Deloitte.

PKV der Zukunft

Wo geht die Reise hin?

Executive Summary 04
Einleitung 07
Status quo 08
- Geschäftsentwicklung 09
- Steuerungskennzahlen 10
- Beitragsstabilität 13

Markt- und Wettbewerbsumfeld 14
- Marktumfeld 14
- Wettbewerbsumfeld 18
- Handlungsoptionen für Krankenversicherer 22

PKV der Zukunft 24
- Strategie 25
- Kundenausrichtung 26
  - Differenzierungsmerkmale 26
  - Zielgruppen 28
  - Produkte 29
  - Gesundheitsangebote 33
  - Kundeninteraktion 38
- Betriebsabläufe 40
  - Technologieeinsatz im Kranken-versicherungsbetrieb 40
  - Einsatz von künstlicher Intelligenz und Robotics 41
  - Auslagerung von Kernprozessen in die Cloud 42

Bedeutung und Auswirkungen von COVID-19 45
Abkürzungsverzeichnis und Quellen 48
Über diese Studie 50
Kontakt 52

Executive Summary

Digitalisierung, Kundenzentrierung, Beitragsstabilität – das sind nur einige der Themen, die in der privaten Krankenversicherungsbranche diskutiert werden. Trends und Entwicklungen im Markt- und Wettbewerbsumfeld verändern die Rahmenbedingungen und verlangen neue Lösungsansätze, eine Weiterentwicklung des Geschäftsmodells und eine digitale Erneuerung der privaten Krankenversicherer.

Die vorliegende Studie untersucht, wie die privaten Krankenversicherer aktuell aufgestellt sind und wie sie sich zukünftig in dem sich verändernden Geschäftsumfeld positionieren möchten. Dazu wurden von Mai bis Juli 2020 fragebogengestützte Interviews mit Vorständen von 16 deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen durchgeführt. Gemessen an den Bruttoprämien erreicht die Studie damit eine Marktabdeckung von ca. 70 Prozent. Die Studie ist ein Gemeinschaftsprojekt zwischen dem Institut für Versicherungswissenschaft an der Universität zu Köln (IVK), der Wiesbaden Business School und Deloitte.

Die privaten Krankenversicherungsunternehmen sind mit der Geschäftsentwicklung im Jahr 2019 größtenteils zufrieden. Maßgeblich für diese Einschätzung sind die Entwicklung des Neugeschäfts und das versicherungstechnische Ergebnis. Beitragsstabilität ist ein erklärtes Ziel der Krankenversicherer, doch sie können selbst nur indirekt auf eine Verstetigung der Beiträge hinwirken. Tarifwechsel können zu einer ungünstigen Risikomischung und damit bei einigen Tarifen zu Beitragsbelastungen für die Versicherten führen.

Vor allem die Digitalisierung sorgt für Veränderungen im Marktumfeld, gefolgt von der medizinischen Inflation und gesundheitspolitischen Maßnahmen. Bei Letzteren können insbesondere staatliche Eingriffe in das Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherer, Veränderungen im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen als auch die Einführung von E-Health-Lösungen und Telematikinfrastruktur bedeutsame Auswirkungen für die Unternehmen haben. Im Wettbewerbsumfeld gewinnen Kooperationen mit verschiedenen Akteuren wie Gesundheitsdienstleistern und anderen Krankenversicherern an Bedeutung. Die Unternehmen erwarten zudem, dass sich der Wettbewerb sowohl zur gesetzlichen Krankenversicherung als auch zwischen den privaten Krankenversicherern verstärken wird. Um sich in diesem Markt- und Wettbewerbsumfeld gut zu positionieren, setzen die privaten Krankenversicherer vor allem auf eine erhöhte Kundenzentrierung und optimierte Kundenansprache.

Auf dem Weg in die Zukunft hat das Thema Digitalisierung für alle privaten Krankenversicherer strategische Bedeutung. Eine große Hürde bei der operativen Umsetzung stellen dabei Schnittstellen zu anderen Gesundheitsdienstleistern dar. Differenzierungsfaktoren zum Wettbewerb sind vor allem Kundenservice und stabile Beiträge. Das Preisniveau selbst ist nur für ein Viertel der Unternehmen ein Differenzierungsmerkmal. Beim Differenzierungsfaktor Nachhaltigkeit gehen die Meinungen der privaten Krankenversicherer auseinander.

Zusatzversicherungen haben im Produktangebot für die privaten Krankenversicherer das größte Wachstumspotenzial, aber auch die betriebliche Krankenversicherung und die Krankenkostenvollversicherung bleiben Wachstumsfelder. Im Pflegeversicherungsbereich sehen die Unternehmen bei den Pflegezusatzprodukten gekoppelt mit Assistance-Leistungen den größten Wachstumsmotor.

Gesundheitsservices in Form von Managed Care und digitalen Gesundheitsangeboten werden bei vielen Krankenversicherern künftig verstärkt im Fokus stehen. Als Gesundheitsdienstleister sehen die Krankenversicherer ihr vorrangiges Ziel darin, die Versorgung der Kunden zu verbessern. Um die Kundeninteraktion zu intensivieren, setzen die Unternehmen auf Vertriebsaktionen, fallinduzierte Ansprachen und das Angebot von Apps mit Zusatzservices z.B. zur Verwaltung von Dokumenten oder Einreichung von Rechnungen. Die größten Herausforderungen beim Ausbau der Kundenschnittstelle sind für die Krankenversicherer die Gewährleistung der Benutzerfreundlichkeit, die Einhaltung der Datenschutzauflagen und die sich schnell und kontinuierlich verändernden Kundenerwartungen.

Einigkeit unter allen Studienteilnehmern besteht beim Technologieeinsatz im Krankenversicherungsbetrieb: In vielen Unternehmensteilen werden dadurch Einspar- und Effizienzpotenziale gesehen, doch es gibt auch einige Bereiche, wie z.B. die Produktentwicklung, in denen Kreativität

und menschliches Denken weiterhin gefragt bleiben. Großes Potenzial gibt es laut den Krankenversicherern vor allem bei der Automatisierung der Leistungsbearbeitung. In der Tarifierung, Risikoprüfung und im Underwriting ist der Einsatz von Technologielösungen eher in einem frühen Stadium. Die Nutzung von Cloud-Lösungen für die Auslagerung von Kernprozessen ist für den Großteil der Unternehmen noch ein Zukunftsthema.

Zum Zeitpunkt der Interviews ist der Gesamteffekt von COVID-19 auf Leistungsausgaben eher gering und es werden keine Beitragserhöhungen aufgrund von COVID-19 in der Krankenkostenvollversicherung erwartet. Spätfolgen und durch die Pandemie ausgelöste Gesundheitstrends sind noch nicht abschätzbar. Die Entwicklungen im Neugeschäft sind stark von den wirtschaftlichen und epidemiologischen Entwicklungen abhängig. COVID-19 beeinflusst vor allem die Digitalisierung von Prozessen und die Kundenkommunikation.

In allen betrachteten Bereichen der Studie zeigt sich, dass die Ausgangssituation und die Zukunftsstrategien der privaten Krankenversicherer sehr unterschiedlich sind. Allen gemeinsam ist, dass die Digitalisierung sowohl in der Kundenausrichtung als auch in den Betriebsabläufen eine wichtige Rolle spielen wird. Um zukunftsfähig zu bleiben, ist eine fundierte IT-Infrastruktur eine Grundvoraussetzung. Die Steigerung von Effektivität und Effizienz ist wichtig, um wettbewerbsfähig zu bleiben. Erwägen Krankenversicherer die Transformation vom Kostenerstatter zum Gesundheitsdienstleister zu vollziehen, ist eine klare Positionierungsstrategie notwendig, um sich für Bestands- und Neukunden gegenüber dem Wettbewerb zu differenzieren.

Insgesamt schauen die privaten Krankenversicherer positiv in die Zukunft und sind bereits in großen Teilen dabei, die geplanten Maßnahmen umzusetzen.

Einleitung

Diese Studie verfolgt das Ziel, einen breiten Überblick über die Herausforderungen und Chancen im privaten Krankenversicherungsmarkt zu verschaffen sowie Zukunftspotenziale für das Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung (PKV) durch Interviews mit Entscheidungsträgern zu identifizieren. Sie ist ein Gemeinschaftsprojekt zwischen dem Institut für Versicherungswissenschaft an der Universität zu Köln (IVK), der Wiesbaden Business School und Deloitte.

Der Schwerpunkt der Studie liegt auf dem Kerngeschäft der privaten Krankenversicherer. Die Interviews wurden mit Entscheidungsträgern von 16 privaten Krankenversicherungsunternehmen (im Folgenden auch „Unternehmen", „Krankenversicherer" oder „Studienteilnehmer" genannt) durchgeführt, die einen Marktanteil von circa 70 Prozent des PKV-Marktes, gemessen an den Bruttoprämien, repräsentieren.

Um die Forschungsfragen zu beantworten, wurden fragebogengestützte Interviews per Telefon, Videokonferenz oder als Präsenztermin mit den verantwortlichen Vorständen der privaten Krankenversicherungen im Zeitraum von Mai bis Juli 2020 geführt. Die in den Interviews gestellten Fragen adressieren die Wettbewerbstreiber und Umwelteinflüsse nach den Methoden und Modellen von Porter[2] und PESTLE[3].

Die Studie untergliedert sich in vier Kapitel. Im Ersten wird der „Status quo" im Hinblick auf Geschäftsentwicklung, aktuelle Steuerungskennzahlen und Beitragsentwicklung beleuchtet. Im Kapitel „Markt- und Wettbewerbsumfeld" werden Chancen und Risiken durch die Trends und Veränderungstreiber im Geschäftsumfeld sowie Handlungsoptionen betrachtet. In „PKV der Zukunft" wird mit den Unternehmen diskutiert, wie ihre Zukunftsstrategien hinsichtlich Kundenausrichtung und Betriebsabläufen aussehen. Im letzten Kapitel werden „Bedeutung und Auswirkungen von COVID-19" auf die Branche bis zum Zeitpunkt der Interviews thematisiert.

Status quo

Im Rückblick auf das Geschäftsjahr 2019 fasst Dr. Ralf Kantak, Vorsitzender des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband), zusammen: „[...] in der Vollversicherung hat sich die Lage der PKV deutlich verbessert. Das zweite Jahr in Folge wechseln wieder mehr Menschen von der Gesetzlichen in die Private Krankenversicherung als umgekehrt. Hier scheint eine Trendwende stattzufinden."[4] Bezogen auf die Zusatzversicherungen spricht er von einem „Trend zur privaten Vorsorge, um den Leistungsumfang der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung aufzustocken"[5].

Doch wie ist das Geschäftsjahr 2019 für die einzelnen privaten Krankenversicherer gelaufen? Um ein Bild von der Lage der Unternehmen zu gewinnen, wurden folgende Fragestellungen mit den Unternehmen thematisiert:

- Wie zufrieden sind die einzelnen privaten Krankenversicherer mit der Geschäftsentwicklung 2019?
- Welche Kennzahlen verwenden sie zur Steuerung ihres Geschäfts?
- Ergreifen sie Maßnahmen zur Beitragsverstetigung und wie schätzen sie die Auswirkungen des Tarifwechselrechts auf die Stabilität ihrer Beiträge ein?

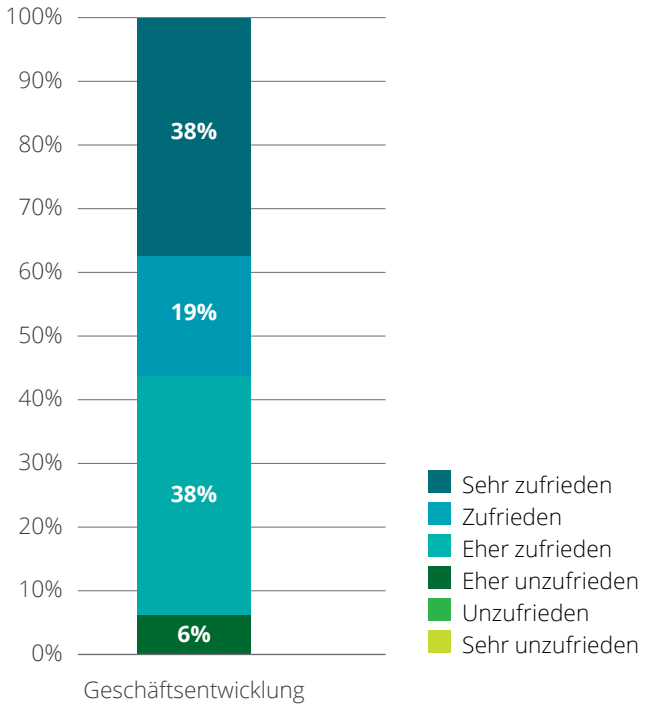
Geschäftsentwicklung

Die im Rahmen der Studie befragten Krankenversicherer bewerten ihre Geschäftsentwicklung mehrheitlich positiv.

Als die häufigsten Indikatoren für die Einschätzung der Geschäftsentwicklung werden folgende Kennzahlen herangezogen:

- Entwicklung des Neugeschäfts
- Wachstum in nicht angestammten oder strategischen Geschäftsfeldern
- Eine niedrige Schadenquote, d.h. das Verhältnis der zu erstattenden Leistungen und zugeführten Altersrückstellungen zu den eingenommenen Krankenversicherungsbeiträgen in dem betrachteten Geschäftsjahr[6]

Abb. 1 – Zufriedenheit mit der Geschäftsentwicklung im vergangenen Geschäftsjahr



Anmerkung: Aufgrund der Rundung der Ergebnisse kann die Gesamtsumme von 100 Prozent abweichen.

Die privaten Krankenversicherer sind mit der Geschäftsentwicklung im Jahr 2019 größtenteils zufrieden.

Neben messbaren Kennzahlen spielen auch nicht-messbare, subjektive Kriterien bei der Einschätzung der Geschäftsentwicklung eine Rolle.

Es fällt auf, dass eine positive Einschätzung nicht ausschließlich auf messbaren kennzahlenbasierten Faktoren wie den oben dargestellten basiert. Auch subjektive, nicht über Kennzahlen abbildbare Kriterien wie eine positive Entwicklung der Zusammenarbeit mit strategischen Kooperationspartnern, eine erfolgreiche Implementierung interner Prozesse oder der Fortschritt im digitalen Transformationsprozess werden von den Unternehmen als Indikatoren für die Bewertung des Geschäftsverlaufs genannt.

Werden die Aussagen durch die Zahlen der Geschäftsberichte über das Jahr 2019 bestätigt?

Eine Beobachtung ist, dass alle Unternehmen, die mit der Geschäftsentwicklung „sehr zufrieden" sind, ihre Aussage mit einem positiven Neugeschäft in der Krankenkostenvollversicherung und in der Zusatzversicherung begründen. Diese Einschätzung wird mit der Angabe von positiven Zuwachsraten in den Hauptversicherungsarten[7] untermauert. Ein Vergleich mit den Zahlen der Geschäftsberichte über das Geschäftsjahr 2019 zeigt, dass das Wachstum dieser Gruppe mit einem korrigierten Mittelwert[8] von 2,38 Prozent 0,86 Prozentpunkte über dem Marktdurchschnitt liegt und damit die Tendenz von hoher Zufriedenheit am Markt untermauert. Zudem zeigt die Analyse der Geschäftsberichte, dass die Entwicklung des Neugeschäfts von einigen Krankenversicherern relativ betrachtet wird. Eine positive Einschätzung der Entwicklung erfolgt auch dann, wenn die Intensität eines Abwärtstrends verringert werden konnte.

Eine weitere Erkenntnis aus dem Vergleich der Daten aus den Geschäftsberichten zeigt: Vor allem die Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit und vergleichsweise jüngere Versicherungsunternehmen können in den Hauptversicherungsarten positive Entwicklungen vorweisen.

Steuerungskennzahlen

Zur Steuerung ihres Geschäfts konzentrieren sich die privaten Krankenversicherer auf verschiedene Kennzahlen. Da ein Wechsel zu einer anderen privaten Krankenversicherung aufgrund der Notwendigkeit einer neuen Gesundheitsprüfung und ggf. der Probleme mit dem Übertrag von Altersrückstellungen relativ selten von Versicherten vollzogen wird[9], ist das Neugeschäft von jeher ein wichtiger Grundpfeiler für die Stabilität eines privaten Krankenversicherers. Dieses wird durch die Angaben der Unternehmen auf die Frage nach den drei wichtigsten Steuerungskennzahlen für ihr Krankenversicherungsgeschäft bestätigt. Fast 70 Prozent der Befragten nennen das Neugeschäft als eine der drei wichtigsten Steuerungsgrößen.

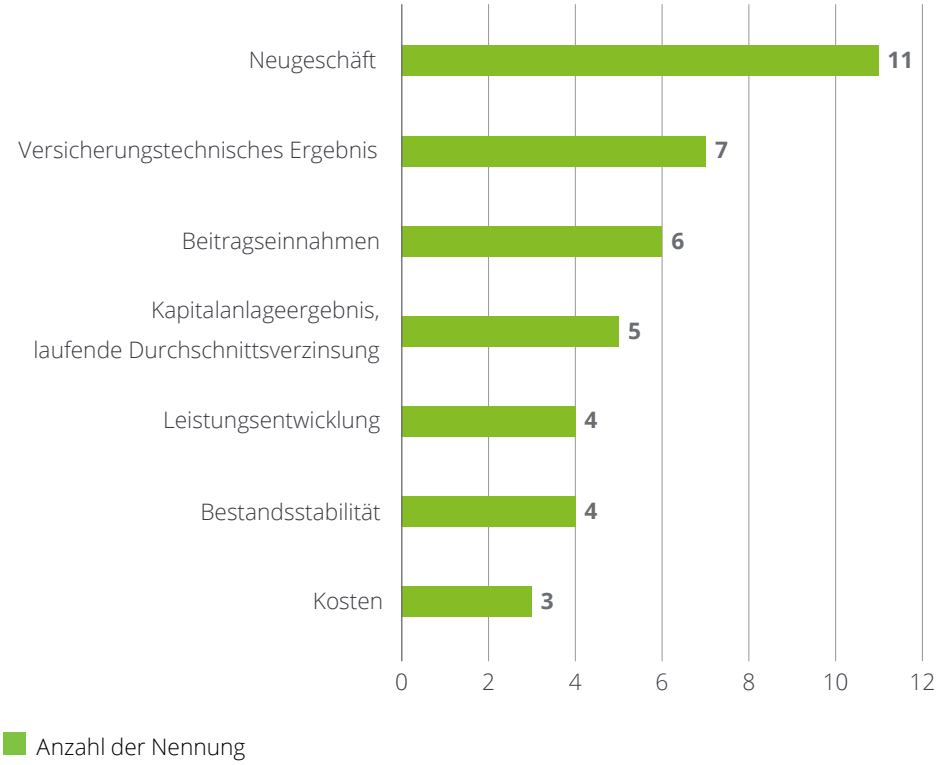
Eine weitere wichtige Steuerungskennzahl ist das versicherungsgeschäftliche Ergebnis, d.h. der Anteil der im betrachteten Zeitraum eingenommenen Beiträge, der nach Abzug von Aufwendungen für Leistungen und Kosten übrig bleibt.[10] Dieses nennt etwa die Hälfte der Unternehmen als eine ihrer Top-3-Kennzahlen. Weitere Kennzahlen, die von je ca. einem Drittel der Studienteilnehmer genannt werden, sind die Beitragseinnahmen und das Ergebnis aus den Kapitalanlagen bzw. die laufende Durchschnittsverzinsung, die Auskunft über die Rentabilität der von den Krankenversicherern gewählten Kapitalanlageformen gibt.[11]

Neugeschäft und versicherungstechnisches Ergebnis sind die wichtigsten Steuerungskennzahlen für das private Krankenversicherungsgeschäft.

Die Erwartungen der Bestandskunden sollten nicht vernachlässigt werden

Bei den Antworten der Krankenversicherer fällt auf, dass nur ein Studienteilnehmer die Zufriedenheit der Bestandskunden explizit als eine der Top-3-Steuerungskennzahlen nennt. Zufriedene Bestandskunden sind ein wichtiger Faktor für eine gute Reputation und die Gewinnung neuer Kunden. Um den Bedürfnissen der Bestandskunden in ausreichendem Maße Rechnung zu tragen, empfehlen sich die Einführung und Erfassung geeigneter Messgrößen wie z.B. der Wiederempfehlungswahrscheinlichkeit. Dabei kommt es darauf an, wie einfach und kundenbezogen Serviceleistungen und Leistungsprozesse gestaltet sind und ob damit die Erwartungen der Kunden erfüllt werden.

Abb. 2 – Wichtigste Steuerungsgrößen für das Krankenversicherungsgeschäft



Anmerkung: Jedes der 16 Unternehmen konnte bis zu drei Steuerungsgrößen nennen, Einmalnennungen sind nicht in der Grafik dargestellt.

Ergänzend wurden die Studienteilnehmer gefragt, welche Rolle die europäischen Solvabilitätsanforderungen im Rahmen von Solvency II bei der Steuerung der Krankenversicherungsunternehmen spielen. Alle geben an, dass die Erfüllung dieser europäischen Richtlinie wichtig ist, sie jedoch ihr Geschäft nicht aktiv nach dieser Kennzahl steuern. Die veröffentlichten Solvency-II-Quoten zeigen letztlich auch, dass die Kapitalausstattung nach der EU-Vorgabe gut ist und kein unmittelbarer Handlungsbedarf besteht. Die privaten Krankenversicherer können langfristigen versicherungstechnischen Risiken durch die Anpassung der Rechnungsgrundlagen begegnen, sodass sich Solvency II in der Produktentwicklung weniger auswirkt.

Die Rechtsform eines privaten Krankenversicherers ist für die Wahl der Steuerungsgrößen für das Management irrelevant.

Solvency II ist eine wichtige Rahmenbedingung für die Steuerung der privaten Krankenversicherer, jedoch weniger ein aktives Steuerungsfeld.

Beitragsstabilität

Um das im Rahmen des Versicherungsvertrags gegebene Leistungsversprechen dauerhaft einhalten zu können, haben die privaten Krankenversicherer die Möglichkeit, ihre Beiträge entsprechend anzupassen, wenn die gestiegenen Leistungsausgaben nicht vorauszusehen waren. Kunden spüren dies in der Regel durch Beitragserhöhungen, nur selten kommt es zu Beitragsentlastungen. Bei der Anpassung der Beiträge wird im Bedarfsfall auch der Zins zur Berechnung der Altersrückstellungen neu festgelegt. Letztere werden bei der PKV gebildet, um Krankheitskosten im fortgeschnittenen Alter des Kunden zu decken. Durch die aktuell ausgeprägte Niedrigzinsphase wird dieser Berechnung ein niedrigerer Zinssatz zugrunde gelegt, was einen Anstieg der Beiträge zur Folge hat. Ein weiterer, wenngleich schwächerer Auslöser von Beitragsanpassungen ist eine Veränderung der Lebenserwartungen der Versicherten. Die privaten Krankenversicherer sind verpflichtet, Leistungshöhe und Lebenserwartungen regelmäßig zu überprüfen und ggf. Beitragsanpassungen vorzunehmen.[12]

Die privaten Krankenversicherer können nur indirekt auf eine Verstetigung der Beiträge hinwirken.

Tarifwechsel können zu einer ungünstigen Risikomischung und damit bei einigen Tarifen zu Beitragsbelastungen führen.

Im Rahmen der Studie wurden die Unternehmen gefragt, ob sie gezielt Maßnahmen ergreifen, um eine Verstetigung der Beiträge zu erwirken und sprunghafte Beitragsanpassungen abzuschwächen. Da die Notwendigkeit zu Beitragsanpassungen vor allem aus dem allgemeinen Preistrend im Gesundheitswesen folgt, können die privaten Krankenversicherer nur indirekt auf eine Verstetigung der Beiträge hinwirken. Dazu wird von einigen Unternehmen auf eine sorgfältige Risikoprüfung geachtet, ein Anreiz über Beitragsrückerstattungen gesetzt und systematisch nach Betrugsfällen gefahndet. Der Einsatz von Überschüssen zur Milderung von Beitragsanstiegen ist für alle verpflichtend, es zeigen sich jedoch Unterschiede in der Ausgestaltung und Regelbindung, die sich die Unternehmen selbst auferlegen.

Ein spezifisches Merkmal der privaten Krankenkostenvollversicherung ist die Möglichkeit des Tarifwechsels gemäß § 204, (1)–(4) VVG.[13, 14] Jeder privat Krankenversicherte hat damit das Recht, seinen aktuellen Tarif gegen einen anderen von seiner privaten Krankenversicherung angebotenen Tarif zu tauschen. Kommt es zu einer größeren Zahl von Wechslern, ist es möglich, dass es in der Risikostruktur der Tarife zu Verschiebungen kommt. Z.B. könnten sich die gesunden Kunden in einem bestimmten Tarif entscheiden, in einen anderen Tarif mit einem geringeren Leistungsspektrum und niedrigeren Beiträgen zu wechseln. Verbleiben dann im ursprünglichen Tarif vermehrt Versicherte mit höheren Gesundheitsrisiken und damit höheren Leistungsausgaben, kann dies zu Beitragserhöhungen in diesem Tarif führen.

Im Rahmen der Studie wurden die Studienteilnehmer gefragt, inwiefern sich das Tarifwechselrecht auf die Beitragsstabilität in ihrem Unternehmen auswirkt. Einzelne von ihnen sehen hier keinen Handlungsbedarf. Diese Krankenversicherer haben häufig eine schlanke Tariflandschaft mit wenigen angebotenen Tarifen und großen Kollektiven, d.h. Gruppen von ähnlichen Gesundheitsrisikotypen. In diesen Fällen sind Wechselbewegungen selten stark genug, um Beitragsanpassungen auszulösen. Anders ist die Situation bei einer fragmentierten Tarifstruktur mit vielen, zuweilen kleinen Beständen. Hier bestehen vielfältige Wechselmöglichkeiten und es ist möglich, dass Wechselbewegungen das Risikoprofil der Versichertenbestände verschieben. Etwa die Hälfte der befragten Unternehmen nimmt derartige Auswirkungen auf die Beitragsstabilität wahr.

Die Aussagen der Krankenversicherer belegen, dass die Ausgestaltung des Tarifwechselrechts problematische Anreize setzen kann und Nachteile für die nicht wechselnden Bestandskunden nicht ignoriert werden sollten. Dies ist gerade auch vor dem Hintergrund der Forderungen nach einer weiteren Flexibilisierung bei den unternehmensübergreifenden Wechselmöglichkeiten eine wichtige Erkenntnis.

Markt- und Wettbewerbsumfeld

Das Markt- und Wettbewerbsumfeld der privaten Krankenversicherer verändert sich kontinuierlich. Zur Einschätzung der sich wandelnden Rahmenbedingungen wurden folgende Aspekte mit den Interviewpartnern diskutiert:

- Welche Veränderungstreiber im Geschäftsumfeld der Krankenversicherer haben den größten Einfluss auf die Unternehmen in den nächsten fünf bis zehn Jahren? Und welche politischen Veränderungen werden erwartet?
- Welche Veränderungen zeichnen sich im Wettbewerbsumfeld der privaten Krankenversicherer ab?
- Welche Maßnahmen werden ergriffen, um die sich aus den Veränderungen ergebenden Chancen zu ergreifen bzw. Risiken einzudämmen?

Marktumfeld

Externe technologische und gesellschaftliche Entwicklungen lassen erwarten, dass sich das Gesundheitswesen in den nächsten Jahren stark verändern wird. Im Rahmen der Studie wurden einige ausgewählte Trends im Marktumfeld der Krankenversicherer näher beleuchtet:

- **Digitalisierung**
  Technologische Innovationen wie z.B. Sensoren, Data Analytics, künstliche Intelligenz (KI) oder verbesserte Datenspeicherkapazitäten bilden die Grundlage für neue Möglichkeiten im Gesundheitssystem. Der Einsatz von verbesserten und präziseren Behandlungsmethoden verändert die medizinische Versorgung. Digitale Gesundheitsangebote in Form von Apps, Fitness-Armbändern oder Online-Angeboten bieten Kunden zusätzliche Services. Sie decken ein großes Spektrum von Information und Kommunikation über Prävention, Therapie und Therapiebegleitung bis hin zu Organisation und Verwaltung ab. Technologieeinsatz zur Optimierung von Prozessen hat das Potenzial, eine effektivere und effizientere Ressourcenverteilung zu ermöglichen.

  Steigende Kundenerwartungen
  Durch personalisierte Empfehlungen, transparente Preise, 24/7-Verfügbarkeit oder individualisierte Produkte lernen Kunden aus verschiedenen Bereichen des alltäglichen Lebens einen neuen Standard bei Kundeninteraktion und Kundenservice kennen. Dieser verändert die Erwartungshaltung der Kunden auch an die Produkte und Services ihrer Krankenversicherung.

- **Medizinische Inflation**
  Steigende Leistungsausgaben zum einen aufgrund von Preissteigerungen im Gesundheitswesen in Höhe der normalen Inflation und zum anderen durch Kosten für neue Behandlungen und medizinische Geräte führen zu Beitragserhöhungen.

- **Gesundheitspolitische Maßnahmen**
  Verschiedene politische Maßnahmen betreffen das deutsche Gesundheitssystem und damit auch die verschiedenen Player wie Krankenversicherer, die in diesem Markt aktiv sind. Einige vorgeschlagene Maßnahmen, wie die Einführung eines Bürgerversicherungsmodells, können bei Durchsetzung das gesamte Geschäftsmodell der PKV infrage stellen.

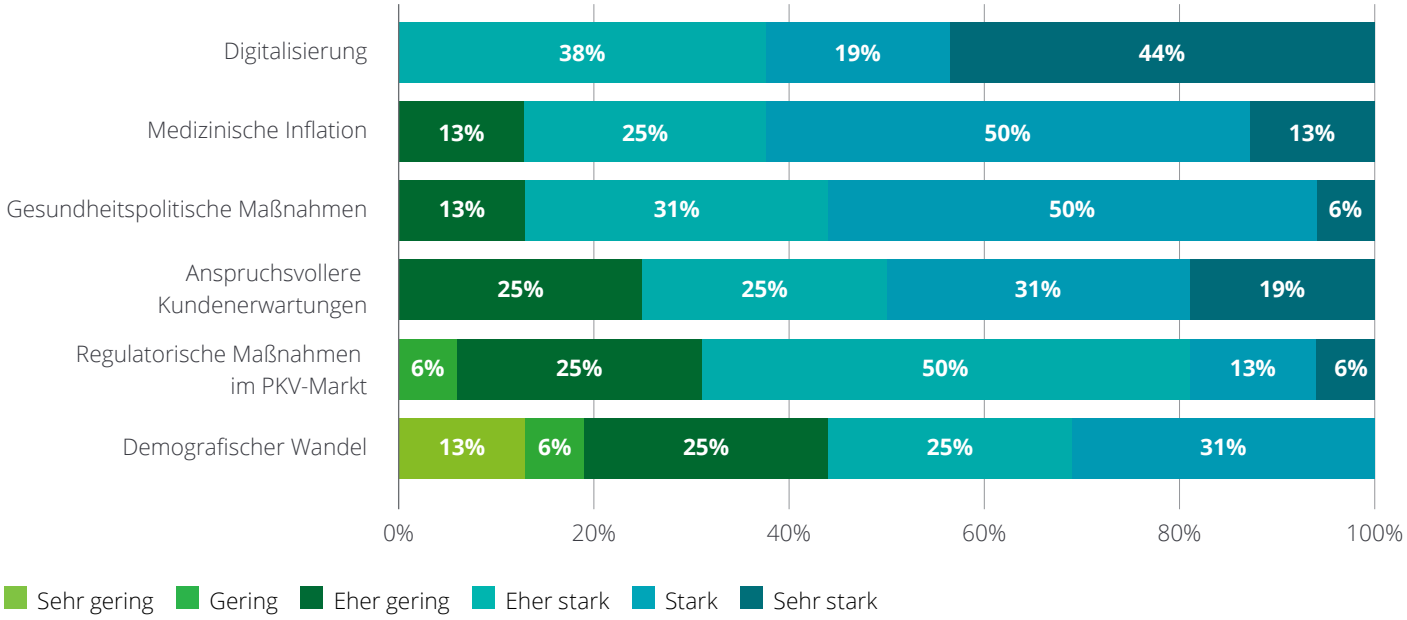
- **Regulatorische Maßnahmen im PKV-Markt**
  Die Versicherungswirtschaft, einschließlich der PKV, unterliegt einer umfassenden Regulierung, für deren Kontrolle die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen (BaFin) zuständig ist. Die Einhaltung der regulatorischen Anforderungen geht mit erheblichem Ressourcenaufwand seitens der Krankenversicherer einher.

- **Demografischer Wandel**
  Die deutsche Bevölkerung altert, da zum einen die Lebenserwartung steigt und gleichzeitig der Anteil der jungen Bevölkerung über die letzten Jahrzehnte kleiner geworden ist. Dies hat starke Auswirkungen auf die Altersstruktur der Versicherten.[15] Ältere Menschen haben zudem einen höheren medizinischen Versorgungsbedarf.[16] Diese Entwicklungen führen vor allem in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu Problemen, da dort im Rahmen des Umlageverfahrens die jüngeren Generationen die älteren finanzieren. Bei der privaten Krankenversicherung werden im Rahmen des Kapitaldeckungsverfahrens Rückstellungen basierend auf Annahmen zur Lebenserwartung gebildet, sodass die Versicherungsnehmer ihre Kosten selbst finanzieren. Die steigende Lebenserwartung trägt zwar auch in geringem Maße zu den Beitragsanpassungen der PKV bei, insgesamt ist das Kapitaldeckungsverfahren jedoch besser geeignet, die demografischen Veränderungen zu tragen.[17] Jedoch können auch die privaten Krankenversicherer nicht gleichgültig auf die Alterung der Bevölkerung schauen. Die schrumpfende Zahl der in den Arbeitsmarkt eintretenden Personen bietet weniger Möglichkeiten für das Neugeschäft und die Problematik des fehlenden Personals im Gesundheitswesen trifft GKV und PKV in gleichem Maße.

Digitalisierung ist der wichtigste Veränderungstreiber für die privaten Krankenversicherer.

Die Krankenversicherer bewerteten den Einfluss dieser Veränderungstreiber im Marktumfeld in den nächsten fünf bis zehn Jahren auf ihr Unternehmen:

Abb. 3 – Bedeutung von verschiedenen Veränderungstreibern im Marktumfeld in den nächsten fünf bis zehn Jahren für die befragten PKV-Unternehmen



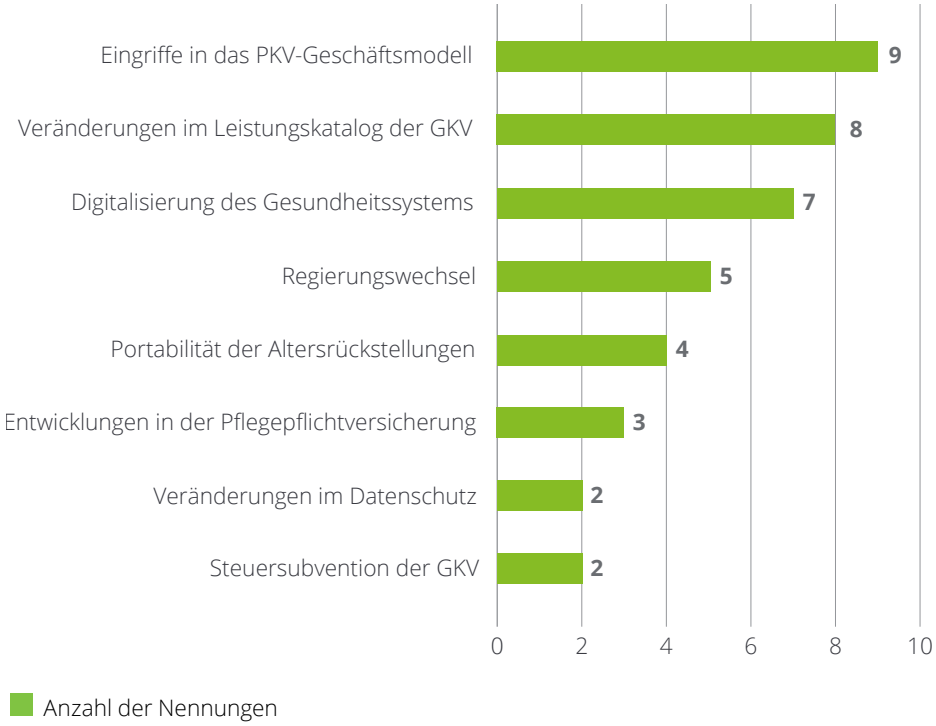
Anmerkung: Aufgrund der Rundung der Ergebnisse kann die Gesamtsumme von 100 Prozent abweichen.

Die Digitalisierung ist der wichtigste Veränderungstreiber im Marktumfeld (100% Zustimmung). Dieses Ergebnis verdeutlicht die hohe Relevanz des anhaltenden Digitalisierungstrends für den PKV-Markt. Demnach ist in diesem Bereich konsequentes Handeln von den Krankenversicherern gefragt, um ihre Zukunftsfähigkeit sicherzustellen. Medizinische Inflation und gesundheitspolitische Maßnahmen werden mit je ca. 87 Prozent Zustimmung am zweithäufigsten genannt. Sowohl die gesundheitspolitischen als auch die regulatorischen Maßnahmen im PKV-Markt (69% Zustimmung) sind stark davon abhängig, welche Ausrichtung die Gesundheitspolitik verfolgt und ob gesundheitspolitische Konzepte umgesetzt werden. Eine konkrete Vorbereitung, um Chancen zu ergreifen oder Risiken zu begrenzen, ist aufgrund der Ungewissheit darüber, welche Regierung in fünf bis zehn Jahren amtiert, nur schwerlich möglich. Bezogen auf die sich ändernden, anspruchsvoller werdenden Kundenerwartungen (75% Zustimmung) wird von mehreren Unternehmen der Wunsch der Kunden nach schneller Erstattung hervorgehoben. Der demografische Wandel (56% Zustimmung) hat einen größeren Einfluss, wenn der Bestand der Krankenversicherer älter ist. Als weitere Trends nennen die Unternehmen noch die andauernde Niedrigzinsphase, Entwicklungen im GKV-Markt und deren Einfluss auf den PKV-Markt sowie den medizinischen Fortschritt wie z.B. den Einsatz von Robotern in der Gesundheitsversorgung oder die Genforschung.

Politische Veränderungen können große Auswirkungen für die privaten Krankenversicherer haben und sind mit hoher Unsicherheit verbunden.

Der Großteil der befragten Unternehmen erwartet starke Auswirkungen der politischen Veränderungen auf das Tätigkeitsfeld der PKV. Eingriffe der Regierung in das PKV-Geschäftsmodell, Veränderungen im GKV-Leistungskatalog und die Digitalisierung des Gesundheitssystems sind die politischen Veränderungen, die in den nächsten Jahren die bedeutsamsten Auswirkungen auf das PKV-Geschäft haben werden.

Abb. 4 – Politische Veränderungen mit den bedeutsamsten Auswirkungen auf das PKV-Geschäft



Anmerkung: Jedes der 16 Unternehmen konnte bis zu drei Veränderungen nennen, Einmalnennungen sind nicht in der Grafik dargestellt.

Mögliche **Eingriffe der Regierung in das PKV-Geschäftsmodell** sind die Einführung einer Bürgerversicherung oder die Ausweitung des sogenannten „Hamburger Modells". Das Konzept der Bürgerversicherung bezieht sich auf die Abschaffung des dualen Systems und die Einführung einer einheitlichen Grundversorgung, die durch Zusatzversicherungen ergänzt werden kann.[18] Das Hamburger Modell ergänzt die beamtenrechtliche Beihilfe um die Option, anstelle eines individuellen Erstattungsanspruches eine pauschale Zahlung zu wählen, die im Ergebnis einer hälftigen Aufteilung des Beitrages entspricht. Diese bundesweit erstmalig 2018 eingeführte Änderung der Beihilferegeln für die Hansestadt Hamburg ist vor allem für Beamte interessant, die in der GKV versichert bleiben möchten.[19] Weitere Bundesländer haben die Regelung bereits übernommen. Damit wird der für die PKV zuverlässigsten Kundengruppe eine Alternative zur privaten Absicherung geboten.

Bezüglich der **Veränderungen im GKV-Leistungskatalog** erwarten zwei Unternehmen eher Leistungskürzungen und ein Krankenversicherer Leistungsausweitungen. Die restlichen Studienteilnehmer treffen keine Aussage hinsichtlich der Richtung. Leistungskürzungen in der GKV bedeuten für die privaten Krankenversicherer neue Chancen im Bereich Zusatzversicherung. Ein Beispiel aus der Vergangenheit ist die Einführung der Zahnzusatzversicherungen nach der Kürzung der gesetzlichen Zahnleistungen im Rahmen der Gesundheitsreform 2005.[20] Es ist noch unklar, ob bei einem Eingriff der Politik in das Geschäftsmodell z.B. in Richtung einer Bürgerversicherung weitere Leistungen aus dem GKV-Katalog herausfallen.

Mit der **„E-Health-Initiative"** hat sich die deutsche Bundesregierung zum Ziel gesetzt, die sich durch die Digitalisierung ergebenden Chancen zu nutzen und eine bessere Gesundheitsversorgung bereitzustellen. Zu den Hauptaktivitäten der Initiative gehört neben dem Ausbau der Telematikinfrastruktur der Erlass von verschiedenen Gesetzen zur Regelung des Einsatzes von digitalen Angeboten im Interesse der Bürger.[21] Die Gesetzgebung zielt dabei in erster Linie auf die gesetzliche Krankenversicherung. Die private Krankenversicherung orientiert sich bei der Umsetzung von Digitalisierungsangeboten an rechtlichen Rahmenbedingungen und übernimmt in einigen Bereichen eine Vorreiterfunktion z.B. beim Angebot von Therapie-(Unterstützungs-)Apps oder Telemedizin. Seit Anfang 2020 ist der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) Gesellschafter der mit dem Ausbau der Telematik-Infrastruktur beauftragten gematik GmbH[22, 23].

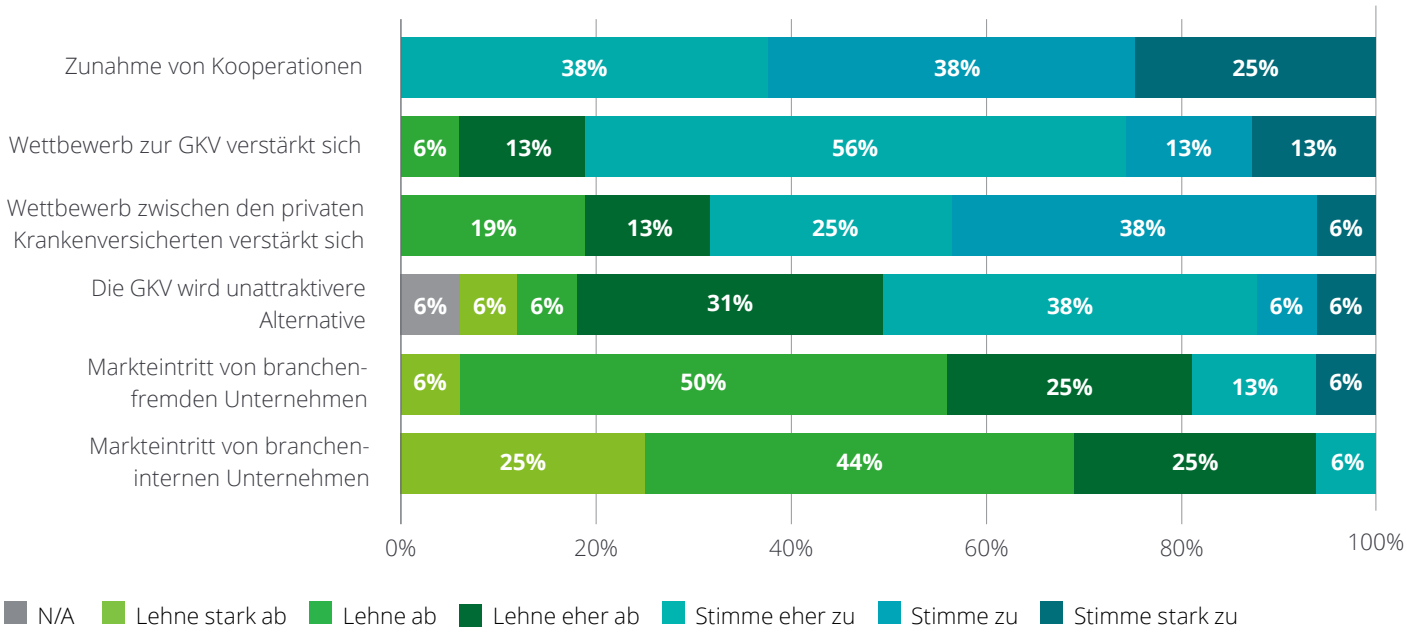
Wettbewerbsumfeld

Auf die Frage nach den erwarteten Veränderungen im Wettbewerb geben die Unternehmen an, dass Kooperationen wichtiger werden (100% Zustimmung). Solche sind mit verschiedenen Akteuren im Wettbewerbsumfeld vorstellbar wie z.B. Start-ups, deren Geschäftsmodell auf die Versicherungsindustrie ausgerichtet ist (sogenannten InsurTechs), Vertriebspartnern, Technologieanbietern, Gesundheitsdienstleistern oder anderen privaten Krankenversicherern. Eine Herausforderung ist dabei die Auswahl der richtigen Kooperationspartner. Dies ist umso wichtiger, wenn sie als Bindeglied zwischen Krankenversicherungsunternehmen und Kunden agieren und damit das Kundenerlebnis beeinflussen. Für die Krankenversicherer hat die Einhaltung des Datenschutzes oberste Priorität, insbesondere beim Austausch von sensiblen Daten zwischen Krankenversicherer, Versicherungsnehmer und Kooperationspartner. Eine Verfehlung der Datenschutzanforderungen kann zu Vertrauens- und Reputationsverlusten des Versicherers führen. Hat ein Krankenversicherungsunternehmen den richtigen Kooperationspartner gefunden, lassen sich Wettbewerbsvorteile z.B. bei der Kundenansprache, beim Vertrieb, beim Produkt- und Serviceangebot erzielen.

Die privaten Krankenversicherer erwarten, dass sich der Wettbewerb zur GKV und zwischen den privaten Krankenversicherern verstärken wird.

Der Großteil der Krankenversicherer erwartet, dass sich sowohl der Wettbewerb zur GKV (82% Zustimmung) als auch der Wettbewerb zwischen den privaten Krankenversicherern (69% Zustimmung) verstärken wird. Zu der Frage, ob die GKV dabei als Alternative unattraktiver wird, gibt es keine einheitliche Meinung unter den Studienteilnehmern (50% Zustimmung, 44% Ablehnung, 6% Enthaltung). Sowohl der Markteintritt von branchenfremden als auch weiteren brancheninternen Unternehmen wird in Bezug auf die Krankenkostenvollversicherung vom Großteil als unwahrscheinlich eingeschätzt. Im Zusatzversicherungsbereich hingegen ist ein Markteintritt weniger reguliert. Insgesamt stellen neue Player weniger als neue Risikoträger, sondern vielmehr bei der Bedienung der Kundenschnittstelle eine Herausforderung für die Krankenversicherer dar.

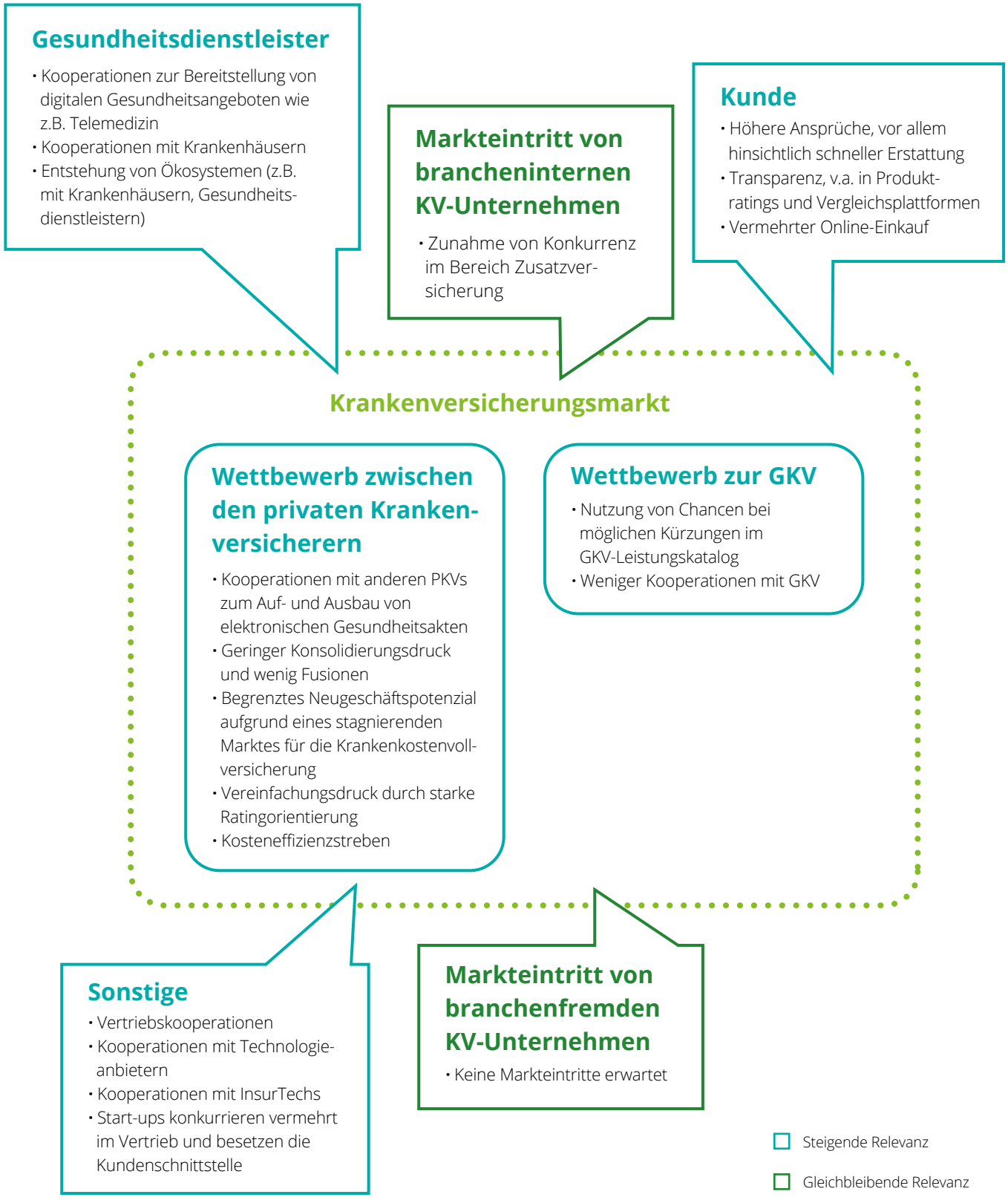
Abb. 5 – Erwartete Veränderungen im Wettbewerbsumfeld



Anmerkung: Aufgrund der Rundung der Ergebnisse kann die Gesamtsumme von 100 Prozent abweichen.

Kooperationen sind und bleiben auch in Zukunft ein wichtiges Thema für die privaten Krankenversicherer.

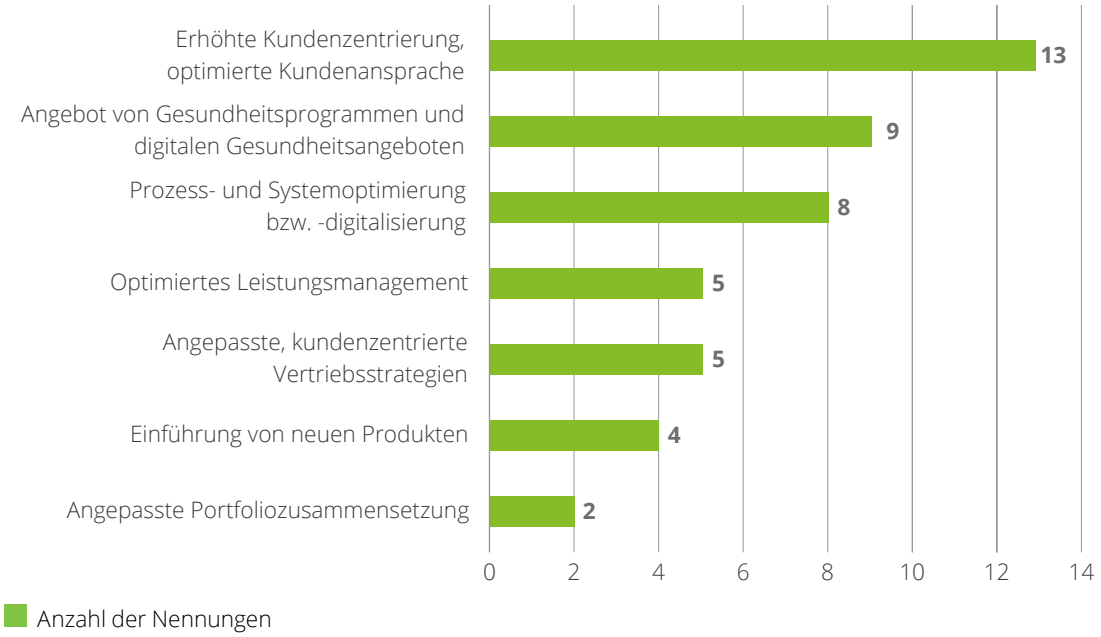
Abb. 6 – Interaktion mit dem Wettbewerbsumfeld



Handlungsoptionen für Krankenversicherer

Die Unternehmen ergreifen verschiedene Maßnahmen, um auf die Veränderungstreiber im Markt- und Wettbewerbsumfeld zu reagieren.

Abb. 7 – Maßnahmen, um auf die Veränderungen im Markt- und Wettbewerbsumfeld zu reagieren



Anmerkung: Jedes der 16 Unternehmen konnte bis zu drei Maßnahmen nennen, Einmalnennungen sind nicht in der Grafik dargestellt.

Der Großteil der privaten Krankenversicherer setzt auf eine erhöhte Kundenzentrierung und optimierte Kundenansprache.

Erhöhte Kundenzentrierung und optimierte Kundenansprache durch digitale Kundenkommunikation, digitale Produkte oder E-Portale werden insgesamt 13 Mal von den Unternehmen genannt. Derartige Maßnahmen adressieren gleichzeitig verschiedene Aspekte des sich ändernden Marktumfeldes. Ziel ist, den Kunden stärker in das Zentrum des Handelns zu stellen. Kundenkontaktpunkte sollen regelmäßiger werden und den Erwartungen der Kunden an Erreichbarkeit und Mediennutzung entsprechen. Der Einsatz von digitalen Anwendungen, wie z.B. Apps oder E-Portalen zur Selbstverwaltung von Dokumenten, kann dazu beitragen, die Kundenzentrierung zu steigern. Entsprechende Maßnahmen bieten Möglichkeiten, sich sowohl innerhalb des PKV-Marktes abzugrenzen als auch von der GKV abzuheben. Einige Unternehmen setzen bei kundenzentrierten Maßnahmen auf Kooperationspartner.

Das **Angebot von Gesundheitsprogrammen und digitalen Gesundheitsangeboten** wird insgesamt neun Mal von den Unternehmen genannt und nimmt ebenfalls auf mehrere Aspekte des sich wandelnden Marktumfeldes Bezug. Kundenerwartungen bezogen auf die Gesundheitsversorgung können erfüllt werden und beim Angebot von digitalen Lösungen werden Möglichkeiten genutzt, die im Rahmen von gesundheitspolitischen Maßnahmen wie der "E-Health-Initiative"[24] geschaffen werden. Über ein auf die Kunden ausgerichtetes Angebot an Gesundheitslösungen können sich Krankenversicherer zudem im Wettbewerb differenzieren.

Prozess- und Systemoptimierung bzw. -digitalisierung wird acht Mal von den befragten Krankenversicherern genannt. Derartige Maßnahmen machen Prozesse effizienter und helfen, Kosten zu reduzieren. Dies kann dabei unterstützen, den allgemeinen Trend zu steigenden Gesundheitskosten abzuschwächen. Investitionen in kundenorientierte Prozesse können die Kundenerwartungen, z.B. hinsichtlich schneller Erstattung oder digitaler Services, befriedigen.

Optimiertes Leistungsmanagement wird insgesamt fünf Mal von den Unternehmen genannt. Ein positives Erlebnis bei der Leistungsabrechnung zahlt auf die Kundenzufriedenheit ein. Durch den Einsatz von Technologien zur Prozessautomatisierung oder Betrugserkennung können Effizienz und Effektivität gesteigert werden.

Angepasste, kundenzentrierte Vertriebsstrategien werden ebenfalls fünf Mal genannt. Diese haben zum Ziel, besser auf die aktuellen Kundenerwartungen einzugehen. Technologieeinsatz zum Ausbau von digitalen Kanälen, eine Vermeidung von Medienbrüchen und die Verbesserung des Kundenmanagements können die Kundenzentrierung erhöhen sowie Transport- und Informationskosten verringern. Über angepasste Vertriebsstrategien können sich Unternehmen zudem gegenüber Wettbewerbern und der GKV positionieren. Einige Unternehmen geben an, dass Bestandteile ihrer Vertriebsansätze gezielte Vertriebskooperationen sind.

Die **Einführung von neuen Produkten** wie der betrieblichen Krankenversicherung, Zusatzversicherungen oder Pflegezusatzofferten wird vier Mal von den Krankenversicherern genannt. Diese vergleichsweise neuen Produkte decken Versicherungslücken der Kunden und bieten eine weitere Differenzierungsmöglichkeit innerhalb des privaten Krankenversicherungsmarktes.

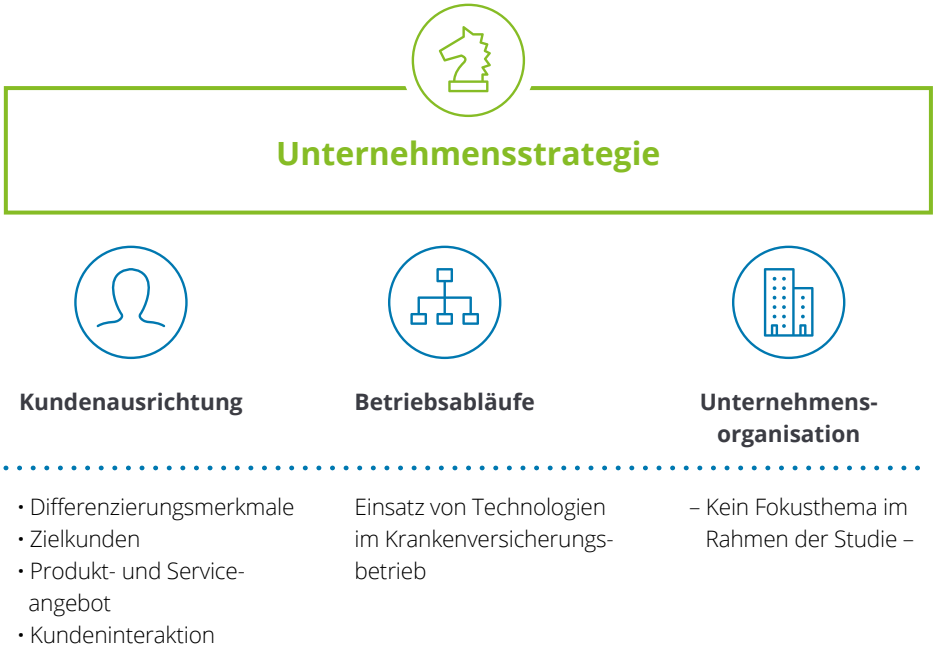
Eine ausgewogene **Portfoliozusammensetzung** zwischen Krankenkostenvollversicherung und Zusatzversicherung wird von den Unternehmen zwei Mal genannt. Die Stärkung der Zusatzversicherung kann eine Möglichkeit sein, die negativen Auswirkungen regulatorischer Eingriffe einzudämmen. Dies würde auch bei der Einführung einer Bürgerversicherung greifen. Durch ein umfangreiches Zusatzgeschäft ist ein privates Krankenversicherungsunternehmen weniger stark von der Krankenkostenvollversicherung abhängig. Allerdings ist dies kein genereller Trend, denn tatsächlich sind die Beitragsvolumina einzelner Verträge in der Krankenkostenvollversicherung und der Zusatzversicherung sehr unterschiedlich. Es bedürfte erheblicher Stückzahlen im Zusatzversorgungsbereich, um das Vollversicherungsgeschäft substanziell zu ersetzen. Um das Zusatzversicherungsgeschäft auszubauen, setzen einige Krankenversicherer auf Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen.

PKV der Zukunft

Jedes PKV-Unternehmen startet von einem individuellen Ausgangspunkt und verfolgt einen eigenen Weg in die Zukunft. In der Studie werden daher die Themenbereiche Digitalisierung im Rahmen der Gesamtstrategie, zukünftige Kundenausrichtung und Gestaltung von Prozessen und Systemen näher beleuchtet. Die Unternehmensorganisation als weitere Komponente der Unternehmensstrategie ist nicht Thema dieser Studie. Folgende Fragestellungen wurden in den Interviews diskutiert:

- Wie wichtig ist das Thema Digitalisierung für die zukünftige Ausrichtung der Krankenversicherer?
- Wie sieht die zukünftige Kundenausrichtung hinsichtlich Zielkundengruppen, Produkten, Services und Kundeninteraktion aus und welche Herausforderungen gilt es dabei zu meistern?
- Wie werden zukünftig die Prozesse und Systeme gestaltet?

Abb. 8 – Komponenten der Unternehmensstrategie



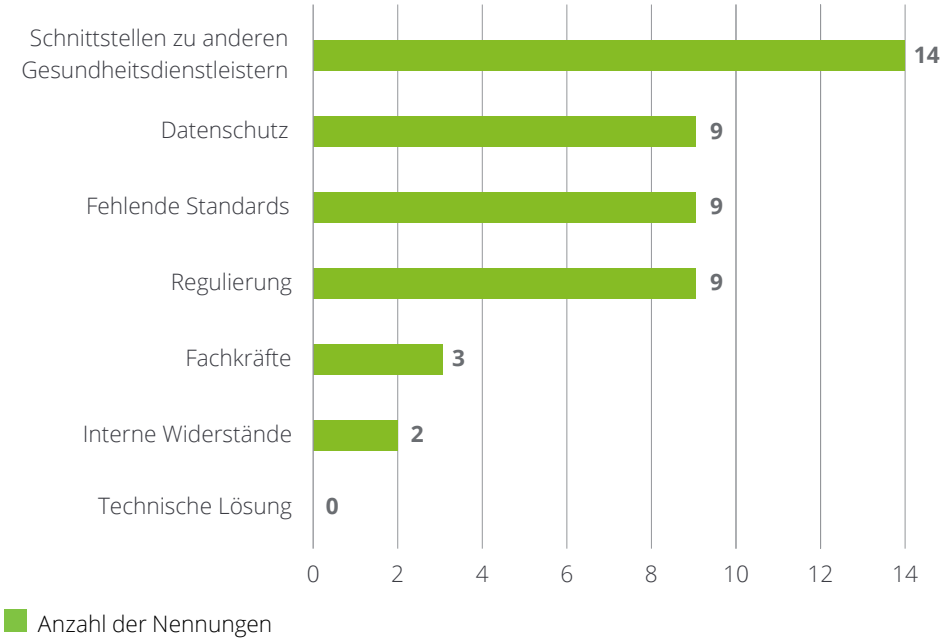
Strategie

Auf die Frage, wo die Krankenversicherer aktuell beim Thema Digitalisierung stehen, geben 19 Prozent an, dass derzeit eine entsprechende Strategie erarbeitet wird. Bei den restlichen 81 Prozent befindet sich eine solche bereits in der Umsetzung. Der Großteil davon hat wiederum erste erfolgreiche Maßnahmen implementiert. Die Unternehmen haben unterschiedlich früh die strategische Bedeutung der Digitalisierung erkannt. Erste Krankenversicherer haben bereits 2010 ein erstes Strategiekonzept erarbeitet und entwickeln es seitdem fortlaufend weiter.

Die Digitalisierung hat für alle privaten Krankenversicherer strategische Bedeutung.

Schnittstellen zu anderen Gesundheitsdienstleistern stellen für die Unternehmen die größte Herausforderung im Rahmen der Digitalisierung dar. Der private Krankenversicherungsmarkt ist im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung sehr klein und hat dadurch eine geringe Marktmacht im Hinblick auf die Vernetzung von Gesundheitsdienstleistern. Die Unternehmen agieren häufig unabhängig voneinander und entwickeln ihre eigenen Services und Schnittstellen, die nicht unbedingt kompatibel mit denen anderer Gesundheitsdienstleister sind. Zusätzliche Komplexität bezüglich der Schnittstellen existiert im Beihilfebereich bei der Vernetzung mit den verschiedenen Beihilfestellen. Weitere große Hürden sind Datenschutz, fehlende Standards und Regulierung.

Abb. 9 – Hürden für die Digitalisierung im Gesundheitswesen



Anmerkung: Jedes der 16 Unternehmen konnte bis zu drei der vorgegebenen Hürden auswählen.

Fachkräftemangel wird von den Unternehmen weniger als Hürde für die Digitalisierung genannt. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass die fehlende Expertise durch Kooperationen und die Nutzung von externen Ressourcen überbrückt wird. Interne Widerstände gegen die Digitalisierung stellen bei dem Großteil der Krankenversicherer ebenfalls keine Hürde dar, auch die technische Umsetzung wird nicht als besonders problematisch gesehen.

Die größte Hürde für die Digitalisierung sind Schnittstellen zu anderen Gesundheitsdienstleistern.

Kundenausrichtung

Differenzierungsmerkmale

Der PKV-Markt verfügt über eine relativ hohe Konzentration auf einige große private Krankenversicherer. Der Marktanteil der drei größten entspricht ca. 36 Prozent.[25] Die zehn größten privaten Krankenversicherungsunternehmen decken zusammen mit 72 Prozent schon fast drei Viertel des Marktes ab.[26] Um sich erfolgreich gegenüber Neukunden von der Konkurrenz abzugrenzen, verfügen Unternehmen grundsätzlich über zwei mögliche Positionierungsstrategien:

- **Qualitätsführerschaft** – Differenzierung durch besondere Produkt- und Servicequalität
- **Kosten-/Preisführerschaft** – Differenzierung über effiziente Prozesse und niedrigere Kostenstrukturen, um attraktive Preise anzubieten

Im Rahmen der Studie wurden die Krankenversicherer gefragt, über welche Merkmale sie sich für Neukunden gegenüber dem Wettbewerb differenzieren wollen (Mehrfachnennungen möglich).

Die privaten Krankenversicherer wollen sich vor allem über Kundenservice und stabile Beiträge differenzieren.

Qualitätsführerschaft

In der Studie abgefragte Faktoren, die auf eine Qualitätsführerschaft hinweisen, waren: Kundenservice, Beitragsstabilität, Produktmerkmale und angebotene Leistungen.

81 Prozent der Studienteilnehmer beabsichtigen, sich durch ihren Kundenservice vom Wettbewerb abzuheben. Der Großteil der privaten Krankenversicherer sieht sich zukünftig als Gesundheitsdienstleister und weniger als reiner Kostenerstatter. Die Serviceausrichtung bedient den generellen Trend der sich verändernden anspruchsvoller werdenden Kundenerwartungen. Die Unternehmen geben an, dass sie ihre Kunden verstärkt in das Zentrum ihres Handelns stellen und als Dienstleister rund um das Thema Gesundheit und Gesundheitsversorgung fungieren wollen. Beitragsstabilität ist für die Wahrnehmung im Markt sehr wichtig. Beitragssteigerungen werden von den Medien negativ aufgegriffen, führen zu unzufriedenen Bestandskunden und können abschreckend auf potenzielle Neukunden wirken. 81 Prozent der Krankenversicherer legen daher ihren Fokus auf stabile Beiträge. 63 Prozent möchten über spezifische Produktmerkmale und 50 Prozent über die angebotenen Leistungen wahrgenommen werden.

Der Preis ist nur für ein Viertel der Unternehmen ein Differenzierungsmerkmal.

Kosten-/Preisführerschaft

25 Prozent der Studienteilnehmer sehen ihn als Differenzierungsmerkmal für ihr Unternehmen. Bei der Auswertung fällt auf, dass einige davon sich nicht ausschließlich über den Preis, sondern auch über weitere Qualitätsfaktoren wie Kundenservice, Leistungen oder Produktmerkmale differenzieren möchten. Diese Krankenversicherer scheinen eine hybride Differenzierungsstrategie zu verfolgen, die zum Ziel hat, bestimmte Qualitätsstandards zu attraktiven Preisen anzubieten.

Weitere Differenzierungsfaktoren

50 Prozent der Unternehmen geben an, neue Technologien einsetzen oder gar entwickeln zu wollen, um sich vom Wettbewerb abzuheben. Digitale Prozesse können zu einem effektiveren und effizienteren Ressourceneinsatz beitragen. Die daraus resultierenden Kosteneinsparungen können in Form von Rückerstattungen oder als Limitierungsmittel bei Beitragsanpassungen genutzt werden und kommen so den Kunden zugute. Technologieeinsatz ist daher sowohl unter Qualitäts- als auch unter Kosten-/Preisführergesichtspunkten sinnvoll. Insbesondere für kleinere Unternehmen kann es allerdings ratsam sein, zunächst abzuwarten und den Markt zu beobachten, um dann bereits erfolgreich am Markt etablierte Technologien mit einem hohen Reifegrad in das eigene Geschäft zu implementieren oder durch strategische Partnerschaften an neuen Technologien zu partizipieren.

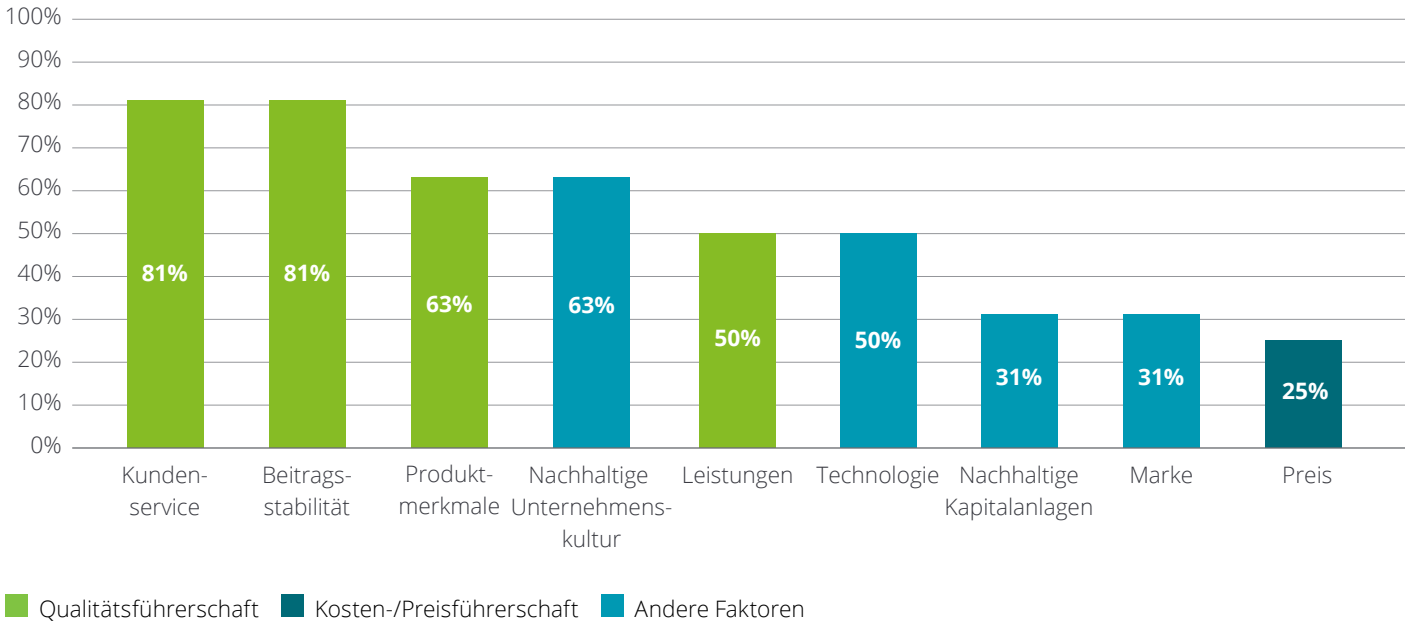
Nachhaltigkeit als Differenzierungsfaktor wird auch für die privaten Krankenversicherer wichtiger. Das Thema rückt immer stärker in den Fokus der Gesellschaft. Die Unternehmen sind bei der Frage nach der Differenzierung über nachhaltige Kapitalanlagen jedoch noch zurückhaltend. 31 Prozent möchten sich mit dem Einsatz nachhaltiger Kapitalanlagen differenzieren. Einige Unternehmen geben zu bedenken, dass Nachhaltigkeitskriterien in der Kapitalanlage weniger Einfluss auf die Wahrnehmung ihres Unternehmens haben, da den Kunden oftmals diese Dimension der Geschäftstätigkeit nicht bewusst sei. Private Krankenversicherer würden kaum als institutionelle Investoren wahrgenommen und könnten sich deswegen auch nur schwer über die Kapitalanlage differenzieren. Um das Bewusstsein der Kunden für die nachhaltige Kapitalanlagestrategie zu schärfen, seien eine umfassende

Aufklärung und eine gezielte Schulung der Vertriebspartner notwendig. Eine nachhaltige Unternehmenskultur wird häufiger als Differenzierungskriterium genannt. 63 Prozent der Studienteilnehmer möchten sich darüber differenzieren. Transparenz und Authentizität sind dabei wichtige Faktoren einer erfolgreichen Nachhaltigkeitsstrategie. Zu den von den Unternehmen verfolgten Maßnahmen gehört die Veröffentlichung von Nachhaltigkeitsberichten, die teilweise häufiger nachgefragt wurden als die Geschäftsberichte. Wenn der Nachhaltigkeitsgedanke in der Gesellschaft weiter an Aufmerksamkeit gewinnt, könnte der Aspekt zukünftig vor allem bei der Gewinnung von jungen Kunden wichtiger werden und eine Differenzierung in Richtung Nachhaltigkeit interessant machen.

Über ihre Marke möchten sich 31 Prozent der Unternehmen differenzieren.

Beim Differenzierungsfaktor Nachhaltigkeit gehen die Meinungen der privaten Krankenversicherer auseinander.

Abb. 10 – Differenzierungsmerkmale für das Neugeschäft



Anmerkung: Prozentzahlen reflektieren die Anzahl derjenigen Unternehmen, die bei den jeweiligen Merkmalen basierend auf sechsstufigen Skalen entweder zugestimmt oder stark zugestimmt haben. Die Ergebnisse sind gerundet.

Zielgruppen

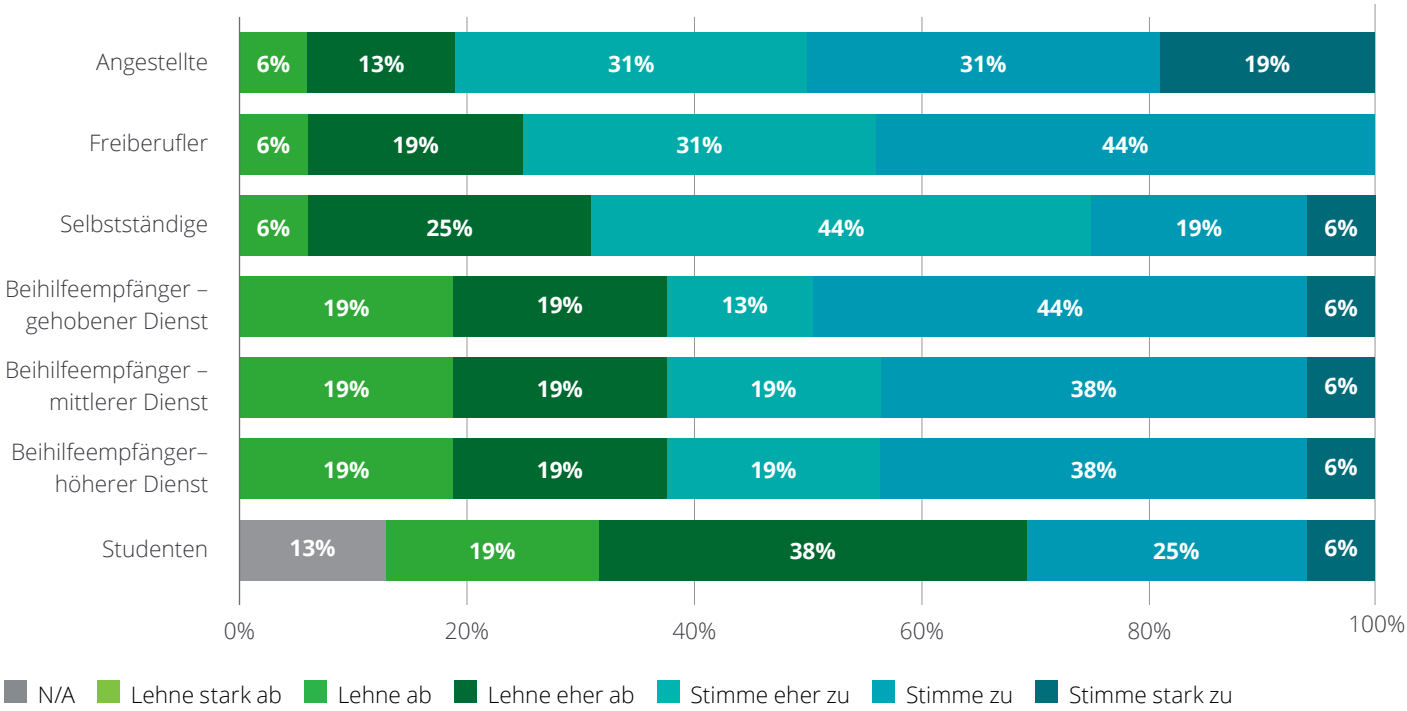
Wenn deutsche Staatsangehörige bzw. dauerhaft in Deutschland lebende Personen bestimmte Kriterien erfüllen, gelten sie als versicherungsfrei und können den verpflichtenden Krankenversicherungsschutz statt über die GKV über eine private Krankenversicherung erfüllen. Dazu gehören Beihilfeempfänger, d.h. Beamte und Richter, Selbstständige und Freiberufler sowie Arbeitnehmer, deren Einkommen oberhalb der gesetzlich festgelegten Versicherungspflichtgrenze liegt.[27]

Die Unternehmen wurden gefragt, bei welchen Kundengruppen sie in der Zukunft überdurchschnittliches Wachstum in der Krankenkostenvollversicherung erzielen wollen.

Der Großteil der privaten Krankenversicherer strebt in fast allen Kundensegmenten ein überdurchschnittliches Wachstum an. Die Kundengruppen der Angestellten, Freiberufler und Selbstständigen haben das größte Wachstumspotenzial.

Die Kundengruppen Angestellte und Freiberufler werden von den Krankenversicherern als die größten Wachstumsfelder gesehen. 81 Prozent der Unternehmen möchten bei den Angestellten und 75 Prozent bei den Freiberuflern zukünftig ein überdurchschnittliches Wachstum erzielen. Auch bei den Selbstständigen streben 69 Prozent ein überdurchschnittliches Wachstum an. Beamte sind die größte Kundengruppe der PKV. Durch ihre Gruppengröße bilden die Beihilfeempfänger diejenige Kundengruppe, in der das größte Neugeschäft zu verzeichnen ist. Hier möchten die Unternehmen auch weiterhin präsent sein und aktiv wachsen (63% Zustimmung bei allen Dienstgraden). Die Kundengruppe der Studenten ist für die Mehrheit weniger attraktiv (31% Zustimmung).

Abb. 11 – Kundengruppen, bei denen in der Krankenkostenvollversicherung ein überdurchschnittliches Wachstum erzielt werden soll



Anmerkung: Aufgrund der Rundung der Ergebnisse kann die Gesamtsumme von 100 Prozent abweichen.

Produkte

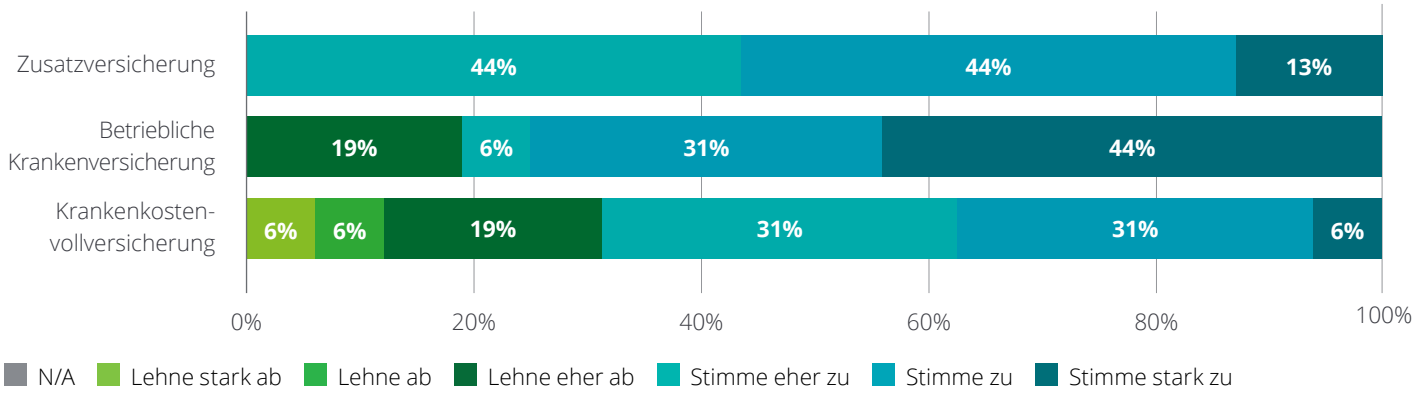
Krankenversicherung

Private Krankenversicherer bieten unterschiedliche Produkte zur Abdeckung von Gesundheitsleistungen an.

Folgende Krankenversicherungsprodukte existieren am Markt[28]:

- **Krankenkostenvollversicherung:** Sie ist das Kerngeschäft der privaten Krankenversicherer und bietet die gleichen Grundleistungen wie die GKV. Je nach gewähltem Tarif können die Grundleistungen durch weitere Zusatzleistungen und -services erweitert werden.
- **Krankenzusatzversicherung:** Die Krankenzusatzversicherung richtet sich primär an gesetzlich Versicherte. Sie können ihren gesetzlichen Versicherungsschutz durch Zusatzversicherungen um Leistungen erweitern, die die GKV-Deckung überschreiten. Dazu gehören z.B. Zahnersatz, Sehhilfen, Krankentagegeld, Einzelzimmer oder Chefarztbehandlung. Je nach individuellen Bedürfnissen kann die gesetzliche Grundversicherung mit ambulanten und/oder stationären Zusatzleistungen ergänzt werden.
- **Betriebliche Krankenversicherung (bKV):** Arbeitgeber schließen für ihre Angestellten einen Gruppenvertrag mit einer privaten Krankenversicherung ab, wodurch die Versicherten Zugang zu privaten Zusatzleistungen wie z.B. Zahnersatz, Krankenhauskomfort oder Vorsorgeuntersuchungen erhalten. Durch die Bildung großer Kollektive können auch Personen zu attraktiven Prämien versichert werden, die bei einer individuellen Risikoprüfung eventuell hohe Risikozuschläge zu erwarten hätten.

Abb. 12 – Einschätzungen des Wachstumspotenzials in den unterschiedlichen Krankenversicherungsprodukten



Anmerkung: Aufgrund der Rundung der Ergebnisse kann die Gesamtsumme von 100 Prozent abweichen.

Das größte Wachstumspotenzial sehen die privaten Krankenversicherer bei Zusatzversicherungsprodukten. Betriebliche Krankenversicherung und Krankenkostenvollversicherung bleiben Wachstumsfelder.

Das größte Wachstumspotenzial sehen alle Unternehmen im Bereich Krankenzusatzversicherung (100% Zustimmung). Auch in der klassischen Krankenkostenvollversicherung und der betrieblichen Krankenversicherung sieht ein Großteil der Unternehmen Wachstumspotenzial (81% Zustimmung bei der betrieblichen Krankenversicherung, 68% Zustimmung bei der Krankenkostenvollversicherung). Einige der Studienteilnehmer geben an, dass sie erst im letzten Jahr entsprechende bKV-Produkte auf den Markt gebracht haben bzw. planen, dies in absehbarer Zeit zu tun. Arbeitgebern bietet sich die Möglichkeit, durch das Angebot von Zusatzleistungen und -services für aktuelle und potenzielle Arbeitnehmer attraktiver zu werden.

Pflegeversicherung

Neben der Krankenkostenvollversicherung und den Zusatzversicherungen zur Ergänzung des GKV-Schutzes bieten die Krankenversicherer verschiedene Produkte zur Absicherung des Pflegerisikos an.

Versicherte, die in Deutschland gesetzlich oder privat krankenversichert sind, sind automatisch bei ihrer Krankenversicherung pflegepflichtversichert. Die Leistungen im Rahmen der Pflegepflichtversicherung sind in der gesetzlichen und in der privaten Version identisch. Allerdings wird nur ein Teil der Pflegekosten von der Pflegepflichtversicherung gedeckt. Darüber hinausgehende Kosten müssen von dem Pflegebedürftigen, seinen Angehörigen oder dem Staat getragen werden. Um dieser potenziellen finanziellen Bürde entgegenzuwirken, bietet sich der Abschluss einer Pflegezusatzversicherung an.[29]

Folgende Pflegezusatzprodukte existieren bereits am Markt[30]:

- **Pflegetagegeldversicherung:** Pflegebedürftige erhalten beim Eintritt des Pflegefalls ein Tagegeld, über das sie frei verfügen können.
- **Geförderte Pflegezusatzversicherung** in der aktuellen Ausgestaltung „Pflege-Bahr“: Beim Abschluss einer derartigen Versicherung erhalten die Kunden einen staatlichen monatlichen Zuschuss. Bei Eintritt des Pflegefalls erhält der Pflegebedürftige einen monatlichen Betrag, dessen Minimum gesetzlich festgelegt ist.
- **Pflegekostenversicherung:** Pflegebedürftige erhalten eine Erstattung ihrer entstandenen Pflegekosten innerhalb eines festgelegten Rahmens.
- **Betriebliche Pflegeversicherung:** Arbeitnehmer und in manchen Fällen auch ihre Angehörigen erhalten über den Arbeitgeber eine Pflegezusatzversicherung. Eine ganze Branchenlösung ist die tarifliche Pflegezusatzversicherung Care-Flex Chemie, im Rahmen derer Beschäftige in der Chemieindustrie über ihre Arbeitgeber einen Zusatzschutz im Pflegefall erhalten.[31]

Die Existenz derartiger Versorgungslösungen lässt jedoch nicht auf die Akzeptanz in allen Kundenschichten schließen: Trotz der bekannten und medial präsenten Lücke im Versicherungsschutz besaßen 2018 weniger als 5 Prozent[32] der Deutschen eine Pflegezusatzversicherung.

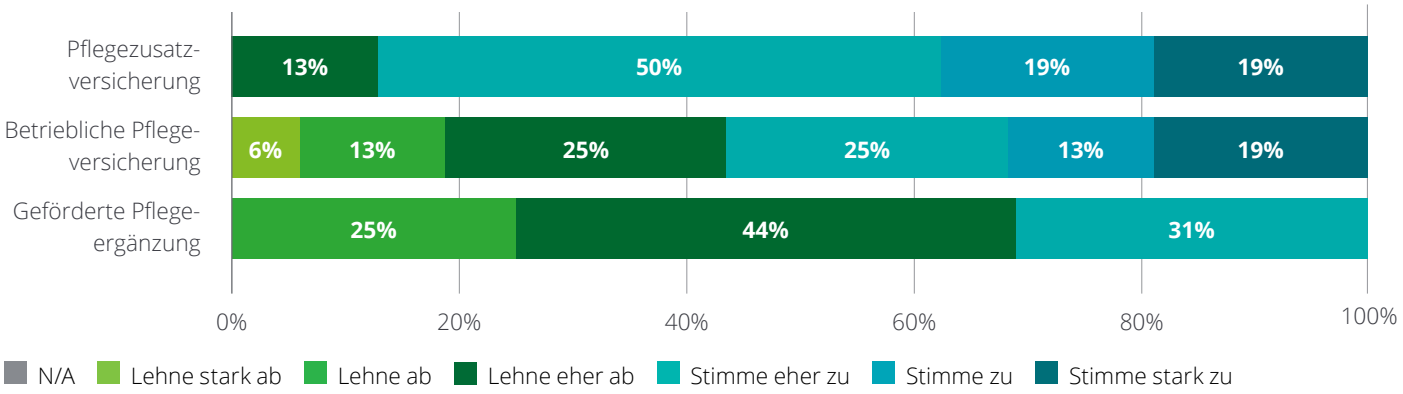
Die Krankenversicherer sind von den Pflegezusatzprodukten überzeugt und sehen trotz der bisher geringen Marktdurchdringung Wachstumspotenzial. Die Herausforderung sehen die Unternehmen vor allem in der Produktgestaltung und im Vertrieb. Die Produkte müssen einfach sein und auch für jüngere Menschen attraktiv. Durch die lange Zeitspanne zwischen dem Abschluss der Versicherungspolice und dem potenziellen Pflegeeintritt ist das Thema für jüngere Kundengruppen eher abstrakt. Nur wenn die Kunden selbst betroffen sind oder ein Pflegefall im direkten Umfeld existiert, beschäftigen sie sich näher mit dem Thema. Im Vertrieb ist eine Sensibilisierung der Pflegebedürftigen und derer Angehörigen für eine ausreichende Versorgung beim Pflegefall wichtig. Die Kunden sollen wahrnehmen, dass der Krankenversicherer nicht nur Geldgeber ist, sondern die Kunden aktiv begleitet, ihre Bedürfnisse versteht und mit passgenauen Lösungen den Alltag eines pflegebedürftigen Menschen lebenswerter gestaltet.

Die im Rahmen der Studie befragten Unternehmen sehen vor allem die Pflegezusatzversicherung als Wachstumsfeld (88% Zustimmung). Großes Potenzial sehen die Krankenversicherer bei den Themen Assistance-Leistungen und Pflegeserviceprodukte. Genannte Beispiele hierfür sind Unterstützung bei der Pflegeorganisation und die Vermittlung von Pflegediensten oder Pflegeeinrichtungen.

Bei der betrieblichen Pflegeversicherung gehen die Meinungen auseinander. Etwas mehr als die Hälfte der befragten Krankenversicherer (57%) sieht dieses Produkt als zukünftiges Wachstumsfeld ihres Unternehmens. Als Begründung für diese Einschätzung geben sie an, dass zum einen durch große Kollektive ein Risikoausgleich stattfindet und damit die Leistungsausgaben ausgeglichener sind im Vergleich zu vielen Einzelabschlüssen. Zum anderen können die Arbeitnehmer bei der eigenen Pflegebedürftigkeit und bei der Pflege von Angehörigen unterstützt und entlastet werden. Einige Unternehmen geben an, dass sie die betriebliche Pflegeversicherung ähnlich dem genannten Beispiel Care-Flex Chemie als Branchenthema sehen.

Pflegezusatzprodukte sind für die privaten Krankenversicherer ein Wachstumsfeld mit großem Potenzial, vor allem bei den Assistance-Leistungen.

Abb. 13 – Einschätzungen des Wachstumspotenzials in den unterschiedlichen Pflegeversicherungsprodukten



Anmerkung: Aufgrund der Rundung der Ergebnisse kann die Gesamtsumme von 100 Prozent abweichen.

Die betriebliche Pflegeversicherung ist eine Möglichkeit, Versicherungskosten bezahlbarer zu machen und Arbeitnehmer zu unterstützen. Die geförderte Pflege-zusatzversicherung in ihrer aktuellen Ausgestaltung „Pflege-Bahr„ findet kaum Zuspruch.

Bei der geförderten Pflegezusatzversicherung in der aktuellen Ausgestaltung „Pflege-Bahr" sehen nur 31 Prozent der Krankenversicherer Wachstumspotenzial. Ein Grund hierfür könnte sein, dass diese Art von Pflegeversicherung häufig nicht alle anfallenden Pflegekosten abdeckt und meist weitere Pflegezusatzversicherungen abgeschlossen werden müssten, um diese ausreichend zu decken. Die starke Regulierung lässt zudem Verbraucherschutzorganisationen von der geförderten Pflegezusatzversicherung abraten.[33]

Der Vertrieb der Pflege-zusatzprodukte stellt eine große Herausforderung für die privaten Kranken-versicherer dar.

Die Vertriebsaktionen für Pflegezusatzprodukte unterscheiden sich stark zwischen den Krankenversicherern. Einige führen regelmäßig Marketing- und Vertriebskampagnen für Pflegezusatzprodukte durch, organisieren Roadshows oder Informationsveranstaltungen mit Betroffenen und Angehörigen oder nutzen bestehende Vertriebspartner. Bei anderen Versicherern sind die Vertriebsaktionen sehr reduziert oder die Produkte werden gar nicht aktiv beworben.

Digitale Assistenzsysteme wie z.B. Sprachassistenten zur Abwicklung von Bestellungen sollen die pflegebedürftigen Personen in ihrem Alltag unterstützen und ein Leben im eigenen Heim auch im Pflegefall erleichtern. Ein Teil der Unternehmen gibt an, dass diese digitalen Geräte eher für Pflegedienste und bei Assistance-Leistungen als Servicekomponente relevant werden. Andere sehen in dem Einsatz von digitalen Assistenzsystemen durchaus Potenzial, neue Tarife zu gestalten und neue Pflegeansätze zu ermöglichen.

Beim Thema Einsatz von digitalen Assistenzsystemen für Pflegebedürftige gibt es bei den privaten Krankenversicherern noch kein klares Bild.

Gesundheitsangebote

Mit dem Angebot von Gesundheitsservices unterstützen Krankenversicherer ihre Versicherten bei unterschiedlichen Fragenstellungen rund um die Themen Gesundheit, Krankheit und Pflege. Dies geschieht in verschiedenen Bereichen[34, 35]:

- **Informations- und Kommunikationsangebote** bieten sowohl gesunden als auch erkrankten Versicherten die Möglichkeit, sich über spezifische Gesundheitsthemen zu informieren und auszutauschen.

- Mit **Präventionsangeboten** können gesunde Versicherte ihren Gesundheitszustand erhalten, verbessern und beobachten. Primärprävention bezeichnet dabei alle Maßnahmen, die dem Eintreten von Erkrankungen vorbeugen, z.B. durch Sport oder gesunde Ernährung. Sekundärprävention bezieht sich auf das regelmäßige Überwachen des Gesundheitszustandes, um Krankheiten frühzeitig zu erkennen. Die Tertiärprävention hat zum Ziel, den Gesundheitszustand von erkrankten Versicherten zu stabilisieren, um eine Wiedererkrankung oder mögliche Folgeerkrankungen zu vermeiden.[36]

- **Therapieangebote** bieten die Möglichkeit, gezielt Krankheiten zu behandeln. Therapieunterstützungsangebote begleiten Patienten vor, während und nach der Therapie, um deren Effektivität zu steigern und besser mit länger andauernden Krankheiten zu leben.

- Mit der Unterstützung durch **Organisations- und Verwaltungsangebote** können Versicherte ihre Gesundheitsbedarfe planen, wie z.B. Medikamenteneinnahme, Unterstützung bei der Suche nach Fachärzten oder Kliniken, Buchung von Arztterminen, Einreichung von Arztrechnungen oder Übersendung von Rezepten an Apotheken.

Im Rahmen der Studie wurden die Bereiche Managed Care und digitale Gesundheitsangebote mit den befragten Unternehmen beleuchtet.

Managed Care
Das Konzept Managed Care stellt ein Bündel unterschiedlicher Organisationsmodelle und Managementinstrumente dar, die in verschiedenen Kombinationsmöglichkeiten eingesetzt werden können. Ziel ist die effiziente Steuerung der Kosten und der Qualität der Behandlung.[37]

Die Zusammenarbeit der Versicherer mit den Leistungserbringern ist bei allen Umsetzungsvarianten entscheidend. Dadurch verändert sich die Rolle eines Krankenversicherers von einem reinen Kostenerstatter hin zu einem Dienstleister im Gesundheitswesen, der sich über die angebotenen Programme im Wettbewerb positioniert. Je nach Umsetzungsform kann daraus eine zumindest partielle Einschränkung der alleinigen Entscheidungskompetenz des Arztes resultieren. Darüber hinaus kann die Ausgestaltung des Konzeptes dazu beitragen, das Informationsgefälle zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern zu verringern und eine effizientere Nutzung finanzieller Ressourcen zu ermöglichen.

Managed-Care-Angebote finden sich in den Gesundheitssystemen verschiedener Länder, unabhängig davon, ob das Krankenversicherungssystem vorwiegend staatlich (Schweiz, England, Skandinavien) oder größtenteils privatisiert (USA) ist. In Deutschland hat die GKV die Möglichkeit, ihre Versicherten hin zu bestimmten Behandlungen zu steuern. Wegen des Grundsatzes der Therapiefreiheit in der PKV, d.h. der Wahlfreiheit der behandelnden Ärzte, Einrichtungen und Behandlungs- bzw. Therapieansätze,[38] ist die Umsetzung in der PKV schwieriger.

Die Managed-Care-Konzepte der Krankenversicherer zielen in erster Linie darauf ab, die Versorgung der Kunden zu verbessern.

Zum jetzigen Zeitpunkt setzen private Krankenversicherer auf freiwillige Angebote als zusätzliche Serviceleistungen. Die aktuellen Managed-Care-Angebote der Unternehmen decken dabei folgende Bereiche ab:

Informations- und Kommunikationsangebote
- Facharztnetzwerk
- Informationen über verfügbare Gesundheitsleistungen

Präventionsangebote
- Management von chronischen Krankheiten
- Zahnvorsorge
- Psychologische Ersthilfe
- Impfberatung

Therapieangebote
- Kooperationen mit Klinikketten
- Behandlung von chronischen Krankheiten, z.B. Diabetes, Herz-Kreislauf-Krankheiten, psychischen Krankheiten, Adipositas
- Behandlung von neurologischen Krankheiten
- Rehabilitationsangebote
- Schwangerschaftsunterstützung
- Management von schweren Krankheitsverläufen
- Krebsberatung
- Versorgung im Ausland
- Schmerztherapie
- Tinnitus-Behandlung
- Zweitmeinung

Organisations- und Verwaltungsangebote
- Kooperationen mit Apotheken
- Unterstützung bei der Hilfsmittelbeschaffung

Für folgende Managed-Care-Angebote sehen die Unternehmen noch Potenzial:
- Ausbau der bestehenden Präventionsangebote
- Vernetzung mit weiteren Gesundheitsdienstleistern, z.B. Leistungserbringern wie Krankenhäusern und Ärzten oder Apotheken und Hilfsmittelanbietern
- Ausbau des Angebots zur Behandlung schwerer Krankheiten

Der Großteil der privaten Krankenversicherer sieht keinen Konflikt zwischen Managed-Care-Angeboten und der Therapiefreiheit.

Der Großteil der Unternehmen (81%) sieht kein Spannungsverhältnis zwischen dem Managed-Care-Konzept und dem traditionellen Ansatz der Therapiefreiheit, d.h. der freien Arzt- und Therapiewahl durch den Versicherten. Managed Care wird ausschließlich dazu eingesetzt, die Versorgung der Versicherten zu verbessern und sie dabei zu unterstützen, die für sie beste Therapiewahl zu treffen. Eine direkte Kostensenkung durch einen Einfluss auf Arztwahl, Finanzierung und Behandlungsmethode ist jedoch nicht ohne eine Beschränkung dieses Versprechens möglich und wird von den Krankenversicherern auch nicht angestrebt. Deswegen lassen sich die Konzepte von Managed Care in einem umfassenden Sinn nur verwirklichen, wenn diese mit spezifischen Managed-Care-Tarifen und -Programmen eingeführt würden.

Ein erfolgreicher Managed-Care-Ansatz ist von verschiedenen Faktoren abhängig:

- Aufbau eines wertschaffenden Netzwerks mit verschiedenen Akteuren wie Leistungserbringern, Einrichtungen, Hilfsmittelanbietern oder Apotheken, ausgerichtet an den Behandlungsansprüchen der Kunden
- Stärkung der Verhandlungsmacht gegenüber Leistungserbringern durch Schaffung und Internalisierung von Netzwerkeffekten, z.B. durch Kooperationen mit anderen privaten oder gesetzlichen Krankenversicherungen
- Überzeugende Kommunikation des Kundennutzens und eine Verbesserung des Vertrauensverhältnisses zwischen Kunde und Krankenversicherer, um Vorbehalte des Kunden gegenüber der Rolle des Krankenversicherers im Arzt-Patienten-Verhältnis zu überwinden

Digitale Gesundheitsangebote

Digitale Gesundheitsangebote sind neue Produkte und Services im Gesundheitsmarkt, die die Kunden über Internetschnittstellen und weitere technische Funktionalitäten bei der Gesundheitserhaltung und Versorgung unterstützen sollen. Im Rahmen der „E-Health-Initiative„ hat die deutsche Bundesregierung die Grundlage zur digitalen Verwaltung von Patientendaten (Terminservice- und Versorgungsgesetz), zur Verschreibung von elektronischen Rezepten (Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung), zum Einsatz von digitalen Gesundheitsanwendungen (Digitale-Versorgung-Gesetz) und zum Schutz der Versichertenrechte v.a. hinsichtlich der Datennutzung (Patientendaten-Schutz-Gesetz) gelegt.[39, 40] Um gemäß dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) als Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) vom Arzt verschrieben und damit als Medizinprodukt eingesetzt zu werden, müssen die DiGAs in einem ca. dreimonatigen Verfahren des Bundesministeriums für Arzneimittel und Medizinprodukte geprüft und deren Wirksamkeit und Nutzen für die Versorgung bestätigt werden.[41]

Im Rahmen der Studie wurden ausgewählte digitale Gesundheitsanwendungen mit den befragten Unternehmen thematisiert:

Präventionsangebote

- **Fitness-Tracker:** Am Körper tragbare Geräte wie z.B. Armbänder oder Brustgurte zur Messung und Aufzeichnung von Trainingsdaten oder Vitalparametern. Über dazugehörige Apps kann der Fortschritt eingesehen werden.
- **Digitale Coaching-Programme:** Digitale Programme, online oder in Form von Apps, mit deren Unterstützung Versicherte ihre Gesundheit erhalten, verbessern und/oder beobachten können.
- **Online-Diagnosetools und -Selbsttests:** Anhand von Versicherteninformationen, die in den Tools erfasst werden, wird der Gesundheitszustand eingeschätzt und es können dem Versicherten zielgerichtete Verhaltensvorschläge offeriert werden.

Therapie- bzw. Therapiebegleitungsangebote

- **Telemedizin:** Ärzte und medizinisches Fachpersonal nehmen über Videochats, Telefon oder Übertragung von Vitalparametern eine Ersteinschätzung des Gesundheitszustands vor. Vor-Ort-Termine können dadurch gegebenenfalls vermieden werden.
- **Apps zur Therapieunterstützung:** Für bestimmte Krankheitsbilder spezifische Apps, über die die Patienten vor, während und nach der Therapie gezielt unterstützt werden. Werden die Apps als Therapiemöglichkeit eingesetzt, müssen sie als Medizinprodukt zertifiziert sein.

Organisations- und Verwaltungsangebote

- **E-Portale:** Online-Portale, oft in Kombination mit Apps, über die Versicherte alle Themen rund um ihre Gesundheit und ihren Versicherungsschutz, z.B. Medikamentenmanagement, Arztsuche, digitaler Impfpass, elektronische Rechnungseinreichung und vieles mehr, selbst organisieren können. Die angebotenen Funktionalitäten variieren von PKV zu PKV.

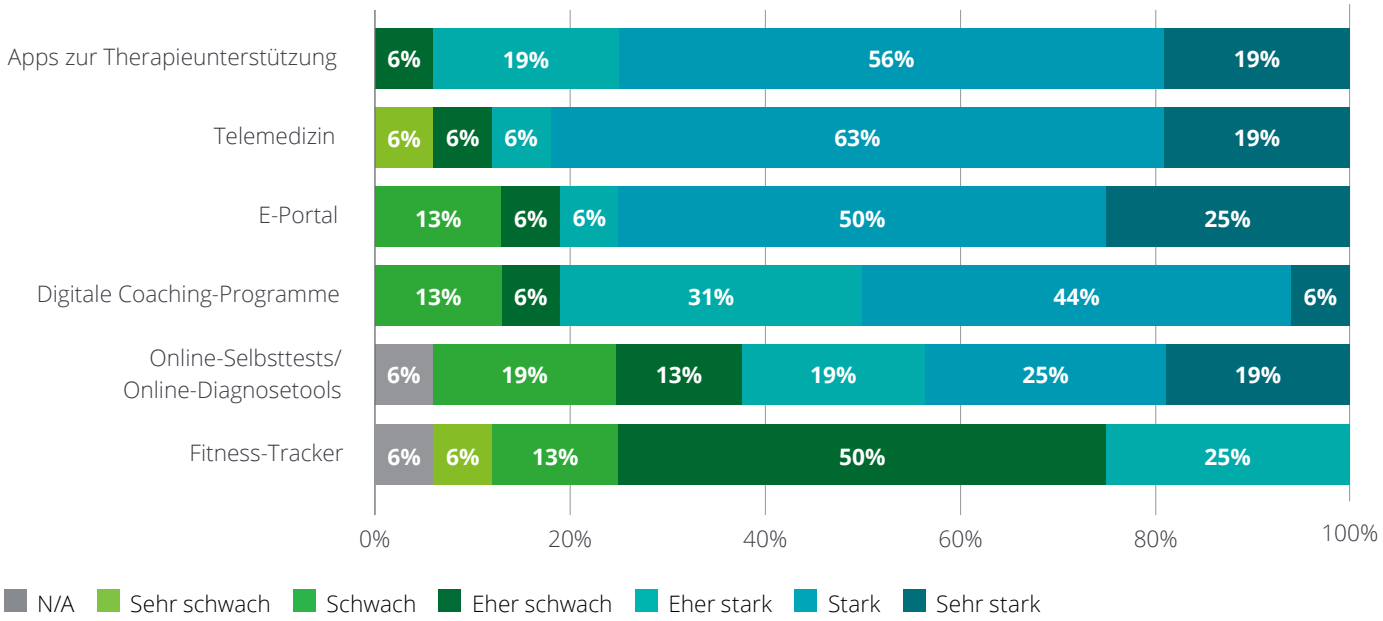
Apps zur Therapieunterstützung, Telemedizin, E-Portale und digitale Coaching-Programme haben für die privaten Krankenversicherer das größte Potenzial und wurden von einem Großteil bereits eingeführt.

Das größte Potenzial sehen die Krankenversicherer in den Apps zur Therapieunterstützung (94% Zustimmung). Um die Therapien der Kunden zu ergänzen, werden derartige Lösungen und digitale Coaching-Programme (81% Zustimmung) bereits von einem Großteil der Unternehmen angeboten. Diese Services wurden überwiegend in den vergangenen ein bis zwei Jahren eingeführt. Die Krankenversicherer geben an, dass der Markt wachse und sich weiterentwickle.

In Telemedizinangeboten sehen 88 Prozent der Unternehmen Potenzial. Mehr als zwei Drittel haben derartige Angebote bereits implementiert. COVID-19 hat deren Einführung und Ausweitung seitens der privaten Krankenversicherer beschleunigt.

In E-Portalen sehen 81 Prozent der Krankenversicherer Potenzial. Über die Hälfte der Studienteilnehmer gibt an, bereits ein E-Portal eingeführt zu haben. Weitere sind aktuell in der Entwicklungsphase. Solche Lösungen werden häufig durch eine Rechnungs-App oder Service-Apps ergänzt, die Funktionalitäten des E-Portals auf mobilen Endgeräten verfügbar machen. Die E-Portale werden kontinuierlich weiterentwickelt. Das Ziel der Krankenversicherer ist es, über die E-Portale als zentrale Plattform möglichst alle Kundenkontaktpunkte ohne Medienbrüche abzudecken und damit eine höhere Kundenzufriedenheit und -bindung zu erreichen.

Abb. 14 – Potenzial digitaler Gesundheitsangebote



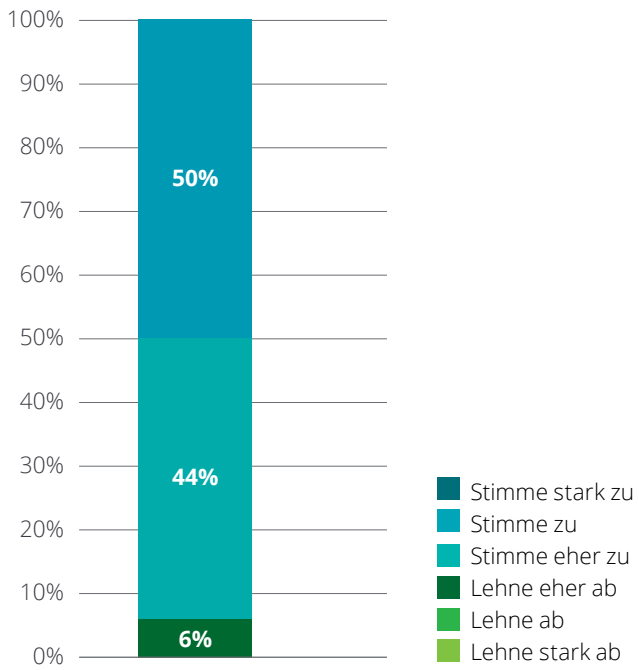
Anmerkung: Aufgrund der Rundung der Ergebnisse kann die Gesamtsumme von 100 Prozent abweichen.

Bei Online-Selbsttests und -Diagnosetools gehen die Meinungen auseinander. 63 Prozent der Studienteilnehmer sehen in diesen digitalen Angeboten starkes Potenzial, etwas mehr als ein Drittel hat derartige Services bereits im Angebot. Als Beispiele werden COVID-19-Symptomchecker oder Selbsttests für undifferenzierte Symptome wie Rückenschmerzen genannt.

Das Potenzial von Fitness-Trackern stufen die Krankenversicherer als begrenzt ein (25% Zustimmung), da meist keine konstante Nutzung durch den Kunden erfolgt. Neben der damit geringen Brauchbarkeit der Daten ist die Nutzung der erhobenen Informationen sehr stark reguliert. Einige Unternehmen geben an, dass entsprechende Einsatzmöglichkeiten getestet wurden, der Nutzen in diesen Tests jedoch nicht ersichtlich war. Die meisten Krankenversicherer haben keine konkreten Pläne, digitale Gesundheitsangebote basierend auf Fitness-Tracker-Nutzung einzuführen.

Der Großteil der Krankenversicherer (94%) glaubt, dass digitale Gesundheitsangebote langfristig Potenzial haben, die Gesundheitskosten zu senken. Einige Unternehmen gehen davon aus, dass vor allem durch Prävention die Gesundheitsausgaben gesenkt werden können, allerdings dürfe die Höhe der einzusparenden Kosten nicht überschätzt werden. Zum einen wird dieses durch die Anreize der Leistungserbringer beeinflusst, zum anderen kann es auch zu einer Verschiebung der Kosten ins Alter kommen, d.h., Menschen, die länger gesünder leben, werden älter und verursachen die Kosten dann in späteren Jahren.

Abb. 15 – Potenzial digitaler Gesundheitsangebote, langfristig die Gesundheitskosten zu senken



Anmerkung: Aufgrund der Rundung der Ergebnisse kann die Gesamtsumme von 100 Prozent abweichen.

Die privaten Krankenversicherer gehen davon aus, dass digitale Gesundheitsangebote das Potenzial haben, langfristig die Gesundheitskosten zu senken.

Digitale Gesundheitsangebote – ja oder nein?

Vorteile für Krankenversicherer sind:

- Bessere Versorgung der Kunden z.B. durch verstärkte Prävention mithilfe von digitalen Angeboten oder Unterstützung von Therapien mit digitalen Komponenten
- Verbesserung der Versorgungsqualität durch Überbrückung von Distanzen und Zeitzonen, z.B. Vernetzung von Patienten mit Experten an anderen Standorten, Zugang zur Versorgung in entlegenen Regionen
- Nutzung von Gesundheitsangeboten als Differenzierungsfaktor im Neugeschäft gegenüber anderen privaten Krankenversicherern

Doch auch Vorsicht ist geboten:

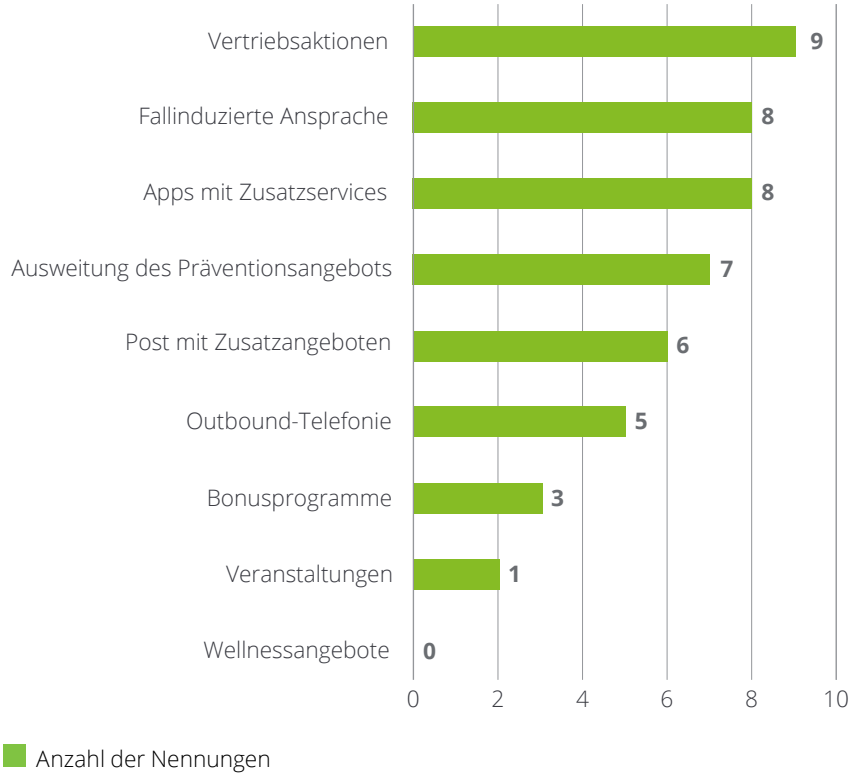
- Unterschiede in der Qualität der Anbieter erfordern eine genaue Prüfung.
- Die Nichteinhaltung von Daten- und Patientenschutzauflagen führt zu strafrechtlichen Konsequenzen.
- Haftungsfragen bei Problemen mit Gesundheitsangeboten müssen geklärt werden.

Inwieweit die Angebote die Versorgung der Kunden verbessern und von diesen überhaupt genutzt werden, kann aufgrund des kurzen Erfahrungshorizontes seit deren Einführung von den Krankenversicherern derzeit noch nicht beurteilt werden.

Vor allem kleinere Krankenversicherer stehen aufgrund beschränkter Investitionsbudgets häufig vor der Frage, ob sich die Einführung von digitalen Angeboten lohnt. Aufgrund der kleineren Versichertenanzahl wird zudem die kritische Masse an Versicherten mit ähnlichen Diagnosen oft nicht erreicht, damit sich die Einführung umfangreicher digitaler Programme rentiert. Um dennoch Erfahrungen mit solchen Lösungen zu sammeln, kann es sich anbieten, mit anderen Krankenversicherern zu kooperieren, um die Investitionskosten zu teilen und gemeinsam diese erforderliche kritische Masse zu erreichen.

Kundeninteraktion

Abb. 16 – Top-Maßnahmen, um die Kundeninteraktion zu erhöhen



Anmerkung: Jedes der 16 Unternehmen konnte bis zu drei der vorgegebenen Maßnahmen auswählen.

Top-Maßnahmen der privaten Krankenversicherer, um die Kundeninteraktion zu erhöhen, sind Vertriebsaktionen, fallinduzierte Ansprachen und das Angebot von Apps mit Zusatzservices.

Regelmäßige Kundeninteraktionen sind essenziell, um einerseits Neukunden zu gewinnen und andererseits auf die Bedürfnisse der Bestandskunden einzugehen. Im Rahmen der Studie wurden die Unternehmen nach ihren Top-Maßnahmen zur Erhöhung der Kundeninteraktion gefragt und welche großen Hürden sie beim Ausbau der Kundenschnittstelle sehen.

Um die Kundeninteraktion zu erhöhen, werden vor allem Vertriebsaktionen, fallinduzierte Ansprachen und Apps mit Zusatzservices angeboten. Vertriebsaktionen beziehen sich dabei auf Neu- als auch auf Bestandskunden. Post mit Zusatzangeboten wird meist elektronisch über CRM-Systeme gesteuert. Bonusprogramme, Veranstaltungen und Wellnessprogramme gehören nicht zu den genannten Top-Maßnahmen zur Erhöhung der Kundeninteraktion.

Größte Herausforderungen beim Ausbau der Kundenschnittstelle sind für die befragten Unternehmen die Gewährleistung der Benutzerfreundlichkeit, Datenschutzthemen sowie die sich schnell und kontinuierlich verändernden Kundenanforderungen. Aber auch die Auswahl der richtigen Kooperationspartner, die Heterogenität der Kunden, technische Einschränkungen bei der Anbindung und Erweiterbarkeit sowie ein konsistenter Unternehmensauftritt werden von mehreren Studienteilnehmern als Herausforderungen genannt. Ein Studienteilnehmer gibt an, dass ein weiteres Problem die Erstellung von zielgerichteten Ansprachekonzepten mit Fokus auf Mehrwert und Nutzen sei, die der Heterogenität der Kunden gerecht werden.

Größte Herausforderungen beim Ausbau der Kundenschnittstelle sind die Gewährleistung der Benutzerfreundlichkeit, die Einhaltung des Datenschutzes und die sich schnell und kontinuierlich verändernden Kundenerwartungen.

Abb. 17 – Größte Herausforderungen beim Ausbau der Kundenschnittstelle

Anmerkung: Jedes der 16 Unternehmen konnte bis zu drei der vorgegebenen Herausforderungen auswählen.

Betriebsabläufe

Technologieeinsatz im Krankenversicherungsbetrieb

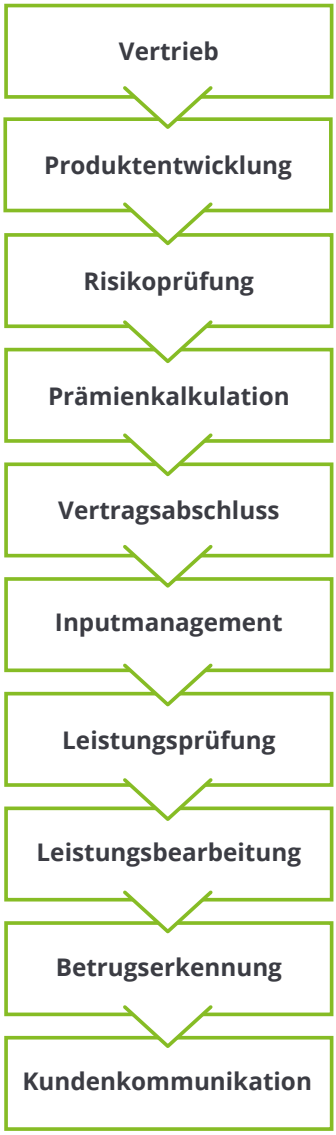
Der nächste Themenschwerpunkt der Studie betrifft die Betriebsabläufe der privaten Krankenversicherer. Zunächst wurden die Krankenversicherer befragt, wo sie Einspar- und Effizienzsteigerungspotenzial durch den Einsatz von Technologien in den verschiedenen Bereichen des Krankenversicherungsbetriebs sehen.

In den Bereichen Risikoprüfung, Vertragsabschluss, Inputmanagement, Leistungsprüfung, Leistungsbearbeitung, Betrugserkennung und Kundenkommunikation sehen alle befragten Unternehmen Potenzial (je Bereich 100% Zustimmung). Vor allem in der Leistungsbearbeitung und im Inputmanagement werden bereits heute hohe Automatisierungsgrade erzielt, was zu Kosteneinsparungen bei gleichzeitigen Effizienzsteigerungen führt.

Im Bereich Vertrieb (94% Zustimmung) wird vor allem auf Omnikanalstrategien gesetzt, damit Kunden sowohl über technische Lösungen, wie z.B. Portale oder Apps, als auch persönlich angesprochen werden können. Weniger Zustimmung gibt es bei der Prämienkalkulation (44% Zustimmung) und Produktentwicklung (25% Zustimmung). Die Unternehmen sehen hier wenige konkrete Ansatzpunkte für Effizienzsteigerungs- und Kosteneinsparpotenziale durch Technologieeinsatz. Einige Unternehmen geben an, dass hier vor allem Innovation, Kreativität und menschliches Denken wichtig seien und Technologien in diesen Bereichen eher unterstützen als ersetzen.

Die privaten Krankenversicherer sind sich einig: In vielen Bereichen des Krankenversicherungsbetriebs werden Einspar- und Effizienzpotenziale durch Technologieeinsatz gesehen. Bei Produktentwicklung und Prämienkalkulation bleiben jedoch nach wie vor Innovation, Kreativität und menschliches Denken gefragt.

Abb. 18 – Technologieeinsatz im Krankenversicherungsbetrieb



Einsatz von künstlicher Intelligenz und Robotics

Die Unternehmen wurden anschließend gefragt, wie groß sie den Nutzen durch den Einsatz von Technologien wie z.B. künstlicher Intelligenz (KI) oder Robotics Process Automation (RPA) in der Leistungsbearbeitung sowie in der Tarifierung, der Risikoprüfung und im Underwriting einschätzen.

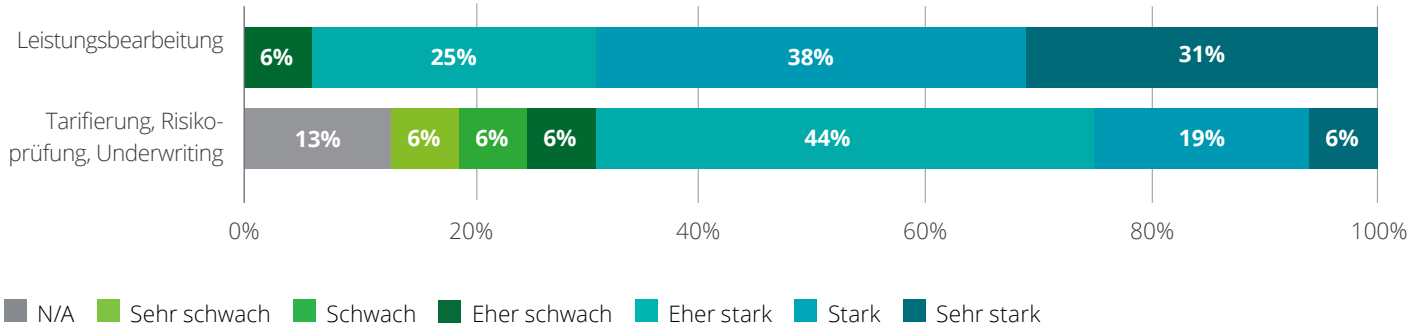
Als KI werden üblicherweise Programme zur Automatisierung von bislang dem Menschen vorbehaltenen Tätigkeiten bezeichnet, die mittels selbstlernender Algorithmen in der Lage sind, ein eigenes Entscheidungsverhalten zu entwickeln und dadurch auch komplexe Aufgabenstellungen zu bewältigen. RPA hingegen bezeichnet softwarebasierte Werkzeuge zur Automatisierung von wiederkehrenden Abläufen, die vollständig regelbasiert ablaufen können. RPA ist somit vergleichbar mit Robotern in der industriellen Fertigung.

94 Prozent der Studienteilnehmer sehen starkes Potenzial im Einsatz von Technologielösungen wie KI oder RPA in der Leistungsbearbeitung. 63 Prozent haben bereits konkrete Lösungen im Einsatz und größtenteils positive Erfahrungen gesammelt. Dabei wird vor allem eine vollautomatisierte Rechnungsverarbeitung von der Einreichung bis zur Auszahlung angestrebt. Andere Einsatzgebiete sind Betrugserkennung bei eingereichten Belegen und Prüfprozesse zur Erkennung von Fehlern.

Die privaten Krankenversicherer sehen großes Potenzial von Technologielösungen im Bereich der Leistungsbearbeitung. Der Einsatz von Technologielösungen in der Tarifierung, Risikoprüfung und im Underwriting ist noch in einem frühen Stadium.

In der Tarifierung, Risikoprüfung und im Underwriting sehen 69 Prozent der befragten Unternehmen starkes Potenzial durch Technologieeinsatz, 50 Prozent nutzen entsprechende Technologien bereits. Im Gegensatz zur Leistungsbearbeitung sind die Krankenversicherer allerdings bei der Tarifierung, der Risikoprüfung und im Underwriting häufig noch in der Anfangsphase. Einige Unternehmen führen aktuell Machbarkeitsstudien durch, um den Nutzen des Technologieeinsatzes besser quantifizieren zu können. Andere Krankenversicherer stehen einem Einsatz von Technologielösungen in diesen Bereichen aufgrund der zunehmenden Regulierung eher skeptisch gegenüber.

Abb. 19 – Potenzial von Technologielösungen wie KI oder RPA



Anmerkung: Aufgrund der Rundung der Ergebnisse kann die Gesamtsumme von 100 Prozent abweichen.

Chancen und Herausforderungen beim Technologieeinsatz

Der Einsatz von KI und RPA im Bereich Leistungsbearbeitung ist wichtig, um wettbewerbsfähig zu bleiben. RPA verspricht schnelle Einsparungen v.a. für Unternehmen, die am Anfang ihrer digitalen Transformation stehen und deren Prozesse daher noch nicht digital integriert aufgesetzt sind. KI hingegen bietet für Krankenversicherer nicht nur erhebliches Effizienzsteigerungspotenzial, sondern auch Möglichkeiten zur grundlegenden Umgestaltung von Prozessen, Produkten und Geschäftsmodellen.

Die Herausforderung für die Krankenversicherer ist, die Bestrebungen und Ansatzpunkte in eine unternehmensweite KI-Strategie zu kanalisieren und die internen IT-Plattformen und Prozesse so zu konzipieren, dass Entwicklung und Einsatz von KI in kurzen Entwicklungszyklen möglich sind.

Beim Einsatz von Technologien, sowohl in der Leistungsbearbeitung als auch in der Tarifierung, der Risikoprüfung und dem Underwriting, sind eine genaue Analyse und ein umfängliches Verständnis der Prozesse zur Identifikation von Optimierungspotenzial essenziell. Zudem sollten immer Kosten und Nutzen abgewogen werden, da die Erreichung von höheren Automatisierungsgraden häufig mit erheblichen Investitionen verbunden ist. Die so generierten zusätzlichen Effektivitäts- und Effizienzgewinne können sich dann schnell als überbewertet erweisen.

Auslagerung von Kernprozessen in die Cloud

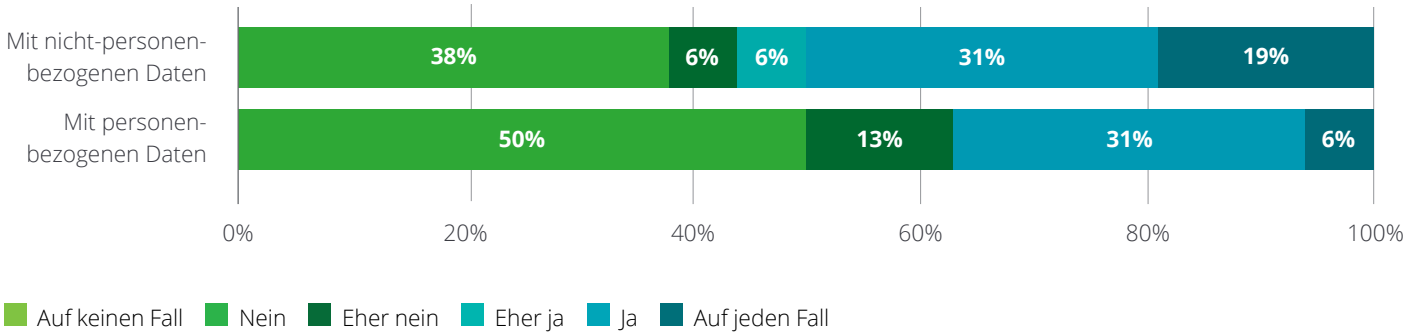
Die zu verarbeitenden Datenmengen steigen stetig an und stellen die IT-Infrastruktur der Versicherer vor eine Herausforderung. Durch den Einsatz von Cloud-Technologien und die Minimierung eigener physischer Infrastruktur können Unternehmen auf flexibel skalierbare und dadurch kosteneffiziente Ressourcen zugreifen. Der tatsächliche Bedarf kann in Echtzeit durch den eingesetzten Cloud-Provider abgedeckt werden, ohne dass langwierige Beschaffungsprozesse erneut durchlaufen werden müssen. Cloud-Lösungen bieten auch Raum für Innovationen bei der Kundenansprache und der Datenverarbeitung, um so auf die sich verändernden Kundenerwartungen zu reagieren. Dies kann sich z.B. durch eine Verringerung der Markteinführungszeit in der Produktentwicklung auswirken. Essenziell ist dabei die Einhaltung der Informationssicherheit und des Datenschutzes, insbesondere von personenbezogenen Daten.

Im Rahmen der Studie wurden die Unternehmen gefragt, ob sie sich vorstellen können, Kernprozesse mit und ohne personenbezogene Daten in die Cloud auszulagern.

56 Prozent der Krankenversicherer können sich vorstellen, Kernprozesse mit nicht-personenbezogenen Daten auszulagern, während 37 Prozent dies für Prozesse mit personenbezogenen Daten in Erwägung ziehen. Hauptgrund für die Ablehnung, Kernprozesse mit personenbezogenen Daten in die Cloud auszulagern, sind Datenschutzbedenken.

Der Großteil der Studienteilnehmer hat bisher noch keine Kernprozesse in die Cloud ausgelagert. Einige beschäftigen sich konkret mit der Einführung. Ein Unternehmen gibt an, dass es über eine eigene Cloud-Strategie verfügt. Für die meisten Krankenversicherer ist eine Auslagerung von Kernprozessen in die Cloud noch ein Zukunftsthema.

Abb. 20 – Auslagerung von Kernprozessen in die Cloud



Anmerkung: Aufgrund der Rundung der Ergebnisse kann die Gesamtsumme von 100 Prozent abweichen.

Die Nutzung von Cloud-Lösungen für Kernprozesse ist für den Großteil der privaten Krankenversicherer noch ein Zukunftsthema. Die Auslagerung von Kernprozessen mit nicht-personenbezogenen Daten ist eher vorstellbar als die Auslagerung von Prozessen mit personenbezogenen Daten.

Bedeutung und Auswirkungen von COVID-19

Im Rahmen der Studie reflektierten die teilnehmenden Unternehmen die Auswirkungen von COVID-19 auf Leistungsausgaben, Beitragsanpassungen, Bestandskunden, Neugeschäft und Digitalisierung. Die Aussagen sind eine Momentaufnahme aus dem Zeitraum der Interviews von Mai bis Juli 2020.

Leistungsausgaben und Beitragsanpassungen

Der Gesamteffekt von COVID-19 auf die Leistungsausgaben wird von den Unternehmen eher als gering eingeschätzt. Leistungsausgaben mit Bezug zu COVID-19 haben zwar zugenommen, waren jedoch für die meisten Krankenversicherer geringer als anfänglich geschätzt. Hinzu kommt ein gegenläufiger Effekt: Nicht unbedingt notwendige Arztbesuche und Operationen wie Zahnbehandlungen oder Vorsorgeuntersuchungen wurden oftmals nicht in Anspruch genommen.

Der Gesamteffekt auf die Leistungsausgaben der privaten Krankenversicherer durch COVID-19 ist zum Zeitpunkt der Interviews gering. Es werden keine Beitragserhöhungen aufgrund von COVID-19 in der Krankenkostenvollversicherung erwartet.

Spätfolgen und durch COVID-19 ausgelöste Gesundheitstrends sind noch nicht abschätzbar.

Bei den Zusatzversicherungen registrierten einige Unternehmen jedoch vermehrte Anträge auf Krankentagegeld. Weitere Kostentreiber, die zum Zeitpunkt der Interviews noch nicht klar eingeschätzt werden konnten und stark von den politischen Entscheidungen abhängig sind, sind Pauschalen und Umlagen wie z.B. die Hygienepauschale. Insgesamt erwartet der Großteil der Studienteilnehmer keine Beitragsanpassungen für die Krankenkostenvollversicherung aufgrund von COVID-19.

Mittelfristig erwarten jedoch einige, dass ein Teil der nicht in Anspruch genommenen Leistungen später zu einer zusätzlichen Nachfrage führen wird. Es kann dabei noch nicht abgeschätzt werden, ob eventuell einige der ausgefallenen Leistungen gar nicht oder erst im Folgejahr nachgeholt werden.

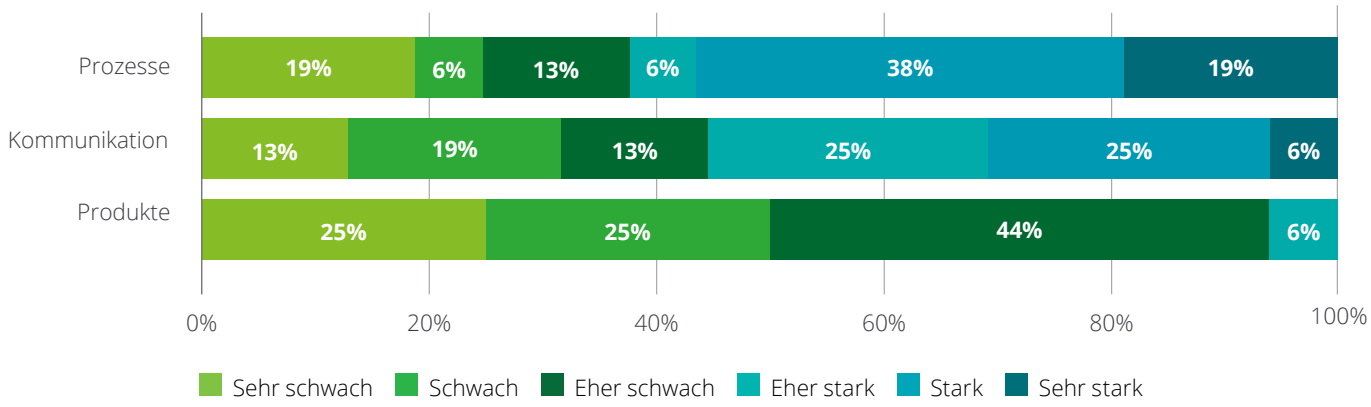
Auf lange Sicht gehen einige Unternehmen davon aus, dass die Pandemie nachhaltige Auswirkungen auf die Gesellschaft haben wird. Genannte Beispiele sind die vermehrte Nutzung von Telemedizin, eine Veränderung des Impfverhaltens sowie eine größere Nachfrage nach Antikörpertests. Auch gesetzliche Umlagen können die Leistungsstruktur der Krankenversicherer beeinflussen. Mögliche Spätfolgen durch Homeoffice und Isolation oder die Verstärkung von Erkrankungen durch ausgefallene Vorsorgeuntersuchungen können von den Krankenversicherern noch nicht abgeschätzt werden. Einige Unternehmen erwarten ein zunehmendes Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung.

Veränderungen in der Struktur der Bestandskunden

Der Großteil der befragten Unternehmen erwartet keine oder nur geringfügige Veränderungen der Versichertenstruktur aufgrund von COVID-19. Nur zwei Studienteilnehmer prognostizieren negative Bestandsveränderungen in Form von Kündigungen der Versicherungsverträge.

Die Mehrheit der Studienteilnehmer beobachtet keine auffälligen Stundungen, d.h. Aussetzen von Beitragszahlungen für einen bestimmten Zeitraum, oder Vertragskündigungen. Andererseits berichten diejenigen Unternehmen, deren Versicherte eher von den wirtschaftlichen Folgen der COVID-19-Pandemie betroffen sind, dass Beitragszahlungen vermehrt ausgesetzt werden und die Zahlung auf einen späteren Zeitpunkt verschoben wird. Weiterhin erwarten sie, dass die betroffenen Kundengruppen vermehrt in Tarife mit höherem Selbstbehalt und niedrigeren Prämien oder den Notlagentarif, d.h. einen Tarif, welcher Versicherten in finanziellen Notsituationen einen Mindestschutz gewährt, wechseln.

Abb. 21 – Auswirkungen von COVID-19 auf Prozesse, Kundenkommunikation und Produkte



Anmerkung: Aufgrund der Rundung der Ergebnisse kann die Gesamtsumme von 100 Prozent abweichen.

Beamte spüren laut den befragten Krankenversicherern weniger die finanziellen Auswirkungen der Krise. Anders sieht das jedoch bei Selbstständigen in wirtschaftlich stärker betroffenen Bereichen aus. Für die nächste Zeit wird von einigen Krankenversicherern vor allem bei Selbstständigen, Freiberuflern und Angestellten mit größerer Unsicherheit hinsichtlich der wirtschaftlichen Entwicklung gerechnet.

Entwicklungen im Neugeschäft

Bezüglich der Einschätzungen zum Neugeschäft sind die Krankenversicherer vorsichtig, da dieses stark abhängig von der epidemiologischen und wirtschaftlichen Entwicklung ist. Die meisten beobachteten einen kurzfristigen Rückgang des Neugeschäfts in der ersten COVID-19-Hochzeit von ca. März bis Mai, der sich nach einigen Wochen wieder normalisierte. Hinsichtlich der Produkte erwarten die befragten Unternehmen keine signifikanten Rückgänge in der Krankenkostenvollversicherung. Bei den Zusatzversicherungen gehen die Meinungen auseinander. Mehrere Krankenversicherer rechnen mit einem Rückgang der Kaufkraft und deswegen mit einem Rückgang der Nachfrage, da diese Produkte nicht zur Basisabsicherung gehören. Andere beobachten bei den Zusatzversicherungen bisher keine Veränderungen in der Nachfrage und rechnen auch zukünftig nicht mit einer rückläufigen Entwicklung. Einige Unternehmen erwarten sogar, dass die Nachfrage nach einigen Zusatzprodukten wächst, da durch die Krise das Gesundheitsbewusstsein und der Bedarf nach einer besseren Absicherung steigen. Einen spürbaren Rückgang des Neugeschäfts beobachten einige Krankenversicherer bei der Pflegezusatzversicherung. Als mögliche Erklärungen geben sie an, dass bei diesen Produkten die persönliche Beratung wichtiger sei und dass die Kunden abwarten, wie sich die wirtschaftliche Lage entwickle.

COVID-19 hat vor allem einen Einfluss auf die Digitalisierung von Prozessen (63% Zustimmung) und die Kundenkommunikation (56% Zustimmung), weniger auf die Digitalisierung von Produkten (6% Zustimmung). Eine große Umstellung hin zu digitalen Kanälen erfolgt laut den Unternehmen vor allem im Vertrieb.

COVID-19 beeinflusst vor allem die Digitalisierung von Prozessen und die Kundenkommunikation.

Rückgänge im Neugeschäft sind eher im Bereich Zusatzversicherung zu verzeichnen, weniger in der Krankenkostenvollversicherung. Die Entwicklung des Neugeschäfts ist stark abhängig von den weiteren epidemiologischen und wirtschaftlichen Entwicklungen.

Zudem nutzen die Kunden verstärkt die von den Versicherern bereitgestellten Service-Apps und digitale Gesundheitsangebote wie Telemedizin. Weitere Bereiche, die bei einigen Krankenversicherern stark durch COVID-19 beeinflusst werden, sind die Umstellung der Arbeit im Büro auf das Homeoffice und die damit einhergehenden Maßnahmen zur Sicherstellung der Arbeitsfähigkeit.

Erkenntnisse aus der Krise

Die Krise kam überraschend und die Krankenversicherer mussten schnell und im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf die veränderten Bedingungen reagieren. Insgesamt werden bestehende Digitalisierungsstrategien durch COVID-19 unterstützt und bestätigt. Die Umsetzung bereits initiierter Digitalisierungsmaßnahmen wird beschleunigt.

Punkte auf der Agenda der Krankenversicherer sind:

- Digitale Services und Produkte – Auf- und Ausbau von E-Portalen und digitalen Gesundheitsangeboten, Kooperationen mit digitalen Gesundheitsdienstleistern und Vertriebspartnern
- Zielgruppengerechte Ansprache und Kundenservice – überarbeitete Ansprachekonzepte für Zusatzprodukte mit verstärktem Fokus auf den Kundennutzen sowie verstärkte Berücksichtigung der wirtschaftlichen Situation von bestimmten Kundengruppen
- Digitale Arbeits- und Kollaborationsmodelle – Förderung von Homeoffice und Remote-Kollaborationsmöglichkeiten

Abkürzungsverzeichnis und Quellen

BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
bKV	Betriebliche Krankenversicherung
CRM	Customer Relationship Management
DiGA	Digitale Gesundheitsanwendung
DVG	Digitale-Versorgung-Gesetz
Ebd.	Ebenda
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPV	Gesetzliche Pflegeversicherung
IVK	Institut für Versicherungswissenschaft an der Universität zu Köln
KI	Künstliche Intelligenz
KIVI	Kölner Institut für Versicherungsinformation
o.J.	Ohne Jahresangabe
PKV	Private Krankenversicherung
PKVs	Private Krankenversicherungen
PKV-Verband	Verband der Privaten Krankenversicherung
RPA	Robotics Process Automation
VVG	Versicherungsvertragsgesetz

[1] KIVI – Kölner Institut für Versicherungsinformation (2019): Zahlenband Kranken, Marktanteile nach gebuchten Bruttobeiträgen direkt, Köln.
[2] Grundy, T. (2006): Rethinking and reinventing Michael Porter's five forces model, Strategic Change, 15(5), S. 213–229, Chichester: Wiley.
[3] Rastogi, N.; Trivedi, M. K. (2016): PESTLE technique – a tool to identify external risks in construction projects, International Research Journal of Engineering and Technology (IRJET), 3(1), S. 384–388.
[4] Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung (2020): Trendwende: Wieder mehr Wechsel aus der GKV in die Private Krankenversicherung als umgekehrt, https://www.pkv.de/presse/pressemitteilungen/2020/0129-trendwende-2019-mehr-wechsel-in-die-pkv/, abgerufen am 05.11.2020.
[5] Ebd.
[6] Verband der Privaten Krankenversicherung (2016): Kennzahlenkatalog der Privaten Krankenversicherung, https://www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/kennzahlenkatalog/, S. 8–9, abgerufen am 05.11.2020.
[7] Die Klassifikation „Hauptversicherungsarten" umfasst laut Definition des KIVI-Zahlenbandes 2019: Krankheitskostenvollversicherung, Krankentagegeldversicherung, Krankenhaustagegeldversicherung, Krankheitskostenteilversicherung, Pflegepflichtversicherung inkl. Gesetzlicher Pflegeversicherung (GPV), ergänzende Pflegezusatzversicherung sowie die geförderte und ergänzende Pflegeversicherung „Pflege-Bahr". KIVI – Kölner Institut für Versicherungsinformation (2019): Zahlenband Kranken, Marktanteile nach gebuchten Bruttobeiträgen direkt, Köln.
[8] Der zugrunde liegende Datensatz wurde um einen Ausreißerwert bereinigt, um die Durchschnittsbetrachtung nicht zu verzerren.
[9] Verband der Privaten Krankenversicherung (o.J.): Was sollte ich bei einem Wechsel zu einem anderen PKV-Unternehmen beachten?, https://www.pkv.de/themen/krankenversicherung/so-funktioniert-die-pkv/was-sollte-ich-bei-einem-wechsel-zu-einem-anderen-pkv-unternehmen-beachten/, abgerufen am 05.11.2020.
[10] Verband der Privaten Krankenversicherung (2016): Kennzahlenkatalog der Privaten Krankenversicherung, https://www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/kennzahlenkatalog/, S. 8, abgerufen am 05.11.2020.
[11] Ebd., S. 11–12.

[12] Verband der Privaten Krankenversicherung (o.J.): Wie funktioniert eine Beitragsanpassung in der PKV?, https://www.pkv.de/themen/krankenversicherung/die-beitragskalkulation-in-der-pkv/wie-funktioniert-eine-beitragsanpassung-in-der-pkv/, abgerufen am 05.11.2020.

[13] Verband der Privaten Krankenversicherung (o.J.): Tarifwechsel-Leitlinien der PKV, https://www.pkv.de/verband/tarifwechsel-leitlinien-pkv/, abgerufen am 05.11.2020.

[14] Versicherungsvertragsgesetz: § 204 Absatz (1)–(4) VVG.

[15] Bundeszentrale für politische Bildung (2019): Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur, https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61541/altersstruktur, abgerufen am 05.11.2020.

[16] Destatis (2017): Krankheitskosten, Pressemitteilung vom 29.09.2017, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankheitskosten/_inhalt.html, abgerufen am 05.11.2020.

[17] Verband der Privaten Krankenversicherung (2019): So stark steigen die Leistungsausgaben in der Krankenversicherung, https://www.pkv.de/presse/meldungen/leistungsaugaben-pkv-und-gkv/, abgerufen am 05.11.2020.

[18] Verband der Privaten Krankenversicherung (o.J.): Vorsicht Bürgerversicherung, https://www.pkv.de/themen/krankenversicherung/buergerversicherung/, abgerufen am 05.11.2020.

[19] Verband der Privaten Krankenversicherung (2017): Krankenversicherung der Beamten öffnet Tür zur Bürgerversicherung, https://www.pkv.de/presse/faktencheck/hamburger-gesetzesvorschlag-zur-krankenversicherung-der-beamten/, abgerufen am 05.11.2020.

[20] Verband der Privaten Krankenversicherung (2017): Aufwärtstrend bei Zahnzusatzversicherungen hält an, https://www.pkv.de/presse/meldungen/zahnzusatzanstieg/, abgerufen am 05.11.2020.

[21] Bundesministerium für Gesundheit (2020): E-Health – Digitalisierung im Gesundheitswesen, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/e-health-initiative.html, abgerufen am 05.11.2020.

[22] Verband der Privaten Krankenversicherung (2020): Gemeinsame Pressemitteilung: Einheitliche digitale Infrastruktur für das Gesundheitswesen, https://www.pkv.de/presse/pressemitteilungen/2020/0403-einheitliche-digitale-infrastruktur/, abgerufen am 05.11.2020.

[23] gematik (2020): Welcome: PKV wird Gesellschafter der gematik, https://www.gematik.de/news/news/welcome-pkv-wird-gesellschafter-der-gematik/, abgerufen am 05.11.2020.

[24] Bundesministerium für Gesundheit (2020): E-Health – Digitalisierung im Gesundheitswesen, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/e-health-initiative.html, abgerufen am 05.11.2020.

[25] KIVI – Kölner Institut für Versicherungsinformation (2019): Zahlenband Kranken, Marktanteile nach gebuchten Bruttobeiträgen direkt, Köln.

[26] Ebd.

[27] Verband der Privaten Krankenversicherung (o.J.), Wer kann sich privat versichern?, https://www.pkv.de/themen/krankenversicherung/so-funktioniert-die-pkv/wer-kann-sich-privat-versichern/, abgerufen am 05.11.2020.

[28] Verband der Privaten Krankenversicherung (o.J.): Zusatzversicherung zum GKV-Schutz, https://www.pkv.de/themen/krankenversicherung/zusatzversicherung/zusatzversicherung-zum-gkv-schutz/, abgerufen am 05.11.2020.

[29] Verband der Privaten Krankenversicherung (o.J.): Pflegetagegeld- und Pflegekostenversicherung, https://www.pkv.de/themen/pflege/pflege-zusatzversicherung/welche-pflegezusatzversicherung-passt-zu-mir, abgerufen am 05.11.2020.

[30] Ebd.

[31] Verband der Privaten Krankenversicherung (2020): Betriebliche Lösungen minimieren Risiko der Pflegelücke, https://www.pkv.de/presse/meldungen/vorteil-fuer-alle-die-betriebliche-pflegezusatzversicherung/, abgerufen am 05.11.2020.

[32] Verband der Privaten Krankenversicherung (2018): Zahlenbericht 2018, https://www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2018/, S. 13, abgerufen am 05.11.2020.

[33] Verbraucherzentrale NRW e.V. (2019): Pflegezusatzversicherung – eine sinnvolle Absicherung fürs Alter?, https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/pflegeantrag-und-leistungen/pflegezusatzversicherung-eine-sinnvolle-absicherung-fuers-alter-29435, abgerufen am 05.11.2020.

[34] Deloitte (2019): Krankenversicherung im Wandel, https://www2.deloitte.com/de/de/pages/financial-services/articles/krankenversicherung-im-wandel.html, abgerufen am 05.11.2020.

[35] Deloitte (2019): Digitalisierung des Gesundheitsmarktes, https://www2.deloitte.com/de/de/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/digitalisierung-des-gesundheitsmarktes.html, abgerufen am 05.11.2020.

[36] Bundesministerium für Gesundheit (o.J.): Prävention, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praevention.html, abgerufen am 05.11.2020.

[37] Amelung, V. E. (2012), Managed Care: Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 5. Auflage, Gabler Verlag, S. 20.

[38] Verband der Privaten Krankenversicherung (o.J.): Wahlfreiheit, https://www.pkv.de/themen/krankenversicherung/gute-gruende-fuer-die-pkv/wahlfreiheit/, abgerufen am 05.11.2020.

[39] Bundesministerium für Gesundheit (2020): E-Health – Digitalisierung im Gesundheitswesen, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/e-health-initiative.html, abgerufen am 05.11.2020.

[40] Bundesministerium für Gesundheit (2019): Schnellere Termine, mehr Sprechstunden, bessere Angebote für gesetzlich Versicherte, vom 10.05.2019, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.html, abgerufen am 05.11.2020.

[41] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (o.J.): Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/DVG/_node.html, abgerufen am 05.11.2020.

Über diese Studie

Teilnehmer

Liste der Unternehmen, die an der Studie teilgenommen und einer Namensnennung zugestimmt haben:

- Allianz Private Krankenversicherungs-AG (Allianz-Deutschland-AG-Konzern)
- ARAG Krankenversicherungs-AG (ARAG Konzern)
- Concordia Krankenversicherungs-AG (Concordia Versicherungen)
- Continentale Krankenversicherung a. G. (Continentale Versicherungsverbund)
- Debeka Krankenversicherungsverein a. G. (Debeka-Gruppe)
- DKV Deutsche Krankenversicherung AG (ERGO Group)
- Generali Deutschland Krankenversicherung AG (Generali Gruppe)
- HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit (ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern)
- HanseMerkur Krankenversicherung AG (HanseMerkur-Gruppe)
- HUK-COBURG-Krankenversicherung AG (HUK-COBURG Versicherungsgruppe)
- Landeskrankenhilfe V.V.a.G.
- LVM Krankenversicherungs-AG (LVM Versicherung)
- Münchener Verein Krankenversicherung a. G. (Münchener Verein Versicherungsgruppe)
- Süddeutsche Krankenversicherung a. G. (SDK Versicherungsgruppe)
- Württembergische Krankenversicherung AG (Wüstenrot & Württembergische-Konzern)

Autoren

Prof. Dr. Thomas Neusius
(Hochschule RheinMain, Wiesbaden Business School)

Tobias Teegelbekkers-Schmitz
(Institut für Versicherungswissenschaft an der Universität zu Köln)

Stefanie Kampmann
(Deloitte Consulting GmbH)

Nils Dennstedt
(B&W Deloitte GmbH)

Dr. Zoran Nikolić
(B&W Deloitte GmbH)

Andrea Karaman
(Deloitte Consulting GmbH)

Dr. Christopher Bierth
(B&W Deloitte GmbH)

Philipp Widmann
(Deloitte Consulting GmbH)

In Zusammenarbeit mit

Hochschule RheinMain, Wiesbaden Business School

wifin Wiesbaden Institute of Finance and Insurance
RheinMain University of Applied Sciences

Institut für Versicherungswissenschaft an der Universität zu Köln (IVK)

Kontakt

Nils Dennstedt
Partner
Lead Actuarial and Insurance Services
Tel: +49 (0)151 58070968
ndennstedt@deloitte.de

Stefanie Kampmann
Partner
Offering & Business Lead Insurance Consulting
Tel: +49 (0)151 58004943
stkampmann@deloitte.de

Dr. Zoran Nikolić
Partner
Lead Actuarial Data Science
Tel: +49 (0)151 58077609
znikolic@deloitte.de

Andrea Karaman
Manager
Insurance Operations
Tel: +49 (0)151 58075473
ankaraman@deloitte.de

Deloitte.

Deloitte bezieht sich auf Deloitte Touche Tohmatsu Limited („DTTL“), ihr weltweites Netzwerk von Mitgliedsunternehmen und ihre verbundenen Unternehmen (zusammen die „Deloitte-Organisation“). DTTL (auch „Deloitte Global“ genannt) und jedes ihrer Mitgliedsunternehmen sowie ihre verbundenen Unternehmen sind rechtlich selbstständige und unabhängige Unternehmen, die sich gegenüber Dritten nicht gegenseitig verpflichten oder binden können. DTTL, jedes DTTL-Mitgliedsunternehmen und verbundene Unternehmen haften nur für ihre eigenen Handlungen und Unterlassungen und nicht für die der anderen. DTTL erbringt selbst keine Leistungen gegenüber Mandanten. Weitere Informationen finden Sie unter www.deloitte.com/de/UeberUns.

Deloitte ist ein weltweit führender Dienstleister in den Bereichen Audit und Assurance, Risk Advisory, Steuerberatung, Financial Advisory und Consulting und damit verbundenen Dienstleistungen; Rechtsberatung wird in Deutschland von Deloitte Legal erbracht. Unser weltweites Netzwerk von Mitgliedsgesellschaften und verbundenen Unternehmen in mehr als 150 Ländern (zusammen die „Deloitte-Organisation“) erbringt Leistungen für vier von fünf Fortune Global 500®-Unternehmen. Erfahren Sie mehr darüber, wie rund 330.000 Mitarbeiter von Deloitte das Leitbild „making an impact that matters“ täglich leben: www.deloitte.com/de

Diese Veröffentlichung enthält ausschließlich allgemeine Informationen. Weder die Deloitte GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft noch Deloitte Touche Tohmatsu Limited („DTTL“), ihr weltweites Netzwerk von Mitgliedsunternehmen noch deren verbundene Unternehmen (zusammen die „Deloitte-Organisation“) erbringen mit dieser Veröffentlichung eine professionelle Dienstleistung. Diese Veröffentlichung ist nicht geeignet, um geschäftliche oder finanzielle Entscheidungen zu treffen oder Handlungen vorzunehmen. Hierzu sollten sie sich von einem qualifizierten Berater in Bezug auf den Einzelfall beraten lassen.

Es werden keine (ausdrücklichen oder stillschweigenden) Aussagen, Garantien oder Zusicherungen hinsichtlich der Richtigkeit oder Vollständigkeit der Informationen in dieser Veröffentlichung gemacht, und weder DTTL noch ihre Mitgliedsunternehmen, verbundene Unternehmen, Mitarbeiter oder Bevollmächtigten haften oder sind verantwortlich für Verluste oder Schäden jeglicher Art, die direkt oder indirekt im Zusammenhang mit Personen entstehen, die sich auf diese Veröffentlichung verlassen. DTTL und jede ihrer Mitgliedsunternehmen sowie ihre verbundenen Unternehmen sind rechtlich selbstständige und unabhängige Unternehmen.

Stand 12/2020