriterien%20vom%2031.03.2022.%20g%C3%BCltig%20ab%2001.09.2022.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/bezeichnung-der-leistungen/operationalisierung_wzwkriterien_310322.pdf.download.pdf/Operationalisierung%20oder%20WZW-Kriterien%20vom%2031.03.2022.%20g%C3%BCltig%20ab%2001.09.2022.pdf), zuletzt abgerufen am 01.12.2023.

<sup>34</sup> <https://www.handelszeitung.ch/unternehmen/kliniken-in-der-krise-finanzierung-der-spitaler-ist-auf-sand-gebaut-557759>, zuletzt abgerufen am 01.02.2023.



bringen. Dies resultiere primär aus dem Benchmarking-Prozess zur Festlegung von DRG-Baserrates, der punkto Wirtschaftlichkeit und Effizienz unrealistische Vorgaben mache. Anders im VVG-Bereich: Dort seien die Vergütungen meist so bemessen, dass Gewinne möglich sind.

Es stellt sich demnach die Frage, inwieweit Gewinne aus dem VVG-Geschäft zur finanziellen Gesundheit der Spitäler beitragen. Tatsächlich bestehen Hinweise darauf, dass Mittel aus dem Zusatzversicherungsbereich zur Deckung der Finanzierungslücke im OKP-Bereich verwendet werden.<sup>35</sup> In gewisser Weise «maskiert» diese Mischrechnung die Ertragslage der OKP und stellt die Situation besser dar, als sie eigentlich ist. Sollte dieser Befund zutreffen, entstehen aus volkswirtschaftlicher Sicht zwei Wirkungskanäle. Zum einen deutet die offensichtliche Notwendigkeit, Erträge aus der OKP mit solchen aus dem VVG-Bereich «anreichern» zu müssen, darauf hin, dass das Prämienniveau in der OKP sich auf einem nicht nachhaltigen, eigentlich zu tiefen Niveau befindet oder – alternativ – weitere Effizienzpotenziale erschlossen werden müssten. Zum anderen dienen die Erträge aus der Spitalzusatzversicherung dem Erhalt von Spitalkapazität. Beide Kanäle resultieren de facto in einer Umverteilung von spitalzusatzversicherten Personen zu Personen, die ausschliesslich grundversichert sind. Erstere sind im Durchschnitt besser ausgebildet und verfügen über ein höheres Einkommen.<sup>36</sup> Somit kann der beschriebene Mechanismus als eine Subventionierung weniger vermögender Gesellschaftsschichten interpretiert werden.

Anders formuliert: Mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit tragen Erträge aus Spitalzusatzversicherungen (und anderen VVG-Produkten) heute dazu bei, den hohen Versorgungsstandard in der OKP sicherzustellen. Diese implizite Querfinanzierung ist riskant: Bestehende Zusatzversicherte werden ab einem gewissen Punkt nicht mehr bereit sein, die Subvention mitzutragen. Potenzielle Neuabschlüsse werden durch das damit einhergehende Prämienniveau erschwert. Beides resultiert in einer rückläufigen Nachfrage.

## 5. Volkswirtschaftliche Bedeutung

Neben den individuellen Nutzenaspekten, die wir in Abschnitt 3.2 beleuchten, bringen Spitalzusatzversicherungen gesamtwirtschaftliche Wirkungen mit sich. Ziel der folgenden Abschnitte ist es, die potenziellen volkswirtschaftlichen Nutzen und Kosten darzustellen.

---

<sup>35</sup> Siehe dazu beispielsweise einen NZZ-Bericht von Marc-André Giger (Verwaltungsratspräsident des Universitätskinderspitals beider Basel) anlässlich der geplanten Einführung des 30. Perzentils als Benchmarkwert, in dem es heisst: «Im Durchschnitt verfügen die Schweizer Kinderspitäler über einen Kostendeckungsgrad von weniger als 70 Prozent. Über Entgelte der Zusatzversicherungen und die GWL können diese Verluste im ambulanten Bereich etwas abgedeckt werden.» Online verfügbar unter <https://www.nzz.ch/meinung/kinderspitaeler-sind-in-einer-finanziellen-schieflage-ld.1758914>, zuletzt abgerufen am 1. Dezember 2023.

<sup>36</sup> Vgl. Obsan (2021). Personen mit und ohne Spitalzusatzversicherung: Vergleich der soziodemographischen Merkmale, des Gesundheitszustands und der Inanspruchnahme von Versorgungsdienstleistungen.

## 5.1 Potenzielle Nutzen

Ein volkswirtschaftlicher Nutzen durch Spitalzusatzversicherungen entsteht zum Beispiel dann, wenn die Versicherungsart ursächlich dazu beiträgt, dass Patienten bei gleicher Behandlungsqualität eine kürzere Liegedauer aufweisen, einen nachhaltigeren Heilungsprozess durchlaufen, schneller wieder in den Arbeitsmarkt eingegliedert werden können oder auch eine benötigte Behandlung rechtzeitig in Anspruch nehmen.

### 5.1.1 Liegedauer

Spitalzusatzversicherte haben möglicherweise kürzere Liegedauern, weil sie im Mittel gesünder sind, mehr Diagnostik durchgeführt wird, sie intensiver behandelt werden oder sich früher ein Behandlungserfolg zeigt. Eine Obsan-Auswertung auf Basis von Daten aus der Medizinischen Statistik zeigt, dass Patienten mit Spitalzusatzversicherungen in allen Altersklassen (bis auf die Altersklasse 15-34, in der sich die Liegedauer nicht unterscheidet) signifikant kürzere Liegedauern in der Grössenordnung von einem halben Tag aufweisen.<sup>37</sup> Daraus entsteht ein volkswirtschaftliches Nutzenpotenzial, denn einerseits fallen geringere Hotelleriekosten an, andererseits können die betroffenen Personen bestenfalls schneller wieder in den Arbeitsmarkt zurückkehren. Es ist jedoch unklar, ob diese Verkürzung Ergebnis der Mehrleistungen ist, die im Rahmen der Spitalzusatzversicherung erbracht werden, oder auf den im Durchschnitt besseren Gesundheitszustand des Versichertenkollektivs zurückzuführen ist.

### 5.1.2 Nachhaltigkeit des Heilungsprozesses

In Bezug auf die Nachhaltigkeit des Heilungsprozesses, die mit einer geringeren Rehospitalisierungsrate und ggf. einer schnelleren Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt einhergeht, fehlt gemäss Spitalvertretern empirische Evidenz. Austrittsbefragungen deuteten regelmässig darauf hin, dass zusatzversicherte Patienten mit dem Spitalaufenthalt zufriedener sind als grundversicherte; eine bessere Behandlungsqualität liesse sich daraus aber nicht ableiten. Vor allem im Bereich der Psychiatrie kann aber ein subtilerer Mechanismus greifen. Da Behandlungen psychischer Leiden häufig mit einem sozialen Stigma verbunden sind, zögern Patienten häufig (zu) lange, bevor sie sich in Behandlung begeben. Das Leistungsspektrum von Spitalzusatzversicherungen kann dem entgegenwirken: Die erhöhte Diskretion, die Flexibilität bei der Ausgestaltung des Behandlungsplans und nicht zuletzt die schnellere Aufnahme («Fast Track») spitalzusatzversicherter Patienten können dazu führen, dass psychiatrische Dienstleistungen rechtzeitig in Anspruch genommen werden. Bestehende Literatur deutet darauf hin, dass frühzeitige Intervention dazu beiträgt, dass Mitarbeiter schneller an den Arbeitsplatz zurückkehren.<sup>38</sup>

### 5.1.3 Innovative Therapieformen und Behandlungsmethoden

Ein weiterer potenzieller Nutzen betrifft innovative Therapieformen und Behandlungsmethoden. Wie bereits eingangs erwähnt, steht es Leistungserbringern und Kostenträgern im Rahmen des

---

<sup>37</sup> Vgl. Obsan (2021). Personen mit und ohne Spitalzusatzversicherung: Vergleich der soziodemographischen Merkmale, des Gesundheitszustands und der Inanspruchnahme von Versorgungsdienstleistungen, Tabelle T2 (S. 7).

<sup>38</sup> Vgl. van der Klink, J. J., Blonk, R. W., Schene, A. H., & van Dijk, F. J. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occupational and environmental medicine*, 60(6), 429-437.

VVG weitgehend frei, einen Leistungskatalog zu definieren. Dieser kann sowohl ärztliche Leistungen im engeren Sinn, also beispielsweise die robotergestützte Durchführung einer Operation, als auch die Erstattung bestimmter Medikamente oder digitaler Gesundheitsanwendungen beinhalten. Grundsätzlich können somit bei Zusatzversicherten Patienten innovative Leistungen zur Anwendung gelangen, die über die OKP nicht erstattet würden. Sofern sich herausstellt, dass diese Behandlungsansätze und Medikamente bisherigen Therapien überlegen sind, kann ein volkswirtschaftlicher Nutzen entstehen. Zum einen profitieren Zusatzversicherte Patienten dann von einer besseren Behandlungsqualität und belasten im Idealfall das Sozialsystem weniger. Zum anderen können Innovationen, die zunächst im VVG-Bereich erprobt wurden, in den OKP-Bereich diffundieren.

Der beschriebene Mechanismus spielt in der Praxis gemäss unseren Gesprächen jedoch eine untergeordnete Rolle. Dies aus zwei Gründen: Auch im Zusatzversicherungsbereich sind Leistungserbringer vertraglich häufig an die WZW-Kriterien gebunden, sodass eine Erstattung nur dann in Frage kommt, wenn die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Methode nachgewiesen ist. Dazu kommt, dass im Bereich der Grundversicherung Behandlungsautonomie gilt. Sofern seitens des Eidgenössischen Departements des Inneren (EDI) Leistungen nicht explizit ausgeschlossen werden, geniessen Leistungserbringer einen relativ grossen Spielraum bei der Wahl der angemessenen Therapie.

Seitens eines Leistungserbringers wurde darauf hingewiesen, dass ein gewisser finanzieller Spielraum notwendig ist, um innovative Ansätze zu testen und allenfalls zu etablieren. Erträge, die aus dem Geschäft mit Zusatzversicherten Patienten resultieren, können diesen finanziellen Spielraum ermöglichen und so ein gewisses Nutzenpotenzial nach sich ziehen.

#### **5.1.4 Attraktivität der Arbeitsplätze**

Schliesslich gilt es, die Auswirkungen auf die Attraktivität der Arbeitsplätze, die direkt oder indirekt von Beiträgen der Spitalzusatzversicherung abhängen, zu untersuchen. Das Gesundheitswesen ist in besonderem Masse von Fachkräftemangel betroffen. Attraktive Arbeitsbedingungen können dem entgegenwirken. Eine bessere finanzielle Ausstattung ermöglicht es den Spitälern, höhere Löhne zu bezahlen oder Arbeitnehmern mehr Freizeit zu gewähren. Insofern können Erträge aus Spitalzusatzversicherungen für eine teilweise Entspannung der Mangellage sorgen. Volkswirtschaftlich relevant ist sowohl der positive Effekt auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung, der durch eine bessere Personalsituation bei den Leistungserbringern, höhere Motivation, besser qualifizierte Mitarbeiter und weniger häufige Arbeitsplatzwechsel mutmasslich entsteht, als auch der Effekt auf die Wertschöpfung, der durch den Konsum dieses zusätzlichen Arbeitseinkommens generiert wird.

#### **5.1.5 Weitere**

Neben den genannten volkswirtschaftlichen Nutzen bestehen weitere mögliche Nutzen, für die wir aus dem Literaturstudium und den geführten Fachgesprächen aber keine Evidenz ableiten können. Es handelt sich dabei um folgende Aspekte:

- *Spill-over-Effekte*: Einnahmen aus der Spitalzusatzversicherung erlauben es den Spitalern, gewisse Angebote zu finanzieren, die auch der OKP zu Gute kommen. Dank den höheren Arzthonoraren können Spitäler Koryphäen aus dem In- und Ausland akquirieren. Von dieser Exzellenz profitieren allenfalls dann auch Patienten, die ausschliesslich grundversichert sind.
- *Flexibilität*: Die freie Terminwahl führt bei geplanten Eingriffen zu mehr Planbarkeit und allenfalls geringerem Produktivitätsausfall.

Zudem sind Gewinne, die im Bereich der Spitalzusatzversicherung entstehen, steuerpflichtig. In der OKP ist dies nicht der Fall. Somit können aufgrund von Spitalzusatzversicherungen Steuereinnahmen generiert werden, deren Höhe wir im Rahmen dieser Studie jedoch nicht beziffert haben.

## 5.2 Potenzielle Kosten

### 5.2.1 Angebotsinduzierte Nachfrage

Medizinische Dienstleistungen werden gemeinhin als Vertrauensgüter klassifiziert.<sup>39</sup> Das bedeutet: Patienten können weder vorher noch nachher die Qualität oder Angemessenheit der erbrachten Dienstleistung evaluieren. Ob ein operativer Eingriff erforderlich ist oder eine konservative Therapie zielführender scheint, ist für den Patienten ex ante kaum zu beurteilen. Ärzten entsteht dadurch ein gewisser Spielraum für Überbehandlung sowie für das Überfakturieren erbrachter Leistungen.<sup>40</sup> Auch nach erfolgter Behandlung bleibt das Informationsdefizit bestehen, da das hypothetische Ergebnis der nicht durchgeführten Alternative unbekannt ist.<sup>41</sup>

<sup>39</sup> Siehe beispielsweise Dulleck, U., & Kerschbamer, R. (2006). On doctors, mechanics, and computer specialists: The economics of credence goods. *Journal of Economic Literature*, 44(1), 5-42.

<sup>40</sup> Siehe Gottschalk, F., Mimra, W., & Waibel, C. (2020). Health services as credence goods: A field experiment. *The Economic Journal*, 130(629), 1346-1383. Auf Basis eines Feldexperiments bei Schweizer Zahnärzten kommt die Studie zum Schluss, dass in 50 von 180 Fällen (28%) Überbehandlungen empfohlen werden. Sofern eine Überbehandlung empfohlen wurde, belaufen sich die Kosten dafür im Mittel auf CHF 535.

<sup>41</sup> Das Problem der angebotsinduzierten Nachfrage aufgrund von Informationsasymmetrien zwischen Patient und Arzt ist grundsätzlich unabhängig von der Art der Beurteilung der Leistungserbringung. Letztere kann entweder durch den behandelnden Arzt erfolgen oder durch den Patienten. Sogenannte «Patient Reported Outcome Measures» (PROMs) stellen ein patientenzentriertes Mass für die Qualität der medizinischen Versorgung dar. Sie bilden den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand aus Sicht des Patienten mittels Fragebögen ab und ergänzen die Aussensicht der Ärzteschaft («Clinician Reported Outcome Measures», CROMs). Gemäss einer 2021 erschienenen internationalen Übersicht zur Verbreitung von PROMs (siehe <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/patient-reported-outcome-measures-proms-ein-internationaler-vergleich>, zuletzt abgerufen am 7. Dezember 2023) existieren in der Schweiz einige freiwillige Projekte sowie obligatorische PROMs-Erfassungen in den Kantonen Basel-Stadt und Zürich. Solange die Erfassung von PROMs bloss informativen Charakter hat, ist nicht damit zu rechnen, dass die Problematik der Überbehandlung und Überfakturierung verschwindet. Auswirkungen auf das Verhalten der Ärzteschaft sind jedoch dann zu erwarten, wenn die Vergütung der Leistungserbringung an die Beurteilung durch den Patienten geknüpft wird, wie es in einem Pilotprojekt zwischen dem Krankenversicherer Groupe Mutuel, dem Universitätsspital Basel und dem Hôpital de la Tour getestet werden soll (siehe <https://competence.ch/value-based-healthcare-mehr-qualitaet-statt-quantitaet/>, zuletzt abgerufen am 7. Dezember 2023). Welche Auswirkungen diese Anpassung hat, ist aus unserer Sicht a priori unklar und hängt stark von der tatsächlichen Ausgestaltung ab: Zum einen erhöht dieses Vergütungssystem die Unsicherheit auf Seiten der Ärzte. Statt zu 100% für erbrachte Leistungen vergütet zu werden, wäre neu die Beurteilung seitens des Patienten ausschlaggebend. Das dürfte dazu führen, dass verhältnismässig teure

Das Informationsgefälle zwischen Arzt und Patient führt dazu, dass Ärzte Art und Umfang der nachgefragten Dienstleistung steuern können. Da sie diese Dienstleistung in der Regel auch selbst anbieten, sind die entsprechenden ökonomische Anreize gegeben. Theoretisch können zwei Effekte auftreten: Leistungserbringer weiten die Menge aus oder verschieben Nachfrage hin zu besonders rentablen Behandlungen oder Patientengruppen. Der erste Effekt (*Mengenausweitung*) wird vor allem dann auftreten, wenn Leistungserbringer sich unterhalb der Kapazitätsgrenze befinden, während der zweite Effekt (*Verlagerungseffekt*) unabhängig vom Erreichen der Kapazitätsgrenze ist. Falls zusatzversicherte Patienten rentabler sind als rein grundversicherte Patienten, bestehen demnach ökonomische Anreize, bei dieser Patientengruppe Nachfrage nach medizinischer Versorgung zu induzieren. Gemäss Peters et al. (2016) wird dies umso stärker der Fall sein, je «elektiver» eine Behandlung ist.<sup>42</sup> Bei akuten Notfällen komme der Mechanismus nicht zum Tragen, während die Wahrscheinlichkeit für eine stationäre Behandlung eines Kniegelenkschadens bei zusatzversicherten Patienten vermutlich höher sei als bei ausschliesslich grundversicherten.

Volkswirtschaftliche Kosten durch Spitalzusatzversicherungen entstehen vorwiegend dann, wenn zusatzversicherte Personen aufgrund ihres Versicherungsstatus häufiger hospitalisiert werden.<sup>43</sup> Die damit verbundenen Kosten werden zum Teil von der OKP, zum Teil von den Kantonen getragen und damit der Allgemeinheit aufgebürdet. Empirisch lässt sich zeigen, dass ökonomische Anreize bestehen, zusatzversicherte Patienten bevorzugt bzw. häufiger zu behandeln (siehe Anhang A). Diese Anreize sind dann besonders stark, wenn Einzelleistungen abgerechnet werden können und Spitäler nicht voll ausgelastet sind. Leistungserbringer scheinen auf diese Anreize auch zu reagieren: Verschiedene Studien kommen zum Schluss, dass zusatzversicherte Personen im Bereich elektiver Eingriffe auch tatsächlich häufiger stationär behandelt werden (siehe Anhang A). Eine aktuelle Obsan-Untersuchung kommt zum gegenteiligen Schluss; möglicherweise sind die Ergebnisse aber verzerrt.<sup>44</sup>

Es gibt noch einen zweiten Wirkmechanismus, der zu möglichen volkswirtschaftlichen Kosten führt: Die intensivere und damit kostspieligere Behandlung zusatzversicherter Patienten, die *be-*

---

Eingriffe, bei denen der wahrgenommene Patientennutzen schwer zu bemessen ist und/oder der Nutzen erst nach längerer Zeit (nach Erhebung des PROM) eintritt, zu wenig angeboten werden. Andererseits könnten konservative Therapien, welche bis anhin schlechter vergütet werden als operative Eingriffe, vermehrt durchgeführt werden. Es ist auch denkbar, dass Ärzte sich auf Behandlungen verlagern, welche in der kurzen Frist mit grosser Sicherheit eine subjektiv wahrgenommene Verbesserung des Gesundheitszustands beim Patienten bewirken, langfristig aber neutral oder gar schädlich wirken. Zusammenfassend: Die Koppelung der Vergütung von Ärzten an die Beurteilung des Gesundheitszustands durch Patienten vermag möglicherweise das Problem der Überbehandlung etwas eindämmen, kann aber andere Probleme (Unterbehandlung und Fehlbehandlung) schaffen.

<sup>42</sup> Siehe Peters, O., Vuffray, C., & Haslebacher, K. (2016). Überhang in der stationären Leistungserbringung zu Gunsten der Zusatzversicherten. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/stat/articles-et-analyses-aos/stationaere-leistung-zusatzversicherte.pdf.download.pdf/stationaere-leistung-zusatzversicherte.pdf>, zuletzt abgerufen am 04.01.2023.

<sup>43</sup> Hier muss jedoch qualifiziert werden, dass nicht die Existenz der Spitalzusatzversicherungen per se zu einer möglichen Überversorgung führt, sondern die Anreizstruktur, der sich Leistungserbringer ausgesetzt sehen. Einschränkend ist zudem anzuführen, dass auch eine Unterversorgung mit medizinischen Dienstleistungen zu volkswirtschaftlichen Kosten führen kann.

<sup>44</sup> Siehe die Diskussion unter <https://blog.zhaw.ch/gesundheitsoekonomie/2021/05/31/werden-privatversicherte-ueberbehandelt/>, zuletzt abgerufen am 04.01.2023.

reits hospitalisiert sind. In der Theorie spielt dieser Kanal zwar keine Rolle; im Rahmen der Tariffestsetzung werden nämlich die von Zusatzversicherten verursachten Mehrkosten aus den Betriebskosten der OKP herausgerechnet.<sup>45</sup> In der Praxis kommt es jedoch immer wieder zu Abgrenzungsproblemen, sodass zumindest bei den Gemeinkosten keine saubere Trennung zwischen den verschiedenen Versicherungsarten möglich ist. Folglich können Kosten, die durch Spitalzusatzversicherungen verursacht wurden, für die OKP betriebskostenwirksam werden. Da sich die Tarife an den Gestehungskosten bemessen, können auf diese Weise zusätzliche Kosten in das OKP-System gelangen.

Nach unserer Lesart ist es somit wahrscheinlich, dass Leistungserbringer auf die ökonomischen Anreize zur Mengenausweitung bei zusatzversicherten Patienten reagieren. Es besteht zumindest die Möglichkeit, dass ein Teil dieser Kosten aufgrund von Abgrenzungsproblemen auf sämtliche OKP-Prämienzahler überwältigt wird. Die im Branchen-Framework «Mehrleistungen VVG» festgehaltenen Grundsätze halten eine verbesserte Abgrenzung von Mehrleistungen jedoch als explizites Ziel fest, sodass die Problematik zukünftig weniger präsent sein dürfte.

## 5.2.2 Vorhalteleistungen

Spitalseitig müssen bei Eintritt von zusatzversicherten Patienten bestimmte Leistungszusagen eingehalten werden. Da der Anteil zusatzversicherter Patienten aber nicht genau planbar ist und Schwankungen unterliegt, werden nicht zu jedem Zeitpunkt alle bereitgestellten Leistungen auch in Anspruch genommen. Zum Beispiel erfordert ein höherer Pflegeschlüssel im Zusatzversicherungsbereich die Anwesenheit von zusätzlichem Pflegepersonal, um für den Eintritt privatversicherter Patienten gerüstet zu sein. In der Hotellerie entstehen Reibungsverluste, weil Zimmer nicht frei belegt werden können. Auch die Dienstenteilung beim ärztlichen Personal wird von dieser Thematik tangiert. Es kann jedoch auch der umgekehrte Fall eintreten: Grundversicherte Patienten werden zum Teil auf Privatstationen untergebracht, wenn die Kapazität andernorts eingeschränkt ist.<sup>46</sup>

Diese sogenannten Vorhalteleistungen werden grundsätzlich durch die VVG-Tarife finanziert und sollten das Gesamtsystem nicht belasten. Der Allgemeinheit entstehen durch die beschriebenen Vorhalteleistungen nur dann zusätzliche Kosten, wenn sie sich nicht hinreichend von Leistungen abgrenzen lassen, die im Rahmen der OKP ohnehin erbracht würden. Bei reinen Privatstationen sind solche Abgrenzungen in der Regel gut möglich; anspruchsvoller wird es bei gemischten Stationen. Eine genaue Quantifizierung der Effekte, die durch Vorhalteleistungen entstehen, ist nur unter starken Annahmen möglich. Wir halten vorläufig fest, dass ein gewisses Potenzial besteht, Kosten für Vorhalteleistungen auf die Allgemeinheit zu überwälzen; allerdings ist grundsätzlich auch der umgekehrte Fall, die Überwälzung von OKP-Kosten auf zusatzversicherte Personen, möglich.

---

<sup>45</sup> Für das Benchmarking werden die Kosten- und Leistungsdaten nach einheitlichen Rechnungslegungsstandards (REKOLE<sup>©</sup>) und einer vorgegebenen Methodik (ITAR\_K<sup>©</sup>) aufbereitet, um die Vergleichbarkeit zwischen Spitälern sicherzustellen. Da die benchmarking-relevanten Betriebskosten nur Kosten enthalten dürfen, die im Zusammenhang mit der Grundversicherung entstehen, werden durch zusatzversicherte Patienten verursachte Kosten ausgeschieden.

<sup>46</sup> Auch im Fall einer unvorhergesehenen Erhöhung der Nachfrage nach Spitalbetten (zum Beispiel im Fall einer Naturkatastrophe oder Pandemie) kann sich die vorgehaltene Betten- und Personalkapazität positiv auswirken.



## 6. Fazit und Ausblick

In der vorliegenden Studie betrachten wir das aktuelle Marktumfeld für Spitalzusatzversicherungen und analysieren Trends, die sich als Chance oder Risiko für dieses Versicherungsprodukt erweisen können. Neben einer individuellen Konsumentenperspektive gehen wir dabei auf volkswirtschaftliche relevante Wirkungen ein.

Wir kommen zum Schluss, dass den häufig zitierten volkswirtschaftlichen Kosten – Mengenausweitung und Vorhalteleistungen – potenzielle Nutzen gegenüberstehen. Besonders sticht das Argument hervor, dass Überschüsse, die mit zusatzversicherten Patienten generiert werden, unerlässlich für die Funktionsweise des Gesundheitssystems in seiner jetzigen Struktur sind. Zum einen kann durch attraktive Anstellungsbedingungen der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen zum Teil aufgefangen werden; zum anderen entsteht dadurch mehr Spielraum für innovative Therapien und den Einsatz neuer Technologien, die im Idealfall auch in die Grundversorgung diffundieren. Die erwähnten Wirkungen lassen sich kaum quantifizieren, daher ist der Nettoeffekt unklar.

Grosse Potenziale für Spitalzusatzversicherungen entstehen vor allem dort, wo Mehrleistungen wie freie Arztwahl und Komfort auf den ambulanten Sektor übertragen werden können. Das aktuell gültige Tarifwerk (TARMED) ist nicht in der Lage, derartige Mehrleistungen abzubilden, was einer weiteren Verbreitung dieser Ansätze im Weg steht. Nach Ansicht der Versicherer kann auch eine Institution sinnvoll sein, die zusatzversicherte Patienten interessensfrei bei der Wahl der Leistungserbringer oder Therapieformen berät und so eine informierte Entscheidung ermöglicht. Schliesslich entsteht durch das Schnittstellenmanagement und die umfassende Betreuung im Rahmen der integrierten Versorgung ein relevantes Nutzenpotenzial. Eine engere Zusammenarbeit zwischen Versicherern und Leistungserbringern, um Leistungskataloge aufeinander abzustimmen und Produkte mit klaren, an Patientenbedürfnissen orientierten, Zusatznutzen zu entwickeln, wird von beiden Seiten begrüsst.

Die regulatorischen Entwicklungen bergen jedoch gewisse Risiken. Es ist richtig, dass sich weder Leistungserbringer noch Versicherer im freien Wettbewerb befinden. Die Frage ist: Kann mehr Regulierung die existierenden Defizite beheben oder braucht es eine gänzlich andere Struktur? Statt der ineffizienten –weil aufgrund der institutionellen Verhältnisse weitgehend wirkungslosen – Verschärfung der Regulierung für Versicherer könnte man zum Beispiel die gesetzliche Grundlage schaffen, um der FINMA eine direkte Aufsichtsbefugnis über Leistungserbringer zu ermöglichen. Dies würde der Forderung nach transparenten und kostenorientierten Leistungsabrechnungen mehr Nachdruck verleihen. Auch die strengen Vorgaben hinsichtlich der erlaubten Gewinnmargen sowie der Anpassung von Tarifen in geschlossenen Beständen stehen im Widerspruch zum Bestreben der Versicherer, innovative Produkte nach dem Prinzip «trial and error» zu lancieren. Eine Alternative zum jetzigen regulatorischen Ansatz könnte sein, den Versicherten möglichst umfangreiche und transparente Informationen über die Kosten der abgerechneten Leistungen zur Verfügung zu stellen, die Vergleichbarkeit zwischen Versicherungsprodukten zu erhöhen und die Wechselmöglichkeiten zu verbessern.

Richten wir den Blick auf das Verhältnis zwischen dem privaten Zusatzversicherungsbereich und der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Ein Grund für die oft ungenügende Abgrenzung

zwischen OKP-Leistungen und echten Mehrleistungen mag darin bestehen, dass der OKP-Pflichtleistungskatalog nicht hinreichend konkret formuliert ist.<sup>47</sup> Eine Überlegung wäre also, die OKP stärker als bisher nach WZW-Kriterien aufzubauen. Konkret: Statt des bisher geltenden Vertrauensprinzips könnten erstattungspflichtige Leistungen mittels einer Positivliste definiert werden.<sup>48</sup> Die strikte Orientierung an evidenzbasierten Therapien würde eine Behandlung nach hohen medizinischen Standards sicherstellen und eventuell sogar eine Überversorgung (die es auch im Bereich der Grundversicherung geben kann) reduzieren. Leistungserbringer verlören dadurch Behandlungsautonomie; auf der anderen Seite hätte dieser Wandel tiefere OKP-Kosten zur Folge. Ein Risiko besteht auch im Hinblick auf die Finanzierung: Es besteht Grund zur Annahme, dass Überschüsse im VVG-Bereich zur Kompensation von Verlusten in der OKP genutzt werden und damit das Prinzip der verursachergerechten Finanzierung verletzt wird.

Wenn die Zielsetzung in der Stärkung und Festigung von Spitalzusatzversicherungen besteht, kann das nach unserer Einschätzung am ehesten durch die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen gelingen. Für die Umsetzung sind Politik, Verwaltung, Versicherer und Leistungserbringer gefordert. Konkret stehen die nachfolgenden Aspekte im Fokus:

- *Aufsicht über Leistungserbringer*: Versicherer haben zwar die Befugnis, Rechnungen von Leistungserbringern zu kontrollieren und gegebenenfalls zurückzuweisen. Die Wirksamkeit einer solchen Rechnungskontrolle hängt jedoch massgeblich davon ab, wie transparent Leistungen ausgewiesen werden und ob Mehrleistungen klar von anderen Leistungen abgegrenzt werden können. Es ist zu prüfen, ob die derzeitige Aufsichtsregelung zielführend ist oder eine Kontrolle etabliert werden sollte, die direkt bei den Leistungserbringern ansetzt.
- *Anpassung der kartellrechtlichen Vorgaben*: Zusammenschlüsse von Versicherern zum Aufbau einer «countervailing power» bei Verhandlungen mit Leistungserbringern sind gegenwärtig nur in engen Grenzen möglich (siehe Abschnitt 4.2.1). Die Stärkung der Verhandlungsposition von Versicherern kann aber Tarifsenkungen zur Folge haben, welche im öffentlichen Interesse sind. Es ist zu prüfen, ob die kartellrechtlichen Vorgaben dahingehend gelockert werden können.
- *Regulierung auf Unternehmensebene*: Im Gegensatz zu anderen Sektoren, die der Aufsicht durch die FINMA unterstehen, erfolgt die Regulierung von VVG-Angeboten auf Ebene von Produkten (siehe Abschnitt 3.1). Diese engmaschige Aufsicht stellt einerseits einen erheblichen Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit dar und reduziert andererseits die Möglichkeiten der Versicherer, Wirtschaftlichkeitsberechnungen anhand des gesamten Produktportfolios anzustellen und Risiken breiter zu streuen. Eine gesetzliche Anpassung wäre zu prüfen.
- *Keine Beschränkung der Gewinnmargen*: Die im angepassten FINMA-Rundschreiben 2010/3 (Version vom 6. Mai 2021) eingeführte Beschränkung der Gewinnmargen kann dazu führen, dass Versicherer auf andere Märkte ausweichen und ein Eintritt in den Markt der Spitalzusatzversicherungen zunehmend unattraktiv erscheint (siehe Abschnitt 3.1). Mittel- bis langfristig kann dies ein reduziertes und weniger differenziertes Angebot für potenzielle Kunden zur Folge

---

<sup>47</sup> Dies hat unter anderem zur Folge, dass die Klassifikation von Mehrleistungen sich je nach Spital unterscheidet. Beispielsweise kann in einem Spital, das nur Einbettzimmer anbietet, dieses Merkmal nicht als Mehrleistung berücksichtigt werden.

<sup>48</sup> Ergänzend sei bemerkt, dass sowohl im Bereich der Medikamente als auch bei Labordiagnosen bereits heute Positivlisten gelten.



haben. Um diese Konsequenz zu vermeiden, ist eine Aufhebung der Klausel zu prüfen. Mindestens wäre es angezeigt, den Mechanismus symmetrisch auszugestalten, sodass bei Verlusten Prämien erhöhungen möglich sind.

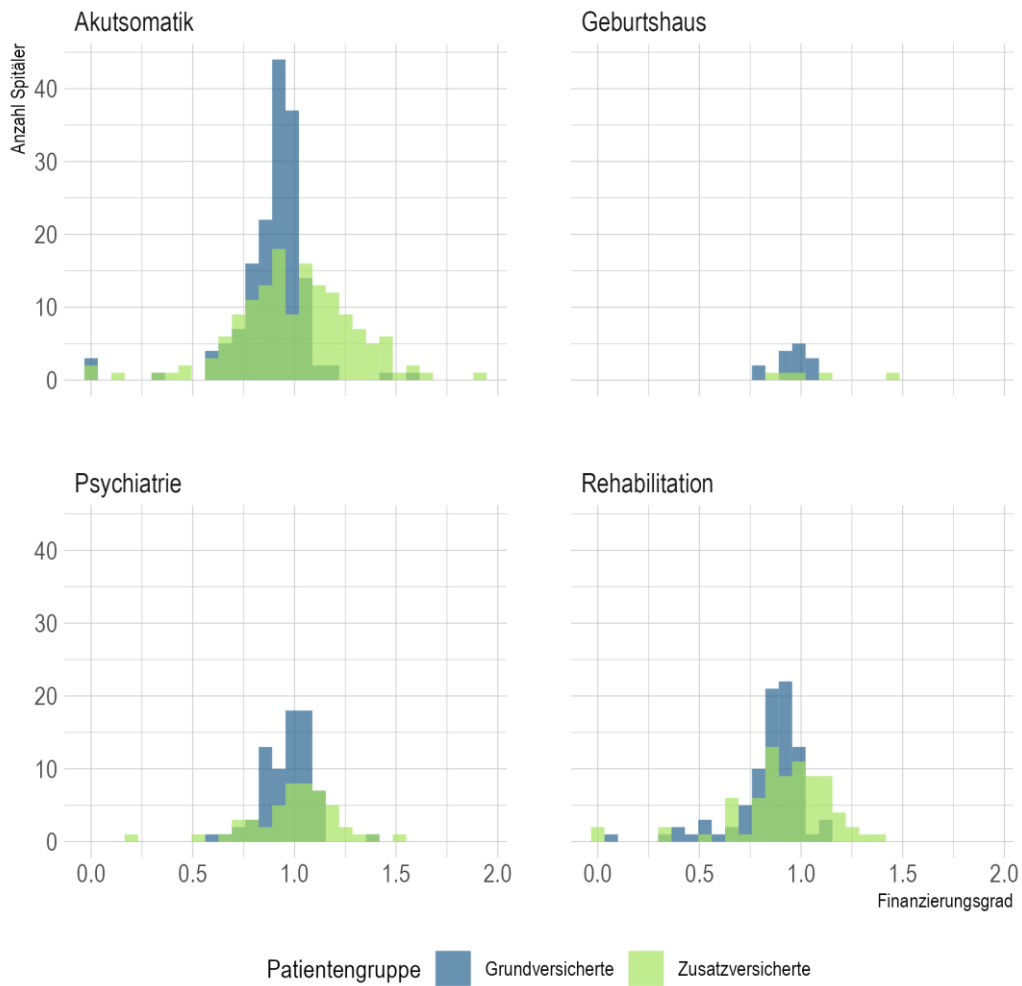
- *Anpassung des Leistungsumfangs der OKP*: Eine restriktivere Auslegung der Begriffe «Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit» in der OKP kann einerseits das Prämienwachstum in der Grundversicherung eindämmen oder mindestens bremsen. Dadurch hätten Haushalte mehr Mittel für die überobligatorische Absicherung zur Verfügung. Andererseits könnten sich Zusatzversicherungsprodukte gegenüber der OKP-Leistung deutlicher abheben und würden attraktiver.
- *Zusammenarbeit zwischen Versicherern und Leistungserbringern*: Versicherte Leistungen müssen gemeinsam mit Leistungserbringern definiert werden; Angebot und Deckung bedingen sich wechselseitig. Eine engere Zusammenarbeit zwischen Versicherern und Leistungserbringern kann dazu beitragen, dass innovative und aus Kundensicht attraktive Produkte entwickelt werden.

# A. Empirische Evidenz zu angebotsinduzierter Nachfrage

In Abschnitt 5.2.1 diskutieren wir das Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage. Nachfolgend präsentieren wir zunächst indikative Evidenz für die Rentabilität von Zusatzversicherten relativ zu Grundversicherten Patienten und gehen in einem zweiten Schritt auf die existierende Literatur zur Thematik der Überversorgung in der Schweiz ein.

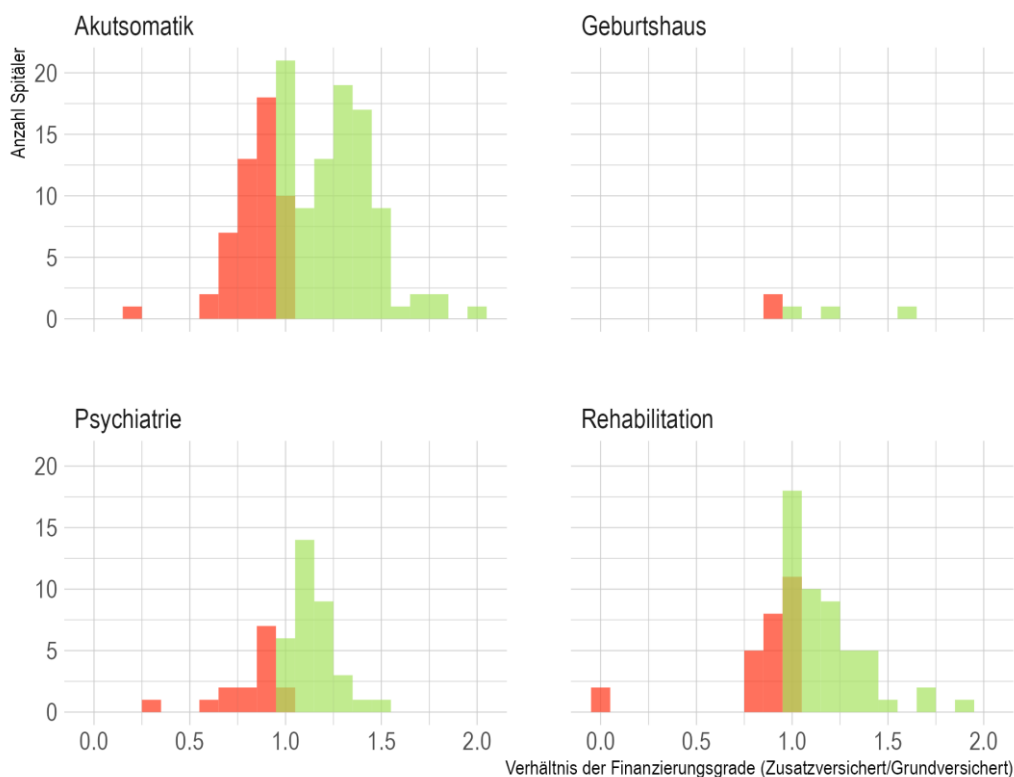
Für Leistungserbringer ist eine Mengenausweitung bei Zusatzversicherten Patienten dann lohnend, wenn diese im Mittel rentabler sind als Grundversicherte Patienten. Mit Blick auf Abbildung 6 scheinen Zusatzversicherte Patienten in der Tat rentabler zu sein. Die Grundgesamtheit bilden die Daten aller Schweizer Spitäler, die in der Statistik «Kennzahlen der Schweizer Spitäler» vom BAG publiziert werden. Unter anderem sind dort Finanzkennzahlen ausgewiesen, namentlich Erlöse und Kosten getrennt nach Versicherungsstatus. In Anlehnung an Peters et al. (2016) berechnen wir Quotienten aus Erlösen und Kosten (= Finanzierungsgrade) separat für Zusatzversicherte und Grundversicherte Patienten für das Jahr 2020. Ein Finanzierungsgrad von 1 entspricht dabei einem Nullgewinn. Zu beachten ist allerdings, dass sich die Daten nur auf Leistungen beziehen, die über die OKP abgerechnet wurden; die Rentabilität Zusatzversicherter Patienten wird daher mutmasslich unterschätzt. Die Abbildung zeigt, dass Spitäler mit Grundversicherten Patienten typischerweise Verluste erzielen, mit Zusatzversicherten Patienten häufiger Gewinne. Dies gilt sowohl für die Akutsomatik als auch für Psychiatrie und Rehabilitation. Auch auf Ebene der einzelnen Spitäler kann dieses Resultat bestätigt werden: Abbildung 7 zeigt, dass mehr Spitäler ein positives Verhältnis der Finanzierungsgrade von Zusatzversicherten zu Grundversicherten aufweisen als ein negatives.

**Abbildung 6: Finanzierungsgrade verschiedener Aktivitätstypen nach Patientengruppe**



*Anmerkungen:* Die Abbildung zeigt die Verteilung aller Schweizer Spitäler anhand des Finanzierungsgrads, getrennt nach ausschliesslich grundversicherten und zusatzversicherten Patienten. Zusätzlich wird nach Aktivitätstyp des Spitals differenziert. Der Finanzierungsgrad berechnet sich als Quotient aus Erlös und Kosten. In der Datenquelle werden Erlöse und Kosten für OKP-Versicherte und Zusatzversicherte getrennt ausgewiesen. Die Werte beziehen sich jedoch ausschliesslich auf Erlöse und Kosten, die über die OKP abgerechnet werden. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2020 und sind bei einem Finanzierungsgrad von 3.0 zensiert. *Quelle:* Kennzahlen der Schweizer Spitäler (BAG).

**Abbildung 7: Verhältnis der Finanzierungsgrade (Zusatzversicherte vs. Grundversicherte)**



*Anmerkungen:* Die Abbildung zeigt die Verteilung des Verhältnisses der Finanzierungsgrade zusatzversicherter und grundversicherter Patienten aller Schweizer Spitäler, differenziert nach Aktivitätstyp des Spitals. Der Finanzierungsgrad berechnet sich als Quotient aus Erlös und Kosten. In der Datenquelle werden Erlöse und Kosten für OKP-Versicherte und Zusatzversicherte getrennt ausgewiesen. Die Werte beziehen sich jedoch ausschliesslich auf Erlöse und Kosten, die über die OKP abgerechnet werden. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2020 und sind bei einem Finanzierungsgrad von 3.0 zensiert. *Quelle:* Kennzahlen der Schweizer Spitäler (BAG).

Es ist wichtig zu betonen, dass dieser Befund eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für die Existenz einer möglichen angebotsinduzierten Nachfrage ist. Es gibt jedoch in der Literatur einige Hinweise darauf, dass sich die oben dargestellten ökonomischen Anreize auf das Behandlungsverhalten auswirken. Peters et al. (2016) weisen den «Überhang» von zusatzversicherten relativ zu grundversicherten Patienten auf Ebene einzelner DRGs aus, indem sie altersklassenkorrigierte Hospitalisierungsraten und Raten der Anzahl Spitaltage berechnen. Unabhängig von der gewählten Kennzahl liegen «Komplexe Eingriffe am Kniegelenk» an vorderster Stelle, was den Überhang von zusatzversicherten Patienten betrifft. Insgesamt sind elf der 15 DRGs mit dem grössten Überhang in der Major Diagnostic Category (MDC) «Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe» anzusiedeln. Dies unterstreicht die Hypothese, dass Anreize zur Nachfrageinduzierung vorwiegend bei elektiven Eingriffen gegeben sind. Einschränkung sind zwei Punkte anzumerken: Durch die Altersklassenkorrektur wird zwar der vermutlich wichtigste Morbiditätsfaktor erfasst, allerdings können zwischen den Patientenkollektiven weitere relevante Unterschiede bestehen, die hier nicht erfasst werden. Zweitens werden nur DRGs mit Überhängen zulasten der Zusatzversicherten ausgewiesen, nicht aber solche mit

Überhängen zulasten der Grundversicherten. Busato et al. (2011) zeigen auf, dass Operationen von muskuloskelettalen Traumata nach Korrektur um Alter und Geschlecht bei Personen mit privater Zusatzversicherung häufiger durchgeführt werden.<sup>49</sup> Dieses Ergebnis wird von Muheim et al. (2017) mit Bezug auf medizinisch nicht indizierte Meniskusoperationen gestützt.<sup>50</sup> Struja et al. (2023) zeigen, dass Patienten mit Spitalzusatzversicherungen häufiger elektiv am Herzen operiert werden. Gemäss Einschätzung der Autoren ist aber unklar, ob die Behandlungshäufigkeit auf klinische Indikatoren oder auf finanzielle Anreize zurückzuführen ist.<sup>51</sup> Eine Studie des BAG kommt zum Schluss, dass die risikobereinigten Hospitalisierungsraten zusatzversicherter Patienten bei elektiven orthopädischen Leistungen sowie Kaiserschnitten höher sind als bei Grundversicherten.<sup>52</sup>

Demgegenüber findet eine Obsan-Publikation aus dem Jahr 2021 keinen Unterschied in der Inanspruchnahme von stationären Versorgungsleistungen zwischen Versicherten ab 25 Jahren in der (halb)privaten Abteilung und Versicherten in der allgemeinen Abteilung.<sup>53</sup> Die Analyse basiert auf der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 und differenziert nicht zwischen akuten und elektiven Behandlungen. Während soziodemographische Merkmale wie Alter, Geschlecht, Bildungsniveau und Nettohaushaltseinkommen bei der Analyse konstant gehalten werden, fehlt nach Aussage der Autoren eine Korrektur um den Gesundheitszustand oder den Schweregrad des Hospitalisierungsgrunds. Dies könnte gemäss Stucki und Kohler (2021) dazu führen, dass der Einfluss des Versicherungsstatus auf die Wahrscheinlichkeit einer Hospitalisierung zu tief geschätzt wird.<sup>54</sup>

---

<sup>49</sup> Busato, A., Widmer, M., & Matter, P. (2011). Variation in incidence of orthopaedic surgery between populations with basic or basic plus supplementary health insurance in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 141(0506), w13152-w13152.

<sup>50</sup> Muheim, L. L., Senn, O., Früh, M., Reich, O., Rosemann, T., & Neuner-Jehle, S. M. (2017). Inappropriate use of arthroscopic meniscal surgery in degenerative knee disease: An observational study from Switzerland. *Acta Orthopaedica*, 88(5), 550-555.

<sup>51</sup> Struja, T., Suter, F., Rohrmann, S., Koch, D., Mueller, B., Schuetz, P., & Kutz, A. (2023). Comparison of Cardiovascular Procedure Rates in Patients With Supplementary vs Basic Insurance in Switzerland. *JAMA Network Open*, 6(1), e2251965-e2251965.

<sup>52</sup> Kris Haslebacher, Tjaša Maillard-Bjedov und Claude Vuffray (2023). Zusatzversicherungen tragen zu mehr Spitalaufenthalten bei. In: *Die Volkswirtschaft*.

<sup>53</sup> Obsan (2021). Personen mit und ohne Spitalzusatzversicherung: Vergleich der soziodemographischen Merkmale, des Gesundheitszustands und der Inanspruchnahme von Versorgungsdienstleistungen.

<sup>54</sup> <https://blog.zhaw.ch/gesundheitsoekonomie/2021/05/31/werden-privatversicherte-ueberbehandelt/>, zuletzt abgerufen am 04.01.2023.

