

Aktuelle Entwicklungen in der Versicherungswirtschaft

im
Dossier

Digitale Krankenkasse – so wird Nutzerzentrierung nicht zur Innovations-Falle

Dezentrale Führung als Beschleuniger für den digitalen Wandel

Aus dem Trendradar: Embedded Insurance

Versicherungsforen **THEMENDOSSIER**

Eine Publikation der

 **Versicherungsforen** Leipzig

ABSTRACT

Zum Ende des dritten Quartals 2022 dreht sich in diesem Trendletter wieder alles rund um die Entwicklungen in der Versicherungswirtschaft.

Zu Beginn des Themendossiers wirft Jan Pilhar, IBM iX, einen Blick auf digitale Services von Krankenkassen und erläutert, warum diese eine immer wichtigere Rolle spielen. Ob dezentrale Führung mehr und schnellere Entscheidungen bedeuten kann, dieser Frage widmen sich André Beschmann und Jan Westrup, Brockhaus AG. Eric Schuh von ELEMENT und Steven Schwartz von Safe Security, zeigen auf, wie die Risikoanalyse im Zeitalter von Zero-Trust aussehen kann und welche Lösungen es für Cyberversicherer gibt.

In der Rubrik „Neues aus dem Trendradar“ widmen wir uns der Embedded Insurance. Dr. Behrad Lalani, Anwaltskanzlei Clyde & Co, übernimmt in diesem Themendossier zum ersten Mal die Rubrik „Aktuelles aus Versicherungsrecht und Regulierung“.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre!

INHALT

5

Digitale Krankenkasse – so wird Nutzerzentrierung
nicht zur Innovations-Falle

9

Dezentrale Führung als Beschleuniger für den digitalen Wandel

15

Risikoanalyse im Zeitalter von Zero-Trust:
Lösungsansätze für Cyberversicherer

20

Aus dem Trendradar: Embedded Insurance

22

Aktuelles aus Versicherungsrecht und Regulierung

27

Versicherungsforen in eigener Sache

Digitale Krankenkasse – so wird Nutzerzentrierung nicht zur Innovations-Falle

Digitale Services prägen heute unser Leben in fast allen Bereichen, auch aus dem Gesundheitssektor sind sie nicht mehr wegzudenken. Dies gilt auch für Krankenkassen, für die sie eine immer wichtigere Rolle spielen. Sie ermöglichen Versicherten einfachen und schnellen Zugang zu Angeboten und Diensten, was sich nicht zuletzt in der Pandemie als wichtig erwiesen hat. Durch die Verlagerung von Prozessen in den Self Service bieten sie großes Potenzial für eine höhere Effizienz und Kosteneinsparungen. Zudem wird das Angebot an digitalen Diensten für Krankenkassen immer stärker zum wichtigen Differenzierungsmerkmal für die eigene Marke, denn ohne ein attraktives digitales Angebot kann man insbesondere bei der stark umworbenen jungen Zielgruppe nicht mehr punkten.

Digital Teams mit einem Fokus auf Nutzerbedürfnisse

Entsprechend haben insbesondere die großen Krankenkassen in den letzten Jahren massiv in die Digitalisierung ihrer Kun-

denschnittstellen investiert und für diesen Bereich häufig dezidierte Teams aufgebaut. Diese „Digital Teams“ entwickeln digitale Dienste für die Versicherten und haben in der Regel einen User-Experience-Schwerpunkt (UX). Sie arbeiten meist mit den gängigen Methoden der nutzerzentrierten Entwicklung, geprägt durch die Prinzipien des Design Thinking und Service Designs. Dieser Innovationsansatz bezieht seine Inspiration vor allem aus der Identifizierung von (unerfüllten) Nutzerbedürfnissen und aktuellen Unzulänglichkeiten in bestehenden Angeboten und Prozessen – so genannten „Pain Points“ – und leitet daraus Ideen und Ansatzpunkte zur Verbesserung und Weiterentwicklung ab.

Krankenkassen haben bei der Customer Experience Fortschritte gemacht

Die Einführung dieser Herangehensweise war für die meisten Krankenkassen methodisch ein Quantensprung im Rahmen der eigenen Digitalisierungsbemühungen. Prägten bislang vor allem auf Features, Stabilität und langfristig geplante Relea-

se-Zyklen bedachte IT-Abteilungen die meisten digitalen Entwicklungsthemen, brachten die Digital Teams mit einer neuen Agilität und der konsequenten Berücksichtigung der Nutzerperspektive frischen Wind mit. Diese Neuerung führte zu guten Ergebnissen, so dass sich heute das digitale Kundenerlebnis vieler Krankenkassen – die vielbeschworene Customer Experience – sehen lassen und in vielen Fällen mit dem Angebot von Konsumgüterherstellern oder E-Commerce-Anbietern mithalten kann.

Digitale Gesundheitsinfrastruktur bietet neue Potenziale

Nun befinden wir uns im Gesundheitsbereich aber bereits in einer neuen Phase digitaler Innovation, in der der gegenwärtig dominante Ansatz vieler Digital Teams zu kurz greift. Damit Krankenkassen das Potenzial der aktuellen digitalen Entwicklung ausschöpfen können, müssen sie ihre Innovationsmethodik erneut nachschärfen und erweitern. Sonst droht der mittlerweile etablierte Fokus auf Nutzerzentrierung zur Innovationsfalle zu werden.

Die nächsten digitalen Innovationssprünge im Gesundheitswesen und insbesondere im Bereich der Krankenkassen werden nicht mehr aus der Ermittlung weiterer

User Needs und Pain Points kommen. Sie resultieren vielmehr aus den Möglichkeiten der digitalen Gesundheitsinfrastruktur, die die Krankenkassen im Verbund mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens aktuell aufbauen. Diese so genannte Telematikinfrastruktur (TI) ist die infrastrukturelle Basis für aktuelle und zukünftige digitale Gesundheitsdienste in Deutschland und ermöglicht Anwendungen wie die elektronische Patientenakte, das elektronische Rezept, eine bessere Kommunikation zwischen Ärzten und Ärztinnen, Kliniken, Labors und Kassen. Sie ist Ergebnis der gemeinsamen Kraftanstrengung dieser Akteure, um bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens endlich voranzukommen. Die TI bietet neue Ansatzpunkte, um auf Basis von Versichertendaten innovative digitale Angebote für Versicherte zu entwickeln, die weit über vereinfachte Zugangswege und ein verbessertes Kundenerlebnis hinausgehen.

Datenanalyse und maschinelles Lernen als Schlüssel

Um diese neuen Möglichkeiten zu nutzen, wird es für Krankenkassen künftig weniger darum gehen, dass Versicherte das richtige Formular schneller online ausfüllen oder eine Bescheinigung auch auf dem mobilen Endgerät herunterladen können. Diese Ba-

sis-Anforderungen sind mittlerweile – zumindest bei den fortschrittlichen Kassen – meist schon gut gelöst. Jetzt müssen den Versicherten Services geboten werden, die einen echten Beitrag zu mehr Gesundheit leisten. Die TI ermöglicht in Kombination mit modernen Ansätzen der Datenanalyse und des maschinellen Lernens völlig neue Wege im Gesundheitsmanagement. Die Innovationsmöglichkeiten, die sich daraus ergeben, beispielsweise individuelle Risiko-Analysen und prädiktive Empfehlungen für Versicherte auf Basis von Gesundheitsdaten, können nur schwer aus aktuellen unbefriedigten Bedürfnissen abgeleitet werden. Dies gelingt mit Hilfe von Kohorten-Analysen, durch die Versicherte ihren relativen Gesundheitszustand verstehen lernen können. Auch lassen sich Nebenwirkungen vermeiden, indem eine automatisierte Überprüfung möglicher Medikations-Wechselwirkungen erfolgt. Für all diese Ansätze gilt Steve Jobs berühmtes Bonmot: „Die Menschen wissen nicht, was sie wollen, bis man es ihnen zeigt.“

So rüsten sich Krankenkassen für die Zukunft

Das wiederum heißt für die Digital Teams der Krankenkassen, dass sie ihren Fokus auf Nutzerzentrierung und User Needs um ein kontinuierliches Monitoring der

neu entstehenden technologischen Möglichkeiten ergänzen müssen. Neben User Research sollten sie auch die Roadmaps der Gematik sowie ihrer Software- und Solution-Partner stärker als bisher in den Blick nehmen, um daraus neue Ansätze für die weitere Gestaltung ihres digitalen Angebots ableiten zu können. Dies erfordert auch ein tieferes technologisches Verständnis, als es bislang in vielen UX-orientierten Teams vorhanden ist. Die Teams sollten dementsprechend einen noch engeren Schulterschluss mit den IT-Abteilungen suchen und sie nicht nur als Partner für die Ausspielung von neuen Releases, Hosting und Sicherheit sehen, sondern als echte Innovationspartner.

Customer Needs und moderne Technologie – die Mischung macht es

Dabei geht es nicht darum, die kulturell teilweise hart erkämpfte Öffnung hin zur Nutzerzentrierung wieder umzukehren. Im Gegenteil: Natürlich bleibt Nutzerzentrierung wichtig, denn nur Dienste, die intuitiv und leicht bedienbar sind, stoßen auf breite Akzeptanz. Es geht vielmehr darum, zu verstehen, dass Service-Ideen künftig nicht mehr in erster Linie durch die Customer Needs der Versicherten entstehen werden. Immer häufiger werden neue technologische Möglichkeiten der Analyse

und Verknüpfung von Versorgungsdaten der Ausgangspunkt für digitale Innovationen mit echtem gesundheitlichem Mehrwert sein. Genau darin besteht die Weiterentwicklungsaufgabe für diejenigen, die in Krankenkassen das digitale Service-Angebot verantworten. Krankenkassen, denen dieser erneute Wandel von Mindset und Innovationsansatz gelingt, werden echten Mehrwert für ihre Versicherten schaffen. Sie werden zu digitalen Vorreitern der kommenden Jahre – mit digitalen Services, die nicht nur das Leben vereinfachen, sondern im Idealfall auch verlängern.

Autor



Jan Pilhar

Co-Lead Digital Advisory
IBM iX

Dezentrale Führung als Beschleuniger für den digitalen Wandel

Der digitale Wandel treibt die Versicherungsbranche in die Offensive. Nachdem zunächst kleinere Projekte und größere Programme die Digitalisierung vorantreiben sollten, hat man mittlerweile erkannt, dass die Unternehmen sich vollständigen digital transformieren müssen. Die Ziele des digitalen Wandels sind vielfältig: Dazu gehört z. B. die Kostenreduktion durch den Abbau von technischen Altsystemen, der Effizienzgewinn durch vollautomatisierte Prozesse sowie das Erfüllen der Kundenerwartungen durch den Aufbau eines digitalen Serviceangebots.

Diese kurze Aufzählung lässt sich beliebig fortführen und zeigt, wie komplex der digitale Wandel ist. Dabei vereint insbesondere eines die Branche: Das Ziel, die direkte Kundenschnittstelle bestmöglich zu besetzen und somit die Marktpositionierung zu festigen oder auszubauen. Doch das ist leichter gesagt als getan, denn zeitgleich verändert sich die Wettbewerbssituation stetig durch InsurTechs oder Ökosysteme, welche Wettbewerber entstehen lassen, die vorher eher als branchenfremd galten.

Der durch diese Wettbewerbssituation hervorgerufene Innovationsdruck zeigt sich durch den Wandel vom Produktanbieter zum kundenzentrierten Serviceanbieter.

Herausforderungen durch neue Strukturen und Verantwortlichkeiten

Die Gestaltung dieses Wandels erfordert oftmals Veränderungen in der Ablauf- sowie Aufbauorganisation, um flexibel auf die neuen Marktanforderungen reagieren zu können. Die digitale und agile Transformation gehen dabei häufig Hand in Hand und versprechen eine anpassungsfähigere, flexiblere Organisation. Neue Frameworks und Methoden, wie Scrum, Kanban oder Design Thinking, werden eingeführt, damit interdisziplinäre Teams Produkte und Services (weiter-)entwickeln und schnellstmöglich auf den Markt bringen können.

Doch das geschieht nicht von heute auf morgen: Es müssen neue Rollen und deren Verantwortungsbereiche definiert und

etabliert sowie neue Methoden erlernt und in die Praxis gebracht werden. Gleichzeitig muss die Belegschaft auf den neuen Pfad mit dem notwendigen Mindset mitgenommen werden. Die Herausforderung liegt dabei vor allem bei der neu zu gestaltenden Führungsarbeit. Dazu muss mit lang einstudierten Verhaltensmustern und Ansichten zu alten eingefahren Strukturen gebrochen werden. Nur so können Rahmenbedingungen geschaffen werden, in denen die Mitarbeitenden in ihren neuen Rollen wachsen und sich entfalten können. Dazu gehört das Vertrauen, die Entscheidungen dort treffen zu lassen, wo die Arbeit erledigt wird, und zwar dezentral, von den Menschen, die die Entscheidung auch direkt betrifft und wo die Expertise für die Lösung der Probleme liegt.

Der konservative Führungsstil – Versicherungen früher

Versicherungsunternehmen blicken oftmals auf eine lange Historie und viele überstandene Marktveränderungen zurück, seien es die Wirtschaftswunderjahre aus den 50er und 60er Jahren oder die durch Krisen und vor allem Umbrüche in der deutschen Gesellschaft geprägten Dekaden seit den 70er Jahren. Die Versicherungswirtschaft erwies sich als robust und krisensicher und vor allem Anfang der 80er

mit dem Aufkommen der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) als investitionsfreudig.

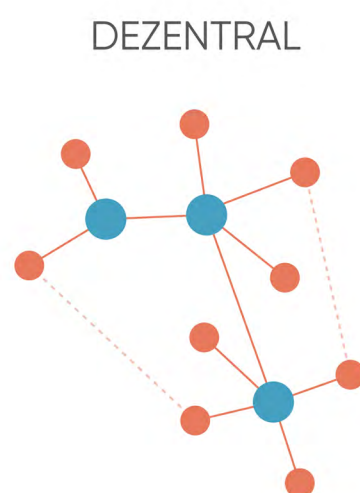
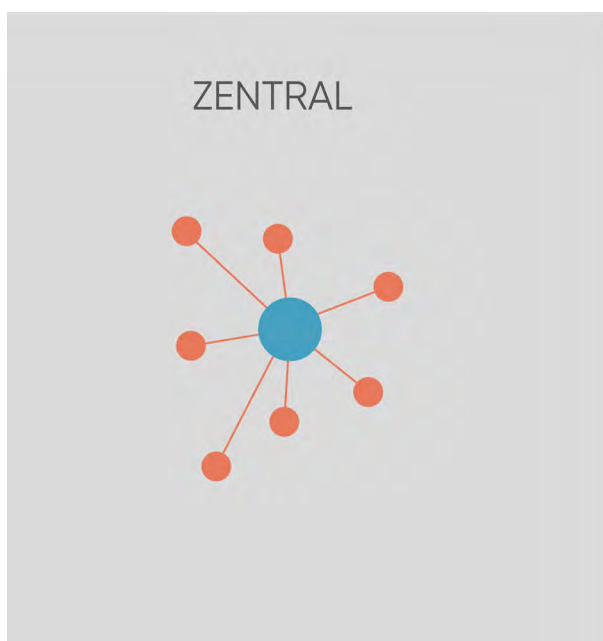
Der damalige Führungsstil kann als konservativ und hierarchisch bezeichnet werden, war er von der Industrie und somit dem einhergehenden Taylorismus geprägt. Das Prinzip war dabei ganz einfach: Command & Control – ein wenig wie beim Militär. Klare Hierarchiestufen vom Mitarbeitenden bis hin zum Vorstand. Eindeutige Melde- bzw. Reportingwege, die nie eine Hierarchiestufe übersprangen und Arbeitsanweisungen, an die sich gehalten werden musste, um die Arbeit zu verrichten. Danach wurde kontrolliert und die Qualität der Arbeit bewertet. Die Angestellten sollten die Arbeit erledigen, für die sie eingestellt und bezahlt wurden. Bei neuen Herausforderungen gab es für die Mitarbeitenden keinen Freiraum, um sich mit einer möglichen Lösung auseinanderzusetzen, sondern das Problem wurde dem oder der nächsthöheren Angestellten in der Hierarchie gemeldet. Diese Kette konnte im Zweifel weitergeführt werden, bis das Anliegen beim Vorstand auf dem Tisch lag, der daraufhin eine Entscheidung traf, die nicht in Frage gestellt werden durfte. Das mittlere Management verfasste eine neue Arbeitsanweisung oder passte eine bestehende an, damit der oder die Mitarbeiten-

de mit der Umsetzung beginnen konnte. Alles war auf Effizienz ausgelegt, Fehler wurden nicht toleriert, sondern geahndet und die Prozesse wurden nach bestem Wissen und Gewissen optimiert. Die Mitarbeitenden wurden als reine Arbeitskräfte betrachtet.

Die damalige Ausprägung des konservativen Führungsstils ist heute noch bei einem Blick auf die Organigramme von Versicherungsunternehmen ersichtlich. Kein Wunder, hat dieser Führungsstil doch Jahrzehnte überdauert und den Unternehmen geholfen, sich sicher durch diverse Krisen zu manövrieren.

Der reine Effizienzgewinn, die Dinge richtig zu tun, wurde durch die Standardisierung von Prozessen, mittels Checklisten und Regeln erreicht. Das funktioniert noch heute gut bei Aufgaben, die kaum oder nur eine geringe Komplexität aufweisen und durch konserviertes Wissen in Form von Checklisten und Regeln effizient gelöst werden können. Doch ein reiner Effizienzgewinn reicht heute nicht mehr aus.

Volatile Märkte, eine hohe Informationsdichte, neuauftkommender Wettbewerb sowie ein neues Verständnis der Bedeutung von Arbeit, machen es fast unmöglich, Entscheidungen nur im Management zu treffen. Im Gegenteil, diese Bürokratie



Mehr und schnellere Entscheidungen durch dezentralisierte Führung

Quelle: Brockhaus AG

verhindert Innovation und somit auch, sich entscheidende Vorteile im Wettbewerb zu verschaffen.

Dezentrale Führung – Wettbewerbsvorteil für Versicherer

Der zuvor beschriebene Top-down-Führungsstil existiert in den meisten Unternehmen auch heute noch. Die Notwendigkeit, schnelle Entscheidungen zu treffen, um eine flexible und anpassungsfähige Organisation zu werden, stellt das bisherige Führungssystem auf die Probe.

Wo bisher die Führungskräfte ihre Mitarbeitenden gesteuert haben, sind nun Teams gefordert, eigene Entscheidungen zu treffen und Verantwortung zu übernehmen. Um das zu erreichen, muss Führung dezentralisiert werden. Selbstorganisierte Teams, mit deren Hilfe der Markt und die Kundenbedürfnisse ins Unternehmen gelassen werden, müssen das Steuer übernehmen.

Um diese Vorteile zu generieren, setzen Versicherungsunternehmen auf interdisziplinäre Teams, die wie Start-ups im Unternehmen agieren. Dabei stoßen sie häufig an Grenzen ihrer eigenen Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit: Wenn angrenzende Bereiche weiterhin hierarchisch

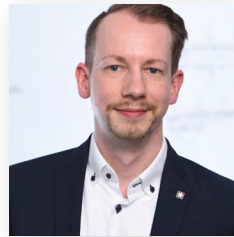
organisiert sind, werden die schnellen agilen Einheiten ausgebremst und müssen auf Zulieferungen warten. Es braucht eine Abkehr von der klassischen Hierarchie und dem Beharren auf formale Macht. Diese bislang geschätzten Tugenden sind in der heutigen Welt eine Blockade für die notwendige Innovationsfähigkeit der Unternehmen. Die agile Transformation soll diese aufbrechen. Die Hoffnung, den Schalter einfach umlegen zu können und ein gesamtes Versicherungsunternehmen arbeitet anschließend agil, bleibt jedoch ein frommer Wunsch. Führungskräfte und Mitarbeitende, das ganze System, muss gemeinsam lernen, mit diesem Paradigmenwechsel umzugehen, um die volle Kraft innerhalb der Organisation zu entfalten. Mindset, Leadership und Fehlerkultur sind dann aus dem Wortschatz nicht mehr wegzudenken. Doch wie sollen Führungskräfte damit umgehen?

Die stetige Reflexion des eigenen Führungsverhaltens und ein klares Commitment für den Wandel sind Grundpfeiler einer dezentralen Führungskultur. Dazu gehört das Vertrauen in die Mitarbeitenden, dass sie ihre Fähigkeiten bestmöglich im Sinne des Unternehmens einsetzen. Gerade neu etablierte Rollen wie Product Owner benötigen neben dem Vertrauen aber auch die Akzeptanz, weitreichende

Entscheidungen eigenständig treffen zu dürfen, denn sie sind für die Ausrichtung der Produktstrategie verantwortlich und bestimmen, in Absprache mit den Stakeholdern, was aktuell den größten Mehrwert für das Unternehmen und den Kunden bietet.

Dadurch kann die dringend benötigte Geschwindigkeit in der Produktentwicklung erreicht werden und es kann angemessen auf den sich schnell entwickelnden Markt reagiert werden – ohne Machtspielchen und Silberrücken-Gehabe, dafür aber mit dem vollen Fokus auf Wertschöpfung im Sinne des Unternehmens.

Autoren



André Beschmann

Agile Coach
Brockhaus AG



Jan Westrup

Agile Coach
Brockhaus AG

**Jetzt
anmelden!**

Fachkonferenz

Open Insurance

Ist Open Insurance Zukunftsmusik für
die Versicherungsbranche?

Leipzig, 10./11. November 2022

Referenten (Auszug)

Slobodan Pantelic – HDI AG
Anna Bojic und Marc Lampe
beide Miss Moneypenny Technologies

Stefan Peter – HUK-COBURG WaG

Benjamin Hölscher – Neodigital Versicherung AG

Bernhard Ney – 35up GmbH

Aussteller

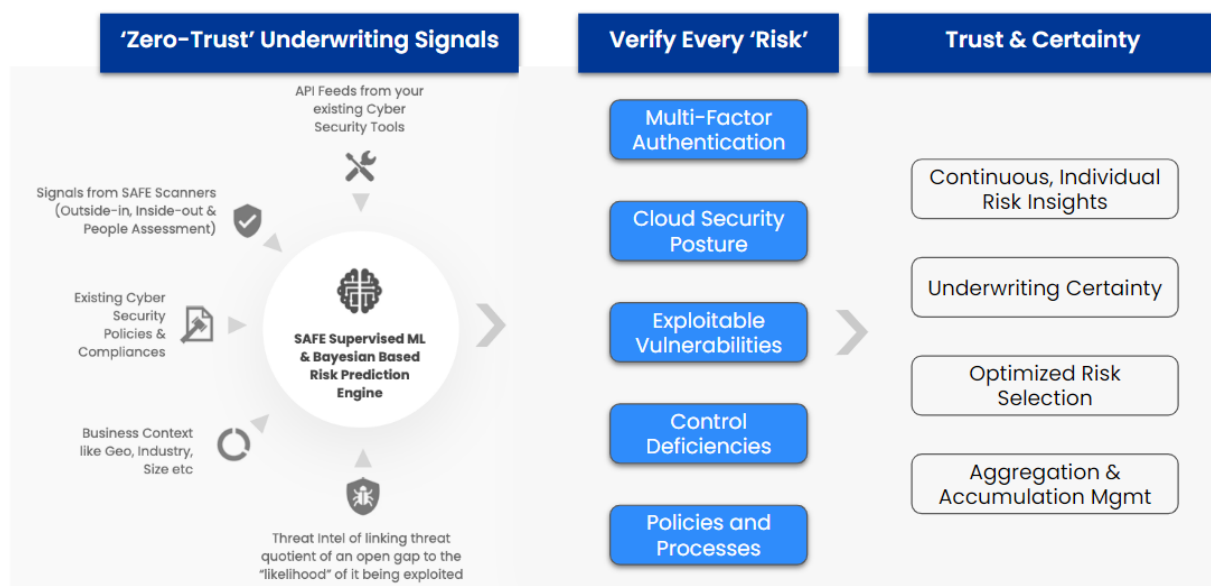


www.versicherungsforen.net/fk-open-insurance

Risikoanalyse im Zeitalter von Zero-Trust: Lösungsansätze für Cyberversicherer

Immer mehr Unternehmen aus allen Branchen setzen auf die Vorteile von Cloud-Lösungen. So lassen sich nicht nur digitale Innovationen leichter realisieren und das Unternehmensportfolio besser weiterentwickeln. Der unbegrenzte Speicherplatz bietet außerdem Flexibilität und darüber hinaus sparen Cloudlösungen Kosten für eine eigene IT-Abteilung. Das zahlt sich aus. Laut einer Erhebung des Informationsdienst des Instituts der deutschen

Wirtschaft (IWD) brachten Cloud-Lösungen deutschen Unternehmen 2021 eine zusätzliche Wertschöpfung von schätzungsweise 68,5 Milliarden Euro. Hochgerechnet setzen laut IWD in Deutschland aktuell rund 1,25 Millionen Unternehmen auf die Cloud-Technologie.¹ Doch neben den Vorteilen bei der Nutzung dieser Technologie ist die Mess- und Versicherbarkeit des damit einhergehenden Risikos derzeit für Anbieter und Nutzer noch gleichermaßen



Quelle: Safe Secure

¹ <https://www.iwd.de/artikel/unternehmen-in-deutschland-setzen-auf-die-cloud-555694/>

ßen unbefriedigend. Denn es handelt sich hier um Policen für ein immaterielles und aktuell enorm dynamisches Risiko. Es bedarf also auch einer modernen Lösung, um Cyber-Risiken zu quantifizieren und um die weit verbreiteten, teuren Maßnahmen wie Redundanz und Kapitalpuffer abzulösen.

Die heutige Digitalisierungsrealität erfordert eine flexiblere und datenbasierte Risikomanagementstrategie

Aktuell ist die gängige Praxis, Risiken mit punktuellen, oft gar nicht oder nur einmalig validierten Fragebögen und „Outside-in“-Analysen über die webbasierte IT-Infrastruktur zu bewerten. Mit der „Outside-in“-Analyse wird der Fokus der Risikoanalyse hauptsächlich auf externe Einflussfaktoren gerichtet. Dieser Ansatz hat sich für das Underwriting von Cyber-Versicherungen allerdings als unzureichend erwiesen. Nach einigen erfolgreichen Jahren für die Versicherer sind die Prämien immer weiter gestiegen. Preiserhöhungen und Deckungseinschränkungen waren die Folge. In der heutigen „Zero-Trust-Welt“, in der eine strenge Überprüfung der internen Strukturen und Anwender selbstverständlich ist, ist dieser Ansatz nicht länger zielführend und im schlimmsten Fall sogar

geschäftsschädigend.

Gerade in kleineren und mittleren Unternehmen ist auch die Wirtschaftlichkeit des Risk Engineerings häufig ein zentrales Problem. Die Fragen, die oft an die Unternehmer und Mitarbeiter mit Blick auf externe Einflussfaktoren gestellt werden – wie beispielsweise zum Anbieter der Firewall-Lösung und deren ordnungsgemäßer Konfiguration und Implementierung – sind meist sehr ineffizient und damit unwirtschaftlich für das Unternehmen. Denn die Recherche dazu ist aufwändig und im Unternehmen besteht meist begrenztes Wissen und Kompetenz in diesen Bereichen.

Unsere Branche muss neue Ansätze für das Underwriting von Cyber-Versicherungen und die Verwaltung von Versicherungspolicen etablieren, um der „Zero-Trust-Realität“ ins Auge zu schauen

Das bedeutet, dass zukünftig Cyber-Versicherungen zusätzlich auch auf einer „Inside-Out“-Basis erstellt werden müssen. Dieser Ansatz ermöglicht es der Versicherungsbranche, die Maßnahmen, die ein versichertes Unternehmen unternimmt, in Echtzeit zu überprüfen. Firewalls können beispielsweise von außen getestet werden – Zero-Trust-Setups müssen jedoch zwin-

gend auch von innen geprüft werden.

Das Zero-Trust-Prinzip „Never trust, always verify“ hat sich bei dem Set-up von internen IT-Umgebungen weitgehend durchgesetzt. Es ist der de-facto Standard, wie IT-Lücken behandelt werden. Doch was bedeutet das für Versicherer? Äußerst verkürzt gesagt, geht man davon aus, dass ein Unternehmen schon gehackt ist. Die Angreifer sich also „hinter der Firewall“ befinden und sich nicht aus dem Unternehmensnetzwerk fernhalten lassen. Cyber-Versicherer sollten diese Zero-Trust-Prinzipien schnellstmöglich in ihr Underwriting und die „Bestandsverwaltung“ einführen. Nur so können sie gemeinsam mit ihren Kunden ein besseres Cyber-Risikomanagement etablieren, das allen Beteiligten nutzt.

Worauf kommt es also bei den unterschiedlichen Analyse-Faktoren an und wie kann so eine Lösung aussehen?

Dynamische Cyber-Versicherungsprodukte nach dem „Inside-Out“-Prinzip

Spezialisierte Anbieter wie Safe Security bieten API-basierte, KI-fähige SaaS-Plattformen, die es Unternehmen ermöglichen, ihr Cybersecurity-Risiko in Echtzeit zu quan-

tifizieren und auf dieser Grundlage Entscheidungen zu treffen. Der Anbieter berät weltweit über 200 Kunden, darunter mehrere Fortune 500-Unternehmen, um unternehmensweite Cyber-Risiken in Echtzeit zu messen und zu verhindern. Dafür setzt Safe Security ihre API-first SAFE Plattform ein, die automatisierte Signale über Menschen, Prozesse und Technologien sammelt, um die Wahrscheinlichkeit von Sicherheitsverletzungen dynamisch vorherzusagen. ELEMENT hat gemeinsam mit Safe Security eine Versicherungslösung entwickelt, die die zuvor genannten Prinzipien direkt in ein dynamisches Cyber-Versicherungsprodukt einfließen lässt.

Es ist an der Zeit, dass Unternehmen, die richtig in Cybersicherheit investieren, bei der Deckungshöhe oder den Kosten ihrer Cyber-Versicherung einen Anreiz erhalten

Für ELEMENT und Safe Security war bei der Entwicklung dieses Produktes besonders wichtig, dass Unternehmen, die bereit sind, in Cybersicherheit zu investieren und besonders ihre Cloud-Lösung absichern wollen, bei der Deckungshöhe und den Kosten der Versicherung einen Anreiz erhalten.

Durch die Fokussierung auf die Erhebung ganzheitlicher, objektiver Daten auf „Inside-Out“-Basis nimmt die Plattform automa-

tisch Echtzeitsignale von der Angriffsfläche eines Unternehmens auf. Sie bewertet diese Signale mithilfe eines Scoring-Algorithmus, der gemeinsam mit führenden Universitäten und Datenwissenschaftlern entwickelt wurde. So kann die Plattform drei Erkenntnisse für den Kunden und den Versicherer liefern:

- die Wahrscheinlichkeit einer Sicherheitsverletzung im Unternehmen, also ein „Rating“
- die potenziellen finanziellen Auswirkungen einer Sicherheitsverletzung
- einen nach Prioritäten geordneten Aktionsplan

Mit diesem Einblick, ob ein Versicherungsnehmer über bestimmte Sicherheitspraktiken verfügt und diese implementiert hat, kann der Versicherer die Risikoauswahl optimieren und das Cyber-Risiko besser bewerten, bevor das Unternehmen versichert wird.

Aber auch die versicherten Unternehmen profitieren. Viele gehen beispielsweise davon aus, dass wichtige Sicherheitspraktiken – wie beispielsweise die Multi-Faktor-Authentifizierung (MFA) – gemäß ihren Informationssicherheitsrichtlinien im gesamten Unternehmen implementiert und eingesetzt wurden und geben dies in ihrem Versicherungsantrag auch so an. Allerdings

kann es für ein Unternehmen jeder Größe eine Herausforderung sein, sicherzustellen und zu gewährleisten, dass diese Vorschriften tatsächlich auch vollständig umgesetzt sind.

Mit einer modernen Inside-Out-Lösung können sowohl der Versicherte als auch der Versicherer erkennen, wo es gegebenenfalls Lücken gibt. Dieser Ansatz führt nicht nur zu einer besseren Risikobewertung, sondern schafft auch neue Möglichkeiten, die Versicherten stärker einzubinden und einen großen und nachhaltigen Mehrwert über die Versicherungspolice hinaus zu bieten.

Unternehmen und ihre Versicherer können von ihrem ungehobenen „Cyber-Datenschatz“ profitieren

Gemeinsam mit ihren Versicherern können Unternehmen es schaffen, Daten, Cyber-Risikoprozesse, Bedrohungen und Schwachstellen zu bewerten, um diese in eine effektivere Cyber-Abwehr umzuwandeln. Dafür müssen Unternehmen jedoch zwangsläufig ein konsequentes „Inside-Out“-Risikomanagement einführen, das nahtlos mit einer Versicherungslösung verbunden und genau auf diese abgestimmt ist.

API-basiertes Underwriting und engeres Kundenengagement für Unternehmen, die ihre IT vornehmlich in der Cloud hosten,

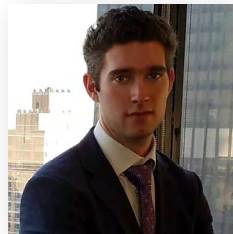
API-basiertes Underwriting und engeres Kundenengagement für Unternehmen, die ihre IT vornehmlich in der Cloud hosten, sind daher keine Zukunftsmusik. Sondern es ist nur eine Frage der Zeit, bis diese Sicherheitspraktik für Unternehmen jede Größe und Branche relevant wird. Cyber-Versicherer sollten deshalb jetzt darauf schauen, ob sie die neuen Standards, die sich aus einer „Zero-Trust-Realität“ ergeben, mitgestalten wollen – oder ob sie sie am Ende zu spät einführen und dem Branchentrend wieder einmal hinterherlaufen.

Autor



Eric Schuh

Chief Insurance Officer & CFO
ELEMENT Insurance AG



Steven Schwartz

Vice President Insurance & Underwriting
Safe Security

Aus unserem Trendradar: **KONNEKTIVITÄT**

EMBEDDED INSURANCE

Was steckt dahinter?

Embedded Insurance – ist ein Versicherungsprodukt, welches in das Dienstleistungs- oder Produktangebot eines anderen Unternehmens integriert bzw. „eingebettet“ wurde. Der Versicherer wird so Bestandteil des Leistungsangebots eines Dritten und damit für den Kunden in gewisser Weise unsichtbar. Das Versicherungsprodukt selbst kann dabei aber integraler Bestandteil eines bestimmten Ökosystems werden.

Embedded Insurance als vielversprechende Lösung

Bei dieser Art von „Vertrieb“ tritt der Versicherer im Kern nur als Risikoträger in Erscheinung und überlässt den Kundenkontakt im Wesentlichen dem Drittanbieter. Der Grund dafür sind die Kundenakquisitionskosten. Wer zu geringeren Kosten an Neukunden gelangen kann, hat einen klaren Wettbewerbsvorteil. Online-Marketing ist oftmals nicht der Heilsbringer, wie zunächst vermutet wurde. Denn beispielsweise bezahlt man in der Risikolebensversicherung pro Abschluss einen höheren Betrag für Online-Marketing als an einen Versicherungsmakler. Embedded Insurance präsentiert sich hier als vielversprechende Lösung: Überlässt man den Verkaufsprozess einem Partner, reduzieren sich die Kosten für den Versicherer damit deutlich.



Die Vorteile

Für Kunden

unkomplizierter,
einfacher Erwerb von
Versicherungsprodukten

Für Versicherer

kostengünstige
Erschließung neuer
Marktpotenziale

Für Vertriebspartner

Marktvorteil durch
Differenzierung
von der Konkurrenz

Embedded Insurance ist nicht neu

Schon in den 1990-er Jahren wurde eine Bedeutungsgewinn dieses Vertriebsweges erwartet. Der blieb jedoch zunächst aus – aufgrund fehlender Integration, mangelhafter User Experience und geringer Prozessautomation. Doch dank des technologischen Fortschritts, einhergehend mit dem Megatrend Big Data, gibt es inzwischen eine wesentlich bessere Vernetzung der Kooperationspartner und Prozessautomatisierung. Produkte können schneller generiert, individuell für den Partner zugeschnitten und an den Markt gebracht werden. Auch komplexere Produktvarianten für verschiedene Kooperationspartner können leichter entwickelt werden.

Was Embedded Insurance jetzt noch im Weg steht, ist vor allem eines: Die strenge Datenschutzregelung in Deutschland, die eine personalisierte Produktentwicklung deutlich erschwert. Denn anonymisierte Daten reichen hierfür für gewöhnlich nicht aus.

Es gibt jedoch einige Beispiele für erfolgreich eingebettete Versicherungsprodukte, die wichtiger Bestandteil eines Produkt-Ökosystems geworden sind:



So kann man dank des Startups **Playbrush** beim Zähne putzen Geld verdienen – über eine in das Zahnbürstenabo des Herstellers integrierte Zahnzusatzversicherung. Die ist sogar parametrisch gestaltet, in Abhängigkeit von der Frequenz und der Länge des Zähneputzens.



Ein anderes Beispiel ist **AppleCare**: Ein neues iPhone zu kaufen, ist ein emotionaler Prozess, eine Versicherung abzuschließen eher nicht. Doch wenn man an der Apple Genius Bar gefragt wird, ob man sein neues iPhone nicht gegen Diebstahl und Verlust absichern möchte, sagt man doch gerne „Ja“. Die Versicherung wird so Teil des Marken-erlebnisses. Der Versicherungspartner dahinter ist die American International Group (AIG) bzw. die regionale Direktion in Deutschland.



Auch **Airbnb** ist ein prominentes Beispiel: Hier werden beim Buchungsprozess Versicherungen abgeschlossen, die für den Kunden nicht separat ersichtlich und quasi „kostenlos“ inbegriffen sind. Das umfasst Haftpflicht- und Sachversicherungen für den Gastgeber, eine Abdeckung des Eigentums von Gast und Gastgeber bis zu einer Million Schadenswert und unbeabsichtigte Verletzungen des Gastes.



Trendradar – relevante Trends für die Versicherungsbranche im Überblick!

Alle Infos unter <https://www.versicherungsforen.net/trendradar>

Aktuelles aus Versicherungsrecht und Regulierung

Auch in diesem Trendletter möchten wir Ihnen rückblickend die interessanten Neuigkeiten aus dem Versicherungsrecht des vergangenen Quartals vorstellen. Erneut wurden wichtige Gerichtsentscheidungen veröffentlicht, die für die Versicherungswirtschaft von Bedeutung sind. Zum ersten Mal wird diese Rubrik von Dr. Behrad Lalani, Associate bei Clyde & Co, übernommen.

Haftpflichtversicherer hinsichtlich ihrer Versicherungsnehmer im Prozess nicht vertretungsbefugt

Am 10.03.2022¹ hat der Bundesgerichtshof entschieden, dass eine analoge Ausweitung des Tatbestands des § 79 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 ZPO auf Versicherer nicht in Betracht kommt. Der Kläger des Verfahrens war von dem Hund der Beklagten gebissen worden. Daraufhin hatte er einen Vollstreckungsbescheid gegen die Beklagte erwirkt. Der Haftpflichtversicherer der Beklagten legte hiergegen für seine Versicherungsnehmerin Einspruch ein. Der Kläger sah in der Einlegung des Einspruchs eine unlautere Handlung gemäß § 3a UWG. Die gesetzliche und marktverhaltensregelnde Vorschrift, gegen die der Haftpflichtversicherer verstoßen habe, sei § 79 Abs. 2 ZPO.

Das LG verurteilte die Beklagte, es im Rahmen geschäftlicher Handlungen zu unterlassen, ihre Versicherungsnehmer oder mitversicherte Personen in zivilrechtlichen Prozessen zu vertreten. Ausgenommen waren Fälle, in denen die Versicherung Streitgenosse des Verfahrens ist und die Vertretung nicht im Zusammenhang mit einer entgeltlichen Tätigkeit steht. Das OLG wies die Klage im Berufungsverfahren ab.

Der BGH hat die Entscheidung des OLG aufgehoben und die Berufung des Versicherers zurückgewiesen. Der Versicherer sei gem. § 3 Abs. 1, § 8 Abs. 1 UWG zur Unterlassung verpflichtet. Die Bestimmung des § 79 Abs. 2 ZPO sei eine Marktverhaltensregelung i.S.v. § 3a UWG. Der Versicherer sei kein Streitgenosse gem. § 79 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 Var. 3 ZPO.

¹ BGH, Urt. v. 10.03.2022 – I ZR 70/21

Der Anwendungsbereich der Norm sei auch nicht über den Wortlaut der Bestimmung hinaus dahingehend zu erweitern, dass dem Streitgenossen ein Versicherungsunternehmen gleichsteht, dem ein Recht zur Nebenintervention (§§ 66, 68 ZPO) zusteht. Eine analoge Anwendung des Begriffs des Streitgenossen auf den Nebeninterventionsberechtigten scheide aus, weil es an einer planwidrigen Regelungslücke fehle. Es liege zudem keine vergleichbare Interessenlage vor. Im Verhältnis des Haftpflichtversicherers zu seinem Versicherungsnehmer fehle es an der Voraussetzung der Unentgeltlichkeit, die für alle in § 79 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 ZPO aufgeführten Personen gilt und damit prägend für diesen Ausnahmetatbestand sei.

Wirksame Absenkung des Schwellenwertes durch private Krankenversicherungen

Der Bundesgerichtshof entschied am 22.06.2022², dass der Schwellenwert für die Prüfung einer Beitragsanpassung von 10 Prozent auf 5 Prozent über § 8b Abs. 1 Musterkrankheitskostenbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung („MB/“) in Verbindung mit einer tariflichen Vereinbarung abgesenkt

werden kann. Der gesetzliche Vornachschuss beträgt grundsätzlich 10 Prozent gem. § 155 Abs. 3 S. 2 Versicherungsaufsichtsgesetz („VAG“).

Ein Kläger hatte sich gegen Beitragserhöhungen seines privaten Krankenversicherers gewandt, bei denen der Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen 10 Prozent nicht überschritt. Er hielt die Beitragsanpassungsklausel § 8b Abs. 1 MB/KK für unwirksam.

Dem trat der BGH entgegen. § 8b Abs. 1 MB/KK weiche nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers von den gesetzlichen Vorschriften über die Prämienanpassung ab. Die Klausel enthalte dieselben Voraussetzungen wie § 203 Abs. 2 VVG und erlaube eine Prämienanpassung nur bei einer Veränderung der Rechnungsgrundlagen, die nicht nur als vorübergehend anzusehen ist. Mit der Regelung des § 8b Abs. 1 MB/KK in Verbindung mit den Tarifbedingungen mache der Versicherer allein von der ihm in § 155 Abs. 3 Satz 2 VAG eröffneten Möglichkeit Gebrauch, den Schwellenwert für die Prüfung einer Beitragsanpassung von 10 Prozent auf 5 Prozent abzusenken.

² BGH, Urt. v. 22.06.2022 – IV ZR 253/20

Sind Prämien bei Produkthaftpflichtversicherungen in Bezug auf medizinische Produkte aufgrund der Entscheidung des BGH auf Prüfstand zu stellen?

Am 16.02.2021 veröffentlichte der Bundesgerichtshof einen Beschluss zur Frage, inwieweit ein Produkthaftungsanspruch von Patienten gegen den Hersteller von Prothesen begründet sei.³ Die Klägerin machte Schadensersatzansprüche geltend, da die ihr eingesetzte Prothese fehlerhaft sei, indem sie zu einem erhöhten Metallabrieb führe. Das habe sie festgestellt, weil sie sieben Jahre nach Einsetzen der Prothese angefangen habe Blutuntersuchungen durchzuführen.

Das Landgericht München wies die Klage ab, das OLG München wies die Berufung zurück und die Revision wurde nicht zugelassen. Begründet wurde dies damit, dass die Hüftprothese nicht als fehlerhaft i.S.d. § 3 ProdHaftG angesehen werden könne. Die Klägerin habe nicht substantiiert dargelegt, dass die Gewebeneubildungen auf der erhöhten Partikelbelastung beruhen würde.

Daraufhin erhob die Klägerin Nichtzulassungs-

beschwerde auf Grund der Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör gem. Art. 103 I GG. Eine Verletzung von Art. 103 I GG wurde bejaht, da das OLG München die Substanziierungspflicht offenkundig überhöht und somit das Recht auf rechtliches Gehör verletzt habe. Das Gericht habe den Grundsatz verkannt, dass Parteien in Arzthaftungsprozesse ihren Vortrag auch auf nur vermutete Tatsachen beschränken dürfen, da Patienten regelmäßig kein genaues Fachwissen bzgl. der Vorgänge haben und dieses auch nicht erwartet werden kann.

Im Berufungsurteil wurde festgestellt, dass die Klägerin vorgetragen habe, es sei möglich, dass der Körper Metalldepots bilde, die in Blutuntersuchungen nicht zu erkennen seien. Dieser Vortrag sei hinreichend substantiiert, sodass sich daraus eine Pflicht des Gerichts zur weiteren Sachaufklärung ergibt. Dies hätte nicht verweigert werden dürfen.

Im Ergebnis geht es darum, ob das Produkthaftungsrecht auch von Ergebnissen des Arzthaftungsrechts profitieren kann. Gemeinsam haben beide, dass die Anspruchsteller kein entsprechendes Fachwissen haben. Jedoch ist die Arzthaftung

³ BGH, Urt. v. 16.02.2021 - VI ZR 1104/20

immer noch Verschuldenshaftung und die Produkthaftung Gefährdungshaftung. Hier kann es zu Problemen der Risikoverteilung kommen. Angemerkt wird insbesondere, dass die Anforderungen an die Substanziierungspflicht der Klägerin eben nicht zu hoch gewesen seien. Es erscheint zumindest fragwürdig, dass das Vortragen nur vermuteter Tatsachen ausreichen kann und dadurch das Gericht sogar zu weiteren Untersuchungen „gezwungen“ werden kann.

Corona-Pandemie keine Naturkatastrophe im herkömmlichen Sinne

Das Amtsgericht München⁴ entschied am 20.05.2021, dass die Corona-Pandemie im Sinne der nachfolgenden Klausel einer Reiseabbruchsversicherung keine Naturkatastrophe darstellt:

„§ 4 Was erstatten wir bei einer Naturkatastrophe? Wenn Sie wegen einer Naturkatastrophe am Urlaubsort (zum Beispiel Lawinen, Erdbeben) die Reise nicht planmäßig beenden können: Wir übernehmen die notwendigen Mehrkosten für Unterkunft, Verpflegung und Rückreise.“

Der Kläger hatte eine Reise nach Sri Lanka gebucht und angetreten. Der Rückflug wurde aufgrund von Reisebeschränkungen gegen die Verbreitung von SARS-CoV 2 annulliert. Daraufhin buchte der Kläger einen eigenen Rückflug. Er nimmt die Beklagte nun aus § 4 seiner Reiseabbruchsversicherung in Anspruch. Die Beklagte verweigert die Zahlung u. a. deswegen, weil kein versichertes Ereignis vorliege. Das AG München wies die Klage ab.

Die Corona-Pandemie unterscheide sich von einer Naturkatastrophe im Sinne der Versicherungsklausel dadurch, dass eine Naturkatastrophe nach dem klassischen Verständnis unmittelbare physische Auswirkungen auf die Umwelt habe. Sie trete außerdem nur zeitlich und lokal begrenzt auf.

Bei Auswirkungen durch staatliche Maßnahmen hingegen liege begrifflich keine Naturkatastrophe vor. Die Auswirkungen staatlicher Maßnahmen träten zum einen nur mittelbar auf. Zum anderen würden sich die Maßnahmen lokal unterscheiden, je nachdem, welches Land welche Maßnahmen verhängt.

⁴ AG München, Urt. v. 20.05.2021 – 275 C 23753/20

BaFin will den Verbraucherschutz stärker berücksichtigen

Die Aufsichtsbehörden reagieren mit neuen Regulationen auf weiter steigende IT-Risiken.

Am 03.03.2022 hat die BaFin ihre versicherungsaufsichtsrechtlichen Anforderungen an die IT („VAIT“) veröffentlicht. Im Vergleich zur vorherigen Fassung deckt die überarbeitete Version der VAIT zwei zusätzliche Themenbereiche ab: die operative Informationssicherheit und das IT-Notfallmanagement. Zudem konkretisiert sie Anforderungen an das Informationsrisiko- und Informationssicherheitsmanagement sowie an das Berechtigungsmanagement und an IT-Ausgliederungen.

Aus Sicht der BaFin entwickelt sich auch das Thema fragmentierte Wertschöpfungsketten sehr dynamisch. Die Aus- und Weiterverlagerungen sind schwer kontrollier- und steuerbar und stellen eine Herausforderung sowohl für die Versicherer als auch für die Aufsicht dar. Die BaFin möchte deshalb in allen Sparten des Finanzsektors mehr Daten erheben, um Risiken zu überwachen, die sich aus den Aus- und Weiterverlagerungen ergeben. Deswegen hat sie für alle Sektoren

ein einheitliches elektronisches Meldeverfahren implementiert.

Autor



Dr. Behrad Lalani

Associate
Clyde & Co Europe LLP

Die Versicherungsforen in eigener Sache



Zertifikatskurs **Nachhaltigkeit**

virtuell, Termine im Oktober 2022

<https://www.versicherungsforen.net/zertifikatskurs-nachhaltigkeit>

Themenschwerpunkte:

Ziele und Wertbeiträge sowie Nachhaltigkeit in Bezug zu den SDGs
Einordnung des Themas Nachhaltigkeitsberichterstattung (CSRD) im
Kontext zur eigenen Arbeit
Taxonomie



Fachkonferenz **Campus Arbeitswelten**

Leipzig, 25./26. Oktober 2022

<https://www.versicherungsforen.net/campus-arbeitswelten>

Themenschwerpunkte:

Organisation und Struktur
Management und Leadership
Unternehmenskultur
Zusammenarbeit und Kommunikation

IMPRESSUM

Autor(en) des vorliegenden Themendossiers

Elisa Strey et al.

T +49 341 98988-235

E elisa.strey@versicherungsforen.net

Feedback zum vorliegenden Themendossier

Wenn Sie uns Ihre Meinung mitteilen möchten, würde uns das sehr freuen. Vielleicht gibt es ja ein spezielles Thema, über das Sie im Themendossier einmal lesen möchten? Haben Sie weitere Fragen und Anregungen oder Anlass zur Kritik? In jedem Fall freuen wir uns über eine Nachricht von Ihnen.

Bitte senden Sie Ihre Kommentare an

Elisa Strey | **T** +49 341 98988-235 | **E** elisa.strey@versicherungsforen.net

Abonnement des Versicherungsforen-Themendossiers

Aufgrund der Partnerschaft Ihres Unternehmens mit den Versicherungsforen Leipzig steht Ihnen das Abonnement des Versicherungsforen-Themendossiers unternehmensweit zur Verfügung! Gern können Sie deshalb weitere Empfänger aus Ihrem Haus registrieren lassen. Nutzen Sie dazu einfach unser Anmeldeformular unter www.versicherungsforen.net/abo_themendossier.

Eine Übersicht über alle Partnerunternehmen finden Sie unter www.versicherungsforen.net/partner.

Abbestellen des Versicherungsforen-Themendossiers

Sie wollen das Themendossier in Zukunft nicht mehr empfangen? Senden Sie einfach eine E-Mail mit dem Betreff „unsubscribe Themendossier“ an kontakt@versicherungsforen.net.

Versicherungsforen-Newsletter

Wenn Sie regelmäßig per E-Mail über Aktualisierungen im Bereich „Wissen“ auf www.versicherungsforen.net, Veröffentlichungen, gegenwärtige Veranstaltungen sowie Nachrichten aus unserem Partnernetzwerk informiert werden möchten, können Sie sich auf www.versicherungsforen.net/newsletter anmelden. Diesen Service bieten wir auch für Nicht-Partnerunternehmen kostenfrei an.

© 2022 Versicherungsforen Leipzig GmbH

Ein Unternehmen der LF Gruppe | Hainstraße 16 | 04109 Leipzig |

T +49 341 98988-0 | **F** +49 341 98988-9199 | **E** kontakt@versicherungsforen.net | **I** www.versicherungsforen.net

Geschäftsführung: Dipl.-Math. Justus Lücke, Dipl.-Winf. Jens Ringel | Amtsgericht Leipzig HRB 25803

Ust.IdNr.: DE268226821