



Universität St.Gallen

Institut für Versicherungswirtschaft



I.VW Management-Information

St.Galler Trendmonitor für Risiko- und Finanzmärkte

Digital Health

Digital Health Today and Tomorrow

Digital Health aus medizinischer Perspektive

Fünf revolutionäre Digital-Health-Trends

Digitale Werkzeuge der Krankenversicherer

Zukunft der Krankenzusatzversicherung

Aktuell: Wie kann digitale Führung gelingen?

Aktuell: The pandemic and Chinese insurtechs

Die Zukunft der Krankenzusatzversicherung



Philip Sommer



David Roman



Larissa Ruprecht

Über 2,4 Millionen Personen in der Schweiz besitzen eine halbprivate oder private Spitalzusatzversicherung und investieren damit bewusst über die Basisversorgung hinaus in ihre Gesundheit und ihren Komfort. Die traditionellen Produktangebote der privaten Krankenversicherer passen jedoch immer weniger zu den Kundenbedürfnissen und dem Marktumfeld. Die Anforderungen der Kunden, der Aufsichtsbehörde und der Leistungserbringer entwickeln sich stetig weiter und verursachen eine Marktdynamik, welcher sich die Versicherer stellen müssen. Gerade bei der Spitalzusatzversicherung sind viele der aktuellen Produkte nicht auf die verschiedenen Anforderungen der zunehmend heterogeneren Kundengruppen ausgerichtet beziehungsweise können nicht schnell genug an die sich wandelnden Marktbedingungen angepasst werden. Fehlende Flexibilität beziehungsweise Modularität und Innovation belasten die klassischen (privaten und halbprivaten) Spitalzusatzversicherungen. Aufgrund des Bestandschutzes ist es schwierig, die Produkte weiterzuentwickeln.

Kundenbedürfnisse als Innovations-treiber

Versicherer müssen die Kundenbedürfnisse kennen und die entsprechenden Prozesse an sie anpassen. Gerade aufgrund der fortschreitenden Digitalisierung ist diese Fähigkeit für die Behauptung des eigenen Wettbewerbsvorteils und das Gewinnen neuer Marktanteile entscheidend. Das gilt vor allem für die Spitalzusatzversicherung, bei der sich viele Kunden vor allem Komfort, Flexibilität und Modularität wünschen. Durch die Erfüllung der Kundenanforderungen ist es dem Versicherer möglich, langfristig nachhaltige Kundenbindungen aufzubauen und sich so einen Wettbewerbsvorteil zu verschaffen.

Kunden erhalten durch den Abschluss einer Spitalzusatzversicherung beispielsweise die freie Arzt- und Spitalwahl oder auch die Wahl eines Einzel- beziehungsweise Zweierzimmers, welches unter anderem für mehr Privatsphäre sorgt. Auch beim Abschluss der Versicherung wird es immer wichtiger, dem Kunden Wahlmöglichkeiten zu bieten. Abschlüsse sollten sowohl digital (zum Beispiel via App oder Website) als auch über den herkömmlichen Weg (das heisst durch persönliche Beratung) möglich sein.

Der Kundenwunsch nach Onlineservices ist gerade letztes Jahr stark gestiegen. Vor allem jüngere Kundengruppen sehen digitale Möglichkeiten nicht mehr nur als Option, sondern setzen sie auch im Bereich der Krankenversicherung als Standard voraus. Ein unkomplizierter und schneller Produktabschluss ist im Gesundheitsbereich allerdings oftmals nicht möglich. Einerseits liegt das am notwendigen Gesundheitscheck, welcher das Abschlussprozedere aufwändiger macht. Andererseits zeigt sich auch hier, dass ein einfaches, gut vergleichbares und klar abgrenzbares Produktangebot fehlt, welches sich für einen digitalen Abschluss eignen würde.

Des Weiteren reicht es nicht mehr aus, nur gute Produkte anzubieten. Die Versicherungsnehmer möchten Wow-Faktoren wie beispielsweise mehr Personalisierung in der Beziehung zwischen Versichertem und Versicherer oder zusätzliche Dienstleistungen, welche über den Standardverkauf eines Produkts hinausgehen. Das Gesundheitsbewusstsein der Menschen steigt kontinuierlich, dementsprechend möchten Kunden für einen gesunden Lebensstil belohnt werden beziehungsweise die Auswirkungen auf ihre Versicherung verstehen. Dies bezieht sich vor allem auf ihre individuellen Risikofaktoren, welche wieder-

Autorinnen und Autoren

Philip Sommer ist Partner und Leiter des Bereichs Gesundheitswesen bei PwC Schweiz.

David Roman ist Director im Bereich Gesundheitswesen bei PwC Schweiz.

Larissa Ruprecht ist Associate bei PwC Schweiz mit Fokus auf den Versicherungsmarkt.

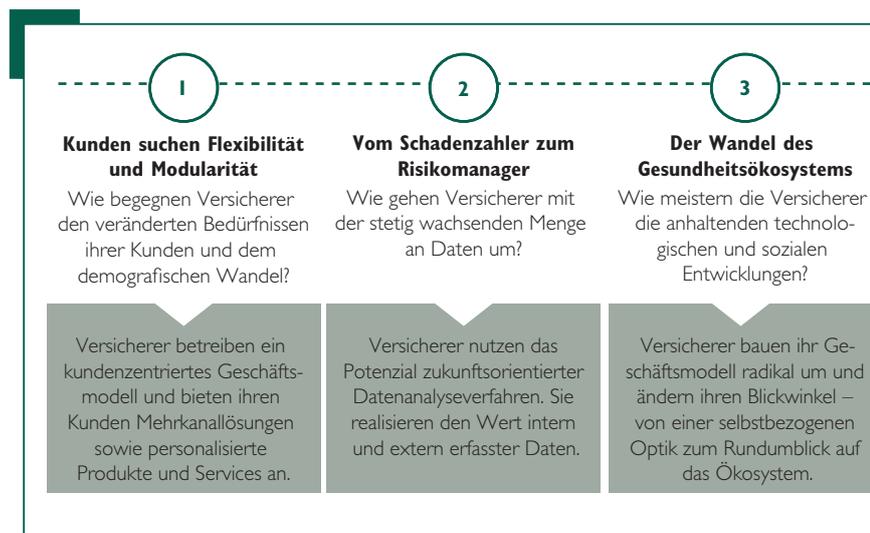


Abb. 1: Hypothesen zum Versicherer der Zukunft

rum die Versicherungsprämie beeinflussen können.

Der Trend von stationären zu ambulanten Behandlungen ist eine weitere Herausforderung. Zudem sinkt das Differenzierungspotenzial für relevante Mehrleistungen aufgrund des steigenden Komfortstandards für Allgemeinversicherte. Zusatzversicherungen werden dadurch vor allem für jüngere Kunden unattraktiver. Bei älteren Kunden ist die Deckung in der Regel noch höher beziehungsweise langfristiger. Dies lässt sich vor allem durch den nicht möglichen Wiedereinstieg im höheren Alter begründen, weshalb viele ältere Kunden ihre Zusatzversicherung behalten.

Generell lässt sich eine Tendenz zur Wahl einer tieferen Versicherungsklasse feststellen, welche durch die vermehrte Wahl von Flex-Produkten bestätigt wird. Flex-Produkte ermöglichen es dem Kunden, am Tag der Hospitalisierung ein Ein- oder Zweibettzimmer zu wählen und die gewünschte Flexibilität über die Versicherungsdauer beizubehalten. Diese Flexibilität bei niedrigeren Versicherungsbeiträgen überzeugt mehr und mehr Kunden.

Auswirkungen regulatorischer und politischer Ansätze

Mit der Gründung der FINMA im Jahr 2009 gab es erstmals eine privatversi-

cherungsrechtlich orientierte Aufsicht in der Krankenzusatzversicherung. Die FINMA setzt sich seitdem für die privatisierte Gestaltung der Zusatzversicherungsportfolios ein, was sie erstmals durch ihr Rundschreiben 2010 (Notwendigkeit selbsttragender Finanzierungsmodelle) zum Ausdruck brachte. Im Dezember 2020 forderte die FINMA alle Versicherer und Spitäler zu mehr Transparenz im Krankenzusatzbereich auf. Dies gilt vor allem für eine nachvollziehbare betriebswirtschaftliche Basis der Preisbildung und Abrechnung. Folglich dürfen nur Leistungen, welche eindeutig über die jeweiligen Grundleistungen hinausgehen und transparent ausgewiesen werden, verrechnet werden. Das beansprucht mehr Managementkapazitäten. Ferner ergibt sich eine stärkere Kontrollfunktion gegenüber den Leistungserbringern, die eine innovative und reibungslose Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Versicherer erschwert.

Auch der Trend von stationärer zu ambulanter Behandlung lässt sich teilweise durch einen politischen Anreiz in Form von Kostensenkungen der Kantone erklären und stellt die traditionell stationäre Spitalzusatzversicherung in Frage. Immer mehr Eingriffe werden ambulant durchgeführt und sind somit nicht von der stationären Spitalzusatzversicherung gedeckt. Das verringert langfristig die Attraktivität des Produkts.

Innovationsdruck durch die Leistungserbringer

Aufgrund des «Aufrüstens» der öffentlichen Spitäler im Bereich der Grundversicherung gleichen sich die Leistungen der Grund- und Zusatzversicherung immer mehr an. Dies zeigt sich beispielsweise am Vorgehen des Universitätsspitals Zürich oder des Kantonsspitals Aarau, welche für ihre geplanten Neubauten nur noch Einzelzimmer vorsehen. Natürlich stellt dieses Vorgehen die bisherige Differenzierung der Spitalzusatzversicherung über das Kriterium der Bettenbelegung in Frage. Da Komfort eines der Hauptargumente für einen Abschluss der Spitalzusatzversicherung ist, dürfte die Nachfrage nach diesem Zusatzversicherungsprodukt abnehmen, falls keine zusätzliche Produktinnovationen vorgesehen sind.

Während die Erträge aus den Zusatzversicherungen auf Seiten der Leistungserbringer zur medizinischen Weiterentwicklung, der Förderung von Innovation und der Finanzierung besserer Infrastrukturen verwendet wird, ist es für Versicherer schwieriger, Innovationen in der Spitalzusatzversicherung, die einen echten Mehrwert für den Kunden liefern, umzusetzen.

Die Zukunft der Spitalzusatzversicherung

Sowohl die regulatorischen Anforderungen der FINMA als auch die neuen Anforderungen der Kunden und Leistungserbringer sind bei bestehenden und künftigen Versicherungsprodukten umzusetzen. Der Versicherer der Zukunft sollte die Bedürfnisse seiner Kunden in den Fokus stellen, den Wert von internen und externen Daten schätzen, einen Blick für den Markt und dessen Innovationspotenzial haben und dessen Wandel als Entwicklungschance betrachten (siehe Abbildung 1). Gerade eine Zusammenarbeit des Regulators, der Leistungserbringer und der Versicherer ist massgebend für eine innovative Entwicklung des Krankenversicherungsbereichs, beispielsweise bei der Entwicklung von Mehr-

leistungskonzepten durch die Spitäler, welche wiederum durch die Versicherer bewertet werden. Dabei sollten Spitäler und Versicherer im Diskurs mit der FINMA zukunftstaugliche und für alle Anspruchsgruppen gewinnbringende Produkte im Bereich der Zusatzversicherungen gestalten.

Kunden suchen Flexibilität und Modularität

Die aktuelle Produktgestaltung sollte grundlegend hinterfragt und neu auf die verschiedenen Kundenbedürfnisse ausgerichtet werden. Der Erfolg der Flex-Produkte zeigt klar, dass Flexibilität und individuelle, modular gestaltbare Produkte stark nachgefragt sind. Flexibilität wird zudem auch bei der freien Wahl von Terminen respektive einem rascheren Zugang zu nicht dringlichen elektiven Behandlungen immer wichtiger. In der Folge kann die effektive Differenzierung der Grund- und Zusatzversicherungsleistungen stärker zunehmen, um den künftigen Bedürfnissen besser Rechnung zu tragen.

Im stetig wachsenden ambulanten und telemedizinischen Markt werden disruptive Innovationen stattfinden. Spitäler werden immer ambulanter, gleichzeitig gibt es immer mehr digitale, telemedizinische Lösungen, welche die Grundversicherung nicht abdeckt. In diesen Bereichen besteht Potenzial für Mehrleistungen. Dabei werden nicht nur bestehende Versicherungsprodukte weiterentwickelt, sondern auch grundlegend neue Versicherungsprodukte geschaffen, die solche Mehrleistungen beinhalten. Wichtig ist es hierbei, die Produkte auf die Kundenbedürfnisse auszurichten.

Die Krankenversicherer können den Markt aktiv mitgestalten. Das Geschäft der Zusatzversicherung ist als strategisches Geschäftsfeld neu auszurichten. Hierbei sollten das vorhandene Know-how sowie die passende IT-Architektur ausführlicher geprüft und an die Kundenbedürfnisse angepasst werden. Ohne die Modernisierung bestehender und die Entwicklung neuer innovativer

Produkte geraten die Krankenversicherer zunehmend unter Druck. Dies kann beispielsweise durch den Markteintritt neuer innovativer Player aus dem Versicherungs- oder Retailmarkt beschleunigt werden. Das ist aber gleichzeitig auch eine Chance für Kooperationen. Versicherer ergreifen diese Gelegenheit, um auch ihre internen Prozesse an die modernisierten Produkte sowie das erweiterte Setup mit neuen Kooperationspartnern anzupassen.

Vom Schadenzahler zum Risikomanager

Im Rahmen der Digitalisierung unterstützen Krankenversicherer immer mehr die Nutzung von Gesundheitsapps. Solche Apps bieten Kunden Unterstützung bei einem gesunden Lebensstil (zum Beispiel durch Bewegungstracker, Anti-Stress-Apps oder digitale Ernährungsberater) oder helfen beim Umgang mit bereits diagnostizierten Krankheiten wie Diabetes. Beispielsweise bietet die CSS Versicherung über ihre Belohnungsapp ihren Kunden die Möglichkeit, mehr über ihre Gesundheit zu erfahren. Die Kunden werden mit activePoints, welche sie durch Erfüllung bestimmter Aktivitäten gewinnen können (beispielsweise Sport, Schrittzahl pro Woche oder regelmässige Gesundheitschecks) für einen gesunden Lebensstil belohnt. Durch die Erfassung solcher Gesundheitsdaten können Produkte beziehungsweise Dienstleistungen modernisiert und ausgeweitet werden.

Daten und Interaktion können einen echten Mehrwert schaffen, weil sie es Kunden ermöglichen zu verstehen, welchen Risiken sie effektiv ausgesetzt sind und wie viele davon sie versichern möchten. Das Ergebnis sind gezieltere und flexiblere Zusatzversicherungen, welche in der Lage sind, auf das jeweilige Risikoprofil, die Risikobereitschaft und das Finanzbudget jedes Kunden zu reagieren.

Hinter diesen datenbasierten Entwicklungen steht ein grundlegender Wandel des Versicherers vom reaktiven Schadenzahler zum proaktiven Risikomanager.

Wenn Kunden dabei unterstützt werden, ihre Gesundheitsrisiken besser zu verstehen und zu mindern, würden sich der wahre Wert und die Unterschiede des Risikomanagement-Know-hows der Versicherer deutlicher abzeichnen. Sie wären eher in der Lage, im Namen des Kunden eine Reihe personalisierter Dienstleistungen anzubieten.

Digitale Lösungen können grundsätzlich in drei Kategorien unterschieden werden:

- *Process Enabler* zielen darauf ab, die Gesundheitsversorgung zu verbessern, indem das Gesundheitswesen Prozesse effizienter gestaltet oder neue digitale Kanäle anbietet. Beispiele hierfür sind Chatbots, Robotics (RPA) oder Telemedizin.
- *Ecosystem Enhancer* lösen Silos im Gesundheitssystem auf, um bessere Zusammenarbeit, die gemeinsame Nutzung von Daten und ein nahtloses Erlebnis zu ermöglichen. Beispiele hierfür sind die elektronische Gesundheitsakte oder das elektronische Patientendossier (EPD).
- *Outcome Booster* verwenden neue Behandlungsmethoden, um eine messbare Verbesserung der medizinischen Ergebnisse, der Lebensqualität und des gesundheitsökonomischen Nutzens zu erreichen. Beispiele hierfür sind die kognitive Verhaltenstherapie sowie personalisierte Medizin.

Der Wandel des Gesundheitsökosystems

Um über die Rolle des reinen «Zahlers» beziehungsweise «Administrators» hinauszuwachsen, gehen viele Krankenversicherer Kooperationen mit Leistungserbringern ein. Solche Kooperationen mit traditionellen Leistungserbringern findet man aktuell auf dem Schweizer Krankenversicherungsmarkt, allerdings gibt es keine tiefgehenden Integrationen. Zukünftig könnte vor allem im Bereich der alternativen Versicherungsmodelle das digitale Angebot ausgeweitet werden, wie es beispielsweise Sanitas mit dem Partner Medbase beweist. Das Multiaccess-Modell stellt nicht nur

Kosten, sondern auch den Komfort der Versicherten in den Fokus. Durch dieses Angebot kann sich die Muttergesellschaft Migros eine Schlüsselrolle im Umbruch des Gesundheitsbereichs sichern. Migros bietet darüber hinaus Angebote in den Bereichen Wellness, Prävention, Medikamentenversorgung (Apotheken) und medizinische Leistungserbringung an, weshalb sie als eine der Gestalterinnen des Gesundheitsökosystems gilt.

Angesichts eines möglichen Trends hin zu Ökosystemlösungen ist es für Krankenversicherer wichtig, sich bei diesem Wandel richtig zu positionieren. Der oben beschriebene Ansatz gilt bisher allerdings nur für die Grundversicherung. Er könnte zusammen mit ausgewählten Leistungserbringern auch auf die Zusatzversicherung ausgeweitet

werden, um so neue innovative Wege zu beschreiten. Beispielsweise können schwere Gesundheitsrisiken mit einem privaten Leistungserbringer gedeckt werden, sodass ein auf die Kundenbedürfnisse abgestimmtes Leistungsangebot erstellt wird. Hierbei könnte der Fokus auf der freien Arzt- und Spitalwahl, der freien Wahl des Termins bei elektiven, nicht dringenden Behandlungen sowie dem Zugang zu den neuesten Therapien und Medikamenten liegen, welche noch nicht von der Grundversicherung übernommen werden.

Fazit

Der Krankenversicherungsmarkt verändert sich aufgrund der neuen Anforderungen infolge von sich ändernden Kun-

denbedürfnissen, Innovationen durch den Leistungserbringer und regulatorischen sowie politischen Anreizen. Versicherer sollten ihre aktuellen Produkte überdenken und anpassen. Das gilt vor allem für den Bereich der Zusatzversicherungen. Aufgrund der Komplexität der technischen Herausforderungen, der regulatorischen Auflagen und der finanziellen Implikationen dürfte es aber kaum einem Krankenversicherer im Alleingang gelingen, sich sprunghaft zu verbessern. Es bedarf vielmehr umfassender Digitalisierungsstrategien, gezielter Kooperationen und zielführender Einkäufe von Marktlösungen.



Universität St. Gallen
Institut für Versicherungswirtschaft

Start
20.02.2022



HSG-Diplomprogramm Insurance Management 2022

17. Durchführung

Start:
20. Februar 2022

Dauer:
36 Tage

Preis:
CHF 35'900



Wünschen Sie ein kostenloses
Beratungsgespräch?
Dann nehmen Sie mit mir Kontakt auf.

Programmleiter
Dr. Marco Allenspach
+41 71 224 79 42
marco.allenspach@unisg.ch

Branchenwissen und Managementkompetenz
Die Kombination aus Branchenerfahrung, neuen Erkenntnissen aus der Managementforschung, aktuellen Case Studies und Best Practices sowie der Aufbau eines internationalen Netzwerks machen das Programm zu einem prägenden Erlebnis und unterstützen nachhaltig den nächsten Karriereschritt.

Studieninhalte

- Modul I: Strategisches Management
- Modul II: Innovative Geschäftsmodelle
- Modul III: Strategisches Prozessmanagement
- Modul IV: Schaffung von Kundenwert
- Modul V: Finanzielle Führung
- Modul VI: Transformation und Leadership

Interessiert?
Dann melden Sie sich zur Online Info-Session am 9. November 2021 um 13 Uhr an und erfahren Sie mehr über das Diplomprogramm.

Registrieren Sie sich kostenfrei hier:



unisg.link/das-insurance

AKKREDITIERUNGEN






“From insight to impact” 



Universität St.Gallen

Institut für Versicherungswirtschaft

Impressum

43. Jahrgang 3 • 2021

Herausgeber:

Institut für Versicherungswirtschaft
der Universität St.Gallen
Tannenstrasse 19
9000 St.Gallen
Schweiz
E-Mail: ivwhsg@unisg.ch
www.ivw.unisg.ch

Redaktionsteam:

Jonas Jahnert
Jan-Christian Fey
Andreina Zink
Telefon +41 71 224 36 55

Satz und Druck:

Cavelti AG, Marken. Digital und gedruckt.