

Deutscher Healthcare-Sektor

# Der GKV- Check-up 2023

Dynamisch bleiben, weiter wachsen



# Vorwort

Wir durchleben derzeit große Veränderungen – bedingt durch globale Trends wie Nachhaltigkeit, Sicherheit, Digitalisierung und Wissensmanagement. Für das deutsche Gesundheitswesen erwarten wir in nächster Zeit weitere Turbulenzen, z.B. infolge unterbrochener Lieferketten in der Arzneimittelbeschaffung, des zunehmenden Fachkräftemangels, gesetzlicher Änderungen wie der noch zu finalisierenden Reform der stationären Versorgung und stetig steigender Kosten bei Leistungs- und Verwaltungsausgaben.

Der GKV-Markt hat jedoch in den vergangenen Jahren hohe Agilität bewiesen und wir glauben, dass er nun in die chancenreichste Zeit seit Langem eintreten wird. Künstliche Intelligenz (KI) – und hier insbesondere generative künstliche Intelligenz (GenAI) – eröffnet neue Möglichkeiten bei Kundeninteraktion und Versorgungsverbesserung, der Nachhaltigkeitsgedanke wird in Vertragsverhandlungen mit Pharmaunternehmen und anderen Leistungserbringern aufgenommen, das gesellschaftliche Interesse an Fortschritt und Innovation im Gesundheitswesen bleibt weiterhin groß. Unter diesen Umständen können ambitionierte GKVen jetzt Rückstände aufholen oder sogar ihren Vorsprung ausbauen.

Dies ist also eine Zeit der Zuversicht – aber nicht des Zurücklehens. Es braucht umsichtiges Navigieren der Turbulenzen und kluges unternehmerisches Handeln, um alle Möglichkeiten für neues nachhaltiges Wachstum auszuschöpfen. Mit anderen Worten: Es gilt, dynamisch zu bleiben und weiter zu wachsen, entsprechend dem Motto der aktuellen Edition von „Der GKV-Check-up“. Mit frischen Analysen wollen wir in dieser Ausgabe das Bewusstsein für Wachstumschancen schärfen und für Möglichkeiten, diese mit neuen Ansätzen zu nutzen.

Im ersten Buchteil stehen daher u.a. folgende Schlüsselfragen im Fokus: Was sind die Haupttreiber der Kundenzufriedenheit gesetzlich Versicherter? Wie können GKVen noch gezielter auf deren Bedürfnisse eingehen, um weiter zu wachsen? Inwiefern kann der Einsatz von GenAI dazu beitragen, bei den GKVen nicht nur Effizienzpotenziale zu heben, sondern auch dem Fachkräftemangel zu begegnen und den Kundenservice zu optimieren – und so das GKV-System insgesamt zu dynamisieren? Wie lässt sich unter Einsatz von Daten und Analytik die Effektivität und Effizienz der Versorgungslandschaft transparent machen? Und wie können die GKVen ihre Präventionsprogramme – eine Säule der Gesundheitsförderung in Deutschland – anhand von Best-Practice-Vergleichen erfolgreich weiterentwickeln?

Im zweiten Teil folgen Analysen der jüngsten Entwicklungen und Kassenergebnisse im GKV-Markt auf Basis öffentlich verfügbarer Zahlen aus dem Jahr 2021.

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

Stuttgart, im Dezember 2023



**Florian Niedermann**

Herausgeber, Leiter des deutschen  
Healthcare-Sektors



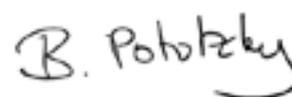
**Stephanie Schiegnitz**

Herausgeberin, Partnerin im deutschen  
Healthcare-Sektor



**Carina Manteuffel**

Redaktion, Mitglied des deutschen  
Healthcare-Sektors



**Beatrice Pototzky**

Redaktion, Junior-Partnerin im deutschen  
Healthcare-Sektor

# Inhalt

<b>A Praxisperspektiven</b>	<b>4</b>
<b>A1 Was GKV-Versicherte wollen und denken – Ansätze für kunden-zentriertes Wachstum</b>	<b>6</b>
<b>A2 Entscheidungssicherheit und Transparenz durch Daten und Analytik</b>	<b>16</b>
<b>A2.a Erfolgreich durch effiziente, effektive und kundenzentrierte Prozesse</b>	<b>18</b>
<b>A2.b Zukunftsfähig durch innovative Technologie: GenAI für GKVen</b>	<b>21</b>
<b>A2.c Daten und Analytik als Wegbereiter für eine zukunftsfähige Krankenhaus-versorgung</b>	<b>26</b>
+ Kurzinterview mit Alexander Wildberger, Leitung des Geschäftsbereichs Stationäre Versorgung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	34
<b>A3 „Mehr Gesundheit für alle“ – wie die GKVen ihre Präventionsprogramme weiterentwickeln können</b>	<b>40</b>
+ Kurzinterview mit Dr. med. Leonard Fehring, praktizierender Arzt und Forscher zur Digitalisierung im Gesundheitswesen	54
+ Kurzinterview mit Johanna Stockdreher, Chief Financial Officer, und Benedikt Luber, Managing Director und Chief Marketing Officer bei TeleClinic	58
<b>B Aktuelle Entwicklungen im GKV-Markt</b>	<b>62</b>
<b>B1 Wettbewerbstrends</b>	<b>66</b>
<b>B2 Entwicklung der Kassenergebnisse</b>	<b>76</b>
Ausblick	106
Methodik und Definitionen	108
Impressum	115

# Praxisperspektiven



# A

In den vergangenen Jahren haben globale Trends wie Nachhaltigkeit, Datensicherheit und Digitalisierung das deutsche Gesundheitswesen vor erhebliche Herausforderungen gestellt. Die GKVen haben diese Trends für sich genutzt und in positive Veränderungen übersetzt. Angesichts der andauernden Turbulenzen im Gesundheitssystem – wie unterbrochener Lieferketten oder Fachkräftemangel – müssen die Kassen jedoch flexibel bleiben und herausfinden, wie sie ihren Zukunftskurs am erfolgversprechendsten fortsetzen können. Denn die laufenden Veränderungen bergen noch immer große Chancen. GKVen, die diese frühzeitig erkennen und ergreifen, haben beste Aussichten, (weiter) zu wachsen und sich vom Wettbewerb abzusetzen oder Rückstände aufzuholen. Die drei Artikel in den Praxisperspektiven greifen einige der relevantesten Aspekte zu diesem Thema auf.

#### **A1 Aktuelles Kundenwissen als Basis für versichertenorientierte Wachstumsstrategien**

Die Ergebnisse zweier aktueller McKinsey-Umfragen zeigen: Die Erwartungen der Versicherten an die GKV haben sich zuletzt deutlich geändert und ihre Zufriedenheit mit den Kassen ist spürbar gesunken. Keine guten Nachrichten für die GKV, denn für sie ist es gerade jetzt wichtig, ihre Bestandsversicherten zu halten und neue Versicherte hinzuzugewinnen, um so dynamisch wachsen zu können. Doch was bedeuten die Umfrageergebnisse eigentlich genau – etwa im Hinblick auf die künftige Wechselbereitschaft der Versicherten? Wie hat sich die Gewichtung von Kriterien für die Kundenzufriedenheit verändert? Und was gilt es für GKV zu beachten, wenn sie eine versichertenorientierte Wachstumsstrategie entwickeln, um die Potenziale ihrer Marke zu heben?

#### **A2 Transparenz und Entscheidungssicherheit durch Daten**

Daten sind eine zentrale Voraussetzung dafür, Optimierungspotenziale aufzudecken und Entscheidungen objektiv treffen zu können. Das gilt auch für die Akteure im Gesundheitswesen. Doch wie können Versicherer ihre Daten konkret nutzen, um die eigenen Prozesse effektiver und effizienter zu gestalten? Wie lassen sich die identifizierten Potenziale heben? Und welche Chancen birgt die intensiv diskutierte GenAI im Gesundheitswesen? Inwiefern können Einrichtungen Daten zur medizinischen Versorgung nutzen, um auf die geplante Krankenhausreform zu reagieren?

#### **A3 Durch optimierte Prävention in eine gesündere Zukunft**

Bereits heute sind Angebote zur Prävention chronischer Erkrankungen ein wichtiger Teil des Leistungskatalogs der GKV. Die Lebenserwartung der Menschen steigt weiter, aber die Gesundheitsspanne stagniert, d.h. die Zeitspanne, in der eine Person innerhalb ihrer Lebensdauer gesund bleibt. Damit nimmt die Bedeutung solcher Angebote sogar noch weiter zu. Welche Möglichkeiten hat die GKV also noch, ihre Präventionsangebote weiter zu optimieren – und welche Ansätze versprechen den größten Erfolg? Was kann die deutsche GKV von Präventionsprogrammen aus dem Ausland lernen? Und wie kann sie weiterhin die Zukunft der Gesundheitsversorgung in Deutschland am besten aktiv mitgestalten?

Perspektivisch abgerundet werden die Artikel durch Interviews mit Expert:innen, die eine ebenso persönliche wie praxisnahe Sicht auf das jeweilige Thema eröffnen:

- Alexander Wildberger führt den Geschäftsbereich Stationäre Versorgung sowie zuletzt Pflege, ambulante Gesundheitsdienste und Hilfsmittel bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Im Interview teilt er seine Einschätzung dazu, inwiefern analytisch-datengetriebene Ansätze das Versorgungsmanagement verbessern können – gerade auch angesichts derzeitiger Herausforderungen für GKV und der geplanten Krankenhausreform.
- Dr. med. Leonard Fehring ist praktizierender Arzt für Innere Medizin am Helios Universitätsklinikum in Wuppertal und forscht an der Universität Witten/Herdecke. Er berichtet von der Bedeutung effektiver Präventionsmaßnahmen als Reaktion auf die Zunahme chronischer Erkrankungen und davon, wie die elektronische Patientenakte die Individualisierung solcher Präventionsmaßnahmen unterstützen kann.
- Johanna Stockdreher ist Head of Finance bei TeleClinic, wo Benedikt Luber als Managing Director und Chief Marketing Officer tätig ist. In einem gemeinsamen Interview erörtern beide das Potenzial von Telemedizin insbesondere mit Blick auf die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen und die Prävention chronischer Erkrankungen.



# Was GKV-Versicherte wollen und denken – Ansätze für kundenzentriertes Wachstum

# A1

## **Bestehende Kund:innen zu halten ist wirtschaftlicher als neue zu gewinnen – so lautet ein betriebswirtschaftlicher Grundsatz. Derzeit sollten sich die meisten GKVn allerdings beiden Aufgaben gleichermaßen widmen. Warum das so ist, was es dabei zu beachten gilt und wie dies gelingen kann, zeigt unsere Analyse der Ergebnisse zweier McKinsey-Umfragen unter GKV-Versicherten.**

Vor allem angesichts des steigenden Kostendrucks und unsicherer Beitragssatzentwicklungen spricht vieles dafür, dass ein gesundes Versichertenwachstum für GKVn an Bedeutung gewinnen wird. Denn künftig werden sich vor allem die großen GKVn vom Wettbewerb absetzen und im Markt den Takt vorgeben. Deshalb gilt es jetzt, sowohl für Bestands- als auch für Neukund:innen attraktiv zu sein.

Doch was in der Theorie so einfach klingt, erfordert in der Umsetzung nicht nur harte Arbeit, sondern auch fundierte und passgenaue strategische Entscheidungen. Dabei geht es etwa um eine überzeugende segmentspezifische Positionierung. Mit deren Hilfe können die Kassen einerseits die Zufriedenheit und Loyalität ihrer Versicherten steigern und andererseits deren Wechselbereitschaft verringern. Dafür benötigen sie Einblicke in den Status quo sowie die Customer Experience – also das Kundenerlebnis – mit einem Fokus auf Erwartungen, Prioritäten und Zufriedenheit ihrer Versicherten. Die Ergebnisse zweier McKinsey-Umfragen eröffnen darauf ebenso frische wie detaillierte Perspektiven (siehe Textbox A1.1).

Im Folgenden stellen wir zunächst die – im Hinblick auf den Status quo und Trends bei der GKV-Customer-Experience – wichtigsten Ergebnisse der beiden Umfragen vor. Anschließend leiten wir daraus Erkenntnisse zu zwei Aspekten ab, die

ausschlaggebend sind für das Halten und das Hinzugewinnen von Versicherten: die Wechselbereitschaft der Versicherten und das Differenzierungspotenzial einer Kasse. Abschließend werden die nächsten Schritte für GKVn erläutert, die auf Basis dieser Erkenntnisse eine kundenzentrierte Wachstumsstrategie entwickeln und so die Potenziale ihrer Marke realisieren wollen.

### **Erwartungen steigen, Zufriedenheit sinkt**

Die Auswertung der Ergebnisse beider Umfragen und deren Vergleich mit den Ergebnissen von 2020 hilft bei der Beantwortung zahlreicher Fragen: Was erwarten GKV-Versicherte im Hinblick auf übergreifende Aspekte zum Thema Gesundheit sowie auf Kerndimensionen ihrer Customer Experience? Wie zufrieden sind sie jeweils damit? Und wie haben sich ihre Erwartungen entwickelt?

### **Erwartungen an Marke, Kundenkontakt und Nachhaltigkeit deutlich gestiegen**

Während die Vorstellungen der GKV-Versicherten von einer idealen GKV weitgehend übereinstimmen, zeigen sich größere Unterschiede bei den präferierten Kommunikationskanälen. Und dem Thema Nachhaltigkeit messen zwar viele Versicherte große Bedeutung bei, wünschen sich aber von ihrer GKV mehr Informationen dazu.

## McKinsey-Umfragen unter GKV-Versicherten

### GKV-Customer-Experience

Diese Umfrage hat McKinsey im Februar 2023 zum zweiten Mal nach 2020 durchgeführt. Rund 3.600 repräsentativ ausgewählte GKV-Versicherte aus ganz Deutschland gaben Auskunft zum Thema Gesundheit und zu zentralen Dimensionen der Customer Experience – also des Kundenerlebnisses – bei ihrer GKV (z.B. Marke und Service, Preis und Leistung).

### Nachhaltigkeit in der Krankenversicherung

Im Dezember 2022 hat McKinsey rund 1.000 repräsentativ ausgewählte Personen zur Nachhaltigkeit ihrer Krankenversicherung befragt; diese waren jeweils zur Hälfte privat und gesetzlich versichert. Die Verteilung der Antworten von GKV- und PKV-Versicherten war in vielen Punkten ähnlich. Weitere Ergebnisse und Details zu den Unterschieden zwischen den Antwortspannen von GKV- und PKV-Versicherten finden sich in der separaten Online-Publikation „Nachhaltigkeit in der Krankenversicherung – Erwartungen der Versicherten“ (Mai 2023).

### Vorgehen bei der Auswertung

- Um neue Trends zu identifizieren, wurden die Ergebnisse der Umfrage von 2023 zu denen von 2020 in Relation gesetzt – wo sinnvoll und möglich.
- Wenn nicht anders vermerkt, beziehen sich alle genannten Kennzahlen auf die Ergebnisse der McKinsey-Umfrage zur GKV-Customer-Experience 2023 (mit Daten von 2020 als Referenz).
- Nachhaltigkeit bei GKVen ist ein relativ junges Thema und wurde daher in der McKinsey-Umfrage zur GKV-Customer-Experience 2020 noch nicht erhoben. Daher wurde eine separate Umfrage mit starkem Fokus auf Nachhaltigkeit unter gesetzlich Krankenversicherten durchgeführt, um dieses zunehmend wichtige Thema genauer zu betrachten.

**Marke.** Wie schon in der Umfrage 2020 zählen die Versicherten derzeit die drei Attribute „zuverlässig“, „kurzfristig“ und „persönlich“ zu den wichtigsten Eigenschaften einer GKV. Darüber hinaus ist der Großteil der Befragten der Ansicht, dass die Kassen eine wichtige Rolle spielen beim Lösen von Herausforderungen im Gesundheitssystem. Als wichtigste Aufgaben sehen sie die Sicherstellung medizinischer Versorgung im ländlichen Raum (78% der Befragten) sowie die Bewältigung des Pflegebedarfs (73%).

**Kundenkontakt.** In der McKinsey-Umfrage zur GKV-Customer-Experience wird die Nutzungsintensität der verschiedenen Kanäle für die Kommunikation zwischen Versicherten und GKV detailliert betrachtet. Laut Umfrage bleibt das Telefon der Kanal, den die meisten Kund:innen gelegentlich bis häufig nutzen (53%). Am zweithäufigsten kontaktieren sie ihre Kasse per E-Mail (43%). Es folgen die Kanäle Krankenkassen-App (41%) und Website (40%). Deutlich seltener schreiben die Versicherten Briefe (27%) und immer weniger suchen das Kundencenter auf (35%, Rückgang von 7 Prozentpunkten gegenüber 2020). Es zeigen sich jedoch große kassenspezifische

Unterschiede in der Nutzung und Entwicklung der Kontaktkanäle. So liegt z.B. die Kommunikation per App je nach Kasse zwischen 21 und 54%.

**Nachhaltigkeit.** Den Versicherten ist es wichtig, dass ihre Kasse hinsichtlich Nachhaltigkeit transparent ist (rund 30% der Befragten), doch die meisten von ihnen sehen diesen Wunsch nicht als erfüllt an. Ein Grund dafür könnte sein, dass lediglich 6% der Befragten bei Vertragsabschluss von ihrer Krankenversicherung über Nachhaltigkeitsaspekte informiert wurden. Hier besteht nicht nur deutlicher Handlungsbedarf für die Versicherer, sondern es tun sich auch neue Chancen auf. Denn immerhin rund 40% der Befragten würden sogar höhere Beiträge zahlen, wenn sich ihr Versicherer für Nachhaltigkeit einsetzt.

### Zufriedenheit mit Gesundheit, GKV und Service deutlich gesunken

Die Ergebnisse der Befragungen in puncto Zufriedenheit sollten GKVen aufhorchen lassen. Gestaltungspotenzial bietet ihnen hier vor allem die Zufriedenheit mit der GKV an sich und mit deren Services.

### **Sinkende Zufriedenheit in vielen Bereichen.**

Für Versicherte hat der Stellenwert der eigenen Gesundheit insgesamt zugenommen: 37% geben an, dass ihnen ihre Gesundheit während der vergangenen zwölf Monate wichtiger geworden ist. Zugleich sinkt ihre Zufriedenheit im Hinblick auf mehrere Aspekte: So sind nur noch 67% zufrieden mit der eigenen Gesundheit, was einem Rückgang um 3,5 Prozentpunkte gegenüber 2020 entspricht. Noch schlechter steht es um die Gesundheitspolitik: Nur 46% der Befragten befürworten 2023 die Gesundheitspolitik der Bundesregierung – ein Rückgang um 28 Prozentpunkte gegenüber 2020. Auch die Qualität der medizinischen Versorgung nimmt aus Sicht der Befragten spürbar ab, liegt aber immer noch auf einem hohen Niveau: 72% zeigen sich damit zufrieden; dies sind 14 Prozentpunkte weniger als 2020.

**Die GKV als Institution.** Auch die Leistung der GKVen wird zunehmend kritisch gesehen. So sind 2023 28% der Befragten unzufrieden mit ihrer Kasse, was einem Plus von 8,5 Prozentpunkten gegenüber 2020 entspricht. Insgesamt ist damit nur noch etwa jede:r Dritte befragte GKV-Versicherte mit der eigenen Kasse zufrieden – ein Rückgang um 3,8 Prozentpunkte im Vergleich zu 2020.

**Service.** Den Service der GKVen sehen die Versicherten ebenfalls zunehmend als verbesserungswürdig an. Im Durchschnitt aller GKVen ist die Zufriedenheit mit dem Kundenservice im Vergleich zu 2020 um 9 Prozentpunkte auf nur noch 34% zurückgegangen. Aufgeschlüsselt auf die einzelnen Kassen ergibt sich allerdings ein sehr differenziertes Bild: Während manche Versicherer den Anteil unzufriedener Kund:innen im Vergleich zu 2020 konstant halten können, ist er bei anderen stark gewachsen und hat sich teilweise sogar fast verdoppelt.

### **GKV-Wahl, Service und Nachhaltigkeit – Kundenpräferenzen zeichnen sich ab**

Für die Auswahl ihrer Kasse sowie bei Service und Nachhaltigkeit zeichnen sich bei den Versicherten Schlüsselkriterien ab. Auf diese können sich die Kassen fokussieren, wenn sie ihre Organisation weiterentwickeln und Differenzierungspotenziale erschließen wollen.

**GKV-Wahl.** Sollen die Versicherten bewerten, wie wichtig ihnen einzelne Kriterien für die Auswahl einer GKV sind, so zeigt sich, dass die Marke – d.h.

eine klare Definition und Kommunikation der Werte und des Selbstverständnisses einer GKV – mit deutlichem Abstand das relevanteste Kriterium ist: 78% geben an, dass ihnen die Marke wichtig oder sehr wichtig bei der Wahl ist. Auf den weiteren Plätzen folgen Serviceerlebnis (59%), Beitragshöhe (41%) und Leistungskatalog (23%).

**Servicequalität.** Drei Aspekte erachten die meisten Versicherten als wichtig bis sehr wichtig für die Servicequalität einer Krankenkasse: fachlich kompetente Beratung (66%), schnelle Bearbeitung (54%) und persönliche Beratung (43%). Andere Faktoren wie Transparenz oder digitaler Self-Service sind hingegen nur für 23 bzw. 15% der Befragten wichtig bis sehr wichtig – unabhängig von deren Alter, Gesundheitszustand und Arbeitsverhältnis.

**Nachhaltigkeit.** Mehr als 60% der Versicherten geben an, dass ihnen Nachhaltigkeit in den vergangenen fünf Jahren wichtiger geworden ist. Ein ebenso großer Anteil kann sich sogar grundsätzlich vorstellen, deshalb die Kasse zu wechseln. Allerdings halten nur knapp 15% einen Wechsel für wahrscheinlich bzw. sehr wahrscheinlich, falls ihr Versicherer nicht nachhaltig handelt. Mehr als 20% der Befragten ist es besonders wichtig, dass ihre Kasse soziale Aspekte fördert, z.B. indem sie gesundheitliche Präventionsmaßnahmen in ihre Versicherungen und Services integriert. Zudem erwarten die Versicherten, dass die Kassen ihrer gesellschaftlichen Verantwortung nachkommen und Services sowie Leistungen ressourcenschonend und fair erbringen – etwa durch die Zahlung fairer Löhne für das Pflegepersonal.

### **Wechselbereitschaft wird steigen**

Die Zahl der Kassenwechsel verharrt bislang stabil auf niedrigem Niveau. Doch die zuvor beschriebene Gemengelage aus gestiegenen Erwartungen, veränderten Gewichtungen und sinkender Zufriedenheit ist ein klares Warnsignal: Die Wechselbereitschaft und damit die Zahl der tatsächlichen Kassenwechsel wird voraussichtlich zunehmen. Schon jetzt geben je nach GKV 7 bis 20% der Befragten an, dass für sie ein Kassenwechsel wahrscheinlich bis sehr wahrscheinlich ist. Diese Abweichungen zwischen den Kassen können sich durch Unterschiede bei der Zufriedenheit noch verstärken: Während bei vielen GKVen die Unzufriedenheit steigt, können sich einzelne Kassen verbessern – und sich so weiter von ihren Wettbe-

werben absetzen. Ein Blick auf den Net Promoter Score (NPS)<sup>1</sup> verdeutlicht diese Unterschiede: Die führende Kasse hat einen NPS von 24, die schlechteste einen NPS von -44. Unsere Analyse ergibt darüber hinaus einen starken Zusammenhang zwischen NPS und Wechselbereitschaft. Denn während nur 5% der Promotor:innen (sehr) wahrscheinlich die Kasse wechseln würden, ist die Wechselbereitschaft unzufriedener Kund:innen bis zu sechsmal höher.

Aus den Umfrageergebnissen lassen sich neben dem allgemeinen Handlungsbedarf auch konkrete Handlungsansätze für einzelne Kassen ableiten, um sowohl für Bestands- als auch Neumitglieder (noch) attraktiver zu werden. Erfolgskritisches Verbesserungs- und Differenzierungspotenzial bieten insbesondere diejenigen Bereiche, in denen sich eine große Spanne zwischen den Wettbewerbern zeigt:

**Service.** Bei der Zufriedenheit mit dem Service liegen die Spannen zwischen den jeweils besten bzw. schlechtesten Wettbewerbern in verschiedenen Aspekten bei 15 bis 20 Prozentpunkten. Am wichtigsten sind den Versicherten eine fachlich kompetente Beratung (66%) sowie eine schnelle persönliche Bearbeitung ihrer Anliegen (54%). Gerade bei der Schnelligkeit können Kassen mit effizienten Prozessen punkten – und damit zugleich ihre Ressourcen optimal nutzen.

**Kundenkontakt.** Im Kundenkontakt schreitet die Digitalisierung voran – mit zunehmender Nutzung der App verlieren Briefe und Geschäftsstellen weiter an Bedeutung. Zwar bleibt der persönliche Kundenkontakt wichtig, am häufigsten über das Telefon, das in allen Altersklassen unangefochten an der Spitze steht. Doch gerade bei Versicherten unter 35 Jahren und den Berufstätigen holt die App-Nutzung wenig überraschend auf. Die unterschiedlichen Bedürfnisse der einzelnen Segmente machen deutlich, dass Kassen sowohl digitale als auch analoge Kanäle optimieren und ihren Versicherten ein flexibles Angebot unterbreiten sollten.

Auch beim Kundenkontakt zeigen sich große Unterschiede zwischen den Krankenkassen – bei der Nutzung der Kanäle ebenso wie bei der Zufriedenheit mit diesen. Einzelnen Kassen gelingt es, sich durch gute Erreichbarkeit und

kompetenten Service zu differenzieren. Gerade für das Management des Kundenkontakts gibt es vielversprechende Einsatzmöglichkeiten von GenAI, um sowohl das Kundenerlebnis als auch die Effizienz zu verbessern. Die (teilweise) Automatisierung einfacher Kundenkontakte setzt Kapazitäten frei, mit denen sich wiederum die Servicequalität weiter verbessern lässt.<sup>2</sup> Auch damit können sich Vorreiter einen Wettbewerbsvorteil erarbeiten.

**Nachhaltigkeit.** Im Vergleich zu anderen Branchen ist das Bewusstsein für Nachhaltigkeit im Versicherungsbereich noch weniger stark ausgeprägt. Erwartungsgemäß wird sich dies in naher Zukunft jedoch ändern, insbesondere aufgrund der zunehmenden Präferenz der bisher unentschlossenen Versicherten für nachhaltige Produkte und Services. Viele Krankenversicherungen überprüfen daher bereits ihre Geschäftsmodelle hinsichtlich Nachhaltigkeit und passen sie entsprechend an. Dies wird auch Auswirkungen auf die Ausgestaltung ihrer Service- und Vertriebsstrategie haben.

## Mit dem Kundenfokus die Potenziale der eigenen Marke realisieren

Die Ergebnisse der Umfragen zeigen, dass sich die Krankenkassen in einem Umfeld bewegen, in dem steigende Kundenerwartungen auf sinkende Kundenzufriedenheit treffen. Damit differenziert sich der Wettbewerb immer weiter aus: Einzelne Kassen können im Marktumfeld bestehen und erreichen eine stabile oder (leicht) steigende Kundenzufriedenheit, andere werden abgehängt und laufen Gefahr, weitere Marktanteile zu verlieren.

Vor diesem Hintergrund gilt es für Kassen, ihre Stärken strategisch auszubauen und Schwächen gezielt zu beseitigen. Grundsätzlich sollte eine Marktstrategie alle Elemente des Kundenerlebnisses berücksichtigen: Marke, Produkt, Preis und Service. Unsere Umfragen haben allerdings ergeben, dass das Differenzierungspotenzial im Kundenservice besonders groß ist. Hier können Kassen wie folgt vorgehen:

**Bewertung des Status quo.** Zunächst sollte eine GKV ihren Status quo systematisch bewerten. Dabei spielen segmentspezifische Analysen eine wichtige Rolle, denn gerade was den Service angeht, haben einzelne Kundengruppen sehr

<sup>1</sup> Der NPS ist ein Maß für die Weiterempfehlung durch Kund:innen. Er berechnet sich aus der Differenz zwischen Promotor:innen und Detraktor:innen einer Organisation. Deren jeweiliger Anteil wird ermittelt, indem einer repräsentativen Gruppe von Versicherten die Frage gestellt wird: „Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie Ihre Krankenkasse an Freund:innen oder jemanden in Ihrer Familie weiterempfehlen würden?“ Die Antwortmöglichkeiten liegen auf einer Skala von 0 (unwahrscheinlich) bis 10 (äußerst wahrscheinlich). Als Promotor:innen werden Personen bezeichnet, deren Antworten bei 9 oder 10 liegen.

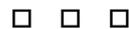
<sup>2</sup> Siehe hierzu auch den Beitrag „Zukunftsfähig durch innovative Technologie: GenAI für GKVen“ (ab Seite 21).

unterschiedliche Erwartungen und Bedürfnisse. Neben Kundenbefragungen – auch direkt nach einem Kontakt – gehört hierzu die Analyse operativer Daten aus dem Kundenservice, um die entsprechenden Treiber kassenspezifisch und im Wettbewerbsvergleich zu verstehen.

**Weiterentwicklung der Service- und Vertriebsstrategie.** Diese kann auf Basis der Bewertung des Status quo und der übergeordneten Unternehmensziele erfolgen. Aus messbaren strategischen Zielen lassen sich spezifische Anforderungen an den Service und das Kanalangebot ableiten – in Form von Serviceversprechen, -standards und -levels. Entscheidend ist, dass sowohl kanalübergreifend als auch kanalspezifisch vorgegangen wird, um einen konsistenten Omnikanal-service zu ermöglichen. Für den Vertrieb sollte ebenfalls ein messbares Gesamtziel definiert und in die einzelnen Vertriebskanäle und -segmente kaskadiert werden. Bei der Ausgestaltung der

Service- und Vertriebsstrategie ist auch die zunehmende Bedeutung von Nachhaltigkeit für die Versicherten zu berücksichtigen.

**Verbesserung der Omnikanalfähigkeit.** Eine optimierte Service- und Vertriebsstrategie fußt auf einer zeitgemäßen technologischen Infrastruktur und den entsprechenden Fähigkeiten der Mitarbeitenden. Daher ist zunächst das zukünftige Kontaktangebot zu definieren – spezifiziert für einzelne Kontaktanlässe sowie mögliche Kanalerweiterungen und Automatisierungen. Zudem ist eine Routing-Logik zu entwickeln, die festlegt, welche Kundenanliegen wo und wie beraten und bearbeitet werden. Daraus lässt sich ein Zielbild für eine Omnikanaltechnologie ableiten, das das Zusammenspiel von neuen und bestehenden Systemen als Gesamtarchitektur beschreibt. Die Mitarbeitenden sind so zu befähigen, dass sie dieses Zielbild umsetzen können.



Unserer Erfahrung nach kann die systematische Weiterentwicklung von Service und Vertrieb schnell zu ersten Ergebnissen führen und sich positiv auf die Kundenzufriedenheit auswirken. Ihre Marktposition können die GKVn jedoch nur dann langfristig verbessern, wenn sie gründliche Transformationsarbeit leisten sowie ihre Organisation und die zugrunde liegenden Technologien umfassend optimieren. Damit erhöhen sie signifikant ihre Chance, jetzt zwei entscheidende Aufgaben zu bewältigen: ihre Versicherten zu halten – und neue zu gewinnen.

# Ausgewählte Ergebnisse der Umfragen unter GKV-Versicherten zu Erwartungen an ihre Krankenkasse

in Prozent der befragten Kund:innen, n = 3.561

(mögliche Abweichungen von tatsächlichen Werten resultieren aus Rundungsdifferenzen)

## Die Unzufriedenheit mit der eigenen Krankenkasse ist in den vergangenen Jahren gestiegen

Wie zufrieden sind Sie generell mit Ihrer Krankenkasse?



Delta zu Umfrage-  
werten von 2020  
in Prozentpunkten

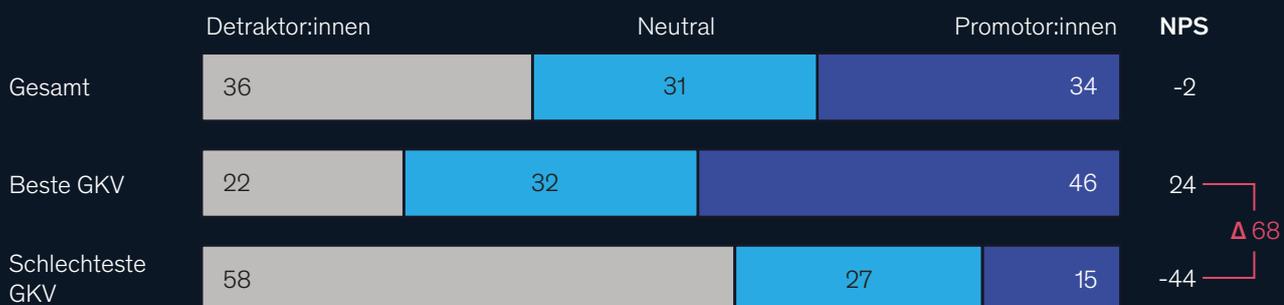
↑ 8,5

↓ 4,7

↓ 3,8

## Die Weiterempfehlungsbereitschaft als Indikator für die Kundenloyalität differiert stark zwischen den GKVn

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie Ihre Krankenkasse an Freund:innen oder jemanden in Ihrer Familie weiterempfehlen würden?



### Net Promoter Score (NPS)

Mit der Messung der Weiterempfehlungsrate gilt der NPS als Indikator für Kundenloyalität, auf einer Skala von 0 „unwahrscheinlich“ bis 10 „äußerst wahrscheinlich“. Teilnehmende, die von 0 bis 6 antworten, werden als „Detraktor:innen“ bezeichnet. Antworten von 7 bis 8 werden unter „neutral“ zusammengefasst. Teilnehmende, die mit 9 oder 10 antworten, gelten als „Promotor:innen“.

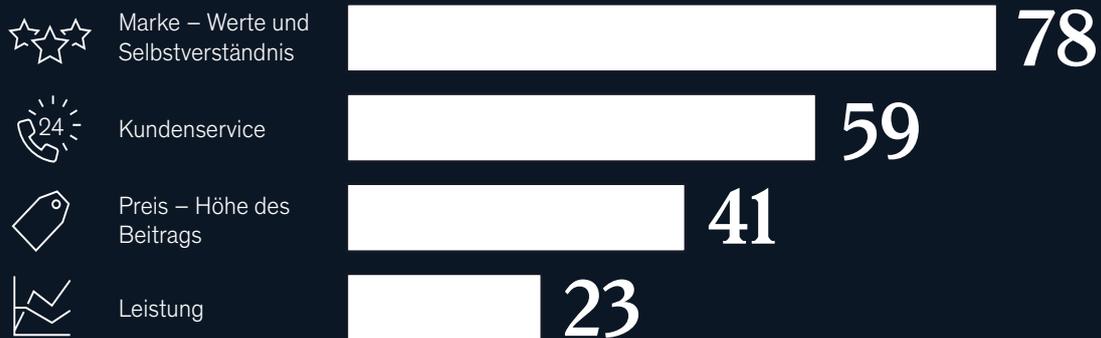
Für die Berechnung des NPS gilt = % Promotor:innen – % Detraktor:innen.

Quelle: McKinsey-Umfrage zur GKV-Customer-Experience (Februar 2023)

## Marke und Service für die Wahl der Krankenkasse sind die wichtigsten Faktoren

Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Faktoren bei der Auswahl Ihrer zukünftigen Krankenkasse?

Anteil der Kund:innen, die den jeweiligen Bereich als eine der beiden wichtigsten Dimensionen bewertet haben

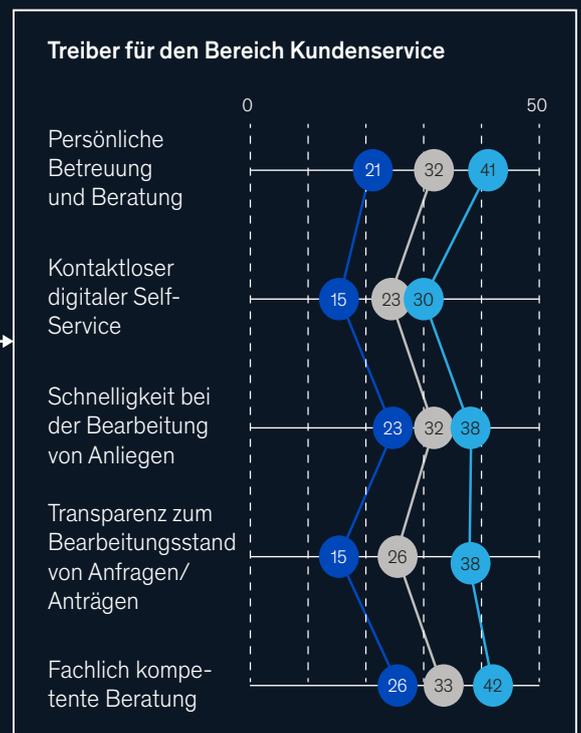
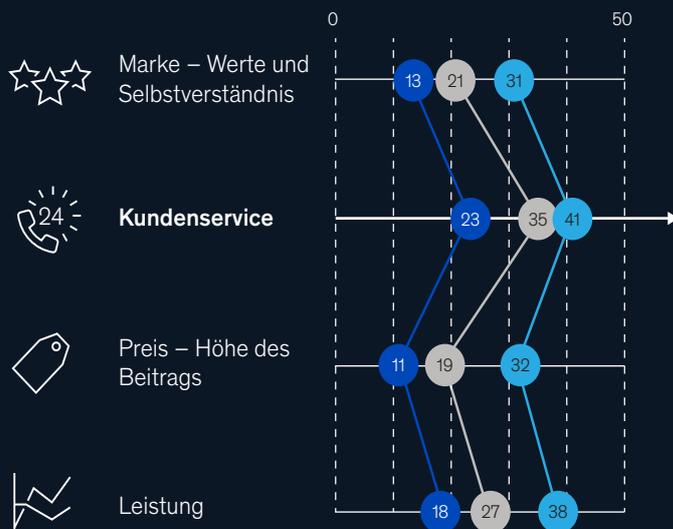


## Die Zufriedenheit mit dem Service ist höher als mit der Marke – die Zufriedenheit mit dem digitalen Self-Service und mit der Transparenz zum Bearbeitungsstand ist ausbaufähig

Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihrer Krankenkasse?

Anteil der Kund:innen, die mit den jeweiligen Bereichen zufrieden sind

■ Schlechtester Wettbewerber ■ Durchschnitt ■ Bester Wettbewerber



Quelle: McKinsey-Umfrage zur GKV-Customer-Experience (Februar 2023)

# Nachhaltigkeit in der Krankenversicherung – die wichtigsten Umfrageergebnisse im Überblick

Befragte Kund:innen, n = 500



## Vertrieb/Produktauswahl

~ 30%

finden es wichtig, dass ihr Versicherer transparent in Bezug auf Nachhaltigkeit ist

nur 6%

wurden aktiv über Nachhaltigkeitsaspekte beim Produktabschluss informiert

> 50%

möchten **online** durch den Versicherer über Nachhaltigkeit informiert werden

## Preisgestaltung

~ 40%

der Befragten wären bereit, einen **höheren Preis für nachhaltige Krankenversicherungsprodukte** zu zahlen



## Soziale Verantwortung

> 20%

erwarten explizit, dass ihre Krankenversicherung vor allem soziale Aspekte wie faire Löhne für Krankenhaus- und Pflegepersonal sowie gesundheitliche Prävention fördert

## Kundentreue

60%

aller Befragten können sich grundsätzlich vorstellen, ihren **Krankenversicherer zu wechseln**, wenn dieser nicht nachhaltig handelt

45%  
schließen einen Wechsel nicht aus

15%  
würden wechseln



40%  
würden nicht wechseln

Quelle: McKinsey-Umfrage zur Nachhaltigkeit in der Krankenversicherung





# Entscheidungssicherheit und Transparenz durch Daten und Analytik

## A2

Die Akteure des deutschen Gesundheitswesens stehen derzeit vor zahlreichen komplexen Herausforderungen. Doch wenn sie jetzt die richtigen strategischen Entscheidungen treffen, können sie daraus auch Wachstumsmöglichkeiten ableiten. Mithilfe von Daten ist es ihnen möglich, wichtige Fragen objektiv zu beantworten und faktenbasiert zu entscheiden. Das erfordert jedoch einen transparenten Umgang mit Daten sowie Analytikfähigkeiten in der Organisation. Diese sind auch notwendig, um die abgeleiteten Maßnahmen umsetzen zu können. In diesem Kapitel behandeln wir dazu folgende Themen:

**a. Kundenzentrierung durch effiziente und effektive Prozesse.** Welche Hebel haben Versicherer, um ihre Prozesse effizienter und effektiver zu gestalten? Was sind die Voraussetzungen für eine systematische Realisierung der Optimierungspotenziale? Welche Probleme kann es dabei geben und wie sind sie zu lösen?

**b. GenAI als Chance.** Welche Bedeutung hat GenAI für GKVen? An welchen Punkten der Wertschöpfungskette können sie GenAI sinnvoll einsetzen? Was ist dabei zu beachten?

**c. Daten und Analytik als Schlüssel zum Verständnis von Implikationen regulatorischer Änderungen.** Welche Auswirkungen haben die geplanten Reformen auf die ambulante und stationäre Versorgung – und wie lassen sie sich analytisch darstellen? Wie können Kliniken vor dem Hintergrund der Reformen ihr medizinisches Profil mittels Versorgungsanalytik schärfen? Wie wirkt sich die Ambulantisierung auf Versorger im stationären Bereich aus?

## A2.a Erfolgreich durch effiziente, effektive und kundenzentrierte Prozesse

**Die GKVen stehen derzeit unter enormem Handlungsdruck – etwa durch zunehmende regulatorische Anforderungen und sich stetig verändernde Bedürfnisse ihrer Versicherten. Hinzu kommt ein steigendes Arbeitsaufkommen, verursacht durch höhere Fallvolumina im Bereich der Pflege und den immer stärker spürbaren Fachkräftemangel. Die Kassen müssen auf diese Entwicklungen reagieren und ihre Prozesse effizienter und effektiver gestalten, um sich ihren Versicherten auch künftig wettbewerbsfähig und leistungsstark präsentieren zu können. Die entsprechenden Potenziale haben viele von ihnen zwar schon identifiziert, doch oft mangelt es an der strukturierten Umsetzung.**

Die Weiterentwicklung der Geschäftsprozesse bleibt eine vielfach beschworene Priorität aller GKVen. Der Grund liegt auf der Hand: Wenn es darum geht, die Kostenausweitung im Gesundheitswesen einzudämmen, rücken zunehmend nicht nur die Leistungs-, sondern auch die Verwaltungsausgaben ins Blickfeld. An vielen Stellen haben die Kassen in den vergangenen Jahren die Weiterentwicklung von Geschäftsprozessen bereits intensiv vorangetrieben, etwa indem sie spezielle Einheiten gebildet haben für die Prozessoptimierung oder den Aufbau eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Doch vielfach besteht eine beträchtliche Lücke: zwischen Anspruch und Realität, benötigten und vorhandenen Fähigkeiten sowie zwischen definierten und umgesetzten Maßnahmen.

Ein rasches Handeln ist damit praktisch unausweichlich – nicht nur aufgrund der Pflegereformen oder der alternden Gesellschaft mit einer steigenden Anzahl an Abrechnungsfällen je Versicherte:n. Insbesondere der Fachkräftemangel verhindert immer häufiger, dass die not-

wendigen Tätigkeiten im Sinne von Versicherten und Vertragspartnern tatsächlich durchgeführt werden. Trotz vielfältiger Bemühungen in den vergangenen Jahren sind viele GKVen deshalb noch weit davon entfernt, die Potenziale in ihren Geschäftsprozessen systematisch zu heben.

Dabei liegt die Schwierigkeit weniger in einer mangelnden Erkenntnis als vielmehr in einer unzureichenden Priorisierung und Umsetzung sowie fehlenden Fähigkeiten. Vor diesem Hintergrund sollten auch radikalere Hebel erwogen und mit bewährten Ansätzen kombiniert werden.

### **Innovative Technologien nutzen**

Als Erfolgsgarant bei der Optimierung von Prozessen gilt nach wie vor ein Dreiklang: Vereinfachen/Weglassen/Verlagern, Kontrollieren und Optimieren sowie Digitalisieren und Automatisieren.

**Vereinfachen/Weglassen/Verlagern.** Großes Vereinfachungspotenzial bei der Datenerfassung birgt z.B. die Einsparung eines manuellen Eingabe-

schritts, der gleichzeitig maschinell erfolgt. Gleiches gilt für die Erweiterung des Spektrums genehmigungsfreier Hilfsmittel. Damit werden die Beschäftigten von Routineaufgaben entlastet und können sich im Gegenzug wichtigeren – oft auch interessanteren – Aufgaben widmen. Solche Maßnahmen sind zudem vergleichsweise einfach umzusetzen und verursachen nur geringe Investitionskosten.

**Kontrollieren und Optimieren.** Die verbleibenden manuellen Prozessschritte lassen sich durch Steuerung über Kennzahlen und Anpassung der Organisationsstruktur kontinuierlich verbessern. Ein anschauliches Beispiel für eine solche kennzahlenbasierte Steuerung ist die optimierte Fallzuteilung in Hilfsmittel-Sachbearbeitungsteams.

## Heute versprechen Deep Learning, GenAI und andere Technologien große Chancen für die Weiterentwicklung von Prozessen

**Digitalisieren und Automatisieren.** Kassen können ihre Effizienz erhöhen, indem sie digitale Lösungen einsetzen für einzelne Prozessschritte oder ganze Prozesse, z.B. digitale Self-Services und Ein-

gangsstrecken, analytikbasierte Automatisierung oder Robotic Process Automation (RPA) für die Automatisierung von Regelwerksaufgaben.

Bei den ersten beiden Feldern kommt es darauf an, bewährte Methodik kontinuierlich und konsequent anzuwenden. Bei der Digitalisierung und Automatisierung heißt es dagegen, Innovationen im Blick zu behalten: Noch vor einigen Jahren galt der Einsatz klassischer KI in der Rechnungsprüfung als wichtigste Innovation. Heute versprechen Deep Learning, GenAI und andere Technologien große Chancen für die Weiterentwicklung von Prozessen. Dabei geht es längst nicht mehr nur um die Ausgestaltung hoch performanter Modelle auf Grundlage fester Regeln. Die systematische Verarbeitung und Befragung großer Datensätze, die Rechnungsprüfung, das Kundenmanagement, aber auch die Kundenansprache lassen sich mithilfe dieser Werkzeuge vollkommen neu denken. Die entsprechenden Potenziale gehen weit über das bislang gekannte Niveau von 20 bis 30% Effizienzsteigerung hinaus. Doch nur die wenigsten GKVn fühlen sich gerüstet für die Erarbeitung und den Betrieb derart innovativer Lösungen.

Zudem betrachten viele GKVn die Verlagerung einzelner Prozessschritte oder ganzer Prozesse auf Dienstleister zwar als probates Mittel, erken-

nen aber noch nicht ihre volle Wirkungskraft als Optimierungshebel. Dabei sind die Möglichkeiten für Outsourcing in der GKV beträchtlich. Allerdings verlangt dies eine stringente strategische und operative Planung – insbesondere eine langfristige Perspektive hinsichtlich Wissens- und Fähigkeitenverlust, Bearbeitungsqualität und Kapazitätsmanagement.

## Systematisch vorgehen

Traditionell müssen auch GKVn ihre Geschäftsprozesse mit begrenzten internen Ressourcen weiterentwickeln. Daher ist es für sie essenziell, das Richtige anzupacken und mit pragmatischem Einsatz den maximalen Nutzen zu erzielen. Ein solches Vorgehen ist an mehrere Bedingungen geknüpft:

**Transparenz über eingesetzte Ressourcen.** Nur wer weiß, für welche Tätigkeiten das Personal seine Zeit und Fähigkeiten einsetzt, kann diese bewusst weiterentwickeln. Daher ist es zwingend, den Einsatz der eigenen Ressourcen genau zu überblicken – was oft nicht der Fall ist.

**Transparenz über Geschäftsprozesse und Abläufe.** In einer zunehmend prozessorientierten Organisation ist es unerlässlich, in diesem Bereich Transparenz zu schaffen.

**Klare Aufgabenverteilung.** Die Arbeit an Prozessen ist eine Aufgabe der gesamten Organisation, insbesondere aber der Linienführungskräfte in den Fachbereichen. Sie sind maßgeblich für den Wandel verantwortlich und sollten aus ihrer fachlichen Perspektive die Verbesserung von Prozessen vorantreiben – unterstützt von IT, Prozessoptimierungseinheiten und weiteren Ressourcen. Auch die Führungskräfte benötigen ein Gespür für die großen Potenziale, die ein wertorientierter Personaleinsatz birgt.

**„Big Picture“ als Leitmotiv.** Eine unternehmensweit verankerte und einheitliche Logik muss die Richtung vorgeben, nach der die Organisation Prozessoptimierungen priorisiert und umsetzt. Dabei ist die Rückbindung an die Kerntreiber der Organisation (z.B. Aufwand, Nutzen und Zufriedenheit) sowie an die Strategie der GKV unerlässlich, um damit auch die Unternehmensziele nachhaltig zu stärken.

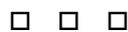
## Umsetzung strukturiert managen

Selbst wenn Potenziale identifiziert und technische Lösungen erarbeitet worden sind, mangelt

es vielfach an der schnellen Umsetzung. Die Ursachen sind oft: fehlende technische Umsetzungsfähigkeiten, unkoordiniertes Management externer Dienstleister sowie Unklarheit über Dringlichkeit und Potenzial verschiedener Optimierungsvorhaben.

Abhilfe kann in solchen Fällen ein strukturiertes Management des Umsetzungs-Backlogs schaffen. Gleichzeitig helfen sorgfältige Planungen, insbesondere Kosten-Nutzen-Erwägungen und realistische Zeitleisten, die Umsetzung vorzubereiten. Dies erfordert ein zentral gesteuertes Anforderungs- und Umsetzungsmanagement. Zudem müssen Fachbereiche und IT eng miteinander verzahnt sein.

Auf der anderen Seite tun sich viele GKVn oft schwer, die Potenziale konsequent zu realisieren. So zögern sie z.B., ihren Mitarbeitenden neue Aufgaben zu übertragen, nachdem diese durch Prozessoptimierungen entlastet wurden. Genau dies wird jedoch immer wichtiger angesichts der wachsenden Schwierigkeiten, ausreichend neues Personal zu finden. Die entsprechenden Prozesse sind hochkomplex und stellen die GKVn vor die kulturelle, aber auch organisatorische Herausforderung, ihre Mitarbeitenden auf neue Tätigkeitsprofile vorzubereiten. Deshalb wird es zunehmend darauf ankommen, hochwertige Qualifizierungsmaßnahmen rasch zu etablieren und kontinuierlich weiterzuentwickeln.



Bislang sind bei der Prozessoptimierung in der GKV nicht selten Chancen zur Weiterentwicklung ungenutzt geblieben. Das wird nun zum echten Problem: Externe Faktoren wie regulatorische Änderungen und der Fachkräftemangel reißen bereits sichtbare Löcher in die Struktur der GKV. Dadurch stellt sich die Frage nach der Optimierung von Prozessen immer dringlicher. Diese erfordert eine Veränderung der Organisation in allen Bereichen hin zu einer prozessorientierten Struktur, in der Mitarbeitende nur noch dort eingesetzt sind, wo sie maximalen Wert stiften können. Dazu ist alles auf den Prüfstand zu stellen: Die Kassen müssen ihre gesamte Organisation, ihre Führungskräfte und Mitarbeitenden, aber auch Versicherte und Partner systematisch auf die relevanten Prozesse ausrichten und dabei frühzeitig wegweisende Technologien einsetzen.

# A2.b Zukunftsfähig durch innovative Technologie: GenAI für GKVen

**Seit einigen Jahren zeichnet sich eine bemerkenswerte Entwicklung in der KI ab: GenAI gewinnt zunehmend an Bedeutung. Diese vielversprechende neue Technologie lässt sich auch in verschiedensten Bereichen der GKV einsetzen. Was können GenAI-Modelle leisten und was ist bei ihrer Einführung in der GKV zu beachten?**

## **GenAI: Was steckt dahinter und welche Bedeutung hat sie für GKVen?**

GenAI stellt eine bedeutende Weiterentwicklung der KI dar, da sie sich im Gegensatz zur traditionellen KI nicht nur auf feste Regelsysteme und Logiken stützt. Stattdessen fungiert sie als ein Large Language Model (LLM) – ein neuronales Netzwerk, das darauf trainiert ist, große Mengen an Textdaten zu analysieren und zu interpretieren.

Was GenAI jedoch grundlegend von anderen KI-Formen unterscheidet, ist ihre Fähigkeit, völlig neue Inhalte zu generieren und kreative Lösungen zu entwickeln. Als LLM kann sie dank ihres umfangreichen Wissens nicht nur Texte verstehen, sondern auch kontextbezogene Informationen interpretieren und darauf reagieren. Sie kann Texte verfassen, Fragen beantworten, Codes generieren und sogar menschenähnliche Dialoge führen. Durch diese Eigenschaften eröffnet GenAI völlig neue Möglichkeiten in verschiedensten Anwendungsbereichen, auch für GKVen.

Die Relevanz von GenAI für GKVen wird angesichts der aktuellen Herausforderungen beson-

ders deutlich: Der drohende Fachkräftemangel erhöht die Notwendigkeit, Prozesse effizienter zu gestalten. Gleichzeitig erwarten immer mehr Versicherte, dass ihre Kasse die Kommunikation mit ihnen personalisiert und den Kundenservice auf ein neues Niveau hebt.

In den vergangenen Jahren wurde viel über den Einsatz von Analytik und KI diskutiert, um diesen Herausforderungen zu begegnen. Dies erwies sich jedoch für die meisten GKVen als schwierig, denn die Modellierung und das Training von KI-Systemen sind komplex und arbeitsintensiv. Die Entwicklung eines KI-Modells erfordert detailliertes technisches Wissen und eine genaue Anpassung an die Anforderungen eines konkreten Problems. Dies ist zeitaufwendig und teuer, was den Zugang zu KI für Organisationen ohne umfangreiche Ressourcen und Expertise limitiert.

Mit GenAI verhält es sich anders: Sie eröffnet neue Möglichkeiten in der Anwendung von KI. Es sind vortrainierte Modelle verfügbar und die Anwendung ist nutzerfreundlich. GenAI-Modelle können deshalb ressourcenschonender implementiert und in der Organisation skaliert werden – wenn die rich-

## GenAI ist für zahlreiche Anwendungsfälle geeignet – mit unterschiedlichen Effizienzpotenzialen

Landkarte möglicher GenAI-Anwendungsfälle

Effizienzpotenzial

Hoch
  Mittel
  Niedrig

Bereich	Gebundene PJ <sup>1</sup> in Prozent	Thema	Mögliche Anwendungsfälle	
Kundenkommunikation	30 - 35	Automatisierte Kommunikation	Automatisches Beantworten schriftlicher Anfragen (E-Mail, Brief, App)	Automatisches Beantworten telefonischer Anfragen (z.B. Optimierung „Interactive Voice Response“)
		Mitarbeiterunterstützung	Optimiertes Wissensmanagement (z.B. intelligente Suchfunktion, personalisierte Leistungsangebote)	Textbausteine/Antwortvorschläge
			Sprachliche Verbesserung/Fehler- und Dokumentenprüfung	Erstellung von Dokumentation, Transkripten und Trainingsmaterialien
Sachbearbeitung	55 - 60	Verträge	Vertragsanalyse und -management	Verhandlungsvorbereitung/-leitfäden
		Genehmigung	Zusammenfassung/Erklärung, z.B. von Gutachten	Extraktion von Informationen aus verschiedenen Datenquellen
			Checklisten, Entscheidungsunterstützung und Handlungsempfehlungen	Code-Generierung, z.B. für RPA-Anwendungen
		Rechnungsprüfung	Ergänzung KI/Fehlerprüfung	Schreiben von Fehlerberichten
		Beratung/Information	Automatisierte Kommunikation mit Leistungserbringern und Versicherten (Schrift, Telefon)	Unterstützung von Beratung/Kommunikation (z.B. Gesprächsleitfäden, Dokumentation)
Unternehmensstrategie	5 - 10	Marktanalysen/Innovationsmanagement	Trend- und Wettbewerbsanalysen	Analyse von Kundenpräferenzen und Generierung personalisierter Vertriebs- und Marketingmaterialien
		Interne Kommunikation	Zusammenfassungen für Management/Geschäftspräsentationen	Erstellung von Protokollen

<sup>1</sup> Personenjahre

Quelle: McKinsey-Analyse

tigen Grundlagen und Rahmenbedingungen für die Nutzung gegeben sind.

Im Folgenden erläutern wir die Bandbreite möglicher Anwendungsfälle von GenAI und zeigen rechtliche, technische und organisatorische Aspekte auf, die es bei der Umsetzung zu berücksichtigen gilt.

## **Von Kundenservice bis Sachbearbeitung: Wo kann GenAI eingesetzt werden?**

GenAI eröffnet eine breite Palette von Anwendungsmöglichkeiten, die es den GKVen ermöglichen, effizienter und effektiver zu arbeiten. Gleichzeitig können personalisierte Interaktionen mit den Versicherten deren Zufriedenheit verbessern und den Arbeitsalltag der Mitarbeitenden erleichtern.

Die Einsatzmöglichkeiten erstrecken sich über alle Unternehmensbereiche, von Kundenservice über Sachbearbeitung bis zur Unternehmensstrategie (siehe Schaubild A2.1)

### **Automatisierung und Unterstützung im Kundenservice**

Im Kundenservice existieren zwei bedeutende Einsatzmöglichkeiten: die Automatisierung der Kommunikation mit den Versicherten und die Unterstützung der Mitarbeitenden.

## **Automatisierte, personalisierte Kommunikation durch GenAI eröffnet neue Möglichkeiten im Kundenservice**

traditionelle KI-Modelle lediglich vortrainierte Antworten generieren, können fortgeschrittene GenAI-Sprachmodelle auch komplexe Sachverhalte verstehen, in den kundenspezifischen Kontext einbetten und personalisierte Antworten in natürlicher Sprache geben. Dies ermöglicht eine intuitivere und empathischere Kommunikation mit den Versicherten; mit GenAI-unterstützten Chatbots ist dies sogar in Echtzeit möglich. In Kombination mit Sprachdialogsystemen kann GenAI auch telefonische Anfragen automatisch beantworten. Fortgeschrittene Sprachmodelle ermöglichen eine präzisere Spracherkennung, ein besseres Verständnis komplexer Anliegen und verbessertes Routing, zugleich verläuft die Konversation natürlicher.

Die Automatisierung der Kundenkommunikation mittels GenAI erstreckt sich auf schriftliche Formen wie Briefe, E-Mails, Website und App sowie auf telefonische Kundenanfragen. Während

Darüber hinaus kann GenAI die Mitarbeitenden bei einer Vielzahl von Anwendungsfällen im Kundenservice unterstützen. Dabei kommen insbesondere zwei Funktionalitäten von GenAI zum Tragen: die Extraktion von Informationen aus unterschiedlichen Datenquellen und die Generierung kontextbezogener Antworten. So lässt sich z.B. ein „smartes Wissensmanagement“ auf Basis von GenAI-Modellen aufbauen, das den Mitarbeitenden eine intelligente Suchfunktion an die Hand gibt und dialogorientierte Antwortvorschläge oder Textbausteine bereitstellt. Auch Hinweise auf personalisierte Leistungsangebote sind möglich, z.B. das Angebot eines Schwangerschaftskurses, wenn Versicherte Mutterschaftsgeld beantragen. In der Telefonie können GenAI-Modelle zudem Anrufe transkribieren. Die so gewonnenen Informationen lassen sich für spätere Auswertungen ebenso nutzen wie für die Erstellung personalisierter Mitarbeitertrainings.

### **Erleichterungen in der Sachbearbeitung**

Die Anwendungsfälle von GenAI in der Sachbearbeitung erstrecken sich über Verträge, Genehmigungen, Rechnungsprüfung sowie die Kommunikation mit Versicherten und Leistungserbringern.

GenAI-geführte Vertragsanalysen ermöglichen es, große Mengen von Vertragsdokumenten zu analysieren und für die Sachbearbeitung relevante Informationen zu extrahieren. Darüber hinaus kann GenAI die Vorbereitung auf Verhandlungen unterstützen, indem sie z.B. Leitfäden generiert, die auf einer zuvor definierten Verhandlungsstrategie basieren.

In der Leistungsgenehmigung kann GenAI Begründungen für Entscheidungen sowie Antwortschreiben auf Anfragen, Beschwerden und Widersprüche vorformulieren. Zudem kann das Tool umfangreiche Gutachten und Berichte, etwa zu Pflegeleistungen oder Reha-Anträgen, zusammenfassen sowie benötigte Informationen aus den Dokumenten extrahieren und bei Rückfragen der Sachbearbeitung einzelne Aspekte näher erläutern.

In der Rechnungsprüfung besteht die Möglichkeit, dass GenAI bisherige KI-Modelle ergänzt sowie Fehlerberichte generiert und analysiert.

Ähnlich wie im Kundenservice kann GenAI die Sachbearbeitung auch in der Kommunikation mit Versicherten und Leistungserbringern unterstützen, z.B. durch smartes Wissensmanagement und Automatisierung der schriftlichen Kommunikation.

### **Konzeptionelle Unterstützung der Unternehmensstrategie**

GenAI-Modelle lassen sich auch für die Bearbeitung strategisch-konzeptioneller Themen nutzen. Sie können z.B. Trend- und Wettbewerbsanalysen erstellen sowie Kundenpräferenzen und -anfragen analysieren. Die interne Kommunikation kann GenAI z.B. unterstützen, indem sie automatisiert Zusammenfassungen, Geschäftspräsentationen und Protokolle anfertigt.

### **Innovation verwirklichen: Was braucht es zur Umsetzung von GenAI-Modellen in der GKV?**

Damit der Einsatz von GenAI-Modellen bei GKVen zur Realität wird, sind wichtige fachliche, technische und rechtliche Fragen zu klären.

Ein erster Schritt auf dem Weg zur erfolgreichen Implementierung von GenAI-Modellen kann die Umsetzung eines Proof of Concept (PoC) sein. Dabei lässt sich der Nutzen von GenAI für die eigene Organisation bemessen, indem Machbarkeit und Effektivität konkreter Anwendungsfälle in einem begrenzten Umfeld getestet werden. So werden bereits während des PoC wichtige Erkenntnisse gewonnen und Grundlagen für eine spätere Skalierung der Anwendungsfälle geschaffen. Bei der Auswahl und Implementierung von Anwendungsfällen sowie der Prüfung rechtlicher Rahmenbedingungen für den Einsatz von GenAI in der GKV sind einige zentrale Aspekte zu berücksichtigen, auf die wir im Folgenden eingehen.

#### **Auswahl eines geeigneten Anwendungsfalls**

Bei der Auswahl eines geeigneten Anwendungsfalls sind verschiedene Kriterien zu berücksichtigen. Hierzu zählen sowohl der potenzielle Nutzen des Anwendungsfalls, z.B. gesteigerte Effizienz und höhere Kundenzufriedenheit, als auch die Komplexität seiner Umsetzung, die Verfügbarkeit relevanter (Trainings-)Daten und eventuelle Umsetzungsrisiken.

Besonders geeignet für den ersten PoC sind Anwendungsfälle mit geringer Komplexität. Basiert ein Anwendungsfall etwa auf einem einfachen Wissensabruf, so ist er im PoC deutlich unkomplizierter umzusetzen als ein Anwendungsfall, der eine automatische Verarbeitung von Anfragen mit Integration in die Kernsysteme erfordert. Zudem erleichtert es die Umsetzung des PoC, wenn dafür öffentlich zugängliche, nicht personenbezogene Daten verwendet werden können. Im Bereich Hilfsmittel könnten z.B. Daten wie

Hilfsmittelverzeichnisse, Vertragsdatenbanken oder Abrechnungsrichtlinien für ein smartes Wissensmanagement genutzt werden.

#### **Sicherstellen der optimalen technischen Implementierung**

Bei der technischen Implementierung sind Fragen zu Modellauswahl, Einsatz und Datenbereitstellung zu klären. Dies stellt sicher, dass eine Lösung den spezifischen Anforderungen des Anwendungsfalls gerecht wird. Dabei ist es wichtig, nicht nur verschiedene Anbieter von LLMs zu bewerten, sondern auch die unterschiedlichen Einsatzmöglichkeiten und Kosten zu beleuchten.

Eine Möglichkeit besteht darin, kommerzielle „Off the shelf“-Lösungen zu lizenzieren, die der Modellanbieter über eine Schnittstelle (API) bereitstellt. Diese Lösungen bieten oft eine schnelle Umsetzungsmöglichkeit, können jedoch Datenschutzbedenken aufwerfen, da möglicherweise sensible Daten an den Anbieter übertragen werden müssen. Daher könnten Anwendungsfälle, die mit öffentlich zugänglichen oder anonymisierten Daten auskommen, bei der Nutzung solcher Lösungen von Interesse sein.

Eine alternative Herangehensweise besteht darin, vortrainierte Modelle in einer eigenen „On premise“-Infrastruktur zu implementieren. Dies ist zeitaufwendiger und erfordert umfassenderes technisches Wissen in der GKV, ermöglicht jedoch eine größere Kontrolle über die Daten, insbesondere für Anwendungsfälle mit hochsensiblen Sozialdaten.

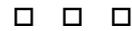
Die Entscheidung über Modell und Einsatz beeinflusst somit auch maßgeblich, welche Daten an das Modell übermittelt werden können und in welchem Umfang die Daten zu anonymisieren sind.

#### **Betrachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen**

Im Umgang mit sensiblen Gesundheitsdaten müssen die GKVen höchste Sicherheitsstandards und Datenschutzbestimmungen einhalten, wie sie z.B. die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vorgibt. Entsprechend müssen sie dafür sorgen, dass die Modelle die Anforderungen erfüllen können, und bereits beim PoC die eigenen Datenschutzbeauftragten von Anfang an einbinden. So können die GKVen datenschutzrechtliche Fragen frühzeitig klären, technisch-organisatorische Maßnahmen definieren (z.B. Datenübertragungskontrollen oder Gefährdungs- und Schadenanalysen) und damit frühzeitig eine mögliche Skalierung vorbereiten.

Kommt es zur Skalierung der GenAI-Technologie in der Organisation, ist ein umfangreiches Change Management unerlässlich. Dabei sind vor allem die Mitarbeitenden aktiv einzubeziehen und zu schulen, damit sie die Möglichkeiten und Grenzen von GenAI verstehen und die Lösungen effektiv

nutzen können. Die volle Entfaltung des GenAI-Potenzials hängt aber auch davon ab, dass die Technologie konsequent in die Geschäftsprozesse und Arbeitsabläufe integriert wird und Daten aus verschiedenen (Kern-)Systemen integrier- und austauschbar sind.



In Anbetracht der rasch zunehmenden Bedeutung und disruptiven Kraft von GenAI tun die GKVen gut daran, sich frühzeitig mit dieser neuen Technologie auseinanderzusetzen und erste Anwendungsfälle zu verproben. Indem sie aktiv Kompetenzen aufbauen und die Potenziale von GenAI früh erschließen, schaffen sie in vielen Geschäftsbereichen die Möglichkeit, effizienter und kundenfreundlicher zu werden. Hierfür sind nun die entsprechenden Weichen zu stellen.

## A2.c Daten und Analytik als Wegbereiter für eine zukunftsfähige Krankenhausversorgung

**Fachkräftemangel, steigende Kosten, Ambulantisierung und die Sicherung einer sektorenübergreifenden Versorgung: Deutschlands Krankenhäuser stehen vor großen Herausforderungen. Die Diskussion über Reformen muss faktenbasiert und transparent geführt werden, damit alle Akteure von Verbesserungen profitieren. Daten und Analytik können dabei eine entscheidende Rolle spielen: Sie ermöglichen den Akteuren, Transparenz über den Status quo zu gewinnen, Entwicklungen zu prognostizieren und Maßnahmen abzuleiten.**

Wer Deutschlands Krankenhauslandschaft zukunftsfest gestalten möchte, muss vor allem eine Herausforderung in Angriff nehmen: die heterogene Versorgungsstruktur. In Kombination mit dem Fachkräftemangel und steigenden Kosten wächst damit der Druck auf das deutsche Gesundheitssystem. Als Reaktion darauf gibt es bereits eine Reihe von Reformvorschlägen, die eine qualitätsorientierte und gleichzeitig kostenbewusste Krankenhausversorgung zum Ziel haben.



Interview mit Alexander Wildberger, ab Seite 34  
Leitung des Geschäftsbereichs Stationäre Versorgung der  
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland

Der Bestandsaufnahme durch die Kommission kann ich im Wesentlichen zustimmen. Im internationalen Vergleich haben wir einen bemerkenswerten Anteil stationärer Fälle bei gleichzeitig „doppelter Facharztschiene“ [...] im ambulanten Bereich.

#ProLeistungsbezogeneAnsätze

So wurde im Mai 2022 gemäß dem Koalitionsvertrag eine Kommission eingesetzt, die Reformen im Krankenhausbereich in die Wege leiten soll. Diese „Regierungskommission Krankenhaus“ legt Stellungnahmen vor und erarbeitet Leitlinien für eine Krankenhausplanung, die auf Leistungs-

gruppen und Versorgungsstufen basiert. Bei ihrer Arbeit berücksichtigt sie Kriterien wie Erreichbarkeit und demografische Entwicklung. Basierend auf ihren Stellungnahmen erarbeiten Bund, Länder und Fraktionen konkrete Vorschläge; seit Dezember 2022 werden regelmäßig Empfehlungen der Regierungskommission zu speziellen Themen veröffentlicht. Darüber hinaus publizieren Fachgesellschaften und Institute regelmäßig Stellungnahmen und Gutachten zu den Reformvorhaben.

Doch nicht überall stößt die geplante Krankenhausreform auf Zuspruch – erste Bedenken wurden kurz nach Bekanntgabe des Vorhabens geäußert. Die Bundesländer Schleswig-Holstein, Bayern und Nordrhein-Westfalen ließen die Reform bereits auf ihre Verfassungsmäßigkeit prüfen.

Zusätzlich zur Krankenhausreform wird der Leistungskatalog für ambulante Operationen und Prozeduren (AOP-Katalog) erweitert, was potenzielle Fallverschiebungen aus dem stationären in den ambulanten Krankenhausbereich zur Folge hat. Zudem dauern die Diskussionen um Finanzierung und Qualität der Krankenhäuser an.

## Mit innovativen Ansätzen die richtigen Entscheidungen treffen

Die Versorgungslandschaft in Deutschland ist so komplex, dass sich aus einzelnen Reformvorschlägen keine pauschalen Auswirkungen ableiten lassen. Um in diesem volatilen Kontext den Überblick über potenzielle Auswirkungen zu behalten, empfiehlt es sich, die Effekte mithilfe von Daten und Analytik zu objektivieren. So wird es möglich, zu jedem Zeitpunkt die Auswirkungen der Reformvorhaben für einzelne Regionen oder Akteure im System zu modellieren.



Interview mit Alexander Wildberger, ab Seite 34  
Leitung des Geschäftsbereichs Stationäre Versorgung der  
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland

Planungsentscheidungen, seien sie sektorensoliert oder gar übergreifend, werden in Zukunft nur auf Grundlage einer stärkeren Analytik und Simulation getroffen.

#AnalytikgestützteEntscheidungen

Dieser Ansatz ist zwar nicht vollkommen neu, innovativ sind jedoch die Kombination verschiedenster öffentlich verfügbarer Datenquellen zum stationären und ambulanten Bereich sowie die Modellierung und Visualisierung. Die Auswirkungen der geplanten Reformen (z.B. die Zuordnung zu einem bestimmten Versorgungslevel) auf die Krankenhauslandschaft lassen sich besser und umfassender verstehen, wenn bei der Modellierung diese Instrumente genutzt werden. Mit ihrer Hilfe können Krankenhausbetreiber und andere Akteure aus dem Gesundheitswesen dynamisch und gezielt auf die Reform und die Anpassung des AOP-Katalogs reagieren sowie künftig bessere Entscheidungen treffen.

## Tools nutzen für die Strategieentwicklung

Um den Wandel im deutschen Gesundheitssystem zu gestalten, sind diverse Fragen zu beantworten: Wie kann umfassende Transparenz hinsichtlich der Versorgungslandschaft geschaffen werden? Wie lässt sich die Versorgungssituation in einer Region besser verstehen? Wie wird sich diese in Zukunft entwickeln? Welche Perspektive sollten Leistungserbringer einnehmen?

Die von McKinsey entwickelten Instrumente helfen den Akteuren im Gesundheitswesen, Antworten auf diese Fragen zu finden. Es handelt sich dabei um einen ganzheitlichen Ansatz, der die Versorgungssituation in Deutschland abbildet und vielfältige Erkenntnisse liefert – von standortgenauen Informationen zum Angebotsspektrum eines Krankenhauses bis hin zu regionalen Krankheitsprofilen und Versorgungslandschaften. Erreicht wird diese ganzheitliche Sicht durch eine Granularität, die von der Bundes- über die Kreis- bis hin zur Postleitzahl- und sogar Klinikebene reicht. Zu den Analysemöglichkeiten zählen etwa:

- **Identifizierung** von Fokusregionen mit besonderem ambulanten Versorgungsbedarf
- **Analyse** der regionalen stationären Versorgungssituation im Hinblick auf Träger, Behandlungsschwerpunkte, Patientenzahl, Auslastung, Qualität der Versorgung etc.
- **Prognose** des zukünftigen Versorgungsbedarfs und Ableitung des erforderlichen Angebots je Krankheitsbild auf Basis der erwarteten demografischen Entwicklung sowie spezifischer medizinischer Parameter zur Behandlungssituation.

Die McKinsey-Instrumente basieren auf einem konsolidierten Gesundheitsdatensatz. Dieser verknüpft heterogene Datenmengen aus öffentlichen Quellen (z.B. Qualitätsberichte und DRG-Statistik) mit sonstigen Regionaldaten (z.B. Bevölkerungszahlen) und weiteren Datenquellen (z.B. zur ambulanten Versorgung).

Die folgenden Seiten enthalten Anwendungsbeispiele für die Instrumente im Kontext der Reformierung des deutschen Gesundheitssystems und geben einen kompakten Überblick über Funktionsweise, Anwendung und Nutzen daten- und analytikbasierter Ansätze.

## Beispiel 1: Implikationen der Reform für die Versorgung verstehen

Deutschland weist mit ca. 2.200 Standorten im internationalen Vergleich eine sehr hohe Krankenhausabdeckung auf.<sup>3</sup> Diese hohe Dichte an Krankenhäusern und ihre freie Leistungserbringung will die Regierung mit neuen Gesetzen bundesweit reformieren. Darauf müssen – und können – sich Krankenhäuser vorbereiten: Datenbasierte Strategien zeigen ihnen auf, welche Veränderungen potenziell auf sie zukommen und wie sie sich dafür wappnen können.

Das folgende Anwendungsbeispiel basiert auf dem initialen Vorschlag für die Krankenhausreform. Dieser umfasst drei Kernaspekte: Erstens sollen Leistungsgruppen festgelegt werden – und damit klare Regeln für das Leistungsangebot von Kliniken. Zweitens ist geplant, einheitliche Versorgungslevels zur Kategorisierung der Krankenhäuser einzuführen. Je nach Leistungsgruppenprofil, Dringlichkeits- und strukturellen Anforderungsstufen würde jedes Haus einem von drei Levels zugeordnet: wohnortnaher Grundversorger, Versorger mit

weiteren Angeboten bzw. Schwerpunktversorger oder Maximalversorger (z.B. Universitätsklinik). Drittens soll eine fallmengenunabhängige Vorhaltefinanzierung eine Verlagerung von wirtschaftlichen zu medizinischen Anreizen anstoßen.<sup>4</sup> Für Krankenhäuser resultiert daraus eine stärkere Zusammenarbeit untereinander sowie zwischen ambulantem und stationärem Sektor.

Mithilfe von Analytik wird es z.B. möglich, potenzielle Auswirkungen der Zuordnung zu Versorgungslevels auf die Krankenhauslandschaft zu antizipieren. Außerdem lassen sich die mit jeder Iteration veränderten Details der beschriebenen Kernaspekte berücksichtigen,<sup>5</sup> um stetig auf den aktuellen Annahmen aufzubauen. Eine beispielhafte Simulation auf Basis des initialen Vorschlags zeigt, dass sich die stationäre Versorgungslandschaft in Deutschland stark verändern könnte. Zwar wäre eine flächendeckende Grundversorgung gewährleistet und Einrichtungen der Levels

<sup>3</sup> Qualitätsberichte der Krankenhäuser gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V (2021)

<sup>4</sup> Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

<sup>5</sup> Beispielsweise Anpassungen durch das Eckpunktepapier Krankenhausreform (BMG, 19. Mai 2023)

Schaubild A2.2

## Die Versorgungssituation in Deutschland ist heterogen – Beispiel Herne und Faßberg

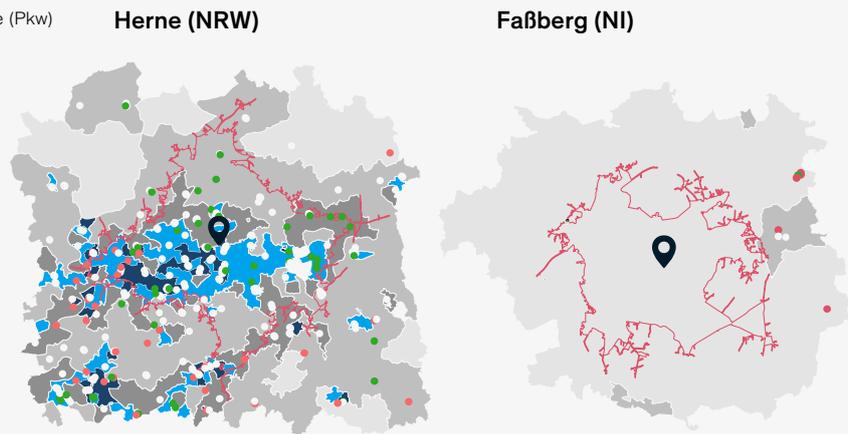
Kernkennzahlen der 30-Minuten-Fahrzeitzone, 2021

□ 30-Minuten-Fahrzeitzone (Pkw)  
 📍 Startpunkt

Bevölkerungsdichte  
 (Einwohner:innen/km<sup>2</sup>)

< 100  
 100 - 200  
 200 - 300  
 300 - 500  
 > 500 - 1.500

Krankenhäuser  
 ● Öffentlich  
 ○ Freigemeinnützig  
 ● Privat



	Herne (NRW)	Faßberg (NI)
Einwohner:innen (Anzahl)	3.268.635	76.956
Krankenhäuser (Anzahl)	102	2
Fallzahl	1.006.959	5.646
Durchschnittsalter (Jahre)	44,0	44,8
Krankenhaushfälle je Einwohner:in (Anzahl)	0,308	0,073

Quelle: HERE; MB-Research; OSM Contributors; Qualitätsberichte der Krankenhäuser gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V (2021); InEK-Standortverzeichnis; McKinsey Healthcare Analytics

II und III wären weiterhin innerhalb einer Stunde erreichbar. Für einzelne Häuser könnten jedoch deutliche Veränderungen eintreten: Für Level-I-Krankenhäuser sind Umstrukturierungen in lokale Gesundheitszentren möglich; für die Levels II (Notfallversorgung) bis III (Maximalversorgung) könnten sich Auslastung und Patientenzusammensetzung entsprechend verändern.

Um an die individuellen Umstände jedes Leistungserbringers und der weiteren Interessengruppen angepasste Auswirkungen zu modellieren, müssen die Akteure jedoch zunächst den für sich passenden Blickwinkel festlegen, zu beantwortende Fragen identifizieren und individuelle Annahmen definieren. So können z.B. Metropol- und ländliche Regionen unterschiedlich betroffen sein. In ländlichen Regionen mit bereits geringer Krankenhausedichte könnte es sein, dass der Zugang zu einem Krankenhaus durch die 30-Minuten-Regelung gewährleistet wird – unabhängig vom künftigen Versorgungslevel. Diese sollte greifen, wenn das nächstgelegene Krankenhaus zur Regel- und Schwerpunkt- bzw. Maximalversorgung weiter als 30 Minuten Pkw-Fahrzeit entfernt ist.<sup>6</sup>

Metropolregionen zeichnen sich hingegen durch eine dichte, fragmentierte Krankenhausstruktur aus, in der mehrere Häuser jeweils eine geringe Fallzahl erbringen. In solchen Regionen könnte das voraussichtliche Versorgungslevel ein Indikator dafür sein, welche Fallzahlen potenziell von einer Verlagerung an andere Standorte betroffen sind.

Die Regionen Herne und Faßberg sind Beispiele für solche strukturellen Unterschiede: Während sich in der Region Herne 102 Krankenhäuser in der 30-Minuten-Fahrzeitzone befinden, sind es im Raum Faßberg lediglich zwei Standorte (siehe Schaubild A2.2).

Doch bisher werden viele spezialisierte Leistungen von Häusern erbracht, die zukünftig nicht die erforderlichen Leistungsgruppen oder das notwendige Versorgungslevel erreichen. Die Krankenhäuser müssen sich deshalb darauf vorbereiten, dass mit der Reform wichtige Leistungsgruppen entfallen könnten und eine Neuplanung des Leistungsportfolios fällig wird. Zugleich entstehen Investitionsbedarfe, wenn Krankenhäuser ein verändertes Leistungsgruppenprofil übernehmen.

---

<sup>6</sup> Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

## Beispiel 2: medizinisches Profil einer Klinik schärfen

Aufgrund der reformbedingten Veränderungen müssen Klinikbetreiber überprüfen, ob das medizinische Profil ihres Hauses bzw. das Portfolio ihrer Klinikgruppe zur angedachten Spezialisierung und den neuen Anforderungen passt und welche Veränderungen vorzunehmen sind. Dabei hilft die Analyse von Fachabteilungen im regionalen Wettbewerbsumfeld. So können z.B. mithilfe von Analytik-Tools standortgenaue Spezialisierungs- und Behandlungsprofile je Fachabteilung im regionalen Versorgungsumfeld angefertigt werden. Über die konsolidierten Daten der zurückliegenden Jahre lassen sich das historische Fallzahlwachstum sowie die Spezialisierung im Vergleich zur umliegenden Marktentwicklung darstellen.

Darüber hinaus ermöglichen die Tools eine Fallzahlprognose bis 2040 – und somit einen ersten Blick in die Zukunft. Hierfür werden zum einen demografische Prognosen berücksichtigt und zum anderen nicht demografische Daten, z.B.

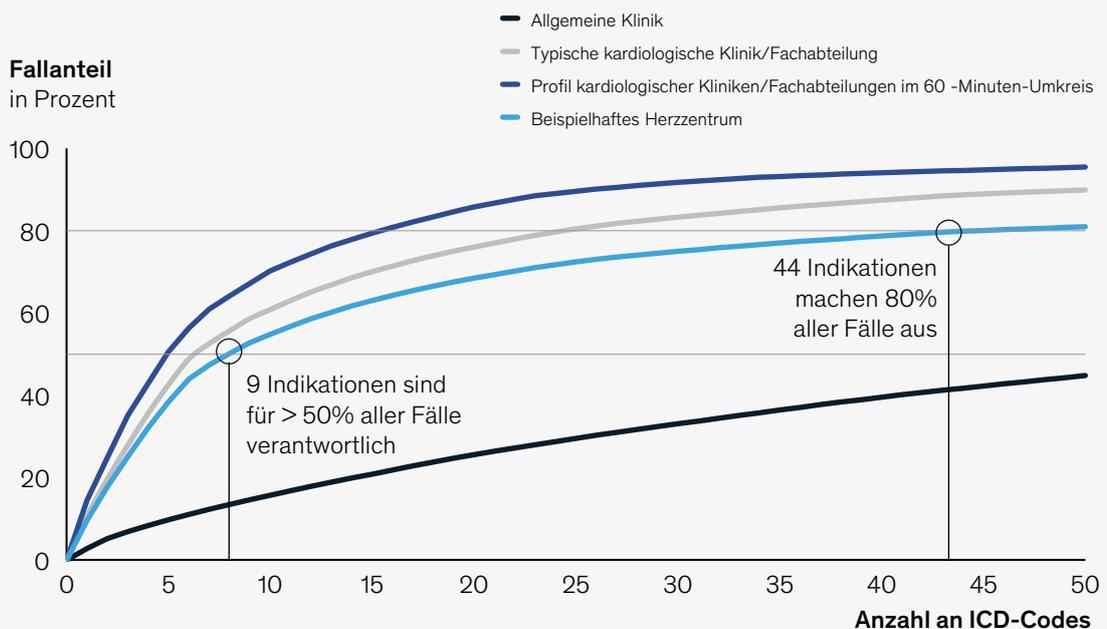
verbesserte Behandlungsmöglichkeiten. Die Auswirkungen dieser Annahmen können über Szenarien simuliert und spezifisch angepasst werden. Auch die Wettbewerbsfähigkeit lässt sich mithilfe der Tools im direkten Vergleich analysieren, z.B. anhand regionaler Marktanteilsprognosen. Zudem können fahrzeitstratifizierte Einzugsgebiete der weiteren Schärfung des Behandlungsprofils dienen.

Im Anwendungsbeispiel handelt es sich um eine auf Kardiologie spezialisierte Klinik (siehe Schaubild A2.3). Die Analyse des Indikationsprofils ergibt, dass der Spezialisierungsgrad unter dem bundesweiten Durchschnitt kardiologischer Kliniken und Fachabteilungen liegt. Vor allem die Fachabteilungen im Umkreis von 60 Minuten Fahrzeit scheinen hoch spezialisiert zu sein. Mithilfe solcher Erkenntnisse lässt sich das Profil der eigenen Klinik entsprechend anpassen.

Schaubild A2.3

### Beispiel – die Spezialisierung des Herzzentrums liegt regional und bundesweit unter dem Durchschnitt

Fallanteil nach Anzahl an ICD-Codes<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Dieses weltweit anerkannte System dient der Klassifizierung und Kodierung von Krankheiten, Verletzungen und anderen Gesundheitszuständen. Arztpraxen, Krankenhäuser, Versicherungen und andere Gesundheitseinrichtungen verwenden die ICD-Codes, um Diagnosen zu dokumentieren und für statistische Zwecke zu nutzen

Quelle: DRG-Statistik 2021; Qualitätsberichte der Krankenhäuser gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V (2021); McKinsey Healthcare Analytics

### Beispiel 3: Ambulantisierung der stationären Versorgung planen

Der dritte Anwendungsfall ergibt sich aus einer weiteren geplanten Reform: der Ambulantisierung der stationären Versorgung. Auch auf diesem Gebiet lassen sich mithilfe von Analytik und Modellierungen die Möglichkeiten leichter ausloten.

Ein bundesweit agierender Leistungserbringer möchte sein bisher ausschließlich stationäres Kliniknetz um ambulante Zentren im Umkreis seiner Kliniken erweitern. Zunächst wird dafür ein Überblick erstellt über die stationären und ambulanten Einrichtungen in der Region, inklusive geografischer Koordinaten (siehe Schaubild A2.4). So lassen sich alle ambulanten Einrichtungen in einem beliebigen Umkreis finden – von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) bis hin zu Einzel- und Gemeinschaftspraxen der entsprechenden Fachrichtung. Eine solche Analyse ist mit weiteren Untersuchungen kombinierbar: Marktgrößenabschätzung und Wachstumsprognosen je Indikation, lokale, regionale und überregionale Marktanteile oder auch Optimierung von Zuweisungen nach Marktpotenzial.

Grundsätzlich birgt die Ambulantisierung ein großes Potenzial. Das zeigt eine Analyse bevorzugt stationär durchgeführter Eingriffe, die aber ambulant möglich sind und in anderen Ländern deutlich häufiger ambulant durchgeführt werden.

Schätzungen zufolge hätten im Jahr 2019 ca. 5 Millionen stationär aufgenommene Patient:innen mit demselben Standard auch ambulant behandelt werden können<sup>7</sup> – dies entspricht der konsolidierten Fallzahl von ca. 500 mittelgroßen Krankenhäusern. Diese Überkapazität wird insbesondere durch Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Vergütungsstrukturen für dieselbe Prozedur gefördert.

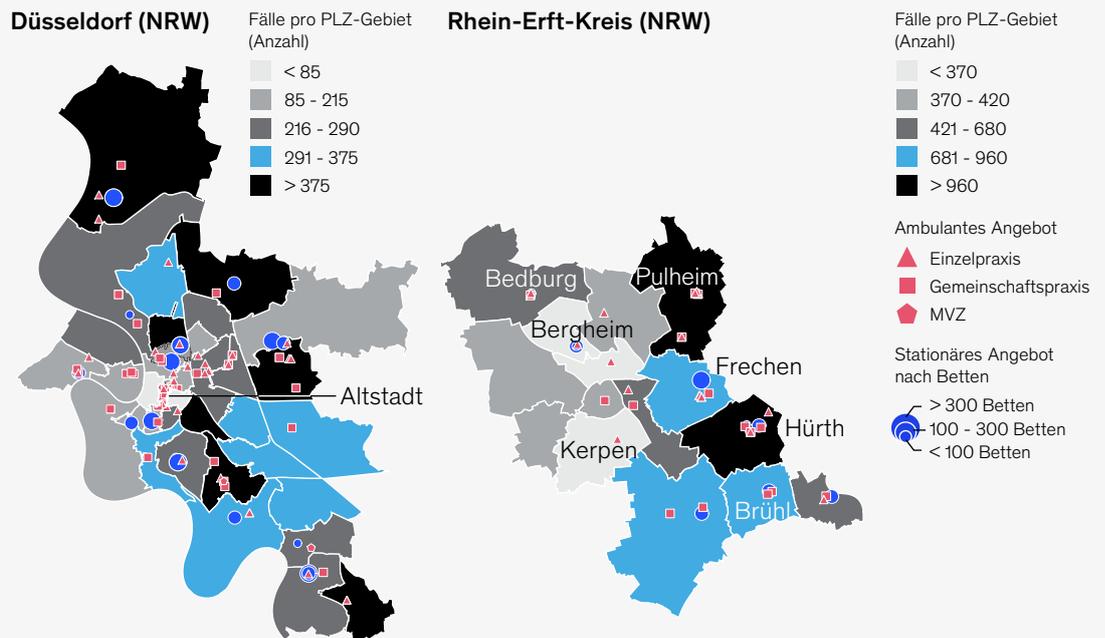
Jüngste Pläne sehen eine vermehrte ambulante Versorgung vor; dazu wird der AOP-Katalog um 208 Prozeduren erweitert. Darüber hinaus soll eine Begründungspflicht für Krankenhäuser eingeführt werden: Wenn ein Haus Leistungen des AOP-Katalogs stationär erbringt, obwohl der Eingriff ambulant möglich wäre, ist dies zu

<sup>7</sup> [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV\\_SG\\_Krankenhaus-Landschaft\\_final.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SG_Krankenhaus-Landschaft_final.pdf)

Schaubild A2.4

### Eine regionale Analyse schafft Transparenz über die lokale Versorgungssituation

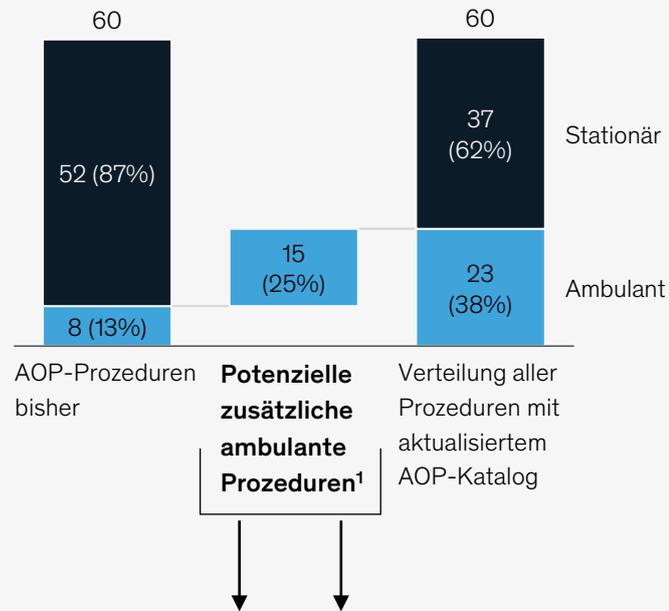
Orthopädie- und Unfallchirurgie-Fälle (Gesamtfälle innerhalb des PLZ-Gebiets) sowie Versorgungsanbieter



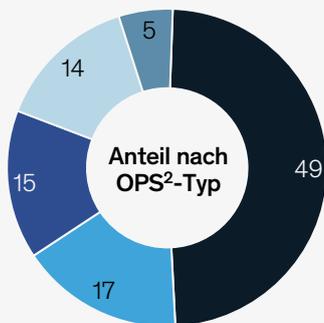
Quelle: BKG 2021; HERE; MB Research 2021; McKinsey Healthcare Analytics

## Es werden bis zu 15 Millionen zusätzliche ambulante Prozeduren erwartet – überwiegend aus der Diagnostik bzw. Kardiologie und Gastroenterologie

**Verteilung aller AOP-Prozeduren**  
in Millionen



**Verteilung zusätzlicher ambulanter Prozeduren**  
in Prozent



- Diagnostische Maßnahmen
- Konservative therapeutische Maßnahmen
- Operationen
- Bildgebende Diagnostik
- Komplementäre Maßnahmen



- Herz- und Thoraxchirurgie, Kardiologie, Pneumologie
- Gastroenterologie
- Radiologie
- Neurologie und Neurochirurgie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Onkologie und Nuklearmedizin
- Allgemeine Chirurgie
- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Urologie
- Unfallchirurgie und Orthopädie
- Sonstige

1 Nach Gutachterempfehlung

2 Operationen- und Prozedurenschlüssel

3 Auf Basis manueller Zuordnung der Fachrichtung, je nach Klassifikation und Abgrenzung der Fachrichtung Abweichungen möglich

Quelle: IGES-Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V; DRG-Report 2019; AOP-Katalog; McKinsey Healthcare Analytics

begründen. Die vollständige Umsetzung dieses Vorschlags würde bewirken, dass Deutschlands Krankenhäuser bis zu 15 Millionen stationäre Prozeduren weniger durchführen – sofern keine zusätzlichen Prozeduren oder Diagnosen vorliegen, die eine stationäre Behandlung der betreffenden Person begründen (siehe Schaubild A2.5).

Prädiktive Analysetools helfen, die Auswirkungen einer Katalogerweiterung vorab zu simulieren und frühzeitig Handlungsoptionen abzuleiten. Basis der Analyse waren neben dem Gutachtenergebnis die Daten der DRG-Statistik sowie Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Das Ergebnis: Knapp die Hälfte der zusätzlichen Prozeduren entfiel auf diagnostische Maßnahmen und die meisten würden aus der Kardiologie stammen.

Auf Basis der Qualitätsberichte lassen sich erste Erkenntnisse über die Charakteristika betroffener Kliniken herleiten.<sup>8</sup> Grundsätzlich gilt: In Summe wäre mit rund 1.700 Kliniken der Großteil aller deutschen stationären Gesundheitsanbieter betroffen. Bei einem Viertel von ihnen (432 Kliniken) machen die potenziell ambulanten Prozeduren nur einen geringen Anteil aus (unter 20%). Es handelt sich überwiegend um Kliniken mit weniger als 300 Betten und hohem Spezialisierungsgrad. Beim Großteil der Kliniken (1.109) wären 20 bis 40% aller Prozeduren potenziell ambulant durchführbar. Die meisten dieser Einrichtungen sind freigemeinnützige und öffentliche Grundversorger mit mehr als 100 Betten. Die übrigen Kliniken wären stark (113) oder sehr stark (60) von den Aktualisierungen betroffen. Hierunter würden insbesondere Spezialkliniken mit weniger als 300 Betten fallen. Die meisten Kliniken in dieser Kategorie sind in freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft.

Selbst unter der Annahme gewisser Abschläge wegen teils weiterhin stationärer Behandlungen

würde in vielen Kliniken ein bedeutender Teil an Prozeduren nicht länger stationär, sondern ambulant durchgeführt. Häuser mit einer geringen Bettenzahl oder hohem Spezialisierungsgrad wären davon stark betroffen. In der Folge müssten nicht nur einzelne Kliniken ihre Strategie überdenken; auch die Versorgungslandschaft in der jeweiligen Region wäre zu überprüfen und ggf. neu auszurichten.

Erkenntnisse auf der Ebene einzelner Krankenhäuser können helfen, die Auswirkungen einer vermehrten Ambulantisierung zu verstehen und unmittelbare Konsequenzen abzuleiten. In einem Krankenhaus mit 150 Betten könnte beispielsweise im Maximalfall die Hälfte aller Prozeduren von einem neuen AOP-Katalog betroffen sein.

Eine tiefer gehende Analyse ergibt, dass realistisch nicht 50%, sondern 35% der Prozeduren betroffen sind, da manche z.B. bei besonders morbidem Patient:innen weiterhin stationär erfolgen. Wie hoch das Ambulantisierungspotenzial dieser 35% ist, wird im nächsten Schritt in einer Umkreisanalyse (45 Minuten Fahrzeit rund um die Klinik) ermittelt.

Die Ergebnisse einer solchen Umkreisanalyse sind in mehrfacher Hinsicht hilfreich: Ambulante Strukturen lassen sich ableiten und gestalten, um die Versorgung der zukünftig ambulanten Fälle zu sichern. Die Profile anderer ambulanter Einrichtungen sind in die Überlegungen einzubeziehen und das eigene ambulante Profil ist sorgfältig und detailliert abzustimmen. Darüber hinaus hilft die Analyse, die Medizinstrategie für den stationären Bereich zu schärfen. Hier gilt es, die eigenen Schwerpunkte zu prüfen und ggf. konsequent auf andere Fachgebiete umzustellen.



Die Akteure im deutschen Gesundheitswesen stehen vor großen Herausforderungen. Diese werden sie nur bewältigen, wenn sie Daten und Analytik in ihre Lösungsfindung einbeziehen. Mit speziellen Analysetools können sie die Auswirkungen von Reformen modellieren, die gesundheitliche Versorgung in Deutschland besser verstehen und damit die deutsche Krankenhauslandschaft zukunftsfähig machen.

<sup>8</sup> Die im Folgenden skizzierten Erkenntnisse sind im Herbst 2022 im Artikel A2 der Publikation „Der GKV-Check-up“ erschienen.

# Eine sektorenübergreifende Versorgung braucht entsprechende Ressourcen



Alexander Wildberger

Leitung des Geschäftsbereichs Stationäre Versorgung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland

---

Alexander Wildberger verantwortet den Geschäftsbereich Stationäre Versorgung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland sowie zuletzt Pflege, ambulante Gesundheitsdienste und Hilfsmittel. Er ist Volljurist und war vor seiner Tätigkeit bei der AOK bei einer großen, international tätigen deutschen Wirtschaftskanzlei im Bereich Healthcare tätig.

---

**Fachkräftemangel, steigende Kosten, Ambulantisierung und die Sicherung einer sektorenübergreifenden Versorgung: Deutschlands Krankenhäuser stehen vor großen Herausforderungen. Wie schätzen Sie diese Herausforderungen aus Sicht einer GKV ein?**

Wir haben ein sehr gutes, hochwertiges Gesundheitssystem, das allen Patientinnen und Patienten solidarisch zur Verfügung steht. Die Beitragszahlenden bringen hierfür allerdings auch immense Beträge auf, und Deutschland hat laut Statistischem Bundesamt im EU-Vergleich überdurchschnittliche Ausgaben – im Jahr 2020 rund 12,8% des Bruttoinlandsprodukts; der EU-Durchschnitt beträgt lediglich 10,9%.<sup>9</sup> Und: Der Handlungsbedarf

ist seit Jahren offensichtlich. Angesichts ihrer Beitragszahlungen erheben die Versicherten völlig zu Recht einen Anspruch auf Veränderungen im Gesundheitswesen im Sinne einer wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen Versorgung. Wir müssen uns schlichtweg der Realität stellen, dass Ressourcen endlich sind – und verantwortungsvoll mit ihnen umgehen.

Apropos Verantwortung: Bei der Finanzierung des stationären Bereichs ist das größte Defizit der vergangenen Jahre etwas ins Hintertreffen geraten: Den Häusern fehlt eine hinreichende Finanzierung der Investitionskosten. Ich hätte mir von den Ländern gewünscht, dass sie hier ebenso auf ihre Verantwortung pochen wie bei Fragen der Pla-

---

<sup>9</sup> Gesundheitsausgaben im EU-Vergleich 2020 – Statistisches Bundesamt

nungshoheit. Zudem wären justiziable Ansprüche gegen die verantwortlichen Länder analog zur Betriebskostenfinanzierung, die die Beitragszahlenden seit Jahren verbindlich leisten, zu begrüßen. Auch dies hemmt notwendige Innovationen zumindest mittelbar.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist der Fachkräftemangel. Er betrifft zahlreiche Branchen in Deutschland, und das Gesundheitswesen macht da keine Ausnahme. Ein prägnantes Beispiel ist das Pflegepersonal, insbesondere angesichts der Altersentwicklung der Bevölkerung. Der Mangel belastet nicht nur Krankenhäuser, sondern beispielsweise auch die Altenpflege.

#### **Welche Möglichkeiten sehen Sie, um hier gegenzusteuern?**

Um gegenzusteuern, sind zum einen berufsständische Fragen zur Ausbildung sowie zur Anerkennung von ausländischen Pflegekräften und zum damit verbundenen Aufwand für die Träger zu klären. Zum anderen sollten weitere berufsständische Aspekte auf den Prüfstand, etwa die hohen Restriktionen bei der nationalen Zulassung zur Arztausbildung (etwa nationaler Numerus clausus) sowie die fehlende Durchlässigkeit bei anderen medizinischen Berufen, bei denen die Ausbildung hierzulande sehr stark ausdifferenziert ist.

Das größte Potenzial birgt aber vermutlich die Optimierung des Zusammenspiels der Sektoren und eine dementsprechend angepasste, sektorale Ressourcenallokation. Echte sektorenübergreifende Versorgung gibt es bislang kaum. Stattdessen hemmen sich viele strikt voneinander getrennte Bereiche mit ganz unterschiedlichen Regelungen, Verantwortlichkeiten und Interessen gegenseitig. Schlimmstenfalls blockieren sie einander sogar, um ihre jeweiligen Interessen zu wahren.

**Seit Dezember 2022 bewegt sich die „Regierungskommission Krankenhaus“ Stück für Stück auf Reformen im Krankenhausbereich zu. Diese sollen unter anderem Leitlinien für eine Krankenhausplanung festlegen, die auf Leistungsgruppen basiert. Was halten Sie von den aktuellen Reformvorhaben?**

Der Bestandsaufnahme durch die Kommission kann ich im Wesentlichen zustimmen. Im internationalen Vergleich haben wir einen bemerkenswert hohen Anteil stationärer Fälle bei gleichzeitig

„doppelter Facharztschiene“, das heißt Vorhaltung von Fachärztinnen und Fachärzten sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Hier besteht ein hohes ungenutztes Spezialisierungspotenzial, das es zu heben gilt. Dabei hilft die überfällige Abkehr von einer unspezifischen, bettenbezogenen Krankenhausplanung zugunsten von leistungsgruppenbezogenen Ansätzen.

#### **Was ist Ihrer Meinung nach der Schlüssel zu einer besseren Versorgung?**

Eine Qualitätssteigerung kann durch Konzentration von Behandlungszahlen (etwa Mindestmengen) und Strukturvorgaben (Personal, Ausstattung) erreicht werden. Eine auf diese Weise erhöhte Versorgungsqualität führt zwangsläufig in vielen Bereichen zu besseren Behandlungsergebnissen als zum Beispiel eingestreute Behandlungen in unspezialisierten Settings. Dies muss endlich in der Krankenhausplanung konsequent umgesetzt werden, allein schon zum Schutz und Wohle der Behandelten. Als prominentes Beispiel ist hier das Wizen-Projekt zur Untersuchung der Wirksamkeit von Versorgung in onkologischen Zentren zu nennen. Basis war die erstmalige Verknüpfung von Daten des Krebsregisters mit Daten der AOK. Es zeigte sich, dass die Behandlung in zertifizierten onkologischen Zentren die Überlebenschance von Patientinnen und Patienten um bis zu 26% erhöht.

Patientinnen und Patienten mit Wahlmöglichkeit zeigen auch durchaus ein entsprechendes Nachfrageverhalten: Bei gegebener Mobilität suchen sie tendenziell größere, spezialisierte Einrichtungen auf. Dies bringt allerdings auch viele kleine Krankenhausstandorte in ein Dilemma: Die Bürgerinnen und Bürger nehmen sie oft gar nicht mehr so in Anspruch, insbesondere für planbare oder für sie wichtige Eingriffe. Dadurch sinken die Fallzahlen dieser Häuser. Gleichzeitig fehlen ihnen wirksame Möglichkeiten, bestehende Lücken im ambulanten Bereich eines ländlichen Raums mit niedrigschwelligen Möglichkeiten zu schließen.

#### **Was könnte hier Abhilfe schaffen und wie passt dies zu den bereits geplanten Eckpfeilern der Reform?**

Die Lage muss differenziert je Einrichtung betrachtet werden. Es ist durchaus vorstellbar, dass ein rein ambulant sensitives Spektrum – insbesondere ohne echte Notfallversorgung mit einem gewissen Schweregrad und ohne Teilnahme an der Notarztversorgung – verbleibt. Auch gibt es Häuser, die bestimmte Stationen aufgrund von Personalman-

gel nicht betreiben können. Mancherorts werden auch auf engem Raum ähnliche Leistungsangebote unterbreitet. Das reicht von spezifischen Angeboten in Ballungsgebieten bis hin zu unspezialisierten Grundversorgern mit zum Beispiel Innerer Medizin und Chirurgie in sich überlappenden Einzugsgebieten. In all diesen Konstellationen werden gute, zukunftsweisende Lösungen benötigt, zumal der Status quo wichtige Ressourcen bindet, vor allem Personal.

Je nach konkreter Ausgestaltung kann das neue Level *li*, das für eine sektorenübergreifende Versorgung vorgesehen ist, eine Lösung darstellen, insbesondere für kleinere Gesundheitsstandorte. Bei anspruchsvollen Settings wie etwa Transformationen zeigt sich das Problem, dass das Gesetz im Kern nur die Reform eines einzelnen Sektors beinhaltet – nämlich den des Krankenhausbereichs. Eine gesamtheitliche Betrachtung hätte Chancen für die Problemlösung kleinerer Häuser und Regionen im ländlichen Raum eröffnen können. Dies gilt insbesondere an den Schnittstellen zur niedergelassenen Ärzteschaft, aber auch zu anderen wichtigen Akteuren, zum Beispiel im geriatrischen Bereich oder der Rehabilitation.

Es bleibt abzuwarten, inwieweit Gespräche jenseits oder neben der Variante *li* im Interessen- und Verantwortungsgeflecht mit unterschiedlichen Sicherstellungsaufträgen, Hoheiten und Finanzierungsansprüchen verebben. Im ungünstigsten Fall werden die sich bietenden Chancen vertan, etwa durch Aufweichen qualitätsrelevanter Themen und Unterlassen zukunftsträchtiger Entscheidungen für die Investitionssicherheit sowie Personalkapazität. Dadurch entstünde die Gefahr, dass ein trügerischer Systemerhalt mit anderer Finanzierung bei annähernd gleichbleibender Versorgung obsiegt.

Gerade gegen Ende der Debatte war zu beobachten, dass der Fokus weg von der Patientenqualität in Richtung ökonomischer Absicherung gerückt ist. Dies ist auch ein berechtigter Aspekt; allerdings erfordert die Finanzierung des Gesundheitswesens bereits jetzt vergleichsweise hohe Summen, ich hatte das bereits erwähnt.

**Müsste es im Gegenzug eine besondere Förderung für versorgungskritische Einrichtungen mit geringerer Fallzahl geben?**

Eine gezielte Vorhaltefinanzierung für Häuser, die die Versorgung bestimmter Bereiche oder Leistungsgruppen sicherstellen, ist bei Einhaltung von

Qualitätsvorgaben ausdrücklich zu begrüßen. Ich halte es jedoch nicht für sinnvoll, eine liquiditätssichernde Vorhaltefinanzierung – die ja gerade unabhängig von Fallzahl und Auslastung monetäre Mittel zur Verfügung stellen soll – erneut an Fälle zu koppeln. Deren Volatilität oder besser gesagt deren Ausbleiben war in den vergangenen Jahren gerade die Ursache für die Notwendigkeit der jetzigen Einführung. Hier wären andere Alternativen hilfreicher, beispielsweise Fonds oder Budgets in der Allokation auf Landesebene (analog zu den Rettungsschirmen) oder bevölkerungsbezogene Zuschläge. Zur Entbürokratisierung vor Ort wird dieses zusätzliche Thema nicht beitragen, zumal zeitgleich neue Zuschläge eingeführt werden und andere Themen wie zum Beispiel das Pflegebudget erhalten bleiben.

Sinnvoll wäre auch eine Kopplung der Vorhaltefinanzierung an eine prozessual optimierte Versorgung. Diese lässt sich an Kriterien wie etwa dem Digitalisierungsgrad festmachen. Die dadurch entstehenden Anreize zur Optimierung dürfen allerdings nicht zulasten des Personals gehen. Die Gesteuerungskostenfinanzierung kann dazu führen, den refinanzierten Teil bei Optimierungen auszublenden oder zu depriorisieren. Das kann trügerisch sein, wie es zum Teil bereits durch Wirkungen des Pflegebudgets zu beobachten war: Zusätzliches Personal am Bett wurde eins zu eins refinanziert, während bei Digitalisierungsmaßnahmen ein Selbstbehalt blieb – ein klarer Fehlanreiz.

**Neben regulatorischen Änderungen könnte eine weitere Neuerung die verstärkte Nutzung von Daten und geschickt eingesetzter Analytik sein, um die Versorgung zu verbessern. Haben Sie bereits entsprechende Erfahrungen gesammelt?**

Planungsentscheidungen, seien sie sektorenisoliert oder gar übergreifend, werden in Zukunft nur auf Grundlage einer stärkeren Analytik und Simulation getroffen. Bereits die Versorgungsaufträge lassen sich ohne entsprechende Analyse der den Leistungsgruppen zugeordneten Leistungen, Ressourcen und Patientenströme nicht sachgerecht vornehmen. Hierfür sind fundierte Modelle unerlässlich, die auch Wechselwirkungen, Folgen und Chancen aufzeigen. Wenn wir Sektoren zunehmend miteinander verknüpfen, nimmt die Komplexität zu. Werden dadurch, wenn auch nur im Einzelfall, qualitätsverbessernde Allokationen möglich, ist dies ein großer Erfolg. Auch wir begleiten Standortveränderungen und Reformvorhaben eng mit objektivierenden Analysen und

simulieren die Auswirkungen auf Basis interner und öffentlicher statistischer Daten.

**Welches Potenzial sehen Sie in prädiktiven analytischen Ansätzen, z.B. Vorhersagen von Inzidenzen und Prävalenzen von Krankheiten oder Hospitalisierungsrisiken von Patientengruppen? Können Sie ein prägnantes Beispiel mit uns teilen?**

In der Gesundheitsversorgung der Zukunft sollte datengetriebene Prädiktion unbedingt ein stärkeres Gewicht erhalten. Ein Mehrwert könnte vor allem bei der Einbindung in den therapeutischen oder präventiven Behandlungsverlauf entstehen, zum Beispiel durch Unterstützung von Therapeutinnen und Therapeuten sowie Verordnerinnen und Verordnern, in Kombination mit besonderen Versorgungs- und Präventionsprogrammen. Bereits durch die Transparenz über mögliche „Krankheitskarrieren“ und individuelle (Folge-)Risiken können betroffene Patientinnen und Patienten frühzeitiger und selbstbestimmter eine gesundheitserhaltende Aufklärung, Sensibilisierung, Beratung und gegebenenfalls Behandlung erhalten.

Die Erkenntnisse aus der prädiktiven Analytik können Behandelnde sowie Patientinnen und Patienten nutzen, um sich – freiwillig – an besonderen Versorgungsprogrammen zu beteiligen beziehungsweise zur Teilnahme zu motivieren. Zugleich würden sie einen wichtigen Beitrag zu Qualitätsstandards und Patientensicherheit leisten. Auch wir haben bereits auf dieser Basis unseren Versicherten gezielt zusätzliche Versorgungsangebote unterbreiten können – etwa im Bereich der Herzinsuffizienz das Gesundheitsprogramm „Herz im Blick“, der geriatrischen Versorgung das Betreuungsprogramm „proGero“ oder der Adipositasversorgung.

**Wo liegen Ihrer Meinung nach Grenzen bei der Nutzung analytischer und datengetriebener Ansätze im Gesundheitswesen bzw. in der GKV?**

Ein großer Hemmschuh sind die Datenverfügbarkeit, Datenverknüpfung und Interoperabilität. Hier scheitert es oft schon an den Basics – nicht erst an der Komplexität der Algorithmen. Wünschenswert wären daher stärkere verbindliche Standards, auch zu (sektorenübergreifenden) Schnittstellen. Dies gilt insbesondere in Anbetracht der ohnehin schon starken Regulierung des Datenschutzes im Gesundheitswesen.

Grundsätzlich befindet sich diese Thematik gerade erst im Hochlauf, insbesondere die Nutzung im

therapeutischen Kontext. Dreh- und Angelpunkt ist hier die Bereitschaft, Akzeptanz und Offenheit aller Beteiligten, die Technologien zum Wohle der Patientinnen und Patienten zu nutzen. Dies gilt nicht zuletzt auch für die Digitalisierung insgesamt, deren Umsetzung von der Datenverfügbarkeit abhängt – angefangen bei technisch einfachen Themen wie Dokumentation und Information der Beteiligten. Weitere system- und ressourcenlastende Effekte ergeben sich, wenn man die Möglichkeiten von künstlicher Intelligenz einbezieht, beispielsweise in Kombination mit Diagnostik in der Regelversorgung.

**Was wäre Ihre Vision für ein modernes Versorgungsmanagement? Was ist hierfür Stand heute erforderlich?**

Wir brauchen straffere Entscheidungs- und Planungsallokationen. Diese sind je nach Sektor vollkommen unterschiedlich und zersplittert, obwohl die Themen aus Versorgungsperspektive zusammenhängen. Darüber hinaus sind die Governance-Strukturen nicht hinreichend aufgestellt, um sektorenübergreifende Interessen tatsächlich auflösen zu können – sowohl systemisch als auch vorhabenbezogen.

Nehmen wir als fiktives Beispiel die Restrukturierung der Notfallversorgung in einer Region mit einem kleinen Krankenhaus im ländlichen Raum, in der es noch eine Rettungswache, ein Pflegeheim sowie niedergelassene ärztliche Angebote gibt. Je nach Bundesland variiert hier der Komplexitätsgrad, das heißt, die Anzahl der Verantwortlichen: Die verbindlichen Entscheidungen über Krankenhausleistungen (bisher zum Beispiel Betten) treffen meist die Gesundheitsministerien. Für Implikationen im Pflegebereich sind oft die Sozialministerien zuständig. Für alle Belange des Rettungsdienstes zeichnen die Innenministerien beziehungsweise Rettungsdienstbehörden (Landkreise, Regierungsbezirke und so weiter) verantwortlich. Und schließlich reden die Vertretung der Beitragszahlenden sowie die Kassenärztliche Vereinigung mit.

Diese Aufzählung ließe sich problemlos ergänzen. Für jeden Teilbereich existieren gegebenenfalls unterschiedliche und nicht notwendigerweise kompatible rechtliche Regelungen (Sozialgesetzbuch, Rettungsdienstgesetz, Selbstverwaltungsvorgaben) und Trägerschaften. Je nachdem, welches Element verändert werden muss (zum Beispiel Behandlung niedrighschwelliger Notfälle, Ambulantisierungsvorhaben des Krankenhausträgers, Transformation von Gesundheitsstandorten), kann die

Bereitschaft fehlen, Versorgungsaufträge abzugeben – erst recht, wenn damit auch die Vergütung abwandert. Es gibt jedoch keine wirksamen sektorenübergreifenden Gremien, in denen auch die Beitragszahlenden ein hinreichendes Gewicht haben. Sie sind es schließlich, die die Entscheidungen finanzieren und die Behandlung in der geleisteten Qualität in Anspruch nehmen.

**Wenn Sie sich etwas für das deutsche Gesundheitswesen wünschen dürften, was wäre das?**

Ich wünsche mir eine echte Versorgungsreform, die nicht Ansprüche und Vergütungen regelt, sondern perspektivisch das System qualitativ neu ordnet und die Sektoren aufhebt.







**„Mehr Gesundheit für alle“ – wie die  
GKVen ihre Präventionsprogramme  
weiterentwickeln können**

**A3**

**Die GKV hat in den vergangenen Jahren diverse Präventionsprogramme entwickelt und so entscheidend dazu beigetragen, die Transformation der Kranken- zur Gesundheitsversorgung in Deutschland mitzugestalten und zu realisieren. Die Bedeutung der Gesundheitsversorgung wird weiter zunehmen – u.a. angesichts steigender Lebenserwartung, fortschreitender Alterung der Gesellschaft und stetig wachsender Gesundheitskosten. Deshalb bietet es sich an, Erfolg und Effektivität der bestehenden Präventionsprogramme zu erheben und systematisch auf Optimierungspotenziale hin zu überprüfen: Stehen die richtigen Präventionsmaßnahmen im Fokus? Sprechen die Kassen die richtigen Personen an und motivieren sie genügend von ihnen zur Teilnahme? Messen sie den Erfolg der Programme an den richtigen Stellen, um sie fokussieren und optimieren zu können?**

Weltweit werden die Menschen immer älter – nicht nur, aber auch dank moderner Gesundheitsversorgung. Seit Ende des 19. Jahrhunderts hat sich die durchschnittliche Lebenserwartung Neugeborener in Europa laut statistischem Bundesamt mehr als verdoppelt. Heute werden Frauen in Deutschland durchschnittlich 83,4 Jahre alt und Männer 78,5 Jahre.<sup>10</sup> Hauptverantwortlich für diese positive Entwicklung ist zum einen die moderne medizinische Versorgung, die sowohl Medikamente als auch technische Innovationen umfasst. Zum anderen gibt es mehr Vorsorgemöglichkeiten und ein erhöhtes Bewusstsein für einen gesünderen Lebensstil.

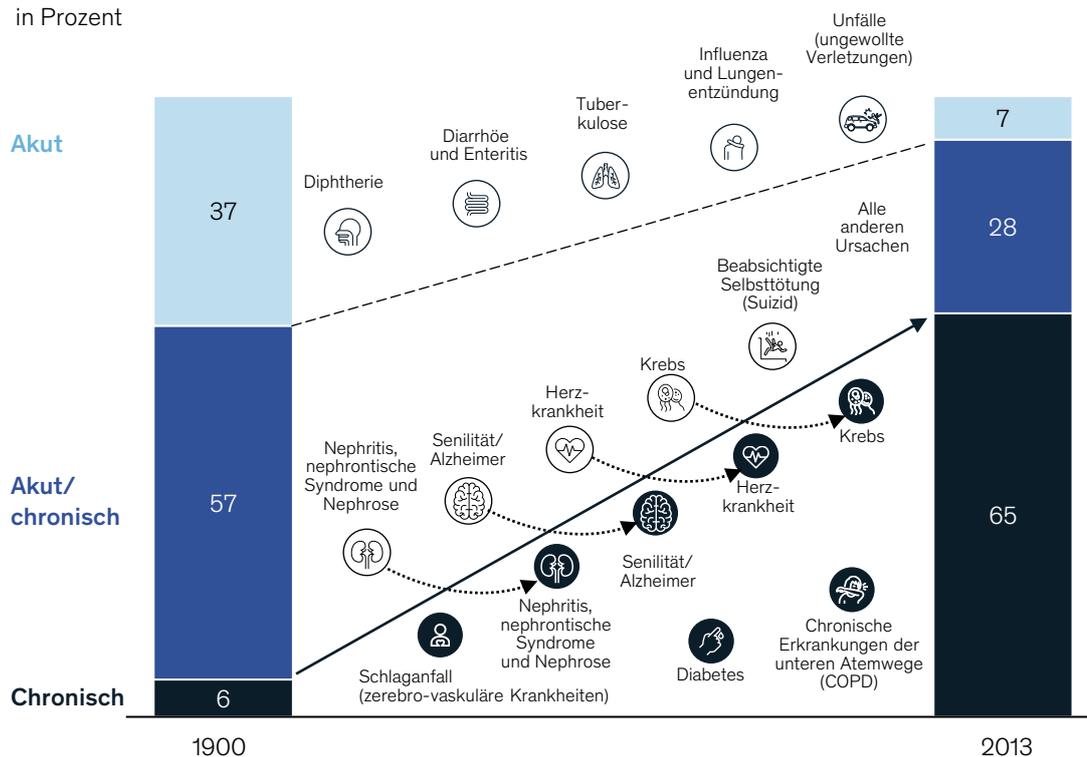
Doch während die Lebensdauer immer weiter steigt, stagniert die Gesundheitsspanne – d.h. die Lebenszeit, die Menschen gesund und frei von Krankheiten leben. Mit anderen Worten: Die Menschen werden immer älter und sind gleichzeitig länger krank. In erster Linie ist dies auf die weltweite Prävalenz chronischer Krankheiten zurückzuführen. Diese ist parallel zur gestiegenen Lebenserwartung und dem veränderten Lebensstil von 6% um die Jahrhundertwende auf heute 65% gestiegen (siehe Schaubild A3.1). Chronische Krankheiten dauern lange an, können nicht vollständig geheilt werden und erfordern daher in der Regel eine wiederholte Behandlung.

---

<sup>10</sup> <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/sterbetafel.html>

## Die weltweite Krankheitslast verlagert sich auf chronische Krankheiten, fokussierte Prävention wird wichtiger

in Prozent



Quelle: Wissensdatenbank des Marshall-Protokolls

Damit belasten chronische Krankheiten nicht nur das Privatleben, die Familie und die berufliche Karriere der Betroffenen, sondern sie stellen auch die Finanzmodelle der meisten Gesundheitssysteme in Frage. Deshalb sind Maßnahmen zur Prävention chronischer Krankheiten für Gesundheitssysteme und Krankenversicherungen von besonders großem Interesse, da sie sich positiv auf das Patienten- und Gemeinwohl auswirken und zugleich einen kostendämpfenden Effekt zeigen.

und Frauen sogar mehr als 12 Jahre. Zudem beeinträchtigen auch hierzulande chronische Krankheiten die Lebensqualität der Betroffenen und strapazieren das Finanzierungsmodell des Gesundheitssystems. Denn immerhin 40% der Bevölkerung in Deutschland leiden unter einer oder mehreren chronischen Erkrankungen und 30% leben 20 Jahre oder länger mit ihrer Erkrankung. Die häufigsten chronischen Krankheiten in Deutschland sind Diabetes, Bluthochdruck, Arthrose und Rückenschmerzen.<sup>12</sup> Allein die direkten Krankheitskosten für Diabetes werden für das Jahr 2021 auf 21 Mrd. EUR geschätzt. Hinzu kommen indirekte Kosten, z.B. für Arbeitsunfähigkeit oder Frühberentung.<sup>13</sup>



Interview mit Dr. med. Leonard Fehring, ab Seite 54  
Praktizierender Arzt und Forscher zur Digitalisierung im Gesundheitswesen

Prävention ist das Zauberwort, wenn wir vom Streben nach einem langen und gesunden Leben sprechen.

#GesundLeben

Auch in Deutschland lassen sich diese Trends beobachten: Laut WHO wird z.B. ein Mensch, der heute in Deutschland geboren wird, nur bis zu einem Alter von etwa 71 Jahren gesund sein.<sup>11</sup> Männer leben also mehr als 7 Jahre in Krankheit

Präventionsangebote zur langfristigen Gesundheitsförderung, die auf die Vermeidung chronischer sowie akuter Erkrankungen wie Krebs oder Schlaganfall abzielen, sind ein wichtiger Teil des Leistungsspektrums der GKV. Die Bedeutung solcher Programme nimmt angesichts steigender Lebens-

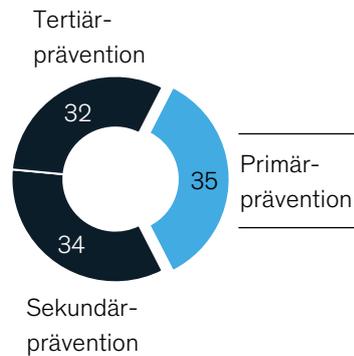
<sup>11</sup> <https://apps.who.int/gho/data/node.main.688>

<sup>12</sup> <https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/presse/immer-mehr-menschen-mit-chronischen-erkrankungen-ueber-jahrzehnte-beeintraechtigt>

<sup>13</sup> <https://www.ddg.info/presse/die-diabetes-epidemie-direkte-und-indirekte-gesundheitskosten-gehen-in-die-milliarden>

## 5 Maßnahmen decken ca. 80% des von der Primärprävention adressierbaren Potenzials zur Verringerung der Krankheitslast ab in Prozent

### Mögliche Reduktion der Krankheitslast<sup>1</sup>



### Nicht klinische Präventionsmaßnahmen (hauptsächlich verhaltensbasiert)

Die 5 wichtigsten Maßnahmen decken ~ 80% des Reduktionspotenzials ab, das durch Primärprävention erreicht werden kann



<sup>1</sup> Krankheitslast wird in DALYs gemessen. DALY steht für disability-adjusted life years (verlorene gesunde Lebensjahre). 100% der Krankheitslast entsprechen hier 950 Mio. DALYs, d.h. mit einer möglichen Reduktion um 35% kann die Primärprävention etwa 330 Mio. verlorene gesunde Lebensjahre positiv beeinflussen  
Quelle: McKinsey Health Institute, Scale what works: The benefits of proven health interventions (2022)

erwartung, fortschreitender Alterung der Gesellschaft und beständig wachsender Gesundheitskosten kontinuierlich zu. Deshalb bietet es sich an, die erfolgreichen Präventionsprogramme der GKV im Lichte neuester Ergebnisse der Präventionsforschung und im Vergleich mit anderen Ländern auf Optimierungspotenziale hin zu überprüfen. In den folgenden Abschnitten geschieht dies anhand von drei Schlüsselfragen: Inwiefern greifen aktuelle GKV-Präventionsangebote die effektivsten Maßnahmen der Primärprävention auf (Abschnitt 1)? Welches sind die wichtigsten Ansatzpunkte, um Präventionsprogramme für Volkskrankheiten zu verbessern (Abschnitt 2)? Und wie lassen sich Präventionsangebote der GKV mittels Erfolgsmessungen weiter personalisieren (Abschnitt 3)? Das abschließende Ausblick-Kapitel zeigt auf, wie GKV den identifizierten Optimierungspotenziale für ihre Präventionsprogramme realisieren und so die zukünftige Gesundheitsversorgung in Deutschland aktiv mitgestalten können.

## 1. Primärprävention – den Fokus schärfen

Das McKinsey Health Institute hat mittels eines proprietären KI-basierten Analysetools weltweit mehr als 500.000 aktuelle Publikationen zu Krankheitsprävention und gesunder Langlebigkeit gesichtet und ausgewertet. Dabei haben sich 23 weltweit gültige Treiber für gesunde Langlebigkeit herauskristallisiert (siehe Tabelle A3.1). Auf viele dieser 23 Treiber können Maßnahmen der sogenannten Primärprävention Einfluss nehmen. Diese kann global betrachtet eine mögliche Reduktion der Krankheitslast um 35% beeinflussen (siehe Schaubild A3.2). Sie zielt im Gegensatz zur Sekundär- und Tertiärprävention<sup>14</sup> darauf ab, den Ursachen von Erkrankungen entgegenzuwirken und setzt bei gesunden Menschen an, um deren Gesundheit dauerhaft oder zumindest möglichst lange zu erhalten. Unter die Primärprävention fallen zahlreiche verhaltensorientierte Maßnahmen wie gesunde Ernährung, regelmäßiges Händewaschen und andere Hygienemaßnahmen sowie

<sup>14</sup> Mit der Sekundärprävention sollen Krankheiten möglichst früh erkannt und deren Fortschreiten soll verhindert werden, z.B. durch Vorsorge-Untersuchungen und Neugeborenen-Screenings. Die Tertiärprävention zielt darauf ab, Folgeschäden einer vorhandenen Erkrankung zu verzögern, zu begrenzen oder ganz zu verhindern, z.B. durch eine Kur.

## Übersicht der 23 Treiber für ein gesundes und langes Leben

Überkategorie	Treiber	Beispiele
Exposition	WASH	Zugang zu sauberem Trinkwasser, sanitäre Einrichtungen, Händewaschen mit Seife, persönliche Hygiene, Lebensmittelhygiene
	Natur	Zugang zur natürlichen Umwelt wie Bergen, Gewässern, Wäldern, Parks, Pflanzen, Wildtieren
	Atmosphäre	Exposition gegenüber Temperaturextremen, Sonneneinstrahlung, Feuchtigkeit, Wetter, Strahlung, Rauch, Smog
	Material	Exposition gegenüber Keimen, Schadstoffen, Schwermetallen, Allergenen, bebauten Oberflächen
	Sinne	Exposition gegenüber Sonne/Außenlicht, Lärm und Gerüchen (Art, Intensität, Dauer), Bildschirmen
Seinszustand	Physische Sicherheit	Abwesenheit von Krieg, Hungersnot, bewaffnetem Konflikt, krimineller Gewalt, häuslicher Gewalt, vermeidbaren Unfällen
	Wirtschaftliche Sicherheit	Zugang zu Grundbedürfnissen wie Ernährungs-, Wohn- und Einkommenssicherheit
	Körperlicher Zustand	Unterernährung/Unterversorgung mit Kalorien, morbide Adipositas, magere Muskelmasse, Stabilität
	Stress	Reaktion auf körperliche, emotionale und/oder mentale Herausforderungen, Druck, Trauma, Erregung/Bedrohung
	Geisteshaltung/Glaube	Einstellungen/Sichtweisen zu allen Aspekten des Lebens: Religion/Philosophie, Optimismus, Sinn, Hoffnung
(Zugang zu) Gesundheitsversorgung	Impfung	Zugang zu Impfstoffen, Regelmäßigkeit und Umfang der Impfung (z.B. MMP, Grippe, COVID-19, Tuberkulose, Polio, Tetanus)
	Erkennung/Diagnose	Zugang zu Überwachung, Tests, Vorsorgeuntersuchungen, Gentests, Diagnose von Risikofaktoren
	Behandlung	Zugang zu chirurgischen Eingriffen, Implantaten, Pharmakotherapie, Hörgeräten und anderen medizinischen Geräten
	Adhärenz	Ausmaß, in dem eine Person einen vorgeschriebenen Behandlungsplan befolgt, z.B. Umfang, Häufigkeit, Dauer, Methode und Dosierung
Nährstoffe und Rauschmittel	Ernährung	Lebensmittelauswahl, Portionen, Abwechslung, Makrowerte, Zeitpunkt der Nahrungsaufnahme, Kalorieneinschränkung
	Nahrungsergänzung	Art, Häufigkeit und Umfang der Verwendung von z.B. Tees, Vitaminen, Mineralien, Kräutern, pflanzlichen Stoffen, Probiotika
	Substanzkonsum	Art, Häufigkeit und Umfang des Konsums von z.B. Alkohol, Tabak/Nikotin, Vaping (E-Zigarette), Kokain, Marihuana, Heroin

Überkategorie	Treiber	Beispiele
Bewegung	Ergonomie	Stehen, Sitzen, Gehen, Körperhaltung, Schreibarbeiten, Nackenhaltung, zeitliche Aufteilung je Position
	Sport	Art, Intensität, Dauer, Häufigkeit, Ausdauer, individuell oder in Gruppen
	Schlaf	Qualität, Dauer, Regelmäßigkeit, sicherer Schlafplatz, Atmung, Herzfrequenz, Herzfrequenzvariabilität, Blutsauerstoff
Tägliches Leben	Produktive Tätigkeit	Arbeit, Freiwilligenarbeit, Pflege, Hobbys, Gottesdienste, Aktivismus
	Soziale Interaktion	Gespräche, Mahlzeiten, berufliche Interaktion, Freundschaften, körperliche Intimität, Heirat/Partnerschaft
	Konsum von Inhalten	Unterhaltung, Literatur, Nachrichten, Pornografie (z.B. online, über Apps, soziale Medien, auf Papier, im Fernsehen)

die Vermeidung bzw. Limitierung von Drogen- und Alkoholkonsum.

Doch welche dieser Maßnahmen der Primärprävention sind besonders effektiv und ermöglichen die größtmögliche Reduzierung der Krankheitslast? Das McKinsey Health Institute hat fünf verhaltensbasierte, nicht klinische Maßnahmen identifiziert, die zusammen die von der Primärprävention adressierbare Krankheitslast um rund 80% reduzieren können (siehe Tabelle A3.2). Diese Präventionsmaßnahmen sind: gesunde Ernährung, Aufklärung zur Verhaltensänderung (Wissen über gesundheitsfördernde und -schädliche Verhaltensweisen), Raucherentwöhnung, Gewichtsmanagement durch Bewegung sowie Interventionen am Arbeitsplatz und zu Hause (z.B. weniger sitzen, ausreichend schlafen).

In Deutschland regelt § 20 SGB V die wichtigsten Eckpunkte zur Primärprävention. Darin sind z.B. einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für medizinische Leistungen zur Primärprävention festgelegt. Die in § 20 SGB V genannten Handlungsfelder können mit den fünf identifizierten Maßnahmen abgeglichen werden. Zusätzlich ist eine Analyse des Präventionsberichts des GKV-Spitzenverbands<sup>15</sup> hilfreich, der die wichtigsten Kennzahlen der Präventionsprogramme der

GKVen enthält. Die Kombination dieser beiden Ansätze liefert zwei Erkenntnisse:

- Drei der fünf effektivsten Maßnahmen der Primärprävention werden in § 20 SGB V explizit gefordert. Die GKV ist daher angehalten, entsprechende Angebote zu entwickeln.
- Die GKV-Präventionsprogramme enthalten zwar alle fünf Maßnahmen, allerdings in stark unterschiedlichem Ausmaß – insgesamt und je Setting-Ansatz<sup>16</sup> (siehe Tabelle A3.2).

Jeder der drei Setting-Ansätze weist hinsichtlich der Umsetzung der wichtigsten Maßnahmen Besonderheiten auf, aus denen sich erste wichtige Erkenntnisse ableiten lassen:

**Gesundheitsförderung in Lebenswelten.** Unter den Präventionsangeboten der GKV finden sich derzeit nur sehr wenige Inhalte zur Raucherentwöhnung und keine zur Einführung gesunder Gewohnheiten bei der Arbeit und zu Hause. Das liegt wahrscheinlich daran, dass Angebote in Lebenswelten vor allem Kinder ansprechen. Für diese ist das Rauchen jedoch noch nicht relevant und auf gesunde Gewohnheiten zu Hause können sie nur begrenzt Einfluss nehmen. Doch Eltern und Betreuungspersonen sollten angesichts ihrer

<sup>15</sup> [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention\\_selbsthilfe\\_beratung/praevention\\_und\\_bgf/praeventionsbericht/praeventionsbericht.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/praeventionsbericht/praeventionsbericht.jsp)

<sup>16</sup> Die drei Setting-Ansätze für GKV-Präventionsangebote sind: Gesundheitsförderung in Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung und individuelle Präventionsprogramme.

Tabelle A3.2

Maßnahme	Einheitliches Handlungsfeld nach §20 SGB V	Anteil der GKV-Präventionsangebote, die jeweilige Maßnahmen abdecken, je Setting-Ansatz		
		Gesundheitsförderung in Lebenswelten	Betriebliche Gesundheitsförderung	Individuelle Präventionsprogramme
Ernährung	Ja – in Form von „gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“	71% der Angebote	30% der Angebote	X (Maßnahme Teil des Angebots, keine Angabe zur konkreten inhaltlichen Verteilung)
Aufklärung zur Verhaltensänderung	Ja – in Form von „gesundheitliche Kompetenz erhöhen“	71% der Angebote	0% der Angebote	0% der Angebote
Raucherentwöhnung	Ja – in Form von „Tabakkonsum reduzieren“	1% der Angebote	<8% der Angebote*	X (Maßnahme Teil des Angebots, keine Angabe zur konkreten inhaltlichen Verteilung)
Gewichtsmanagement	Nein, nicht explizit genannt	71% der Angebote	62% der Angebote	X (Maßnahme Teil des Angebots, keine Angabe zur konkreten inhaltlichen Verteilung)
Gesunde Gewohnheiten bei der Arbeit und zu Hause	Nein, nicht explizit genannt	0% der Angebote	41% der Angebote	0% der Angebote

\* 8% der verhaltensbezogenen Präventionsmaßnahmen orientieren sich an „verhaltensbezogener Suchtprävention im Betrieb“. Der Themenanteil, der an die Raucherentwöhnung gekoppelt ist, beträgt weniger als 8%.

Vorbildfunktion durchaus Teil der Zielgruppe sein, weshalb sich eine stärkere Integration dieser Inhalte in die Präventionsangebote empfiehlt. So ließe sich z.B. effektiv darauf hinwirken, dass Erwachsene häufiger mit dem Rauchen aufhören sowie gesunde Gewohnheiten wie ausreichenden Schlaf annehmen und so zugleich das Verhalten ihrer Kinder positiv beeinflussen.

**Betriebliche Gesundheitsförderung.** Hier fällt auf, dass aktuelle Präventionsangebote zwar die wichtigsten Maßnahmen berücksichtigen, allerdings teils ohne einen klaren Fokus. Verhaltensbezogene Suchtprävention wie die Raucherentwöhnung ist derzeit z.B. nur in 8% der Programme fester Bestandteil des Angebots. Außerdem ist zu beachten, dass der Erfolg von Präventionsprogrammen

oft stark davon abhängt, ob die Teilnehmenden zuvor über die Gründe für die angestrebten Verhaltensänderungen informiert wurden. Entsprechend sollte die Dimension „Aufklärung zur Verhaltensänderung“ in alle bestehenden Präventionsangebote integriert werden, um langfristige Erfolge in den anderen Dimensionen zu unterstützen. Dabei ist allerdings zu klären, wie dies am effektivsten geschehen kann.

Überdies fällt auf, dass zentrale Themen wie „gesunde Gewohnheiten bei der Arbeit und zu Hause“ für die Zielgruppe bislang nur in etwa 40% der Interventionen eine Rolle spielen. Um den Anteil zu erhöhen, sollten die GKVn auf Gespräche mit Arbeitgebern und deren Unterstützung setzen. Denn diese sind nicht nur

primär für die Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung verantwortlich, sondern sie würden auch selbst davon profitieren, gesunde Gewohnheiten in der Belegschaft zu etablieren.

**Individuelle Präventionsprogramme.** Bislang existiert keine prozentuale Übersicht zur inhaltlichen Ausrichtung der individuellen Präventionsprogramme bzw. Kursangebote. Hier besteht akuter Handlungsbedarf, denn nur mit einer solchen Übersicht können die Kassen Transparenz über ihre Programme schaffen und Optimierungspotenziale ableiten.

## 2. Präventionsprogramme individualisieren

Nachdem die COVID-19-Pandemie und die entsprechenden Schutzmaßnahmen das Angebot an GKV-Präventionsprogrammen im Jahr 2020 stark eingeschränkt hatten, erreichte die GKV 2021 auf Anhieb wieder eine ähnlich hohe Anzahl an Versicherten mit ihren Präventionsprogrammen wie 2019. Tatsächlich wurden 2021 etwa 8,5 Millionen Menschen erreicht, was immerhin ca. 10% der Gesamtbevölkerung entspricht. Der Anspruch einer nationalen Präventionsstrategie sollte es jedoch sein, die gesamte Bevölkerung zu erreichen.

In Deutschland leben etwa 12 Millionen Menschen im Alter von 18 bis 79 Jahren mit einem Prädiabetes. Allein diese Zahl zeigt, dass hierzulande deutlich mehr Versicherte von der Teilnahme an einem entsprechenden Präventionsangebot der GKV profitieren könnten als die 8,5 Millionen, die 2021 insgesamt am Angebot teilgenommen haben.<sup>17</sup> Diabetes mellitus zählt in Deutschland zu den häufigsten chronischen Erkrankungen. Ausgehend von Analysen ausgewählter Diabetes-Präventionsprogramme aus dem Ausland, sind deshalb im Folgenden Erkenntnisse zur Optimierung entsprechender Programme der GKV zusammengefasst. Diese lassen sich auf das gesamte Präventionsangebot übertragen.

### Erfolgreiche Diabetes-Präventionsprogramme aus dem Ausland

Zu den Risikofaktoren für Typ-2-Diabetes zählen neben genetischer Prädisposition und höherem Alter auch beeinflussbare (Risiko-)Faktoren wie Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung, psychische Belastungen, Alkoholkonsum und Rauchen.<sup>18</sup> Diese Risikofaktoren werden im Ausland von mehreren als erfolgreich geltenden ganzheitlichen Diabetesprogrammen adressiert. Deren Handlungsansätze ähneln einander: z.B. Abbau struktureller Barrieren<sup>19</sup>, Früherkennung, Prävention durch gesunde Gewohnheiten sowie Sicherstellung eines einfachen Zugangs zu Behandlungs- und Unterstützungsprogrammen (siehe Textbox A3.1).

Das NHS Diabetes Convention Programme stellt nicht nur einen wirksamen Mix aus den Handlungsansätzen der anderen drei genannten Programme dar. Zusätzlich liegt auch eine ausführliche Dokumentation zu seinen Ergebnissen vor. Deshalb steht dieses Präventionsprogramm im Fokus der folgenden Betrachtungen, gegliedert nach seinen drei zentralen Ansätzen:

**Abbau struktureller Barrieren.** 2015 hatte die University of Cambridge eine Studie veröffentlicht, die zeigt, dass landesweit etwa 8.000 Fälle von Typ-2-Diabetes pro Jahr im Zusammenhang mit dem Konsum von Softdrinks standen.<sup>20</sup> 2018 führte die britische Regierung eine Steuer auf diese Getränke ein; die Besteuerung richtet sich nach dem jeweiligen Zuckergehalt. Hersteller sind somit angehalten, zuckerärmere Alternativen anzubieten. Bereits ein Jahr nach Einführung der Steuer zeigte sich, dass der Zuckergehalt der von knapp 23.000 Beispielhaushalten gekauften Softdrinks etwa 10% niedriger war als zuvor. Das Volumen der Softdrinks, die die Haushalte gekauft hatten, blieb indes unverändert.<sup>21</sup> Der Abbau solcher strukturellen Barrieren unterstützt die Bevölkerung und damit auch Risikopatient:innen häufig effektiv dabei, ihr Verhalten und ihren Lebensstil zu verändern, was ihnen aus eigener Kraft meist sehr schwerfällt.

<sup>17</sup> [https://diabsurv.rki.de/Webs/Diabsurv/DE/diabetes-in-deutschland/1-03\\_Praediabetes.html](https://diabsurv.rki.de/Webs/Diabsurv/DE/diabetes-in-deutschland/1-03_Praediabetes.html)

<sup>18</sup> <https://www.diabetesnetz.info/diabetes/#:-:text=Zu%20den%20Einflussfaktoren%20z%C3%A4hlen%3A%20ausgewogen,gesunder%20Lebensstil%20den%20Blutzuckerspiegel%20verbessern>

<sup>19</sup> Gemeint ist hier der Abbau struktureller Barrieren für medizinisch ratsame Änderungen des persönlichen Verhaltens und Lebensstils. Strukturelle Barrieren wie Erschwinglichkeit (z.B. hohe Preise für Obst und Gemüse) wirken sich darauf aus, ob die Menschen sich eine gesunde Wahl leisten können. Strukturelle Barrieren können auch zu einer begrenzten Verfügbarkeit gesunder Optionen führen (z.B. wenn kein sauberes Wasser zur Verfügung steht). Dies ist ein bedeutsames Hindernis, dessen Beseitigung häufig Investitionen in die Infrastruktur und staatliche Eingriffe erfordert (z.B. Sanitär- und Hygieneprojekte oder Subventionen).

<sup>20</sup> <https://www.cam.ac.uk/research/news/regular-consumption-of-sugary-drinks-associated-with-type-2-diabetes>

<sup>21</sup> <https://www.bmj.com/company/newsroom/consumption-of-sugar-from-soft-drinks-falls-within-a-year-of-uk-sugar-tax/>

## Steckbriefe nationaler Diabetes-Präventionsprogramme

Die hier in chronologischer Reihenfolge gelisteten Diabetes-Präventionsprogramme aus Finnland, den USA, Singapur und Großbritannien gelten als erfolgreich – vor allem wegen ihrer zentralen Handlungsansätze.

### **Finnland: Development Programme for the Prevention and Care of Diabetes DEHKO (2000)**

Finnland hat sich aufgrund seiner erfolgreichen Diabetesprävention und -kontrolle international einen Namen gemacht. Das Development Programme for the Prevention and Care of Diabetes DEHKO lief von 2000 bis 2010 als eigenständiges Programm, bevor es mit mehreren anderen Programmen zusammengelegt wurde. Im Fokus standen insbesondere die Prävention von Übergewicht, die Früherkennung durch Screenings vor allem für Risikopatient:innen und die Sicherstellung eines einfachen Zugangs zu Behandlungs- und Unterstützungsprogrammen.

### **USA: National Diabetes Prevention Program (NDPP) (2010)**

In den USA gibt es verschiedene Programme zur Diabetesprävention auf staatlicher und nationaler Ebene, darunter das 2010 etablierte, forschungsbasierte National Diabetes Prevention Program (NDPP). Dieses legt seinen Schwerpunkt auf gesunde Ernährung und körperliche Aktivität und zielt auf die Förderung gesunder Lebensstile ab, um das Risiko für Typ-2-Diabetes zu reduzieren. Den Teilnehmenden werden dabei persönliche Gesundheitscoaches zur Seite gestellt, damit die positiven Veränderungen am Lebensstil von Dauer sind. Außerdem können sie in Gruppensitzungen Erfahrungen austauschen.

### **Singapur: Diabetes Prevention and Care Taskforce (2016)**

Singapur hat 2016 mit seinem Taskforce-Programm begonnen, die Diabetesprävention und die Versorgung von Erkrankten zu verbessern. Dabei setzt es auf eine ganzheitliche Herangehensweise, die öffentliche Gesundheitsinitiativen, Schulungen, Bewusstseinskampagnen und technologiegestützte Lösungen umfasst. Die Schwerpunkte des Programms sind Prävention durch gesunde Gewohnheiten, Früherkennung und Intervention sowie besseres Krankheitsmanagement. Zudem setzt das Programm stark auf die Reduzierung struktureller Barrieren bzw. die Verfügbarkeit und Vermarktung gesunder Nahrungsmittel.

### **England: Healthier You: National Health Service Diabetes Prevention Programme (NHS DPP) (2016)**

Dieses Programm ist ein gemeinsames Engagement des NHS, des Office for Health Improvement and Disparities (OHID) und von Diabetes UK. Mit umfangreichen evidenzbasierten Verhaltensmaßnahmen soll der Entwicklung von Typ-2-Diabetes bei Risikopatient:innen vorgebeugt werden. Sein Fokus liegt auf dem Abbau struktureller Barrieren, der Früherkennung, der gezielten Steuerung von Risikopatient:innen sowie auf der Einführung übergreifender Angebotsstandards und digitaler Interventionen.

**Früherkennung und gezielte Steuerung von Risikopatient:innen.** Beides geschieht vor allem über drei Ansätze:

— **Automatisierter Einsatz von Data Analytics.**

Für Hausarztpraxen wurden Algorithmen entwickelt, die das Patientenkollektiv automatisch nach bestimmten Risikomerkmale durchsuchen und eine Liste von Personen mit potenziell erhöhtem Typ-2-Diabetes-Risiko erstellen. Zudem ist es möglich, die Zuweisungsrate im Vergleich zu den ermittelten Risikopatient:in-

nen zu betrachten und daraus Ansatzpunkte abzuleiten für die Optimierung der Prozesse oder die Befähigung von Ärzte- und Patientenschaft.<sup>22</sup>

— **Health Check unter intensiver Einbeziehung von Ärzt:innen.** Der NHS bietet einen Health Check für Versicherte zwischen 40 und 74 Jahren an, mit dem deren individuelles Risiko für Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und andere chronische Erkrankungen wie erhöhten Blutdruck ermittelt wird. Je nach

<sup>22</sup> <https://www.dut-report.de/2022/04/21/praevention-des-typ-2-diabetes-digitale-praebentions-strategien/>

Testergebnis sind die Hausärzt:innen direkt befähigt, mit ihren Patient:innen über „Healthier You“ zu sprechen und sie für das Programm anzumelden. Die Informationswebsite für den Health Check stellt zahlreiche Ressourcen für die Ärzteschaft bereit (z.B. Informationsflyer und Tipps für die Kommunikation), die es ihnen erleichtern, mit den Betroffenen ins Gespräch zu kommen, sie zur Teilnahme am Health Check zu motivieren und entsprechend den Testergebnissen individuelle nächste Schritte zu ergreifen.<sup>23</sup>

- **Motivierung der Versicherten, sich über ihr individuelles Risiko zu informieren, und ggf. weitere Anleitung.** Das digitale Risikoanalyse-Tool „Know your Risk“ ermittelt anhand der Beantwortung von weniger als zehn Fragen einen aussagekräftigen Risiko-Score. Die Mitteilung des Scores wird begleitet von einer Erklärung, wie dieser zustande kommt, einer Empfehlung für die nächsten Schritte und Präventionsmaßnahmen sowie Informationen und Tipps rund um das Thema gesunder Lebensstil inklusive geeigneter Kochrezepte.<sup>24</sup>



Interview mit Johanna Stockdreher und Benedikt Luber, ab Seite 58  
TeleClinic

Es geht darum, (Gesundheits-)Daten besser und vor allem über einen langen Zeitraum zu überwachen und dadurch ein umfassendes Patientenbild zu erstellen.

#HolistischesBild

**Einführung übergreifender Angebotsstandards und digitaler Interventionen.** Das Programm wird je NHS-Region bzw. je Integrated Care System von einem der fünf landesweiten Dienstleister angeboten. So lässt sich zum einen die Umsetzung zentraler Standards sicherstellen und zum anderen die Effektivität der Umsetzung in den Regionen miteinander vergleichen, um Optimierungspotenziale identifizieren und Informationen dazu landesweit teilen zu können. Darüber hinaus wurde 2017 beschlossen, digitale Interventionen im Programm zuzulassen, den Einsatz von Wearables zum Überwachen der körperlichen Aktivität zu empfehlen sowie Apps und Online-Communities zur gegenseitigen Unterstützung der Teilnehmenden einzuführen. Während der

COVID-19-Pandemie wurden die digitalen Interventionen überdies vom NHS beworben und deren technischer Zugang erleichtert.

Wohl auch deshalb liegt die Konversionsrate von identifizierten Risikopatient:innen zu Teilnehmenden am Programm bei fast 70% – was die Konversionsrate eines persönlichen (nicht digitalen) Programms um 20 Prozentpunkte übertrifft. Zudem sind die Teilnehmenden am digitalen Angebot mit einem Durchschnittsalter von 58 Jahren rund 6 Jahre jünger als die Patient:innen im Programm mit ausschließlich persönlichen Gruppensitzungen. Die Teilnehmenden der Altersgruppe unter 30 Jahren haben sich sogar alle für die digitale Variante entschieden.<sup>25</sup> Bei Präventionsprogrammen ist es besonders wichtig, Risikopatient:innen bereits in einem jüngeren Alter zu erreichen – das digitale Angebot ist in dieser Hinsicht enorm effektiv.

Insgesamt lässt sich also festhalten, dass bis Anfang 2022 – d.h. in den ersten sechs Jahren nach Programmstart – rund 2 Millionen Teilnehmende das Angebot angenommen haben (was rund 50% der identifizierten Risikopatient:innen<sup>26</sup> entspricht).<sup>27</sup> Da diese hohe Teilnahmequote die Erwartungen übertraf, wurden die Kapazitäten im Programm ausgebaut. Zudem zeigte sich, dass die Teilnehmerate vor allem bei Personen aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen, die zugleich ethnischen Minderheiten angehören, sehr hoch ist.<sup>28</sup> Da auch in Großbritannien soziale Determinanten wie finanzielle Ressourcen, Zugang zu Bildung und die Familienkonstellation die Gesundheit signifikant beeinflussen, ist es in der Diabetesprävention besonders wichtig, aber zugleich schwierig, Betroffene aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu erreichen.<sup>29</sup>

Darüber hinaus belegt das NHS-Beispiel, dass eine wirkungsvolle Prävention des Typ-2-Diabetes möglich ist, wenn dafür ein strukturierter Präventionsplan und digitale Strategien genutzt werden. Nach 12 bis 18 Monaten Programmdauer bzw. nach der Teilnahme an durchschnittlich 14 Sitzungen wurden im Jahr 2020 Messdaten zu mehr als 30.000 Teilnehmenden veröffentlicht. Dabei zeigte sich eine erfreuliche Entwicklung: 95% von ihnen hatten ihr Körpergewicht um 3,2 bis 3,4 kg reduziert,

<sup>23</sup> <https://www.healthcheck.nhs.uk/>

<sup>24</sup> <https://riskscore.diabetes.org.uk/start>

<sup>25</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7004145/>

<sup>26</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7004145/>

<sup>27</sup> <https://www.england.nhs.uk/2022/03/nhs-prevention-programme-cuts-chances-of-type-2-diabetes-for-thousands/>

<sup>28</sup> <https://www.england.nhs.uk/london/wp-content/uploads/sites/8/2019/07/dia-progress-publication-Dec-17.pdf>

<sup>29</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7136366/>

was ca. 4% ihres ursprünglichen Gewichts entsprach. Zusätzlich hatte sich ihr durchschnittlicher Langzeitzuckerwert HbA1c um 1,9 bis 2,12 mmol/mol<sup>30</sup> reduziert. Der erfolgreiche Abschluss des Programms hat daher das Risiko der Teilnehmenden, an Diabetes zu erkranken, schätzungsweise um ein Drittel reduziert und somit bereits Tausende Menschen vor den schweren Konsequenzen einer Diabeteserkrankung bewahrt.<sup>31</sup>

## Strukturierte und individualisierte Präventionspläne und digitale Strategien zeigen Wirkung

### Schlüsselerkenntnisse aus dem NHS-Diabetes-Präventionsprogramm

Im Folgenden zeigen wir auf, wie sich die GKV von Healthier You: NHS Diabetes Prevention Pro-

gramme inspirieren lassen kann und welche Faktoren wichtig sind, um Risikopatient:innen automatisiert zu identifizieren und gezielt in (digitale) Präventionsangebote zu steuern. Doch zunächst zwei Hinweise, um Missverständnissen vorzubeugen:

- Die Gesundheits- und Abrechnungssysteme funktionieren in allen oben genannten Ländern anders. So ist der NHS das staatliche Gesundheitssystem in Großbritannien; er muss seine Vorgehensweise deshalb mit deutlich weniger Akteuren abstimmen als die GKVen hierzulande.
- Wissen zum Reduzieren und Verhindern von Risikofaktoren für Typ-2-Diabetes ist in Deutschland ausreichend vorhanden und wird bereits angewendet. So gibt es z.B. unterschiedliche Präventionsangebote, die auf Themen wie Bewegung, Gewichtsverlust und Ernährung abzielen, die auch im NHS-Programm im Fokus stehen.

Vor diesem Hintergrund können die drei im NHS-Beispiel genannten Hebel auch den deutschen GKVen als Anregung dienen:

**Abbau struktureller Barrieren.** Die Verzahnung regulatorischer Maßnahmen mit den Faktoren, die chronische Krankheiten beeinflussen, ist wichtig und sinnvoll. Wenn stark zuckerhaltige

Lebensmittel z.B. mehr kosten als gesunde, entscheiden sich die Menschen – und damit auch die Risikopatient:innen – oft für die günstigere und ungesündere Variante. Diese Verzahnung von Regulatorik und Gesundheit wird auch „health in all policies“ („Gesundheit in allen Politikfeldern“) genannt und berücksichtigt die Erkenntnis, dass der Gesundheitssektor für die Zukunftsthemen Gesundheitsförderung und Prävention nicht allein verantwortlich sein kann. Auch das zuletzt neu entstandene Politikfeld „Umwelt, inklusive Klimaschutz und Anpassung an Klimafolgen“ zeigt das große Potenzial eines übergreifenden Ansatzes, der Beteiligte aus unterschiedlichen Bereichen zusammenführt, um „health in all policies“ voranzutreiben. Denn viele umweltbezogene Maßnahmen sind nicht nur dem Umweltschutz verpflichtet, sondern dienen auch der Gesundheitsförderung und Prävention: Ruhige Orte mit schadstoffarmer Luft sowie einer attraktiven Grünraum- und Wasserflächengestaltung sind z.B. aus beiden Perspektiven erstrebenswert.<sup>32</sup> Deutschland steht bei der Umsetzung einer solchen Strategie allerdings noch ganz am Anfang, denn Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit werden hierzulande bislang in kaum einem Politikfeld umfassend und systematisch berücksichtigt.<sup>33</sup>

**Früherkennung und gezielte Steuerung von Risikopatient:innen.** Das automatisierte Identifizieren von Risikopatient:innen anhand ihrer Gesundheitshistorie und Lebensumstände erleichtert die zielgerichtete Vermarktung individualisierter Präventionsangebote. Mit Hilfe von Profiling der Versicherten und Predictive Analytics können die Kassen ohne großen Aufwand passende Angebote für die jeweilige Zielgruppe erstellen und diese darüber informieren. Dies ist möglich geworden, da der angepasste § 68b SGB V den Kassen nun erlaubt, ihren Versicherten individuell geeignete Versorgungsleistungen anzubieten. Eine weitere Chance besteht in der Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft: Identifizierte Risikopatient:innen werden umgehend von einem Arzt oder einer Ärztin beraten, der oder die sie anschließend direkt in das passende Präventionsprogramm einsteuern kann.

<sup>30</sup> HbA1c zeigt an, wie viel Prozent des Hämoglobins glykiert, also mit Zucker verbunden sind. Ein Wert unter 39 mmol/mol ist für Männer und Frauen im Normalbereich. Zwischen 39 und 48 mmol/mol liegt ein Prädiabetes vor, eine Vorstufe der Zuckerkrankheit. Werte darüber, also ab 48 mmol/mol, können auf einen (schlecht eingestellten) Diabetes mellitus hindeuten.

<sup>31</sup> <https://www.england.nhs.uk/diabetes/diabetes-prevention/#:~:text=Research%20shows%20the%20Healthier%20You,for%20people%20completing%20the%20programme>

<sup>32</sup> <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheits-in-allen-politikfeldern-health-in-all-policies-hiap/>

<sup>33</sup> <https://www.bvpgblog.de/blog/health-in-all-policies-erfordert-die-beteiligung-aller/>

Darüber hinaus liegen zahlreiche Erkenntnisse dazu vor, welche Patientengruppen z.B. auf Grund ihres Alters, ihres Geschlechts, ihrer Leberfettwerte und ihrer Körperfettverteilung ein erhöhtes Diabetesrisiko haben. Werden diese Daten künftig in der ePA zusammengetragen, sind sie einfacher auszuwerten. Die GKV könnte zudem Ergebnisse des Gesundheits-Checks, z.B. Blut- und andere Gesundheitswerte, aus der ePA zur Früherkennung von Diabetes auswerten. Zusätzlich gibt es unterschiedliche Ansätze, die eine Früherkennung mittels einer besseren Vernetzung innerhalb des Gesundheitswesens ermöglichen. Studien zeigen z.B., dass Patient:innen mit Typ-2-Diabetes zweibis dreimal häufiger von Parodontitis betroffen sind als die Allgemeinbevölkerung und dies häufig unentdeckt bleibt. Mit anderen Worten: Trotz der bekannten Zusammenhänge verlaufen Erkennung und Versorgung von Diabetes und Parodontitis in Deutschland größtenteils getrennt voneinander. Das Projekt DigiIn2Perio will diese Versorgungslücke schließen und entwickelt dazu eine neue Versorgungsform an der Schnittstelle von Human- und Zahnmedizin. In einem digital unterstützten Screening prüfen Hausärzt:innen, ob bei Diabeteserkrankten ein Verdacht auf Parodontitis besteht, während Parodontitis-Patient:innen in Zahnarztpraxen auf ein erhöhtes Diabetesrisiko getestet werden. Wird ein solcher Fall erkannt, folgt ein beratendes Arztgespräch und per Überweisung wird eine Parodontitis- bzw. Diabetesversorgung veranlasst. Das Resultat des Screenings wird zum vereinfachten Datenaustausch in der ePA vermerkt.<sup>34</sup>

## Ziel sollte sein, Risikopatient:innen frühzeitig zu erkennen und gezielt in Präventionsprogramme einzusteuern

Die Ärzteschaft kann bei einer solchen Zusammenarbeit die Krankheitsrisiken validieren, die Risikopatient:innen beraten und sie in passende Präventionsprogramme

einsteuern. Erfolgskritisch ist dabei, dass die Kassen Informationen zu den Programmen bereitstellen, diese regelmäßig aktualisieren und ggf. die Ärzt:innen über Anreize dazu motivieren, Risikopatient:innen zu identifizieren und zu beraten. Selektivverträge, z.B. in Bezug auf das Identifizieren von Herzinsuffizienz-Risikopatient:innen, haben sich hierbei in der Vergangenheit als hilfreich erwiesen. Zudem bietet die Telemedizin der Ärzteschaft effiziente Möglichkeiten, das indivi-

duelle Erkrankungsrisiko per Home-Screening und Telemonitoring zu bestimmen und Betroffene gezielt in geeignete Präventionsprogramme einzusteuern.

**Einführung übergreifender Angebotsstandards und digitaler Interventionen.** In Deutschland gibt es bereits erste Schritte in Richtung eines kassenartenunabhängigen Angebots. Seit November 2022 bündelt das „Diabetesnetz Deutschland – gemeinsam gesünder“ die Kompetenzen aller in diesem Bereich tätigen Organisationen und Institutionen. Die Mitglieder des Kooperationsnetzwerks wollen gemeinsame Aufklärungs- und Informationsangebote erarbeiten, messbare Ziele für den Umgang mit Diabetes festlegen sowie Präventionsmaßnahmen entwickeln und umsetzen.<sup>35</sup> Vieles spricht dafür, dass ein solches Angebot ein wichtiger Ansatzpunkt sein kann, um zahlreiche unterschiedliche Ressourcen nicht nur zu bündeln, sondern auch effektiv und effizient einzusetzen – z.B. für digitale Präventionsprogramme.

### 3. Angebote messen, fokussieren und personalisieren

Ein weiterer auffälliger Punkt im Präventionsbericht des GKV-Spitzenverbands ist, dass keine flächendeckende Erfolgskontrolle stattfindet. Lediglich bei 71% der Projekte in den Lebenswelten wird deren Erfolg analysiert bzw. ist dies geplant. Bei der betrieblichen Gesundheitsförderung trifft dies zwar immerhin auf 80% der Projekte zu, aber auch das ist längst nicht flächendeckend. Dabei ist zu beachten, dass meist nur die Zufriedenheit der Teilnehmenden mit der Intervention als Erfolgskriterium abgefragt wird. Eine wichtigere Datenquelle zur Bewertung der Effektivität wäre jedoch eine Messung z.B. der Vitalwerte, um den gesundheitlichen Effekt nachzuweisen. Zudem ist es schwierig, erfolgreiche Prävention zu messen, da Menschen, die dank einer gelungenen Prävention gesund bleiben, nur selten in die Statistiken rund um Krankheitsdiagnosen eingehen.

Doch nur mit nachhaltigen Erfolgskontrollen kann die GKV ihre Ausgaben sinnvoll fokussieren. Denn ohne Transparenz zum Erfolg eines Präventionsangebots sind keine Anpassungen und Verbesserungen an dessen Inhalt, Struktur und finanzieller Unterstützung möglich. Moderne Analytikfähigkeiten können – zusätzlich zur gängigen qualita-

<sup>34</sup> <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/digin2perio-digital-integrierte-versorgung-von-diabetes-mellitus-typ-2-und-parodontitis.508>

<sup>35</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/strategie-zur-aufklaerung-ueber-diabetes-mellitus.html>

tiven Bewertung von Präventionsangeboten – dazu beitragen, die Gesundheitsgeschichte der Versicherten über die Zeit zu bewerten. Beispielsweise könnten die Blutbildergebnisse vor einer Präventionsmaßnahme verglichen werden mit Ergebnissen unmittelbar nach der Maßnahme sowie zu einem späteren Zeitpunkt. So lässt sich herausfinden, ob eine Maßnahme medizinisch effizient, effektiv und nachhaltig ist. Hilfreich sind solche Erkenntnisse vor allem, um unter den zahlreichen Präventionsprogrammen Priorisierungen vorzunehmen und das jeweils passende Programm für die Patient:innen zu finden.

## Personalisierung der Angebote, angepasst an den medizinischen Bedarf und individuelle Bedürfnisse

Vor allem größere Kassen bieten auf ihren Websites Informationen oder sogar Suchen zu ihrem Gesundheitsangebot an. Die Angebote sind allerdings ausnahmslos nach den Themen Ernährung, Bewegung, Stressmanagement und Suchtmittel geordnet – eine smarte Suche etwa nach Angeboten für ein bestimmtes Krankheitsbild ist nicht möglich. Die Versicherten müssen sich also zunächst für ein primäres Kursziel entscheiden und sehen erst dann Informationen zu den jeweiligen Angeboten. Zudem erhalten sie zwar weitere Informationen je Kurs, doch zumindest auf der Website finden sie keine weiteren objektiven Entscheidungshilfen wie Effektivitätskennzahlen oder Zufriedenheitsratings. Stattdessen können sie das Angebot derzeit nur weiter eingrenzen, indem sie zeitliche Präferenzen oder das Geschlecht angeben.

Vor diesem Hintergrund ist es wünschenswert, dass die GKV ihre Gesundheitsangebote (noch) stärker personalisieren. Es bedarf einer smarten Suche, mit der die Versicherten passgenaue Angebote finden, die ihrem medizinischen Bedarf ebenso entsprechen wie ihren individuellen Bedürfnissen.

### Ausblick: Wie die GKV die Zukunft der Gesundheitsversorgung aktiv mitgestalten kann

Die Erkenntnisse der vorausgegangenen Analysen weisen vor allem auf drei Bereiche hin, in denen Optimierungspotenziale für die GKV liegen:

1. **„Health in all policies“-Lobbyarbeit zur Reduzierung struktureller Barrieren.** Wie oben beschrieben, hängen viele Faktoren, die ein langes und gesundes Leben ermöglichen, auch vom Verhalten der Menschen ab. Präventions-

programme sollten daher die Bedeutung von Verhaltensänderungen thematisieren und Tipps für die konkrete Umsetzung geben. Im Alltag benötigen die Versicherten wiederum Rahmenbedingungen, die es ihnen leicht machen, die „richtigen“ Entscheidungen zu treffen. So sollten z.B. gesunde Lebensmittel verfügbar und erschwinglich sein, öffentliche Sportstätten und Naherholungsgebiete zur Verfügung stehen, Beruf und Familie vereinbar sein sowie Abgasregelungen die Gesundheit der Menschen schützen. Diese Beispiele zeigen, dass unterschiedlichste Bereiche des öffentlichen Lebens auf die 23 anfänglich genannten Faktoren einzahlen können.

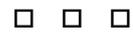
Zudem kann die GKV ihre Position nutzen, um sich intensiv an den Diskussionen darüber zu beteiligen, welche Hürden auf dem Weg zu gesundheitsfördernden Maßnahmen regulatorisch zu beseitigen sind und wie gesundheitsfördernde Elemente optimal in anstehenden Reformen unterschiedlichster Ressorts umgesetzt werden können – getreu dem Motto „health in all policies“.

### 2. Digital unterstütztes Identifizieren und Ansprechen der Zielgruppen.

Auf Basis von ePA-Daten können datengetriebene Analytics zunächst Risikofaktoren abgleichen und Versicherte mit einem erhöhten Risiko für chronische Erkrankungen identifizieren. Zudem gilt es, in der Gesellschaft Vorbehalte gegenüber der ePA und der Nutzung digitaler Gesundheitsdaten abzubauen, damit diese ein gesundes langes Leben der Menschen in Deutschland unterstützen können. Im letzten Schritt sind die Versicherten, bei denen Risikofaktoren identifiziert wurden, direkt anzusprechen, um ihnen personalisierte Präventionsangebote zu unterbreiten.

### 3. Kontinuierliche Verbesserung durch Erfolgskontrolle und Kosten-Nutzen-Analysen.

Das Präventionsangebot in Deutschland ist vielfältig. Regelmäßige Kosten-Nutzen-Analysen und flächendeckende Erfolgskontrollen sind deshalb besonders wichtig, um das Angebot zu fokussieren. Nach dem Programmende sind zudem aussagekräftige Abfragen zur Verhaltensänderung erforderlich sowie die Nutzung medizinischer Daten aus der ePA, um eine echte Erfolgskontrolle zu ermöglichen.



Chronische Krankheiten sind weltweit auf dem Vormarsch – auch in Deutschland. Damit steigt hierzulande die Bedeutung der GKV-Präventionsprogramme als zentrale Säule der Gesundheitsversorgung. Angesichts dessen empfiehlt es sich für die GKVn, sich nicht auf den Erfolgen ihrer bestehenden Präventionsprogramme auszuruhen, sondern mit neuen Ideen zu ihren Angeboten die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung intensiv voranzutreiben. Den GKVn eröffnet sich damit eine einzigartige Chance, ihren Versicherten zu mehr Gesundheit für alle zu verhelfen – und damit einmal mehr ihre gesellschaftliche Relevanz und Verantwortung unter Beweis zu stellen.

# Prävention ist das Zauberwort für ein gesundes Leben



Dr. med. Leonard Fehring

Praktizierender Arzt und Forscher zur Digitalisierung im Gesundheitswesen

---

Dr. med. Leonard Fehring ist praktizierender Arzt im Bereich der Inneren Medizin am Helios Universitätsklinikum in Wuppertal und Forscher an der Universität Witten/Herdecke. Bei seiner ärztlichen Tätigkeit hat er tagtäglich mit Krebsvorsorge, chronischen Erkrankungen und Prävention zu tun. Als Teil seiner Habilitation zum Thema „Der Faktor Mensch bei der Digitalisierung von Gesundheitssystemen“ am Lehrstuhl für Gesundheitsinformatik beschäftigt er sich u.a. mit dem Einsatz und Potenzial digitaler Präventionsmöglichkeiten.

---

**Die Deutschen werden immer älter und sind längere Zeitspannen ihres Lebens krank. Welchen Stellenwert sollte Prävention daher einnehmen – bei den einzelnen Versicherten und in der GKV insgesamt?**

Prävention ist das Zauberwort, wenn wir vom Streben nach einem langen und gesunden Leben sprechen. Die Lebenserwartung der Menschen steigt weltweit nicht nur wegen besserer medizinischer Behandlungsmöglichkeiten, sondern vor allem wegen eines gesünderen Lebensstils und besserer Früherkennungsmöglichkeiten. Gut angelegte Prävention ist ein lebenslanges Projekt – von den U-Untersuchungen in der Kindheit über Impfungen, gesundheitliche und sexuelle Aufklärung in der Jugend, Arbeitsschutzmaßnahmen während des Berufslebens, die Förderung der Zahngesundheit und ausreichend körperliche

Aktivität bis hin zu Vorsorgeuntersuchungen wie Darm- und Brustkrebsvorsorge oder Hautkrebs-screensings mit zunehmendem Alter. Das Problem dabei: Prävention erfordert ein hohes Maß an Eigenmotivation, und das ist nicht immer leicht zu erzeugen und aufrechtzuerhalten. Krankenkassen können hier eine wichtige Rolle spielen – als lebenslanger Begleiter, finanzieller Unterstützer und Motivator.

**Chronische Krankheiten nehmen in Deutschland immer mehr zu. Welche Rolle spielt Prävention an dieser Stelle?**

Die meisten Deutschen versterben tatsächlich an den Folgen einer chronischen Erkrankung. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in einem Drittel, Krebserkrankungen in gut einem Fünftel aller Fälle die Todesursache, hier vor allem Lungen-

und Bronchialkarzinome. Interessanterweise gehen diese Erkrankungen meist auf wenige Risikofaktoren zurück: Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf Übergewicht und Rauchen, Lungen- und Bronchialkarzinome sowie zahlreiche weitere Tumorerkrankungen ebenfalls auf Rauchen.

Rauchstopp ist somit eine der effektivsten und wichtigsten Präventionsmaßnahmen in Deutschland. Allerdings verwenden nur 13% der Raucher dafür eine evidenzbasierte Methode. Hier besteht aus meiner Sicht Handlungsbedarf für Krankenkassen, die sich beispielsweise bei der Aufklärung über vielversprechende Entwöhnungsmaßnahmen engagieren könnten. Einige Arbeitgeber beteiligen sich bereits an der Förderung von Rauchstopp, indem sie etwa ihren Angestellten, die nicht rauchen, einen zusätzlichen Urlaubstag gewähren.

Übergewicht als zweiter bedeutender Risikofaktor ist ebenfalls weit verbreitet – nach Selbstangaben von 2019/2020 sind in Deutschland 46,6% der Frauen und 60,5% der Männer von Übergewicht (einschließlich Adipositas) betroffen. Hier setzen im Wesentlichen zwei Maßnahmen an: erstens eine gesunde Ernährung. Viele Studien belegen, dass insbesondere die so genannte mediterrane Kost mit viel Olivenöl und Gemüse einen präventiven Effekt hat. Zweitens ausreichende körperliche Aktivität. Das erfordert eine aktive Mitarbeit der Patientinnen und Patienten sowie häufig eine Umstellung der Alltagsroutinen. Existierende Programme von Krankenkassen sind allerdings häufig zu ambitioniert; am aussichtsreichsten sind kleine Schritte, zum Beispiel „Treppe statt Aufzug“ oder „Fahrrad statt Auto“.

**Die Bedeutung von Prävention ist also nicht zu bestreiten. Welche Chancen und Herausforderungen bietet die Digitalisierung in Bezug auf Prävention für Versicherte, Provider und die GKV?**

Präventives Verhalten und ein gesunder Lebensstil erfordern Selbstdisziplin und Motivation – es gilt, den „inneren Schweinehund“ zu überwinden. Digitale Tools können hier sowohl in der Primärprävention als auch in der Sekundär- und Tertiärprävention eine wichtige Rolle spielen: Sie können Nutzerinnen und Nutzer daran erinnern, bestimmte Verhaltensweisen zu praktizieren oder ihre Medikamente regelmäßig einzunehmen.

Wie breit gefächert die Einsatzmöglichkeiten sind, lässt sich an zwei Beispielen erkennen: Zum einen gibt es die Closed-Loop-Systeme

bei Diabetes. Sie messen kontinuierlich den Blutzuckerspiegel und geben nach Bedarf automatisch Insulin ab. Dadurch lassen sich die vielfältigen Sekundärfolgen von Diabetes wesentlich reduzieren.

Zum anderen können digitale Tools auch bei psychischen Erkrankungen helfen. Hier besteht ihre Aufgabe etwa darin, die oft langen Wartezeiten bis zu einem Arzttermin zu überbrücken. Es existieren bereits zahlreiche mobile Health-Anwendungen zur Therapie von Depression und Angsterkrankungen. Dazu gehören auch durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zertifizierte digitale Gesundheitsanwendungen, die „auf Rezept“ verschrieben werden können.

Im Hinblick auf Herausforderungen haben wissenschaftliche Studien meiner Arbeitsgruppe ergeben, dass sich sowohl ärztliches Personal als auch Patientinnen und Patienten angesichts der Vielfalt an digitalen Angeboten häufig schwertun, den medizinischen Mehrwert und die Effektivität einzuschätzen. Hier könnten Krankenkassen mit Auswertungen von Versichertendaten dazu beitragen, gesundheitliche Effekte nachzuweisen.

**Wie schätzen Sie das Angebot zur digitalen Prävention in Deutschland ein? Welche konkreten nächsten Schritte sind wichtig, um das Angebot zu optimieren?**

Deutschland hat mit dem Digitalen Versorgungsgesetz von 2019 und der Einführung von digitalen Gesundheitsanwendungen ein sehr gutes Umfeld für digitale Innovationen in Deutschland geschaffen. Klärungsbedarf besteht aus meiner Sicht noch bei der Preisgestaltung: Wir haben bisher keinen adäquaten Mechanismus für ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis.

Ein wichtiger nächster Schritt bei der Weiterentwicklung von Prävention ist die stärkere Nutzung von Daten. So genannte Wearables und vernetzte medizinische Geräte können mittlerweile viele Real-World-Daten im Alltag sammeln. Zusammen mit Daten zur bisherigen Krankheitsgeschichte stellen sie einen wahren Schatz dar, mit dessen Hilfe sich individuelle Präventionsangebote machen und Krankheiten früher entdecken lassen. Leider verfügt Deutschland aber noch nicht über die rechtliche und technische Infrastruktur, um derartige Daten aus verschiedenen Quellen an einem Ort zu bündeln. Dadurch bleiben wir hinter unserem Potenzial in der digitalen Früherkennung zurück.

Sie haben bereits erwähnt, dass Prävention von der Teilnahmebereitschaft der einzelnen Versicherten abhängt. Welche Rolle spielen dabei moderne Medien und Kommunikationswege wie Social Media, und welchen Beitrag können sie zur Prävention leisten?

In der Tat werden wir über innovative Wege in der Kommunikation nachdenken müssen. Social-Media-Kanäle können ein guter Weg sein, um mit den – insbesondere jüngeren – Versicherten in Kontakt zu treten. Deshalb haben wir auch in unserer Arbeitsgruppe voriges Jahr über erfolgreiche Messaging-Strategien für gesundheitliche Aufklärung auf Instagram geforscht. Wir konnten feststellen, dass unterschiedliche Persönlichkeitstypen verschieden stark durch eher sachlich informative oder eher emotionale Botschaften angesprochen werden. Da bereits heute anhand des bisherigen Nutzungsverhaltens auf die Persönlichkeit zugeschnittene Botschaften übermittelt werden können, ließe sich auch zielgruppen-gerechte gesundheitliche Aufklärung betreiben.

**Personalisierung ist ein gutes Stichwort. Wie kann der Erfolg bestehender Angebote gemessen werden, um das Angebot zu fokussieren und zu individualisieren?**

In Deutschland sind wissenschaftliche Untersuchungen zur Effektivität und Effizienz der Angebote nur sehr schwer durchführbar, weil die erforderlichen Daten nicht in Registern oder Ähnlichem geführt werden. Am ehesten könnten Krankenkassen anhand ihrer Versichertendaten die Erfolge von Präventionsmaßnahmen nachhalten. Leider ist die Verwendung dieser Daten hierzu-lande rechtlich sehr eingeschränkt. In Japan gibt es dagegen die „Shizuoka Kokuho Database“. Aus 35 Gemeinden der Präfektur Shizuoka wurden hier Abrechnungsdaten von Kranken- und Pflegeversicherungen zusammengezogen. Zusätzlich wurden Daten aus Vorsorgeuntersuchungen und Sterbedaten integriert. Mithilfe dieser Datenbank wurden in den letzten Jahren zahlreiche Studien durchgeführt – etwa, wie sich chronische Schmerzen bei einer Gürtelrose vermeiden lassen.

Eine individualisierte Ansprache von Versicherten mithilfe von Profiling und Predictive Analytics kann als Versorgungsinnovation oder sonstige individuell geeignete Versorgungsleistung über den angepassten § 68b SGB V angeboten werden. Grundsätzlich könnten auch Hausarztpraxen Risikogruppen identifizieren und ansprechen. Dazu wäre ein Katalog

an erstattungsfähigen Präventionsmaßnahmen je Altersgruppe hilfreich. Versicherte könnten dann eine jährliche Präventionspauschale auf Empfehlung der Hausärztin oder des Hausarztes in Präventionsprogramme investieren.

Als hinderlich erweist sich dabei, dass unser Gesundheitssystem vor allem auf die Behandlung von Krankheiten ausgelegt ist. Präventive Aufklärung oder individualisierte Beratung wird nur sehr eingeschränkt vergütet. Die Ärzteschaft kritisiert zudem, dass die existierenden Check-up-Untersuchungen im Rahmen der Regelversorgung nicht hinreichend individualisiert sind.

**Wenn Sie sich etwas für das deutsche Gesundheitswesen wünschen dürften, was wäre das?**

Eine longitudinale, digitale und interoperable Übersicht über Patientenhistorien ist aus meiner Sicht die bedeutendste Herausforderung der nächsten Jahre für das deutsche Gesundheitssystem. Ich wünsche mir deshalb die zügige Implementierung einer nutzerfreundlichen und zugleich umfänglichen elektronischen Patientenakte.

Anhand so eines ausführlichen digitalen Datensatzes pro Person könnte medizinisches Personal den langfristigen Verlauf von Patientenwerten noch besser nachhalten. Krankheiten und gesundheitsschädliche Entwicklungen ließen sich frühzeitig mithilfe von digitalen Biomarkern entdecken und Prävention könnte so einen ganz neuen Stellenwert erhalten. Nicht zuletzt entfallen Fehl- oder Doppelbehandlungen, weil Behandelnde im entscheidenden Moment alle relevanten Informationen einsehen können. Kurzum: Die elektronische Patientenakte ist in meinen Augen der Schlüssel zu innovativen Präventionsansätzen, zum wirtschaftlichen Einsatz der Mittel im Gesundheitssystem und zur Verbesserung der Versorgung im Krankheitsfall.





# Telemedizin schafft Effizienzen, auch in der Prävention



Johanna Stockdreher und Benedikt Luber

Chief Financial Officer sowie Managing Director und Chief Marketing Officer bei TeleClinic

---

Johanna Stockdreher war nach ihrem Studium zunächst Beraterin bei Altman Solon und kam vor zwei Jahren als Head of Finance zu TeleClinic.

Benedikt Luber ist seit 2019 bei TeleClinic, seit April 2023 in der Doppelfunktion als Managing Director und Chief Marketing Officer. Zuvor hat er in diversen Unternehmen seine Expertise im Onlinemarketing eingebracht, z.B. bei mymuesli, Grillido und happybrush.

2015 in München gegründet, bietet TeleClinic in Deutschland u.a. digitale Arztgespräche, Rezepte und Krankschreibungen per Telefon und Video an. Derzeit verfügt das Unternehmen über rund 95 Mitarbeitende und über die Plattform wurden bereits mehr als 1 Million Behandlungen durchgeführt. Mittlerweile übernehmen alle GKV-en die Kosten für Behandlungen via TeleClinic. Das Unternehmen gilt als Deutschlands Pionier in der Telemedizin.

---

**Die Menschen in Deutschland werden immer älter und sind deshalb auch einen größeren Teil ihres Lebens krank. Wie wirkt sich dies auf die Nutzung von Telemedizin aus und mit welcher Entwicklung rechnen Sie?**

*Johanna Stockdreher:* Deutschland steckt in puncto Telemedizin noch in den Kinderschuhen – das Volumen beträgt weniger als 1% der Behandlungsfälle. In anderen Teilen Europas, etwa in Skandinavien, sind es bis zu 10% der ambulanten Fälle. In den USA sind es in manchen Bundesstaaten sogar noch mehr. Das Digitalisierungspotenzial in Deutschland ist also vergleichsweise hoch.

Hinzu kommt der demografische Wandel: Telemedizin erspart den Menschen lange An- und Abfahrtswege. Das entlastet besonders Ältere mit eingeschränkter Mobilität. Wir werden sehen, dass Telemedizin den Versicherten leichteren und schnelleren Zugang zu Spezialisten und Experten verschafft, aber auch Ärztinnen und Ärzte untereinander vernetzt – mit den so genannten Telekonsilen.

Darüber hinaus wird Telemedizin es uns ermöglichen, ärztliche Ressourcen effizienter zu nutzen. Beispielsweise könnte sich eine Ärztin auf dem Weg in den Ruhestand entscheiden, noch eine gewisse Zeit in der Telemedizin weiter-

zuarbeiten. Das wäre auch in Anbetracht des Ärztemangels in Deutschland eine interessante Perspektive. Und schließlich dürften in Zukunft immer mehr präventive Lösungen telemedizinisch angeboten werden, etwa das Monitoring bei Herzinsuffizienz. Vor dem Hintergrund der alternden Gesellschaft hat die Telemedizin also unterschiedliche Möglichkeiten, das Gesundheitssystem effizienter zu gestalten.

**Chronische Krankheiten nehmen auch in Deutschland weiter zu. Welche Möglichkeiten hat die Telemedizin, die Krankenlast der Patientinnen und Patienten sowie die Behandlungslast des Gesundheitssystems abzumildern?**

*Johanna Stockdreher:* Durch Telemedizin und weitere Plattformen, die dem medizinischen Personal administrative Arbeit abnehmen, lassen sich wie schon erwähnt ärztliche Ressourcen effizienter nutzen. Auf unserer Plattform kann ein Arzt ungefähr acht bis zehn Personen pro Stunde behandeln, vor Ort in der Praxis im Schnitt aber nur fünf bis sieben.

Ebenfalls entlastend wirkt das Telemonitoring von chronisch Kranken, etwa bei Herzinsuffizienz. Ein rechtzeitig entdeckter Behandlungsbedarf kann sogar einen teuren Krankenhausaufenthalt vermeiden. Zugleich lässt sich das Fortschreiten chronischer Erkrankungen verlangsamen.

Daran zeigt sich: Die effizientere Nutzung der ärztlichen Arbeitszeit verbessert die Behandlungsqualität. Das senkt die Behandlungslast des gesamten Systems.

Ein anderes Beispiel sind die ständig überfüllten Notaufnahmen. Auch hier kann Telemedizin das System entlasten: Nicht akute Fälle können entweder umgehend telemedizinisch behandelt oder in eine Bereitschaftspraxis geleitet werden.

**Telemedizin wird sich nur bei umfassender Digitalisierung des Gesundheitswesens etablieren können. Wo stehen wir momentan und welche weiteren Schritte sind erforderlich?**

*Benedikt Luber:* Das deutsche Gesundheitswesen steht derzeit an einem entscheidenden Punkt. Die Weichen für eine stärkere Digitalisierung sind bereits gestellt, die wichtigsten strategischen Eckpunkte definiert – Telematikinfrastruktur, ePA, digitale Identität, digitales Rezept und digitale Krankschreibung sind nur einige Schlagwörter. Immerhin sind bereits 90% der Arztpraxen an die Telematikinfrastruktur

angeschlossen. Das wirft im Umkehrschluss die Frage auf, warum bislang nur 500.000 von 80 Millionen gesetzlich Versicherten über eine ePA verfügen. Und warum bis heute nur 4 Millionen E-Rezepte in Deutschland ausgestellt wurden.

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist noch nicht richtig in Fahrt gekommen, wir müssten jetzt schnellstens aktiv werden unter dem Motto: „make the digital choice the easy choice“. Bislang sind weder medizinisches Personal noch die Patientenschaft von den Vorteilen überzeugt. Hier müssen wir ansetzen.

Ziel muss es sein, Plattformen wie TeleClinic, digitale Gesundheitsanwendungen, stationäre Arztpraxen und Krankenhäuser durch die Telematikinfrastruktur zu verknüpfen. Auf diese Weise entstehen sektorenübergreifende Strukturen und das Prinzip der hybriden Versorgung wird zum Leben erweckt.

Wir benötigen vor allem eine Regulatorik, die den Einsatz der Telemedizin fördert. Ärztinnen und Ärzte müssen selbst entscheiden können, in welchen Situationen sie digital behandeln und wann eine Videosprechstunde sinnvoll ist. In unserer Wahrnehmung gehen sie sehr umsichtig mit dieser Thematik um. Aber es sind Leitlinien erforderlich, die ihnen Sicherheit geben.

**Vor welchen Herausforderungen stehen Patientinnen und Patienten bei der Nutzung digitaler Gesundheitsdienste?**

*Benedikt Luber:* Viele Lösungen sind noch nicht ausgereift, sowohl in technischer Hinsicht als auch in puncto Nutzererlebnis. So ist es ausgesprochen aufwändig, die ePA erstmalig freizuschalten. Die Versicherten sind da im digitalen Bereich schon deutlich einfachere Prozesse gewöhnt.

Ein wichtiges Thema ist auch die Sicherheit. Beispielsweise muss die digitale Identität absichern, dass ein Arzt mit einer bestimmten Patientin verbunden ist. Die Patientin muss wiederum sicher sein, dass ihre Behandlung Teil der gesetzlichen Regelversorgungsleistung ist und nicht privat abgerechnet wird.

Neben dem Aufbau von Vertrauen benötigen wir eine klare Kommunikation der Vorteile. Und zwar für Versicherte und medizinische Fachkräfte gleichermaßen. Allerdings müssen diese Vorteile auch real sein. Mit nicht ausgereiften Lösungen verpasst man die Chance, fest etablierte Systeme abzulösen.

Es gibt aber beispielsweise über 12.000 Apotheken in Deutschland, die bereits ein digitales – meist privates – Rezept von uns eingelöst haben. Haben die Menschen den Anwendungsfall einmal verstanden und etwa davon profitiert, dass sie ihr Chronikermedikament innerhalb einer Stunde nach der Verschreibung in der Apotheke vor Ort oder bequem über den Versandweg erhalten haben, so bleibt eine entscheidende Botschaft hängen: Es funktioniert und es ist sinnvoll.

Eine Gesundheitsdienstleistung, die bei der TeleClinic beispielsweise schon sehr gut funktioniert, ist die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung – kurz: eAU. Hier zeigt sich, dass die Digitalisierung in die richtige Richtung geht. Zu Beginn besteht zwar ein gewisser Kommunikationsbedarf, da der Prozess neu ist. Früher hielten die Beschäftigten die Krankschreibung selbst in der Hand und mussten sie weiterleiten. Nun liegt dies in der Hand der Praxen. Der Rollout ist geschafft und das neue Prozedere hat sich gut etabliert.

**Was sind die größten Hindernisse für die TeleClinic beim weiteren Ausbau der digitalen Dienste?**

*Benedikt Luber:* Ich sehe hier drei bedeutende Hürden. Erstens die Beschränkung der Telemedizin, die Unsicherheiten für das Fachpersonal mit sich bringt: Wann ist eine telemedizinische Behandlung möglich und wann nicht? Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass eine Aufhebung der Telemedizin-Beschränkungen eine stärkere Nutzung der Telemedizin bewirkt; diese Aufhebung ist übrigens auch Bestandteil der Digitalisierungsstrategie. Zweitens benötigen wir eine Aufnahme der Videosprechstunde in die Leitlinien. Nur das verschafft Sicherheit darüber, was und wie telemedizinisch behandelt werden darf. Die dritte Hürde sind die noch fehlenden Puzzleteile der Telematikinfrastruktur, die wir bereits genannt haben: ePA, E-Rezept etc. Der Anwendungsfall Telemedizin wird dann für viele attraktiv, wenn die klassischen Dokumente der medizinischen Versorgung auch digital zur Verfügung stehen. Für viele gesetzlich Versicherte (insbesondere chronisch Kranke) ist die TeleClinic aktuell noch nicht sehr überzeugend, weil sie nicht flächendeckend ein Kassenrezept erhalten. Und die Mehrkosten für ein Privatrezept überzeugen sie nicht gerade von der Attraktivität der Telemedizin.

**Eine Ausbaustufe der digitalen Dienste ist der Bereich Prävention. Ist es realistisch, bald immer und überall auf digitale Präventionsangebote zugreifen zu können?**

*Benedikt Luber:* Ja, das halten wir für realistisch. Ein konkretes Anwendungsbeispiel, welches wir gerade mit unserem Kooperationspartner DasLab gestartet haben: Wir wollen Vorsorgeuntersuchungen durch sogenannte Home Tests verbessern, z.B. für die Früherkennung von Darmkrebs. Die Patientinnen und Patienten erhalten ein Testkit per Post, sie führen den Test zu Hause durch, das Ergebnis wird ihnen digital übermittelt und bei Bedarf erhalten sie telemedizinischen ärztlichen Rat. Hier kann Telemedizin ihre Vorteile voll ausspielen. Denn gerade bei der Prävention scheitert es oft an der Terminverfügbarkeit oder dem Aufwand für die Versicherten.

Ein ganz wichtiger Baustein ist hier, dass die gesetzlichen Krankenkassen diese Home Tests anerkennen. Das ist leider noch nicht bei allen der Fall. Wir arbeiten aktuell mit einzelnen gesetzlichen Krankenkassen an einer besonderen Lösung, also an einem Selektivvertrag. Wir haben hier eine gewisse Pionierrolle und wollen zeigen, dass solche Lösungen funktionieren – für Versicherte, Praxen und Krankenkassen gleichermaßen.

**Gibt es weitere Konzepte, mit denen die TeleClinic das Thema Prävention bearbeitet?**

*Benedikt Luber:* Ein weiteres Thema, das wir uns anschauen, ist die Integration von Wearables. Es geht darum, den Puls, aber auch andere Daten besser und vor allem über einen langen Zeitraum zu überwachen und dadurch ein umfassendes Patientenbild zu erstellen. Dies unterstützt das ärztliche Personal bei der Früherkennung. Klagt z.B. ein Patient über chronische Kopfschmerzen, kann die Ärztin dank der Wearables auf die Historie seiner Vitalwerte zugreifen. Das ermöglicht ganz andere Schlussfolgerungen als der alleinige Blick auf die Kopfschmerzen. Hier wollen wir eine umfassende Lösung anbieten, die eine Verknüpfung aller marktüblichen Wearables erlaubt. Die erhobenen und zusammengeführten Daten sollten dann idealerweise für alle behandelnden Ärztinnen und Ärzte abrufbar sein, also auch jenseits unserer Plattform.

**Die elektronische Patientenakte kann dazu beitragen, ein ganzheitliches Bild zur Gesundheitsgeschichte von Versicherten zu erhalten. Prävention könnte so zielgerichtet angeboten werden und Programmerfolge wären messbar. Was sind die größten Chancen und Herausforderungen bei der Einführung der ePA?**

*Benedikt Luber:* Der Nutzen der ePA geht tatsächlich weit über das Vermeiden von Papiermüll

hinaus. Der eigentliche Mehrwert liegt in der Verknüpfung von Anwendungen und dem Zusammenführen von Gesundheitsdaten. Die ePA ist quasi das Zentrum des zukünftigen Ökosystems. Sie bereitet den Weg dafür, dass Daten mithilfe von Wearables erhoben und abgerufen werden können. Hat sich die ePA erst einmal etabliert, dürfte das eine Kettenreaktion in Gang setzen.

Ein gutes Anwendungsbeispiel ist übrigens die Kombination von ePA und E-Rezept. Stellen wir uns eine Patientin mit chronischer Krankheit vor. In der Regel erhält sie die Folgerezepte bei ihrem standardmäßig behandelnden Arzt. Aber natürlich kann es auch vorkommen, dass sie einen Regeltermin nicht wahrnehmen kann und trotzdem das Folgerezept benötigt. Sie sucht also eine andere Ärztin auf, telemedizinisch oder in der Praxis. Diese Ärztin kennt aber die Patientenhistorie nicht. Das eigentlich simple Ausstellen eines Rezepts wird damit zu einer großen Herausforderung. Gäbe es die ePA, könnte die Ärztin problemlos auf die Historie zugreifen und sich davon überzeugen, dass die Patientin gut eingestellt ist. Das Folgerezept könnte sie dann ohne große Risiken ausstellen: Sie trägt ihre

Verschreibung in der ePA ein und der reguläre Arzt kann sich beim nächsten Termin mit einem Blick informieren.

**Zum Abschluss noch eine allgemeine Frage: Wenn Sie sich etwas für unser Gesundheitssystem wünschen dürften, was wäre das?**

*Johanna Stockdreher:* Wir wünschen uns eine Zentrierung auf die Ärzte- und Patientenschaft, also auf die Kernnutzer. In jeder anderen Branche ist ein solcher Fokus selbstverständlich, nur in unserem Gesundheitssystem kommen einem manchmal Zweifel. Und es gibt einen zweiten, mindestens genauso wichtigen Wunsch – den effizienteren Umgang mit finanziellen Mitteln im Gesundheitssystem. Das erfordert beispielsweise Abrechnungs- und Kontrollsysteme, die den administrativen Aufwand von Arztpraxen und Krankenkassen spürbar verringern. Würden sich diese beiden Wünsche erfüllen, ließe sich unser Gesundheitssystem erfolgreich für die Zukunft positionieren. Und wir bei TeleClinic geben derweil weiterhin unser Bestes, unser Mission Statement in die Tat umzusetzen: „making digital health easily accessible to everyone for a healthier society“.

# 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 den vdek, die AOK-Gemeinschaft, BKKen und IKKen. Erkenntnisse zur Knappschaft, bei der es sich um eine Einzelkasse handelt, werden nicht gesondert dargestellt.

Zwei Bereiche stehen im Mittelpunkt:

**Entwicklung des Wettbewerbs im GKV-Markt.**

Wie hat sich die Anzahl der Kassen in den vergangenen Jahren entwickelt? Wie verändern sich die Marktanteile der Kassenarten, wie die Versicherungszahlen und -strukturen?

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

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

# Das Wichtigste im Überblick

## Wettbewerbs- und Wachstumstrends

Die GKV-Landschaft befindet sich derzeit – nach einer Periode verstärkter Konsolidierungen (bis 2016) – in einer vergleichsweise stabilen Phase. Lediglich bei den BKKen dauern die Konsolidierungsaktivitäten noch an. Die AOK-Gemeinschaft und der vdek decken als annähernd paritätische Marktführer nach Versichertenzahlen rund 75% des Marktes ab. Die GKV verfügt gegenüber der PKV über einen stabilen Marktanteil von rund 87%. Der Anteil an GKV-Versicherten mit PKV-Zusatzversicherung wächst seit 2019 mit 4% pro Jahr wieder stärker. Zwischen den Kassenarten gleicht sich die Versichertenstruktur nach Altersgruppen an. Der prozentuale Anteil von Versicherten, die 50 Jahre oder älter sind, schwankt zwischen den Kassenarten um 5 Prozentpunkte; die AOK-Gemeinschaft weist mit 42% den geringsten Anteil dieser Altersgruppe auf.

## Entwicklung der Kassenergebnisse

Alle GKV-Kassenarten verzeichnen im Jahr 2021 ein negatives KJ1-Ergebnis. Die Leistungsausgaben, einer der Kerntreiber des KJ1-Ergebnisses, steigen wieder deutlich an – mit jährlich 4,7% zwischen 2019 und 2021. Besonders stark ist der Anstieg bei Impfungen mit 10,2% und Heilmitteln mit 9,2%, wobei der Anstieg bei Heilmitteln im Vergleich zum Zeitraum 2017 bis 2019 weniger stark ausfällt. Impfungen verursachen nicht einmal 1% der Leistungsausgaben, sodass ihr Ausgabenanstieg wenig ins Gewicht fällt. Der einzige Bereich, in dem die Leistungsausgaben sinken, ist Rehabilitation und Vorsorge. Dies ist sicherlich eine Folge der in der COVID-19-Pandemie ausgefallenen und verschobenen Behandlungen. Bei den morbiditätsadjustierten Ausgaben nähern sich alle Kassenarten ihrem Erwartungswert an. Die AOK-Gemeinschaft und der vdek liegen mit 0,3% bzw.

0,2% unter ihrem Erwartungswert. Die BKKen und die IKKen liegen hingegen mit 0,3% bzw. 0,9% über ihrem Erwartungswert.

Die Verwaltungskosten steigen zwischen 2019 und 2021 jährlich um 2,2%. Ihr Anteil an den Gesamtausgaben ist aufgrund des stärkeren Anstiegs der Leistungskosten allerdings gesunken. Ein direkter Vergleich der Verwaltungskosten der verschiedenen Kassenarten wird erschwert, da diese auch von spezifischen Faktoren und Strategien der einzelnen Kassenarten beeinflusst werden. Ausgehend von den aufgrund des Morbiditätsindex erwarteten Kosten zeigt sich jedoch, dass die AOK-Gemeinschaft und die IKKen 2021 mit +5 EUR bzw. +9 EUR je Versicherte:n über ihren erwarteten Verwaltungskosten liegen. Der vdek mit -17 EUR je Versicherte:n und die BKKen mit -2 EUR je Versicherte:n liegen hingegen unter ihren Erwartungswerten. Hierbei sind jedoch die unterschiedlichen strategischen Entscheidungen der Kassenarten zu ihrer Flächenpräsenz zu berücksichtigen: Die BKKen haben eine höhere Anzahl an Geschäftsstellen je Versicherte:n, die AOK-Gemeinschaft beschäftigt dafür mehr Mitarbeitende je Versicherte:n. Die IKKen hingegen setzen auf eine vergleichsweise hohe Anzahl an Geschäftsstellen sowie an Mitarbeitenden.

## Altersstruktur und Niveau der Leistungsausgaben

Die Altersstruktur der Kassen hat sich seit 2021 nur leicht verändert. Der prozentuale Anteil der Altersgruppe „50 Jahre und älter“ ist beim vdek am höchsten und bleibt mit 47% zwischen 2021 und 2022 unverändert. Die BKKen steigern ihren Anteil in dieser Altersgruppe leicht um 1 Prozentpunkt auf 43%. In der AOK-Gemeinschaft sinkt der Anteil dieser Altersgruppe um 1 Prozentpunkt

leicht (42% im Jahr 2022). Wird die Veränderung seit 2012 betrachtet, so zeigt sich eine Angleichung der Altersstruktur zwischen den Kassenarten.

Die AOK-Gemeinschaft kann bei den jüngsten Mitgliedern ihre Position stärken und weist in den Altersgruppen bis 34 Jahre einen höheren Versichertenanteil als der Durchschnitt auf. Gleichzeitig hat die AOK-Gemeinschaft den geringsten Anteil an älteren Versicherten und diese Altersstruktur schlägt sich in den Leistungsausgaben nieder: Hier liegt die AOK-Gemeinschaft 0,5 Prozentpunkte unter dem GKV-Schnitt.

Die Veränderungen in der Altersstruktur spiegeln sich im Morbiditätsindex der Kassenarten wider. Der Morbiditätsindex der AOK-Gemeinschaft sinkt, die Indizes der anderen Kassenarten steigen hingegen und gleichen sich dem GKV-Schnitt an.

#### **Aktuelle Entwicklungen**

Die Krankenkassen weisen in ihren endgültigen Ergebnissen für 2022 einen Überschuss von rund 385 Mio. EUR aus. Die Einnahmen der GKV entwickeln sich mit einem Zuwachs von 3,9% besser als erwartet. Mit 4,2% steigen die Leistungsausgaben weniger stark als zwischen 2019 und 2021, allerdings etwas schneller als die Einnahmen. Die Verwaltungskosten steigen mit 6,1% hingegen stärker an.

Der Gesundheitsfonds weist 2022 einen Überschuss von rund 4,3 Mrd. EUR aus und die Liquiditätsreserve zum 16. Januar 2023 beträgt rund 12,0 Mrd. EUR. Durch die beschlossene Reduzierung der Obergrenze für die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds werden ca. 4,7 Mrd. EUR in die Einnahmen des Gesundheitsfonds überführt und für höhere Zuweisungen an die Krankenkassen im Jahr 2023 genutzt.

~ 4,7%

Anstieg der Leistungsausgaben zwischen 2019-2021



# Wettbewerbstrends

# B1

Die Entwicklung der GKV seit 2017 unterliegt – neben den demografischen Veränderungen, die alle Kassen betreffen – im Wesentlichen vier Trends:

**Die Anzahl der Kassen bleibt stabil.** Eine längere Phase mit zahlreichen Fusionen infolge der Gesundheitsreform 2007 ist einer gewissen Stabilität gewichen. Seit 2017 verändert sich die Anzahl der Kassen kaum. Lediglich die BKKen verzeichnen seit 2013 vereinzelte Konsolidierungen zum Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit (die Zahl der BKKen ist zwischen 2018 und 2023 um 3,5% pro Jahr zurückgegangen). Es bleibt abzuwarten, ob und in welchem Ausmaß der Kostendruck auch in den Verwaltungskosten (Anstieg im 1. Halbjahr 2023 um 4,1%)<sup>36</sup> erneute Fusionen nach sich ziehen wird (siehe Schaubilder B1.1 bis B1.3).

**Die Marktanteile von GKV und PKV bleiben konstant.** Während der Marktanteil der GKV gegenüber der PKV seit etwa zehn Jahren stabil bei rund 87% liegt, nimmt der Anteil an privaten Zusatzversicherungen kontinuierlich zu. Nach zweistelligem jährlichen Wachstum Anfang der 2000er Jahre ging das Wachstum zwischen 2013 und 2017 auf rund 2% pro Jahr zurück. Seitdem steigt es mit 3% pro Jahr bzw. seit 2019 mit 4% pro Jahr. Darin zeigt sich das erhöhte Bedürfnis der Versicherten nach Gesundheitsabsicherung, das in den vergangenen Jahren wieder zugenommen hat (siehe Schaubild B1.4).

**Wettbewerbsdruck unter den Kassen steigt weiter.** Der vdek und die AOK-Gemeinschaft verfügen mittlerweile über einen gemeinsamen Marktanteil nach Versicherten von über 75%. Die Versichertenentwicklung des vdek liegt seit Mitte 2022 allerdings unter dem GKV-Durchschnitt und bei der AOK-Gemeinschaft zeigt sich im 1. Quartal 2023 sogar ein Versichertenrückgang. Die BKKen können seit Beginn des Jahres 2021 hingegen überproportionale Versichertenzuwächse verzeichnen. Die Versichertenentwicklung bei den IKKen ist im selben Zeitraum negativ und damit sinkt ihr Marktanteil. Insgesamt erhöht sich der Wettbewerbsdruck zwischen den Kassenarten also weiter. Die relative Entwicklung der Versichertenzahlen seit 2013 unterstreicht den Trend: Die AOK-Gemeinschaft und der vdek konnten zwischen 2013 und 2018 noch deutlich über dem GKV-

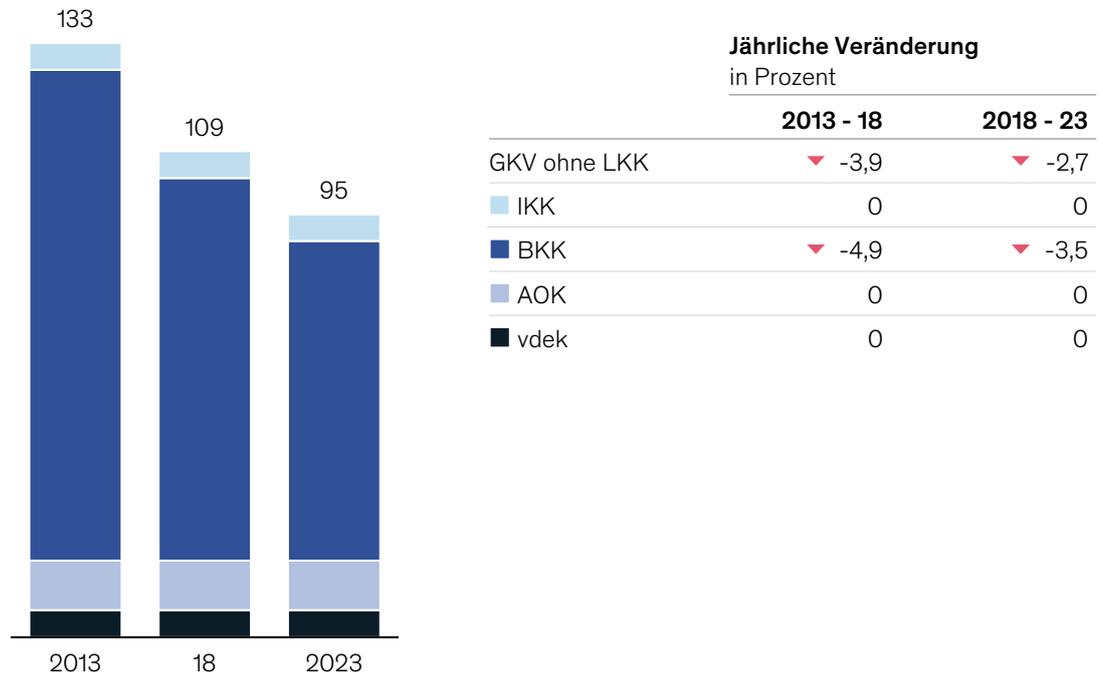
Schnitt wachsen. Seit 2018 hat sich das Wachstum der AOK-Gemeinschaft von 0,9% an den GKV-Schnitt von 0,5% weitestgehend angepasst. Der vdek liegt mit 0,3% leicht darunter. Erlitten die BKKen zwischen 2013 und 2018 insbesondere aufgrund des fusionsbedingten Übergangs in andere Kassenarten noch Versichertenrückgänge – vor allem wegen der Eingliederung von Deutsche BKK mit 1,1 Millionen Versicherten in die BARMER am 1. Januar 2017 – verzeichnen sie zwischen 2018 und 2023 ein Plus von 0,5%. Bei den IKKen schwindet die Versichertenzahl hingegen beständig; wichtigstes Standbein dieser Kassenart sind nun die Stammversicherten, deren Durchschnittsalter kontinuierlich steigt (siehe Schaubilder B1.5 und B1.6).

**Die Versichertenstruktur ähnelt sich zunehmend.** Wenngleich zwischen den Kassenarten noch Unterschiede in der Versichertenstruktur bestehen, hat sich diese in den vergangenen Jahren doch stark angeglichen. Erwartungsgemäß steigt der prozentuale Anteil von Versicherten ab 50 Jahren bei allen Kassenarten aufgrund der demografischen Entwicklung im Vergleich zu 2012, allerdings unterschiedlich stark je Kasse. Deshalb ist der Anteil älterer Versicherter (50 Jahre und älter) mittlerweile zwischen AOK-Gemeinschaft, BKKen und IKKen eher ausgeglichen und liegt bei 43 bis 44%. Die AOK-Gemeinschaft hat mittlerweile mit 43% den geringsten Anteil an Versicherten ab 50 Jahren, während sie 2012 noch den höchsten Anteil im Kassenartenvergleich hatte. 2022 weist der vdek mit 47% den höchsten Anteil dieser Altersgruppe auf. Auch die Geschlechterverteilung gleicht sich immer weiter an. Im GKV-Schnitt 2022 liegt der Frauenanteil unverändert bei 51,9%, wovon der vdek mit +2,3 Prozentpunkten und die IKKen mit -3,6 Prozentpunkten abweichen – das entspricht einer Spanne von fast 6 Prozentpunkten. Zwischen 2021 und 2022 ist diese Spanne erneut etwas kleiner geworden. 1995 lag sie zwischen dem vdek und den IKKen sogar noch bei etwa 20 Prozentpunkten (siehe Schaubilder B1.7 bis B1.14). Diese Entwicklung ist sehr wahrscheinlich auf die Öffnung der GKVen zurückzuführen. Diese sind heute nicht mehr auf bestimmte Berufszweige beschränkt, die teilweise von einem Geschlecht dominiert werden.

<sup>36</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/finanzentwicklung-gkv-1-halbjahr-2023>

## Während sich die Anzahl der BKKen seit 2013 durch Fusionen stetig weiter verringert, bleibt die Anzahl aller anderen Kassen seither stabil

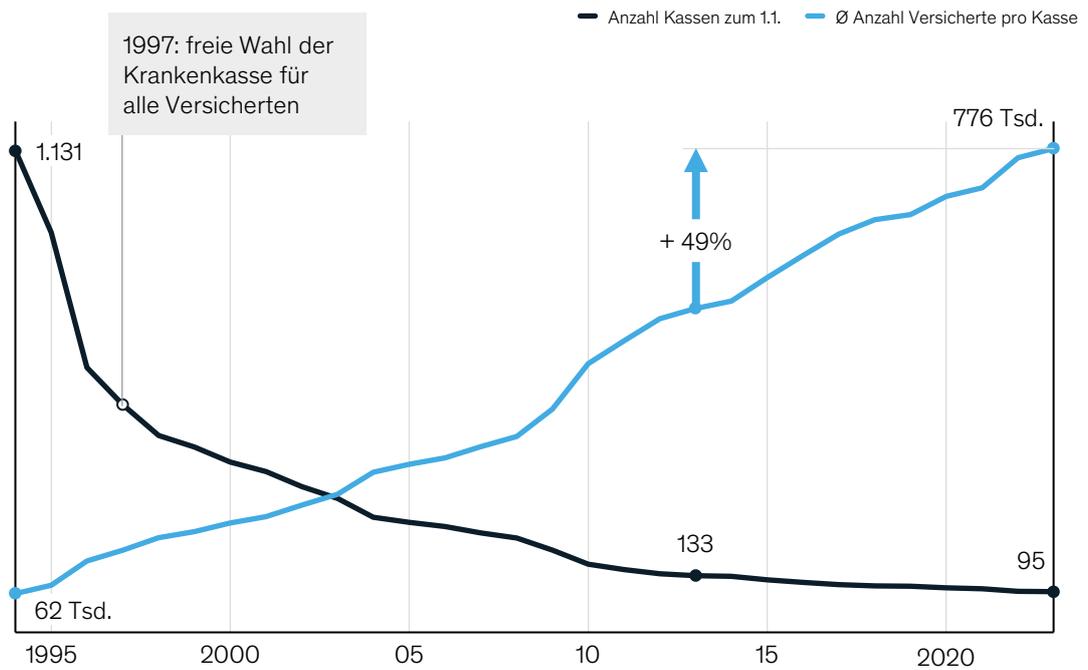
Anzahl Kassen<sup>1</sup> jeweils zum 1.1. eines Jahres



1 Ohne LKK

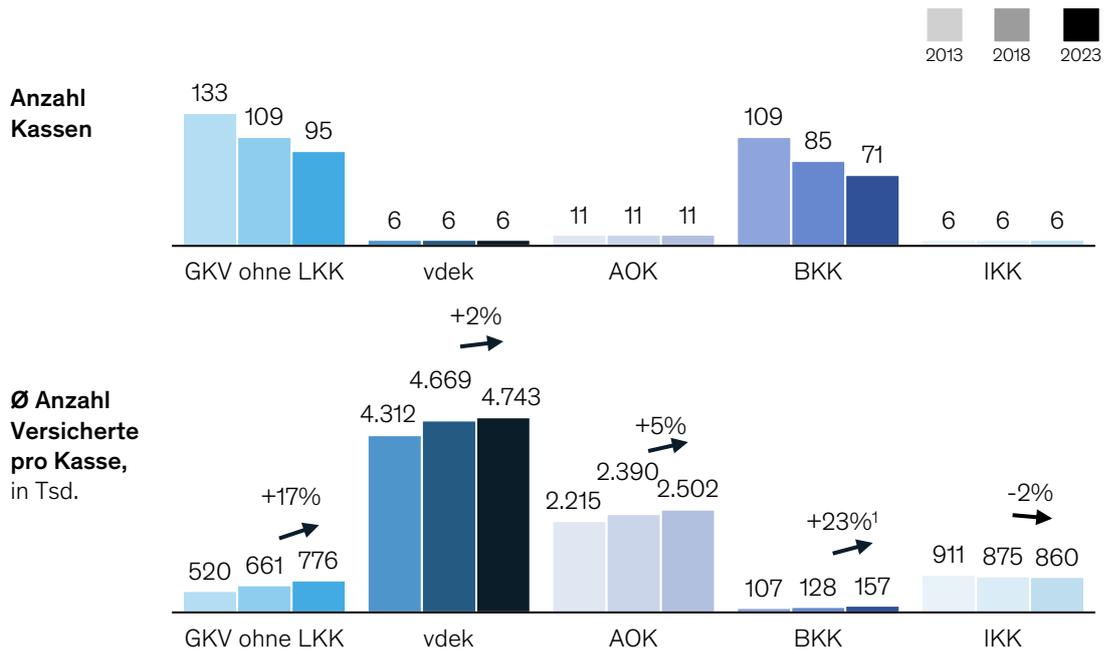
Quelle: Anzahl Kassen jeweils zum 1.1. des Jahres gemäß GBE-Bund

## Infolge von Konsolidierungen nimmt die durchschnittliche Versichertenzahl je Kasse seit 2013 nochmals um fast 50% zu



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 2023 approximiert

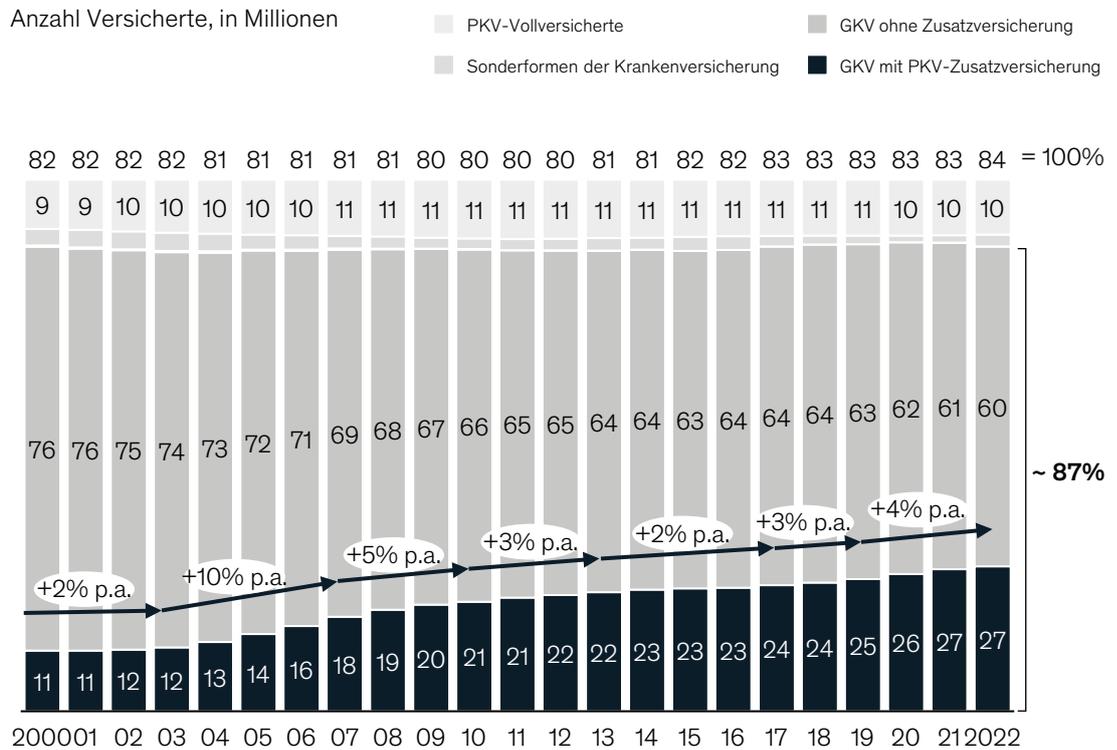
### Mit 23% nimmt die durchschnittliche Größe der BKKen fusionsbedingt seit 2013 am stärksten zu – die durchschnittliche Versichertenzahl je IKK ist rückläufig



<sup>1</sup> Auswahl einzelner größerer Fusionen innerhalb der BKKen von 2013 bis 2023: BKK A.T.U./BKK der Schwesternschaft München vom BRK, BKK Mobil Oil/HypoVereinsbank BKK, pronova BKK/Vaillant BKK, BKK VBU/BKK Demag Krauss-Maffei/BKK S-H/BKK Basell, BKK VBU/Vereinigte BKK, BKK Pfalz/BKK Vital, mhplus/Metzinger BKK, BKK VBU/Thüringer Betriebskrankenkasse, BKK VBU/Brandenburgische BKK, VIACTIV/BKK Achenbach Buschhütten, Novitas BKK/SIEMAG BKK, BKK Stadt Augsburg/Audi BKK

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

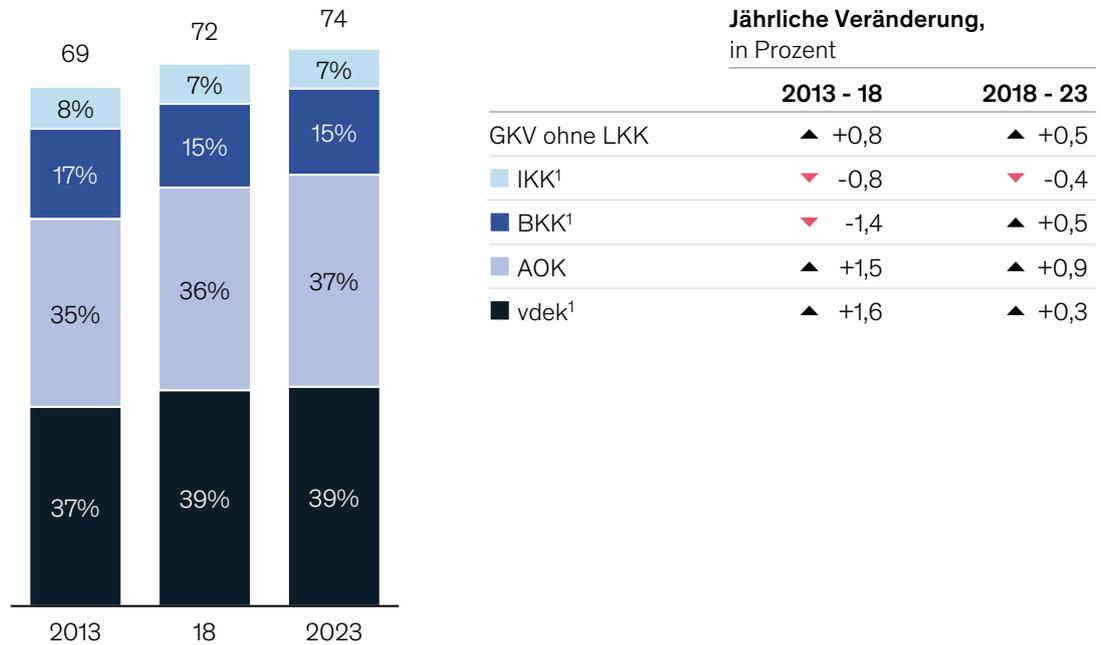
### Der GKV-Marktanteil liegt stabil bei rund 87%, während der Anteil GKV-Versicherter mit privater Zusatzversicherung zunehmend steigt



Quelle: PKV-Zahlenportal, PKV 2021 approximiert; Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG; OECD-Statistik

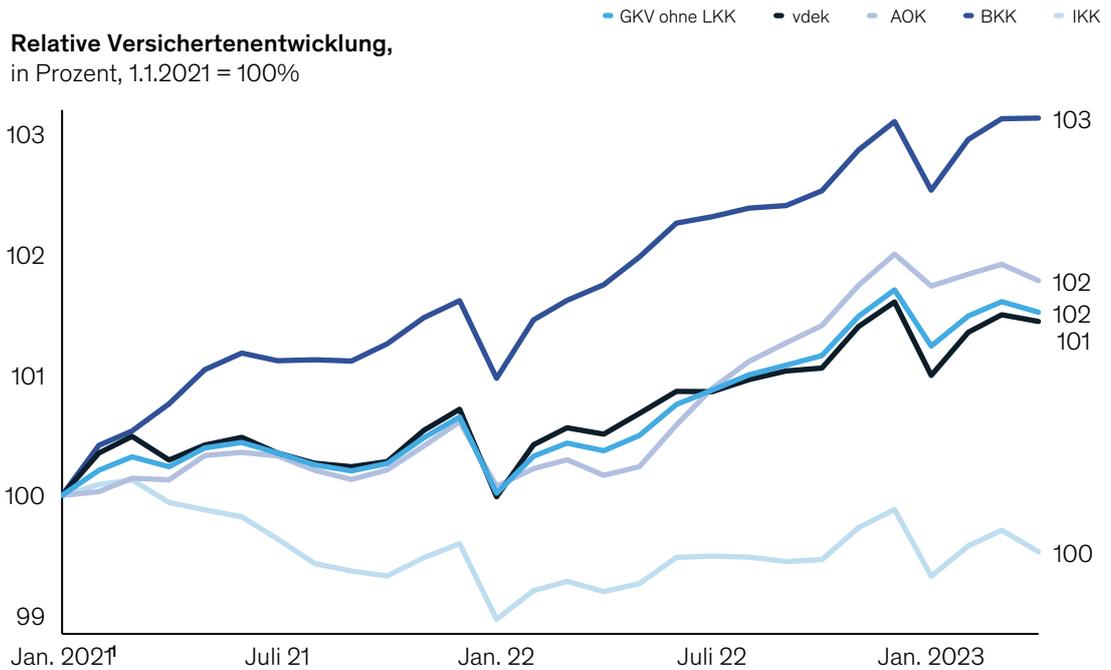
## Überdurchschnittliche Zuwächse bei den Versichertenzahlen verzeichnen seit 2018 lediglich AOKen

Anzahl Versicherte, in Millionen



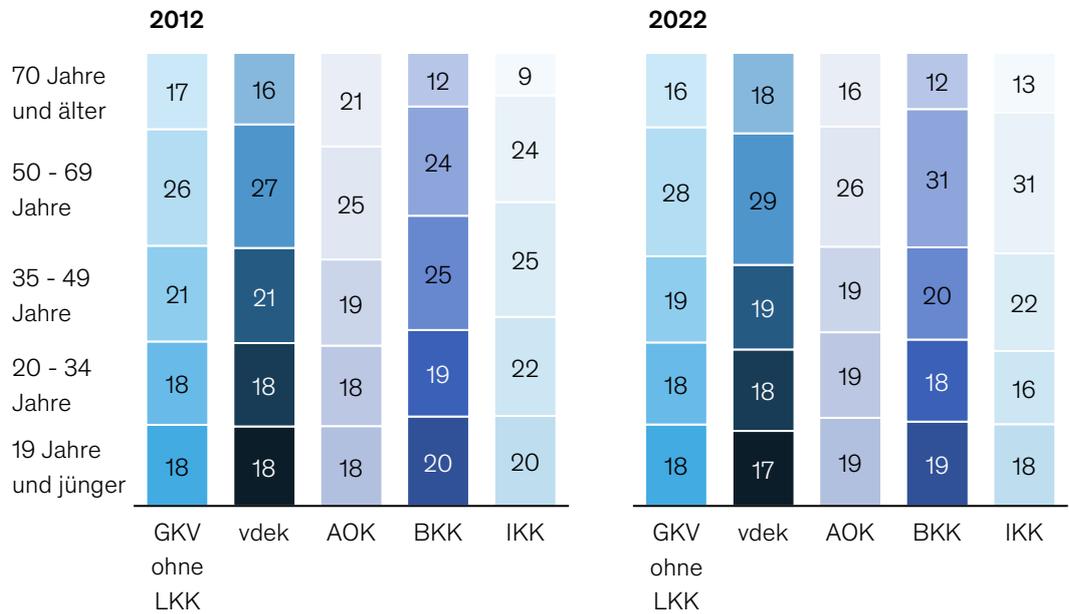
<sup>1</sup> Eingliederung von actimoda in BIG direkt gesund zum 1.1.2021 und Deutsche BKK in BARMER zum 1.1.2017  
 Quelle: Anzahl Versicherte zum Dezember des Vorjahres nach KM1 BMG

## Die relative Entwicklung der Versichertenzahlen auf Basis von 2021 zeigt deutliches Wachstum bei den BKKen



<sup>1</sup> Eingliederung von actimoda in BIG direkt gesund zum 1.1.2021  
 Quelle: Anzahl Versicherte zum 1. jedes Monats nach KM1 BMG

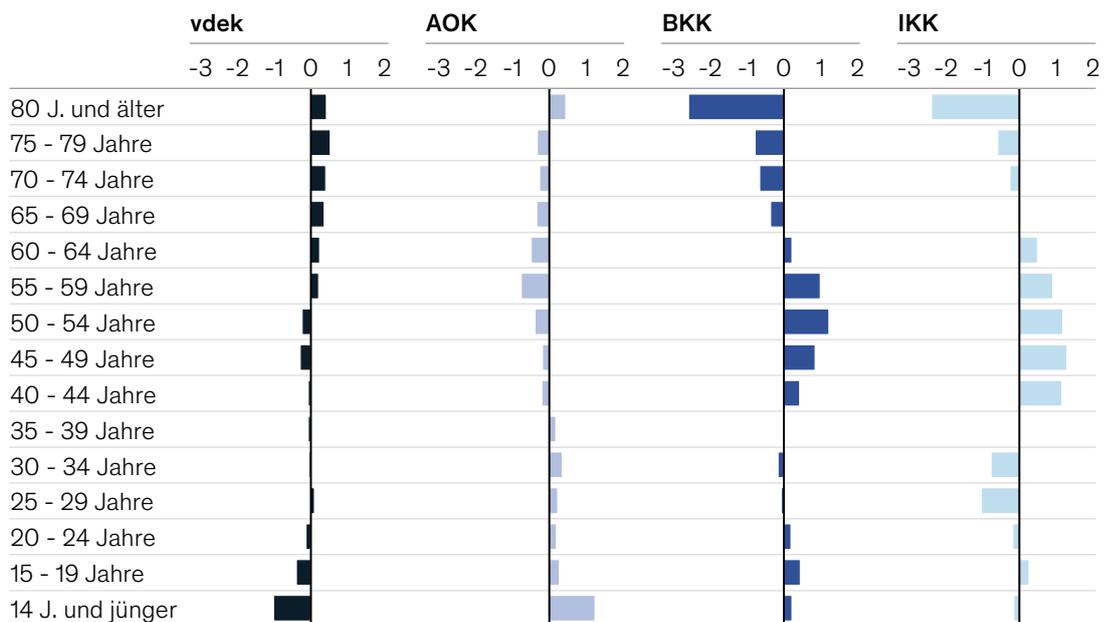
**Der Anteil älterer Versicherter ab 50 steigt bei BKKen und IKKen auf einen ähnlichen Wert wie bei den AOKen; den höchsten Anteil weist der vdek auf**  
 Versichertenanteile nach Altersgruppen, in Prozent



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

**BKKen und IKKen zeigen bei den Versichertenanteilen weiterhin in beide Richtungen die größten Abweichungen zur GKV ohne LKK**

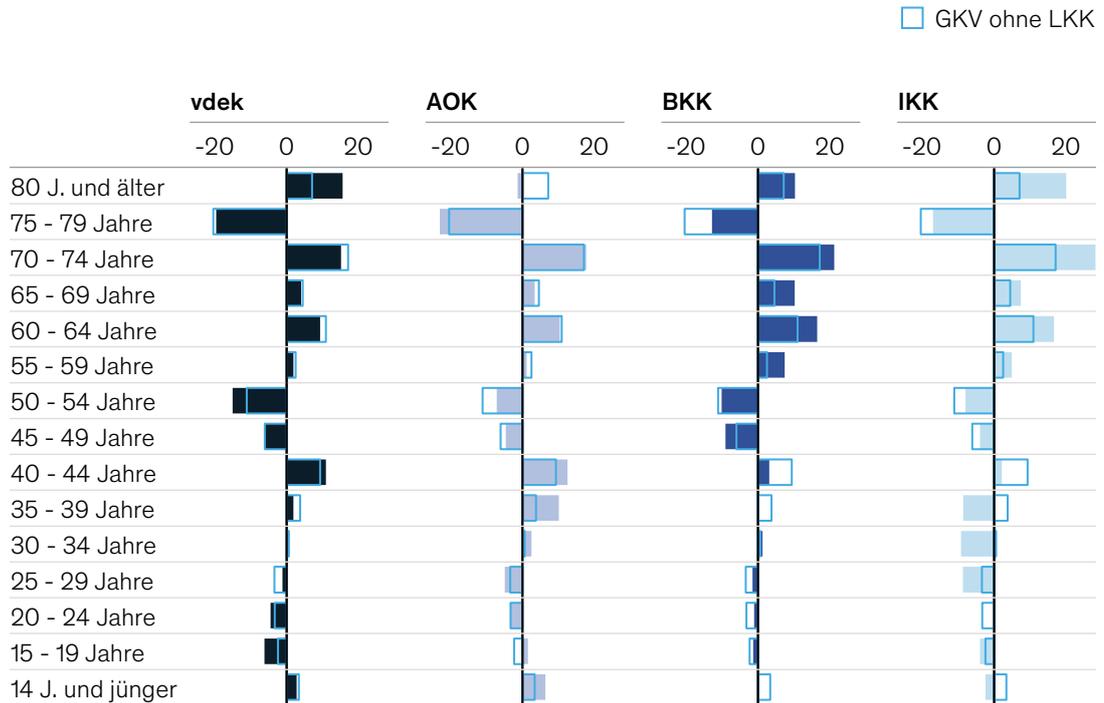
Abweichung Versichertenanteile 2022 ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten



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

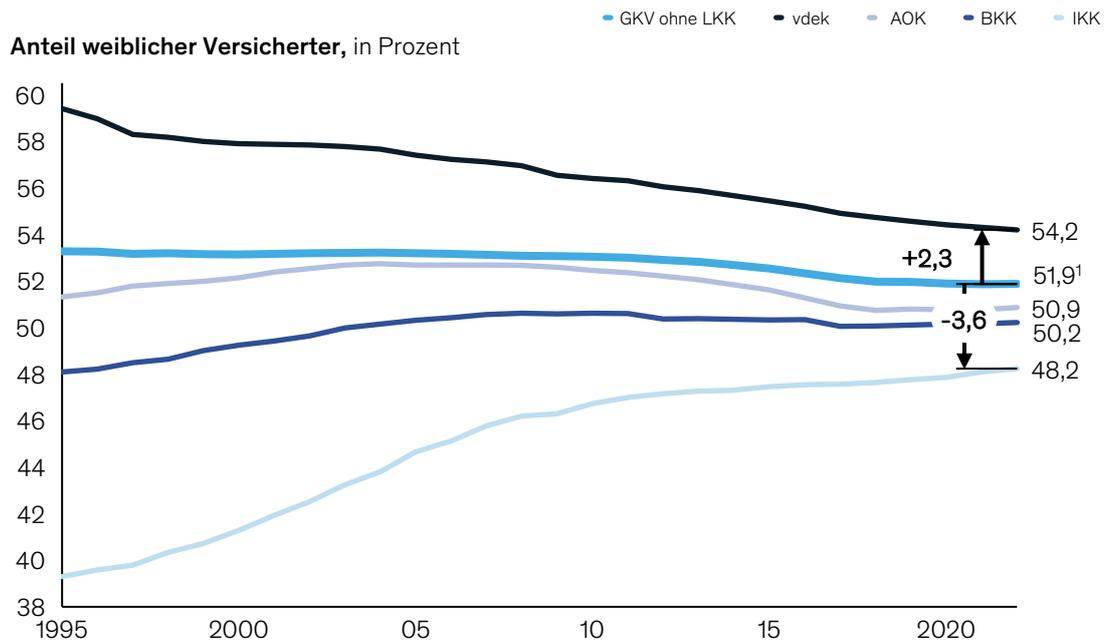
### AOKen verzeichnen seit 2019 vergleichsweise starke Zuwächse bei Versicherten unter 45 Jahren, BKKen und IKKs hingegen bei Versicherten ab 55 Jahren

Veränderung Anzahl Versicherte, 2022 ggü. 2019, in Prozent



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

### Der Geschlechtermix gleicht sich an; der Frauenanteil liegt 2022 beim vdek 2,3 Prozentpunkte über, bei IKKs 3,6 Prozentpunkte unter dem GKV-Schnitt

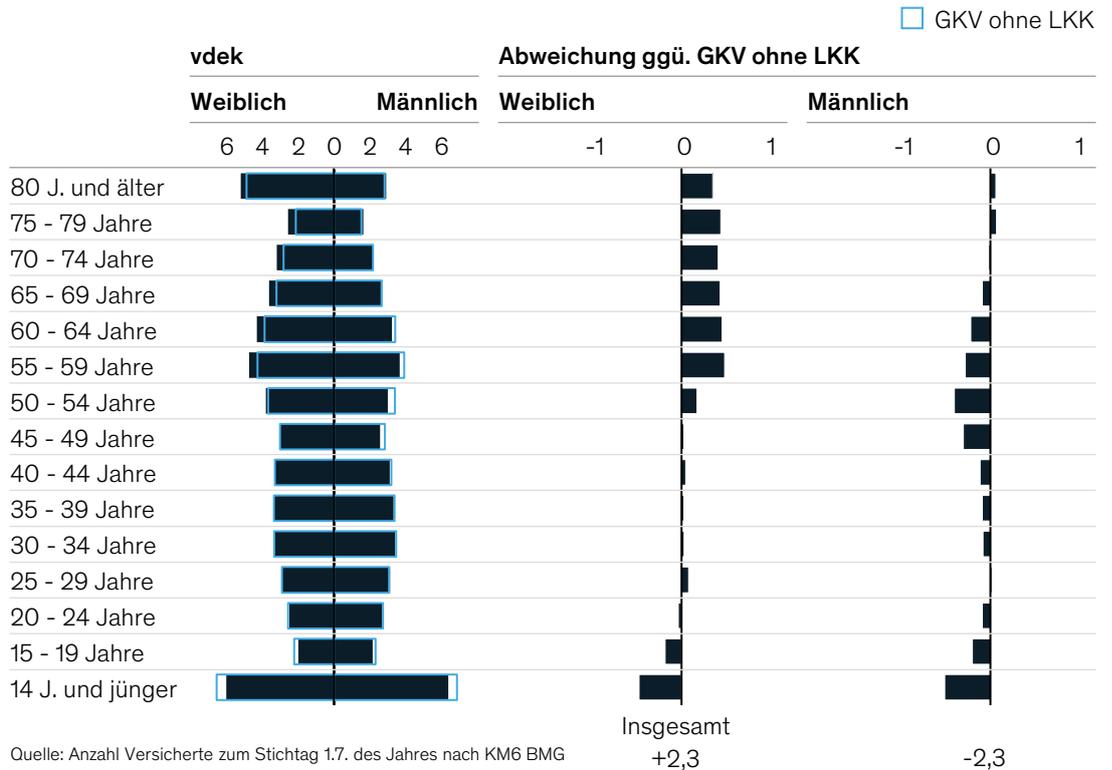


<sup>1</sup> Zum Vergleich: Der Frauenanteil an der Gesamtbevölkerung in Deutschland beträgt 2021 50,5%

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

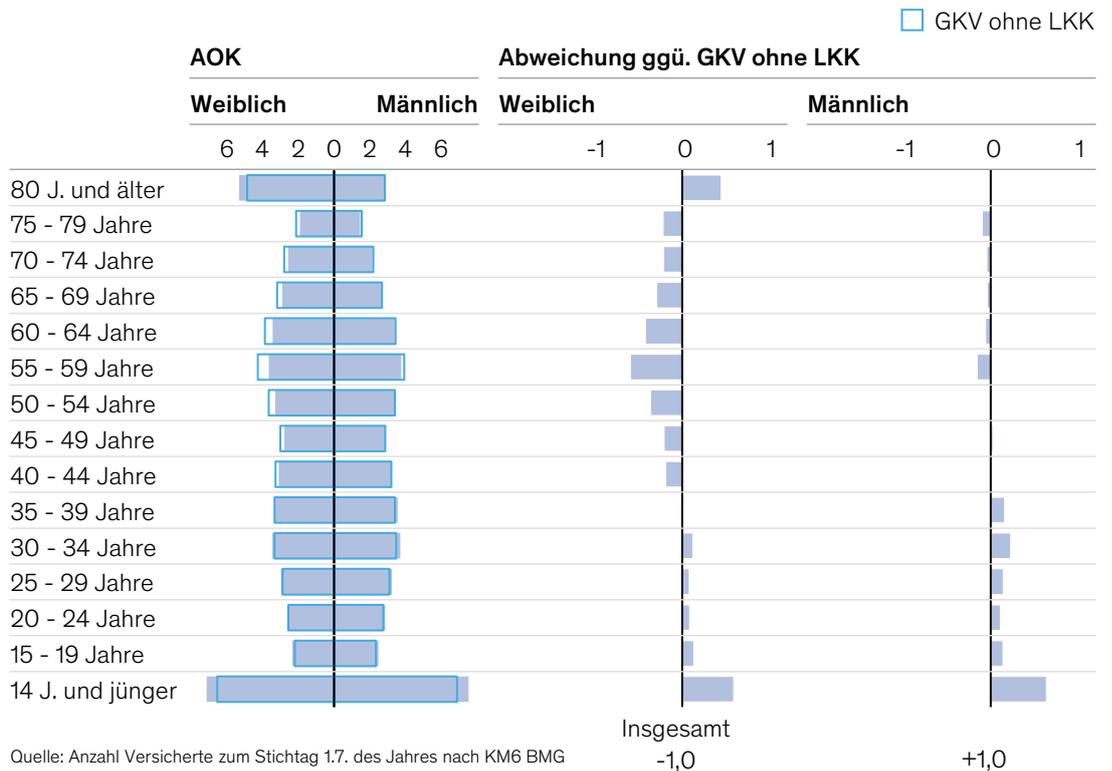
### Beim vdek sind überdurchschnittlich viele Frauen ab 50 versichert; der Frauenanteil ist 2,3 Prozentpunkte höher als bei der GKV ohne LKK

Versichertenanteile 2022 in Prozent, Abweichung ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten



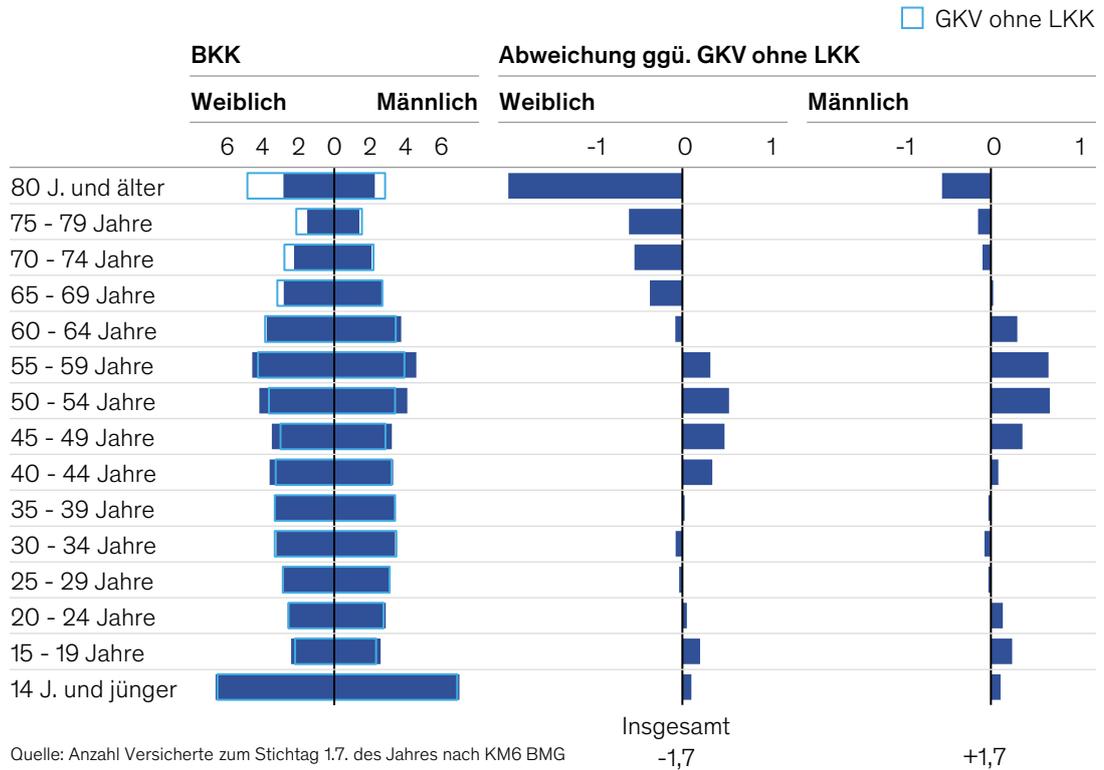
### AOKen mit höherem Versichertenanteil von Männern unter 35 und einem deutlich höheren Kinderanteil bei unter 15-Jährigen

Versichertenanteile 2022 in Prozent, Abweichung ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten



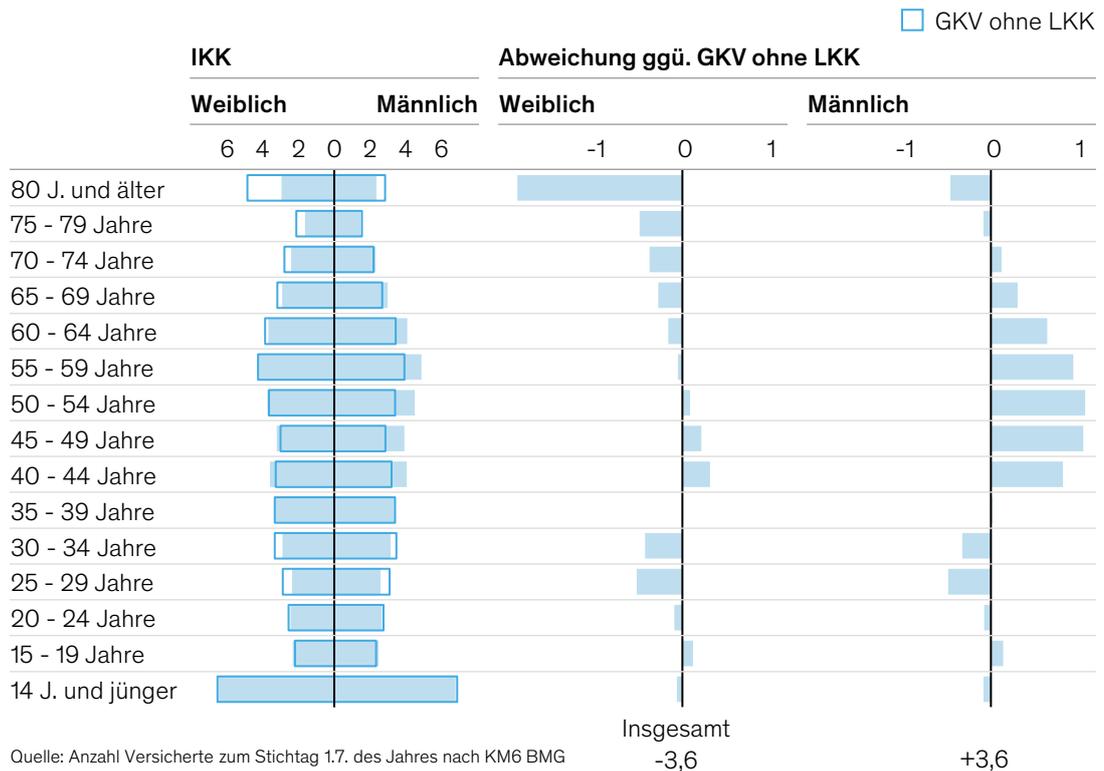
### BKKen mit höherem Versichertenanteil in den Altersgruppen 40 bis 59 und bei Kindern; der Männeranteil liegt 1,7 Prozentpunkte über dem GKV-Schnitt

Versichertenanteile 2022 in Prozent, Abweichung ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten



### IKKen versichern mehr Männer zwischen 40 und 69 Jahren, der Männeranteil ist 3,6 Prozentpunkte höher als bei der GKV ohne LKK

Versichertenanteile 2022 in Prozent, Abweichung ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten







## Entwicklung der Kassenergebnisse

# B2

Der GKV-Schnitt verzeichnet im Jahr 2021 ein im Vergleich zum Vorjahr deutlich negativeres KJ1-Ergebnis, das stark durch den Reservenabbau beeinflusst ist. Nur der vdek verbessert sein KJ1-Ergebnis leicht von -36 EUR je Versicherte:n 2020 auf -29 EUR je Versicherte:n 2021. Zugleich weisen die Kassenarten zum ersten Mal seit 2019 wieder eine positive Kompensation der Fondsunterdeckung vor. Im GKV-Schnitt ist die Fondsunterdeckung stabil geblieben und die Einnahmen aus Zusatzbeiträgen haben sich um 28% erhöht.

Im KJ1-Ergebnis werden verschiedene Einflussgrößen zu einer einzigen Kennzahl zusammengefasst, z.B. Fondsunterdeckung, Zusatzbeitrag, Leistungs- und Verwaltungsausgaben, Zuweisungen, sonstige Einnahmen (Zinsen, Regressanprüche, Erstattungen etc.) und sonstige Ausgaben (Abführung von Teilen der Reserven an den Gesundheitsfonds, Altersrückstellungen zur Deckung zukünftiger Altersversorgungsverpflichtungen, Prämienzahlungen an Mitglieder etc.). Deshalb kann diese Kennzahl lediglich einen Hinweis darauf geben, wie es um die wirtschaftliche „Gesundheit“ einer Kasse steht.

Ergänzend zum KJ1-Ergebnis sollten also vor allem die Leistungsausgaben mit Steuerungs- potenzial für Krankenkassen<sup>37</sup> betrachtet werden, da sie eine wesentliche Steuerungsgröße auf der Ausgabenseite darstellen; im Anschluss folgt eine Übersicht der Verwaltungskosten. Insgesamt steigen die Leistungsausgaben weiter an mit 4,7% zwischen 2019 und 2021; vor allem die Bereiche Hilfsmittel und Impfungen weisen eine jährliche Veränderung von 9,2% bzw. 10,2% auf. Nur die Ausgaben im Bereich Rehabilitation und Vorsorge gehen im betrachteten Zeitraum zurück – um 2,8%. Dies ist vor allem auf reduzierte Leistungsfälle zurückzuführen, deren Anzahl stärker sinkt als die Leistungsdauer steigt. Ein Blick auf die Kassenart mit der niedrigsten jährlichen Veränderung in den Leistungsausgaben und die mit der höchsten Veränderung zeigt, dass die Kassen wieder stärker von externen Faktoren beeinflusst werden, denn die Differenz der jährlichen Veränderung steigt wieder an und liegt zwischen 2020 und 2021

bei 2,4 Prozentpunkten. Zwischen 2019 und 2020 lag sie noch bei 1,2 Prozentpunkten.

Die AOK-Gemeinschaft und der vdek unterschreiten ihre Erwartungswerte für die Leistungsausgaben, die aufgrund ihrer jeweiligen Morbidität prognostiziert wurden, um 0,3% bzw. 0,2%. 2020 lag die AOK-Gemeinschaft noch 1,4% hinter ihrem Erwartungswert. Insgesamt haben sich die meisten Kassenarten ihrem Erwartungswert 2021 angenähert oder sind stabil geblieben.

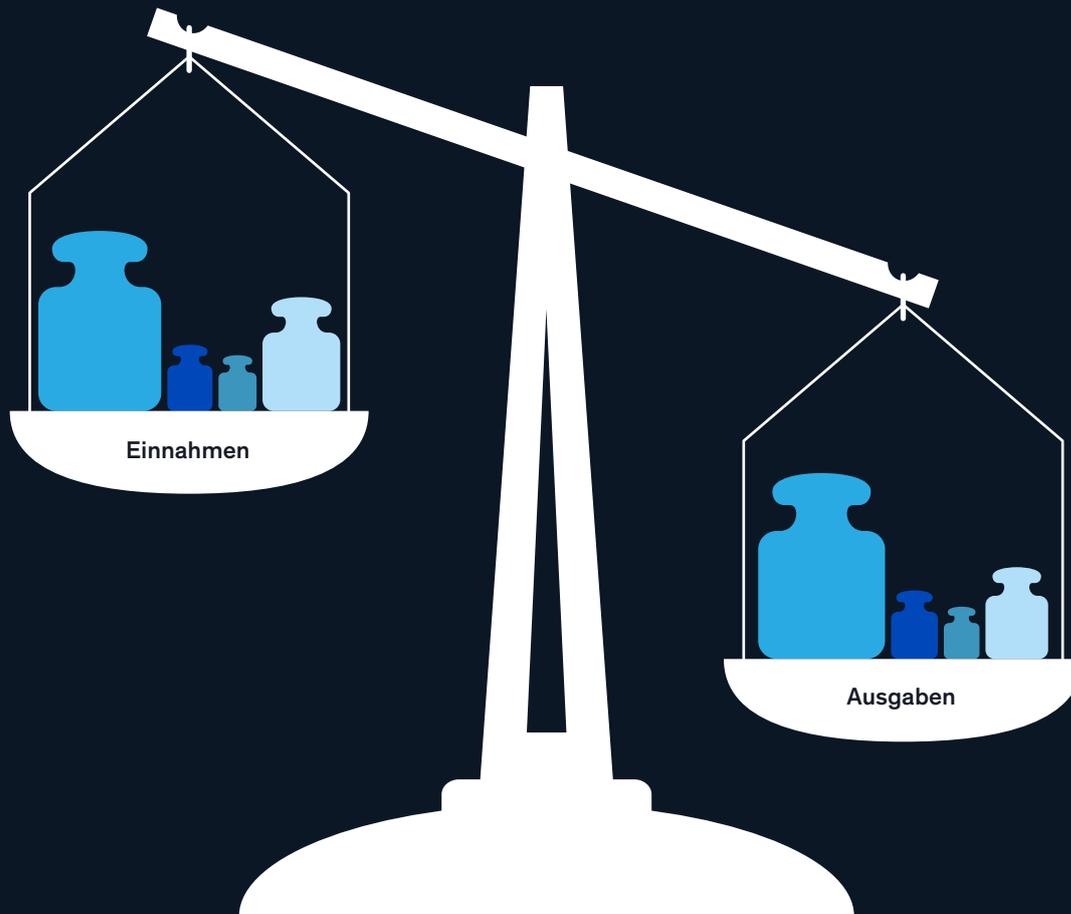
Auch die erwarteten Verwaltungskosten hängen von der Morbidität der Versicherten einer Kasse ab sowie von zahlreichen weiteren Faktoren und den unterschiedlichen Strategien der Kassenarten, was ihre Detailbetrachtung erschwert. Dennoch lässt sich festhalten, dass die IKKen und die AOK-Gemeinschaft im Jahr 2021 ihren Erwartungswert hinsichtlich der Verwaltungskosten mit +9 EUR bzw. +5 EUR je Versicherte:n überschreiten. Der vdek hingegen unterschreitet seinen Erwartungswert mit -17 EUR je Versicherte:n deutlich und auch die BKKen liegen mit -2 EUR je Versicherte:n unter ihrem Erwartungswert. In diesen Zahlen spiegeln sich auch Strategien wider, die z.B. zu einer unterschiedlichen Flächenpräsenz der GKVen geführt haben. So sind etwa die AOK-Gemeinschaft und die IKKen in der Fläche durch eine höhere Anzahl an Mitarbeitenden je Versicherte:n präsenter, während BKKen und IKKen eine höhere Anzahl an Geschäftsstellen je Versichert:en aufweisen. Insgesamt steigen die Verwaltungskosten zwischen 2019 und 2021 jedoch um jährlich 2,2%.

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

<sup>37</sup> Beispielsweise Krankenhausbehandlung, Arzneimittel, Hilfsmittel, Heilmittel, häusliche Krankenpflege, Fahrkosten sowie Rehabilitation und Vorsorge

# Haupttreiber des KJ1-Ergebnisses sind Leistungsausgaben und Zuweisungen für Leistungsausgaben

## Das KJ1-Ergebnis



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

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

\* 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 Versicherte:n erhält als der GKV-Durchschnitt.

# KJ1-Ergebnisse

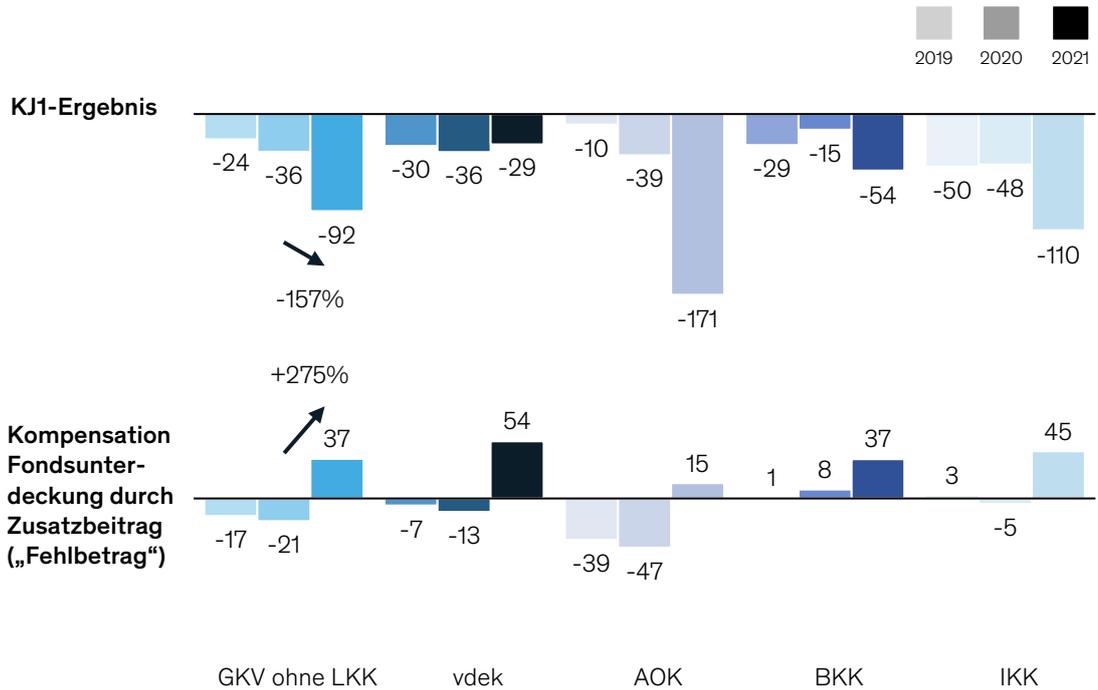
Das KJ1-Ergebnis ist im GKV-Schnitt 2021 nochmals deutlich negativer ausgefallen als 2020. Diese Entwicklung ist hauptsächlich durch den Reservenabbau bedingt. Gleichzeitig verzeichnen alle GKV-Kassenarten eine Überkompensation der Fondsunterdeckung durch Einnahmen aus Zusatzbeiträgen. Im GKV-Schnitt liegt das KJ1-Ergebnis bei -92 EUR je Versicherte:n. Dieser Schnitt ist vor allem durch das deutlich negative Ergebnis der AOK-Gemeinschaft getrieben, das 2021 mit -171 EUR je Versicherte:n noch deutlich negativer ausfällt als 2020, als es bei -39 EUR je Versicherte:n lag. Auch BKKen und IKKen weisen 2021 deutlich negativere Ergebnisse auf als 2020. Nur beim vdek fällt das negative Ergebnis 2021 mit -29 EUR je Versicherte:n etwas besser aus als 2020, als es bei -36 EUR je Versicherte:n lag (siehe Schaubild B2.1).

Die Finanzreserven der GKV liegen 2021 insgesamt ca. 7 Mrd. EUR unter dem Wert von 2020. Je Versicherte:n gehen die durchschnittlichen Reserven von 229 auf 136 EUR und damit um -41% zurück. Die Vermögensabführung zum Abbau der Finanzreserven trifft dabei die Kassenarten unterschiedlich stark – die AOK-Gemeinschaft muss mit 156 EUR je Versicherte:n am meisten abführen, gefolgt von IKKen mit 93 EUR, vdek mit 82 EUR und BKKen mit 72 EUR je Ver-

sicherte:n. Damit haben die AOK-Gemeinschaft und die IKKen ihre Reserven je Versicherte:n um nahezu 60% reduziert, die BKKen um 27% und der vdek um 18%. Insgesamt gleicht sich 2021 die Spannweite der Reserven je Versicherte:n der Kassenarten an (siehe Schaubild B2.2).

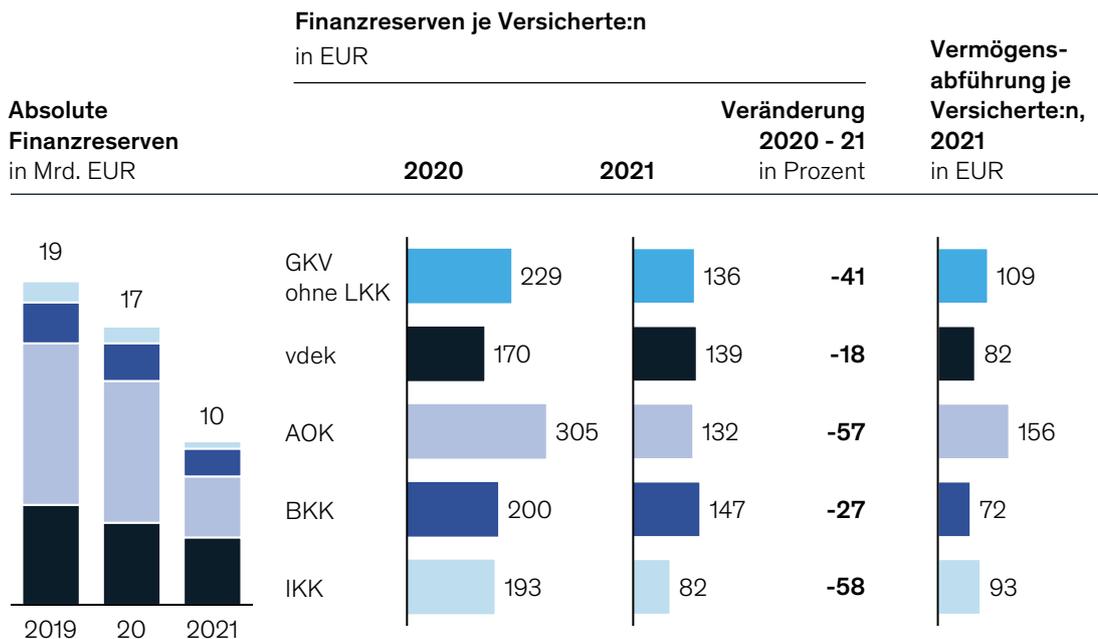
Die Kompensation der Fondsunterdeckung durch den Zusatzbeitrag ist 2021 wieder positiv – im Schnitt übersteigen die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag die Fondsunterdeckung um 37 EUR je Versicherte:n. Bei allen Kassenarten sind die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag stärker gestiegen als die Fondsunterdeckung. Die AOK-Gemeinschaft verzeichnet den größten Sprung in der Kompensation der Fondsunterdeckung von -47 EUR je Versicherte:n 2020 auf 15 EUR je Versicherte:n 2021. Die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag fallen in der AOK-Gemeinschaft mit 243 EUR je Versicherte:n jedoch weiterhin am niedrigsten aus. Der vdek verzeichnet mit 289 EUR je Versicherte:n im Jahr 2021 die höchsten Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag. Aufgrund einer minimalen Verschlechterung der Fondsunterdeckung auf -235 EUR je Versicherte:n liegen die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag 54 EUR je Versicherte:n über der Fondsunterdeckung (siehe Schaubild B2.3).

### AOKen, BKKen und IKKen weisen ein beträchtlich negatives KJ1-Ergebnis ggü. 2020 auf, der vdek zeigt die deutlichste Zunahme durch Zusatzbeitrag in EUR je Versicherte:n



Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

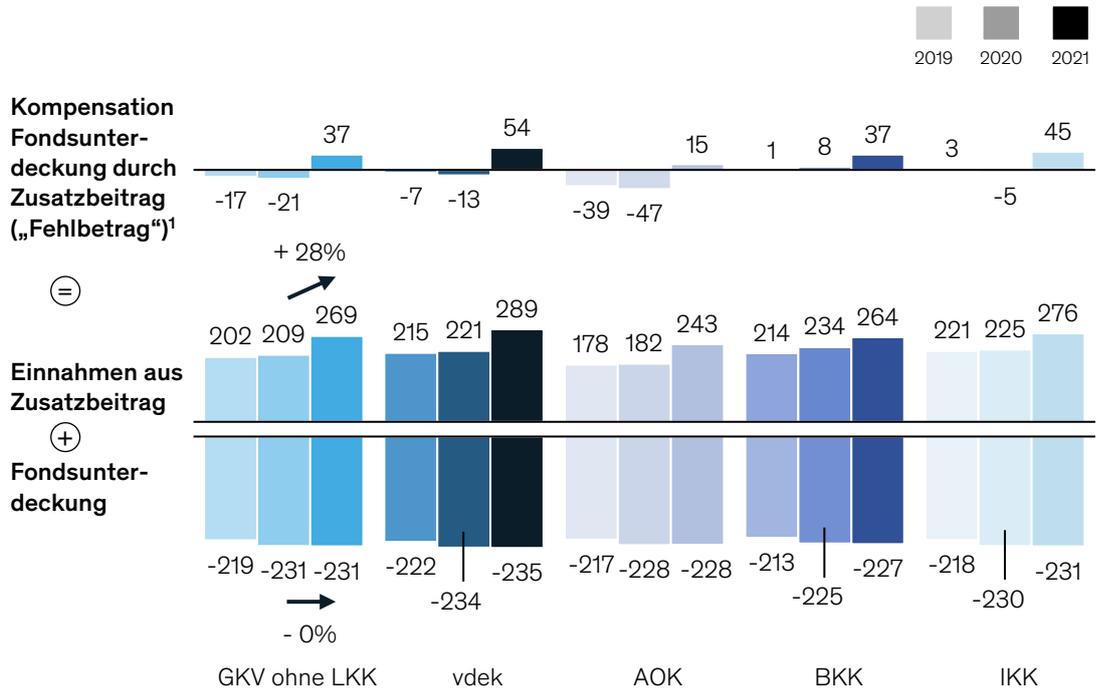
### Die Vermögensabführung zum Abbau der Finanzreserven ist wesentliche Ursache der Defizite – AOKen und IKKen müssen Reserven um > 50% abbauen



Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

## Die Einnahmen aus Zusatzbeiträgen steigen für alle Kassenarten deutlich und überdecken 2021 die ggü. 2020 nahezu unveränderte Fondsunterdeckung

in EUR je Versicherte:n



<sup>1</sup> Abweichungen in der Summe entstehen durch Rundung

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

# Leistungsausgaben

Die jährlichen Leistungsausgaben steigen seit 2017 bei allen Kassenarten kontinuierlich. Die jährliche Veränderung der Leistungsausgaben hat sich zwischen 2017 und 2019 sowie 2019 und 2021 im GKV-Schnitt minimal auf 4,7% erhöht. Die AOK-Gemeinschaft lag im Zeitraum 2017 bis 2019 mit 3,1% Veränderung noch deutlich unter dem GKV-Schnitt und hat 2019 bis 2021 eine jährliche Veränderung der Leistungsausgaben von 4,2% zu verzeichnen. Damit liegt sie weiterhin unter dem GKV-Schnitt, nähert sich diesem allerdings an (siehe Schaubild B2.4).

Ein Blick auf die jährliche Veränderung zeigt, dass deren Spanne in den Leistungsausgaben zwischen den Kassenarten von 2020 zu 2021 wieder größer geworden ist. Betrug die Differenz des Ausgabenanstiegs von 2019 zu 2020 zwischen den beiden Kassenarten mit der größten bzw. der kleinsten Veränderung noch 1,1 Prozentpunkte, so sind es 2,4 Prozentpunkte in den Jahren 2020 zu 2021. Auch wenn die Differenz zwischen 2017 und 18 noch 3,3 Prozentpunkte betrug, so ist dennoch festzustellen, dass externe Faktoren die Kassenarten unterschiedlich stark treffen. Das Management der Leistungsausgaben bleibt deshalb hoch relevant und sollte ggf. wieder an Bedeutung gewinnen (siehe Schaubild B2.5).

Die Krankenhausbehandlungen stellen weiterhin den größten Kostenblock dar – rund 33% der Gesamtausgaben. Der zweitgrößte Kostenblock sind 2021 mit knapp 18% der Gesamtausgaben die ärztlichen Behandlungen; sie ziehen damit an den Arzneimitteln (knapp 17%) vorbei. Die Leistungsausgaben in diesen drei größten Kostenblöcken steigen zwischen 2019 und 2021 stärker an als zwischen 2017 und 2019 (siehe Schaubild B2.6).

Einen besonders hohen Anstieg der Leistungsausgaben verzeichnen die Bereiche Impfungen mit 10,2% und Heilmittel mit 9,2%. Bei der Betrachtung der Kassenarten wird deutlich, dass IKKen in den separat ausgewiesenen Bereichen (ohne Detailbetrachtung „Sonstiges“) jeweils die stärkste jährliche Veränderung aufweisen. Vor allem im Bereich Hilfsmittel wird die Differenz deutlich: Die AOK-Gemeinschaft hat eine jährliche Veränderung

von 1,9%, während die IKKen eine Veränderung von 7,7% aufweisen. Die Leistungsausgaben in diesem Bereich liegen zwischen diesen beiden Kassenarten nun gleichauf (siehe Schaubilder B2.7 und B2.8).

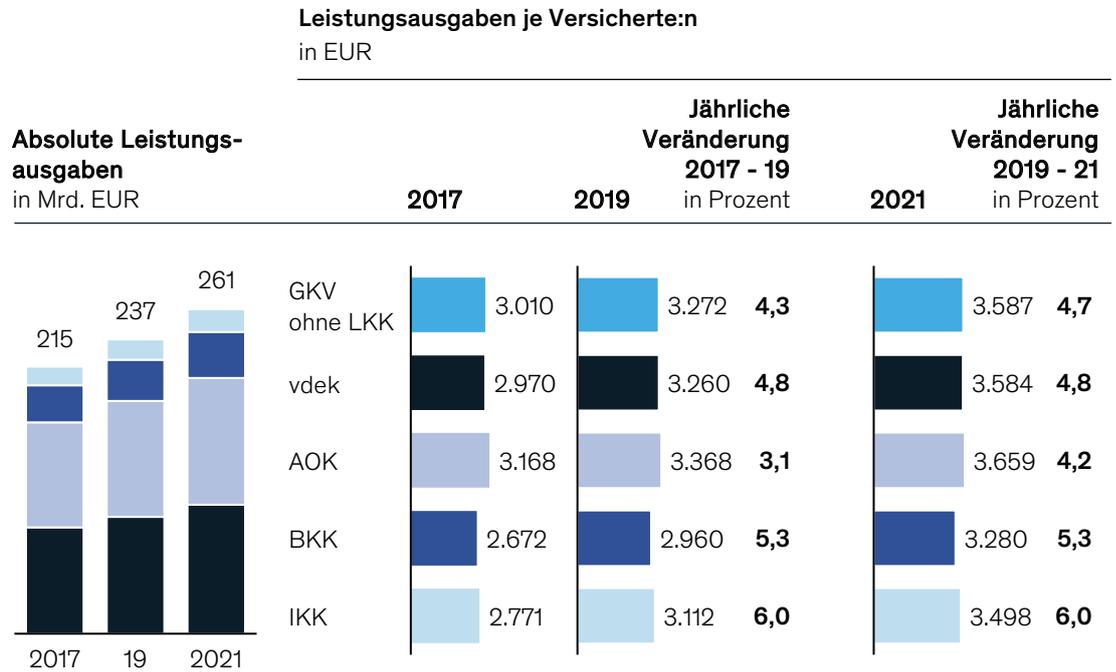
Der Bereich Krankengeld wächst mit einer jährlichen Veränderung von 7,1% zwischen 2019 und 2021 nicht so schnell wie noch im Vorjahr angegeben (jährliche Veränderung von 10% 2018 bis 2020). Es gilt allerdings weiterhin, dass das Wachstum im Krankengeld auf längere Krankheitsfälle zurückzuführen ist: Die Bezugsdauer steigt bei allen Kassenarten. Im GKV-Schnitt liegt sie bei +3,4%, was eine durchschnittliche Bezugsdauer je Mitglied (ohne Rentner:innen) von 6 Tagen bedeutet. Die IKKen liegen mit 6,9 Tagen über dem Schnitt. Die Anzahl an Krankengeldfällen bleibt im GKV-Schnitt fast unverändert bei 5,3 Fällen je 100 Versicherte ohne Rentner:innen. Der Blick auf die Kassenarten zeigt allerdings Unterschiede: So steigt die Anzahl der Krankengeldfälle bei den BKKen am stärksten mit +1,3% und bei den IKKen sinkt sie am stärksten mit -1,6% (siehe Schaubilder B2.9 und B2.10).

Rehabilitation und Vorsorge sind der einzige Kostenblock, der zwischen 2019 und 2021 über alle Kassenarten hinweg eine jährliche Veränderung von durchschnittlich -2,8% aufweist; somit sinken hier die Leistungsausgaben. Dies ist auf einen Rückgang an Leistungsfällen zurückzuführen, der stärker ist als der Anstieg an Leistungsdauern. Rehabilitationsmaßnahmen für „Neubildungen“ sind mit -24,6% vom Rückgang an Leistungsfällen am stärksten betroffen. Dies ist sicherlich auch eine Auswirkung der COVID-19-Pandemie: Sowohl Patient:innen als auch die Ärzteschaft haben in dieser Zeit Vorsorgetermine und Behandlungen verschoben, Rehabilitations-Einrichtungen haben zeitweise keine oder deutlich weniger Menschen aufgenommen und möglicherweise haben die Patient:innen das Angebot auch nicht vollständig ausgeschöpft.<sup>38</sup>

Die Dauer der Rehabilitationsmaßnahmen steigt im gleichen Zeitraum für alle Fachgebiete stark an: im Schnitt um 13,9% auf 26 Tage (siehe Schaubilder B2.11 und B2.12).

<sup>38</sup> <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/131364/Pandemie-bremst-Krebsfrueherkennung-und-Nachsorge-aus>

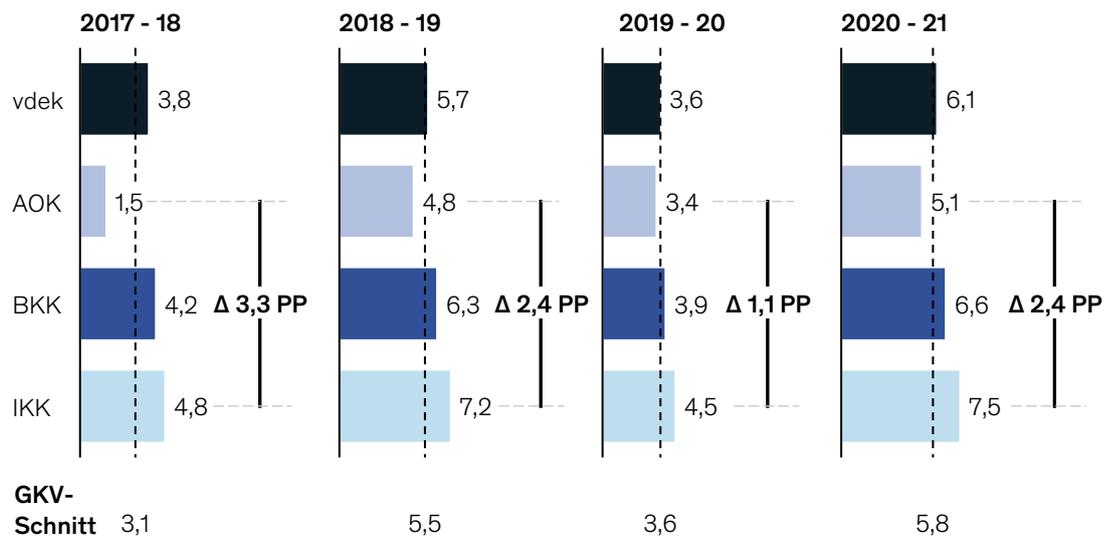
### Die Leistungsausgaben steigen kontinuierlich, die jährliche Ausgabensteigerung nimmt zuletzt bei allen Kassenarten deutlich zu (2019 - 21)



Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

### Die Spanne zwischen den Veränderungen der Leistungsausgaben wird 2021 größer; d.h., externe Faktoren treffen alle Kassenarten unterschiedlich stark

Jährliche Veränderung der Leistungsausgaben, in Prozent

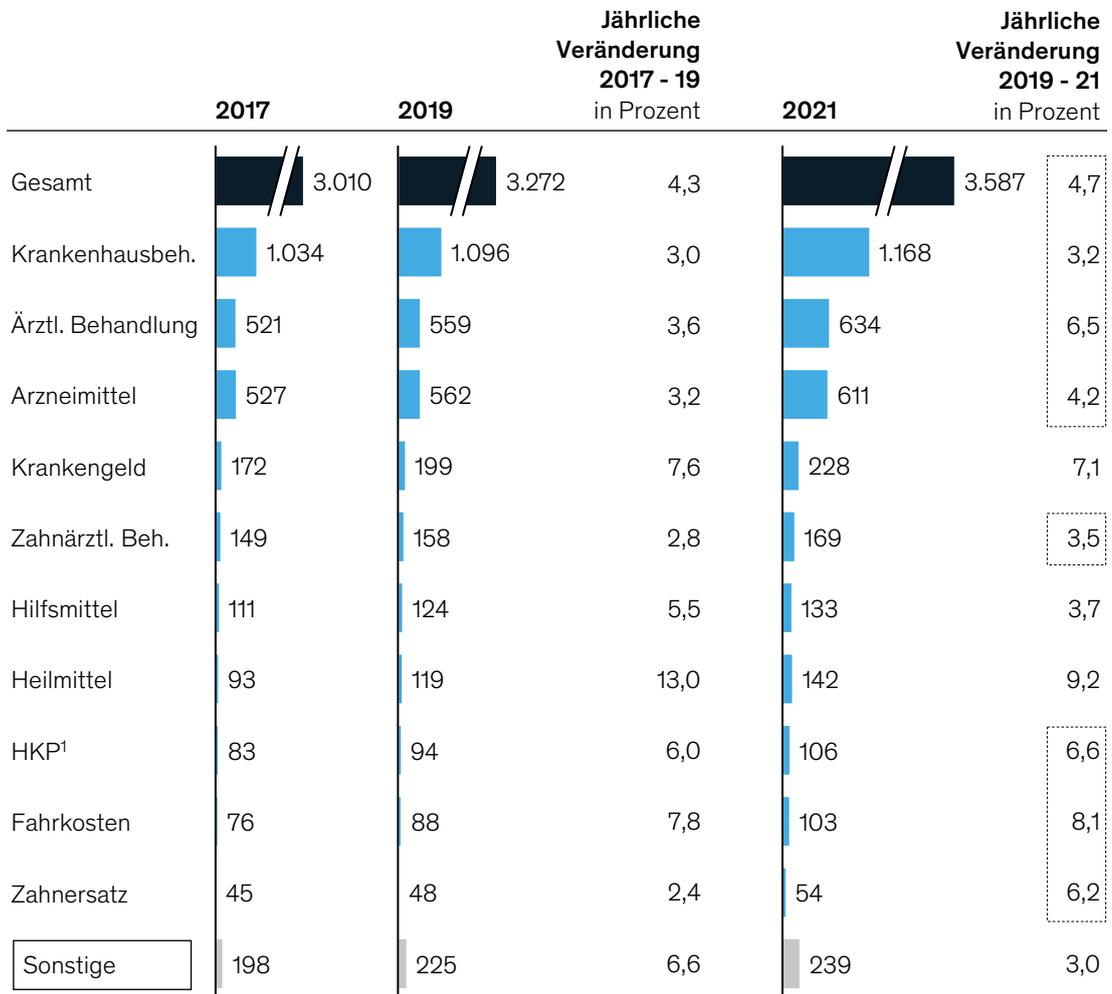


Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

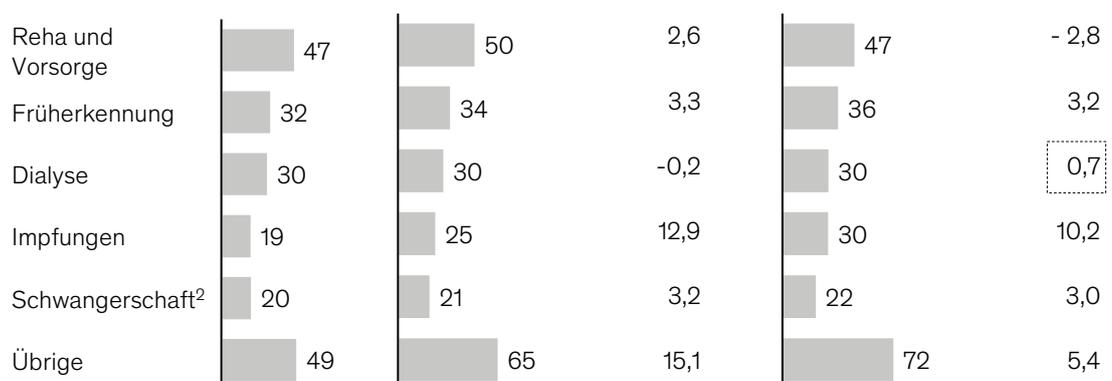
## Die jährliche Ausgabensteigerung nimmt je Versicherte:n in fast allen Bereichen zu

Leistungsausgaben für GKV ohne LKK, in EUR je Versicherte:n

  Höhere jährliche Steigerung als 2017 - 19



### Detailbetrachtung „Sonstige“



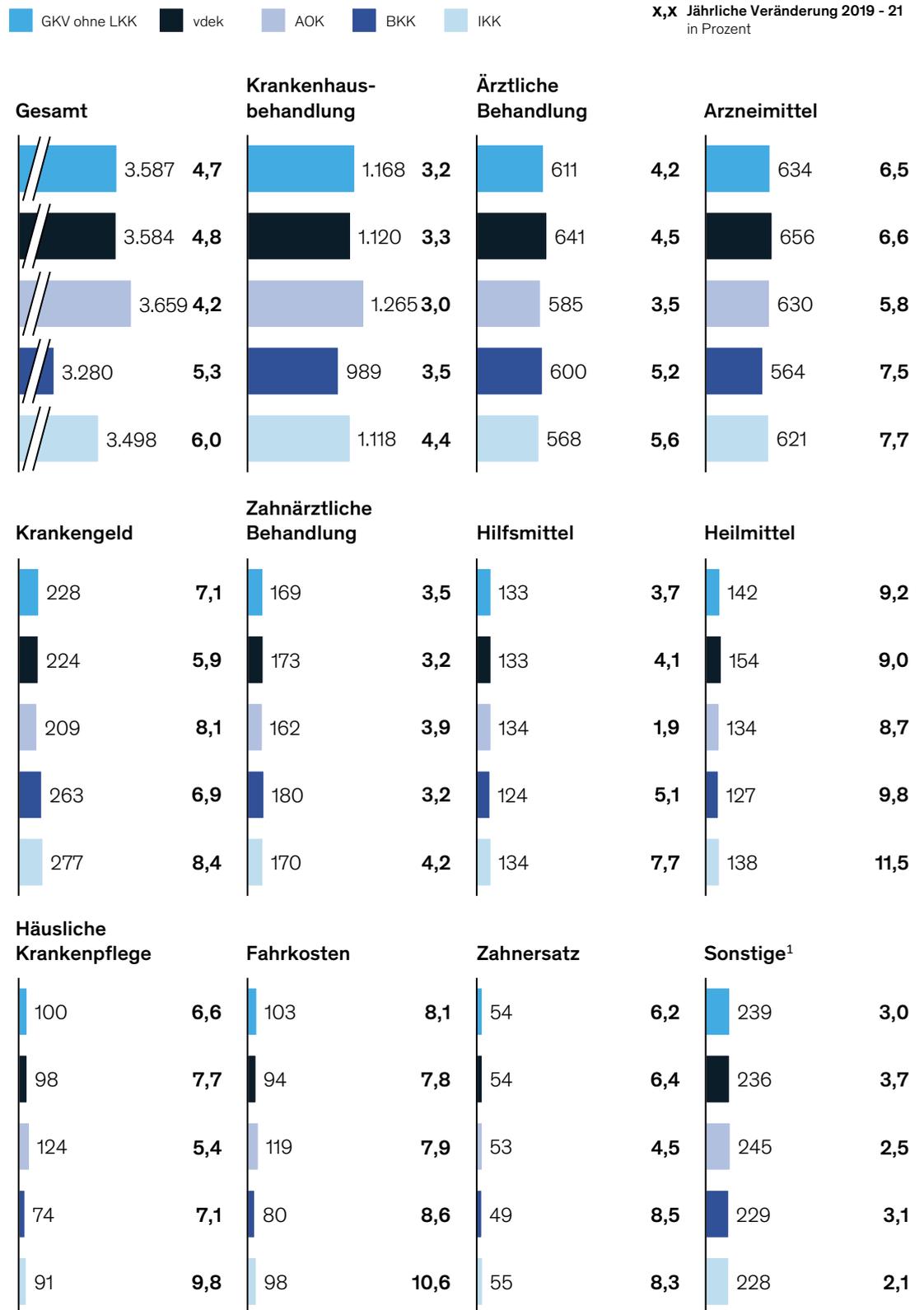
<sup>1</sup> HKP = Häusliche Krankenpflege

<sup>2</sup> Schwangerschaft und Mutterschaft ohne stationäre Entbindung

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

## Die Leistungsausgaben je Versicherte:n erhöhen sich von 2019 bis 2021 bei allen Kassenarten

Leistungsausgaben je Versicherte:n 2021, in EUR



<sup>1</sup> Detailbetrachtung in Schaubild B2.7

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

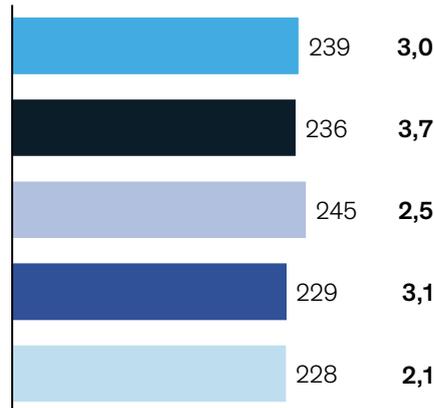
## „Sonstige“ – bei allen Kassenarten gehen Ausgaben für Rehabilitation und Früherkennung zurück, während Impfausgaben deutlich steigen

Leistungsausgaben je Versicherte:n 2021, in EUR

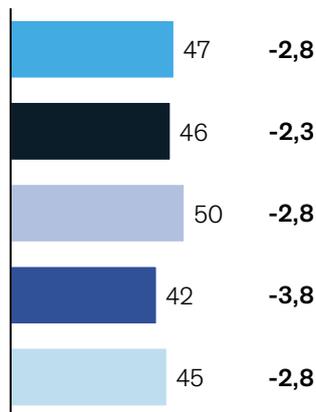


**X,X** Jährliche Veränderung 2019 - 21  
in Prozent

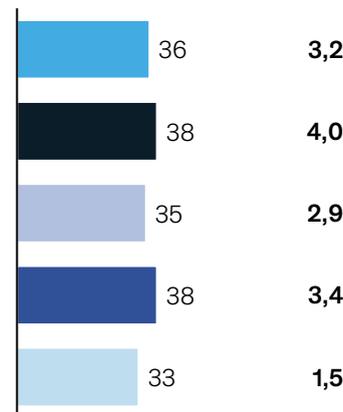
### Sonstige



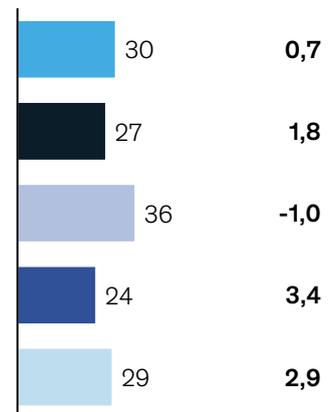
### Rehabilitation und Vorsorge



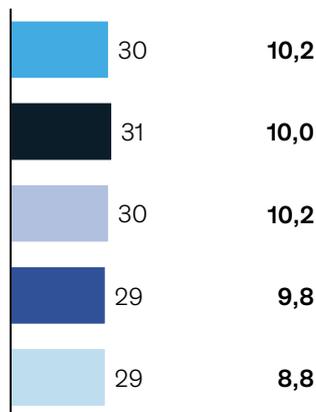
### Früherkennung



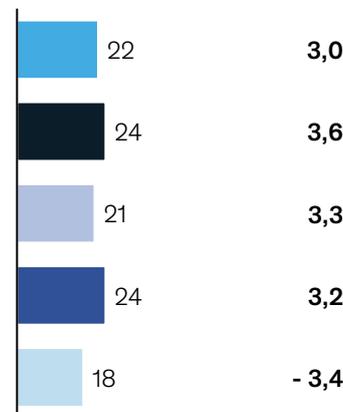
### Dialyse



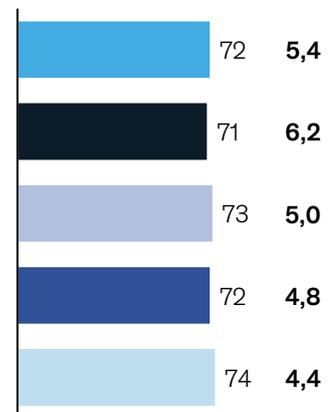
### Impfungen



### Schwangerschaft<sup>1</sup>



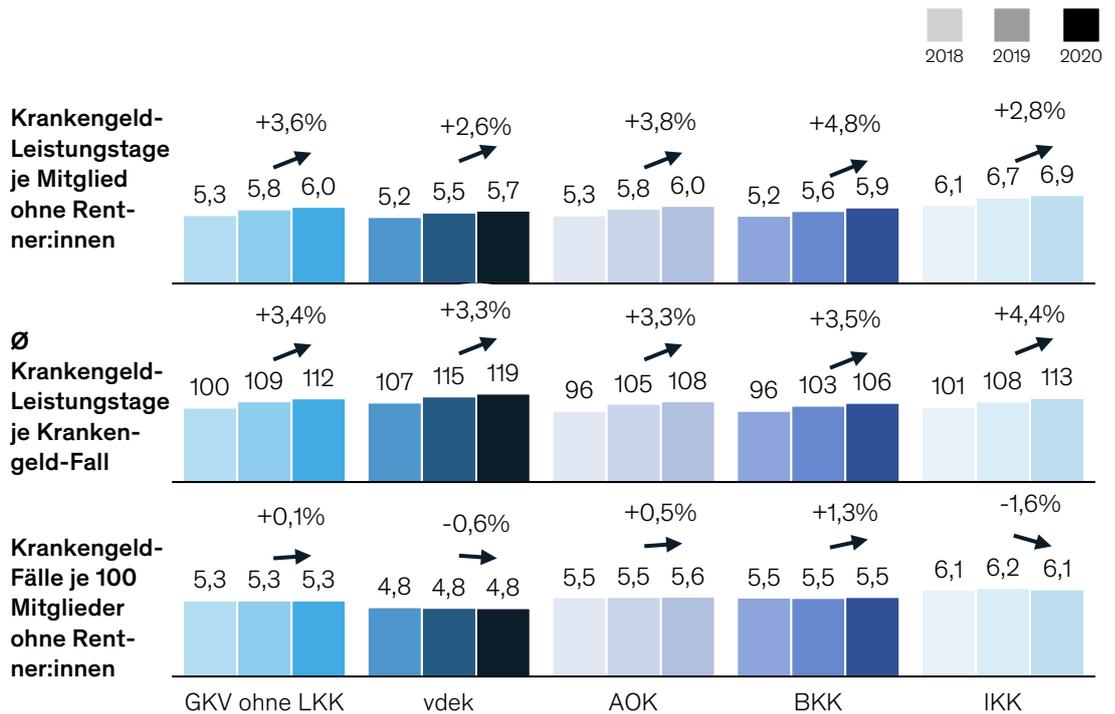
### Übrige



<sup>1</sup> Schwangerschaft und Mutterschaft ohne stationäre Entbindung

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

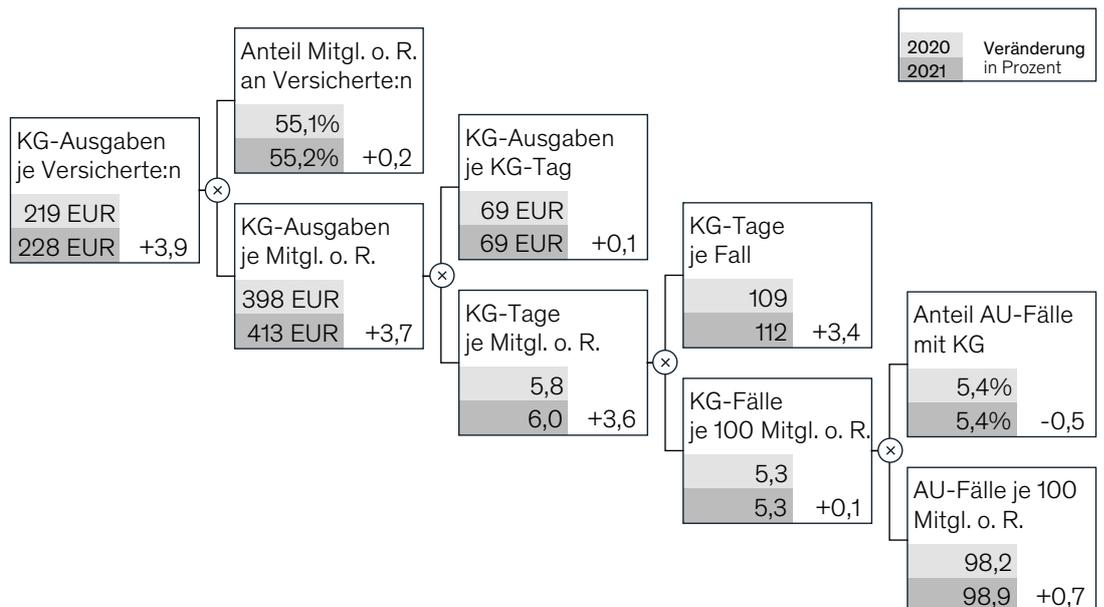
### Krankengeld-Tage je Mitglied mit potenziellem Anspruch steigen 2021 ggü. 2020 mit 3 - 5% weiter an, Grund sind vor allem längere Leistungsdauern



Quelle: Krankengeld-Leistungstage und -Fälle gemäß KG2 GBE; Anzahl Mitglieder ohne Rentner:innen nach KM1 BMG

### Krankengeld-Ausgaben steigen wegen Zunahme der Bezugsdauern; AU-Fälle und Anteile mit Krankengeld-Bezug verharren nahezu auf Niveau von 2020

Krankengeld-Ausgaben der GKV ohne LKK je Versicherte:n, Vergleich 2021 zu Vorjahr

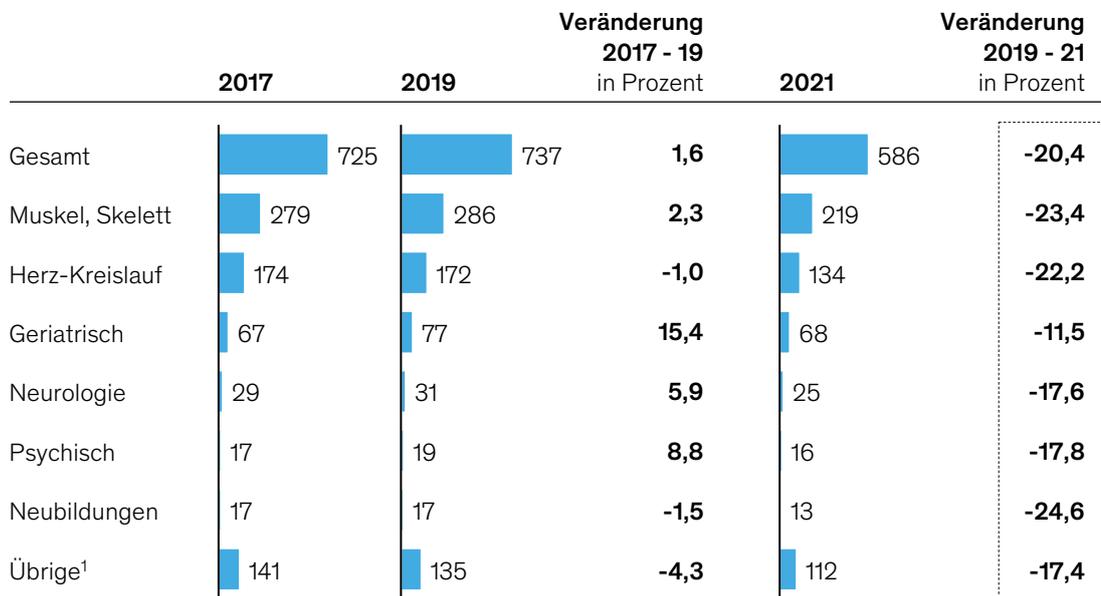


Quelle: Krankengeldausgaben gemäß Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V, AU-Fälle und -Tage sowie Krankengeld-Fälle und -Tage gemäß KG2 GBE, Versicherte und Anzahl der Mitglieder ohne Rentner:innen nach KM1 BMG

## Deutlicher Rückgang der Leistungsfälle von Rehabilitationsmaßnahmen in allen Bereichen, Neubildungen mit 24% Rückgang am stärksten betroffen

Leistungsfälle von Rehabilitationsmaßnahmen der GKV ohne LKK, in Tausend

   Deutlicher Rückgang ggü. 2019

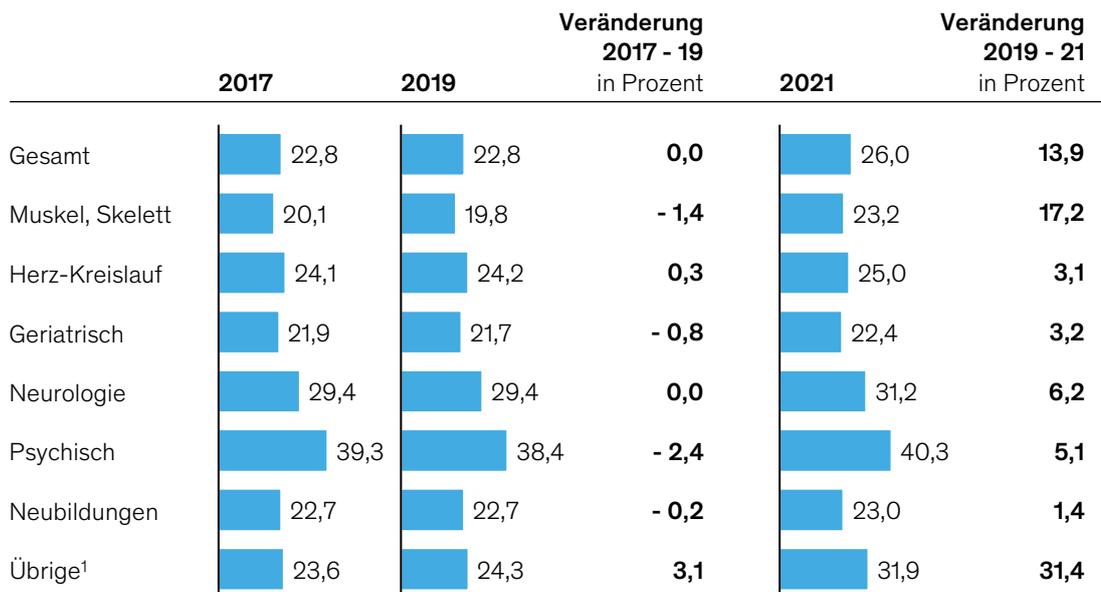


<sup>1</sup> Inkl. Abhängigkeits-, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen

Quelle: Leistungsfälle und Leistungstage von Rehabilitationsmaßnahmen der GKV-Versicherten

## Leistungsdauer von Rehabilitationsmaßnahmen steigt in allen Fachbereichen deutlich

Durchschnittliche Leistungsdauer von Rehabilitationsmaßnahmen der GKV ohne LKK, in Tagen



<sup>1</sup> Inkl. Abhängigkeits-, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen

Quelle: Leistungsfälle und Leistungstage von Rehabilitationsmaßnahmen der GKV-Versicherten

# Exkurs zu Relevanz und Funktion des Morbiditätsindex

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: Er 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 Versicherte:n einer Versichertenpopulation zum entsprechenden GKV-Schnitt stehen. Weitere Aspekte des Zusammenhangs zwischen Leistungsausgaben und Morbiditätsindex werden auf den Schaubildern B2.13 bis B2.23 erläutert.

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

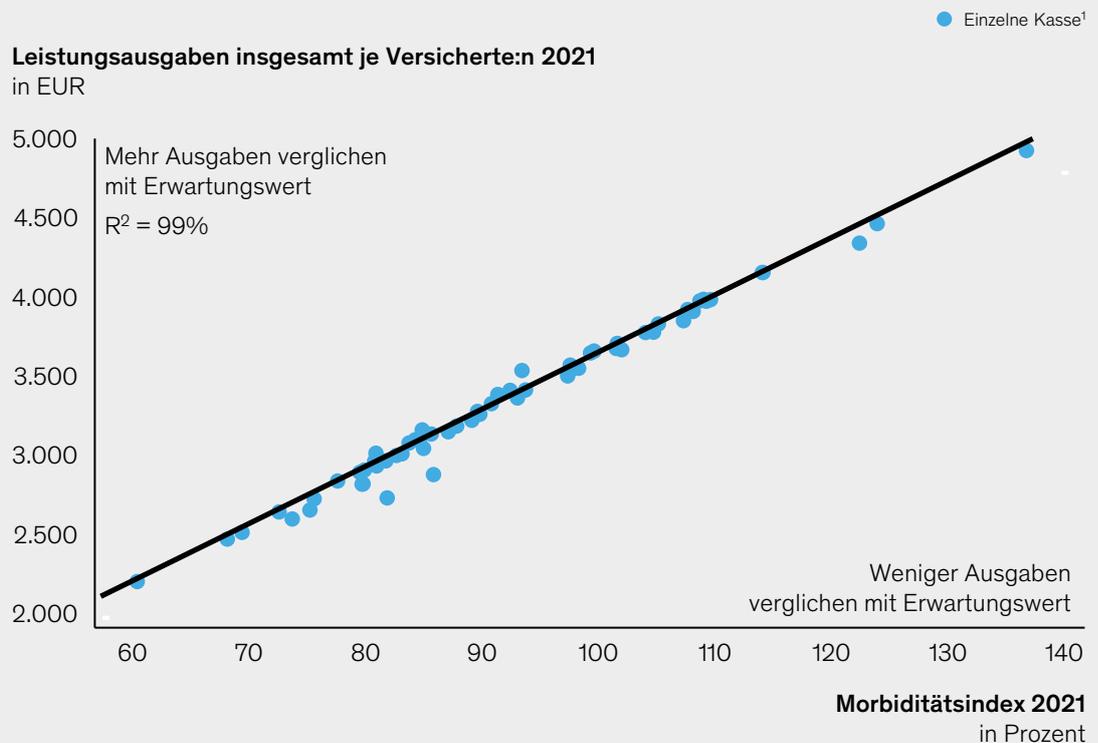
Die Leistungsausgaben korrelieren stark mit der Morbidität, die Gesamtleistungsausgaben sogar zu 99% (siehe Schaubild B2.13). Daher lässt sich aus dem Morbiditätsindex einer Kasse ein konkreter Erwartungswert für ihre Leistungsausgaben ableiten.

## Auf Ebene der Leistungsbereiche werden Unterschiede deutlich

Zwar korrelieren die Ausgaben mit der Morbidität in den meisten Leistungsbereichen stark positiv, aber in einigen kleineren Bereichen, z.B. Schwangerschaft und Mutterschaft, verhält es sich genau umgekehrt (siehe Schaubild B2.14).

Schaubild B2.13

## Die Gesamtleistungsausgaben je Versicherte:n korrelieren zu 99% mit dem Morbiditätsindex



<sup>1</sup> Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2021

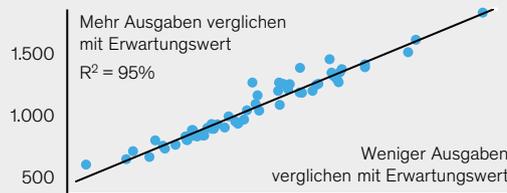
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

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

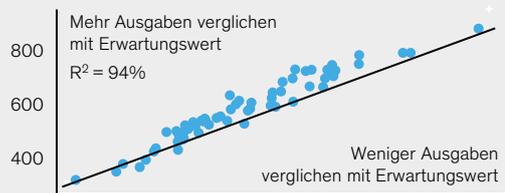
Ausgaben je Versicherte:n 2021, in EUR

● Einzelne Kasse<sup>1</sup>

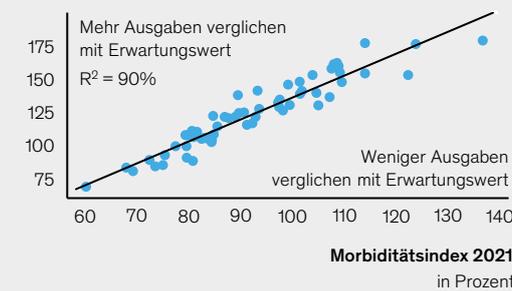
### Krankenhausbehandlung



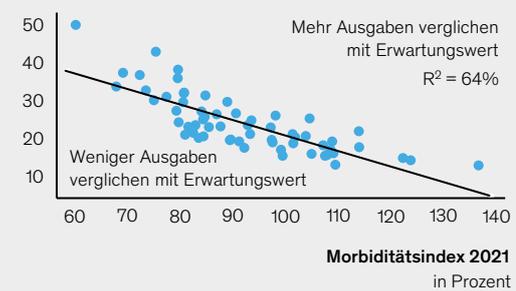
### Arzneimittel



### Hilfsmittel



### Schwangerschaft und Mutterschaft ohne stationäre Entbindung



<sup>1</sup> Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2021

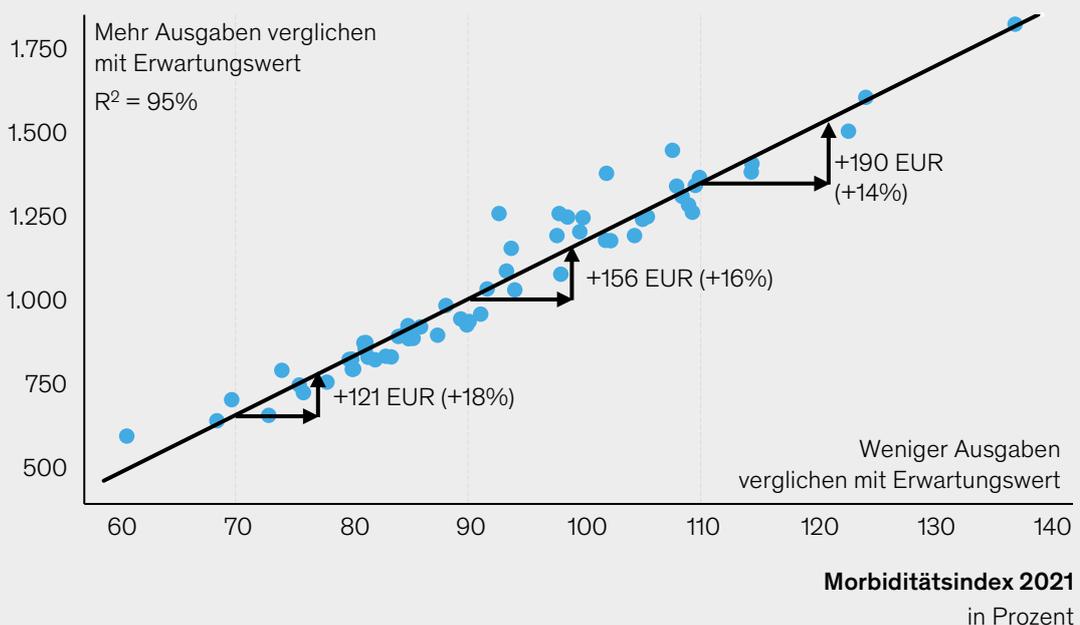
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

## 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 Kasse<sup>1</sup>

### Ausgaben für Krankenhausbehandlung je Versicherte:n 2021

in EUR



<sup>1</sup> Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2021

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Betrachtet man die Korrelation zwischen Morbiditätsindex und Leistungsausgaben für einzelne Leistungsbereiche eingehender, so werden Ungenauigkeiten der bisher genutzten einfachen Richtwertmethoden deutlich. Diese gehen 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 B2.15). Ein Grund dafür ist, dass ältere Versicherte mit meist höherer Morbidität je nach Leistungsbereich über- bzw. unterproportionale Leistungsausgaben verursachen.

Wie das Beispiel der Leistungsausgaben für Krankenhausbehandlung zeigt, verursachen ältere Versicherte höhere Leistungsausgaben als jüngere – z.B. durch höhere Komplikationsraten, schwerere Grunderkrankungen, die aufwendiger zu behandeln sind, und durchschnittlich längere Verweildauern bei stationären Aufenthalten. Genau umgekehrt verhält es sich z.B. im Leistungsbereich Schwangerschaft und Mutterschaft: Ältere Versicherte verursachen trotz per se höherer Morbidität geringere Leistungsausgaben als jüngere, da Schwangerschaft und Mutterschaft naturgemäß nur innerhalb einer bestimmten Altersspanne vorkommen (siehe Schaubild B2.14).

# Gemäß Morbiditätsindex zu erwartende Leistungsausgaben

Die Veränderung in der Altersstruktur der Kassenarten (siehe Schaubild B1.7) spiegelt sich in ihrem Morbiditätsindex wider. Die AOK-Gemeinschaft mit höherem Versichertenanteil in jüngeren Altersgruppen kann ihren Morbiditätsindex senken und langsam an den GKV-Schnitt angleichen. Bei allen anderen Kassenarten steigt der Index und sie gleichen sich ebenfalls an den GKV-Schnitt an – aus der anderen Richtung kommend. Der Morbiditätsindex der AOK-Gemeinschaft und der des vdek unterscheiden sich damit nur noch um 2 Prozentpunkte. Vor allem der Morbiditätsindex der IKKen wächst besonders schnell (siehe Schaubild B2.16).

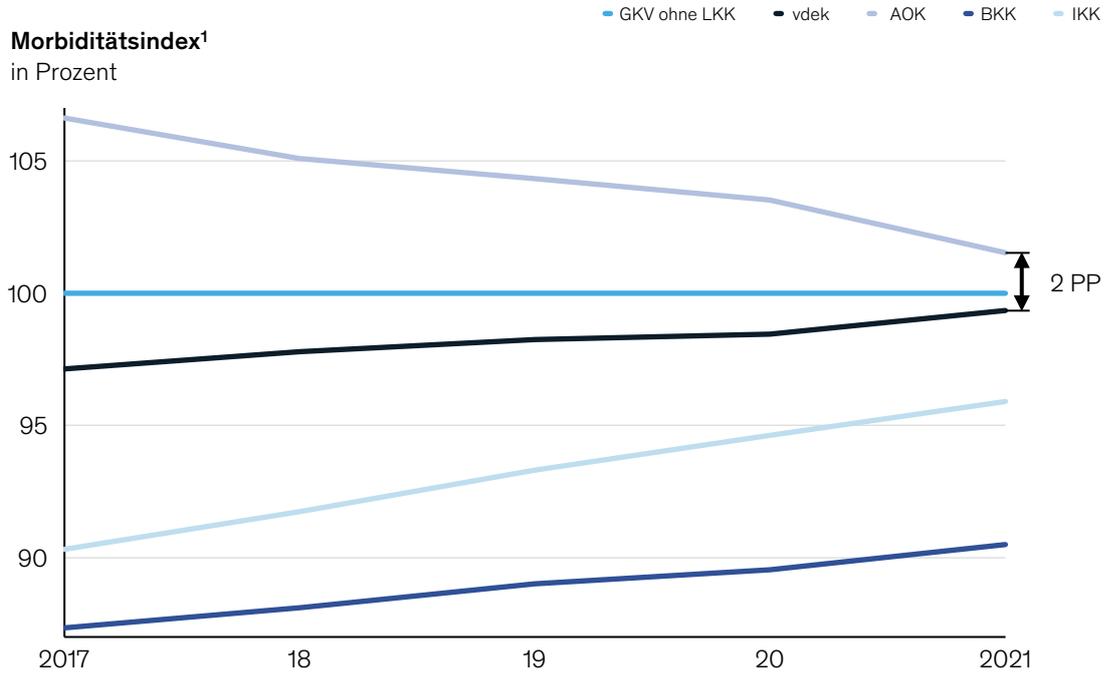
Im Vergleich zu den Vorjahren haben sich die tatsächlichen Ausgaben an den Erwartungswert nach Morbiditätsindex angeglichen. Mit -0,3% liegt die AOK-Gemeinschaft etwas unter dem Erwartungswert und die IKKen liegen wie im Jahr 2020 mit 0,9% darüber. Die Leistungsausgaben der AOK-Gemeinschaft und des vdek sind geringer, als ihr Morbiditätsindex erwarten lässt. Mit der bereits erwähnten Abweichung von 0,3% liegt die AOK-Gemeinschaft -11 EUR je Versicherte:n hinter den erwarteten Ausgaben und der vdek -0,2% und -8 EUR je Versicherte:n. Bei diesen beiden Kassenarten zeigt sich allerdings auch eine große Spanne zwischen den wesentlich steuerbaren Leistungsbereichen: Liegt die AOK-Gemeinschaft im Bereich Hilfsmittel z.B. -6,1% hinter dem Erwartungswert, so liegt sie im Bereich häusliche Krankenpflege mit 12% deutlich darüber. Der vdek schneidet bei den Fahrkosten mit -10,2% besonders gut gegenüber dem Erwartungswert ab und liegt bei den Heilmitteln mit 10,6% deutlich über dem Erwartungswert (siehe Schaubilder B2.17 bis B2.19).

Da die Bereiche Krankenhausbehandlung und Arzneimittel zwei der drei größten Kostenblöcke für die GKV sind, wiegen die erwarteten Ausgabenwerte hier besonders schwer.

In der Jahresbetrachtung der Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich zeigt sich, dass die AOK-Gemeinschaft 2021 mit rund +65 EUR je Versicherte:n am deutlichsten von ihrem Erwartungswert abweicht. Dies ist ein starker Anstieg von ungefähr +15 EUR im Jahr 2019. Die IKKen können ihren Abstand zu den erwarteten Leistungsausgaben zwischen 2020 und 2021 fast stabil halten. Der vdek liegt seit 2017 jedes Jahr deutlich unter den erwarteten Leistungsausgaben im Krankenhausbereich und kann den Abstand zum Erwartungswert immer weiter vergrößern. Er verzeichnet zwischen 2020 und 2021 eine weitere Vergrößerung des Abstands (von -27 EUR auf -42 EUR). Auch die BKKen reduzieren ihren Abstand der Leistungsaufgaben im Bereich Krankenhaus zum Erwartungswert weiter (siehe Schaubilder B2.20 und B2.21).

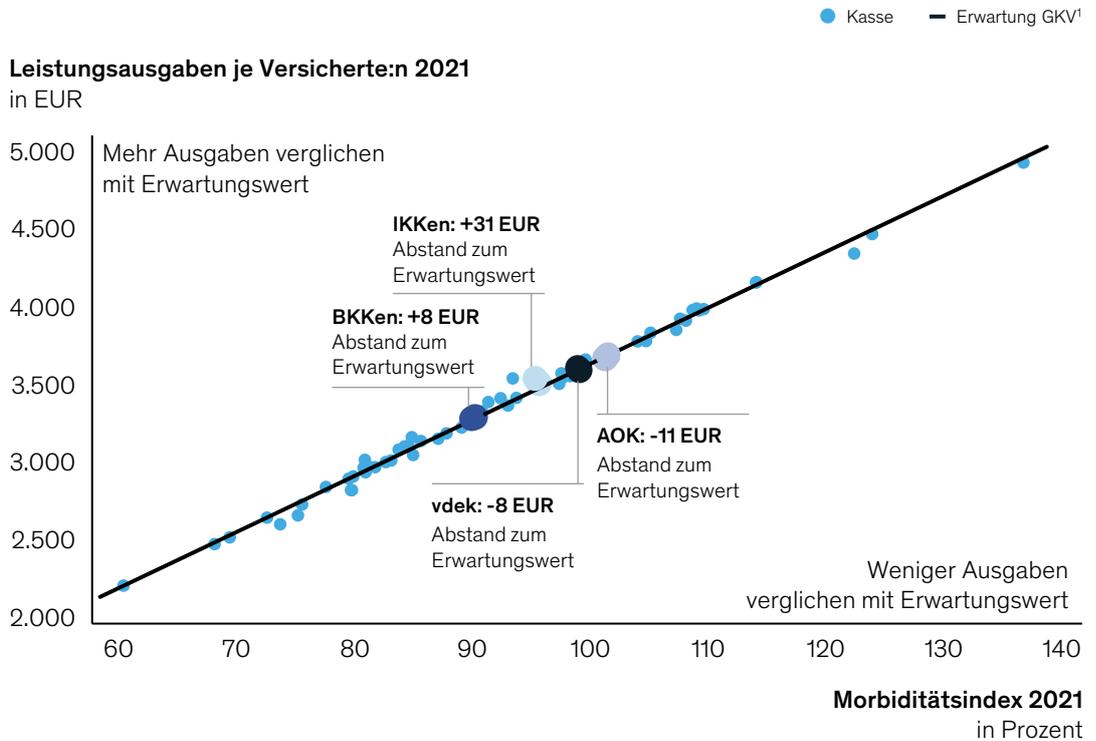
Die Jahresbetrachtung der Ausgabenentwicklung im Arzneimittelbereich ergibt, dass die AOK-Gemeinschaft mit -20 EUR je Versicherte:n unter dem Erwartungswert bleibt, ihren Abstand zu diesem zwischen 2020 und 2021 allerdings nicht ausbauen konnte. Das bedeutet, dass die AOK-Gemeinschaft 2020 noch mit -34 EUR je Versicherte:n unter dem Erwartungswert lag und sich diesem 2021 wieder etwas annähert.

## Die durchschnittliche Morbidität der Versicherten der Kassenarten gleicht sich seit 2017 an; AOK und vdek zeigen 2021 nur noch ca. 2 Prozentpunkte Abstand



<sup>1</sup> Verhältnis der Zuweisungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben pro Versicherte:n zur GKV  
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

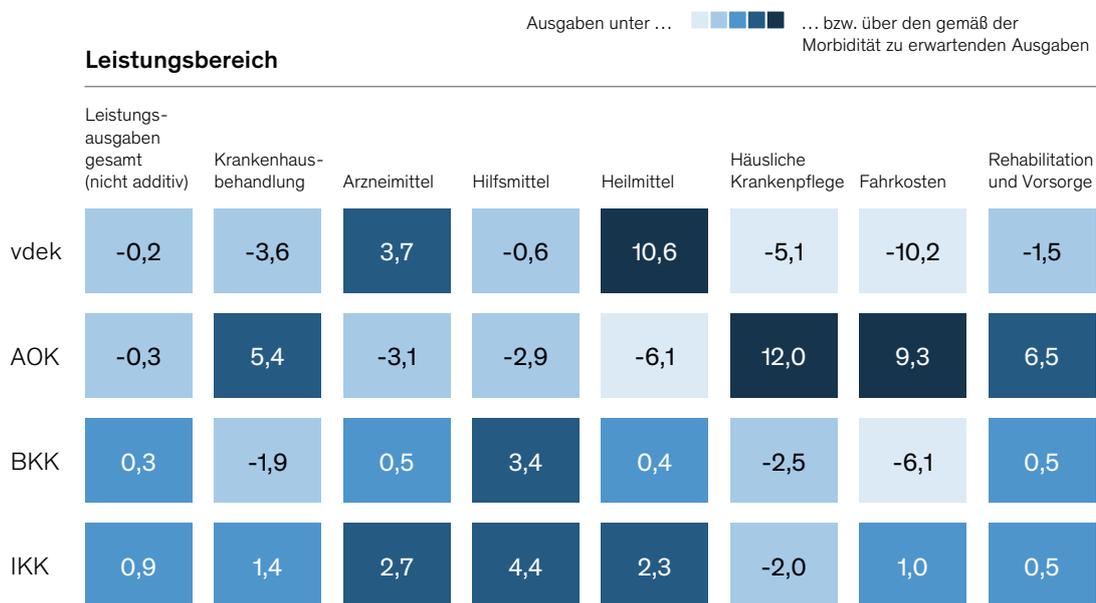
## Die AOK- und vdek-Ausgaben liegen 2021 unter den zu erwartenden Ausgaben je Versicherte:n – BKK, IKK und liegen darüber



<sup>1</sup> Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2021  
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

## Bei AOK und vdek liegen 2021 die Gesamtleistungsausgaben unter den gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben

Abstand zu gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben 2021, in Prozent



Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

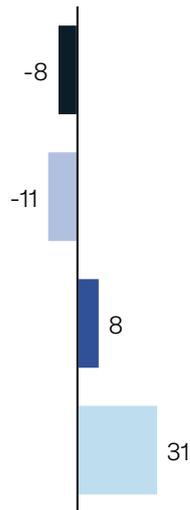
## In den wesentlichen steuerbaren Bereichen weichen die einzelnen Kassenarten unterschiedlich von den zu erwartenden Ausgaben ab

Abstand zu gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben je Versicherte:n 2021, in Prozent

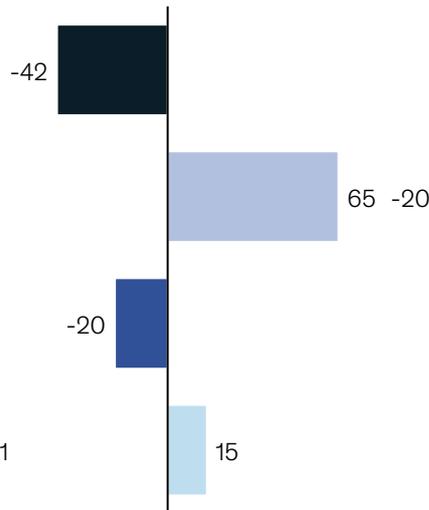
■ vdek ■ AOK ■ BKK ■ IKK

### Leistungsbereich

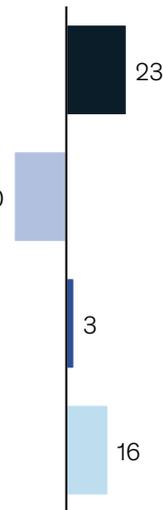
#### Leistungsausgaben gesamt (nicht additiv)



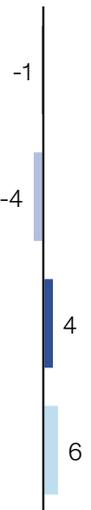
#### Krankenhausbehandlung



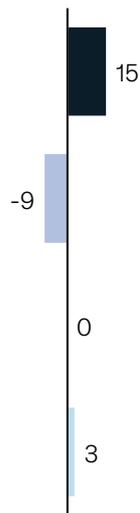
#### Arzneimittel



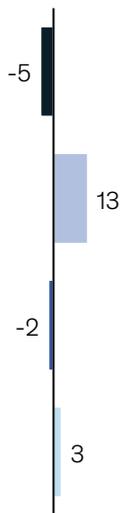
#### Hilfsmittel



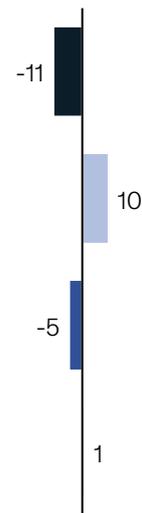
#### Heilmittel



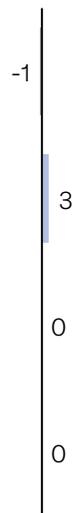
#### Häusliche Krankenpflege



#### Fahrtkosten

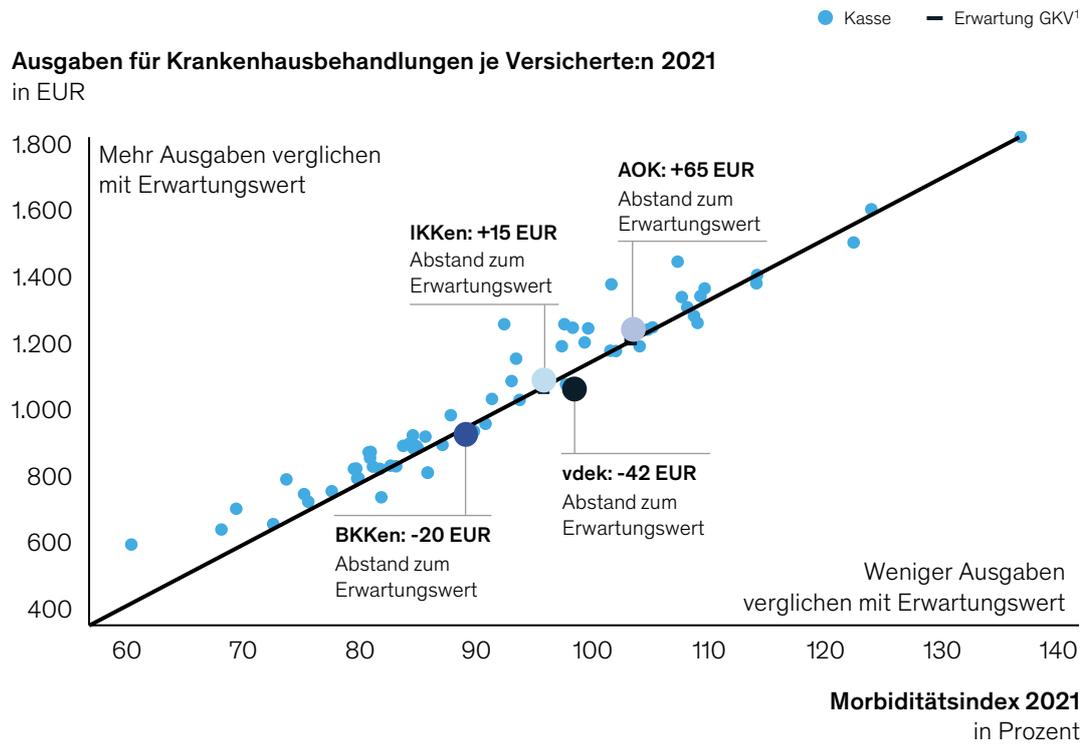


#### Rehabilitation und Vorsorge

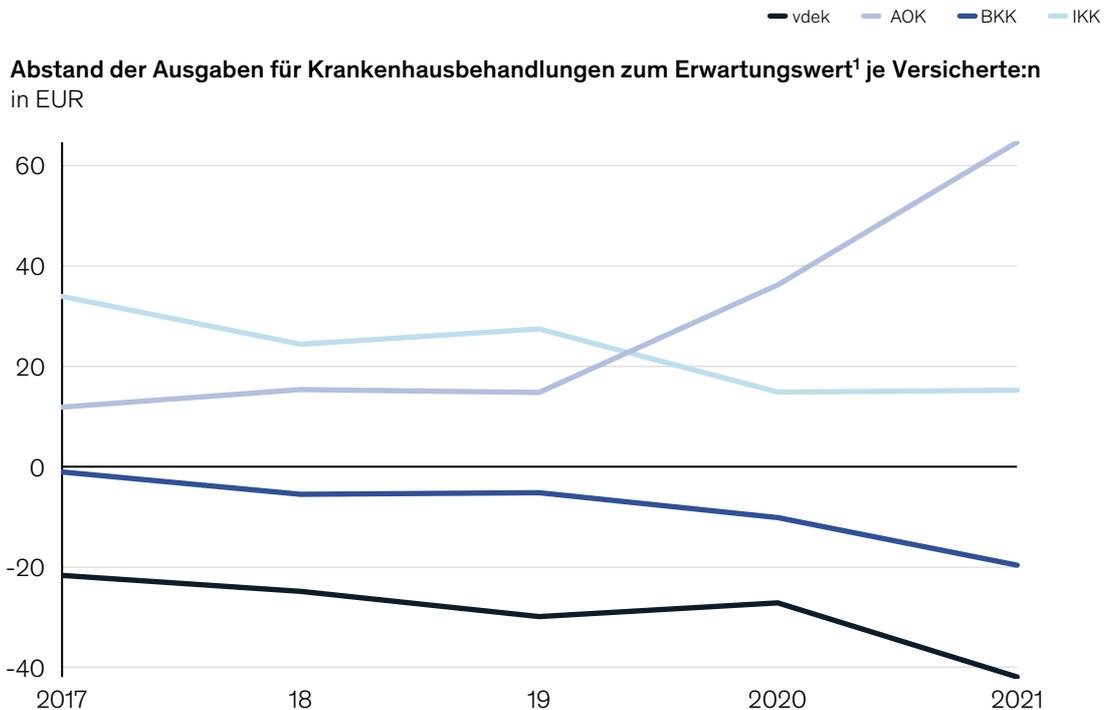


Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

## Im Krankenhausbereich überschreitet die AOK 2021 mit +65 EUR je Versicherte:n die zu erwartenden Ausgaben am deutlichsten



## Im Krankenhausbereich gehen die Ausgaben von BKKen und vdek im Vergleich zum Erwartungswert zurück, die AOK liegt 2021 deutlich darüber



# Gemäß Morbiditätsindex zu erwartende Verwaltungskosten

Eine vergleichende Analyse der Verwaltungskosten je Kassenart ist aus vier Gründen kaum möglich:

**Strategische Entscheidungen beeinflussen die Verwaltungskosten.** Beispiele für die strategischen Entscheidungen, die die Verwaltungskosten beeinflussen, sind u.a. die Anzahl und Größe der Geschäftsstellen, die Anzahl der Mitarbeitenden bzw. die Ausschöpfung von Outsourcing sowie der Reifegrad von Digitalisierung und Automatisierung.

**Die aggregierte Darstellung der Ergebnisse bietet häufig nicht die nötige Transparenz.**

In der vorliegenden Publikation werden Ergebnisse auf Ebene der Kassenarten dargestellt. Die strategischen Entscheidungen einzelner Kassen werden in der Zusammenfassung zu Kassenarten vermengt; solche Analysen liefern häufig keine aussagekräftigen Ergebnisse.

**Ausgestaltung der Kontenführung beschränkt Granularität und Vergleichbarkeit.** Die Kontenführung ist zwar kassenartenübergreifend standardisiert, jedoch sind die Kostenpositionen wegen Freiheiten in der Ausgestaltung nur begrenzt vergleichbar. Zugleich ist die Kontenführung nicht granular genug ausgestaltet, um einzelne Kostenpositionen aufzuschlüsseln.

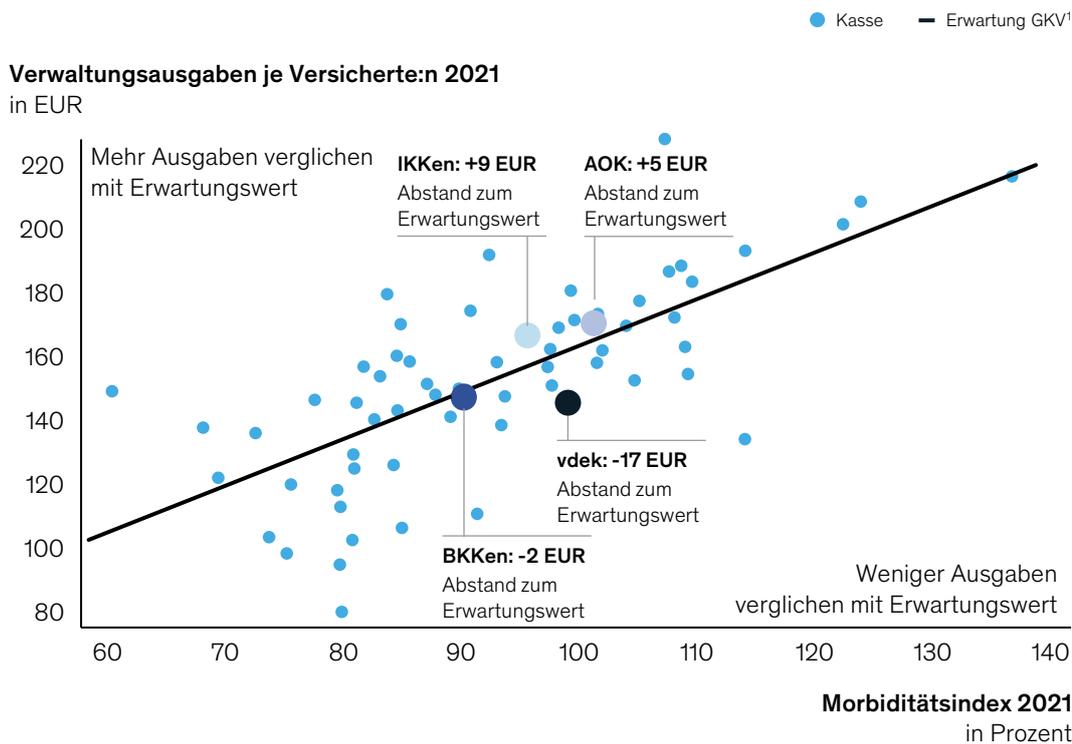
**Zwischen Versicherten bestehen sozioökonomische Unterschiede.** Die GKVen unterscheiden sich hinsichtlich der sozioökonomischen Faktoren ihrer Versicherten, was die Art der Beratung und Fallbearbeitung beeinflussen kann.

Im Folgenden wird der Morbiditätsindex genutzt, um eine Annäherung an die erwarteten Verwaltungskosten zu modellieren. Über den Morbiditätsindex lassen sich auch die erwarteten Werte für die Verwaltungskosten vergleichen, da dieser hier ebenso eine Rolle spielt wie bei den Leistungsausgaben: Kränkere Versicherte führen zu mehr Verwaltungsaufwand, z.B. durch die Bearbeitung von

Rechnungen und Beratungsgespräche. Eine Kasse mit höherem Morbiditätsindex weist deshalb laut Definition höhere Verwaltungskosten auf. Wird der Morbiditätsindex in die Analyse einbezogen, so zeigt sich, dass IKKen und AOK-Gemeinschaft im Jahr 2021 über ihrem erwarteten Wert in Bezug auf die Verwaltungskosten liegen. Die IKKen liegen +9 EUR und die AOK-Gemeinschaft +5 EUR je Versicherte:n über dem Erwartungswert. Der vdek liegt mit -17 EUR deutlich unter seinem Erwartungswert und auch die BKKen liegen mit -2 EUR unter ihrem Erwartungswert (siehe Schaubild B2.24).

Die Höhe der Verwaltungskosten hängt von unterschiedlichen strategischen Entscheidungen ab. Im Folgenden werden zwei davon betrachtet: Anzahl der Geschäftsstellen und Anzahl der Mitarbeitenden. Beide Datenpunkte sind auf 100.000 Versicherte normiert, um eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen. Hier zeigt sich, dass BKKen und IKKen 2023 mit 5,8 bzw. 5,4 Geschäftsstellen je 100.000 Versicherte mehr Standorte zur persönlichen Beratung anbieten als die AOK-Gemeinschaft mit 3,8 Geschäftsstellen oder der vdek mit 3,5 Geschäftsstellen je 100.000 Versicherte. Gleichzeitig zeigen sich hier auch die unterschiedlichen Ausgangslagen der GKVen. Die BKKen weisen durchschnittlich eine eher geringe, absolute Zahl Versicherter auf, weswegen hier einzelne Standorte z.B. an Betriebsstätten stärker ins Gewicht fallen. Größere GKVen wie die AOKen bieten zwar absolut deutlich mehr Geschäftsstellen als beispielsweise die BKKen, jedoch haben sie auch signifikant mehr Versicherte, wodurch der Geschäftsstellen Ratio pro 100.000 Versicherten dann vergleichsweise niedriger ausfällt. Die Anzahl der Mitarbeitenden deutet darauf hin, dass alle Kassen Effizienzsteigerungen umsetzen können. Trotz leichter Steigerungen der Versichertenzahlen (siehe Schaubild B1.5) sinkt die Anzahl an Mitarbeitenden bei den meisten Kassenarten zwischen 2019 und 2021. Dennoch steigt die Höhe der Verwaltungskosten zwischen 2019 und 2021 im GKV-Schnitt um 2,2% jährlich (siehe Schaubild B2.25).

## Die Ausgaben von BKKen und vdek liegen 2021 unter den zu erwartenden Ausgaben je Versicherte:n; AOK- und IKK-Ausgaben liegen darüber



<sup>1</sup> Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2021  
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

## Unterschiedliche strategische Faktoren beeinflussen die Verwaltungskosten – Beispiel Anzahl Geschäftsstellen und Anzahl Mitarbeitende

	Geschäftsstellen je 100.000 Vers., Juni 2023 Anzahl	Mitarbeitende <sup>1</sup> je 100.000 Vers., Juni 2021 Anzahl	Jährliche Veränderung Mitarbeitende 2019 - 21 in Prozent	Verwaltungs- kosten je Versicherte:n, 2021 in EUR	Jährliche Veränderung 2019 - 21 in Prozent
GKV ohne LKK	4,1	174	-1,0	158	2,2
vdek	3,5	145	-1,7	145	3,1
AOK	3,8	200	-1,0	170	0,5
BKK	5,8	162	0,1	147	2,6
IKK	5,4	192	-0,9	166	5,1

<sup>1</sup> Mitarbeitende des Verwaltungspersonals im engeren Sinne je Versicherte:n, da keine Outside-in-Sicht auf die Vollzeitkräfte möglich ist  
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V; Statistisches Bundesamt; Webrecherche

# Zusatzbeiträge

Gegenüber 2022 liegt der Zusatzbeitrag im GKV-Durchschnitt zu Beginn des Jahres 2023 mit 1,52% ungefähr 0,16 Prozentpunkte über dem Vorjahreswert (siehe Schaubild B2.26). Die COVID-19-Pandemie und die Abführung von Teilen der Reserven hat die Finanzsituation der GKVn weiter destabilisiert. Um erhöhte Leistungsausgaben zu kompensieren, hatten die GKVn höhere Zusatzbeiträge bereits angekündigt. Im Januar 2023 haben ca. zwei Drittel von ihnen ihre Zusatzbeiträge dann tatsächlich erhöht.

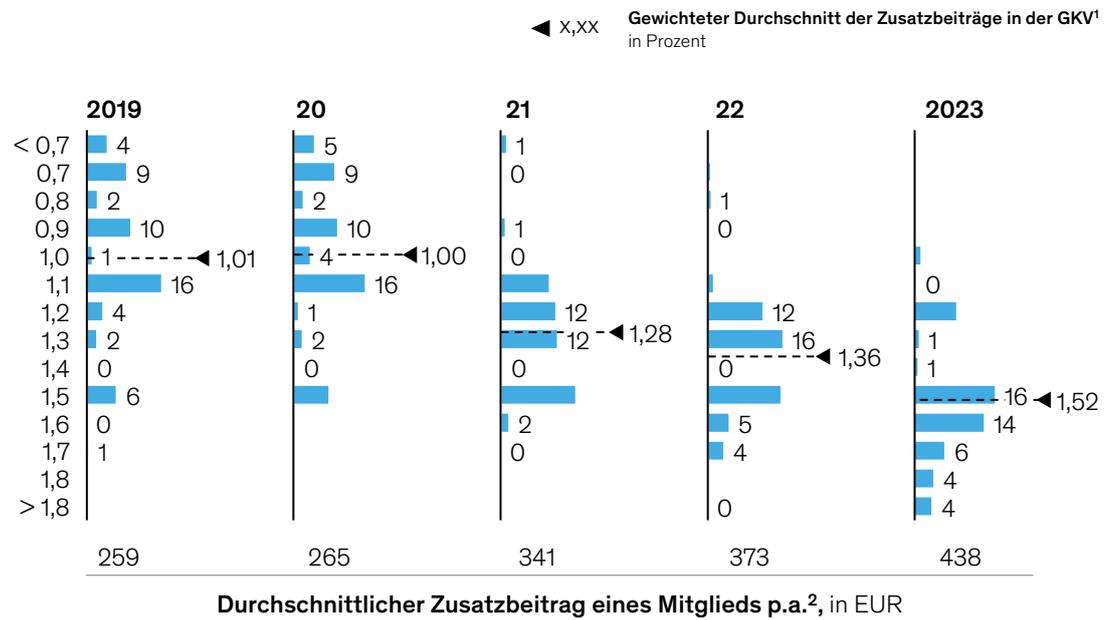
Bei genauerer Betrachtung wird deutlich, dass der Unterschied der Zusatzbeiträge zwischen den Kassenarten minimal geworden ist. Betrug der Abstand zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Zusatzbeitrag 2021 noch 1,8 Prozentpunkte, so macht er 2022 nur noch 0,8 Prozentpunkte aus. Die BKKen und IKKen weisen mit 1,31% den geringsten Zusatzbeitrag auf und damit den geringsten Finanzbedarf über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Die AOK-Gemeinschaft konnte 2021 noch den niedrigsten Zusatzbeitrag vorweisen, stellt aber 2022 mit 1,39% den höchsten Zusatzbeitrag in Rechnung (siehe Schaubild B2.27).

Veränderungen des Zusatzbeitrags beeinflussen unmittelbar den Zuwachs an bzw. Verlust von Versicherten einer Kasse (siehe Schaubild B2.28). Unter den Top-10-Kassen, die im ersten Quartal 2023 einen Versichertenzuwachs verzeichnen, befinden sich drei mit einem Zusatzbeitrag unter 1%. Außerdem haben drei der Top-10-Kassen ihren Zusatzbeitrag zwischen 2022 und 2023 nicht erhöht und die restlichen sieben haben ihn um durchschnittlich 0,14 Prozentpunkte erhöht. So liegen acht der zehn Kassen unter dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 1,52%. Von den Top-10-Kassen, die im ersten Quartal 2023 einen Mitgliederverlust verzeichnen, haben acht einen Zusatzbeitrag über dem GKV-Durchschnitt. Den Zusatzbeitrag haben diese Kassen um 0,2 Prozentpunkte angehoben.

Häufig geht mit der Abwanderung von Versicherten ein Anstieg des Morbiditätsindex einher (siehe Schaubild B2.29). Entsprechend steigen die Leistungsausgaben je Versicherte:n.

### Zu Beginn 2023 liegen die Zusatzbeiträge der Kassen fast ausnahmslos bei 1,52% oder darüber und im Durchschnitt 0,16 Prozentpunkte über dem Vorjahr

Anzahl der Mitglieder<sup>1</sup> je auf Zehntel gerundeten Zusatzbeitragssatz zum Stichtag 1.1., in Millionen

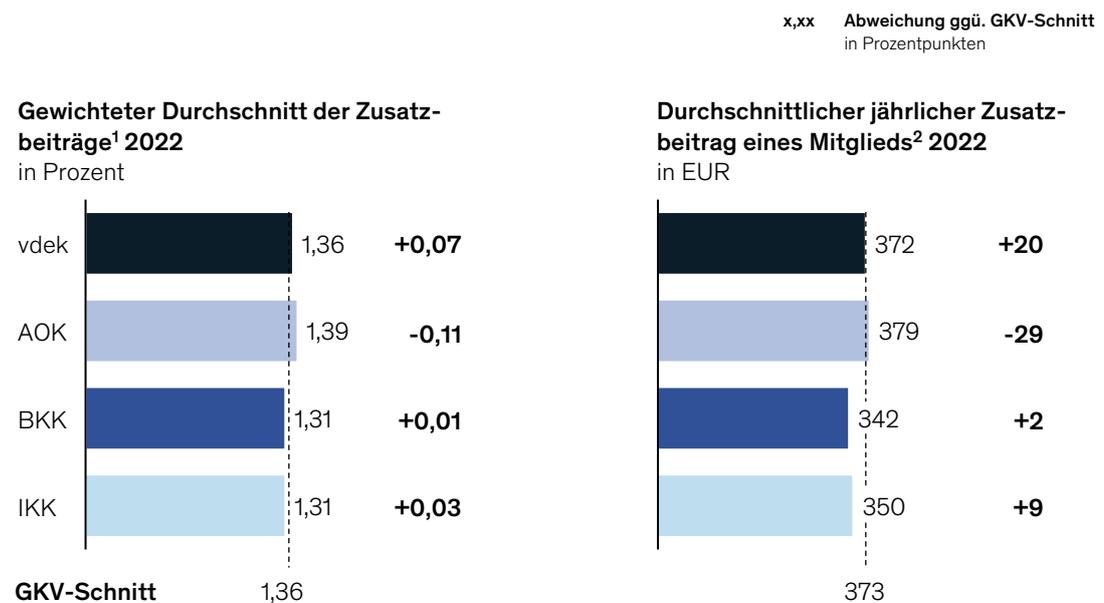


1 Ohne LKK und rein betriebsinterne Krankenkassen

2 Bei durchschnittlichem beitragspflichtigem Einkommen und Zusatzbeitrag zum Stichtag

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

### Die gewichteten durchschnittlichen Zusatzbeiträge liegen zwischen 1,37 und 1,39%, BKKen und IKKen liegen 0,05 Prozentpunkte unter dem Durchschnitt



1 Ohne LKK und rein betriebsinterne Krankenkassen

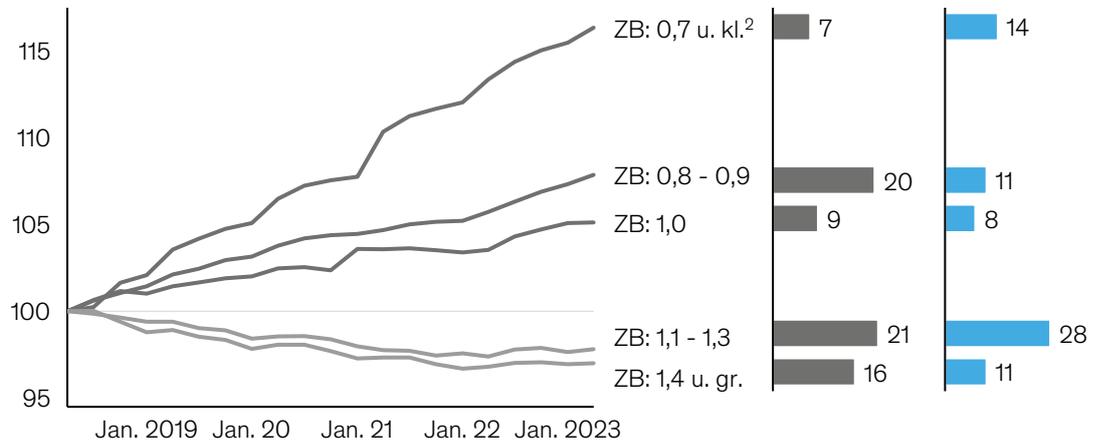
2 Bei durchschnittlichem beitragspflichtigem Einkommen, Rundungsdifferenzen möglich

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

## Der Versichertenzuwachs korreliert mit dem Zusatzbeitrag (ZB) als einem von mehreren Faktoren

**Entwicklung der Anzahl Versicherter der Krankenkassen<sup>1</sup> nach Höhe des Zusatzbeitrags am Stichtag 1.4.2018**  
 Versichertenanzahl indexiert, 1.4.2018 = 100%

**Status Januar 2023**



<sup>1</sup> Ohne LKK und rein betriebsinterne Krankenkassen

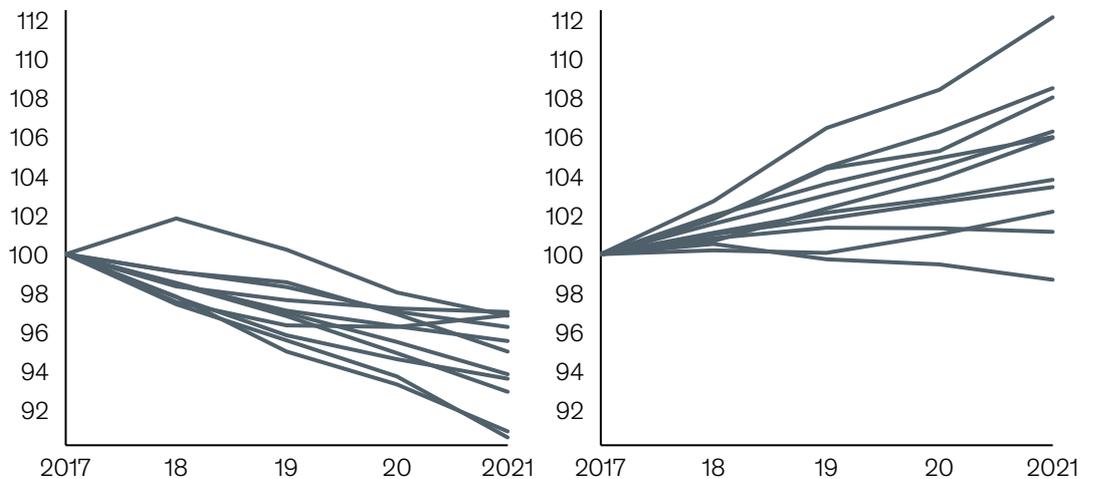
<sup>2</sup> Zusatzbeitrag gerundet, z.B. 1,35 gerundet zu 1,4; bei Fusionen Zusatzbeitrag der Vorgängerkasse mit größter Versichertenanzahl

Quelle: Krankenkassenliste GKV-Spitzenverband; Anzahl der Versicherten gemäß Veröffentlichung der DfG

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

**Kassen<sup>1</sup> mit Versichertenverlust ggü. 2017**  
 Versichertenanzahl indexiert, 2017 = 100%

**Morbidität der Kassen mit Versichertenverlust**  
 Morbidität indexiert, 2017 = 100%



<sup>1</sup> Kassen mit > 200.000 Versicherten im Jahr 2017

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

# Aktuelle Entwicklungen

Die Krankenkassen weisen in ihren endgültigen Ergebnissen für 2022 einen Überschuss von rund 385 Mio. EUR aus. Die Entwicklung ist je nach Kassenart unterschiedlich. So weisen die IKKs und die AOK-Gemeinschaft ein Defizit von etwa 105 Mio. EUR bzw. etwa 60 Mio. EUR auf, während die übrigen Kassenarten Überschüsse verzeichnen. Der vdek rechnet mit einem Überschuss von etwa 415 Mio. EUR und die BKKs mit etwa 70 Mio. EUR.<sup>39</sup>

Die Einnahmen der GKV entwickeln sich mit einem Zuwachs von 3,9% besser als erwartet. Bei einem Versichertenzuwachs um 0,5 Prozentpunkte steigen die Leistungsausgaben mit 4,2% etwas schneller als die Einnahmen. Die Leistungsausgaben steigen überproportional beispielsweise in den Bereichen Fahrkosten (14,7%) sowie Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (9,6%). Auch die Bereiche Krankengeld und Hilfsmittel verzeichnen überdurchschnittliche Ausgabenanstiege mit 8,0 und 5,7%. Im Krankengeld ist dies auch bedingt durch den Anstieg der krankengeldberechtigten Mitglieder in Höhe von 1,1%. Die Verwaltungskosten steigen mit 6,1% hingegen stärker an. Der starke Anstieg der Verwaltungskosten ist maßgeblich auf die

Bildung hoher Altersrückstellungen einzelner Krankenkassen zurückzuführen.

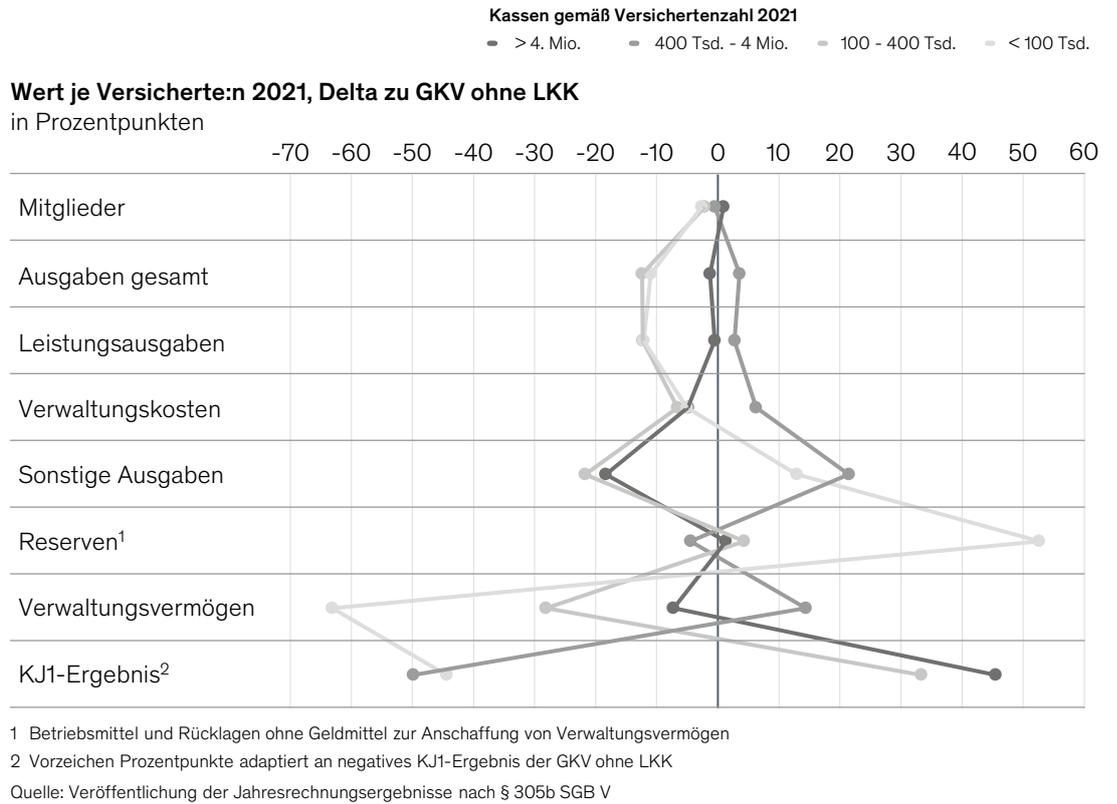
Der Gesundheitsfonds weist im Jahr 2022 einen Überschuss von rund 4,3 Mrd. EUR auf. Die Beitragseinnahmen in der GKV haben sich mit einem Zuwachs von rund 3,9% deutlich besser entwickelt als erwartet. Ein Großteil der Ausgaben für pandemiebedingte Zahlungsverfahren stammt aus dem Gesundheitsfonds und wird vom Bund beglichen. Die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds beträgt zum Stichtag 16. Januar 2023 rund 12,0 Mrd. EUR. Durch die beschlossene Reduzierung der Obergrenze für die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds werden ca. 4,7 Mrd. EUR in die Einnahmen des Gesundheitsfonds überführt und für höhere Zuweisungen an die Krankenkassen im Jahr 2023 genutzt.

Auf diese veränderte Lage waren und sind die Krankenkassen unterschiedlich vorbereitet. Alle Kassen haben jedoch weiterhin einen geringeren finanziellen Handlungsspielraum (siehe Schaubilder B2.30 bis B2.32).

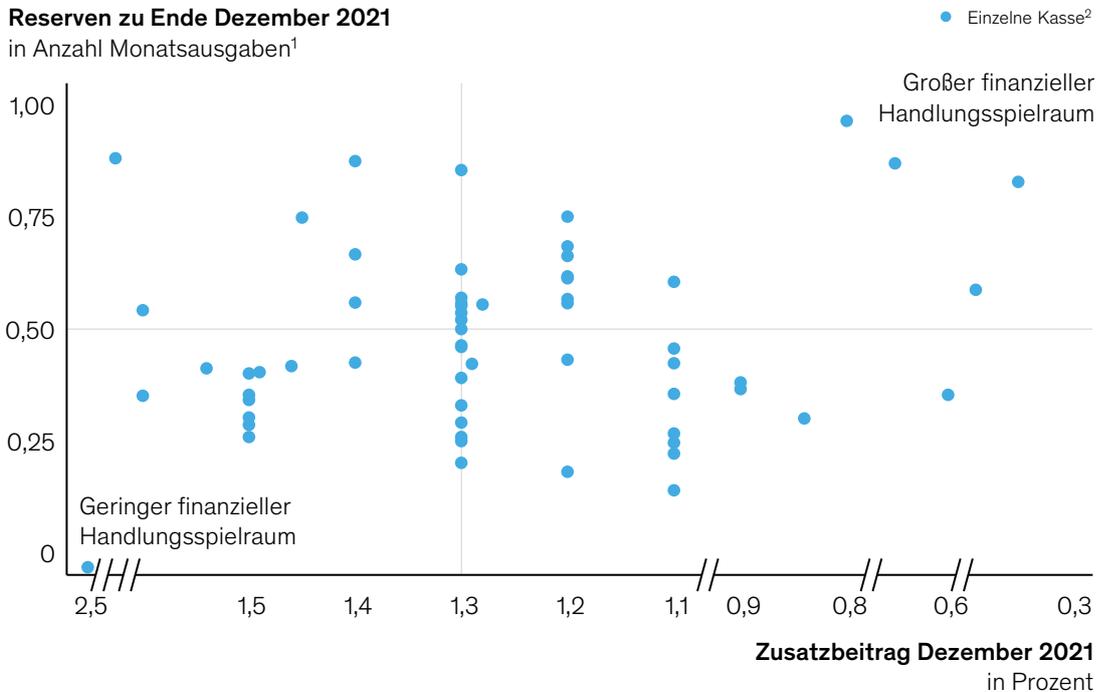
---

<sup>39</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, „Vorläufige Finanzergebnisse der GKV für das Jahr 2022“, 10. März 2023

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

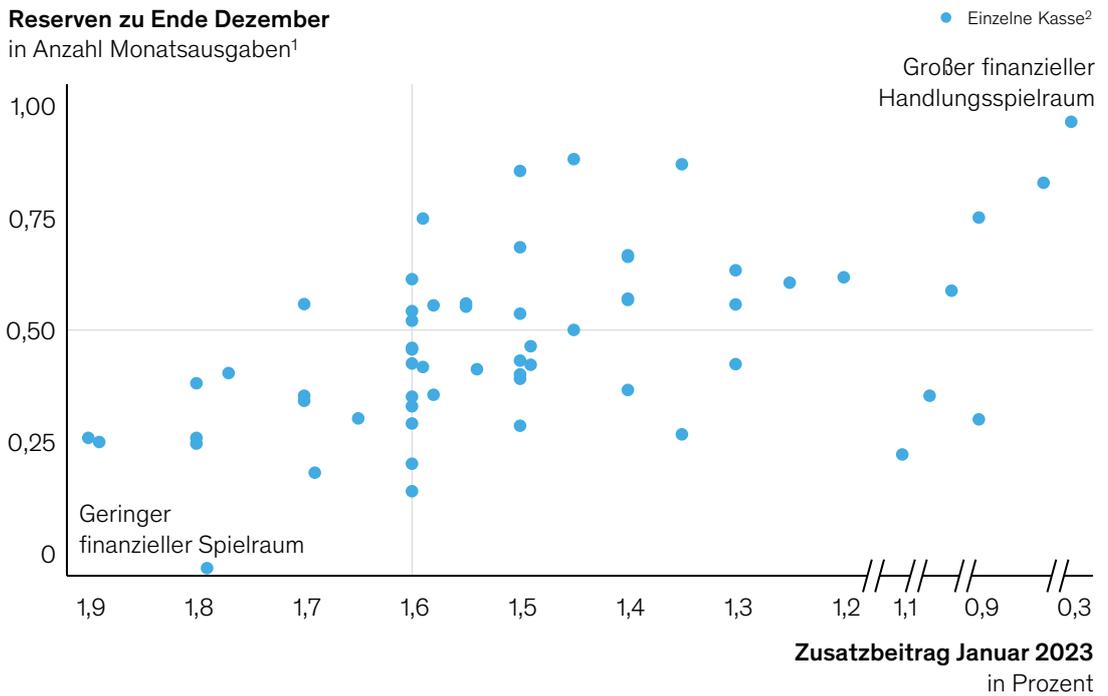


## Rückblick 2022: Die Reserven verteilen sich ungleich auf Einzelkassen, zahlreiche Einzelkassen liegen über der Obergrenze von 0,5 Monatsausgaben



## Der Blick auf die Zusatzbeiträge im Januar 2023 zeigt mehr Kassen im Quadranten mit größerem finanziellen Handlungsspielraum

**Reserven zu Ende Dezember**  
in Anzahl Monatsausgaben<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Betriebsmittel und Rücklagen ohne Geldmittel zur Anschaffung von Verwaltungsvermögen, Monatsausgaben = 1/12 Gesamtausgaben

<sup>2</sup> Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2021

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V; Krankenkassenliste GKV-Spitzenverband



# Ausblick

Wenn wir die Jahre seit 2020 anhand der Themenschwerpunkte und aufgezeigten Entwicklungen in den vergangenen drei GKV-Check-ups Revue passieren lassen, dann wird schnell klar: Spätestens mit dem Start der Corona-Pandemie ist für die GKV eine Zeit des Aufbruchs und des Wandels angebrochen – nicht allein, aber vor allem wegen der seither weiter forcierten Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem. Inzwischen haben die meisten GKV die ersten Schritte in die neue digitale Zeit unternommen und damit eine wichtige Voraussetzung geschaffen, die Herausforderung der digitalen Transformation zu meistern und die vielfachen Chancen optimal zu nutzen.

Um dynamisch zu bleiben und weiter zu wachsen, sind sie allerdings auch gefordert, sich mit einer komplexen Vielzahl alter und neuer Themen intensiv auseinanderzusetzen:

- Weltweite branchenübergreifende Trends und Turbulenzen (z.B. Ukraine-Krieg, Lieferengpässe, Fachkräftemangel)
- Innovative medizinische Erkenntnisse (Medikamente der nächsten Generation, E-Health)
- Sich verschärfender Kostendruck, sowie eine Vielzahl neuer finanzwirksamer und/oder strukturverändernder Reformen bzw. Reformvorhaben (z.B. Krankenhausreform 2023)
- Deutlich veränderte Bedürfnisse und Erwartungen der GKV-Versicherten, z.B. in puncto Nachhaltigkeit.

Im diesjährigen GKV-Check-up haben wir daher drei Themen aufgegriffen, die es einzelnen Kassen ermöglichen können, sich vom Wettbewerb abzuheben und ihren Versicherten ein optimales Leistungs- und Serviceangebot zu gewährleisten.

**Veränderte Kundenerwartungen.** Die Ergebnisse zweier aktueller McKinsey-Umfragen unter GKV-Versicherten zeigen, dass sich die Erwartungen, Prioritäten und die Zufriedenheit deutlich verändert haben. Es zeichnet sich nicht nur ein Anstieg der Bereitschaft zum Kassenwechsel ab, sondern es lassen sich neue Differenzierungsfaktoren

für GKV ausmachen, etwa das Zukunftsthema Nachhaltigkeit. Es gilt, sich intensiver mit aktuellen Entwicklungen hinsichtlich Kundenerwartungen und -zufriedenheit zu beschäftigen. So können GKV passgenaue, attraktivitätssteigernde Maßnahmen entwickeln, mit denen sich Bestandsversicherte binden und neue Versicherte gewinnen lassen.

**Technologische Innovationen.** Data Analytics, Data Science und GenAI bieten GKV innovative Ansätze, um Prozesse transparenter zu machen. Davon ausgehend können sie nicht nur interne (Verwaltungs-)Prozesse effizienter und effektiver gestalten, sondern auch externe Interaktionen wie die Kommunikation von Serviceangeboten optimieren. Zudem bergen die technologischen Innovationen neue Verbesserungspotenziale jenseits der Prozessoptimierung: Beispielsweise lassen sich künftige Kapazitäts- oder Ressourcenbedarfe präziser vorhersagen und auf diese Weise die Bedarfsplanung verbessern und erleichtern. Das ganze Ausmaß der Möglichkeiten ist noch nicht vollumfänglich absehbar. Dennoch – oder gerade deswegen – sollte keine Kasse es versäumen, möglichst umgehend Erfahrungen mit der Anwendung dieser Technologien zu sammeln, die Potenziale zu identifizieren und diese strukturiert zu erschließen. Auf diese Weise lassen sich wichtige Voraussetzungen für künftiges Wachstum schaffen.

**Weiterentwicklung der GKV-Präventionsprogramme.** Mit ihren Präventionsprogrammen leisten die GKV einen entscheidenden Beitrag dazu, das zukunftsweisende Narrativ „von der Krankenzur Gesundheitsversorgung“ in Deutschland mitzugestalten und umzusetzen. Die einzelnen Kassen haben die Chance, ihre erfolgreichen Präventionsangebote im Lichte neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse vor allem mittels Fokussierung und Personalisierung systematisch weiter zu optimieren. So sorgen sie nicht nur für ein „Mehr“ an Gesundheit für alle, sondern eröffnen sich auch die Chance, die Zufriedenheit ihrer Versicherten zu steigern, neue Versicherte zu gewinnen, ihre Krankheitskosten zu senken – und sich ein Alleinstellungsmerkmal im Wettbewerb zu sichern.

Bei alledem dürfen wir nicht vergessen: Innovative Ansätze ausprobieren, Herausforderungen lösen

und neue Potenziale erschließen geschieht nicht unter staub- und Legacy-freien Laborbedingungen, sondern im Rahmen des laufenden Geschäftsbetriebs und der bisherigen (strategischen) Planungen. Deswegen ist es erforderlich, diese innovativen Ansätze effektiv und umsichtig in die Organisation, in etablierte Prozesse und in die bisherige Strategieplanung zu integrieren. Es gilt, zunächst die folgenden Schlüsselfragen zu beantworten: Sind die neuen Initiativen kompatibel mit den bestehenden Strategien? Inwiefern sind Letztere ggf. anzupassen? Sind die erforderlichen Mitarbeiterkompetenzen und die notwendige technologische Infrastruktur für die neuen Initiativen vorhanden? Und: Was hat die eigene GKV in der Vergangenheit erfolgreich gemacht? Bei der anschließenden Umsetzung nehmen bewährte Hebel eine Schlüsselrolle ein – vor

allem die Verknüpfung von Erfahrungen und Fachwissen innerhalb der Organisation in funktionsübergreifenden Teams, flexible und agile Zusammenarbeit, weitsichtiger Talentaufbau und professionelles Talentmanagement sowie das Etablieren einer Unternehmenskultur, die von Innovationsgeist, Unternehmertum und Kreativität geprägt ist.

Je besser und früher es den GKVen gelingt, ihre bisherigen Stärken und Initiativen mit den Möglichkeiten zu verbinden, die sich aus den innovativen Ansätzen ergeben, desto vielversprechender sind die Chancen, dynamisch zu bleiben, erfolgreich durch die turbulenten Zeiten zu kommen und attraktive neue Wachstumsmöglichkeiten zu realisieren.



# Methodik und Definitionen

Begriff (Abkürzung)	Definition
<b>Altersrückstellungen</b>	Altersrückstellungen sind finanzielle Reserven, die Krankenkassen bilden, um ihrer gesetzlichen Pflicht zum Aufbau eines ausreichenden Kapitalstocks zur Deckung ihrer zukünftigen Altersversorgungsverpflichtungen (Renten und Beihilfeleistungen) nachzukommen.
<b>AOP-Katalog</b>	Dieser Katalog beinhaltet ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationärsersetzende Eingriffe im Krankenhaus. Er wird erstellt vom GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausesellschaft (DKG) sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und beruht auf § 115b SGB V.
<b>Application Programming Interface (API)</b>	Eine API ist eine Schnittstelle, die es verschiedenen Softwareanwendungen ermöglicht, miteinander zu kommunizieren und Daten auszutauschen.
<b>AU-Fall</b>	In AU-Fällen sind Beschäftigte aufgrund von Krankheit oder Verletzung arbeitsunfähig und können ihre beruflichen Aufgaben nicht ausführen.
<b>Beitragspflichtige Einnahmen</b>	Dies sind alle geldwerten Einnahmen der Mitglieder, aus denen Beiträge zur Krankenversicherung zu zahlen sind. Hohe Einnahmen werden auf die Beitragsbemessungsgrenze des jeweiligen Jahres gekappt.
<b>Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (bLA)</b>	Die bLA ergeben sich aus der Summierung der Ausgaben gemäß berücksichtigungsfähigen Konten nach § 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV). Diese Konten sind der Anlage 1.1 zu entnehmen, die das Bundesversicherungsamt jährlich veröffentlicht.
<b>Bestimmtheitsmaß (R2)</b>	R2 ist eine Kennzahl zur Beurteilung der Anpassungsgüte einer Regression und wird in Prozent gemessen. Die Kennzahl gibt an, wie viel Streuung in den Daten durch ein vorliegendes lineares Regressionsmodell zu erklären ist. Je höher der Wert, desto höher ist die Bestimmtheit bzw. Güte der Anpassung. Das bedeutet, bei einem R2 von 100% liegen die betrachteten Datenpunkte genau auf der Regressionsgeraden.
<b>Bezugsdauer</b>	Die Bezugsdauer bezeichnet den Zeitraum, für den eine Krankenversicherung Leistungen erbringt, z.B. Krankengeld.
<b>Chatbots</b>	Chatbots sind computergesteuerte Programme, die mithilfe von KI und natürlicher Sprachverarbeitung entwickelt wurden. Sie können natürliche Konversationen mit Menschen in verschiedenen Kommunikationskanälen führen.

<b>Disability-Adjusted Life Years (DALYs)</b>	Mit der Einheit DALYs wird die gesundheitliche Belastung einer Krankheit oder Verletzung gemessen. DALYs berücksichtigen die Anzahl der verlorenen Lebensjahre sowie die Anzahl der Jahre mit Behinderung.
<b>Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)</b>	Die DSGVO ist eine EU-Verordnung, die den Schutz personenbezogener Daten regelt und einheitliche Standards für den Umgang mit solchen Daten in der EU festlegt.
<b>Risikoanalyse-Tool</b>	Ein Risikoanalyse-Tool ist eine Software oder Anwendung, die mithilfe von Daten und Algorithmen das individuelle Risiko von Versicherten bewertet und dabei hilft, passende Versicherungsleistungen anzubieten.
<b>„Diagnosis Related Groups“ (DRG)-Statistik</b>	Die DRG-Statistik ist eine Datenbank, die Informationen über die Behandlungskosten und -ergebnisse von Patient:innen enthält und nach einem einheitlichen Klassifikationssystem gruppiert.
<b>Elektronische Patientenakte (ePA)</b>	In der ePA sind medizinische Dokumente wie Arztbriefe, Blutwerte oder Röntgenbilder gespeichert. Die Funktionen werden derzeit umgesetzt.
<b>Erwartungswert</b>	Siehe „Lineare Regression“.
<b>Fahrzeitstratifizierte Einzugsgebiete</b>	Fahrzeitstratifizierte Einzugsgebiete sind geografische Bereiche, die basierend auf der Fahrzeit zu einem bestimmten Ort definiert werden. Mit ihrer Hilfe lässt sich die Erreichbarkeit medizinischer Einrichtungen analysieren und verbessern.
<b>Fallzahlprognose</b>	Die Fallzahlprognose ist eine Methode, um die Anzahl der erwarteten Fälle oder Patient:innen in einem bestimmten Zeitraum vorherzusagen, basierend auf historischen Daten und statistischen Modellen.
<b>Finanzierungslücke der Verwaltungskosten</b>	Dies ist die Differenz zwischen den Verwaltungskosten und den Zuweisungen für Verwaltungskosten.
<b>Fondsunterdeckung durch Zusatzbeitrag</b>	Die Kompensation der Fondsunterdeckung durch den Zusatzbeitrag entspricht der Differenz von mitgliederbezogener Veränderung (mbV) und Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag.
<b>Freie Leistungserbringung</b>	Freie Leistungserbringung bedeutet, dass Ärzt:innen und andere medizinische Fachkräfte ihre Dienstleistungen unabhängig von festen Verträgen oder Bindungen mit Krankenversicherungen anbieten können.

<b>Gesundheitsfonds</b>	Der Gesundheitsfonds ist ein zentraler Finanzierungsfonds in Deutschland, in den Angestellte und Arbeitgeber Beiträge einzahlen, um die Kosten der GKV zu decken. Die eingezahlten Gelder werden an die Krankenkassen verteilt.
<b>ICD-Code</b>	Dieses weltweit anerkannte System dient der Klassifizierung und Kodierung von Krankheiten, Verletzungen und anderen Gesundheitszuständen. Die ICD-Nummer besteht aus alphanumerischen Codes, die bestimmten Diagnosen zugeordnet sind. Diese Codes dienen dazu, medizinische Informationen einheitlich zu erfassen, zu speichern und zu analysieren. Arztpraxen, Krankenhäuser, Versicherungen und andere Gesundheitseinrichtungen verwenden die ICD-Nummer, um Diagnosen zu dokumentieren und für statistische Zwecke zu nutzen.
<b>GenAI – (generative) künstliche Intelligenz (KI)</b>	Die KI ist ein Teilgebiet der Informatik, das sich mit der Automatisierung intelligenten Verhaltens und dem maschinellen Lernen befasst. KI bezeichnet die Fähigkeit von Computern, menschenähnliche Denk- und Lernprozesse durchzuführen; die generative KI erstellt eigenständig neue Inhalte. Zur KI zählen auch Large Language Models (LLM) und Deep Learning bzw. neuronale Netzwerke. Ein LLM ist ein Sprachmodell, das anhand großer Mengen an Textdaten trainiert wurde, um natürliche Sprache zu verstehen, zu verarbeiten und zu generieren. Deep-Learning-Modelle bzw. neuronale Netzwerke sind mathematische Modelle, die aus miteinander verbundenen künstlichen Neuronen bestehen und zur Verarbeitung von Informationen und zum Lernen verwendet werden.
<b>KJ1-Ergebnis</b>	Das KJ1-Ergebnis ist das endgültige Jahresrechnungsergebnis einer Kasse entsprechend den Vorgaben der amtlichen Statistik KJ1.
<b>KJ1-Jahresrechnung (KJ1)</b>	Die KJ1-Jahresrechnung enthält die endgültigen Jahresrechnungsergebnisse der GKV und der Kassenarten, gegliedert nach den wichtigsten Einnahmen und Ausgaben.
<b>KM6-Mitgliederstatistik (KM6)</b>	Die KM6-Mitgliederstatistik gibt einen Überblick über die Versicherten der GKV und der Kassenarten, gegliedert nach Versichertenstatus, Alter und Wohnort jeweils zum Stichtag 1. Juli eines Jahres.
<b>Konsolidierung</b>	Konsolidierung bezeichnet den Prozess der Zusammenführung oder Vereinigung von Krankenkassen durch Fusionen, Übernahmen oder andere Formen der Zusammenarbeit.
<b>Krankengeld</b>	Krankengeld ist eine finanzielle Leistung, die eine Krankenkasse an Versicherte zahlt, wenn diese krankheitsbedingt arbeitsunfähig sind und dadurch ein Einkommensverlust entsteht.

<b>Krankenhausreform 2023</b>	<p>Die Krankenhausreform umfasst 1) die Festlegung von Leistungsgruppen zur klaren Regelung des Leistungsbereichs von Krankenhäusern, 2) die Einführung einheitlicher Versorgungslevels zur Kategorisierung der Krankenhäuser sowie 3) die fallmengenunabhängige Vorhaltefinanzierung.</p> <p>Die Kategorisierung basiert auf dem Leistungsgruppenprofil, den Dringlichkeits- und den strukturellen Anforderungsstufen. Sie umfasst drei Levels:</p> <p>I: wohnortnaher Grundversorger</p> <p>II: Versorger mit weiteren Angeboten bzw. Schwerpunkt-/Notfallversorger</p> <p>III: Maximalversorger (z.B. Universitätsklinik).</p>
<b>Leistungsausgaben</b>	<p>Dies sind die Ausgaben für Leistungen, die die Versicherten in Anspruch nehmen (inklusive Satzungs- und Ermessensleistungen); sie werden in die Kontenklassen 4 und 5 des GKV-Kontenrahmens gebucht.</p>
<b>Leistungserbringer</b>	<p>Zu den Leistungserbringern zählen z.B. Krankenhäuser, Arztpraxen, Medizintechnikfirmen und Labore.</p>
<b>Lineare Regression</b>	<p>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 Regressionsgeraden. Der Erwartungswert der Abweichungen zur Regressionsgeraden ist 0, somit entspricht die Regressionsgerade den erwarteten Werten.</p>
<b>Liquiditätsreserve</b>	<p>Die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ist ein finanzieller Puffer, um Schwankungen in den Einnahmen und Ausgaben des Fonds auszugleichen. Sie dient dazu, finanzielle Engpässe zu vermeiden und sicherzustellen, dass die Kassen jederzeit ihre Leistungen erbringen können.</p> <p>Es gibt keine Obergrenze für die Liquiditätsreserve. Ihre Höhe wird durch gesetzliche Vorgaben und politische Entscheidungen bestimmt. Sie wird regelmäßig überprüft und angepasst, um die aktuellen Bedürfnisse des Gesundheitssystems zu erfüllen.</p>
<b>Medizinische Versorgungszentren (MVZ)</b>	<p>MVZ wurden mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 zur ambulanten medizinischen Versorgung eingeführt.</p>
<b>Mitgliederbezogene Veränderung (mbV)</b>	<p>Die mbV wird nach § 40 RSAV durch das Bundesverwaltungsamt bestimmt und spiegelt den Einnahmen- oder Ausgabenüberschuss im Gesundheitsfonds wider, bezogen auf die Gesamtmitgliederanzahl in der GKV. In den vergangenen Jahren hat der GKV-Schätzerkreis einen Ausgabenüberschuss prognostiziert, was jeweils eine negative mbV je Mitglied zur Folge hatte.</p>

<b>Monatsausgabe</b>	Die hier referenzierte Monatsausgabe einer Krankenkasse entspricht einem Zwölftel der gesamten jährlichen Ausgaben.
<b>Morbiditätsindex</b>	Der Morbiditätsindex zeigt an, in welchem Verhältnis die durchschnittlichen Zuweisungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben je Versicherte:n einer Versichertenpopulation zu denen der GKV stehen.
<b>Net Promoter Score (NPS)</b>	Der NPS beziffert die Differenz zwischen dem Anteil der Promotor:innen und dem der Detraktor:innen eines Unternehmens. Deren jeweiliger Anteil in Bezug auf Krankenkassen wird ermittelt, indem einer repräsentativen Gruppe von Versicherten die Frage gestellt wird: „Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie Ihre Krankenkasse Freund:innen oder jemandem in ihrer Familie weiterempfehlen werden?“ Die Antwortmöglichkeiten liegen auf einer Skala von 0 (unwahrscheinlich) bis 10 (äußerst wahrscheinlich). Als Promotor:innen werden Personen bezeichnet, deren Antworten bei 9 oder 10 liegen, als Detraktor:innen Personen, deren Antworten zwischen 0 und 6 liegen.
<b>Obergrenze</b>	Siehe „Liquiditätsreserve“.
<b>On-Premise-Infrastruktur</b>	On-Premise-Infrastruktur steht für die Bereitstellung und Verwaltung von IT-Ressourcen, z.B. Servern, Speichern und Netzwerken, die in den Räumlichkeiten eines Unternehmens installiert und gewartet werden.
<b>Proprietäre KI-basierte Analysetools</b>	Diese herstellerspezifischen Softwarelösungen nutzen KI, um Daten zu analysieren sowie wertvolle Erkenntnisse und Informationen zu liefern.
<b>Regierungskommission Krankenhaus</b>	Die Regierungskommission Krankenhaus analysiert die Situation und Entwicklung des Krankenhauswesens, gibt Empfehlungen ab und erarbeitet Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität, Effizienz und Finanzierung der Krankenhäuser. Sie besteht aus Fachleuten, Vertretungen der Krankenhäuser und Krankenkassen sowie weiteren relevanten Akteur:innen.
<b>Reservenabbau</b>	Im Kontext von Krankenkassen bezeichnet der Reservenabbau die Reduzierung der finanziellen Rücklagen oder Reserven einer Krankenkasse, um z.B. Beitragssatzsenkungen oder zusätzliche Leistungen zu finanzieren.
<b>Richtwertmethode</b>	Bei der einfachen Richtwertmethode werden die Veränderungen bei den Ausgaben einer Kasse je Versicherte:n – insgesamt und je Leistungsbereich – verglichen mit der entsprechenden nicht strukturbereinigten GKV-Veränderungsrate.

<b>Robotic Process Automation(RPA)-Anwendungen</b>	RPA-Anwendungen automatisieren repetitive und regelbasierte Aufgaben, indem sie menschenähnliche Roboter einsetzen, um Geschäftsprozesse effizienter und fehlerfrei auszuführen.
<b>Selektivvertrag</b>	Selektivverträge sind Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, z.B. Arztpraxen oder Krankenhäusern, die spezifische Leistungen zu bestimmten Konditionen regeln und von regulären Verträgen abweichen können.
<b>Sonstige Ausgaben</b>	Dabei handelt es sich um Ausgaben der Kontenklasse 6 des GKV-Kontenrahmens. Dazu zählen u.a. Altersrückstellungen zur Deckung zukünftiger Altersversorgungsverpflichtungen, Prämienzahlungen an Mitglieder, Kostenerstattung an die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V, Finanzierungsanteile am Innovationsfonds sowie übrige Aufwendungen.
<b>Sonstige Einnahmen</b>	Diese entsprechen der Kontengruppe 39 des GKV-Kontenrahmens und umfassen u.a. Verzugszinsen, Regressansprüche, Erstattungen sowie Einnahmen aus Sachversicherungen.
<b>Sozialgesetzbuch V (SGB V)</b>	Das SGB V regelt die Organisation, Versicherungspflicht und Leistungen der GKVen sowie deren Rechtsbeziehungen zu Leistungserbringern.
<b>Vermögensabführung</b>	Vermögensabführung bedeutet die Übertragung von Vermögenswerten einer Krankenkasse an den Gesundheitsfonds. Dies geschieht, um die Ausstattung des Fonds zu stärken und die finanziellen Mittel gerecht unter den Krankenkassen zu verteilen. Die Vermögensabführung erfolgt in Form von Geld- oder Sachwerten und basiert auf einem gesetzlich festgelegten Schlüssel.
<b>Verwaltungskosten</b>	Zu den Verwaltungskosten, 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.
<b>Vorhaltefinanzierung</b>	Die Vorhaltefinanzierung bezeichnet die Bereitstellung von finanziellen Mitteln zur Aufrechterhaltung der benötigten Strukturen und Vorhaltung entsprechenden Personals, das zur Erfüllung der zugeordneten Aufgaben benötigt wird.
<b>Wearables</b>	Wearables sind elektronische Geräte, die am Körper getragen werden. Sie ermöglichen verschiedene Funktionen wie Fitness-Tracking, Gesundheitsüberwachung oder Kommunikation.

<b>Zusatzbeitrag</b>	Zusatzbeiträge kann eine Kasse in individueller Höhe zusätzlich zum allgemeinen Beitragssatz der GKV erheben. Sie 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 – nicht die tatsächliche Einkommensstruktur der Mitglieder einer Kasse.
----------------------	--

# Impressum

## **Ansprechpersonen**

Florian Niedermann  
Stephanie Schiegnitz

## **Projektteam**

Carina Manteuffel  
Beatrice Pototzky  
Dominik Rigo  
Elke Uhrmann-Klingen

## **Redaktion und Design**

Birgit Ansorge  
Jörg Hanebrink  
Karin Malinski  
Jocelyn TARRIER

## **Kontakt**

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

## **Inhaltliche Beiträge**

Katharina Becker  
Stefan Biesdorf  
Laura Bitomsky  
Ralph Breuer  
Ulrike Deetjen  
Anke Donath  
Mark Edelhoff  
Daniel Fehervari  
Tjark Freundt  
Mathis Friesdorf  
Markus Gampert  
Christian Heinemeyer  
Tobias Hlavka  
Martin Huber  
Amanda Jahn

Christian Julius  
Katharina Kassubeck  
Boris Körs  
Marc Krüger  
Karl Liese  
Julian Ludat  
Carina Manteuffel  
Manuel Möller  
Corinne Möller  
Björn Münstermann  
Franz-Xaver Neubert  
Florian Niedermann  
Anja Paulzen-Nelles  
Jesko Perrey  
Alexander Perske  
Anika Pflanzner  
Beatrice Pototzky  
Matthias Redlich  
Konstanze Reinecke-Schneider  
Laura Richter  
Dominik Rigo  
Sina Risse-Tenk  
Stephanie Schiegnitz  
Katharina Sickmüller  
Christian Siebert  
Gregor Theisen  
Kristin Tuot  
Elke Uhrmann-Klingen  
Alexander Weiss

## **Copyright © 2023 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 Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Basisbilder Illustrationen: Copyright © Getty Images



"Der GKV-Check-up 2023" von McKinsey  
Dezember 2023  
Copyright © McKinsey & Company  
Designed by Visual Media Europe  
[www.mckinsey.com](http://www.mckinsey.com)

