

Deutscher Healthcare-Sektor

Der GKV- Check-up

Trends und Perspektiven, Edition 2021



Deutscher Healthcare-Sektor

Der GKV- Check-up

Trends und Perspektiven, Edition 2021

Vorwort

Noch Ende 2019 hatten sich die GKV-en eingestellt auf größere Veränderungen im Folgejahr durch das Inkrafttreten von Reformen wie dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG), dem MDK-Reformgesetz und dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG). Niemand hatte zu diesem Zeitpunkt mit einer Pandemie gerechnet, der weltweit bis heute 4,8 Millionen Menschen zum Opfer gefallen sind, bei über 235 Millionen bestätigter Fälle.¹

In Deutschland währte man sich beim Auftreten der ersten COVID-19-Fälle noch sehr gut vorbereitet. Dieses Selbstbewusstsein schwand in dem Maße, in dem die Fallzahlen stiegen. Die Maßnahmen zur Eindämmung von COVID-19 wurden drastischer. Die ersten Regeln wie Händewaschen, Masketragen und Abstandhalten taten noch niemandem weh. Doch die teils monatelangen Lockdowns mit dem Verbot von Kultur- und Sportveranstaltungen sowie strikten Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen bewirkten tiefe Einschnitte in das soziale Miteinander. Bis heute lassen sich die weiteren Folgen, u.a. ökonomischer und sozialpolitischer Natur, kaum abschätzen. Doch bei allem Schrecken birgt die Pandemie auch Potenzial für wichtige Veränderungen, insbesondere im Gesundheitswesen.

Unsere Publikation *Der GKV-Check-up* widmet sich daher dem Thema „Chancen nutzen – der GKV-Markt im zweiten Jahr der COVID-19-Pandemie“ und versteht sich als Weiterführung der Edition 2020, in deren Fokus Digital Health stand. Ziel ist es, ausgewählte Entwicklungen des vergangenen Jahres sowohl im Zusammenhang mit den Auswirkungen von COVID-19 zu reflektieren als auch mit den zwei Gesetzesänderungen GKV-FKG und MDK-Reform. Gleichzeitig wollen wir den Krankenkassen Anregungen geben, wie sie sich auf diese Entwicklungen einstellen und ihre Organisation künftig ausrichten und aufstellen können.

Wie in der letzten Edition enthält der erste Teil von *Der GKV-Check-up* Praxisperspektiven zu ausgewählten Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen und ihren Chancen – ergänzt um Interviews mit Akteur:innen aus Krankenkassen und Leistungserbringern. Die Beiträge umfassen die vielschichtigen Folgen der Pandemie, z.B. die neu zusammengesetzte Krankheitslast, sowie Einblicke in kundenzentrierte Omnikanal-Ansätze und künftige Arbeitsmodelle, abgeleitet aus den neuen Arbeitsweisen während der Pandemie. Hinzu kommen eine Analyse und Reflexion der MDK-Reform und eine Potenzialbetrachtung zu datengetriebenen Ansätzen für die Krankenkasse der Zukunft.

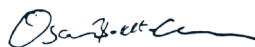
Der zweite Teil der Publikation enthält Analysen der jüngsten Entwicklungen des Wettbewerbs und der Kassenergebnisse im GKV-Markt auf Basis öffentlich verfügbarer Zahlen aus 2019, d.h. aus dem Jahr vor dem Beginn der COVID-19-Pandemie.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre – und freuen uns auf Ihre Rückmeldungen.

Stuttgart, im Oktober 2021



Gregor Theisen
Gesamtleiter des europäischen
Social-, Public- und Healthcare-
Sektors



Oscar Boldt-Christmas
Leiter des europäischen
Healthcare-Sektors



Florian Niedermann
Leiter des deutschen
Healthcare-Sektors



Manuela Martin
Herausgeberin, Partnerin
aus dem deutschen Health-
care-Sektor

¹ <https://covid19.who.int>, abgerufen am 6. Oktober 2021

Inhalt

A Praxisperspektiven	6
A1 Vielschichtige Folgen der COVID-19-Pandemie – Chancen für GKVen als Versorger und Arbeitgeber	8
A1.a Gesundheitliche Auswirkungen von COVID-19 und der Pandemie – neue Ansätze in Versorgungsprogrammen	9
+ Kurzinterview mit David Ebert, Gründer und Geschäftsführer von HelloBetter	20
A1.b Die Pandemie als Wegbereiter für Distanzangebote – per Omnikanal zu Versichertenzentrierung und Wettbewerbsvorteilen	24
+ Kurzinterview mit Detlef Frank und Dr. Uwe Stuhldreier, Vorstandsmitglieder der HUK24	32
A1.c „Future of Work“ – Symbiose aus Arbeiten im Homeoffice und im Büro als Personalmagnet	36
A2 Veränderungen in der Krankenhaus-Rechnungsprüfung – Perspektiven zum MDK-Reformgesetz	44
+ Kurzinterview mit Thomas Lemke, Vorstandsvorsitzender der Sana Kliniken AG	52
+ Kurzinterview mit Ekkehard Ellmann, Geschäftsbereichsleiter Stationäre Versorgung der AOK Bayern	56
A3 Krankenkasse der Zukunft – datengetriebene Versorgung koordinieren und Leistungen optimieren	60
+ Kurzinterview mit Uwe Repschläger, Bereichsleiter der BARMER	72
B Aktuelle Entwicklungen im GKV-Markt	76
B1 Wettbewerbstrends	80
B2 Entwicklung der Kassenergebnisse	90
Ausblick	110
Glossar	112
Impressum	117

Praxisperspektiven



A

Im vergangenen Jahr musste die Welt auf pandemiebedingte Herausforderungen schnell, kreativ und flexibel reagieren – das hat Raum für innovative Lösungen geschaffen. Doch auch der Alltag stand nicht still. Für die deutschen GKVn bedeutete dies, sich mit zahlreichen Reformvorhaben auseinanderzusetzen, z.B. mit dem MDK-Reformgesetz, sowie mit innovationsgetriebenen Themen wie dem Einsatz von Daten bzw. Predictive Analytics¹ für die Krankenkasse der Zukunft. In drei Praxisperspektiven des Buchteils A wollen wir daher genau diese Herausforderungen beleuchten und – entsprechend dem diesjährigen Schwerpunktthema – zentrale Chancen erörtern, die sich daraus ergeben. Dabei stehen die folgenden viel diskutierten Themen und Fragen im Mittelpunkt:

A1 Folgen der COVID-19-Pandemie. Die Folgen der Pandemie sind vielschichtig. Wir behandeln deshalb im ersten Unterkapitel dieses Buchteils drei Themen mit hoher GKV-Relevanz, um einen Eindruck davon zu vermitteln, wie einschneidend und umfassend die pandemiebedingten Herausforderungen, Veränderungen und Chancen sind:

- a. *Neue Ansätze in Versorgungsprogrammen.* Eine Verschiebung in der Krankheitslast der Versicherten ist bereits deutlich zu erkennen, z.B. Long-COVID und ein Anstieg psychischer Erkrankungen. Für Krankenkassen ergibt sich daraus die Möglichkeit, Versorgungsprogramme neu zu gestalten. Folgende Fragen werden behandelt: Welche Krankheitsbilder sind als Folge der Pandemie zu erwarten? Wie kann diesen angesichts der (neuen) Bedürfnisse von Versicherten begegnet werden?
- b. *Per Omnikanal zu Versichertenzentrierung.* Die sich bereits vor der Pandemie abzeichnende Affinität der Bevölkerung zu digitalen Angeboten ist durch COVID-19 verstärkt worden und entsprechend ist die Erwartung der Versicherten an digitale Service- und Leistungsangebote gestiegen. Dieser gilt es künftig gerecht zu werden. Kernfragen in diesem Kapitel sind: Wie richten sich Krankenkassen versichertenzentrierter aus? Welche Rolle spielt dabei eine Omnikanal-Strategie? Wie lassen sich gleichzeitig Versorgung und Leistungen optimieren?
- c. *Symbiose aus Arbeiten im Homeoffice und im Büro als Personalmagnet.* Die Heimarbeit ist während der Pandemie für viele Beschäftigte zum Alltag geworden. Nun zögern sowohl Unternehmen als auch Beschäftigte teilweise,

zu ihrem alten Arbeitsmodell zurückzukehren. Wie gestalten GKVn in dieser Situation die „Future of Work“ als Arbeitgeber effektiv und effizient?

A2 MDK-Reformgesetz. Seit Anfang 2020 ist das MDK-Reformgesetz in Kraft und hat zahlreiche Änderungen in der Krankenhaus-Rechnungsprüfung mit sich gebracht – sowohl für Krankenkassen als auch für Krankenhäuser. Wir haben uns gefragt: Welche Veränderungen haben GKVn und Krankenhäuser seit Inkrafttreten der Reform wahrgenommen? Welche Gemeinsamkeiten und welche Unterschiede sehen sie? Und mit welchen Anpassungen haben die GKVn auf die Reformänderung reagiert, z.B. in Bezug auf die algorithmengesteuerte Fallpriorisierung?

A3 Krankenkasse der Zukunft. Der Digitalisierungsschub während der Pandemie und die Änderungen aus der MDK-Reform werfen grundsätzliche Fragen auf: Welches Potenzial bergen Daten und Predictive Analytics für GKVn? Welche Grundlagen müssen für eine erfolgreiche Datentransformation geschaffen werden? Welche Fallbeispiele belegen bereits den Mehrwert von Daten und Predictive Analytics?

Perspektivisch abgerundet werden die Artikel durch Interviews, die eine persönliche und praxisnahe Sicht auf das jeweilige Thema eröffnen:

- Der Gründer eines Start-up-Unternehmens, das die virtuelle Behandlung psychischer Erkrankungen anbietet, spricht über die Möglichkeit, Versorgungsmanagement nach dem Ende-zu-Ende-Prinzip zu gestalten.
- Die beiden Vorstandsvorsitzenden einer rein digitalen Direktversicherung erläutern ihren Geschäftsansatz – und inwiefern Krankenkassen im Hinblick auf digitale Kundenreisen davon lernen können.
- Der Vorstandsvorsitzende einer privaten Klinikette kommentiert das MDK-Reformgesetz und formuliert seine Wünsche für das deutsche Gesundheitssystem.
- Der Finanzexperte einer Krankenkasse zeigt auf, welche Potenziale Krankheits- und Gesundheitsdaten sowie Predictive Analytics für Krankenkassen versprechen.

¹ Predictive Analytics verwendet historische Daten in einem mathematischen Modell, um zukünftige Ereignisse vorherzusagen.



Vielschichtige Folgen der COVID-19-Pandemie – Chancen für GKVen als Versorger und Arbeitgeber

In den drei voneinander weitgehend unabhängigen Kapiteln dieses Beitrags lenken wir den Blick auf einige wesentliche Auswirkungen, die die COVID-19-Pandemie auf das Gesundheitssystem, die Versorgung von Versicherten und auf die GKVen als Unternehmen hatte und haben wird. Der Fokus der Kapitel und komplementären Interviews liegt dabei auf folgenden Themen und Fragen:

- a. *Neue Ansätze in Versorgungsprogrammen.* Welche Krankheitsbilder sind als Folge der Pandemie zu erwarten? Gibt es Unterschiede zwischen Deutschland und anderen europäischen Ländern? Wie kann den Krankheitsbildern angesichts der (neuen) Bedürfnisse von Versicherten begegnet werden?
- b. *Per Omnikanal zu Versichertenorientierung.* Wie richten sich Krankenkassen versichertenorientierter aus? Welches Potenzial birgt Versichertenorientierung? Welche Rolle spielt dabei eine Omnikanal-Strategie? Wie lassen sich gleichzeitig Versorgung und Leistung optimieren?
- c. *Symbiose aus Arbeiten im Homeoffice und im Büro als Personalmagnet.* Wie stellen sich Arbeitnehmer:innen und Arbeitgeber die Zukunft vor? Wie funktioniert die Symbiose aus Heimarbeit und Arbeit im Büro? Wie gestalten GKVen in dieser Situation die „Future of Work“ als Arbeitgeber effektiv und effizient? Welche Potenziale können GKVen ausschöpfen?

A1

A1.a Gesundheitliche Auswirkungen von COVID-19 und der Pandemie – neue Ansätze in Versorgungsprogrammen

Insbesondere dank weltweiter Impfbemühungen und allgemeiner Hygienemaßnahmen konnte die Ausbreitung von COVID-19 im Frühjahr 2021 verlangsamt werden. Dennoch nimmt die vierte Infektionswelle auf Grund der Variantenbildung bereits Fahrt auf. Schon jetzt zeichnet sich ab, dass die langfristigen gesundheitlichen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie die europäischen Gesundheitssysteme auf eine Bewährungsprobe stellen. Dabei könnten die indirekten gesundheitlichen Auswirkungen der Pandemie möglicherweise die direkten Auswirkungen sogar überdauern und übertreffen.

COVID-19 wird weitere, langfristige Konsequenzen für die unterschiedlichsten Krankheitsbilder in ganz Europa mit sich bringen. Dies liegt u.a. an ausgesetzten oder von Patient:innen bewusst vermiedenen Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten. Aber auch andere Faktoren wie die Auswirkungen des Lockdowns auf die physische und psychische Gesundheit spielen eine Rolle. In einem ersten Schritt betrachten wir einzelne europäische Länder (ohne Deutschland) und die gesundheitlichen Auswirkungen der Pandemie.

Nachfolgend geben wir einen Überblick über die jüngsten Entwicklungen in Deutschland und die neuen Aufgaben, denen sich die deutschen Krankenkassen stellen müssen: Kurz- bis mittelfristig gilt es, die Fallzahlenentwicklung pandemiebedingter Krankheitsbilder kontinuierlich zu analysieren, bestehende Versorgungsprogramme mit COVID-19-spezifischen Inhalten zu optimieren und neue Ver-

sorgungsangebote zu konzipieren und ggf. mit digitalen Angeboten zu kombinieren.

Gesundheitliche Auswirkungen von COVID-19 und der Pandemie – vier Kategorien

Die COVID-19-Pandemie hat die europäischen Länder zu unterschiedlichen Zeiten unterschiedlich hart getroffen. Dennoch lassen sich bei näherer Betrachtung die gesundheitlichen Auswirkungen von COVID-19 und der Pandemie in vier Kategorien einteilen.¹ Diese Einteilung ist wahrscheinlich sogar weltweit gültig.

1. *Direkte gesundheitliche Auswirkungen von COVID-19.* Anfang Juli 2021 wurde damit gerechnet, dass fast 96% der COVID-19-

¹ <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/understanding-and-managing-the-hidden-health-crisis-of-covid-19-in-europe>

Infizierten in Europa wieder genesen seien.² Doch „genesen“ ist nicht gleichzusetzen mit „vollständig gesund“. Langzeitschäden durch COVID-19 beeinträchtigen zum einen die persönliche Gesundheit, haben zum anderen aber auch gesellschaftliche Auswirkungen.

Bisher sind die Langzeitfolgen nicht komplett erforscht, aber Patient:innen berichten im Wesentlichen von drei Beeinträchtigungen:³

- *Long-COVID*. Hierbei handelt es sich um eine Reihe von Symptomen, die Wochen oder Monate nach der ersten Infektion mit dem Virus anhalten oder Wochen nach der Infektion auftreten können. Dies kann alle mit COVID-19 Infizierten betreffen, auch wenn die Krankheit milde oder sogar asymptomatisch verlief. Im Vereinigten Königreich z.B. berichten ca. 10% der Genesenen auch noch zwölf Wochen nach ihrer COVID-19-Infektion von Symptomen (u.a. Fatigue, Kopfschmerzen, Halsschmerzen, Beeinträchtigung des Geruchssinns).⁴
- *Multiorganeffekte*. Multiorganeffekte können die meisten, wenn nicht alle Körpersysteme betreffen, einschließlich Herz-, Lungen-, Nieren-, Haut- und Gehirnfunktionen. Sie können auch das Multisystem-Entzündungssyndrom (MIS) und Autoimmunerkrankungen umfassen.

MIS ist eine Erkrankung, bei der verschiedene Körperteile anschwellen können. Die Betroffenen haben plötzlich hohes Fieber und Gelenkschmerzen, teilweise treten bei ihnen Hautausschläge oder eine Bindehautentzündung auf.

Autoimmunerkrankungen treten auf, wenn das Immunsystem versehentlich gesunde Zellen im Körper angreift und schmerzhafte Schwellungen verursacht.

- *Effekte aus der Behandlung von COVID-19*. Zu den Auswirkungen einer COVID-19-Behandlung und eines Krankenhausaufenthalts kann auch das Post-Intensive-Care-Syndrom (PICS) gehören. Das PICS manifestiert sich

dabei durch kognitive, psychologische und physische Einschränkungen, die sich nicht immer vollständig zurückbilden.

2. *Auswirkungen reduzierter Nicht-COVID-19-Gesundheitsdienste und Vermeidung von Arztbesuchen*. In vielen Gesundheitssystemen Europas wurden zu Beginn der COVID-19-Pandemie jeweils zehntausende von elektiven Eingriffen und ambulanten Terminen abgesagt oder verschoben.⁵ Der Aufschub von Akutversorgung und Diagnosen kann erhebliche Folgen haben. In England z.B. wurden schätzungsweise 18.000 zusätzliche Krebstote in den 12 Monaten bis Mitte 2021 erwartet⁶ – auf Grund verspäteter Diagnosen und verschobener Behandlungen im Zusammenhang mit COVID-19. Viele Menschen haben zudem während der Pandemie keine regelmäßige medizinische Behandlung in Anspruch genommen. Auch diese Behandlungsvermeidung von Patient:innen mit chronischen oder längerfristigen Erkrankungen kann signifikante Auswirkungen nach sich ziehen. Im Vereinigten Königreich z.B. ging die Terminvergabe bei Hausärzt:innen im März 2020 um 30% gegenüber dem Vorjahr zurück.⁷ Die Aktivität der Hausärzt:innen zwischen Januar und April 2020 sank in Frankreich sogar um 44% und die der ambulanten Fachärzt:innen um 71%⁸ – u.a. auch, weil Patient:innen das Infektionsrisiko beim Arztbesuch scheuten.
3. *Direkte Auswirkungen des Lockdowns*. Psychische Symptome und Krankheiten sind durch den Lockdown in besonderem Maße angestiegen: Die Prävalenz von Angststörungen hat sich z.B. in Frankreich seit 2017 auf rund 27% und im Vereinigten Königreich sogar nur innerhalb eines Jahres (2019/20) auf fast 40% verdoppelt. Bei Depressionen zeigt sich ein ähnliches Bild in Bezug auf die Verdopplung in Frankreich bzw. dem Vereinigten Königreich (siehe Schaubild A1.1).

In den bisherigen Wellen der Pandemie gab es unterschiedlich lange und harte Lockdown-Maßnahmen. Die Lockdown-Härte und die Prävalenz von Angststörungen und Depressionen verlaufen relativ synchron, wie das Beispiel Frankreich veranschaulicht (siehe Schaubild A1.2).

² <https://www.data4life.care/de/corona/covid-19-statistik-europa/>

³ <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/long-term-effects.html>

⁴ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339629/Policy-brief-39-1997-8073-eng.pdf>

⁵ <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/beyond-containment-health-systems-responses-to-covid-19-in-the-oecd-6ab740c0/>

⁶ <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/understanding-and-managing-the-hidden-health-crisis-of-covid-19-in-europe>

⁷ <https://www.kingsfund.org.uk/publications/letter-to-health-and-social-care-select-committee-covid-19>

⁸ <https://cdn2.hubspot.net/hubfs/5479688/B2B%20-%20Press/200416%20-%20CP%20-%20Continuit%C3%A9%20des%20soins.pdf>

Wurden die Lockdown-Maßnahmen härter, stieg auch die Prävalenz der besagten psychischen Erkrankungen. Die Übersterblichkeit scheint für die Verbreitung der betrachteten psychischen Erkrankungen weniger ins Gewicht zu fallen.⁹ Des Weiteren ist ein Anstieg häuslicher Gewalt und der damit verbundenen Krankheitsbilder (u.a. körperliche und seelische Verletzungen) zu verzeichnen: Spaniens staatlicher Notruf für geschlechtsspezifische Gewalt meldete in den ersten zwei Wochen des Lockdowns im Frühjahr 2020 einen Anstieg des Anrufvolumens um 12% und eine Zunahme der Online-Konsultationen auf der Website um 270% im Vergleich zum Vorjahr.¹⁰ Die UN-Mitgliedsstaaten meldeten einen Anstieg von bis zu 60% bei Anrufen von Frauen, die im April 2020 häuslicher Gewalt ausgesetzt waren.

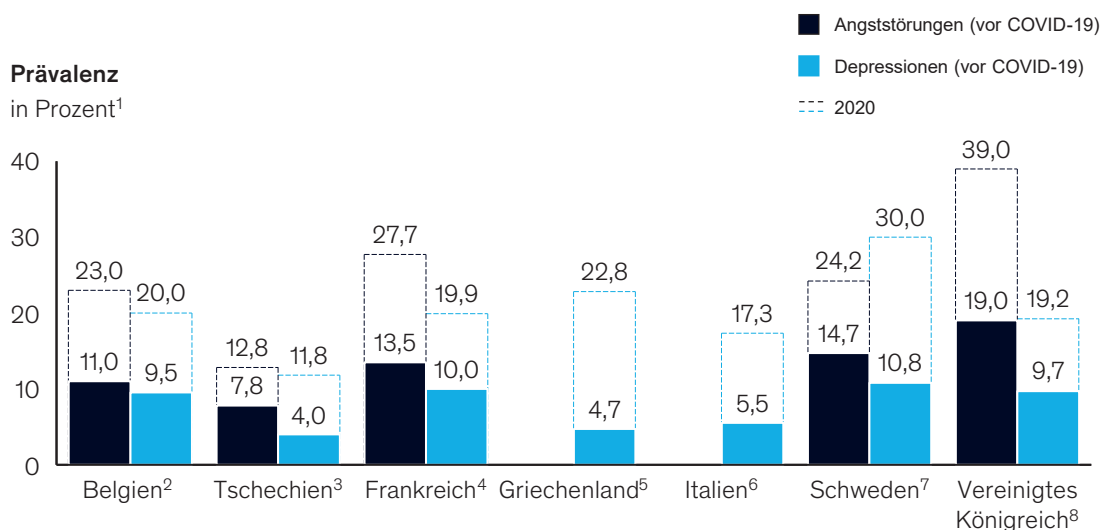
Rückkehr der Arbeitslosenquote zu den Werten des Jahres 2020 prognostiziert.¹¹ Dies ist zwar eine deutlich positivere Einschätzung als noch zu Beginn der Pandemie; dennoch deuten Analysen früherer Rezessionen darauf hin, dass ein Anstieg der Arbeitslosigkeit eine reduzierte Lebenserwartung mit sich bringt und zu einem Anstieg der Suizidrate führt.

4. *Gesundheitliche Auswirkungen der langfristigen Wirtschaftsrezession.* Das McKinsey Global Institute geht von einem Anstieg der Arbeitslosenquote in Europa von ca. 7,96% (2020) auf 9,24% (2021) aus. Erst für 2024 wird eine

⁹ <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/tackling-the-mental-health-impact-of-the-covid-19-crisis-an-integrated-whole-of-society-response-0ccafa0b/>
¹⁰ <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-spain-domestic-vio-idUSKBN21J576>
¹¹ McKinsey-Intranet (nicht öffentlich zugänglich), Details gerne bei Bedarf anfragen.

Schaubild A1.1

Die Prävalenz von Angststörungen und Depressionen ist in Europa seit der COVID-19-Pandemie weiter angestiegen



¹ Soweit möglich, wurden Prävalenzschätzungen für 2020 von März bis April 2020 vorgenommen. Die Datenerhebungsinstrumente variieren zwischen den Ländern. Länder sind daher nicht direkt miteinander vergleichbar

² Belgien 2018-20

³ Tschechien 2017-20

⁴ Frankreich 2017-20

⁵ Griechenland 2014-20

⁶ Italien 2014-20

⁷ Schweden 2014-20

⁸ Vereinigtes Königreich 2019-20

Quelle: OECD

Gesundheitliche Auswirkungen von COVID-19 und Pandemiefolgen in Deutschland ähnlich wie in anderen EU-Ländern

Ein ähnliches Bild wie für einzelne EU-Länder beschrieben zeigt sich in Deutschland. Die vier beschriebenen Kategorien lassen sich auch hierzulande anwenden: direkte gesundheitliche Auswirkungen von COVID-19 lassen sich messen (z.B. Long-COVID) und die Auswirkungen reduzierter Nicht-COVID-19-Gesundheitsdienste nachweisen.

Ca. 30.000 COVID-19-Genesene bereits auf Grund von Langzeitfolgen codiert – Forschungsministerin geht von 350.000 Patient:innen aus

1. *Direkte gesundheitliche Auswirkungen von COVID-19.* Bundesweit leiden tausende Menschen, die eine COVID-19-Erkrankung überstanden haben, an den Langzeitfolgen der Infektion. Die BARMER, die zweitgrößte deutsche Krankenkasse, ermittelte aus einer Auswertung

ihrer Versichertendaten, dass zwischen November 2020 und März 2021 mehr als 2.900 Versicherte an einem Long- bzw. Post-COVID-Syndrom litten.¹² Rechnet man diese Zahlen auf die Gesamtbevölkerung hoch, sind dies ca. 30.000 Genesene, bei denen bereits Long-COVID dokumentiert wurde. Dies entspricht ca. 1% der Genesenen in Deutschland. Bundesforschungsministerin Anja Karliczek geht von ca. 350.000 Long-COVID-Patient:innen aus.¹³ Dies wären ca. 10% der Genesenen, was mit den EU-Erwartungen übereinstimmen würde. Die Datenlage an dieser Stelle ist allerdings noch nicht zuverlässig.

Den Zahlen der BARMER zufolge treten Post-COVID-Syndrome häufiger bei Frauen als bei Männern auf. Sie sind zudem stark altersabhängig. So entwickeln Frauen ab 60 Jahren nach leichten Verläufen etwa sechsmal häufiger Post-COVID-Syndrome als Männer unter 40 Jahren. Etwa 25% der an COVID-19 Erkrankten, die beatmet werden mussten, leiden anschließend unter psychischen Belastungen.

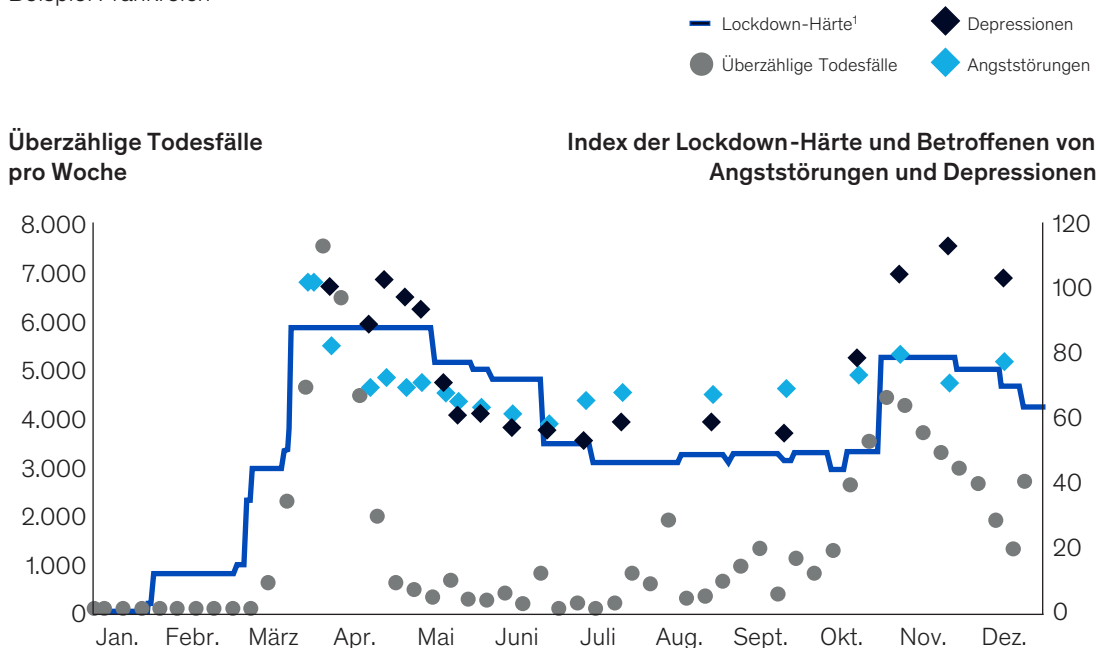
¹² <https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/coronavirus-pandemie-longcovid-101.html>

¹³ <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Forschungsministerin-geht-von-350000-Long-Covid-Patienten-aus-420027.html>

Schaubild A1.2

Die Prävalenz von Angststörungen und Depressionen entwickelte sich fast synchron zur Lockdown-Härte

Beispiel Frankreich



1 Die Berechnung basiert auf dem „Stringency and Policy Index“ der Oxford University/Blavatnik und wird berechnet anhand von Schul-/Arbeitsplatzschließungen, der Absage öffentlicher Veranstaltungen, Beschränkungen der Versammlungsgröße, der Schließung öffentlicher Verkehrsmittel etc.

Quelle: OECD

2. *Auswirkungen reduzierter Nicht-COVID-19-Gesundheitsdienste und Vermeidung von Arztbesuchen.* Auch in Deutschland ist die Anzahl an stationären Behandlungen im April 2020 gegenüber dem Vergleichsmonat in 2017 bis 2019 gesunken. Hier liegt die Hypothese nahe, dass es sich vor allem um verschobene elektive Eingriffe handelt. So ist z.B. bundesweit die Anzahl an operativen Eingriffen zu Beginn der Pandemie um rund 40% zurückgegangen. Vor allem gut planbare OPs waren hiervon betroffen, z.B. in der Augenheilkunde, Orthopädie/Unfallchirurgie oder auch in der Allgemein-/Viszeralchirurgie.¹⁴

Weniger elektive Behandlungen und Einbruch bei der Krebsfrüherkennung durch reduzierte Gesundheitsdienste und Vermeidung von Arztbesuchen

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt das Wissenschaftliche Institut der AOK (WidO). Hier wird allerdings auch deutlich, dass der Fallzahlenrückgang in der zweiten Pandemiewelle

(Oktober 2020 bis Januar 2021) bei den gut planbaren Operationen etwas schwächer ausfiel als noch in der ersten Pandemiewelle. Gleichzeitig zeigt sich, dass nicht nur die Fallzahlen bei gut planbaren OPs zurückgingen, sondern auch Notfallbehandlungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder Krebsoperationen (siehe Schaubild A1.3).¹⁵

Hinzu kommt, dass sich durch seltener in Anspruch genommene Arztbesuche Konsequenzen in der Früherkennung und Diagnose bestehender Krankheitsbilder ergeben. Teilweise verschlimmern sich die Krankheitsbilder bzw. die Heilungschancen reduzieren sich durch eine Verzögerung der Therapie.

So sind z.B. auch die Vorsorgeuntersuchungen für Brust- und Darmkrebs im Vergleich zum Vorjahr 2019 förmlich eingebrochen: um fast die Hälfte beim Mammografiescreening und um ein Viertel bei Darmspiegelungen. Das Krankheitsaufkommen dürfte allerdings unverändert sein. So wissen viele Menschen noch

¹⁴ <https://www.bdc.de/covid-19-auswirkungen-des-lockdowns-auf-die-operative-patientenversorgung-in-deutschland-im-april-2020/>
¹⁵ https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/hintergrund/dossier/krankenhaus/2021-03-30_krankenhaus-report_2021_pressemappe_komplett.pdf

Schaubild A1.3

Fallzahlenrückgang bei Notfall-, operativen Krebs- und planbaren Behandlungen

Rückgang 2020 vs. 2019, in Prozent

Behandlungsanlass	2020			2020/21	
	Jan. bis Febr.	März bis Mai	Juni bis Sept.	Okt bis Jan. ¹	
Alle Fälle (Somatik)	→ -1	↓ -27	↘ -8	↓ -20	
Notfallbehandlungen					
Herzinfarkt	→ -4	↓ -16	→ -1	↓ -13	
Schlaganfall	→ 0	↓ -12	→ -2	↓ -11	
Operation einer Hüftfraktur	→ -1	→ -1	→ -2	→ -3	
Krebsoperationen					
Operative Entfernung von Brustkrebs	→ -3	↓ -10	↘ -5	↘ -5	
Operative Entfernung von Darmkrebs	→ -4	↓ -17	↘ -6	↓ -20	
Planbare, weniger dringliche Operationen					
Hüftprothesenimplantation bei Arthrose	→ -4	↓ -44	↑ 13	↓ -21	
Gebärmutterentfernung bei gutartiger Neubildung	→ -4	↓ -41	→ 3	↓ -24	

Anmerkung: Fallzahlenrückgang im Jan. 2021 etwas überschätzt, da noch Fälle hinzukommen können. Jan. 2021 hat 5, Jan. 2019 nur 4 Wochenenden. Auch ohne Pandemie wäre der Jan. 2021 etwas fallzahlschwächer gewesen als der Jan. 2019; abgeschlossene vollstationäre KH-Fälle; Vergleich Fälle der Monatsgruppe im Jahr 2021/22 mit entsprechender Monatsgruppe 2019

Quelle: AOK-Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V

nichts von ihrer Erkrankung und treten verspätet die Behandlung an. Die Folgen sind derzeit noch nicht abzusehen.¹⁶

Auf Grund fehlender Früherkennung und Verschlimmerung der Symptome kann laut McKinsey-Experteninterviews z.B. auch mit einem Anstieg von Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen um 3 bis 6% und Diabetes/Nierenerkrankungen um 2 bis 5% gerechnet werden. Zudem zeichnen sich ersten Schätzungen zufolge Steigerungen der Behandlungsfälle bei psychischen Erkrankungen und Tumorleiden in der Größenordnung von etwa 1 bis 3% ab.

Neben der Somatik sind auch die psychisch bedingten Krankenhausaufenthalte deutlich zurückgegangen (siehe Schaubild A1.4). In der ersten Pandemiewelle von März bis Mai 2020 waren es durchschnittlich 25% weniger Krankenhausaufnahmen. Aber auch im restlichen Jahresverlauf waren es knapp 10 bis 15% weniger Aufnahmen in der Psychiatrie.¹⁷ Problematisch dabei ist vor allem der rasante Anstieg der Prävalenz psychischer Erkrankun-

gen auf Grund der COVID-19-Pandemie bei gleichzeitig rückläufiger stationärer Behandlung.

3. *Direkte Auswirkungen des Lockdowns.* Nie zuvor gab es wegen psychischer Erkrankungen so viele Ausfalltage im Beruf wie im Corona-Jahr 2020. Mit rund 265 Fehltagen je 100 Versicherte erreichten sie nach einer Analyse der DAK einen neuen Höchststand. Im Vergleich zu 2010 bedeutet dies eine Zunahme um 56% und einen jährlichen Anstieg von 5%. Der Anstieg bei den Erwerbstätigen betraf im vergangenen Jahr vor allem die Frauen; bei den Männern verharrten die Fehlzeiten fast auf Vorjahresniveau. Ein psychischer Krankheitsfall dauerte 2020 durchschnittlich 39 Tage – so lange wie nie zuvor. Das geht aus dem aktuellen Psychreport der DAK-Gesundheit hervor. Im Vergleich der Diagnosen waren Depressionen und Angststörungen die wichtigsten Ursachen für Krankenschreibungen (siehe Schaubild A1.5).¹⁸ Auch Analyseergebnisse der TK bestätigen die Zunahme psychischer Erkrankungen als Grund für Ausfalltage im Beruf. 2020 kamen auf 100 TK-Erwerbstätige 298 Fehltage auf Grund einer

¹⁶ <https://www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/aok-krankenhaus-report-2021-geht-trotz-corona-zur-vorsorge,ST9icTX>

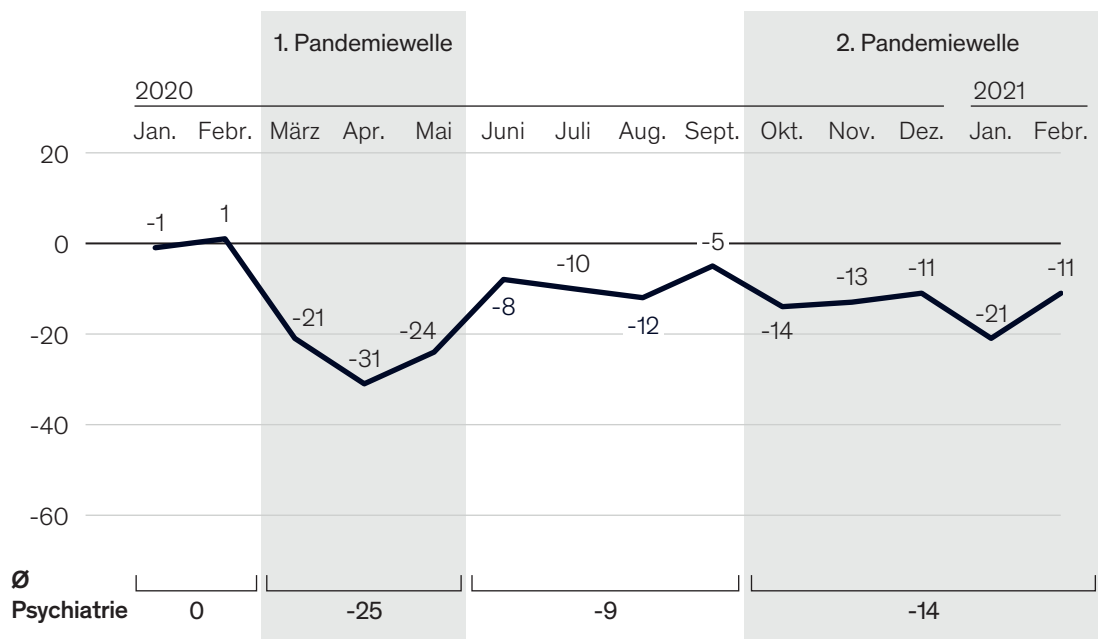
¹⁷ https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/hintergrund/dossier/krankenhaus/2021-03-30_krankenhaus-report_2021_pressemappe_komplett.pdf

¹⁸ <https://www.dak.de/dak/bundesthemen/psychreport-2429400.html#/>

Schaubild A1.4

Die Krankenhausaufnahmen sind auch in der Psychiatrie im Vergleich zum Vorjahr zurückgegangen

Fallzahlenveränderung¹ 2020/21 vs. 2019, in Prozent



¹ Offene und abgeschlossene vollstationäre Krankenhausaufnahmen in der Psychiatrie

² Jan. 2021 hatte 5, Jan. 2019 nur 4 Wochenenden. Auch ohne Pandemie wäre der Jan. 2021 etwas fallzahlenschwächer gewesen als der Jan. 2019

Quelle: WIdO; AOK-Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V

psychischen Diagnose. 2019 waren es 289 Tage, 2018 waren es 277 Tage.¹⁹

Auch bei jungen Menschen ist ein Anstieg psychischer Erkrankungen zu verzeichnen: 89% der Kinderärzt:innen beobachten vermehrt psychische Probleme bei Kindern und Jugendlichen. Zudem zeigen sich bei Kindern Unterentwicklungen motorischer Fähigkeiten und Bewegungsmangel, besonders im Alter zwischen sechs und neun Jahren. So sehen 30% der Kinderärzt:innen Verzögerungen bei der Entwicklung motorischer Fähigkeiten.²⁰

Gesundheitliche Auswirkungen von Arbeitsplatzunsicherheit vor allem bei prekär Beschäftigten

Und schließlich schlägt sich die Pandemie in einem höheren Körpergewicht der Versicherten nieder: Im Durchschnitt liegt die Gewichtszunahme bei Erwachsenen seit Beginn der Pandemie etwa bei 5,6 kg, bei Menschen mit

einem höheren BMI von über 30 ergibt sich sogar eine Gewichtszunahme von durchschnittlich 7,2 kg. Die Gründe liegen auf der Hand: 52% der Bevölkerung bewegen sich seit Beginn der Corona-Krise weniger als zuvor.²¹

Diese Entwicklungen werden uns und das Gesundheitssystem voraussichtlich auch langfristig begleiten – auf Grund notwendiger längerer und konsequenter Behandlungen sowie weiterer Folgeerkrankungen. Dadurch verdeutlicht sich nochmals der starke Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die Krankenkostenlast.

4. *Gesundheitliche Auswirkungen der langfristigen Wirtschaftsrezession.* Laut McKinsey Global Institute dürfte die Arbeitslosenquote in Deutschland im Jahr 2021 mit 6,39% ihren Höchststand seit 2015 erreichen (+1,5 Prozentpunkte seit 2019). Die daraus resultierende Arbeitsplatzunsicherheit beeinträchtigt vor allem bei prekär Beschäftigten die Gesundheit und manifestiert sich in depressiven Symptomen, Angststörungen und koronaren Herzkrankheiten.²²

¹⁹ <https://www.tk.de/presse/themen/praevention/gesundheitsstudien/trotz-corona-krankenstand-sinkt-anstieg-psychischer-diagnosen-2099838>

²⁰ https://www.pronovabkk.de/media/downloads/presse_studien/studie_homeschooling_und_gesundheit_2020/Ergebnisse_Studie_Homeschooling_2020.pdf

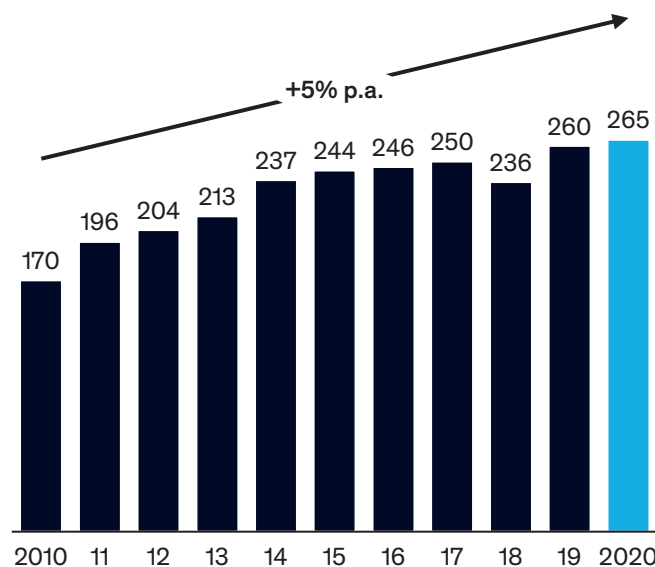
²¹ <https://idw-online.de/de/news769982>

²² https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Hintergrundpaper_-_Gesundheitliche_Folgen_der_COVID-19_Pandemie_bei_prekr_Beschaeftigten_.pdf

Schaubild A1.5

Die Ausfalltage wegen psychischer Erkrankungen steigen um 5% p.a., auch die Krankheitsdauer erreicht einen Höchststand

Höchststand bei Fehltagen wegen psychischer Erkrankungen, AU-Tage je 100 Versicherte



~ 39 Tage

durchschnittliche Dauer eines psychischen Krankheitsfalls im Jahr 2020, neuer Höchststand (~ 35 Tage im Jahr 2019)

~ 90%

der Fehltag wegen Angststörungen und Depressionen

~ 9 AU-Fälle/
100 Versicherte

Frauen deutlich häufiger betroffen als Männer mit ~ 5 AU-Fällen/100 Versicherte

Quelle: DAK-Psychreport 2021

Positive Nebeneffekte der Pandemiebekämpfung, z.B. Rückgang anderer Infektionskrankheiten

Die Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung, z.B. Hygienemaßnahmen, Mindestabstände und Kontaktbeschränkungen, hatten auch positive Nebeneffekte. So gab es laut einer Sprecherin des Robert-Koch-Instituts (RKI) in dieser Saison keine Grippe-welle. Lediglich gut 500 Fälle haben die Behörden gezählt – so wenig wie noch nie seit Beginn der Grippeüberwachung vor fast 30 Jahren.²³ Auch andere meldepflichtige Infektionskrankheiten – von Tuberkulose über Salmonellen bis hin zu Hepatitis E – sind verglichen mit dem Vorjahr um ca. 35% zurückgegangen.²⁴ Und noch etwas hat sich in der Pandemie geändert: Das Interesse an der Grippe-schutzimpfung war insbesondere zu Beginn der ersten und zweiten Corona-Welle größer als normalerweise. So wurden im September 2020 beispielsweise 1,8 Mio. Influenza-Impfungen durchgeführt – ein Anstieg von 165% im Vergleich zum Vorjahr.²⁵

Fallzahlenauswertung zur Priorisierung der Krankheitsbilder als Basis für Predictive Analytics

Die vorrangige Aufgabe jeder einzelnen GKV lautet nun zu verstehen, welche Krankheitsbilder bei den eigenen Versicherten besonders stark ansteigen oder bereits angestiegen sind. Die eigene Datenbasis intelligent zu nutzen und in regelmäßigen Abständen Controllingberichte mit entsprechenden Auswertungen anzufertigen, ist die Grundlage, um Fallzahlenanstiege kenntlich zu machen und zu priorisieren. Im Rahmen solcher Berichte sind z.B. Corona-Fälle und Long-COVID-Dokumentation näher zu analysieren. Die Differenzierung nach Geschlecht, Alter, Lebensumstand und Nicht-COVID-19-Effekten kann helfen, Algorithmen für Predictive-Analytics-Auswertungen zu entwickeln und Trends bzw. Erwartungen für die Zukunft zu formulieren, auf die sich die jeweilige Krankenkasse vorbereiten kann (siehe auch Artikel A3 „Krankenkasse der Zukunft“).

Die für Deutschland erhobenen Daten zeigen, dass Krankenkassen sich voraussichtlich auf folgende Themen vorbereiten sollten:

- Anstieg psychischer Erkrankungen
- Fokus auf Gewichtsreduktion, u.a. zur Vorbeugung bzw. Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes

- Erhöhte Anzahl an Nierenerkrankungen
- Zunahme an Krebsdiagnosen, vor allem Brust- und Darmkrebs, wenn Screenings wieder regulär durchgeführt werden
- Angebote speziell für Kinder in den Bereichen psychische Erkrankungen, Übergewicht und Aufbau motorischer Fähigkeiten.

Grundsätzlich bieten sich den Krankenkassen drei Ansatzpunkte, um auf den Anstieg einzelner Krankheitsbilder und deren Management einzuwirken (siehe Schaubild A1.6):

1. *Prävention und Vorsorge.* Hierzu zählen großflächige Präventionsprogramme, die häufig eine gesetzliche Grundlage haben (z.B. Rückenschule). Im Kontext der Pandemie geht es hier um das Stichwort „COVID vermeiden“, was z.B. vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit breit angelegten Kampagnen verfolgt wird. Für Krankenkassen hat sich in der Vergangenheit jedoch gezeigt, dass der Nutzen solcher von ihnen selbst initiierten Programme häufig nicht voll ausgeschöpft werden kann. Zudem ist ihr Mehrwert nur sehr schwer messbar.
2. *Disease Management Program (DMP).* Ziel ist es hier, die Lebensumstände großer Versichertengruppen mit einem bestimmten Krankheitsbild (z.B. Herzinsuffizienz) zu verbessern. Das Stichwort im Pandemiekontext lautet „COVID-Folgen eindämmen“.
3. *Case Management.* Bei diesem Ansatzpunkt geht es darum, einzelne Versicherte bzw. Patient:innen anhand unterschiedlicher Kriterien auszuwählen und ihren Behandlungspfad zu optimieren. Auch hier lautet das Stichwort „COVID-Folgen eindämmen“.

Nach wie vor wird es wichtig sein, Maßnahmen zur Förderung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung zu ergreifen. Der Staat und das BMG mit allen relevanten Interessengruppen unternehmen diesbezüglich bereits große Anstrengungen (z.B. Impfkampagnen, AHA-Hygienemaßnahmen). Wir vertiefen an dieser Stelle den zweiten Ansatz (Disease Management), da alle identifizierten Krankheitsbilder, die sich für große Versichertengruppen aus dem Anstieg der Fallzahlen ergeben haben, damit adressiert werden können.

²³ <https://www.tagesschau.de/inland/schwache-grippewelle-101.html>

²⁴ <https://www.tagesschau.de/inland/rueckgang-infektionskrankheiten-hygiene-101.html>

²⁵ <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2021/02/16/viele-geimpfte-wenige-erkrankte>

Überarbeitung bestehender und schnelle Umsetzung neuer DMP-Angebote

DMP-Angebote gibt es bereits für verschiedene chronische Krankheitsbilder: Bis Mitte Juni 2020 waren laut Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) 7 Mio. Versicherte (ca. 10% der gesetzlich versicherten Bevölkerung) in einem oder mehreren DMP eingeschrieben. Nahezu 9.000 Programme sind vom BAS zugelassen.²⁶ Für folgende chronische Krankheiten existieren bereits DMP bzw. die entsprechenden Anforderungen: Asthma bronchiale, Adipositas (der gemeinsame Bundesausschuss G-BA ist beauftragt, eine DMP-Leitlinie zu entwickeln), Brustkrebs, chronische Herzinsuffizienz (eine Leitlinie existiert, ein Angebot ist noch nicht erfolgt), chronischer Rückenschmerz, COPD, Depressionen (eine Leitlinie existiert, ein Angebot ist noch nicht erfolgt), Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, koronare Herzkrankheit, Osteoporose sowie rheumatoide Arthritis (das DMP ist noch nicht in Kraft).

Eine Besonderheit der DMP ist die Ende-zu-Ende-Betrachtung der Patient:innen. Wichtige Komponenten, um gesundheitliche Erfolge zu erzielen, sind daher die frühzeitige Einsteuerung in ein Programm,

die Überwachung des Fortschritts während des Programms und damit eine regelmäßige Erfolgsmessung.

Während DMP für einige Krankheitsbilder wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und (Brust-)Krebs bereits existieren, sollen andere DMP (z.B. chronische Herzinsuffizienz) in naher Zukunft angeboten werden. Hier gilt es, den Prozess zu beschleunigen, damit die entsprechenden Angebote baldmöglichst wahrgenommen werden können. Die Zusammenarbeit von G-BA, Kassenvertretungen und teilnehmenden Ärzt:innen muss strukturiert und unterstützt werden. So existiert z.B. die Leitlinie für chronische Herzinsuffizienz zwar bereits seit 2018, aber auch drei Jahre später fehlt das tatsächliche Angebot für die Versicherten. Hier kann ggf. auch auf agile Arbeitsmethoden und eine Sprint-Logik zurückgegriffen werden: Nicht das gesamte Angebot muss von vornherein feststehen; vielmehr werden einzelne Programmmodule erarbeitet und freigegeben, um Versicherten möglichst schnell ein Angebot unterbreiten zu können. Bei den Krankheitsbildern Adipositas und Depression sieht es ähnlich aus – auch hier existieren bisher keine DMP-Angebote oder Vergleichbares für die Versi-

²⁶ <https://www.g-ba.de/themen/disease-management-programme/>

Schaubild A1.6

Ziel der Ansatzpunkte ist eine Risikostratifikation der Patient:innen zur Steuerung der optimalen Versorgung

Illustrativ – geschätzte Datenwerte

Durchschnitt aller Versicherten

Notfallmäßige KH-Einweisung = 63 je 1.000

Notaufnahmebesuche = 201 je 1.000



Quelle: DAK-Psychreport 2021

cherten. Vor dem Hintergrund der gestiegenen Fallzahlen in diesen Krankheitsbildern durch die COVID-19-Pandemie könnten Krankenkassen sich mit der Einführung passender und auf die Bedürfnisse ihrer Versicherten ausgerichteter Programme auseinandersetzen. Denkbar sind u.a. die Erweiterung bzw. Neuschaffung von DMP-Angeboten oder weiterer Versorgungsmöglichkeiten, z.B. über Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) in diesen Bereichen, die ggf. zusätzlich mit digitalen Angeboten kombiniert werden können. Vor allem durch die Skalierungsmöglichkeiten über digitale Angebote kann dies ein interessanter Ansatz sein.



Interview mit David Ebert, ab Seite 20
Gründer und Geschäftsführer von HelloBetter

„(...) es geht darum, Patient:innen frühzeitig zu diagnostizieren, (...) und über verschiedene Kanäle Unterstützung anzubieten, die ihnen maximale Erfolgchancen eröffnen.“
#MaximaleErfolgchance

Der oben stehenden Auflistung ist zu entnehmen, dass es noch kein DMP für Long-COVID gibt. Es gilt, die wissenschaftlichen Erkenntnisse aufmerksam zu verfolgen und ggf. in einem straffen Prozess ein DMP zu entwickeln, um entsprechende Therapiemöglichkeiten anbieten zu können. Derzeit mangelt es allerdings an einer klaren diagnostischen Abgrenzung von Long-COVID und an einer strukturierten Versorgungssteuerung. Gleichzeitig müssen die Fallzahlen und Auswirkungen von Long-COVID weiter beobachtet werden, um den Nutzen eines möglichen DMP überprüfen zu können.

Erste Reha-Angebote zu Long-COVID gibt es bereits, und zwar in fünf Reha-Zentren der Deutschen Rentenversicherung Bund. Diese werden auch rege genutzt, schließlich wurden knapp 7.000 Corona-Fälle als Arbeitsunfall anerkannt. Zu den Betroffenen zählen insbesondere Beschäftigte aus der Pflege, anderes ärztliches Personal, Personal aus Kindertagesstätten sowie Hilfskräfte aus dem Reinigungsbereich.²⁷

Während der Pandemie registrierten die bestehenden DMP vermehrt eine Abwanderung von Patient:innen. Die Gründe dafür sind vielfältig: Angesichts der pandemiebedingten Umschichtung mangelte es den DMP teilweise an Ressourcen, Motivationskampagnen wichen der Corona-Kommunikation und auch der persönliche Fokus der Patient:innen änderte sich zum Teil. Daher sind nun insbesondere die im Folgenden genannten Aspekte zu beachten, um den relevantesten Pati-

ent:innen versichertenorientiert die richtigen DMP-Inhalte anbieten zu können.

Anpassung der Inhalte mit Blick auf Spezifika der Corona-Pandemie. Es gilt, die Inhalte der DMP auf die erwähnten gesundheitlichen Auswirkungen der Pandemie zu überprüfen. So stellt sich z.B. die Frage, wie das DMP zu Asthma oder COPD spezifischer auf die Belange von COVID-19-Genesenen eingehen kann. Aber auch im DMP zu Diabetes müssen Fragen rund um COVID-19- vs. Nicht-COVID-19-Auswirkungen geklärt werden.

DMP-Vertragsärzt:innen sollten in diese Überprüfung eingebunden werden. Darüber hinaus bietet es sich an, Feedback von Programmteilnehmenden einzuholen. Angesichts der komplexen DMP-Leitlinien bedarf es klarer Prioritäten bei der Reihenfolge. Grundsätzlich bietet es sich an, solche Programme zuerst zu betrachten, die auf Grund der identifizierten gesundheitlichen Auswirkungen von COVID-19 am relevantesten sind – hierzu zählen koronare Herzkrankheiten, Diabetes, Brustkrebs, Asthma und COPD. Der nächste Aspekt bei der Priorisierung ist die Größe des Programms bzw. des erwarteten Nutzens.

Versichertenansprache und Transparenz der Programme. Die Kommunikation mit den Versicherten muss strukturiert und leicht verständlich sein, so dass diese nicht nur von einem DMP erfahren, sondern auch ihren persönlichen Bedarf und den Mehrwert des Programms erkennen. Ein individualisiertes Vorgehen mit Hilfe von Profiling der Versicherten und Predictive Analytics helfen, die passenden Angebote für die jeweilige Zielgruppe zu erstellen und diese darüber zu informieren. Dies ist möglich, da Kassen jetzt über den angepassten § 68b SGB V individuell geeignete Versorgungsinnovationen oder sonstige individuell geeignete Versorgungsleistungen anbieten dürfen. Wichtig ist, die Ansprache versichertenorientiert aufzubauen, d.h. ohne kognitive und sprachliche Barrieren. So ist etwa zu beachten, dass bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen 20% der Patient:innen auch an Demenz erkrankt und über 40% älter als 80 Jahre sind. Ein weiterer Aspekt der versichertenorientierten Ansprache ist die Wahl des Kommunikationskanals: Vor allem junge Menschen erwarten eine Kommunikation auf digitalem Wege (siehe auch Artikel A1.b „Die Pandemie als Wegbereiter für Distanzangebote“).

Die einmal gewählte Ansprache der Versicherten muss im kompletten Verlauf des Programms

²⁷ <https://www.bundestag.de/gesundheits?url=L2Rva3VtZW50ZS90ZXh0YXJjaGl2LzlwMjEva3cyNS1xYS11YS1nZXN1bmRoZWlOLXBhbmRoZWlOLXBhbmRibWlLTg0Nzc3MA==&mod=mod539878>

aufrechterhalten werden: Das DMP ist als Kundenreise zu betrachten, an Meilensteinen sind gemeinsam Ergebnisse zu feiern und an bekannten „Absprungpunkten“ ist den Patient:innen neue Motivation mit auf den Weg zu geben.

Verfügbarkeit der Programme in unmittelbarer Nähe der Versicherten. Sobald das Angebot erstellt und die Teilnehmenden identifiziert sind, müssen diese auch die Chance erhalten, die Angebotsinhalte wahrzunehmen. Dazu ist die flächendeckende Verfügbarkeit der Programme sicherzustellen, z.B. über neue bzw. mehr Vertragsärzt:innen. Mittels einer Datenanalyse der Fallzahlen lassen sich ggf. auch Muster erkennen, anhand

derer das DMP-Netzwerk in einzelnen Regionen für bestimmte Krankheitsbilder stärker ausgebaut werden kann als in anderen.

Auch bei der Skalierung der Erreichbarkeit kann ein Ausbau der Digitalisierung helfen. Die COVID-19-Pandemie hat die Affinität zu digitalen Angeboten erhöht; die Erwartungen vor allem der jüngeren Bevölkerung bewegen sich ohnehin in diese Richtung. Daher ist es in jedem Fall ratsam, ganze Programme oder zumindest Programmmodule online anzubieten – im Sinne der Versichertenorientierung und einer langfristigen Erhöhung der Patientenzustimmung.



Bis alle Auswirkungen auf sämtliche Facetten des Gesundheitssystems abgeschätzt werden können, werden viele Monate vergehen. Die indirekten gesundheitlichen Auswirkungen können dabei möglicherweise die direkten Auswirkungen auf COVID-19-Patient:innen überdauern und überwiegen. Entsprechend muss sich das Gesundheitssystem neben der Bekämpfung der COVID-19-Pandemie auch ihren Spätfolgen widmen und sich auf langfristige Veränderungen in der Krankenlast der Versicherten vorbereiten.

Hieraus ergibt sich die große Chance für Krankenkassen, die Versorgung über Angebote nach dem Ende-zu-Ende-Prinzip zu optimieren und die Versicherten in den Mittelpunkt zu stellen.

Es geht jetzt um die Integration digitaler Angebote in ganzheit- liche Versorgungs- konzepte



David Ebert
Gründer und Geschäftsführer von HelloBetter

David Ebert ist Professor of Psychology & Digital Mental Health Care an der Technischen Universität München sowie Gründer und Geschäftsführer von HelloBetter. Seine Forschung fokussiert sich u.a. auf die Entwicklung und Evaluation evidenzbasierter internet- und mobilbasierter Gesundheitsinterventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der frühen Intervention bei psychischen Erkrankungen sowie deren Prävention.

HelloBetter bietet wissenschaftlich geprüfte psychologische Online-Programme mit persönlicher Begleitung an. Ziel ist es, möglichst vielen Betroffenen die selbstbestimmte Bewältigung ihrer Beschwerden zu ermöglichen und so ihre Lebensqualität zu verbessern – einfach und jederzeit verfügbar, ganz ohne Wartezeit oder Anfahrtsweg. Die ersten Programme starteten 2011 unter dem Namen „GET.ON“. Seitdem wurden Programme entwickelt zu Depressionen, Stress, Angst, Panik, Burnout und weiteren psychischen Beschwerden; ihre Wirksamkeit wird immer wieder wissenschaftlich bestätigt.

Der Anstieg psychischer Erkrankungen als eine gesundheitliche Auswirkung der COVID-19-Pandemie ist unbestritten. Wie haben sich die Nutzungszahlen bei HelloBetter seit Beginn der Pandemie entwickelt?

Wie viele Menschen auf Grund der Pandemie unsere Online-Angebote wahrnehmen, lässt sich nicht mit Bestimmtheit sagen. Wir haben in dieser Zeit neue Wege entwickelt, um Betroffene anzusprechen, und

auch das wirkt sich natürlich auf unsere Nutzungszahlen aus. Bisher haben wir uns über die Krankenkassen an potenzielle Patient:innen gewendet. Jetzt konzentrieren wir uns auf Content Marketing, um diese auch direkt und vor allem früher zu erreichen, bevor sich die Erkrankung manifestiert.

Grundsätzlich kann ich aber sagen, dass sich die Nutzungszahlen im Jahr 2020 verdreifacht haben. 2021 verzeichnen wir Mitte des Jahres bereits so viele

neue Nutzer:innen wie Ende 2020. Insgesamt steigt die Bereitschaft enorm, sich mit Aspekten der Psyche auseinanderzusetzen. Alle Beteiligten zeigen eine große Offenheit – die Patient:innen selbst, die Ärzteschaft, aber auch Kostenträger und Arbeitgeber.

Wie erklären Sie sich das rasante Wachstum?

Im zurückliegenden Jahr haben wir alle notgedrungen gelernt, digitale Angebote wie selbstverständlich zu nutzen. Seitdem suchen Patient:innen ganz konkret nach digitalen Unterstützungsangeboten. Vor der Pandemie hat nur rund ein Fünftel des therapeutischen Personals Video als Kommunikationskanal genutzt. Plötzlich waren jedoch alle gezwungen, auf digitale Kanäle auszuweichen. Vielen haben wir geholfen, sich das dafür erforderliche Know-how anzueignen.

Uns von HelloBetter wurde allerdings auch klar, dass unser Unique Selling Point nicht allein das digitale Angebot ist. Vielmehr suchen die Menschen ganz allgemein nach Lösungen, um psychische Erkrankungen zu behandeln. Beispielsweise registrieren Unternehmen den Handlungsdruck, der aus einem hohen Krankenstand auf Grund psychischer Erkrankungen resultiert. Dieses Bewusstsein erhöht die Offenheit und Bereitschaft gegenüber betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) immens. BGM-Veranstaltungen vor Ort zu organisieren war vor der Pandemie eine sehr komplexe Angelegenheit. Heute, dank der Normalität des digitalisierten Arbeitsalltags, können wir unser Angebot einfach und flexibel bei digitalen Vorträgen vorstellen. So kommt uns das gesteigerte Interesse an der Digitalisierung zu Gute.

„Insgesamt steigt die Bereitschaft enorm, sich mit Aspekten der Psyche auseinanderzusetzen.“

Welche Ihrer HelloBetter-Angebote werden seit der Pandemie vermehrt in Anspruch genommen?

Vor allem „Stress“ und „Depressionen“ sind bei uns häufig genutzte Einstiegsprogramme. Ein durch die Pandemie verändertes Nutzungsverhalten nehmen wir derzeit nicht wahr. Dennoch haben wir unser Angebot und unsere Inhalte an die Spezifika der Pandemiesituation angepasst. So haben wir z.B. ein kostenfreies Krisentelefon etabliert.

Ganz allgemein haben wir im vergangenen Jahr eine deutliche Zunahme an digitalen Angeboten im Markt wahrgenommen. Das ist wenig erstaunlich, schließlich mussten alle auf digitale Kanäle ausweichen. Ich gehe aber davon aus, dass das Angebot nach der Pandemie wieder etwas zurückgehen wird, weil viele Therapeut:innen wieder zu ihren traditio-

nellen Methoden zurückkehren werden. Und es ist ja auch zu begrüßen, wenn es für unterschiedliche Patientengruppen unterschiedliche Angebote gibt. Allerdings ist auf diesem Gebiet noch einiges zu tun, damit Angebote transparenter werden und Patient:innen stärker mit einbezogen werden.

Was genau meinen Sie damit?

Uns fällt auf, dass noch immer nur wenige Patient:innen umfassend über das Therapieangebot informiert sind. Sie sagen zwar „ja“ oder „nein“ zu Therapiemöglichkeiten, die ihnen ihre Ärztin oder ihr Arzt vorschlägt. Aber vielfach können sie über die verschiedenen Möglichkeiten nicht informiert abwägen.

Hier wäre einfach noch mehr Transparenz im Markt erforderlich, um den Zugang zum Angebot zu vereinfachen und so den Betroffenen zu mehr Mitbestimmungsrecht zu verhelfen. Noch nehmen sie meistens das an, was ihnen von Arztseite verschrieben oder empfohlen wird. Die Zahl der informierten Patient:innen nimmt zwar stetig zu, aber alle Seiten müssen weiterhin Aufklärungsarbeit leisten.

Wie nehmen die Leistungserbringer das neue digitale Angebot in der Behandlung von psychisch Erkrankten an?

Die Offenheit der Leistungserbringer gegenüber digitalen Angeboten hat sich rasant erhöht. Auch etablierte Spieler – Kostenträger oder große Leistungserbringer – zeigen heute ein viel größeres Interesse und höheres Tempo in Diskussionen rund um Innovation und Digitalisierung. Die Pandemie hat die Entwicklung auf diesem Gebiet um ca. drei bis vier Jahre vorangebracht.

Zugleich sind die Leistungserbringer durch die Pandemiebekämpfung stark gefordert. Sich in dieser Situation ausführlich mit den Angeboten auseinanderzusetzen, ist in ihrem Arbeitsalltag kaum möglich. Sie müssen deshalb z.B. in Aus- und Weiterbildungen auf die Möglichkeiten und Limitierungen der unterschiedlichen Angebote aufmerksam gemacht werden, damit die Informationen und Behandlungsempfehlungen frühzeitig an die richtigen Versicherten gelangen. Zwar konnte über das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) ein Mindeststandard für digitale Angebote festgelegt werden, es mangelt aber weiterhin an Orientierung für die Leistungserbringer und Kostenträger.

HelloBetter arbeitet auch daran, in den Katalog für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) aufgenommen zu werden. Wie nehmen Sie den Prozess wahr?

Für die Aufnahme in den DiGA-Katalog war es vor allem wichtig, dass wir ein Konzept darlegen, in dem

Patient:innen an die Hand genommen und durch die Unterstützungsleistung geführt werden – quasi ein geleitetes Sicherheitskonzept. Ich halte es für ausgesprochen wichtig, dass darauf so viel Wert gelegt wird. Betroffene sollten mit digitalen Angeboten nicht alleingelassen werden; sie brauchen Zuspruch und Steuerung, um einen maximalen Behandlungserfolg zu ermöglichen.

Digitale Anwendungen werden zu häufig noch isoliert betrachtet – und nicht als Glied einer Kette. Das ist meiner Meinung nach eine Schwachstelle in den Versorgungspfaden. Zudem nehmen einige Interessengruppen derzeit eine eher abwartende Haltung ein; sie beobachten die Auswirkungen des DVG nur und werden nicht aktiv.

Was genau meinen Sie mit der isolierten Betrachtung digitaler Angebote?

Häufig trifft man auf die Einstellung „Wir haben ja diese App“. Es geht aber nicht um das Angebot der App, es geht darum, Patient:innen frühzeitig zu erreichen, sie in einen passenden Behandlungspfad zu steuern und über verschiedene Kanäle Unterstützung anzubieten, die ihnen maximale Erfolgchancen eröffnen. Es sind also Meilensteine erforderlich, mit denen die Behandlungserfolge überprüft werden und die Steuerung bei Bedarf angepasst wird. In so einer Ende-zu-Ende-Logik sind auch digitale Angebote mitzudenken und zu integrieren.

Immerhin: Der Grundstein für digitale Angebote wurde im DVG gelegt, und das ist überaus wichtig.

Allerdings kann noch sehr viel mehr erreicht werden, wenn digitale Anwendungen in den Behandlungspfad integriert werden. Diese Verzahnung und Einbettung digitaler Anwendungen ist nicht Aufgabe der Leistungserbringer, sondern sie muss zentral erarbeitet und gesteuert werden.

Kostenträger spielen sicherlich eine wichtige Rolle bei der Verzahnung der Versorgungsangebote. Wie nehmen Sie die Zusammenarbeit und Möglichkeiten wahr?

Bisher wurde häufig aus Eigeninteresse gekämpft, jetzt herrscht überwiegend die Einstellung „Der Zug rollt, lasst uns den Weg und das Ziel gemeinsam gestalten“. Das erleichtert natürlich die Zusammenarbeit. Viele Kassen arbeiten bereits an spannenden integrierten Versorgungskonzepten, die digitale Angebote explizit mit einschließen. Vor allem die GKVEn verfolgen progressive Ansätze und sind bereit, neue Wege zu gehen. Die großen GKVEn stehen dabei im Wettbewerb miteinander und müssen mitziehen. Gerade für kleinere Kassen kann es allerdings schwierig sein, eine gute Balance zu finden zwischen relativ kleinen Fallzahlen und einem hohen Aufwand für Konzepterstellung und -steuerung. Da entsprechende Strukturen allerdings meistens schon bestehen, geht es jetzt darum, diese über digitale Angebote zu optimieren. Die Diskussion über diese Aufgabe empfinde ich als ungemein fruchtbar.





A1.b Die Pandemie als Wegbereiter für Distanzangebote – per Omnikanal zu Versichertenzentrierung und Wettbewerbsvorteilen

Die GKVen haben sich in den vergangenen Jahren verstärkt mit dem Thema Kundenzentrierung auseinandergesetzt, da sich die Erwartungen ihrer Versicherten zunehmend verändern. Die COVID-19-Pandemie hat die Nachfrage nach digitalen Angeboten noch einmal intensiviert. Viele Menschen reichen Formulare inzwischen lieber über eine App oder Website ein, als sie per Post zu verschicken oder in der Geschäftsstelle abzugeben, und sie klären einfache Anliegen bevorzugt per Telefon. Für die GKVen bedeutet das: Um ihre Versicherten optimal zu versorgen und deren Erwartungen zu erfüllen, müssen sie Serviceleistungen über alle Kanäle anbieten. Doch auch die Kundenwünsche hinsichtlich persönlicher Interaktion sind zu erfüllen. Dies gelingt nur über ein Omnikanal-Angebot.

Die Digitalisierung von Serviceleistungen in anderen Branchen, z.B. im E-Commerce, Bankwesen oder im Tourismus, hat auch maßgeblich die Erwartungshaltung der Versicherten verändert. Diese erwarten z.B., dass ihre GKV nicht nur vor Ort oder per Telefon erreichbar ist, sondern auch nahtlos über Online-Kanäle wie E-Mail, eine GKV-eigene App, Online-Portale oder die Website.

Parallel beeinflussen das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (FKG) und die entsprechend veränderten Zuweisungen für bestimmte Versichertensegmente die finanzielle Situation der GKVen. Daher ist die vertriebliche Steuerung auf bestimmte Versichertensegmente wichtig, um das Wachstum der Versichertenzahlen auch hinsichtlich einer finanziellen Stabilität zu optimieren. Das geeignete Instrument dafür ist ein zentrales Lead-Management. Es erlaubt die unternehmensweite Messung, Bewertung und Steuerung von vertrieblich nutzbaren Kontakten.

Für Krankenversicherungen ist eine gelungene Omnikanal-Strategie deshalb ein entscheidender

Wettbewerbsfaktor: Sie ist sowohl im Service als auch im Vertrieb der Schlüssel, um die Erwartungen bestehender und potenzieller Versicherter zu erfüllen oder gar zu übertreffen. Das kann nur mit einer ganzheitlichen Omnikanal-Strategie gelingen, die auf klare strategische Ziele ausgerichtet ist. Diese muss koordiniert in allen Bereichen implementiert und kontinuierlich weiterentwickelt werden.

Was bedeutet Omnikanal?

Mit einem Omnikanal-Angebot ermöglichen Unternehmen ihren Kund:innen, sie über unterschiedliche Kanäle zu kontaktieren. Bei einer Krankenkasse kann es z.B. darum gehen, Fragen zu klären, Informationen einzuholen, in die Familienversicherung zu wechseln, Mitglied zu werden oder eine Beschwerde einzureichen.

Omnikanal dient also der nahtlosen und kanalübergreifenden Interaktion einer GKV mit ihren Versicherten, und zwar über deren präferierte Kontaktkanäle und ohne Informationsverlust.

Eine deutliche Mehrheit glaubt, dass mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen sich positiv auswirken würde

Wie beurteilen Sie die folgende Aussage?

Mehr freier Wettbewerb unter den Krankenkassen würde sich positiv auf die Gesundheitsversorgung in Deutschland auswirken

in Prozent (n = 4.014)



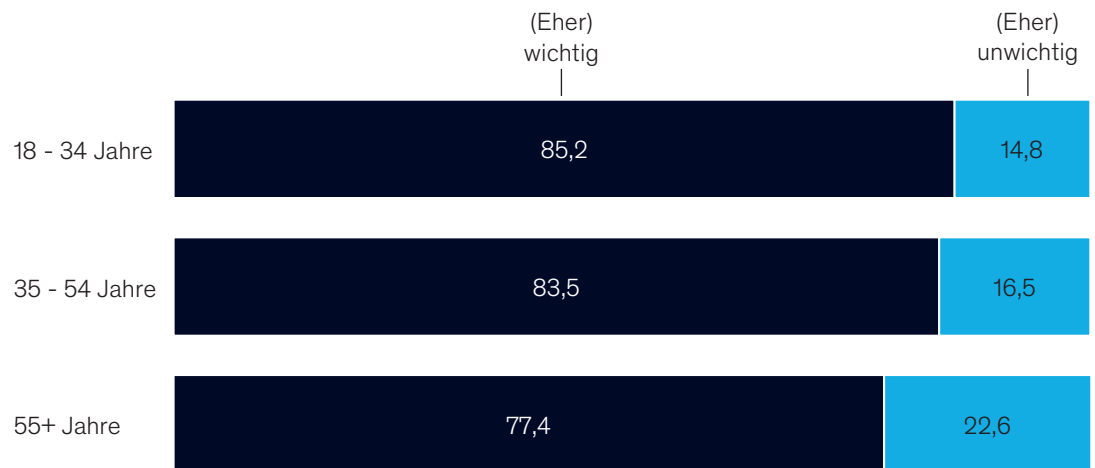
Quelle: McKinsey, HSS Market Survey Germany 2020

Der Online-Kontaktkanal wird als wichtig erachtet – jüngere Menschen mit stärkerer Affinität

Wie beurteilen Sie die folgende Aussage?

Wie wichtig ist es für Sie, zukünftig über den Online-Kontaktkanal mit Ihrer Krankenversicherung kommunizieren zu können?

in Prozent (n = 4.014)



Quelle: McKinsey, HSS Market Survey Germany 2020

Omnikanal-Strategie als Instrument, um übergeordnete Ziele zu erreichen

Eine Omnikanal-Strategie ist kein Selbstzweck, sondern ein Instrument, um übergeordnete Ziele zu erreichen. Sie orientiert sich vor allem an der Service- und der Vertriebsstrategie des Gesamtunternehmens. Die Servicestrategie manifestiert sich in Form eines Serviceversprechens sowie konkreter Servicestandards und -levels für die jeweiligen Kanäle. Die Vertriebsstrategie definiert vertriebsrelevante Marktsegmente und deren Ansprache.

Beide Strategien werden parallel entwickelt und greifen die Erwartungen der (potenziellen) Versicherten an exzellenten Service auf. So ist es möglich, z.B. die Kündigungsquote durch höhere Zufriedenheit zu senken oder den Marktanteil in bestimmten Segmenten durch eine verbesserte Ansprache und eine höhere Weiterempfehlungsquote zu erhöhen. Alle Teile der Omnikanal-Strategie unterstützen somit die Ziele des Gesamtunternehmens. Ebenso wie in anderen Branchen ist der Wettbewerb bei den Versicherten willkommen und hilft, ein optimales Angebot für sie zu

generieren. Dies zeigt eine McKinsey-Studie mit einem repräsentativen Panel von mehr als 4.000 GKV-Versicherten (siehe Schaubild A1.7).²⁸

Technologische Innovationen zum Aufbau der Omnikanal-Fähigkeit

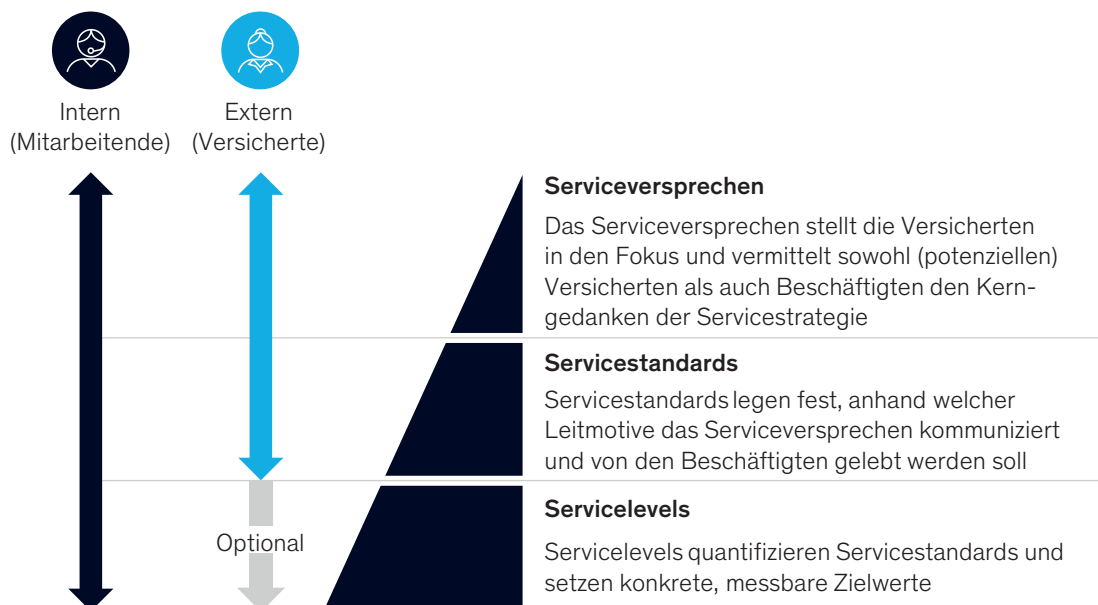
Ein wichtiges Element beim Aufbau der Omnikanal-Fähigkeit sind technologische Innovationen, insbesondere in den Bereichen Digitalisierung und Automatisierung. Sie ermöglichen eine schnellere und passgenauere Ansprache von (potenziellen) Versicherten und erfüllen deren Erwartungen im Hinblick auf digitale Kanäle, Erreichbarkeit und Nutzungsfreundlichkeit. Insbesondere für jüngere Menschen ist der Online-Kanal von besonderer Bedeutung (siehe Schaubild A1.8).

Für die Omnikanal-Fähigkeit relevante Innovationen sind z.B. die Echtzeit-Sicht auf alle Kundeninformationen mit Kontaktpunkten, die den Mitarbeitenden angezeigt werden, oder ein automatisiertes Workflow-Management-System, das Aufträge intern für eine schnelle und gezielte Bearbeitung routet.

²⁸ McKinsey HSS Market Survey 2020

Schaubild A1.9

Das Serviceversprechen übersetzt sich in konkrete Servicestandards und -levels



Quelle: McKinsey

Messbare Ziele als Nordstern der Omnikanal-Strategie

Messbare Ziele bilden den Nordstern einer Omnikanal-Strategie. Sie werden zum einen für den Service definiert, z.B. in Form von Kundenzufriedenheitswerten. Zum anderen sind sie für den Vertrieb erforderlich, z.B. als Vorgaben für das mittelfristige Wachstum der Versichertenzahlen und Marktanteilsziele.

Die Servicestrategie beinhaltet sowohl Standards, die sich an den Kundenwünschen orientieren, als auch ein übergreifendes Serviceversprechen. Daraus

ergeben sich konkrete Servicelevels für sämtliche Kanäle und Kontaktpunkte (siehe Schaubild A1.9).

Die Vertriebsstrategie berücksichtigt die Anforderungen, die sich aus der Ambition für das Wachstum der Versichertenzahlen ergeben. Die Omnikanal-Strategie wird im Vertrieb über drei Eckpunkte umgesetzt – jeweils für einzelne Versicherten-segmente, ggf. in bestimmten Vertriebsregionen, und für das konkrete vertriebliche Vorgehen in den Kanälen (siehe Schaubild A1.10).

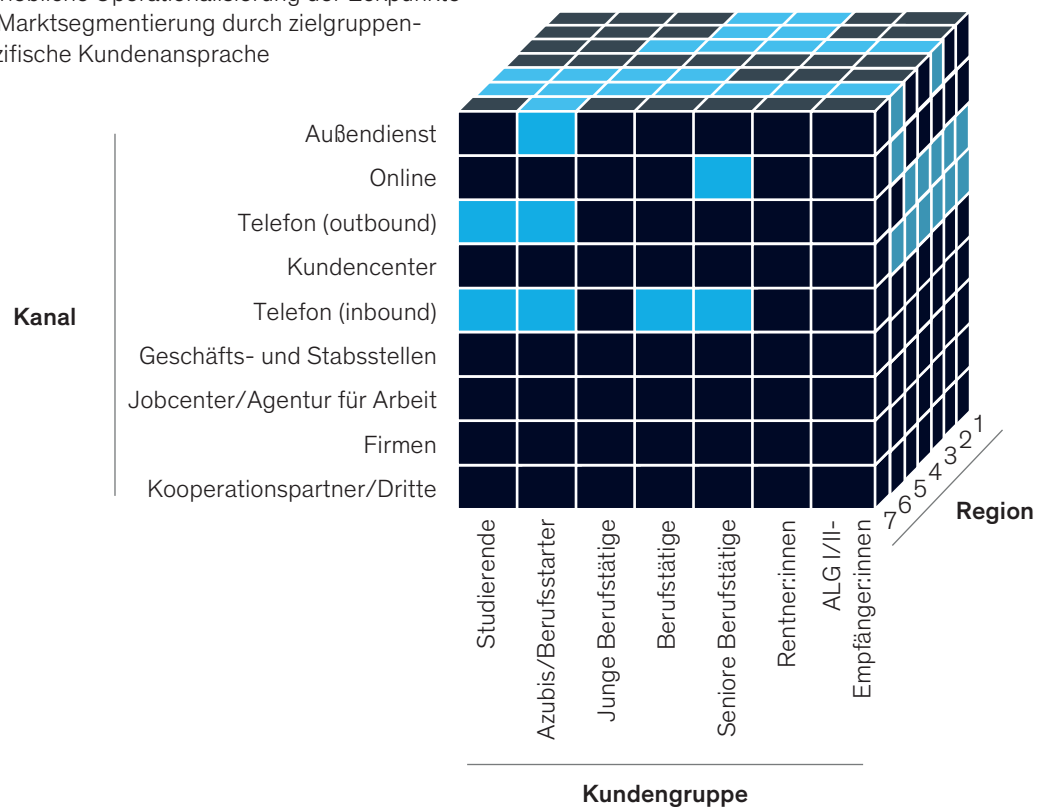
Die sich verändernden Rahmenbedingungen im Markt – Kundenerwartungen und Gesetzgebung –

Schaubild A1.10

Umsetzung der Omnikanal-Strategie über Marktsegmentierung entlang von 3 Dimensionen

Umsetzung der Omnikanal-Strategie im Vertrieb

Vertriebliche Operationalisierung der Eckpunkte der Marktsegmentierung durch zielgruppen-spezifische Kundenansprache



Festlegung **priorisierter Zielgruppen auf Basis der strategischen Ziele** (z.B. durch Analyse des Deckungsbeitrags) und **zur soziografischen Abbildung** der Bevölkerung, um Reformstabilität sicherzustellen

Ausarbeitung der **regionalen Potenziale** durch Berechnung des Marktanteils der Kundengruppen auf **granularer Ebene**

Auswahl des **richtigen Zeitpunkts und des richtigen Kanals**, um Ansprache der priorisierten Zielgruppen zu **relevanten GKV-Entscheidungsmomenten** zu optimieren

Quelle: McKinsey

Kategorisierung von Kundenanliegen resultiert in 4 Archetypen für die Operationalisierung der Prozesslandkarte

Ansatz zur Kategorisierung der Kundenanliegen



Beschreibung von Archetypen

1. Fokus auf Effektivität (z.B. Einreichung von Formularen)

Reduzierung des persönlichen Kontakts mit Hilfe von Online- und Self-Service-Kanälen

Hohe Schwelle für Kund:innen, Live-Kontakt herzustellen

Sehr spezifisches Routing, um hohe Servicequalität sicherzustellen

2. Fokus auf Kontakttyp (z.B. Arzneimittelberatung)

Hohes Kontaktvolumen in allen Live-Interaktionskanälen

Transparente und breite Palette an Kontaktinformationen

Direktes Routing an spezifische Funktionen

3. Fokus auf Effizienz (z.B. eGK-Beratung, Krankengeld-AU-Bescheinigungen)

Reduzierung des Live-Kontakt-Volumens mit Hilfe von Online- und Self-Service-Kanälen

Zusätzliches Angebot von zentralen Kontaktinformationen

Hauptsächlich Routing an zentralen First-Level-Support

4. Fokus auf Kundenbeziehung (z.B. Fahrtkosten-Beratung)

Hohes Kontaktvolumen in Live-Interaktionskanälen

Transparente Kommunikation von zentralen Kontaktinformationen

Hauptsächlich Routing an zentralen First-Level-Support

Quelle: McKinsey

beeinflussen die strategischen Überlegungen erheblich. So kann z.B. die wachsende Nachfrage nach digitalem Self-Service die Wettbewerbssituation einiger Krankenversicherungen beeinträchtigen, denn 43% der Befragten sind unzufrieden mit dem kontaktlosen digitalen Self-Service, den ihre Krankenkasse anbietet.²⁹ Ebenso kann die bisherige vertriebliche Ausrichtung auf bestimmte Versichertensegmente die finanzielle Stabilität gefährden. Solche Aspekte sind in einer Omnikanal-Strategie hinreichend zu berücksichtigen; sie

bilden gleichsam das Grundgerüst für die Weiterentwicklung der Omnikanal-Fähigkeit einer Krankenversicherung.

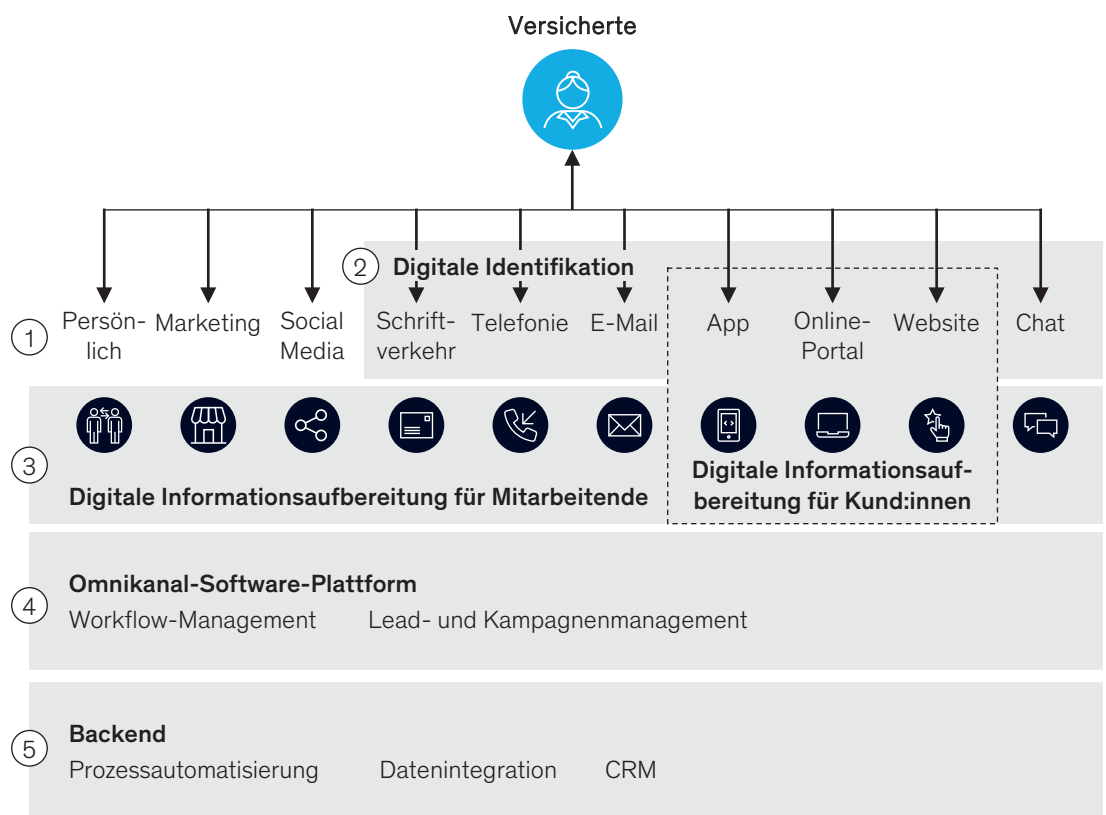
Zielbild „Prozesslandkarte“

Voraussetzung für die Omnikanal-Fähigkeit einer Krankenversicherung ist ein Zielbild für die Bearbeitung von Kundenanliegen, das unternehmensweit entwickelt und abgestimmt wurde. Daraus resultiert eine so genannte Prozesslandkarte, in

²⁹ McKinsey, HSS Market Survey Germany 2020

Schaubild A1.12

Aufbau eines technologischen Zielbilds zur Gewährleistung von Omnikanal-Fähigkeit



- ① Umfassendes **Omnikanal-Angebot** bildet alle Kontaktpunkte zwischen Versicherten und GKV ab
- ② **Identifikation** der (potenziellen) Versicherten ermöglicht eine sichere Interaktion und den sicheren Austausch vertraulicher Daten
- ③ **Digitale Lösungen** schaffen Transparenz über relevante Vorgänge für Versicherte (insb. Self-Service) und Mitarbeitende
- ④ **Plattform** steuert eingehende Kundenanliegen je nach Bedarf an Fachexpertise und persönlichem Kontakt sowie nach Art der Leads und Kampagnen
- ⑤ **Backend** fungiert als zentrales IT-Kernsystem zur Datenverarbeitung

Quelle: McKinsey

der nach festgelegten Kriterien das zukünftige Kanalangebot sowie das Routing der jeweiligen Kontaktpunkte ebenso definiert werden wie ein entsprechendes Kommunikationsdesign (siehe Schaubild A1.11). Solche Kriterien können z.B. der Kundenwunsch sein, bei bestimmten Anlässen persönlich beraten zu werden, oder die Notwendigkeit spezieller Expertise, um Versicherte kompetent beraten zu können.



Interview mit Detlef Frank und Dr. Uwe Stuhldreier, ab Seite 32
Vorstandsmitglieder der HUK24

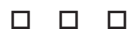
„Neue technologische Möglichkeiten, z.B. Predictive Analytics, können dabei genauso zum Zuge kommen wie klassische Hebel im SEO/SEA-Bereich.“ #Tech #Innovation

Grundlagen für die Erstellung bzw. die Weiterentwicklung einer Prozesslandkarte sind die Kundenerwartungen an ein Kanalangebot, effiziente Bearbeitungswege und entsprechende Fähigkeiten der Mitarbeitenden sowie eine Kommunikation, die die Kundenströme entsprechend der Routing-Konzeption lenkt. Alle (möglichen) Kanäle und die Bearbeitungswege aller Prozesse, die eine direkte Kundeninteraktion beinhalten, werden dabei aus Kundensicht bewertet – hinsichtlich der Servicequalität sowie des Vertriebsansatzes. Bei der Gestaltung der Prozesslandkarte greifen die Überlegungen zu Service- und Vertriebsstrategie direkt ineinander, um sowohl die Versicherten zufriedenzustellen als auch die Vertriebsziele zu erreichen.

Technologische Plattform als Basis

Krankenkassen stehen derzeit vor der Aufgabe, zahlreiche Servicestandards und -levels anzupassen. Ziele sind z.B. höhere Erreichbarkeit, kürzere Bearbeitungsdauer und volle Transparenz über den Status von Kundenanliegen, aber auch die Anpassung an ein verändertes Kundenverhalten beim Versicherungswechsel, z.B. der Umstieg auf einen anderen Kanal während des Entscheidungsprozesses. Das stellt hohe Anforderungen an die technologischen Fähigkeiten einer Organisation. Es reicht nicht mehr aus, einzelne Kanäle zu optimieren. Die Optimierung des Kundenerlebnisses gelingt nur über eine technologische Plattform, die es den Versicherten ermöglicht, ihre Anliegen unkompliziert über alle Kanäle vorzubringen. Gleichzeitig muss die Plattform die Beschäftigten dabei unterstützen, diese Anliegen schnell, kompetent und transparent zu bearbeiten (siehe Schaubild A1.12).

Die strategischen Anforderungen und das Zielbild einer Prozesslandkarte müssen sich also für Versicherte und Beschäftigte in technologischen Lösungen manifestieren. Diese reichen von der technologischen Erweiterung vorhandener Kanäle, z.B. der Telefonie um eine sprachfähige IVR (Interactive Voice Response), über digitale Self-Service-Portale und zeitgemäße CRM-Lösungen bis hin zur zentralen Steuerung unterschiedlicher Workflows der beteiligten Kanäle und Organisationseinheiten, um so ein echtes Omnikanal-Erlebnis zu schaffen.



Eine klare Omnikanal-Strategie, die auf die Ziele der Service- und Vertriebsstrategie ausgerichtet ist und technologische Innovationen berücksichtigt, sowie eine unternehmensweit abgestimmte Prozesslandkarte sind Voraussetzungen dafür, alle Kanäle und später ggf. auch die Kundenreisen im Sinne einer Omnikanal-Fähigkeit zu optimieren.

Darüber hinaus kann – basierend auf der Prozesslandkarte – eine Anpassung der Aufbau- und Ablauforganisation sinnvoll sein. Dies sollte ausgelotet werden nach der Finalisierung der Omnikanal-Strategie und der Prozesslandkarte und vor der Umsetzung von Optimierungsmaßnahmen.

Die Prozesslandkarte, bei deren Konzeption die Service- und Vertriebsstrategie sowie die Technologie-Roadmap berücksichtigt werden, schafft die Grundlage dafür, die Kanäle, Kundenreisen und das Kommunikationsdesign strukturiert, systematisch und nachhaltig auszubauen. So kann es einer Krankenversicherung gelingen, den neuen Kundenerwartungen gerecht zu werden und damit ihre Marktposition zu verbessern.

~ 78 - 85%

der Befragten ist der Online-Kontakt-
kanal mit ihrer GKV wichtig

Online-Kundenreisen sind das Herzstück der HUK24, daher optimieren wir sie kontinuierlich



Detlef Frank und Dr. Uwe Stuhldreier
Vorstandsmitglieder der HUK24

Detlef Frank ist seit 2003 Vorstandsmitglied der HUK24 und leitet die Ressorts Betrieb und Prozesse. Er ist Diplom-Mathematiker und seit mehr als 30 Jahren im HUK-COBURG-Konzern tätig.

Dr. Uwe Stuhldreier ist seit 2016 Vorstandsmitglied der HUK24 und leitet die Ressorts Marketing und Vertrieb. Der promovierte Diplom-Kaufmann verantwortete zuvor leitende Positionen bei CosmosDirekt, MLP und der Dresdner Bank.

Die HUK24 ist der größte digitale Direktversicherer in Deutschland mit 2,6 Mio. Kund:innen. Das Unternehmen ist der zweitgrößte KFZ-Versicherer im Neugeschäft (nach der HUK-COBURG) über alle Kanäle (vgl. Ipsos Finanzmarktpanel). Die HUK24 bietet neben der KFZ-Versicherung ein umfangreiches Produktportfolio im Sachbereich (z.B. Hausrat, Privathaftpflicht) und vermittelt zudem Personenversicherungs-Produkte des HUK-COBURG-Konzerns.

Was ist das Konzept der HUK24? Und welche Entwicklung haben Sie in den letzten Jahren gesehen?

Detlef Frank: Die HUK24 wurde im Jahr 2000 gegründet, als die Idee einer „reinen Online-Versicherung“ noch absolut utopisch erschien. Die Grundidee der HUK24 war allerdings einfach: Für online-affine Kund:innen hochwertige Versicherungsprodukte zu günstigeren Preisen anbieten als die Muttergesellschaft HUK-COBURG – und im Gegenzug auf individuelle Beratungsangebote im persönlichen Gespräch verzichten. Die Kund:innen können mit der HUK24 daher vor, bei und nach Vertragsabschluss ausschließlich über digitale Kanäle auf der Website, über den Chatbot und via E-Mail interagieren. Sie werden dabei allerdings dank umfassender Automatisierung und

modernster Analytik – beide angetrieben von der Vision der HUK24 als einer „persönlichen Versicherungsmaschine“ – mindestens ebenso gut beraten. Im Schadenfall steht es den Versicherten zudem offen, auf alle digitalen und analogen Interaktionsangebote der HUK-COBURG zurückzugreifen.

Dr. Uwe Stuhldreier: Die HUK24 ist seit ihrer Gründung schneller gewachsen als der Versicherungsmarkt und ihre Wettbewerber, mit ähnlichen Wachstumsraten wie bei einigen der erst vor wenigen Jahren gegründeten InsurTechs. Entsprechend avancierte die HUK24 bereits 2008/09 zum größten Schaden- und Unfall-Direktversicherer in Deutschland und hat 2020 mit rund 2,6 Mio. Kund:innen ein Bruttobeitragsvolumen von 981 Mio. EUR generiert. Auf diese Entwicklung sind wir wirklich stolz.

Von Direktversicherern heißt es immer, sie müssten in erster Linie günstig sein. Ist es daher primär den Kostenstrukturen zuzuschreiben, dass die HUK24 führend ist in einem so kompetitiven Markt?

Detlef Frank: Grundlage für den Erfolg sind sicherlich unsere geringen Kosten, die uns ein niedriges und damit für die Kund:innen attraktives Preisniveau erst ermöglichen. Die Kostenquoten der HUK24 und der HUK-COBURG liegen bei ca. 6% bzw. 9% und damit deutlich unter dem Marktdurchschnitt von 17%. Grund hierfür ist, dass die HUK24 zwar als eigener Risikoträger für Schaden- und Unfallprodukte auftritt, zugleich aber Serviceleistungen der HUK-COBURG entlang der Wertschöpfungskette strategisch nutzt. So verfügt sie über effektive Hebel zur Kostenoptimierung bei gleichzeitig hoher Qualität: allen voran ein Werkstattnetz, das eine kostengünstige und qualitativ über dem Marktstandard liegende Schadenregulierung ermöglicht. Außerdem erlaubt der starke organische Traffic hoch automatisierte Prozesse und einen Verzicht auf Vermittler wie Preisvergleichsseiten oder Makler.

„Kund:innen erwarten heute von ihrer Versicherung die gleichen Interaktionsmöglichkeiten, die sie z.B. beim Online-Shopping erleben.“

Dr. Uwe Stuhldreier: Dennoch ruhen wir uns auf diesen starken Grundlagen nicht aus. Jenseits der günstigen Kosten sind vor allem die Marke HUK24 und unsere digitalen Kundenreisen wichtige Erfolgsbausteine für unsere ambitionierten Zukunftspläne. Kund:innen erwarten heute von ihrer Versicherung die gleichen Interaktionsmöglichkeiten, die sie beim Online-Shopping oder bei einer Reisebuchung erleben.

In den Aufbau ihrer Marke und bessere Navigierbarkeit ihrer digitalen Kundenreisen werden auch Ihre Wettbewerber investieren. Gibt es beim Thema Marke etwas, das die HUK24 anders macht bzw. stärker profitieren lässt als die Wettbewerber?

Dr. Uwe Stuhldreier: Zwei Dinge sind hier wesentlich. Zum einen, dass die Marke HUK24 überzeugend die wichtigsten Markenattribute transportiert, für die wir stehen wollen – digital, einfach, günstig. Zum anderen profitieren wir sehr davon, dass unsere Nutzung einer Marke, die gegenüber der Muttergesellschaft klar zuordenbar ist, keine Kanibalisierung bewirkt. Im Gegenteil: Sie erschließt uns ganz neue Zielgruppen, weil neue Kund:innen

schnell großes Vertrauen in die Online-Marke der HUK-COBURG fassen. Damit haben wir bei den digitalen Customer Acquisition Costs einen großen Vorteil gegenüber Wettbewerbern – insbesondere gegenüber den neuen digitalen Playern, die meist erst wenig bekannt sind.

Detlef Frank: Außerdem ziehen wir wegen der modernen Markenführung viele jüngere, preisbewusstere und besser informierte Kund:innen an, die die HUK24 gerade auch hinsichtlich ihres Gesamtservice mit sehr gut bewerten. Das zeigt, dass sich reine Online-Versicherungen hinsichtlich der Kundenzufriedenheit nicht hinter klassischen Anbietern verstecken müssen.

Vor allem jüngere Kund:innen stellen hohe Anforderungen an die bequeme Navigierbarkeit digitaler Kundenreisen. Ist das der Grund für den hohen Stellenwert, den die HUK24 dem Technologiethema beimisst?

Detlef Frank: Damit bringen Sie es auf den Punkt. Die HUK24 ist im Jahr 2000 mit einer einfachen Website gestartet und hat sich bewusst und konsequent weiterentwickelt vom Marktführer von heute zum digitalen Marktführer von morgen. Denn die Kund:innen erwarten heute nicht nur digitale Kundenreisen, die auf allen Geräten nutzbar sind, sondern auch eine unmittelbare Reaktion von uns, die nur durch Automatisierung und Analytik möglich ist. Da die digitalen Kundenanforderungen beständig und immer schneller zunehmen, verstehen wir die Weiterentwicklung des Kundenerlebnisses als dauerhafte Herausforderung und kontinuierlichen Prozess.

Deshalb orientieren wir uns an den hohen technologischen Standards der führenden E-Commerce-Akteure und zielen in erster Linie darauf ab, das Abschließen von Versicherungen noch unkomplizierter zu machen. Dabei nutzen wir Daten für die Personalisierung, ermöglichen schnelle Ladezeiten unserer Websites auch auf mobilen Geräten und setzen Chatbots in der Kundeninteraktion ein. Als „digitale Speerspitze“ des Konzerns eröffnen wir der HUK-COBURG damit die Möglichkeit, die digitalen Standards übergreifend zu nutzen.

Dr. Uwe Stuhldreier: Darüber hinaus gibt es noch einen weiteren Grund für den Technologiefokus bei der HUK24. Wir waren schon früh überzeugt davon, dass es neuester (KI-gestützter digitaler) Technologien bedarf, um sich erfolgreich an den Online-Vertrieb komplexer Versicherungsprodukte heranwagen zu können. Für diese ist die HUK24 allerdings nicht selbst der Risikoträger. Tatsächlich zeigt ein MVP (Minimal Viable Product³⁰) im Bereich

³⁰ Das MVP ist die erste minimal funktionsfähige Iteration eines Produkts. Sie dient dazu, möglichst schnell aus Nutzerfeedback zu lernen und so eine Entwicklung zu verhindern, die die Anforderungen der Nutzer:innen nicht berücksichtigt.

der Risikolebensversicherung nun, dass die von uns entwickelten digitalen Kundenreisen sehr gut angenommen werden – nicht erst seit dem Ausbruch der Corona-Pandemie, aber seitdem umso stärker. Mit anderen Worten: Unsere Kund:innen fühlen sich auch bei anspruchsvollen Produkten online gut beraten und schließen sogar die dazugehörigen umfangreichen Policen über ihre mobilen Geräte ab.

Wie hat sich die HUK24 seit dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie entwickelt?

Dr. Uwe Stuhldreier: Zunächst ist festzustellen, dass die Pandemie als Katalysator für den Direktversicherungsmarkt gewirkt³¹ und dessen Wachstum insgesamt weiter angeheizt hat. Als Marktführer konnte die HUK24 von dieser Entwicklung überproportional stark profitieren. Bei näherer Betrachtung der Kennzahlen zur Neugeschäftsentwicklung der HUK24 zeigt sich zudem, wie stark sich die Lockdowns ausgewirkt haben, u.a. getrieben durch die (teilweise) Schließung der Geschäftsstellen der stationären Vertriebe: Mit 18% fällt das Wachstum der HUK24 als reiner Online-Versicherer im KFZ-Neugeschäft 2020 fast doppelt so hoch aus wie die jährlichen Wachstumsraten zwischen 2015 und 2019.

Welche Chancen ergeben sich daraus für die Online-Ansprache zu Krankenversicherungen?

Detlef Frank: Die COVID-19-Pandemie hat uns alle selbstverständlicher mit digitalen Angeboten und Kanälen umgehen lassen. Viele Menschen hatten mehr Gesundheitsfragen und haben auf Grund der Kontaktbeschränkungen verstärkt digitale Angebote genutzt, z.B. in der Telemedizin, beim Online-Shopping oder beim Online-Abschluss von Versicherungen. Auch wenn sicherlich nicht alle Erkenntnisse der HUK24 zum Online-Kanal auf die gesetzliche Krankenversicherung übertragbar sind, da für diese z.T. andere Rahmenbedingungen gelten: Ich denke, dieser Digitalisierungsschub ist auch für Krankenversicherer relevant. Digitalaffine Versicherte erwarten heutzutage aus meiner Sicht digitale Produkte, Services und Kommunikationsmöglichkeiten.

Im ersten Schritt geht es nun darum, digitale Angebote entlang der wichtigsten Kundenreisen zu schaffen – und diese dann Schritt für Schritt zu optimieren und zu personalisieren. Neue technologische Möglichkeiten, z.B. Predictive Analytics, können dabei genauso zum Zuge kommen wie klassische Hebel im SEO/SEA³²-Bereich. Die

Krankenversicherung ist unter allen Versicherungsprodukten dasjenige, bei dem es die meisten „natürlichen“ Kontaktpunkte gibt – und wir haben gezeigt, dass Kund:innen gern voll-digitale Angebote wahrnehmen, wenn diese einfach zu nutzen sind und einen klaren Mehrwert schaffen.

Gibt es eine konkrete Vision für die Weiterentwicklung der HUK24 in den nächsten Jahren?

Dr. Uwe Stuhldreier: Die bisher wesentlichen Erfolgsfaktoren der HUK24 sind echte Kundenzentrierung, schlanke Kostenstrukturen, Fokus auf das rein digitale Geschäftsmodell und ein Markentransfer ohne Kannibalisierungseffekte. Diese Faktoren werden weiterhin die Grundlage unseres Erfolgs bleiben. Um unsere Marktführerschaft zu stärken, werden wir uns aber auf unseren Erfolgen der Vergangenheit nicht ausruhen, sondern die Messlatte für die einzelnen Bereiche auch künftig immer wieder Stück für Stück höher legen.

Das heißt vor allem, dass wir das Kundenerlebnis ambitioniert weiter verbessern werden und uns dabei an den digitalen Vorreitern orientieren. Und das sind eher nicht die anderen Versicherer, sondern führende E-Commerce-Akteure. Ein wesentlicher Baustein dafür ist unsere Vision von der HUK24 als „personalisierte Versicherungsmaschine“.³³ Diese Vision zielt darauf ab, nicht nur eine schnellere und einfachere Kundeninteraktion zu ermöglichen, sondern gleichzeitig auch sicherzustellen, dass unsere Kund:innen jeweils das für sie passendste Versicherungsprodukt erhalten. Zugleich zahlt dies natürlich auf den weiteren Ausbau unseres Kostenvorteils ein, was enorm wichtig ist. Denn nur so verfügen wir über den finanziellen Spielraum, unsere technologischen Ambitionen für die Zukunft der HUK24 zu verwirklichen.

Erfolgskritisch wird dabei sein, dass Verbesserungen und höhere Ambitionen nicht nur vom Vorstand angeregt, sondern auch durch moderne Führungskonzepte wie „objectives and key results“ und flache Hierarchien so nachhaltig im Unternehmen verankert werden, dass alle Beschäftigten sie gemeinsam vorantreiben. Auf diese Weise entsteht eine sich selbst verstärkende Kultur und Praxis der kontinuierlichen Verbesserung. Diese bietet zum einen allen Mitarbeitenden klare Entwicklungsperspektiven und gibt ihnen das Gefühl, an etwas Größerem zu arbeiten, und zum anderen zieht sie immer wieder neue Talente an.

³¹ Pressemitteilungen und HUK24-Geschäftsbericht

³² Search Engine Optimization/Search Engine Advertising

³³ Siehe auch Interview mit Dr. Stuhldreier auf McKinsey.com „Revolutionizing insurance: The personalized insurance engine“, <https://www.mckinsey.com/industries/financial-services/our-insights/revolutionizing-insurance-the-personalized-insurance-engine>



A1.c „Future of Work“ – Symbiose aus Arbeiten im Homeoffice und im Büro als Personalmagnet

In Deutschland hat die COVID-19-Pandemie einen rasanten Anstieg der Arbeit im Homeoffice bewirkt. Was vor 2020 häufig nur mit individuellen Anträgen möglich und mit starken Einschränkungen verbunden war, wurde schnell zur Selbstverständlichkeit. Dies lag insbesondere an der Ende Januar 2021 eingeführten Homeoffice-Pflicht für Firmen bzw. Beschäftigte, bei denen dies „nach betrieblichen Gegebenheiten möglich ist“. Mit der Aufhebung dieser Pflicht und der Möglichkeit, zur Normalität zurückzukehren, stellt sich nun die Frage, wie der Arbeitsplatz der Zukunft – die „Future of Work“ – allgemein und speziell für GKVen aussehen soll. Und welche Chancen sich dadurch für Mitarbeitende und Unternehmen ergeben.

In der Regel haben wir einmal je Generation – wenn überhaupt – die Möglichkeit, unsere Arbeitsweise neu zu denken. Im 19. Jahrhundert brachte die industrielle Revolution Beschäftigte in Europa und den Vereinigten Staaten von den Feldern in die Fabriken. Der Erste und der Zweite Weltkrieg führten Frauen in beispiellosem Ausmaß in die Arbeitswelt. In den 1990er Jahren bewirkte die explosionsartige Verbreitung von PCs und E-Mail eine rasante Steigerung der Produktivität – und leitete das digitale Zeitalter ein, wie wir es heute kennen. Im Jahr 2020 schließlich trieb die COVID-19-Pandemie die Beschäftigten aus den Büros in die Heimarbeit. Die Rückkehr an den Arbeitsplatz bietet eine große Chance: Auf Basis der Erfahrungen aus der Pandemie kann ein effektiveres Betriebsmodell geschaffen werden, das für Unternehmen und Menschen funktioniert, die sich in einer Welt immer schnellerer Veränderung bewegen.³⁴

Im Juli 2021 wurde in Deutschland die Homeoffice-Pflicht³⁵ aufgehoben. Doch Unternehmen zögern mit der Wiederöffnung ihrer Büros, denn die Volatilität der Pandemie verunsichert Unternehmen und Beschäftigte auch in Bezug auf die Arbeitssicherheit. Der rasante Anstieg an Heimarbeit während der Pandemie und die Möglichkeit, nun wieder ins Büro zurückzukehren, werfen viele Fragen auf:

- Welche Veränderungen haben sich aus der vermehrten Heimarbeit für Unternehmen und Beschäftigte ergeben?
- Wie und wo stellen sich Unternehmen und Beschäftigte den Arbeitsplatz der Zukunft vor?
- Was ist wichtig für eine zukünftige Mischung aus Homeoffice und der Arbeit vor Ort?
- Von welchen Vorteilen können GKVen profitieren und wie können sie sich entsprechend vorbereiten?

³⁴ <https://www.mckinsey.com/business-functions/organization/our-insights/its-time-for-leaders-to-get-real-about-hybrid>

³⁵ <https://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze-und-Gesetzesvorhaben/sars-cov-2-arbeitsschutzverordnung.html>

Heimarbeit ist zur Norm geworden

Heimarbeit ist in der Corona-Pandemie zur Norm geworden. Schätzungen gehen von ca. 40% der Beschäftigten in der EU aus, die in der Pandemie vollständig im Homeoffice arbeiten konnten. Vor der Pandemie hatten Schätzungen zufolge lediglich 15% der Beschäftigten überhaupt schon einmal von zu Hause aus gearbeitet.³⁶

In Deutschland war das Angebot zum Homeoffice wichtiger Bestandteil der Corona-Arbeitsschutzverordnung. Vor der Pandemie hatten ca. 4% der Beschäftigten ausschließlich oder überwiegend im Homeoffice gearbeitet. Im ersten Lockdown waren es bereits etwa 27%. Mit der Stabilisierung des Infektionsgeschehens und sinkenden Inzidenzwerten ging dieser Anteil im Sommer 2020 zurück. Aber mit der nächsten Infektionswelle und den entsprechenden Sicherheitsmaßnahmen lag der Anteil im Januar 2021 wieder bei rund 24% (siehe Schaubild A1.13).³⁷

Zufriedenere Beschäftigte und gesteigerte Leistung

Unternehmen und Beschäftigte konnten also ihre ganz persönlichen Erfahrungen mit der Arbeit im Homeoffice machen. Vorteile der Heimarbeit scheinen auf beiden Seiten zu bestehen – bei Unternehmen und Mitarbeitenden. McKinsey hat einen Forschungsdatensatz mit 500 Unternehmen ausgewertet: Es zeigte sich, dass während der Pandemie etwa 50% der Unternehmen ihre Leistung gesteigert haben. Die anderen 50% haben keine nennenswerten Veränderungen, aber auch keine Rückgänge verzeichnet.³⁸

In der Bewertung der Leistung der Unternehmen wurden Messpunkte analysiert wie Entscheidungsgeschwindigkeit und -qualität, individuelle Produktivität, Teamproduktivität und andere Leistungskennzahlen. Die Daten stammen hauptsächlich aus amerikanischen Unternehmen, die Analysen werden im Herbst 2021 mit dem Schwerpunkt auf deutschen Organisationen wiederholt. Gespräche und Diskussionen mit Vertreter:innen der Industrie lassen eine ähnliche Entwicklung wie in den USA annehmen.

³⁶ https://ec.europa.eu/jrc/sites/default/files/jrc120945_policy_brief_-_covid_and_telework_final.pdf

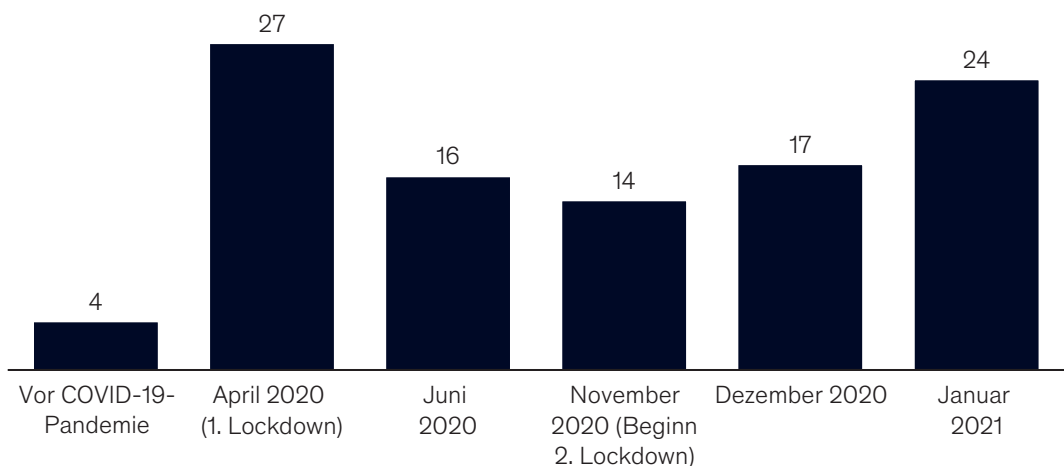
³⁷ <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1204173/umfrage/befragung-zur-homeoffice-nutzung-in-der-corona-pandemie/>

³⁸ <https://www.mckinsey.com/business-functions/organization/our-insights/return-as-a-muscle-how-lessons-from-covid-19-can-shape-a-robust-operating-model-for-hybrid-and-beyond>

Schaubild A1.13

Rasanter Anstieg der Heimarbeits-Quote im 1. Lockdown – Anteil im Jahresverlauf schwankt je nach Pandemiesituation

Anteil der Befragten mit Angabe „Ich arbeite ausschließlich/überwiegend von zu Hause aus“ in Prozent (n = 2.600)



Quelle: Statista, Datenstand Februar 2021

Aus den Ergebnissen lässt sich schließen, dass die Organisationen, die ihre Leistung gesteigert haben, dies auf der ganzen Linie und nicht nur bei einigen Teams verzeichnen konnten. Die Unternehmen, die von der Heimarbeit profitiert haben, verzeichneten sogar einen Anstieg der Arbeitszufriedenheit ihrer Beschäftigten um 48%. Die Unternehmen mit der geringsten Leistung mussten dagegen einen Rückgang der Mitarbeiterzufriedenheit um 9% hinnehmen.

Die Mitarbeitenden sind nicht nur zufriedener, sondern sehen in der örtlichen Flexibilität auch positive gesundheitliche Aspekte. In einer Umfrage im Rahmen des BKK Gesundheitsreport 2020 geben 32 bis 36% der Befragten aus der Wirtschaftsgruppe öffentliche Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung an, eher bzw. sehr positive Zusammenhänge zwischen der örtlichen Flexibilität und ihrer Gesundheit zu sehen. Vor allem hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit bemerken sie eine positive Wirkung. 9 bis 17% derselben Gruppe sehen hingegen einen eher bzw. sehr negativen Effekt. Als negativ wird die Auswirkung der Heimarbeit vor allem auf die körperliche Gesundheit bewertet.³⁹

Ein weiterer Vorteil der Heimarbeit für Unternehmen ist der sich vergrößernde Talent-Pool. 70% der Arbeitnehmer:innen geben an, dass die Möglichkeit zur Heimarbeit ein wichtiges Kriterium bei der Wahl der nächsten Arbeitsstelle ist.

Finanziell profitieren vor allem Unternehmen von der Heimarbeit, die sich auch vor der Corona-Pandemie bereits mit der Immobilien- und Standortoptimierung beschäftigt haben. Ihnen bietet die Heimarbeit neue Möglichkeiten, Standortgrößen und ganze Standorte neu zu planen und so Kosten zu sparen. Dennoch prüfen Unternehmen nun auch andere Einsparpotenziale wie die Reduzierung von Reisekosten und weniger offensichtliche Einsparpotenziale wie den internen Fuhrpark.

Weniger Zusammengehörigkeitsgefühl und Teamarbeit

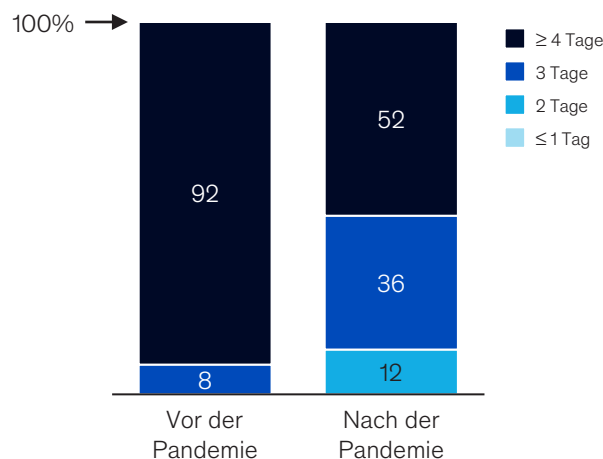
Dennoch gibt es gute Gründe, die Mitarbeitenden wieder im Büro zu versammeln. Im Verlauf der Pandemie litten – trotz virtueller Alternativen – das Zusammengehörigkeitsgefühl und die sozialen Kontakte, insbesondere bei Beschäftigten mit kürzerer

³⁹ https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Publikationen/2020/Gesundheitsreport_2020/BKK_Gesundheitsreport_2020_web.pdf

Schaubild A1.14

Die meisten Vorstände und Topmanager:innen rechnen mit 3 oder mehr Tagen Arbeit pro Woche im Büro

Durchschnittlicher Anteil an Arbeitstagen pro Woche vor und nach der COVID-19-Pandemie
in Prozent (n = 504)



Quelle: McKinsey CxO Survey zur Rückkehr an den (Büro-)Arbeitsplatz, Mai 2021

Unternehmenszugehörigkeit.⁴⁰ Die Interaktion über Organisationseinheiten hinweg wurde durch die Heimarbeit immer schwieriger: Ohne persönlichen Austausch besteht z.B. auch bei wichtigen Terminen die Gefahr, dass die Beteiligten diskussionsmüde werden und der inhaltliche Austausch durch eingeschränkte Visualisierungsmöglichkeiten erschwert wird. Außerdem ist es schwieriger, konflikträchtige Gespräche virtuell zu führen.

Gerade Frauen mussten in der Pandemie Erwerbs- und Betreuungsaufgaben zugleich schultern. Das traditionelle Rollenbild wurde dabei eher gefestigt als hinterfragt. Geschlechterübergreifend nehmen psychische Probleme wie Depressionen, Angst und Burnout zu (siehe auch Artikel A1.a „Gesundheitliche Auswirkungen von COVID-19 und der Pandemie“). Dies spiegelt die reduzierten informellen und persönlichen Kontakte wider, die den Arbeitsplatz vor Ort ausmachen.⁴¹

Es gibt weitere praktische Gründe, warum Heimarbeit nicht für alle langfristig eine Option sein kann. So erwarten etwa Kund:innen bzw. Versicherte wieder flexiblere und längere Öffnungszeiten in den Filialen und damit mehr Möglichkeiten für einen Termin vor Ort.

Hybride Arbeitsmodelle als wichtiger Baustein der „Future of Work“

Praktikabel und akzeptiert sollte es sein, wenn typische „Kern“-Mitarbeitende künftig zwei bis drei Tage Büroarbeit mit zwei bis drei Tagen Homeoffice pro Woche kombinieren. Dies bestätigt auch eine McKinsey-Umfrage unter Vorständen und im Topmanagement (siehe Schaubild A1.14). Die Interviewten geben außerdem an, dass das „Experiment Homeoffice“ überraschend effektiv war. Sie glauben aber auch, dass es langfristig der Unternehmenskultur und dem Zugehörigkeitsgefühl schade. Die Befragten zeigen sich generell offen für eine neue, flexiblere Normalität, die sich jedoch nicht dramatisch von der alten unterscheidet.⁴²

Auch hierzu stammen die Daten größtenteils aus den USA; eine ähnliche Einstellung im deutschen Arbeitsmarkt ist jedoch wahrscheinlich.

Und welches Bild zeigt sich auf der Arbeitnehmerseite? Eine Studie der Universität Konstanz hat deutsche Beschäftigte in Heimarbeit begleitet. Dabei zeigte sich, dass die, die im Sommer

oder Herbst 2020 aus dem Homeoffice ins Büro zurückgekehrt waren, sich selbst als unproduktiver und emotional erschöpft empfanden. Die meisten Studienteilnehmer:innen wünschten sich im Herbst 2020 ein hybrides Arbeitsmodell mit zwei Tagen Homeoffice pro Woche (siehe Schaubild A1.15). Die Vorstellungen von Unternehmen und Beschäftigten liegen hier also nah beieinander. Die Präferenz eines hybriden Modells beruht bei den Beschäftigten vor allem auf zwei Aspekten: Der entfallende Weg zur Arbeit spricht für das Homeoffice; der Austausch mit Kolleg:innen spricht hingegen für die Anwesenheit im Büro.⁴³

Identifikation von Homeoffice-Potenzialen

Um ein hybrides Arbeitsmodell zu ermöglichen, bedarf es einer differenzierten Betrachtung der Mitarbeitenden und ihrer Aufgaben. Für Organisationen ist es wichtig zu verstehen, welche Beschäftigten bzw. welche Aufgaben wo und wie am besten durchzuführen sind – in Heimarbeit oder vor Ort. Über eine Segmentierung der Mitarbeitenden bzw. Aufgaben ist festzulegen, wer genau welche Homeoffice-Möglichkeiten erhalten sollte. Die folgenden vier Segmente sind denkbar: (1) 100% Homeoffice (z.B. virtuelle Kundenberatung), (2) Hybridmodell (z.B. Marketing, Kommunikation), (3) Hybridmodell als Ausnahme (z.B. Zugriff auf feste Infrastruktur nötig), (4) 100% Anwesenheit vor Ort (z.B. Kundenberatung vor Ort).

Diese Segmentierung zeigt für jede Organisation, welche Segmente wie stark „belegt“ sind. Selbst zwischen Teams kann das Bild variieren, je nach Aufgabenverteilung sogar zwischen einzelnen Teammitgliedern. Diese Varianz muss der Führungsebene bewusst sein – vor allem die Tatsache, dass manche Mitarbeitende nicht von einem flexiblen hybriden Arbeitsmodell profitieren werden.

Die Beschäftigten könnten dies als Nachteil ansehen. Daher ist die Segmentierung fundiert zu erarbeiten; idealerweise sind Mitarbeitende daran zu beteiligen. Ziel ist nicht, alle aufkommenden Wünsche zu berücksichtigen; vielmehr sollte die Arbeitsebene in Analysen und die Lösungsfindung eingebunden werden. Eine solche Einbindung erhöht für gewöhnlich die Akzeptanz der Ergebnisse. In die Analyse muss z.B. auch einfließen, welche Systeme sicherstellen, dass die Leistung in der Heimarbeit genauso

⁴⁰ <https://www.mckinsey.com/business-functions/organization/our-insights/return-as-a-muscle-how-lessons-from-covid-19-can-shape-a-robust-operating-model-for-hybrid-and-beyond>

⁴¹ <https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/erwerbs-und-sorgearbeit-frauen-in-der-coronakrise-was-kann-die-zunehmende-traditionalisierung-aufhalten/27040504.html?ticket=ST-9222814-VE4TBfH0ayvQapbsYRac-ap3>

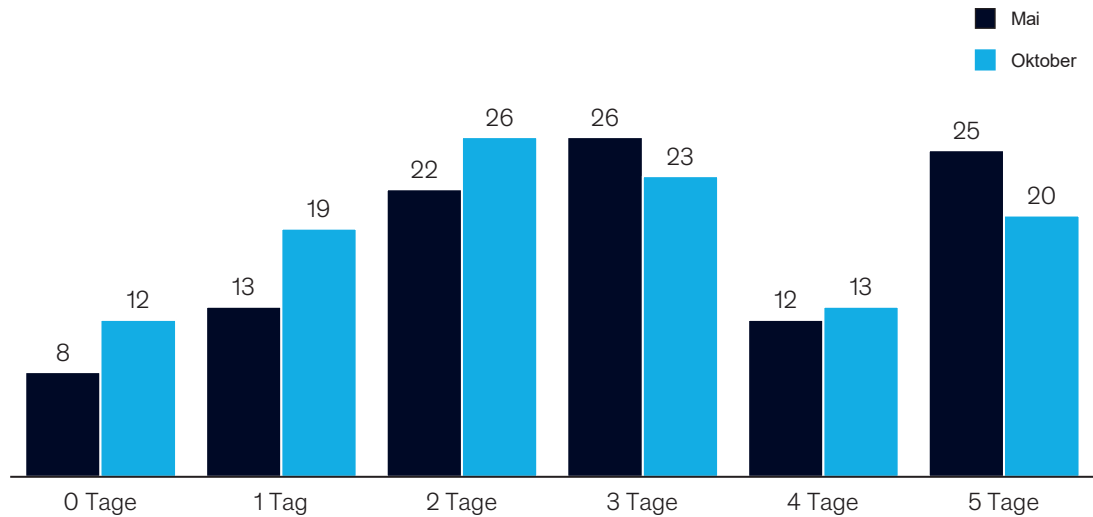
⁴² <https://www.mckinsey.com/business-functions/organization/our-insights/its-time-for-leaders-to-get-real-about-hybrid>

⁴³ https://www.uni-konstanz.de/typo3temp/secure_downloads/64520/0/1627adf7b35205138d46c38bc7192956952f63f77/Factsheet_Nov_2020_final.pdf

Die Mehrheit der Beschäftigten präferiert 2-3 Tage Heimarbeit pro Woche

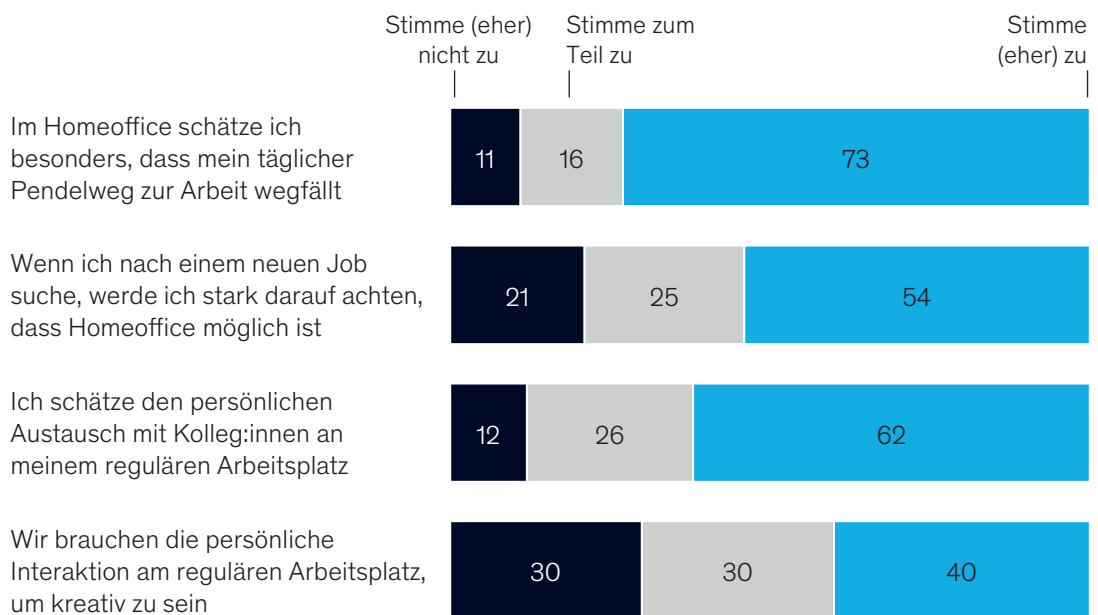
Präferenz zu Wochentagen im Homeoffice

in Prozent (n = 699)



Gründe für bzw. gegen die Arbeit im Homeoffice

in Prozent (n = 699)



Quelle: Universität Konstanz „Konstanzer Homeoffice-Studie“

hoch oder höher ist als in der Arbeit vor Ort. Dabei ist auch die Personalvertretung einzubinden, um bei den diskutierten Lösungen personalrechtliche Vorgaben im Analyseprozess einzuhalten.

Trotz Einbindung unterschiedlicher Interessengruppen wird keine Organisation um eine klare interne Kommunikation herumkommen, die die Varianz im Homeoffice-Potenzial offen anspricht und gut begründet.

Auch das Anreizsystem sollte überdacht werden. Mitarbeitende ohne Homeoffice-Potenzial können ggf. alternative Anreize erhalten. Auch können ihre Arbeitsmodelle anpassungsfähiger gestaltet und aus Mitarbeitersicht optimiert werden. Eine Möglichkeit sind etwa flexiblere Arbeitszeiten.

Infrastruktur, digitale Fähigkeiten und kulturelle Anpassungen

Für den langfristigen Erfolg eines hybriden Arbeitsmodells müssen Mitarbeitende einerseits Zugriff auf schnelle und sichere Infrastruktur haben, die den reibungslosen Austausch untereinander ermöglicht. Andererseits muss die Unternehmenskultur Raum für einen fruchtbaren digitalen wie persönlichen Austausch zwischen den Mitarbeitenden schaffen und die dafür notwendigen digitalen Fähigkeiten aktiv fördern.

Im vergangenen Jahr wurde im Eiltempo in die benötigte Infrastruktur investiert; Plattformen und Prozesse wurden geschaffen. Jetzt ist jedoch strategisch zu überdenken, wie die Infrastruktur langfristig aussehen kann und soll. Hier kommen Themen ins Spiel wie Kommunikationstechnik (u.a. stabile Internetverbindung, IT-Hardware), Online-Wissensdatenbanken sowie sicherer Datentransfer und Trackingsysteme, die von der Personalvertretung unterstützt werden. Die dafür notwendigen Investitionen können auf Grund der finanziellen Belastung durch die Pandemie eine Herausforderung für die Unternehmen darstellen. Es bedarf also einer klaren Analyse und Priorisierung, welche Infrastrukturlücken zuerst geschlossen werden und welche mittelfristig.

Den Unternehmen sollte auch bewusst sein, dass nicht alle Mitarbeitenden sich zu Hause einen angenehmen, d.h. ergonomischen und ruhigen, Arbeitsplatz einrichten können. Eine kleine Wohnung, Familienangehörige oder Mitbewohner:innen sind nur einige Gründe, warum die Heimarbeit unter Umständen nicht möglich sein kann. Aber auch technische Gegebenheiten wie mangelnde Internetgeschwindigkeit (z.B. in ländlichen Gebieten)

können die beste Planung eines Unternehmens zunichtemachen.

Neben der Infrastruktur sind die Kultur, mit der in einem hybriden Modell zusammengearbeitet wird, und die damit verbundenen Fähigkeiten wichtigste Bestandteile für dessen Erfolg. Diese Fähigkeiten, der Führungsstil, informelle Regeln der Zusammenarbeit und interne Richtlinien sind zu definieren:

Fähigkeiten. Die wichtigsten Fähigkeiten, um in hybriden Arbeitsmodellen eine Organisation für die Zukunft erfolgreich aufzustellen, sind Führung und Management anderer, kritisches Denken und Entscheidungsfindung sowie Projektmanagement. Es wird immer wichtiger, dass Mitarbeitende soziale und emotionale Kompetenzen in ihrem Arbeitsalltag einsetzen, also solche Kompetenzen, die Maschinen nicht nachahmen können. Insbesondere der humane Wettbewerb mit der Automatisierung und Maschinen erhöht zunehmend die Bedeutung der kontinuierlichen Weiterentwicklung persönlicher Fähigkeiten.⁴⁴

Führungsstil. Viele traditionelle Organisationen haben den Übergang zu einem agilen und flexiblen Management noch nicht vollzogen. Vor allem im öffentlichen Dienst wurde bisher kein ausreichender Fokus auf eine Veränderung hin zum Führungsstil der Zukunft gelegt. Im Gegenteil: Der gängige Führungsstil beruht häufig auf dem persönlichen Austausch bzw. dem Überwachen von Arbeitslast und Effizienz.

Im hybriden Arbeitsmodell wird jedoch der agile Führungsstil viel wichtiger sein. Es wird darauf ankommen, Mitarbeitende im sich schnell verändernden Umfeld effektiv zu steuern sowie Ergebnisse festzulegen und zu bewerten, anstatt den Aufwand und Weg dorthin. Das bedeutet z.B., dass Produktivität nicht anhand der Ein- und Ausstempelzeiten gemessen wird, sondern anhand der erzielten Ergebnisse. Etablierte Führungskräfte können dies sicherlich durch Training und Coaching erlernen, aber auch im Bewerbungsprozess ist bereits auf die entsprechenden Fähigkeiten zu achten.

Von großer Bedeutung ist auch die Gleichstellung und Integration aller Mitarbeitenden, egal von wo aus sie arbeiten. Mitarbeitende, die häufiger an Präsenzterminen teilnehmen, dürfen nicht als leistungsbeurer und -fähiger gelten. Führungskräfte sollten vielmehr eine integrative Atmosphäre vorleben und vorgeben. Es sollte z.B. in der Karriereentwicklung kein Unterschied dadurch entstehen, dass jemand mehr oder weniger im Homeoffice arbeitet.

⁴⁴ <https://www.mckinsey.com/business-functions/organization/our-insights/three-keys-to-building-a-more-skilled-postpandemic-workforce>

Informelle Regeln der Zusammenarbeit. Wichtig sind klare, ggf. auch teamübergreifende Abstimmungen, wer wann seine Tage vor Ort verbringt, um die gemeinsame Zeit als Team zu maximieren und sinnvoll nutzen zu können. Die Planung sollte nicht nur tageweise erfolgen; es sollte auch für jeden Termin festgelegt werden, ob er persönlich oder virtuell stattfindet. Workshops mit intensiver Interaktion und Diskussion funktionieren besser, wenn die Teilnehmer:innen persönlich zusammentreffen. Virtuelle Meetings können schnell erschöpfend sein. Die Nutzung von Video und dem Chat kann helfen, virtuelle Meetings interaktiver und persönlicher zu gestalten. Solche Regeln der Zusammenarbeit sollten genauso in die Kultur aufgenommen werden wie eine jeweils fest vereinbarte Zeitdauer für virtuelle Meetings.

Richtlinien. Die meisten Unternehmen haben Reiserichtlinien für ihre Mitarbeitenden festgelegt. Diese sind nur ein Beispiel für interne Vorgaben, die bei einem hybriden Arbeitsmodell ggf. anzupassen sind. In Zukunft sollte z.B. tendenziell weniger gereist werden.

Chancen für GKVen durch hybride Modelle

Wie zu Beginn erwähnt, wünschen sich 70% der Beschäftigten einen Arbeitsplatz, der Heimarbeit ermöglicht. Für die GKVen ergeben sich deshalb aus dem hybriden Modell besonders in zwei Dimensionen Chancen: zum einen in der Gestaltung der Arbeitsmodelle für bestehende Mitarbeitende, zum anderen in der Gewinnung von Nachwuchstalente. Die meisten GKVen erwarten eine massive Nachwuchslücke in den kommenden fünf Jahren, denn wichtige Stellen können aus den eigenen Reihen nicht adäquat nachbesetzt werden. Hinzu kommt der Fokus vieler Kassen auf eine verstärkte Digitalisierung. Die dafür erforderlichen Talente sind rar – auch hier müssen die GKVen also aktiv und kreativ werden, um Fachkräfte anzusprechen und für diese attraktiv zu sein.

Bestehenden Mitarbeitenden eröffnet ein hybrides Modell neue Möglichkeiten – vor allem, wenn sich ihre persönlichen Umstände ändern: wenn sie z.B. umziehen, eine Familie gründen oder sich um einen Pflegefall kümmern müssen. Solche Ereignisse waren in der Vergangenheit oft ein Grund, einen neuen Job zu suchen oder in Teilzeit zu wechseln. Ein hybrides Arbeitsmodell erlaubt mehr Flexibilität, um privaten und beruflichen Verpflichtungen nachzukommen. Und gerade den Kranken-

kassen wird hier eine Vorbildrolle zugeschrieben. Beruf und Familie zu verbinden, Angehörige zu pflegen und die eigene Gesundheit zu erhalten – all dies sind Werte, die eine Krankenkasse unterstützen sollte. Flexible Arbeitszeitmodelle spielen dabei eine wichtige Rolle.

Für GKVen bietet die Einführung hybrider Modelle auch hinsichtlich der Talent-Rekrutierung enorme Vorteile. Das Arbeiten aus der Ferne erlaubt es, auch aus überregionalen Talent-Pools zu schöpfen, die bisher häufig nicht genutzt werden konnten. Wie wichtig dies ist, zeigt ein Blick auf die Altersstruktur der Belegschaften: Im öffentlichen Dienst ist der Anteil der Beschäftigten, die 60 Jahre oder älter sind, mit 12,3% besonders hoch.⁴⁵ Bei vielen Krankenkassen dürfte das Bild ähnlich aussehen – damit steigt in den kommenden Jahren der Druck, relevante Positionen neu zu besetzen.

Zusätzlich wächst auch im GKV-Umfeld der Bedarf an talentierten IT- und Analytik-Fachkräften. Mit der Digitalisierung, dem Fokus auf datengetriebenen Geschäftsabläufen und Predictive Analytics werden in diesem Bereich viele neue Stellen geschaffen. Da entsprechende Talente in allen Branchen zunehmend gefragt sind, ist dieser Markt stark umkämpft.

Adäquate Unternehmenskultur wichtig für erfolgreiche Umsetzung

Unternehmen, in denen hybride und flexible Arbeitsmodelle gelebt werden, ziehen mehr Fachkräfte an und sichern so ihren langfristigen Erfolg. In Verbindung mit einer positiven Unternehmenskultur kann das hybride Arbeitsmodell einen Wettbewerbsvorteil erzielen – auch innerhalb der Kassenlandschaft. Um hybride Arbeitsmodelle im GKV-Umfeld umzusetzen und damit einen Baustein für die „Future of Work“ zu liefern, sind also vor allem drei Elemente in den Fokus zu nehmen:

Fähigkeitenaufbau. Dieser richtet sich an alle Mitarbeitenden, damit sie effizient und effektiv mit der neuen Infrastruktur arbeiten können. Gleichzeitig sind die Beschäftigten zu befähigen und zu ermutigen, ihre sozialen und emotionalen Kompetenzen stärker in den Arbeitsalltag einzubringen. So können sie insbesondere die Lücken füllen, die durch Automatisierung und den Einsatz von Maschinen entstehen, z.B. Beziehungsaufbau und Konfliktlösung. Hier sind die GKVen u.a. gefragt, ihre internen Weiterbildungsprogramme zu analysieren und entsprechende Inhalte einzubauen sowie ein übergreifendes Change Management sicherzustellen.

⁴⁵ https://www.haufe.de/oeffentlicher-dienst/personal-tariffrecht/besonders-viele-aeltere-beschaefigte-im-oeffentlichen-dienst_144_505006.html

Unternehmenskultur. Die GKVn sollten vor allem den regelmäßigen Austausch zwischen den Mitarbeitenden teamintern und -übergreifend fördern. Gleichstellung und Gleichberechtigung dürfen nicht vom präferierten Arbeitsort abhängen. Die Führungskräfte leben dies vor und achten darauf, dass allein das Ergebnis der Arbeit zählt. Dies erfordert innovative Ansätze bei der Leistungsmessung und -bewertung. Führungskräfte sollten daher gemeinsame Ziele klar kommunizieren, ihr Erreichen feiern und gleichzeitig Verständnis für private Verpflichtungen und Umstände der Beschäftigten zeigen und diese unterstützen. In einer solchen Unternehmenskultur können die Mitarbeitenden Stolz und Loyalität entwickeln.

Arbeitssicherheit. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Gewährleistung der Arbeitssicherheit im Homeoffice. Geltende Regelungen, sowohl zur „Hardware“ als auch solche, die mit der Personalvertretung abgestimmt sind, müssen auch zu Hause umsetzbar sein und die GKV muss diese als Arbeitgeber unterstützen. Dies betrifft nicht nur den physischen Arbeitsplatz, z.B. ergonomische Möbel, sondern auch die Arbeitszeiten. Vor allem Letztere sind im Homeoffice häufig schwer zu überprüfen. Hier kommt wieder die offene Unternehmenskultur zum Tragen, in der gegenseitiges Vertrauen das A und O ist.



Hybride Arbeitsmodelle mit ca. zwei bis drei Arbeitstagen zu Hause bzw. im Büro werden wohl einen relevanten Baustein der „Future of Work“ darstellen. Beschäftigte und Arbeitgeber können sich derzeit gut mit diesem Modell identifizieren, in dem sie weiterhin von den Vorteilen der Heimarbeit profitieren und Nachteile abschwächen könnten. Zur Sicherstellung des Erfolgs derartiger Modelle und weiterer Aspekte der „Future of Work“, d.h. des tatsächlichen (Er-)Lebens einer neuen Art des Arbeitens, bedarf es dabei teils fundamentaler Veränderungen von Einstellungen und Fähigkeiten, für die die Grundsteine insbesondere seit Beginn der COVID-19-Pandemie bereits gelegt wurden.

Die GKVn haben nun die Möglichkeit, zu reflektieren, was im vergangenen Jahr gut funktioniert hat und was nicht, um ein solches Modell als Basis für die „Future of Work“ langfristig aufzubauen. Dazu bedarf es Klarheit über das Heimarbeitspotenzial eines jeden Mitarbeiterprofils, einer sicheren Infrastruktur für das Homeoffice sowie einer Unternehmenskultur, die die Symbiose der Arbeit von zu Hause aus und vor Ort im Büro fördert und unterstützt. Daneben haben die Krankenkassen jetzt nicht nur die Chance, Talente aus einem viel größeren Pool für sich zu rekrutieren, sondern auch eine strategische Diskussion zur Ausrichtung ihrer Ziele und Mission zu führen. Die „Future of Work“ kann schließlich über die Mitarbeitenden hinaus unter dem Aspekt der „Krankenkasse der Zukunft“ gedacht werden. Dabei läge der Fokus auf einer service- und versichertenzentrierten Organisation.



Veränderungen in der Krankenhaus-Rechnungsprüfung – Perspektiven zum MDK-Reformgesetz

A2

Seit Anfang 2020 ist das MDK-Reformgesetz in Kraft und hat zahlreiche Änderungen in der Krankenhaus-Rechnungsprüfung mit sich gebracht – sowohl für Krankenkassen als auch für Krankenhäuser. Eine aktuelle Umfrage von McKinsey beleuchtet die von der Reform ausgelösten Veränderungen und Auswirkungen sowie die Reaktionen auf das Gesetz.



Interview mit Thomas Lemke, ab Seite 52
Vorstandsvorsitzender der Sana Kliniken AG

„Das Vertrauen in die ursprüngliche Intention der Reform muss zurückgewonnen werden.“ #Nachbesserungsbedarf

Krankenkassen und Krankenhäuser arbeiten in der Rechnungsprüfung seit Anfang 2020 unter den neuen Bedingungen des MDK-Reformgesetzes. McKinsey hat im Juni und Juli 2021 knapp 60 Beschäftigte von Krankenhäusern und Krankenkassen mit Berührungspunkten zur Abrechnungsprüfung befragt, wie sie die MDK-Reform und ihre Auswirkungen wahrnehmen. Die wichtigsten

Erkenntnisse aus der Umfrage¹ zeigt eine Infografik (siehe Seite 47 ff). Durchaus überraschend ist, wie unterschiedlich Beschäftigte von Krankenhäusern und Krankenkassen die MDK-Reform bewerten. Die Intention der MDK-Reform war es, Ressourcen zu schonen und den Verwaltungsaufwand in der Krankenhaus-Rechnungsprüfung zu reduzieren. Dies steht allerdings im Widerspruch zum spürbaren Mehraufwand in den Krankenhäusern, der häufig mit Personalaufstockung einhergeht.

Erwartungsgemäß hat die MDK-Reform bei den Krankenkassen zur (Weiter-)Entwicklung algorithmengestützter Fallpriorisierung geführt. Am Ende dieses Abschnitts finden sich Handlungsvorschläge für diejenigen Krankenkassen, die diese Anpassungen noch nicht vorgenommen haben.



Interview mit Ekkehard Ellmann, ab Seite 56
Geschäftsbereichsleiter Stationäre Versorgung der AOK Bayern

„Das MDK-Reformgesetz hat aus unserer Sicht einen erheblichen Zuwachs an Komplexität erwirkt.“ #Vereinfachung
#Vereinheitlichung

¹ Umfrage mit 60 Teilnehmenden aus den Bereichen Krankenhaus und Krankenkassen, ergänzt um qualitative Interviews

MDK-Reform in Kürze

Der Bundestag hat am 7.11.2019 das MDK-Reformgesetz beschlossen, das seit seinem Inkrafttreten am 1.1.2020 zu zahlreichen Veränderungen in der Krankenhaus-Rechnungsprüfung geführt hat. Das Gesetz soll Bürokratie abbauen und eine faire Abrechnung im Krankenhausbereich fördern, z.B. durch Begrenzung der Rechnungsprüfungen beim

Medizinischen Dienst (MD) sowie Sanktionen für fehlerhafte Rechnungen.

Das MDK-Reformgesetz umfasst fünf wesentliche Regelungen zur Krankenhaus-Rechnungsprüfung (siehe Schaubild A2.1).

Schaubild A2.1

Das MDK-Reformgesetz umfasst 5 Regelungen zur Krankenhaus-Rechnungsprüfung


Thema	Geplante Regelung	Änderungen durch COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz
MD-Prüfquote	2020: 12,5%; 2021: 5, 10 oder 15% je nach Abrechnungsqualität	2020: 5%; 2021: gestuftes quartalsbezogenes Prüfquotensystem
Aufschlag für Krankenhäuser bei Prüfungen	2020: 10% der Kürzung, mind. 300 EUR pro Fall; 2021: 0, 25 oder 50% der Kürzung (je nach Abrechnungsqualität), mind. 300 EUR und max. 10% des unstrittigen Rechnungsbetrags pro Fall ¹	Aufschlag in den Jahren 2020 und 2021 komplett gestrichen, um hoher Belastung durch die COVID-19-Pandemie und Liquiditätsengpässen entgegenzuwirken
Rechnungskorrektur	Nur um Rechnung an MD-Prüfergebnis oder rechtskräftiges Urteil anzupassen	Fristen in PrüfV verlängert
Aufrechnung	Nur erlaubt, wenn die Rechnung vom Krankenhaus nicht bestritten oder rechtskräftig festgestellt wird	
Pflegeentgelte	Nur kürzbar, wenn nach Prüfung als ambulant oder vorstationär zu vergüten ist oder bei DRG-Anpassung	
Strukturprüfungen	Ersatz der Einzelfallprüfung durch regelmäßige Strukturprüfungen Erlass der entsprechenden MD-Richtlinie bis zum 30.4.2020; Übermittlung der Erfüllung der Strukturmerkmale durch die Krankenhäuser bis zum 31.12.2020	Einführung von Strukturprüfungen um 1 Jahr verschoben; Übermittlung über die Erfüllung von Strukturmerkmalen bis zum 31.12.2021 Frist, binnen derer der MD Bund die Richtlinien zur Strukturprüfung auf Basis der OPS-Codes zu erlassen hat, bis zum 28.2.2021 verlängert


¹ Pauschale für Kassen bei Nicht-Kürzung: bestehende Aufwandspauschale von 300 EUR pro Fall bleibt unverändert

Quelle: McKinsey

Ergebnisse der Online-Umfrage zum MDK-Reformgesetz

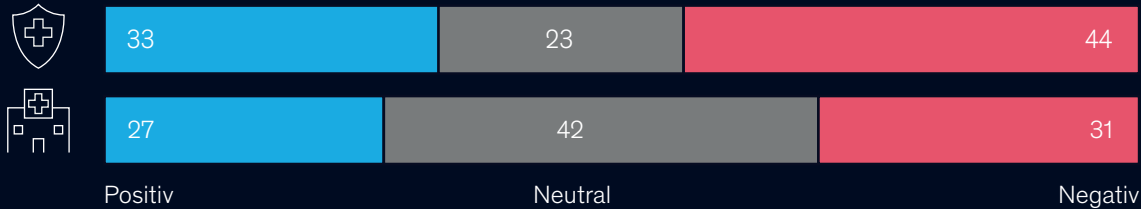
in Prozent (Ergebnisse gerundet)

 Krankenkasse (n = 9)

 Krankenhaus (n = 52)

Umfrageteilnehmer:innen bewerten Reform nicht eindeutig

F: Wie bewerten Sie die MDK-Reform im Allgemeinen?

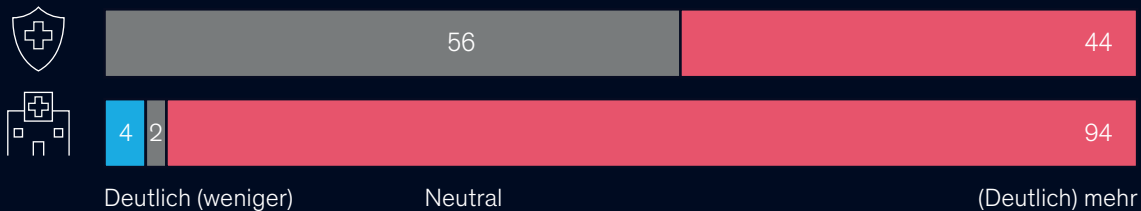


„Grundsätzlich muss sich noch einiges „einrücken“. Für uns haben sich einige Prozesse geändert, aber der Aufwand ist unterm Strich ähnlich. Für uns als große Kasse betrachte ich die Reform derzeit als neutral.“

– Kassenvertreter

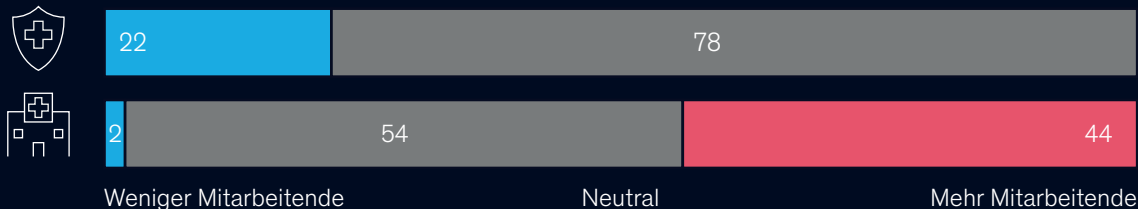
Vor allem Krankenhäuser nehmen Mehraufwand durch Reform wahr

F: Wie hat sich Ihr Aufwand durch die MDK-Reform geändert?



Mitarbeiterzahlen entwickelten sich bei Krankenhäusern und Kassen gegensätzlich

F: Wie hat sich die Anzahl der mit Abrechnungsprüfung beschäftigten Mitarbeitenden verändert?

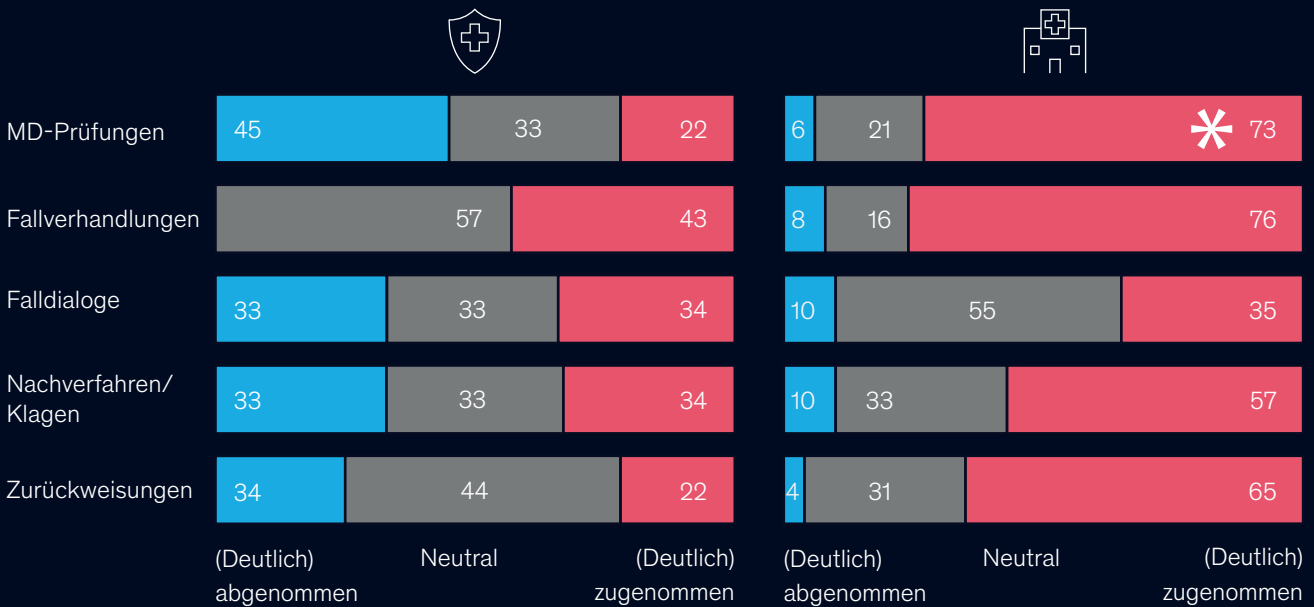


„Der große Ansturm an Prüfanfragen kommt am Quartalsende. Wir laufen dann auf Völlast, trotz Aufstockung der Mitarbeitenden.“

– Krankenhausvertreter

Entwicklung der Fallzahlen wird teils gegensätzlich wahrgenommen

F: Wie schätzen Sie die Folgen der MDK-Reform auf die Fallzahlen in der Abrechnungsprüfung ein?



Wir nehmen keine Veränderung an den Fallzahlen wahr.

– Kassenvertreter

Wir sehen vermehrt Widerspruchsverfahren. Das System wird getestet.

– Krankenhausvertreter

Krankenhäuser nehmen Variation zwischen den Kassen im Umgang mit der Zurückweisung von Rechnungen wahr

Wie stark variiert die Rigorosität der Kassen in Bezug auf z.B. medizinische Begründungen, Nachverfahren und Klagen laut Krankenhäusern? (Mehrfachnennungen möglich)



Entgegen den Angaben in der Umfrage ist die Anzahl der MD-Prüfungen von Krankenhausrechnungen im Jahr 2020 um **37%** im Vergleich zum Vorjahr gesunken – bei gleichzeitig stabilem Anteil von mehr als 52% nicht korrekter Rechnungen. (Quelle: „Die Arbeit des Medizinischen Dienstes: Zahlen, Daten, Fakten 2020 und 2019“)

14% geben an, eine Variation sei **gering oder nicht** vorhanden

46% geben an, einige Kassen wiesen **etwas** mehr Rechnungen zurück

40% geben an, einige Kassen wiesen **deutlich** mehr Rechnungen zurück

Ein Unterschied, wie die Kassen agieren, ist in jedem Fall wahrzunehmen. Wir bräuchten mehr positive Anreizsysteme in der Zusammenarbeit, um Bürokratie tatsächlich zu reduzieren.

– Krankenhausvertreter



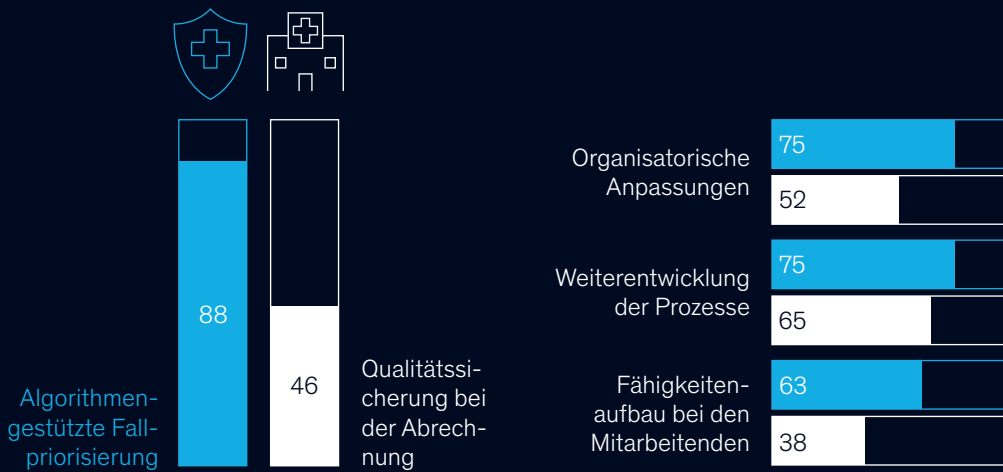
Krankenkasse (n = 9)



Krankenhaus (n = 52)

Kassen legen einen starken Fokus auf die algorithmengestützte Fallpriorisierung, allgemein wurde in Prozess- und Organisationsanpassungen investiert

F: Welche Anpassungen wurden bei Ihnen an Systemen, Prozessen und der Organisation vorgenommen?



Der Fokus liegt klar auf der algorithmengestützten Fallauswahl und -priorisierung. Da Mitarbeitende aber immer auch noch auf die Ergebnisse schauen, mussten wir unsere Beschäftigten zum Gesetz schulen.

– Kassenvertreter

Detailbetrachtung

Die meisten GKVen haben erkannt, dass in der Krankenhaus-Rechnungsprüfung neue Wege erforderlich sind. Algorithmen zur Auswahl bzw. Priorisierung von Krankenhaus-Rechnungen für die MD-Prüfung sind zu entwickeln oder anzupassen. Ziel ist eine intelligente Steuerung des Prüfprozesses, die die relevantesten Fälle mit Blick auf die neuen Prüfquoten und Regelungen erkennt (siehe Schaubild A2.2).

Wie kann das funktionieren? Pro Krankenhaus sollten nur solche Fälle zur Sichtung durch Mitarbeitende selektiert werden, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Prüfung durch den MD ausgewählt würden, wenn die für dieses Krankenhaus geltende Prüfquote angewendet wird. Für diese Vorauswahl muss ein Algorithmus alle Fälle pro Krankenhaus priorisieren, indem er die voraussichtliche Kürzungshöhe mit der Erfolgswahrscheinlichkeit kombiniert.

Mitarbeitende kontrollieren die so vorausgewählten und ggf. bereits mit Anhaltspunkten zur Prüfung versehenen Fälle manuell und ergänzen sie um

Details bzw. Wissen aus vergangenen Fällen, z.B. über die Krankenhäuser. Dafür ist es hilfreich, wenn das Personal unterschiedlich spezialisiert ist, z.B. auf bestimmte Krankheitsgruppen, auf die Krankenhäuser einer Region oder auf Verfahrensarten. Alle Fälle, die nach der Sichtung für eine MD-Prüfung empfohlen werden, laufen in einen Zwischenspeicher. Ein Algorithmus priorisiert die Fälle im Zwischenspeicher und weist z.B. die nach der Sichtung erwartete Höhe der Kürzung und die Erfolgswahrscheinlichkeit aus. Zudem berücksichtigt er etwaige Strafzahlungen durch die Krankenhäuser sowie die Möglichkeit, Fälle auf dem alternativen Weg des Falldialogs zu klären. Die Ergebnisse des Algorithmus können abschließend optional erneut manuell kontrolliert werden. Die Entwicklung eines solchen Algorithmus, der kontinuierlich aus Interventionsergebnissen lernt und an Gesetzesänderungen angepasst wird, stellt die komplexeste Herausforderung dar.

Die letzten Schritte der Intervention entsprechen dem bisherigen Prozess. Mit einem entscheidenden

Unterschied: Die Prüfquoten begrenzen die Anzahl der Fälle, die an den MD gegeben werden.

Zwei Erfolgsfaktoren sind entscheidend für eine effiziente algorithmusgesteuerte Fallpriorisierung bei den GKVn:

- Die Umstellung der IT auf die Verknüpfung der Systeme und Datenpools inklusive der Ausgabemaske für die priorisierten Fälle
- Die Erarbeitung eines individuellen Algorithmus zur Optimierung der Prüfprozess-Steuerung.

Viele Krankenkassen haben bereits vor dem MDK-Reformgesetz Algorithmen zur Fallpriorisierung in der Rechnungsprüfung eingesetzt. Die Weiterentwicklung bzw. der Aufbau von Algorithmen sind nach der Reform nun nicht mehr aufzuhalten. Der Einsatz von Algorithmen sollte zum Standard in der Rechnungsprüfung werden, da die Kassen anderenfalls einen Wettbewerbsvorteil verspielen (siehe auch Artikel A3 „Krankenkasse der Zukunft“).

Schaubild A2.2

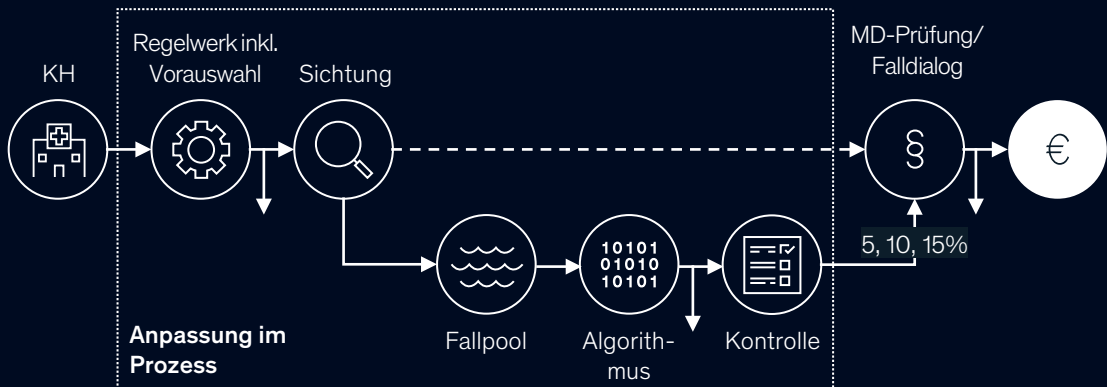
Neue Anforderungen an den Prozess in der Krankenhaus-Rechnungsprüfung mit Inkrafttreten der Reform im Januar 2020

BEISPIELHAFT

Bisheriger Prozess



Neuer Prozess



Quelle: McKinsey

Eine gute Intention mit Nachbesserungsbedarf in der Umsetzung



Thomas Lemke
Vorstandsvorsitzender der Sana Kliniken AG

Thomas Lemke ist Diplom-Kaufmann und war mehrere Jahre in leitender Position als Steuerberater und Wirtschaftsprüfer für eine renommierte internationale Wirtschaftsprüfungsgesellschaft tätig. Im Jahr 2006 folgte der Wechsel in den Vorstand der Sana Kliniken AG. 2017 übernahm er den Vorsitz des Vorstands.

Die Sana Kliniken AG ist der größte unabhängige Gesundheitsdienstleister Deutschlands mit über 120 Einrichtungen und 2,2 Mio. behandelten Patient:innen in 2019. 25 private Krankenversicherungen sind alleinige Eigentümer der Gruppe, die allen Versicherten offensteht. Die Sana Kliniken AG erbringt integrierte Gesundheitsleistungen von Prävention über ambulante und stationäre Versorgung bis zu Nachsorge, Rehabilitation und Hilfsmittelversorgung und bietet B2B-Services in Einkauf, Logistik und Medizintechnik.

Was sind aus Ihrer Sicht die bedeutendsten Änderungen der Reform und wie bewerten Sie diese im Allgemeinen?

Die Grundgedanken der Reform sind sehr positiv. Die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen hervorzuheben, Transparenz zu fördern, die Bürokratiedichte ein Stück weit zu lichten und zu einem fairen Miteinander zu gelangen – das alles sind Dinge, die wir als Krankenhausvertreter sehr begrüßen und die auch ich persönlich schätze.

Aber was gut gemeint ist, ist nicht immer gut gemacht. Die Umsetzung der Reform hat für unsere Kliniken teilweise größere Herausforderungen mit sich

gebracht, z.B. das Aufrechnungsverbot, den zeitlichen Eingang von Prüfanträgen zum Ende der Quartale, die Strukturprüfung und den nicht immer reibungslos funktionierenden Datenaustausch.

Können Sie diese Punkte weiter ausführen?

Krankenhausseitige Fehler in der Abrechnung sind ab einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr korrigierbar. Für uns heißt das: Wir mussten komplette Prozesse umstellen, und die entsprechenden Mitarbeitenden sind übervorsichtig geworden. Das band und bindet zusätzliche Ressourcen.

Zudem werden die Prüfverfahren durch die Krankenkassen jetzt vermehrt gegen Ende des Quartals eingeleitet. In den ersten beiden Monaten eines Quartals ist es bei uns also eher ruhig, aber dann kommt der große Ansturm. Die Beanstandung der Rechnungen ist dabei häufig nicht einmal fachärztlich qualitätsgesichert – Prüfverfahren werden „einfach mal losgetreten“. Das System läuft also gerade zum Ende eines Quartals auf Vollast, mit entsprechend hohen Ressourcen- und Kapazitätsanforderungen. Dadurch können sich auch vermeidbare Fehler einschleichen.

Die Strukturprüfung hat eigentlich eine sehr positive Intention: Statt der aufwändigen Prüfung zahlreicher Einzelfälle soll die Prüfung von strukturellen Voraussetzungen der Leistungserbringung in einer Strukturprüfung gebündelt werden. Allerdings wird hier über das Ziel hinausgeschossen. Der Detaillierungsgrad hat sich noch einmal erhöht, d.h., wir müssen mit immensem organisatorischen Aufwand die Strukturprüfungsmerkmale nachweisen.

„Im Klinikbetrieb fühlt sich ein Großteil der Mitarbeitenden stark belastet, teilweise sogar überlastet.“

Eine weitere Herausforderung ist der Datenaustausch, der über die angebotenen Schnittstellen häufig nicht funktioniert. Nach Einleitung einer MD-Prüfung müssen wir als Leistungserbringer die benötigten Unterlagen zur Prüfung übermitteln. Wenn dies digital nicht funktioniert, verursacht das auf unserer Seite zusätzlichen manuellen Aufwand – den uns niemand vergütet.

Hat sich also insgesamt der Aufwand durch das MDK-Reformgesetz in Ihrer Klinik erhöht?

Auf jeden Fall, ja. Der Aufwand hat sich für uns deutlich erhöht. Daher muss es Anpassungen in der Zusammenarbeit mit den Kassen geben, soll der aktuelle Zustand nicht zur langfristigen Realität werden. Wir haben in diesem Bereich Ressourcen aufgestockt, um die Änderungen zu bewältigen. Im Klinikbetrieb fühlt sich ein Großteil der Mitarbeitenden stark belastet, teilweise sogar überlastet. Die Erklärung des zusätzlichen Codier-Aufwands trifft häufig auf Unverständnis. Dieser ist allerdings wichtig, um Nachkorrekturen zu vermeiden. Für solche Korrekturen fehlt nämlich schlicht die Zeit. Aber unsere Mitarbeitenden weiter zu begeistern und zu motivieren, fällt vor dem Hintergrund dieser Änderungen wirklich schwer.

Unser Bestreben, mehr Digitalisierung und Automatisierung in den Klinikalltag zu bringen, läuft

natürlich auf Hochtouren weiter. Aber durch mangelhafte technische Schnittstellen sind uns auch auf diesem Gebiet teilweise die Hände gebunden. Sie verhindern, dass wir durch Digitalisierung den heutigen Mehraufwand spürbar reduzieren.

Nehmen Sie Unterschiede zwischen den Kassen in der Handhabung des Prüfungsprozesses wahr?

Die Kassen agieren sehr unterschiedlich. Natürlich werden nach einer Änderung immer die Grenzen ausgelotet und alle Beteiligten schauen erst einmal, was die Veränderung jetzt tatsächlich bedeutet und welche Neuerungen sie mit sich bringt.

Einige Kassen sind darauf bedacht, vor allem im vorgerichtlichen Bereich Lösungen zu finden. Gleichzeitig erkennen wir einen Zusammenhang zwischen dem Einfluss der RSA-Reform auf die Kassen und dem von ihnen jeweils angestoßenen Prüfumfang.

Welchen Optimierungsbedarf sehen Sie an der Reform, nachdem wir jetzt unterschiedliche Aspekte diskutiert haben?

Neben funktionsfähigen technischen Schnittstellen wünsche ich mir vor allem an drei Punkten Änderungen:

1. Das Vertrauen in die ursprüngliche Intention der Reform muss zurückgewonnen werden. Die involvierten Akteure müssen ihrer Rolle und Verantwortung in dem Zusammenspiel gerecht werden. So muss beispielsweise die BfArM wieder die Auslegungskompetenz für die OPS-Codes erlangen. Diese sollten nicht länger vom Medizinischen Dienst gesteuert werden.
2. Es ist einfach nicht nachvollziehbar, dass im niedergelassenen Bereich keine Strafzahlungen fällig werden, für uns im stationären Bereich allerdings schon. Dieser Sanktionsmechanismus fühlt sich wie ein spezifisches Misstrauen uns gegenüber an. Das zeigt sich auch in der Art und Weise, wie das Thema öffentlich diskutiert wird, und ist aus meiner Sicht nicht gerechtfertigt.
3. Die Rechnungsprüfung verursacht eine immense Ressourcenbindung bei Ärzt:innen und in der Administration. Dabei ist das Ziel eigentlich eine Kostensenkung. Mein Wunsch für ein Experiment: Wir reduzieren die DRG-Vergütung um den Anteil, der über die Abrechnungsprüfung heute bereits reduziert wird, und setzen dafür die Rechnungsprüfung aus. In drei bis fünf Jahren könnten wir die Ergebnisse analysieren und auf den Erfahrungen aufbauen. Wir hätten es also quasi mit einem Moratorium für die Abrechnungsprüfung zu tun.

Wenn wir über die MDK-Reform hinausdenken, hat gerade Corona zu vielen Diskussionen über Optimierungsbedarfe im Gesundheitswesen geführt. Welche Themen sollten aus Krankenhaussicht auf die Agenda rücken?

Ich glaube, dass auch ohne Corona die Grenzen der Finanzierbarkeit unseres Gesundheitssystems klar waren oder zumindest in naher Zukunft sehr deutlich geworden wären. Ein sektorübergreifender Umbau ist dringend erforderlich.

Ambulantisierung ist seit einigen Jahren in aller Munde. Um das Potenzial hier voll auszuschöpfen, benötigen wir eine dritte Finanzierungssäule, die Anreize für alle Seiten schafft. Eine schlanke Preisstruktur kann hier helfen, das Fallvolumen in die ambulanten Strukturen zu steuern.

Um innovative Versorgungskonzepte und Selektivverträge zu ermöglichen, sollte außerdem § 140a SGB V gelockert werden. So könnten auch die Kassen bei der Gestaltung von Versorgungskonzepten eine noch aktivere Rolle einnehmen.

Und schließlich muss der Trend zur Zentralisierung in der bundesweiten Entscheidungsfindung, die seit Beginn der Corona-Pandemie zugenommen hat, kritisch hinterfragt werden. Wir brauchen sinnvolle Versorgungskonzepte vor Ort, und deren Aufbau kann zentral nicht geleistet werden. Schließlich hat die Pandemie auch die unnötige Überregulierung deutlich gemacht. Eine Entschlackung halte ich an diesem Punkt für sehr wichtig.

Wo sehen Sie in der Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Interessengruppen Chancen, um das System erfolgreich zu transformieren?

Ich bin ein großer Verfechter von organisationsübergreifenden Kooperationen und Zusammen-

arbeit. Das ist der Schlüssel, um in Zukunft echte strukturelle Veränderungen auf den Weg zu bringen. Wir kooperieren bereits heute z.B. mit Kirchen und kommunalen Partnern, in unseren jeweiligen Regionen und überregional, um Versorgung sicherzustellen und für unsere Patient:innen zu optimieren.

Jede und jeder einzelne muss Verantwortung tragen und Eigeninteressen zurückfahren für das große Ganze. Unsere Patient:innen erwarten von uns ein gutes Versorgungsnetzwerk, in dem wir zusammenarbeiten und ihnen hoch qualitative und innovative Behandlung bieten. Hier könnten also positive Anreize geschaffen werden, statt weiterhin mit einem Strafsystem zu arbeiten. Einzelne Spieler zu mehr Kooperation und Kreativität in der Zusammenarbeit zu motivieren, würde helfen.

Wenn Sie einen Wunsch frei hätten für das deutsche Gesundheitssystem, was würden Sie sich wünschen?

Wenn ich mir ganz frei etwas wünschen könnte, dann würde ich das SGB V „on hold“ setzen und von Grund auf neu anfangen wollen. Strukturelle Veränderungen sind bei den starren Leitplanken des SGB V, die teilweise noch aus Bismarcks Zeiten stammen, kaum mehr umsetzbar. Die Leitplanken sind sehr komplex und so verwoben, dass der Durchblick selbst ausgewiesenen Fachleuten schwerfällt. Erforderlich ist also ein großer Befreiungsschlag. Und wer weiß: Eine Vielzahl von Richtlinien und Verordnungen wurde während der Corona-Pandemie ausgesetzt – und dennoch läuft das System weiter, als wäre nichts geschehen. Vielleicht ist mein Wunsch also gar nicht so abwegig.



Die MDK-Reform hat zu erheblichem **Zuwachs an Komplexität** geführt



Ekkehard Ellmann

Geschäftsbereichsleiter Stationäre Versorgung der AOK Bayern

Nach dem Studium der Rechtswissenschaften in Freiburg im Breisgau und in München war Ekkehard Ellmann zunächst mehrere Jahre als Justiziar der AOK Bayern tätig. Nachdem er 2015 in den stationären Bereich gewechselt hat, leitet er seit dem 1. August 2020 den Geschäftsbereich Stationäre Versorgung bei der AOK Bayern.

Die AOK Bayern ist mit aktuell mehr als 4,5 Millionen Versicherten die viertgrößte gesetzliche Krankenkasse Deutschlands. Keine andere Krankenkasse ist mit Geschäftsstellen im Freistaat flächendeckend so präsent wie die AOK Bayern, die ganz bewusst auf Nähe setzt. Der Marktführer der gesetzlichen Krankenkassen in Bayern steht für eine sichere und qualitätsorientierte Gesundheitsversorgung, innovative Versorgungsmodelle sowie umfassende Prävention.

Was sind aus Ihrer Sicht die bedeutendsten Neuerungen der MDK-Reform?

Die bedeutendsten Änderungen sind sicherlich die Anpassung der Prüfquotenregelungen, die Neuerarbeitung einer Prüfverfahrenvereinbarung durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene basierend auf den gesetzlichen Neuregelungen, die Einführung von Aufschlagszahlungen für Krankenhäuser ab 2022 und die Neuregelung der Strukturprüfungen.

Was genau bewirken diese Änderungen aus Ihrer Sicht und wie bewerten Sie diese?

Über die Prüfquotenregelungen sind wir als GKV in der Rechnungsprüfung gefordert, die zu diskutierenden Fälle noch stärker zu priorisieren. Insgesamt halten wir die unterschiedlichen Quotenregelungen, die ja bereits 2021 kommen sollten,

aber durch die Corona-Pandemie auf 2022 verschoben wurden, allerdings für problematisch. Denn: Diese können und werden voraussichtlich auch bei einzelnen Häusern von einem Quartal zum nächsten zu erheblichen Sprüngen führen. Die jeweiligen Prüfquoten gelten außerdem GKV-weit.

Die neue Prüfverfahrenvereinbarung, die erst am 22. Juni 2021 vor der Schiedsstelle zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausesellschaft festgesetzt werden konnte, manifestiert wesentliche Eckpunkte, die bereits in der MDK-Reform verankert sind, z.B. das Aufrechnungsverbot. Es steht zu befürchten, dass dadurch die Abrechnungsprüfungen streitbefangener werden – eine aus unserer Sicht unerfreuliche Entwicklung im Rahmen der Dauervertragsverhältnisse zwischen Kliniken und Krankenkassen. Man kann nur hoffen,

dass verständige, außergerichtliche Lösungen weiterhin möglich sind.

Der seit Jahren bestehenden Aufwandspauschale in Höhe von 300 EUR für unbeanstandete Abrechnungsprüfungen hat der Gesetzgeber jetzt die Aufschlagszahlungen bei unbeanstandeten Abrechnungen unterhalb von 60% gegenübergestellt. Das war notwendig und überfällig, um zumindest eine gewisse Parität zwischen Kliniken und Krankenkassen herzustellen.

„Die MDK-Reform hat positive und negative Veränderungen mit sich gebracht.“

Die bereits genannte Neuregelung der Strukturprüfungen ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Idee ist, den Fokus mehr auf die Prüfung der strukturellen Voraussetzungen in den Kliniken zu legen, um damit die Einzelfallprüfungen zu reduzieren. Die Ein- und Durchführung der Regelung ab 2022 muss allerdings auch entsprechend stringent erfolgen.

In Summe hat die MDK-Reform somit aus unserer Sicht sowohl positive als auch negative Veränderungen mit sich gebracht.

Wie steht es um den durch die MDK-Reform verursachten Aufwand auf Seiten der GKV? Wie hat sich dieser verändert?

Das MDK-Reformgesetz hat aus unserer Sicht einen erheblichen Zuwachs an Komplexität bewirkt, und zwar sowohl auf Seiten der Krankenhäuser als auch auf Seiten der Krankenkassen. Die beidseitige Bürokratie rund um die Abrechnungs- und Strukturprüfungen ist erheblich. Dies zeigt sich dadurch, dass die Rechtsgrundlagen der Abrechnungs- und Strukturprüfungen zwischenzeitlich auf einen mehrseitigen Gesetzestext angewachsen sind. Dabei ist die Vereinbarung zur Abrechnungsprüfung noch gar nicht mitberücksichtigt, denn auch die Prüfverfahrenvereinbarung ist komplexer geworden.

Die neuen Rahmenbedingungen führen auf der einen Seite zu einem konzentrierten Aufwand der Krankenhäuser, die Abrechnungen an die Krankenkassen zu übermitteln. Im Gegenzug verzeichnen die Krankenkassen einen erhöhten Aufwand bei der Erfassung und Bündelung der Prüffälle. Die Feststellung und das Vorgehen bis zur Durchset-

zung von Ansprüchen ist erheblich und es steht zu befürchten, dass es künftig zu einer noch weiter steigenden Zahl sozialgerichtlicher Verfahren in diesem Zusammenhang kommen wird. Die intensivierte Diskussionen bereits bei den ersten Quartalsmeldungen, die darüber bestimmen, wie viele Fälle im übernächsten Quartal zur Abrechnungsprüfung gebracht werden können, bestätigen diese Befürchtungen.

Welche Anpassungen haben Sie in Ihrer Organisation vorgenommen, um die Veränderungen und den Aufwand zu bewerkstelligen?

Wie schon erwähnt, priorisieren wir bereits bei der Rechnungsprüfung. Den Veränderungen der Reform entsprechend haben wir bei der Priorisierung nochmals Anpassungen vorgenommen und werden diese kontinuierlich weiter verbessern. Da wir nun den Anteil der klinikweit unbeanstandet gebliebenen MD-Prüfungen betrachten müssen, suchen wir zudem den Austausch mit den anderen Krankenkassen.

Den Personalbestand haben wir dabei stets im Blick. Aktuell geht es uns darum, dass sich die Mitarbeitenden mit den neuen Reforminhalten und Prozessschritten auskennen – sie also effizient und effektiv im neuen Umfeld arbeiten können.

Welchen Optimierungsbedarf sehen Sie an der Reform, nachdem wir jetzt unterschiedliche Aspekte diskutiert haben?

Der Nachbesserungsbedarf ist klar erkennbar und zielt in zwei Richtungen:

4. Vereinfachung des Abrechnungssystems: Wenn man vergleicht, wie viele DRGs, OPS, NUBs, ZE² usw. es zu Beginn der Einführung des fallpauschalierten Systems gab und welchen Umfang die Abrechnungskataloge inzwischen einnehmen, wird sofort klar, wie komplex das System geworden ist – und wie fehleranfällig. Dies gilt es wieder auf ein Normalmaß zu reduzieren.
5. Vereinheitlichung der Prüfquoten oder sogar Rückkehr zur Freigabe der Abrechnungsprüfungen: Ich erwähne diesen Punkt ganz bewusst schon vor der eigentlichen Einführung der unterschiedlichen Prüfquoten ab 2022. Denn wir sind der Meinung, dass die abgestuften Prüfquoten beiden Seiten – Kliniken und Krankenkassen – letztlich mehr Aufwand als Nutzen bescheren werden.

² DRGs = Diagnosis-Related Groups oder Fallpauschalen: Zusammenfassung einer Vielzahl unterschiedlicher Diagnose- und Prozedurkombinationen mit vergleichbarem ökonomischen Aufwand in möglichst medizinisch-klinisch homogenen Gruppen; OPS = Operationen- und Prozeduren-Schlüssel: systematische Erfassung aller Operationen und Behandlungsmaßnahmen; NUBs = neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden: umfassen Fertigarzneimittel, Diagnose- und Behandlungsverfahren sowie Medizinprodukte für eine strukturierte Einführung von Innovationen in die klinische Praxis und zur Verbesserung der medizinischen Versorgung; ZE = Zusatzentgelt: zusätzliche Vergütung für teure oder aufwendige Behandlungen neben dem Fallpauschalensystem (siehe DRG).

Sie haben das System als solches bereits angesprochen. Welche Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen einzelnen Akteuren könnten zur Optimierung des Gesundheitssystems beitragen?

Richtig, die Aussage zur Reduzierung der Komplexität im System geht schon etwas über die Abrechnungsprüfung hinaus. Das deutsche Gesundheitssystem ist beispielsweise im internationalen Vergleich abgeschlagen, wenn es um die ambulante Leistungserbringung geht. Erste richtige Schritte wurden hier eingeleitet. Diese gilt es nun, zeitnah umzusetzen.

Außerdem muss es darum gehen, die Akteure und Sektoren stärker zu vernetzen und die Versorgung zu verzahnen. Die vielbeschworene sektorenübergreifende Versorgung setzt aber auch voraus, dass die entsprechenden rechtlichen Grundlagen hierfür bestehen: Dadurch können Akteure Versorgungsformen zwischen ambulant und stationär bzw. sektorenübergreifend entwickeln, die den Bedürfnissen der Menschen in der jeweiligen Versorgungssituation gerecht werden.

Generell gilt: Wir brauchen eine flächendeckende Grund- und Regelversorgung; doch je planbarer Eingriffe sind, desto eher sollten sie in spezialisierten Krankenhäusern erfolgen. Nur so lassen sich Qualität, Exzellenz sowie sachliche und personelle Ausstattung zum Wohle der Patient:innen optimieren.

Welche Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie können die Transformation des Systems unterstützen?

Wir stecken noch mitten in den Analysen rund um die Pandemie. Klar ist aber, eine schlichte Rückkehr zum Status quo ante kann es nicht geben. Mindestens drei Punkte zeichnen sich bereits heute ab:

1. Unser Gesundheitssystem muss auf Pandemie-situationen in Zukunft besser vorbereitet sein. Nicht nur das Coronavirus wird uns noch länger begleiten, sondern wir müssen uns auch auf künftige Pandemien schon jetzt einstellen und vorbereiten.
2. Wenn es um die Vorbereitung geht, ist klar zu regeln, wer welche Leistung erbringt und erbringen kann: Während der Behandlung von COVID-19-Erkrankten hat sich gezeigt, dass sich nicht jede Klinik gleich schnell und effektiv auf komplexe Behandlungssituationen wie beispielsweise Beatmungspatient:innen einstellen kann. Wir brauchen also klare Zuweisungen von Versorgungsaufträgen.
3. Außerdem müssen wir die Frage beantworten, wie wir Vorhaltekosten und ggf. erneut eintretende Leerstands-situationen in den Kliniken in Zukunft finanzieren. Dies ist klar zu trennen von der Betriebsmittelfinanzierung im Rahmen der Vergütung der Leistungserbringung durch die Krankenkassen.

Wenn Sie einen Wunsch frei hätten für das deutsche Gesundheitssystem, was würden Sie sich wünschen?

Mein Wunsch wäre, dass es mehr vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten gibt, gerade auch mit Blick auf sektorenübergreifende Versorgungsformen. Hier gibt es unterschiedlichste Anforderungen in den Regionen. Nah an den Menschen und ihren Bedürfnissen zu sein – und das war und ist immer das Ziel der AOK Bayern – heißt, passgenau Vertragsgestaltungen entwickeln zu können.





Krankenkasse der Zukunft – datengetriebene Versorgung koordinieren und Leistungen optimieren

A3

Gesundheitssysteme und Krankenkassen haben in den letzten Jahren verstärkt das Potenzial von Daten und Algorithmen erkannt. Zahlreiche Kassen nutzen inzwischen regelmäßig multidimensionale Daten – z.B. Personen-, Gesundheits-, Leistungsdaten – und Predictive Analytics, um die Rechnungsprüfung effizienter und präziser zu gestalten. Manche Gesundheitssysteme setzen auf große Datensätze und komplexe Algorithmen für die Risikostratifizierung und Verteilung von Gesundheitsressourcen. Das Potenzial großer Datensätze ist damit aber bei Weitem noch nicht ausgeschöpft. Im nächsten Schritt werden Krankenkassen Daten gezielt nutzen, um Versorgung und Leistungen zu verbessern.

Krankenkassen verfügen über die relevanten Daten, um die Transformation hin zu datengetriebenen Versorgungs- und Servicemodellen zu bewältigen. Diese Daten erlauben es, Lücken in der Versorgung aufzudecken und für spezifische Versichertenpopulationen individuelle Services anzubieten. Verbesserte Leistungen und Versorgung kommen wiederum den Krankenkassen zugute: Sie erhöhen die Kundenzufriedenheit und haben eine positive Auswirkung auf Leistungsausgaben.

Das Gesundheitswesen und damit auch die Krankenkassen stehen mit der Umstellung auf datengetriebene Versorgungs- und Leistungsmodelle vor tiefgreifenden Veränderungen: Nicht nur die eigene Arbeitsweise wird sich wandeln, sondern auch die Art, wie Leistungen für Versicherte entwickelt und erbracht werden.

In diesem Artikel beschreiben wir, warum die nächste Phase der breiteren Nutzung von Daten und Analytics zur Verbesserung von Versorgung und Services für Krankenkassen entscheidend ist.

Fallbeispiele erläutern, wie einzelne Organisationen diesen Schritt bereits erfolgreich vollzogen haben.

Von der Ressourcenallokation zur Versorgung – breiterer Einsatz von Daten

Daten haben in den vergangenen Jahrzehnten sowohl im Tagesgeschäft als auch bei der strategischen Planung zunehmend an Bedeutung gewonnen. Insbesondere im Gesundheitswesen stehen immer mehr Daten zur Verfügung und ihr Potenzial tritt immer deutlicher zutage. Die Datenmenge steigt geradezu explosionsartig: Von 2013 bis 2020, also in nur sieben Jahren, ist das Datenvolumen im Gesundheitswesen von 153 auf 2.314 Exabytes¹ angestiegen, d.h. um den Faktor 15. Dieser Trend dürfte sich über die unterschiedlichsten Datenkategorien hinweg fortsetzen – vom breiten Spektrum der biologischen Fachbereiche (Genomik, Epigenomik, Transkriptomik, Proteomik, Metabolomik, Interaktomik, Pharmakogenomik) über biomedizinische

¹ 1 Exabyte entspricht 1 Mrd. Gigabyte, d.h. ungefähr 176.000.000.000.000 Popsongs.

Daten bis hin zu elektronischen Patientenakten, Daten aus tragbaren elektronischen Geräten (Wearables) und Ähnlichem.

Dank immer leistungsstärkerer Computer, moderner Algorithmen und sinkender Speicherkosten lassen sich beim Analysieren von Problemen und Modellieren von Lösungen erheblich größere Datenmengen verarbeiten. Bislang beschränkt sich die Nutzung von Daten und Algorithmen im Gesundheitswesen meist auf die Verbesserung der Ressourcenallokation und die Optimierung von Prozessen, etwa in der Genehmigung und Rechnungsprüfung. Das größte und bislang häufig ungenutzte Potenzial ergibt sich aber aus der Kombination von Daten unterschiedlicher Quellen und Bereiche, um neue Erkenntnisse zu gewinnen, die dabei helfen, Versorgung und Service zu optimieren.

Bescheidene Anfänge: Daten zur Optimierung von Ressourcenallokation und Standardprozessen

Im ersten Schritt haben sich Gesundheitssysteme und Krankenkassen beim Einsatz von Daten weitgehend auf Effizienzsteigerungen in zwei Bereichen konzentriert: die Optimierung von Ressourcenal-

lokation und Standardprozessen (z.B. Rechnungsprüfung).

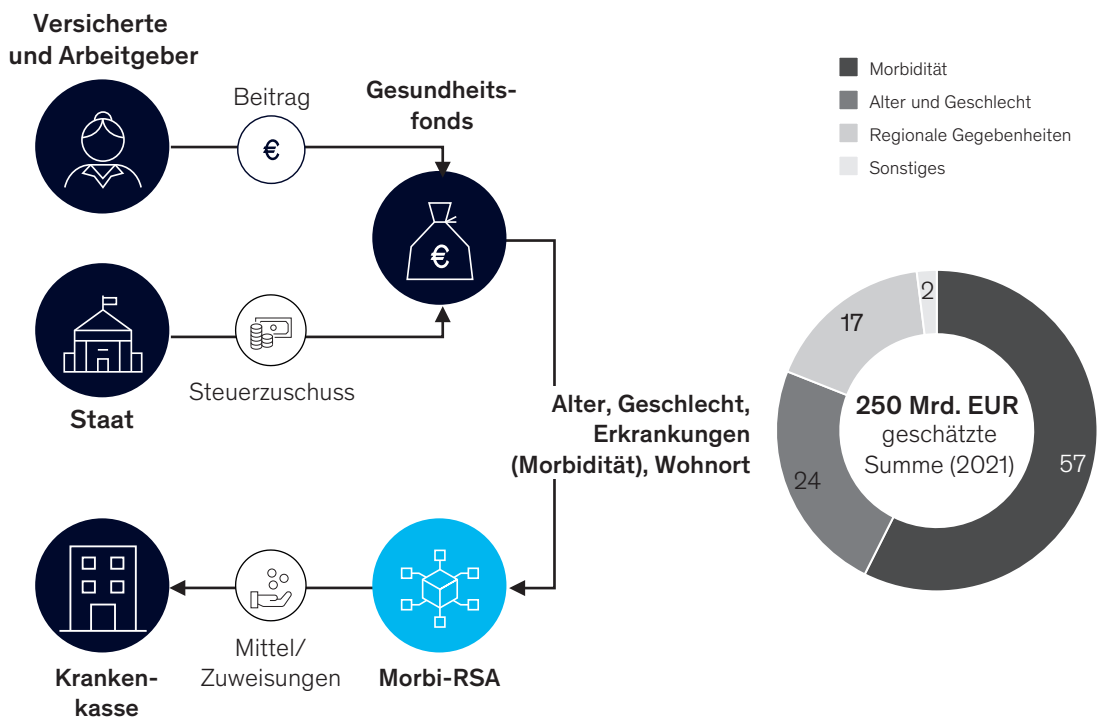
Ressourcenallokation und Risikostrukturausgleich. Im Gesundheitssektor sind Ressourcen notorisch knapp. Um sie möglichst effizient einzusetzen, arbeiten viele Gesundheitssysteme mit hoch entwickelten Algorithmen für die Risikostratifizierung. Diese Modelle berücksichtigen eine Vielzahl persönlicher Gesundheitsdaten, z.B. Morbidität, Alter, Geschlecht, demografische Zugehörigkeit und Medikation.

Ein bekanntes Beispiel einer komplexen, datenbasierten Ressourcenallokation ist der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich in Deutschland (Morbi-RSA): Er prognostiziert auf Grundlage von Alter, Geschlecht, (Ko-)Morbiditäten und Wohnort² der Versicherten die Gesundheitskosten für das kommende Jahr. Auf dieser Basis verteilt der Gesundheitsfonds rund 250 Mrd. EUR auf die mehr als 100 GKVn (siehe Schaubild A3.1). Um eine faire Aufteilung der Mittel zu gewährleisten, müssen die Kassen alle relevanten patientenbezogenen Daten an den Gesundheitsfonds melden. Die Struktur dieser Daten ist gesetzlich genau geregelt (§§ 7 und 9 RSAV).

² Seit Ausgleichsjahr 2021

Schaubild A3.1

Der Gesundheitsfonds verteilt rund 250 Mrd. EUR, basierend auf den prognostizierten Gesundheitskosten der einzelnen Kassen für das Folgejahr



Quelle: McKinsey

Das übergeordnete Ziel des deutschen Morbi-RSA-Modells ist es, die Mittel fair zu verteilen und zu verhindern, dass GKV-en ihre Versicherten nach deren individuellem Risikoprofil auszuwählen.

Der 2009 eingeführte Morbi-RSA nutzte ursprünglich mehr als 500 Variablen, darunter Alter, Geschlecht und Morbidität. Seit 2021 greift eine Reform, die das Allokationsmodell um zusätzliche Informationen und Dimensionen ergänzt. Erstens berücksichtigt das Modell nun fast alle im ICD-10-Katalog aufgeführten Erkrankungen statt wie zuvor nur eine Auswahl. Dies allein erhöht die Anzahl der erklärenden Variablen auf über 800. Zweitens wurde wieder ein Risikopool eingeführt, um die Aufwendungen für Hochkostenfälle (Versicherte, deren jährliche Kosten 100.000 EUR übersteigen) teilweise zu decken. Drittens berücksichtigt eine neue Regionalkomponente örtliche Unterschiede bei den Gesundheitskosten. Schließlich wurde noch eine so genannte Manipulationsbremse eingeführt, um potenzielle Manipulationen am Allokationsmodell des Gesundheitsfonds „auszubremsen“. Die Struktur der Daten, die die Kassen erheben und dem Gesundheitsfonds melden, ist auf nationaler Ebene gesetzlich genau geregelt. Außerdem führen Bundesbehörden inhaltliche Überprüfungen durch, um die Qualität der Daten sicherzustellen.

Die im Zuge der Reform umgesetzten Änderungen machen das Allokationsmodell fairer, aber auch komplexer. Die Regulierungsbehörden nehmen jährlich kleinere Anpassungen am Algorithmus vor, die jedoch große Auswirkungen auf die Ressourcenallokation haben können. Dadurch werden im gesamten System erhebliche finanzielle Unwägbarkeiten geschaffen. Folglich simulieren die Kassen kontinuierlich, welche finanziellen Auswirkungen sie durch angepasste Algorithmen zur Ressourcenallokation zu erwarten haben.

Prozessoptimierung, z.B. Rechnungsprüfung.

Auch in der Rechnungsprüfung setzen die Kostenträger des Gesundheitssystems bereits auf Daten und Predictive Analytics. Automatisierte Priorisierungsalgorithmen helfen den Sachbearbeiter:innen, sich auf Erstattungsanträge mit größtem Kürzungspotenzial und höchster Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Intervention zu konzentrieren. Ohne solche Algorithmen priorisieren Sachbearbeiter:innen die Anträge entweder manuell oder prüfen sie ausnahmslos – unabhängig vom Kürzungspotenzial. KI-basierte Algorithmen³ machen die Rechnungsprüfung also erheblich effizienter. Durch die MDK-Reform hat auch die automatische Priorisierung von Erstattungsanträgen mithilfe

von Algorithmen noch einmal stark an Bedeutung gewonnen (siehe auch Artikel A2 „Veränderungen in der Krankenhaus-Rechnungsprüfung“).

Kurzum: KI-Algorithmen haben bereits bei vielen GKV-en Standardprozesse wie die Rechnungsprüfung gezielter, zuverlässiger und effizienter gemacht.

Der nächste Schritt: Daten zur Optimierung der Versorgungs- und Leistungscoordination

Datengetriebene Ressourcenallokations-Modelle wie der Morbi-RSA stellen häufig hohe Anforderungen an die Qualität, Struktur und Verfügbarkeit von Daten. Damit schaffen sie gleichzeitig die Grundlage für die Nutzung einer hochentwickelten Dateninfrastruktur in den unterschiedlichsten Anwendungsbereichen. In den letzten Jahren haben Krankenkassen bereits Erfahrungen mit Analytics gemacht, z.B. durch den Einsatz von Machine-Learning-Algorithmen⁴ in der Rechnungsprüfung. Diese beiden Faktoren – die gestiegene Verfügbarkeit hochwertiger, gut strukturierter Datensätze und ein wachsendes Maß an Analytics-Kompetenz – schaffen ideale Voraussetzungen für den nächsten Schritt der Datennutzung.

In diesem nächsten Schritt sollte die Optimierung der Versorgungs- und Servicemodelle im Mittelpunkt stehen. Das nötige Wissen über die Krankengeschichte, die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen oder die Leistungsanforderungen von Patient:innen lässt sich aus den bereits vorhandenen Daten ableiten.

Krankenkassen sind prädestiniert, die Transformation hin zu datengetriebenen Versorgungs- und Servicemodellen voranzutreiben: Sie stehen in direktem Kontakt mit allen Beteiligten – von Hausärzt:innen über Fachleute bis hin zu Krankenhäusern, Apotheken, Sanitätshäusern und anderen Leistungserbringern. Und diese melden ihnen eine Vielzahl von Daten über ihre Versicherten (siehe Schaubild A3.2).

Krankenkassen können erheblich von datengetriebenen Service- und Versorgungsverbesserungen profitieren. Viele wollen personalisierte Services und eine effiziente Koordinierung der Versorgung zum integralen Bestandteil ihrer Strategie und DNA machen. Mit einer umfangreicheren Nutzung von Daten können sie Services und Interaktionen auf die Bedürfnisse der einzelnen Versicherten zuschneiden. Damit steigt die Kundenzufriedenheit, was wiederum ein wichtiger Hebel zur Kundenbindung

³ Hierunter versteht man komplexere, selbstlernende Algorithmen.

⁴ Hierunter versteht man Algorithmen, die menschliche Entscheidungsstrukturen nachahmen.

ist (siehe auch Artikel A1.b zu „Die Pandemie als Wegbereiter für Distanzangebote“). Versorgungsoptimierung und Kostensenkung werden möglich durch eine intensivere Nutzung und Integration von existierenden Daten.

Kurz gesagt: In vielen Gesundheitssystemen sind die Krankenversicherungen in einer beispiellos guten Position, Versorgungsangebote zu integrieren, eine datenbasierte Versorgung zu gewährleisten und den Service auf einzelne Patient:innen zuzuschneiden. Ein derart komplexes Vorhaben erfordert eine ganzheitliche Daten- und Analysetransformation – mit der richtigen Strategie, Zielsetzung, Kompetenz und Einstellung sowie ersten erfolgreichen Anwendungsfällen. Wie sich Krankenkassen am besten vorbereiten, steht im Fokus des nächsten Abschnitts.

Umschwung meistern durch klare Datenstrategie und Umsetzung von Anwendungsfällen

Wir haben bereits zahlreiche Krankenkassen dabei unterstützt, datengetriebene Service- und Versorgungsmodelle zu entwickeln. Der Erfolg solcher

Modelle hängt letztlich davon ab, wie gut zwei Dinge gelingen:

1. Die Vorbereitung der Datentransformation auf Basis der Organisations- und Datenstrategie
2. Die Umsetzung der Datentransformation anhand von Pilotprojekten und Anwendungsfällen⁵ in unterschiedlichen Bereichen der Organisation.

Drei Schritte für die Umstellung auf datengetriebene Versorgung und Leistungen

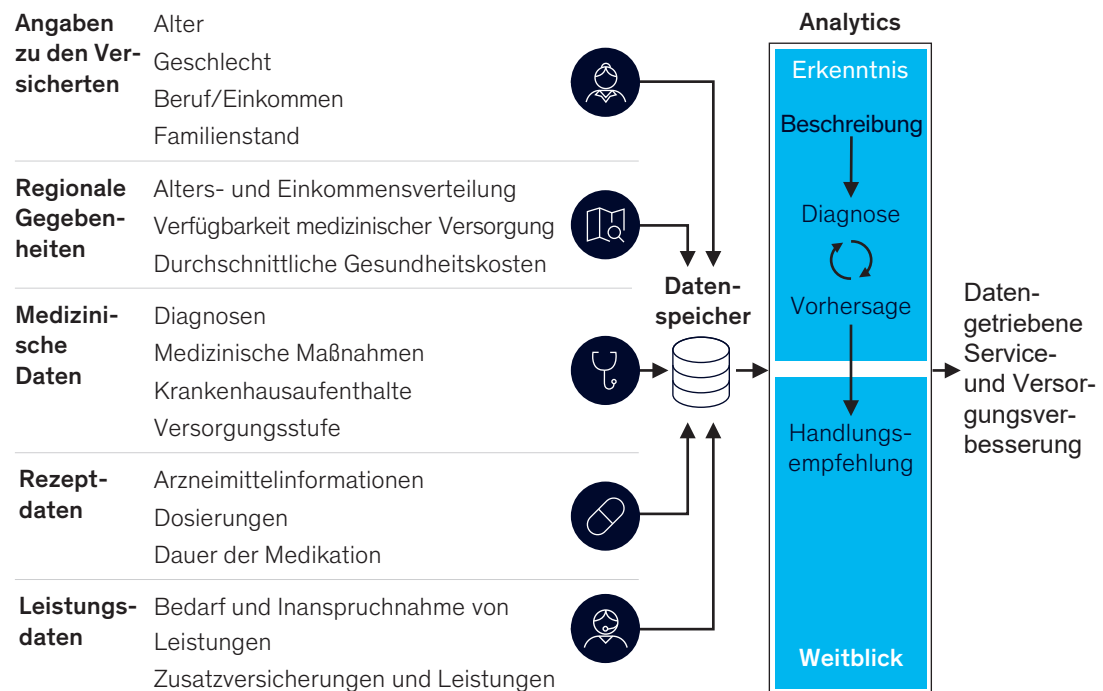
Am besten funktioniert die Einführung datengetriebener Service- und Versorgungsmodelle als Teil einer größeren Transformation, die Daten und Analytics in den Mittelpunkt stellt. Eine solche Transformation umfasst in der Regel drei Schritte: Entwicklung einer Datenstrategie, Aufbau von Analytics-Fähigkeiten und Etablierung einer agilen Arbeitsweise.

Entwicklung einer Datenstrategie. Eine Datenstrategie sollte in der übergeordneten Unterneh-

⁵ Das bedeutet, dass Szenarien identifiziert werden, bei denen die Anwendung der Daten ein bestimmtes Ziel erreichen soll. Es kann also geprüft werden, inwieweit der Anwendungsfall ohne oder mit Datennutzung effizienter und effektiver zum gewünschten Ziel führt.

Schaubild A3.2

Kassen verfügen über die benötigten multidimensionalen Daten, um Versorgung zu koordinieren und Leistungen zu optimieren



Quelle: McKinsey

mensstrategie verankert sein und festlegen, wie Daten und Analytics die Strategie der Krankenkasse als Ganzes voranbringen können.



Interview mit Uwe Repschläger, ab Seite 72
Bereichsleiter der BARMER

„Woran es (...) mangelt, sind die Data Scientists. Sie (...) müssen in nächster Zeit verstärkt am Markt rekrutiert werden.“
#Gesucht #DataScientists

Die übergeordnete Strategie einer Krankenkasse kann z.B. darauf abzielen, mithilfe von Vorsorge-maßnahmen die Gesundheit der Versicherten zu erhalten und durch eine bessere Integration von Leistungserbringern die Verschwendung medizinischer Ressourcen zu vermeiden. Die Datenstrategie sollte deshalb die Entwicklung datenbasierter Produkte fördern, die eine Früherkennung von Erkrankungen ermöglichen, z.B. über Prognosemodelle für Gesundheitsrisiken und das Angebot von Präventionsmaßnahmen. Krankenkassen können auch Plattformen oder Ökosysteme entwickeln, um die Versorgung übergreifend zu integrieren und den Versicherten einen reibungslosen Übergang zwischen unterschiedlichen Versorgungsangeboten zu ermög-

lichen, z.B. an den Übergängen von Krankenhaus, Rehaklinik und häuslichem Umfeld.

Daten sind ein wertvolles Gut, das es „wie Gold zu schürfen“ gilt. Zukünftig wird der Erfolg von Krankenkassen davon abhängen, inwieweit die übergeordnete Unternehmensstrategie die Nutzung von Daten priorisiert und durch gezielte Aktivitäten unterstützt.

Fähigkeitsaufbau im Bereich Daten und Analytics. Um das Potenzial von datengetriebenen Angeboten ausschöpfen zu können, brauchen Krankenkassen nicht nur die richtigen Daten, sondern auch die nötige Analytics-Kompetenz, z.B. zur Entwicklung von Algorithmen oder Durchführung und Auswertung von Analysen. Dazu sollten sie interne Fähigkeiten aufbauen und unter Umständen auch neue Positionen schaffen, z.B. Data Architects, Data Engineers, Data Analysts, Data Scientists, Domain Experts und Product Owners.

Data Architects sorgen für eine gut ausgebildete Dateninfrastruktur mit einer gepflegten Datenbank oder einem Data Lake⁶. Die Data Engineers pflegen und verbessern die Datenbank ausgehend von Nutzerfeedback; außerdem verschaffen sie ihren Kolleg:innen bei Bedarf den nötigen Datenzugang.

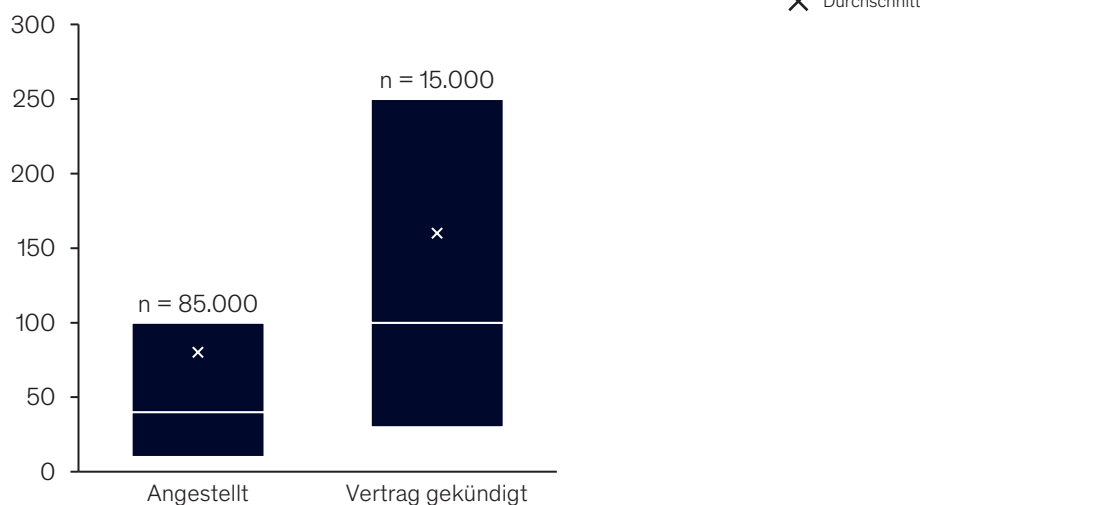
⁶ Ein Data Lake ist in der Regel ein einziger Speicher für alle Unternehmensdaten, einschließlich Rohkopien von Quellsystemdaten und transformierten Daten, die verwendet werden für Aufgaben wie Berichterstellung, Visualisierung, erweiterte Analysen und maschinelles Lernen.

Schaubild A3.3

Beispiel Muskel-Skelett-Beschwerden – es bestehen große Unterschiede bei Dauer der Krankschreibung je nach Beschäftigungsverhältnis

Durchschnittliche Dauer eines Arbeitsausfalls nach Art des Beschäftigungsverhältnisses

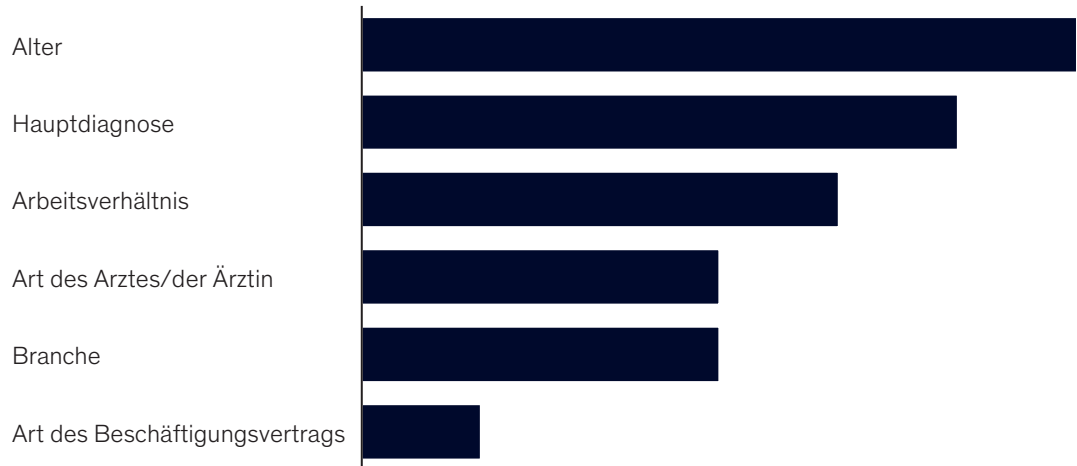
Ø Krankentage



Quelle: McKinsey

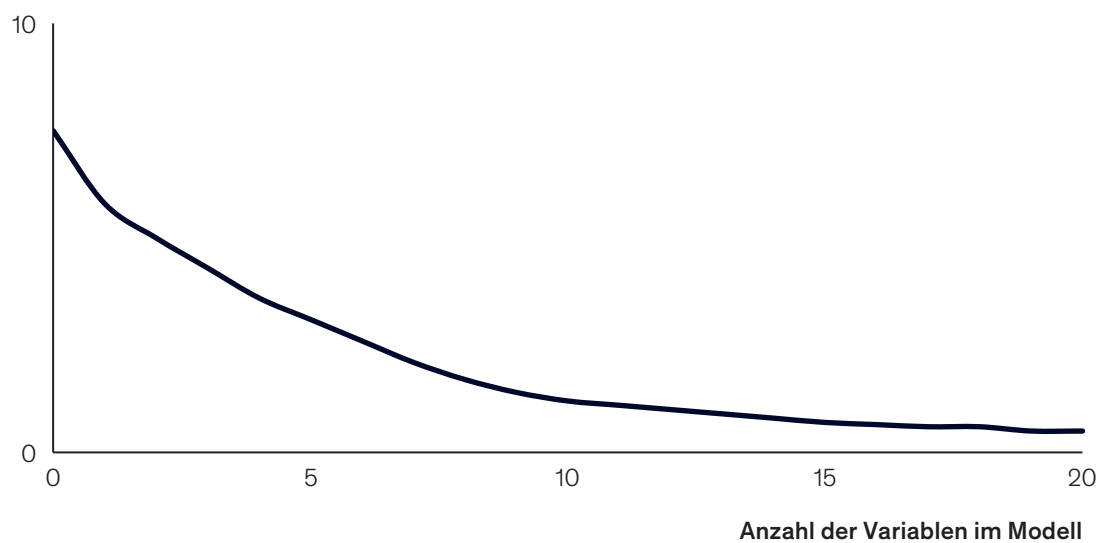
Einflussfaktoren krankheitsbedingter Arbeitsausfälle können gut prognostiziert werden

Prognosewert unterschiedlicher Faktoren für die Einordnung von Versicherten in Grundtypen
 Aussagewert bei Prognosen der Dauer des Arbeitsausfalls, in Prozent



Je mehr Variablen, desto geringer die Abweichung der tatsächlichen Krankheitstage von den prognostizierten

Abweichung der tatsächlichen Krankheitstage von den prognostizierten
 in Prozent



Quelle: McKinsey

Data Analysts widmen sich der deskriptiven Analytik und erstellen z.B. Berichte und interaktiv nutzbare Dashboards, um Einblicke in die Vergangenheit zu geben und eine Antwort auf die Frage „Was ist passiert?“ zu finden. Data Scientists arbeiten im Bereich prädiktive und präskriptive Analytik. Sie nutzen Machine Learning und statistische Modelle, um die Zukunft zu verstehen. Außerdem setzen sie Optimierungs- und Simulationsalgorithmen ein, um Empfehlungen zu möglichen Entwicklungen zu geben. Sie beantworten also die Fragen „Was könnte passieren?“ und „Was sollten wir tun?“. Domain Experts steuern als Fachexpert:innen in einem speziellen Bereich tiefe inhaltliche und Prozesskenntnisse bei. Product Owners (z.B. Translators, (LeSS⁷) Scrum Masters, Agile Coaches) koordinieren die funktionsübergreifenden Teams und bilden eine Brücke zwischen der Geschäfts- und der Datenseite.

Etablierung agiler und datenzentrierter Denkweisen. Neben Instrumenten zur Analyse und den entsprechenden Fähigkeiten erfordern Datentransformationen auch zwei Arbeitsweisen, die kulturell weniger stark verankert sind: die Etablierung einer datenzentrierten und interdisziplinären Arbeitskultur sowie die Einführung agiler Arbeitsweisen. Das bedeutet, von einer fehlerzentrierten Kultur auf agile Sprints umzustellen, bei denen MVPs möglichst schnell implementiert und dann schrittweise verbessert werden.

Bei der Umsetzung von KI haben wir die Erfahrung gemacht, dass interdisziplinäre und am selben Standort iterativ arbeitende Teams die größte Wirkung erzielen. Die Entwicklung eines Versorgungsprodukts zu planen, kann z.B. eine hervorragende Gelegenheit sein, eine Arbeitsweise zu verankern, die auf schrittweise Verbesserungen setzt und lineare Ansätze vermeidet. Statt das gesamte Problem der Integration und Steuerung der Versorgung auf einmal lösen zu wollen, beginnt das Team mit einem MVP für eine ganz konkrete Fragestellung im Versorgungsmanagement bei einer einzelnen Krankheit oder Patientengruppe.

Potenzial datengetriebener Versorgungs- und Leistungsmodelle – Fallbeispiele

Im Folgenden zeigen wir anhand von vier Fallbeispielen, für welche unterschiedlichen Zwecke GKV datengetriebene Versorgungs- und Leistungsmodelle bereits erfolgreich nutzen: Versorgungsmanagement bei Krankentagegeldfällen, Prognose und Vermeidung nicht elektiver Krankenhaus-

aufenthalte, Kosten-Benchmarking für Krankheitsgruppen auf Basis des Morbi-RSA sowie Kunden-segmentierung und individualisierte Services.

Datengetriebenes Versorgungsmanagement bei Krankentagegeldfällen

GKVen zahlen jedes Jahr rund 16 Mrd. EUR an Krankengeld; Rückenschmerzen und andere Muskel-Skelett-Beschwerden, Atemwegserkrankungen und psychische Erkrankungen sind in mehr als 50% der Fälle für Arbeitsausfälle verantwortlich, bei denen Krankengeld gezahlt wird.

Bei Diagnose und Kontext weisen die Fälle große Unterschiede auf, etwa in Bezug auf Komorbidität oder das Arbeitsverhältnis (siehe Schaubild A3.3). Somit erfordert jeder Fall einen maßgeschneiderten Ansatz, um eine effektive Steuerung zu gewährleisten. Es bedarf meist mehrerer Jahre Ausbildung und Erfahrung, um den richtigen Ansatz für das Fallmanagement auszuwählen. Darüber hinaus erweist sich die Kontrolle als schwierig, wenn die Entwicklung eines Falls von Nuancen abhängt und kein transparenter Ansatz für das Fallmanagement vorliegt.

Gemeinsam mit einer großen deutschen GKV wollten wir dieses Problem lösen und haben die umfangreichen Fallmanagementdaten untersucht, um ein evidenzbasiertes Fallmanagementsystem zu etablieren. Ausgehend von früheren Fällen haben wir homogene Archetypen von Krankengeldfällen entwickelt, so dass bei jedem Archetyp der gleiche Ansatz verwendet werden kann.

Bei der Bildung der Grundtypen haben wir im ersten Schritt die Faktoren ermittelt, die den größten Prognosewert haben in Bezug auf die durch Dauerkrankheit bedingten Arbeitsausfälle (siehe Schaubild A3.4). Die Erkenntnisse sind eingeflossen in ein Prognosemodell zur Fallentwicklung, mit dem sich für jeden einzelnen Fall die erwartete Dauer prognostizieren ließ. Dies lieferte einen Bezugswert für den weiteren Ausbau des Fallmanagements. Im nächsten Schritt haben wir über eine Abweichungsanalyse homogene Archetypen gebildet und abschließend für jeden Grundtyp die Effektivität verschiedener Fallmanagementmethoden überprüft.

Mit einem evidenzbasierten Fallmanagementsystem wissen Sachbearbeiter:innen, welcher Ansatz geeignet und wann welche Intervention vorteilhaft ist, um Versicherte optimal zu unterstützen. Die Versicherten erhalten zum richtigen Zeitpunkt die richtigen Empfehlungen und können schneller gesund werden. Mit diesem Analytics-basierten Fallmanagement können die Beschäftigten vom ersten Arbeitstag an gezielt, fokussiert und erfolgreich Fälle angehen

⁷ Large Scale Scrum

und müssen nicht – wie bisher – über viele Jahre Erfahrungen sammeln. Und auch die Vorgesetzten erhalten ein Instrument, mit dem sie die Arbeit der Sachbearbeiter:innen nachvollziehen und deren Entwicklung mit konkretem Feedback fördern können.

Prognose und Vermeidung nicht elektiver Krankenhausaufenthalte

Während die meisten multimorbiden Versicherten von ihren Ärzt:innen in einem koordinierten Ansatz gut betreut werden, müssen andere mit akuten Verschlechterungen immer wieder ein Krankenhaus aufsuchen. Dieser so genannte Drehtür-Effekt, bei dem Patient:innen für nicht elektive Aufenthalte ins Krankenhaus eingewiesen werden müssen, ist für Krankenkassen sehr kostenintensiv und verursacht bei den Patient:innen unnötiges Leid.

Chronische Herzinsuffizienz (HI) zählt zu den Erkrankungen, bei denen eine akute Verschlechterung zu teuren Krankenhausaufenthalten führt. Wir haben Krankenkassen geholfen, diese Herausforderung in den Griff zu bekommen, indem wir entsprechende Algorithmen eingeführt haben. Diese prognostizieren, ausgehend von Patientendaten (Diagnosen, Medikation, Daten zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen), wie wahrscheinlich ein nicht elektiver Krankenhausaufenthalt im Zusammenhang mit HI in den kom-

menden zwölf Monaten ist. Den Patient:innen mit hoher Wahrscheinlichkeit für einen ungeplanten Krankenhausaufenthalt wurde die Teilnahme an einem speziellen Case-Management-Programm angeboten, das die Zahl der Krankenhausaufenthalte nachweislich reduziert und die medizinische Versorgung verbessert hat.

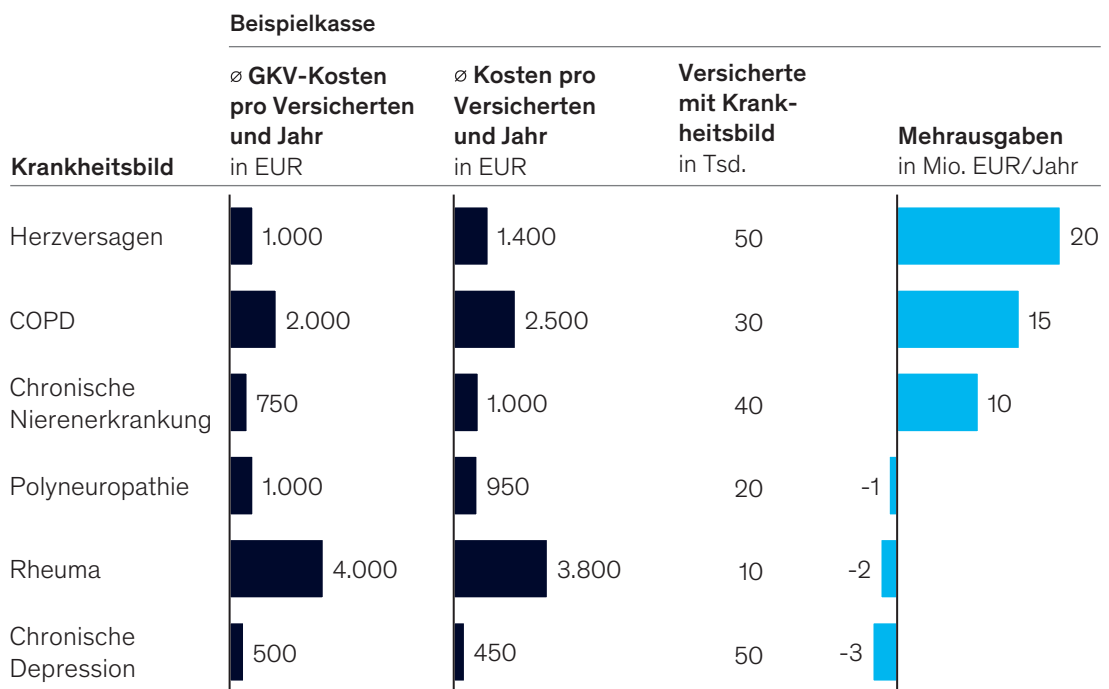
Ein weiteres Beispiel ist die Palliativpflege, auch wenn diese sich nicht auf eine einzelne Krankheit beschränkt. Die meisten Menschen wollen die medizinische Versorgung kurz vor ihrem Lebensende begrenzen und ihre letzte Zeit lieber zu Hause bei ihrer Familie verbringen. Eine nicht angemessene Palliativpflege führt häufig zu wiederholten Krankenhausaufenthalten.

Wir haben ein datenbasiertes Prognosemodell auf Basis von mehr als 150 Variablen (Alter, Versorgungsstatus, Krankenhausaufenthalte, Medikation usw.) konzipiert, um vorhersagen zu können, wie wahrscheinlich es ist, dass Patient:innen Palliativpflege in Anspruch nehmen müssen. Der Algorithmus ermittelt bis zu 30 Prozentpunkte mehr relevante Menschen als eine vergleichbare, regelbasierte Auswahl von Hochrisikopatient:innen. Die Betroffenen erhielten frühzeitig die passende Unterstützung für eine Betreuung zu Hause und konnten ihr Leben würdig abschließen.

Schaubild A3.5

Das Kosten-Benchmarking in Anlehnung an den Morbi-RSA-Algorithmus erlaubt eine priorisierte Steuerung einzelner Krankheitsbilder

ILLUSTRATIV



Quelle: McKinsey

Kosten-Benchmarking für Krankheitsgruppen in Anlehnung an den Morbi-RSA

Manche Krankenkassen in Deutschland kämpfen mit schnell steigenden Kosten bei ihren Versicherten. Da der größte Kostendruck von kleinen Gruppen mit multimorbiden Patient:innen ausgeht, ist es sehr schwierig, einzelne Krankheiten als Ursache für den Anstieg der Kosten zu identifizieren.

Wie bereits erläutert, schätzt der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich für alle gesetzlich Versicherten in Deutschland die erwarteten Gesundheitskosten pro Krankheit, Altersgruppe und Region. Ausgehend von dieser Analyse lassen sich für eine Krankenkasse die Krankheiten ermitteln, deren Kosten über den erwartbaren Kosten liegen (siehe Schaubild A3.5). Mit den Ergebnissen können sich die Kassen auf die priorisierte Steuerung einzelner Krankheiten konzentrieren; dazu gehört auch ein proaktives Fallmanagement, um die Zahl der Krankenhausaufenthalte zu reduzieren.

Ein konkretes Beispiel: Eine Krankenversicherung ermittelt chronische Nierenerkrankungen bei ihren Versicherten als großen Kostentreiber. Daraufhin konzipiert sie vier Dinge: (1) Versorgungsverträge, die Vorsorgeuntersuchungen und Screening für

chronische Nierenerkrankungen im Frühstadium (CKD I-III) vorsehen; (2) einen Algorithmus, der Hausärzt:innen bei Behandlungs- und Medikationsentscheidungen für CKD-Patient:innen unterstützt; (3) ein Programm, das die begleitende Behandlung durch Nephrolog:innen vorsieht und ggf. bei der Vorbereitung auf eine Nierentransplantation hilft; (4) ein Aufklärungsprogramm für Betroffene mit Informationen zu allen Phasen der Erkrankung.

Datengetriebene Kundensegmentierung und individualisierte Services

Wenn Krankenkassen im Rahmen ihrer Wachstumsstrategie die Kundenzufriedenheit verbessern und ihre Leistungen optimieren wollen, müssen sie wissen, wie Versicherte am besten anzusprechen sind. Sich auf jedes einzelne Individuum zu konzentrieren, ist finanziell nicht leistbar. Stattdessen können die Kassen aber Segmente bilden mit Versicherten, die sich besonders ähnlich sind, um so „fast persönliche“ Strategien zu entwickeln und umzusetzen.

Mit Hilfe von Machine Learning (z.B. Random Forest⁸ oder anderen baumbasierten Algorithmen) analysieren Krankenkassen die wichtigsten Treiber der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch

⁸ Ein Random Forest ist ein Klassifikations- und Regressionsverfahren, das aus mehreren unkorrelierten Entscheidungsbäumen besteht. Alle Entscheidungsbäume sind unter einer bestimmten Art von Randomisierung während des Lernprozesses gewachsen.

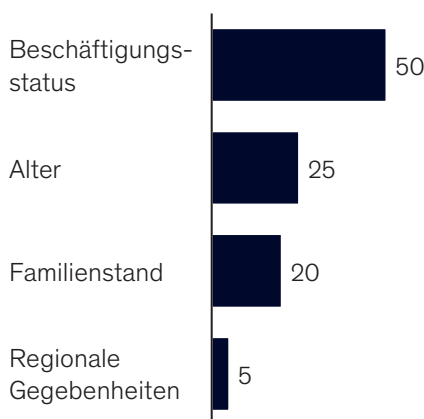
Schaubild A3.6

Über multidimensionale Daten lassen sich Versicherte Segmenten zuordnen, z.B. um Bedürfnisse zu identifizieren und Kontakte zu individualisieren

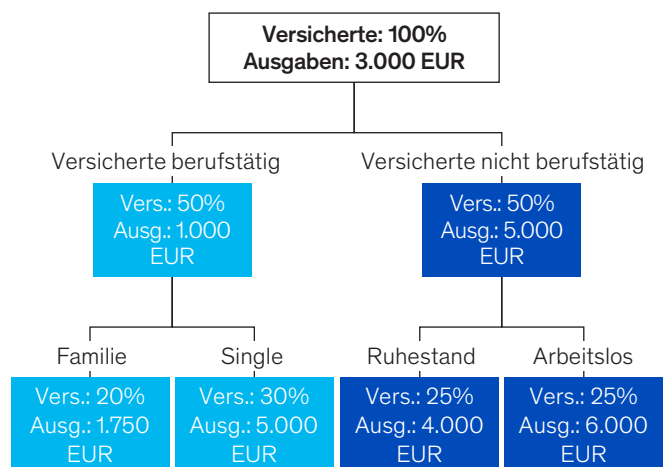
ILLUSTRATIV

KI-basierte Analyse der wichtigsten Treiber¹

in Prozent



Segmentierung auf Basis der wichtigsten Treiber²



¹ Im Allgemeinen wird die Permutationsbedeutung mit einem Random-Forest-Algorithmus berechnet

² Schätzung/Annäherung mit einem Entscheidungsbaum-Algorithmus auf Basis der wichtigsten Treiber der Permutationsbedeutung

Quelle: McKinsey

Versicherte, z.B. Alter, Familienstand und Beruf. Auf dieser Basis lässt sich eine Segmentierungslogik entwickeln, mit der die Krankenkasse die Bedürfnisse ihrer Versicherten besser versteht und z.B. segmentspezifische Kontaktstrategien entwickeln kann (siehe Schaubild A3.6 und Artikel A1.b „Die Pandemie als Wegbereiter für Distanzangebote“).

Neben den standardmäßigen medizinischen Gesundheitsleistungen (Krankenhaus, ambulante Versorgung, verschreibungspflichtige Medikamente usw.) finanzieren deutsche Krankenkassen häufig auch ein spezifisches Portfolio an präventiven und

gesundheitserhaltenden Maßnahmen (z.B. Kurse im Fitnessstudio, Reiseimpfungen). Dieses Angebot ist jedoch häufig nicht auf die jeweiligen Kundensegmente zugeschnitten. Über datengetriebene Kundensegmentierung können Krankenkassen identifizieren, welche Leistungen für die einzelnen Segmente relevant sind. So können sie Zusatzleistungen und ihr Serviceangebot auf die jeweiligen Segmente zuschneiden, um sowohl die Zufriedenheit als auch die Gesundheit der Versicherten zu erhöhen und gleichzeitig die Kosten für unnötige Leistungen zu minimieren.



Krankenkassen sind mit ihrem Datenreichtum prädestiniert, eine zentrale Rolle bei der Verbesserung von Versorgung und Leistungen einzunehmen. Die Umstellung auf datenbasierte Modelle wird gelingen, wenn mindestens zwei Komponenten gut umgesetzt werden:

1. Die Entwicklung einer Datenstrategie und der Aufbau moderner Analytics-Fähigkeiten, die in die täglichen Prozesse und Angebote von Krankenversicherungen integriert werden
2. Die Umsetzung dieser Strategie in ersten Anwendungsfällen in unterschiedlichen Bereichen der Organisation; entsprechende Pilotprojekte zeigen auf, wie Daten Versorgungsangebote und Services im Gesundheitswesen transformieren können.

Der Schritt in Richtung datengetriebener Modelle wird der jeweiligen Kasse einen Wettbewerbsvorteil verschaffen und ihr die Türen öffnen zu immer innovativeren Anwendungsbereichen für Daten und Analytics.

Krankenkassen werden sich in den kommenden Jahren zu datengetriebenen Unternehmen entwickeln



Uwe Repschläger
Bereichsleiter der BARMER

Uwe Repschläger ist Leiter des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg) und verantwortlich für die Bereiche Finanzen, Controlling, Risikomanagement sowie Versorgungsforschung. Der Wirtschaftswissenschaftler ist Mitherausgeber von „Gesundheitswesen aktuell“.

Die BARMER ist eine der größten gesetzlichen Krankenkassen Deutschlands. Rund 14.000 Beschäftigte betreuen 8,8 Mio. Versicherte, das entspricht einem Marktanteil von ca. 12%. Besonderen Wert legt die BARMER auf innovative Gesundheitskonzepte, etwa im Bereich der Prävention und der Behandlungsgestaltung.

Die Krankenkassen besitzen einen einzigartigen Datenschatz, u.a. wegen der gesetzlich verpflichtenden Dokumentation für den mRSA. Solche Daten gewinnen im Gesundheitswesen immer mehr an Bedeutung. Schöpfen die Kassen das Potenzial schon voll aus?

Es stimmt, der Datenschatz ist riesig. Im Umgang damit gibt es allerdings noch Herausforderungen. Krankenkassen halten ihren Datenschatz nicht durchgängig so professionell vor, wie sie es könnten und eigentlich auch müssten: Die Daten liegen zum Teil isoliert voneinander vor und sind nicht uneingeschränkt miteinander kompatibel. Kurz gesagt, sind Krankenkassen heute noch keine

professionell datengetriebenen Unternehmen. Ihnen ist aber sehr wohl bewusst, dass sich dies ändern muss, da sie andernfalls die steigenden Kundenerwartungen nicht mehr erfüllen können. Wenn eine Kasse ihr Datenhandling nicht in naher Zukunft deutlich professionalisiert, wird sie den Anschluss an die Wettbewerber verlieren.

Inwiefern beschäftigen Sie sich bei der BARMER bereits mit der Auswertung von Daten zugunsten von Service und Versorgung Ihrer Versicherten?

Die Auseinandersetzung mit Daten spielt bei uns eine große Rolle. Und zwar in vierfacher Hinsicht: Erstens analysieren wir Finanzdaten. Die Erkennt-

nisse fließen ein in die interne Planung sowie die Haushaltsvor- und -nachbereitung. Zweitens beschäftigt uns das gesamte Thema Risikostrukturausgleich. Auch dies dient im weiteren Sinne der Finanzplanung, aber auch der Absicherung unserer Wettbewerbsfähigkeit. Der dritte Bereich ist der Umgang mit Leistungsanbietern. Das umfasst z.B. die Vertragsvorbereitung und die Abrechnungsprüfung. Der vierte und letzte Bereich sind Daten in Bezug auf unsere Versicherten. Hier geht es um spezifische Serviceangebote, etwa für Personen in Versorgungsangeboten, aber auch um Kundensegmentierung.

Sie gehen also davon aus, dass Krankenkassen – wann genau auch immer – komplett datengetriebene Unternehmen sein werden?

Ja, davon gehe ich aus. Ich habe eben das Thema Service erwähnt: Wer in einer bestimmten Angelegenheit mehrfach mit der Krankenkasse in Kontakt tritt, möchte dieses Anliegen nicht jedes Mal wieder von Neuem erklären. Das muss bei der Kasse mit einem Klick abrufbar sein. Es muss sogar noch weitergehen: Versichertenzentrierte Angebote müssen möglich sein, also z.B. Angebote auf Basis des Gesundheitsstatus, den die Kasse entweder kennt oder für die nahe Zukunft für wahrscheinlich hält. Im nächsten Schritt würde auch das Thema Entwicklung von Versorgungsprogrammen eine Rolle spielen.

„Krankenkassen müssen in der Lage sein, einen 360-Grad-Blick auf ihre Versicherten einzunehmen.“

Inwieweit sehen Sie andere Branchen als Vorbilder und Vorreiter?

Wir haben gerade ein großes Projekt ausgeschrieben: DGU, datengetriebenes Unternehmen. Diesen Wandel wollen wir mit externer Unterstützung bewerkstelligen. Wir orientieren uns dabei also weniger an anderen Branchen, sondern wenden uns an Fachleute, die eine Idee vom Endprodukt haben. Parallel dazu klären wir in einem weiteren Projekt, welche technologischen Voraussetzungen nötig sind, um eine 360-Grad-Sicht auf die Versicherten einzunehmen. Hier orientieren wir uns tatsächlich an den großen Tech-Unternehmen – allein deshalb, weil der Krankenkassenmarkt selbst noch gar nicht so weit ist. Die Tech-Unternehmen setzen die Standards, obwohl sie selbst nicht im GKV-Markt präsent sind und es dank dessen Komplexität auch nicht sein werden. Aber dennoch: Die Menschen gewöhnen sich an deren Serviceniveau und fordern das auch von uns Krankenkassen ein.

Eine grobe Schätzung – wie lange wird der Wandel zum datengetriebenen Unternehmen dauern?

Spätestens, wenn einige große GKVen nahezu jeglichen Service online liefern und individuell zugeschnittene Leistungen anbieten, ist der Punkt erreicht, an dem es auf Grund solcher Angebote zu nennenswerten Kundenbewegungen kommen wird. Ich schätze, innerhalb der nächsten zwei bis fünf Jahre werden wir in dieser Hinsicht große Änderungen erleben.

Hat auch die Pandemie diese Entwicklung beschleunigt?

Die Pandemie hat ganz klar die Nutzung digitaler Kanäle intensiviert. Seien es E-Rezepte, Videosprechstunden, Interaktionen mit Krankenkassen, z.B. über Chats – all dies hat deutlich mehr Zuspruch erhalten. Der Pandemie haben wir die Erkenntnis zu verdanken, dass sich viele Dinge ohne unmittelbaren Kontakt regeln lassen.

Wenn es nun darum geht, den Wandel zum datengetriebenen Unternehmen in die Wege zu leiten: Was sind Ihrer Meinung nach die Erfolgsfaktoren bei der Nutzung von Daten zur Verbesserung von Service und Versorgung?

Krankenkassen müssen in der Lage sein, einen 360-Grad-Blick auf ihre Versicherten einzunehmen. Das gelingt nur, wenn sie das Datengeschäft im Griff haben. Da werden auch schnell die heutigen Probleme der Krankenkassen deutlich: Wir haben verschiedene Arten von Daten. Das sind zunächst die klassischen Stammdaten. Hier ist die Lage eigentlich sehr gut. Auch bei den Abrechnungsdaten – Diagnosen, in Anspruch genommene Leistungen – sieht es gut aus, obwohl sie manchmal mit einem gewissen zeitlichen Verzug ins System eingepflegt werden. Die große Schwäche der Krankenkassen sind die Daten zur Interaktion mit den Versicherten: Wann war jemand in der Filiale, hat eine E-Mail geschickt oder mit jemandem von der Kasse gesprochen und mit wem? Diese Daten systematisch zu erheben und mit allen übrigen Daten zu verknüpfen, wird eine der großen Herausforderungen in den kommenden zwei bis drei Jahren sein.

Und welche Rolle spielen beim Wandel die Themen Talentsuche und Fähigkeiten?

Wir haben es hier mit einem Dreiklang zu tun: Zum einen muss die IT-Infrastruktur so beschaffen sein, dass sie die Datenhaltung ermöglicht. Zum anderen brauchen wir Fachbereiche, deren Aufgabe die Interpretation fachlicher Daten ist. Und schließlich

benötigen wir Data Scientists, also Datenspezialist:innen. Am ehesten vorhanden ist die IT-Kompetenz, die für das physische Vorhandensein von Servern etc. sorgt und die besten Datenbank- oder Softwaresysteme kennt. Auch die fachliche Seite ist eigentlich schon bei den Krankenkassen abgedeckt. Woran es aber mangelt, sind die Data Scientists. Sie sind in Krankenkassen nur sporadisch vorhanden und müssen in nächster Zeit verstärkt am Markt rekrutiert werden.

Ist bei den Krankenkassen Ihrer Meinung nach auch ein Kulturwandel erforderlich?

In Ansätzen hat dieser Kulturwandel bereits vor der Pandemie begonnen. Die Erkenntnis, dass Kassen schneller und besser werden müssen, ist vorhanden. So stand das Thema agile Arbeitsweisen z.B. auch bei Krankenkassen bereits auf der Agenda.

Was die Krankenkassen aber ganz fundamental in der Pandemie getroffen hat, war das Thema Arbeiten von zu Hause aus. Die Erfahrung hat uns gelehrt: Es funktioniert! Wenn wir nun neues Personal suchen, dann wird das Homeoffice ganz selbstverständlich Teil des Angebots sein. Gerade die jungen Talente sind ja agilen Arbeitsweisen gegenüber aufgeschlossen und bringen auch im Homeoffice die erwartete Leistung. Diese Neuzugänge werden in den kommenden Jahren auch den Kulturwandel zum datengetriebenen Unternehmen fördern.

Lassen Sie uns noch einen Blick auf die Praxis werfen: Welche Angebote könnte eine GKV in naher und auch fernerer Zukunft vorhalten? Welche Erfahrungen haben Sie selbst bereits gemacht?

Der Bereich Kundenservice ist derjenige, den wir bislang noch am wenigsten bearbeiten. Die Gründe dafür liegen u.a. auch im Datenschutz. In Zukunft wird allerdings unsere Betreuung der Versicherten auf Basis von Daten zunehmen. Auch andere Krankenkassen dürften sich darauf vorbereiten, den Kundenservice anhand von Daten zu intensivieren.

Mit intelligenten Algorithmen für eine gründliche Datenanalyse lässt sich schon heute eine Menge bewerkstelligen. Wir haben uns bereits mehrfach

mit Prädiktionsmodellen beschäftigt. Damit lässt sich z.B. die Hospitalisierungswahrscheinlichkeit auf individueller Ebene schon sehr zuverlässig vorhersagen. In einem anderen Projekt konnten wir die Wahrscheinlichkeit von Komplikationen bei bestimmten Personengruppen nach Ersatz des Kniegelenks definieren.

Und wie steht es um die Real World Evidence, d.h. die Überprüfung anhand von Daten, ob Therapien oder Medikamente bei bestimmten Personengruppen tatsächlich so hilfreich sind wie angenommen?

Das spielt in die Thematik mit hinein. Allerdings muss man auch klar sagen: Nicht alles, was z.B. in den USA möglich ist, ist auch bei uns umsetzbar. In Europa gelten strengere Datenschutzrichtlinien. Die kommen immer dann ins Spiel, wenn es um einzelne Personen geht. Daher ist es schwierig, mit konkreten Serviceangeboten auf individuelle Versicherte zuzugehen. Hierfür wären noch einige Änderungen im Datenschutz erforderlich.

Wenn es aber um Gruppen von Personen geht, lässt sich gut mit pseudonymisierten oder anonymisierten Daten arbeiten. Auf diese Weise lässt sich z.B. die Wirksamkeit eines Medikaments bei einer bestimmten Personengruppe zuverlässig bestimmen. Verbesserungen des Gesamtsystems sind also bereits mit vorhandenen Daten und Analysemöglichkeiten zu erreichen.

Eine Frage zum Schluss: Was erhoffen Sie sich aus einer Analytics-Perspektive für die Versorgung von Versicherten, wenn Sie 10 bis 15 Jahre in die Zukunft blicken?

Bei den Krankenkassen gehe ich von einer deutlich besseren Organisation des Datengeschäfts aus. Das ist quasi die Hausaufgabe der Krankenkassen. Vom Gesetzgeber erhoffe ich mir hingegen eine kritische Überprüfung der Datenschutzrichtlinien, die stärker auf datenschutzrechtliche Risiken abzielt und auf die Vorteile eines Umgangs mit Daten, der anders als heute gestaltet ist. Niemandem ist geholfen, wenn auf dem Grabstein steht: „Meine Daten waren sicher“.



Aktuelle Entwicklungen im GKV-Markt



B

Auf den folgenden Seiten befassen wir uns – nach einem Überblick über die wichtigsten Branchentrends – mit aktuellen Entwicklungen im GKV-Markt. Als Basis dienen detaillierte Marktanalysen auf Ebene der Kassenarten, also für vdek, AOK, BKK und IKK. Erkenntnisse zur Knappschaft, bei der es sich um eine Einzelkasse handelt, werden nicht gesondert dargestellt.

Zwei Bereiche stehen im Mittelpunkt der Ausführungen:

- **Entwicklung des Wettbewerbs im GKV-Markt.** Wie hat sich die Anzahl der Kassen in den vergangenen Jahren entwickelt? Wie haben sich die Marktanteile der Kassenarten verändert, wie die Versichertenzahlen und -strukturen?

- **Entwicklung der Kassenergebnisse.** Wie entwickeln sich die KJ1-Ergebnisse? Wie haben sich die Leistungsausgaben nach Kassenarten und Bereichen verändert? Wie stark weichen Leistungsausgaben ab von den morbiditätsgerecht zu erwartenden Ausgaben je Leistungsbereich? Wie korrelieren Versicherungszuwachs und Höhe des Zusatzbeitrags miteinander?

Als Datenbasis dienen öffentlich zugängliche Informationen, z.B. die Versicherten- und Mitgliederstatistik KM1 und KM6, endgültige Rechnungsergebnisse der Kassenarten nach KJ1 oder Veröffentlichungen der Jahresrechnungsergebnisse der Krankenkassen nach § 305b SGB V.

Das Wichtigste im Überblick

Wettbewerbs- und Wachstumstrends

Die GKV-Landschaft befindet sich nach einer Periode verstärkter Konsolidierungen (bis 2016) aktuell weiterhin in einer vergleichsweise stabilen Phase. Lediglich bei den BKKen dauern die Konsolidierungsaktivitäten an. Die AOK-Gemeinschaft und der vdek decken als annähernd paritätische Marktführer nach Versichertenzahlen fast 80% des Marktes ab. Die GKV verfügt gegenüber der PKV über einen stabilen Marktanteil von rund 88%. Der Anteil an GKV-Versicherten mit PKV-Zusatzversicherung wächst weiterhin kontinuierlich. Zwischen den Kassenarten hat sich die Versichertenstruktur nach Altersgruppen angeglichen, so dass bei allen Kassenarten heute etwas mehr als 40% ihrer Versicherten der Altersgruppe über 50 Jahre angehören.

Entwicklung der Kassenergebnisse

Alle GKV-Kassenarten haben im Jahr 2019 ein negatives KJ1-Ergebnis verzeichnet. Die Leistungsausgaben, einer der Kerntreiber des KJ1-Ergebnisses, sind mit über 4% zwischen 2017 und 2019 wieder deutlich gestiegen. Vor allem im Bereich Heilmittel steigen die Leistungsausgaben von Jahr zu Jahr deutlich an. Außer bei der

AOK, deren Ausgaben niedriger ausfallen als erwartet, übersteigen bei allen Kassenarten die Gesamtleistungsausgaben die Ausgaben, die auf Grund ihrer jeweiligen Morbidität prognostiziert wurden, um rund 1%.

Altersstruktur und Niveau der Leistungsausgaben

Die absolute Höhe der Leistungsausgaben je Versicherten ist ein Abbild der Altersstruktur einer Kasse. Die AOK, deren Leistungsausgaben im Jahr 2019 rund 3% über dem GKV-Schnitt lagen (2018 waren es noch knapp 4%), versichert einen überdurchschnittlichen Anteil an über 80-Jährigen, jedoch mit klarer Stärkung der jüngeren Altersgruppen (vor allem über 14 Jahre und 30 bis 45 Jahre) im Vergleich zu 2018. Bei BKKen und IKKen liegen sowohl der Anteil der über 70-Jährigen als auch die jeweiligen Leistungsausgaben unter dem Durchschnitt. Beim vdek decken sich die Altersstruktur und absolutes Leistungsausgaben-Niveau nahezu mit den entsprechenden Werten der GKV; die durchschnittlichen Leistungsausgaben liegen um 0,5% über dem GKV-Schnitt.

Aktuelle Entwicklungen

Die Corona-Pandemie hat die Kassen ab 2020 vor große Herausforderungen gestellt und mit zusätzlichen Ausgaben konfrontiert. Erhöhte Leistungsausgaben (+4%) und Verwaltungskosten (+4,8%) waren die Folge. Über das Jahr verteilt schwankten die Ausgaben z.B. durch die Lock-downs und das geringe Infektionsgeschehen während des Sommers. Insgesamt rechnen die Kassen mit einem Defizit von rund 2,65 Mrd. EUR. Der Gesundheitsfonds weist 2020 ein Defizit von rund 3,49 Mrd. EUR auf. Daher warnen viele Kassen vor stark steigenden Zusatzbeiträgen für 2022.*

* Vgl. Handelsblatt vom 21.11.2020

~ 88%

ist der Marktanteil der GKV gegenüber der PKV

~ 1,0%

beträgt der Zusatzbeitrag im GKV-Schnitt 2019



Wettbewerbstrends

B1

Die Entwicklung der GKV seit 2016 unterliegt – neben den demografischen Veränderungen, die alle Kassen betreffen – im Wesentlichen vier Trends (siehe Schaubilder B1.1 bis B1.13):

- **Anzahl der Kassen bleibt stabil.** Eine längere Phase mit zahlreichen Fusionen infolge der Gesundheitsreform im Jahr 2007 ist einer gewissen Stabilität gewichen. Vor allem seit 2016 hat sich die Anzahl der Kassen kaum verändert. Lediglich die BKKen verzeichnen auch nach 2016 vereinzelte Konsolidierungen zum Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit (die Zahl der BKKen ging zwischen 2016 und 2021 um 3,5% p.a. zurück). Es bleibt abzuwarten, ob und in welchem Ausmaß der – vor allem durch die Corona-Pandemie bedingte – Kostendruck erneute Fusionen nach sich ziehen wird.
- **Marktanteile von GKV und PKV bleiben konstant.** Während der Marktanteil der GKV gegenüber der PKV seit rund zehn Jahren stabil bei 88% liegt, nimmt der Anteil an privaten Zusatzversicherungen kontinuierlich zu. Nach zweistelligem jährlichen Wachstum Anfang der 2000er Jahre steigt deren Anteil seit 2012 um rund 2% p.a. Darin zeigt sich das erhöhte Bedürfnis der Versicherten nach Gesundheitsabsicherung.
- **Bundesweit vertretene Kassenarten gewinnen Marktanteile.** Der vdek und die AOK-Gemeinschaft verfügen mittlerweile über einen gemeinsamen Marktanteil (nach Versicherten) von nahezu 80%. Ihr Zuwachs bei den Versichertenzahlen seit 2016 lässt ihren Marktanteil weiter steigen.

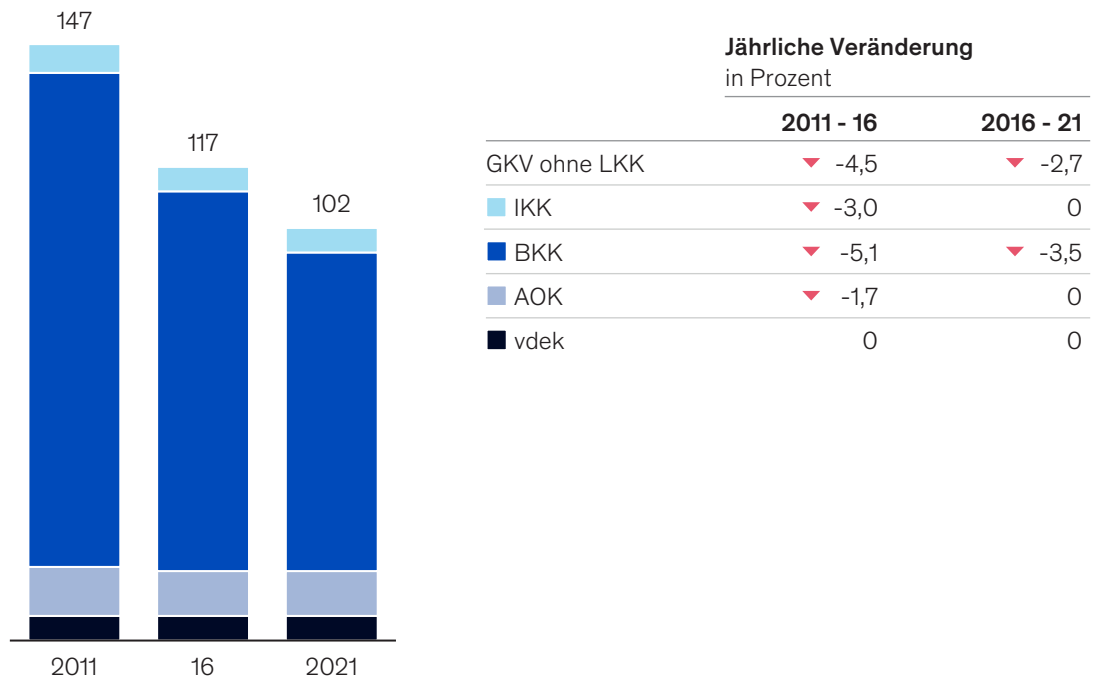
Bei den BKKen und den IKKen sinkt die Anzahl der Versicherten von Jahr zu Jahr und ihre Marktanteile nehmen daher seit 2016 ab. Der Wettbewerbsdruck zwischen den Kassenarten erhöht sich also weiter.

Auch die relative Entwicklung der Versichertenzahlen seit 2017 unterstreicht die positive Entwicklung der AOK. Bei den IKKen schwindet die Versichertenzahl hingegen beständig. Dies dürfte vor allem auf die allgemeine Kassenöffnung zurückzuführen sein, die die ehemals handwerks- und industriebezogenen Kassenarten um kritische Wettbewerbsvorteile gebracht hat. Wichtigstes Standbein dieser Kassen sind nun die Stammversicherten, deren Durchschnittsalter allerdings kontinuierlich steigt.

- **Versichertenstruktur ähnelt sich zunehmend.** Wenngleich es zwischen den Kassenarten noch Unterschiede in der Versichertenstruktur gibt, hat sich diese in den vergangenen Jahren doch stark angeglichen. Erwartungsgemäß steigt der prozentuale Anteil von Versicherten ab 50 Jahren bei allen Kassenarten auf Grund der demografischen Entwicklung im Vergleich zu 2009, allerdings unterschiedlich stark je Kasse. Trotzdem ist der Anteil älterer Versicherter (50 Jahre plus) mittlerweile sehr ausgeglichen und beträgt bei allen Kassenarten mehr als 40%.

Während sich die Anzahl der BKKen auch nach 2016 durch Fusionen weiter verringert hat, ist die Anzahl aller anderen Kassen seither stabil geblieben

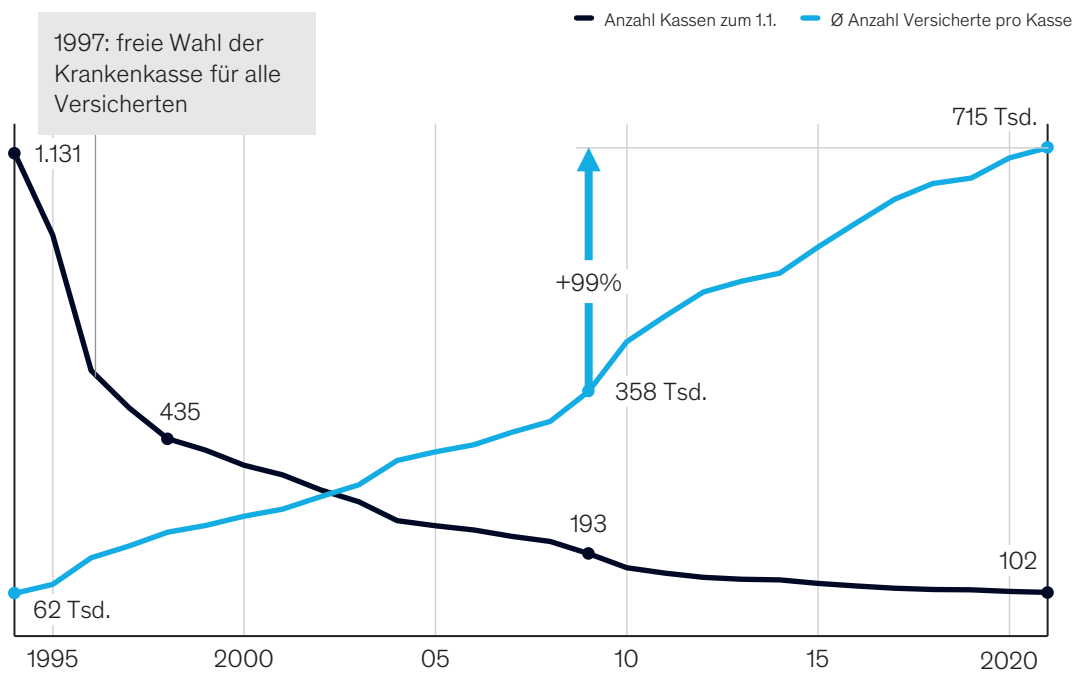
Anzahl Kassen¹ jeweils zum 1.1. eines Jahres



¹ Ohne LKK

Quelle: Anzahl Kassen jeweils zum 1.1. des Jahres gemäß GBE-Bund

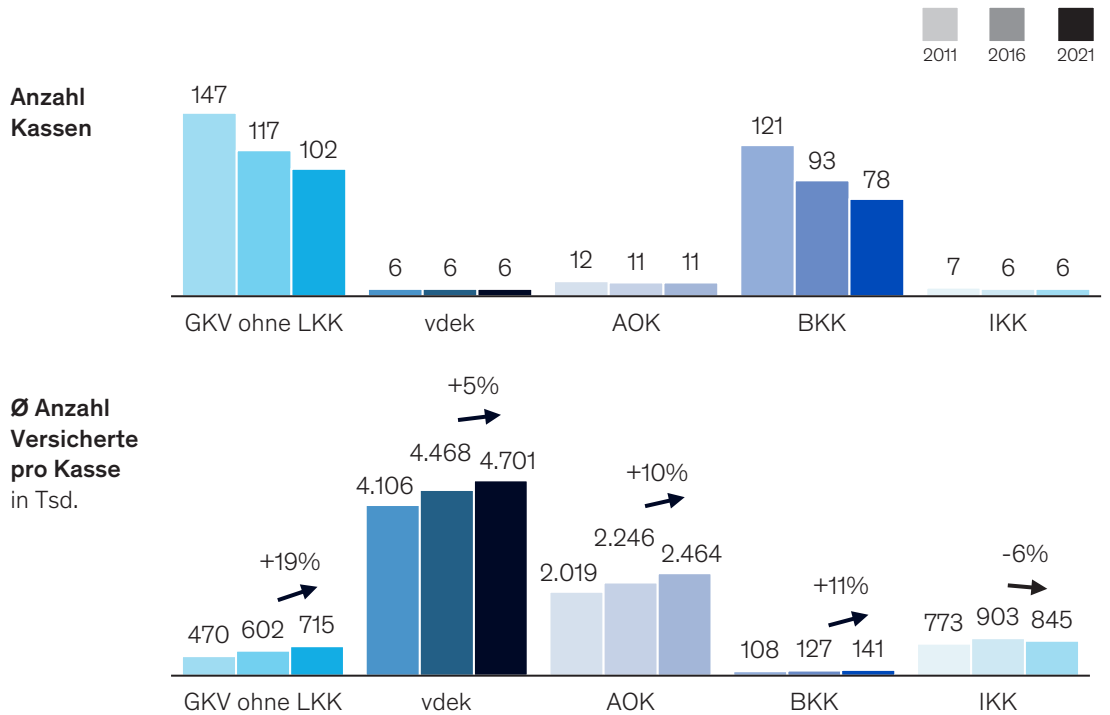
Infolge von Konsolidierungen hat sich die durchschnittliche Versichertenzahl je Kasse seit 2009 nahezu verdoppelt



Quelle: Anzahl Kassen ohne LKK jeweils zum 1.1. des Jahres gemäß GBE; Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM1 BMG; Versicherte 2020 approximiert

Schaubild B1.3

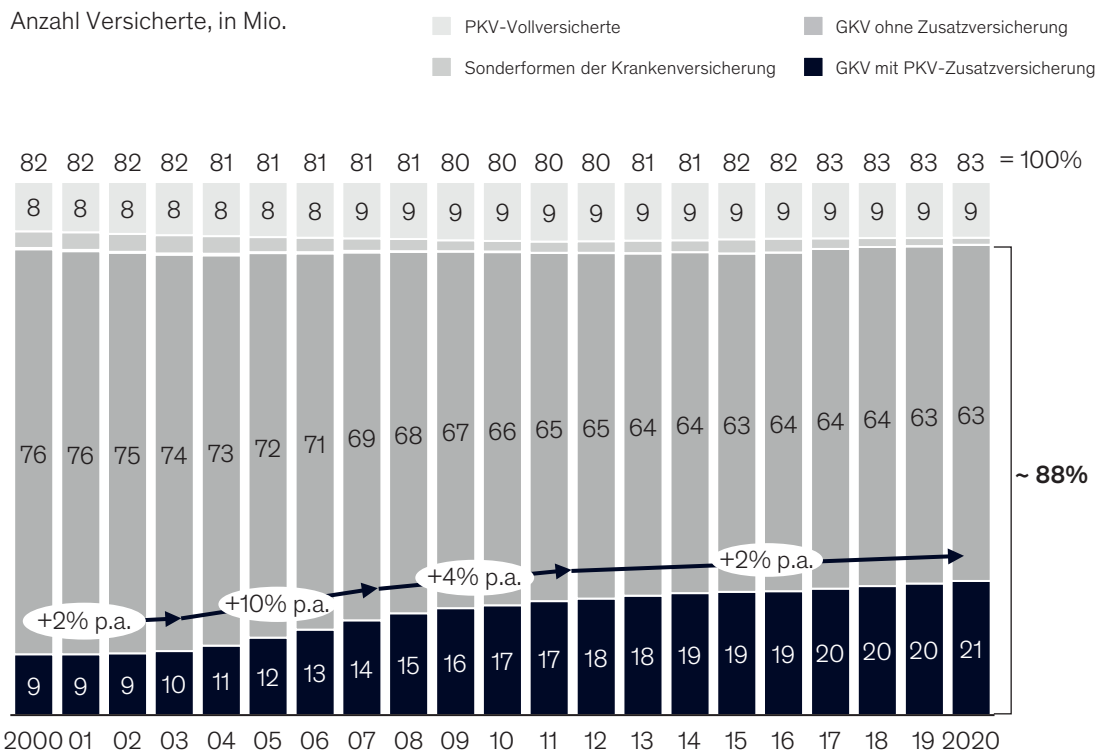
Mit 10% bzw. 11% ist die durchschnittliche Anzahl an Versicherten bei AOKen und BKKen seit 2016 am stärksten gewachsen



Quelle: Anzahl Kassen ohne LKK jeweils zum 1.1. des Jahres gemäß GBE; Anzahl Versicherte zum Dez. des Vorjahres nach KM1 BMG

Schaubild B1.4

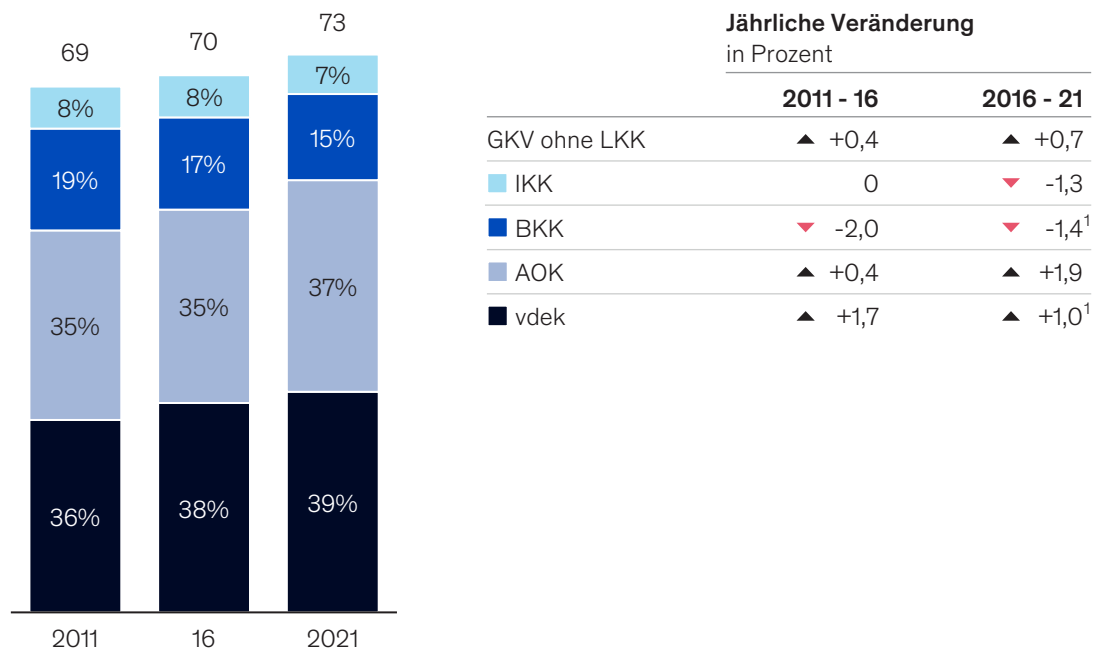
Der GKV-Marktanteil liegt stabil bei rund 88%, während der Anteil GKV-Versicherter mit privater Zusatzversicherung weiter kontinuierlich steigt



Quelle: PKV-Zahlenportal, PKV 2019 approximiert; Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG; OECD-Statistik

Zuwächse bei den Versichertenzahlen verzeichnen seit 2016 lediglich AOKen und vdek – Letzterer u.a. durch die Eingliederung einer BKK

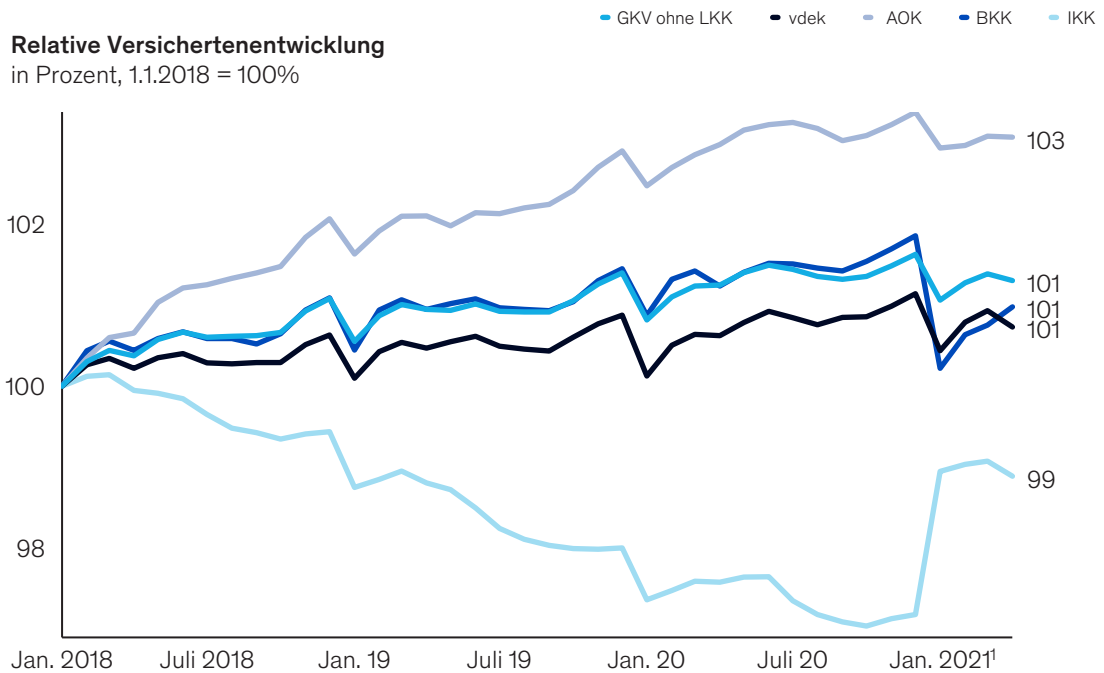
Anzahl Versicherte, in Mio.



¹ Eingliederung von Deutsche BKK in BARMER zum 1.1.2017

Quelle: Anzahl Versicherte zu Dezember des Vorjahres nach KM1 BMG

Die relative Entwicklung der Versichertenzahlen auf Basis von 2018 zeigt deutliches Wachstum bei AOKen; BKKen sind auf GKV-Niveau gewachsen

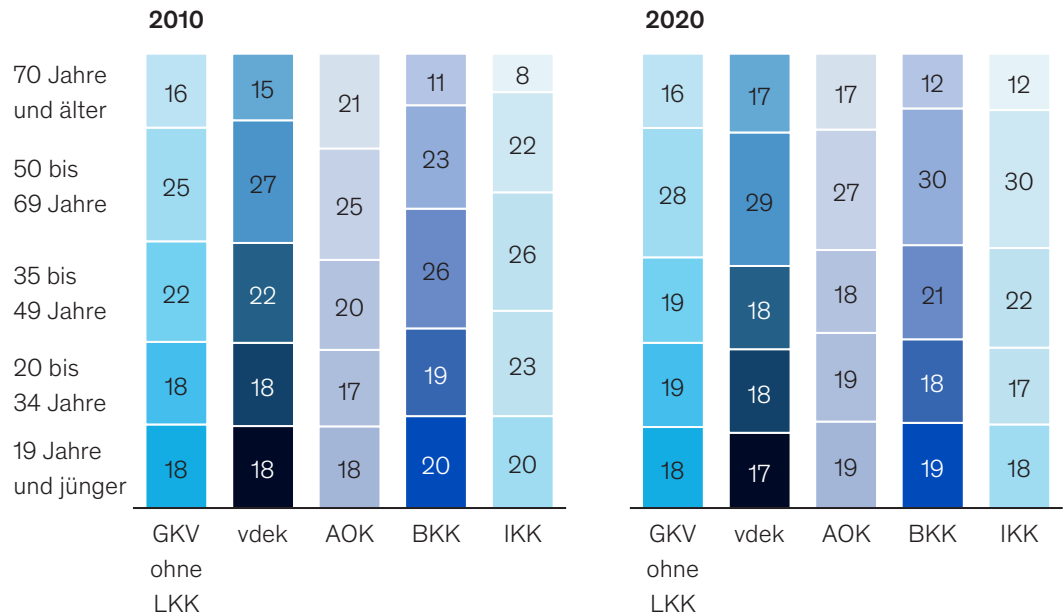


¹ Eingliederung von actimoda in BIG direkt gesund zum 1.1.2021

Quelle: Anzahl Versicherte zum 1. jedes Monats nach KM1 BMG

Die Versichertenstruktur aller Kassenarten hat sich stark angeglichen, vor allem der Anteil älterer Versicherter (> 50 Jahre) ist heute einheitlicher

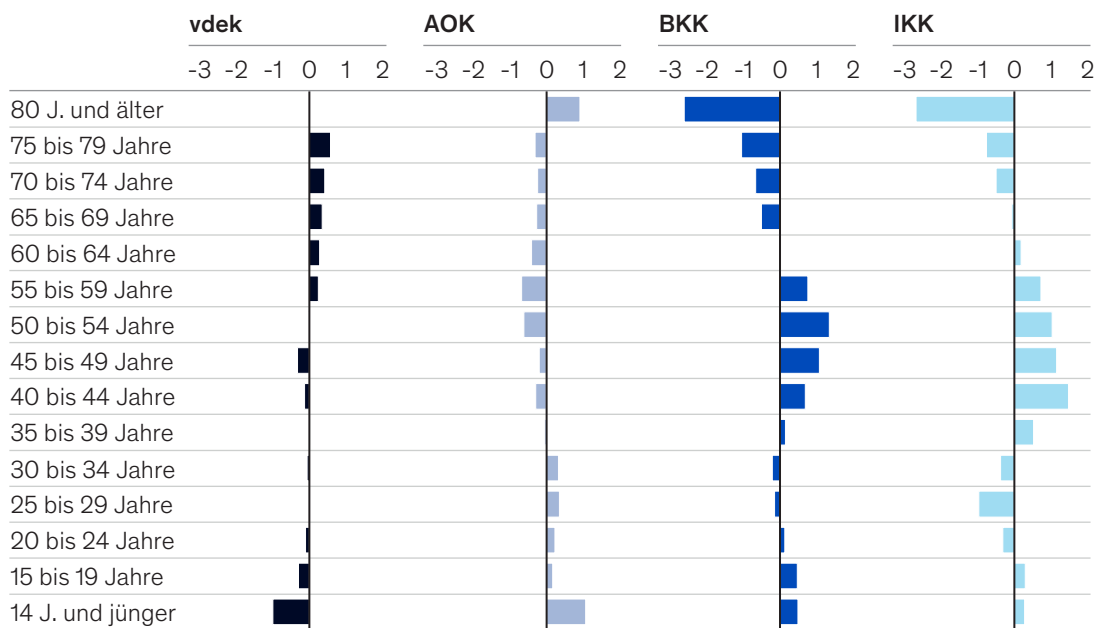
Versichertenanteile nach Altersgruppen, in Prozent



Quelle: Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG

BKKen und IKKen weisen bei den Versichertenanteilen 2020 weiterhin in beide Richtungen die größten Abweichungen zur GKV ohne LKK auf

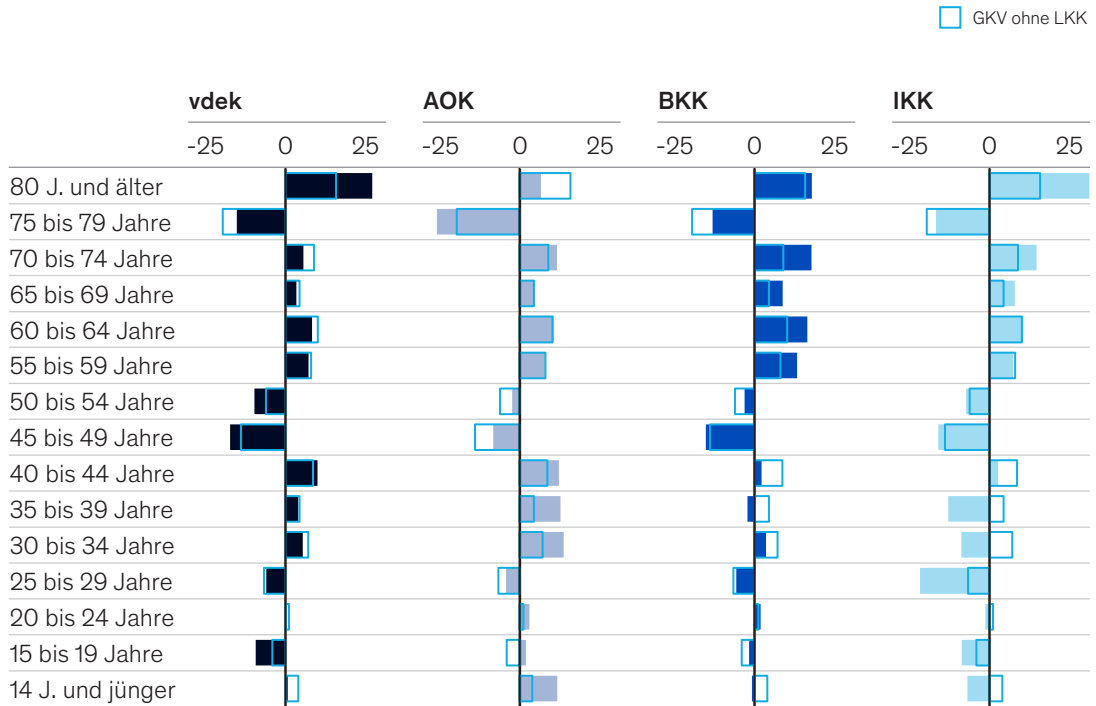
Abweichung Versichertenanteile 2020 ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten



Quelle: Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG

Im Gegensatz zur GKV ohne LKK verzeichnen die AOKen seit 2017 starke Zuwächse bei Versicherten unter 50 Jahren

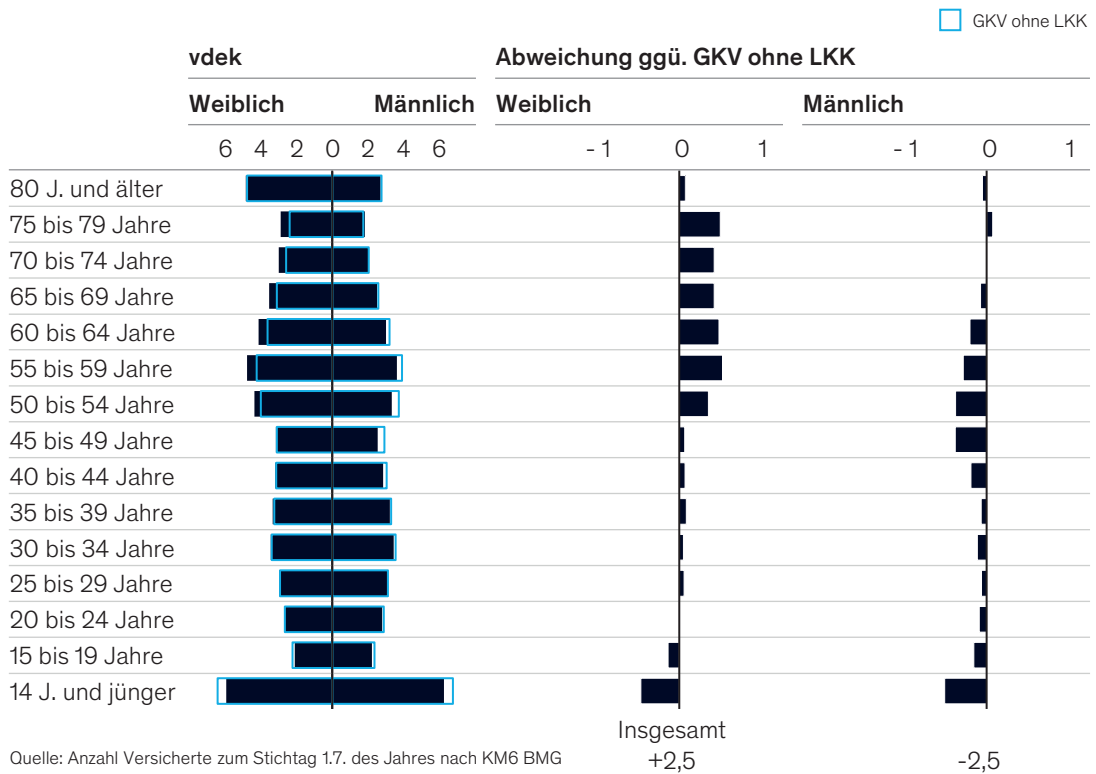
Veränderung Anzahl Versicherte, 2020 ggü. 2017, in Prozent



Quelle: Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG

Beim vdek sind überdurchschnittlich viele Frauen zwischen 50 und 80 Jahren versichert

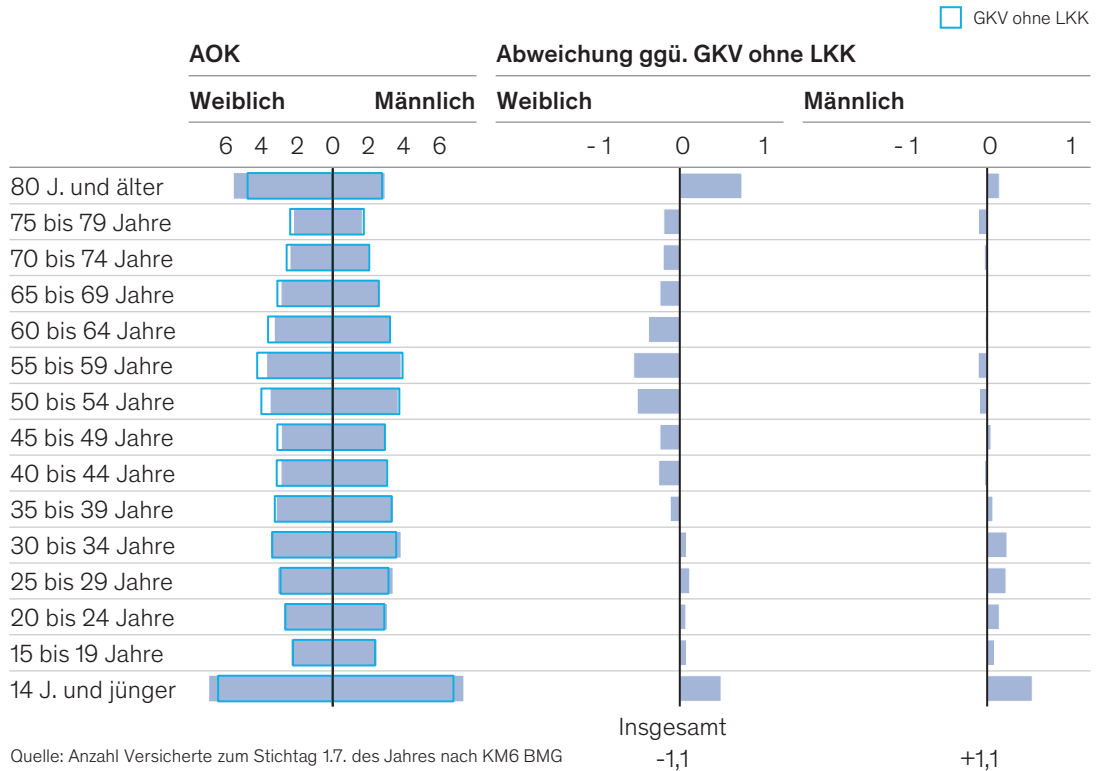
Versichertenanteile 2020 in Prozent, Abweichung ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten



Quelle: Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG

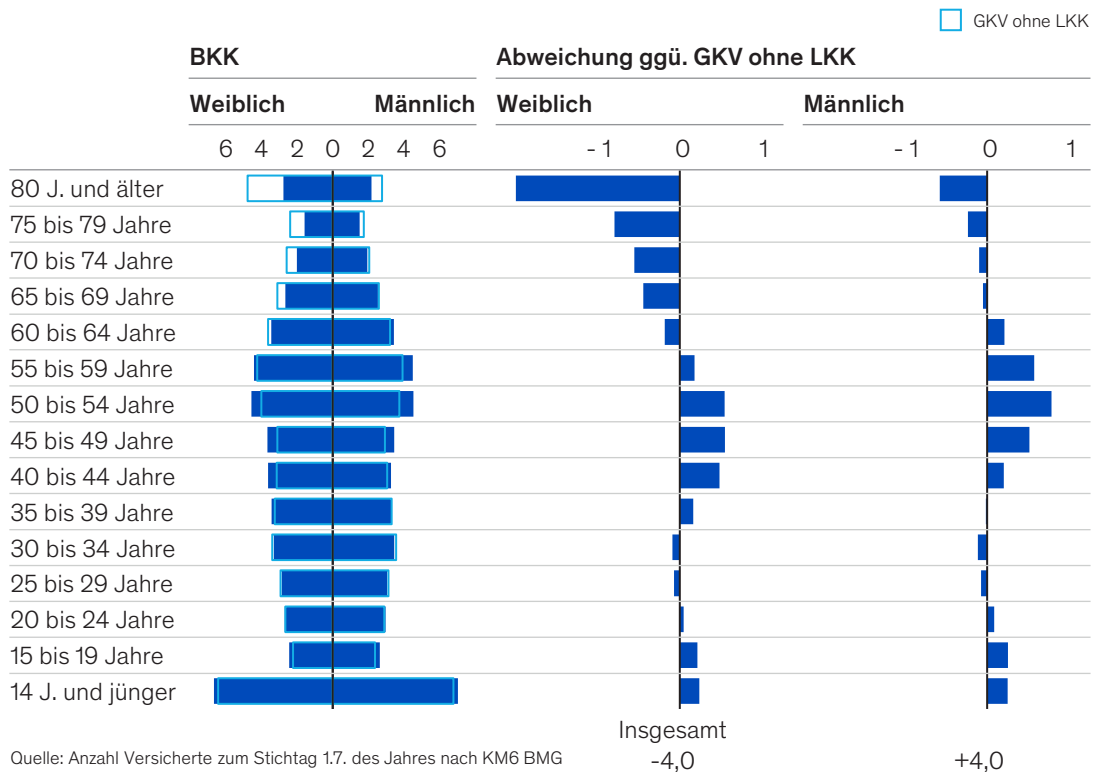
AOKen zeigen höhere Anteile bei Männern unter 35 Jahren und deutlich höhere bei Kindern

Versichertenanteile 2020 in Prozent, Abweichung ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten



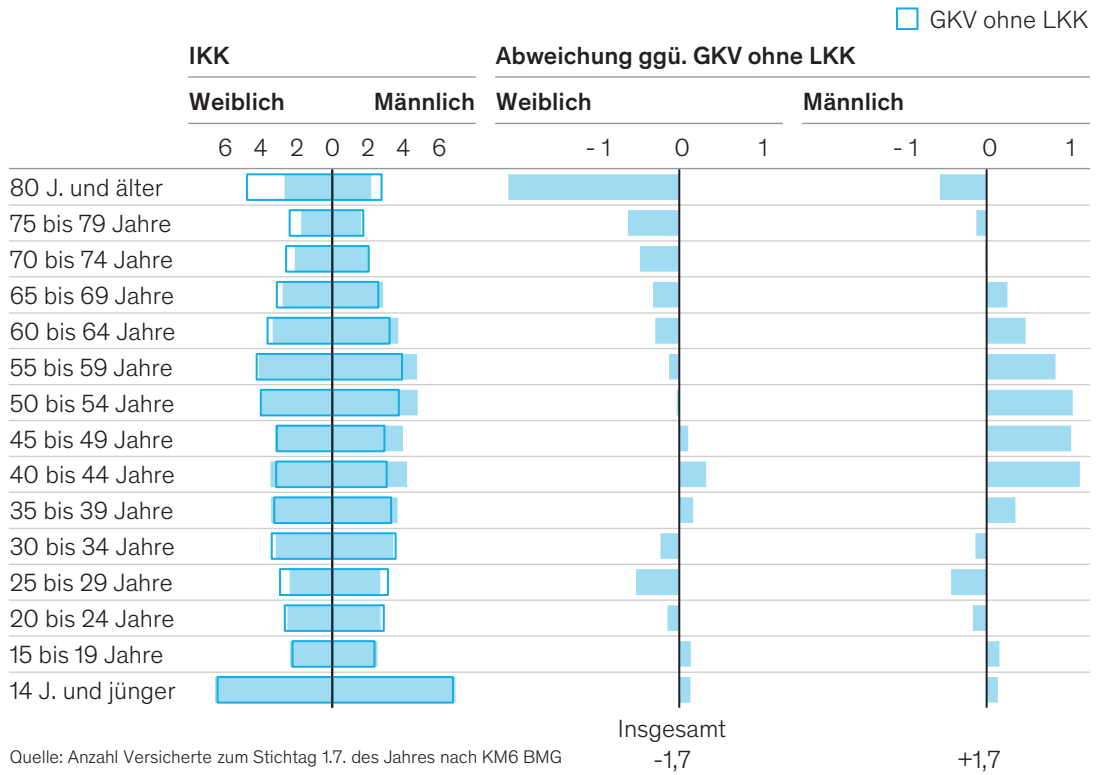
BKKen zeigen höhere Anteile in den Altersgruppen 40 bis 59 Jahre sowie bei Kindern

Versichertenanteile 2020 in Prozent, Abweichung ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten



IKKen versichern deutlich mehr Männer zwischen 35 und 69 Jahren; insgesamt liegt der Anteil Männer 1,7 Prozentpunkte über GKV ohne LKK

Versichertenanteile 2020 in Prozent, Abweichung ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten





Entwicklung der Kassenergebnisse

B2

Alle GKV-Kassenarten verzeichnen im Jahr 2019 ein negatives KJ1-Ergebnis. Im GKV-Schnitt bedeutet dies einen Rückgang um 182% gegenüber dem Vorjahr (siehe Schaubild B2.1). Grund hierfür ist der Anstieg der Fondsunterdeckung um -31% im Vergleich zum Vorjahr auf ein Niveau deutlich unter dem von 2017 (-219 EUR je Versicherten in 2019 im Vergleich zu -151 EUR in 2017). Zudem sind die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag mit -3% leicht rückläufig (siehe Schaubild B2.2). Diese Entwicklung überrascht kaum in Anbetracht des Versichertenentlastungsgesetzes: Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass Finanzreserven aus Betriebsmitteln und Rücklagen ab 2019 höchstens eine Monatsausgabe betragen dürfen. Somit haben Kassen ihre Zusatzbeiträge teilweise gesenkt oder nicht – wie früher möglich – erhöht, um damit einer Fondsunterdeckung entgegenzuwirken. Im Rahmen der MDK-Reform werden neben den Finanzreserven aus Betriebsmitteln zukünftig auch die Geldmittel für Investitionen in diese Betrachtung mit einbezogen.

Im KJ1-Ergebnis werden verschiedene Einflussgrößen zu einer einzigen Kennzahl zusammengefasst, z.B. Fondsunterdeckung, Zusatzbeitrag, sonstige Einnahmen (Zinsen, Regressansprüche, Erstattungen etc.) und sonstige Ausgaben (Zuschreibungen

zu Pensionsrückstellungen, Prämienzahlungen an Mitglieder etc.). Deshalb kann diese Kennzahl lediglich einen ersten Hinweis darauf geben, wie es um die wirtschaftliche „Gesundheit“ einer Kasse steht.

Ergänzend zum KJ1-Ergebnis sollten also vor allem die Leistungsausgaben mit gestalterischen Freiheitsgraden für Krankenkassen¹ betrachtet werden, da sie eine wesentliche Steuerungsgröße auf der Ausgabenseite darstellen. Insgesamt sind die Leistungsausgaben seit 2017 stark gestiegen; vor allem im Bereich Heilmittel ergab sich eine jährliche Veränderung von +13% (siehe Schaubild B2.4). Außer bei der AOK, deren Ausgaben niedriger ausfallen als erwartet, übersteigen die Gesamtleistungsausgaben bei allen Kassenarten die Ausgaben, die auf Grund ihrer jeweiligen Morbidität prognostiziert wurden, um rund 1% (siehe Schaubild B2.9).

Vor diesem Hintergrund widmen wir uns im Folgenden den Leistungsausgaben innerhalb der GKV und untersuchen eingehend die Relevanz und Funktion des Morbiditätsindex und hierauf basierender smarter Benchmarkingmethoden. Zudem analysieren wir die Entwicklung der Zusatzbeiträge sowie die Auswirkungen von Zusatzbeitragserhöhungen auf die Mitgliederentwicklung und die Morbidität einer Kasse.

KJ1-Ergebnisse

Das KJ1-Ergebnis sämtlicher Kassenarten ist 2019 negativ und fällt damit deutlich geringer aus als im Vorjahr (siehe Schaubild B2.1). Im GKV-Schnitt liegt das Ergebnis bei rund -24 EUR je Versicherten.

Die Fondsunterdeckung übersteigt zugleich deutlich das Niveau von 2017. Bei insgesamt leicht reduzierten

Einnahmen aus Zusatzbeiträgen beläuft sich die Summe im GKV-Schnitt im Jahr 2019 auf -17 EUR je Versicherten. Nur BKKen und IKKen kompensieren die Fondsunterdeckung durch Zusatzbeiträge vollständig (siehe Schaubild B2.2).

¹ Krankenhausbehandlung, Arzneimittel, Hilfsmittel, Heilmittel, Häusliche Krankenpflege und Fahrkosten

Haupttreiber des KJ1-Ergebnisses sind Leistungsausgaben und Zuweisungen für Leistungsausgaben

Das KJ1-Ergebnis



- Zuweisungen für Leistungsausgaben*
- Zuweisungen für Verwaltungskosten
- Sonstige Einnahmen
- Einnahmen aus Zusatzbeitrag

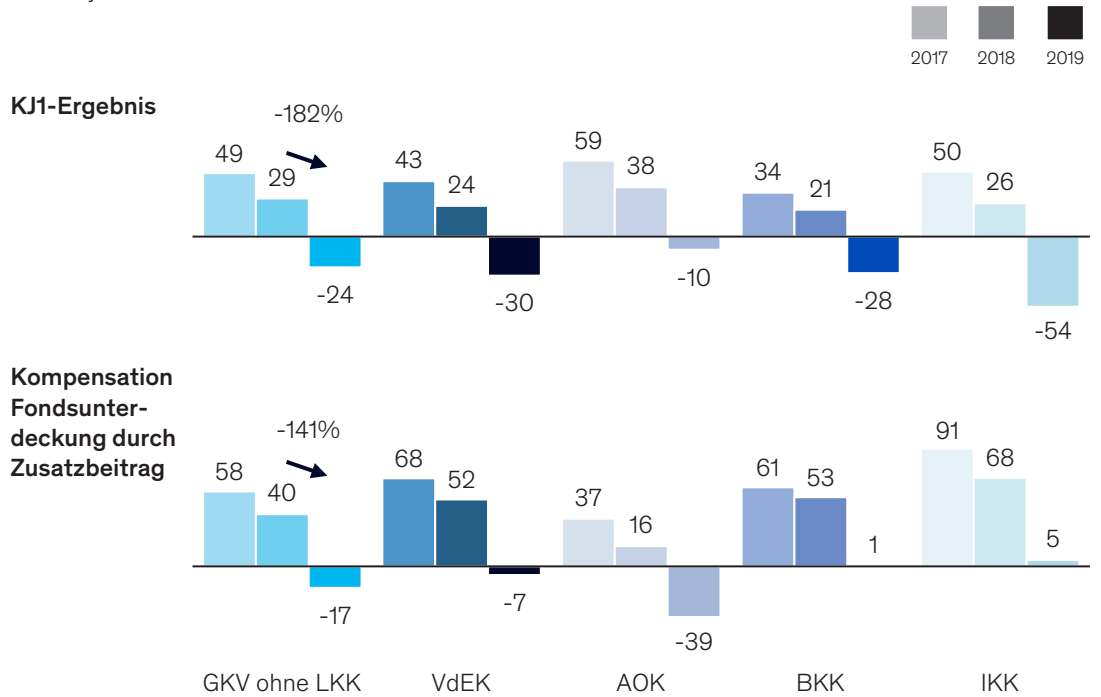
- Leistungsausgaben
- Verwaltungskosten
- Sonstige Ausgaben
- Mitgliederbezogene Veränderung (MbV)

* Die Zuweisungen für Leistungsausgaben berücksichtigen die Morbidität der Versicherten gemäß den Regelungen des Risikostrukturausgleichs. Mit dem Morbiditätsindex wird das Verhältnis der Morbidität einer Kasse zur GKV beschrieben. Ein Morbiditätsindex von 1,3 bedeutet z.B., dass die Kasse 30% mehr Zuweisungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben pro Versicherten erhält als der GKV-Durchschnitt.

Schaubild B2.1

Ein Anstieg der Fondsunterdeckung auf das Niveau von 2017 führt bei allen Kassenarten 2019 zu einem im Vergleich zu 2018 negativen KJ1-Ergebnis

in EUR je Versicherten

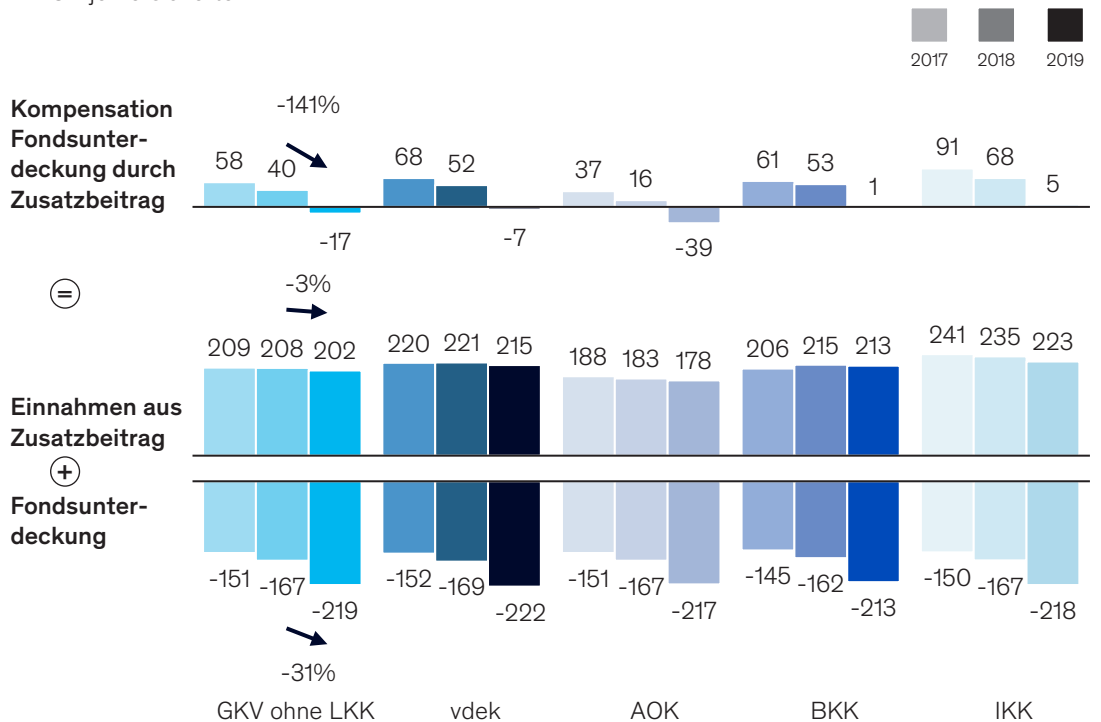


Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Schaubild B2.2

Die Einnahmen aus Zusatzbeiträgen der GKV 2019 sinken leicht im Vergleich zum Vorjahr; die Fondsunterdeckung übersteigt daher das Niveau von 2017

in EUR je Versicherten



Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Leistungsausgaben

Die jährlichen Leistungsausgaben sind kontinuierlich in allen Bereichen gestiegen, insbesondere zwischen 2017 und 2019 (siehe Schaubilder B2.3 bis B2.5). Ihr Management bleibt daher hoch relevant. Besonders stark gestiegen – bei sämtlichen Kassenarten – sind die Leistungsausgaben für Heilmittel, und zwar mit einer jährlichen Veränderung von +13% zwischen 2017 und 2019.

Die Versichertenstruktur der einzelnen Kassenarten ist im Verhältnis zum GKV-Schnitt zu berücksichtigen, um einen aussagekräftigen Vergleich der Leistungsausgaben zu ermöglichen, sowohl zwischen verschiedenen Kassenarten als auch zwischen einer Kassenart und dem GKV-Schnitt. Eine Möglichkeit bietet der Morbiditätsindex: Dieser gibt Hinweise darauf, wie krank die Versicherten einer Kassenart im Vergleich zum GKV-Schnitt sind. Ganz konkret zeigt er an, in welchem Verhältnis die

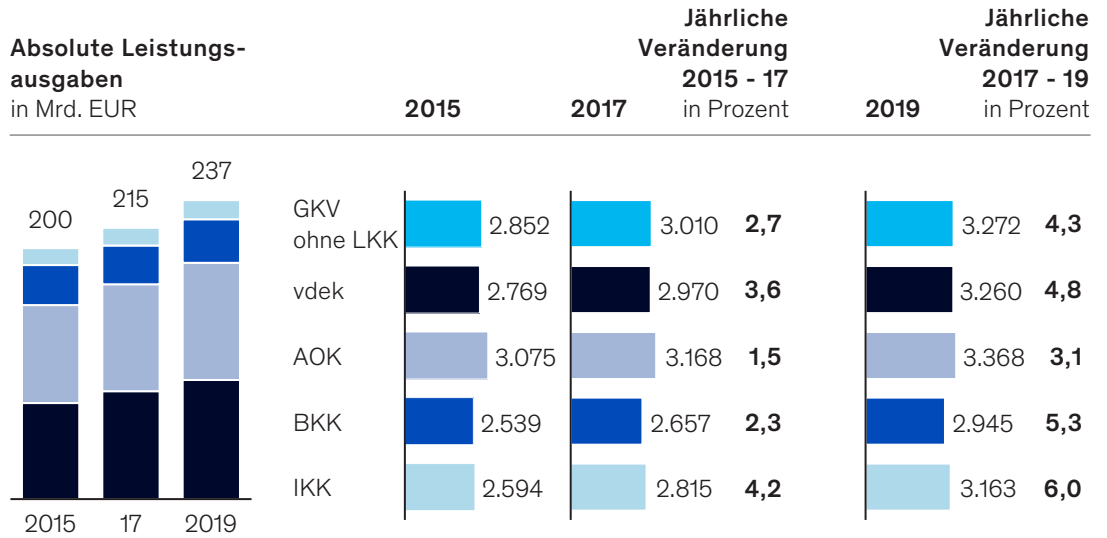
durchschnittlichen Zuweisungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben je Versicherten einer Versichertenpopulation zu einem Versicherten im GKV-Schnitt stehen. Weitere Aspekte des Zusammenhangs zwischen Leistungsausgaben und Morbiditätsindex werden auf den Schaubildern B2.6 bis B2.14 erläutert.

Anmerkung: Die Adjustierung von Leistungsausgaben durch den Morbiditätsindex zur besseren kassenartenübergreifenden Vergleichbarkeit von Ausgaben ist als Annäherung zu verstehen, da die durchschnittlichen Zuweisungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben je Versicherten ebenfalls nur einen Näherungswert für „kranke Versicherte“ liefern. Für einen genaueren Vergleich wären weitere interne Faktoren der betrachteten Kassenarten mit zu berücksichtigen.

Die Leistungsausgaben sind seit 2015 kontinuierlich gestiegen, zudem hat sich die jährliche Ausgabensteigerung 2017 - 19 verstärkt

GKV ohne LKK vdek AOK BKK IKK

Leistungsausgaben je Versicherten
in EUR

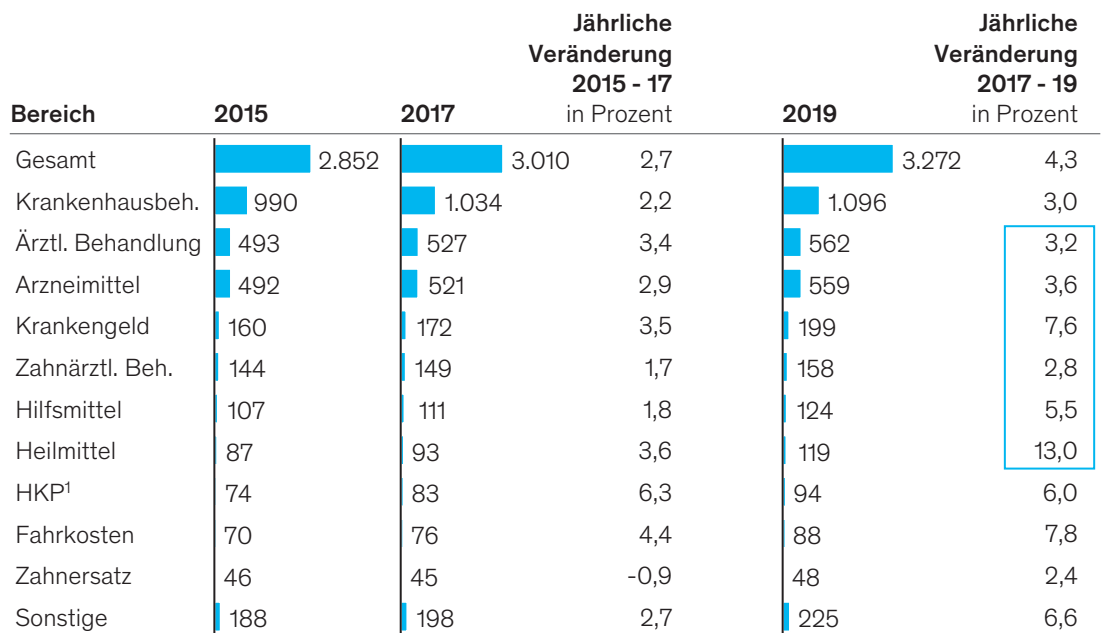


Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Gegenüber 2015 - 17 hat die jährliche Ausgabensteigerung je Versicherten 2017 - 19 in allen Bereichen zugenommen, insbesondere bei Heilmitteln

□ Höhere jährliche Steigerung als 2015 - 17

Leistungsausgaben je Versicherten für GKV ohne LKK, in EUR je Versicherten



¹ HKP = Häusliche Krankenpflege

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Die Leistungsausgaben je Versicherten haben sich von 2017 bis 2019 bei allen Kassenarten erhöht

Leistungsausgaben je Versicherten 2019
in EUR

xx Jährliche Veränderung
2017 - 19, in Prozent



Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V, mit Abweichungen ggü. GBE

Exkurs zu Relevanz und Funktion des Morbiditätsindex

In der Gesamtsicht zeigt sich eine hohe Korrelation zwischen Leistungsausgaben und Morbidität

Die Leistungsausgaben korrelieren sehr stark mit der Morbidität, die Gesamtleistungsausgaben sogar zu 99% (siehe Schaubild B2.6). Daher lässt sich aus dem Morbiditätsindex einer Kasse ein konkreter Erwartungswert für ihre Leistungsausgaben ableiten.

Auf Ebene der Leistungsbereiche werden Unterschiede deutlich

Zwar korrelieren Ausgaben und Morbidität in den meisten Leistungsbereichen stark positiv miteinander, aber in einigen kleineren Bereichen verhält es sich genau umgekehrt (siehe Schaubild B2.7).

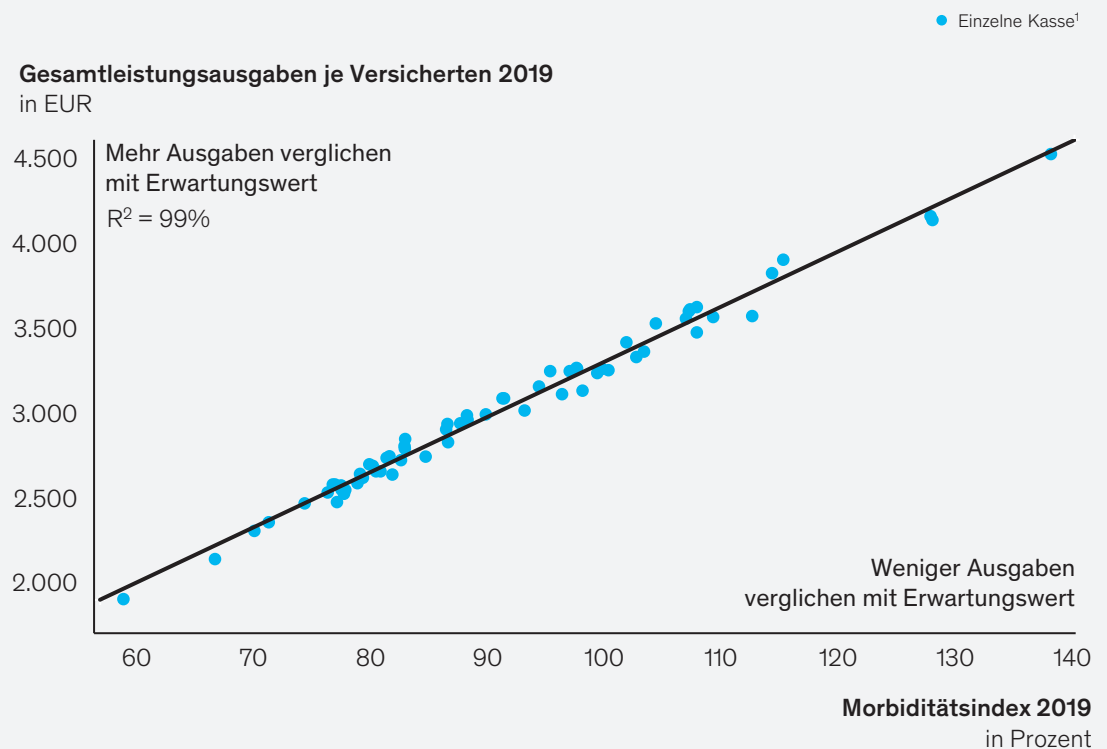
Betrachtet man die Korrelation zwischen Morbiditätsindex und Leistungsausgaben für einzelne Leistungsbereiche eingehender, so werden Ungenauigkeiten der bisher genutzten einfachen Richtwertmethoden deutlich. Diese gehen nämlich davon aus, dass das Verhältnis der Steigerungsraten von Leistungsausgaben und Morbidität exakt gleich ist. Tatsächlich bewirkt ein Anstieg

des Morbiditätsindex um 10% innerhalb eines Leistungsbereichs aber nicht unbedingt auch 10% höhere oder niedrigere Leistungsausgaben in diesem Bereich (siehe Schaubild B2.8). Ein Grund dafür ist, dass ältere Versicherte mit im Allgemeinen höherer Morbidität je nach Leistungsbereich über- bzw. unterproportionale Leistungsausgaben verursachen.

Wie das Beispiel der Leistungsausgaben für Krankenhausbehandlung auf Schaubild B2.8 zeigt, verursachen ältere Versicherte höhere Leistungsausgaben als jüngere – z.B. durch höhere Komplikationsraten, schwerere Grunderkrankungen, die aufwendiger behandelt werden müssen, und durchschnittlich längere Verweildauern bei stationären Aufenthalten. Genau umgekehrt verhält es sich z.B. im Leistungsbereich zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz (siehe Schaubild B2.7): Ältere Versicherte verursachen trotz per se höherer Morbidität geringere Leistungsausgaben als jüngere, da Zahnbehandlungen ohne Berücksichtigung von Zahnersatz bei jüngeren Versicherten häufiger erforderlich sind als bei älteren.

Schaubild B2.6

Die Gesamtleistungsausgaben je Versicherten korrelieren zu 99% mit dem Morbiditätsindex



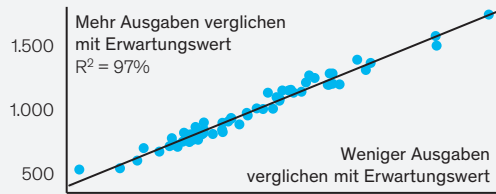
¹ Basierend auf allen Kassen mit mehr als 50.000 Versicherten im Jahr 2019
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

In fast allen Leistungsbereichen besteht eine starke Korrelation zwischen Leistungsausgaben und Morbidität

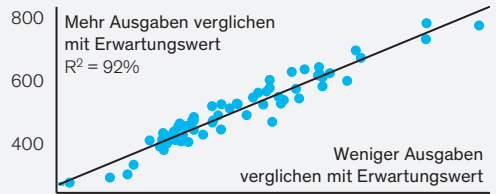
Ausgaben je Versicherten 2019 in EUR

● Einzelne Kasse¹

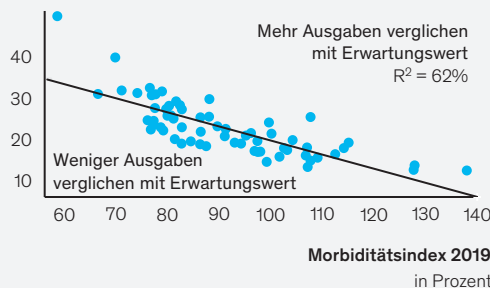
Krankenhausbehandlung



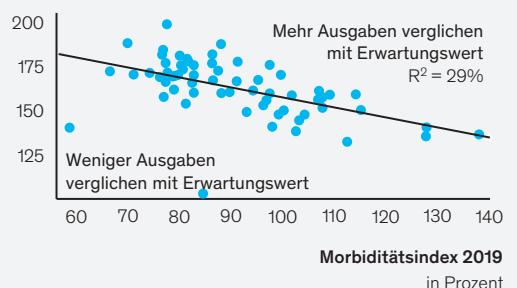
Arzneimittel



Schwangerschaft und Mutterschaft ohne stationäre Entbindung



Zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz



¹ Basierend auf allen Kassen mit mehr als 50.000 Versicherten im Jahr 2019
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Entgegen der Annahme bisheriger Richtwertmethoden führt ein Anstieg der Morbidität um 10% nicht zwangsläufig zu 10% höheren Ausgaben

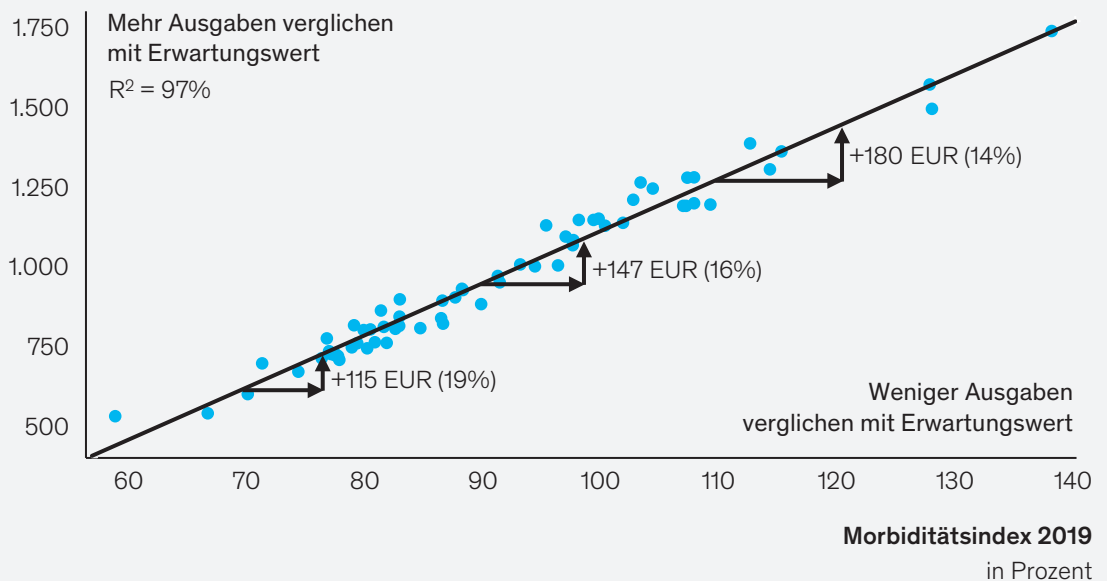
→ +10% Morbidität

↑ Veränderung der erwarteten Leistungsausgaben

● Einzelne Kasse¹

Ausgaben je Versicherten 2019 in EUR

Krankenhausbehandlung



¹ Basierend auf allen Kassen mit mehr als 50.000 Versicherten im Jahr 2019
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Gemäß Morbiditätsindex zu erwartende Leistungsausgaben

Mit einer Abweichung von -1,9% bzw. -64 EUR je Versicherten fallen bei der AOK als einziger Kassenart deutlich geringere Gesamtleistungsausgaben an, als ihre Morbidität erwarten lässt (siehe Schaubilder B2.9, B2.10 und B2.12). Hinsichtlich der wesentlichen steuerbaren Leistungsbereiche deuten die morbiditätsadjustierten Kosten darauf hin, dass die AOK besonders gut in den Bereichen Heilmittel, Arzneimittel und Hilfsmittel abschneidet.

Bei allen anderen Kassenarten fallen die Leistungsausgaben dagegen um ca. 1% höher aus, als ihre jeweilige Morbidität erwarten lässt (siehe Schaubild B2.9). Beim vdek sind die Unterschiede zwischen einzelnen steuerbaren Leistungsbereichen besonders

groß: Während die Leistungsausgaben für Arzneimittel und Heilmittel die zu erwartenden Ausgaben deutlich um 5,5% bzw. sogar um 13,8% übersteigen, liegen die Leistungsausgaben für Krankenhaus, Häusliche Krankenpflege und Fahrkosten um 2,7%, 5,6% bzw. 7,5% unter den Ausgaben, die gemäß der Morbidität des vdek anzunehmen sind (siehe Schaubild B2.9). Wir weisen in diesem Zusammenhang nochmals darauf hin, dass die Betrachtung morbiditätsadjustierter Leistungsausgaben als Vergleichsgröße lediglich eine Annäherung ist. Aussagen zur Qualität des Leistungsausgabenmanagements lassen sich daraus nicht eins zu eins ableiten, sondern lediglich Hinweise.

Schaubild B2.9

Die AOK ist 2019 die einzige Kassenart, deren Gesamtleistungsausgaben deutlich unter den gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben liegen

Ausgaben unter ...    ... bzw. über den gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben

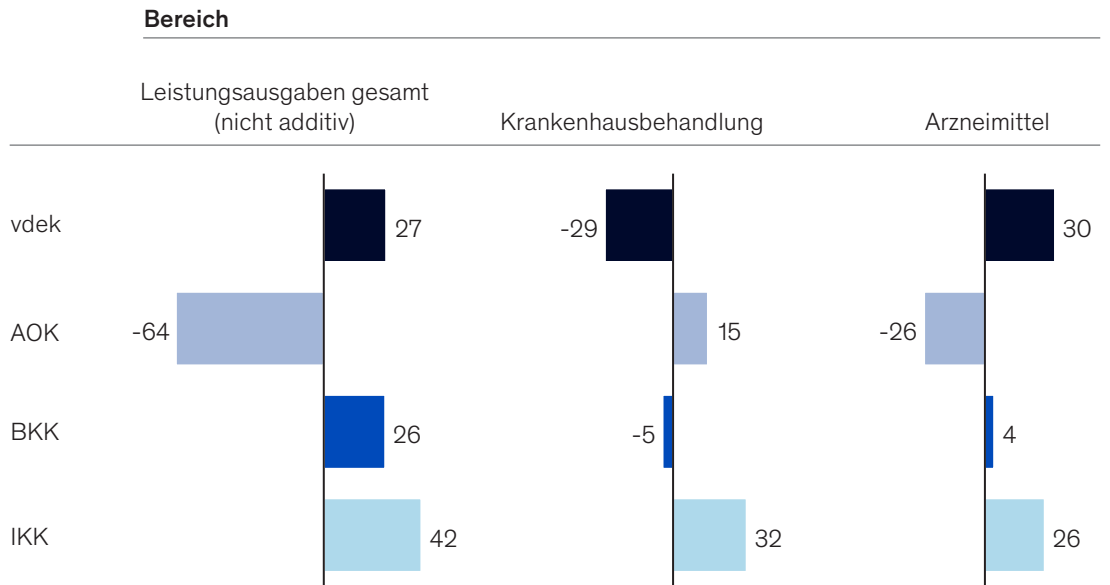
Abstand zu gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben 2019 in Prozent

	Leistungsbereich						
	Leistungsausgaben gesamt (nicht additiv)	Krankenhausbehandlung	Arzneimittel	Hilfsmittel	Heilmittel	Häusliche Krankenpflege	Fahrkosten
vdek	0,8	-2,7	5,5	0,9	13,8	-5,6	-7,5
AOK	-1,9	1,3	-4,4	-1,8	-6,0	4,4	4,5
BKK	0,9	-0,5	0,8	3,4	1,6	0,5	-4,2
IKK	1,3	3,1	4,9	1,4	2,0	-1,2	3,1

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

In den wesentlichen steuerbaren Bereichen weichen die einzelnen Kassenarten sehr unterschiedlich von den zu erwartenden Ausgaben ab (1/2)

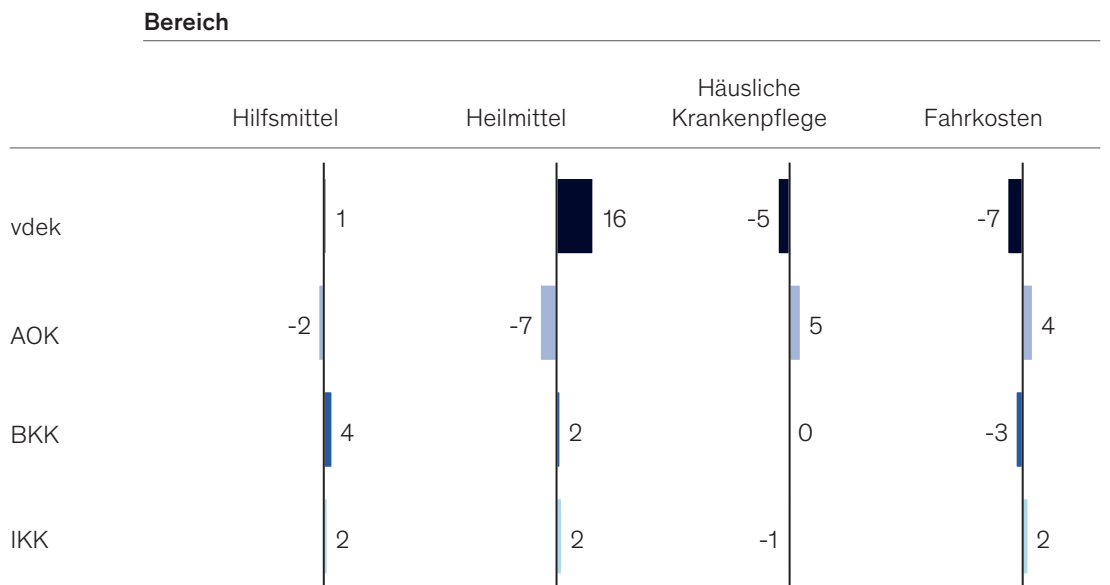
Abstand zu gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben je Versicherten 2019
in EUR



Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

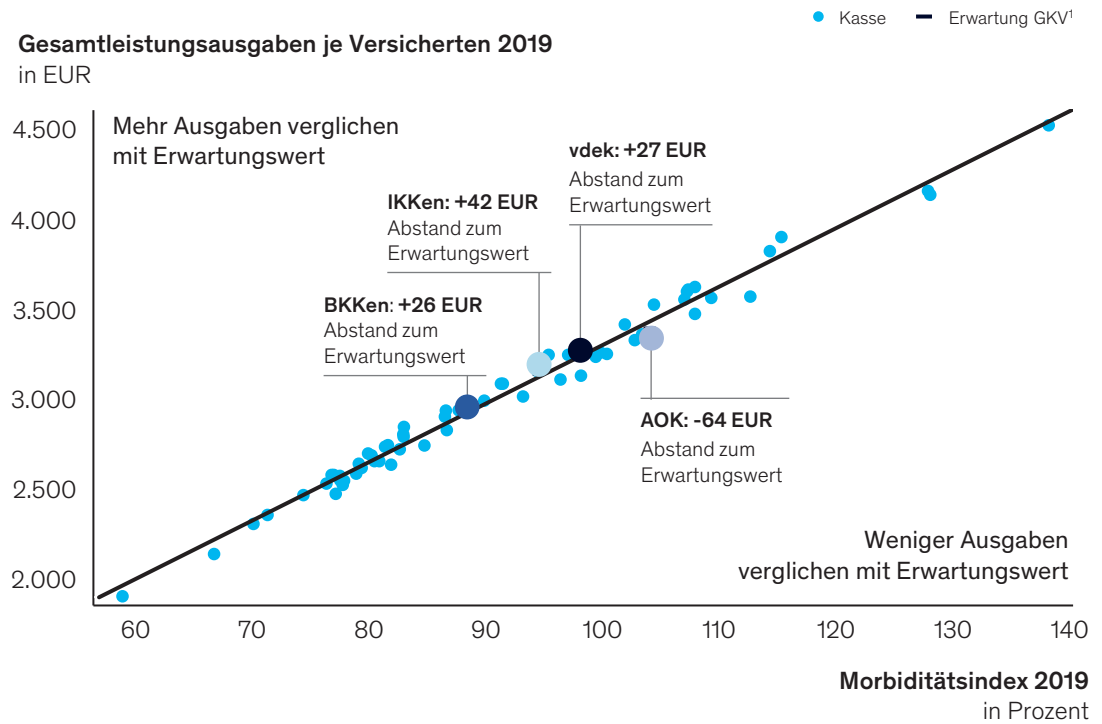
In den wesentlichen steuerbaren Bereichen weichen die einzelnen Kassenarten sehr unterschiedlich von den zu erwartenden Ausgaben ab (2/2)

Abstand zu gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben je Versicherten 2019
in EUR



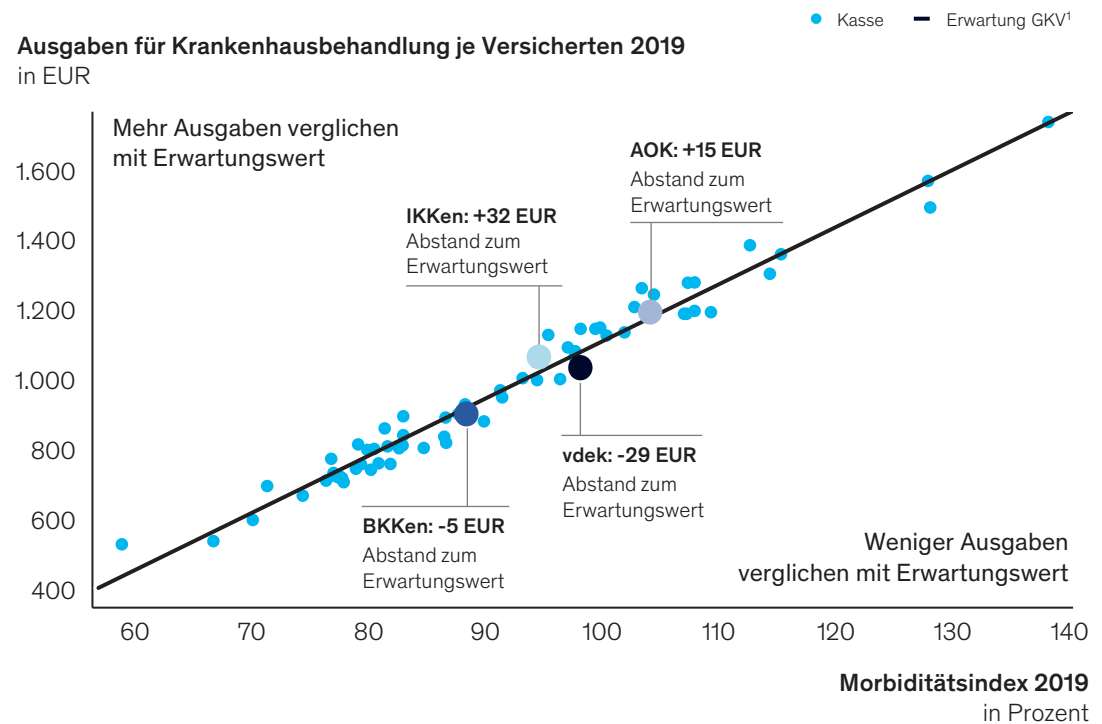
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

AOK-Ausgaben liegen 2019 um 64 EUR unter den zu erwartenden Ausgaben je Versicherten; BKK-, IKK- und vdek-Ausgaben liegen über der Erwartung



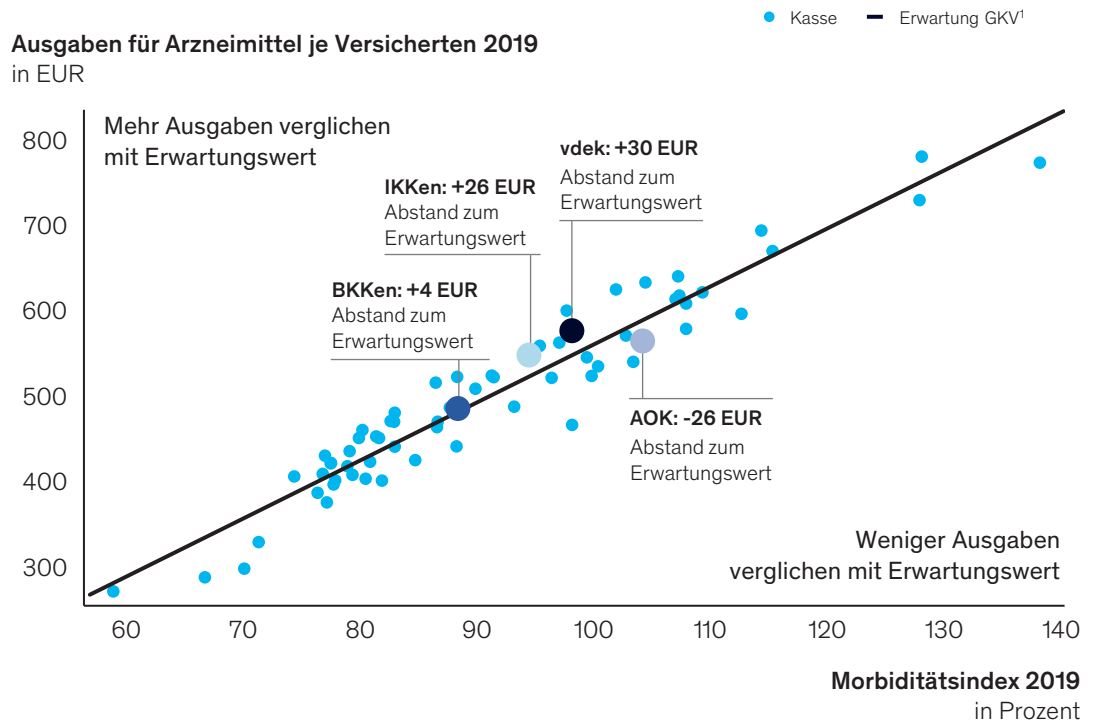
¹ Basierend auf allen Kassen mit mehr als 50.000 Versicherten im Jahr 2019
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Im Krankenhausbereich überschreiten die IKK 2019 mit 32 EUR je Versicherten die zu erwartenden Ausgaben am deutlichsten



¹ Basierend auf allen Kassen mit mehr als 50.000 Versicherten im Jahr 2019
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Für Arzneimittel geben der vdek und die IKKen 2019 über 25 EUR je Versicherten mehr aus als die zu erwartenden Ausgaben



¹ Basierend auf allen Kassen mit mehr als 50.000 Versicherten im Jahr 2019
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Zusatzbeiträge

Gegenüber 2019 ist der Zusatzbeitrag im GKV-Durchschnitt mit 1,00% zu Beginn des Jahres 2020 nahezu stabil (siehe Schaubild B2.15).

Eine genauere Betrachtung ergibt allerdings deutliche Unterschiede zwischen den durchschnittlichen Zusatzbeiträgen der einzelnen Kassenarten (siehe Schaubild B2.16). So weist die AOK-Gemeinschaft im Jahr 2019 mit rund 0,88% den mit Abstand niedrigsten durchschnittlichen Zusatzbeitrag auf und damit den geringsten Finanzbedarf über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds hinaus. Die durchschnittlichen

Zusatzbeiträge aller übrigen Kassenarten liegen dagegen mit Werten zwischen 1,04% und 1,16% klar über dem GKV-Durchschnitt.

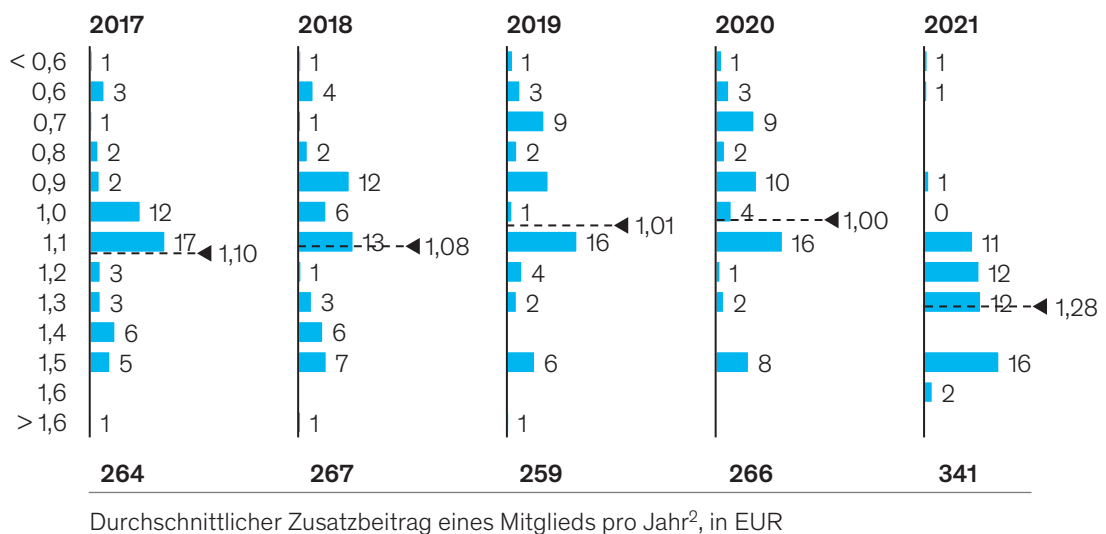
Veränderungen des Zusatzbeitrags beeinflussen unmittelbar den Zuwachs an bzw. Verlust von Versicherten einer Kasse (siehe Schaubild B2.17). Häufig geht mit der Abwanderung von Versicherten zudem ein Anstieg des Morbiditätsindex einher (siehe Schaubild B2.18). Entsprechend steigen die Leistungsausgaben je Versicherten.

Schaubild B2.15

Zu Beginn 2021 liegen die Zusatzbeiträge der Kassen weitgehend über dem Niveau von 2020; gleichzeitig ist die Spreizung deutlich zurückgegangen

◀ x,xx Gewichteter Durchschnitt der Zusatzbeiträge in der GKV¹, in Prozent

Anzahl Mitglieder je auf Zehntel gerundeten Zusatzbeitragssatz
zum Stichtag 1.1., in Mio.



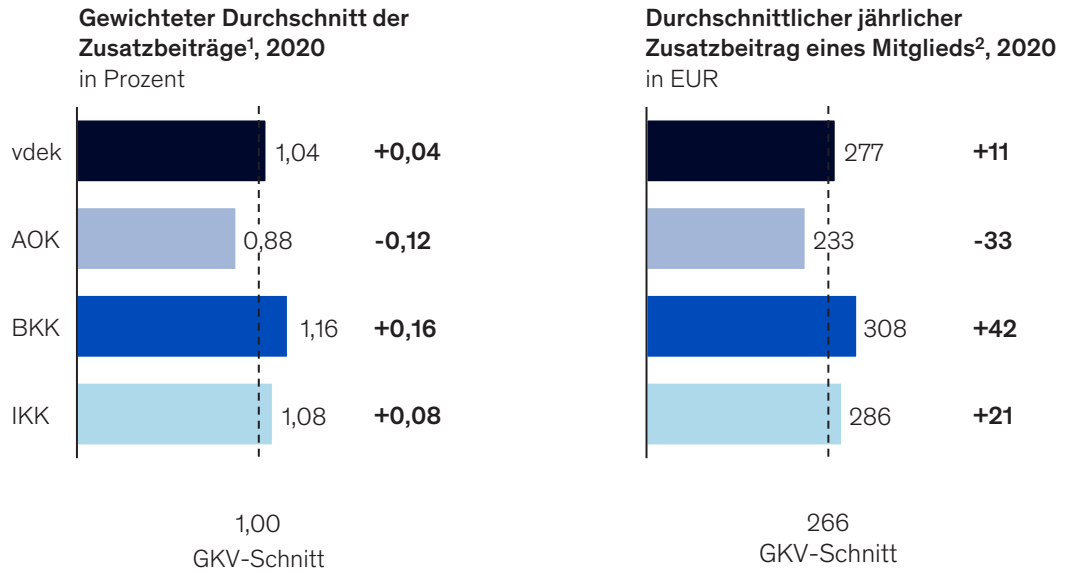
¹ Ohne LKK und rein betriebsinterne Krankenkassen

² Bei durchschnittlichem beitragspflichtigen Einkommen und Zusatzbeitrag zum Stichtag

Quelle: Krankenkassenliste GKV-Spitzenverband; Anzahl Mitglieder gemäß Veröffentlichung DfG

Bei einer Spanne der gewichteten durchschnittlichen Zusatzbeiträge von 0,88% bis 1,16% in 2020 liegen allein die AOKen unter dem GKV-Schnitt

x,xx Abweichung ggü. GKV-Schnitt, in Prozentpunkten

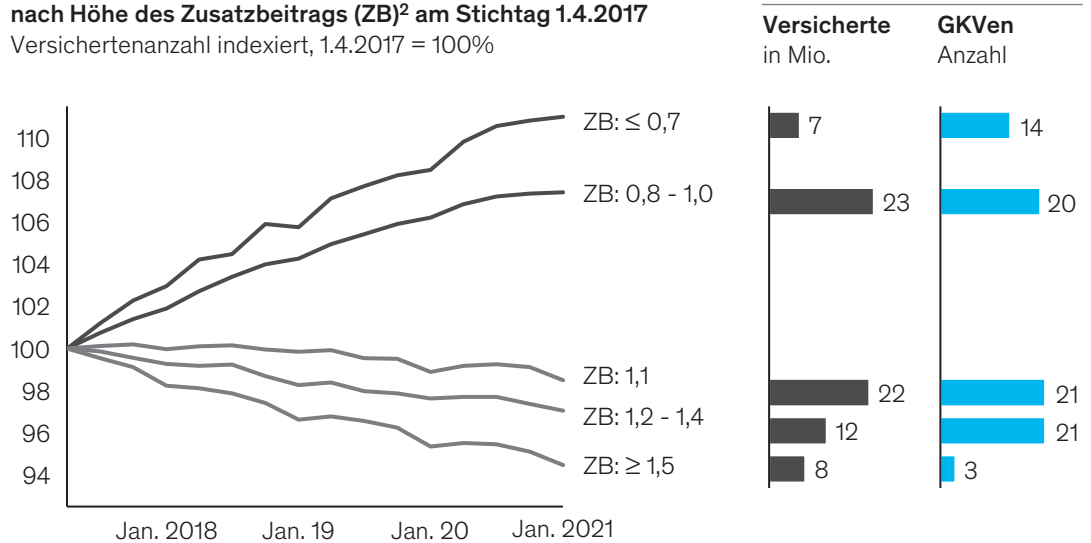


1 Ohne LKK und rein betriebsinterne Krankenkassen
 2 Bei durchschnittlichem beitragspflichtigen Einkommen
 Quelle: Krankenkassenliste GKV-Spitzenverband; Anzahl Mitglieder gemäß Veröffentlichung DfG

Der Versichertenzuwachs korreliert mit dem Zusatzbeitrag als einem von mehreren Faktoren

Entwicklung der Anzahl Versicherter der Krankenkassen¹ nach Höhe des Zusatzbeitrags (ZB)² am Stichtag 1.4.2017
 Versichertenanzahl indexiert, 1.4.2017 = 100%

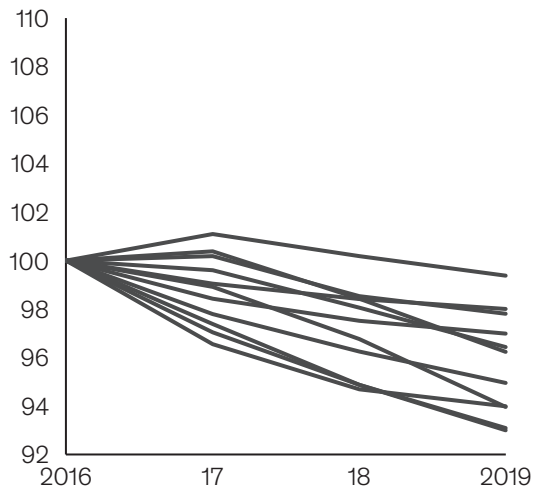
Status Januar 2021



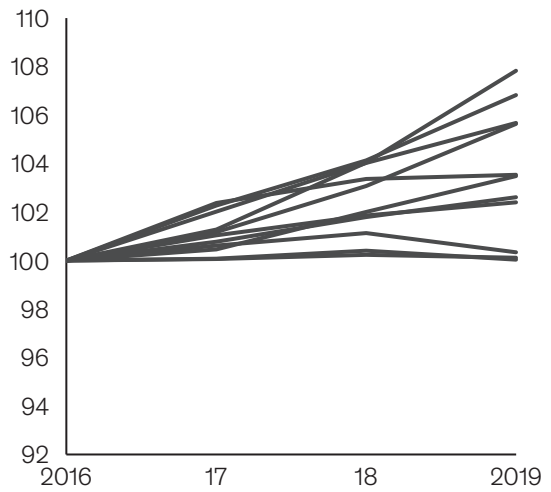
1 Ohne LKK und rein betriebsinterne Betriebskrankenkassen
 2 Zusatzbeitrag gerundet, z.B. 1,35 gerundet auf ZB 1,4
 Quelle: Krankenkassenliste GKV-Spitzenverband; Anzahl Versicherte gemäß Veröffentlichung DfG

Mit dem Verlust von Versicherten geht meist eine zunehmende Morbidität einher, zudem steigt typischerweise auch das Durchschnittsalter

Kassen¹ mit Versichertenverlust ggü. 2016
 Versichertenanzahl indexiert, 2016 = 100%



Morbidität der Kassen mit Versichertenverlust
 Morbiditätsindex indexiert, 2016 = 100%



¹ Kassen mit mehr als 300 Tsd. Versicherten im Jahr 2016
 Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Aktuelle Entwicklungen¹

Die Corona-Pandemie hat die Kassen im Jahr 2020 vor große Herausforderungen gestellt und zusätzliche Ausgaben erfordert, die so nicht planbar waren. Insgesamt rechnen die Kassen mit einem Defizit von rund 2,65 Mrd. EUR. Erhöhte Leistungsausgaben (+4%) und Verwaltungskosten (+4,8%) sind zu verzeichnen. Bei den Leistungsausgaben fällt z.B. der Bereich ärztliche Behandlung mit einem überproportionalen Anstieg auf (genaue Abrechnungsdaten der Ärzteschaft stehen noch aus); auch die Ausgaben für Arzneimittel (+5,4%) und Krankengeld (+10,8%) sind stark gewachsen. Einen signifikanten Ausgabenrückgang gab es bei Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen (-15,2%). Über das Jahr verteilt schwankten die Ausgaben allerdings durch die Lockdowns und z.B. das reduzierte Infektionsgeschehen während des Sommers.

Der Gesundheitsfonds weist im Jahr 2020 ein Defizit von rund 3,49 Mrd. EUR auf. Dies ist größtenteils auf konjunkturbedingte Mindereinnahmen zurückzuführen und auf Ausgleichszahlungen an Leistungserbringer, die nicht vom Bund ausgeglichen werden.

Auf diese veränderte Lage waren und sind die Krankenkassen sehr unterschiedlich vorbereitet. Sicher ist, dass mehr Kassen mit einem geringeren finanziellen Handlungsspielraum umgehen müssen (siehe Schaubilder B2.19 bis B2.21). Entsprechend warnen viele Kassen bereits vor stark steigenden Zusatzbeiträgen für 2022.²

In der Tat: Während die vorläufigen Kassenergebnisse für das erste Quartal 2021 zwar noch ein geringeres Defizit als erwartet aufweisen, steigen die Ausgaben im zweiten Quartal 2021 deutlich gegenüber den Einnahmen. So melden z.B. die AOK-Gemeinschaft und der IKK-Verband für das erste Halbjahr 2021 ein Defizit von 1,6 Mrd. EUR bzw. 25 Mio. EUR. Als Gründe für diese Entwicklung sind u.a. das normalisierte Leistungsgeschehen und die wieder angehobene Mehrwertsteuer auf Arzneimittel zu nennen.³ Auch deshalb könnten in den nächsten Jahren Konsolidierungen und Fusionen anstehen.

¹ Vgl. Bundesgesundheitsministerium

² Vgl. Handelsblatt vom 21.11.2020

³ <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/krankenkassen-rechnen-mit-defizit-von-ueber-vier-milliarden-euro-17480743.html>

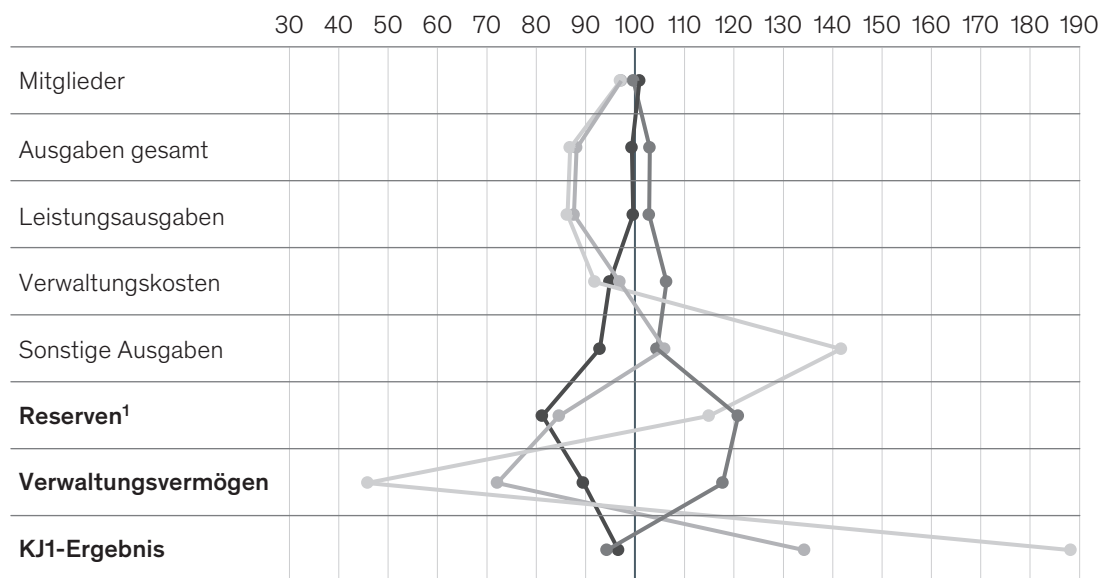
Schaubild B2.19

Kassen verschiedener Größe unterscheiden sich strukturell deutlich, insbesondere im Hinblick auf Reserven und Verwaltungsvermögen

Kassen gemäß Versichertenzahl 2019

■ über 4 Mio. ■ 400 Tsd. - 4 Mio. ■ 100 - 400 Tsd. ■ unter 100 Tsd.

Wert je Versicherten 2019, GKV ohne LKK = 100%
in Prozent

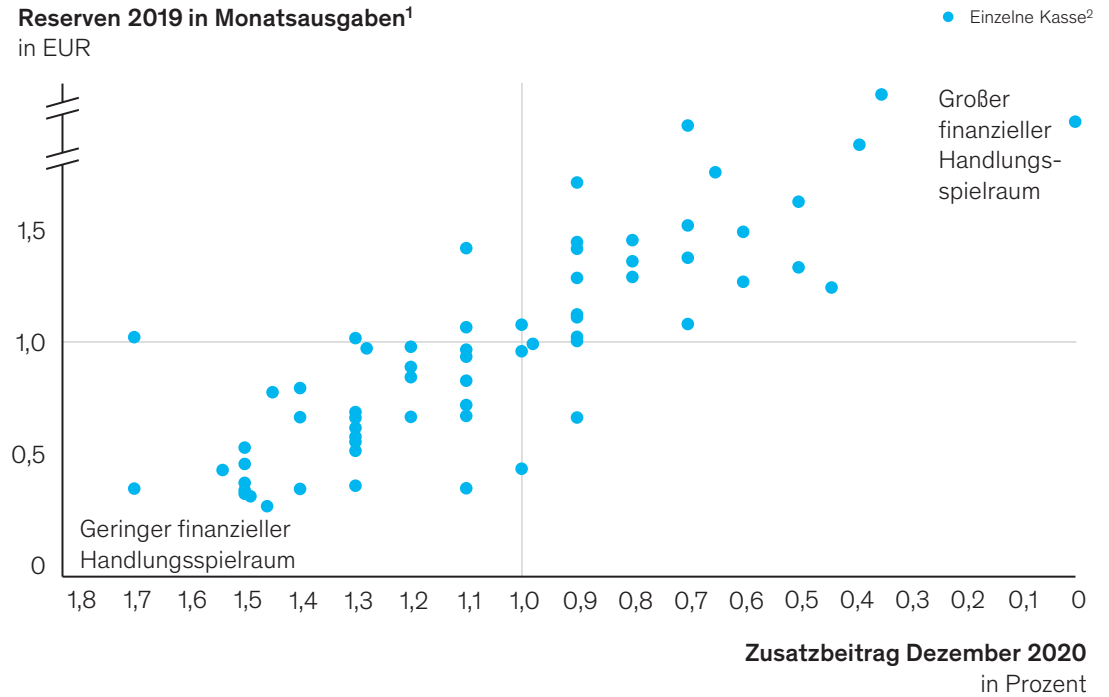


¹ Betriebsmittel und Rücklagen ohne Geldmittel zur Anschaffung von Verwaltungsvermögen

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Rückblick auf 2020: Die Reserven verteilen sich sehr ungleich auf Einzelkassen, Teile der Kassenlandschaft werden 2021 potenziell unter Druck stehen

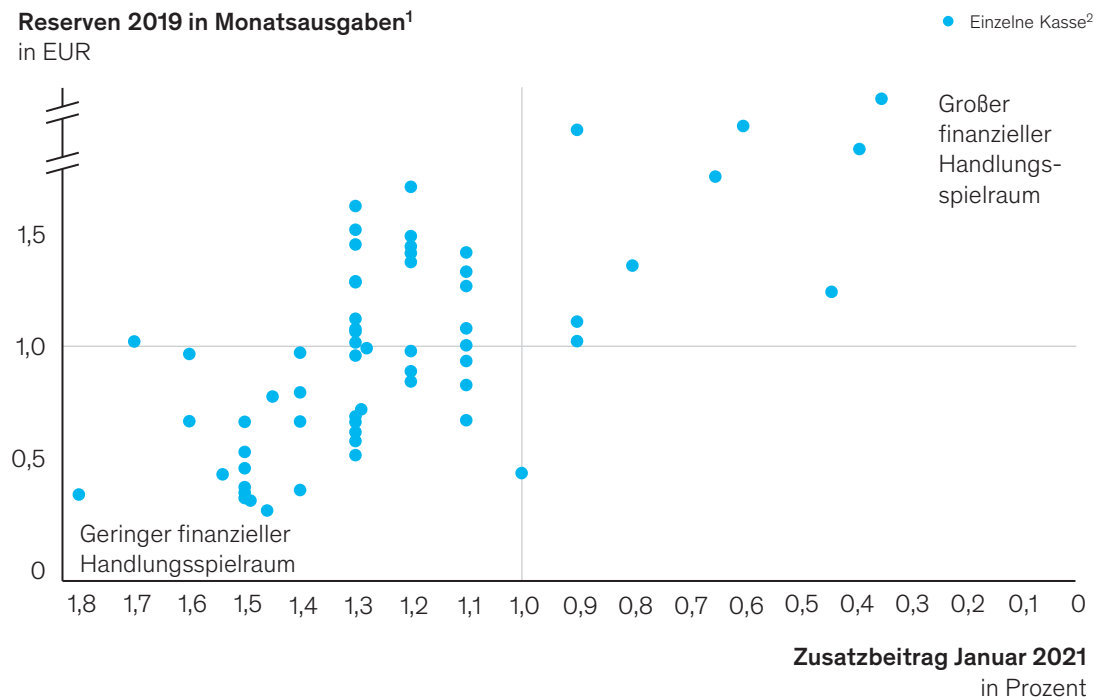
Reserven 2019 in Monatsausgaben¹
in EUR



¹ Betriebsmittel und Rücklagen ohne Geldmittel zur Anschaffung von Verwaltungsvermögen, Monatsausgaben = 1/12 Gesamtausgaben
² Basierend auf allen Kassen mit mehr als 50.000 Versicherten im Jahr 2019
 Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V; Krankenkassenliste GKV-Spitzenverband

Blick auf Zusatzbeiträge im Januar 2021 bestätigt initiale Vermutung: Deutlich mehr Kassen fallen in den Quadranten „geringer finanzieller Spielraum“

Reserven 2019 in Monatsausgaben¹
in EUR



¹ Betriebsmittel und Rücklagen ohne Geldmittel zur Anschaffung von Verwaltungsvermögen, Monatsausgaben = 1/12 Gesamtausgaben
² Basierend auf allen Kassen mit mehr als 50.000 Versicherten im Jahr 2019
 Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V; Krankenkassenliste GKV-Spitzenverband

Ausblick



Die COVID-19-Pandemie ist noch längst nicht beendet. Sie wird unsere Flexibilität und Kreativität auch in den kommenden Monaten, wenn nicht gar Jahren, immer wieder herausfordern. Neben all den beschriebenen Chancen für eine Versorgungs- und Leistungsoptimierung bringt die Pandemie für GKVen und Staat einen enormen finanziellen Druck mit sich. Es gilt also einerseits, Chancen zu nutzen – ganz nach dem Motto unserer diesjährigen Edition – und andererseits die finanzielle Stabilität des Systems sicherzustellen sowie langfristig weiter auszubauen.

Im Idealfall ergänzt sich beides, so dass eine optimierte Versorgung eine langfristige Kostenreduktion mit sich bringt. Das kann gelingen, wenn z.B. Erkrankungen früher diagnostiziert werden und die entsprechende Versorgung aktiv gesteuert wird, um ein optimales Gesundheitsergebnis zu erzielen. In den kommenden Jahren sind daher drei Ziele mit höchster Priorität zu verfolgen: eine versichertenorientierte und individuelle Versorgung, eine Integration der Leistungserbringer auch über digitale Kanäle sowie eine Ende-zu-Ende-Steuerung innerhalb von Versorgungsansätzen (z.B. über DMP).

Da sich keines dieser Vorhaben ohne anfängliche Investitionen umsetzen lässt, ist die finanzielle Stabilität der Kassen unabdingbar. Bereits im Herbst 2020 hatten jedoch erste Kassen das Risiko von in die Höhe schnellenden Beitragssätzen angesprochen. Der Staat hat deshalb bereits erste Maßnahmen zur Stabilisierung der GKV-Finzen vorgesehen: einen Sonderzuschuss für den Gesundheitsfonds, die Option für einen weiteren Zuschuss, falls der durchschnittliche Zusatzbeitrag anderenfalls auf über 1,3% ansteigt, sowie die künftige Übernahme der Kosten z.B. für COVID-19-Testungen¹ und -Impfungen durch den Bund.² Der GKV-Check-up 2022 wird u.a. die finanzielle Situation der Kassen beleuchten und die sich dann klarer abzeichnenden Trends ihrer finanziellen Stabilität.

Die Möglichkeiten zur Optimierung von Versorgung und Leistung sind so breit gestreut und vielversprechend wie noch nie. Zahlreiche Einsatzmöglichkeiten bieten sich mit der Nutzung von Daten, die über Algorithmen strukturiert werden: Diese reichen etwa von der Erkennung gesundheitlicher Spätfolgen aus der COVID-19-Pandemie bis zur Priorisierung von Fällen im Rahmen der Krankenhaus-Rechnungsprüfung. Hier ergibt sich ein enormes Potenzial in Verbindung mit dem Digitalisierungsschub und der neuen Bereitschaft der Versicherten, online Kontakt aufzunehmen und Versorgungsangebote digital in Anspruch zu nehmen. Daten und Digitalisierung versichertenorientiert zu nutzen, ist das A und O und die hohe Kunst für jede Kasse, die sich einen Wettbewerbsvorteil verschaffen möchte.

Neben den Versicherten sollte auch den Beschäftigten der GKVen in den kommenden Monaten und Jahren besondere Aufmerksamkeit zuteilwerden. Da Fachwissen und Spezialisierung in Zukunft eine große Rolle spielen werden, ist es unabdingbar, dass GKVen ihr Bild von der „Future of Work“ definieren. Nur so kann es ihnen gelingen, Fachkräfte zu halten bzw. anzuziehen. Insbesondere gilt es, die Symbiose aus Heimarbeit und der Arbeit im Büro umzusetzen. Das inkludiert die Vision einer Kultur, in der diese Symbiose nicht nur akzeptiert, sondern gleichberechtigt gelebt wird. Ziel muss es sein, dass alle Beschäftigten unabhängig von ihrem präferierten Arbeitsort integriert sind und die gleichen Möglichkeiten haben. Auch hieraus ergeben sich Wettbewerbsvorteile für die Kassen.

Die globale Pandemie hat uns alle überrascht und in weiten Teilen unvorbereitet getroffen. Sie hat Opfer gefordert und persönliches Leid verursacht. Daraus erwächst die Aufgabe bzw. die Pflicht der GKVen, sich für die Zukunft zu rüsten und Veränderungen effizient und effektiv vorantreiben, um gestärkt aus der Krise hervorzugehen.

¹ Die Kosten für COVID-19-Testungen werden ab dem 11.10.2021 nur in bestimmten Einzelfällen weiterhin übernommen, z.B. für Personen, die nicht geimpft werden können oder für die keine Impfpflicht vorliegt.

² <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2021-03/vorstandskommentar-ein-gutes-signal.html>

Glossar

Begriff, Abkürzung	Definition
Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben, bLA	Die bLA ergeben sich aus der Summierung der Ausgaben gemäß berücksichtigungsfähigen Konten nach § 4 RSAV. Im Einzelnen sind die Konten der vom Bundesversicherungsamt jährlich veröffentlichten Anlage 1.1 zu entnehmen.
Data Lake	Ein Data Lake ist in der Regel ein einziger Speicher für alle Unternehmensdaten, einschließlich Rohkopien von Quellsystem- und transformierten Daten, die verwendet werden für Aufgaben wie Berichterstellung, Visualisierung, erweiterte Analysen und maschinelles Lernen.
Digitale Gesundheitsanwendungen, DiGA	Als DiGA werden Anwendungen mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung bezeichnet, die hauptsächlich auf digitalen Technologien beruhen. Das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) gibt gesetzlich Versicherten einen Anspruch auf die Versorgung mit DiGAs, die im Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA-Verzeichnis) gelistet sind, nachdem sie das Prüfverfahren beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erfolgreich durchlaufen haben.
Digitale-Versorgung-Gesetz, DVG	Das Inkrafttreten des DVG am 19.12.2019 hat den Markt für Gesundheits-Apps verändert. Patient:innen können sich Apps seither als erstattungsfähige Regelleistung der GKV per Rezept verschreiben lassen. Das DVG hat dafür die neue Leistungskategorie der „digitalen Gesundheitsanwendungen“ geschaffen (§ 33a SGB V) – in Abgrenzung zu traditionellen Hilfsmitteln (§ 33 SGB V).
Disease-Management-Programme, DMP	DMP sind strukturierte Behandlungsprogramme, die chronisch Erkrankten helfen sollen, ihre Erkrankung in den Griff zu bekommen und ihre Lebensqualität zu verbessern und zu erhalten. Die Programme werden seit 2002 von den GKV in Zusammenarbeit mit Ärzt:innen angeboten, die bestimmte Voraussetzungen und Qualitätsanforderungen erfüllen. Sie umfassen regelmäßige Arzttermine mit Beratungsgesprächen und Untersuchungen sowie die Vermittlung von Hintergrundinformationen.
Einnahmen aus Zusatzbeiträgen	Zusatzbeiträge sind Beiträge, die eine Kasse in individueller Höhe zusätzlich zum allgemeinen Beitragssatz der GKV erheben kann. Die Zusatzbeiträge dienen dazu, die Unterfinanzierung des Fonds und finanzielle Engpässe auszugleichen. Für die Finanzwirkung des Zusatzbeitrags auf die jeweilige Kasse sind die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der GKV maßgeblich – und nicht die tatsächliche Einkommensstruktur der Mitglieder einer Kasse.

Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz, FKG	Das FKG ist am 1.4.2020 in Kraft getreten und beinhaltet im Wesentlichen eine Weiterentwicklung des RSA (s. Risikostrukturausgleich), u.a. Einführung einer Regionalkomponente, (Wieder-)Einführung eines Risikopools, Erweiterung auf ein Krankheits-Vollmodell in Verbindung mit einer Manipulationsbremse, Stärkung von Präventionsanreizen. Außerdem adressiert das FKG die Weiterentwicklung der Zusammenarbeit der Aufsichtsbehörden, die Fortentwicklung des Organisationsrechts der Krankenkassen und die Regelungen zu den Strukturen des GKV-Spitzenverbands.
Gewichtete durchschnittliche Zusatzbeiträge	Zur Ermittlung der durchschnittlichen Zusatzbeiträge werden die Zusatzbeiträge einer Kasse mit dem Anteil ihrer Mitglieder an der Gesamtzahl der GKV-Mitglieder multipliziert und abschließend summiert.
Integrierte Versorgung (IV)	IV beschreibt die fach- und sektorenübergreifende Versorgung – zwischen Haus- und Fachärzt:innen sowie Krankenhäusern – der Versicherten. Ziel ist es, die Versorgungsqualität durch die Zusammenarbeit zu erhöhen und die Gesundheitskosten zu senken. Grundlage der IV sind die §§ 140 ff. des SGB V. Dabei kann nach § 129 Abs. 5 b SGB V auch die Arzneimittelversorgung mit einbezogen werden.
Jährliche Veränderung	Die jährliche Veränderung zwischen zwei Werten stellt den mittleren Prozentsatz dar, um den sich der Anfangswert jedes Jahr ändern müsste, um zum Endwert aufzuschließen.
KJ1-Ergebnis	Das KJ1-Ergebnis ist das endgültige Jahresrechnungsergebnis einer Kasse entsprechend den Vorgaben der amtlichen Statistik KJ1.
KJ1-Jahresrechnung, KJ1	Die KJ1-Jahresrechnung enthält die endgültigen Jahresrechnungsergebnisse der GKV und der Kassenarten, gegliedert nach den wichtigsten Einnahmen und Ausgaben.
KM6-Mitgliederstatistik, KM6	Die KM6-Mitgliederstatistik gibt einen Überblick über die Versicherten der GKV und der Kassenarten, gegliedert nach Versicherterstatus, Alter und Wohnort jeweils zum Stichtag 1.7. eines Jahres.
Kompensation Fondsunterdeckung durch Zusatzbeitrag	Die Kompensation der Fondsunterdeckung durch den Zusatzbeitrag entspricht der Differenz von mitgliederbezogener Veränderung (mbV) und Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag.

Künstliche Intelligenz, KI	KI ist ein Teilgebiet der Informatik, das sich mit der Automatisierung intelligenten Verhaltens und dem maschinellen Lernen befasst. Meist bezeichnet KI den Versuch, bestimmte Entscheidungsstrukturen des Menschen nachzubilden, indem z.B. ein Computer so gebaut und programmiert wird, dass er relativ eigenständig Probleme bearbeiten kann.
Leistungsausgaben, LA	Leistungsausgaben beziehen sich auf die Leistungsanspruchnahme der Versicherten (inklusive Satzungs- und Ermessensleistungen) und werden in die Kontenklassen 4 und 5 des GKV-Kontenrahmens gebucht.
Lineare Regression	Bei der einfachen linearen Regression wird eine Zielvariable durch einen linearen Zusammenhang mit einer Variablen erklärt. Die Schätzung von Achsenabschnitt und Steigung bestimmt den Verlauf der Regressionsgerade. Der Erwartungswert der Abweichungen zur Regressionsgeraden ist 0, somit entspricht die Regressionsgerade den erwarteten Werten.
MDK-Reformgesetz	Intention des Gesetzes ist es, Bürokratie abzubauen und eine faire Abrechnung im Krankenhausbereich systemisch zu fördern, z.B. durch Begrenzung der Rechnungsprüfungen beim Medizinischen Dienst (MD) sowie Sanktionen für falsche Rechnungen.
Minimal Viable Product, MVP	Das MVP beschreibt die erste minimal funktionsfähige Iteration eines Produkts, die dazu dient, möglichst schnell Nutzerfeedback einzuholen und so Entwicklungen zu verhindern, die an den Anforderungen der Nutzer:innen vorbeilaufen.
Mitgliederbezogene Veränderung, mbV	Die mbV wird nach § 40 RSAV durch das BVA bestimmt und spiegelt den Einnahmen- oder Ausgabenüberschuss im Gesundheitsfonds bezogen auf die Gesamtmitgliederanzahl in der GKV wider. In den vergangenen Jahren wurde vom GKV-Schätzerkreis ein Ausgabenüberschuss prognostiziert, was in diesen Jahren jeweils zu einer negativen mbV je Mitglied geführt hat.
Morbiditätsindex	Der Morbiditätsindex zeigt an, in welchem Verhältnis die durchschnittlichen Zuweisungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben je Versicherten einer Versichertenpopulation zu denen der GKV stehen.
National Health Service, NHS	Der NHS ist das staatliche Gesundheitssystem in Großbritannien und Nordirland. Er versorgt rund 65 Mio. Menschen medizinisch. Das Finanzvolumen liegt bei umgerechnet über 250 Mrd. EUR.
Predictive Analytics	Predictive Analytics verwendet historische Daten in einem mathematischen Modell, um zukünftige Ereignisse vorherzusagen.

Random Forest	Ein Random Forest ist ein gängiges Klassifikations- und Regressionsverfahren, das technisch aus mehreren unkorrelierten Entscheidungsbäumen besteht. Alle Entscheidungsbäume sind unter einer bestimmten Art von Randomisierung während des Lernprozesses gewachsen. Die Prognosegüte des Random Forest übertrifft typischerweise die Güte einzelner Entscheidungsbäume deutlich.
Relative Entwicklung	Als relative Entwicklung wird die Entwicklung eines Werts im Zeitverlauf relativ zu seinem Wert an einem festgelegten Anfangszeitpunkt bezeichnet. Zur Berechnung werden alle Werte, die sich nach dem Anfangszeitpunkt verändert haben, als Anteile des Ausgangswerts in Prozent betrachtet.
Richtwertmethode	Bei der einfachen Richtwertmethode werden die Veränderungen bei den Ausgaben einer Kasse je Versicherten – insgesamt und je Leistungsbereich – verglichen mit der entsprechenden, nicht strukturbereinigten GKV-Veränderungsrate.
(Morbidityorientierter) Risikostrukturausgleich, (Morbi-)RSA	Der (Morbi-)RSA prognostiziert auf Grundlage von Alter, Geschlecht, (Ko-)Morbiditäten und zusätzlich seit 2021 Wohnort der Versicherten die Gesundheitskosten für das kommende Jahr. Auf dieser Basis verteilt der Gesundheitsfonds rund 250 Mrd. EUR auf die mehr als 100 GKVen.
Risikostruktur-Ausgleichsverordnung, RSAV	Die RSAV regelt das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der GKV.
Search Engine Advertising, SEA	SEA bezeichnet die bezahlte Suchmaschinenwerbung. Bei einer Suchanfrage erscheinen, abhängig von der Anfrage, bis zu vier Anzeigen oberhalb der organischen Suchergebnisse und bis zu drei darunter. Bei diesen Anzeigen muss der Websitebetreiber für jeden Klick eines Nutzers an Google zahlen.
Search Engine Optimization, SEO	SEO bezeichnet Maßnahmen, die dazu dienen, die Sichtbarkeit einer Website und ihrer Inhalte für Benutzer einer Web-suchmaschine zu erhöhen. Die Optimierung bezieht sich auf die Verbesserung der unbezahlten Ergebnisse im organischen Suchmaschinenranking.
Sonstige Ausgaben	Bei den sonstigen Ausgaben handelt es sich um Ausgaben der Kontenklasse 6 des GKV-Kontenrahmens. Dazu zählen u.a. Zuschreibungen zu Pensionsrückstellungen, Prämienzahlungen an Mitglieder, Kostenerstattung an die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V, Finanzierungsanteile am Innovationsfonds sowie übrige Aufwendungen.
Sonstige Einnahmen	Die sonstigen Einnahmen entsprechen der Kontengruppe 39 des GKV-Kontenrahmens und umfassen u.a. Verzugszinsen, Regressansprüche, Erstattungen sowie Einnahmen aus Sachversicherungen.

Sozialgesetzbuch V, SGB V	Das SGB V regelt die Organisation, Versicherungspflicht und Leistungen der GKVen sowie deren Rechtsbeziehungen zu Leistungserbringern.
Verwaltungskosten, VWK	Zu den VWK, die in die Kontenklasse 7 des GKV-Kontenrahmens gebucht werden, zählen u.a. die Vergütung und die Sozialversicherungsbeiträge der Mitarbeitenden, Ausgaben zur Mitgliederanwerbung, Verwaltungssachkosten, Verbandsbeiträge und Kosten für die Selbstverwaltung.
Zuweisungen für Leistungsausgaben	Zuweisungen für Leistungsausgaben stellen den größten Teil der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds dar. Die Zuweisungen basieren u.a. auf Geschlecht, Alter, dokumentierten Diagnosen und verordneten Arzneimitteln der Versicherten.
Zuweisungen für Verwaltungskosten	Zuweisungen für Verwaltungskosten stellen hinter den Zuweisungen für Leistungsausgaben den zweitgrößten Anteil an Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds dar.

Impressum

Ansprechpartner

Florian Niedermann
Manuela Martin

Projektteam

Fabian Geldmacher
Carina Manteuffel
Beatrice Pototzky
Elke Uhrmann-Klingen

Redaktion und Design

Birgit Ansorge
Kirsten Best-Werbunat
Jörg Hanebrink
Jocelyn Tarrier

Kontakt

Florian Niedermann
c/o McKinsey & Company, Inc.
Dorotheenstraße 6
70173 Stuttgart

Inhaltliche Beiträge

Stefan Biesdorf
Ralph Breuer
Oscar Boldt-Christmas
Giles Colclough
Ulrike Deetjen
Harald Fanderl
Tjark Freundt
Markus Gampert
Fabian Geldmacher
Simon Göller

Steffen Hehner
Christian Heinemeyer
Martin Huber
Christian Julius
Pierre-Arnaud Klaskala
Marc Krüger
Boris Körs
Karl Liese
Stephanie Lotz
Tobias Mann
Carina Manteuffel
Manuela Martin
Corinne Möller
Manuel Möller
Franz-Xaver Neubert
Florian Niedermann
Anja Paulzen-Nelles
Jesko Perrey
Alexander Perske
Anika Pflanzner
Beatrice Pototzky
Angelika Reich
Konstanze Reinecke
Laura Richter
Stephanie Schiegnitz
Philipp Schuh
Gregor Theisen
Elke Uhrmann-Klingen
Alexander Weiß

Copyright © 2021 McKinsey & Company, Inc.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung von McKinsey & Company, Inc., unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Basisbilder Illustrationen: Copyright © Getty Images

