

Healthcare – The way we see IT

# Krankenversicherung 2021

Trends, Auswirkungen und Handlungsempfehlungen



# INHALTSVERZEICHNIS



Einleitung	3
Krankenversicherung im Wandel	5
Herausforderndes Geschäftsumfeld <b>Trend 01:</b> Alternde Bevölkerung und Kostenentwicklung sowie anhaltende Konsolidierung und Kassen-Fusionen zur Synergienutzung und Effizienzsteigerung schaffen dauerhaft und langfristig herausforderndes Geschäftsumfeld	8
Herausforderndes Geschäftsumfeld <b>Trend 02:</b> Erleichterter Kassenwechsel und erhöhter Wettbewerb um Kunden schaffen Notwendigkeit, in Transparenz der Leistungen und in die Vertrauensbildung beim Kunden zu investieren	10
Steigende Kundenerwartungen <b>Trend 03:</b> Versicherte erwarten Services und ihre Erfahrungen als Online-Konsumenten sind die Messlatte, so dass Krankenkassen, die digitale Services auf ihrer ePA aufsetzen und anbieten, sich damit im Wettbewerb differenzieren können	12
Steigende Kundenerwartungen <b>Trend 04:</b> Der Einsatz von KI-unterstützten Chatbots hilft Krankenversicherungen auf kosteneffiziente Art und Weise, ihren Versicherten ein ansprechendes Kundenerlebnis und Service rund um die Uhr zu bieten	14
Datengetriebene Gesundheitsversorgung <b>Trend 05:</b> Daten aus Wearables, digitale Plattformen, Predictive Analytics und KI ermöglichen Prävention sowie Einfluss auf Gesundheitsverhalten und Therapietreue und liefern somit einen Hebel zur Senkung von Folgekosten	16
Datengetriebene Gesundheitsversorgung <b>Trend 06:</b> Krankenversicherer verbessern durch Einführung der ePA die Daten-Interoperabilität im Gesundheitswesen und können durch digitale Services und Einsatz von KI die Basis für eine bessere Versorgung schaffen	20
Effizienz in Geschäftsprozessen <b>Trend 07:</b> Versicherungen nutzen KI, um Abrechnungen auf Plausibilität und Unregelmäßigkeiten zu prüfen oder um Betriebsabläufe zu analysieren und zu optimieren	24
Effizienz in Geschäftsprozessen <b>Trend 08:</b> Versicherer nutzen Robotik und Automatisierung, um Fehler zu vermeiden, Effizienz zu steigern und kostbare Fachkraftarbeitszeit für komplexere Fälle und kreative Aufgaben einzusetzen statt für automatisierbare Routineaufgaben	26
Ausblick und Handlungsempfehlungen	28
Literaturverzeichnis	30
Über die Autoren	31

# Einleitung

## Die Service-Welt und damit auch die Welt der Krankenversicherungen befinden sich in einem dynamischen Wandel – eine Herausforderung für Krankenkassen, die mit diesen Veränderungen Schritt halten wollen.



Die Welt der Krankenversicherungen befindet sich in einem dynamischen Wandel. Dieser reicht von steigenden Gesundheitsrisiken über veränderte Kundenpräferenzen<sup>1</sup> bis hin zu transparenteren Geschäftsprozessen. Außerdem ist auch weiterhin mit steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen zu rechnen. Dies muss mit erhöhter Effizienz ausgeglichen werden. Erleichterter Kassenwechsel und verstärkter Wettbewerb um Kunden erhöhen den Wettbewerbsdruck, wobei Krankenversicherer in Deutschland nur bedingte Möglichkeiten haben, sich vom Wettbewerber zu differenzieren.

Aufgrund ansteigender Fallzahlen mit immer komplexeren Erkrankungen und einer zunehmend alternden Bevölkerung verändern sich Risiken sowohl für Krankenversicherungen als auch für Versicherte.

Versicherer arbeiten weiterhin daran, Einfluss auf das Verhalten der Mitglieder zu nehmen und die Therapietreue und Einhaltung vorgeschriebener Medikation zu verbessern. So sollen Gesundheit und Behandlungsergebnisse der Versicherten besser gemanagt werden. Eine proaktive Einbindung der Versicherten hilft dabei, mittel- und langfristig Kosten zu sparen, während gleichzeitig operative Effizienz kontinuierlich verbessert werden muss.

Auch die Erwartungen der Kunden steigen und das Gesundheitsbewusstsein war selten höher. Versicherte sind heute Akteure statt nur passiv „Versorgte“. Sie erwarten individualisierte Angebote, einfache und intuitive Antragsprozesse und maßgeschneiderte Gesundheitservices. Auch Kosten und Qualität medizinischer Versorgung müssen transparent gestaltet sein. Die Erfahrungen der Versicherten als Online-Konsumenten sind dabei die hohe Messlatte, die an die Serviceleistungen angelegt wird. Diese Erwartungen drängen Versicherungen zum Handeln, um weder Mitglieder noch Marktanteile zu verlieren. Vorausschauend agierende Versicherer bieten ihren Kunden nicht nur ein umfassendes Kundenerlebnis, sondern stellen ihnen auch eine Reihe von Zusatzleistungen und Mehrwert-Services zur Verfügung. Auf diese Weise wird die Kundenbindung gestärkt, was das Image der Kasse verbessert und wodurch ein Markenbewusstsein geschaffen werden kann.

Fortschritte in Technologien wie z. B. künstliche Intelligenz (KI), Robotic Process Automation (RPA), Connected Devices und Data Science ermöglichen es Krankenversicherungen, zum vertrauenswürdigen Partner ihrer Versicherten zu werden, der Risiken sowohl für Versicherte als auch für das gesamte Gesundheitssystem minimiert.

Krankenversicherungen reagieren auf das sich wandelnde Umfeld, indem sie ihr Wertversprechen ändern und hin zu Kundenzentrierung, operativer Effizienz und Flexibilität verschieben.

Diese Initiativen werden den Krankenversicherern zukünftig helfen, den fortschreitenden Wandel sowie auch zusätzliche Herausforderungen, die durch Ereignisse wie die Corona-Pandemie auftreten, zu meistern und Kompetenzen aufzubauen, um sich im Wettbewerb zu behaupten und langfristig erfolgreich zu sein.

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet und das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten jedoch gleichermaßen für alle Geschlechter.

# Krankenversicherung im Wandel

Der Wandel durch die Megatrends einer alternden Bevölkerung und Digitalisierung macht auch vor Krankenversicherungen nicht halt. Durch die demografische Entwicklung verändert sich die Risikostruktur und es ist notwendig, betriebliche Effizienz zu verbessern und sich auf verändernde Kundenpräferenzen einzustellen, um künftig für ein Geschäftsumfeld im Umbruch gewappnet zu sein. Dementsprechend müssen Kostenträger im Gesundheitswesen ihre Geschäftsprozesse und ihr Angebot anpassen und ausrichten.

Menschen leben weltweit länger, und mit verbesserten medizinischen und gesundheitlichen Einrichtungen wird auch künftig die Lebenserwartung weiter ansteigen. Laut Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) betrug die weltweite Lebenserwartung bei Geburt im Jahr 2016 72 Jahre, was einen Anstieg um 5,5 Jahre gegenüber dem Jahr 2000 bedeutet.<sup>2</sup>

Mit der erhöhten Lebenserwartung haben jedoch auch chronische und komplexe Krankheiten und auch verhaltens- und lebensstilbedingte Gesundheitsprobleme zugenommen. All diese Faktoren verschieben die Risikostruktur und üben stärkeren Druck auf die bestehende Gesundheitsinfrastruktur und die Kostensituation aus.

Die durchschnittlichen Steigerungsraten der Gesundheitskosten sind weltweit hoch und werden in 2020 voraussichtlich die 8-Prozent-Marke erreichen. Damit liegt diese rund 4,9 Prozentpunkte über der für 2020 erwarteten durchschnittlichen Inflationsrate.<sup>3</sup>

Wenn man sich die Gesundheitsausgaben in Deutschland im Jahr 2017 anschaut, so sind auch diese Ergebnisse ähnlich. Das Statistische Bundesamt verzeichnet im Jahr 2017 ganze 375,6 Mrd. Euro, was einem Anstieg um 4,7 Prozent gegenüber dem Vorjahr entspricht. Die Tendenz der erwarteten Zahlen für 2018 ist steigend.<sup>4</sup> Das stellt Krankenversicherungen natürlich vor Herausforderungen.

Es verwundert daher nicht, dass ein Schwerpunkt auf das Thema operative Effizienz gelegt wird. Auch auf steigende Kundenerwartungen wird prioritär eingegangen. Es gilt, sich im Wettbewerb, welcher sich durch gesetzliche Regelungen zum erleichterten Kassenwechsel verstärkt, zu differenzieren und die Markenwahrnehmung zu verbessern.

Technologien, die in letzter Zeit enorme Fortschritte gemacht haben, wie z. B. Big Data, Cloud, Artificial Intelligence (AI) und Predictive Analytics, eröffnen Chancen für Krankenversicherungen, um deren Effizienz, Agilität und Flexibilität zu erhöhen.

Die Kunden werden immer technologieaffiner und erwarten individualisierte Angebote und Services. Sie fordern dasselbe bequeme und umfassende Kundenerlebnis, das sie von Anwendungen aus anderen Lebensbereichen wie bspw. dem Online-Handel kennen. Eine ansprechende Customer Journey ist entscheidend.<sup>5</sup> Vor diesem Hintergrund müssen Versicherer ihre Strategie im Hinblick auf Angebot und Service überdenken.

In anderen Märkten, z. B. in den USA, machen neue Akteure wie die großen Technologieunternehmen Amazon, Apple und Google große Fortschritte, um am wachsenden und daher hochattraktiven Gesundheitsmarkt mitzuwirken. So ist der Online-Gigant Amazon in den USA bereits in den Krankenversicherungsmarkt eingetreten.<sup>6</sup> Auch in Deutschland könnten diese Unternehmen auf kurz oder lang in direkte Konkurrenz zu Angeboten und Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen treten.<sup>7</sup>

Nicht zuletzt ist auch der regulatorische Rahmen, der die wesentlichen Parameter des Gesundheitswesens und der Gesundheitsbranche festlegt, im Wandel. Am 7. November 2019 hat der Bundestag das Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (DGVI) beschlossen, das den Zugang zu digitaler Versorgung erleichtern und die Krankenkassen zur Entwicklung innovativer Ansätze ermutigen soll.

All das erfordert von den Krankenkassen, sich so auszurichten, dass sie die beschriebenen Herausforderungen und den damit verbundenen Wandel erfolgreich managen und bestehen können. Wie dies realisiert werden kann, sollen die Anregungen in den folgenden Kapiteln zeigen.

<sup>2</sup> World Health Organization, Global Health Observatory (GHO) data on Life expectancy, [https://www.who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/life\\_tables/situation\\_trends\\_text/en](https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends_text/en)

<sup>3</sup> Aon website, "2020 Global Medical Trend Rates Report," <https://healthresources.aon.com/reports-2/2020-global-medical-trend-rates-report>

<sup>4</sup> Destatis, Pressemitteilung Nr. 109 vom 21. März 2019, [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/03/PD19\\_109\\_23611.html;jsessionid=5AD854EAB7A2AA31541F0ADAB470A219.internet741](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/03/PD19_109_23611.html;jsessionid=5AD854EAB7A2AA31541F0ADAB470A219.internet741)

<sup>5</sup> Studie „Vom Patienten aus denken – Die Kundenreise in der Krankenversicherung“, BVDW mit Capgemini, wdv, aperto; 2019, [https://www.capgemini.com/de-de/wp-content/uploads/sites/5/2019/04/BVDW\\_Kundenreise\\_Krankversicherung.pdf](https://www.capgemini.com/de-de/wp-content/uploads/sites/5/2019/04/BVDW_Kundenreise_Krankversicherung.pdf)

<sup>6</sup> „Amazon, Berkshire Hathaway und JP Morgan gründen Krankenkasse“, Handelsblatt, 2018, US-Gesundheitssystem, <https://www.handelsblatt.com/finanzen/banken-versicherungen/us-gesundheitssystem-amazon-berkshire-hathaway-und-jp-morgan-gruenden-krankenkasse/20906974.html>

<sup>7</sup> „Digitalisierung des Gesundheitsmarktes“, Deloitte, 2019, Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbands, <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/de/Documents/life-sciences-health-care/Digitalisierung%20des%20Gesundheitsmarktes.pdf>

## Antworten auf Trends und Wandel

Im Kontext des Wandels, der Herausforderungen und der Entwicklungen, denen die Krankenversicherer gegenüberstehen, lassen sich verschiedene Trends identifizieren, die in Abb. 1 zusammengefasst dargestellt sind.

Abb. 1: Krankenversicherung im Wandel – Trends und Entwicklungen

<b>Herausforderndes Geschäftsumfeld</b> 	<b>TREND 1</b>	Alternde Bevölkerung und Kostenentwicklung sowie anhaltende Konsolidierung und Kassen-Fusionen zur Synergienutzung und Effizienzsteigerung schaffen dauerhaft und langfristig herausforderndes Geschäftsumfeld
	<b>TREND 2</b>	Erleichterter Kassenwechsel und erhöhter Wettbewerb um Kunden schaffen Notwendigkeit, in Transparenz der Leistungen und in die Vertrauensbildung beim Kunden zu investieren
<b>Steigende Kundenerwartungen</b> 	<b>TREND 3</b>	Versicherte erwarten Services und ihre Erfahrungen als Online-Konsumenten sind die Messlatte, so dass Krankenkassen, die digitale Services auf ihrer ePA aufsetzen und anbieten, sich damit im Wettbewerb differenzieren können
	<b>TREND 4</b>	Der Einsatz von KI-unterstützten Chatbots hilft Krankenversicherungen auf kosteneffiziente Art und Weise, ihren Versicherten ein ansprechendes Kundenerlebnis und Service rund um die Uhr zu bieten
<b>Datengetriebene Gesundheitsversorgung</b> 	<b>TREND 5</b>	Daten aus Wearables, digitale Plattformen, Predictive Analytics und KI ermöglichen Prävention sowie Einfluss auf Gesundheitsverhalten und Therapietreue und liefern somit einen Hebel zur Senkung von Folgekosten
	<b>TREND 6</b>	Krankenversicherer verbessern durch Einführung der ePA die Daten-Interoperabilität im Gesundheitswesen und können durch digitale Services und Einsatz von KI die Basis für eine bessere Versorgung schaffen
<b>Effizienz in Geschäftsprozessen</b> 	<b>TREND 7</b>	Versicherungen nutzen KI, um Abrechnungen auf Plausibilität und Unregelmäßigkeiten zu prüfen oder um Betriebsabläufe zu analysieren und zu optimieren
	<b>TREND 8</b>	Versicherer nutzen Robotik und Automatisierung, um Fehler zu vermeiden, Effizienz zu steigern und kostbare Fachkraftarbeitszeit für komplexere Fälle und kreative Aufgaben einzusetzen statt für automatisierbare Routineaufgaben

Quelle: Capgemini Research

### Herausforderndes Geschäftsumfeld

Die Trends einer alternden Bevölkerung und steigende Gesundheitskosten sowie eine anhaltende Konsolidierung in Deutschland mit entsprechenden Kassen-Fusionen, um Synergien zu nutzen und Effizienz zu steigern, schaffen für Krankenversicherer ein dauerhaft und langfristig herausforderndes Geschäftsumfeld. Außerdem bedingen ein erleichterter Kassenwechsel und ein dadurch erhöhter Wettbewerb um Kunden die Notwendigkeit, in Transparenz der Leistungen und in die Vertrauensbildung beim Kunden zu investieren.

### Steigende Kundenerwartungen

Versicherte haben steigende Erwartungen und wollen auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Services. Ihre Erfahrungen als Online-Konsumenten sind dabei die Messlatte. Gleichzeitig bietet sich hier die Chance für diejenigen Krankenkassen, die entsprechende digitale Services auf ihrer ePA aufsetzen und anbieten, sich damit im Wettbewerb zu differenzieren.

In Anlehnung an andere Branchen nutzen auch immer mehr Versicherer Chatbots. Der Einsatz von KI-gestützten Chatsbots hilft Krankenversicherern, ihren Versicherten auf kosteneffiziente Art und Weise ein ansprechendes Kundenerlebnis und Service rund um die Uhr zu bieten.

## Datengetriebene Gesundheitsversorgung

Die Zukunft der Medizin und Gesundheitsversorgung ist wie viele andere Lebensbereiche datengetrieben. Daten aus Wearables, digitale Plattformen, Predictive Analytics und KI ermöglichen Prävention sowie einen Einfluss auf Gesundheitsverhalten und Therapietreue. Sie liefern somit einen Hebel, mit dem Folgekosten im Gesundheitswesen gesenkt werden können. Hier gilt es, in die Nutzung solcher Technologien zu investieren, um einer angespannten Gesundheitskostensituation langfristig entgegenzuwirken.

Eine wichtige Grundlage dafür ist die Vernetzung, um den Datenfluss zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen zu ermöglichen. Krankenversicherer verbessern durch Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) die Daten-Interoperabilität im Gesundheitswesen und können durch digitale Services und den Einsatz von künstlicher Intelligenz (KI) die Basis für eine bessere Versorgung und Nutzen für alle Beteiligten schaffen.

## Effizienz in Geschäftsprozessen

Aber auch um die Effizienz in ihren eigenen Geschäftsprozessen zu erhöhen, können Krankenkassen KI einsetzen. So nutzen verschiedene Versicherungen bereits KI, um Abrechnungen auf Plausibilität und Unregelmäßigkeiten zu prüfen oder um Betriebsabläufe zu analysieren und zu optimieren.

Ebenso findet Robotic Process Automation (RPA) immer mehr Einzug bei Versicherern. Sie nutzen Robotik und Automatisierung, um Fehler zu vermeiden, Effizienz zu steigern und kostbare Fachkraftarbeitszeit für komplexere Fälle und kreative Aufgaben einzusetzen statt für automatisierbare Routineaufgaben.

Die folgenden Kapitel beleuchten Hintergründe, Treiber, Beispiele und Auswirkungen dieser Trends näher und diskutieren Strategien von Krankenversicherern, um die Herausforderungen zu meistern.



# Herausforderndes Geschäftsumfeld

## Trend 01: Alternde Bevölkerung und Kostenentwicklung sowie anhaltende Konsolidierung und Kassen-Fusionen zur Synergienutzung und Effizienzsteigerung schaffen dauerhaft und langfristig herausforderndes Geschäftsumfeld

### Hintergrund



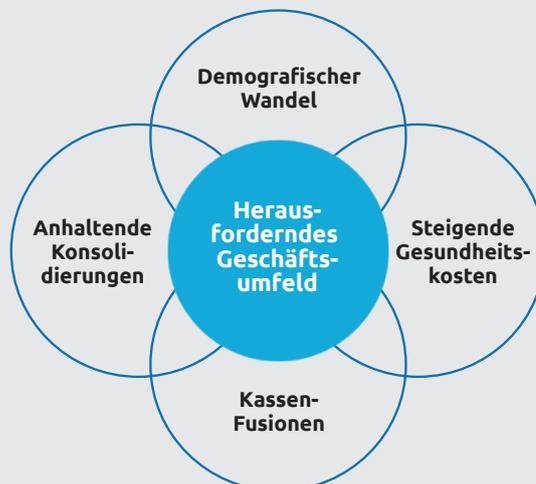
- Als eine Folge des demografischen Wandels treten immer häufiger Fälle von Multimorbidität auf. Zudem werden durch die wandelnde Altersstruktur mehr Menschen das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen. Gleichzeitig ist die Zahl der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen aufgrund des Fachkräftemangels rückläufig, obwohl der Bedarf an Arbeitskräften in dieser Wachstumsbranche groß ist.<sup>8</sup>
- Durch den neuen Gesetzesentwurf („Faire-Kassenwahl-Gesetz“) sollen gesetzliche Krankenversicherungen zukünftig im fairen und offenen Wettbewerb um die beste und effizienteste Versorgung der Versicherten stehen.
- Die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen ist in den letzten Jahren beachtlich gesunken. Während es um die Jahrtausendwende noch über 400 GKVen gab, gibt es im Jahr 2019 nur noch 109 gesetzliche Versicherer am deutschen Krankenkassenmarkt (Stand: 2019).<sup>9</sup>



### Wichtige Treiber

- Durch die Vergrößerung der Mitgliederzahl erhöhen fusionierende Krankenkassen zum einen ihre Macht am Markt und zum anderen verstärken sie dadurch auch ihren Einfluss, wenn es bspw. um Vertragsverhandlungen mit Leistungserbringern geht.

Abb. 2: Krankenkassen befinden sich in einem herausfordernden Geschäftsumfeld



Quelle: Capgemini Research

- Als positive Folge von Fusionen und dadurch erreichten Synergien und Einsparungen können Versicherer ungewünschte Zusatzbeiträge für ihre Mitglieder niedrig halten oder gar reduzieren, was wiederum einen wesentlichen Einfluss auf die Attraktivität der Kasse für ihre Mitglieder hat.
- Neue Technologien, steigende Gesundheitsausgaben, neu auftretende Gesundheitsprobleme begleitet von steigenden Kundenerwartungen und dem Eintritt neuer Akteure am Markt erhöhen den Druck auf gesetzliche Krankenversicherer. Als Reaktion darauf müssen Prozesse und Strukturen neu ausgerichtet und angepasst werden.



## Trendübersicht

- Die Barmer GEK und die Deutsche BKK schlossen sich am 01. Januar 2017 zur BARMER zusammen, um ihre Marktposition zu stärken.<sup>10</sup> Mit rund 9 Mio. Versicherten wurde sie damit nach der Techniker Krankenkasse (TK) zur zweitstärksten gesetzlichen Krankenversicherung (Stand 2019).<sup>11</sup>
- Durch eine Fusion mit der Verkehrsbau Union im Januar 2020 entwickelt sich die Brandenburgische Betriebskrankenkasse (BBKK VBU) zu einer der größten Betriebskrankenkassen in Deutschland.<sup>12</sup>
- Anhaltende Konsolidierung wird auch in den nächsten Jahren erwartet und als eine Reaktion auf den vermehrten Wettbewerbsdruck innerhalb der Branche verstanden. Prognosen zufolge werden weniger als 100 gesetzliche Krankenversicherungen erwartet.<sup>13</sup>



## Auswirkungen

- Zusammenschlüsse gesetzlicher Krankenversicherungen und deren Neuaufstellung haben weitreichende Auswirkungen auf das Gesundheitssystem.
- Durch Fusionen steigern Krankenkassen die Zahl ihrer Mitglieder. Das erhöht ihren Einfluss am Markt, welcher ihnen genau dann zugutekommt, wenn es um Budgetverhandlungen mit Krankenhäusern geht. Krankenkassen können über die Anzahl der Krankenhausbelegungen die Verhandlungen maßgeblich beeinflussen und ihre Interessen einbringen.
- Durch Zusammenschlüsse und die damit gesteigerte Repräsentationsfähigkeit können Versicherer ihre Chancen auf Selektivverträge mit den Leistungserbringern erhöhen. Nur Versicherungen mit einer gewissen Größe haben hier ausreichende Verhandlungsmacht und sichern damit ihr Überleben am Markt.

<sup>8</sup> Robert Koch Institut, „Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen“, GBE kompakt, 11.04.2012, [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012\\_2\\_Demografischer\\_Wandel\\_Alterung.pdf;jsessionid=329D4A90D4341D1716F25AF1D8CC5E21.2\\_cid381?\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012_2_Demografischer_Wandel_Alterung.pdf;jsessionid=329D4A90D4341D1716F25AF1D8CC5E21.2_cid381?_blob=publicationFile)

<sup>9</sup> Statista, „Entwicklung der Anzahl gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland von 1970 bis 2019“, Rainer Radtke, 09.08.2019, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/74834/umfrage/anzahl-gesetzliche-krankenkassen-seit-1970/>

<sup>10</sup> BARMER, „Fusion zum 01.01.2017“, 29.12.2016, <https://www.barmer.de/presse/bundeslaender-aktuell/sachsen/standortinfo/aktuelle-ausgabe/info-fusion-79628>

<sup>11</sup> Krankenkassen Deutschland, „Die größten Krankenkassen: Versicherte 2019“, 2019, <https://www.krankenkassen.de/krankenkassen-vergleich/statistik/versicherte/aktuell/>

<sup>12</sup> Deutsches Ärzteblatt, „Betriebskrankenkassen schließen sich zusammen“, 10.12.2019, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/108023/Betriebskrankenkassen-schliessen-sich-zusammen>

<sup>13</sup> Krankenkassen Deutschland, „Liste der geplanten und vollzogenen Krankenkassen-Fusionen“, 2019, <https://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/system-gesetzliche-krankensversicherung/fusionen/>

# Herausforderndes Geschäftsumfeld

## Trend 02: Erleichterter Kassenwechsel und erhöhter Wettbewerb um Kunden schaffen Notwendigkeit, in Transparenz der Leistungen und in die Vertrauensbildung beim Kunden zu investieren



### Hintergrund

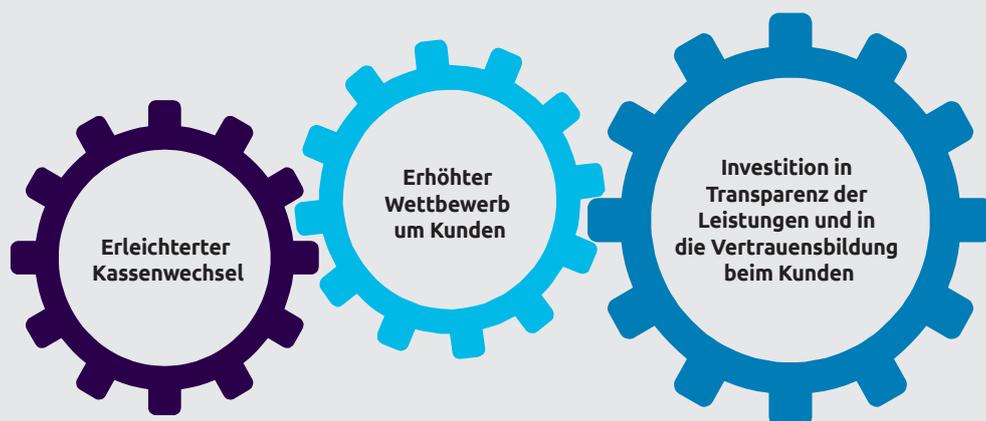
- Versicherte können durch den verbesserten Zugang zu medizinischen Informationen verstärkt nach qualitativ hochwertigen Behandlungen suchen, dennoch sind Angebotsunterschiede im Leistungsportfolio der Krankenversicherungen nur schwer vergleichbar.
- Gesetzliche Versicherer können sich im deutschen Gesundheitssystem weder über den Preis noch wesentlich über Qualitätsmerkmale voneinander unterscheiden. Der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Versicherern findet fast nur über Zusatzbeiträge statt.<sup>14</sup>



### Wichtige Treiber

- Krankenversicherer müssen sich vermehrt an Digitalisierungsbestrebungen im internationalen Umfeld und in anderen Branchen orientieren, um geeignete Prozesse auch innerhalb der eigenen Branche implementieren zu können.
- Infolgedessen sollten gesetzliche Krankenversicherungen neue Beziehungen und Kooperationen (z. B. mit Start-ups) eingehen, um sich von der homogenen Masse abzuheben und die eigene Attraktivität am Markt zu stärken.

Abb. 3: Investition in Transparenz zur Vertrauensbildung



Quelle: Capgemini Research

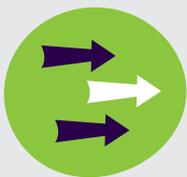
<sup>14</sup> Deutsches Ärzteblatt, „Grüne wollen leichtere Vergleichbarkeit von Kassenleistungen“, 12.12.2019, 2019, <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=1&nid=108144&s=Krankenkassen>

- Außerdem müssen Versicherer ihr Produktangebot zukünftig diversifizieren, um Zugang zu neuen Märkten zu erhalten, ihr Geschäft systematisch zu erweitern und vor allem im Wettbewerb um Versicherte zu punkten.
- Versicherer können von weitreichenden Verbesserungen im Bereich der Patientenversorgung profitieren, was zu erheblichen Qualitätssteigerungen in den eigenen Reihen und zu einem besseren Image der Kasse führen kann.
- Das neue Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) sorgt außerdem dafür, dass sich künftig der Kassenwechsel einfacher gestalten wird. All diejenigen, die freiwillig einer gesetzlichen Krankenkasse beitreten wollen, sind künftig in der Lage, das online und ohne großen bürokratischen Aufwand zu tun.<sup>15</sup>



## Trendübersicht

- Auf dem US-Markt schließen Krankenversicherer und Pharmaunternehmen vertragliche Erstattungsmodelle ab und profitieren damit von einer effektiven Risikoteilung.
  - Der amerikanische Krankenversicherer UPMC Health Plan und das englisch-schwedische Pharmaunternehmen AstraZeneca sind 2019 eine Partnerschaft zur erfolgsabhängigen Erstattung von BRILINTA eingegangen, einem Medikament zur Behandlung und Verhinderung von Spätfolgen bei Herzinfarktpatienten. Die Erstattung wird hierbei an den Erfolg der Behandlung der spezifischen Zielgruppe gekoppelt.<sup>16</sup>
- Krankenkassen interessieren sich immer mehr für innovative und digitale Leistungen verschiedener Gesundheits-Start-ups. Dadurch gelingt es ihnen, ihr Portfolio systematisch zu erweitern, wodurch sie sich von Konkurrenten abgrenzen und zugleich einen entscheidenden Mehrwert für ihre Mitglieder liefern können.
  - Zahlreiche deutsche gesetzliche Krankenversicherer (DAK, TK, SBK uvm.) bieten ihren Versicherten die innovative Neuro-Therapie des Start-ups **Tinnitracks**. Das zertifizierte Medizinprodukt steht Tinnitus-Patienten in Form einer App auf Rezept zur Verfügung und soll mittels gefilterter Musik die Überaktivität im Gehirn vermindern und somit die Frequenz des Tinnitus-Geräusches beeinflussen.<sup>17</sup>



## Auswirkungen

- Krankenkassen können die Zufriedenheit der Versicherten und ihr Vertrauensverhältnis zum Versicherer steigern, indem sie diese gut und transparent informieren.
- Geringe Transparenz, unvollständige Informationen und dadurch fehlende Kundenzufriedenheit können zu Folge-Bearbeitungsfällen mit dazugehörigem Aufwand und Kosten führen. Mit entsprechenden Maßnahmen zur Steigerung von Transparenz, Information und Kundenzufriedenheit können auch Aufwand und Kosten solcher Folgefälle reduziert werden.
- Insgesamt helfen vertrauensvolle Beziehungen den Krankenversicherern, die Kundenbindung zu verbessern.
- Durch diverse Kooperationen mit innovativen Anbietern und Start-ups können sich Versicherer von Konkurrenten abgrenzen und ihren Versicherten einen attraktiven Mehrwert zur Verfügung stellen.
- Der steigende Wettbewerb drängt Versicherer dazu, Präventionsangebote und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung optimal auf die Versichertenstruktur anzupassen.

<sup>15</sup> Bundesministerium für Gesundheit (BMG), „Die elektronische Patientenakte“, 10.10.2019,

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/elektronische-patientenakte.html>

<sup>16</sup> Healthpayer Intelligence, „UPMC, AstraZeneca Enter Value-Based Pharmaceutical Contract,“ Jennifer Bresnick, 30. Januar 2019,

<https://healthpayerintelligence.com/news/cigna-and-msk-start-value-based-coordinated-cancer-care-program>

<sup>17</sup> Deutsches Ärzteblatt, „Tinnitracks: Mit frequenzgefilterter Musik gegen Tinnitus“, Kathrin Gießelmann, September 2019,

<https://www.verdict.co.uk/life-insurance-international/news/sidecar-health-secures-18m-in-funding-forays-into-texas-market/>

# Steigende Kundenerwartungen

## Trend 03: Versicherte erwarten Services und ihre Erfahrungen als Online-Konsumenten sind die Messlatte, so dass Krankenkassen, die digitale Services auf ihrer ePA aufsetzen und anbieten, sich damit im Wettbewerb differenzieren können



### Hintergrund

- Kundenbedürfnisse formen das Angebot eines jeden Dienstleistungsunternehmens, welche wiederum von Erfahrungen aus anderen Branchen, gerade auch in Bezug auf Digitalisierung, maßgeblich beeinflusst werden.
- Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen sind auf gesetzlicher Ebene im Sozialgesetzbuch Fünft (SGB V) verankert, was gravierende Unterschiede im Versicherungsumfang der Kassen untereinander weitestgehend ausschließt.
- Mit der gesetzlichen Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA), welche im Terminservice- und Versorgungsgesetz vorgeschrieben ist, sind Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten ab 2021 eine digitale Patientenakte bereitzustellen.<sup>18</sup>



### Wichtige Treiber

- Zusatzleistungen, Marketing-Kampagnen und Bonusprogramme sind wichtige Treiber, um sich im Wettbewerb von anderen unterscheiden zu können. Je genauer diese dabei auf die Bedürfnisse der breiten und inhomogenen Versichertenschaft zugeschnitten sind, desto besser.

Abb. 4: Treiber für digitale Mehrwert-Services



Quelle: Capgemini Research

<sup>18</sup> Bundesministerium für Gesundheit (BMG), „Die elektronische Patientenakte“, 10.10.2019, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/elektronische-patientenakte.html>

- Viele Kunden legen Wert auf ihr Gesundheitsverhalten und ihre körperliche Fitness. Innovative Versorgungsleistungen und bequeme Plattformen, mit denen sich der Lebensstil besser steuern lässt, ernten dabei die Aufmerksamkeit der Versicherten und tragen zur Kundenzufriedenheit bei.
- Durch die ansteigende Smartphone-Nutzung und das digitale Ökosystem hat sich das Mobiltelefon zum wichtigsten Kanal für die Bereitstellung diverser Dienste entwickelt. Krankenkassen müssen ihr Angebot im Zuge dieser Entwicklung digitalisieren, um vor allem die jüngeren Mitglieder zu erreichen.
- Gesetzliche Krankenkassen sind durch das neue Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) dazu verpflichtet, die Kosten dafür zu tragen, wenn Ärzte Gesundheitsapps auf Rezept verschreiben. Digitale Anwendungen und innovative Versorgungsmodelle sollen dadurch leichter Einzug ins Gesundheitssystem finden, wodurch die Versorgungsqualität gesteigert werden kann.<sup>19</sup>
- Zusatzleistungen auf Basis der 2021 geplanten ePA anzubieten könnte für Versicherte enormen Mehrwert bieten. Zugleich ist es für die Kassen eine der wenigen Möglichkeiten, sich im Wettbewerb mit Konkurrenten abzuheben.



## Trendübersicht

- Krankenkassen arbeiten bereits mit diversen Akteuren zusammen, um verschiedene Dienstleistungen für Versicherte anzubieten. Diese reichen von der Buchung von Videokonsultationen und Wellness-Coachings bis hin zu Ernährungsberatungen und dem vereinfachten Zugang zu gesunden Lebensmitteln.
  - Die britische Lebensversicherung Prudential arbeitet mit verschiedenen Technologie-Start-ups wie Babylon Health, DocDoc, WellteQ und MyFiziQ zusammen, um ein KI-gesteuertes Gesundheits- und Wellness-Ökosystem für Versicherte in Singapur zu entwickeln. Die Plattform bietet KI-basierte Symptomkontrolle und Gesundheitsrisikobewertung, hilft bei der Arztsuche und bietet virtuelle Konsultationen und Wellness-Coachings.<sup>20</sup>
  - Auch auf dem deutschen Markt greifen gesetzliche Krankenversicherungen auf den Plattformgedanken zurück, um das Angebot für Versicherte zu digitalisieren. Zahlreiche Versicherer stellen ihren Versicherten bereits kasseneigene Portale zur Verfügung, die Transparenz verschaffen und angebotene Leistungen bündeln.



## Auswirkungen

- Durch die Schaffung maßgeschneiderter Dienste können Versicherer ihren Kunden ein bequemes, personalisiertes und umfassendes Kundenerlebnis und gesundheitsrelevante Leistungen bieten.
- Moderne Krankenversicherungen bieten passgenaue Zusatzservices an, die für die breite Versichertenschaft von Interesse sind, und schaffen damit Differenzierungsmerkmale im Wettbewerb.
- Versicherte haben durch die Einführung der ePA erstmals leichten Zugriff auf ihre eigenen medizinischen Daten und Befunde, ohne dass sie diese bei den Leistungserbringern aktiv anfragen müssen. Das vermittelt ein Gefühl von Autonomie und Mitspracherecht. Datenhoheit bei den Patienten und Wahrung der Personenrechte im Umgang mit sensiblen Gesundheitsdaten sind dabei wesentliche Voraussetzungen, dass von den Kassen entwickelte Technologielösungen wie die ePA Beachtung finden und folglich auch genutzt werden.
- Versicherer, die attraktive digitale Anwendungen anbieten und Datenschutzrichtlinien einhalten, können dadurch bei den Kunden Vertrauen schaffen und diese erfolgreicher neu gewinnen sowie langfristig binden.

<sup>19</sup> Bundesministerium für Gesundheit, „Ärzte sollen Apps verschreiben können“, 21.01.2020, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/digitale-versorgung-gesetz.html>

<sup>20</sup> The Business Times, „Prudential powers ahead in tech with AI health platform,“ Lynette Tan, 12. November 2018, <https://www.businesstimes.com.sg/hub-projects/singapore-fintech-festival-2018/prudential-powers-ahead-in-tech-with-ai-health-platform>

# Steigende Kundenerwartungen

## Trend 04: Der Einsatz von KI-unterstützten Chatbots hilft Krankenversicherungen auf kosteneffiziente Art und Weise, ihren Versicherten ein ansprechendes Kundenerlebnis und Service rund um die Uhr zu bieten



### Hintergrund

- Gesetzliche Krankenversicherungen sehen Chatbots vermehrt als einen weiteren Kanal zur Vermarktung von Produkten und Services an.
- Die sich entwickelnden sozialen und demografischen Muster zeigen, dass immer mehr Kunden nach Erfahrungen suchen, die personalisiert, sicher und leicht zugänglich sind.



### Wichtige Treiber

- Eine starke Verbreitung von App-Ökosystemen und die Popularität von Messaging-Apps erleichtern den Einsatz von Chatbots auf diesen Plattformen.
- Fortschritte der künstlichen Intelligenz (KI) helfen den Versicherern, anspruchsvolle Chatbots zu entwickeln.
- Steigende Gesundheitskosten zwingen die Versicherer, die Kosten im Zusammenhang mit Kundensupportleistungen im Griff zu behalten und durch Effizienzmaßnahmen möglichst zu senken.
- Gesetzliche Krankenversicherungen müssen sich durch altersbedingte Ruhestände und Ausfälle vermehrt mit Nachbesetzungsproblematiken und Alternativen für Profile wie Kundenberater und Sachbearbeiter auseinandersetzen.

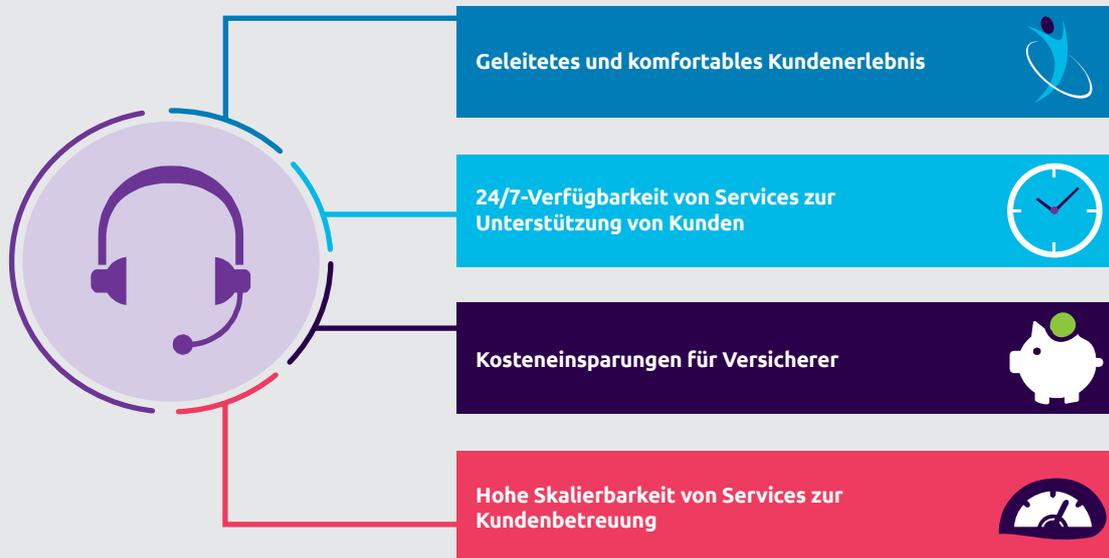


### Trendübersicht

- Gesetzliche Krankenkassen stellen ihren Versicherten immer mehr virtuelle Ansprechpartner zur Verfügung und verfolgen damit nicht nur eigene Interessen, sondern auch die ihrer Versicherten und Nutzer.
  - Über die von der Techniker Krankenkasse entwickelte „TK-Doc“-App können Versicherte über eine Chatfunktion im Krankheitsfall jederzeit mit dem virtuellen Ärzte-Zentrum der TK in Kontakt treten und fachmedizinischen Rat erhalten. Der Service steht dabei nicht nur über Text-Chat zur Verfügung, sondern auch per Video, per Telefon oder über E-Mail.<sup>21</sup>
  - Capgemini hat für eine holländische Krankenkasse auf Basis von künstlicher Intelligenz einen Chatbot namens „Nikki“ entwickelt. Nikki hilft Versicherten rund um die Uhr, Antworten auf alle Fragen bezüglich des Angebotes zu geben, aber auch individuelle Antworten basierend auf dem Profil des jeweiligen Versicherten bereitzustellen.
- Auch im internationalen Umfeld verwenden Versicherer Chatbots, um Mitglieder unter Einbeziehung deren individueller Bedürfnisse und Symptome zu einem geeigneten Leistungserbringer zu lotsen.

<sup>21</sup> Techniker Krankenkasse, „Mit Ärzten chatten? Geht! Mit der ‚TK-Doc‘-App“, 4.November 2019, <https://www.tk.de/techniker/magazin/digitale-gesundheit/apps/tk-doc-2073986>

Abb. 5: Vorteile von Chatbots für Krankenversicherungen



Quelle: Capgemini Research

- US-Versicherer Anthem hat in einer Partnerschaft mit K Health, einem Start-up im Bereich Primärversorgung, eine gemeinsam vermarktete Triage- und Symptom-Checker-App entwickelt. Die App verwendet eine Kombination aus lizenzierten Datenressourcen und einem chatbotgesteuerten Patienteninterview über Alter, Krankengeschichte und Symptome, um ein Bild über die gesundheitliche Situation des Patienten auf der Grundlage ähnlicher Patientenfälle zu ermitteln, und empfiehlt dann mögliche Wege zur Behandlung.<sup>22</sup>
- Versicherer verwenden Chatbots außerdem dafür, neue potenzielle Versicherte zu gewinnen und um bestehenden Kunden gleichzeitig Auskunft zu diversen Fragen bezüglich ihrer Mitgliedschaft zu geben.
  - Australiens viertgrößter Versicherer, nib (ehemals Newcastle Industrial Benefits), verwendet „Chatbot Nibby“, um Kundenanrufe zu filtern und mit passgenauen Informationen zu versehen, die für die Anfrage der Mitglieder relevant sind. Erst danach wird der Kunde mit dem passenden Kundenberater verbunden. Nibby lotst Websitebesucher auch durch die zahlreichen Informationen zum Anmeldeprozess und zu den Tarifen.<sup>23</sup>



### Auswirkungen

- Gesetzliche Versicherer, die Chatbots verwenden, können ihre Kundendienstaktivitäten besser skalieren und kontinuierlich verbessern.
- Chatbots können Kundensupportdienste bequem und rund um die Uhr abbilden.
- Chatbots erhöhen die betriebliche Effizienz und können zu erheblichen Kosteneinsparungen führen.
- Versicherer haben über virtuelle Berater mehr Kontaktpunkte für die Interaktion mit ihren Kunden, was sich folglich auch positiv auf die Kundenbindung auswirken kann.

<sup>22</sup> BMedCity News, "Anthem partners with startup K Health on symptom checker and telehealth app," Kevin Truong, 22. Juli 2018, <https://medcitynews.com/2019/07/anthem-partners-with-startup-k-health-on-symptom-checker-and-telehealth-app/>

<sup>23</sup> Microsoft, "Skip the hold music and meet Premera Scout, a chatbot that helps you with health care," Vanessa Ho, 1. Oktober 2018, <https://news.microsoft.com/transform/premera-scout-chatbot-helps-with-health-care>

# Datengetriebene Gesundheitsversorgung

## Trend 05: Daten aus Wearables, digitale Plattformen, Predictive Analytics und KI ermöglichen Prävention sowie Einfluss auf Gesundheitsverhalten und Therapietreue und liefern somit einen Hebel zur Senkung von Folgekosten



### Hintergrund

- Chronische und komplexe Erkrankungen wie Bluthochdruck, Asthma, Diabetes und psychische Erkrankungen steigen weltweit an.
- Versicherer verfügen über eine Bandbreite an vorhandenen Datensätzen, welche sich aus Abrechnungsdaten und Behandlungsdaten zusammensetzen. Eine Verarbeitung dieser kasseneigenen Datensätze ist jedoch gesetzlich streng geregelt und überwacht, was die Nutzbarkeit und Auswertung erschwert.
- Arzneimittel-Adhärenz und Therapietreue, d. h. die genaue Einhaltung der verordneten Medikation, vonseiten der Versicherten ist für gesetzliche Krankenversicherungen von hoher Bedeutung, um Folgekosten einer nicht optimalen Therapie zu vermeiden und die Wirksamkeit bestimmter Behandlungen wesentlich zu verbessern.

Abb. 6: Wie Krankenversicherungen das Gesundheitsverhalten ihrer Versicherten positiv beeinflussen können



Quelle: Capgemini Research



## Wichtige Treiber

- Steigende Gesundheitsausgaben zwingen die Versicherer, Risikokunden zu identifizieren und vermehrte Interventionsleistungen, etwa in Form von Disease-Management-Programmen, voranzutreiben.
- Behandlungsdaten können mit Hilfe von KI besser interpretiert werden, um Zusammenhänge zu erkennen und Aussagen über Wirksamkeit bestimmter Therapien oder bestimmter Medikamente zu treffen.
- Aktivitätstracker wie Smartwatches und Fitnessarmbänder überwachen und sammeln gesundheitsrelevante Daten wie beispielsweise Herzfrequenz, Schrittzahl und Blutzuckerspiegel und sind in der Lage, diese in übergeordneten Apps und digitalen Plattformen zusammenzuführen.
- Versicherungseigene Bonusprogramme und Prämien für gesundheitsbewusstes Verhalten motivieren Versicherte, sich einen gesünderen Lebensstil anzueignen.
- Durch die sichere Aggregation von anonymisierten Gesundheitsdaten der Versicherten könnten Versicherer Einblicke in das Gesundheitsverhalten von Versicherten bekommen, ohne dabei Rückschlüsse auf die einzelne Person ziehen zu können. Damit könnte das Leistungsspektrum systematisch erweitert werden – auch in Bezug auf die Weiterentwicklung von Disease-Management-Programmen. Zugleich scheinen Versicherte vermehrt dazu bereit, ihre Gesundheitsdaten freiwillig zu teilen, um damit die medizinische Forschung zu unterstützen. Die vorhandene Bereitschaft zum Teilen der Daten könnte durch zusätzliche Anreize, wie bspw. Prämien, noch verstärkt werden.



## Trendübersicht

- Versicherer nutzen Analysen, um Risikopatienten zu identifizieren, zu überwachen und frühzeitig einzugreifen, um weitere Komplikationen zu verhindern und Kosten zu sparen.
  - Das Startup Prognos verwendet ein KI-basiertes System in einem Laborregister mit 18 Milliarden klinischen Aufzeichnungen, um Krankenkassen Einblicke zu geben, welche Leistungsempfänger welche Versorgung benötigen und welche Kosten damit verursacht werden. Dies hilft Versicherern frühzeitig mit Disease-Management-Programmen einer negativen Entwicklung entgegenzuwirken und den Einsatz dieser Programme zu optimieren.<sup>24</sup>
  - Capgemini hat gemeinsam mit dem Bonner Universitätsklinikum eine KI-basierte Lösung entwickelt, welche den Analyseprozess histologischer Bilder von Gewebeproben zur Erkennung von Flusskrankheit optimiert und aus klinischen Studien lernt. Damit können die krankheitserregenden Würmer schneller erkannt und bewertet werden. Der Einsatz von KI und auch die Zusammenarbeit mit Forschungseinrichtungen könnten gesetzlichen Versicherern helfen, Risiken frühzeitig zu erkennen und folglich optimale Versorgungskonzepte für viele weitere Krankheiten zu entwickeln.
- Versicherer in den Vereinigten Staaten werben für die Nutzung von Wearables, um Mitglieder zu bestärken, sich einen gesunden Lebensstil anzueignen.
  - UnitedHealthcare stellt ihren Mitgliedern eine Apple Watch zur Verfügung. Das Angebot ist kostenlos, wenn die Versicherten die Ziele ihrer täglichen Bewegungseinheiten einhalten.<sup>25</sup>
- Krankenversicherer wollen die Einhaltung der Medikamenteneinnahmen durch die Nutzung verschiedener digitaler Kanäle erhöhen.
  - Groove Health, ein Softwareunternehmen mit Lösungen zur Unterstützung der verordneten Medikamenteneinnahme und Therapietreue (Adhärenz), arbeitet mit dem US-amerikanischen Versicherer CNA zusammen und stellt den Mitgliedern eine KI-basierte mobile App bereit. Zu den Funktionen gehören unter anderem personalisierte Interventionen zur Adhärenzsteigerung, Erinnerung an die Medikamenteneinnahme, eine Check- und Warnungsfunktion für mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten sowie ein Kommunikationstool, um Pflegepersonal und Ärzten jederzeit Informationen zum Krankheitszustand zu übermitteln.<sup>26</sup>
- Gesetzliche Krankenversicherungen in Deutschland stellen vielfältige Bonusprogramme zur Verfügung, welche meist in kasseneigene Apps integriert sind. Versicherer erhoffen sich damit, dass ihre Versicherten regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen oder an Sportangeboten teilnehmen, welche einen langfristigen positiven Effekt auf das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand der Mitglieder haben und damit auch systematisch Folgekosten senken können.

---

<sup>24</sup> Global Newswire, "How health insurance companies use AI to make consumers healthier," Susan Morse, 9. November 2018, <https://www.healthcarefinancenews.com/news/how-health-insurance-companies-use-ai-make-consumers-healthier>

<sup>25</sup> FierceHealthcare, "UnitedHealthcare adds Apple Watch to Motion program with option to 'walk it off'," Evan Sweeney, 14. November 2018, <https://www.fiercehealthcare.com/payer/unitedhealth-apple-watch-motion-wellness-wearables-data-devices-incentives>

<sup>26</sup> PRNewswire, "CNA Insurance To Bring AI-Powered Medication Adherence Platform To Policyholders To Support Healthier, Independent Lives," 21. August 2019, <https://www.prnewswire.com/news-releases/groove-health-collaborates-with-cna-insurance-to-bring-ai-powered-medication-adherence-platform-to-policyholders-to-support-healthier-independent-lives-300904870.html>



## Auswirkungen

- Krankenkassen können von KI im Zusammenhang mit medizinischer Forschung profitieren, indem bisher nicht verstandene kausale Zusammenhänge bzgl. einer Erkrankung aufgedeckt werden können. Diese Erkenntnisse können dann für passgenaue Interventionen verwendet werden und so einen erheblichen Einfluss auf eine verbesserte Versorgungsqualität haben.
- Krankenkassen, welche über KI-gestützte Analysen unter Wahrung der Anonymität der Versicherten Einblick in deren Daten bekommen, können mögliche Risikofaktoren schneller identifizieren, frühzeitige Interventionen veranlassen und maßgeschneiderte Versorgungsprogramme entwerfen.
- Gesetzliche Versicherer können so die Gesundheit ihrer Mitglieder fördern und mit einer aktiven und gesunden Mitgliederbasis verringern sich auch mögliche Folgekosten.
- Eine bessere und durch Technologie überwachte Medikationstreue könnte besonders bei Mitgliedern mit chronischen Krankheiten und aufwendigen Therapien schlechte Therapieergebnisse und wiederholte Krankenhausaufenthalte vermeiden. Versicherer können dadurch Kosten senken und die Versorgungsqualität nachhaltig verbessern.
- Versicherer, die gesundheitsrelevante Daten aus Wearables pseudonymisiert und bewusst nutzen, können bedeutende Fortschritte im Bereich personalisierter Behandlungen und innovativer Versorgungsformen erzielen.
- Versicherer, die digitale Plattformen anbieten und Anreize in gesundheitsfördernden Bonusprogrammen schaffen, stärken die Interaktion mit ihren Kunden, was wiederum positiven Einfluss auf die Kundenbindung hat.
- Außerdem differenzieren sich gesetzliche Krankenversicherungen durch ein innovatives und ansprechendes Bonusprogramm-Portfolio von anderen Versicherern.
- In der Nutzung vorhandener Daten liegt ein riesiges Potenzial für eine bessere Gesundheitsversorgung. Wenn die Daten u. a. mit Hilfe von KI analysiert und genutzt werden – und dies selbstverständlich unter Einhaltung aller gesetzlichen und ethischen Richtlinien zum Umgang mit und zum Schutz von Daten –, dann kann dies Krankenkassen helfen, ihre Versicherten und deren Gesundheitszustand besser zu verstehen und ihnen auf dieser Basis gezielte Maßnahmen zur Prävention, aber auch zur Gesundheitsförderung zur Verfügung zu stellen.

# Datengetriebene Gesundheitsversorgung

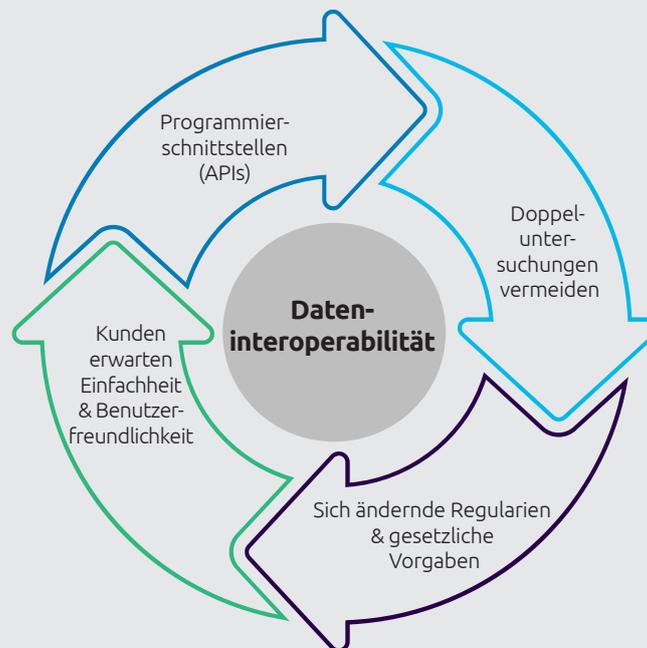
## Trend 06: Krankenversicherer verbessern durch Einführung der ePA die Daten-Interoperabilität im Gesundheitswesen und können durch digitale Services und Einsatz von KI die Basis für eine bessere Versorgung schaffen



### Hintergrund

- Traditionell ist es für die Akteure in der Gesundheitsbranche (z. B. Krankenkassen, Leistungserbringer, Labore), aber auch für Patienten selbst nach wie vor schwer, Gesundheitsdaten reibungslos untereinander auszutauschen, da es oft immer noch eines manuellen Aufwandes bedarf, die relevanten Informationen aus den unterschiedlichen Daten-Silos zusammenzuführen.
- Über mehrere Ablageorte verstreute Gesundheitsdaten verhindern einen Service für Patienten, der alle Informationen umfassend einbezieht und nutzt.

Abb. 7: Treiber für Interoperabilität und Datenaustausch



Quelle: Capgemini Research



## Wichtige Treiber

- Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), welches am 11. Mai 2019 in Deutschland in Kraft trat, verpflichten sich alle GKV-en bis spätestens 2021, ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte (ePA) zur Verfügung zu stellen.
- Das am 7. November 2019 im Bundestag beschlossene Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) regelt außerdem die systematische Erweiterung und den Ausbau der Telematikinfrastruktur. Beide Gesetze legen damit entscheidende Grundsteine für gelingende Interoperabilität im Gesundheitssektor.
- Moderne Schnittstellen-Technologien können folglich den nahtlosen und sicheren Austausch von Informationen wie bspw. Apothekendaten, klinischen Laborergebnissen und gesundheitsbezogenen Behandlungs- und Therapiedaten ermöglichen.
- Essenzielle Aspekte beim Thema Dateninteroperabilität im Gesundheitswesen sind Datensouveränität und Datensicherheit. Nur wenn die Rechte der Dateneigentümer, d. h. – im Falle der Gesundheitsdaten – die Rechte der Patienten, bedacht geregelt sind, sind die Voraussetzungen geschaffen, diese Daten auch sicher und mit Transparenz über Nutzung der Daten sowie Transparenz über das Einverständnis der Patienten zwischen verschiedenen Akteuren auszutauschen. Verbindliche Standards sind dabei unerlässlich.
- Unzureichende Übersicht über die Gesundheits- und Behandlungsdaten eines Versicherten kann zu unnötigen Doppeluntersuchungen und zum Verlust wichtiger Informationen bei der Weiterbehandlung führen, was wiederum vermeidbare Kosten und Folgekosten verursacht.
- Aus ihrer Erfahrung als Online-Konsumenten heraus erwarten die Versicherten benutzerfreundliche Lösungen, einfache und intuitive Prozesse sowie individualisierte und maßgeschneiderte Services. Dies ist nur durch einen entsprechenden Datenaustausch und Nutzung der vorhandenen Daten möglich, was entsprechende Aktivitäten hin zu einer nahtlosen Dateninteroperabilität antreibt.



## Trendübersicht

- Einige deutsche, aber auch internationale Krankenversicherer haben bereits reagiert und stellen ihren Versicherten bereits vor Ablauf der gesetzlichen Einführungspflicht im Jahr 2021 eine elektronische Aktenlösung zur Verfügung.
  - Die TK und IBM entwickelten 2018 den sog. „TK-Safe“, eine der ersten elektronischen Gesundheitsakten in Deutschland, welche den Versicherten nach Anmeldung mit einem individuellen Schlüssel über die TK-App zur Verfügung steht.<sup>27</sup> Einem Bericht der Techniker Krankenkasse zufolge nutzten 2018 bereits rund 190.000 Versicherte die Patientenakte.<sup>28</sup>
  - Die CARIN Alliance, eine Kooperation von US-Krankenversicherern, Pflegedienstleistern, Health-IT-Unternehmen und Technologieakteuren wie Apple und Google, hat ein Datenmodell entwickelt, um den Austausch von Versicherungsfalldaten zu standardisieren. Das Unternehmen testet dabei eine API, die es Patienten ermöglichen soll, auf ihre Antragsdaten zuzugreifen und deren Verwendung durch Dritte zu genehmigen.<sup>29</sup>
- Das Berliner Start-up-Unternehmen MADANA hat eine patentierte Lösung entwickelt, die u. a. mit Hilfe von Blockchain-Technologie ermöglicht, dass bspw. Patientendaten in einem gesicherten Raum analysiert werden können, ohne dass die Daten jemals den Besitzer wechseln. D. h. der Patient behält stets die Datenhoheit und Kontrolle über seine Daten, die auch stets anonym bleiben. Nur das Analyseergebnis verlässt den geschützten Datenraum. Ebenso bleibt der Algorithmus der analysierenden Partei stets geschützt und geht niemals in einen anderen Besitz über. Dies ermöglicht, mit Einverständnis des Patienten Daten für wichtige Anwendungen wie die medizinische Forschung nutzbar zu machen. So werden die Interessen der an der Datenanalyse beteiligten Akteure in Hinblick auf Datensicherheit und Datenschutz bedient sowie gleichzeitig auch ein Mehrwert geschaffen. Das damit entstehende Ökosystem ist skalierbar und kann zur Analyse großer Datenmengen genutzt werden.

Capgemini und MADANA arbeiten aktuell an einem Anwendungsfall, welcher sowohl für gesetzliche Krankenversicherungen als auch für Versicherte von Bedeutung ist. Die Idee ist, dass Versicherte über einen Service auf ihrer elektronischen Patientenakte (ePA) bspw. nach Therapiemöglichkeiten oder behandelnden Ärzten fragen können, welche bei anderen Patienten bei bestimmten Krankheitsbildern zum Einsatz kommen. Auf Basis der MADANA-Technologie wird dann in anderen ePAs nach entsprechenden Informationen bzw. zutreffenden Krankheitsbildern gesucht. Die Ergebnisse der Analyse werden dann dem anfragenden Patienten unter Wahrung der Anonymität anderer Patienten zur Verfügung gestellt. Von einer solchen Lösung könnten folglich nicht nur Patienten mit speziellen Erkrankungen auf der Suche nach wirksamen Therapien profitieren, sondern auch gesetzliche Versicherer, welche damit die Qualität bestimmter Behandlungen besser evaluieren und auch die Bedarfsplanung optimal ausrichten könnten.

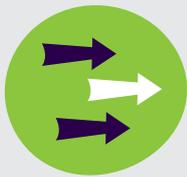
---

<sup>27</sup> Techniker Krankenkasse, „TK-Safe – die elektronische Gesundheitsakte“, 19.02.2018, <https://www.tk.de/techniker/unternehmensseiten/elektronische-gesundheitsakte/gesundheitsakte-einstieg-2028812>

<sup>28</sup> Techniker Krankenkasse, „Stimmen zur elektronischen Gesundheitsakte“, Julia Abb, 20.08.2018, <https://www.tk.de/presse/themen/digitale-gesundheit/digitale-gesundheitsakte/tk-safe-statements-2067188>

<sup>29</sup> FierceHealthcare, „Anthem, Humana along with Apple and Google testing API for patient access to claims data,“ Heather Landi, August 2, 2019, <https://www.fiercehealthcare.com/tech/anthem-humana-along-apple-and-google-testing-api-for-patient-access-to-claims-data>.

Mit der angewandten Technologie ermöglicht MADANA auch, dass Krankenkassen eigene digitale Mehrwert-Services oder digitale Services von Dritten auf ihrer ePA aufsetzen können. Diese Services können dann die Funktionen der MADANA-Lösung nutzen, d. h. geschützte, sichere Datenprozessierung und Übertragung von Daten und Analyseergebnissen mit Einverständnis der Patienten. Auf diese Weise könnten Krankenkassen attraktive Mehrwert-Services auf ihren ePAs entwickeln, sie damit aufwerten und sich so im „Wettbewerb der ePAs“ von anderen Kassen differenzieren.



- Gesetzliche Krankenversicherungen verbessern durch den Einsatz von künstlicher Intelligenz nicht nur die Versorgungsqualität ihrer Versicherten, sondern gestalten diese zukunftssicher.
  - Die AOK Nordost investiert als Vorreiter in Partnerschaften mit renommierten Forschungszentren und Start-ups rund um das Thema KI. In geförderten Projekten der Europäischen Union ist die Versicherung im internationalen Austausch mit KI-Experten im Bereich Niereninsuffizienz und Apoplex-Versorgung.<sup>30</sup>
  - Ein weiterer Fokusbereich der AOK Nordost, welcher durch künstliche Intelligenz revolutioniert werden kann, ist die Versorgung der Versicherten im ländlichen Raum. Dazu untersucht die Drei-Länder-Kasse in Kooperation mit dem Start-up Casenio intelligente Verfahren, die das Wohnen im Alter sicherer machen, und prüft die notwendige Akzeptanz der Versicherten in Greifswald.<sup>30</sup>

## Auswirkungen

- Leistungserbringer, die mit dem Einverständnis ihrer Patienten durch modernste Technik auf deren Krankengeschichte zugreifen können, würden zu einer qualitativ hochwertigeren Versorgung beitragen. Dadurch könnten sie Zusatzkosten durch Doppeluntersuchungen, Behandlungsfehler und falsche Weiterbehandlung vermeiden.
- Gesetzliche Versicherungen, die ihren Versicherten eine eigene elektronische Patientenakte bieten, können sich durch wertvolle Services auf ihrer ePA von anderen Versicherern abgrenzen und ihren Mitgliedern einen essenziellen Mehrwert bieten. So können sie sich im „Wettbewerb der ePAs“ differenzieren.
- Elektronische Gesundheitsakten bieten den Versicherten Datenhoheit und zugleich einen einfacheren Zugang zu persönlichen Gesundheitsdaten. Damit behalten Versicherte einen Überblick über Behandlungen, Diagnosen und abgerechnete Leistungen mit der Versicherung.
- Durch intelligente Systeme und KI kann die Versorgung von Versicherten in strukturschwachen und ländlichen Gebieten verbessert werden.

<sup>30</sup> AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, „AOK Nordost fördert KI in der Gesundheitsversorgung“, Matthias Gabriel, August 2018, <https://www.aok.de/pk/nordost/inhalt/mitarbeit-an-ki-strategie-der-bundesregierung/>

# Effizienz in Geschäftsprozessen

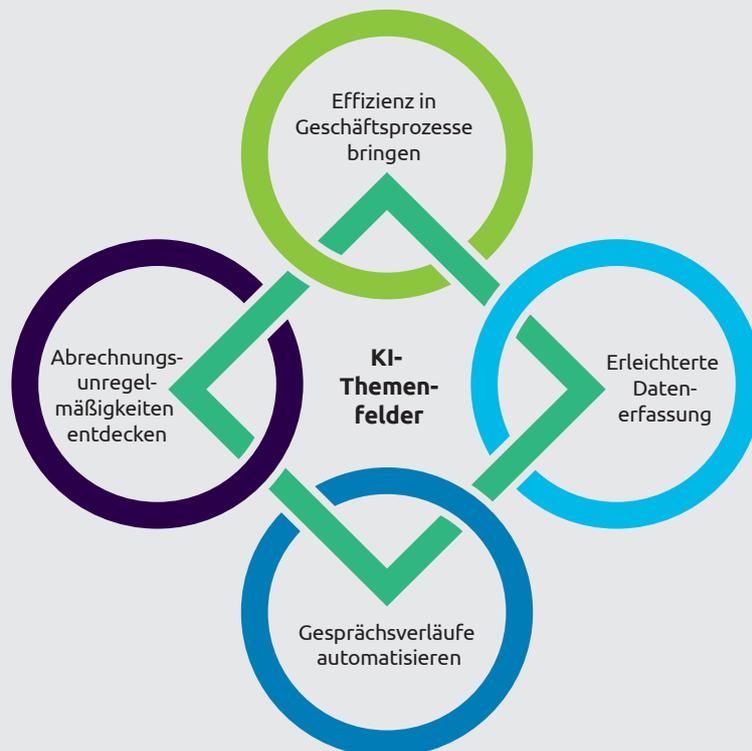
## Trend 07: Versicherungen nutzen KI, um Abrechnungen auf Plausibilität und Unregelmäßigkeiten zu prüfen oder um Betriebsabläufe zu analysieren und zu optimieren



### Hintergrund

- Zahlreiche interne und verwaltungsorganisatorische Prozesse gesetzlicher Krankenversicherer basieren nach wie vor auf menschlicher Interaktion und sind damit nicht nur zeitaufwendig, sondern auch anfällig für Fehler.
- Viele dieser Abrechnungsfehler, gerade in Bezug auf Krankenhausabrechnungen, bleiben jedoch unentdeckt, da Versicherer nur etwa jede vierte Abrechnung genauer prüfen. Dadurch ergeben sich erhebliche finanzielle Einbußen.<sup>31</sup>
- Aus der Befürchtung heraus, dass künstliche Intelligenz Mitarbeiter ersetzt, wird sie oft noch als Bedrohung wahrgenommen. Das gefährdet die Akzeptanz und Implementierung. Viel zu wenig wird häufig noch das Potenzial der Technologie gesehen, die als Entscheidungshilfe und Erleichterung für Mitarbeiter dienen kann, um ihnen Freiraum für kreative Aufgaben zu schaffen. Für eine erfolgreiche Implementierung und Ausschöpfung der Mehrwerte ist es vor allem wichtig, die vielen Vorteile der Technologie zu kommunizieren.

Abb. 8: Themenfelder von KI im Krankenversicherungssektor



Quelle: Capgemini Research

<sup>31</sup> Welt, „Deutsche Krankenhäuser stellen teure Falschabrechnungen an Kassen“, Anette Dowidelt, 21.Mai 2019, <https://www.welt.de/politik/article193811273/Rechnungshof-Deutsche-Krankenhaeuser-stellen-teure-Falschabrechnungen-an-Kassen.html>



## Wichtige Treiber

- Versicherer verfügen über eine Bandbreite verschiedener Daten, was eine wesentliche Voraussetzung für die Anwendung künstlicher Intelligenz ist. Je besser die Qualität dieser Daten im Vorfeld ist, desto bessere Ergebnisse können infolge maschinellen Lernens erzielt werden.
- Versicherer müssen sich im Zuge der Digitalisierung anpassen und verändern. Eine Umstellung der technischen Prozesse und die Einführung intelligenter Systeme sind dabei eine gute Gelegenheit, durch Erfolgsbeispiele das Mindset der Mitarbeiter zu ändern und damit weitere Veränderungsprozesse innerhalb der Organisation zu beschleunigen sowie Mitarbeiter offen gegenüber Innovation zu stimmen.



## Trendübersicht

- Der Blick über die nationalen Grenzen hinaus zeigt, dass dort schon einige Krankenversicherer künstliche Intelligenz einsetzen, um Geschäftsprozesse zu optimieren.
  - Der US-amerikanische Versicherer „Aetna“ hat eine KI-Software entwickelt, welche komplexe Verträge diverser Leistungserbringer analysiert und bei der Abwicklung der Abrechnungen hilft. Dies reduziert die bisher notwendige manuelle Bearbeitung durch die Mitarbeiter und ermöglicht es Aetna, den Versicherten ein besseres Kundenerlebnis durch schnelle Fallbearbeitung zu bieten.<sup>32</sup>



## Auswirkungen

- Gesetzliche Versicherer könnten auf Basis künstlicher Intelligenz in Kostenerstattungs- und Belegprüfungsprozessen unterstützt werden. Durch lernende Systeme könnten Fehlrechnungen und Abrechnungsunregelmäßigkeiten aufgedeckt werden und medizinische Behandlungen ökonomisch analysiert, bewertet und gegebenenfalls angepasst werden.
- KI kann zur Identifizierung von Schwachstellen in Prozessen eingesetzt werden und damit zur Optimierung von Betriebsabläufen beitragen, was wiederum Einfluss auf die Kosteneffizienz hat.
- Versicherer, die KI in ihre Geschäftsprozesse einbetten und in der Lage sind, ihre Mitarbeiter von den Vorteilen der Technologie zu überzeugen und deren Ängste abzubauen, können effizientere Ergebnisse erzielen. Durch optimale Prozesse können sie außerdem ihre Leistungen für die Versicherten verbessern und so auch die Kundenzufriedenheit und -bindung steigern.

<sup>32</sup> Global Big Data Conference website, “Aetna enlists AI to settle health insurance claims,” 25. Juli 2019, 2019, <http://www.globalbigdataconference.com/news/144332/aetna-enlists-ai-to-settle-health-insurance-claims.html>

# Effizienz in Geschäftsprozessen

## Trend 08: Versicherer nutzen Robotik und Automatisierung, um Fehler zu vermeiden, Effizienz zu steigern und kostbare Fachkraftarbeitszeit für komplexere Fälle und kreative Aufgaben einzusetzen statt für automatisierbare Routineaufgaben



### Hintergrund

- Manuelle Sachbearbeitung ist häufig zeitaufwendig, repetitiv und fehleranfällig.
- Gesetzliche Krankenversicherungen werden zunehmend mit dem Problem des Fachkräftemangels konfrontiert. Erfahrene Mitarbeiter scheiden altersbedingt in den Ruhestand aus und geeignete Nachwuchskräfte sind immer schwerer zu finden. Gleichzeitig steigt die Zahl der Sachbearbeitungseingänge, die nun mit immer weniger zur Verfügung stehenden Mitarbeitern bewältigt werden müssen.
  - Krankenversicherer sind sich der Bedeutung von Automatisierung in der Fallbearbeitung durchaus bewusst. So geben 48 % der Krankenversicherer nach dem World Insurance Report (WIR) 2018 an, dass sie Robotic Process Automation (RPA) nutzen würden, um Abrechnungsprozesse zu erleichtern und zu beschleunigen.<sup>33</sup>
- Dennoch nutzen bisher nur rund 8 % der Unternehmen im Versicherungswesen entsprechende Automatisierungstechnologien in einem skalierten Ausmaß.<sup>34</sup>



### Treiber

- Steigende Gesundheitskosten üben Druck auf die Versicherer aus, die Verwaltungskosten zu senken.
- Langsame Sachbearbeitung oder zu späte Rückerstattung offener Rechnungsbeträge für Zusatzleistungen wirken sich direkt auf das Kundenerlebnis aus, was die Kundenbindung gefährdet.



### Trendübersicht

- Einige deutsche Krankenkassen setzen bereits auf Automatisierung, um Sachbearbeiter zu entlasten und offene Rechnungsbeträge der Kunden schneller und effizienter zu erstatten.
  - In der gesetzlichen Krankenversicherung wird Automatisierungssoftware bereits eingesetzt, um einfache Rechnungsfälle, bspw. für professionelle Zahnreinigungen, zu überprüfen und automatisch zu erstatten. Über digitale Schnittstellen zu versicherungseigenen Apps können Versicherte ihre Rechnung bequem über ihr Smartphone fotografieren und hochladen. Automatisierte Prozesse prüfen, ob alle Erstattungskriterien erfüllt sind, und veranlassen dann die Genehmigung oder Ablehnung für eine Rückzahlung an den Patienten.

<sup>33</sup> Capgemini | EFMA, World Insurance Report 2018, <https://worldinsurancereport.com>

<sup>34</sup> Capgemini Invent, „Inventive Insurer“, 2019, <https://www.capgemini.com/service/invent/inventive-insurer/>

- Ein weiteres Beispiel für mögliche Automatisierung ist die Beantragung von Rehabilitationsleistungen. Krankenkassen können ihren Versicherten den Service bieten, einen Antrag auf Rehabilitation mit vorhandenen Daten vorausgefüllt zur Verfügung zu stellen. Das Vorausfüllen mit den bei der Krankenkasse vorliegenden Daten des Versicherten kann sehr gut mit Robotic Process Automation durchgeführt werden. So kann ein Zusatzservice angeboten werden, der die Kundenzufriedenheit erhöht, ohne dabei die Sachbearbeiterfachkräfte mit zusätzlicher Arbeit belasten zu müssen.
- Ein weiteres mögliches Einsatzgebiet für Roboter ist die Sammlung und ggf. Löschung von Daten auf Wunsch eines Kunden, die dieser nach Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) verlangen kann. Ein Roboter kann leicht alle Systeme auf diese Daten durchsuchen, diese sammeln und zusammenstellen und dann zur Information an den Versicherten versenden – oder auch auf Verlangen entsprechend löschen. Auch dafür müssen bei Verwendung von RPA keine Sachbearbeiterfachkräfte mit zusätzlicher Arbeit belastet werden.

Abb. 9: Effekte der Automatisierung auf die Abrechnungsbearbeitung



Quelle: Capgemini Research



## Auswirkungen

- Versicherer, die Automatisierung und Robotik nutzen, können menschlichen Fehlern besser vorbeugen, was zu einer schnelleren Fallbearbeitung und einem positiveren Kundenerlebnis führt.
- Versicherer können Sachbearbeitungsprozesse mit weniger Ressourcen bearbeiten und eine höhere betriebliche Effizienz erzielen.
- Mit Hilfe von Automatisierung könnten Vertragsabschlüsse vereinfacht werden, was sich zudem in einer verbesserten Gewinnung neuer Mitglieder niederschlagen könnte.
- Versicherer können den Auswirkungen von Personalengpässen, die im Zuge von demografischer Entwicklung und Nachwuchsfachkräftemangel auf sie zukommen, entgegenwirken, indem sie das Potenzial von Automatisierung für sich nutzen. So können sie kostbare Fachkraftarbeitszeit für komplexere Fälle und kreative Aufgaben einsetzen anstatt für automatisierbare Routineaufgaben.

# Ausblick und Handlungsempfehlungen

Um langfristig erfolgreich zu sein, müssen Krankenversicherer Kundenerwartungen und Markttrends verstehen. Gleichzeitig müssen sie die richtigen Kooperationen eingehen und pflegen, um Innovationen in der erforderlichen Geschwindigkeit und Größenordnung durchzuführen, die sie wettbewerbsfähig bleiben lassen. Wir bezeichnen dies im internationalen Blick auf die Versicherungsbranche als einen „**Inventive Insurer**“<sup>35</sup>.

Ein Inventive Insurer ist bereit, **kundenzentrierte** Ansätze zu entwickeln, lebt **Produkt-Agilität** und hat **intelligente Prozesse** eingeführt. Er fördert ein offenes Ökosystem und ist gleichzeitig ein Teil davon (Abb. 10).

Abb.10: Handlungsempfehlungen – Krankenversicherungen brauchen Kompetenzen, die sie zu einem „Inventive Insurer“ machen



Quelle: Capgemini Research

<sup>35</sup> Capgemini Invent, „Inventive Insurer“, 2019, <https://www.capgemini.com/service/invent/inventive-insurer/>

Krankenversicherungen nähern sich dem Zielbild des Inventive Insurers an, indem sie die Herausforderungen des sich wandelnden Umfelds annehmen und sich diesen stellen.

Sie nutzen Wearables, digitale Plattformen und die Fortschritte im Bereich Predictive Analytics, um tiefe Einblicke in Kundenbedürfnisse und -verhalten zu gewinnen. Auf Basis der gewonnenen, praktisch umsetzbaren Erkenntnisse können sie besser mit ihren Versicherten interagieren und können ihnen helfen, ein gesünderes Leben zu führen. Dies beinhaltet, das Gesundheitsverhalten der Versicherten positiv zu beeinflussen und die vorgeschriebene Medikamenteneinnahme sicherzustellen und ggf. daran zu erinnern. Außerdem leiten Inventive Insurer ihre Versicherten an, geben ihnen Orientierungshilfe und verhelfen damit zu einem positiven Kundenerlebnis.

Um den wandelnden Kundenanforderungen gerecht zu werden, erweitern Versicherer ihr Produkt- und Dienstleistungsangebot und führen zahlreiche Zusatzleistungen für ihre Versicherungsnehmer ein. Der Versicherte und seine Bedürfnisse müssen in den Mittelpunkt aller Aktivitäten rücken und ein klarer Fokus auf Kundenzentriertheit ist essenziell.

Automatisierungstechnologien und Analytics ermöglichen die Entwicklung intelligenter Fähigkeiten, wie zum Beispiel die KI-basierte Belegprüfung und Abrechnungsautomatisierung, Risikoprofilierung basierend auf Predictive Analytics sowie frühzeitige Interventionen in Hochrisikofällen.

Krankenversicherer nutzen die Potenziale von intelligenter Automatisierung, um Ende-zu-Ende-Geschäftsprozesse intelligenter, effizienter, sicherer und fehlerfreier zu machen. So stellen sie sich erfolgreich für die Zukunft auf, da sie so gleichzeitig Personalengpässen aufgrund demografischer Entwicklung und Nachwuchsfachkräftemangel entgegenwirken und kostbare Fachkraftarbeitszeit für komplexere Fälle und kreative Aufgaben einsetzen können anstatt für automatisierbare Routineaufgaben.

Krankenversicherer öffnen ihre Systeme mehr und mehr, um die Zusammenarbeit mit Partnern im Gesundheits-Ökosystem zu ermöglichen und zu verbessern, um Datenaustausch zu optimieren und um Transparenz im System zu erhöhen. So können Krankenversicherer mit modernen Plattformen und mit einer offenen IT-Architektur verschiedene Services anbieten, z.B. digitale Services von Drittanbietern. Diese Services könnten auf der ePA aufsetzen und den Versicherten einen essenziellen Mehrwert bieten, wodurch wiederum die elektronische Patientenakte (ePA) der Krankenversicherung aufgewertet werden kann. Auf diese Weise kann sich die Versicherung im „Wettbewerb der ePAs“ von anderen Kassen differenzieren.



# Literaturverzeichnis

2. World Health Organization, Global Health Observatory (GHO) data on Life expectancy, [https://www.who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/life\\_tables/situation\\_trends\\_text/en](https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends_text/en), abgerufen 19. September 2019
3. Aon website, "2020 Global Medical Trend Rates Report," <https://healthresources.aon.com/reports-2/2020-global-medical-trend-rates-report>, abgerufen Oktober 2019
4. Destatis, Pressemitteilung Nr. 109 vom 21. März 2019, [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/03/PD19\\_109\\_23611.html;jsessionid=5AD854EAB7A2AA31541F0ADAB470A219.internet741](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/03/PD19_109_23611.html;jsessionid=5AD854EAB7A2AA31541F0ADAB470A219.internet741), abgerufen 19. Dezember 2019
5. Studie „Vom Patienten aus denken – Die Kundenreise in der Krankenversicherung“, BVDW mit Capgemini, wdv, aperto; 2019, [https://www.capgemini.com/de-de/wp-content/uploads/sites/5/2019/04/BVDW\\_Kundenreise\\_Krankversicherung.pdf](https://www.capgemini.com/de-de/wp-content/uploads/sites/5/2019/04/BVDW_Kundenreise_Krankversicherung.pdf)
6. „Amazon, Berkshire Hathaway und JP Morgan gründen Krankenkasse“, Handelsblatt, 2018, US-Gesundheitssystem, <https://www.handelsblatt.com/finanzen/banken-versicherungen/us-gesundheitssystem-amazon-berkshire-hathaway-und-jp-morgan-gruenden-krankenkasse/20906974.html>, abgerufen Dezember 2019
7. „Digitalisierung des Gesundheitsmarktes“, Deloitte, 2019, Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbands, <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/de/Documents/life-sciences-health-care/Digitalisierung%20des%20Gesundheitsmarktes.pdf>, abgerufen Januar 2020
8. Robert Koch Institut, „Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen“, GBE kompakt, 11.04.2012, [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012\\_2\\_Demografischer\\_Wandel\\_Alterung.pdf;jsessionid=329D4A90D4341D1716F25AF1D8CC5E21.2\\_cid381?\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012_2_Demografischer_Wandel_Alterung.pdf;jsessionid=329D4A90D4341D1716F25AF1D8CC5E21.2_cid381?_blob=publicationFile), abgerufen Februar 2020
9. Statista, „Entwicklung der Anzahl gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland von 1970 bis 2019“, Rainer Radtke, 09.08.2019, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/74834/umfrage/anzahl-gesetzliche-krankenkassen-seit-1970/>, abgerufen Februar 2020
10. BARMER, „Fusion zum 01.01.2017“, 29.12.2016, <https://www.barmer.de/presse/bundeslaender-aktuell/sachsen/standortinfo/aktuelle-ausgabe/info-fusion-79628>, abgerufen Dezember 2019
11. Krankenkassen Deutschland, „Die größten Krankenkassen: Versicherte 2019“, 2019, <https://www.krankenkassen.de/krankenkassen-vergleich/statistik/versicherte/aktuell/>, abgerufen November 2019
12. Deutsches Ärzteblatt, „Betriebskrankenkassen schließen sich zusammen“, 10.12.2019, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/108023/Betriebskrankenkassen-schliessen-sich-zusammen>, abgerufen November 2019
13. Krankenkassen Deutschland, „Liste der geplanten und vollzogenen Krankenkassen-Fusionen“, 2019, <https://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/system-gesetzliche-krankenkassenversicherung/fusionen/>, abgerufen November 2019
14. Deutsches Ärzteblatt, „Grüne wollen leichtere Vergleichbarkeit von Kassenleistungen“, 12.12.2019, <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=1&nid=108144&s=Krankenkassen>, abgerufen Januar 2020
15. Bundesministerium für Gesundheit (BMG), „Die elektronische Patientenakte“, 10.10.2019, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/elektronische-patientenakte.html>, abgerufen Februar 2020
16. Healthpayer Intelligence, „UPMC, AstraZeneca Enter Value-Based Pharmaceutical Contract.“ Jennifer Bresnick, 30. Januar 2019, <https://healthpayerintelligence.com/news/cigna-and-msk-start-value-based-coordinated-cancer-care-program>, abgerufen Februar 2020
17. Deutsches Ärzteblatt, „Tinnitracks: Mit frequenzgefilterter Musik gegen Tinnitus“, Kathrin Gießelmann, September 2019, <https://www.dak.de/dak/kontakt/tinnitracks-tinnitus-therapie-2080994.html>, abgerufen Februar 2020
18. Bundesministerium für Gesundheit (BMG), „Die elektronische Patientenakte“, 10.10.2019, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/elektronische-patientenakte.html>, abgerufen Februar 2020
19. Bundesministerium für Gesundheit, „Ärzte sollen Apps verschreiben können“, 21.01.2020, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/digitale-versorgung-gesetz.html>, abgerufen Januar 2020
20. The Business Times, „Prudential powers ahead in tech with AI health platform.“ Lynette Tan, 12. November 2018, <https://www.businesstimes.com.sg/hub-projects/singapore-fintech-festival-2018/prudential-powers-ahead-in-tech-with-ai-health-platform>, abgerufen Februar 2020
21. Techniker Krankenkasse, „Mit Ärzten chatten? Geht! Mit der „TK-Doc“-App“, 4. November 2019, <https://www.tk.de/techniker/magazin/digitale-gesundheit/apps/tk-doc-2073986>, abgerufen Februar 2020
22. BMedCity News, „Anthem partners with startup K Health on symptom checker and telehealth app.“ Kevin Truong, 22. Juli 2018, <https://medcitynews.com/2019/07/anthem-partners-with-startup-k-health-on-symptom-checker-and-telehealth-app/>, abgerufen Februar 2020
23. Microsoft, „Skip the hold music and meet Premera Scout, a chatbot that helps you with health care.“ Vanessa Ho, 1. Oktober 2018, <https://news.microsoft.com/transform/premera-scout-chatbot-helps-with-health-care/>, abgerufen Dezember 2019

---

## Hinweis:

Die hierin enthaltenen Informationen werden nur zu allgemeinen Informationszwecken ohne Gewähr zur Verfügung gestellt. Die hierin geäußerten Empfehlungen stellen keine Beratung von Capgemini dar, die stets im Einzelfall erfolgen muss.

24. Global Newswire, "How health insurance companies use AI to make consumers healthier," Susan Morse, 9. November 2018, <https://www.healthcarefinancenews.com/news/how-health-insurance-companies-use-ai-make-consumers-healthier>, abgerufen Januar 2020
25. FierceHealthcare, "UnitedHealthcare adds Apple Watch to Motion program with option to 'walk it off'," Evan Sweeney, 14. November 2018, <https://www.fiercehealthcare.com/payer/unitedhealth-apple-watch-motion-wellness-wearables-data-devices-incentives>, abgerufen Januar 2020
26. PRNewswire, "CNA Insurance To Bring AI-Powered Medication Adherence Platform To Policyholders To Support Healthier, Independent Lives," 21. August 2019, <https://www.prnewswire.com/news-releases/groove-health-collaborates-with-cna-insurance-to-bring-ai-powered-medication-adherence-platform-to-policyholders-to-support-healthier-independent-lives-300904870.html>, abgerufen Januar 2020
27. Techniker Krankenkasse, „TK-Safe – die elektronische Gesundheitsakte“, 19.02.2018, <https://www.tk.de/techniker/unternehmensseiten/elektronische-gesundheitsakte/gesundheitsakte-einstieg-2028812>, abgerufen Februar 2020
28. Techniker Krankenkasse, „Stimmen zur elektronischen Gesundheitsakte“, Julia Abb, 20.08.2018, <https://www.tk.de/presse/themen/digitale-gesundheit/digitale-gesundheitsakte/tk-safe-statements-2067188>, abgerufen Januar 2020
29. FierceHealthcare, "Anthem, Humana along with Apple and Google testing API for patient access to claims data," Heather Landi, August 2, 2019, <https://www.fiercehealthcare.com/tech/anthem-humana-along-apple-and-google-testing-api-for-patient-access-to-claims-data>, abgerufen Januar 2020
30. AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, „AOK Nordost fördert KI in der Gesundheitsversorgung“, Matthias Gabriel, August 2018, <https://www.aok.de/pk/nordost/inhalt/mitarbeit-an-ki-strategie-der-bundesregierung/>, abgerufen Januar 2020
31. Welt, „Deutsche Krankenhäuser stellen teure Falschabrechnungen an Kassen“, Anette Dowidelt, 21.05.2019, <https://www.welt.de/politik/article193811273/Rechnungshof-Deutsche-Krankenhaeuser-stellen-teure-Falschabrechnungen-an-Kassen.html>, abgerufen Februar 2020
32. Global Big Data Conference website, "Aetna enlists AI to settle health insurance claims," 25. Juli 2019, <http://www.globalbigdataconference.com/news/144332/aetna-enlists-ai-to-settle-health-insurance-claims.html>, abgerufen Februar 2020
33. Capgemini | EFMA, World Insurance Report 2018, <https://worldinsurancereport.com>, abgerufen Februar 2020
34. Capgemini Invent, „Inventive Insurer“, 2019, <https://www.capgemini.com/service/invent/inventive-insurer/>, abgerufen Februar 2020
35. Capgemini Invent, „Inventive Insurer“, 2019, <https://www.capgemini.com/service/invent/inventive-insurer/>, abgerufen Februar 2020

## Über die Autoren



**Linda Cunin** ist Business Analystin und Teil des Capgemini Healthcare-Teams am Standort Berlin. Sie berät Akteure im Gesundheitswesen zu allen Fragestellungen rund um digitale Technologien. Durch eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin und ihr Studium im Bereich Gesundheits- und Pflegemanagement sowie in Public Health an der Charité in Berlin bringt sie breite Erfahrung in Theorie und Praxis in ihre Beratungsprojekte im Gesundheitssektor ein.



**Dr. Oliver Müller** ist Head of Healthcare Consulting bei Capgemini in Deutschland. Mit Strategie-, Management- und Technologieberatung begleitet er Akteure im Gesundheitswesen im digitalen Wandel. Dabei baut er auf über 20 Jahre Erfahrung im Bereich Life Sciences und Health aus Forschung, Industrie und einer Vielzahl von Beratungsprojekten für Krankenhäuser, Krankenkassen, Pharma- und Medtech-Unternehmen, Forschungsinstitutionen sowie Bundes- und Länderministerien.



## Über Capgemini

Capgemini ist einer der weltweit führenden Anbieter von Management- und IT-Beratung, Digitaler Transformation sowie Technologie- und Ingenieursdienstleistungen. Als ein Wegbereiter für Innovation unterstützt das Unternehmen seine Kunden bei deren komplexen Herausforderungen rund um Cloud, Digital und Plattformen. Auf dem Fundament von mehr als 50 Jahren Erfahrung und umfangreichem branchenspezifischen Know-how hilft Capgemini seinen Kunden, ihre Geschäftsziele zu erreichen. Hierfür steht ein komplettes Leistungsspektrum von der Strategieentwicklung bis zum Geschäftsbetrieb zur Verfügung. Capgemini ist überzeugt davon, dass der geschäftliche Wert von Technologie durch Menschen entsteht und agiert als ein multikulturelles Unternehmen mit 270.000 Mitarbeitern in fast 50 Ländern. Einschließlich Altran beläuft sich der Umsatz für das Jahr 2019 auf 17 Milliarden Euro.

Mehr unter

[www.capgemini.com/de](http://www.capgemini.com/de)

**People matter, results count.**