

STUDIE ZUM PRIVATEN KRANKEN-  
VERSICHERUNGSMARKT 2021

# Der Weg zum Gesundheits- dienstleister

Die Transformation der privaten Krankenversicherer

# Zentrale Erkenntnisse

- 1** Die Digitalisierung des Gesundheitssystems ist dringend notwendig. Nicht nur in der Pandemie **bieten digitale Services Mehrwerte** für Kunden, medizinisches Personal und Versicherer.
- 2** Immer mehr private Krankenversicherer **erweitern ihr Leistungsportfolio** um zusätzliche (digitale) Gesundheitsservices.
- 3** Große private Krankenversicherer bieten ein umfassendes Angebot an zusätzlichen Services. Doch eine **Gruppe mittelständischer „Challenger“** sticht mit einem ebenfalls **breiten Angebot** aus der Masse heraus.
- 4** Zentrale Erfolgsfaktoren auf dem Weg zu einem lösungsorientierten, wirtschaftlich tragfähigen Gesundheitsdienstleister sind **Kooperationen** sowie ein effizientes **Dienstleistermanagement**.
- 5** Auch ein Ökosystem aus Gesundheitsdienstleistern muss **effizient** ausgestaltet sein. Ein **datenbasiertes Nutzencontrolling** liefert Antworten auf zentrale Fragen wie **Ausgabensenkung** und **Monetarisierung**.

# Gut zu wissen

Die **private Krankenversicherung ist im Wandel**. Immer mehr Anbieter möchten vom Kunden nicht mehr nur als reiner Kostenerstatter wahrgenommen werden, sondern als **Dienstleister rund um das Thema Gesundheit**.

Es gibt zwei wesentliche Treiber dieser Wandlung: erstens die **Digitalisierung** mit ihren neuen Möglichkeiten der Interaktion zwischen allen Beteiligten im Gesundheitssystem, zweitens zur **Kompensation des allgemeinen Kostendrucks**. **Wachstum** als Ventil für den Kostendruck lässt sich nur schwer realisieren.

In dieser Situation rückt der **Kunde** mit seinen **Bedürfnissen** ins Zentrum. Patientinnen und Patienten wollen vermehrt proaktiv und präventiv handeln. **Hierin liegt eine große Chance – neue Touchpoints entstehen**.

Wo sich die **Versicherer** auf ihrem Weg zu einem **lösungsorientierten Gesundheitsdienstleister** gerade befinden, analysiert zeb in der vorliegenden Studie. Im Fokus steht das **Angebot an Gesundheitsservices**.

Die Großen der Branche verfügen über das umfassendste Portfolio. Überraschenderweise steht ihnen aber eine Gruppe **mittelständischer „Challenger“** beinahe in nichts nach. **Ihr Erfolgsrezept: ein starkes Netzwerk von Kooperationspartnern**.

## Der Weg zum lösungsorientierten Gesundheitsdienstleister

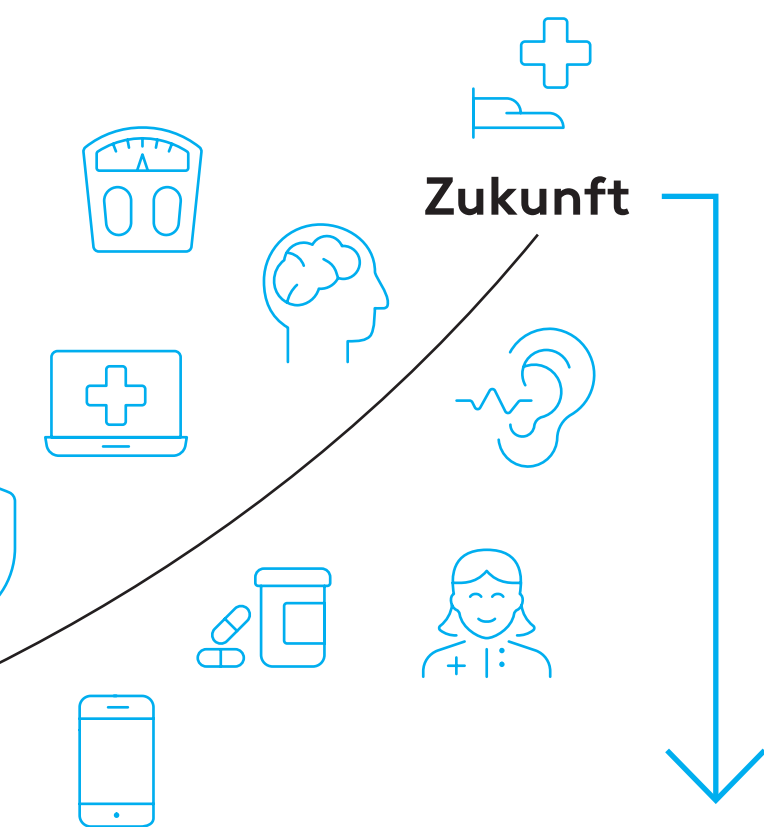
**Vergangenheit**

**Kerngeschäft ist die Übernahme  
und Erstattung von Krankheits-  
kosten als reiner Kostenerstatter**



# Zukunft als Gesundheitsdienstleister

Die Weiterentwicklung des Geschäftsmodells vom Kostenerstatter zum Gesundheitsdienstleister macht Versicherer zum Begleiter in jeder Situation



Die Entwicklung der privaten Krankenversicherung hin zum Gesundheitsdienstleister wird im Wesentlichen von zwei Faktoren getrieben. Der erste ist die Digitalisierung mit ihren neuen Möglichkeiten der Interaktion zwischen allen Beteiligten im Gesundheitssystem. Dank neuer Technologien wie der elektronischen Patientenakte (ePA) oder medizinischen Beratung per App können Versicherer heute auf vielfältige Weise die Interaktion mit den Kunden im Kontext Gesundheit fördern. Durch die erneute Beteiligung des Verbands der Privaten Krankenversicherung an der gematik wird die Digitalisierung des Gesundheitssystems seit April 2020 wieder gemeinsam vorangetrieben. Nicht zuletzt die Pandemie macht deutlich, dass Deutschland hier Nachholbedarf hat. In anderen europäischen Ländern ist beispielsweise ein digitaler Impfpass bereits Realität.

**Erweiterung des Kerngeschäfts:  
Reine Versicherungsleistung wird um  
zusätzliche Services ergänzt; als Resultat  
folgt die Positionierung als umfassender  
Gesundheitsdienstleister**

Der zweite Treiber ist der Kostendruck. Hierfür sind mehrere Faktoren verantwortlich. Wegen der Niedrigzinspolitik stehen den Versicherern kaum noch Anlagen mit auskömmlichen Renditen zur Verfügung. Das macht sich beim Kapitalanlageergebnis bemerkbar. Gleichzeitig steigen die Ausgaben – zum Beispiel für Investitionen in die Digitalisierung oder durch höhere Leistungsaufwendungen aufgrund des medizinischen Fortschritts.

Wachstum als Ventil für den Kostendruck lässt sich nur schwer realisieren. Der Markt für Vollversicherungen wächst aktuell kaum noch. Der Zutritt Jüngerer wird systematisch erschwert, etwa durch die steigende Jahresarbeitsentgeltgrenze. Ein wachsendes Zusatzgeschäft kann den Druck auf Beiträge und Marge nicht in allen Häusern kompensieren, zumal der Wettbewerb in diesem Segment immer schärfer wird.

In dieser Situation rückt der Kunde mit seinen Bedürfnissen ins Zentrum der Unternehmen. Die digitale Transformation führt nicht nur zu einer starken Veränderung im Gesundheitswesen, sondern hat auch erheblichen Einfluss auf das Verhalten und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten. Diese möchten zum Beispiel einen Arzt auch per Videosprechstunde konsultieren können. Und generell wächst das Bewusstsein, mithilfe von Smartwatches und Fitnessarmbändern selbst etwas für die persönliche Gesundheit tun zu können. Ein Paradigmenwechsel im Gesundheitsverhalten ist zu beobachten.

Patientinnen und Patienten wollen nicht mehr nur reaktiv und passiv auf Krankheiten reagieren, sondern vermehrt proaktiv und präventiv handeln. Gesundheit gewinnt weiter an Bedeutung – Gesundheit wird sprichwörtlich konsumiert, um eventuell aufkommende Krankheiten zu verhindern. Medizin und Gesundheit werden zu einem Lifestyle.

Als Anbieter umfassender Gesundheitsdienstleistungen steht die private Krankenversicherung ihren Kunden in jeder Situation zur Seite – bei Krankheit, Genesung und Gesunderhaltung. Hierin liegt eine große Chance – neue Touchpoints entstehen.

Bisher hält sich der Kontakt des Kunden zu seinem Versicherer jedoch in Grenzen. Allenfalls im Leistungsfall oder bei einer Beitragsanpassung nimmt er das Unternehmen wahr – und dann mitunter negativ, weil Kosten nur teilweise erstattet wurden beziehungsweise der Beitrag steigt. Der Kunde sieht in dem Versicherer bestenfalls einen Kostenerstatter und somit ein „Mittel zum Zweck“. Positive Assoziationen sind selten. Sie sind aber erforderlich, um die Weiterempfehlungsbereitschaft zu steigern, die Bestände zu erhalten und durch Cross- und Up-Selling zusätzliches Geschäft zu generieren.

„Die private Krankenversicherung steht an einem Wendepunkt. Die Covid-19-Pandemie verschärft den Druck. Es wird sich zeigen, welche Versicherer die **Anforderungen der Kunden erfüllen können, um an deren Seite langfristiger Partner in allen Gesundheitsfragen zu werden.**“

Mirko Theine,  
Senior Manager, zeb



Daher sollte ein Versicherer das Thema Gesundheit ganzheitlich in den Blick nehmen. Als Gesundheitsdienstleister begleitet ein Unternehmen jeden seiner Kunden in allen Lebenslagen – bei Krankheit, aber eben auch bei Gesundheitserhaltung und Vorbeugung. Dann ergeben sich zahlreiche zusätzliche Kundenkontaktpunkte. Theoretisch ist jeder Touchpoint ein potenziell positives Erlebnis. Wenn zum Beispiel ein Fitnesstracker die Blutzuckerwerte der Nutzenden

überwacht und bei einer Abweichung vom Sollwert ein Signal gibt, freuen sich die Kunden über diese Hilfe. Viele Versicherer haben deshalb begonnen, ihr Serviceversprechen um zusätzliche Gesundheitsservices zu erweitern. Oftmals geschieht dies über spezialisierte Dienstleister, wodurch dem Thema Kooperationen und deren Management ein immer bedeutender Stellenwert zukommt. Die Branche ist in Bewegung.

# Breites Angebot an Gesundheitsservices

Digitale Angebote sind schon lange kein Novum mehr – Themen wie Telemedizin werden insbesondere durch die Top-10-Versicherer getrieben

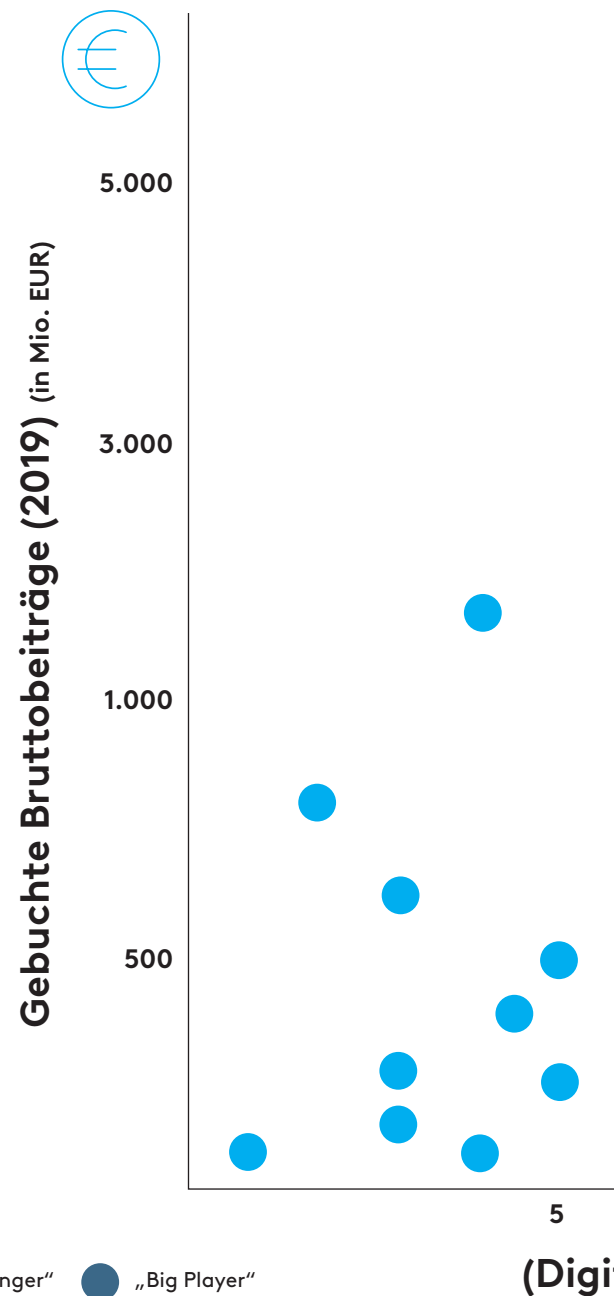
Die Studie umfasst eine Outside-in-Analyse des Angebots an (digitalen) Gesundheitsservices Mitte 2020 von 29 Krankenvollversicherern in Deutschland – dies entspricht etwa 97 Prozent des Marktes gemessen an gebuchten Bruttobeiträgen. Somit gibt sie ein Marktbild zum Entwicklungsstand der Gesellschaften auf ihrem Weg zu einem lösungsorientierten Gesundheitsdienstleister. In einem ersten Schritt wurde analysiert, welche zusätzlichen Services angeboten werden. Diese lassen sich entlang der Versorgungskette in die drei Kategorien „allgemeine Services“, „akute Services“ und „präventive Services“ einteilen.

Die Marktbetrachtung zeigt, dass „allgemeine Services“ bereits gut im Markt etabliert sind. Ein Großteil der betrachteten Krankenversicherer bietet seinen Kunden entsprechende Services an.



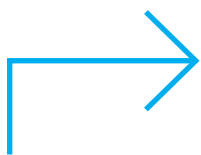
## Allgemeine Services:

Angebot an übergeordneten Dienstleistungen für Versicherungsnehmerinnen und -nehmer, wie z. B. Rechnungs-App, Telemedizin oder Case-Management

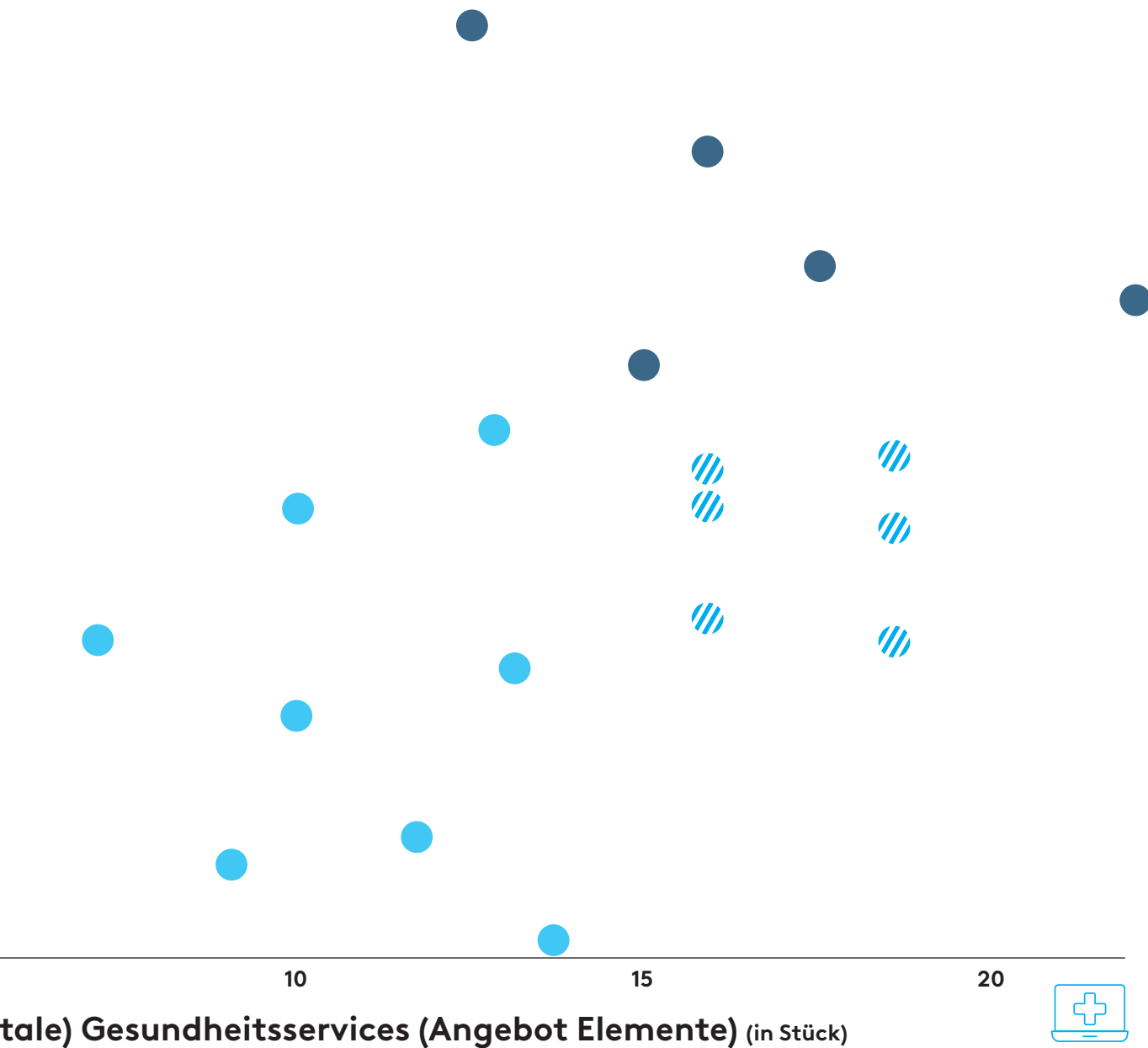


### Akute Services:

Angebot an Dienstleistungen zur akuten Behandlung von Versicherungsnehmerinnen und -nehmern, wie z. B. Diabetes, Psyche/Stress oder Tinnitus



Im Bereich der „akuten Services“ zielt das Angebot der Versicherer auf Krankheitsbilder ab. Zum Beispiel schließen die zehn Versicherer mit dem umfassendsten Angebot an akuten Services alle das Thema Psyche/Stressbewältigung mit ein.



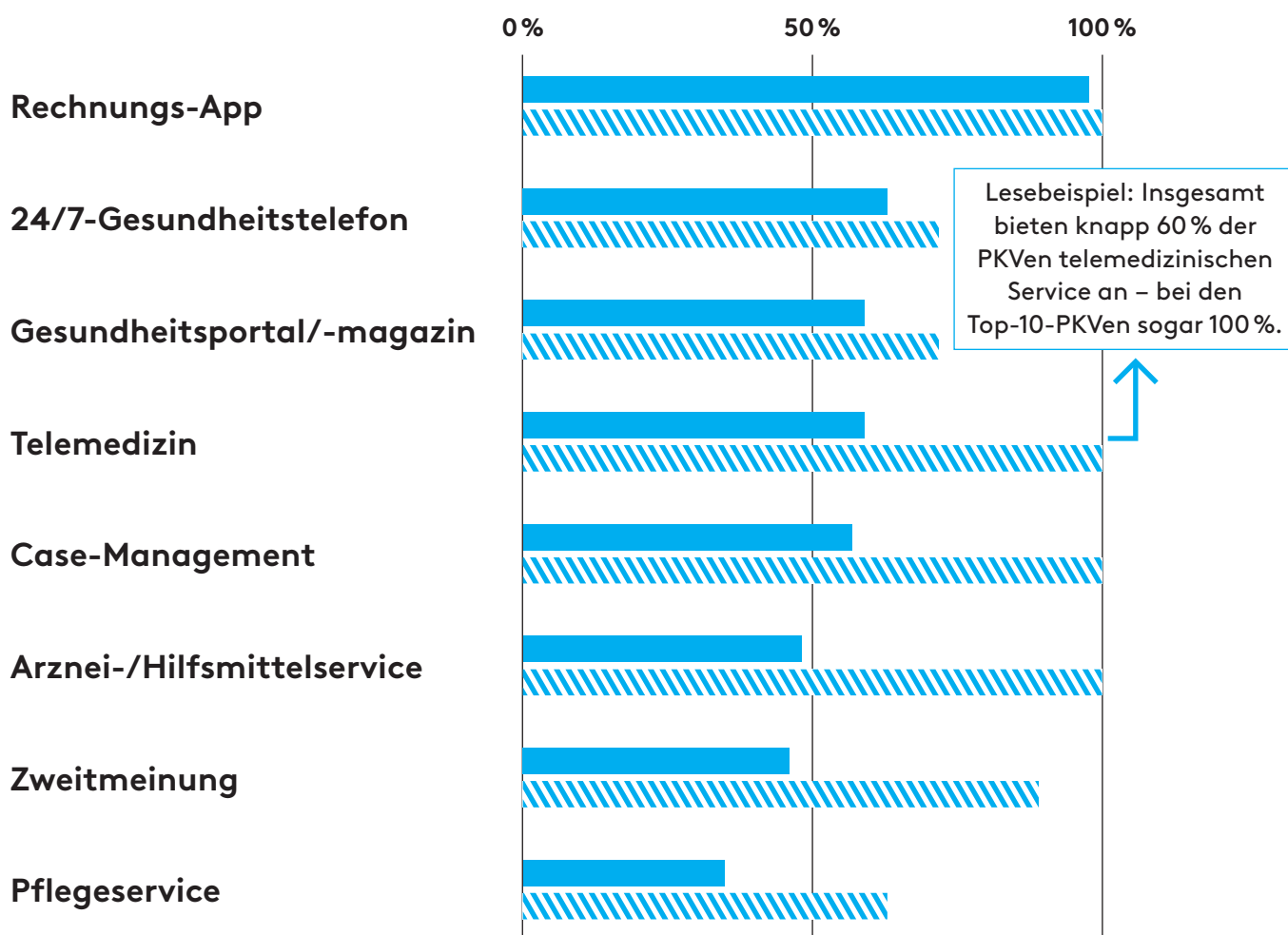
Bei den „präventiven Services“ geht es um vorbeugend wirkende Leistungen zur Gesunderhaltung. Insgesamt treiben die Top-10-Versicherer die gesamte Transformation der Branche voran.

Für die Realisierung dieses umfassenden Angebots an (digitalen) Gesundheitsservices stehen im Markt zahlreiche Dienstleister bereit. Sie bieten schon heute eine Vielzahl rein digitaler Assistenten und Onlineservices, die wesentliche Bereiche des menschlichen Körpers adressieren. Versicherer müssen also sowohl bei den Services eine Auswahl treffen als auch bei der Frage, mit welchen Kooperationspartnern sie ihr erweitertes Geschäftsmodell umsetzen möchten. Entsprechende Implikationen wurden ebenso in der Studie betrachtet.

### Präventive Services:

Angebot an vorbeugend wirkenden Dienstleistungen für Versicherungsnehmer/-innen, wie z. B. allgemeine Fitness, Rückenstärkung oder Ernährung

## (Digitale) Gesundheitsservices – Cluster „allgemeine Services“



Betrachtete PKVen Top-10-PKVen<sup>1)</sup>

1) Gemessen am Angebot (digitaler) Gesundheitsservices

# Erfolgsfaktoren der mittelständischen Challenger

Effizientes Dienstleistungsmanagement und  
Gespür für Trends zeichnet die Challenger aus

Aus allen analysierten Versicherern sticht eine kleine Gruppe mittelständischer „Challenger“ heraus. Diese verfügen über ein bemerkenswert umfassendes Angebot an (digitalen) Gesundheitsdienstleistungen, was auf die vier folgenden Erfolgsfaktoren zurückzuführen ist:

**eins** Am Puls der Zeit

**zwei** Auf Kooperationen setzen

**drei** Den richtigen Partner an der Seite

**vier** Basisanforderungen abdecken

# eins

## Am Puls der Zeit

Obwohl die „Challenger“ nicht über Ressourcen wie die Big Player verfügen, verstehen sie sich als Fast Follower in Bezug auf neue Entwicklungen und Trends am Gesundheitsmarkt. So ist es bereits rund 80 Prozent von ihnen gelungen, Services wie die elektronische Gesundheitsakte frühzeitig in ihre Prozesse zu integrieren. Seit Beginn des Jahres sind alle Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtet, eine solche digitale Patientenakte ihren Kunden zur Verfügung zu stellen. Auch der Trend und Nutzen eines telemedizinischen Angebots wurde zumeist schon vor der Pandemie erkannt und wird von allen „Challengern“ unterstützt.

Digitale  
Gesundheitsakte<sup>1)</sup>

ca.  
**80 %**

Erfo  
fakt

# zwei

## Auf Kooperationen setzen

Die meisten privaten Krankenversicherer haben erkannt, dass sie ihr Kerngeschäft Versicherungen um Gesundheitsdienstleistungen erweitern müssen. Dies kann durch die Entwicklung eigener Services und/oder durch Kooperationen erreicht werden. Die mittelständischen „Challenger“ setzen jedoch insbesondere auf Kooperationen. Ihr Partnernetzwerk ist sogar um etwa 30 Prozent größer als das der Big Player in der Branche. Ihr Schwerpunkt liegt also insbesondere in einem effektiven Management der verschiedenen Kooperationspartnerbeziehungen.

Peer-Vergleich  
Ø Kooperations-  
partner<sup>2)</sup>

+ ca.  
**30 %**

1) Dabei handelt es sich um eine im Aufbau befindliche Datenbank, in der Informationen zu Behandlungen, Medikamenten und Allergien an einem „Ort“ gebündelt werden. Die digitale Gesundheitsakte ermöglicht eine ganzheitliche Betreuung der Patientin/ des Patienten.

2) Vergleich: durchschnittliche Anzahl Kooperationspartner „Challenger“ zu größten Krankenversicherern

## drei

### Den richtigen Partner an der Seite

Gleichzeitig suchen sich die „Challenger“ ihre Dienstleister gezielt aus. Im Fokus stehen vor allem jene Partner, mit denen der Versicherer mehrere Services gleichzeitig abdecken kann. Während die großen Versicherer zum Teil auch mit eigenen Serviceangeboten vorpreschen, kooperieren die Mittelständler im Vergleich in etwa 35 Prozent mehr Bereichen. So gelingt es, ein breites Serviceangebot zu bieten und gleichzeitig die Komplexität im Dienstleistermanagement auf beherrschbarem Niveau zu halten.

Peer-Vergleich  
Ø Kooperations-  
bereiche<sup>3)</sup>

+ ca.  
**35 %**

folgs-  
oren

## vier

### Basisanforderungen abdecken

Die Herausforderer haben ein Gespür für Trends. Die Bereitstellung zusätzlicher Gesundheitsdienstleistungen konzentriert sich auf die Kategorien „allgemeine Services“ und „akute Services“ – also die Grundversorgung der Kunden. Hier geht es um Krankheitsbilder wie Diabetes, Krebs und Tinnitus. Diese Services nehmen Kunden in ihrem Alltag direkt wahr beziehungsweise wissen sie in Krankheitsfällen zu schätzen. An dieser Stelle ziehen die „Challenger“ mit den Großen gleich. „Präventive Services“ bilden bei den privaten Krankenversicherern derzeit ein Ausbaufeld.

Abdeckung Angebot  
„allgemeiner und  
akuter Services“

> **70 %**

3) Vergleich: durchschnittliche Anzahl Kooperationsbereiche „Challenger“ zu größten Krankenversicherern

**„Die richtige Strategie ist entscheidend für den Erfolg als Gesundheitsdienstleister. Jede PKV muss für sich entscheiden, worauf sie sich fokussiert – in Abhängigkeit von ihrer Größe und Ausrichtung.“**

Dieter Kipp,  
Partner, zeb



# Wirtschaftlichkeits- betrachtung im Fokus

**Phase des Ausprobierens endet – effiziente Integration und Steuerung sind jetzt erforderlich**

Der Blick hinter die Kulissen in die Transformation der Versicherer vom Kostenerstatter zum Gesundheitsdienstleister zeigt auch, dass eine in der Vergangenheit vielleicht experimentelle Phase zu Ende geht. Stattdessen rückt jetzt die Wirtschaftlichkeit in den Fokus. Jeder bereitgestellte Service verursacht Kosten, zum Beispiel in Form von Lizenzgebühren oder Nachfragen der Kunden im Callcenter. Welchen Nutzen die einzelnen Services für den Versicherer haben, muss vielfach erst noch gemessen werden. Steigert ein Service wirklich die Kundenzufriedenheit? Welche Angebote werden überhaupt genutzt? Gehen Kunden seltener zur Ärztin, weil sie eine Fitness-App nutzen? Antworten liefert eine gute Datenbasis und die Auswertung dieser Daten – Stichwort Data Analytics.

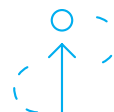
Die Studie hat drei Hebel für eine effiziente Ausgestaltung des Angebots an Gesundheitsdienstleistungen identifiziert:



**Partnerintegration**



**Systemintegration**



**Geschäftsmodell-  
integration**



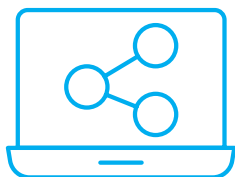
## Partnerintegration

Im Markt gibt es zahlreiche Dienstleister mit einem im Umfang stark divergierenden Angebot. Ein Versicherer muss eine Auswahl treffen: Möchte er ein Gesundheitsökosystem mit passenden Mehrwertservices für seine Kunden mithilfe vieler kleiner Partner darstellen oder mit wenigen Key-Playern?

„Der langfristige Erfolg als Gesundheitsdienstleister beruht für PKVen nicht nur auf einem vielseitigen Angebot, sondern **zeichnet sich vielmehr durch die ‚richtigen‘ Services aus – ein laufendes Nutzencontrolling ist daher essenziell.**“

Kilian Gundlach,  
Manager, zeb





## Systemintegration

Ist die Entscheidung für das (digitale) Dienstleistungsangebot gefallen, müssen die Partner mit ihren Services in die IT-Systemlandschaft des Versicherers integriert werden. Dabei sollten Entscheidungen immer wieder hinterfragt werden. Wichtig ist ein laufendes Nutzencontrolling. Um auch an dieser Stelle die Kosten im Griff zu halten, sollten die Controlling- und Steuerungsmechanismen über entsprechende Schnittstellen weitgehend automatisch ablaufen. Zum Beispiel könnten die Bestandssysteme eines Versicherers technisch aufgerüstet oder angepasst werden.



## Geschäftsmodellintegration

Damit die Transformation vom Kostenerstatter zum Gesundheitsdienstleister zielgerichtet verläuft, muss sich ein Versicherer im Gesundheitsdienstleistungsmarkt klar positionieren. Dieses Zielbild kann das Management dann im Rahmen einer laufenden Wirtschaftlichkeitsbetrachtung ansteuern. Damit den Kosten für den Aufbau des Gesundheitsökosystems auch Einnahmen gegenüberstehen, sollte der Versicherer bestimmte oder wenn möglich alle Dienstleistungen monetarisieren. Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen. Für Mehrwertservices ist eine Zahlungsbereitschaft vorhanden.

# Wir sind Partner der Veränderer

zeb ist eine der führenden Strategie- und Managementberatung für Banken und Versicherer in Europa.

## Weitere Publikationen

Wenn Sie mehr erfahren möchten, schreiben Sie bitte eine E-Mail an [publications@zeb.de](mailto:publications@zeb.de)



European Insurance  
Study 2020  
[bit.ly/3IM38yV](https://bit.ly/3IM38yV)



Studie „Digital Claims“  
[bit.ly/3ILscpS](https://bit.ly/3ILscpS)



Produkte der Zukunft  
[bit.ly/3InSe0U](https://bit.ly/3InSe0U)

## Besuchen Sie uns online



[zeb-consulting.com](https://zeb-consulting.com)



[twitter.com | zeb\\_consulting](https://twitter.com/zeb_consulting)



[linkedin.com | zeb.consulting](https://linkedin.com/zeb.consulting)



[xing.com | zeb](https://xing.com/zeb)



[youtube.com | zebconsulting](https://youtube.com/zebconsulting)



[instagram.com | zeb\\_consulting\\_](https://instagram.com/zeb_consulting_)

# Kontakt



## Dieter Kipp

Partner

Phone +49.251.97128.121

Mobile +49.170.4400467

dkipp@zeb.de

Office Münster



## Mirko Theine

Senior Manager

Phone +49.40.303740.260

Mobile +49.151.12054057

Mirko.Theine@zeb.de

Office Hamburg



## Kilian Gundlach

Manager

Phone +49.69.719153.505

Mobile +49.151.46121719

kgundlach@zeb.de

Office Frankfurt

Diese Publikation wurde ausschließlich zur allgemeinen Orientierung erstellt und berücksichtigt nicht die individuellen Anlageziele oder die Risikobereitschaft der Leserin/des Lesers. Die Leserin/der Leser sollte keine Maßnahmen auf Grundlage der in dieser Publikation enthaltenen Informationen ergreifen, ohne zuvor spezifischen professionellen Rat einzuholen. zeb.rolfes.schierenbeck.associates gmbh übernimmt keine Haftung für Schäden, die sich aus einer Verwendung der in dieser Publikation enthaltenen Informationen ergeben. Ohne vorherige schriftliche Genehmigung von zeb.rolfes.schierenbeck.associates gmbh darf dieses Dokument nicht in irgendeiner Form oder mit irgendwelchen Mitteln reproduziert, vervielfältigt, verbreitet oder übermittelt werden.

## **Münster**

Hammer Straße 165,  
48153 Münster, DE  
zeb-consulting.com

## **Amsterdam**

Barbara Strozilaan 101,  
1083 HN Amsterdam, NL  
zeb-consulting.nl

## **Berlin**

Friedrichstr. 78,  
10117 Berlin, DE  
zeb-consulting.com

## **Frankfurt a. M.**

Taunusanlage 19,  
60325 Frankfurt a. M., DE  
zeb-consulting.com

## **Hamburg**

Kurze Mühren 20,  
20095 Hamburg, DE  
zeb-consulting.com

## **Kiew**

42-44 Shovkovychna Str.,  
1601 Kiev, UA  
zeb-consulting.com

## **Kopenhagen**

Arne Jacobsens Allé 7,  
2300 Copenhagen, DK  
zeb.se

## **London**

107 Cheapside,  
EC2V 6DN London, GB  
zeb.co.uk

## **Luxemburg**

26-28 Rue Edward Steichen,  
2540 Luxembourg, LU  
zeb.lu

## **Mailand**

Via Santa Maria Segreta 6,  
20123 Milan, IT  
zeb-consulting.it

## **Moskau**

Testovskaya St., 10,  
123112 Moscow, RU  
zeb.com.ru

## **München**

Theresienhöhe 13a,  
80339 München, DE  
zeb-consulting.com

## **Oslo**

Filipstad Brygge 1,  
0252 Oslo, NO  
zeb.se

## **Stockholm**

Biblioteksgatan 11,  
111 46 Stockholm, SE  
zeb.se

## **Warschau**

ul. Krolewska 18,  
00-103 Warsaw, PL  
zeb.pl

## **Wien**

Praterstraße 31,  
1020 Vienna, AT  
zeb.at

## **Zürich**

Gutenbergstr. 1,  
8002 Zürich, CH  
zeb.ch