

# Das bewegt die Schweizer Krankenversicherer

Markttrends und Handlungsempfehlungen mit den Schwerpunkten Qualität, Nachhaltigkeit, Digitalisierung und das Zusatzversicherungsgeschäft



## Zum Inhalt

Vorwort	3
Krankenversicherungsmarkt	4
Trend 1: Qualität	6
Trend 2: Nachhaltigkeit	10
Im Gespräch	16
Trend 3: Konsolidierung	18
Trend 4: Margendruck	22
Im Gespräch	26
Trend 5: Digitalisierung	30
Trend 6: Open Insurance	36
Im Gespräch	40
Handlungsempfehlungen	42
Übersicht Publikationen	50
Kontakt	51





# Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser

Das Schweizer Gesundheitswesen steht vor grossen Aufgaben: steigende Gesundheitskosten, omnipräsenter Fachkräftemangel, Zusatzversicherungen unter Druck. Der Markt der Krankenversicherer bewegt sich gleichermassen dynamisch. Die Prämienchübe in der Grundversicherung um bis zu 6,6 % für 2023<sup>1</sup> führten zu vermehrten Versicherungswechseln. Mit solchen gehen mehr administrativer Aufwand und ein erhöhter Druck auf die Zahlungsfähigkeit wachsender Versicherungen einher. Die Vertriebsstrukturen verändern sich ebenfalls. Mancher Krankenversicherer integriert Vertriebsgesellschaften und prüft neue Formen der Vertriebskooperation.

In diesem Kontext ist das vorliegende Trendpapier entstanden. In dieser Publikation diskutieren wir sechs zentrale Markttrends und leiten aus diesen diverse Massnahmen im Sinne von Handlungsempfehlungen für Krankenversicherer ab.

Der Krankenversicherer der Zukunft ist kundenzentriert, digital bewandert und agiert als vertrauensvoller Gesundheitspartner. Als solcher hilft er mit, das Gesundheitswesen der Schweiz nachhaltig und zukunftsfähig zu gestalten.

Wir wünschen Ihnen eine aufschlussreiche Lektüre mit spannenden Denkanstössen und wertvollen Tipps für die Praxis.



<sup>1</sup> Vgl. «Krankenversicherung: Starker Kostenanstieg führt zu höheren Prämien im Jahr 2023», Generalsekretariat EDI, 27.09.2022



**Philip Sommer**

Leiter Beratung Gesundheitswesen  
PwC Schweiz



**David Roman**

Leiter Beratung Krankenversicherungen  
und Digital Health, PwC Schweiz



**Jörg Thews**

Leiter Versicherungen  
PwC Schweiz



**Martin Schwörer**

Leiter Prüfung Krankenversicherungen  
PwC Schweiz

## Krankenversicherungsmarkt

# Gegenwart und Zukunft im Wandel

Trends wie Nachhaltigkeit, Digitalisierung oder Margendruck halten das Schweizer Gesundheitswesen in Bewegung. Um sich zu behaupten und wettbewerbsfähig zu bleiben, sollten Krankenversicherer diesen Wandel aktiv mitgestalten.



Die letzten Jahre – vor allem der Ausbruch der Pandemie – haben das Gesundheitswesen und seine Mängel ins Rampenlicht gerückt. Zu den grössten Herausforderungen gehören steigende Anforderungen an die Nachhaltigkeit, die wachsenden Qualitätsansprüche in der Versorgung, die überfällige Marktkonsolidierung, erodierende Margen im Zusatzversicherungsgeschäft, die fortschreitende Digitalisierung mit entsprechend neuen Kundenbedürfnissen sowie Open Insurance als Treiber von Innovation (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Diese sechs Trends prägen u. a. die Gegenwart und die Zukunft der Krankenversicherer.





Für Krankenversicherungen ist es eine grosse Geschäftschance, in Prävention und koordinierte Patientenpfade zu investieren. Dies trägt zu einem Wettbewerbsvorteil bei, da die Qualität in der Versorgung steigt und gleichzeitig die Leistungskosten sinken.

Stefanie Schneuwly, Beratung Gesundheitswesen,  
PwC Schweiz

## Trend 1: Qualität

Qualität in der Versorgung

rückt in den Mittelpunkt



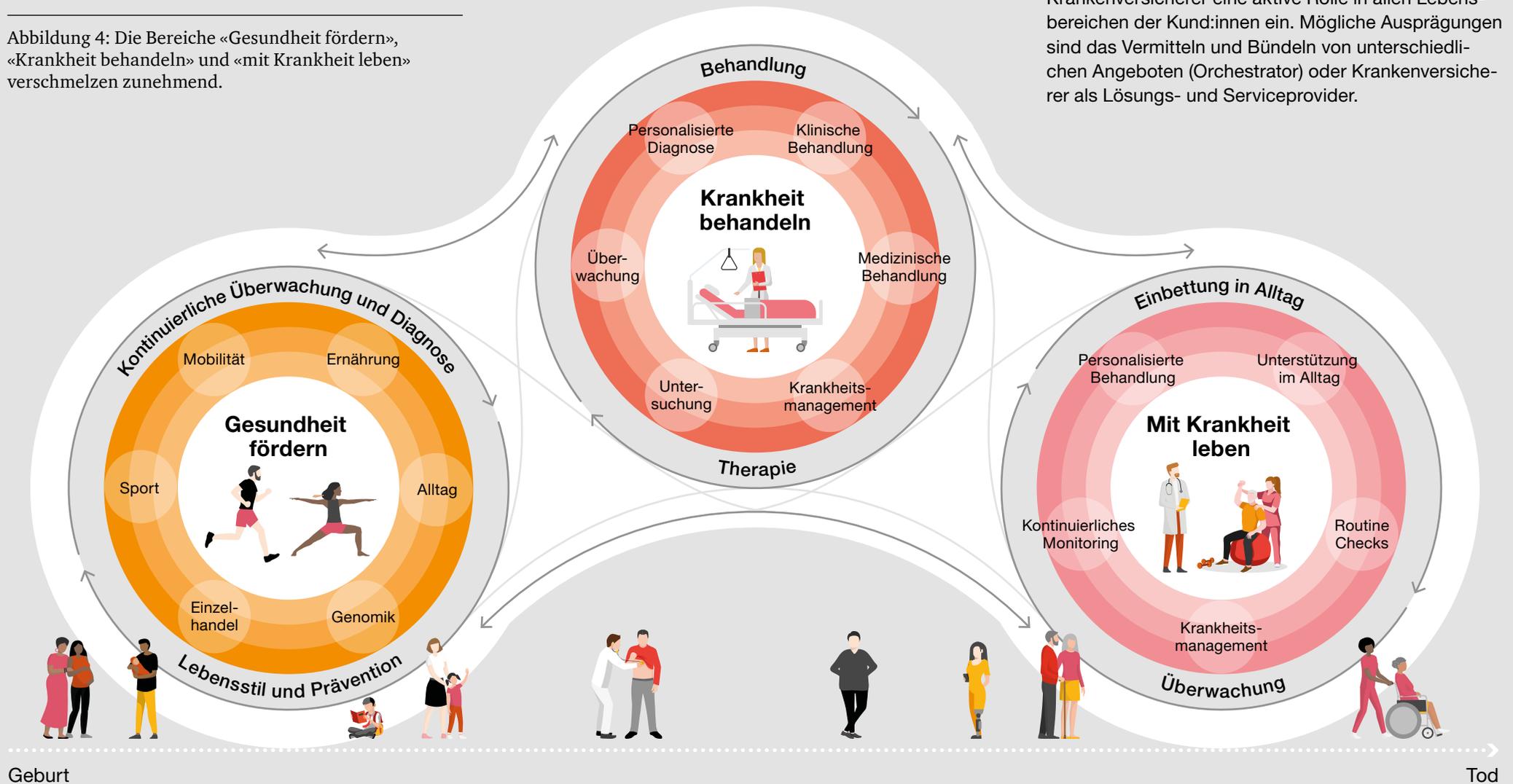
### Gesundheit fördern statt Krankheit behandeln

Die Gesundheitsversorgung verschiebt sich zunehmend von «Krankheit behandeln» zu «Gesundheit fördern» (vgl. Abbildung 4). Letzteres umfasst die frühe Intervention, die Prävention, psychische Gesundheit, Heilung und langfristiges Gesundbleiben. Das bedingt, dass Gesundheitslösungen stärker in den Alltag der Versicherten integriert werden.

Den Krankenversicherern bietet diese Entwicklung die Chance, neben Behandlungsinformationen und -beratung auch Informationen und Beratung zu einer gesunden Lebensweise und dem Erhalt eines guten Gesundheitszustandes zu bieten. So können sie über Prävention ihre Kundenbeziehungen stärken und das Zusatzversicherungsgeschäft ausbauen. Denn Prävention ist in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) meistens nicht abgedeckt.



Abbildung 4: Die Bereiche «Gesundheit fördern», «Krankheit behandeln» und «mit Krankheit leben» verschmelzen zunehmend.



### Umfassender Gesundheitsbetreuer

Als umfassender Gesundheitsbetreuer nehmen Krankenversicherer eine aktive Rolle in allen Lebensbereichen der Kund:innen ein. Mögliche Ausprägungen sind das Vermitteln und Bündeln von unterschiedlichen Angeboten (Orchestrator) oder Krankenversicherer als Lösungs- und Serviceprovider.

#### Gesundheit fördern

Ziel von «Gesundheit fördern» ist es, einen guten Gesundheitszustand zu erhalten, das Wohlbefinden zu fördern und die tägliche Routine zu beeinflussen – von der Ernährung über die Bewegung bis zum sozialen Engagement.

#### Krankheit behandeln

Ziel von «Krankheit behandeln» ist es, erkrankte Personen zu begleiten und zu unterstützen. Der Fokus liegt hier stärker auf der Früherkennung und einer gezielteren individuellen Behandlung.

#### Mit Krankheit leben

Ziel von «Mit Krankheit leben» ist die Unterstützung chronisch kranker Patient:innen im Alltag sowie die kontinuierliche Überwachung, um das Leben mit der Krankheit so angenehm wie möglich zu gestalten.

## Vom Leistungsabrechner zum umfassenden Gesundheitsbetreuer

Im Bereich «Gesundheit fördern» befinden sich nicht nur gesunde Personen. Hier beginnen Symptome, die irgendwann als Krankheit behandelt werden müssen. Prävention ist demnach eine zentrale Massnahme, die Zahl der Personen im Bereich «Gesundheit fördern» zu halten. In einer umfassenden Gesundheitsversorgung rücken «Gesundheit fördern», und «Krankheit behandeln» immer näher zusammen und bilden ein Ökosystem, welches alle Aspekte des Lebens vereint.

Gesundheitsbetreuer sein heisst folglich, gesunde Personen sowie erkrankte und chronisch kranke Personen zu unterstützen. Neben Gesundheitsförderung ist ein weiteres Fokusthema die Begleitung und Unterstützung von chronisch kranken Personen, mit dem Ziel, deren Lebensqualität zu erhöhen. Eine wichtige Rolle hierbei spielen integrierte Behandlungspfade. Krankenversicherern bietet sich die Möglichkeit, Patientenzugänge gezielt zur richtigen Stelle zu lenken, die Versorgungsqualität zu erhöhen und gleichzeitig ein wirkungsvolles Kostenmanagement zu betreiben. Vor allem im Hinblick auf die stark alternde Bevölkerung und die zunehmende Multimorbidität wird die Unterstützung chronisch kranker Personen auch für Krankenversicherer an Bedeutung gewinnen.

## Eine Frage der Rolle

Das Entstehen eines umfassenden Ökosystems rund ums Leben stellt die Krankenversicherer vor eine strategische Grundsatzfrage: Welche Rolle wollen wir in Zukunft im Gesundheitswesen spielen? Hier sind unterschiedliche Antworten denkbar.

### Gesundheitsbegleiter

- Differenziert sich durch den Fokus auf eine ganzheitliche Beratung und Betreuung für gesunde, erkrankte und chronisch kranke Personen
- Baut ein Ökosystem zur Erleichterung der Beziehung zwischen Patienten und Leistungserbringern auf
- Nimmt eine aktive Rolle bei der Beratung und Vermittlung der richtigen Versorgung ein
- Verbessert den Zugang seiner Kund:innen zu Informationen
- Aktuelle Beispiele (nicht abschliessend): Helsana, CSS, Swica, Group Mutuel, Sanitas

### Gesundheitsintegrator

- Integriert Leistungserbringer mit dem Ziel, die Koordination der Versorgung zu verbessern, die Inanspruchnahme zu kontrollieren und die medizinischen Kosten niedrig zu halten
- Deckt alle klinischen Aspekte eines Ökosystems ab
- Aktuelle Beispiele (nicht abschliessend): Visana, UPMC (USA), Kaiser Permanente (USA), Discovery Health & Vitality Health (Südafrika, UK)

### Klassischer oder Tiefpreis-Krankenversicherer

- Differenziert sich über den Preis; als Kostenführer wird er zum «Tiefpreis-Krankenversicherer»
- Will kein Gesundheitspartner, sondern ein Krankenversicherer sein
- Priorisiert die Effizienzsteigerung bei seinen Kernfunktionen (Schadenregulierung und -begleichung, Überprüfung der Inanspruchnahme usw.), um Kosten zu senken
- Konzentriert sich auf die Differenzierung durch Kostenführerschaft bzw. auf tiefe Preise
- Aktuelles Beispiel (nicht abschliessend): Assura

Gelingt es den Krankenversicherern nicht, eine aktive und differenziertere Rolle im Gesundheitswesen einzunehmen, werden die grundlegenden Diskussionen um die Rolle der Krankenversicherer zunehmen und Rufe nach Modellen mit Einheitskasse weiter steigen.

Wer als Krankenversicherer die Versorgung und die Versorgungsqualität mitbeeinflussen will, muss in die Rolle eines Gesundheitsbegleiters oder Gesundheitsintegrators schlüpfen. Als solche können sie ihre Leistungen am Patientenpfad ausrichten und Beratungsleistungen, Therapieangebote sowie weitere Unterstützungsleistungen in den Bereichen «Gesundheit fördern» und «Krankheit behandeln» aufbauen und ihre Versicherten nutzenorientiert begleiten.

## Pioniere gehen mit gutem Beispiel voran

Nicht alle Krankenversicherer werden den anstehenden Wandel bestreiten. Nachfolgend ein Beispiel, bei dem ein möglicher Schritt gewagt wird.

### «Réseau de l'Arc»

Der Krankenversicherer Visana beteiligt sich am teilweise öffentlichen Hôpital du Jura bernois. Somit halten Visana, Swiss Medical Network SA (SMN) und der Kanton Bern je ein Drittel der Anteile am Spital Berner Jura. Ziel ist es, einen integrierten Gesundheitsversorger nach amerikanischem Vorbild (Kaiser Permanente) zu etablieren – frei von gegenläufigen Anreizen und dem Prinzip der full capitation folgend – und Leistungen über den gesamten Lebenszyklus so effizient wie möglich zu erbringen. Medizinische Dienstleistungen werden mit Krankenversicherungsprodukten kombiniert angeboten, wobei Krankenversicherer und Leistungserbringer den gleichen Anreiz haben: das qualitativ beste Ergebnis zu den minimal eingesetzten Ressourcen zu ermöglichen.

Dieser Ansatz setzt auf Qualität statt Quantität und rückt Prävention in den Mittelpunkt. Das neue Produkt soll 2024 lanciert werden. Mit der Initiative wird die Gesundheitsversorgung radikal neu gedacht. Ob eine kritische Grösse erreicht werden kann, wird sich noch zeigen. Die Genehmigung durch das BAG ist aktuell noch ausstehend (vgl. Abbildung 5).

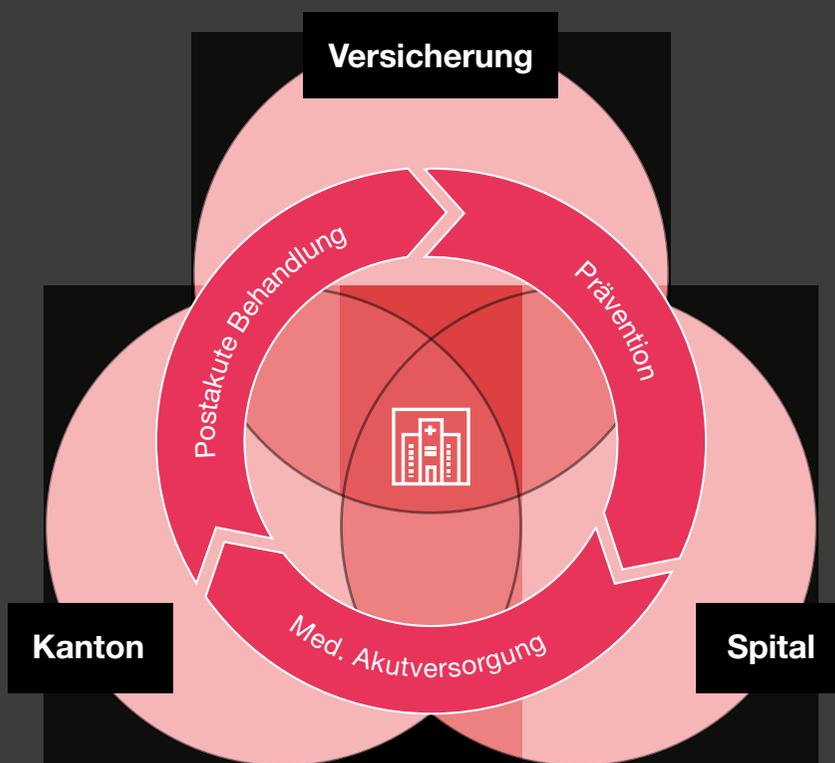


Abbildung 5: Das «Réseau de l'Arc» ist ein integrierter Gesundheitsversorger nach amerikanischem Vorbild.



## Trend 2: Nachhaltigkeit

Nachhaltigkeit wird in  
der Strategie verankert

### Mehrschichtige Aufgabe mit Langzeitwirkung

Klimawandel, Überbevölkerung, Nahrungsmittelknappheit und demografischer Wandel sind die grossen gesellschaftlichen Herausforderungen und tangieren das Gesundheitswesen unmittelbar. Krankenversicherer können es nicht dabei belassen, das Nachhaltigkeitsziel der Vereinten Nationen Nummer 3 «Gesundheit und Wohlergehen» im Zweck als Krankenversicherer zu unterstützen. Die Nachhaltigkeitsdimensionen Umwelt (Environmental, E), Soziales (Social, S) und Unternehmensführung (Governance, G) umfassen Nachhaltigkeit als Ganzes und somit weit mehr als die Optimierung des CO<sub>2</sub>-Fussabdrucks.

Demnach sollen die Krankenversicherer Umweltfaktoren, soziale Aspekte und verantwortungsvolle Unternehmensführung ausgeglichen adressieren und in ihrer Unternehmensstrategie integrieren. Das schliesst Themen wie Ressourceneffizienz, Arbeitsbedingungen, Diversität (über die Geschlechterquote hinaus), Responsible Investment, Beaufsichtigung der Nachhaltigkeitsstrategie durch Verwaltungsrat und Geschäftsführung, Antikorruptionsrichtlinien und Integration von Nachhaltigkeit im Risikomanagement ein. Dazu gilt es, eine Nachhaltigkeitsstrategie gezielt mit kurz- und langfristigen Zielen und Messindikatoren zu entwickeln und regelmässig anzupassen.



Wie sollen wir die **regulatorischen Anforderungen** möglichst sinnvoll umsetzen?

Wie erzielen wir durch ökologische und soziale Fortschritte **finanzielle Stabilität** und verschaffen uns einen Vorteil?

Wie quantifizieren und messen wir die **Wirksamkeit** unserer Nachhaltigkeitsmassnahmen?

Wie können wir Lücken in der **Datenerhebung** und **Messbarkeit** schliessen?

Nach welchen **Indikatoren** und **Richtlinien** sollen wir berichterstatten?



Abbildung 2: Derzeit stehen bei den Krankenversicherern mehr Fragen im Raum als Antworten.

## Offenlegungsdruck steigt

Der regulatorische Druck, Nachhaltigkeitsinformationen offenzulegen, nimmt stark zu. Die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA und der indirekte Gegenvorschlag zur Konzernverantwortungsinitiative verlangen, dass Unternehmen unter Voraussetzungen, welche auf die Mehrzahl der Krankenversicherer zutreffen, in der Berichterstattung die Empfehlungen der international anerkannten Taskforce on Climate-related Financial Disclosures (TCFD) berücksichtigen.

Krankenversicherer hinken hinsichtlich Nachhaltigkeit deutlich hinter anderen Branchen her, zum Beispiel hinter den Lebens-/Nichtlebensversicherungen, oder dem Detailhandel. Hier haben die Unternehmen teilweise ambitionierte Nachhaltigkeitsziele formuliert – insbesondere Netto-Null Ziele und die Verpflichtung, die Zielerreichung nach den Vorgaben der Science Based Targets initiative (SBTi) zu messen.

Der Druck auf die Krankenversicherer steigt, Nachhaltigkeitsziele auszusprechen. Immer mehr Akteure, darunter regulierende Kräfte, Kund:innen, Mitarbeitende, Medien und Vertragspartnerfirmen – fordern derartige Verpflichtungen ein. Damit stehen die Verantwortlichen vor einer Reihe von Fragen (vgl. Abbildung 2).





## Nachhaltigkeitsberichterstattung auf dem Prüfstand

Basierend auf öffentlich zugänglichen Informationen haben wir untersucht, welche Nachhaltigkeitsinformationen fünf der zehn grössten Krankenversicherer derzeit offenlegen (vgl. Abbildung 3).

### Umwelt

Hier liegt der Fokus auf Immobilieninformationen (Betrieb und Anlagen). Umweltkriterien und Massnahmen werden bei Neu- und Umbauprojekten integriert. Die analysierten Krankenversicherer setzen noch keine zeitgebundenen Klimaziele. Sie legen ebenfalls keine Bestandsaufnahme der Treibhausgasemissionen vor. Das erschwert die Begründung und Klimawirksamkeit der relevantesten Massnahmen.

### Soziales

Die Krankenversicherer konzentrieren sich auf die Förderung sozialer Gleichstellung und die Verantwortung gegenüber der Gesellschaft. Alle fünf analysierten Unternehmen berichten über ihr soziales Engagement als Gesundheitspartner (z. B. Sponsoring und Sozialeinsätze).

### Unternehmensführung

Die Krankenversicherer definieren mehrheitlich keine klare Governance-Struktur rund ums Thema Nachhaltigkeit. Sie liefern keine Informationen darüber, ob der Verwaltungsrat und/oder die Geschäftsleitung das Thema beaufsichtigen, wer die Umsetzung verantwortet und wie sie intern kommunizieren. Eine Mehrheit der analysierten

Unternehmen greift Nachhaltigkeit im Jahresbericht oder auf der Website auf, aber richtet sich dabei nicht nach internationalen Standards. Eines der fünf analysierten Unternehmen verzichtet vollständig auf eine Nachhaltigkeitsberichterstattung. Keines der Unternehmen legt offen, ob und wie es Klimarisiken als Bestandteil des Risikomanagements analysiert.



## Umwelt

### Ziele

- Netto-Null-Ziel bis 20XX

### Publizierte Indikatoren

- CO<sub>2</sub>-Emissionen nach Greenhouse-Gas-Protokoll
- Energieverbrauch

### Klimarisikomanagement

- Klimarisiken integriert ins Risikomanagement

### Massnahmen

- Klimaneutralität durch CO<sub>2</sub>-Kompensation
- Umweltkriterien für betriebliche Immobilien
- Umweltkriterien für Immobilienanlagen
- Klimaschutzprojekte

## Soziales

### Publizierte Indikatoren

- Mitarbeitergesundheit und -wohlergehen
- Arbeitsbedingungen und -modelle
- Chancen- und Lohnungleichheit
- Diversität und Inklusion
- Antidiskriminierung
- Soziales Sponsoring und Sozialeinsätze

### ESG-Rating

- EcoVadis-Rating; Arbeits- und Menschenrechte, Umwelt- und Beschaffungsfaktoren

### ESG-Kriterien zur Selektion von Kapitalanlagen

- Prinzipien für verantwortliches Investieren (UNPRI)
- SVVK-ASIR-Empfehlungen (Ausschluss Rüstungsunternehmen)

## Verantwortungsvolle Unternehmensführung

### Corporate Governance

- ESG-Governance-Struktur definiert (inkl. Aufsicht durch Verwaltungsrat/ Geschäftsleitung)
- Frauen in Führungspositionen
- Verhaltenskodex

### Format ESG-Berichterstattung

- Keine Berichterstattung
- ESG-Berichterstattung nur auf Website
- Separater ESG-Bericht
- ESG-Berichterstattung als Teil des jährlichen Geschäftsberichts

### Anwendung eines Standards zur Berichterstattung

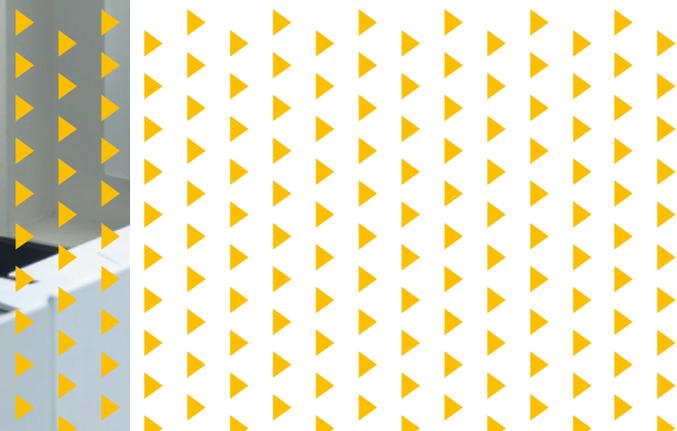
- Beitrag zu den Sustainable Development Goals
- Internationale Standards (z. B. GRI, TCFD, SASB)

Abbildung 3: Die Nachhaltigkeitsberichterstattung von fünf grossen Krankenversicherern ist lückenhaft und fokussiert vor allem auf soziale Indikatoren.



## Nachhaltigkeit konkret umsetzen

Das Geschäftsmodell von Krankenversicherern bietet einige Ansatzpunkte, Nachhaltigkeit zu integrieren und umzusetzen. Derzeit fehlt es den meisten Organisationen an einer soliden Bestandsaufnahme des Ist-Zustandes z. B. CO<sub>2</sub>-Fussabdruck (inkl. Screening der Kapitalanlagen), sozioökonomische Auswirkungen, Überwachung Nachhaltigkeits-Strategie & Performance auf oberster Führungsebene, Stakeholder-Engagement oder Integration von Nachhaltigkeitsindikatoren in Anreizsysteme. Nur auf Basis eines Status quo können die Krankenversicherer Massnahmen mit grösstmöglicher Wirkung entwickeln. Diese könnten wie folgt aussehen:



### Betrieblichen CO<sub>2</sub>-Fussabdruck reduzieren

- Standards und Energieeffizienz der Betriebsimmobilien (Neubau-/Sanierungsstandards, Mitglied von RE1001) anpassen
- Anzahl der notwendigen Standorte (Betriebsimmobilien, Agenturen) evaluieren, z. B. durch eine Erweiterung des virtuellen Kundenangebots
- Mobilität von Mitarbeitenden optimieren, z. B. Anreize zur Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel für Geschäftsfahrten setzen oder hybride Arbeitsmodelle schaffen



### CO<sub>2</sub>-Fussabdruck durch Anlagetätigkeiten reduzieren

- Die meisten CO<sub>2</sub>-Emissionen gehen aus vor- und nachgelagerten Tätigkeiten hervor, sogenannte Scope-3-Emissionen. Geschätzt übertreffen diese die betrieblichen Emissionen (Scope 1 und 2) um ein Vielfaches. Darunter fallen auch Emissionen durch Anlagen am Kapitalmarkt.
- Anlagen nach Nachhaltigkeitskriterien (Ausschlusskriterien, Investitionen in innovative Technologien, Best-in-Class-Lösungen, Standards für Immobilienanlagen) im Rahmen der Gewährleistung des Risiko-Rendite-Profiles auswählen
- Nachhaltigkeitsrisiken in Anlage- risikoanalysen integrieren



### Wertschöpfungskette nachhaltiger gestalten

- Zulieferer- und Vertriebspartnerfirmen unter Berücksichtigung von Menschenrechten, Klimawandel und deren Auswirkung auf das Gesundheitswesen auswählen



### Governance-Struktur und Verantwortlichkeiten definieren

- Nachhaltigkeit in die Unternehmensstruktur durch klar definierte Verantwortlichkeiten und Tätigkeiten integrieren; dazu gehören Nachhaltigkeitsstrategie, Aufsicht, Umsetzung der Massnahmen, Datenerhebung, Kommunikation und Berichterstattung
- Anreize setzen, statt Verbote definieren; dazu die Vergütung an das Erreichen der Nachhaltigkeitsziele knüpfen



### Bedürfnisse von Kund:innen und Mitarbeitenden aufgreifen

- Mitarbeiterzufriedenheit, -entwicklung und -gesundheit verbessern u. a. durch jährliche Mitarbeiterumfragen, Angebote zur Weiterbildung, sowie Gesundheits- und Präventionsangebote



### Für Nachhaltigkeit und Qualität der Versorgung eintreten

- Mehrwert für Kund:innen schaffen: Präventions- und Vorsorgeleistungen, Produktangebot für bestimmte Lebenssituationen (z. B. Familiengesundheit)



## Im Gespräch

# «Qualität muss in den Tarifen verankert sein.»

Wolfram Strüwe, Verantwortlicher Gesundheitspolitik, Unternehmenskommunikation und Gesundheitswissenschaften bei Helsana, spricht mit PwC über Qualität im Gesundheitswesen. Und über die Konsolidierungsgründe und -tendenzen im Schweizer Krankenversicherungsmarkt. Diese greifen wir im nachfolgenden Kapitel mit Trend Nr. 3 auf.

### **PwC: Herr Strüwe, wie können Krankenversicherer die Versorgungsqualität verbessern?**

**Wolfram Strüwe:** Hauptsächlich über alternative Versicherungsmodelle (AVM). Diese bieten Produktgestaltungsmöglichkeiten, die wir in keinem anderen Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) kennen. Zum Beispiel können die Krankenversicherer verschiedene Qualitätsindikatoren in AVM-Verträge integrieren und die Versorgungsnetzwerke auch nach Qualität vergüten.

Eine Alternative wären Modelle mit pauschalen Vergütungen. Diese sind beispielsweise in einigen spanischen Regionen oder den USA etabliert. In Zukunft sollen sie auch im Berner Jurabogen angewendet werden (vgl. Beispiel «Réseau de l'Arc»). Das sind durchaus spannende Ansätze. Um wirken zu können, braucht es allerdings ein grosses Versichertenkollektiv. Im Jurabogen ist dies nicht gegeben, dort sind eine Vielzahl an Krankenversicherern tätig. Nur wenige Versicherte werden in dem Modell sein. Daher bin ich skeptisch.

### **Was hemmt die Krankenversicherung derzeit am meisten?**

Qualität müsste über Tarife vergütet werden können. Das ist mit dem jetzigen Tarifmodell nicht vorgesehen. Daher bräuchte es eine Gesetzesrevision. Statt Qualität zu ermöglichen, wird der Handlungsspielraum immer mehr beschränkt. Falls es nicht gelingt, dass sich Qualität über Tarife vergüten lässt, werden Qualitätsmessungen wie PREMs und PROMs früher oder später wieder verschwinden. Die Erhebung von Qualitätsindikatoren bedeutet für Spitäler nämlich einen Zusatzaufwand, der finanziert werden muss.

### **Besteht denn im VVG mehr Spielraum für eine Steigerung der Qualität in der Versorgung?**

Grundsätzlich können die Leistungserbringer überobligatorische medizinische Leistungen oder innovative Leistungen über das VVG erbringen. Hier haben sie die Möglichkeit, den Zusatzversicherten einen einfachen Zugang zu umfassenden Zusatzleistungen zu gewährleisten. So wird der Versorgungspfad von Versicherten und Patient:innen

koordinierter und integrierter und die Qualität steigt. Hier setzt beispielsweise die digitale Plattform Compassana an. Sie will Kund:innen eine einfache und eigenverantwortliche Koordination ihrer Versorgung ermöglichen.

### **Bei den Gesundheitskosten bahnt sich eine Verschiebung von der Versorgung in die Prävention an. Wie schätzen Sie diese Entwicklung ein?**

Prävention wird auch für Krankenversicherer immer entscheidender. Da Präventionsmassnahmen nur beschränkt über die OKP gedeckt sind, eignen sie sich für den VVG-Bereich. Krankenversicherer haben hier die Möglichkeit, mit ihren Produkten innovativ und kreativ zu sein. Für die Prävention existieren bereits viele digitale Lösungen in Form von Apps. Allerdings sind Apps oft ein Hype und werden nur für einen limitierten Zeitraum genutzt. Zudem konnten die meisten Anbieter bisher keinen effektiven Wirkungsnachweis erbringen.

### **Grosse Hoffnung wird in den Experimentierartikel gesteckt. Er lässt Pilotprojekte ausserhalb des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) zu, die die Kosten dämpfen, die Qualität steigern und die Digitalisierung fördern. Welches Potenzial sehen Sie darin?**

Meiner Meinung nach handelt es sich hier um eine Bürokratisierung von Innovation. Das ist ein Widerspruch in sich. Neues entsteht durch Tun und Kreativität der Akteure im Gesundheitswesen. Dieser kreative Prozess wird nun reguliert. Der Spielraum wird durch den Experimentierartikel eher eingeschränkt.

Ausserdem bringt er zwei Schwierigkeiten mit sich: Die Experimentierfelder sind vorgegeben. Und es braucht die explizite Zustimmung der Versicherten. Diese Zustimmung muss wiederholt eingeholt werden, was einen gewaltigen administrativen Aufwand erfordert. Der Experimentierartikel bietet also nur bedingt Chancen.

### **Sprechen wir noch über das Thema Konsolidierung. Welche Beweggründe könnten aus Ihrer Sicht zu einer Konsolidierung im Markt führen?**

Für die Konsolidierung sehe ich drei Beweggründe.

Erstens führt die Verbesserung des Risikoausgleichs dazu, dass diverse Versicherer ihre unterschiedlichen Gesellschaften zusammenlegen, da die Prämien immer stärker konvergieren. Zweitens werden strengere Anforderungen der Aufsicht für kleinere Krankenversicherer immer anspruchsvoller, weshalb sie mit anderen zusammengehen. Drittens werden Prämien aus wettbewerblichen Gründen riskant kalkuliert. Im Herbst 2022 haben einzelne Krankenversicherer ihre Prämien markant unter dem durchschnittlichen Anstieg von 6,6% angehoben. Das könnte für diese Akteure gefährlich werden: Je nach Solvenz kann ein Krankenversicherer diese Entwicklung eventuell nicht mehr tragen. Er darf seine Kosten nicht mit Mitteln aus anderen Quellen decken, sondern muss es über Prämieinnahmen schaffen. Im Weiteren muss ein Krankenversicherer das überproportionale Wachstum, das aus der limitierten Prämienhöhung resultiert, auch administrativ bewältigen.

#### **Das klingt nach Jo-Jo-Effekt: Wachstum schnell hoch, Wachstum schnell runter.**

Genau. Diesen Jo-Jo-Effekt haben wir in der Vergangenheit wiederholt gesehen. Zuerst kommt massives Wachstum und dann kann ein Krankenversicherer dieses nicht mehr tragen. Oft handelt es sich um kleinere oder mittlere Krankenversicherer, die Risikoausgleichsempfänger sind. Aufgrund des Wechsels vieler gesunder Versicherter kann der Krankenversicherer zum Risikoausgleichszahler werden. Da die tiefen Prämien auch den Risikoausgleich finanzieren müssen, sind die Prämien in Folge wieder überdurchschnittlich zu erhöhen. Auch müssen Reserven für die Neukund:innen aufgebaut werden. Zudem steigt der administrative Mehraufwand durch die vielen Neukund:innen massiv. Das kann schnell unzufriedene Kund:innen erzeugen.

#### **Will denn nicht jede Krankenversicherung wachsen?**

Natürlich! Aber die Vergangenheit hat deutlich gemacht, dass stetiges Wachstum zielführender ist als plötzliches, eruptives. Jeder Krankenversicherer, der überproportional gewachsen ist, kam spätestens nach drei bis vier Jahren in Schieflage und musste die Prämien massiv erhöhen. Eine forcierte Wachstumsstrategie holt einen Anbieter irgendwann wieder ein.

#### **Was bremst eine weitere Konsolidierung zusätzlich?**

Die Rechtsstrukturen. Es gibt in der Schweiz keine Krankenversicherung in Privatbesitz mehr. Und Markteintritte sind in der OKP nicht zu erwarten, denn es darf kein Gewinn erzielt werden.

#### **Wie wahrscheinlich ist es, dass es in den nächsten zwei bis drei Jahren zu einer Konsolidierungswelle im Krankenversicherungsmarkt kommt?**

Ich würde nicht von einer Welle sprechen, eine solche gab es auch in der Vergangenheit nicht. Die Konsolidierung wird vermutlich voranschreiten. Aber evolutionär, denn der Krankenversicherungsmarkt ist träge. Ich hoffe, dass es auch in Zukunft mehrere Krankenversicherer gibt. In einem oligopolistischen Markt würde sich der Wettbewerb zugunsten von Qualität und Effizienz sogar intensivieren.

#### **Welche Krankenversicherer gehören zu den wahrscheinlichsten Übernahmekandidaten?**

Eine weitere Konsolidierung wird vorwiegend im Pool der kleinen und mittleren Krankenversicherer stattfinden. Ob dann tatsächlich eine Übernahme des Unternehmens erfolgt, bleibt offen. Die Kund:innen können auch einfach den Anbieter wechseln.

#### **Oft schneiden beim Vergleich der Administrationskosten die kleineren Krankenversicherer gut ab, obwohl die grossen von Skaleneffekten profitieren sollten. Bleiben diese unter den Erwartungen?**

Es greift zu kurz, nur die Administrationskosten zu vergleichen. Ebenfalls ausschlaggebend ist die Morbidität des Versicherungskollektivs. Ein morbideres Kollektiv nimmt mehr Leistungen in Anspruch, reicht mehr Rechnungen ein und hat mehr Interaktion mit seiner Versicherung. Die Versicherung muss ein viel intensiveres Leistungskostenmanagement betreiben. Jeder Krankenversicherer hat zudem ein eigenes Allokationsmodell, das die Aufteilung des Betriebsaufwands in Grund- und Zusatzversicherung bestimmt. Es besteht kein einheitlicher Standard, weshalb Vergleiche immer mit Vorsicht zu geniessen sind.

Hinzu kommt: Ein Krankenversicherer kann Skaleneffekte in der Grundversicherung aufgrund der starken Regulierung nicht so gut ausspielen wie in anderen Märkten. Aufnahme-zwang und Gemeinschaftstarife wirken nachteilig auf Skaleneffekte.

#### **Wo sehen Sie Potenzial für Skaleneffekte bei grossen Krankenversicherern?**

In der Betrugsbekämpfung. Eine solche sehen wir oft nur bei den ganz grossen Krankenversicherern, da sie auf sehr spezifischen Algorithmen beruht. Auch die Digitalisierung im weitesten Sinne ist ein Vorteil grosser Versicherer. Digitale Lösungen erfordern eine grosse Anzahl an Versicherten, damit sie sich lohnen.



**Wolfram Strüwe** ist seit 1998 in der Krankenversicherungsbranche tätig und bei Helsana für Gesundheitspolitik, Unternehmenskommunikation sowie Gesundheitswissenschaften verantwortlich. Zudem ist er Verwaltungsrat der ambulanten Tariforganisation ats-tms AG und der HSK Einkaufsgemeinschaft, Vizepräsident der Medizinaltarif-Kommission UVG und Mitglied der Kommission Gesundheitspolitik bei economiesuisse.

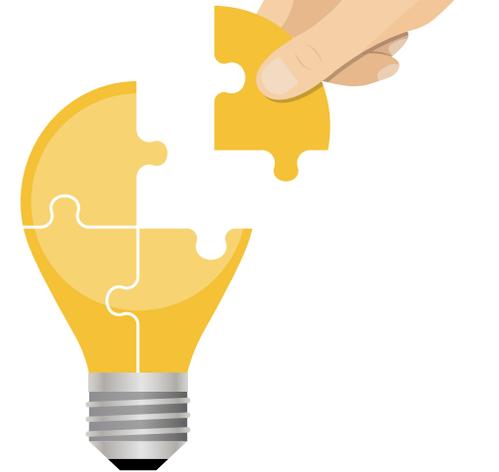
## Trend 3: Konsolidierung

Eine Marktkonsolidierung

ist überfällig

### Einführung

Aktuell sind zirka 50 Krankenversicherer in der Schweizer Grundversicherung tätig. In den letzten Jahren gab es kaum nennenswerte Fusionen und Übernahmen (Mergers and Acquisitions, kurz M&A oder Deals). Damit eine M&A-Transaktion stattfinden kann, braucht es den Willen sowohl des Käufers als auch des Übernahmekandidaten bzw. des Verkäufers (vgl. Abbildung 6).



## Motive potenzieller Käufer

Als Käufer dürften insbesondere grosse und führende Krankenversicherer auftreten. Wir gehen davon aus, dass diese stark an einer Transaktion interessiert sind, sollte sich ein attraktiver Übernahmekandidat präsentieren. Die Motive dazu können unterschiedlich ausgeprägt sein:

### Führende Position sichern

Ein wichtiges Motiv dürfte der Erhalt und Ausbau einer führenden Marktposition sein. Vorausgesetzt, dass in Zukunft weniger grosse Anbieter den Markt dominieren, müssen sich die Akteure entsprechend positionieren. Im Hinblick auf mögliche regulatorische Eingriffe zur Reduktion der Anzahl Marktteilnehmenden (Stichwort «Einheitskasse») könnten sich Übernahmen als besonders vorteilhaft erweisen.

### Geografische Präsenz stärken

Für einige Krankenversicherer dürfte die Stärkung der Marktposition in ausgewählten Kantonen oder Prämienregionen ein starkes Übernahmemotiv darstellen. Mit der Akquisition eines möglichst komplementären Konkurrenten könnten sie beispielsweise Lücken in der Marktabdeckung oder im Filialnetz füllen.

### Skaleneffekte realisieren

Mit wachsender Grösse ergeben sich auch im Krankenversicherungsmarkt gewisse Skaleneffekte. Diese können sich positiv auf die Kosten zur Erfüllung von regulatorischen Anforderungen oder Investitionen beim Aufbau und der Optimierung eines digitalen Angebotes auswirken.

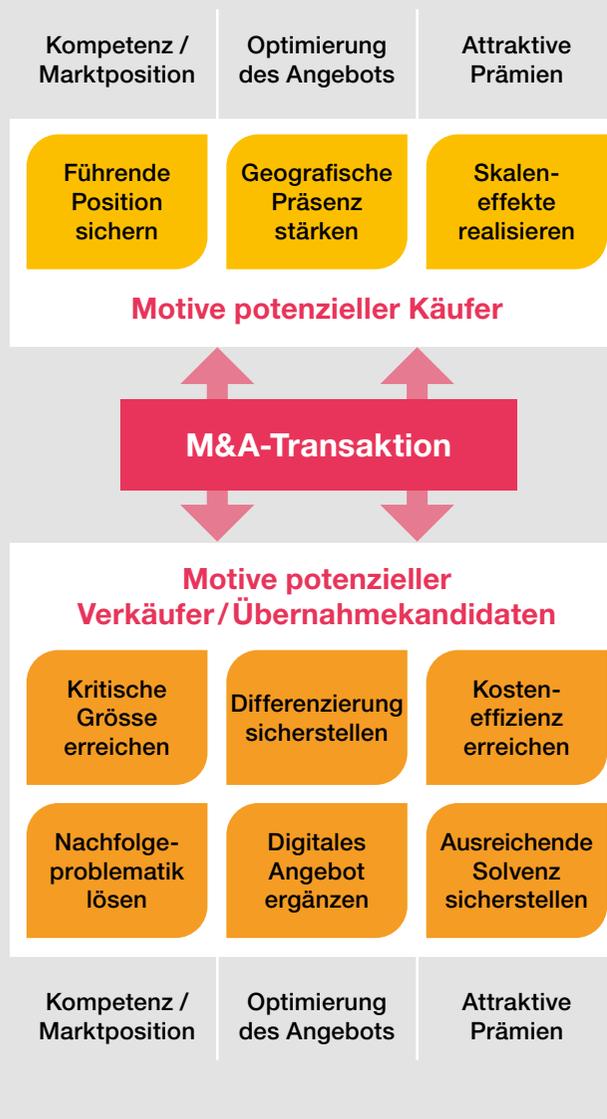
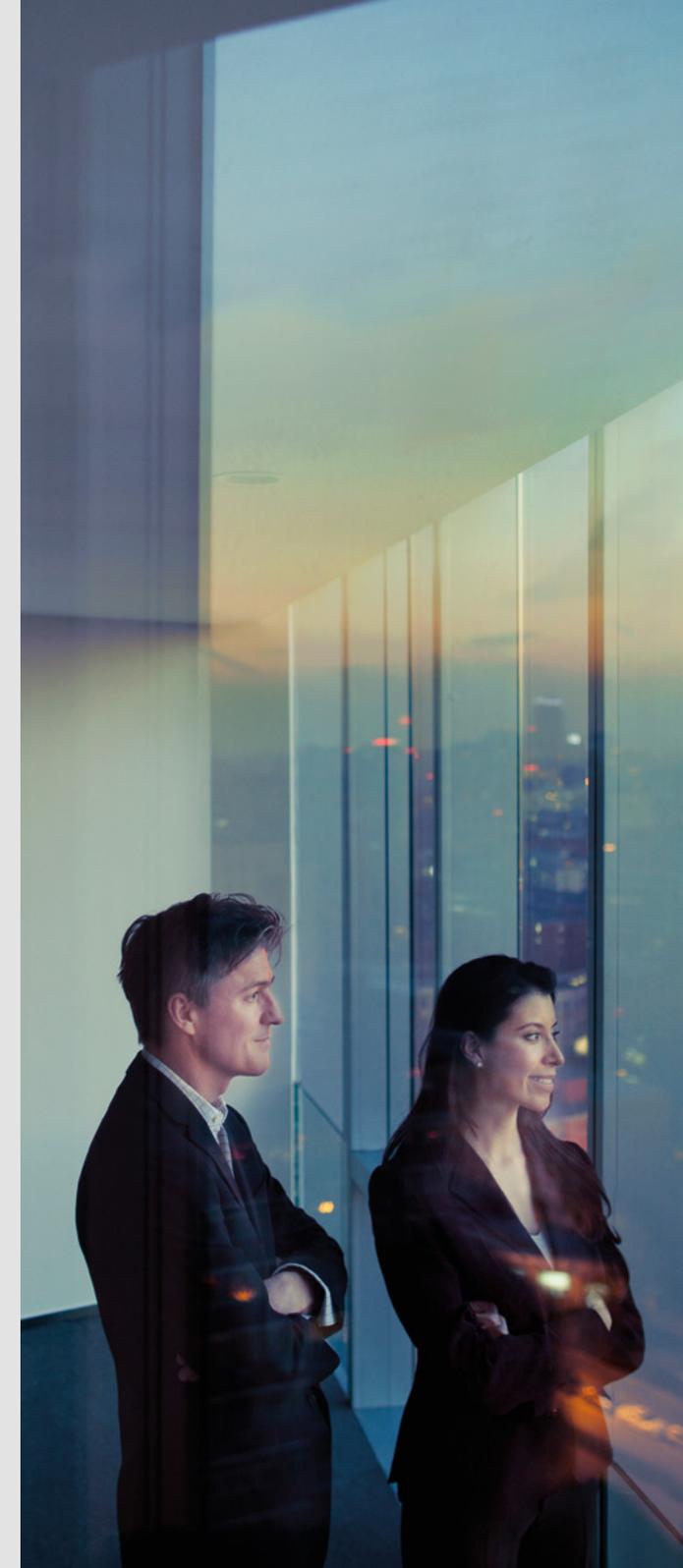
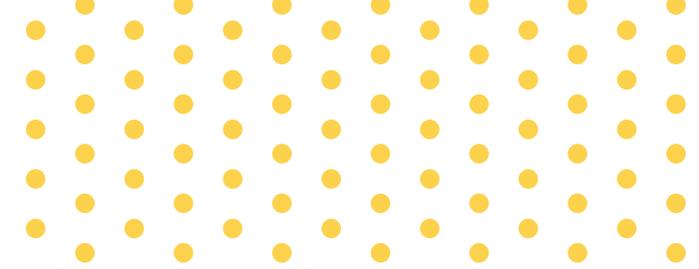


Abbildung 6: Für M&A-Transaktionen gibt es käufer- und verkäuferseitig viele gute Gründe.





## Motive potenzieller Verkäufer/Übernahmekandidaten

Im aktuellen Marktumfeld scheinen potenzielle Käufer durchaus Interesse an Akquisitionen zu haben. Geeignete Übernahmekandidaten haben sich bisher allerdings noch nicht gezeigt. Die folgenden Gründe könnten einen Krankenversicherer zum Verkauf bewegen:

### Kritische Grösse erreichen

Die fehlende kritische Grösse kann sich beispielsweise bei der Erfüllung der regulatorischen Anforderungen oder bei den administrativen Kosten bemerkbar machen. Aktuell scheinen diesen auch kleine Krankenversicherer (noch) gewachsen.

### Nachfolgeproblematik lösen

Gerade für kleine und mittelgrosse Krankenversicherer gestaltet sich die Suche nach geeigneten Kandidaten für strategische Leitungsfunktionen schwierig. Denn sie können von Kandidaten und Nachwuchsführungskräften oft als weniger attraktiv wahrgenommen werden als ihre grösseren Mitbewerber oder Unternehmen aus weniger regulierten Branchen.

### Differenzierung sicherstellen

Für Krankenversicherer ist es schwierig, sich in der Grundversicherung zu differenzieren, denn die Leistungen sind gesetzlich vorgeschrieben. Durch den Risikoausgleich lohnt sich die «Jagd nach guten Risiken» nicht mehr. Deshalb haben verschiedene Krankenversiche-

runksgruppen die Zahl ihrer Leistungsträger reduziert. Grosse Krankenversicherer können sich mit digitalen Angeboten oder innovativen Versicherungsmodellen differenzieren. Kleinen Krankenversicherern gelingt das durch eine spezifische Positionierung oder eine starke lokale Verankerung. Mittलगrosse Institutionen dürften in Zukunft am meisten Probleme bekunden, sich auf dem Markt zu behaupten.

### Digitales Angebot ergänzen

Viele grosse Krankenversicherer haben in den letzten Jahren digitale Angebote aufgebaut und weiterentwickelt. Für kleinere und mittlere Krankenversicherer stellen die notwendigen Investitionen eine hohe Hürde dar.

### Kosteneffizienz erreichen

Grosse Krankenversicherer sollten erwartungsgemäss kosteneffizienter (tiefere Verwaltungskosten pro Versicherten) arbeiten können als kleine und mittelgrosse Institutionen. In einem aktuellen Vergleich<sup>2</sup> von Comparis zeigt sich teilweise ein umgekehrtes Bild. Das könnte damit zusammenhängen, dass grössere Krankenversicherer höhere Investitionen in die Digitalisierung und die Sicherstellung der Einhaltung regulatorischer Anforderungen tätigen. Wir gehen davon aus, dass sich die Investitionen für grosse Krankenversicherer langfristig auszahlen. Kleinere Institutionen können Kosten reduzieren, indem sie gewisse Tätigkeiten oder Kompetenzen an Dritte auslagern, was aber zu Abhängigkeiten führen kann.

### Ausreichende Solvenz sicherstellen

Die Solvenzquote definiert sich als das Verhältnis von vorhandenen Reserven zur Mindesthöhe der Reserven. In der Vergangenheit wiesen die meisten – auch kleine – Krankenversicherer eine sehr hohe Solvenzquote auf. In den letzten Jahren stieg jedoch der politische Druck, Reserven abzubauen. Im Jahr 2021 ist die Solvenzquote bei den meisten Krankenversicherern geschrumpft. Das hat die Prämienentwicklung gedämpft. 2022 dürften die Anlageerträge aufgrund der Performance der Anlagemärkte nach einigen starken Jahren zudem deutlich negativ ausgefallen sein.

Die Prämienhöhungen für 2023 haben dazu geführt, dass viele Versicherte gewechselt haben. Krankenversicherer mit attraktiven Prämien könnten einen besonders hohen Kundenzuwachs erhalten. Da sie für Neukunden entsprechende Reserven aufbauen und zusätzliche administrative Kosten stemmen müssen, könnten gerade kleine und mittelgrosse Kassen finanziell in Bedrängnis geraten. Im Extremfall kann das Bundesamt für Gesundheit BAG die entsprechenden Krankenversicherer auffordern, die Prämien unterjährig zu erhöhen.

<sup>2</sup> Vgl. «Verwaltungskosten Krankenkassen: Die kleinen sind oft effizienter», comparis.ch, 12. Oktober 2022

## Treiber von Konsolidierungen

Dass derzeit keine Transaktionen stattfinden, liegt in der mangelnden Bereitschaft der Verkäufer begründet: Die Entscheidungstragenden potenzieller Übernahmekandidaten scheinen einen Verkauf (noch) nicht als valable Option zu betrachten. Im Weiteren sind viele Krankenversicherer z. B. als Stiftungen organisiert. Im Gegensatz zur Aktiengesellschaft erhöht sich damit die Komplexität einer Transaktion. Zum Beispiel ist die Zahlung eines klassischen Kaufpreises in Abwesenheit eines eigentlichen Verkäufers nicht möglich. Die Relevanz der Motive für Transaktionen hängt aus unserer Sicht vom betrachteten Zeithorizont ab:

- **Attraktive Prämien:** Die Prämien erhöhungen für 2023, die erwarteten Krankenversicherungswechsel und allfällige Solvenzprobleme einiger Krankenversicherer könnten die Bereitschaft für einen Verkauf **kurzfristig** erhöhen.
- **Optimierung des Angebots:** Die Abnahme der Attraktivität des Angebotes von mittelgrossen Krankenversicherern im Vergleich zur Konkurrenz dürfte sich **mittel- bis langfristig** auswirken.
- **Kompetenz/Marktposition:** Für einzelne Krankenversicherer ergeben sich Nachfolgethematiken **individuell**.

Für kleine und mittelgrosse Krankenversicherer halten wir Zusammenschlüsse oder die Prüfung eines Anschlusses an einen grösseren Konkurrenten für interessant. Eine aktuell starke Marktposition ist attraktiv für mögliche Partner und bringt sie in eine starke Verhandlungsposition.



## Trend 4: Margendruck

Margen im Zusatz-  
versicherungsgeschäft erodieren



### Handlungsbedarf in der Krankenzusatzversicherung

Die FINMA hat im Juni 2021 die revidierte Fassung des Rundschreibens 2010/3 Krankenversicherung nach Vertragsversicherungsgesetz (VVG) in Kraft gesetzt. Die Revision soll Ungleichbehandlung zum Schutz der Versicherten begrenzen. Sie ergibt jedoch einen Handlungsbedarf in der Krankenzusatzversicherung. Wir gehen davon aus, dass die Krankenversicherer ihr Bestandsmanagement überarbeiten und zur Sicherung der Zukunftsfähigkeit ihre Produktstrategie optimieren werden. Entscheidend dafür ist die zeitnahe und vorausschauende Überwachung der Profitabilität der Produkte. Diese rücken weiter in den Fokus der Krankenversicherer.

### Aufgaben aus dem FINMA-Rundschreiben 2010/3

- **Nicht begründete Ungleichbehandlung von Versicherten einschränken:** Die FINMA beschränkt die Höhe der kommerziellen Prämienabschläge, die sich nicht versicherungstechnisch begründen lassen, auf maximal 10 % der Prämie.
- **Zulässige Gewinnmargen begrenzen:** Für ein Zusatzversicherungsprodukt gelten Gewinnmargen von über 10 % der Prämieinnahmen grundsätzlich als missbräuchlich. Überschreitet die Gewinnmarge im Durchschnitt über die letzten drei Jahre die Schwelle von 15 %, so muss der Krankenversicherer den Tarif senken und von der FINMA genehmigen lassen. Damit führt die FINMA ein Interventionsschwellenkonzept inklusive der praktizierten Bandbreiten als Regel ein.
- **Versicherte in geschlossenen Beständen vor übermässigen Prämien erhöhungen schützen:** Zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses muss der Krankenversicherer klar darstellen, unter welchen Bedingungen er Prämienanpassungen vornehmen kann und was der Versicherte künftig erwarten muss. Prämien erhöhungen, die über die nachgewiesene exogene Teuerung hinausgehen, sind nur in Ausnahmefällen möglich.
- **Transparenz bei den Versicherungsbedingungen erhöhen:** Die FINMA präzisiert den Begriff der Ungleichbehandlung<sup>3</sup> und erhöht die Anforderungen für transparente Vertragsinformationen. Zum Beispiel muss der Krankenversicherer den Einfluss eines Altersklassenwechsels auf die Tarifprämie, die eine Prämienanpassung zur Folge haben kann, gegenüber den Versicherten verständlich darlegen.

## Finanzielle Folgen erwartet

Gerade bei Spitalzusatzversicherungen dürfte aufgrund der aktuellen Entwicklungen – insbesondere der Verschiebung von hospitalisierten zu ambulanten Behandlungen – der Prämienreduktionsdruck anhalten. Wir gehen zudem davon aus, dass die

Gewinnmargen ambulanter Produkte ohne zusätzliche Massnahmen weiter erodieren. Dies aufgrund steigender Leistungskosten bei einem gleichzeitig limitierten Anstieg der Prämien.

## Prämienreduktionspotenzial im VVG-Geschäft

Um die mögliche finanzielle Auswirkung aufgrund der Begrenzung der Gewinnmargen abzuschätzen, haben wir im Schweizer Markt eine quantitative Untersuchung durchgeführt. Datengrundlage bilden öffentlich verfügbare aggregierte Daten zum Versicherungsmarkt 2019 bis 2021. Aus diesen haben wir die Gewinnmargen von VVG-Produkten pro Produktkategorie auf Ebene der Versicherungsunternehmen geschätzt und mithilfe von Szenarien das Prämienreduktionsvolumen im Schweizer Markt approximiert. Für die Analyse haben wir fünf Produktsegmente gebildet: ambulante Heilbehandlungen, stationäre Heilbehandlungen, Pflege, Einzelkrankenversicherung Erwerbsausfall, Kollektivkrankenversicherung Erwerbsausfall.

Das technische Ergebnis auf Produktstufe haben wir anhand von Prämieinnahmen, ausbezahlten Leistungen, Kosten und der Veränderung der technischen Rückstellungen errechnet. Anschliessend haben wir das aktuelle Prämienreduktionsvolumen bestimmt. Dabei sind zwei Ausprägungen massgebend:

Margen, die 15 % überschreiten, müssen reduziert werden. Margen zwischen 10 % und 15 % werden von der FINMA überwacht. Daraus haben wir zwei Varianten der Margenreduktion aufgestellt:

- Limitierung der maximalen Gewinnmarge auf 15 % (vgl. Abbildung 7)
- Limitierung der maximalen Gewinnmarge auf 10 % (vgl. Abbildung 8)

Um die Entwicklung der technischen Ergebnisse für das Jahr 2021 abschätzen zu können, werden u.a. verschiedene mögliche Annahmen für die Allokation der technischen Rückstellungen auf die Produktstufe getroffen. Somit kann der wahrscheinliche Bereich (oberes bis unteres Szenario) für die über die letzten drei Jahre gemittelten Gewinnmargen geschätzt werden.

<sup>3</sup> Vgl. Art. 117 Abs. 2 AVO

Der Rückgang der Gewinnmargen beträgt im oberen Szenario bis zu CHF 94 Mio., verteilt auf über 20 potenzielle Versicherer.

Abbildung 7: In Variante 1 wird die maximale Gewinnmarge auf 15% limitiert.

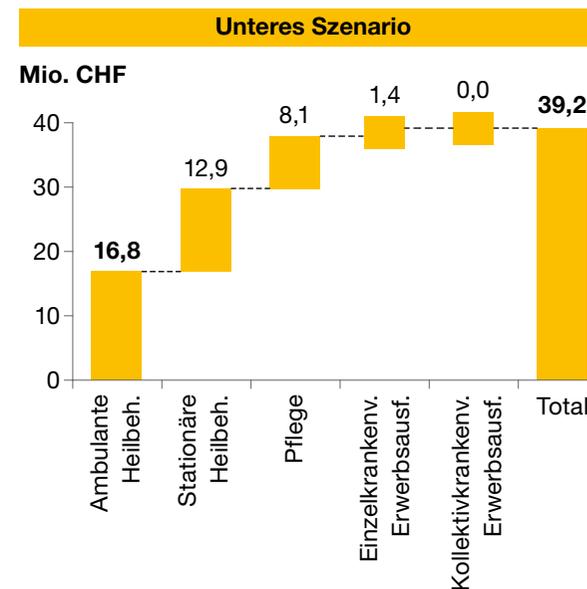
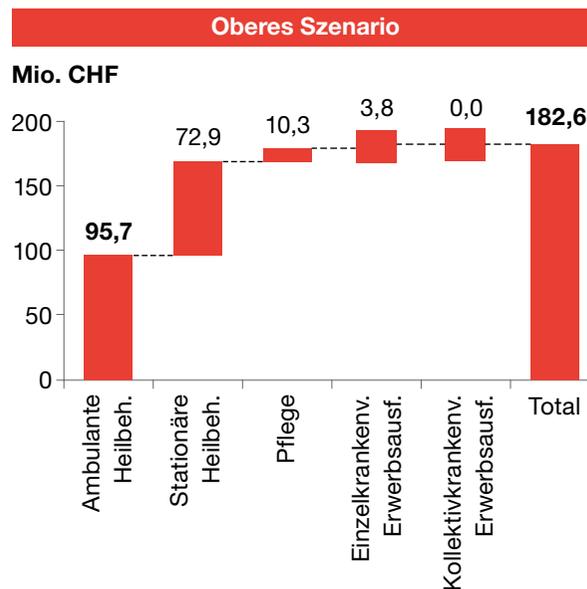
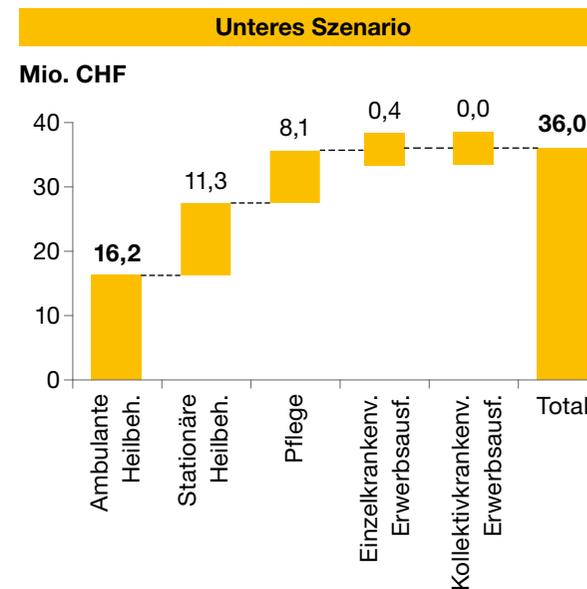
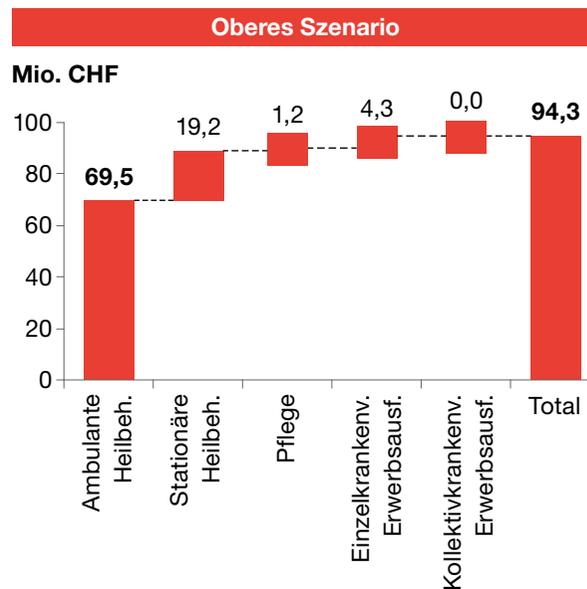


Abbildung 8: In Variante 2 wird die maximale Gewinnmarge auf 10% limitiert.



## Deutliche Auswirkungen auf Gewinnmarge und Prämienvolumen

In allen fünf Produktkategorien liegt ein Reduktionsvolumen der Prämien und damit der Gewinnmargen vor. Dieses beträgt im oberen Szenario bis zu 94 Mio. CHF weniger Gewinnmarge, verteilt auf über 20 potenzielle Versicherer. Das entspricht 38 % des technischen Ergebnisses. Wir schätzen, dass das Senkungsvolumen der Gewinnmarge bei stationären Produkten bis zu 19 Mio. CHF und bei ambulanten Produkten sogar die Schwelle von 70 Mio. CHF erreichen kann. Bei stationären Produkten entspricht das bis zu 12 % und bei ambulanten Produkten zirka 15 % der Prämiensumme.

Bei den ambulanten Produkten könnte die Obergrenze der Gewinnmarge von 15 % im Wesentlichen von sechs Krankenzusatzversicherern überschritten werden. Der Überhang von 70 Mio. CHF dürfte von den grösseren Marktteilnehmern getragen werden. Grund dafür könnte sein, dass kleinere Versicherer oft geringere Bestände haben und ihre technischen Ergebnisse zudem hohen jährlichen Schwankungen ausgesetzt sind. So können die erhaltenen Resultate von Jahr zu Jahr stark variieren. Im unteren Szenario liegt das Reduktionsvolumen immer

noch bei mindestens 36 Mio. CHF. Auch hier entfällt der Grossteil (16 Mio. CHF) auf die ambulanten Produkte.

Würde das Limit für die zulässige Gewinnmarge über das Dreijahresmittel von 15 % auf 10 % gesenkt, läge das Reduktionsvolumen bereits bei 183 Mio. CHF, verteilt auf über 39 betroffene Versicherer. Von diesem Betrag entfallen 96 Mio. CHF auf die ambulanten Zusatzversicherungen und 73 Mio. CHF auf die Spitalprodukte. Die Obergrenze für die Gewinnmarge kann offensichtlich einen wesentlichen Einfluss auf den Anpassungsbedarf der Prämien haben und stellt daher einen sensiblen Faktor dar.

Wir gehen davon aus, dass es in naher Zukunft wenig Spielraum für Prämien erhöhungen gibt. Daher ist nur von einem geringen Prämienzuwachs pro Versicherten auszugehen. Die Bandbreiten für die Erosion möglicher Gewinnmargen sind breit. Die Prämien für stationäre Produkte werden in den kommenden Jahren weiterhin im Brennpunkt der Aufsicht liegen und einem gewissen Prämien druck ausgesetzt sein.

Das aktuelle Senkungsvolumen ist bei Spitalprodukten überschaubar und eröffnet sich in Zukunft eher bei kleineren Marktteilnehmenden. Das liegt unter anderem darin begründet, dass die FINMA ihre neue Aufsichtspraxis zur Bekämpfung von Ungleichbehandlung bei Spitalprodukten bereits vor Inkrafttreten des revidierten FINMA-Rundschreibens 2010/3 umgesetzt hat. Sollten die Leistungskosten in diesem Segment weiter zurückgehen, wird das Reduktionsvolumen wieder steigen. Es lohnt sich, die Gewinnmargen im Auge zu behalten.

Obwohl wir eine Zunahme der Leistungszahlungen im Bereich der ambulanten Produkte erwarten, sehen wir in dieser Produktkategorie ein offensichtlicheres Reduktionsvolumen, gerade bei grösseren Marktteilnehmern. Das ist auf die grosse Produktvielfalt mit erschwerten Preisen und einer geringeren Beanspruchung von Leistungen durch die Versicherten zurückzuführen. Oder die Versicherer erwarten eine Teuerung und haben sich in jüngster Zeit bei der Tarifierung defensiver verhalten. Ebenfalls möglich wäre, dass die Aufmerksamkeit der Aufsicht bisher den Spitalprodukten galt.

## Verfeinerte Einschätzung von Entwicklungen gefragt

Effektives Produktmanagement und eine Verfeinerung der Prognoseverfahren zur Einschätzung künftiger Entwicklungen nehmen gerade bei ambulanten Produkten eine zentrale Rolle für das erfolgreiche Management nachhaltiger Gewinnmargen ein.



Bis zum 1. Januar 2023 mussten die Krankenversicherer die bestehenden Tarife erneuern, um den rechtlichen Vorgaben nachzukommen. Sie müssen vor allem Gründe und Bedingungen, die zu Prämienanpassungen führen können, in Zukunft transparent darstellen. Zudem müssen sie ihren Versicherten eine faire Vertragsprämie gewährleisten. Da die Gewinnbeschränkungen straff sind, brauchen die Krankenversicherer weniger Volatilität und eine höhere Genauigkeit der angewandten Schätzverfahren. Um risikogerechte Vertragsprämien statistisch zu begründen, empfehlen wir:

- Erhöhung der Schätzgenauigkeit der technischen Annahmen, um unerwartete Prämien sprünge zu vermeiden
- Verfeinerung und Aktualisierung der Kostenallokation auf die einzelnen Produktlinien, vor allem bei neuen und geschlossenen Produkten
- Engere Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern, um Trends in der Leistungsentwicklung und aktuarielle Annahmen frühzeitig abzuschätzen

## Im Gespräch

«Die Frage lautet nicht, wie viel ein Produkt kostet, sondern wie viel es dem Kunden wert ist.»

Alex Friedl, Leiter Leistungen und Kundenberatung bei Sanitas, und Hansjörg Lehmann, CEO des Kantonsspitals Winterthur (KSW), erörtern im Dialog, wie die Gesundheitsbranche die Mehrleistungen der Spitalzusatzversicherung gemeinsam verständlicher und nachvollziehbarer gestalten kann. Sie thematisieren Sinn und Zweck von Differenzierung oder Multi-Stakeholder-Ansätzen in der Produktentwicklung – und die Rolle der Digitalisierung.

**PwC: Im Juni 2021 wurde das SVV-Branchen-Framework zu «Mehrleistungen VVG» verabschiedet. Was sind Ihre Erfahrungen mit der Umsetzung und wo sehen Sie die grössten Herausforderungen?**

**Hansjörg Lehmann:** Mehrleistungen gemäss Versicherungsvertragsgesetz VVG sind für uns ein Kernthema. Deshalb haben wir grosse Anstrengungen Richtung Zukunft unternommen. Dieser Effort kommt heute in einem attraktiven Portfolio mit FINMA-konformen und flexiblen Produkten zum Ausdruck.

**Alex Friedl:** In einem ersten Schritt haben wir uns einen Überblick über die FINMA-Konformität der bestehenden VVG-Verträge verschafft. Unseren Handlungsbedarf haben wir bereits zu einem Drittel abgearbeitet. Herausforderungen sehe ich in drei Bereichen. Erstens: die adäquate Entschädigung von Belegärzten, vor allem in der Westschweiz. Zweitens: der Umgang mit dem Regulierungsdruck auf die Preise. Und drittens: die verständliche Kommunikation des Mehrwerts einer Zusatzversicherung.

**Warum wird das Thema von Krankenversicherungen und Leistungserbringern erst jetzt diskutiert?**

**Alex Friedl:** Viele der heute unbefriedigenden Situationen sind bereits vor oder mit der Einführung des KVG entstanden. Diese historischen Altlasten wurden bisher nicht beseitigt.

**Hansjörg Lehmann:** Es ist immer schwierig, etwas anzupassen, was einigermaßen gut funktioniert. Zudem gaben auch bestimmte Gesetzesbestimmungen – zum Beispiel das Zürcher Honorargesetz – einiges im VVG-Geschäft vor.

**Warum dreht sich Ihre Welt nun doch?**

**Hansjörg Lehmann:** Versicherer und Leistungserbringer tun sich schwer, die Komfortzone zu verlassen. Ausserdem hat sich der Kontext der Leistungserbringung verändert. Das Niveau der obligatorischen OKP wurde durch die Regulierung in den letzten Jahren stark angehoben.

Da stellt sich die Frage, weshalb man überhaupt eine Zusatzversicherung braucht. So hat die FINMA die Debatte neu lanciert – und Zusatzversicherungen müssen neu definiert und klarer positioniert werden.

---

### Wie werden diese fair bewertet?

**Hansjörg Lehmann:** Eine Zusatzversicherung ist keine Sozialversicherung. Die Zahlungsbereitschaft spielt also eine zentrale Rolle. Die Frage lautet nicht, wie viel ein Produkt kostet, sondern wie viel es dem Kunden wert ist. Die Zahlungsbereitschaft für gewisse Leistungen – etwa für die freie Arztwahl – ist regional unterschiedlich. Demnach ist es schwierig, so etwas in einem einheitlichen schweizweiten Spital-Krankenversicherer-Setting zu positionieren. Wir orientieren uns an einem Leistungskatalog für Zusatzversicherte. Dabei untersuchen wir mit Umfragen und Bewertungen laufend den subjektiven und objektiven Nutzen in Form eines medizinisch sinnvollen Mehrwerts für unsere Patient:innen.

**Alex Friedl:** Wir gehen einen hybriden Weg. Einerseits erheben und bewerten wir Mehrleistungen und grenzen sie von der OKP ab. Mithilfe eines Benchmarkings schauen wir dann, was ähnliche Dienstleistungen in anderen Spitälern kosten. So erstellen wir eine möglichst faire Grundlage für die eigentlichen Tarifverhandlungen.

---

### In welchen Bereichen lassen sich die Produkte entwickeln?

**Alex Friedl:** Die Ambulantisierung hat grosses Potenzial. Hier ist für die Branche noch unklar, wie sie damit umgeht und wo die Vorteile liegen. Einen ersten Schritt hat Sanitas mit dem neuen Produkt Hospital Day Comfort gemacht, welches den Kunden Mehrleistungen bei ambulanten Eingriffen bietet. Bereits rund 50 Spitäler bieten für diese Kunden einen Premiumservice, der über die Grundversicherung hinaus geht. Die Versicherungen müssen gemeinsam mit den Spitälern weitere Produkte entwickeln, um

flächendeckend auch in weiteren Bereichen Zusatzleistungen anbieten zu können.

**Hansjörg Lehmann:** Zusätzlich kämpfen wir mit den Regulierungen. Ambulant vor stationär wirft bei Versicherten Fragen auf, da sie damit nicht den Nutzen eines stationären Aufenthalts auf einer Privatstation haben.

---

### Welche Trends beobachten Sie sonst noch?

**Hansjörg Lehmann:** Ich bezweifle, ob die Abgrenzung zwischen Halbprivat und Privat noch genügend ist. Diese Differenzierung schärfen wir bei uns im KSW gerade stark nach.

**Alex Friedl:** Stimmt. Zwischen Halbprivat und Privat gibt es ausser bei der Zimmerwahl kaum Unterschiede. Die FINMA-Regulierung führt primär dazu, dass Halbprivat und Privat noch stärker zusammenrücken.

---

### Müsste man eventuell das OKP-Niveau senken?

**Alex Friedl:** Das wäre falsch. Der Standard der OKP soll nicht unendlich hochgetrieben werden. In absehbarer Zeit wird es im Raum Zürich Spitäler geben, die allen Patient:innen ein Privatzimmer anbieten. Hier muss die Branche klar aufzeigen, weshalb es für kaufkräftige Kund:innen dennoch interessant sein kann, eine Zusatzversicherung mit entsprechendem Mehrwert abzuschliessen.

**Hansjörg Lehmann:** In der spezifischen ärztlichen Leistungserbringung wird das Angebot weiterhin knapp sein. Die Garantie für einen Chefarzt zum Beispiel hat man heute nur mit der Privatversicherung. Das resultiert in einer höheren Zahlungsbereitschaft für Zusatzversicherungen.

---

### Wie könnte die Digitalisierung Abhilfe schaffen?

**Alex Friedl:** Für die Digitalisierung sehe ich definitiv grosses Potenzial. Allein bei der elektronischen Übermittlung von Kostengutsprachen wäre sie eine grosse Unterstützung, da viele Prozesse immer noch analog im

Hintergrund ablaufen. Im OKP-Bereich könnte sie dazu beitragen, unnötige Arbeitsschritte und Medienbrüche zu minimieren.

---

### Gibt es weitere Möglichkeiten, den Mehrwert von Zusatzversicherungen zu steigern?

**Alex Friedl:** Wir bieten unseren Zusatzversicherten eine separate Hotline mit persönlicher Ansprechperson an. Damit sind wir noch besser erreichbar, begleiten die Versicherten aktiv bei Produktveränderungen und entlang ihrem Patientenpfad.

**Hansjörg Lehmann:** Ich glaube, dass ein Spital die Interaktion mit seinen Patient:innen noch besser kanalisieren und differenzieren könnte – sei es in der Hotellerie oder bei der medizinischen Betreuung. In Spitälern, die keine Privatstation haben, wird das natürlich komplexer.

---

### Welche Multi-Stakeholder-Ansätze sehen Sie?

**Hansjörg Lehmann:** Das ist höchst anspruchsvoll, da jede Versicherung eine andere Vorstellung von Mehrleistungen hat. Wir haben deshalb von Spitalseite her definiert, wie ein vernünftiges Basisprodukt für Halbprivat- und Privatversicherte aussehen soll. Je nach Wunsch der Versicherung können wir noch gewisse Anpassungen am Basismodell machen. Wir mussten feststellen, dass einige Versicherungen ihre Produkte noch nicht weiterentwickelt haben oder teilweise nur schwer praktikable Ideen haben. Es ist immer wichtig, die operative Sinnhaftigkeit im Auge zu behalten.

---

### Wie lässt sich verhindern, dass am Schluss nicht ein sehr standardisiertes Produkt entsteht?

**Hansjörg Lehmann:** Die Frage ist, wie viel Differenzierung wir als Spital anbieten können und wollen. Individualisierung für jede Versicherung treibt die Kosten in der Produktion in die Höhe. Das bringt den Patient:innen nur bedingt einen Mehrwert.

**Alex Friedl:** Ich bin da gleicher Meinung. Ein Spital definiert Prozesse und Vorteile, die es seinen Patient:innen anbieten möchte. Wir als Versicherung müssen die Patient:innen vor dem Aufenthalt über die jeweiligen Unterschiede der Mehrleistungen in den Spitälern informieren. Eine gewisse Standardisierung wäre sicherlich sinnvoll, damit wir unsere Versicherungsprodukte anpassen können.

---

**Herr Friedl, was wünschen Sie sich von den Leistungserbringern im Thema Mehrleistungen?**

**Alex Friedl:** Ich wünsche mir, dass sich die Spitäler auf echte Mehrwerte für Zusatzversicherte fokussieren. Klasse statt Masse muss die Devise lauten. Patienten mit einer Zusatzversicherung sollen bei einem Spitalaufenthalt spüren, wofür sie jeden Monat Prämien bezahlt haben.

---

**Herr Lehmann, was wünschen Sie sich von den Versicherungen?**

**Hansjörg Lehmann:** Ich wünsche mir Versicherungen, die nach vorne schauen und dafür sorgen, dass Mehrleistungsprodukte eine Zukunft haben – nicht nur auf der Kostenseite, sondern auch hinsichtlich inhaltlicher Attraktivität für Patient:innen. Ein gutes Produkt darf seinen Preis haben. Ich freue mich darüber, dass sich in den letzten Jahren bereits einiges getan hat. Das ist nicht selbstverständlich, wenn man bedenkt, dass früher Konfrontation vor Kooperation kam.



**Alex Friedl** ist seit 2017 Leiter Leistungen und Kundenberatung und Mitglied der Geschäftsleitung bei der Sanitas-Gruppe. Vorher war er fast neun Jahre bei Helsana in verschiedenen Funktionen tätig und leitete zuletzt den Bereich Kundenservice Zürich/Zentralschweiz mit rund 300 Mitarbeitenden. Unter anderem absolvierte er einen Executive MBA an der Hochschule Luzern und zuletzt an der Universität Zürich den Studiengang Master of Public Health.



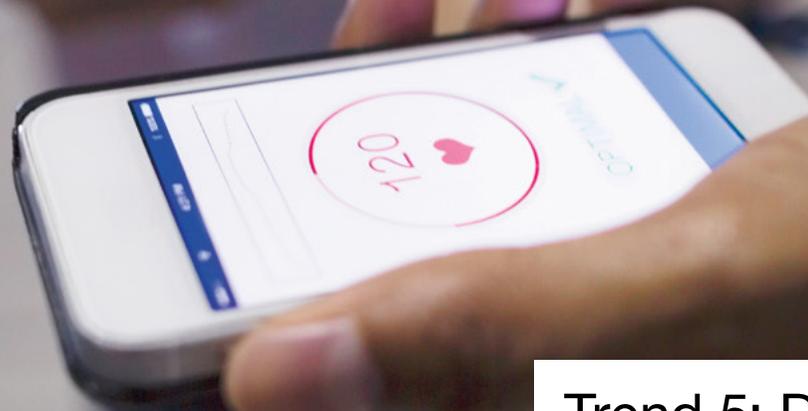
**Hansjörg Lehmann** amtiert seit Mai 2022 als CEO des Kantonsspitals Winterthur. Davor stand er der Direktion Finanzen vor. Während fast zehn Jahren war er für die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich tätig, zuerst als Projektleiter Zürcher Spitalplanung 2012, danach als Geschäftsfeldleiter Gesundheitsversorgung und Mitglied der Geschäftsleitung. Seine Doktorarbeit «Managed Care: Kosten senken mit alternativen Krankenversicherungsformen?» erhielt an der Universität Zürich das Prädikat «summa cum laude».



Eine Optimierung der Produktstrategie als auch eine verfeinerte Einschätzung von Entwicklungen im Bestand sind essentiell zur Sicherung der Profitabilität im VVG-Geschäft.

Harald Dornheim, Beratung Versicherungen,  
PwC Schweiz





## Trend 5: Digitalisierung

Die Digitalisierung revolutioniert

die Customer Journey

### Zwischen Dynamik und Trägheit

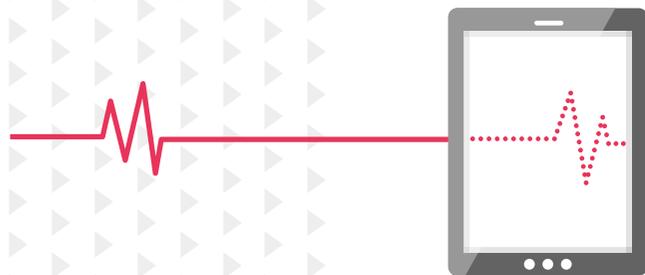
Krankenversicherer in der Schweiz befinden sich in einem rasanten Wandel und sind gleichzeitig mit der Trägheit regulatorischer Strukturen konfrontiert. Dieser Spagat zeigt sich vor allem bei der Digitalisierung. Auf der einen Seite sollen Krankenversicherer die Digitalisierung fördern, auf der anderen Seite drosseln regulatorische Rahmenbedingungen die gewünschte Schnelligkeit in der Umsetzung digitaler Lösungen.

Die Krankenversicherer sind sich einig: Digitalisierung ist erfolgsentscheidend. Dennoch priorisiert sie nicht jeder gleich hoch und setzt sie auch nicht gleich konsequent

um. Bisher haben die Krankenversicherer vor allem Prozesse im Backoffice digitalisiert und automatisiert, um an Effizienz zu gewinnen.

Doch das ist noch nicht alles: Die Digitalisierung ermöglicht innovative Formen für den Umgang mit Versicherten, neue Kontaktkanäle und Dienstleistungsangebote. Damit rücken die Bereiche Kundenservice (z. B. Onlinepräsenz), Marketing und Verkauf (z. B. Omnikanal-Management) und Produktentwicklung in den Mittelpunkt.





Kaum ein Krankenversicherer hat bisher den Schritt in die voll-digitale Welt gewagt. Dazu muss er alle Prozesse und Interaktionen digitalisieren. Das betrifft diverse betriebliche Dimensionen (vgl. Abbildung 9). Gründe für die bisherige Zurückhaltung sind technische Hürden und der hohe Stellenwert der persönlichen Interaktion bei Kund:innen. Vor allem bei komplexen Fragen schätzen diese den persönlichen Austausch. Der Krankenversicherer der Zukunft wird ein hybrides Modell verfolgen, das stark digitalisiert ist und punktuell den direkten Kontakt anbietet. Die Kunst besteht darin, digitale und analoge Elemente zu verbinden.

Abbildung 9: Der voll-digitale Krankenversicherer hat alle Prozesse und Kontaktpunkte mit Kund:innen digitalisiert.



## Praxisbeispiel Marketing & Vertrieb:

### Kund:innen aktiv einbinden

Krankenversicherer haben bereits neue Pfade eingeschlagen und haben in den letzten Jahren Anreize entwickelt, um gesundes Verhalten zu fördern. Dabei verknüpfen sie Verhalten und Gesundheit, indem sie ihre Versicherten für eine gesunde Lebensführung belohnen. Versicherte sammeln Punkte für Aktivitäten wie Sport oder ausgewogene Ernährung, welche sie am Jahresende in Gutscheine und Rabatte bei Partnerfirmen des Krankenversicherers eintauschen können. Dies erfolgt meist digital via Apps und stellt eine Gamification von Alltagssituationen dar.

In der Schweiz haben diverse Krankenversicherer derartige Konzepte umgesetzt, beispielsweise (nicht abschliessend): Benevita von SWICA, Generali Vitality, Helsana+ oder Active 365 der CSS

#### **Cloud-Lösung und verlässliche Datenquelle nutzen**

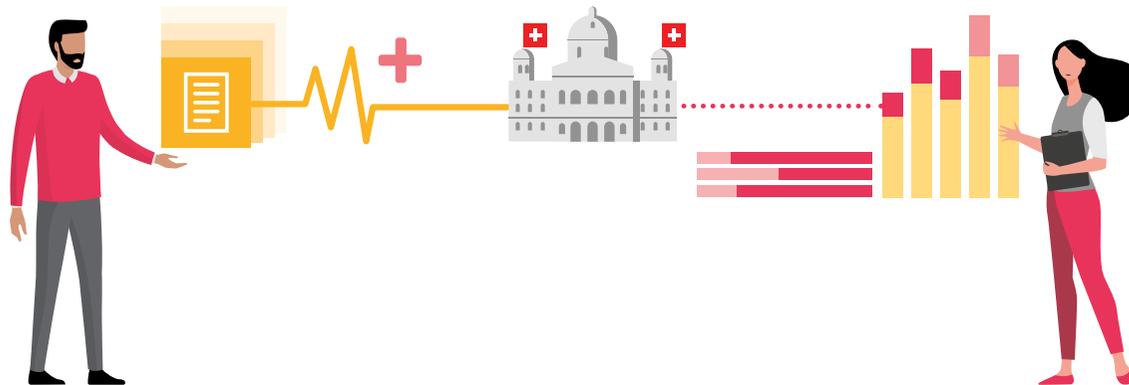
Solche Konzepte benötigen entsprechende digitale und technologische Kompetenzen. Meist basieren diese auf cloudbasierten Plattformen für Customer Relationship Management (CRM) (vgl. Abbildung 10).



Krankenversicherungen müssen sich vom klassischen Produktdenken lösen und sich entlang des Patientenpfades entwickeln. Dabei sind gezielte Kooperationen und Partnerschaften über unterschiedliche Branchen hinweg zentral, um die Kundenbedürfnisse vollumfänglich zu adressieren.

**Michael Plasmann**, Customer Transformation Practice,  
PwC Schweiz





## Erfolgsfaktoren für ein volldigitales Geschäftsmodell

### Skalierung

Volldigitale Geschäftsmodelle, wie man sie aus dem Banking kennt, müssen umfangreich skaliert werden, damit sie erfolgreich sind. Im stark fragmentierten Schweizer Gesundheitswesen ist diese Skalierung schwierig umzusetzen.

### Kompetenzen

Digitalisierung funktioniert nicht ohne umfangreiche technologische Fähigkeiten und Kompetenzen. Oft scheitern Krankenversicherer an der Digitalisierung, da ihnen das Fachpersonal und die notwendige Expertise für die erfolgreiche Umsetzung digitaler Projekte fehlt.

### Analoge vs. digitale Elemente

Kundeninteraktionen lassen sich weitgehend digitalisieren. Bei komplexen Krankheitsbildern wird die persönliche Interaktion jedoch entscheidend – und von Versicherten verlangt. Krankenversicherer müssen ein gesundes Gleichgewicht zwischen digitalen und analogen Elementen finden und diese optimal miteinander verknüpfen.

### Regulatorik

Die Regulatorik in der Schweiz erschwert aufgrund ihrer teilweise trägen Strukturen und des Föderalismus den Digitalisierungs- und daraus resultierend den Innovations-schub. Deutschland zum Beispiel hat mit dem «Digitale-Versorgung-Gesetz» und der Einführung von «Apps auf Rezept» eine starke Digitalisierungsoffensive gestartet und nimmt eine Vorreiterrolle in digitalen Gesundheitslösungen ein. In der Schweiz müssten digitale Angebote ebenfalls vergütet werden können. Eine angepasste Regulatorik könnte zum erforderlichen Innovationsschub beitragen.



## Oscar Health

Oscar Health Inc. ist ein US-amerikanisches, börsenkotiertes Krankenversicherungsunternehmen, das eine Full-Stack-Technologieplattform entwickelt hat. Das Unternehmen konzentriert sich in erster Linie auf Einzel-, Familien- und Kleingruppenversicherungen. Die Plattform bietet individuelle Einblicke und Vorteile und hilft den Versicherten, qualitativ hochwertige Behandlung zu erschwinglichen Preisen zu finden.

### Transparenz

In der Oscar-Health-App sind alle Daten der Versicherten hinterlegt, von Krankengeschichte über Laborberichte bis zu Telemedizin und ärztlichen Empfehlungen.

### Engagement

Versicherte werden motiviert, sich um ihre Gesundheit zu kümmern. Zum Beispiel erhalten sie einen US-Dollar pro Tag, wenn sie ihr Schrittziel erreichen. Oscar Health erhält dadurch wertvolle Daten zum Gesundheitsverhalten der Versicherten.

### Kundenbegleitung

Oscar Health begleitet die Versicherten mit einer virtuellen Plattform auf der gesamten Reise durch das Gesundheitssystem. Persönliche Assistenten navigieren die Versicherten von der Terminplanung über die Verschreibung von Medikamenten bis zur Abrechnung von Leistungen. Sie lenken die Versicherten auf die für sie besten Preis-Leistungs-Angebote. Zum Beispiel zur Erstberatung durch eine Pflegefachperson statt eine Ärztin oder einen Arzt, zur ambulanten Praxis statt ins Spital, zur Operation im ambulanten Setting statt stationär.

### Telemedizin

App und Assistenten leiten die Versicherten als Erstes zu einer telemedizinischen Konsultation. Die Versicherten können Bilder einsenden und erhalten dann eine Beratung. Patient:innen mit geringeren Symptomen können Beratungshürden so besser überwinden.

### Netzwerk

Oscar Health umfasst ein ausgewähltes Netzwerk an Spitälern und Leistungserbringern. Damit gibt es weniger Partnerschaften pro Gebiet, dafür hochwertige Leistungsangebote. Das stellt Behandlungen von hoher Qualität sicher. Zudem geht Oscar Health Versicherungspläne mit Leistungserbringern ein und teilt sich das Risiko mit den Leistungserbringern.

Aus der Praxis:



## Trend 6: Open Insurance

Open Insurance treibt

Innovation voran

### Den Wert von Daten erkennen

Die European Insurance and Occupational Pension Authority (EIOPA) definiert Open Insurance als gemeinsame Nutzung von persönlichen und nichtpersönlichen, versicherungsbezogenen Daten, in der Regel über Programmierschnittstellen (APIs). Mit Open Insurance wollen die Akteure Digitalisierung, Innovation und Wettbewerb im Versicherungsmarkt vorantreiben. Durch das Bereitstellen von Daten und Informationen können Drittanbieter diese neu verknüpfen, clever kombinieren und neue Angebote und Produkte für Versicherte entwickeln (vgl. Abbildung 11).

Das Pendant im Banking nennt sich Open Banking. Mittlerweile unterhalten zahlreiche Banken eigene Entwicklungsportale, auf denen Start-ups innovative Ideen bauen.



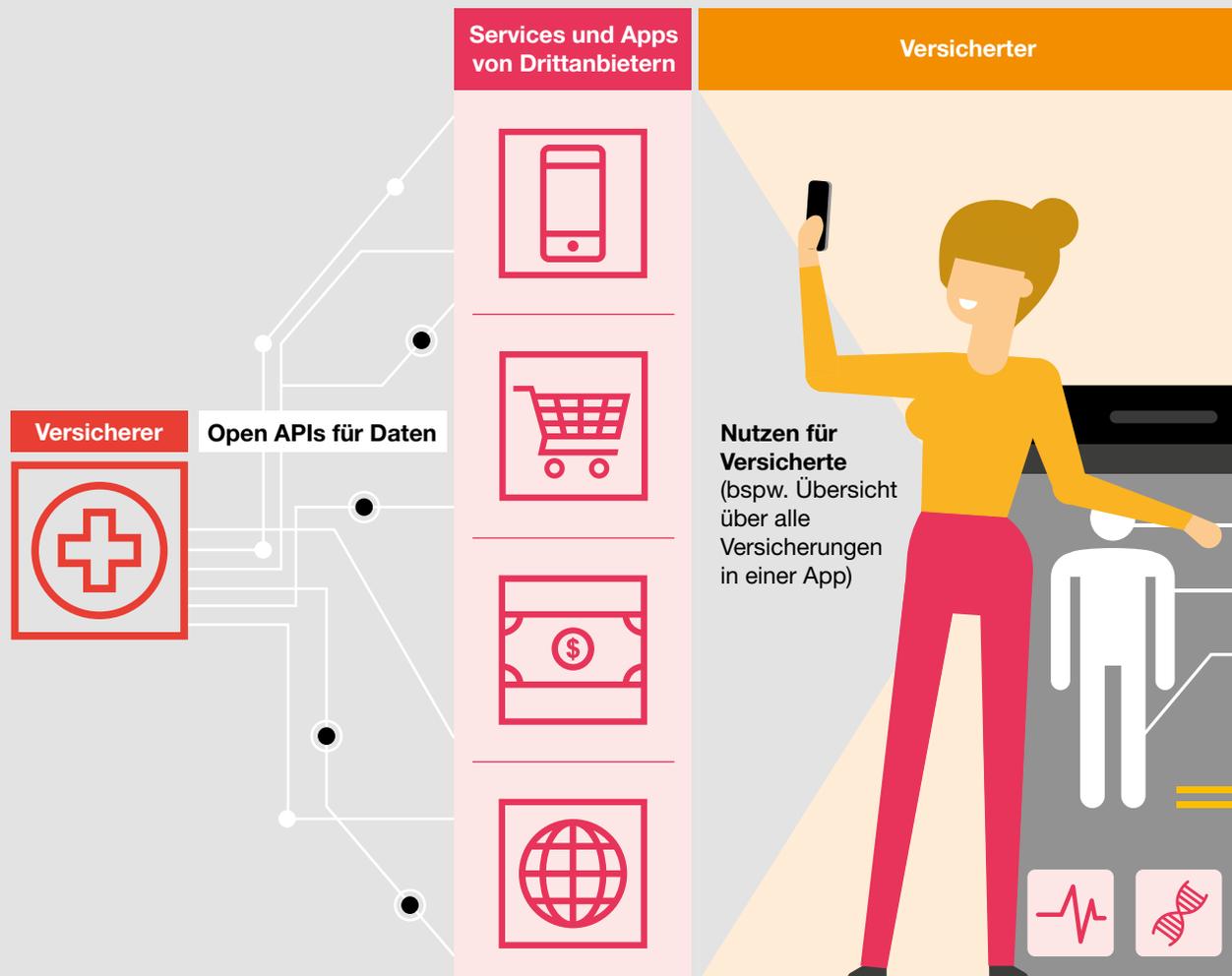
“

Open Insurance bedeutet, dass sich die geschlossene Versicherungswelt unaufhaltsam hin zu einem offenen, kunden-zentrierten Ökosystem entwickelt. Die Vision ist, dass Krankenversicherer zu Plattform-anbietern werden, die mehr als nur reine Versicherungsdienstleistungen abdecken.

David Roman, Leiter Beratung Krankenversicherungen und Digital Health, PwC Schweiz

Das Thema stellt ein Gedankenexperiment dar, da aktuelle Rahmenbedingungen einer Umsetzung grösstenteils im Weg stehen. Erfolgsentscheidend für ein solches Konzept im Krankenversicherungsmarkt sind regulatorische Rahmenbedingungen, die den Spielraum klar ausstecken. Mit expliziter Einwilligung der Versicherten sind einige Anwendungsbeispiele denkbar. Ein weiterer Erfolgsfaktor ist ein ausgeprägtes Verständnis für den Wert von Daten. Ein solches muss nicht nur bei den Krankenversicherern, sondern bei allen Akteuren des Gesundheitswesens vorhanden sein.

Abbildung 11: Open Insurance bildet ein Ökosystem von Versicherer, Drittanbietern und Versicherten.



## Denkbare Anwendungsfälle

### Innovatives und personalisiertes Angebot

Krankenversicherer und Leistungserbringer besitzen Daten zur Person sowie Krankheitshistorie. Wäre ein Austausch der Daten durch Einwilligung des Versicherten oder durch regulatorische Rahmenbedingungen möglich, könnten personalisierte Produkte entwickelt werden (vgl. Abbildung 12).

Beispielsweise ist bekannt, welche Medikamente dem Versicherten verschrieben wurden und welche Behandlungen er erhalten hat. Mit diesen Informationen wird ein massgeschneidertes Paket bestehend aus Sprechstunde, Therapie und digitaler Begleitung zu Ernährung oder Bewegung entwickelt. Das Angebot zielt darauf ab, Versicherte ganzheitlich zu betreuen und eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu vermeiden.

### Bessere Risikosegmentierung

In der OKP wird der Austausch von Gesundheitsdaten bereits über die gemeinsame Einrichtung praktiziert, da hier ein Ausgleich des Risikos innerhalb der einzelnen Versicherer stattfindet. Im VVG-Geschäft findet kein Austausch von versicherungsbezogenen Daten statt. Bei einer Neuaufnahme eines Versicherten werden durch den Fragebogen Datenpunkte zur Krankheitsgeschichte und zum Risiko erhoben, das mit dem Versicherten verbunden ist. Durch einen Datenaustausch zwischen Krankenversicherern liesse sich dieser Prozess automatisieren. Sind umfangreichere, personalisierte Daten über einen längeren Zeitraum verfügbar, können Krankenversicherer eine exaktere Risikosegmentierung vornehmen (vgl. Abbildung 13).

Abbildung 12: Der Austausch von versicherungsbezogenen Daten ermöglicht ein innovatives und personalisiertes Angebot.

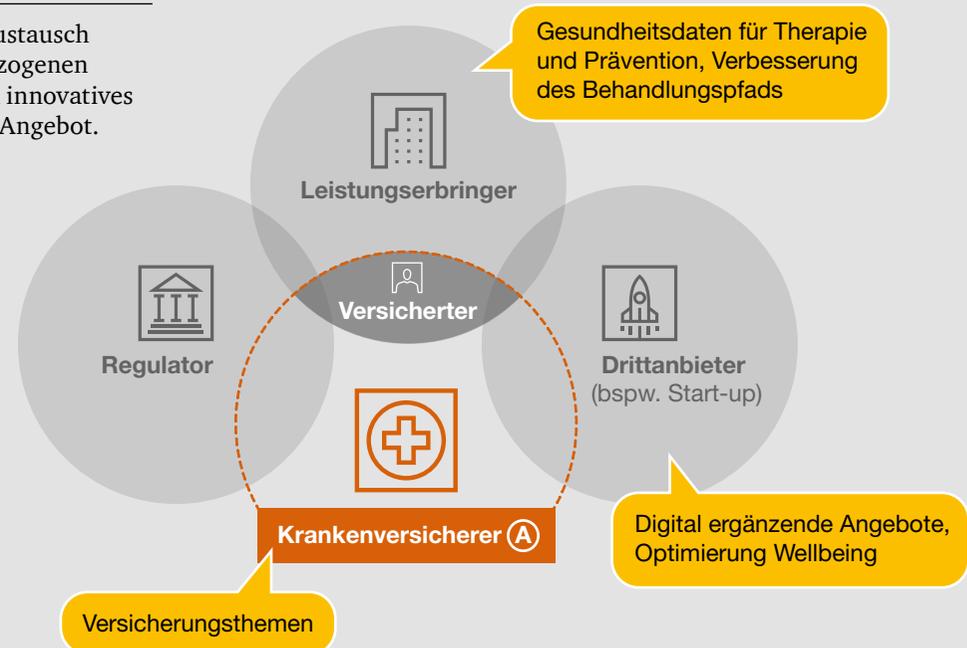


Abbildung 13: Der Austausch von versicherungsbezogenen Daten zwischen Krankenversicherern optimiert die Risikosegmentierung.



## Chancen und Risiken im Überblick

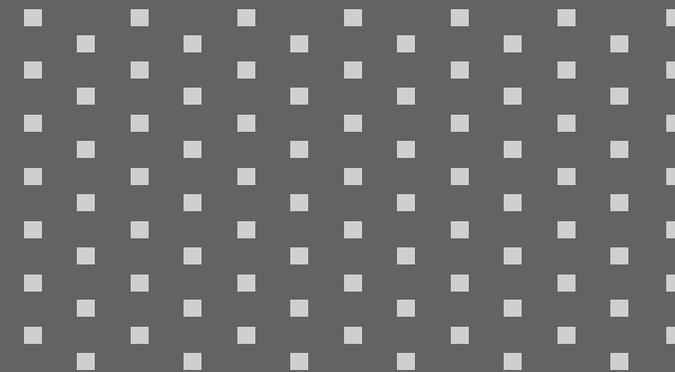
### Chancen

	 Krankenversicherer	 Versicherter	 Leistungserbringer	 Regulator
Zunehmende Information, bspw. zu Bedürfnissen der Versicherten, führt zu innovativen und massgeschneiderten Produkten	●	●		
Steigende Transparenz durch den vereinfachten und standardisierten Austausch von Daten, sowie zunehmende Kontrolle der Versicherten über ihre eigenen Daten	●	●	●	●
Besserer und schnellerer Zugang zu Daten erleichtern Überwachung durch Regulatoren. Möglichkeit zum Aufbau von RegTech Lösungen				●
Möglichkeit für Krankenversicherer, als Gesundheitspartner zu agieren und die Gesundheit ihrer Versicherten durch gezielte Angebote zu beeinflussen	●			
Vereinfacht den digitalen Sales-Prozess und erleichtert die Umsetzung eines kundenzentrierten Geschäftsmodells, da Kundenbedürfnisse besser verstanden werden	●			
Zunehmender Wettbewerb und neue Player aus der Technologiebranche können dazu führen, dass Prozesse effizienter werden und Kosten für Versicherte gesenkt werden		●		

### Risiken

	 Krankenversicherer	 Versicherter	 Leistungserbringer	 Regulator
Umsetzung und Standardisierung von Systemen und Prozessen ist ein kostspieliges und arbeitsintensives Unterfangen, vor allem da die Systemlandschaft im CH Gesundheitswesen stark fragmentiert ist	●	●	●	●
Regulatorik im Gesundheitswesen und Datenschutz erschweren den Austausch von Gesundheitsdaten (Einwilligung der Versicherten notwendig)	●		●	
Austausch von Daten zwischen Krankenversicherungen und damit verbunden die Risikosegmentierung widerstreben dem Solidaritätsgedanken der Krankenversicherungen	●	●		
Skepsis der Versicherten ggü. Krankenversicherungen und der damit verbundenen Datenanalyse erschwert die Einwilligung der Versicherten zur Verwendung der Daten	●			

Abbildung 14: Open Insurance bietet attraktive Chancen und birgt einige wesentliche Risiken.



## Im Gespräch

# «Open Insurance ist eine Frage des Geschäftsmodells.»

Urs Arbter, Direktor des Schweizerischen Versicherungsverbandes SVV, diskutiert im Dialog mit David Roman, Leiter Beratung Krankenversicherungen bei PwC, die Möglichkeiten von Open Insurance, um Innovation und Wettbewerb im Krankenversicherungsmarkt zu fördern.

**PwC: Das Geschäftsmodell der Krankenversicherer hat wenig Spielraum. Im OKP-Geschäft dürfen keine Margen erzielt werden und auch das Zusatzversicherungsgeschäft kommt zunehmend unter Druck. Echte Innovationen lassen sich im Markt kaum beobachten. Könnte Open Insurance ein Ausweg sein?**

**Urs Arbter:** Ein Ausweg würde eine Sackgasse implizieren, darum möchte ich es eher als Perspektive bezeichnen. Aber Sie haben natürlich Recht: Open Finance im Allgemeinen ermöglicht durchaus Innovation und vielversprechende Geschäftsmodelle. Die Spannweite ist breit, von ergänzenden Angeboten zu komplett neuen Geschäftsmodellen sind viele Szenarien denkbar.

Ein Beispiel könnten «Service Initiating Companies» sein, die es Kundinnen und Kunden ermöglichen, einen Überblick über ihre persönlichen Daten zu bekommen und diese auch zentral zu verwalten. Denn in der digitalen und vernetzten Welt ist es schwierig, einen Überblick zu haben, welche persönlichen Daten auf welcher Plattform wie verwendet werden. Eine solche Aufgabe könnten auch Versicherer übernehmen.

Wichtig ist dabei, dass eine Reziprozität von Anbeginn mitgedacht wird. Jeder, der kundenrelevante Daten via API nutzen möchte, soll im Gegenzug auch seine Daten bereitstellen. Stellen zum Beispiel Krankenversicherer Daten für die Nutzung durch Technologiefirmen zur Verfügung, soll der Datenfluss auch in die andere Richtung möglich sein. Ohne solche Regeln wären die Spiesse nicht gleich lang, wodurch die Angebote einseitig wären und sich nicht durchsetzen könnten.

Am Ende des Tages ist stets entscheidend, dass durch ein neues Angebot oder Geschäftsmodell ein Mehrwert für die Versicherten entsteht. Denn dann birgt Open Insurance Chancen für den Versicherungssektor. Zielt der Austausch von Daten nur auf die Risikosegmentierung, ist das Konzept wenig innovativ und auch nicht erfolversprechend.

### Wie würde Open Insurance in der Risikosegmentierung funktionieren?

Echte Open Insurance in der Risikosegmentierung bedingt den Austausch von anonymisierten Schadendaten zwischen Versicherern. Findet dieser Austausch bei einer freiwilligen Versicherung und personenbezogen statt, können individualisierte Produkte entstehen (zum Beispiel «Insurance on demand»). Diese Entwicklung hat jedoch Grenzen, wenn die Preissetzung ausschliesslich auf die persönlichen Schadendaten der versicherten Person abgestützt wird. Dies bricht mit dem Solidaritätsprinzip einer Versicherung und würde sich negativ auf den Versicherungsmarkt auswirken. Im Extremfall kann dies sogar zu einer Elimination eines Versicherungsteilmarktes führen.

### Wo liegen weitere Herausforderungen von Open Insurance?

Eine zentrale Herausforderung ist die Definition von Open Insurance und das klare Abstecken des möglichen Spielfeldes. Bisherige Diskussionen zeigen, dass das Thema schwer fassbar ist. Im EU-Raum wird Open Insurance von Regulatoren schon länger diskutiert, die möglichen Umsetzungsergebnisse scheinen aber oft unklar.

Die europäischen Regulatoren lassen sich stark durch den Konsumentenschutz treiben und versprechen sich davon

allgemein ein besseres Pricing oder bessere Produkte. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass eine technologiebasierte Regulierung das tatsächliche Kundenbedürfnis oftmals ausser Acht lässt und Innovation damit eher hemmt. So werden Regulierungsideen aus dem Open Banking für den Versicherungsbereich diskutiert, ohne zu definieren, was das Konzept genau umfasst und welche Daten zur Verfügung gestellt werden: Kundendaten? Vertragsdaten? Schadendaten? Ich bin froh, dass die Schweiz in diesem Zusammenhang einen marktbasierten Ansatz verfolgt und damit Innovationen fördert.

Eine weitere Herausforderung ist der Datenschutz. Gesundheitsdaten sind zwar äusserst spannend, aber auch speziell geschützt. Im Krankenversicherungsbereich sind Gesundheitsdaten über das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und das Schweizer Datenschutzgesetz doppelt geschützt. Um Open Insurance breit umzusetzen, müssten also mehrere Gesetze angepasst werden, was in naher Zukunft eher unwahrscheinlich und auch nachvollziehbar ist.

---

**Wie wäre es entweder mit anonymisierten, personenbezogenen oder dann mit aggregierten Daten? Könnte man mit solchen nicht gewisse Muster erkennen und dennoch der Datenschutzproblematik entgegenwirken?**

Für anonymisierte Daten sind grundsätzlich weniger Gesetzesanpassungen notwendig. Das bietet sicherlich spannende Möglichkeiten und würde Innovation weiter fördern. Im politischen Kontext werden solche Alternativen aber kaum diskutiert.

Es stellt sich hier auch die Frage, wie offen «Open Insurance» denn sein soll oder tatsächlich sein muss. Denn eine Alternative zur Lösung der Datenschutzproblematik wäre der Datenaustausch in einem geschlossenen Ökosystem. Das heisst, Open Insurance würde zunächst in einer Community mit fünf bis sechs Partnern im Sinne eines Ökosystems umgesetzt. Durch die Aggregation von Daten und den anonymisierten Austausch innerhalb dieses Ökosystems könnten ebenfalls neue Produkte und Leistungen entwickelt werden.

---

**Wie gross ist die Gefahr und der Konkurrenzdruck, welcher aus dem Markteintritt von Technologiefirmen und Startups resultiert und können Krankenversicherer sich leisten, nichts zu tun?**

Im Moment schätze ich die Gefahr eines raschen Markteintritts von Technologiefirmen als gering ein. Denn Technologiefirmen und Startups werden vor den gleichen regulatorischen Hürden wie Krankenversicherer stehen. Zudem ist der Schweizer Markt aus Perspektive eines weltweiten Anbieters vergleichsweise klein. Das macht den Markt weniger attraktiv. Zudem haben die bisherigen Anbieter einen gewissen «Heimvorteil», da sie sich im Umgang mit diesen Regularien bereits auskennen. Alle Angebote, die nicht reguliert sind, könnten dagegen schnell neue Konkurrenz erhalten.

Damit sich Open Insurance durchsetzen kann, braucht es zuerst Klarheit darüber, was erreicht werden soll. Dazu gehört ein Verständnis, von welchen Daten konkret gesprochen wird. Das ist heute oftmals noch nicht gegeben. Folglich wird es noch einige Zeit dauern, bis Open Insurance in der Breite zu Innovationen im Schweizer Markt führt, die die Kundinnen und Kunden direkt spüren.



**Urs Arbter** ist seit 1. Januar 2022 Direktor des Schweizerischen Versicherungsverbandes SVV. Zuvor war er vier Jahre beim SVV als stellvertretender Direktor und Leiter des Ressorts Versicherungspolitik und Regulierung tätig. In der Versicherungswirtschaft ist er seit 1998 unterwegs, unter anderem bei Allianz Suisse (1998–2004), als Mitglied der Geschäftsleitung Schweiz von Swiss Life (2004–2010), als Mitglied der Geschäftsleitung von Helsana (2010–2015) und als Partner des international tätigen Strategieberaters Roland Berger (2015–2018).

## Handlungsempfehlungen

# Mutig und weitsichtig agieren



Die Zusammenarbeit mit Leistungserbringern und weiteren Partnern erhöht den Impact der Krankenversicherungen im Gesundheitssystem und für die Versicherten. Wer früh damit beginnt, hat einen kompetitiven Vorteil.

**Philip Sommer**, Leiter Beratung Gesundheitswesen, PwC Schweiz



Krankenversicherer haben ihre Position im Markt neu zu definieren und entsprechend zu agieren. Nachfolgend haben wir sechs strategische Handlungsfelder mit geeigneten Massnahmen definiert, um den tiefgreifenden und immer komplexer werdenden Wandel zu vollziehen (vgl. Abbildung 15). Diese Handlungsfelder sind von trendübergreifender Relevanz und vereinen Aspekte des Vorkapitels.

Wir haben zudem mit Vertretern der Führungsebene von vier grossen Schweizer Krankenversicherungen zu den unterschiedlichen Handlungsfeldern gesprochen und den aktuellen Stand in der Branche dokumentiert.





Abbildung 15: In diesen sechs Handlungsfeldern müssen Krankenversicherer strategisch aktiv werden.

## Produktportfolio

Mit einer Neuausrichtung des Produktportfolios kann ein Krankenversicherer nicht nur Prämiensenkungen im VVG entgegenwirken, sondern sich auch neue Ertragsquellen im Selbstzahlerbereich erschliessen.

### Modulares und ergänzendes Angebot konzipieren

Krankenversicherer können durch modulare Angebote gezielter auf die Bedürfnisse der Versicherten eingehen. Zudem können sie in ihrer Rolle als Gesundheitspartner neue Angebote schaffen, die ausserhalb der Versicherungsleistung liegen. Diese Angebote unterliegen nicht den regulatorischen Beschränkungen von OKP und VVG.

Eine Neuausrichtung des Portfolios kann sich entweder direkt auf das Kerngeschäft des Krankenversicherers beziehen oder über dieses hinausgehen. Die Monetarisierung kann einerseits finanziell ausgestaltet sein, zum Beispiel über eine Vergütung für die Angebote. Andererseits kann der Krankenversicherer über kostenlose Angebote oder Preisreduktionen wichtige Datenpunkte sammeln (z. B. bei der App mit Preisreduktion bei Einwilligung zur Weiterverwendung der Daten).

### Produktstrategie im VVG-Bereich überarbeiten

Da die Gewinnmargen auf Tarifebene ermittelt werden, stellt sich für den Krankenversicherer die Frage, wie er den Umfang und die Art eines Produktes konzipieren soll. Entwickelt er Produkte mit modularen Tarifkomponenten,

### Das zeigt unsere Analyse

- Angebote ausserhalb der klassischen Versicherungsleistung gewinnen an Relevanz zur Erweiterung der Angebotspalette.
- Selbstzahlerbereich als Alternative zu bestehenden Ertragsquellen.

dürften das Quersubventionierungspotenzial und die Diversifikationseffekte innerhalb eines Produkts sinken. Eine modulare Tarifstruktur, die individuelle Bedürfnisse der Versicherten adressiert, kann bei eingeschränkten Gewinnmargen zu einem unerwarteten Prämienkorrekturbedarf führen. Daher sollte der Krankenversicherer den Nutzen einer modularen Struktur für seine Versicherten und die Steuerungsmöglichkeiten der Produktmargen – also der Prämienstabilität – sorgfältig abwägen.

Bestehende Produkte kann ein Krankenversicherer mit neuartigen Komponenten wie etwa Critical Illness ergänzen. Oder er führt sie mit anderen bestehenden Tarifen zusammen, sodass er eine höhere Diversifikation realisiert und das Senkungspotenzial abdämpft. Bei ambulanten Produkten werden Krankenversicherer ohne innovative Ideen oder Veränderungen in der Produktstruktur kaum Prämien erhöhungen realisieren können, selbst wenn der Trend ambulant vor stationär anhält.

### Möglichkeiten alternativer Versicherungsmodelle ausschöpfen

Alternative Versicherungsmodelle bieten den Krankenversicherern diverse Möglichkeiten zur Innovierung des Produktportfolios. Sie beinhalten oft Einschränkungen in der Arzt- oder Spitalwahl, können aber auch neue Vergütungsstrukturen wie beispielsweise Capitation Modelle oder die Vergütung über Qualitätsindikatoren beinhalten.



Mit alternativen Versicherungsmodellen lassen sich Versicherte gezielter zu entsprechenden Leistungserbringern lenken. Dieser Netzwerkgedanke lässt sich im Sinne eines erlesenen Netzwerks geeigneter Leistungserbringer in qualitativer und finanzieller Hinsicht weiterentwickeln (vgl. «Aus der Praxis: Oscar Health», Seite 35). Ein Beispiel für die Vernetzung in Kombination mit einem alternativen Vergütungsmodell sehen wir im «Réseau de l'Arc», welches integrierte Gesundheitsversorgung sicherstellen soll und Krankenversicherung mit Leistungserbringung kombiniert.

Die gezielte Vernetzung führt nicht nur zu Kosteneinsparungen, sondern erhöht auch den Mehrwert für Patient:innen. Denn diese profitieren von einer willkommenen Orientierungshilfe in der Navigation durch das komplexe Gesundheitswesen und finden schneller jene Leistungserbringer, die ihre Bedürfnisse am besten abdecken.

Das zeigt unsere Analyse

- 75 % der befragten Krankenversicherer beurteilen die Einbettung von Nachhaltigkeit in der Strategie als sehr relevant.
- Die Befragten betonen, Nachhaltigkeit sei bereits in der Strategie verankert, aber noch nicht effektiv umgesetzt.



Nachhaltigkeit

Anspruchsgruppen und regulierende Kräfte fordern von Finanzinstituten und Krankenversicherern mehr Transparenz sowie Offenlegungs- und Rechenschaftspflicht. Um Nachhaltigkeit tief in der Kultur und den Werten des Unternehmens zu verankern und als Priorität zu kommunizieren, müssen die Krankenversicherer die Auswirkungen von Nachhaltigkeit fassbarer machen – insbesondere für ihre Versicherten und Mitarbeitenden (vgl. Abbildung 16).

Nachhaltigkeit in der Unternehmensstrategie verankern

Nachhaltigkeit verlangt, dass ein Krankenversicherer eine klare Position zu Kernthemen wie Menschenrechte, Arbeitsbedingungen und Klimawandel bezieht. Er sollte sein Ambitionsniveau definieren und die Nachhaltigkeitsstrategie in die Kernkompetenzen integrieren. Dazu muss ein Krankenversicherer seine funktionalen Strategien wie Investitionsprozess, Produktinnovation oder

Betriebs- und Personalmanagement so anpassen, dass seine Schlüsselkompetenzen nachhaltig sind.

Nachhaltigkeit transparent machen und kommunizieren

Ein Krankenversicherer sollte seine Nachhaltigkeitsambitionen auf messbaren Zielwerten abstützen und öffentlich kommunizieren. Die übergeordnete Zielsetzung muss kurz- und langfristige Zielgrößen enthalten. Um den Erfolg und die Fortschritte zu messen, muss ein Krankenversicherer die wichtigsten Massnahmen und Messgrößen für seine Anspruchsgruppen transparent offenlegen und jährlich kommunizieren.

Nachhaltigkeitsverständnis innerhalb der Organisation verbessern

Der Krankenversicherer muss die erweiterte Führungsebene und das mittlere Management einbeziehen. Nur so lässt sich ein Konsens über die Prioritäten von Nachhaltigkeit erzielen. Zudem muss er aufzeigen, wie die Mitarbeitenden sowohl individuell als auch kollektiv zu einer nachhaltigen Zukunft beitragen können.

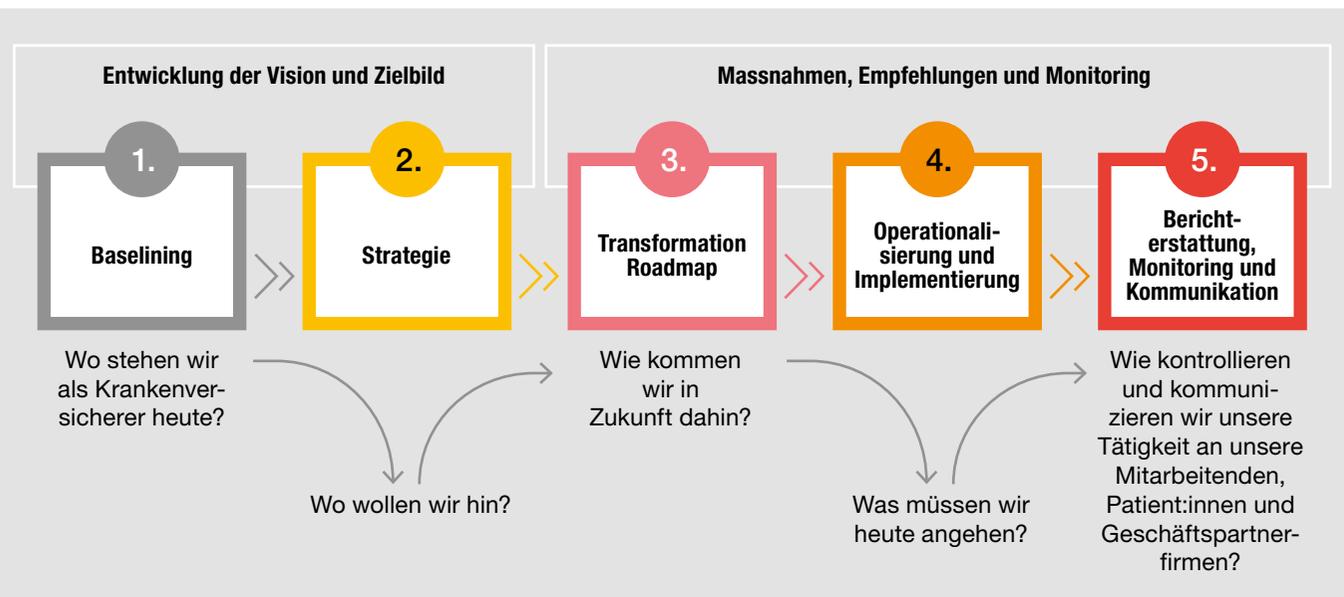
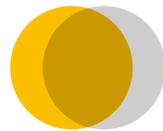


Abbildung 16: Nachhaltigkeit als unternehmerische Ambition ist eine strategische Kernaufgabe des Krankenversicherers.



### Das zeigt unsere Analyse

- 50 % der befragten Krankenversicherer beurteilen Kundenzentrierung als sehr relevant, 50 % als einzigen Weg vorwärts.
- Die Relevanz von starken Partnerschaften wird vor allem für Ökosysteme genannt.
- Zu viel Innensicht gilt als zentrale Herausforderung.



## Kundennutzen

Das Überdenken des Kundennutzens und Angebots ist komplex und erfordert Kompetenzen, die für die meisten Krankenversicherer neu sind. Ökosysteme bieten den Versicherten einen Mehrwert, der über die reine Versicherungsleistung hinausgeht. Die Krankenversicherer können einiges unternehmen, um Kundennutzen zu generieren.

### Den Kundennutzen neu denken

Ein Krankenversicherer muss den Mehrwert für seine Versicherten überdenken. Kund:innen verlangen einfache, relevante, persönliche und zugängliche Produkte. Mit einem Ökosystem kann der Krankenversicherer nahtlose Erlebnisse über eine Reihe miteinander verbundener Angebote bieten. Diese kann ein Versicherer, ein Leistungserbringer oder eine andere Partei erbringen. Demnach sollte der Krankenversicherer Produkte und Dienstleistungen gemeinsam mit Ökosystempartnern entwickeln; mithilfe des Netzwerkeffekts maximiert er den Kundennutzen.

### Positionierung definieren und Kompetenzen aufbauen

Krankenversicherer müssen klären, in welchen Ökosystemen sie sich engagieren, welche Rollen sie einnehmen, wo und wie sie sich in der Customer Journey engagieren. Das bedingt Investitionen in die Angebotsentwicklung, Kundenanalyse sowie ins Partnerschafts- und Customer-Engagement-Management. Zudem benötigt der Krankenversicherer digitale Kompetenzen. Zum Beispiel ist der Aufbau einer cloudbasierten API- oder Microservices-orientierten IT-Architektur zentral. Eine solche ermöglicht ein Mehr-parteien-Ökosystem und gewährt die erforderliche Agilität.

### Netzwerk mit starken Partnerschaften bilden

Für ein Ökosystem braucht es passende Partner. Diese müssen nicht nur die für die Orchestrierung eines Ökosystems erforderlichen komplementären Fähigkeiten mitbringen, sondern auch in Bezug auf Zweck und Strategie zum Krankenversicherer passen. Die Partnerschaften zum Ökosystems sollen einen Netzwerkeffekt für alle Beteiligten erzeugen, der über die traditionellen Geschäftsbeziehungen hinausgeht. So sollte der Krankenversicherer das Zusammenspiel der beigesteuerten Fähigkeiten optimal abstimmen, ohne dass eine Partei alle Kernfähigkeiten besitzen oder verwalten muss.



**Das zeigt unsere Analyse**

- 75 % der Befragten beurteilen Ökosysteme als sehr relevant, 25 % sind sich noch nicht sicher, wie sich diese entwickeln.
- 100 % beurteilen Daten und Datenanalyse als Zukunftsfaktoren Nummer eins.
- Fachkräftemangel und fehlende interne Kompetenzen gelten als Hauptherausforderung.



## Digitalisierung

Die Investitionen der Krankenversicherer in Digitalisierung müssen über reine Modernisierung hinausgehen, um neue Angebote zu kreieren und Innovation zu fördern. Der Grossteil der digitalen Bemühungen hat sich bis anhin auf die Steigerung der betrieblichen Effizienz konzentriert, nicht auf die Schaffung neuer Werte für Kund:innen. Das erfordert den Aufbau einer digital geführten, datengesteuerten Organisation, die Kundenwissen, Angebote, Fähigkeiten, Mitarbeitende und Kultur einmalig kombiniert.

### Bedürfnisgerechte Produkte und Dienstleistungen entwickeln

Ein Krankenversicherer muss neue personalisierte Produkte und Dienstleistungen entwickeln, die die Anforderungen der digitalen Welt erfüllen. Zum Beispiel mithilfe von Innovationen wie dem Internet der Dinge oder Wearables. Dabei sollte der Krankenversicherer mitverfolgen, wie sich die digitale Welt entwickelt. Von der Anlagestrategie über die Produktgestaltung bis hin zur Kundenerfahrung muss er eine Strategie für die nächste Generation der Digitalisierung aktiv umsetzen.

### Digitale Ökosysteme aufbauen

Über ein digitales Ökosystem kann der Krankenversicherer sein Wertversprechen neu gestalten. Dabei werden Versicherungen als Teil einer vernetzten Erfahrung

angeboten und von Teilnehmenden eines Ökosystems bereitgestellt. Gesundheitslösungen sind aufgrund der starken Fragmentierung des Marktes prädestiniert für Ökosysteme, die unterschiedliche Teilbereiche verknüpfen und Kund:innen einfacher durch das Gesundheitswesen führen. Im Zentrum eines Ökosystems liegen Kundendaten, zum Beispiel über Verhalten oder Bedürfnisse. Indem die Teilnehmenden diese Daten austauschen, lassen sich personalisierte Angebote kreieren. Dieser Austausch bedingt einen Kulturwandel hin zu einer datengesteuerten Organisation.

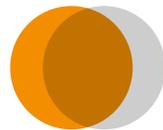
### Wertschöpfungskette digitalisieren

Die Digitalisierung erfordert, dass der Krankenversicherer seine Wertschöpfungskette in eine Reihe von digitalen Dienstleistungen umgestaltet. Dazu muss er eine zukunftsfähige Cloudarchitektur aufbauen und API-basierte «As-a-Service»-Technologieplattformen nutzen. So kann er einen einfachen Zugang zu Produkten und Dienstleistungen anbieten. Zu einem solchen Geschäftsmodell gehören Modularität, Agilität und Portabilität. Eine Kultur, die agiles Denken vermittelt, Neugier fördert, datengestützte Entscheidungen trifft und interne sowie externe Zusammenarbeit stärkt, ermöglicht die Digitalisierung über alle Ebenen hinweg.



### Das zeigt unsere Analyse

- 100 % der befragten Krankenversicherer beurteilen Change und Agilität als sehr relevant, oder gar als die einzige Möglichkeit.
- Transformation Boards sind teilweise etabliert.
- Geringe Bereitschaft zur Zusammenarbeit wird als Herausforderung genannt.



## Operational Excellence

Die rasanten Veränderungen im Markt zeigen, welche Akteure mithalten können und welche abgehängt werden. Heute kommt es auf die Fähigkeit an, die Anforderungen des Wandels schnell umzusetzen. Dabei sollten die Krankenversicherer dem Transformations- und Veränderungsmanagement oberste Priorität geben. Sie werden ihr Geschäftsmodell umgestalten müssen, um neue Kundenbedürfnisse zu erfüllen und Wettbewerbsvorteile zu nutzen.

### Eine ergebnisorientierte Organisation gestalten

Der Aufbau einer ergebnisorientierten Organisation hilft, Lücken zwischen Anspruch und Umsetzung zu vermeiden. Dabei wird auf talentierte Mitarbeitende gesetzt, Normen und Barrieren in Frage gestellt und Leistung über transparente Kennzahlen gesteuert. Krankenversicherer können diesen Ansatz übernehmen und sich ebenfalls auf Mitarbeitende konzentrieren, den Status quo hinterfragen und transparente Reportings erstellen.

### Change Management und Transformationsfähigkeit stärken

Veränderungen verlangen nach einer starken Führung und einer klaren Vision. Das bedeutet, dass die Unternehmen ihren Mitarbeitenden Führungsaufgaben übertragen, insbesondere dem mittleren Management. Ergebnisorientierte Organisationen betrachten Change Management als entscheidende Unternehmensfunktion. Diese soll nicht nur Transformation ermöglichen, sondern Veränderung in die Unternehmenskultur einbetten. Ein Transformation Management Office (TMO) unter der Leitung einer fähigen Führungskraft kann dazu beitragen, dass der Krankenversicherer die richtigen Schwerpunkte legt, eine passende Governance etabliert und die notwendigen Kompetenzen für Change Management entwickelt.

### Agile Arbeitsweise etablieren

Um in einem dynamischen Markt wettbewerbsfähig zu sein, müssen Krankenversicherer unternehmensweit agil arbeiten. Dazu gehören Kundenorientierung, funktionsübergreifende Teamarbeit und kontinuierliche Verbesserung. Eine agile Organisation lässt sich nicht von heute auf morgen aufstellen. Aber sie hilft den Krankenversicherern, Fehlritte und Verzögerungen bei der Umsetzung von Innovation zu vermeiden, Chancen zu ergreifen und Anspruchsgruppen zufriedenzustellen.



### Das zeigt unsere Analyse

- 100 % der befragten Krankenversicherer stufen den Wandel der Arbeitswelt und die neuen Kompetenzen als sehr relevant ein.
- Sie konzentrieren sich auf die Akquisition von Fachkräften; den Fachkräftemangel nennen sie auch hier als zentrale Herausforderung.

## Arbeitskräfte

Nicht nur die Pandemie, sondern auch der technologische Fortschritt hat das Arbeiten und die Prioritäten der Arbeitnehmenden verändert. Krankenversicherer müssen ihre Arbeitsweise neu definieren. Die hohe Nachfrage und das knappe Angebot an qualifizierten Versicherungsmathematiker:innen, Underwriter:innen und Agent:innen machen den Fachkräftemangel noch eindeutiger. Krankenversicherer müssen sich unter anderem mit Flexibilität, Mobilität und Entwicklung auseinandersetzen, um den Fachkräftemangel zu adressieren. Ebenso zentral ist die Unternehmenskultur als Quelle für Wettbewerbsvorteil. Richtet ein Krankenversicherer seine Unternehmenskultur auf soziale, ökologische und kundenorientierte Ziele aus, so fördert er das Mitarbeiterengagement und damit seine Produktivität.

### Die Zukunft der Arbeit neu definieren

Mit der Digitalisierung und Einführung von künstlicher Intelligenz werden Schlüsselrollen wie Vertrieb, Produktentwicklung, Versicherungsmathematik und Underwriting in Zukunft anders aussehen als heute. Ökosystemorientierte Geschäftsmodelle und die Verlagerung Richtung Agilität verlangen nach einer grundlegenden Neudefinition von Rollen, Teams, Strukturen und Leistungskennzahlen. Nur so kann ein Krankenversicherer wettbewerbsfähig bleiben und Talente gewinnen.

### Die Unternehmenskultur nutzen

Die Unternehmenskultur ermöglicht Differenzierung. Eine unverwechselbare Kultur verbindet den Unternehmenszweck bewusst mit den gewünschten kulturellen Werten und Verhaltensweisen. Durch eine klare Abstimmung der strategischen Ziele mit den kulturellen Prioritäten entsteht ein Wettbewerbsvorteil. Die Arbeitsplatz- und Personaldynamik ändert sich im Gleichschritt mit dem Wandel. Demnach müssen Krankenversicherer auch die Wertangebote für ihre Mitarbeitenden neu aufsetzen. Sie müssen Talententwicklung, Beförderung und Vergütung auf neue Generationen ausrichten, die Flexibilität und Vielfalt suchen.

### Upskilling betreiben und neue Kompetenzen entwickeln

Nicht nur dem Unternehmen an sich, sondern auch den Mitarbeitenden steht ein Wandel bevor. Vom Verwaltungsrat über das Management bis zu den Mitarbeitenden muss jede und jeder über ein angemessenes Mass an Fachwissen über die wichtigsten digitalen Bausteine wie Cloud, Cybersicherheit, Agilität und künstliche Intelligenz verfügen.



## Übersicht Publikationen

Das dürfte Sie  
ebenfalls interessieren

Alle Publikationen finden Sie auf  
[www.pwc.ch/gesundheitswesen](http://www.pwc.ch/gesundheitswesen)



### Zielbild für ein nutzungsorientiertes Gesundheitswesen in der Schweiz

- Konzeptionelle Grundlagen, Praxisbeispiele und konkrete Handlungsempfehlungen für Value-based Healthcare (VBHC)
- Ein Modell für ein qualitäts- und patientenzentriertes Gesundheitssystem: Unser VBHC Framework für alle Akteure des Schweizer Gesundheitswesens



### Warum sich Nachhaltigkeit für Schweizer Spitäler lohnt

- Impulspapier mit Handlungsempfehlungen und anschaulichen Praxisbeispielen, die zeigen, wo Sie Nachhaltigkeit gewinnbringend in Ihrem Spital umsetzen können



### Ambulantisierung: das Gesundheitswesen im radikalen Wandel

- Proaktive Ausrichtung auf die voranschreitende Ambulantisierung ist gefragt
- Unterschiedliche Tarif- und Finanzierungssysteme setzen Fehlanreize und behindern die Ambulantisierung



### Zukunft der Versorgungslandschaft Schweiz

- Von starren Spitalstrukturen zu flexiblen Netzwerken: Lösungen durch innovative Geschäftsmodelle



### Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen.

- Der Trend zur ambulanten Medizin – und die Rolle der Finanzierung und Tarifierung
- Das ambulante Potenzial für 13 ausgewählte Eingriffe sowie das Gesamtpotenzial
- Ambulante Fallpauschalen – ein Lösungsansatz?



### The digital opportunity in the Swiss healthcare system

- Problembereiche entlang des Patientenpfads
- Technologische Trends im Gesundheitswesen
- Auswirkungen der Technologie auf die Akteure im Gesundheitswesen



### Der digitale Versicherer

- Fünf Hypothesen zum digitalen Versicherer der Zukunft



### I. VW Management-Information: Digital Health

- Digital Health aus medizinischer Perspektive
- Fünf revolutionäre Digital-Health-Trends
- Digitale Werkzeuge der Krankenversicherer
- Zukunft der Krankenzusatzversicherung



## Kontakt

Gerne für Sie da

### Gesundheitswesen

**Philip Sommer**

Partner, Leiter Beratung Gesundheitswesen  
+41 76 516 17 41  
philip.sommer@pwc.ch

**David Roman**

Director, Leiter Beratung Krankenversicherungen  
und Digital Health  
+41 79 419 62 29  
david.roman@pwc.ch

### Wirtschaftsprüfung

**Martin Schwörer**

Director, Leiter Prüfung Krankenversicherungen  
+41 79 449 85 17  
martin.schwoerer@pwc.ch

### Customer Experience

**Oliver Ripplinger**

Partner, Customer Transformation,  
+41 79 940 76 61  
oliver.ripplinger@pwc.ch

### Strategie, ESG

**Paul Sailer**

Director, Beratung Gesundheitswesen  
+41 58 792 78 46  
paul.sailer@pwc.ch

**Stefanie Schneuwly**

Senior Managerin, Beratung  
Gesundheitswesen  
+41 78 803 62 46  
stefanie.schneuwly@pwc.ch

### Insurance

**Jörg Thews**

Partner, Leiter Insurance Schweiz  
+41 79 719 57 48  
joerg.thews@pwc.ch

### Aktuariat

**Harald Dornheim**

Director, Aktuar SAV, Beratung Versicherungen  
+41 79 874 95 08  
harald.dornheim@pwc.ch

### M&A

**Sascha Beer**

Partner, Corporate Finance/M&A Leader,  
+41 76 326 11 46  
sascha.beer@pwc.ch

**Andreas Schmuckli**

Senior Manager, Corporate Finance/M&A  
+41 58 792 29 76  
andreas.schmuckli@pwc.ch

### Hauptautorin

**Silja Senti**

Senior Associate, Beratung Gesundheitswesen

### Weitere Autor:innen

**Michael Plassmann**

Senior Manager, Customer Transformation Practice

**Keira Spinner**

Senior Associate, Sustainability & Climate Change

**Stéphanie Lampart**

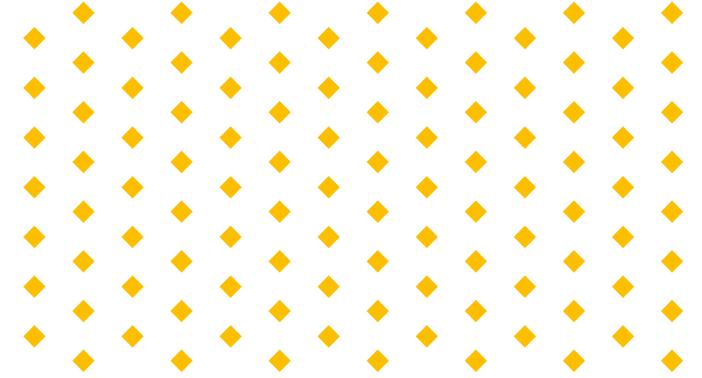
Senior Associate, Beratung Gesundheitswesen

**Alice Montoschi**

Senior Associate, Aktuar SAV, Beratung Versicherungen

**Andreas Baatz**

Associate, Customer Transformation Practice





[www.pwc.ch/krankenversicherer](http://www.pwc.ch/krankenversicherer)