

Deutscher Healthcare-Sektor

# Der GKV- Check-up 2026

Stabilität sichern, mit Weitblick investieren



# Vorwort

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht weiterhin vor großen Herausforderungen, die im Wesentlichen seit der letzten Ausgabe des GKV-Check-ups unverändert geblieben sind: Steigender Kostendruck, politische Reformen, wachsende Ansprüche der Versicherten, Fachkräftemangel und fortschreitende Digitalisierung prägen die Branche. Deutlich verändert hat sich jedoch die Intensität dieser Herausforderungen. Zwischen 2022 und 2024 stiegen die Leistungsausgaben je Versicherte:n über alle Kassenarten hinweg um mehr als 5% pro Jahr, insbesondere im Krankenhaus- und Arzneimittelbereich. Gleichzeitig nahmen die Brutto-Verwaltungskosten zwischen 2020 und 2024 kontinuierlich zu, bei einigen Kassenarten zuletzt um über 3% pro Jahr. Diese Entwicklungen spiegeln sich in der Rekordhöhe der Zusatzbeiträge wider (durchschnittlicher Zusatzbeitrag von 2,9% zum 1. Januar 2026). Gleichzeitig schreitet die Digitalisierung weiter voran und neue Technologien, insbesondere KI, werden auch für die GKV verfügbar und erfordern zukunftsgerichtete Strategien und Investitionen. Der „perfekte Sturm“, den wir 2025 in den Fokus des GKV-Check-ups gerückt haben, gewinnt also weiter an Dynamik.

Die Politik hat diese Entwicklungen adressiert: Ende März legte die Finanzkommission Gesundheit ein Paket aus 66 Sparvorschlägen und Reformempfehlungen vor. Auf dieser Basis hat das BMG bereits einen Entwurf für das GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz veröffentlicht. Dieser sieht sowohl Maßnahmen zur Einnahmensteigerung als auch zur Ausgabenbegrenzung vor – Schritte, die von den Kassen proaktives Handeln erfordern. In der Branche hat sich daher die Erkenntnis gefestigt, dass das Gesundheitswesen vor einer tiefgreifenden Transformation steht, auch wenn deren finale Konturen noch nicht vollständig feststehen. Für die Kassen bedeutet dies einen strategischen Kraftakt: Sie müssen die unmittelbaren operativen Herausforderungen bewältigen und gleichzeitig die Weichen für die Zukunft stellen. Effizienz, Agilität bei regulatorischen Änderungen und strategischer Weitblick sind somit wichtiger denn je.

Unter dem Motto „Stabilität sichern, mit Weitblick investieren“ zeigt diese Ausgabe des GKV-Check-ups, wie Krankenkassen im Wettbewerb bestehen und nachhaltig wachsen können. Unsere aktuelle Versichertenbefragung unterstreicht: Ein wettbewerbsfähiger Zusatzbeitrag bleibt zwar der wichtigste Treiber für Zufriedenheit und Wechselbereitschaft. Für den langfristigen Erfolg entscheidend sind jedoch zusätzlich eine klare Differenzierung über den wahrgenommenen Leistungskatalog sowie ein exzellenter, personalisierter Service. Wir beleuchten zudem, wie Kassen ihre Leistungsausgaben effizienter steuern, Prozesse modernisieren und den Personaleinsatz optimieren können. Darüber hinaus zeigen wir, wie zukunftsorientierte Omnikanal-Ansätze das Serviceerlebnis stärken. Ein zentraler Erfolgsfaktor ist dabei der konsequente Einsatz von KI, einschließlich generativer KI (GenAI) und agentischer KI. Diese Technologien ermöglichen es den Kassen, systematisch in ihre Zukunftsfähigkeit zu investieren.

Für fundierte strategische Entscheidungen und die Einordnung der eigenen Entwicklung sind aktuelle Markteinblicke unverzichtbar. Der zweite Teil unseres Jahrbuchs bietet daher wie gewohnt eine umfassende Analyse der jüngsten Entwicklungen und Kassenergebnisse im GKV-Markt – basierend auf den öffentlich verfügbaren Zahlen für 2024 und 2025.

Wir wünschen Ihnen eine anregende und inspirierende Lektüre und freuen uns darauf, mit Ihnen in den Austausch über die Erkenntnisse zu gehen.

Stuttgart, Juni 2026



Florian Niedermann  
Herausgeber, Leiter des globalen Healthcare-Sektors



Stephanie Schiegnitz  
Herausgeberin, Partnerin im deutschen Healthcare-Sektor



Carina Manteuffel  
Redaktion, Mitglied des deutschen Healthcare-Sektors



Beatrice Pototzky  
Redaktion, Mitglied des deutschen Healthcare-Sektors



# Inhalt

<b>A Praxisperspektiven</b>	<b>4</b>
A1 GKV-Versicherte zwischen Systemfrust und Service-Anspruch	8
A2 Kostendruck meistern: Neue Wege für die GKV	18
A3 Personaleinsatz effizient und zukunftsfähig gestalten	24
Interview „Personalarbeit in der GKV: Zwischen Kostendruck, Demografie und Digitalisierung“ mit Herrn Matzke	32
A4 Das Omnikanal-Management der GKV im Wandel: Von einer IT-Initiative zur umfassenden Transformation	36
Interview: „Omnikanal-Transformation in der GKV: Vom Serviceversprechen zur integrierten Plattform“ mit Frau Stump	40
A5 KI-Agenten in der GKV: Der nächste digitale Sprung	44
<b>B Aktuelle Entwicklungen im GKV-Markt</b>	<b>54</b>
B1 Wettbewerbstrends	58
B2 Entwicklung der Kassenergebnisse	68
Ausblick	104
Glossar	106
Impressum	110





# Praxis- perspektiven

Die GKV befindet sich an einem Scheideweg: Anhaltender Kostendruck, regulatorische Vorgaben und der demografische Wandel stellen das System vor eine Zerreißprobe, während der unaufhaltsame technologische Fortschritt völlig neue Potenziale eröffnet. Zugleich schwinden die finanziellen Reserven, die Zusatzbeiträge steigen, der Fachkräftemangel lähmt die Prozesse und die Versicherten fordern exzellenten Service und digitale Angebote auf höchstem Niveau. Die Kassen stehen damit vor einer doppelten Herausforderung: Einerseits müssen sie ihre Effizienz signifikant steigern, andererseits die Weichen stellen für eine zukunftsfähige, technologiegestützte Versorgung. Wer in diesem Transformationsprozess zögert, verliert den Anschluss. Gleichzeitig eröffnen sich jedoch erhebliche Chancen.

Der Praxisteil beginnt mit den Ergebnissen unserer aktuellen Versichertenbefragung zu Zufriedenheit und zentralen Einflussfaktoren. Anschließend werden vier Handlungsfelder genauer betrachtet, die für eine nachhaltige und wettbewerbsfähige Ausrichtung der GKV entscheidend sind.

### **A1. GKV-Versicherte zwischen Systemfrust und Service-Anspruch**

Die Versichertenbefragung offenbart ein Dilemma: Wie können Krankenkassen in einem Umfeld zunehmender Unzufriedenheit wachsen, wenn die Wechselbereitschaft der Versicherten gleichzeitig niedrig bleibt? Warum ist ein reiner Preisfokus nicht ausreichend? Und welche Rolle spielt ein exzellenter, personalisierter Service, um gezielt „wechselaffine“ Versicherte anzusprechen und langfristig zu binden? Wie können die Kassen ihre Kundeninteraktion so gestalten, dass sie sich klar vom Wettbewerb abheben und in einem angespannten Marktumfeld das Vertrauen der Versicherten zurückgewinnen?

### **A2. Kostendruck meistern: Neue Wege für die GKV**

Der finanzielle Druck auf die GKV erreicht einen neuen Höhepunkt. Somit stellt sich die Frage, wie die Kassen angesichts der angespannten Lage ein strukturiertes Leistungskostenmanagement konsequent umsetzen können – insbesondere in den Bereichen Krankenhaus, Arzneimittel und Hilfsmittel. Wie kann der Einsatz von GenAI bestehende Prozesse nicht nur optimieren, sondern durch ein grundlegendes Redesign völlig neue Effizienzpotenziale erschließen und die Resilienz der Kassen stärken?

### **A3. Personaleinsatz effizient und zukunftsfähig gestalten**

Steigende Verwaltungskosten und ein sich zuspitzender Fachkräftemangel zwingen die Kassen, ihren Personaleinsatz strategisch neu auszurichten. Mit welchem Ansatz lassen sich Effizienzpotenziale systematisch identifizieren und realisieren? Und warum ist eine enge Verzahnung von Effizienz- und Personalplanung entscheidend, um Kompetenzlücken frühzeitig zu schließen und die Organisation gegen künftige Herausforderungen zu wappnen?

### **A4. Das Omnikanal-Management der GKV im Wandel**

Versicherte erwarten heute ein nahtloses, kanalübergreifendes Serviceerlebnis – eine Erwartung, der viele Kassen noch nicht gerecht werden. Wie kann es ihnen gelingen, die gestiegenen Service-Erwartungen ihrer Versicherten endlich zu erfüllen? Und warum gelingt ein exzellentes Omnikanal-Erlebnis nur durch das ganzheitliche Zusammenspiel von fachlicher Steuerung, optimierten Prozessen und moderner Technologie – und wird somit zu einer Aufgabe für die gesamte Organisation?

### **A5. KI-Agenten in der GKV: Der nächste digitale Sprung**

Während viele Kassen noch daran arbeiten, KI und GenAI erfolgreich einzusetzen, steht die GKV vor der nächsten technologischen Evolutionsstufe: dem Einsatz von KI-Agenten. Diese autonomen Softwareeinheiten versprechen, Prozesse ganzheitlich zu automatisieren und Mitarbeitende maßgeblich zu entlasten. Doch wo fängt man an: Welche Anwendungsfälle – von der Kundeninteraktion bis zur Sachbearbeitung – bieten das größte Potenzial? Und welche strategischen und technologischen Weichen müssen Kassen heute stellen, um das Potenzial von KI-Agenten morgen in großem Umfang nutzbar zu machen?

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

- **Stefan Matzke**, Personalleiter bei der IKK classic, erklärt im Interview, wie Krankenkassen ihren Personaleinsatz neu ausrichten können, um effizient zu arbeiten und gleichzeitig dem Fachkräftemangel wirksam zu begegnen.
- **Elke Stump**, Geschäftsführerin Unternehmensentwicklung bei der AOK Niedersachsen, schildert, wie eine Omnikanal-Transformation in der Praxis gelingt, welche organisatorischen und technologischen Herausforderungen dabei zu bewältigen sind und warum ein konsequent nutzerzentriertes Vorgehen entscheidend ist.

~17%

**der befragten GKV-Versicherten gaben an, in den letzten 5 Jahren ihre Kasse gewechselt zu haben und dabei hauptsächlich durch den Preis getrieben zu sein**



# GKV-Versicherte zwischen Systemfrust und Service-Anspruch

# A1

**Eine aktuelle McKinsey-Umfrage offenbart ein Paradoxon im deutschen Gesundheitswesen: Trotz wachsender Unzufriedenheit mit Krankenkassen, Versorgungsqualität und Gesundheitspolitik bleibt die Wechselbereitschaft unter den GKV-Versicherten gering. Die zentrale Frage lautet nun: Wie können die Kassen unter diesen Bedingungen wachsen? Zwar bleibt der Preis der zentrale Treiber für den Kassenwechsel – und gewinnt durch steigende Zusatzbeiträge weiter an Bedeutung. Doch rein preissensible Versicherte sind eine zu volatile Basis für nachhaltiges Wachstum. Der Schlüssel zum Erfolg liegt vielmehr in der gezielten Ansprache der „Wechselaffinen“: Diese anspruchsvolle Zielgruppe legt ihren Fokus nicht nur auf finanzielle Aspekte, sondern zusätzlich auch auf Leistung und Service. Kassen, die hier durch ein exzellentes Angebot überzeugen, erschließen echte Wachstumspotenziale. Entscheidend ist dabei ein hybrider Ansatz: konsequente Digitalisierung, flankiert durch persönliche Kontaktpunkte wie den Telefonkanal.**

### **Branche im Stimmungstief, aber mit neuen Chancen**

Die Stimmung im deutschen Gesundheitswesen ist angespannt. Eine weiter wachsende Unzufriedenheit mit der Gesundheitspolitik und der medizinischen Versorgung prägt die öffentliche Wahrnehmung und wirkt sich direkt auf die Beziehung der Versicherten zu ihrer gesetzlichen Krankenversicherung aus. Unsere Studie (Textbox 1) zum Kundenverhalten in der GKV, die wir 2025 zum dritten Mal nach 2020 und 2023 durchgeführt haben, bestätigt diesen Trend eindrücklich: Die allgemeine Zufriedenheit der Versicherten und ihre Bereitschaft zur Weiterempfehlung der eigenen Kasse (Net Promoter Score, NPS<sup>1</sup>) sind erneut gesunken.

Dennoch bleibt der deutsche GKV-Markt träge und die Wechselbereitschaft ist sogar leicht rückläufig. Für die Kassen ergibt sich daraus eine strategische Herausforderung: Wie können sie in einem Umfeld genereller Unzufriedenheit ihre Position stärken? Unsere Analyse zeigt: Der Schlüssel zum Erfolg liegt in der Differenzierung. Denn obwohl ein kleiner, preissensibler Teil der Versicherten für den Großteil der Wechselbewegungen sorgt, liegt das eigentliche Wachstumspotenzial bei den „wechselaffinen“ Versicherten. Diese werden weniger durch den Preis als vielmehr durch exzellenten Service und persönliche Betreuung überzeugt. Für nachhaltiges Wachstum sollten die GKV-en wechselaffine Versicherte nicht nur über Preisvorteile binden, sondern vor allem durch differenzierte, kundenzentrierte und ganzheitliche Serviceerlebnisse ihre Loyalität stärken. Gleichzeitig müssen

#### **Textbox 1**

### **Zur Methodik der Studie**

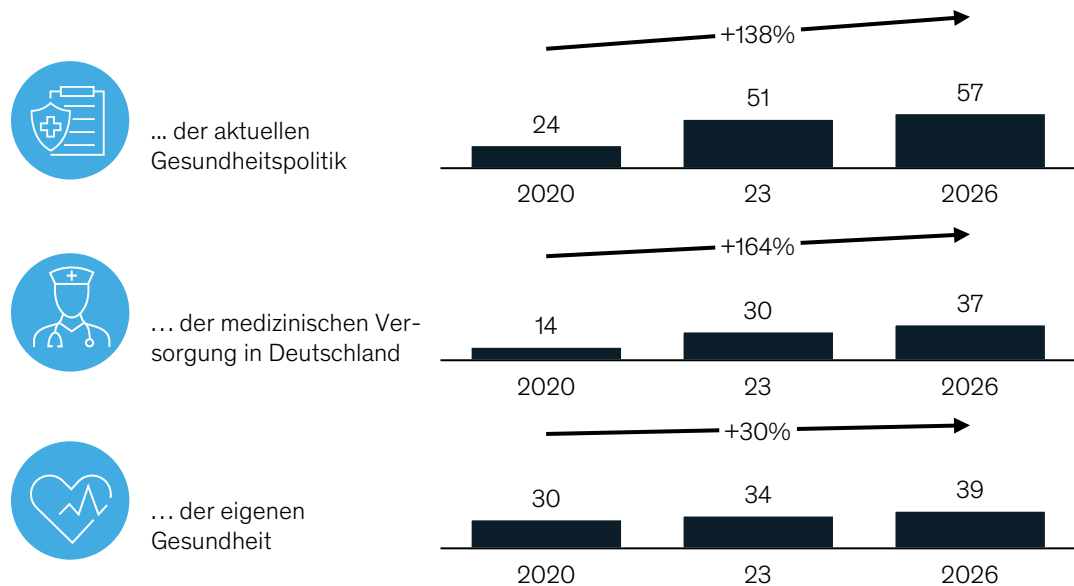
Für die Studie wurden 2026, wie bereits 2020 und 2023, rund 4.000 Personen in Deutschland befragt, darunter knapp 3.600 GKV-Versicherte, deren Antworten die Grundlage der Auswertungen bilden. Die Stichprobe ist repräsentativ für die deutsche Bevölkerung hinsichtlich demografischer Merkmale wie Alter und Einkommen. Da die Umfrage online durchgeführt wurde, ist eine leichte Verzerrung zugunsten digital-affiner Versicherter möglich, auch wenn dafür keine direkten statistischen Hinweise vorliegen. Dies ist insbesondere zu berücksichtigen bei der Interpretation von Fragen zur Nutzung digitaler Kanäle und Technologien wie Chatbots und KI.

<sup>1</sup> Der Net Promoter Score ist eine Kennzahl zur Messung von Kundenzufriedenheit, -loyalität und Weiterempfehlungsbereitschaft. Die zugrundeliegende Frage lautet „Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie [Unternehmen/Produkt/Service] einem Freund oder Kollegen weiterempfehlen?“ (Berechnung NPS: prozentualer Anteil der Befürworter:innen minus prozentualer Anteil der Kritiker:innen).

## Die Unzufriedenheit mit dem Gesundheitssystem steigt

Anteil der Befragten in Prozent<sup>1</sup> (N = 3.589 Versicherte)

### Unzufriedenheit mit ...



<sup>1</sup> Anteil Befragter, die angeben, sehr oder eher unzufrieden zu sein  
Quelle: HSS Market Survey Germany (02/2026)

sie mit innovativen Angeboten und überzeugenden Mehrwertleistungen gezielt neue Mitglieder gewinnen, um sich im Wettbewerb klar zu differenzieren und erfolgreich zu positionieren.

### Unzufriedenheit mit Gesundheitssystem und Krankenkassen

Die GKVn sind konfrontiert mit einer überwiegend negativen Grundstimmung, die sie nur begrenzt beeinflussen können. Dies hat im Wesentlichen drei Ursachen (Schaubild 1):

- **Stark ausgeprägte Unzufriedenheit mit der Gesundheitspolitik.** 57% der Befragten sind mit der aktuellen Gesundheitspolitik sehr oder eher unzufrieden – ein Anstieg um 6 Prozentpunkte seit 2023 und 33 Prozentpunkte seit 2020.
- **Zunehmende Skepsis gegenüber der medizinischen Versorgung.** 37% der Befragten bewerten die Qualität der medizinischen Versorgung negativ (+7 Prozentpunkte seit 2023 und +23 Prozentpunkte seit 2020).
- **Steigende subjektive Krankheitslast.** Fast 39% der Versicherten sind mit ihrer eigenen Gesundheit sehr oder eher unzufrieden (+5 Pro-

zentpunkte seit 2023 und +9 Prozentpunkte seit 2020).

Die negative Grundstimmung spiegelt sich auch deutlich im NPS wider (Schaubild 2). Der durchschnittliche NPS aller Kassen ist von -1,7 im Jahr 2023 auf einen Tiefstand von -5,2 im Jahr 2026 gesunken und liegt damit weit unter den Standards anderer Branchen. Gleichzeitig hat sich die Spreizung des NPS zwischen den Kassen von 67,4 auf 54 Punkte verringert. Dies liegt einerseits an einer leichten Verbesserung der schwächsten Anbieter und andererseits daran, dass auch die bisherigen Spitzenreiter Zustimmung verloren haben. Der Spitzenwert ist von 23,8 (2023) um 6,6 Punkte auf 17,2 (2026) gesunken, während sich der niedrigste Wert im gleichen Zeitraum um 6,6 Punkte auf -37 verbessert hat. Auffällig ist, dass nur wenige Kassen einen positiven NPS aufweisen – vor allem jene, die seit 2023 Mitgliederzuwächse verzeichnen konnten.

Unsere Analyse zeigt zudem, dass Versicherte kaum unterscheiden zwischen dem Gesundheitssystem insgesamt und ihrer eigenen Krankenkasse: Versicherte, die mit dem System unzufrieden sind, bewerten ihre Kasse mit einem drastisch niedrigeren NPS (-15,8) als zufriedene Versicherte (+10,2).

## Die schlechte Grundstimmung überträgt sich auf die Weiterempfehlungsbereitschaft der Versicherten

Anteil der Befragten in Prozent<sup>1</sup> (N = 3.589 Versicherte)

	Unwahrscheinlich	Neutral	Wahrscheinlich	NPS <sup>2</sup>	Delta zu Umfragewerten von 2023 in Prozentpunkten
<b>Gesamt</b>	36,6	32,0	31,4	-5,2	-3,5
Beste Kasse	24,0	34,8	41,2	17,2	-6,6
Schlechteste Kasse	54,8	27,4	17,8	-37,0	+6,6
Wachstumskassen <sup>3</sup>	29,9	34,7	35,3	5,4	-2,1
Andere Kassen	29,9	34,7	35,3	-12,9	-7,0

<sup>1</sup> „Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie Ihre Krankenkasse einem Freund oder jemandem in Ihrer Familie weiterempfehlen würden?“

<sup>2</sup> Net Promoter Score

<sup>3</sup> Kassen, deren Versichertenbestand zwischen 2023 und 2026 gewachsen ist

Quelle: HSS Market Survey Germany (02/2026)

Doch es gibt einen entscheidenden Hebel, den die Kassen selbst beeinflussen können: den direkten Kundenkontakt. Versicherte, die im vergangenen Jahr Kontakt<sup>2</sup> zu ihrer Kasse hatten, sind signifikant weniger unzufrieden (NPS: -0,1) als jene ohne Kontakt (NPS: -13,6). Insbesondere bei chronisch Kranken (+5,0) und Pflegebedürftigen (+18,9) führt der Kontakt sogar zu einem positiven NPS. Der Grund: Versicherte mit Kontakt bewerten Kundenservice, Schnelligkeit und Beratungskompetenz durchweg um rund 10 Prozentpunkte besser. Proaktiver, wertstiftender Kontakt ist daher weniger ein Kostenfaktor als vielmehr ein effektives Mittel zur Kundenbindung in einem schwierigen Umfeld.

### Unterschiedliche Anreize für Wechsel je Segment

Trotz der wachsenden Unzufriedenheit bleiben die meisten Versicherten ihrer Krankenkasse treu – 83% haben in den vergangenen fünf Jahren nicht gewechselt (Schaubild 3). Die Wechselabsicht ist mit 10,1% sogar leicht gesunken, verglichen mit 13,3% im Jahr 2020 und 12,4% im Jahr 2023. Der

Wettbewerb fokussiert sich somit auf ein kleines, aber aussagekräftiges Segment.

### Wechsler: preissensibel und wenig loyal

Die Gruppe der Wechsler<sup>3</sup> zeichnet sich durch eine starke Preisorientierung aus. Für sie hat der Beitragssatz den Leistungskatalog als wichtigsten Zufriedenheitstreiber abgelöst. Bei der Wahl einer neuen Krankenkasse ist der Beitragssatz für 57% der Wechsler entscheidend – deutlich häufiger und mit größerem Abstand zu anderen Kriterien als im Durchschnitt (Schaubild 4). Auffällig ist, dass nur 21% dieser Versichertengruppe ihren eigenen Beitragssatz nicht kennen – verglichen mit 40% aller Versicherten. Zudem informieren sich Wechsler deutlich häufiger eigenständig über Beitragserhöhungen (17% gegenüber 7% insgesamt).

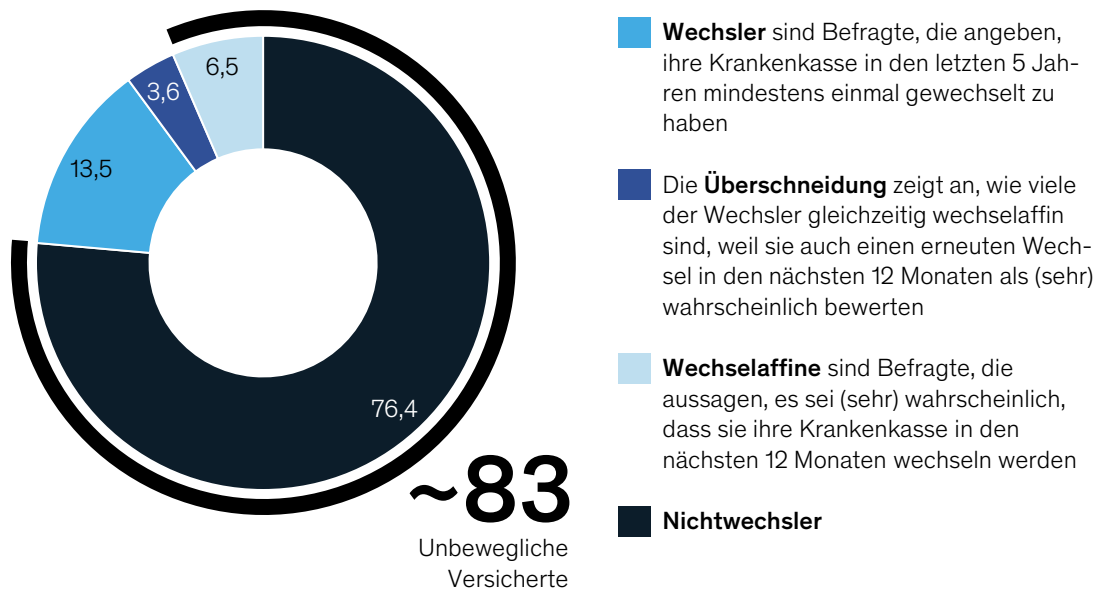
Diese ausgeprägte Preissensibilität geht jedoch zulasten der Loyalität: Lediglich 14% der Wechsler würden ihrer Kasse auch bei einer Beitragserhöhung treu bleiben (gegenüber 25% im Durchschnitt). Rund 21% planen sogar, innerhalb der nächsten zwölf Monate erneut zu wechseln. Kassen, die sich

<sup>2</sup> Kontakt bezieht sich hier auf den Kontakt bezüglich konkreter Leistungen sowie allgemeiner Informationen.

<sup>3</sup> Als Wechsler werden Befragte bezeichnet, die laut eigenen Angaben in den vergangenen fünf Jahren ihre Krankenkasse mindestens einmal gewechselt haben.

## Trotz steigender Unzufriedenheit bleiben die Versicherten überwiegend unbeweglich

Anteil der Befragten in Prozent<sup>1</sup> (N = 3.589 Versicherte)



<sup>1</sup> „Wie häufig haben Sie in den letzten 5 Jahren Ihre Krankenkasse gewechselt?“ (Gar nicht, 1-mal, 2-mal, 3-mal oder mehr); „Planen Sie, in den nächsten 12 Monaten Ihre Krankenkasse zu wechseln?“ (Sehr wahrscheinlich, wahrscheinlich, wahrscheinlich nicht, sehr unwahrscheinlich)  
Quelle: HSS Market Survey Germany (02/2026)

auf diese Zielgruppe konzentrieren, investieren somit in eine äußerst volatile Klientel. Die Dynamik dieses Segments lässt sich auch durch die demografische Struktur der Versicherten erklären: 38% sind zwischen 18 und 34 Jahre alt. Überproportional vertreten sind Berufseinsteiger:innen und Berufstätige, während Rentner:innen in dieser Gruppe deutlich unterrepräsentiert sind. Auch der Anteil von (jungen) Familien ist im Vergleich zu 2023 weiter gesunken.

Diese Ergebnisse decken sich mit der Analyse der tatsächlichen Versichertenentwicklung im Verhältnis zur Entwicklung der Zusatzbeiträge: Kassen mit überdurchschnittlichem Zusatzbeitrag verlieren Mitglieder, während Anbieter unterhalb des Marktdurchschnitts wachsen. Dabei weist die absolute Höhe des Zusatzbeitrags die stärkste Korrelation mit der Mitgliederentwicklung auf; die Häufigkeit der Anpassungen spielt hingegen eine untergeordnete Rolle.

### Wechsellauffine: Fokus auf Beitrag, Leistung und Service

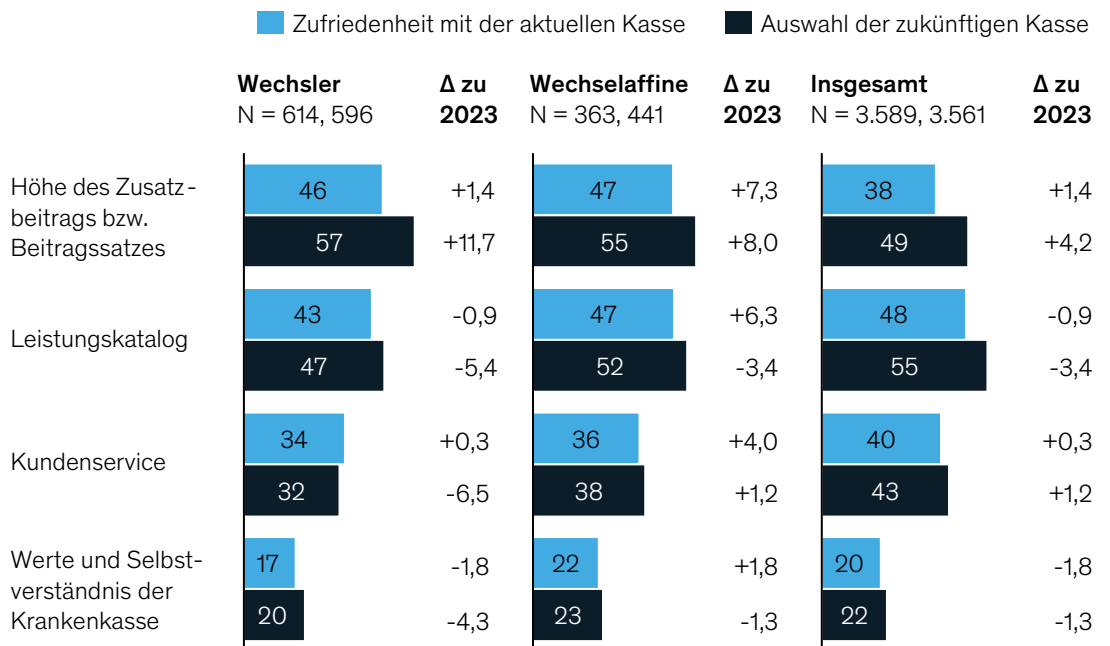
Eine besonders interessante Zielgruppe stellen die sogenannten Wechsellauffinen<sup>4</sup> dar. Sie ähneln den Wechslern in ihrer demografischen Struktur, sind jedoch in ihrer Entscheidungsfindung noch unentschieden. Zwar spielt der Preis auch für diese Gruppe eine zentrale Rolle und hat mittlerweile als Auswahlkriterium für die zukünftige Kasse den Leistungskatalog überholt. Im Unterschied zu den Wechslern fällt der Vorsprung jedoch geringer aus. Bei der Zufriedenheit mit ihrer aktuellen Kasse sind für die Wechsellauffinen die wahrgenommenen Leistungen und der Beitragssatz sogar nahezu gleich wichtig.

Auffällig ist zudem, dass die Wechsellauffinen – ähnlich wie Bestandskund:innen – dem Kundenservice mehr Bedeutung beimessen. Ihre ausgeprägte Unzufriedenheit mit der Servicequalität hebt sie deutlich vom Durchschnitt der Befragten ab und markiert einen entscheidenden Ansatzpunkt, um Abwanderungen zu verhindern (Schaubild 5).

<sup>4</sup> Als „Wechsellauffine“ bzw. Versicherte mit Wechselabsicht werden jene Befragten bezeichnet, die angaben, dass sie (sehr) wahrscheinlich innerhalb der nächsten zwölf Monate ihre Kasse wechseln werden. Auch Befragte, die in den vergangenen fünf Jahren bereits mindestens einmal die Kasse gewechselt haben, konnten diese Wechselabsicht äußern. Dadurch überschneiden sich die Gruppen der Wechsler und der Wechsellauffinen teilweise.

## Wechsler sind preisgetrieben; Leistungskatalog und Kundenservice sind die wichtigsten Zufriedenheitstreiber

Anteil der Befragten mit Bewertung von 9 oder 10 in Prozent<sup>1</sup>



<sup>1</sup> „Bitte bewerten Sie die Wichtigkeit der einzelnen Faktoren“ (Skala von 0 = sehr unwichtig bis 10 = sehr wichtig)

Quelle: HSS Market Survey Germany (02/2026)

Dieses Segment bildet daher die strategisch entscheidende Zielgruppe. Wenn eine Kasse ihre Servicequalität gezielt verbessert und die Wahrnehmung ihres Leistungsangebots schärft, kann sie diese Versicherten nicht nur langfristig binden, sondern auch neue Mitglieder von Konkurrenten abwerben. Passgenaue Zusatzleistungen sind dabei ein wesentlicher Hebel: So bewerten 53% der Wechselaffinen Zuschüsse für zahnärztliche Behandlungen zwar als sehr wichtig, doch dieser Wert unterscheidet sie kaum von anderen Versicherten. Deutlich differenzierender wirken hingegen Bonusprogramme, die eigenverantwortliche Gesundheitsförderung belohnen: 49% der Wechselaffinen messen solchen Programmen eine sehr hohe Bedeutung bei, was signifikant über dem Durchschnitt der Befragten (37%) liegt. Auch ein umfassender Versicherungsschutz bei Auslandsreisen ist für diese Zielgruppe deutlich relevanter als für die Versicherten insgesamt.

Neben der Optimierung des Leistungsportfolios sind Investitionen in fundamentale Servicedimensionen der wichtigste Ansatzpunkt für Kunden-

bindung und profitables Wachstum. Im Vordergrund stehen hier fachliche Kompetenz (für 35% aller Befragten der wichtigste Aspekt), eine schnelle Bearbeitung (25%) sowie persönliche Betreuung (22%).

### Omnikanal: Pflicht in Service und Vertrieb

Die Digitalisierung verändert die Erwartungen der Versicherten grundlegend, doch deren Wunsch nach persönlicher Betreuung bleibt bestehen. Auch Vertragsabschlüsse erfolgen oft weiterhin analog. Eine erfolgreiche Strategie zur Kundenbindung und -gewinnung muss daher digitale und persönliche Ansätze nahtlos miteinander verbinden.

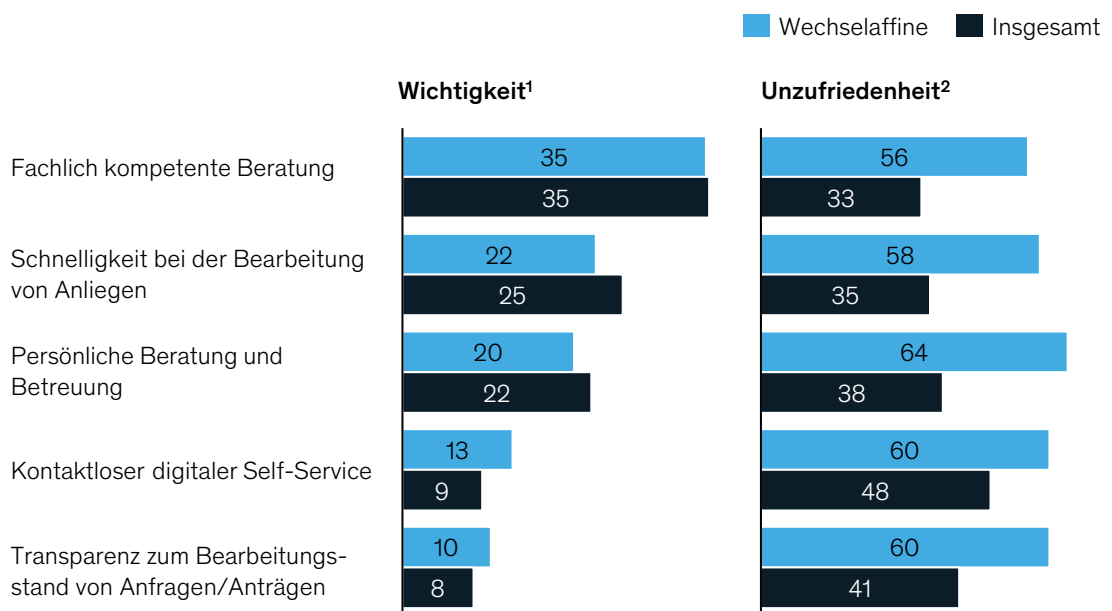
#### App als neuer Standard, Telefon als Konstante

Während sich die Krankenkassen-App für alle Kontaktpunkte<sup>5</sup> als führendes Medium etabliert hat, bleibt das Telefon unersetzlich: Über die Hälfte der Versicherten nutzt es noch immer für sämtliche Anliegen. Insbesondere bei komplexen, individuellen Leistungs- oder Gesundheitsfragen wird der

<sup>5</sup> Versicherte wurden gefragt, welche Kontaktkanäle sie in drei Situationen bevorzugen: beim Kassenbeitritt oder -wechsel, bei allgemeinen Gesundheits- und Leistungsfragen sowie bei spezifischen Anliegen wie Krankengeld, Pflegeversicherung oder Beitragszahlungen.

## Wechselaffine bewerten Aspekte der Servicequalität ähnlich wie der Durchschnitt, sind aber wesentlich unzufriedener

Anteil der Befragten in Prozent (N = 3.589 Versicherte)



1 Anteil Bewertung als wichtigstes Kriterium von allen 5 Kriterien

2 Anteil Bewertung mit 0 bis 6 (Skala von 0 = äußerst unzufrieden bis 10 = äußerst zufrieden)

Quelle: HSS Market Survey Germany (02/2026)

telefonische Austausch den digitalen Kanälen wie E-Mail oder Website deutlich vorgezogen.

Diese Präferenz limitiert derzeit das Automatisierungspotenzial. Zwar akzeptieren über 60% der Befragten Chatbots für administrative Routineaufgaben wie Adressänderungen, für Gesundheitsberatungen erwägen jedoch lediglich 25% deren Nutzung. Als größte Barrieren gelten ein Zweifel an der Zuverlässigkeit (74%) sowie die fehlende menschliche Interaktion (69%). Bemerkenswert ist die sogenannte „trust gap“ selbst bei digitalaffinen Zielgruppen: Von den Personen, die bereits KI-Tools wie ChatGPT für Gesundheitsfragen konsultieren, würden lediglich 34% einen entsprechenden Chatbot ihrer Krankenkasse nutzen.

Zudem variiert die Nutzungsintensität der Kanäle zwischen den Krankenkassen erheblich, was auf unterschiedliche Geschäftsmodelle und Digitalisierungsstrategien hinweist. So liegt die regelmäßige bzw. häufige Nutzung der App je nach Kasse zwischen 31% und 75% der Versicherten (Schaubild 6). Besonders die Wechsler zeigen eine hohe Affinität zu digitalen Kanälen, was sich unter anderem durch die vergleichsweise junge Altersstruktur dieses Segments erklären lässt.

### Digital und analog verzahnter Vertrieb

Eine nahtlose Verknüpfung digitaler und analoger Kanäle ist auch im Vertrieb unverzichtbar (Schaubild 7). Bei der Kundengewinnung zeigt sich ein klares Muster: Über 90% der Wechsler und Wechselaffinen informieren sich zunächst online – insbesondere auf Vergleichsportalen oder den Websites der Kassen. Beim Vertragsabschluss verliert der digitale Kanal jedoch an Bedeutung. Zwar erfolgt dieser am häufigsten über die Kassen-Website (52%), doch auch die Geschäftsstelle (37%) und persönliche Beratung (35%) spielen weiterhin eine wichtige Rolle. Die Herausforderung besteht darin, den digitalen Informationsprozess nahtlos in einen persönlichen oder assistierten Abschlusskanal zu überführen, um potenzielle Wechsler entlang ihrer Kundenreise nicht zu verlieren. Ein strukturiertes Lead-Management ist hierfür entscheidend – von der (digitalen) Lead-Generierung über die Qualifizierung bis hin zur Abschlussbearbeitung.

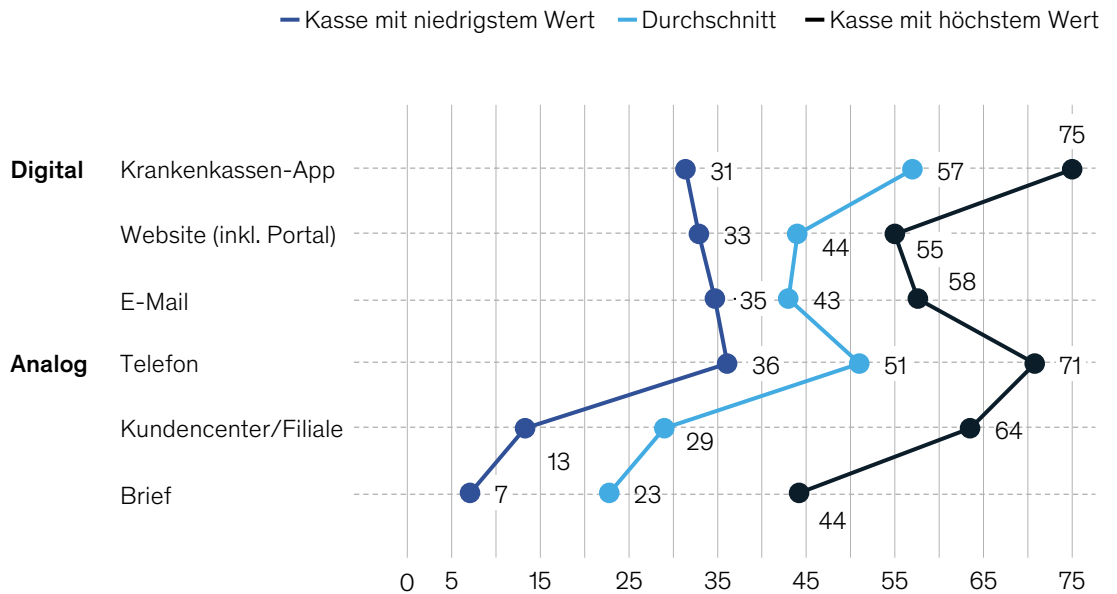
### Strategische Implikationen und Empfehlungen

In einem Marktumfeld, das zunehmend von Frustration über das System geprägt ist, werden exzellente

Abbildung A1.6

## Telefon bleibt für spezifische Anliegen der wichtigste Kontaktkanal nach der Krankenkassen-App

Anteil der Befragten mit häufiger bzw. gelegentlicher Nutzung in Prozent<sup>1</sup> (N = 2.019 Versicherte)

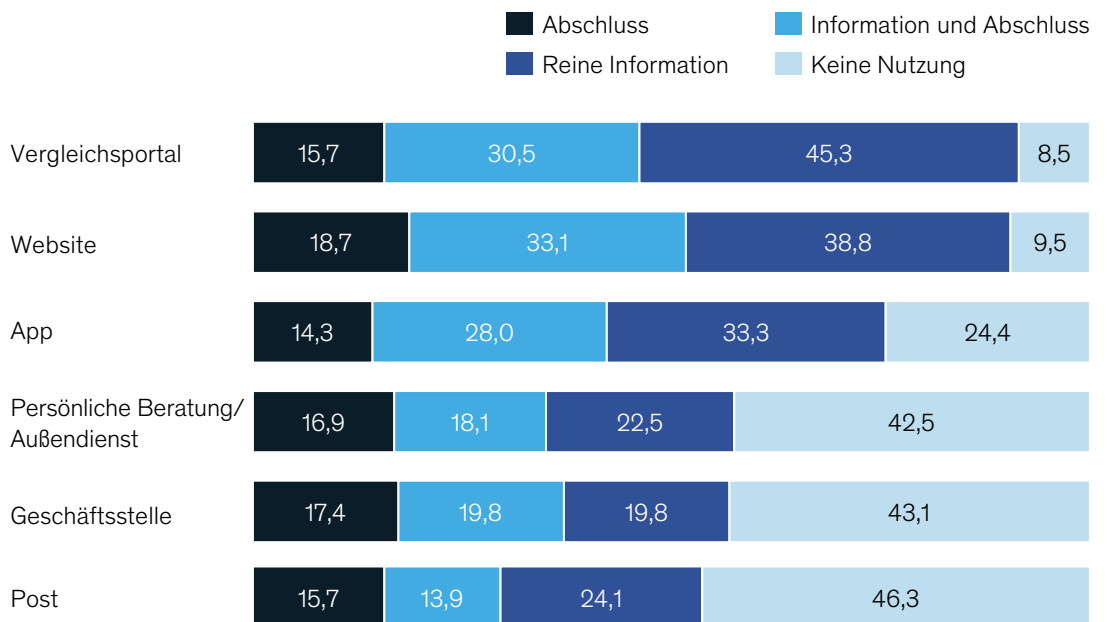


<sup>1</sup> „Welche Kanäle haben Sie wie häufig für Ihren Kontakt zu konkreten Leistungen verwendet?“ Ergebnisse beziehen sich auf die Frage nach genutzten Kontaktkanälen für konkrete Leistungen und Themen, z.B. Krankengeld, Pflegeversicherung und Beitragszahlungen  
Quelle: HSS Market Survey Germany (02/2026)

Abbildung A1.7

## Versicherte informieren sich beim Wechsel häufig über digitale Kanäle; der Abschluss erfolgt noch häufig analog

Anteil der Befragten an allen Wechslern und/oder Wechselaffinen in Prozent<sup>1</sup> (N = 835)



<sup>1</sup> „Welchen der folgenden Kanäle würden Sie für einen Wechsel Ihrer Krankenkasse in Betracht ziehen?“  
Quelle: HSS Market Survey Germany (02/2026)

Servicequalität und eine gezielte Multikanal-Ansprache zu zentralen Wettbewerbsvorteilen für die GKV. Ein attraktiver Zusatzbeitrag bleibt zwar wichtig, reicht jedoch allein nicht aus, um insbesondere die wachsende Gruppe der wechselaffinen Versicherten langfristig zu binden. Daraus ergeben sich drei strategische Handlungsempfehlungen:

**Fokus auf Service-Exzellenz und klare Positionierung des Leistungsangebots.** Eine konsequente Investition in Servicequalität ist entscheidend, um Versicherte nachhaltig zu binden und zugleich neue zu gewinnen. Dies umfasst höhere Fachkompetenz, schnellere Reaktionszeiten und eine vertiefte persönliche Beratung, die das Leistungsangebot erlebbar macht.

**Selektiver, proaktiver Kundenkontakt als Schlüssel zur Bindung.** Der Wandel einer Krankenkasse vom reaktiven Verwalter zum aktiven Begleiter erfordert einen selektiven, datenbasierten und proaktiven Kundenkontakt. Versicherte mit hohem Betreuungsbedarf oder besonderem Wertpoten-

zial sollten dabei im Fokus stehen. Insbesondere bei chronisch Kranken oder Menschen in komplexen Lebenssituationen kann eine frühzeitige aktive Ansprache deren Zufriedenheit deutlich erhöhen und Wechselabsichten effektiv entgegenwirken.

**Nahtlose Verknüpfung digitaler und persönlicher Kanäle in Service und Vertrieb.** Der künftige Erfolg im Wettbewerb hängt von einem optimalen Zusammenspiel digitaler und analoger Kanäle ab. Während digitale Lösungen administrative Standardanliegen effizient bearbeiten, sollten Mitarbeitende gezielt für die persönliche Beratung bei komplexen Gesundheitsfragen und vertrieblichen Chancen eingesetzt werden. Ein strukturiertes Lead-Management sorgt dafür, dass Kontakte datenbasiert priorisiert, kanalübergreifend konsistent bearbeitet und die Leads im Sinne eines nahtlosen Service-to-Sales-Ansatzes erfolgreich abgeschlossen werden.



Über den Markterfolg einer GKV bestimmen neben der Beitragshöhe immer stärker das wahrgenommene Leistungsportfolio und die Qualität der Kundeninteraktion. Angesichts steigender Service-Erwartungen und wachsender Unzufriedenheit mit dem Gesundheitssystem ist es entscheidend, dass Krankenkassen sich vom reinen Kostenträger hin zu einem proaktiven Gesundheitspartner entwickeln. Erfolgsentscheidend ist dabei die Kombination aus digitaler Effizienz und einem exzellenten persönlichen Service. Nur über ein solch differenziertes Kundenerlebnis lassen sich bestehende Mitglieder langfristig binden und neue Versicherte in einem zunehmend umkämpften Markt gewinnen.

# 35%

**der wechselaffinen GKV-Versicherten sehen  
fachlich kompetente Beratung als wichtigsten  
Aspekt der Servicequalität**



# Kostendruck meistern: Neue Wege für die GKV

# A2

**Steigende Kosten, schwindende Rücklagen und immer komplexere regulatorische Vorgaben bringen die GKV an ihre Belastungsgrenze. Während die Zusatzbeitragssätze neue Höchststände erreichen und die finanzielle Schere zwischen den Kassen weiter auseinandergeht, rücken effizientes Kostenmanagement und der Einsatz innovativer Technologien zunehmend in den Fokus. Dabei geht es längst nicht mehr nur um finanzielle Stabilität: Schlankere Prozesse bedeuten für Versicherte schnellere Genehmigungen, weniger Bürokratie und eine verlässlichere Versorgung. Wer jetzt nicht entschlossen handelt und neue Effizienz- und Einsparpotenziale erschließt, riskiert den Verlust von Versicherten, Qualitätseinbußen im Service und eine Abwärtsspirale der finanziellen Stabilität. Gleichzeitig eröffnet sich der GKV eine bedeutende Chance: Durch strukturierte Optimierungsansätze im Kostenmanagement und den Einsatz smarterer GenAI-Lösungen lassen sich Prozesse beschleunigen, fundiertere Entscheidungen treffen und die Effizienz kann nachhaltig gesteigert werden.**

Die GKV steht vor großen Herausforderungen: Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz erreicht 2026 einen historischen Höchststand, während die Rücklagen zahlreicher Kassen auf ein Minimum geschrumpft sind – viele liegen bereits unter der gesetzlich vorgeschriebenen Mindestrücklage. Zudem ist die Spannweite der Zusatzbeitragssätze enorm. Während etwa die BKK Firmus 2026 mit 2,18% einen der niedrigsten Sätze aufweist, verlangt die KBS mit 4,39% fast das Doppelte. Auch der Unterschied zwischen dem Referenzwert des Zusatzbeitragssatzes (2,5%) und dem realen Durchschnitt (2,9%) für 2025 verdeutlicht die angespannte Lage.

Politisch-regulatorischer Druck, z.B. die geplante Einsparung von 100 Mio. EUR bei den GKV-Verwaltungskosten, verschärft die Situation zusätzlich. Für Versicherte spielen die Höhe der Zusatzbeiträge und die finanzielle Lage ihrer Krankenkasse inzwischen eine wichtige Rolle. Sie sind oft entscheidende Faktoren bei der Wahl einer neuen Kasse oder zumindest ein Anlass, über einen Wechsel nachzudenken (siehe Artikel A1 „GKV-Versicherte zwischen Systemfrust und Service-Anspruch“). Kassen, deren Zusatzbeiträge nicht wettbewerbsfähig sind, verlieren erfahrungsgemäß überproportional viele Versicherte – insbesondere junge Beschäftigte und Familien mit guter Risikostuktur. Dies kann eine Abwärtsspirale auslösen: Wenn die Zuweisungen nach Versichertenanzahl die sinkenden Versichertenzahlen einer Kasse

nicht kompensieren, verschärft sich die Unterdeckung bei den Leistungsausgaben und die Verwaltungskostenlücke wird größer.

Vor diesem Hintergrund geben wir im Folgenden einen Überblick über die aktuelle Lage und skizzieren, wie die GKV – auch mithilfe neuer Technologien – ein strukturiertes Leistungskostenmanagement konsequent umsetzen kann. Anschließend erläutern wir, wie sich im Bereich der Hilfsmittel durch den Einsatz von GenAI zusätzliche Kostensenkungspotenziale erschließen lassen.

### **Strukturiertes und konsequentes Leistungskostenmanagement – wichtiger denn je**

Wenngleich der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren die Steuerungsmöglichkeiten stellenweise eingeschränkt hat, etwa im Bereich der Heilmittel, so bestehen doch weiterhin zahlreiche Ansatzpunkte für die Kassen. Diese reichen von der Vertragsgestaltung mit Leistungserbringern über die Genehmigung von Leistungen und die Rechnungsprüfung bis hin zur gezielten Ansprache der Ärzteschaft. Im Fokus stehen dabei die Leistungsbereiche Krankenhaus, Arzneimittel, häusliche Krankenpflege (HKP) und außerklinische Intensivpflege (AKI), Krankengeld sowie Hilfsmittel. Aber auch kleinere Leistungsbereiche wie Reha und Fahrkosten bieten Potenzial.

## Krankenhaus: der größte Kostenblock

Die Krankenhausversorgung ist mit Abstand der größte Kostenblock der GKV. Ein wichtiger Hebel zur Kostensenkung liegt in der Krankenhausrechnungsprüfung, die erfahrungsgemäß Kürzungsquoten von bis zu 3% des Gesamtrechnungsvolumens ermöglicht. Weitere Einsparungspotenziale ergeben sich durch Krankenhausverhandlungen – insbesondere im Zuge der aktuellen Krankenhausreform und einer zunehmenden Spezialisierung der Kliniken. Ziel ist es, eine hochwertige und zugleich wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen sowie die angebotsinduzierte Nachfrage zu verringern – ein Thema, das z.B. durch die Krankenhausreform in Nordrhein-Westfalen aufgegriffen wird. Zudem wird die regionale Steuerung der Versorgung immer wichtiger. Dabei kommen zunehmend analytische Verfahren zum Einsatz, die lokale Gegebenheiten systematisch einbeziehen.

### Regionale Versorgungssteuerung

Eine innovative, regional angepasste Versorgungssteuerung auf Basis von Analysen lässt sich in drei Schritte untergliedern:

- 1. Datenbasierte Transparenz auf regionaler Ebene schaffen.** Der erste Schritt ist die systematische Verknüpfung von Routinedaten (Leistung, Diagnosen, Inanspruchnahme), strukturellen Informationen (Versorgungsdichte, Kapazitäten, Leistungserbringerstruktur) sowie sozioökonomischen und demografischen Faktoren. Mithilfe moderner Analyse-Tools werden diese Daten kleinräumig – etwa auf Landkreisebene oder darunter – ausgewertet, um regionale Versorgungsrealitäten sichtbar zu machen. So lassen sich Abweichungen von erwarteten Fallzahlen und Hinweise auf Über- oder Unterversorgung identifizieren, aber auch Auffälligkeiten in Kosten- und Inanspruchnahmestrukturen. Zusätzlich ermöglichen Simulationen („Was wäre wenn“-Analysen), die Auswirkungen von Strukturveränderungen oder regulatorischen Eingriffen im Voraus zu bewerten.
- 2. Steuerungsmaßnahmen regionspezifisch ableiten und umsetzen.** Auf Basis der Erkenntnisse werden Maßnahmen an die regionale Situation angepasst. Dies umfasst z.B. differenzierte (Selektiv-)Vertragsstrategien mit Leistungserbringern, eine bedarfsorientierte Steuerung von Kapazitäten (z.B. Verlagerung in ambulante Settings) und die Förderung sektorübergreifender Versorgungsmodelle. Ergänzend kommen datenbasierte Steuerungsimpulse auf Patientenebene hinzu, etwa durch

die Identifikation von Hochrisikogruppen und deren Einbindung in strukturierte Versorgungsprogramme oder Case-Management-Ansätze. Entscheidend ist hierbei, die analytischen Erkenntnisse in konkrete, umsetzbare Steuerungslogiken für die Fachbereiche zu übersetzen.

- 3. Einen kontinuierlichen, datenbasierten Steuerungskreislauf etablieren.** Die regionale Versorgungssteuerung ist ein iterativer Prozess, keine einmalige Analyse. Kennzahlen und Zielwerte werden in ein Performance-Management-System integriert und regelmäßig überprüft. Dies macht Fortschritte sowie Abweichungen sichtbar und bildet die Grundlage für strukturierte Steuerungsdialoge. Gleichzeitig entwickeln Teams die zugrundeliegenden Modelle kontinuierlich weiter – etwa durch den Einsatz von KI, um Prognosen zu verbessern oder neue Steuerungspotenziale zu erschließen. So entsteht ein lernendes System, das regionale Besonderheiten dynamisch berücksichtigt und die Versorgung langfristig qualitativ und wirtschaftlich optimiert.

### Vertiefte Krankenhausrechnungsprüfung

Eine vertiefte Krankenhausrechnungsprüfung basiert auf evidenzbasierten, KI-gestützten Steuerpfaden, die auf Basis von Fallarchetypen bzw. Steuerlogiken für bestimmte Diagnosen entwickelt werden. Die Integration von Steuerungs-KI in die IT-Workflows steigert die Produktivität und Auslastung der Prüfquoten mit hoher Erfolgswahrscheinlichkeit bei den intervenierten Fällen. Das Fallmanagement wird damit zur Hauptaufgabe, unterstützt durch feste Zeitslots für die Bearbeitung. Viele GKV haben bereits wirkungsvolle entsprechende Maßnahmen ergriffen:

- **Digitalisierte und optimierte Krankenhaus-Rechnungsprüfung.** Einführung standardisierter Prozesse mit klar definierten Interventionslogiken, unterstützt durch Machine-Learning-Modelle, die mit historischen Daten trainiert wurden
- **KI-gestützte Priorisierung von Rechnungen.** Automatisierte Auswahl und Sortierung von Fällen auf Basis des erwarteten Kürzungs- und Einsparpotenzials mittels KI und Machine Learning
- **Effizienzsteigerung im Erörterungsverfahren.** Strukturierte Fallauswahl, standardisierte Argumentationsleitfäden und gezielte Ressourcenallokation zur Maximierung der Erfolgsquote
- **Ausschöpfung der Kontingente im medizinischen Dienst.** Algorithmische Priorisierung

und automatisierte Einreichung zur optimalen Nutzung der Prüfkontingente

- **Benchmarking von Leistungskennzahlen.**  
Systematischer Vergleich von Netto-Kürzungs-, Interventions- und Erfolgsquoten mit der GKV zur Ableitung ambitionierter Zielwerte
- **Reduzierung fachfremder Tätigkeiten und Steigerung der Dunkelverarbeitung.**  
Erhöhung des Automatisierungsgrads durch standardisierte Prozesse und konsequentes Wissensmanagement.

### **Arzneimittel: zweitgrößter Kostenblock mit großem Steuerungspotenzial**

Wichtige Ansatzpunkte im Arzneimittelbereich sind Rabattverträge sowie die Steuerung der Verordnenden und Retaxierung bei auffälligem Verhalten. Fundierte Analysen und Benchmarks können die Effektivität von Rabattverträgen deutlich steigern, etwa durch Optimierung bei Aut-idem-Regelungen, Sonderkennzeichen oder Vertragsabdeckung. Zudem lässt sich die Abdeckung von Wirkstoffen und Wirkstoffgruppen durch Rabattverträge kontinuierlich verbessern.

Besonders relevante Steuerungsfelder existieren bei spezifischen Wirkstoffen (z.B. auf ATC-7-Ebene<sup>6</sup>) sowie in ausgewählten Indikationsclustern, etwa bei der Verordnung von GLP1-Analoga<sup>7</sup>. Zusätzliche Potenziale bestehen in der Steuerung von Biologika und Biosimilars – z.B. Humira, Enbrel, Remicade, Herceptin, MabThera und Neulasta – unter anderem durch die Anwendung von § 40b der Arzneimittel-Richtlinie<sup>8</sup>. Dieser konkretisiert die wirtschaftliche Verordnung biotechnologisch hergestellter Arzneimittel und stärkt den Einsatz gleichwertiger, aber kostengünstiger Biosimilars. Damit erhalten Krankenkassen eine regulatorische Grundlage, um die Biosimilar-Quoten systematisch zu erhöhen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu untermauern sowie Preis- und Rabattpotenziale im Hochkostenbereich zu erschließen. Weitere Maßnahmen sind die Entwicklung indikations-spezifischer Strategien, etwa für DOAKs<sup>9</sup> im Kontext auslaufender Patente, oder die Nutzung von § 132i zur Gestaltung von Rabattverträgen mit pharmazeutischen Unternehmen für Gerinnungsfaktorpräparate bei Hämophilie. Zusätzliche Möglichkeiten bietet die Wundversorgung durch Open-House- und Lieferverträge mit Apotheken. Einheitliche Konditionen, klar definierte Produktportfolios und Preisvereinbarungen helfen, die

Versorgungsqualität zu standardisieren, Preisschwankungen zu verringern und die Ausgaben transparenter sowie wirtschaftlicher zu steuern.

### **HKP und AKI: Steuerung durch Genehmigung und Rechnungsprüfung**

In der HKP und der AKI sind Genehmigung und Rechnungsprüfung die wichtigsten Steuerungsinstrumente; regionale Verhandlungen sind vor allem für regionale Kassen relevant. Exzellenz in der Genehmigung und Rechnungsprüfung lässt sich durch Qualitätsoffensiven erreichen, etwa Sonderprüfungen bei Wegepauschalen oder der Anzahl täglicher Medikamentengaben.

Ein Beispiel ist die Reduktion von Wegepauschalen bei aufeinanderfolgender Versorgung in betreuten Wohnanlagen oder bei gleichbleibender Wohnadresse. Durch geografisches Mapping und die Clusterbildung auf Basis der Versichertenadressen (etwa in Pflegeheimen oder Wohngemeinschaften) lassen sich abrechnungsrelevante Auffälligkeiten identifizieren. Der Abgleich von erwarteten mit tatsächlich abgerechneten Wegepauschalen sowie die Rückforderung zu viel gezahlter Beträge, soweit rechtlich möglich (z.B. durch Umstellung auf ermäßigte Pauschalen), sind integrale Bestandteile eines standardisierten Prüfprozesses. Regelmäßige Aktualisierungen des Regelwerks und eine verbesserte Datenqualität, insbesondere durch Adressharmonisierung, können die Prüf- und Steuerungsquoten zusätzlich erhöhen.

Über ein aktives Stakeholdermanagement lassen sich optimale Versorgungsstrukturen etablieren – beispielsweise durch die gezielte und systematische Belegung von Plätzen in Pflegeheimen und Wohngemeinschaften. Die Sicherung und, wo möglich, der Ausbau qualitativ hochwertiger Weaning-Kapazitäten für die Entwöhnung langzeitbeatmeter Patient:innen ist dabei ebenso wichtig wie die konsequente Optimierung der Wundversorgung, etwa durch strukturierte Stufenpläne. Das Ziel ist es, chronische Wunden in einen akuten Zustand zu überführen und anschließend kontinuierlich zu evaluieren, ob und wie lange sich dieser aufrechterhalten lässt. Unterstützend wirkt dabei ein adäquater und kostenoptimierter Materialeinsatz.

### **Hilfsmittel: Steuerung durch Vertrag und Genehmigung**

Der Bereich Hilfsmittel ist besonders gut steuerbar, etwa über eine optimierte Vertragsgestaltung

<sup>6</sup> Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation, siebenstellige Ebene (internationales Klassifikationssystem für Arzneimittel)

<sup>7</sup> Glucagon-Like-Peptide-1-Analoga (Wirkstoffklasse zur Behandlung von Diabetes und Adipositas)

<sup>8</sup> Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Arzneimittelversorgung

<sup>9</sup> Direkte orale Antikoagulantien (moderne Blutgerinnungshemmer)

## Exkurs: GenAI im Bereich Hilfsmittel – mehr Effizienz durch Prozess-Redesign

Strukturierte Optimierungsansätze im Kostenmanagement und der gezielte Einsatz von GenAI-Lösungen eröffnen GKVn die Möglichkeit, Prozesse zu beschleunigen, fundiertere Entscheidungen zu treffen und ihre Effizienz spürbar zu steigern. GenAI unterstützt Kassen zudem dabei, administrative Kernprozesse zu standardisieren. Der eigentliche Mehrwert entsteht jedoch, wenn Kassen bestehende Abläufe nicht einfach automatisieren, sondern ihre Prozesse grundlegend neu denken: Klare Entscheidungsregeln, innovative Prüfpfade und eine konsequente Standardisierung bilden dafür das Fundament.

Im Fokus stehen dabei zwei Ziele: die Steigerung der Prozesseffizienz – durch kürzere Bearbeitungszeiten und verbesserten Service – sowie eine präzisere Steuerung der Leistungsausgaben. GenAI erhöht die Prüfgenauigkeit, vermeidet Doppel- und Fehlversorgungen und unterstützt eine indikationsgerechte Versorgung. Dadurch werden Prozesse effizienter und die Steuerung der Leistungsausgaben wird durch gezielte Prüfunterstützung nachhaltig verbessert.

Rechtliche Anforderungen und Governance-Aspekte – wie Human-in-the-Loop\*, Dokumentationspflichten und Nachvollziehbarkeit – sind von Anfang an fest im neuen Prozessdesign verankert. Die finale Entscheidung über Ablehnungen trifft stets ein Mensch; GenAI liefert lediglich gezielte Prüfhinweise für die Sachbearbeitung und schafft so die Grundlage für schnellere und transparente Entscheidungen.

### Hilfsmittelgenehmigung: prädestiniert für GenAI

Die Genehmigung von Hilfsmitteln ist fachlich und operativ hochkomplex. Mit mehr als 60.000 Produkten, heterogenen Regelwerken, unterschiedlichen Dokumentformaten und einem hohen Anteil unstrukturierter Informationen (z.B. viele Anträge ohne ICD-Codierung) ist der Prozess bestens geeignet für eine GenAI-gestützte Extraktion und Vorprüfung. Der standardisierte Abgleich mit Historie und Katalogen ermöglicht hier eine bis zu 30% höhere Effizienz bei gleichzeitig verbesserter Prüfgenauigkeit. Einmal etablierte Bausteine wie Dokumentenverständnis, Katalogabgleich und Entscheidungslogik sind zudem über verschiedene Produktgruppen hinweg skalierbar.

### GenAI als „Prüf-Copilot“

Derzeit unterstützt GenAI in der GKV die Sachbearbeitung vor allem durch standardisierte Prüfhinweise und eine beschleunigte Fallbearbeitung. Angestrebt wird ein strukturierter Prüfhinweis, der systematisch die Vollständigkeit der Unterlagen, die medizinische Indikation, mögliche Doppelversorgungen sowie die Abgrenzung zwischen Serienversorgung und Maßanfertigung prüft (z.B. Abgleich der Kriterien für Maßanfertigungen oder Prüfung wirtschaftlicherer Serienprodukte). Das Ergebnis ist eine transparente, standardisierte Entscheidungsgrundlage mit klaren Handlungsempfehlungen für die Sachbearbeitung.

In der folgenden Ausbaustufe könnten eindeutig regelkonforme Fälle automatisiert genehmigt werden, während bei empfohlenen Ablehnungen weiterhin eine Zweitprüfung durch Sachbearbeitende erfolgt. In der nächsten Stufe ist eine Teilautomatisierung möglich, bei der klare Regelkonformität zur automatischen Genehmigung führt, während Auffälligkeiten oder empfohlene Ablehnungen verpflichtend von Sachbearbeitenden zu prüfen sind. Dieses Vorgehen kombiniert Effizienzgewinne mit regulatorischer Sicherheit und fachlicher Qualität.

\* Menschliche Entscheidung innerhalb eines automatisierten Prozesses

und effiziente Genehmigungsprozesse, differenziert nach Produktgruppen. Durch konsequentes Benchmarking und darauf aufbauende, datenbasierte Verhandlungen lassen sich Preise und Mengen fundiert und nachvollziehbar argumentieren. Wichtige Ansatzpunkte zur Effizienzsteigerung

sind die Prüfung alternativer Versorgungsformen unter Kosten-Nutzen-Aspekten sowie die Optimierung der Vertragsverhandlungen mit Leistungserbringern.

Die Genehmigungsprozesse werden über klar definierte Steuerungspfade auf das Produkt mit

dem jeweils optimalen Kosten-Nutzen-Verhältnis ausgerichtet. Dies beinhaltet unter anderem eine Prüfung der formalen Antragstellung (z.B. Verordner, Vertragspreis, Versichertenstatus), der medizinischen Indikation sowie etwaiger Kontraindikationen.

Der Einsatz generativer und agentischer KI ermöglicht in diesem Bereich eine automatisierte Dokumentenerkennung, Datenextraktion und regelbasierte Prüfung (siehe auch Exkurs S. 22). Automatisierte Genehmigungsempfehlungen mit Konfidenzin-

tervallen beschleunigen und standardisieren die Entscheidungsfindung signifikant. Darüber hinaus steigern die Digitalisierung der gesamten Fallbearbeitung – von der Antragstellung über Prüfung und Entscheidung bis hin zur Kommunikation – sowie die Harmonisierung der Prozesse über Leistungsbereiche hinweg nachhaltig die Effektivität der Steuerungsmaßnahmen. Das reduziert den manuellen Prüfaufwand und die Sachbearbeitung kann sich auf komplexe Einzelfälle konzentrieren.



Die GKV steht an einem Wendepunkt: Der anhaltende Kostendruck, strenge regulatorische Vorgaben und die wachsenden Erwartungen der Versicherten erfordern mutige und innovative Lösungen. Ein effektives Leistungskostenmanagement und der gezielte Einsatz von GenAI eröffnen den Kassen die Chance, nicht nur kurzfristig Stabilität zu schaffen, sondern auch langfristig ihre Wettbewerbsfähigkeit zu sichern. Der Schlüssel liegt darin, die Vielzahl an Steuerungshebeln konsequent zu nutzen, Prozesse intelligent zu digitalisieren und Best-Practice-Ansätze flächendeckend umzusetzen. Wer jetzt entschlossen handelt, kann die Weichen für eine nachhaltige und zukunftsfähige GKV stellen – zum Vorteil der Versicherten und des gesamten Gesundheitssystems.

# 30%

**höhere Effizienz sind durch standardisierten Abgleich mit  
Historie und Katalogen im Hilfsmittelbereich möglich**



# Personaleinsatz effizient und zukunftsfähig gestalten

# A3

**Die Verwaltungskosten in der GKV steigen stetig – und zugleich droht ein Fachkräftemangel. Doch qualifiziertes Personal zu gewinnen, wird immer schwieriger, insbesondere für künftig benötigte Kompetenzen. Vor diesem Hintergrund müssen die Kassen ihren Personaleinsatz jetzt gezielt optimieren – mit effizienten Prozessen und einer strategischen Personalplanung. Ziel ist es, die Ressourcen bestmöglich einzusetzen, Kompetenzlücken frühzeitig zu schließen und so den Personalkörper zukunftsfähig aufzustellen. Dazu sind Effizienzpotenziale systematisch zu identifizieren, zu realisieren und mit einer kompetenzbasierten Personalplanung zu verknüpfen. So können die Kassen ihre Kosten nachhaltig steuern, als Arbeitgeber attraktiver werden und die Versorgung der Versicherten langfristig sichern. Mit diesem integrierten Ansatz hat die GKV die Chance, den strukturellen Wandel aktiv zu gestalten und ihre Zukunftsfähigkeit dauerhaft zu sichern.**

Derzeit müssen die gesetzlichen Krankenkassen einerseits den Anstieg der Verwaltungskosten eindämmen, der maßgeblich durch die Personalkosten getrieben wird, und andererseits dem anstehenden Fachkräftemangel begegnen. Dieser verschärft sich durch die demografische Entwicklung: Viele Mitarbeitende scheiden altersbedingt aus, während die Nachbesetzung insbesondere in Ballungsgebieten durch den Wettbewerb mit anderen Unternehmen erschwert wird. Hinzu kommt, dass sich die benötigten Kompetenzen im Zuge der Digitalisierung und neuer gesetzlicher Anforderungen stetig verändern. Der Druck auf den Personalkörper resultiert jedoch nicht allein aus steigenden Kosten, sondern auch aus mangelnder Effizienz. Denn aktuelle Analysen zeigen, dass weder die Beschäftigtenzahl noch die Morbiditätsentwicklung allein ausreichen, um die Unterschiede in den Verwaltungskosten zu erklären, was auf Optimierungspotenziale in den Prozessen und Strukturen der Krankenkassen hinweist.

Dieses Spannungsfeld erfordert eine systematische Effizienzsteigerung. Zwei Aufgaben stehen dabei im Fokus: einerseits die Identifikation und

Umsetzung von Maßnahmen, die Prozesse optimieren, vereinfachen, automatisieren und digitalisieren. Andererseits bedarf es einer entsprechend ausgerichteten Personalplanung, um die drohende Lücke zwischen Personalbedarf und -angebot frühzeitig zu erkennen und zu schließen.

### **Effizienzpotenziale identifizieren und realisieren**

Um die Effizienz einer Kasse nachhaltig zu steigern, empfiehlt sich ein strukturiertes Vorgehen in sechs Schritten:

#### **1. Effizienzniveau bestimmen**

Der erste Schritt besteht darin, das derzeitige Effizienzniveau zu bestimmen. Dafür eignet sich ein Benchmarking, bei dem die Kasse ihren Personalkörper mit dem anderer Organisationen vergleicht. Quantitative Kennzahlen, z.B. Mitarbeitende je Versicherte:n, Personalkostenquoten oder Betreuungsschlüssel, liefern dabei eine erste Orientierung. Entscheidend ist jedoch, diese Ergebnisse qualitativ einzuordnen und Differenzierungsfaktoren im jeweiligen Geschäftsmodell zu berücksichtigen.

Dazu gehören etwa die Anzahl und Struktur der Geschäftsstellen, der Grad der Digitalisierung und Automatisierung, die Auslagerung von Tätigkeiten an externe Dienstleister sowie die Übernahme von Verhandlungsführerschaft oder speziellen Aufgaben im Kasserverbund. Auch ein strategischer Fokus kann die Personalstruktur maßgeblich beeinflussen, z.B. eine besonders ausgeprägte Serviceorientierung, ein erweitertes Angebot an Zusatzleistungen oder eine starke regionale Präsenz.

Erst wenn solche strukturellen Unterschiede berücksichtigt werden, ist ein valider Effizienzvergleich möglich. Andernfalls besteht die Gefahr, rein quantitative Abweichungen vorschnell als Ineffizienz zu interpretieren, obwohl sie in Wirklichkeit Ausdruck bewusster Entscheidungen oder spezifischer Aufgabenprofile sind.

### 2. Integration in das Ziel- und Controllingsystem

Effizienzsteigerungen sollten fest im Steuerungssystem der Organisation verankert werden. Dies erfordert klar definierte Vorgaben, die – analog zu anderen Unternehmenskennzahlen wie Leistungsausgaben oder Versichertenentwicklung – verbindlich in den jährlichen Planungsprozess integriert sind. Kennzahlen wie die Betreuungsquote (Vollzeitkräfte je 1.000 Versicherte) können dabei auf die einzelnen Unternehmensbereiche heruntergebrochen werden. Eine regelmäßige unterjährige Berichterstattung sorgt für Transparenz über den Fortschritt und mögliche Abweichungen.

### 3. Prozess zur Maßnahmenentwicklung, -umsetzung und -steuerung definieren

Die Identifikation, Umsetzung und Steuerung von Effizienzmaßnahmen benötigt einen klar definierten Prozess inklusive Rollen und Verantwortlichkeiten. Dieser umfasst folgende Schritte:

- **Maßnahmenidentifikation und -konzeption.** Auf Basis von Analysen operativer Prozesse, Design-Thinking-Workshops oder anderen Formaten werden Effizienzmaßnahmen identifiziert. Dabei kann es hilfreich sein, bereichsübergreifend ein Prozessexzellenzteam zusammenzustellen, das die operativ Verantwortlichen mit methodischer Expertise unterstützt. Denkbare Maßnahmen sind z.B.: Prozessverbesserungen, um Durchlaufzeiten zu verkürzen und Schnittstellen effizienter zu gestalten, Nutzung von Robotic Process Automation (RPA) für regelbasierte, repetitive Tätigkeiten, Digitalisierung von Postein- und -ausgang sowie Erhöhung der Dunkelverarbeitungsquote. Die Maßnahmen werden anhand standardisierter Kernparameter ausgearbeitet (inklusive Verantwortlichkeiten,

Umsetzungszeitraum, Abhängigkeiten, Notwendigkeit einer IT-Unterstützung), das Effizienzpotenzial wird quantifiziert und eine Kosten-Nutzen-Bewertung durchgeführt.

- **Umsetzung.** Für die identifizierten Maßnahmen sind zunächst konkrete Umsetzungspläne zu erstellen, inklusive Meilensteinen, Ressourcenplanung sowie erforderlicher Abstimmungen mit IT, Fachbereichen und gegebenenfalls Mitbestimmungsgremien. Systemanpassungen, Prozessaktualisierungen und organisatorische Änderungen werden strukturiert vorbereitet und entscheidungsreif ausgearbeitet. Die Umsetzung erfolgt anhand klar definierter Verantwortlichkeiten, gesteuert durch ein Fortschrittscontrolling. Zielgrößen wie FTE-Entlastung, Durchlaufzeiten oder Automatisierungsgrad ermöglichen eine kontinuierliche Erfolgsmessung und Nachsteuerung. Die Gesamtverantwortung liegt je nach Organisationsmodell bei den Maßnahmenverantwortlichen oder einer zentralen Transformations- bzw. Programmeinheit.

- **Maßnahmensteuerung.** Die Verantwortlichen dokumentieren den Fortschritt der Maßnahmen und die Zielerreichung kontinuierlich, idealerweise in einem Projektmanagement-Tool.

### 4. Rollen und Verantwortlichkeiten festlegen

Die Organisation muss Rollen und Verantwortlichkeiten in den einzelnen Prozessschritten präzise definieren und die Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten klar regeln, um die Effizienzmaßnahmen auf allen Ebenen erfolgreich umzusetzen.

- **Definition.** Die operative Hauptverantwortung für die Umsetzung der Maßnahmen sollten die jeweiligen Unternehmensbereiche tragen. Ergänzend kann ein Prozessexzellenzteam methodisch unterstützen. Dieses Team übernimmt die Gesamtkoordination der Maßnahmen, sorgt für einen kontinuierlichen Zielabgleich und unterstützt die Fachbereiche bei fachlichen und methodischen Fragen. Die organisatorische Verankerung eines solchen Teams kann je nach Ausgangslage variieren – z.B. im Bereich Personal und Organisation, in prozess- oder IT-nahen Einheiten oder in der Unternehmensentwicklung. Ebenso sind unterschiedliche Modelle der Steuerung denkbar: von einer zentralen, bereichsübergreifenden Steuerung bis hin zu dezentralen Ansätzen. Welche Ausgestaltung sinnvoll ist, hängt maßgeblich von Größe, Reifegrad und Governance-Struktur der jeweiligen Kasse ab.

- **Schnitt- und Übergabepunkte.** Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die eindeutige Regelung von Schnitt- und Übergabepunkten zwischen verschiedenen Akteuren und Abteilungen. Nur so lassen sich Doppelarbeiten vermeiden und Verantwortlichkeiten klar abgrenzen. Gleiches gilt für Schnittstellen zu oder Abhängigkeiten von anderen Prozessen, etwa im Controlling.
- **Governance-Strukturen.** Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit ist zudem die Festlegung von Governance-Strukturen unerlässlich – sowohl für das Management der Effizienzmaßnahmen als auch für die Berichterstattung hinsichtlich der Zielerreichung. Auch innerhalb dieser Strukturen sind Rollen und Verantwortlichkeiten klar zu definieren.

### 5. Effizienzmaßnahmen auf verschiedenen Ebenen identifizieren und umsetzen

Einige Maßnahmen sind nur für bestimmte Abteilungen relevant (z.B. spezifische Prozessverbesserungen), andere für die gesamte Organisation.

Letztere betreffen vor allem grundlegende Trends wie veränderte Kundenerwartungen (z.B. Nutzung von Online-Services), zunehmende Digitalisierung und Automatisierung, Omnikanal-Management sowie veränderte Anforderungen an Mitarbeitende. Um das größtmögliche Effizienzpotenzial zu realisieren, ist eine organisationsweite Steuerung dieser Maßnahmen erforderlich.

Idealerweise identifizieren Unternehmensbereiche Effizienzmaßnahmen in unterschiedlichen Dimensionen. Dies verhindert eine zu starke Abhängigkeit von einzelnen Maßnahmen, falls diese nicht umsetzbar sind. Typischerweise unterscheidet man drei Dimensionen: operative Exzellenz (z.B. Aufgabenverteilung und Organisation), Verhinderung und Vereinfachung (z.B. Weglassen von Aufgaben) sowie Digitalisierung und Automatisierung inklusive KI (siehe Tabelle A2.1).

Tabelle A2.1

## Effizienzmaßnahmen sollten 3 Dimensionen berücksichtigen

Dimensionen	Typischer Anteil am Gesamtpotenzial*, in Prozent	Maßnahmentypen	Erklärung
<b>Operative Exzellenz</b>	~25-50	Effektive Steuerung	Systematische Steuerung von Arbeitslast und Performance über klare Kennzahlen und Managementmechanismen, z.B. Lean Management
		Standardisierung	Vereinheitlichung von Prozessen, Arbeitsweisen und Tools
		Organisationsstruktur und Aufgabenverteilung	Optimierung von Aufbauorganisation und Verantwortlichkeiten
<b>Verhinderung und Vereinfachung</b>	~25	Verhinderung von Aktivitäten	Reduzierung oder Eliminierung nicht wertschöpfender Tätigkeiten, z.B. durch Einsparung von Prozessschritten, Anpassung der Frequenz der Stichprobenprüfung, strategische Depriorisierung von Aktivitäten
		Optimierung von Formularen und Eingabemasken	Vereinfachung und Qualitätsverbesserung von Datenerfassung und Anträgen
		Kanal- und Kontaktsteuerung	Steuerung von Anfragen und Interaktionen über definierte Kanäle

<b>Digitalisierung und Automatisierung</b>	~25-50%	Entwicklung digitaler Kanäle	Ausbau digitaler Zugänge und Self-Services, digitales Auslesen von Daten aus Dokumenten
		Automatisierung und Dunkelverarbeitung	Automatisierung standardisierter und repetitiver Prozesse inkl. Dunkelverarbeitungsprozesse
		Anpassung der IT-Systeme	Technische Weiterentwicklung und Systemoptimierung, z.B. Änderung technischer Vorbelegungen, Erweiterung von Auswahlmöglichkeiten
		KI und maschinelles Lernen	Einsatz datenbasierter Modelle (KI) zur Unterstützung von Entscheidungen und Priorisierung

\* Der Digitalisierungsanteil wird in den kommenden Jahren voraussichtlich zunehmen

Es empfiehlt sich, sämtliche Effizienzmaßnahmen kontinuierlich zu dokumentieren. Dies ermöglicht nicht nur eine transparente Berichterstattung und Nachverfolgung der Umsetzung, sondern schafft auch eine „Maßnahmenbibliothek“, die Best Practices für andere Abteilungen zur Verfügung stellt. Für die Dokumentation können sowohl Projektmanagement-Softwarelösungen als auch einfache Excel-Formate genutzt werden. Besonders wichtig ist es, das Potenzial jeder Maßnahme zu quantifizieren – idealerweise auf Basis vorhandener Daten und Mengen oder zumindest anhand von Annahmen, Stichproben und Schätzungen. Solche Quantifizierungen unterstützen die Priorisierung der Maßnahmen und helfen, die Umsetzung gezielt zu steuern, insbesondere wenn bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen sind, z.B. IT-Anforderungen.

## 6. Effizienz mittels Erfolgsfaktoren weiter erhöhen

Für die Umsetzung der Maßnahmen sind einige unterstützende Faktoren erfolgsentscheidend:

### — Standardisierte Umsetzungsstrukturen.

Durch die Einrichtung spezialisierter Umsetzungsfabriken, z.B. für RPA, GenAI oder Webformulare, kann eine Kasse die Maßnahmen effizient und skalierbar umsetzen. IT- und Digitalisierungsprojekte sind dem jeweiligen Effizienzpotenzial entsprechend zu priorisieren. Über ein pragmatisches Wirkungscontrolling lässt sich schließlich die Realisierung der Potenziale überprüfen. Daraus können die Verantwortlichen auch personalwirtschaftliche Maßnahmen ableiten, unter Berücksichtigung von Aufwandsverlagerungen oder einem Aufbau in anderen

Bereichen, um die Nettoeffekte transparent zu machen.

### — Klare, konsistente und frühzeitige Kommunikation.

Diese ist unerlässlich, um Mitarbeitende und Stakeholder aktiv einzubinden und sie über Ziele, Vorgehen und erwartete Wirkungen zu informieren. Ein abgestimmtes, übergreifendes Narrativ hilft, Effizienz nicht als reine Kostensenkung, sondern als Beitrag zur Zukunftsfähigkeit der Organisation zu vermitteln. Die kontinuierliche Information der Belegschaft unterstützt zudem deren Umgang mit Veränderungen und Unsicherheiten. Dies sichert eine nachhaltige Umsetzung der Effizienzmaßnahmen.

### — Vorausschauende Planung.

Effizienzmaßnahmen sollten nicht ausschließlich auf kurzfristige Ziele ausgerichtet sein. Vielmehr ist ein systematisches Umfeld- und Trendscreening erforderlich, um relevante Entwicklungen innerhalb und außerhalb der GKV frühzeitig zu identifizieren. Auf dieser Basis lassen sich neue Ansätze und Technologien wie GenAI frühzeitig pilotieren und bewerten, um Potenziale rechtzeitig zu erschließen und in die mittelfristige Effizienzplanung zu integrieren.

### — Organisationsweite Zusammenarbeit.

Die Umsetzung von Effizienzmaßnahmen erfordert eine enge bereichsübergreifende Zusammenarbeit, da oft Abhängigkeiten und Wechselwirkungen zwischen den Geschäftsbereichen bestehen. Klare Rollen und Verantwortlichkeiten sind dabei ebenso wichtig wie Transparenz

und offene Kommunikation. Dazu gehören der Austausch von Best Practices, die Diskussion über organisationsweite Effizienzpotenziale und die gemeinsame Lösung von Herausforderungen bei der Zielerreichung.

## Effizienz in die strategische Personalplanung integrieren

Für eine nachhaltige Transformation sind die Auswirkungen von Effizienzmaßnahmen auch in der Personalplanung zu berücksichtigen. Kurzfristige Planungen sind meist etabliert, etwa die Nachbesetzung oder die Berechnung des Bedarfs an Auszubildenden. Doch häufig fehlt es an einer strategischen, mittelfristigen Planung, die Kapazitäten und Kompetenzen einbezieht. Effizienzprogramme verändern Aufgabenstrukturen, Automatisierungsgrade und damit auch den künftigen Bedarf an bestimmten Rollen. Diese Veränderungen systematisch vor auszudenken, ist entscheidend für eine vorausschauende Gestaltung des Personalkörpers.

Eine strategische Personalplanung folgt einem klar strukturierten, meist fünfphasigen Prozess, dessen Schritte aufeinander aufbauen (siehe Schaubild A2.1):

### 1. Schaffung der Datenbasis

Grundlage ist eine konsistente und aktuelle Datengrundlage. Dazu zählen Stellenarchitektur und -klassifikation, HRIS-Daten<sup>10</sup> (z.B. organisatorische Zuordnung, Altersstruktur, Renteneintritte, Vertragsarten), historische Fluktuations- und Einstellungsraten sowie Informationen zu Qualifikationen und Kompetenzprofilen. Gerade in der GKV ist es oft notwendig, zunächst die Stellenlogik zu vereinheitlichen und klare Jobfamilien zu bilden.

### 2. Angebotsmodellierung

Auf Basis der Ist-Daten lässt sich das zukünftige Personalangebot mithilfe von Szenarien prognostizieren. Zu berücksichtigen sind insbesondere Faktoren wie Ruhestandseintritte, freiwillige und unfreiwillige Fluktuation, interne Mobilität und geplante Neueinstellungen. Das Ergebnis ist eine mehrjährige Projektion des Personalangebots in Vollzeitäquivalenten (FTE), aufgeschlüsselt nach Geschäftsbereichen und Jobfamilien.

### 3. Bedarfsmodellierung

Parallel wird der zukünftige Personalbedarf modelliert. Wichtige Treiber sind Mengeneffekte (z.B. Versichertenentwicklung und Fallzahlen),

strategische Prioritäten, regulatorische Vorgaben und Effizienzannahmen. Während effizientere Prozesse den Personalbedarf senken, können neue Anforderungen – etwa durch KI oder Gesetzesänderungen – zusätzliche oder veränderte Kompetenzen erfordern. Die Modellierung schafft Transparenz über Unsicherheiten und ermöglicht eine realistische Einschätzung strategischer Entscheidungen. Standardisierte Softwarelösungen oder eigens entwickelte Tools (z.B. Excel-Modelle) unterstützen eine konsistente Modellierung und den Vergleich von Szenarien.

### 4. Lückenanalyse

Im nächsten Schritt wird das Angebot mit dem Bedarf abgeglichen. Die daraus abgeleitete GAP-Analyse (Analyse der Lücke zwischen Ist- und Ziel-Zustand) deckt quantitative Unter- oder Überdeckungen auf sowie qualitative Kompetenzlücken – differenziert nach Geschäftsbereichen und Jobfamilien. In der grafischen Darstellung der Entwicklung von Personalbedarf und -angebot über mehrere Jahre zeichnen sich strukturelle Lücken frühzeitig ab. So lassen sich Maßnahmen nach Dringlichkeit und strategischer Relevanz priorisieren (siehe Schaubild A2.2).

### 5. Ableitung und Priorisierung von Maßnahmen

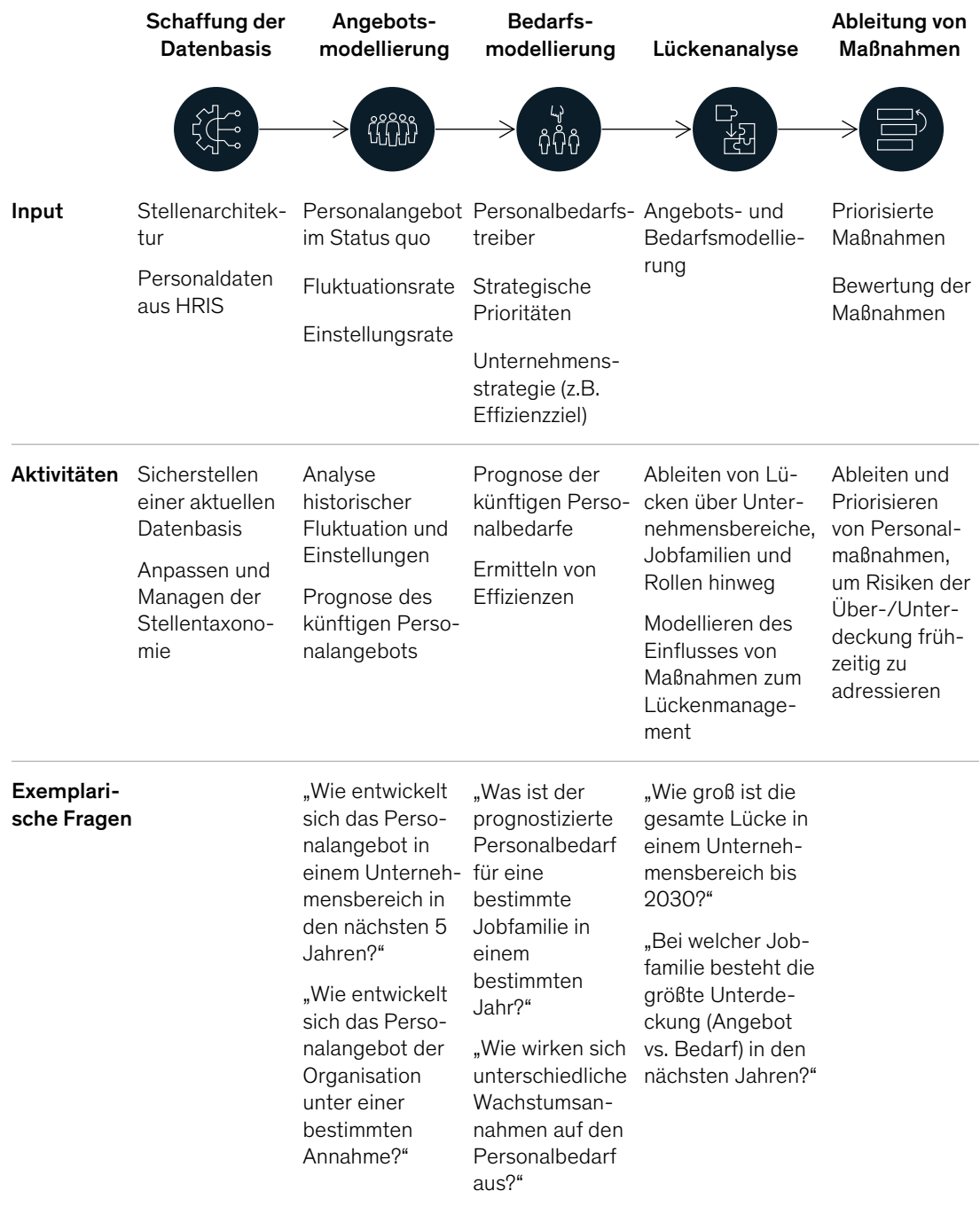
Auf Basis der identifizierten Lücken werden Maßnahmen definiert, priorisiert und hinsichtlich Wirkung und Umsetzbarkeit bewertet. Dazu zählen die gezielte Rekrutierung für Engpassrollen, Anpassungen in der Ausbildungsplanung, organisatorische Umschichtungen oder die Steuerung natürlicher Fluktuation bei Überhängen. Wichtig ist auch die Weiterentwicklung der Mitarbeitenden, um Kompetenzlücken zu schließen. Die Tätigkeitsprofile verändern sich insbesondere im Zuge von Effizienz- und Digitalisierungsprogrammen sowie aufgrund neuer Anforderungen – etwa durch den Einsatz von KI oder Gesetzesänderungen.<sup>11</sup> Ziel ist es, freiwerdende Kapazitäten in höherwertige oder neue Aufgabenfelder zu überführen und dort Mitarbeitende einzustellen, wo die interne Entwicklung nicht ausreicht.

Nur über die enge Verzahnung von Personalplanung und Effizienzprozess kann eine Kasse kontrollieren, ob geplante Effizienzmaßnahmen zur Zielerreichung beitragen oder zusätzliche Schritte erforderlich sind. So entsteht ein integrierter Steuerungskreislauf, in dem Personalplanung und Effizienzmanagement sich gegenseitig ergänzen und bei Bedarf unterjährig angepasst werden können.

<sup>10</sup> HRIS: Human Resources Information System

<sup>11</sup> Einige Geschäftsbereiche benötigen deshalb Mitarbeitende mit speziellem Wissen, das in klassischen Ausbildungen (z.B. zur Sozialversicherung) nicht vermittelt wird.

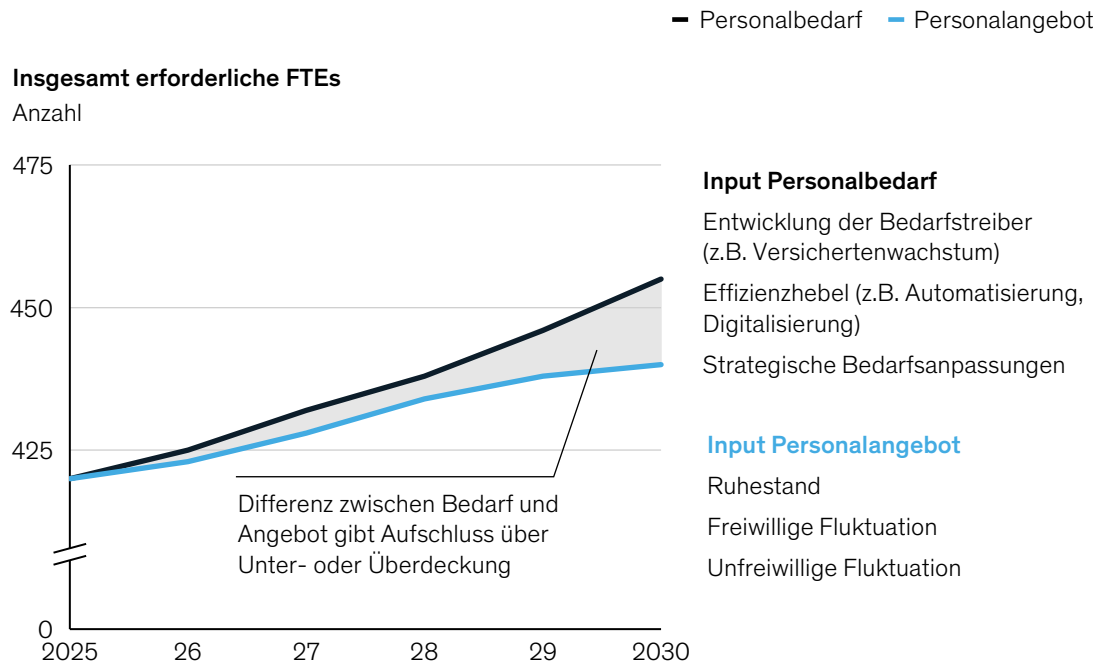
## Der Personalplanungsprozess umfasst in der Regel 5 Phasen



Klar definierte Rollen und Planungszyklen sowie eine feste Governance sorgen für die organisatorische Verankerung und gewährleisten, dass die Personalplanung als strategisches Steuerungsinstrument wirkt. Eine solche strategische

Planung wird zum integralen Bestandteil der Unternehmenssteuerung und schafft die Voraussetzung dafür, dass eine Transformation nicht nur strukturell, sondern auch personell nachhaltig gelingt.

## Eine Lückenanalyse identifiziert eine mögliche Unter- oder Überdeckung im Personalangebot



<sup>1</sup> Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2024

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V



Der Effizienzdruck in der GKV steigt weiter an. Um diesem erfolgreich zu begegnen, müssen die Kassen jetzt einen klaren Prozess zur Identifikation, Umsetzung und Steuerung von Effizienzmaßnahmen definieren, der eng mit der strategischen Personalplanung verzahnt ist. Setzen sie die beschriebenen Schritte konsequent um, können sie den Personalkörper im Sinne der Versicherten und Mitarbeitenden weiterentwickeln. So stellen sie sicher, dass die Organisation zukunftsfähig bleibt und nachhaltig aufgestellt ist.

# Personalarbeit in der GKV: Zwischen Kosten- druck, Demografie und Digitalisierung



Stefan Matzke  
Leiter Personal, IKK classic

---

Stefan Matzke verantwortet die strategische Ausrichtung und Weiterentwicklung der Personalarbeit bei der IKK classic. Seine Schwerpunkte liegen auf der Etablierung moderner HR-Strukturen, der Gewinnung und Bindung von Mitarbeitenden sowie dem Vorantreiben der organisatorischen Transformation. In seinen bisherigen Rollen im Personalwesen hat Herr Matzke maßgebliche Impulse gesetzt, insbesondere in der strategischen Personalplanung und der Digitalisierung. Dabei hat er stets seine pragmatische, umsetzungsorientierte Perspektive eingebracht.

---

**Herr Matzke, die Rolle der Personalarbeit in der GKV hat sich in den letzten Jahren stark gewandelt. Welches sind die drei Themen, die Sie aktuell am meisten beschäftigen?**

An erster Stelle steht der immense Kostendruck in der GKV, der sich bis in die Verwaltungskosten und somit auch auf das Personal auswirkt. Das zweite große Thema ist die Demografie. In den kommenden Jahren wird eine noch nie dagewesene Zahl von Mitarbeitenden in Rente gehen, während der Arbeitsmarkt gleichzeitig schrumpft. Der Pool an potenziellen Nachfolgern wird kleiner.

Das dritte und für mich interessanteste Thema ist die zunehmende Flexibilität von Lebensläufen.

Die traditionell enge Bindung an ein Unternehmen oder eine bestimmte Rolle verliert zunehmend an Bedeutung. Während frühere Generationen oft ein Leben lang in derselben Position beim gleichen Arbeitgeber blieben, ist die Vorstellung einer 40-jährigen Betriebszugehörigkeit in derselben Funktion heute überholt. Diese Entwicklung fordert ein Umdenken: Wir müssen unsere Arbeitswelten so gestalten, dass sie attraktiv bleiben. Um talentierte Mitarbeitende langfristig zu halten, müssen wir ihnen aktiv neue Perspektiven und Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb des Unternehmens aufzeigen.

Wie beurteilen Sie die Position der GKV als Arbeitgeber im Vergleich zu anderen Branchen, insbesondere im Gesundheitswesen?

Ich glaube, Leistungserbringer im Gesundheitswesen, etwa Krankenhäuser, haben den Wettbewerb um Fachkräfte und die Herausforderungen der Digitalisierung schon früher zu spüren bekommen. Für die GKV ergibt sich daraus eine vorteilhafte Position: Wir agieren nicht als Pionier, sondern können von den Erfahrungen anderer profitieren – davon, welche Ansätze erfolgreich waren und welche nicht. Dies ermöglicht es uns, kostspielige Fehler zu vermeiden.

## Unsere Mitarbeitenden müssen den Wandel nicht nur akzeptieren, sondern aktiv mitgestalten

Gleichzeitig haben wir aber auch einen gewissen Nachholbedarf bei der Adaption neuer Entwicklungen. Ein Beispiel ist die KI, die zunehmend durch agile Start-ups in das Gesundheitswesen integriert wird. Die strategische Konsequenz ist daher eindeutig: Unser Ziel muss nicht darin bestehen,

an der technologischen Spitze zu stehen. Vielmehr geht es darum, zügig aufzuschließen, um wettbewerbsfähig zu bleiben. Schaut man auf die Versicherungsbranche insgesamt, sieht man, wie massiv sie sich durch Vergleichsportale wie Check24 verändert hat und wie selbstverständlich die Kundinnen und Kunden digitale Kanäle nutzen. Diese nahtlosen digitalen, kundenzentrierten Prozesse sind ein Vorbild, auch wenn die Leistungserbringung in der GKV wahrscheinlich komplexer ist als bei einer Kfz-Versicherung und die Datenströme sensibler sind.

**Digitalisierung, KI und Automatisierung waren bereits Stichworte. Welche neuen Qualifikationen erfordert die Digitalisierung von den Mitarbeitenden und welche Chancen sehen Sie darin?**

Die entscheidende Qualifikation ist eine ausgeprägte Bereitschaft zur Veränderung und eine grundsätzliche Offenheit für neue Technologien. Unsere Mitarbeitenden müssen den technologischen Wandel nicht nur akzeptieren, sondern ihn aktiv mitgestalten und als integralen Bestandteil ihrer Weiterentwicklung verstehen.

Die große Chance von KI und Automatisierung liegt in der grundlegenden Neugestaltung von Arbeitsprozessen. Durch die automatisierte Bearbeitung von Standardfällen – oft als Dunkelverarbeitung bezeichnet – entfallen monotone Tätigkeiten. Für die Mitarbeitenden bleiben die komplexen und

anspruchsvollen Fälle und Aufgaben. Das mag zunächst herausfordernd wirken, birgt jedoch die Chance auf eine deutlich erfüllendere Tätigkeit. Die Mitarbeitenden können sich intensiver mit den Inhalten auseinandersetzen und werden zu aktiven Mitgestaltern der Prozesse, anstatt nur wie am Fließband zu arbeiten. Die finale Entscheidung liegt weiterhin beim Menschen, der jedoch durch KI-gestützte Analysen in die Lage versetzt wird, weitaus fundiertere und datenbasierte Entscheidungen zu treffen.

**Sie sprechen an, dass Mitarbeitende die Arbeit der Zukunft aktiv mitgestalten sollen. Wie kann es gelingen, sie entsprechend zu befähigen und die nötigen Freiräume zu schaffen?**

Der Schlüssel liegt in der stärkeren Einbindung derjenigen, die die Prozesse tagtäglich anwenden. Wir sollten die Mitarbeitenden vor Ort fragen, wo es hakt und wo ihre Expertise liegt. Diese partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Fachabteilungen und Anwendern gilt es zu stärken. In der Vergangenheit lag der Fokus oft allein auf Effizienz: Ein Prozess wurde einmal vorgegeben und alle mussten ihn strikt nach Schema abarbeiten. Das entspricht dem Fließband-Prinzip von Henry Ford. Wir sind aber keine Industrie, sondern ein Dienstleister. Bei uns spielt der Faktor Mensch eine besondere Rolle und erfordert mehr als das bloße Montieren von Werkstoffen. Es geht darum, Mitarbeitende nicht nur als Anwender, sondern als Experten für ihre eigene Arbeit zu sehen und sie in die Gestaltung von Lösungen einzubeziehen.

**Welche Best Practices aus anderen Branchen könnten der Personalarbeit in der GKV helfen, zukunftsfähiger zu werden?**

Ein zentraler Ansatz, den wir bereits verfolgen, ist der Fokus auf Kompetenzen statt auf starre Stellenbeschreibungen und formale Abschlüsse. Lebensläufe werden immer vielfältiger und wir brauchen Mitarbeitende, die bereit sind, sich zu verändern. Methodenkompetenz und Persönlichkeit gewinnen an Bedeutung gegenüber reiner Fachkompetenz, die man sich aneignen kann. Es geht darum, die individuellen Stärken der Menschen in den Vordergrund zu stellen. Jemand, der kommunikativ und extrovertiert ist, passt vielleicht gut in den Vertrieb, während eine introvertierte Person ihre Stärken in konzentrierter, detailorientierter Arbeit einbringen kann. Das Ziel ist es, die richtige Person für die richtige Aufgabe zu finden – basierend auf ihren Fähigkeiten und Persönlichkeitsmerkmalen.

**Wenn Sie einen Wunsch für die Zukunft der Branche oder speziell für die Personalarbeit frei hätten, welcher wäre das?**

Mein Wunsch wäre, dass es uns gelingt, unsere Mitarbeitenden und die Betreuung der Versicherten in jedem Prozess in den Mittelpunkt zu stellen und unnötigen Aufwand abzuschaffen. Der Mensch hat sich schon immer Werkzeuge geschaffen, um sich die Arbeit zu erleichtern – vom Faustkeil bis zum Roboter. Dieses Prinzip müssen wir konsequent auf unsere Verwaltungsprozesse übertra-

gen. Es kann nicht sein, dass hoch qualifizierte Mitarbeitende damit beschäftigt sind, Papiere zu beschreiben, zu scannen und von A nach B zu verschicken. Solche administrativen Aufgaben müssen so weit wie möglich automatisiert ablaufen, damit sich unsere Mitarbeitenden auf das Wesentliche konzentrieren können: die Betreuung der Versicherten und die Gestaltung eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems.

*Herr Matzke, wir danken Ihnen für das Gespräch.*







# Das Omnikanal-Management der GKV im Wandel: Von einer IT-Initiative zur umfassenden Transformation

# A4

**Die Erwartungen der Versicherten an ein nahtloses Omnikanal-Erlebnis steigen stetig. Doch in vielen Krankenkassen dominieren noch immer Systembrüche und Informationsverlust den Alltag. Gleichzeitig setzen technologiegetriebene Wettbewerber neue Maßstäbe: Mit cloudbasierten Omnikanal-Lösungen bieten sie integrierte Fallsteuerung, KI-gestützte Anliegenerkennung, vollständige Kanalabdeckung und transaktionsfähige Self-Services – alles aus einer Hand. Für die GKV entsteht daraus ein klarer Handlungsdruck. Ein erfolgreiches Omnikanal-Management ist jedoch weit mehr als ein IT-Projekt. Es erfordert ein ganzheitliches Zusammenspiel von fachlicher Steuerung, optimierten Prozessen, passender Organisation und moderner Technologie. Nur so können die Krankenkassen ihre Wettbewerbsfähigkeit sichern und echten Mehrwert schaffen.**

Versicherte erwarten heute eine nahtlose Betreuung über alle Kontaktkanäle – sei es telefonisch, digital oder persönlich. Informationen sollen jederzeit zugänglich sein und Anliegen idealerweise direkt beim ersten Kontakt gelöst werden, ohne dass Sachverhalte mehrfach geschildert werden müssen. Doch viele Krankenkassen werden diesen Ansprüchen noch nicht gerecht. Eine durchgängige Bearbeitung scheidet oft an unklaren Zuständigkeiten, dem Verlust von Informationen zwischen den Kanälen und einer ineffizienten Weiterleitung von Anliegen. Organisationen, die sich noch in dieser Lage befinden und nun schnell aufholen wollen, sollten strategisch und gut informiert vorgehen. Erfolgsentscheidend sind dabei zwei Faktoren: die Anpassung an die neuen Rahmenbedingungen für das Omnikanal-Erlebnis sowie die Schaffung der Grundlagen für ein langfristig erfolgreiches Omnikanal-Management.

### **Neue Rahmenbedingungen für das Omnikanal-Erlebnis**

Die Rahmenbedingungen für Omnikanal-Lösungen haben sich in den vergangenen Jahren grundlegend verändert:

**Marktstruktur.** Der Markt hat mittlerweile einen hohen Reifegrad erreicht. Während früher proprietäre, lokal betriebene Contact-Center-Systeme dominierten, setzen sich heute modulare, cloudbasierte Plattformen durch. Dank EU-Sovereign-Cloud-Angeboten und branchenspezifischen Compliance-Frameworks erfüllen cloudbasierte Lösungen zunehmend auch strenge regulatorische Anforderungen – insbesondere beim Schutz von Sozial- und Gesundheitsdaten.

**Technologie.** Hier zeigt sich ein Paradigmenwechsel hin zu modularen, API-basierten Architekturen. An die Stelle monolithischer, historisch gewachsener Systeme treten flexible Plattformstrukturen. Diese ermöglichen kürzere Release-Zyklen, eine schnellere Integration neuer Services, eine einfache Anbindung zusätzlicher Kanäle sowie eine verbesserte Skalierbarkeit.

**Kanalabdeckung.** Frühere Lösungen betrachteten die Kommunikationskanäle oft isoliert. Heute hingegen integrieren moderne Plattformen Telefonie, Chat, App, E-Mail, Schriftverkehr und persönliche Kontakte in einer gemeinsamen Daten- und Steuerungslogik. Dies ermöglicht erstmals eine

durchgängige, kanalübergreifende Fallbearbeitung und schafft so ein nahtloses Kundenerlebnis.

**Funktionsiefe.** Moderne Omnikanal-Plattformen bieten weit mehr als herkömmliches Routing und einfache Sprachdialogsysteme. Sie erlauben die durchgängige Bearbeitung von Kundenanliegen, indem sie eine kanalübergreifende Kundenhistorie, automatisierte Vorganganlagen und integrierte Workflow-Engines bereitstellen. KI-gestützte Anliegenerkennung, virtuelle Warteschlangen und Assistenzfunktionen für Mitarbeitende unterstützen die Lösung von Anliegen bereits beim Erstkontakt. Zudem ermöglichen transaktionsfähige Self-Services den direkten Zugriff auf Fachprozesse.

## Erfolg durch Zusammenspiel von Fachbereichen, Technik, Organisation und Change-Management

Omnikanal-Management transformiert nicht nur Systemarchitekturen, sondern auch die Steuerungslogik der gesamten Kundeninteraktion. Anliegen werden kanalübergreifend bearbeitet, Routingentscheidungen wirken unmittelbar auf die Kapazitäten der Fachbereiche und KI-basierte Unterstützung optimiert die Bearbeitungsprozesse. Omnikanal-Management ist daher nicht auf die IT beschränkt, sondern eine organisationsweite Aufgabe mit den folgenden vier Erfolgsfaktoren.

**Fachbereiche: klare Zielbilder und verbindliche Steuerungsregeln.** Der Ausgangspunkt jeder technischen Umsetzung ist ein klar definiertes Zielbild. Dieses legt fest, welche Anliegen im Kundenservice und welche direkt im Fachbereich bearbeitet werden – immer mit dem Ziel, möglichst viele Anfragen bereits beim ersten Kontakt vollständig zu lösen. Auf dieser Basis werden verbindliche Steuerungsregeln definiert. Sie legen fest, nach welchen Kriterien Anliegen priorisiert werden, welche Qualifikationen oder Spezialisierungen erforderlich sind und welche zusätzlichen Routingfaktoren (z.B. Last-Agent-Routing, Sprache) berücksichtigt werden. Auch Vertretungs- und Eskalationslogiken sind klar definiert, z.B. wenn die zuständigen Mitarbeitenden abwesend sind oder bestimmte Wartezeiten überschritten werden.

### Anwendungsbeispiel

Ein Anliegen zur Höherstufung des Pflegegrads wird gemäß hinterlegter Routingmatrix direkt an den spezialisierten Pflegebereich weitergeleitet. Das Sprachdialogsystem erkennt das Anliegen und setzt die entsprechende Routingregel um. So werden unnötige Zwischenstationen vermieden und die Erstlösungsquote steigt signifikant.

**Technik: nahtlose Integration.** Die fachlich definierte Steuerungslogik entfaltet ihre volle Wirkung nur dann, wenn sie technisch durchgängig unterstützt wird. Im GKV-Kontext liegt die zentrale Herausforderung weniger in der Einführung neuer Kontaktkanäle, sondern vielmehr in der Integration einer Omnikanal-Plattform in eine historisch gewachsene IT-Landschaft. Entscheidend ist, dass Kundenkontakte kanalübergreifend zusammengeführt und konsistent mit Kernsystemen, Dokumentenmanagement und Workflow-Systemen verknüpft werden. In der Praxis bedeutet dies, Informationen aus unterschiedlichen Quellen so zu bündeln, dass Mitarbeitende jederzeit eine vollständige und aktuelle Übersicht über das jeweilige Anliegen haben. Dabei sind Datenschutzanforderungen, Berechtigungskonzepte und Protokollierungspflichten technisch einwandfrei umzusetzen. Architekturentscheidungen zu Schnittstellen, Datenflüssen und Monitoring spielen eine entscheidende Rolle, da sie die Stabilität, Skalierbarkeit und Zukunftsfähigkeit der Lösung maßgeblich beeinflussen.

**Organisation: neue Verantwortlichkeiten und flexible Kapazitäten.** Ein konsequentes Routing von Anliegen, basierend auf fachlicher Expertise, führt zu einer Verschiebung der Arbeitslast zwischen Kundenservice und Fachbereichen. Komplexe Anliegen werden frühzeitig an spezialisierte Einheiten weitergeleitet, die entsprechende Kapazitäten, Erreichbarkeit und Qualifikationsprofile bereitstellen müssen. Entscheidend ist deshalb eine klare Definition von Verantwortlichkeiten, Service-Level-Zielen und Übergaberegeln. Häufig erfordert dies eine Anpassung oder Neuausrichtung der organisatorischen Strukturen, um sicherzustellen, dass die richtigen Ressourcen zur richtigen Zeit am richtigen Ort verfügbar sind.

### Anwendungsbeispiel

Pflegeanliegen werden direkt im Fachbereich bearbeitet, was feste oder rotierende Telefoniezeiten erfordert. Ein Leitstand überwacht die Einhaltung definierter Service-Level-Ziele. Bei drohenden Engpässen wird automatisch Überlaufkapazität aktiviert, um Erreichbarkeit und Bearbeitungszeiten stabil zu halten.

**Change-Management: Veränderung als gemeinschaftliche Aufgabe.** Damit die neue Steuerungslogik erfolgreich umgesetzt werden kann, ist es entscheidend, dass die Mitarbeitenden sie verstehen und aktiv unterstützen. Führungskräfte spielen dabei eine Schlüsselrolle: Sie sorgen dafür, dass die neuen Routing- und Kapazitätsmodelle in ihren Teams verankert werden, und schaffen Transparenz über Ziele sowie Auswirkungen der

Veränderungen. Eine schrittweise Einführung beginnt mit Pilotbereichen, gefolgt von einer systematischen Skalierung. So lassen sich die Prozesse stabilisieren und Erfahrungen kontinuierlich in die Weiterentwicklung integrieren.

#### **Anwendungsbeispiel**

Die Umsetzung umfasst einen gestaffelten Schulungsplan mit rollenbasierten Trainings. Regelmäßige Kommunikationsformate, z.B. FAQ-

Sessions, Management-Updates und bereichsspezifische Informationsrunden, sorgen für Transparenz über den Fortschritt und mögliche Anpassungsbedarfe. Train-the-Trainer-Konzepte verankern Wissen nachhaltig in der Organisation und befähigen Führungskräfte und Mitarbeitende, den Wandel aktiv zu begleiten und als Multiplikator:innen zu agieren.



Erfolgreiches Omnikanal-Management in der GKV umfasst weit mehr als ein technisches Update – es betrifft die gesamte Organisation. Eine solche Transformation erfordert das ganzheitliche Zusammenspiel aus Strategie, Fachwissen, Technik, Organisation und Change-Management. Nur Krankenkassen, die diesen Wandel aktiv gestalten, legen das Fundament für ein zukunftsfähiges, kundenorientiertes und effizientes Serviceerlebnis – und sichern sich damit eine starke Wettbewerbsposition für die Zukunft.

# Omnikanal-Transformation in der GKV: Vom Serviceversprechen zur integrierten Plattform



Elke Stump

Geschäftsführerin der Unternehmensentwicklung bei der AOK Niedersachsen

---

Elke Stump ist Geschäftsführerin für den Bereich Unternehmensentwicklung bei der AOK Niedersachsen. Zu ihren Aufgabengebieten zählen die Unternehmensstrategie, das Controlling sowie die Verantwortung für unternehmensweite Transformationen wie das Omnikanal-Management.

---

**Frau Stump, wie sind Sie an die Planung Ihrer Omnikanal-Umstellung herangegangen und wie haben Sie das Zielbild für die AOK Niedersachsen entwickelt?**

Unser Servicestandard ist eine schnelle, kompetente und transparente Beratung für unsere Versicherten über alle digitalen und persönlichen Kanäle hinweg. Eine moderne Omnikanal-Plattform spielt dabei eine zentrale Rolle und bringt spürbare Vorteile: kürzere Wartezeiten, bessere Erreichbarkeit und eine höhere Abschlussquote bereits beim ersten Kontakt.

Gleichzeitig stand von Anfang an die Entlastung unserer Mitarbeitenden im Fokus. Die Plattform sorgt für eine automatisierte Anliegenerkennung und ermöglicht eine fairere Verteilung von Kundenanliegen durch skillbasiertes Routing sowie

die Integration der Personaleinsatzplanung. Darüber hinaus unterstützt das Sprachdialogsystem der Plattform bei der Identifizierung und Authentifizierung von Kundinnen und Kunden und leitet Anfragen direkt an die richtigen Ansprechpartner weiter.

Der Ausgangspunkt unserer Transformation war, dass wir alle Serviceprozesse radikal aus der Kundenperspektive neu gedacht haben. Dafür haben wir uns früh mit allen Fachbereichen zusammengesetzt und eine gemeinsame strategische Vision entwickelt. Aus diesem Zielbild haben wir dann, basierend auf User Stories und Use Cases, abgeleitet, welche Funktionalitäten und welchen Leistungsumfang wir brauchen. Dabei haben wir auch die funktionalen und nicht funktionalen Anforderungen wie zum Beispiel Skalierbarkeit berücksichtigt sowie die Verzahnung mit der Personaleinsatz-

planung. Unser Ziel war von Anfang an klar: Wir wollten eine ganzheitliche Omnikanal-Strategie entwickeln, die Insellösungen ablöst und in einer modernen, integrierten und kundenorientierten Serviceplattform mündet.

**Was macht aus Ihrer Sicht eine Omnikanal-Transformation bei den gesetzlichen Krankenkassen so herausfordernd? Worin unterscheidet sie sich von anderen Digitalisierungsprojekten im Gesundheitswesen?**

## Es gilt, über 200 verschiedene Anliedentypen in der Routing-Logik unserer Plattform präzise abzubilden

Die Herausforderung ist vielschichtig. Fachlich gilt es, über 200 verschiedene Anliedentypen in der Routing-Logik unserer Plattform präzise abzubilden und den jeweils passenden Mitarbeitenden zuzuordnen. Organisatorisch kommt hinzu, dass wir über drei Millionen Versicherte sowie zahlreiche Leistungserbringer und Firmenkunden mit unter-

schiedlichen Anforderungen betreuen. Gleichzeitig sind viele verschiedene Fachbereiche beteiligt, die jeweils spezifische und oft historisch gewachsene Prozesse haben. Unsere Aufgabe ist es, all das in einer gemeinsamen Omnikanal-Logik zu harmonisieren und effizient zusammenzuführen.

Neben den fachlichen Herausforderungen ist auch die technische Komplexität zu bewältigen. Wir stehen vor klaren technischen Vorgaben, die uns ein enges regulatorisches Korsett setzen. Datenschutz nach DSGVO, Sozialgesetzgebung und aufsichtsrechtliche Anforderungen geben den Rahmen vor. Besonders der Umgang mit sensiblen Gesundheitsdaten erfordert höchste Sicherheit und kompromisslose Compliance. Gleichzeitig müssen wir eine exzellente Nutzerfreundlichkeit sicherstellen und dafür sorgen, dass die automatisierte Identifizierung und Authentifizierung unserer Versicherten reibungslos funktioniert. Dafür mussten wir eine Vielzahl digitaler Schnittstellen entwickeln, die unsere historisch gewachsene Systemlandschaft an die neue Omnikanal-Plattform anbindet.

Ein weiterer entscheidender Punkt ist die Weiterentwicklung der Organisation. Dazu gehört zum einen die Etablierung klarer Strukturen und Verantwortlichkeiten, etwa durch die Einführung der Personaleinsatzplanung, eine eindeutige Zuordnung in der Prozesslandkarte sowie eine angepasste organisatorische Aufstellung, zum Beispiel durch dedizierte Telefonieteams.

Für den Betrieb der Plattform und die kundenorientierte Steuerung der Prozesse müssen frühzeitig passende Stellentypen definiert und die erforderlichen Kompetenzen im Unternehmen aufgebaut werden. Dazu gehören unter anderem die Betreuung und Weiterentwicklung des Sprachdialogsystems, die Pflege von Wissensdatenbanken, die Planung des Personalbedarfs sowie die Umsetzung KI-gestützter Services.

**Wenn Sie auf Ihre Erfahrungen zurückblicken: Welche Tipps würden Sie anderen Krankenkassen geben, die eine ähnliche Transformation starten wollen? Wo sollten sie zu Beginn den Fokus setzen und welche typischen Fehler sind unbedingt zu vermeiden?**

Es gibt vier Aspekte, die für den Erfolg entscheidend sind. Erstens: Eine Omnikanal-Transformation sollte von Anfang an klar aus der Sicht des Kunden gedacht und auf die fachlichen Anforderungen ausgerichtet sein. Das Zielbild ist dabei die Leitplanke – von der Definition der Use Cases und der Ableitung der Funktionalitäten über die Ausschreibung und Anbieterbewertung bis hin zur Implementierung. So stellen wir sicher, dass die Plattformentwicklung nicht von technischen Möglichkeiten, sondern vom tatsächlichen Bedarf getrieben wird. Besonders wichtig ist es, von Beginn an die hohe Komplexität der Anliedenerkennung und des Routings im Blick zu haben, aber auch die organisatorischen und technischen Implikationen, die damit einhergehen.

Zweitens: Prozesse bilden die Grundlage, auf der die Technik aufbaut. Daher müssen zuerst die Prozesse konzipiert werden, die dann in Technik übersetzt werden. Eine Omnikanal-Transformation ist in erster Linie ein Organisationsprojekt, kein reines IT-Projekt. Der Grundsatz lautet: Erst standardisieren, dann digitalisieren. Das heißt, wir müssen historisch gewachsene Sonderwege und redundante Bearbeitungslogiken vor der Umsetzung identifizieren, fachlich aufarbeiten und konsequent bereinigen. Sonst riskieren wir, bestehende Ineffizienzen in die neue Systemlandschaft zu übertragen. Dafür braucht es klare Verantwortlichkeiten und verbindliche Entscheidungswege, was entweder über ein klar definiertes Mandat oder eine zentrale Steuerung erreicht werden kann.

Drittens: Iteratives Vorgehen ist entscheidend, ein Big-Bang-Ansatz funktioniert hier eher selten. Wir haben mit einer Pilotphase in ausgewählten Service- und Fachbereichen gestartet, die etwa zehn Prozent des Anrufvolumens abgedeckt hat. So konnten wir die Routing-Logik und Prozesse in einem kontrollierten Umfeld testen und in enger

Zusammenarbeit mit den Pilotteams optimieren, bevor wir den Rollout ausgeweitet haben. Gleichzeitig hatten die beteiligten Mitarbeitenden die Möglichkeit, Feedback einzubringen, die Weiterentwicklung aktiv mitzugestalten und Anpassungen unmittelbar zu erleben. Die anschließende Skalierung erfolgte dann nach einem klaren Kriterienkatalog, der Faktoren wie Anrufvolumen, Regionalität, Teamgröße, Kanalfokus und die Omnikanal-Readiness der jeweiligen Einheiten berücksichtigt hat.

Und zu guter Letzt ist die Befähigung von Führungskräften und Mitarbeitenden zur Personaleinsatzplanung im Umgang mit der Omnikanal-Plattform entscheidend. Diese wird durch Formate wie Schulungen, FAQ-Sessions und fokussierte Workshops unterstützt. Ergänzend dazu sorgt eine kontinuierliche, enge Begleitung dafür, dass auftretende Fragen und Herausforderungen schnell adressiert und gelöst werden können.

Darüber hinaus ist es wichtig, konsequent die Perspektive der Führungskräfte und Mitarbeitenden einzunehmen: Welche Fragen haben sie? Wann benötigen sie welche Informationen? Welche Inhalte sind für sie in der jeweiligen Phase wirklich relevant? Genau da gilt es, mit klarer, verständlicher und zielgerichteter Kommunikation zur richtigen Zeit anzusetzen.

Hier sind auch die Fachbereiche in der Verantwortung, die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen sowie aktiv die veränderten Prozesse mitzugestalten und sie bei Führungskräften und Mitarbeitenden transparent zu machen. Am Ende ist entscheidend, dass sich die betroffenen Mitarbeitenden abgeholt fühlen und nachvollziehen können, warum sich etwas verändert, was dies konkret für sie bedeutet und welche Vorteile die neue Omnikanal-Plattform für sie und vor allem auch für unsere Kunden bringt.

*Frau Stump, wir danken Ihnen für das Gespräch.*







# KI-Agenten in der GKV: Der nächste digitale Sprung

# A5

**Die GKV steht vor einer neuen digitalen Ära: KI-Agenten versprechen, den stetig wachsenden Herausforderungen mit innovativen Lösungen zu begegnen. Während einige Pilotprojekte bereits deutliche Produktivitätsgewinne zeigen, liegt das eigentliche Potenzial im flächendeckenden, skalierbaren Einsatz von KI-Agenten über alle Prozesse hinweg. Sie können nicht nur Mitarbeitende entlasten und Abläufe beschleunigen, sondern auch die Qualität der Kundenbetreuung nachhaltig verbessern. Entscheidend ist dabei ein ganzheitlicher Ansatz, der Strategie, Technologie und Organisation verbindet – und so die GKV fit für die Zukunft macht.**

Steigender Kostendruck, Fachkräftemangel und wachsende Anforderungen stellen die gesetzlichen Krankenkassen vor immer größere Herausforderungen. Gleichzeitig entwickeln sich KI-Technologien rasant weiter und bieten neue Lösungsansätze. Während regelbasierte Systeme wie die automatisierte Rechnungsprüfung längst zum Alltag vieler Kassen gehören, eröffnen generative KI (GenAI), KI-Agenten und die zugrunde liegenden Technologien völlig neue Möglichkeiten. GenAI-Modelle können mittlerweile unstrukturierte Informationen aus Texten, Sprache oder Bildern verarbeiten sowie Aufgaben in natürlicher Sprache verstehen und lösen. Dies schafft Raum für flexible Anwendungen wie personalisierte Kommunikation, die Bereitstellung internen Wissens oder die Analyse von Dokumenten. Erste Projekte zeigen bereits beeindruckende Produktivitätssteigerungen und verdeutlichen das Potenzial dieser Technologien.

Doch der Schlüssel zum Erfolg liegt nicht in isolierten Einzellösungen, sondern im skalierbaren Einsatz über die gesamte Organisation hinweg –

ermöglicht durch KI-Agenten. Diese Technologien können Mitarbeitende aktiv unterstützen, Teilaufgaben übernehmen, Abläufe koordinieren und die Effizienz einer Kasse erheblich steigern. Aktuelle McKinsey-Analysen zeigen, dass KI-Agenten den zukünftigen Personalbedarf um bis zu 50% senken könnten – ein entscheidender Vorteil angesichts des Fachkräftemangels, steigender Verwaltungskosten und wachsenden Innovationsdrucks in der GKV.<sup>12</sup> Dabei geht es ausdrücklich nicht darum, bestehendes Personal abzubauen. Vielmehr bieten KI- und Automatisierungstechnologien den Kassen die Möglichkeit, den absehbaren Personalrückgang durch Renteneintritte und fehlenden Nachwuchs zu kompensieren. Gleichzeitig reduzieren sie die Arbeitslast der verbleibenden Mitarbeitenden deutlich, sodass diese sich auf komplexere, wertschöpfendere Aufgaben konzentrieren können.

Was KI-Agenten so besonders macht und wie die Kassen sie sinnvoll und praxisnah einsetzen können, soll im Folgenden näher betrachtet werden.

---

<sup>12</sup> McKinsey (2025), [KI-Agenten im Einsatz: So wird die öffentliche Verwaltung zukunftssicher](#)

## Was sind KI-Agenten – und was nicht?

KI beschreibt die Fähigkeit von Maschinen, Aufgaben zu übernehmen, die normalerweise menschliches Denken erfordern – etwa Wahrnehmen, Lernen, Schlussfolgern, Problemlösen oder sogar kreatives Handeln.<sup>13</sup> Das Spektrum reicht von regelbasierten Expertensystemen über statistische Modelle bis hin zu selbstlernenden neuronalen Netzen (Tabelle 1). Klassische KI-Modelle erfordern Training mit großen Datenmengen und lassen sich ausschließlich mit strukturierten Daten entwickeln und einsetzen.

Tabelle 1

	Regelwerk	Traditionelle KI	GenAI	KI-Agenten	Agent Mesh
<b>Art der Tätigkeit</b>	Strukturiert/formalisiert Klare, regelbasierte Prozesse mit eindeutiger Logik (z.B. „If...then...else“-Regeln)	Teilformalisiert/deterministisch Algorithmische Lösungen mit klaren Datenmodellen (z.B. Entscheidungs-bäume)	Unstrukturiert/kontextsensitiv Verständnis und Generieren von Sprache oder Bildern durch kontextuelle Muster (z.B. GPT)	Aufgabenbasiert/dialogisch Autonome Planung/Ausführung mehrschrittiger Aufgaben inkl. Nutzung von APIs, Tools, Kontext	Workflow-/Interaktionsbasiert Ausführung komplexer E2E-Workflows durch mehrere Agenten inkl. Nutzung von APIs, Tools, Datenquellen
<b>Umfang der Automatisierung</b>	Einzel-schritt	Einzel-schritt	Mehrschrittig/generativ	Mehrschrittig/adaptiv	Vollständiger Workflow/Interaktion
<b>Modell-erstellung</b>	Manuell; fachspezifische und explizite Logikdefinition	Modelltraining, basierend auf großen Mengen an strukturierten Daten	Nutzung von Pre-trained Foundation Models, ggf. mit spezifischem Tuning	Kombination von LLMs und Agenten-Setup, ausgestattet mit Rollen, Zielen und Tools	Dynamische Orchestrierung von Agenten, Tools und Modellen
<b>Daten</b>	Strukturiert	Strukturiert	Unstrukturiert	Unstrukturiert und strukturiert	Unstrukturiert und strukturiert
<b>Beispiel für Anwendungsfälle</b>	Berechnungslogik für Versicherungsprodukte	Betrugserkennung bei Leistungsanträgen	Erstellung von personalisierten Gesundheitsinformationen	GenAI-Chatbot, spezialisiert auf Kundeninteraktion	E2E-Bearbeitung Hilfsmittelantrag

KI-Agenten gehen noch einen Schritt weiter: Sie sind autonom agierende Softwareeinheiten, die auf ein bestimmtes Ziel ausgerichtet handeln und selbstständig Aufgaben ausführen können – allein oder beim sogenannten Agent Mesh in Abstimmung mit anderen Agenten, Tools und transaktionalen Systemen. Sie kombinieren ver-

schiedene KI-Technologien, lassen sich modular orchestrieren und können auch komplexe Abläufe vollständig abbilden. So entstehen Systeme, die sich flexibel und skalierbar in unterschiedliche Prozesse einbinden lassen (siehe Tabelle 2).<sup>14, 15</sup>

<sup>13</sup> McKinsey (2024), [What is AI \(artificial intelligence\)?](#)

<sup>14</sup> McKinsey (2024), [Why agents are the next frontier of generative AI](#)

<sup>15</sup> McKinsey (2025), [Seizing the agentic AI advantage](#)

## Industriebeispiele



**Reise und Tourismus:** Expedia Group

**Herausforderung:** Kund:innen erwarten eine Echtzeitunterstützung rund um die Uhr, mehr Personalisierung und wollen Reiseinspirationen direkt in konkrete, buchbare Pläne überführen.

**Lösung:** Kundenanfragen werden automatisiert von KI-Service-Agenten bearbeitet, inklusive Inspiration, Buchung und Stornierung. Darüber hinaus können Kund:innen ein öffentliches Social-Media-Reel oder -Bild an ein Trip Matching AI Feature senden, das automatisch eine personalisierte Reiseroute erstellt, die anschließend direkt in Expedia buchbar ist.

**Impact:** Verdopplung der Kundenzufriedenheit ggü. traditionellem Telefonservice, 143 Mio. automatisierte Kundenkonversationen pro Jahr, 50% aller Anfragen autonom ohne telefonische Hilfe abgewickelt.<sup>16,17</sup>



**Versicherungen:** Lemonade

**Herausforderung:** Antragsstrecke und Schadenbearbeitung sind langwierig und ressourcenintensiv/manuell, Kund:innen erwarten jedoch sofortige Policenabschlüsse und eine schnelle, transparente Schadenregulierung.

**Lösung:** Nach dem Aufbau einer plattformweiten AI-Infrastruktur (Customer Cortex) bearbeiten die KI-Agenten „Maya“ für Kundengewinnung, Onboarding und Underwriting sowie „Al Jim“ für Schadenmanagement nun viele Kundenanfragen, z.B. erste Meldung, Betrugs- und Anspruchsprüfung, Priorisierung nach Dringlichkeit und Risiko sowie Bearbeitung einfacher Fälle inklusive automatischer Auszahlung.

**Impact:** 90% der Policen werden durch Bots abgeschlossen, 55% aller Schadenfälle im Q2 2025 vollständig ohne menschliches Eingreifen bearbeitet und die Bruttoschadenquote wurde um 12 Prozentpunkte gesenkt.<sup>18,19,20</sup>



**Versicherungen:** Ominimo Zrt. (mit Zurich Insurance Group AG)

**Herausforderung:** Risikobewertung ist ungenau und Schadenquoten sind hoch durch begrenzte Variablen in der Kfz-Versicherung.

**Lösung:** Selbstlernende Low-Code-KI-Agenten analysieren hunderte Datenpunkte für Pricing und Risikoselektion, z.B. Fahrzeuglänge, Gewicht, Verkehrsdichte.

**Impact:** Innerhalb eines Jahres wurden 300.000 Policen abgeschlossen (7% Marktanteil in Ungarn), Geschäft ist bei unterdurchschnittlichen Schadenquoten profitabel, Expansion in über zehn europäische Märkte ist geplant.<sup>21,22</sup>

## Wie kann die GKV davon profitieren?

KI-Agenten bieten für die GKV ein enormes Potenzial. Erste Anwendungsfälle in anderen Branchen zeigen, dass einige manuelle Prozesse sich zu 80 bis 100% automatisieren lassen. Die Einsatzmöglichkeiten erstrecken sich dabei auf alle Bereiche der GKV – von Kundenkommunikation über Kernprozesse wie Antragsbearbeitung, Genehmigung, Abrechnungsprüfung oder Fallsteuerung bis hin zu unterstützenden Funktionen wie HR, IT oder Finanzen.<sup>23, 24</sup>

Je nach Zielsetzung können KI-Agenten die Produktivität und Effizienz einer Kasse deutlich steigern, die Prozessqualität verbessern oder inno-

vative Services für Mitarbeitende und Versicherte ermöglichen. Die folgenden Beispiele zeigen konkrete Anwendungsfelder – bilden jedoch nur einen Teil des Gesamtpotenzials ab:

**Kundenservice.** KI-Agenten ermöglichen eine durchgängige, personalisierte Betreuung, auch in standardisierten, aber für Versicherte oft komplex wirkenden Prozessen. Ein Beispiel ist die Zuzahlungsbefreiung, bei der Versicherte bislang Belege sammeln, Formulare ausfüllen und auf Rückmeldung der Kasse warten mussten. KI-Agenten können diesen Ablauf deutlich vereinfachen, indem sie Versicherte proaktiv auf die Befreiungsmöglichkeit hinweisen, anhand interner

<sup>16</sup> Emilia David (2025), [Kayak and Expedia race to build AI travel agents that turn social posts into itineraries](#)

<sup>17</sup> Expedia (2025), [Expedia Group Sets the Standard with AI-Powered Service Agent](#)

<sup>18</sup> Muhammad Hassan (2025), [A Case Study of Agentic AI in Insurance Operations: Lemonade](#)

<sup>19</sup> Shai Wining (2025), [The Secret Behind Lemonade's Instant Insurance](#)

<sup>20</sup> devoteam (2023), [Generative AI in Insurance: Lemonade Case Study](#)

<sup>21</sup> Matthew Sellers (2025), [Zurich takes a stake in AI-powered insurer Ominimo to drive European expansion](#)

<sup>22</sup> Ingrid Lunden (2025), [AI insurtech Ominimo bags its first investment at a \\$220M valuation](#)

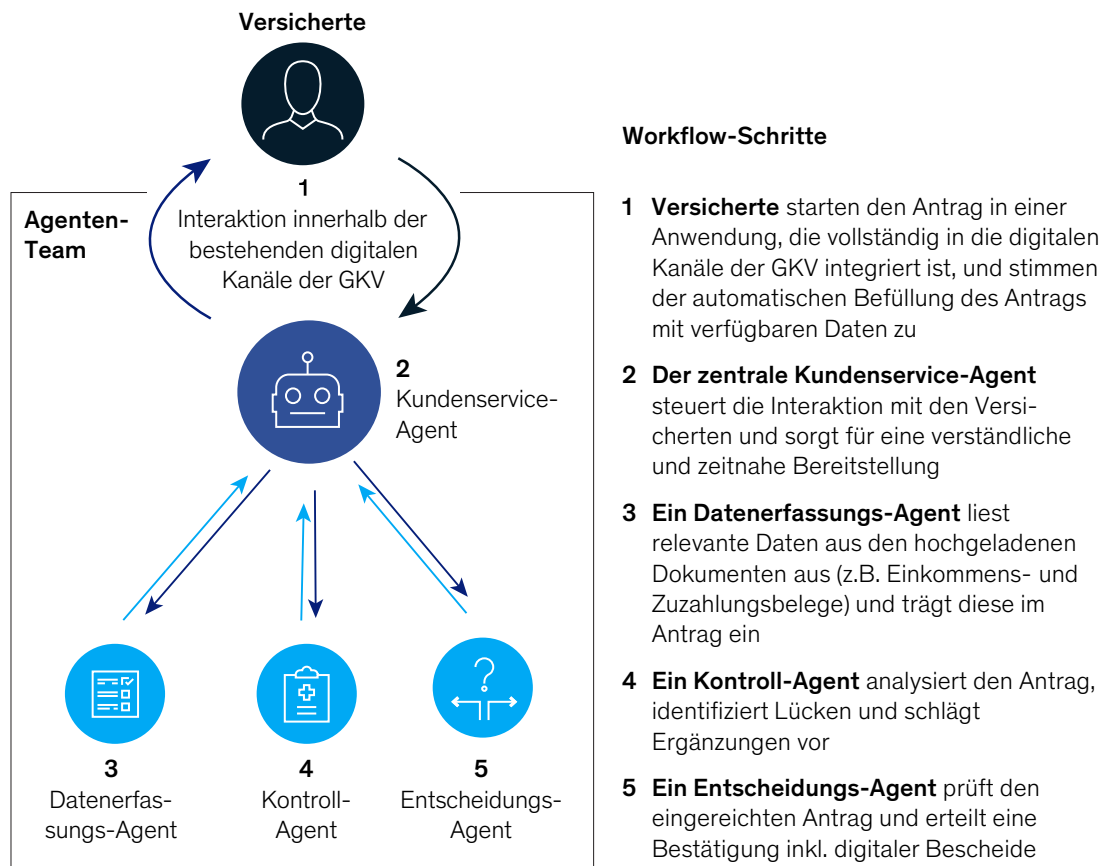
<sup>23</sup> McKinsey (2025), [Seizing the agentic AI advantage](#)

<sup>24</sup> McKinsey (2025), [What is an AI agent?](#)

## Beispiel GKV-Anwendungsfall – KI-Agenten unterstützen Wechsel von Versicherten in die Selbstständigkeit

Interaktion von Agenten im Multi-Agent-Flow

Aufgabe: Unterstützung beim Wechsel in die Selbstständigkeit



### Agenten-Tools

**APIs**, um Verbindung mit Datenbanken und anderen APIs zu schaffen

**Natürliche Sprachfunktionen**, um mit Nutzenden zu sprechen

**Kontextwissen**, um in den Tools von Anbietern zu navigieren, Fehler zu identifizieren, Dringlichkeit und bevorzugte Zeitpunkte zu erkennen etc.

**Anrufbot**, um automatisierte Telefonanrufe zu tätigen

Abrechnungsdaten automatisch prüfen, ob die Belastungsgrenze erreicht ist, fehlende Nachweise per KI-gestützter Belegerkennung ergänzen und alle Schritte nachvollziehbar begleiten. So werden Versicherte während des gesamten Prozesses individuell unterstützt – ohne sich selbst intensiv mit den Details der Regelungen auseinandersetzen zu müssen. Mehrere spezialisierte Agenten arbeiten dabei in einem Agent Mesh zusammen: vom Datenabgleich über die Dokumentenerfassung bis hin zur Kommunikation der Entscheidung. Ein Kundenservice-Agent steuert die Interaktion mit den Versicherten und sorgt dafür,

dass Informationen verständlich und zeitnah bereitgestellt werden (Abbildung A3.1).

**Sachbearbeitung.** Ein weiterer bedeutender Anwendungsbereich ist die Bearbeitung von Leistungsanträgen, etwa beim Mutterschaftsgeld. Ein KI-Agent kann, sofern eine Schwangerschaft und der errechnete Geburtstermin bekannt sind, z.B. automatisch die Schwangere anschreiben und sie bezüglich der Beantragung sowie Auszahlung von Mutterschaftsgeld beraten. Außerdem kann er sie durch den Antragsprozess begleiten und im Hintergrund weitere Agenten koordinieren. Diese prüfen wiederum Dokumente sowie Anspruch und

veranlassen die Auszahlung. Das entlastet nicht nur die Mitarbeitenden, sondern verbessert auch die Servicequalität der Kasse durch schnellere Bearbeitung, höhere Transparenz dank agenten-basierter Statusupdates für Versicherte sowie eine geringere Fehlerquote. Der KI-Agent kann den Prozess aber auch an Mitarbeitende übergeben, um die Versicherten in wichtigen Momenten noch persönlicher zu beraten. Dies ermöglicht zugleich die gezielte Nutzung von Vertriebspotenzialen, insbesondere in Zeiten großer Veränderungen im Leben der Versicherten. Entscheidend ist, dass menschliches Eingreifen dort erfolgt, wo es für rechtlich und ethisch einwandfreies Handeln erforderlich ist.

**Interne Prozesse.** Neben geschäftsbezogenen Prozessen bieten KI-Agenten auch Unterstützung in anderen internen Bereichen. Ein Beispiel ist die Optimierung der Poststelle. KI-Agenten können eingehende Dokumente und Anfragen automatisch erfassen, relevante Daten extrahieren und die Inhalte klassifizieren, um sie den zuständigen Abteilungen oder Prozessen zuzuordnen. Sie ermitteln Fristen, prüfen die Vollständigkeit der Unterlagen und leiten bei fehlenden Informationen automatisch Rückfragen ein. Das beschleunigt den Bearbeitungsprozess erheblich, reduziert die Fehlerquote und sichert die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben. Gleichzeitig werden die Mitarbeitenden entlastet, die sich dann auf komplexere Aufgaben konzentrieren können.

Diese Beispiele verdeutlichen die vielfältigen Einsatzmöglichkeiten von KI-Agenten in den unterschiedlichsten GKV-Prozessen. Daraus ergeben sich wichtige Fragen: Welche technischen Anforderungen sind zu erfüllen? Wie lassen sich KI-Agenten effizient nutzen? Welche Prozessanpassungen sind notwendig? Die folgenden Kapitel greifen diese Fragen auf und erläutern Erfolgsfaktoren für den wertstiftenden Einsatz von KI-Agenten in der GKV.

## **Welche technischen Grundlagen sind nötig?**

KI-Agenten in der GKV haben das Potenzial, nicht nur Einzelschritte zu automatisieren, sondern ganze Prozesse über Fachbereiche und Systeme hinweg. Eine effiziente und skalierbare Umsetzung erfordert jedoch eine Zielarchitektur, die modular, zentral steuer- und überwachbar, erweiterbar sowie sicher und „compliant“ ist, also den gesetzlichen, regulatorischen und unternehmensinternen Vorgaben entspricht. Verschiedene Bausteine bilden die Grundlage für eine solche Architektur (Abbildung A3.2).

## **KI-Modelle – „Intelligenz“ der Agenten**

Unterschiedliche KI-Modelle bilden die Grundlage für die Fähigkeiten von KI-Agenten und ermöglichen ihnen, Sprache, Dokumente und Entscheidungen zu verarbeiten. Dazu gehören:

**1. Sprachmodelle (Large Language Models, LLM),** die natürliche Sprache generieren und interpretieren, etwa für die Kundenkommunikation

**2. Pipelines für die Dokumentenverarbeitung,** die mit OCR (Optical Character Recognition), Klassifikation und Datenextraktion eingereichte Unterlagen strukturiert auswerten

**3. Entscheidungsmodelle,** die komplexe GKV-spezifische Regeln prüfen, z.B. Leistungsansprüche, Fristen oder Richtlinien

**4. Tool-Calling-Komponenten,** mit denen Agenten Aktionen auslösen können, z.B. in Fachsystemen oder zur Eskalation an Mitarbeitende.

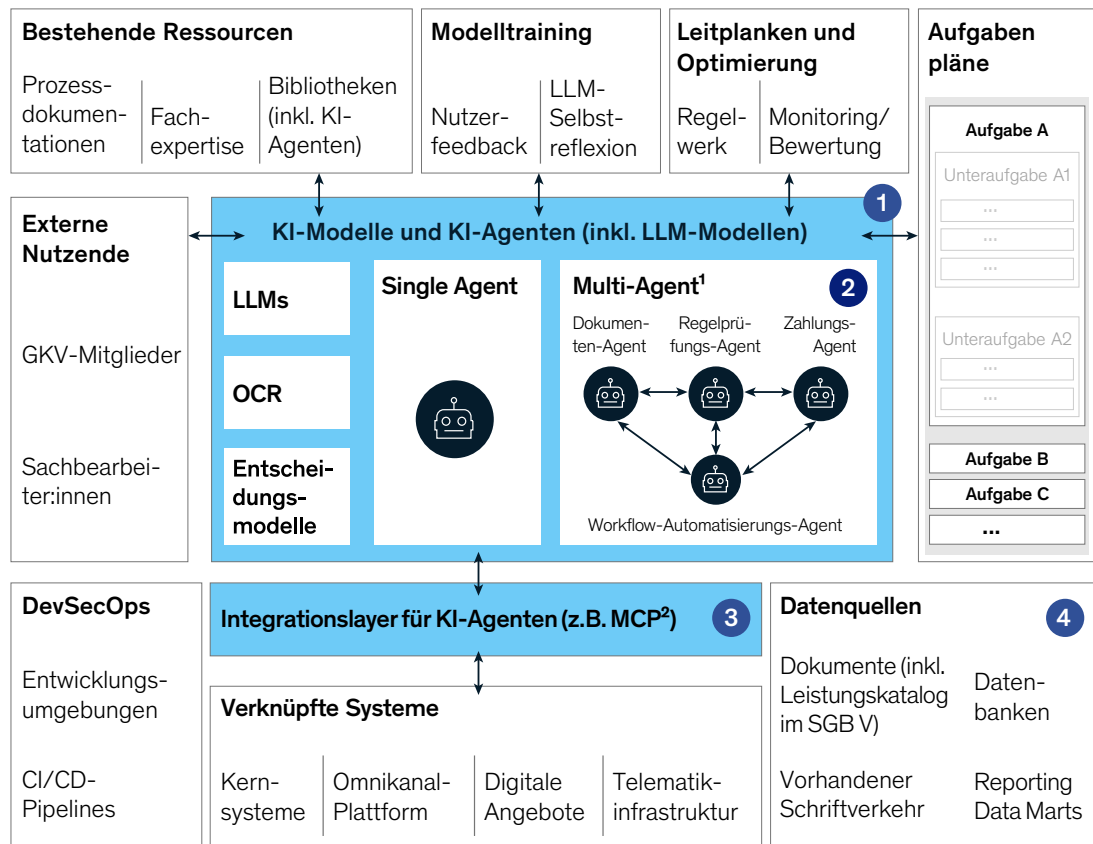
Diese Modelle müssen modular aufgebaut, versionierbar und wiederverwendbar sein sowie entsprechend ihrer Schutzklasse sicher betrieben werden können – sowohl in der Cloud als auch auf lokalen Servern. Weitere Anforderungen sind die Auditierbarkeit, ein Rollen- und Rechtemanagement sowie ein Monitoring, etwa durch Confidence Scores, um einen sicheren und effizienten Einsatz zu gewährleisten.

## **Orchestrierung – Zusammenspiel unterschiedlicher Agenten**

Das Zusammenspiel der einzelnen Agenten und ihrer Funktionen, gesteuert durch Regeln, Ereignisse und Zielzustände, muss effizient orchestriert werden. Die technische Grundlage hierfür bildet eine sogenannte Agent Runtime. Diese umfasst eine Workflow-Engine, die auf Ereignissen oder Regeln basiert und dazu dient, Zustände, Prozessabläufe und Ausnahmebehandlungen zu steuern – insbesondere bei parallelen Prozessen. In komplexeren Szenarien, bei denen mehrere KI-Agenten involviert sind, kommt ein Agent Mesh zum Einsatz. Ein Orchestrierungs-Agent steuert dabei einen Verbund von spezialisierten Agenten. Er sorgt dafür, dass die Agenten zur richtigen Zeit aktiv werden, die notwendigen Informationen erhalten, Rückmeldungen verarbeiten und synchronisiert auf ein gemeinsames Ziel hinarbeiten. In der GKV ist diese Orchestrierung besonders relevant, da Prozesse selten linear ablaufen, sondern dynamisch an den Einzelfall anzupassen sind. Der orchestrierende KI-Agent kann hier z.B. entscheiden, ob ein Leistungsantrag direkt bearbeitet, zur Nachforderung zurückgestellt oder an die Sachbearbeitung weitergeleitet wird.

## Technische Grundlagen – KI-Agenten-System kombiniert Kernbausteine in einer skalierbaren Architektur

Beispielhafter Aufbau und Anbindungen eines KI-Agenten-Systems



### Kernbausteine

- 1 KI-Modelle und KI-Agenten** werden in einer zentralen Plattform gebündelt und flexibel für Aufgaben eingesetzt
- 2 Orchestrierung** erfolgt über ein Agent Mesh, das mehrere Agenten dynamisch steuert und aufeinander abstimmt
- 3 Integrationen** mit Kernsystemen erfolgen über APIs und MCP, wodurch Agenten direkt in bestehende Prozesse eingreifen können
- 4 Datenquellen** werden von Agenten automatisiert, kontextbezogen und in Echtzeit angebunden und genutzt

<sup>1</sup> Beispielhafte Konfiguration eines Multi-Agenten-Setups mit verschiedenen spezialisierten Agenten und einer Koordinationsrolle  
<sup>2</sup> MCP: Model Context Protocol

### Integration – Anbindung an die GKV-Systeme

Für eine reibungslose Prozessautomatisierung müssen KI-Agenten eng in die bestehende Systemlandschaft einer GKV integriert sein. Eine Integrationsschicht ermöglicht dabei den flexiblen Zugriff auf Fachanwendungen, Kernsysteme und Datenbanken. Dies erfolgt in der Regel über standardisierte Schnittstellen (APIs), kann aber auch über spezielle Verfahren wie das Model Context Protocol (MCP) für KI-Agenten realisiert werden.

Über diese Integrationsschicht rufen Agenten Informationen aus Kernsystemen ab oder lösen direkt Transaktionen und Prozesse aus. Wichtig ist, die Agenten modular und unabhängig voneinander zu gestalten, damit sie wiederverwendbar und skalierbar sind. So können sie etwa als Bausteine eingesetzt werden für Dokumentenprüfung, Kommunikation oder Validierung in der gesamten Organisation. Die Integrationslogik umfasst zudem essenzielle Funktionen wie Log-

## Umsetzung von KI-Agenten – 4 Faktoren sind entscheidend

Beispielhafter Aufbau und Anbindung eines KI-Agenten-Systems

### Strategie



#### Strategische Roadmap für die Skalierung von KI-Agenten in der GKV

Priorisierung von Anwendungsfällen nach Wertbeitrag und Umsetzbarkeit, z.B. Fokus auf Kundenberatung in speziellen Situationen, oder Sachbearbeitung von Leistungsanträgen wie beim Mutterschaftsgeld

Strategie zur Integration von KI-Agenten in die Geschäftsbereiche der Krankenkasse für eine E2E-Optimierung von Prozessen

### Technologie und Systemintegration



#### Aufbau von Grundlagen anhand von Technologie-Stack, Integration in bestehende Systeme

Klare Agentendefinition und modulare, vernetzte Architektur inkl. Integrations-Layer (z.B. über MCP oder API-Integrationen)

Flexible Basis für diverse Anwendungsfälle und skalierbare Systeme

Sicherstellung von Datenverfügbarkeit, Rechenleistung und Plattforminfrastruktur

### Organisation und Governance



#### Anpassung der Prozesse und Strukturen

Zusammenstellung funktionsübergreifender Teams zur Entwicklung von KI-Agenten

Einhaltung von Richtlinien (z.B. DSGVO) und Risikomanagement-Prozessen inkl. Beaufsichtigung der KI-Agenten

Definition der Rollen und Verantwortlichkeiten von KI-Agenten in der Zusammenarbeit mit Mitarbeitenden

### Change-Management



#### Entwicklung von Change-Management und Befähigungskonzepten

Erarbeitung eines Konzepts für Kommunikation der Veränderungen für Mitarbeitende inkl. Change-Story

Einführung in die Zusammenarbeit mit KI-Agenten anhand verschiedener Rollenprofile

Befähigung der Mitarbeitenden für die KI-Nutzung und den Umgang mit Risiken sowie die Weiterentwicklung und Optimierung von KI-Agenten

ging, Fehlerbehandlung und Zugriffssteuerung – insbesondere bei der Verarbeitung sensibler Daten und bei systemkritischen Aktionen.

#### Datenquellen – Grundlage für Kontext und Training

KI-Agenten benötigen Zugriff auf relevante, aktuelle und kontextbezogene Daten, um fundierte Entscheidungen treffen zu können. Dafür ist eine leistungsfähige Dateninfrastruktur unverzichtbar. In der GKV müssen strukturierte Datenquellen

wie Kernsysteme, Datenbanken und Data Lakes angebunden werden, die z.B. Versichertendaten, Leistungsanträge und Abrechnungsinformationen enthalten, aber auch unstrukturierte Wissensbestände wie Richtlinien, Verträge und Leitfäden. Mithilfe moderner Technologien wie Retrieval Augmented Generation (RAG), semantischer Suche oder Embedding-basierter Vektordatenbanken können Agenten Informationen abrufen und in ihre Entscheidungen einfließen lassen. Dabei werden sowohl statische Daten für das Training als auch

dynamische Daten für den Laufzeitkontext genutzt, die kontinuierlich aktualisiert und bereitgestellt werden müssen.

Typische Herausforderungen in der GKV sind der Zugriff auf Daten in Kernsystemen sowie die Zugriffssteuerung, insbesondere aufgrund des hohen Schutzbedarfs sensibler, gesundheitsbezogener Daten.

## **Agents at Scale – was ist dafür erforderlich?**

Die Entwicklung von KI über GenAI hin zu KI-Agenten und Agent Mesh schreitet so schnell voran, dass viele GKVen noch an der Umsetzung erster KI- und GenAI-Anwendungsfälle arbeiten – ohne diese bereits in großem Maßstab einzusetzen. Dennoch ist es entscheidend, sich schon jetzt mit KI-Agenten zu befassen. Denn diese verändern nicht nur die Anforderungen an die Systemarchitektur, sondern eröffnen auch die Möglichkeit, Prozesse grundlegend neu zu gestalten und zu automatisieren. Um diese Potenziale zu nutzen, braucht es neben den technischen Voraussetzungen (s.o.) auch ein strategisches Zielbild, das einen ganzheitlichen Ansatz verfolgt – von der Strategie über die Organisation bis hin zum Change-Management (Abbildung 3).

### **Strategie**

Eine erfolgreiche Transformation hin zu KI-Agenten beginnt mit der Entwicklung einer klaren Strategie, die auf die bestehenden Organisations- und IT-Strategien abgestimmt ist. Dabei sollten die Verantwortlichen relevante Anwendungsfälle identifizieren und priorisieren – basierend auf ihrem Nutzen, ihrer Umsetzbarkeit und Synergien zwischen den Prozessen. Ziel ist es, KI-Agenten so zu gestalten, dass sie nicht nur spezifische Aufgaben lösen, sondern auch flexibel in verschiedenen Bereichen wiederverwendbar eingesetzt werden können.

Zu Beginn konzentrieren sich die Anwendungsfälle meist auf häufig benötigte Prozessschritte, um eine solide Grundlage für die spätere Skalierung zu schaffen. In der GKV gehören dazu oft die Automatisierung der Kundenberatung in speziellen Situationen oder die Bearbeitung von Leistungsanträgen, etwa beim Mutterschaftsgeld.

Auf Basis der priorisierten Anwendungsfälle wird schließlich eine strategische Transformationsroadmap entwickelt. Diese definiert die Anforderungen an Technologie, Organisation, Governance und Change-Management.

### **Technologie**

Die Einführung von KI-Agenten erfordert eine klar definierte technische Zielarchitektur, die auf den priorisierten Anwendungsfällen und deren spezifischen Anforderungen basiert. Dabei stehen insbesondere die Skalierbarkeit und Wiederverwendbarkeit von Agenten und GenAI-Modulen im Mittelpunkt. Ein Beispiel hierfür ist die Dokumentenerkennung: Diese Funktion wird nicht nur für die Bearbeitung von Zuzahlungen benötigt, sondern kann auch in anderen Prozessen wie der Abwicklung von Fahrtkosten eingesetzt werden.

Aus den Anwendungsfällen lassen sich zudem die notwendigen Integrationen (s.o.), die Infrastruktur sowie die Agent Runtime ableiten, z.B. cloud-basiert oder auf lokalen Servern, je nach den geltenden Datenschutzanforderungen. Die Technologieroadmap ist dabei stets eng mit der strategischen Roadmap abzustimmen, um sicherzustellen, dass die Anforderungen der Anwendungsfälle in der richtigen Reihenfolge umgesetzt werden.

### **Organisation und Governance**

Krankenkassen benötigen ein klar definiertes Organisationsmodell und eine passende Governance-Struktur, um das Potenzial von KI-Agenten voll auszuschöpfen. Das zukünftige Modell verbindet deshalb die KI-Agenten nahtlos mit funktionsübergreifenden Teams – bestehend aus KI- und Fachexpert:innen sowie Software-Entwickler:innen und Data Scientists. Dabei übernehmen KI-Agenten zunehmend manuelle, repetitive Aufgaben und ermöglichen so schnellere, präzisere und skalierbare Ergebnisse. Die Rolle der Mitarbeitenden wird sich stärker auf Steuerung, Governance und Beziehungsmanagement konzentrieren, damit Aspekte wie Ethik und Vertrauenswürdigkeit weiterhin im Mittelpunkt stehen. Dafür müssen die Unternehmensführungen der Kassen ihre Zusammenarbeitsmodelle neu denken, insbesondere im Hinblick auf die optimale Gestaltung des Zusammenspiels zwischen Menschen und KI.

Auch die Governance-Strukturen sind im Zuge der Transformation weiterzuentwickeln. Da KI-Agenten teilweise autonom handeln, Aufgaben ausführen und mit anderen Systemen interagieren, entstehen neue Systemrisiken, die identifiziert und aktiv gemanagt werden müssen. Ein entsprechendes Framework sollte festlegen, welche Aufgaben und Entscheidungen KI-Agenten eigenständig übernehmen dürfen – stets unter Berücksichtigung der DSGVO-konformen Datenverarbeitung. Gleichzeitig ist die Zusammenarbeit zwischen KI-Agenten und Mitarbeitenden klar zu regeln.

## Change-Management

Die Einführung von KI-Agenten bringt nicht nur eine Neugestaltung der Rollenprofile mit sich. Auch Kompetenzen, Verantwortlichkeiten und Karrierewege verändern sich erheblich, da die Agenten eigenständig Entscheidungen treffen und eng mit den Teams zusammenarbeiten sollen. Dabei ist es entscheidend, die Mitarbeitenden frühzeitig und aktiv in den Transformationsprozess einzubinden und ein geeignetes Change-Management zu entwickeln. Denn besonders die Übergabe von Entscheidungskompetenzen an KI-Agenten stellt oft eine Herausforderung dar.

Um Akzeptanz und Vertrauen zu fördern, sollten Führungskräfte die Vorteile und die Funktionsweise der KI-Agenten transparent machen – durch eine geeignete Kommunikation, die gezielte Weiter-

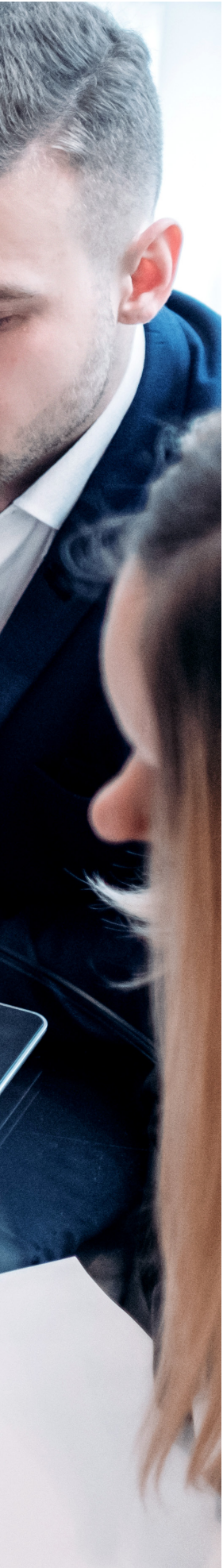
entwicklung von Fähigkeiten und eine Unternehmenskultur, die Mensch und KI als gleichwertige Partner begreift. Erste Berührungspunkte, etwa in Pilotphasen, helfen dabei, mögliche Ängste der Mitarbeitenden abzubauen. Gleichzeitig ist es essenziell, die Angestellten zu befähigen, effektiv mit den Agenten zusammenzuarbeiten. So sollten sie z.B. den Umgang mit „Prompts“ (Anweisungen für LLM-Modelle) erlernen, um die Agenten optimal zu steuern.

Es empfiehlt sich, diese Maßnahmen in einer Change-Management-Roadmap zu bündeln und zu planen, um die Transformation ganzheitlich zu unterstützen und eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Menschen und KI-Agenten sicherzustellen.



Angesichts des Fachkräftemangels und des demografischen Wandels in Deutschland steigt der Druck auf die GKV, ihre Kosten zu senken. Insbesondere der absehbare Personalrückgang durch Renteneintritte und fehlenden Nachwuchs stellt die Kassen vor strukturelle Engpässe, die sie durch den gezielten Einsatz von Technologie auffangen können. Gerade KI-Agenten bieten ein enormes Potenzial, um Prozesse effizienter zu gestalten, die Kundenbetreuung zu optimieren und die Qualität nachhaltig zu verbessern. Der Schlüssel zum Erfolg liegt dabei in einer klaren KI-Strategie und einem strukturierten, ganzheitlichen Ansatz.





# Aktuelle Entwicklungen im GKV-Markt

Wie in jedem Jahr befassen wir uns auf den folgenden Seiten – 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 sowie die BKKen und IKKen. Erkenntnisse zur Knappschaft, bei der es sich um eine Einzelkasse handelt, werden nicht gesondert dargestellt.

Zwei Bereiche stehen im Mittelpunkt:

**Unterkapitel B1. 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 Versichertenzahlen und -strukturen?

**Unterkapitel B2 – 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 Versichertenzuwachs mit der Höhe des Zusatzbeitrags?

Als Datenbasis dienen öffentlich zugängliche Informationen, z.B. die Versicherten- und Mitgliederstatistiken 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 noch immer in einer vergleichsweise stabilen Phase. Konsolidierungsaktivitäten konzentrieren sich weiterhin auf die BKKen, die zugleich überdurchschnittliche Wachstumsraten bei den Versichertenzahlen aufweisen, während die IKKen Versicherte verlieren. Die AOK-Gemeinschaft und der vdek decken als annähernd paritätische Marktführer nach Versichertenzahlen zusammen rund 75% des Marktes ab. Die GKV verfügt gegenüber der PKV über einen stabilen Marktanteil von rund 88%. Der Anteil an GKV-Versicherten mit privater Zusatzversicherung wächst jedoch seit 2018 mit 3 bis 4% pro Jahr wieder stärker. Zwischen den Kassenarten gleicht sich die Versichertenstruktur nach Altersgruppen weiter an. Der prozentuale Anteil von Versicherten, die 50 Jahre oder älter sind, schwankt zwischen den Kassenarten um 4 Prozentpunkte; der vdek und die IKK weisen mit jeweils 46% den größten Anteil dieser Altersgruppe auf.

Die Zusatzbeiträge haben sich zuletzt deutlich erhöht. Seit Ende 2023 kommt es nach einer Phase stabiler Zusatzbeiträge wieder vermehrt zu Erhöhungen. Versicherte haben seitdem im Schnitt drei bis vier Erhöhungen erhalten. In der Vergangenheit (2016/17) gingen höhere Zusatzbeiträge tendenziell mit einer Abwanderung von Versicherten und in der Regel auch einer Steigerung der Morbidität einher. Zuletzt (2020/21) ist dieser Effekt abgeflacht, auch durch stabilere Zusatzbeiträge und damit geringere Wechselanreize. Die erneut steigenden Zusatzbeiträge vergrößern

die Beitragsunterschiede zwischen den Kassen und erhöhen damit die Wechselbereitschaft der Versicherten.

## Entwicklung der Kassenergebnisse

Alle GKV-Kassenarten verzeichnen im Jahr 2024 ein deutlich schlechteres KJ1-Ergebnis als im Vorjahr – der GKV-Schnitt ist deutlich negativ. Der durchschnittliche Fehlbetrag liegt 2024 bei rund -88 EUR je Versicherte:n. Die Leistungsausgaben, einer der Kerntreiber des KJ1-Ergebnisses, steigen weiterhin dynamisch und erhöhen sich zwischen 2022 und 2024 bei allen Kassenarten um über 5% pro Jahr, im GKV-Schnitt um rund 6,1% pro Jahr.

Besonders stark ist der Anstieg zwischen 2022 und 2024 bei der häuslichen Krankenpflege mit 11,8% pro Jahr und bei Heilmitteln mit 9,6% pro Jahr. Dieser Anstieg ist bedingt durch die Erhöhung der Löhne für Pflegekräfte (Pflicht der Kassen zur Refinanzierung), höhere Vergütungssätze sowie die allgemeine Teuerungsrate. Die Leistungsausgaben für Krankenhausbehandlungen bleiben der größte Kostenblock und machen etwa ein Drittel der Leistungsausgaben je Versicherte:n aus. Sie sind mit 7,1% pro Jahr zwischen 2022 und 2024 stärker gewachsen als der Durchschnitt aller Leistungsausgaben von 6,1% pro Jahr. Die Leistungsausgaben sinken in keinem der erhobenen Bereiche. Bei den morbiditätsadjustierten Ausgaben zeigen sich 2024 wieder deutliche Abweichungen zwischen den Kassenarten. Die AOK-Gemeinschaft und der vdek liegen -58 EUR

bzw. -18 EUR je Versicherte:n unter ihrem Erwartungswert. Die BKKen und die IKKen liegen +20 EUR bzw. +37 EUR je Versicherte:n darüber.

Die Verwaltungskosten steigen zwischen 2022 und 2024 jährlich um 0,8%. Ihr Anteil an den Gesamtausgaben ist aufgrund des stärkeren Anstiegs der Leistungskosten allerdings weiter gesunken. Ein direkter Vergleich der Verwaltungskosten der verschiedenen Kassenarten wird erschwert, da diese auch von spezifischen Faktoren und Strategien der einzelnen Kassenarten beeinflusst werden, z.B. von der Flächenpräsenz. Ausgehend von den aufgrund des Morbiditätsindex erwarteten Kosten zeigt sich jedoch, dass die AOK-Gemeinschaft und die IKKen 2024 mit +8 EUR bzw. +10 EUR je Versicherte:n über ihren erwarteten Verwaltungskosten liegen. Die BKKen mit -2 EUR und der vdek mit -29 EUR je Versicherte:n liegen hingegen unter ihren Erwartungswerten.

### **Altersstruktur und Niveau der Leistungsausgaben**

Die Altersstruktur der Kassen verändert sich zwischen 2024 und 2025 nur leicht. Der prozentuale Anteil der Altersgruppe „50 Jahre und älter“ ist beim vdek und den IKKen am höchsten mit jeweils 46% und bei der AOK-Gemeinschaft mit 42% am niedrigsten. Bei einer Betrachtung ab 2015 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 mit 38% den höchsten Anteil auf. Gleichzeitig hat sie den geringsten Anteil an älteren Versicherten. Diese Altersstruktur schlägt sich in den Leistungsausgaben nieder: Hier liegt die AOK-Gemeinschaft mit 5,4% pro Jahr als einzige Kassenart unter der durchschnittlichen Leistungsausgabensteigerung der GKV von 6,1% pro Jahr.

Die Veränderungen in der Altersstruktur spiegeln sich auch 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 endgültigen Ergebnisse der GKV für das Jahr 2025 liegen zum Zeitpunkt dieser Veröffentlichung noch nicht vor und werden für Juni 2026 erwartet. In ihren vorläufigen Finanzergebnissen weisen die GKVen einen Überschuss von rund 3,5 Mrd. EUR aus. Dieser dient jedoch vorrangig der Auffüllung der Finanzreserven auf das gesetzliche Mindestniveau. Die Ausgaben für Leistungen und Verwaltung steigen dabei mit 7,8% pro Jahr deutlich schneller als die Beitragseinnahmen mit 5,3% pro Jahr.

Der Gesundheitsfonds verzeichnet im Jahr 2026 ein Defizit in Höhe von 0,6 Mrd. EUR. Die Liquiditätsreserve zum 15. Januar 2026 beträgt rund 7,1 Mrd. EUR.

# ~6,1%

jährlich steigen die Leistungsausgaben der GKV zwischen 2024 und 2025



# Wettbewerbstrends

# B1

Die Entwicklung der GKV seit 2015 unterliegt – neben den demografischen Veränderungen, die alle Kassen betreffen – im Wesentlichen vier Trends:

**Die Marktanteile von GKV und PKV bleiben stabil.** Während der Marktanteil der GKV gegenüber der PKV seit etwa zwanzig Jahren stabil bei rund 88% liegt, nimmt der Anteil an privaten Zusatzversicherungen kontinuierlich zu. Nach einem jährlichen Wachstum von 8% zwischen 2005 und 2009 war das Wachstum von 2013 bis 2018 zwar auf rund 2% pro Jahr gesunken, seit 2021 ist es jedoch wieder auf 4% pro Jahr gestiegen. Inzwischen verfügen ca. 31% aller GKV-Versicherten über eine private Zusatzversicherung. Darin zeigt sich deren erhöhtes Bedürfnis nach Gesundheitsabsicherung, das in den vergangenen Jahren wieder leicht zugenommen hat (siehe Schaubild B1.1).

**Die Anzahl der Kassen bleibt stabil.** Eine längere Phase mit zahlreichen Fusionen infolge der Gesundheitsreform 2007 ist einer gewissen Stabilität gewichen: Seit 2016 sinkt die Anzahl der Kassen leicht, aber kontinuierlich. Dabei sinkt nur die Anzahl der BKKen – zwischen 2016 und 2026 von 93 auf 68 – durch Konsolidierungen zum Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit. Angesichts kontinuierlich steigender Verwaltungskosten und des damit einhergehenden Kostendrucks sind weitere Fusionen denkbar (siehe Schaubild B1.2).

**Der Wettbewerbsdruck unter den Kassen steigt weiter, jetzt auch aufgrund von Anhebungen der Zusatzbeiträge.** Der vdek und die AOK-Gemeinschaft verfügen seit 2021 über einen gemeinsamen Marktanteil nach Versicherten von über 75%. Die Versichertenentwicklung der IKKen ist weiterhin negativ, während die BKKen eine Trendumkehr gegenüber 2016 bis 2021 realisieren und seit 2021 deutlich über dem GKV-Durchschnitt wachsen. Diese Zuwächse spiegeln jedoch lediglich die Wechsel zwischen den Kassenarten wider. Die tatsächlichen Zuwächse dürften größer ausfallen, wenn ein Wechsel innerhalb der Kassenarten berücksichtigt wird. Insgesamt erhöht sich der Wettbewerbsdruck zwischen den Kassenarten also weiter.

Die relative Entwicklung der Versichertenzahlen seit 2016 unterstreicht diesen Trend: Die AOK-Gemeinschaft und der vdek konnten zwischen 2016 und 2021 noch deutlich über dem GKV-Schnitt wachsen – mit je +1,9% pro Jahr bzw. +1,0% gegenüber dem GKV-Durchschnitt von +0,7% pro Jahr. Seit 2021 hat sich das Wachstum der AOK-Gemeinschaft von +0,3% und des vdek von +0,6% jährlich an den GKV-Schnitt von +0,4% pro Jahr weitestgehend angepasst. Die BKKen erlitten zwischen

2016 und 2021 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. Zwischen 2021 und 2026 verzeichnen sie jedoch ein Plus von 1% pro Jahr. Bei den IKKen hat sich der Rückgang der Versichertenzahlen zwischen 2016 und 2021 zunächst abgeschwächt und lag in diesem Zeitraum bei durchschnittlich -1,3% pro Jahr. Zwischen 2021 und 2026 beträgt die durchschnittliche relative Versichertenentwicklung -0,7% pro Jahr (siehe Schaubilder B1.3 und B1.4). Während die Höhe des Zusatzbeitrags grundsätzlich mit Versichertenzuwächsen bzw. -abwanderungen einhergeht, haben die bis Ende 2023 eher stabilen Zusatzbeiträge diesen Wechselanreiz reduziert. Doch die vermehrten unterjährig Erhöhungen in 2024 und die flächendeckenden Erhöhungen seit 2025 führen nun zu einer wachsenden Spreizung der Zusatzbeiträge, womit auch wieder der Anreiz zu Wechseln größer wird und die Konkurrenz unter den Krankenkassen steigt. Weitere Analysen führen wir dazu in Kapitel B.2 auf.

**Die Versichertenstrukturen ähneln sich zunehmend.** Wenngleich zwischen den Kassenarten noch Unterschiede in der Versichertenstruktur bestehen, haben sich diese in den vergangenen Jahren doch stark angeglichen. Der prozentuale Anteil von Versicherten ab 50 Jahren ist bei allen Kassenarten mit Ausnahme der AOK-Gemeinschaft aufgrund der demografischen Entwicklung im Vergleich zu 2015 gestiegen – allerdings unterschiedlich stark je Kasse. Deshalb ist der Anteil älterer Versicherter (50 Jahre und älter) mittlerweile zwischen allen Kassenarten eher ausgeglichen und liegt bei 42 bis 46%. Die AOK-Gemeinschaft hat mit rund 42% weiterhin den geringsten Anteil an Versicherten ab 50 Jahren. Der vdek und die IKKen weisen 2025 mit rund 46% den höchsten Anteil dieser Altersgruppe auf (siehe Schaubilder B1.5 bis B1.7). Auch die Geschlechterverteilung gleicht sich weiter an. Im GKV-Schnitt 2025 liegt der Frauenanteil bei 51,7%, wovon der vdek mit +2,1 und die IKKen mit -3,1 Prozentpunkten am meisten abweichen – das entspricht einer Spanne von rund 5 Prozentpunkten. Zwischen 2024 und 2025 ist die Spanne erneut etwas kleiner geworden; 1995 lag sie zwischen dem vdek und den IKKen noch bei etwa 20 Prozentpunkten (siehe Schaubilder B1.8 bis B1.12). Diese Entwicklung ist sehr wahrscheinlich auf die Öffnung der GKVen zurückzuführen. So sind z.B. die IKKen heute nicht mehr auf bestimmte Berufszweige beschränkt, die teilweise von einem Geschlecht dominiert werden.

Betrachtet man die Versichertenstruktur anhand der Versichertensegmente, fällt auf, dass sich trotz der Annäherung der Versichertenstruktur zwischen den Kassenarten auf dieser Ebene weiterhin Unterschiede zeigen. So versichert der vdek im Vergleich zum GKV-Schnitt leicht überdurchschnittlich viele Rentner:innen (+1 Prozentpunkt), während die AOK-Gemeinschaft einen leicht überdurchschnittlich hohen Anteil an Arbeitslosen (+2 Prozentpunkte) und mitversicherten Familienangehörigen (+2 Prozentpunkte) aufweist. Die

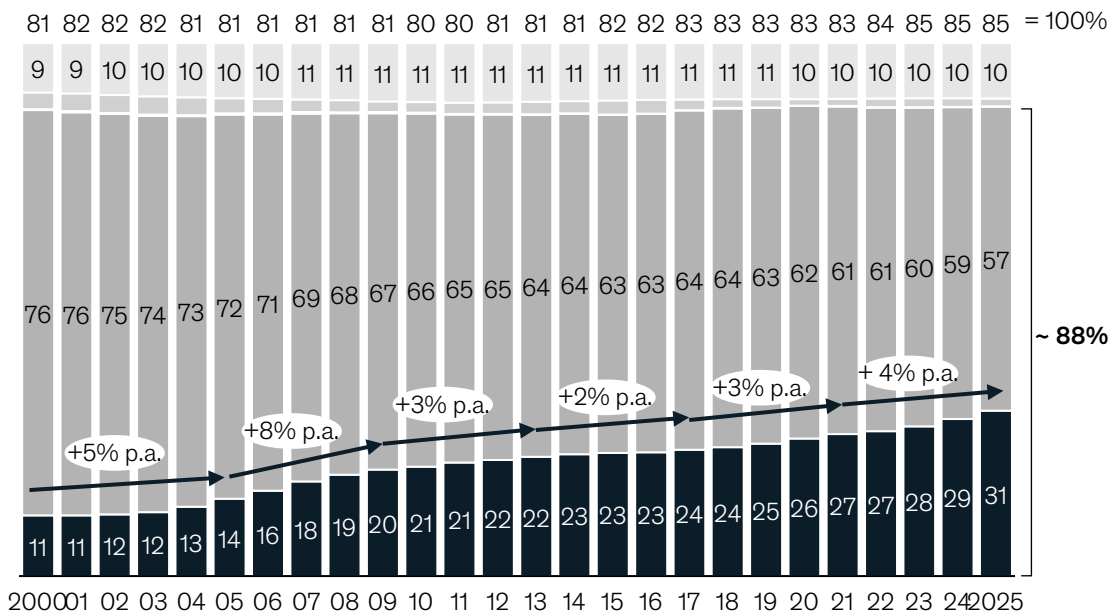
BKKen hingegen verzeichnen einen überproportional hohen Anteil an Versicherten aus der Kategorie „Sonstige Mitglieder“ (+4 Prozentpunkte), die insbesondere Arbeitnehmer:innen umfasst. Diese Unterschiede in der Versichertenstruktur spiegeln die historisch gewachsenen Zielgruppen der jeweiligen Kassenarten wider und beeinflussen sowohl die Einnahmen- als auch die Ausgabenstruktur der Kassen (siehe Schaubilder B1.13 und B1.14).

Schaubild B1.1

### Der GKV-Marktanteil liegt seit 2018 stabil bei rund 88%, während der Anteil GKV-Versicherter mit privater Zusatzversicherung weiterhin steigt

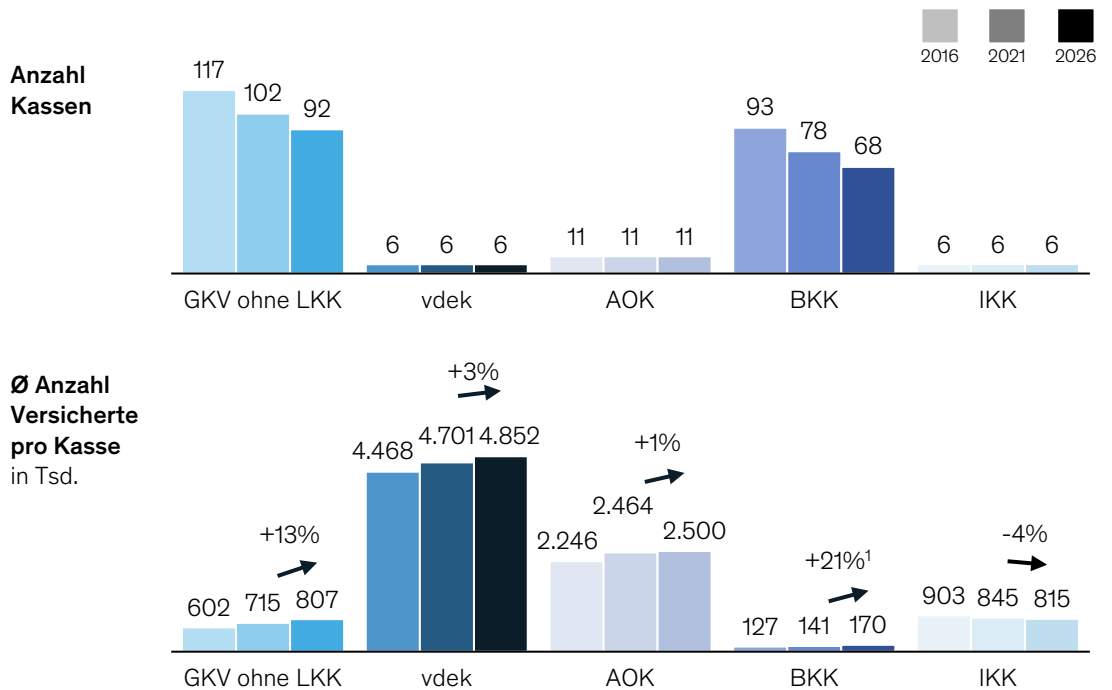
Anzahl Versicherte, in Millionen

- PKV-Vollversicherte
- GKV ohne Zusatzversicherung
- Sonderformen der Krankenversicherung
- GKV mit PKV-Zusatzversicherung



Quelle: PKV-Zahlenportal; Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG; OECD-Statistik; PKV und Bevölkerung 2025 approximiert

### Mit 21% wächst die Größe der BKKen fusionsbedingt seit 2016 am stärksten; die durchschnittliche Versichertenzahl je IKK ist rückläufig

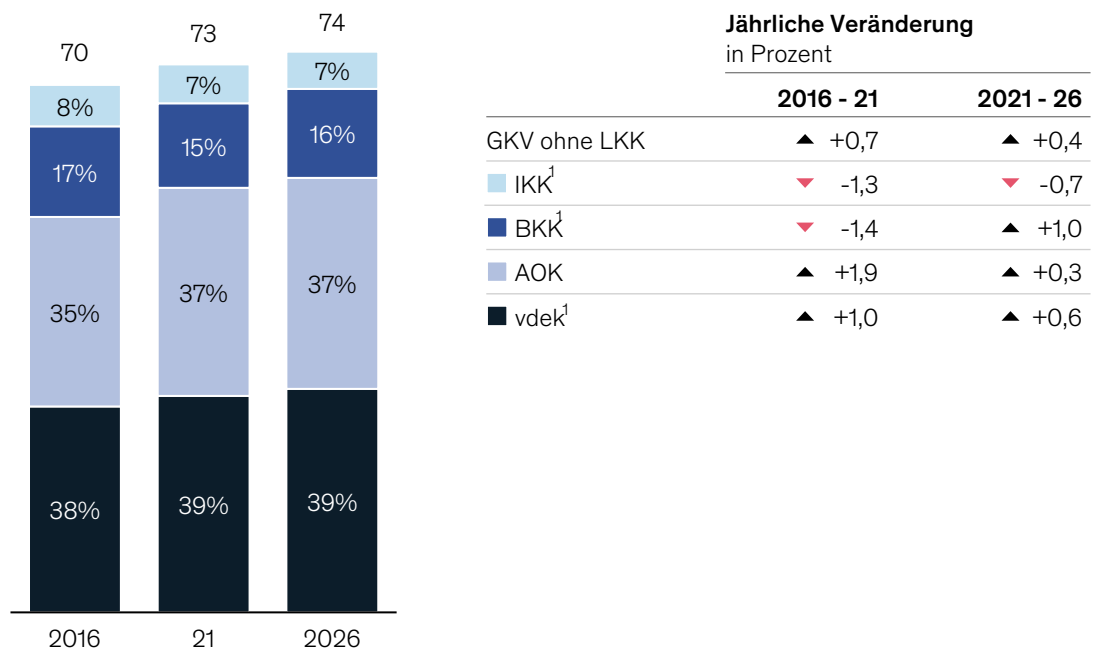


<sup>1</sup> Auswahl einzelner größerer Fusionen innerhalb der BKKen von 2021 bis 2026: Schwenninger Krankenkasse/atlas BKK ahlmann, BIG direkt gesund/actimonda, VIActiv/BKK Achenbach Buschhütten, Novitas BKK/SIEMAG BKK, Audi BKK/BKK Stadt Augsburg, bkk melitta hmr/BKK BPW, mhplus Krankenkasse/BKK Textilgruppe Hof, SBK/BKK Voralb

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

### Die Zuwächse der Versicherten nehmen seit 2021 über alle GKVen ab; BKKen und vdek liegen über dem GKV-Durchschnitt; IKK verlieren weiterhin

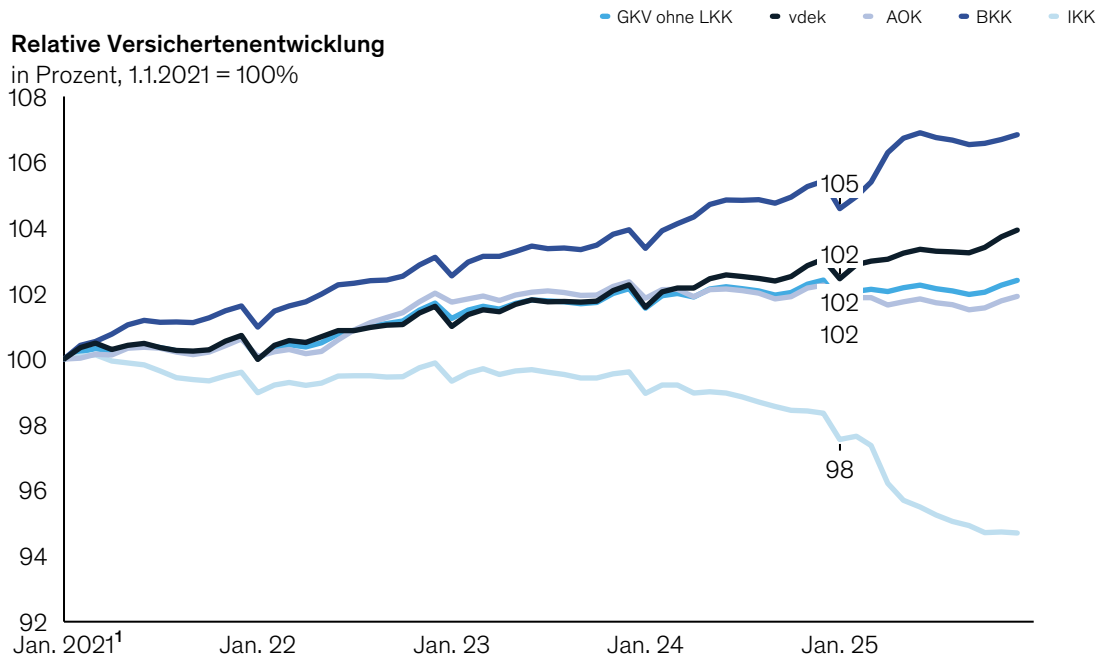
Anzahl Versicherte, in Millionen



<sup>1</sup> Eingliederung von actimoda in BIG direkt gesund zum 1.1.2021 und Deutsche BKK in BARMER zum 1.1.2017

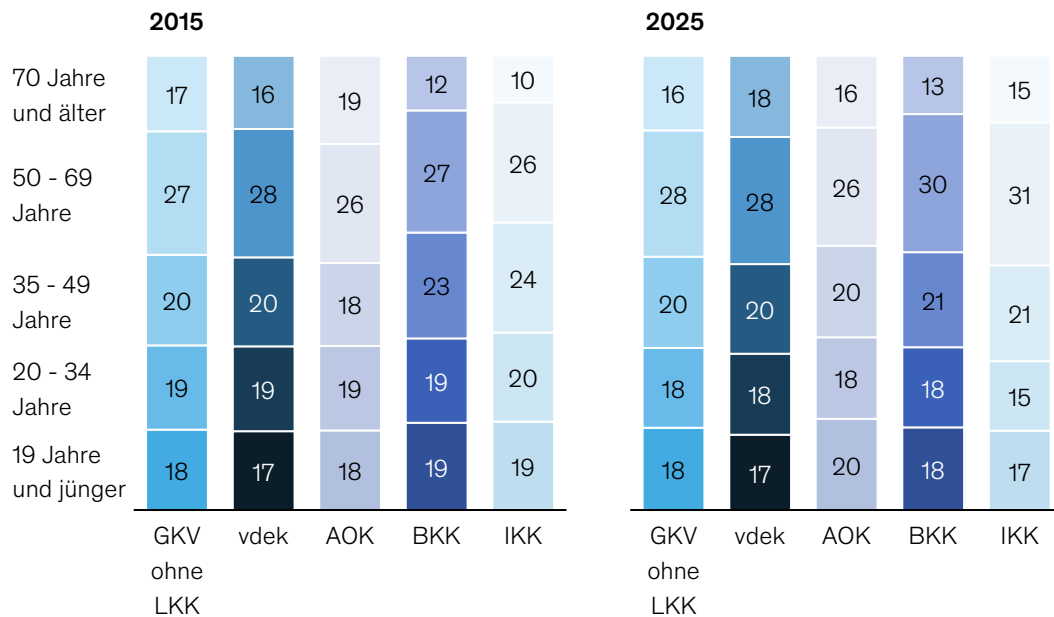
Quelle: Anzahl Versicherte zu Dezember des Vorjahres nach KM1 BMG

## Die relative Entwicklung der Versichertenzahlen auf Basis von 2021 zeigt stärkstes Wachstum bei den BKKen; der Trend bei den IKKs ist negativ



## Der Anteil Jüngerer (bis 34 Jahre) liegt bei vdek und BKKen weiter nah am GKV-Schnitt; die AOKen haben mit 38% den höchsten Anteil

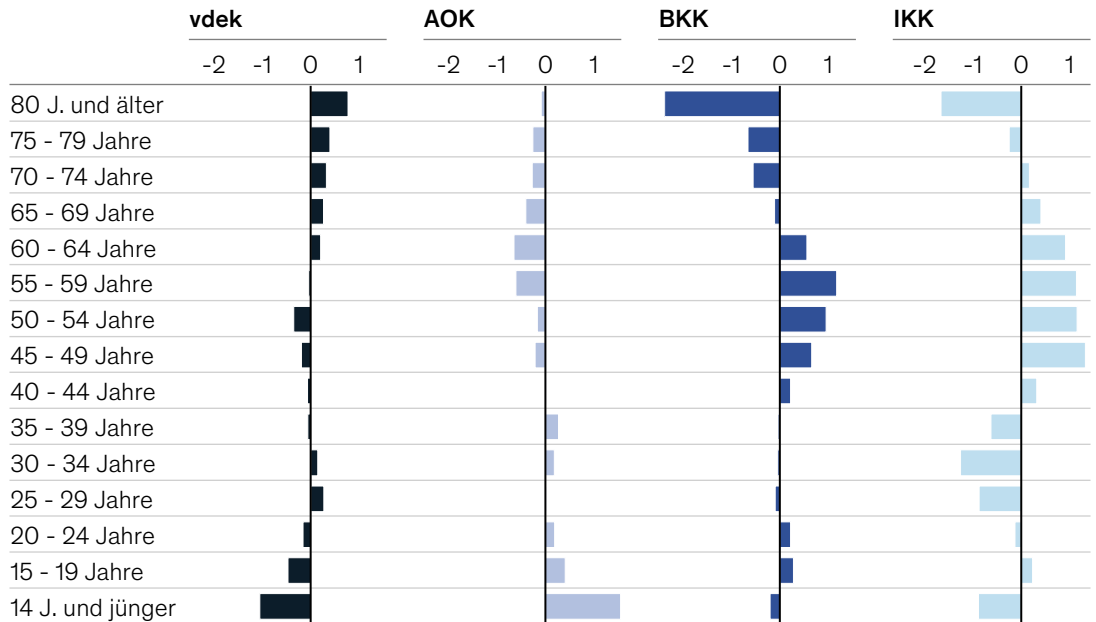
Versichertenanteile nach Altersgruppen, in Prozent



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 von der GKV ohne LKK

Abweichung Versichertenanteile 2025 ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten

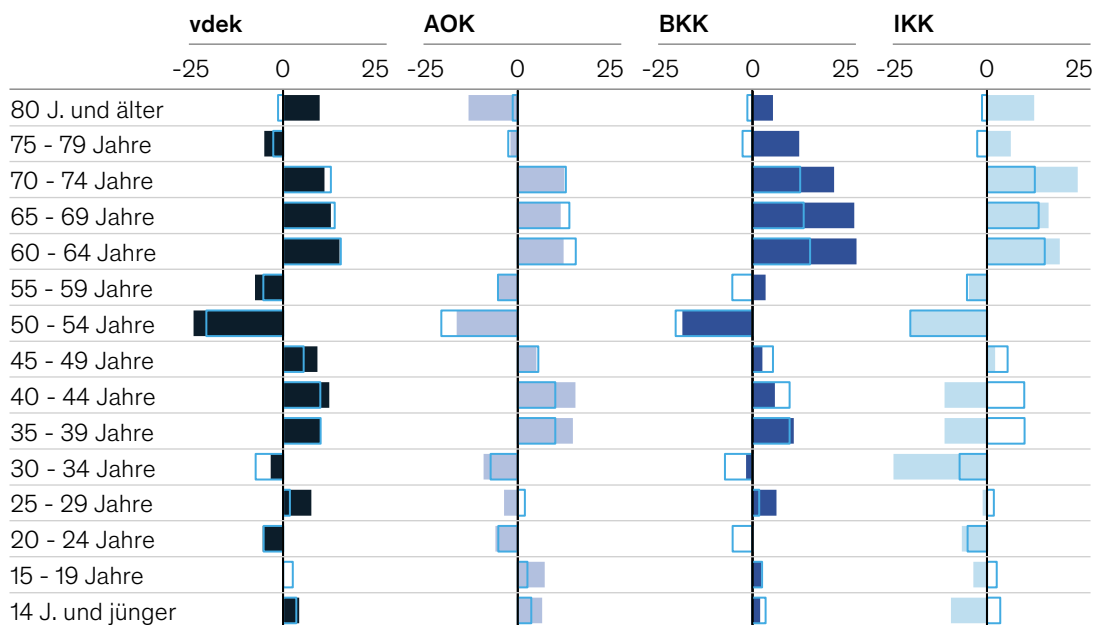


Quelle: Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG

### vdek und AOKen verzeichnen ggü. 2020 stärkere Zuwächse bei Versicherten <45 Jahren, BKKen und IKKen hingegen bei Versicherten >59 Jahren

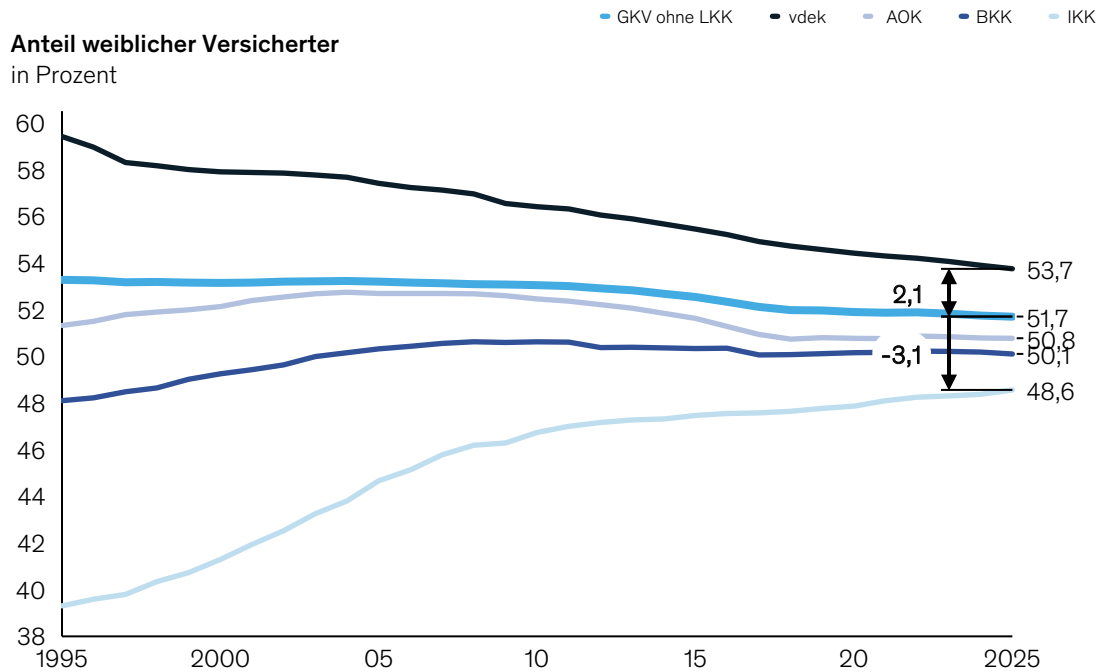
Veränderung Anzahl Versicherte, 2025 ggü. 2020, in Prozent

□ GKV ohne LKK



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

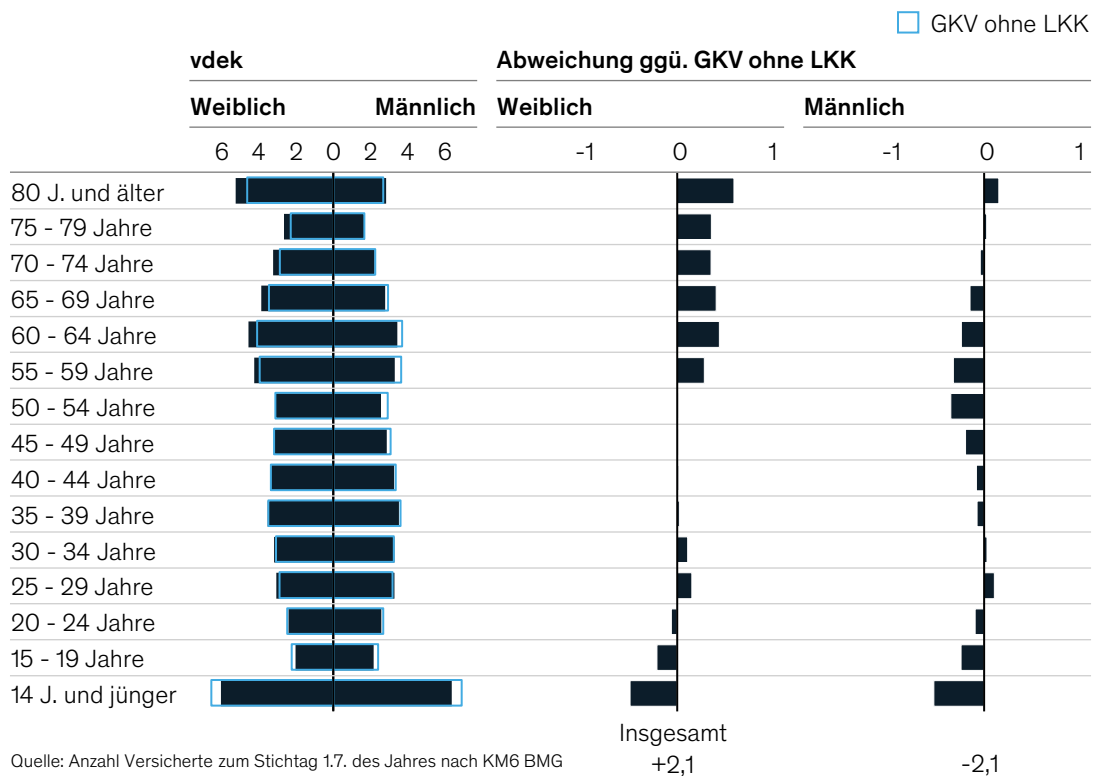
## Der Geschlechtermix gleicht sich an – der Frauenanteil liegt 2025 beim vdek 2,1 Prozentpunkte über, bei den IKK 3,1 Prozentpunkte unter dem Schnitt



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

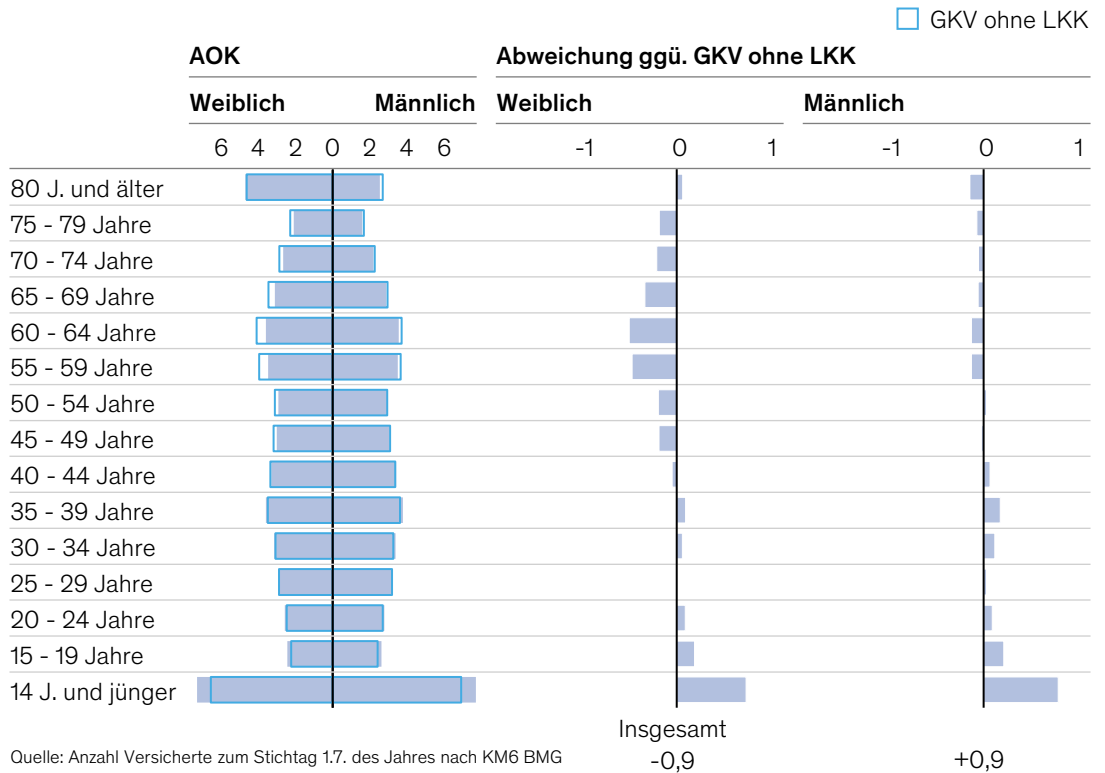
## Beim vdek sind überdurchschnittlich viele Frauen ab 55 Jahren versichert; insgesamt ist der Frauenanteil höher als bei der GKV ohne LKK

Versichertenanteile 2025 in Prozent, Abweichung ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten



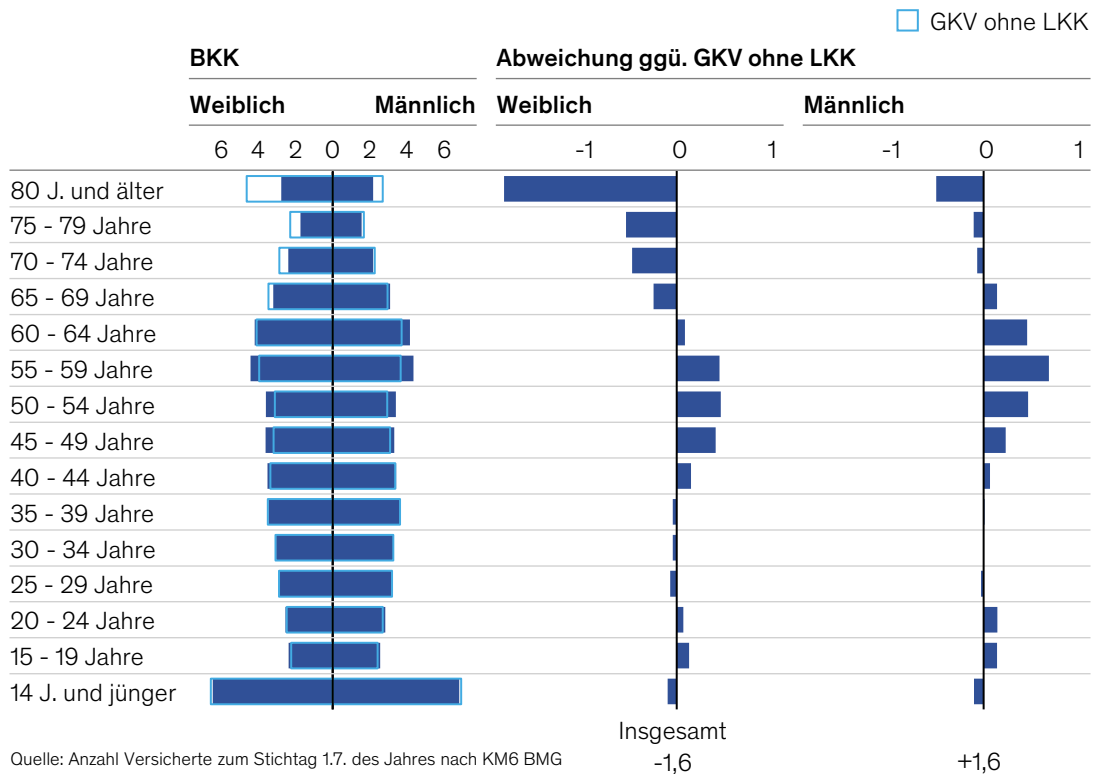
### Bei den AOKen sind weniger Frauen ab 45 Jahren versichert als im GKV-Schnitt; der Frauenanteil ist niedriger als bei der GKV ohne LKK

Versichertenanteile 2025 in Prozent, Abweichung ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten



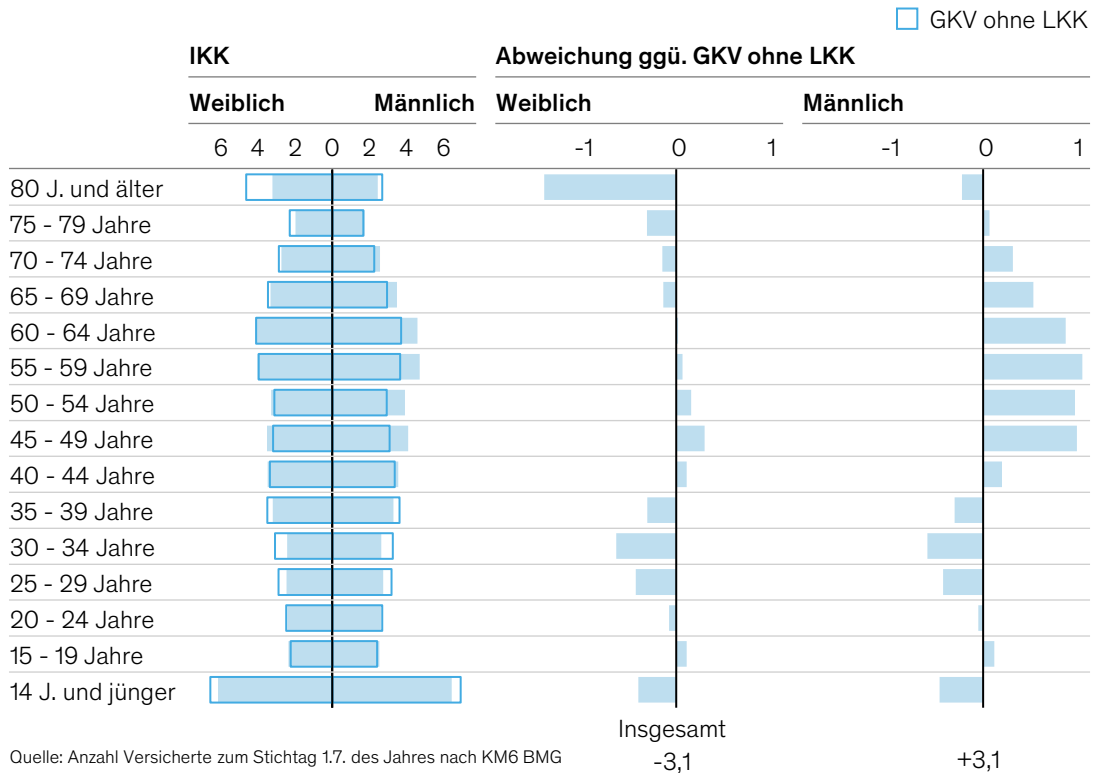
### BKKen weisen höhere Anteile bei Versicherten in den Altersgruppen 40 bis 64 Jahre auf; der Männeranteil liegt über der GKV ohne LKK

Versichertenanteile 2025 in Prozent, Abweichung ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten

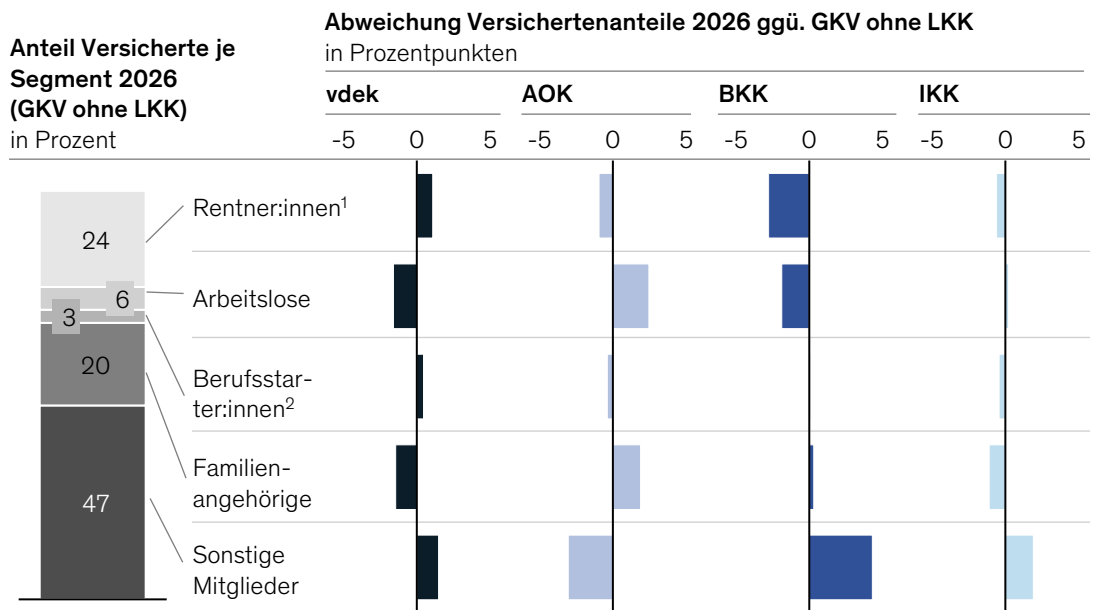


### IKKen versichern deutlich mehr Männer zwischen 40 und 74 Jahren; insgesamt ist der Männeranteil 3,1 Prozentpunkte höher als bei der GKV ohne LKK

Versichertenanteile 2025 in Prozent, Abweichung ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten



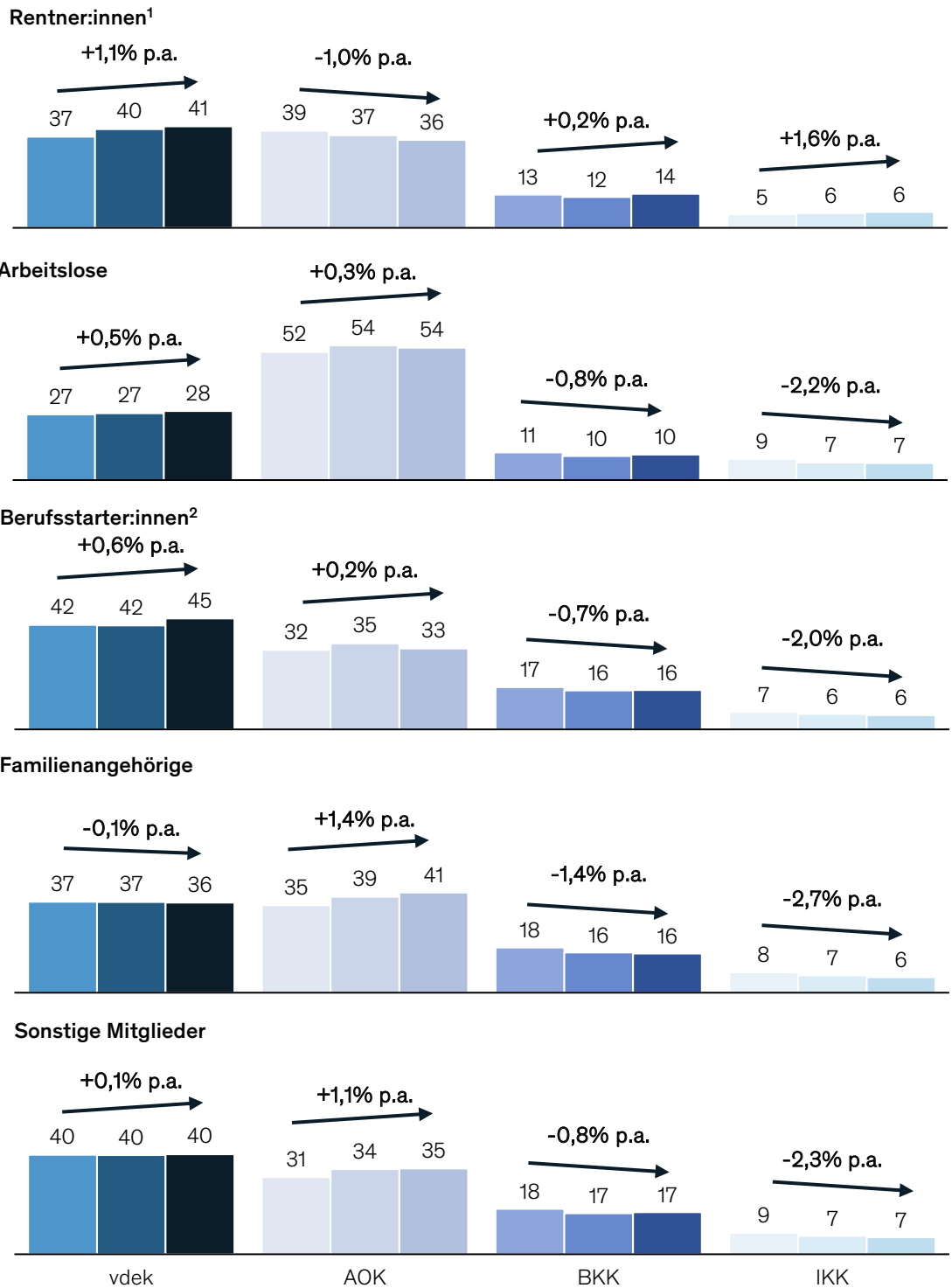
### vdek und AOKen weisen gegengleiche Abweichungen zu GKV ohne LKK auf; BKKen versichern deutlich weniger Rentner:innen als GKV-Schnitt



<sup>1</sup> Versicherte der KVdR (inkl. Familienangehörige)  
<sup>2</sup> Studierende, Praktikant:innen und Auszubildende (mit und ohne Entgelt)

## Marktanteile der Kassensysteme an den einzelnen Versichertensegmenten verändern sich im Zeitraum 2016 - 26 nur geringfügig

Marktanteile am jeweiligen Versichertensegment, in Prozent



<sup>1</sup> Versicherte der KVdR (inkl. Familienangehörige)

<sup>2</sup> Studierende, Praktikant:innen und Auszubildende (mit und ohne Entgelt)

Quelle: Anzahl Versicherte zu Dezember des Vorjahres nach KM1 BMG



# Entwicklung der Kassenergebnisse

# B2

Im Durchschnitt verzeichnen die GKVen 2024 ein im Vergleich zum Vorjahr deutlich negativeres KJ1-Ergebnis. Insgesamt haben sich die Kassenarten gegenüber 2023 deutlich verschlechtert, unter anderem durch die Reservenabschmelzungen und die wachsende Fondsunterdeckung sowie weiter steigende Leistungsausgaben. Keine der Kassenarten vermeldet positive Ergebnisse. Am deutlichsten verschlechtern sich die IKKen mit einer Verringerung des KJ1-Ergebnisses um 10 EUR auf -140 EUR je Versicherte:n. Anders als im Vorjahr ist der Fehlbetrag nun bei allen Kassenverbänden negativ; die Fondsunterdeckung wächst stärker als die Einnahmen aus Zusatzbeiträgen, sodass keine Kassenart eine vollständige Kompensation erreicht.

Im KJ1-Ergebnis werden verschiedene Einflussgrößen zu einer einzigen Kennzahl zusammengefasst, z.B. Fondsunterdeckung, Zusatzbeitrag, Leistungs- und Verwaltungsausgaben, Zuweisungen, sonstige Einnahmen (Zinsen, Regressansprüche, Erstattungen etc.) und sonstige Ausgaben (Abführung von Teilen der Reserven an den Gesundheitsfonds, Zuschreibungen zu Pensionsrückstellungen, 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 werden die Leistungsausgaben der Krankenkassen detailliert betrachtet, da sie eine wesentliche Steuerungsgröße auf der Ausgabenseite darstellen; im Anschluss folgt eine Übersicht der Verwaltungskosten. Insgesamt steigen die Leistungsausgaben weiter an mit jährlich 6,1% zwischen 2022 und 2024. Vor allem die Bereiche häusliche Krankenpflege sowie Heilmittel weisen einen jährlichen Anstieg von 11,8% bzw. 9,6% auf. Dieser ist sicherlich auch bedingt durch Lohnerhöhungen der Pflegekräfte und die Pflicht der Kassen, diese zu refinanzieren. Ein Blick auf die Kassenart mit der niedrigsten jährlichen Veränderung in den Leistungsausgaben und die mit der höchsten Veränderung zeigt, dass die Kassen nun wieder unterschiedlich stark von externen Faktoren beeinflusst werden, denn die Differenz der jährli-

chen Veränderung ist 2024 wieder größer geworden, wenn auch nur geringfügig.

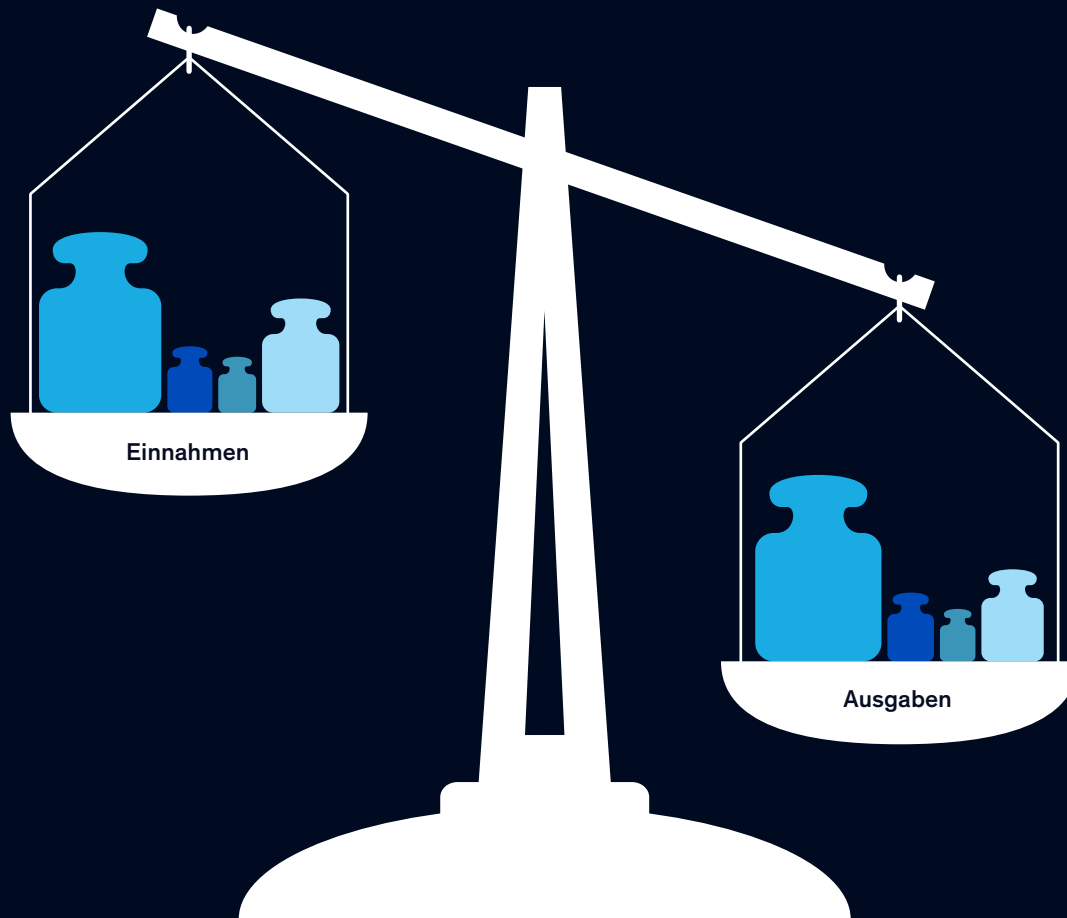
Die AOK-Gemeinschaft und der vdek unterschreiten ihre Erwartungswerte für die Leistungsausgaben, die aufgrund ihrer jeweiligen Morbidität prognostiziert wurden (um -58 EUR bzw. -18 EUR je Versicherte:n). Im Gegensatz dazu überschreiten die IKKen und BKKen ihren Erwartungswert um +37 EUR bzw. +20 EUR je Versicherte:n. Insgesamt nähert sich der Morbiditätsindex der Kassenarten einander an.

Auch die erwarteten Verwaltungskosten hängen von der Morbidität der Versicherte:n 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 2024 ihren Erwartungswert hinsichtlich der Verwaltungskosten mit +10 EUR bzw. +8 EUR je Versicherte:n überschreiten. Der vdek hingegen unterschreitet seinen Erwartungswert mit -29 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 verschiedene Strategien wider, die z.B. zu einer unterschiedlichen Flächenpräsenz der GKVen geführt haben. So sind etwa die AOKen und die IKKen in der Fläche durch eine höhere Anzahl an Mitarbeitenden je Versicherte:n präsenter. Insgesamt steigen die Verwaltungskosten zwischen 2022 und 2024 um jährlich 0,8% je Versicherte:n.

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

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

## Das KJ1-Ergebnis



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

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

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

# KJ1-Ergebnisse

Das KJ1-Ergebnis ist im GKV-Schnitt 2024 deutlich negativ und liegt bei -88 EUR je Versicherte:n, was mehr als einer Verdreifachung des negativen Betrags im Verhältnis zum Vorjahr entspricht (siehe Schaubild B2.1). Zuletzt war es deutlich negativ ausgefallen, vor allem durch die wachsende Fondsunterdeckung, weiter dynamisierende Leistungsausgaben sowie den starken Rückgang der Finanzreserven infolge der Vermögensabführung 2023.

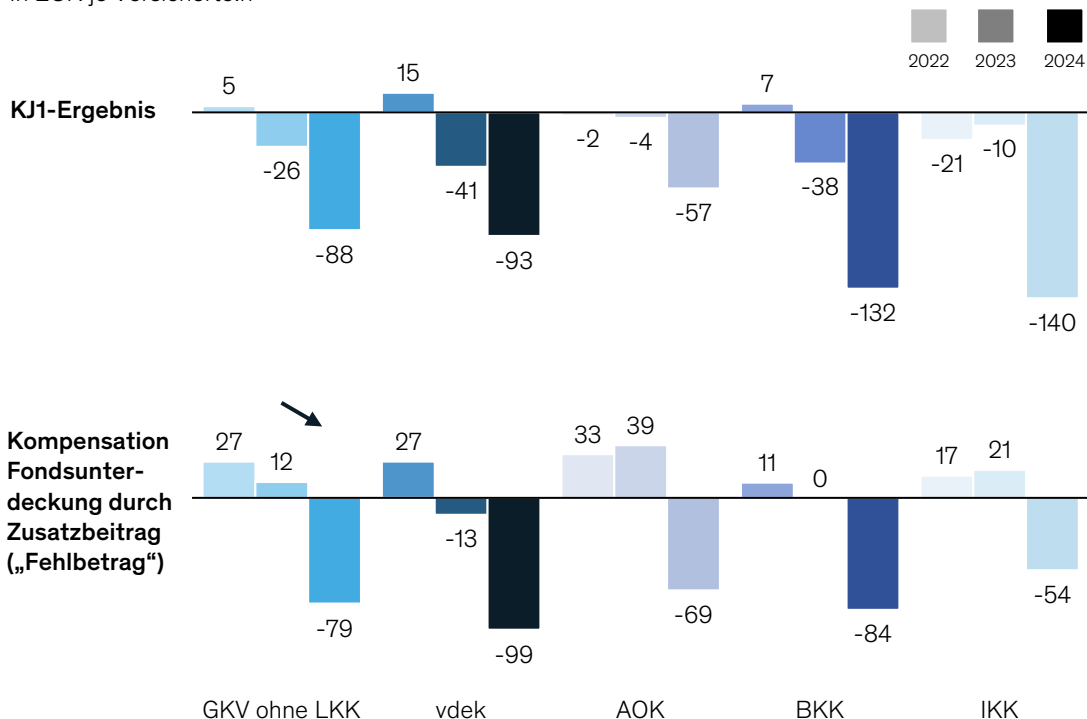
Insgesamt haben sich alle Kassenarten im Vergleich zum Vorjahr erneut deutlich verschlechtert und weisen 2024 ein stark negatives KJ1-Ergebnis auf. Dabei stellen die IKKen mit einem Wert von -140 EUR pro Versicherte:n das Schlusslicht dar und weisen zugleich die größte Veränderung gegenüber dem Vorjahr auf (-10 EUR pro Versicherte:n 2023). Dies ist insbesondere auf die unzureichende Kompensation der Fondsunterdeckung zurückzuführen, da diese stärker wächst als die Einnahmen aus Zusatzbeiträgen.

Die Kompensation der Fondsunterdeckung durch den Zusatzbeitrag ist 2024 nicht mehr positiv; vielmehr übersteigt die Fondsunterdeckung bei

allen Kassenverbänden die Einnahmen aus Zusatzbeiträgen im Schnitt um 79 EUR je Versicherte:n. Während die Einnahmen aus Zusatzbeiträgen seit 2023 weiter um 22% zunehmen, steigt die Fondsunterdeckung noch stärker an (50%), sodass der resultierende Fehlbetrag bei allen Kassenarten negativ ausfällt und zwischen -54 EUR und -99 EUR je Versicherte:n liegt. Die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag fallen bei dem vdek und der BKK mit jeweils 415 EUR je Versicherte:n am niedrigsten aus. Spitzenreiter ist die IKK mit 455 EUR je Versicherte:n. Die Finanzreserven der GKV sind 2024 erneut stark gesunken; von 2023 auf 2024 haben sie sich nahezu halbiert. Der Rückgang ist insbesondere auf die Vermögensabführung 2023 zurückzuführen. Alle Kassenarten verzeichnen deutliche Reserveabschmelzungen, wobei die BKKen und die IKKen die geringsten Reserven je Versicherte:n aufweisen mit jeweils 34 EUR bzw. 6 EUR je Versicherte:n, während die AOK-Gemeinschaft weiterhin die höchsten Reserven hält mit 68 EUR je Versicherte:n. Insgesamt ist der finanzielle Puffer der Kassen damit deutlich geschrumpft (siehe Schaubilder B2.2 bis B2.4).

### Alle Kassenverbände verschlechtern ihr KJ1-Ergebnis, hauptsächlich getrieben durch fehlende Kompensation der Fondsunterdeckung

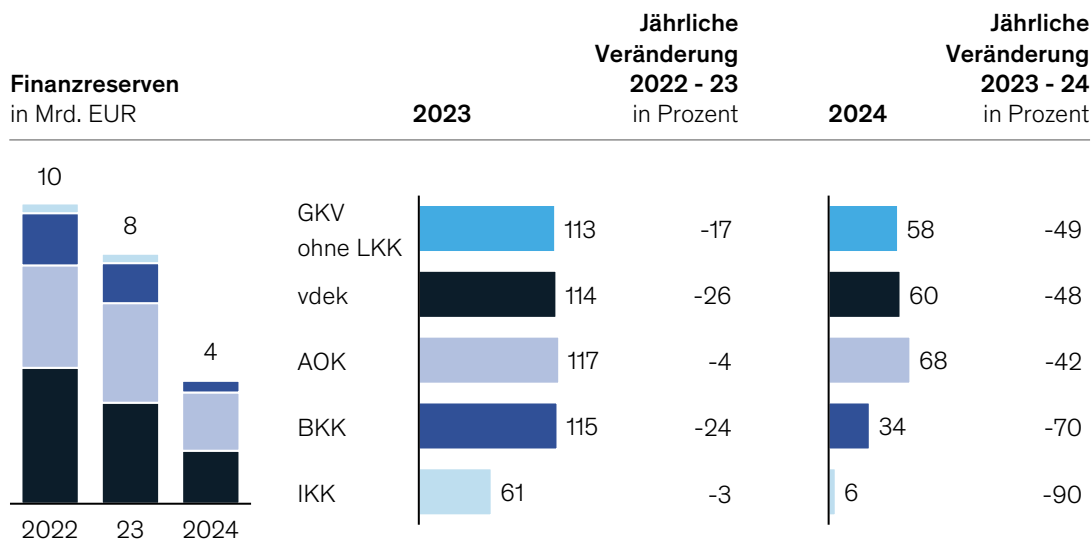
in EUR je Versicherte:n



Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

### Die Finanzreserven haben sich von 2023 auf 2024 halbiert; AOKen bauen am wenigsten Reserven ab und weisen die höchsten Reserven je Versicherte:n auf

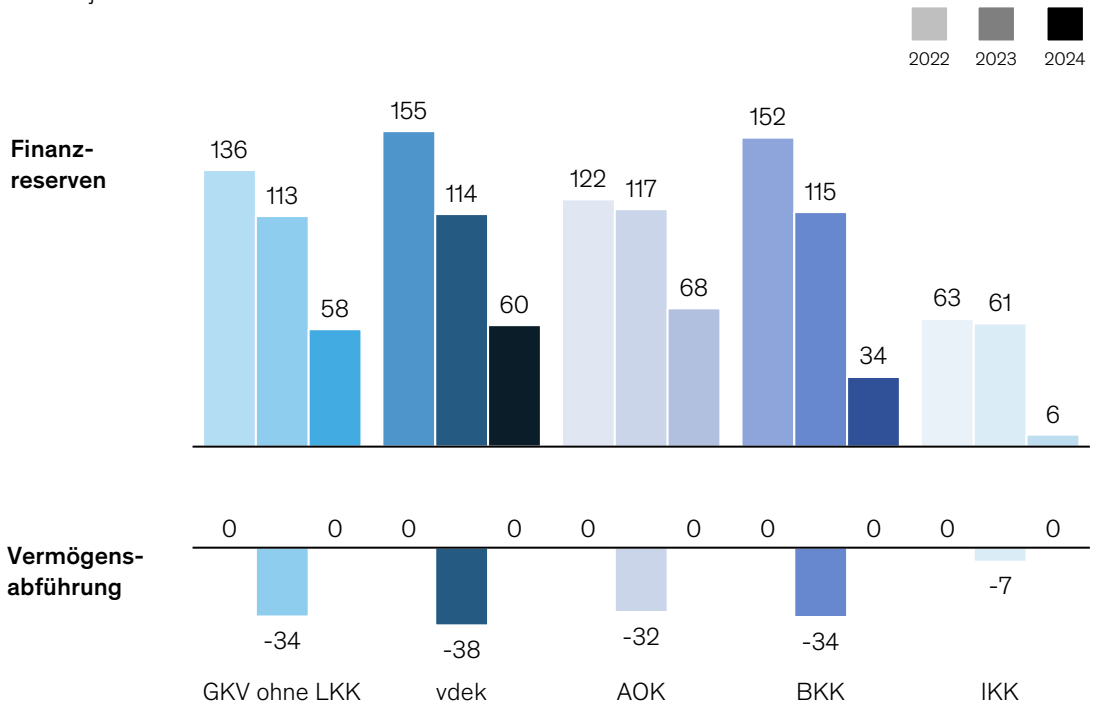
Finanzreserven je Versicherte:n  
in EUR



Quelle: KJ1 BMG; KM1 BMG

## Nach erneuter Vermögensabführung 2023 zeigt sich ein Rückgang der Finanzreserven bei allen Kassenarten

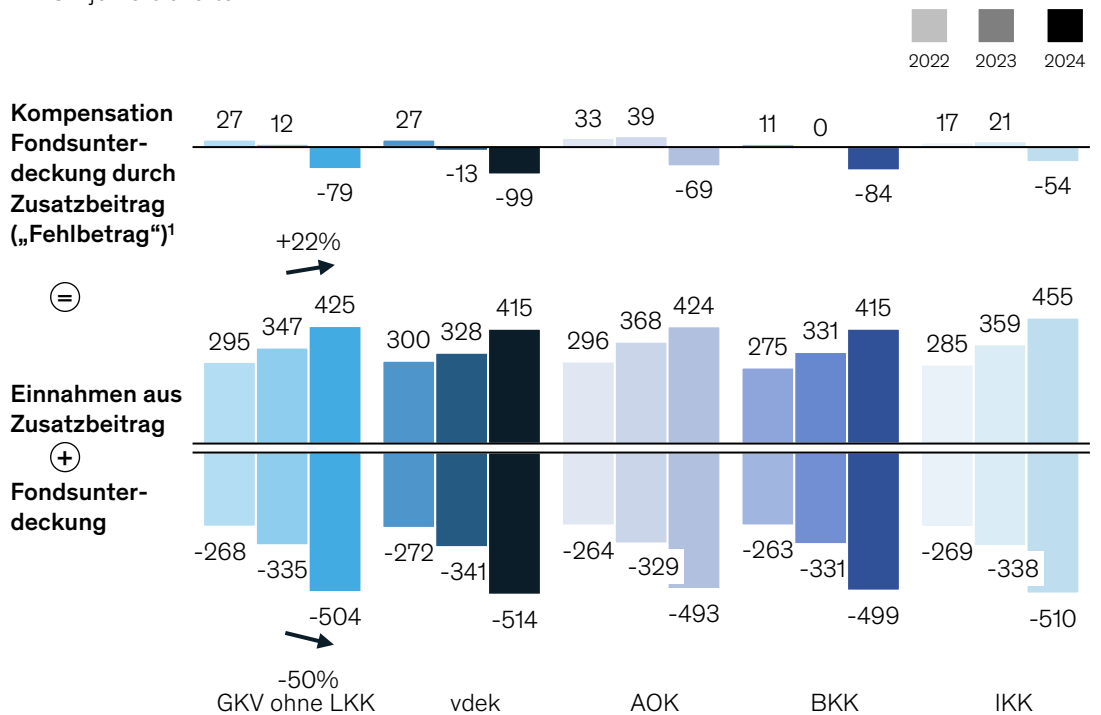
in EUR je Versicherte:n



Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V, KJ1 BMG, KM1 BMG

## Der Fehlbetrag ist bei allen Kassenverbänden negativ, getrieben durch die Fondsunterdeckung, die stärker wächst als die Einnahmen aus Zusatzbeitrag

in EUR je Versicherte:n



1 Abweichungen in der Summe entstehen durch Rundung

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

# Leistungsausgaben

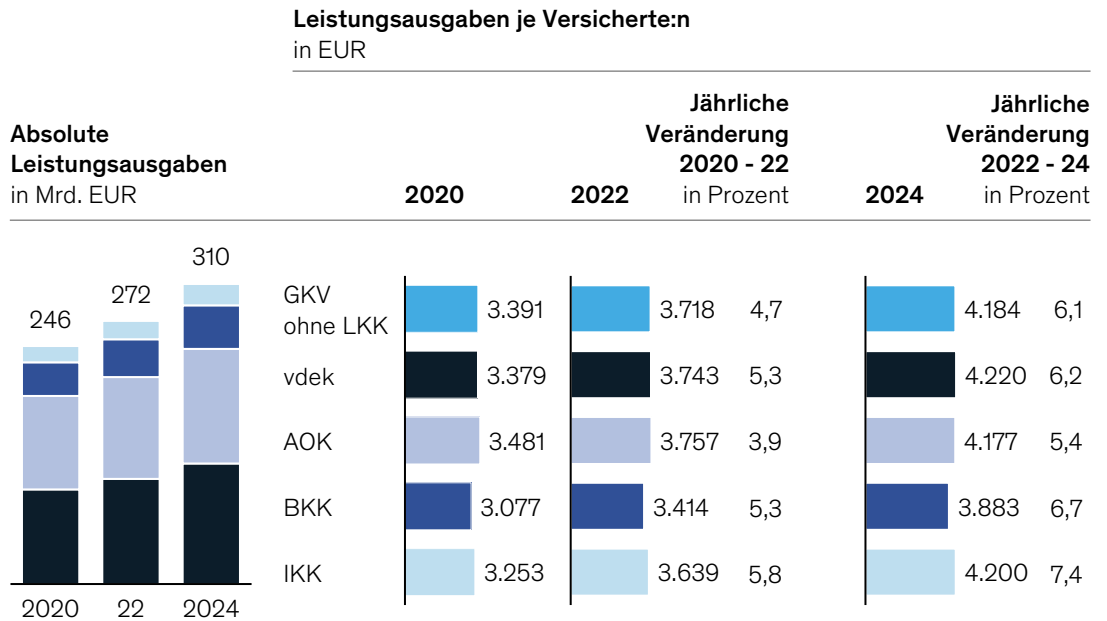
Bei allen Kassenarten steigen die Leistungsausgaben seit 2020 kontinuierlich im GKV-Schnitt je um 4,7 bis 6,1% pro Jahr. Ein Blick auf die jährliche Veränderung zeigt, dass sich die Spanne zwischen den Kassenarten 2024 wieder vergrößert hat – insbesondere zwischen der AOK-Gemeinschaft und den IKKen, bei denen die Differenz 2,5 Prozentpunkte beträgt. Damit wirken externe Faktoren derzeit wieder unterschiedlich stark auf die einzelnen Kassenarten ein (siehe Schaubilder B2.5 und B2.6).

Die Krankenhausbehandlungen stellen weiterhin den größten Kostenblock dar – mit rund 33% der Gesamtausgaben – und sind mit 7,1% pro Jahr zuletzt überdurchschnittlich stark gewachsen. Der zweitgrößte Kostenblock besteht 2024 aus den Arzneimitteln mit knapp 18% – knapp vor den Ausgaben für ärztliche Behandlungen mit 16%. Deshalb wird die Differenz zwischen diesen beiden Kostenblöcken seit 2020 wieder größer. Die Leistungsausgaben für Krankenhausbehandlungen, Krankengeld, Heilmittel, häusliche Krankenpflege und Fahrkosten sind zwischen 2022 und 2024 besonders stark angestiegen. Einen besonders hohen Anstieg verzeichnen die häusliche Krankenpflege mit 11,8% pro Jahr sowie Heilmittel mit 9,6% pro Jahr, was vermutlich auch auf Lohn-erhöhungen der Pflegekräfte und die Refinanzierungspflicht der Krankenkassen zurückzuführen ist. Unter den sonstigen Ausgaben sind Impfungen der Kostenblock mit der durchschnittlich höchsten Steigerung der Leistungsausgaben: 12,2% pro Jahr (siehe Schaubild B2.7).

Bei der Betrachtung der Kassenarten wird deutlich, dass die IKKen in den separat ausgewiesenen Bereichen meist die stärkste jährliche Veränderung aufweisen. Während die AOK bei den Leistungsausgaben je Versicherte:n mit 5,4% pro Jahr unter dem GKV-Schnitt bleibt, weisen die IKKen mit 7,4% pro Jahr die stärkste Dynamik auf. Die BKKen liegen bei 6,7% pro Jahr und der vdek liegt bei 6,2% pro Jahr. Damit beträgt die Differenz bei den gesamten Leistungsausgaben zwischen der Kassenart mit der höchsten und der mit der niedrigsten Veränderung zuletzt rund 2,0 Prozentpunkte, nachdem sich die Werte zuvor stärker angenähert hatten. Mit Blick auf einzelne Leistungsbereiche weisen die IKKen die größte Dynamik bei der Zunahme der Leistungsausgaben auf – vor allem bei den ärztlichen Behandlungen, den Arzneimitteln und der häuslichen Krankenpflege (siehe Schaubilder B2.8 und B2.9).

Der Bereich Krankengeld wächst mit einer jährlichen Veränderung von 6,3% pro Jahr zwischen 2022 und 2024 stärker als in den Vorjahren. In Summe bleibt die Anzahl der Krankengeld-Fälle je Versicherte:n gegenüber 2023 konstant (+0%) mit leichten Unterschieden auf Ebene der Kassenarten (von +1,4% bis -1,4%). Die durchschnittliche Anzahl der Krankengeld-Leistungstage je Fall steigt jedoch leicht um 2,5%. Die Kassenarten sind von diesem Anstieg der Krankengeld-Leistungstage je Fall unterschiedlich stark betroffen. Beim vdek steigt die durchschnittliche Anzahl der Krankengeld-Tage je Versicherte:n nur um 0,6%. Die AOK-Gemeinschaft ist am stärksten betroffen mit einem Anstieg von 4,5% (siehe Schaubilder B2.10 und B2.11).

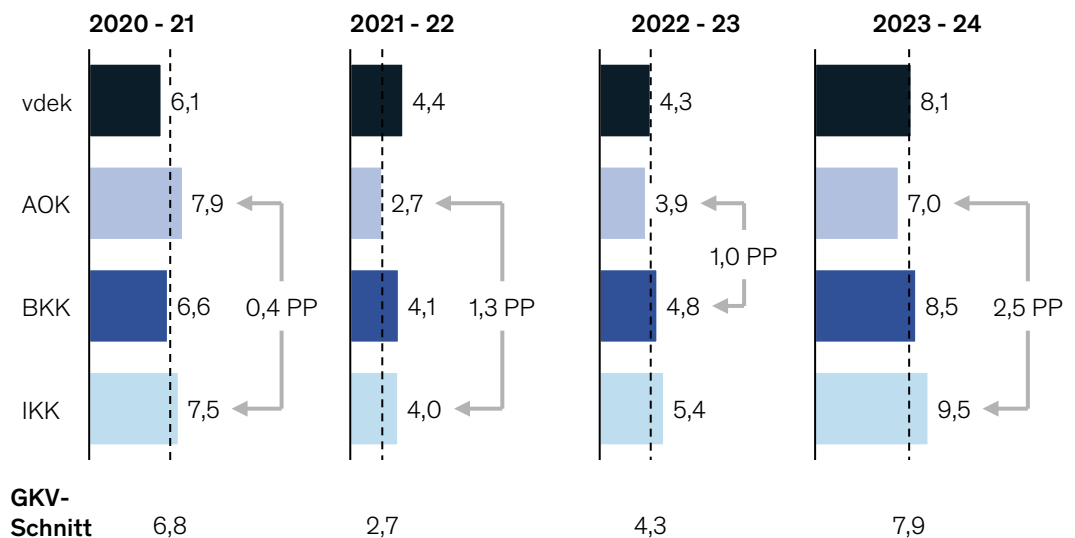
## Die Leistungsausgaben steigen kontinuierlich, die jährliche Ausgabensteigerung liegt nur bei den AOKen unter dem GKV-Schnitt



Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

## Die Spanne zwischen den Veränderungen der Leistungsausgaben wird 2024 wieder größer, v.a. zwischen AOKen und IKKen

Jährliche Veränderung der Leistungsausgaben je Versicherte:n, in Prozent

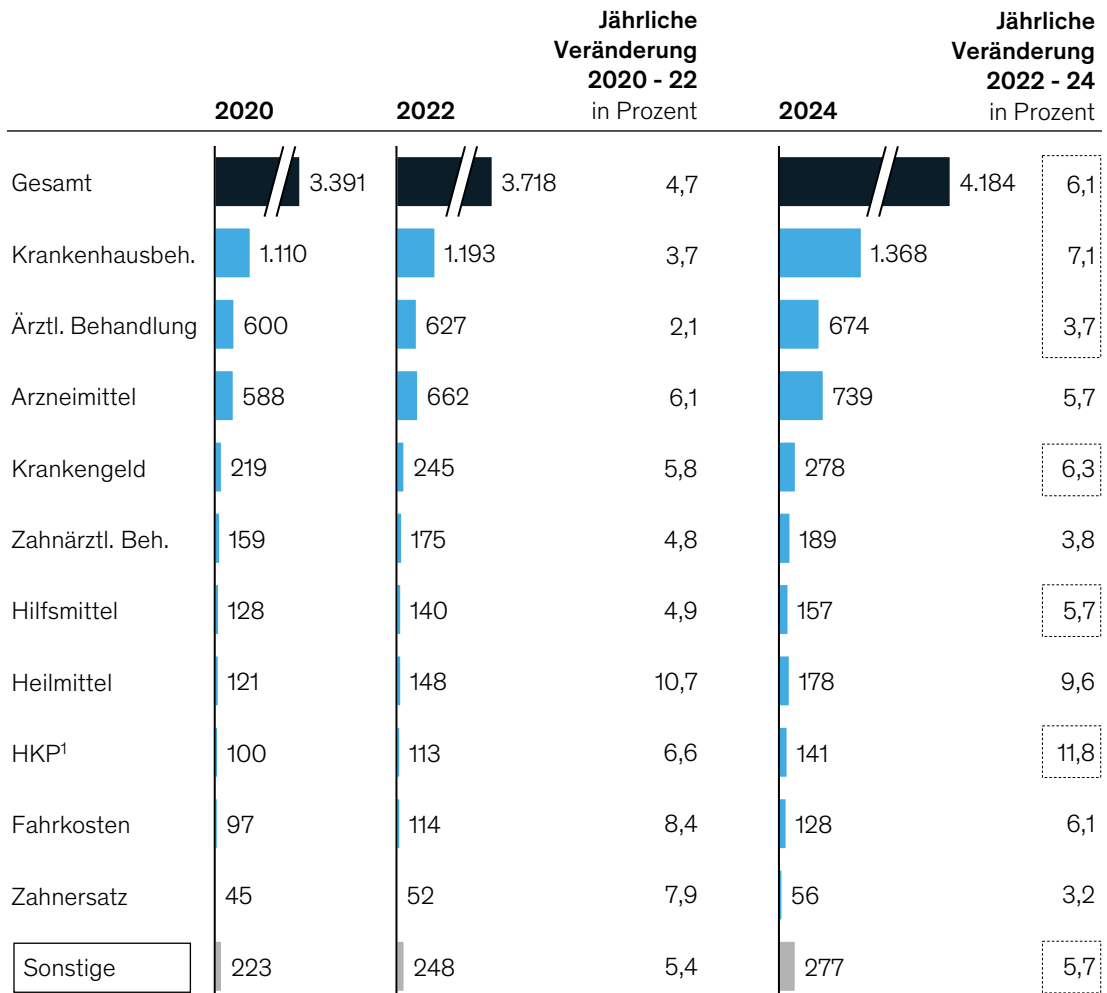


Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

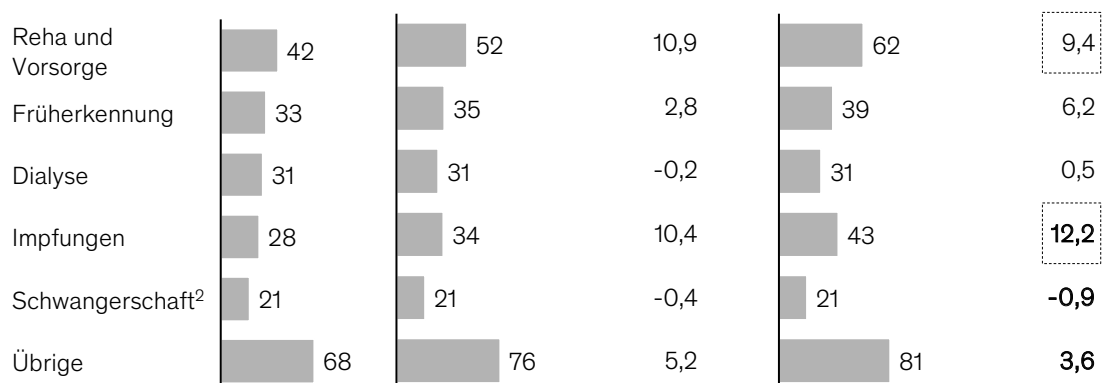
## Die jährliche Ausgabensteigerung je Versicherte:n nimmt in vielen Bereichen zu, insb. bei der häuslichen Krankenpflege

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

☐ Höhere jährliche Steigerung als 2022 - 24



### Detailbetrachtung „Sonstige“



1 HKP = Häusliche Krankenpflege

2 Schwangerschaft und Mutterschaft ohne stationäre Entbindung

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

## Die Leistungsausgaben je Versicherte:n erhöhen sich von 2022 bis 2024 bei allen Kassenarten mit über 5,0% jährlich, am stärksten bei den IKK

Leistungsausgaben je Versicherte:n 2024, in EUR

Details in folgendem Schaubild xx Jährliche Veränderung 2022 - 24, in Prozent

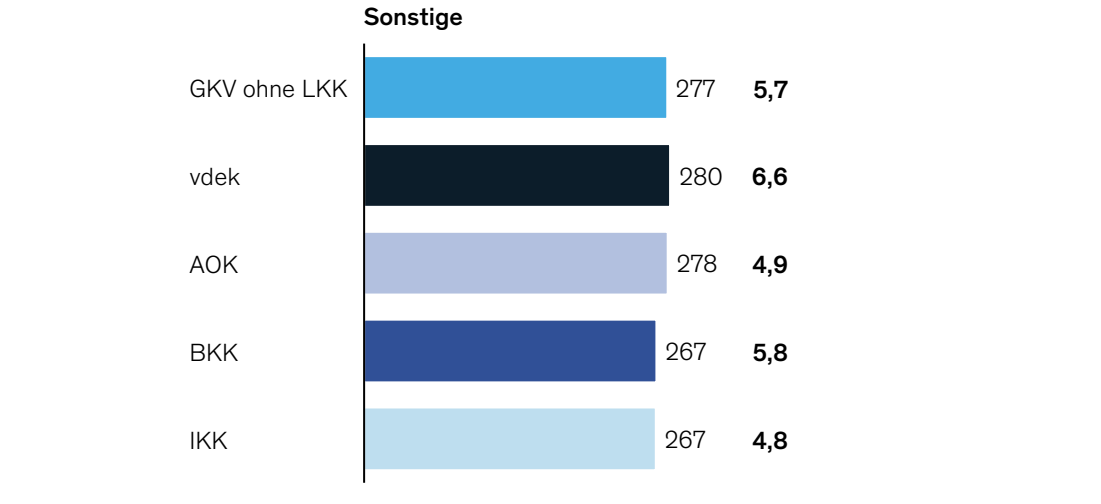


Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V, mit Abweichungen ggü. GBE

## Sonstige: Bei allen Kassenarten sind die Ausgaben für Schwangerschaft rückläufig, während Reha- und Impfausgaben deutlich steigen

Leistungsausgaben je Versicherte:n 2024, in EUR

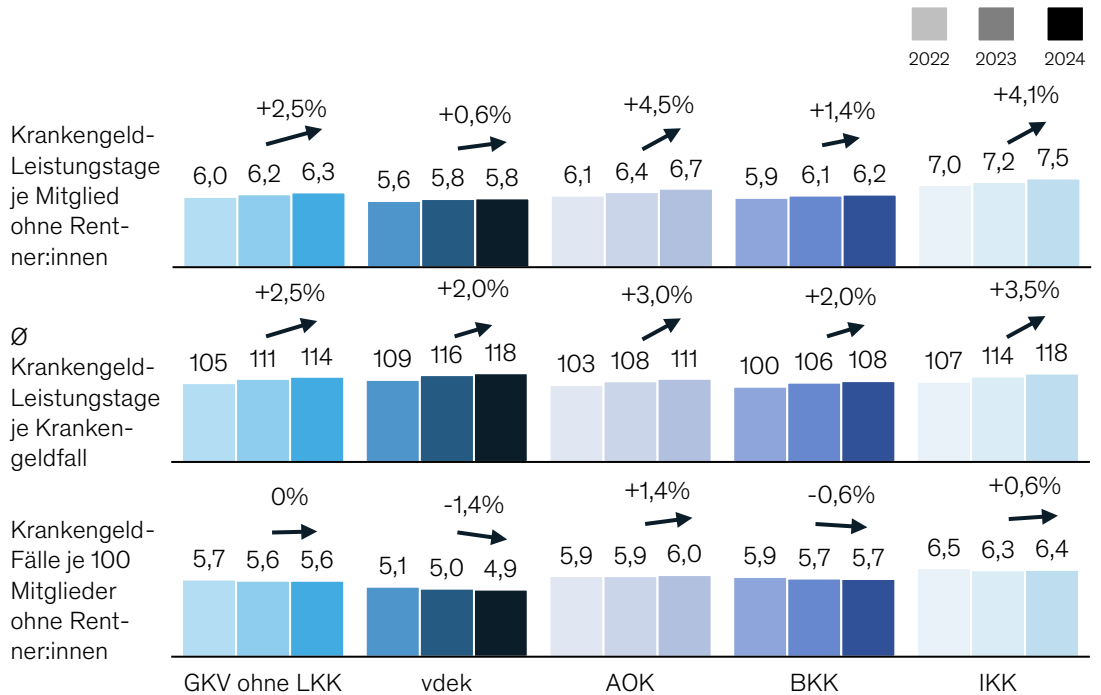
xx Jährliche Veränderung 2022 - 24, in Prozent



1 Schwangerschaft und Mutterschaft ohne stationäre Entbindung

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

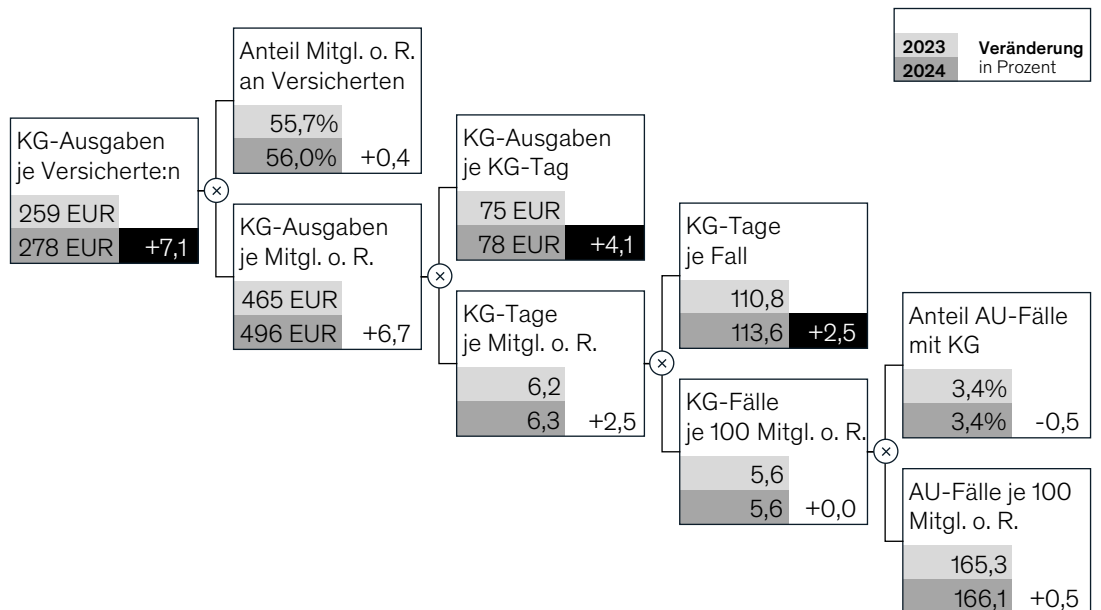
### Die Anzahl der Krankengeldfälle ist stabil, aber Krankengeld-Leistungstage pro Fall nehmen zu und damit auch die Leistungstage insgesamt



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

### Krankengeld-Ausgaben steigen wegen Zunahme der Krankengeld-Tage je Fall; sinkende AU-Fälle mit Krankengeld gleichen den Anstieg der AU-Fälle aus

Krankengeld-Ausgaben der GKV ohne LKK je Versicherte:n, Vergleich 2024 zu Vorjahr 2023



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

# 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 B2.12 bis B2.22 erläutert.

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

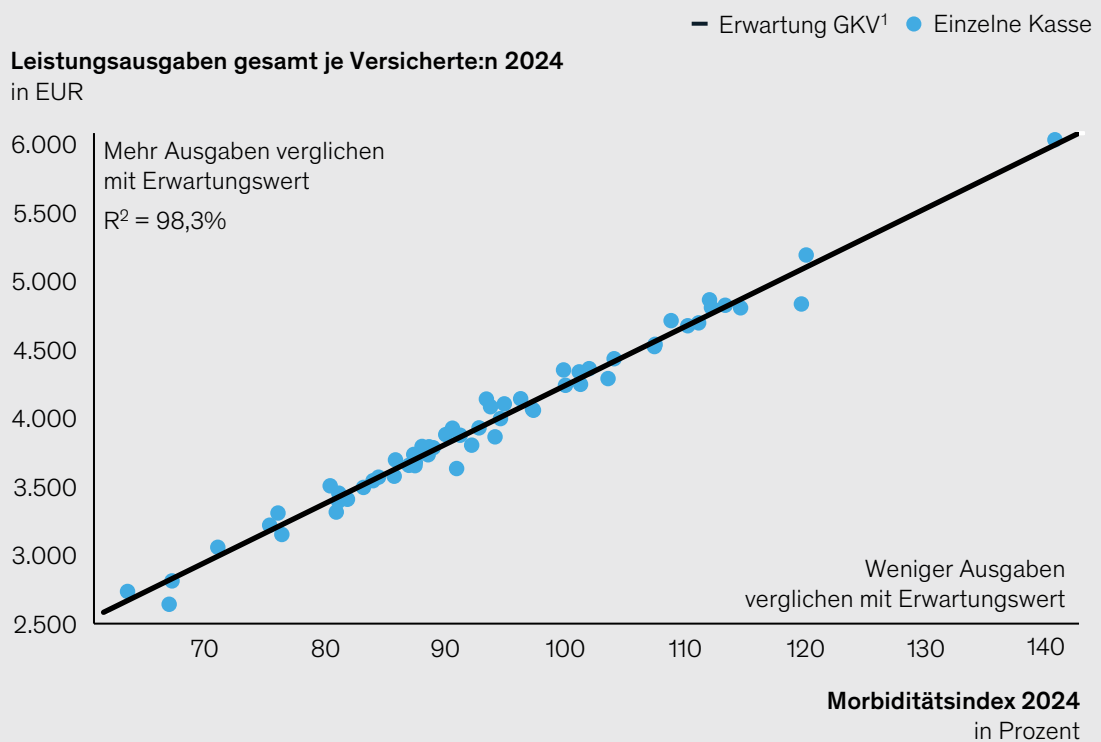
Die Leistungsausgaben korrelieren stark mit der Morbidität, die Gesamtleistungsausgaben sogar zu 99% (siehe Schaubild B2.12). Daher lässt sich aus dem Morbiditätsindex einer Kasse ein konkreter Erwartungswert für ihre Leistungsausgaben ableiten.

## 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 B2.13).

Schaubild B2.12

## Die Gesamtleistungsausgaben je Versicherte:n korrelieren zu 98,3% mit dem Morbiditätsindex im Jahr 2024



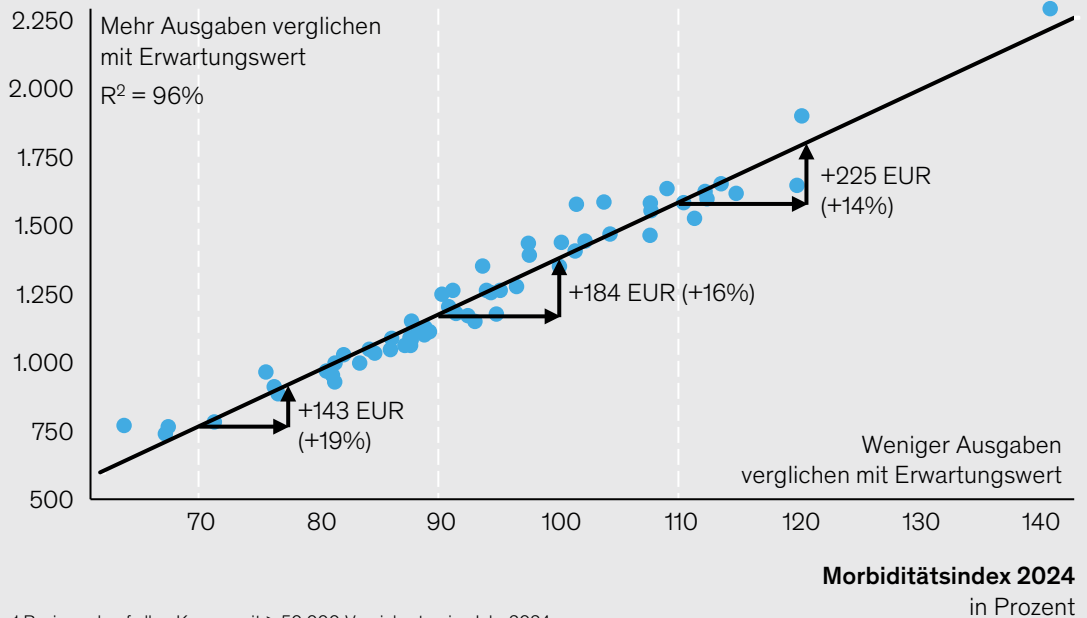
<sup>1</sup> Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2024

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

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

— Erwartung GKV<sup>1</sup> ● Einzelne Kasse → +10% Morbidität ↑ Veränderung der erwarteten Leistungsausgaben

**Krankenhausbehandlung je Versicherte:n**  
in EUR



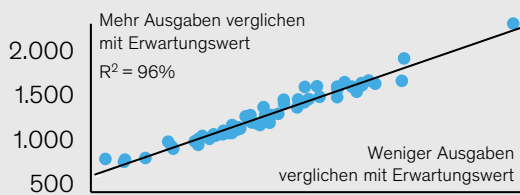
<sup>1</sup> Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2024  
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

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

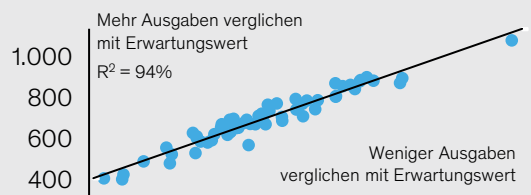
Leistungsausgaben je Versicherte:n 2024, in EUR

— Erwartung GKV<sup>1</sup> ● Einzelne Kasse

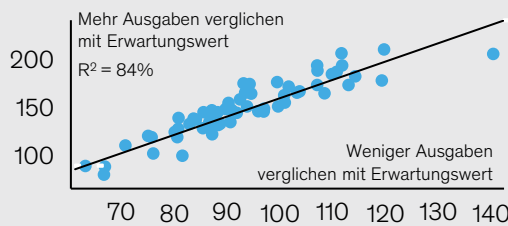
**Krankenhausbehandlung**



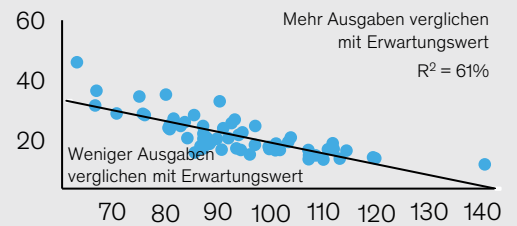
**Arzneimittel**



**Hilfsmittel**



**Schwangerschaft und Mutterschaft ohne stationäre Entbindung**



**Morbiditätsindex 2024**  
in Prozent

**Morbiditätsindex 2024**  
in Prozent

<sup>1</sup> Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2024  
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 B2.13). 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).

~ 0,8%

**jährlich steigen die Verwaltungsausgaben  
der GKV zwischen 2022 und 2024**

# Gemäß Morbiditätsindex zu erwartende Leistungsausgaben

Die Veränderung in der Altersstruktur der Kassenarten spiegelt sich in deren Morbiditätsindex wider. Die AOK-Gemeinschaft mit höherem Versichertenanteil in jüngeren Altersgruppen kann ihren Morbiditätsindex senken und langsam an den GKV-Schnitt angleichen. Bei dem vdek und den IKKen steigt der Index und sie gleichen sich ebenfalls an den GKV-Schnitt an – aus der anderen Richtung kommend. Der Morbiditätsindex der BKKen hatte sich von 2019 bis 2023 dem GKV-Schnitt angenähert. Von 2023 auf 2024 stagniert er jedoch und bleibt damit deutlich geringer als der der anderen Kassenarten (siehe Schaubild B2.15).

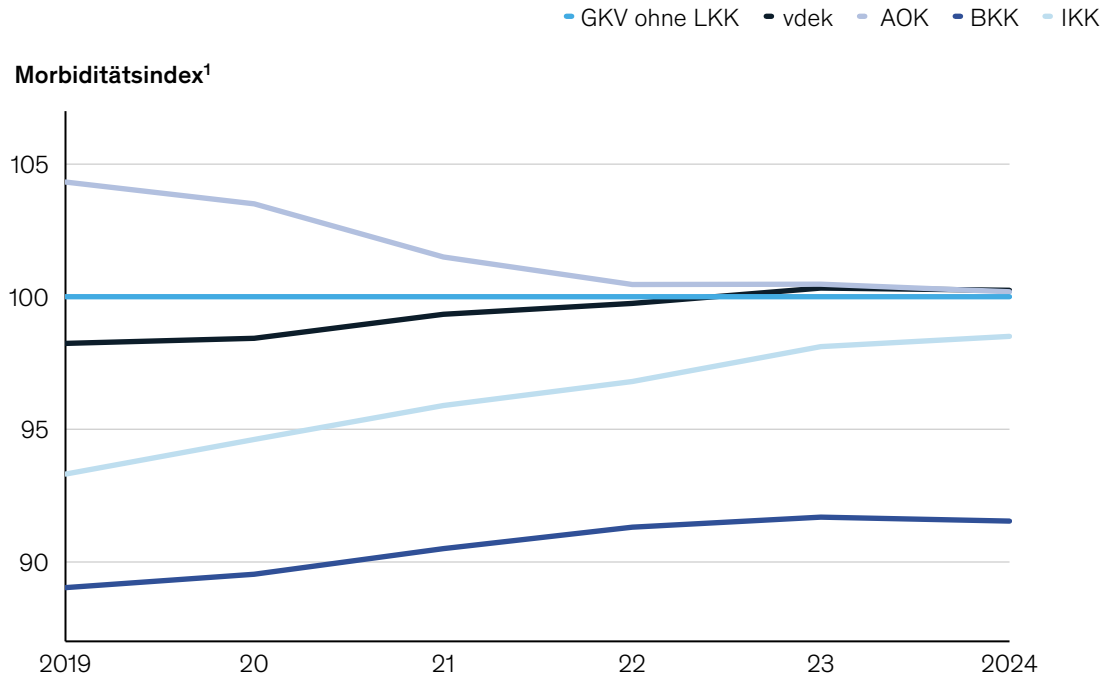
Im Vergleich zum Vorjahr haben sich die tatsächlichen Ausgaben wieder leicht vom morbiditätsadjustierten Erwartungswert entfernt. Die AOK-Gemeinschaft sowie der vdek liegen mit -58 EUR bzw. -18 EUR je Versicherte:n – wie bereits im Vorjahr – unter dem Erwartungswert. Hingegen überschreiten die IKKen diesen um 37 EUR und die BKKen um 20 EUR je Versicherte:n (siehe Schaubild B2.16).

Bei der AOK-Gemeinschaft und dem vdek zeigt sich auch die größte Spanne zwischen den wesentlichen steuerbaren Leistungsbereichen: Liegt die AOK-Gemeinschaft im Bereich Heilmittel z.B. -5,5% unter dem Erwartungswert, so liegt sie im Bereich häusliche Krankenpflege mit +14,6% und im Bereich Fahrkosten mit +8,1% deutlich darüber. Der vdek schneidet bei den Fahrkosten mit -6,9% besonders gut gegenüber dem Erwartungswert ab, liegt bei den Heilmitteln jedoch mit +9,2% deutlich darüber. Auch bei den BKKen und IKKen zeigen sich Unterschiede, allerdings auf insgesamt niedrigerem Niveau. Bei den BKKen reicht die Spanne von -4,5% im Bereich Fahrkosten bis +4,1% bei den Hilfsmitteln. Die IKKen verzeichnen eine Spanne von -3,2% bei der häuslichen Krankenpflege bis +2,9% bei den Arzneimitteln (siehe Schaubild B2.17). In der Jahresbetrachtung der

Ausgabenentwicklung im größten Ausgabenbereich – den Krankenhausbehandlungen – zeigt sich, dass die AOK-Gemeinschaft 2024 mit rund +39 EUR je Versicherte:n am deutlichsten von ihrem Erwartungswert abweicht, im Vergleich zum Vorjahr (+49 EUR je Versicherte:n) jedoch etwas Abstand zu den anderen Kassenarten verliert. Die IKKen liegen 2024 mit +12 EUR je Versicherte:n über dem Niveau des Vorjahrs (-7 EUR je Versicherte:n). Der vdek unterschreitet seit 2019 jedes Jahr deutlich die erwarteten Leistungsausgaben im Krankenhausbereich, verliert aber etwas Abstand zum Wert der anderen Kassenarten (2023: -49 EUR je Versicherte:n, 2024: -39 EUR je Versicherte:n). Die BKKen halten ihren Abstand der Leistungsausgaben im Bereich Krankenhaus nahezu konstant (siehe Schaubilder B2.18 bis B2.20).

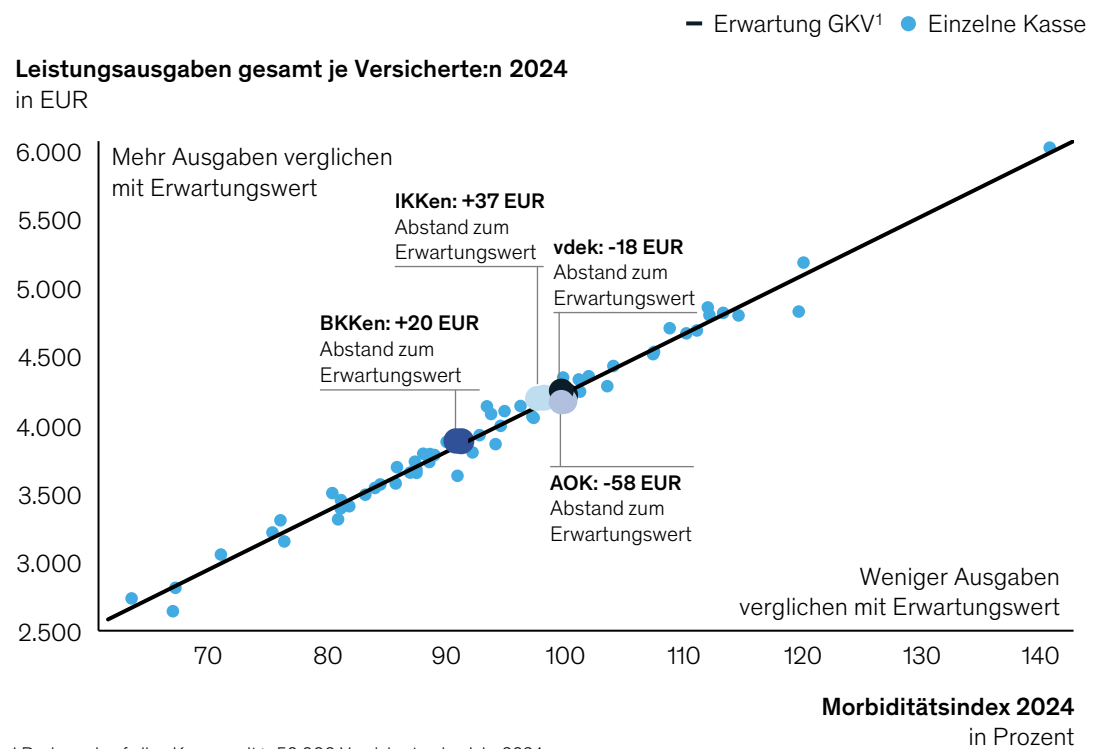
Die Jahresbetrachtung der Ausgabenentwicklung im zweitgrößten Leistungsbereich – den Arzneimittelausgaben – ergibt, dass die AOK-Gemeinschaft mit -28 EUR je Versicherte:n unter dem Erwartungswert bleibt und ihren Abstand zu diesem zwischen 2023 und 2024 wieder leicht vergrößern konnte. 2020 lag sie noch mit -34 EUR unter dem Erwartungswert und näherte sich diesem 2021 wieder etwas an – 2022 und 2023 setzte sich die Annäherung fort. Der Wert der BKKen liegt 5 EUR je Versicherte:n über ihrem Erwartungswert, womit die BKKen die Annäherung an ihren Erwartungswert nicht fortsetzen konnten. Der Abstand der Ausgaben des vdek im Arzneimittelbereich zum Erwartungswert bleibt mit +20 EUR je Versicherte:n ähnlich hoch wie im Vorjahr. Die IKKen liegen 21 EUR über ihrem Erwartungswert (siehe Schaubilder B2.21 und B2.22).

### Die Morbiditätslücken der BKKen und des vdek ggü. der GKV schließen sich; insgesamt nähern sich die Werte wieder 100 an



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

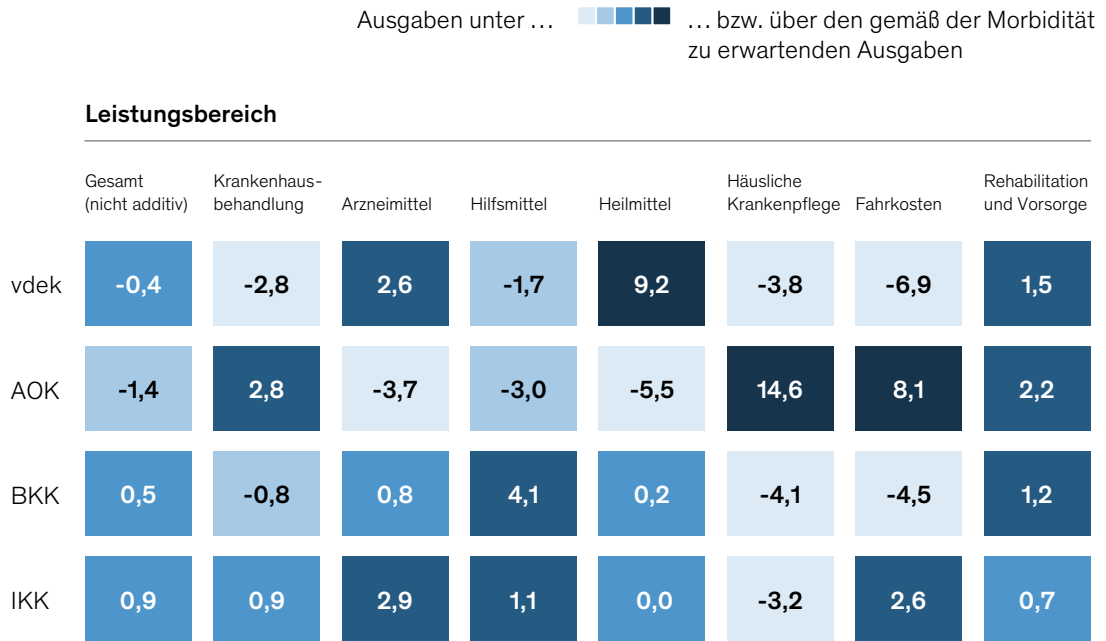
### Die Ausgaben der BKKen und IKKen liegen 2024 über den Erwartungen, die übrigen GKVn darunter, am deutlichsten die der AOKen



1 Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2024  
 Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

## Fast alle Kassen liegen bei Krankenhausbehandlungen unter ihrem Erwartungswert; bei Rehabilitation liegen alle außer der IKK darüber

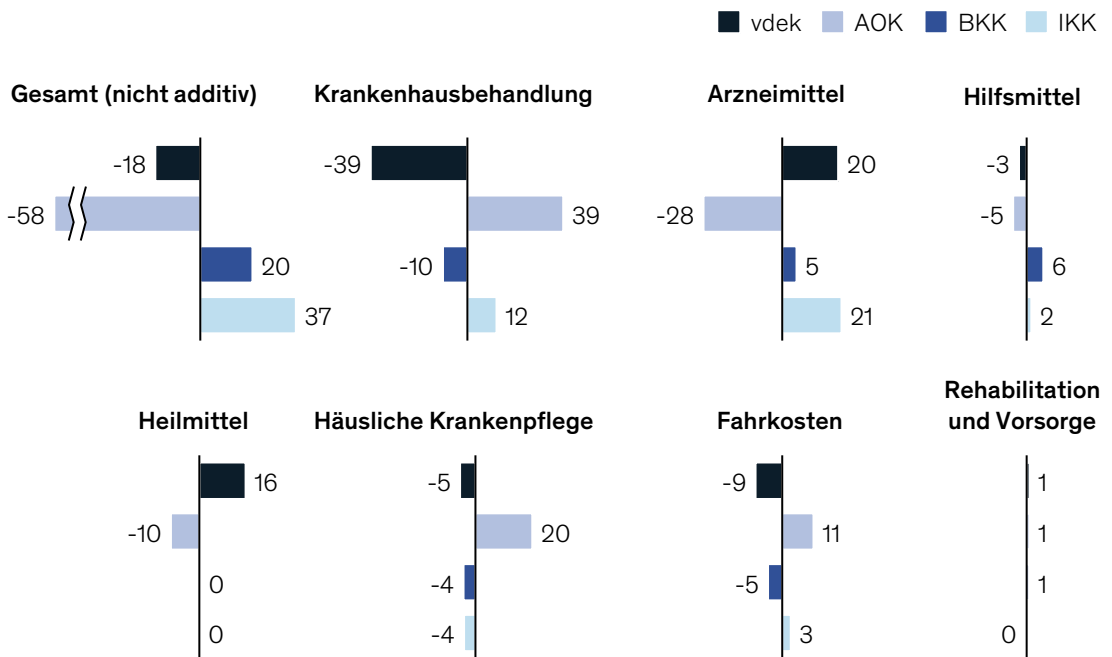
Abstand zu gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben<sup>1</sup> 2024, in Prozent



<sup>1</sup> Basierend auf allen Kassen mit >50.000 Versicherten im Jahr 2024  
 Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

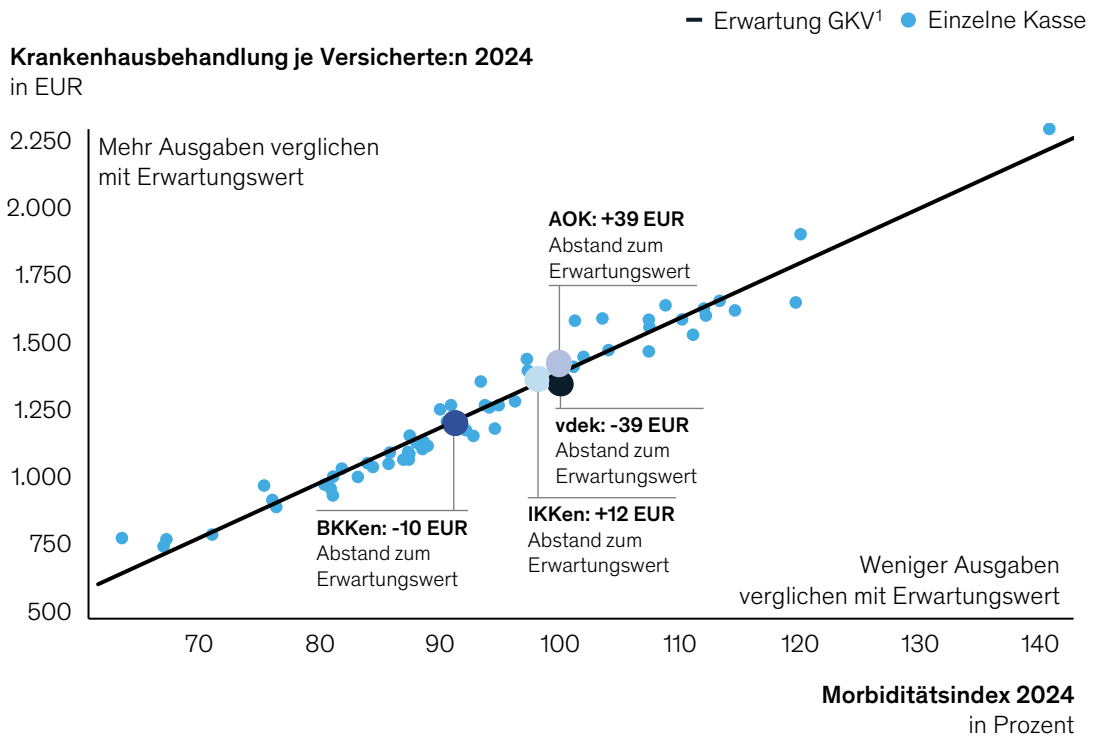
## In den wesentlichen steuerbaren Bereichen weichen die einzelnen Kassenarten unterschiedlich stark von den zu erwartenden Ausgaben ab

Abstand zu gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben<sup>1</sup> je Versicherte:n 2024, in Prozent



<sup>1</sup> Basierend auf allen Kassen mit >50.000 Versicherten im Jahr 2024  
 Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

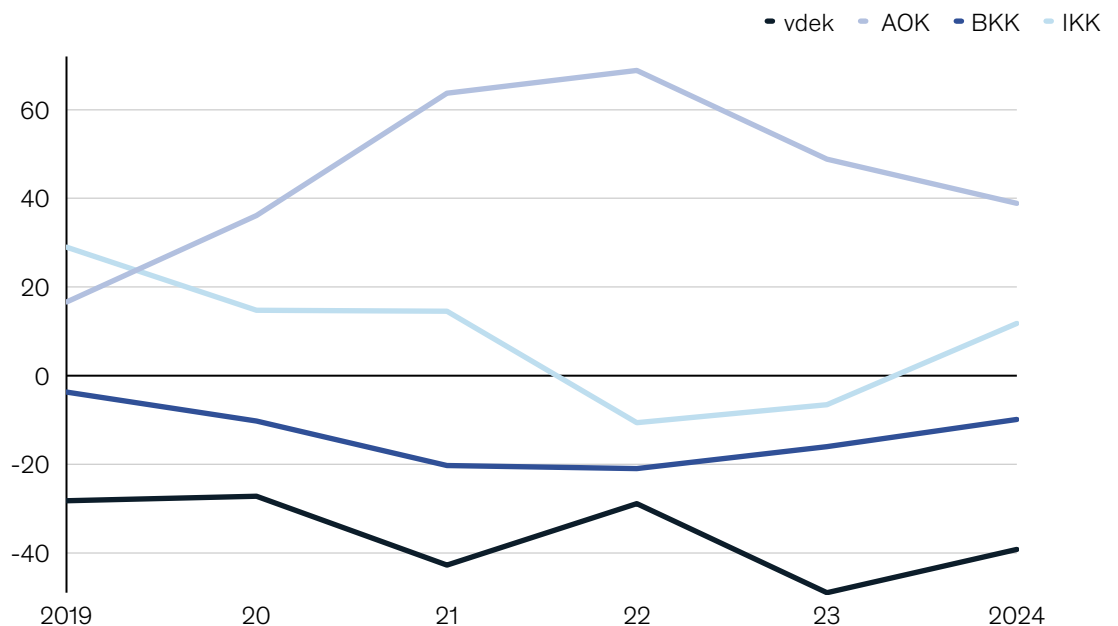
## Im Krankenhausbereich überschreiten die AOKen 2024 mit 39 EUR je Versicherte:n die zu erwartenden Ausgaben deutlich



<sup>1</sup> Basierend auf allen Kassen mit >50.000 Versicherten im Jahr 2024  
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

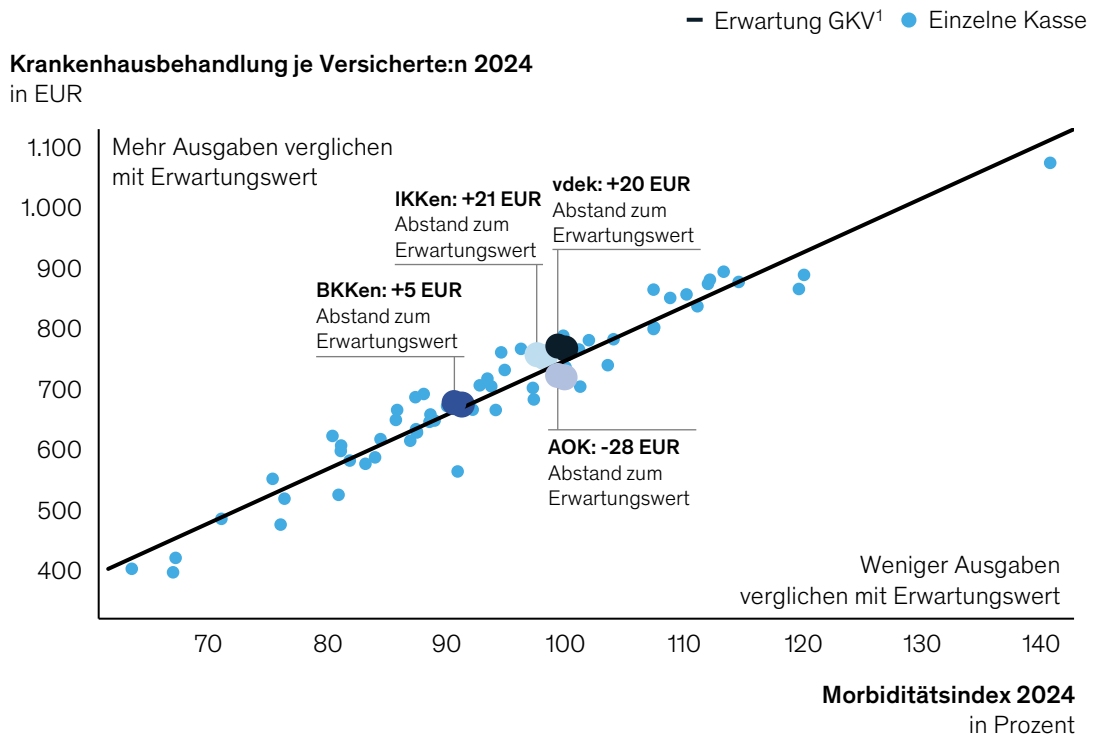
## Im Krankenhausbereich weichen die Ausgaben der meisten Kassen wieder stärker negativ von der Erwartung ab; die AOKen verbessern sich ggü. 2022

Abstand der Ausgaben für Krankenhausbehandlungen vom Erwartungswert<sup>1</sup> je Versicherte:n, in EUR



<sup>1</sup> Basierend auf allen Kassen mit >50.000 Versicherten im Jahr 2024  
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

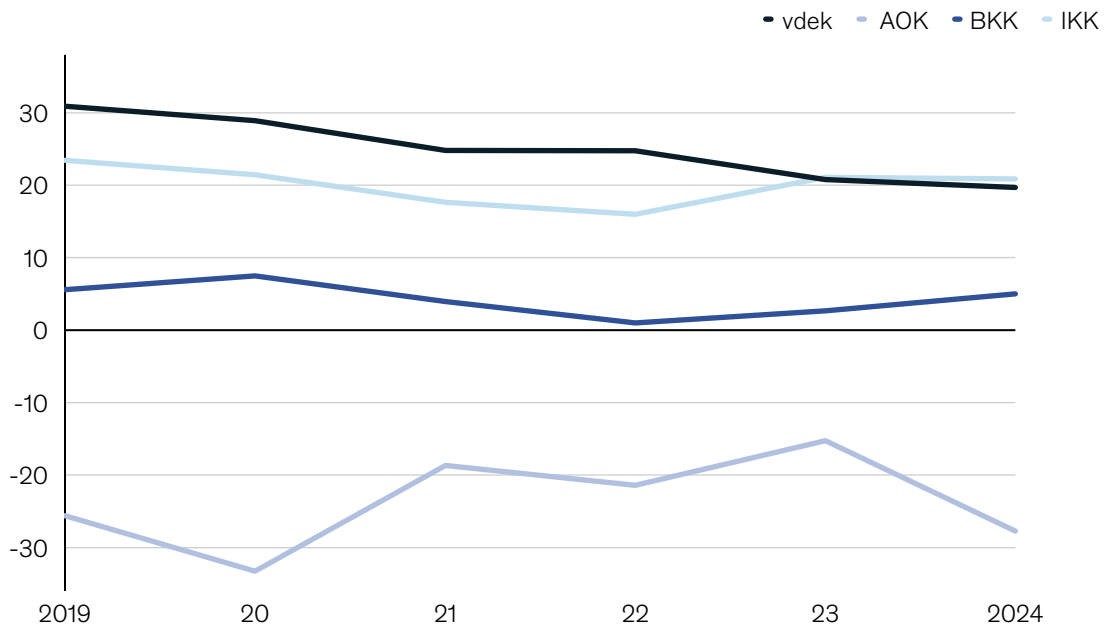
## Für Arzneimittel geben nur die AOKen weniger aus als erwartet



<sup>1</sup> Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2024  
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

## Im Arzneimittelbereich liegen die Ausgaben der AOKen weiter unter dem Erwartungswert; der vdek nähert sich diesem im positivem Sinne

Abstand der Ausgaben für Arzneimittel vom Erwartungswert<sup>1</sup> je Versicherte:n, in EUR



<sup>1</sup> Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2024  
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

# Gemäß Morbiditätsindex zu erwartende Verwaltungskosten

Eine vergleichende Analyse der Verwaltungskosten je Kassenart ist aus vier Gründen nur begrenzt aussagekräftig:

**Strategische Entscheidungen beeinflussen die Verwaltungskosten.** Beispiele für strategische Entscheidungen der Kassen, die die Verwaltungskosten beeinflussen, sind unter anderem die Anzahl und Größe der Geschäftsstellen, die Anzahl der Mitarbeitenden bzw. die Ausschöpfung von Outsourcing sowie der Reifegrad von Digitalisierung und Automatisierung. Gleichzeitig beeinflussen externe Faktoren die Kosten, wie Erhöhungen der Lizenzpreise.

**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.

**Die 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 Kassen und Kassenarten 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 2024 über ihrem erwarteten Wert in Bezug auf die Verwaltungskosten liegen. Die IKKen liegen 10 EUR und die AOK-Gemeinschaft 8 EUR je Versicherte:n über dem Erwartungswert. Der vdek liegt mit -29 EUR deutlich unter seinem Erwartungswert und auch die BKKen liegen mit -2 EUR darunter (siehe Schaubild B2.23).

Die Höhe der Verwaltungskosten hängt, wie oben beschrieben, von unterschiedlichen strukturellen und strategischen Faktoren ab. Im Folgenden werden zwei zentrale Kennzahlen betrachtet: die persönlichen Brutto-Verwaltungskosten sowie die Anzahl der Beschäftigten.

Die Entwicklung der Verwaltungskosten zeigt nicht nur eine Verlangsamung des Wachstums, sondern auch eine zunehmende Differenzierung zwischen den Kassenarten. Zwischen 2022 und 2024 steigen die Verwaltungskosten im GKV-Durchschnitt um 0,8% pro Jahr, deutlich langsamer als von 2020 bis 2022 (2,5% pro Jahr). Gleichzeitig hat sich die Spreizung zwischen den Kassenarten leicht vergrößert: Während das Delta zwischen dem kleinsten und dem größten Wachstum der Verwaltungsausgaben 2020 bis 2022 bei 4,9 Prozentpunkten lag (AOK-Gemeinschaft +0,1% gegenüber vdek +5%), wächst es 2022 bis 2024 leicht auf 5,2 Prozentpunkte (IKKen +3,6% gegenüber vdek -1,6%) (siehe Schaubild B2.24).

Eine detaillierte Betrachtung zeigt, dass die Zunahme der Verwaltungskosten im GKV-Durchschnitt vor allem durch die sächlichen Verwaltungskosten getrieben wird, die zwischen 2021 und 2024 um 4,6% pro Jahr ansteigen, während die persönlichen Verwaltungskosten lediglich um 1,5% pro Jahr wachsen. Besonders auffällig ist die Entwicklung bei den BKKen: Hier steigen die sächlichen Verwaltungskosten mit 3,2% pro Jahr am langsamsten im Vergleich zu den anderen Kassenarten, während die persönlichen Verwaltungskosten mit 3,8% pro Jahr den höchsten Anstieg verzeichnen. Im Gegensatz dazu zeigt der vdek ein besonders geringes Wachstum der persönlichen Verwaltungskosten (0,2% pro Jahr) sowie ein moderates Wachstum der sächlichen Verwaltungskosten um 4,3% pro Jahr. Diese Unterschiede deuten auf unterschiedliche

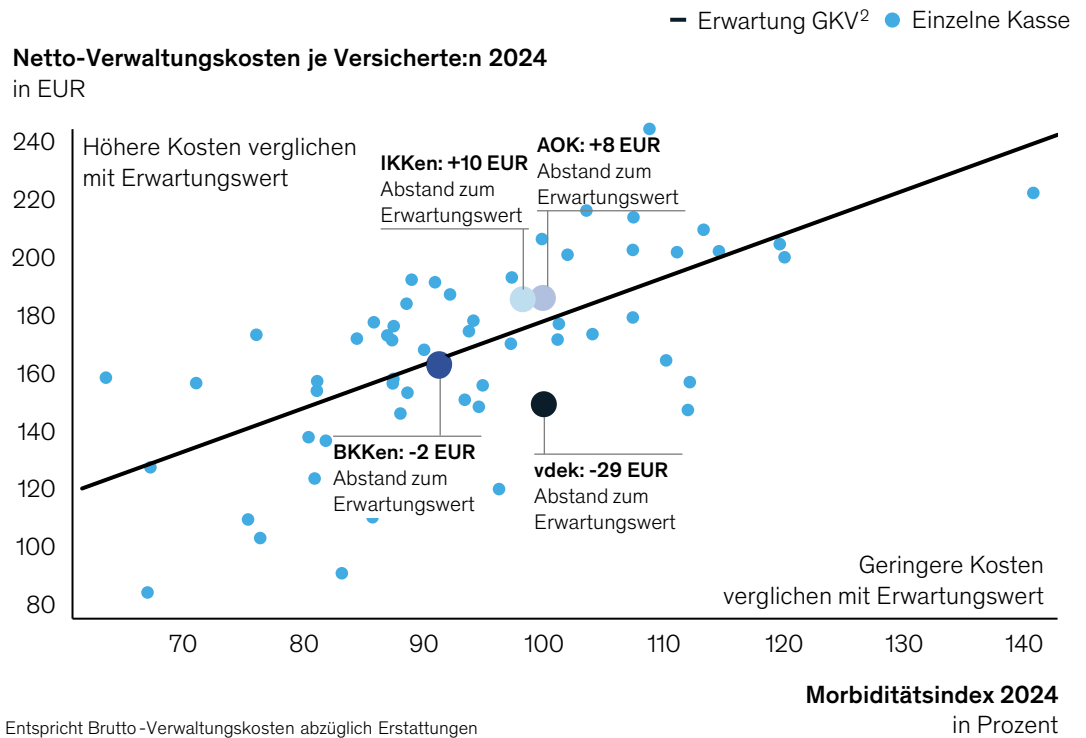
strategische Prioritäten und strukturelle Herausforderungen hin, insbesondere bezüglich Digitalisierung, Sachkosteninflation und regulatorischer Anforderungen (siehe Schaubild B2.25).

Ein Blick auf die langfristigen Verpflichtungen innerhalb der persönlichen Verwaltungskosten verdeutlicht die strukturellen Veränderungen: Zahlungen an Pensionskassen steigen zwischen 2012 und 2024 um 177%, während Ruhegehälter, Sozialversicherungsbeiträge und Arbeitnehmervergütungen um 131% bis 140% zunehmen. Im Gegensatz dazu gehen die Dienstbezüge der Beamten und Dienstordnungs-Angestellten im gleichen Zeitraum um 32% zurück. Diese Verschiebungen unterstreichen den strukturellen Wandel der Beschäftigungs- und Versorgungs-

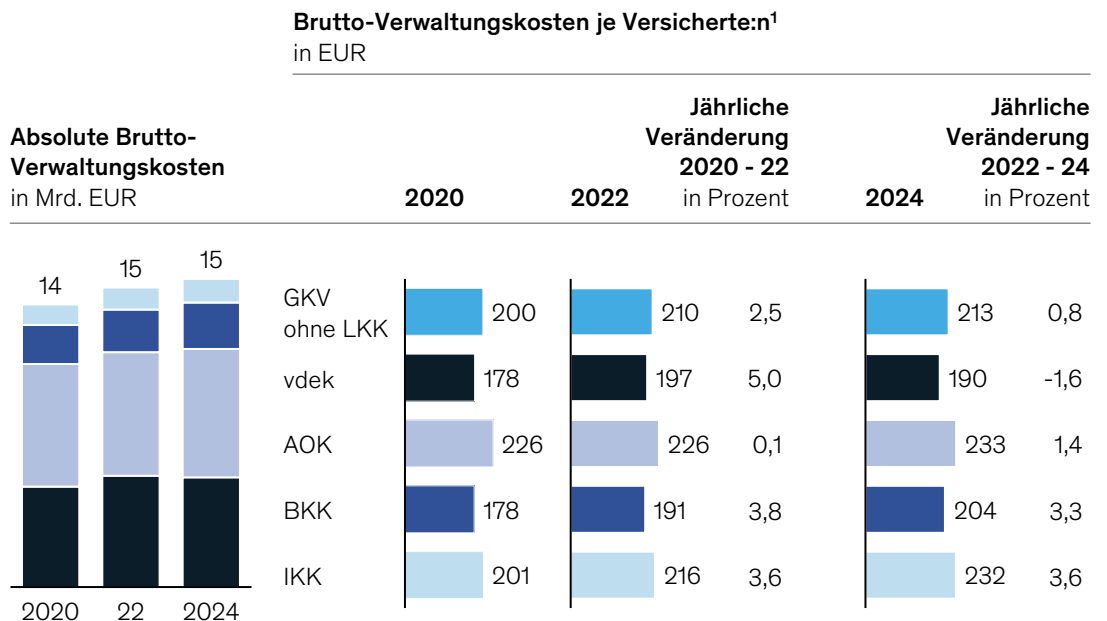
strukturen, der langfristig die Kostenentwicklung prägt (siehe Schaubild B2.26).

Auch die Beschäftigtenzahlen zeigen ein differenziertes Bild: 2024 beschäftigt die AOK-Gemeinschaft 202 Mitarbeitende je 100.000 Versicherte und liegt damit über dem GKV-Durchschnitt von 176. Die IKKen folgen mit 196 Beschäftigten, während die BKKen mit 165 und der vdek mit 148 Mitarbeitenden je 100.000 Versicherte unterdurchschnittliche Werte aufweisen. Zwischen 2021 und 2024 sinkt die Zahl der Beschäftigten bei der AOK um 0,9% pro Jahr, im GKV-Durchschnitt um 0,5% pro Jahr und bei den IKKen leicht um 0,2% pro Jahr. Im Gegensatz dazu verzeichnen der vdek (+0,2% pro Jahr) und die BKKen (+0,5% pro Jahr) moderate Zuwächse (siehe Schaubild B2.27).

## Die Netto-Verwaltungskosten<sup>1</sup> von BKKen und vdek liegen 2022 unter den Erwartungen; AOKen und IKKen liegen darüber



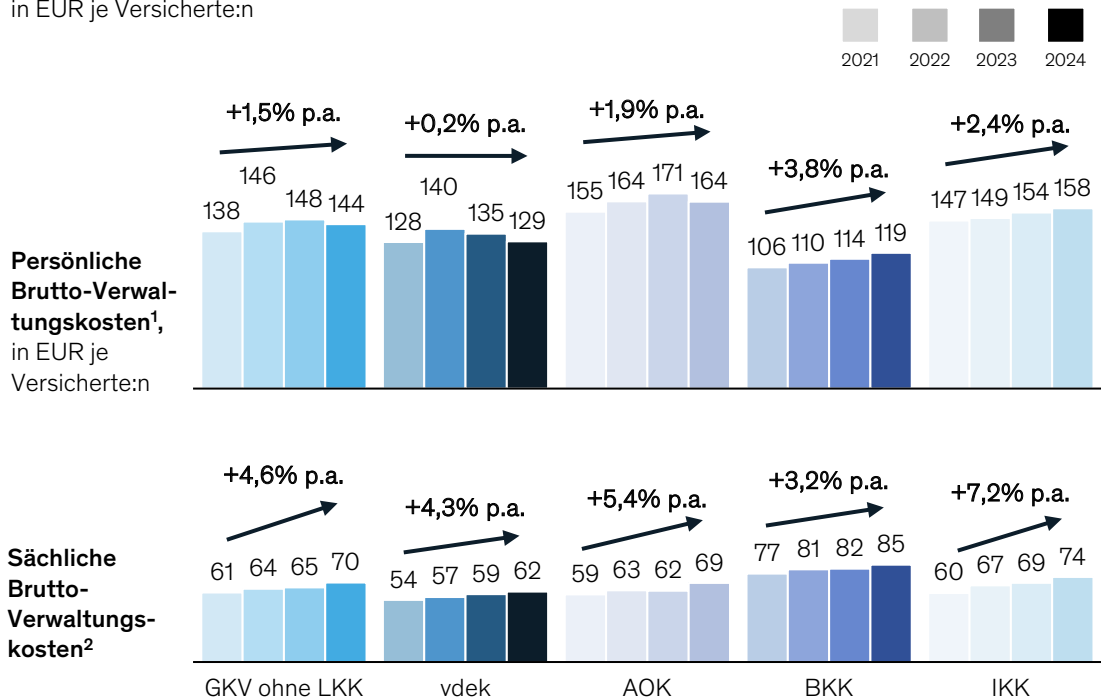
## Die Verwaltungskosten steigen kontinuierlich, am stärksten bei BKKen und IKKen; der vdek verzeichnet zuletzt rückläufige Ausgaben je Versicherte:n



1 Grundlage bilden die Kontonummern 07000-07550  
Quelle: KJ1 BMG

## Persönliche Verwaltungskosten je Versicherte:n steigen bei BKKen am stärksten, zudem wachsen bei allen Kassen die sächlichen Verwaltungskosten

in EUR je Versicherte:n

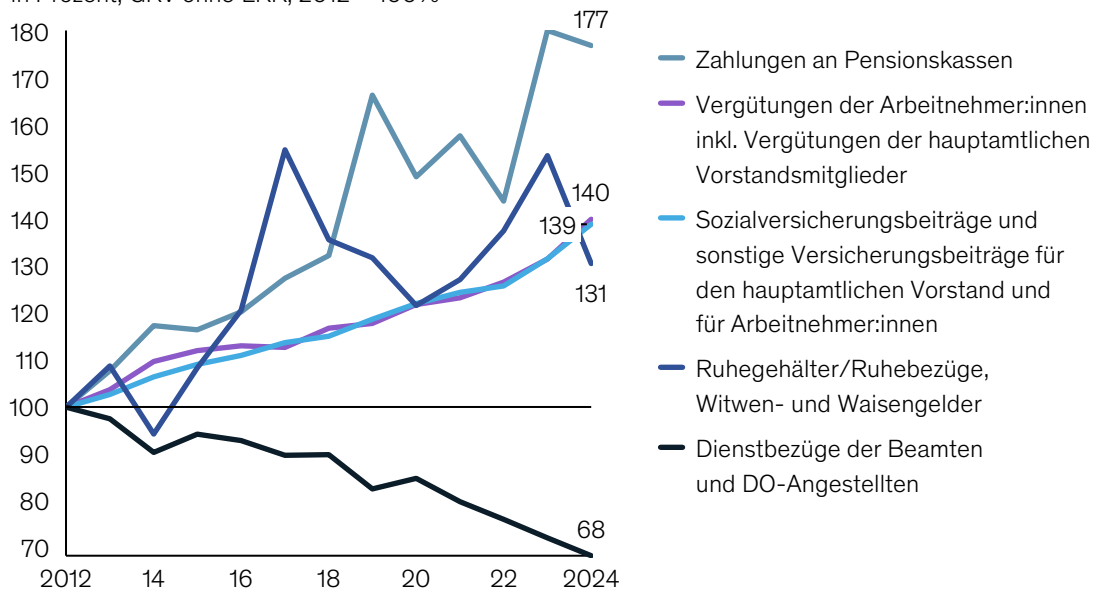


1 Kontonummern 07000-07051  
2 Kontonummern 07100-07550

Quelle: KJ1 BMG

## Unter persönlichen Brutto-Verwaltungskosten sind Zahlungen an Pensionskassen am stärksten gestiegen; die Dienstbezüge sinken

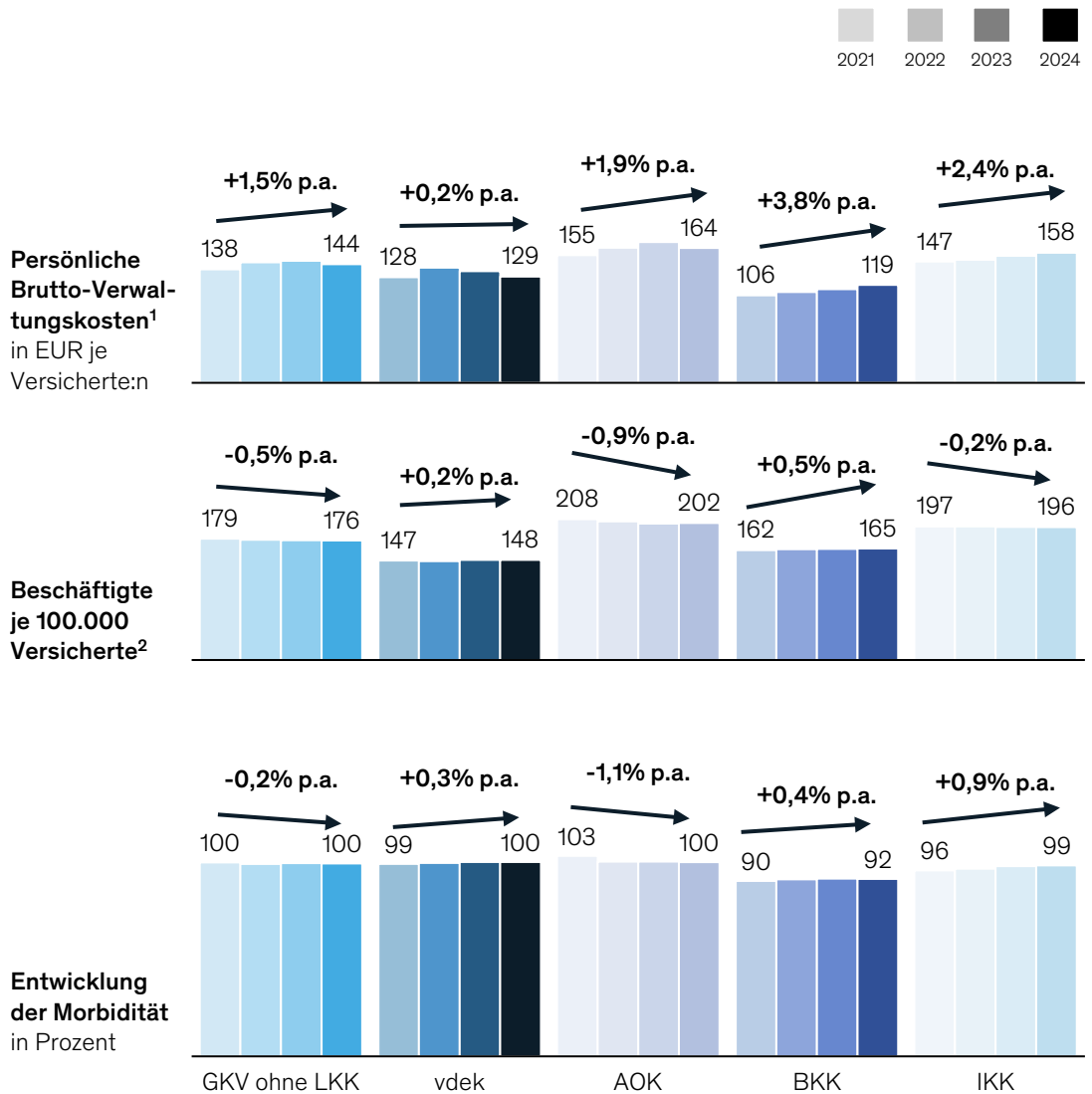
Relative Entwicklung der 5 größten<sup>1</sup> Konten der persönlichen<sup>2</sup> Brutto-Verwaltungskosten in Prozent, GKV ohne LKK, 2012 = 100%



1 Anteilig an den Gesamt-Brutto-Verwaltungskosten  
2 Kontonummern 07000-07051

Quelle: KJ1 BMG

## Beschäftigtenanzahl und Morbidität sind keine klaren Treiber persönlicher Verwaltungskosten; BKKen verzeichnen Beschäftigtenwachstum



1 Kontonummern 07000-07051

2 Personal der Krankenkasse insgesamt (ohne Eigenbetriebe)

Quelle: KJ1 BMG; KG1 BMG; Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V, mit Abweichungen ggü. GBE

# Zusatzbeiträge

Seit der Einführung des Zusatzbeitrags im Jahr 2015 war dessen Höhe ein entscheidender Faktor für die Versichertenentwicklung. In den darauffolgenden Jahren, insbesondere ab 2018, stabilisierte sich die Entwicklung der Zusatzbeiträge und damit auch der Versicherten. Seit 2023 wurden jedoch kassenübergreifend mehrfach die Zusatzbeiträge erhöht. Damit haben sich die Zusatzbeiträge bei allen Kassenarten, mit Ausnahme der AOK-Gemeinschaft, mehr als verdoppelt. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag liegt 2026 bei 3,12% im Vergleich zu 1,37% 2022. Deshalb zeigt sich nach einer Phase der Stabilität zwischen 2018 und 2023 nun wieder eine Spreizung des Zusatzbeitrags, womit dieser erneut zu einem bedeutenden Wettbewerbsfaktor wird. Während der Interquartilsabstand der Zusatzbeiträge 2022 noch bei 0,3 Prozentpunkten lag, haben die mehrfachen Erhöhungen bis Anfang 2026 zu einer Spreizung von 0,6 Prozentpunkten geführt (siehe Schaubilder B2.28 bis B2.31).

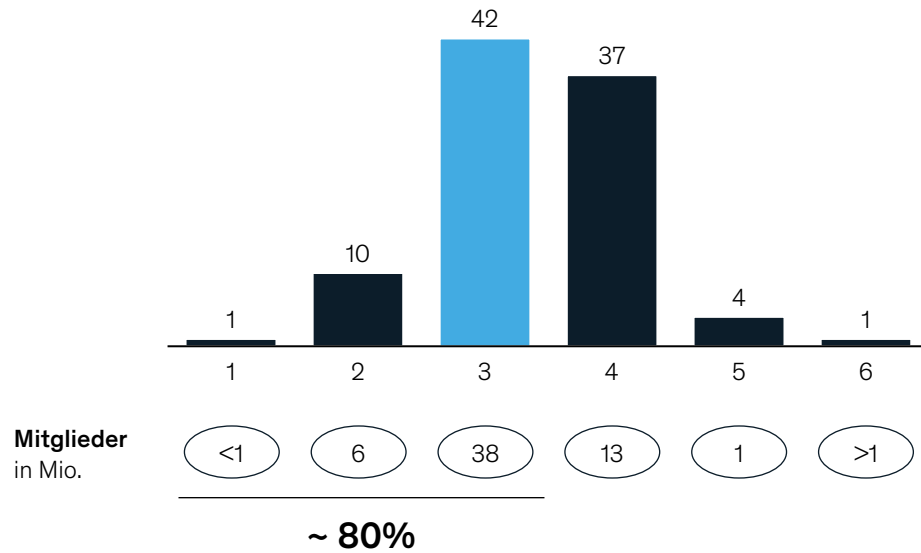
Eine Analyse der GKVen zeigt, dass Kassen, die bereits 2023 hohe Zusatzbeiträge hatten, auch 2026 tendenziell höhere Zusatzbeiträge erheben. Diese gehen in der Regel mit einem Rückgang der Versicherten einher, während niedrigere Zusatzbeiträge häufig zu einem Zuwachs an Versicherten führen (siehe Schaubilder B2.32 und B2.33). Ein weiterer zentraler Aspekt ist die Wechselwirkung zwischen Morbidität und Zusatzbeiträgen. Krankenkassen mit einer höheren Morbidität

unter ihren Versicherten geraten häufig in einen Teufelskreis: Um die steigenden Kosten zu decken, sind sie gezwungen, ihre Zusatzbeiträge stärker zu erhöhen. Diese Erhöhungen führen jedoch oft zu einem Rückgang der Versicherten, da insbesondere gesunde Versicherte zu günstigeren Kassen wechseln. Dies erhöht die durchschnittliche Morbidität innerhalb der Kasse weiter, was wiederum den Druck auf die Zusatzbeiträge verstärkt (siehe Schaubilder B2.34 und B2.35).

Um dieser Entwicklung zu begegnen, verfolgen die Krankenkassen unterschiedliche Strategien. Ein Ansatz besteht in der effizienten Ausgabenkontrolle: Durch eine gezielte Steuerung der Ausgaben können Kassen weiterhin attraktive Zusatzbeiträge anbieten und so ihre Wettbewerbsfähigkeit langfristig sichern. Andere Kassen setzen auf aktive Risikoselektion, indem sie spezielle Angebote und Ansprachen entwickeln, um auf die gestiegene Preissensibilität der Versicherten zu reagieren. Eine weitere Strategie ist der Fokus auf Service und Leistung. Hierbei versuchen Kassen, sich durch ein verbessertes Leistungsangebot und einen herausragenden Service von der Konkurrenz abzuheben und ihre Position im Wettbewerb zu stärken.

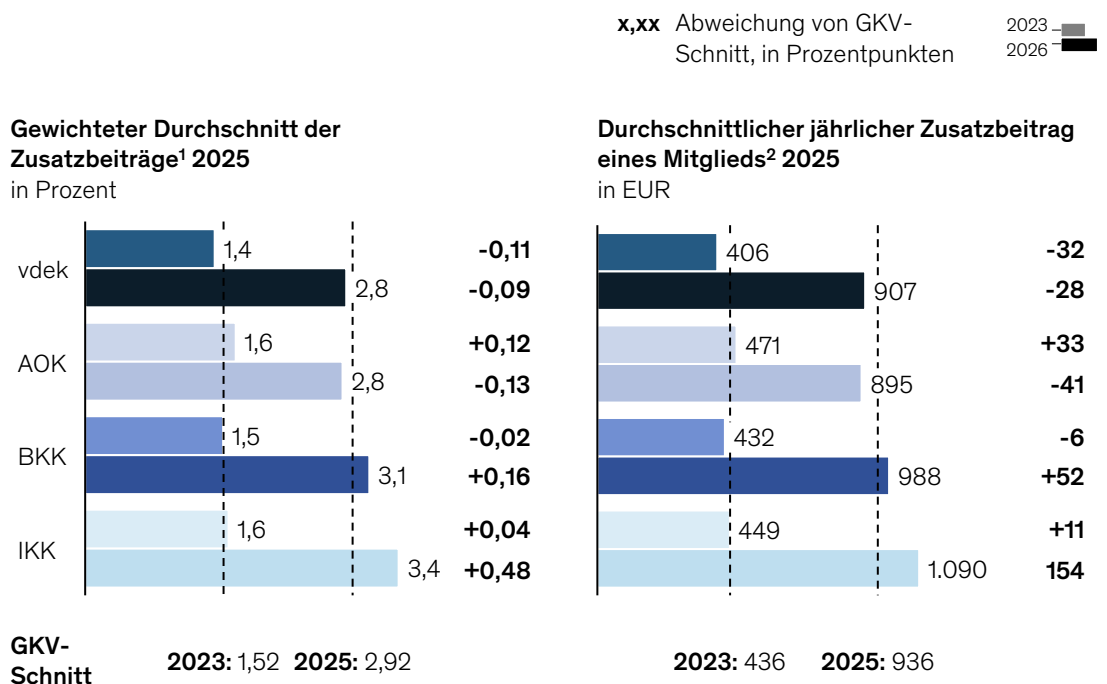
## Über 80% der Versicherten haben seit Ende 2023 mindestens 3 Zusatzbeitrags erhöhungen erhalten

Anzahl der Zusatzbeitrags erhöhungen zwischen Ende 2023 und Januar 2026, in Anzahl Kassen



Quelle: McKinsey-Zusatzbeitragsdatenbank; Ranking DfG-Mitglieder und Versicherte; GKV-Spitzenverband

## Die gewichteten durchschnittlichen Zusatzbeiträge reichen 2025 von 2,8 bis 3,40%; die AOKen liegen 0,13 Prozentpunkte unter dem Durchschnitt



1 Ohne LKK und rein betriebsinterne Krankenkassen; Rundungsdifferenzen möglich

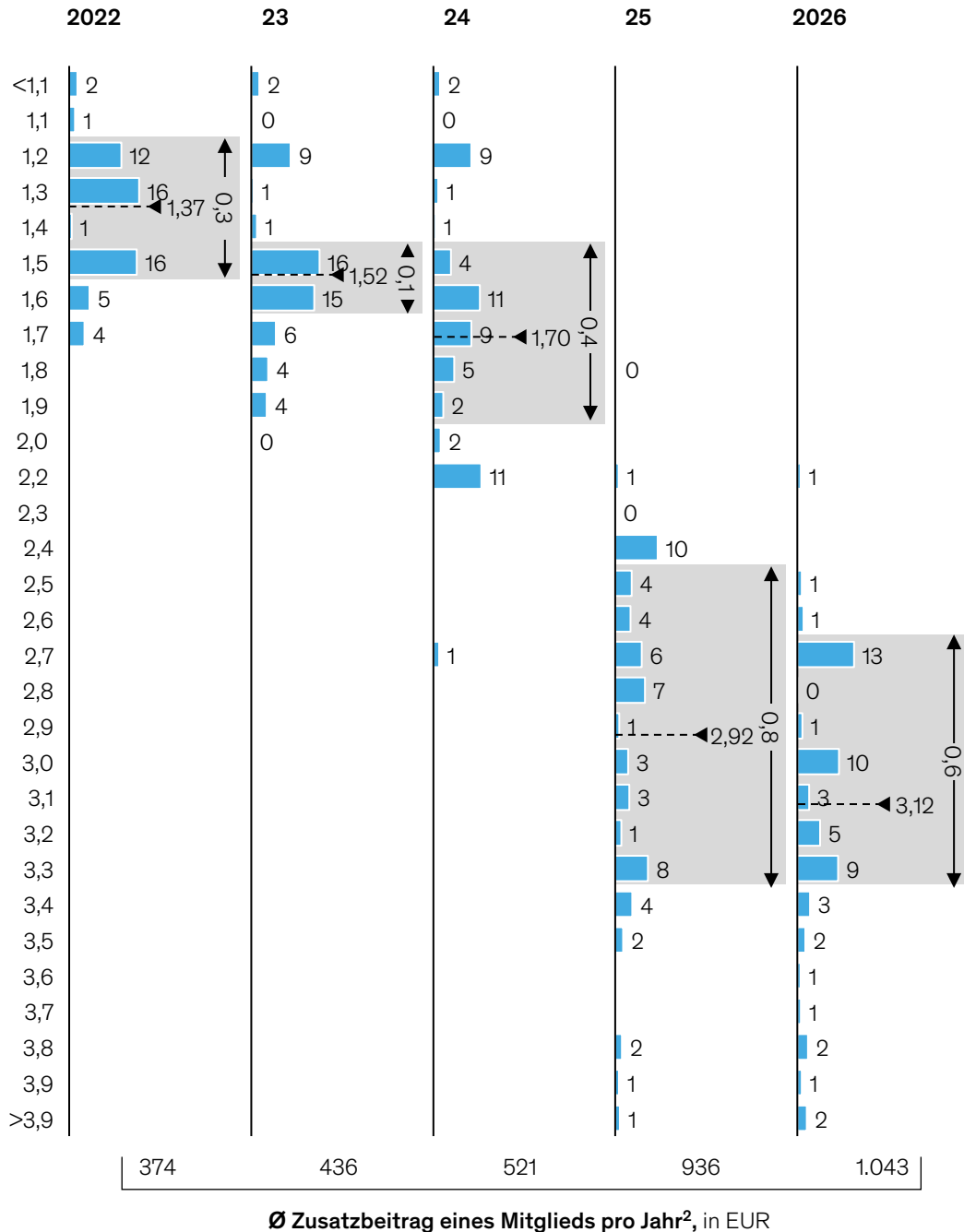
2 Bei durchschnittlichem beitragspflichtigen Einkommen; Rundungsdifferenzen möglich

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

## Zu Beginn 2026 liegen die durchschnittlichen Zusatzbeiträge der Kassen bei 3,12% sowie 0,20 Prozentpunkte über dem Vorjahr

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

◀ x,xx Gewichteter Durchschnitt der Zusatzbeiträge in der GKV<sup>1</sup>, in Prozent



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

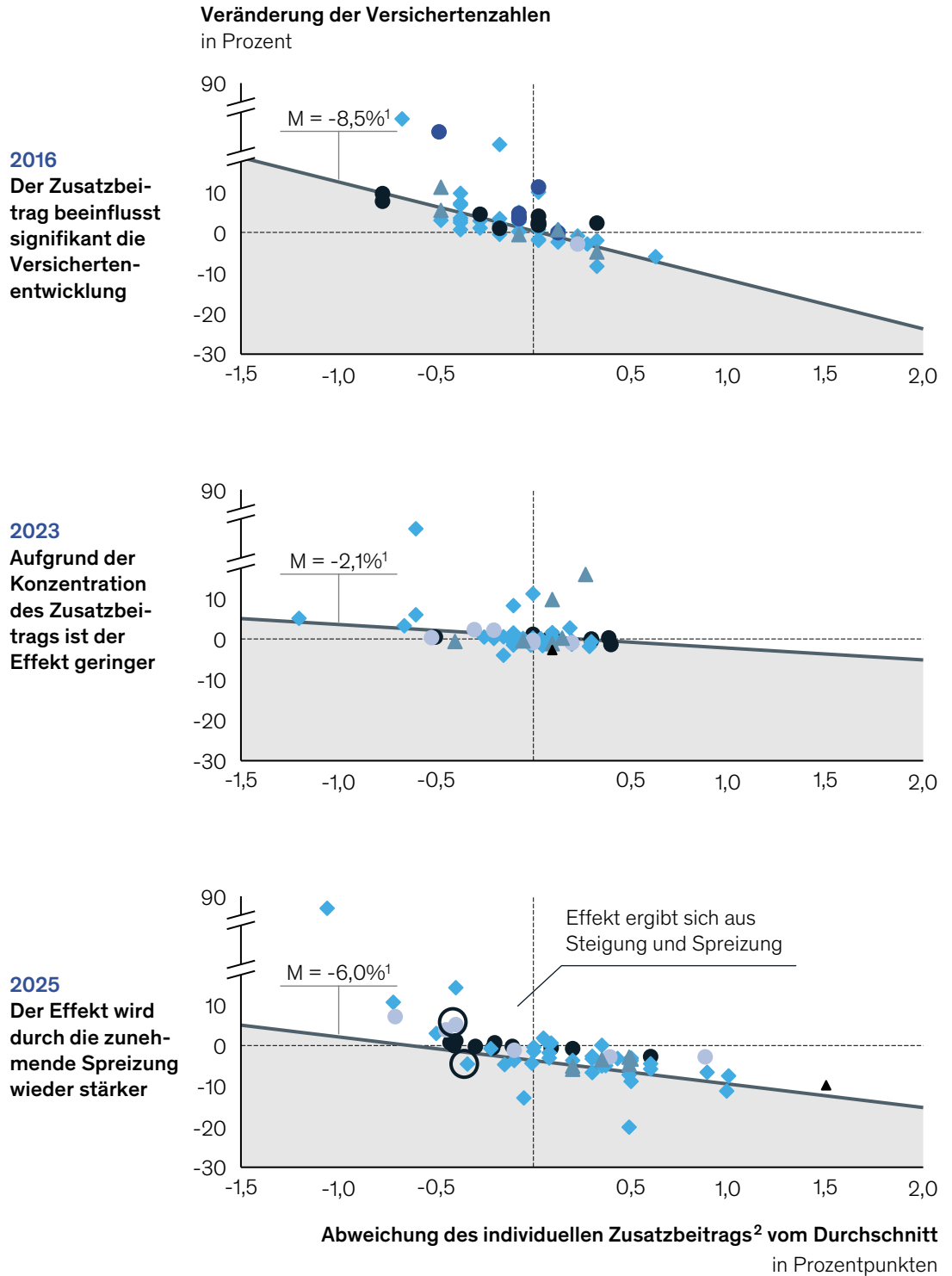
<sup>2</sup> Bei durchschnittlichem beitragspflichtigen Einkommen und Zusatzbeitrag zum Stichtag

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

## Aufgrund der aktuell starken Spreizung ist der Zusatzbeitrag wieder ein entscheidender Wettbewerbsfaktor

Krankenkassen ab 50.000 Versicherte

◆ BKK ● AOK ● vdek ▲ IKK ● Knappschaft



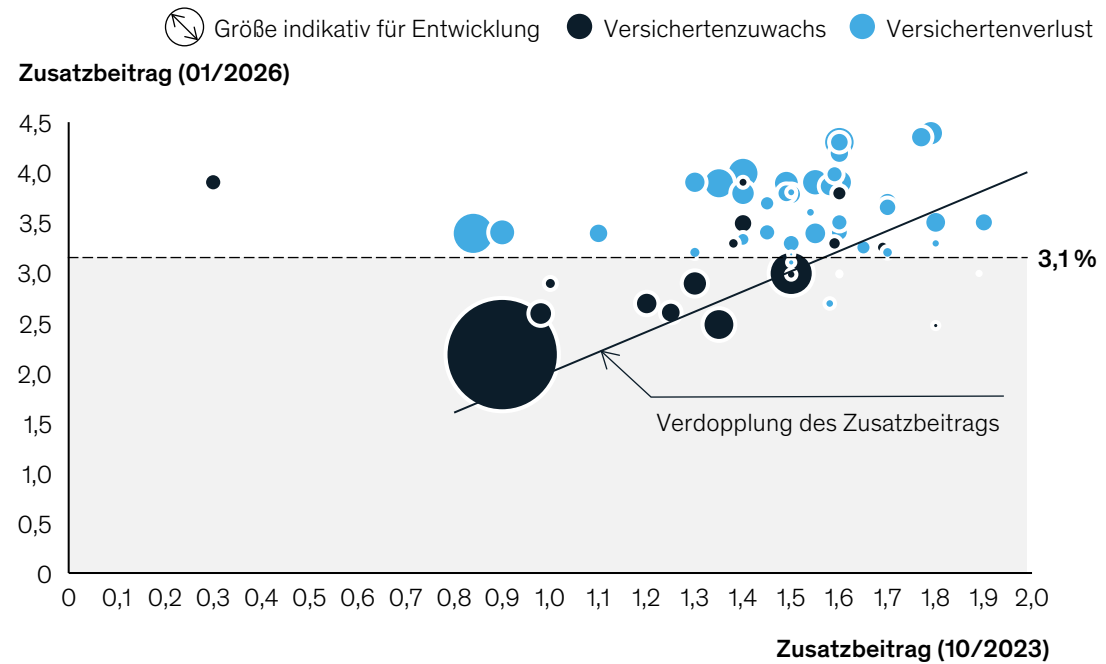
<sup>1</sup> Näherung: Wachstum in Prozent je Prozentpunkt Abweichung des Zusatzbeitrags vom GKV-Schnitt, ohne Ausreißer

<sup>2</sup> Über Mitglieder gewichteter Mittelwert, wobei regionale Kassen den Schnitt der KV-Regionen als Referenz haben, in denen sie geöffnet sind

Quelle: McKinsey-Zusatzbeitragsdatenbank; Ranking DfG-Mitglieder und -Versicherte; GKV-Spitzenverband

## Wettbewerbsfaktor: Zusatzbeitrag von 3,1 Prozent teilt die GKV in Gewinner und Verlierer

Entwicklung der Zusatzbeiträge und Versicherten von Oktober 2023 bis Januar 2026, in Prozent; Krankenkassen ab 50.000 Versicherte – ohne Fusionen



<sup>1</sup> Versichertenrückgang bzw. -zuwachs von Oktober 2023 auf Januar 2026

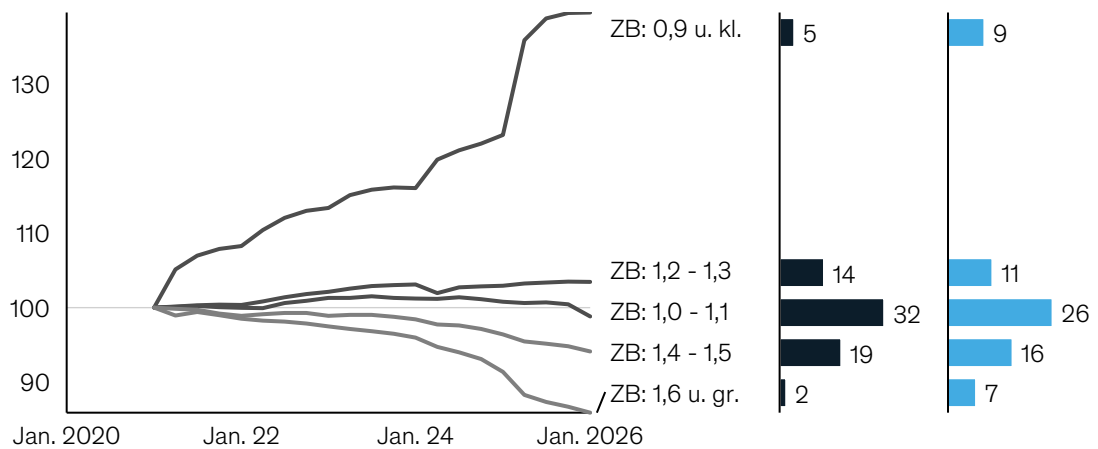
Quelle: McKinsey-Zusatzbeitragsdatenbank; Ranking DfG-Mitglieder u. Versicherte; GKV-Spitzenverband

## Der Versichertenzuwachs korreliert mit dem Zusatzbeitrag als einem von mehreren Faktoren, besonders am äußeren Rand des Spektrums

Entwicklung der Versichertenanzahl der Krankenkassen<sup>1</sup> nach Höhe des Zusatzbeitrags (ZB<sup>2</sup>) am Stichtag 1.1.2021

Versichertenanzahl indexiert, 1.1.2021 = 100%

Status Januar 2026



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

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

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

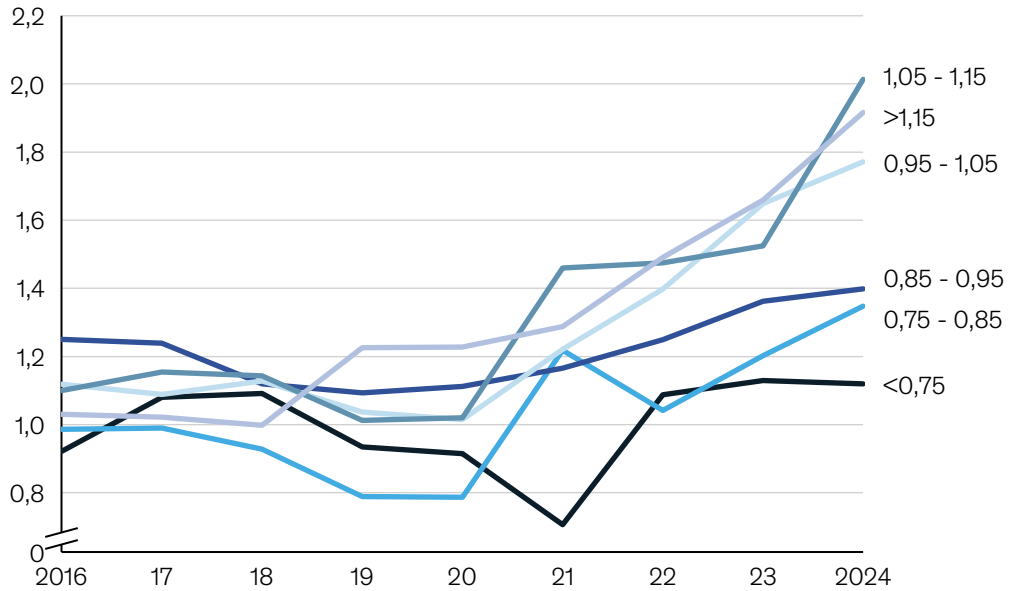
## Kassen mit höherer Morbidität müssen den Zusatzbeitrag stärker erhöhen

Entwicklung der Zusatzbeiträge und des Morbiditätsindex; Krankenkassen ab 50.000 Versicherte

### Zusatzbeitrag in Abhängigkeit des Morbiditätsindex

Gewichteter Durchschnitt in Prozent

Morbiditätsindex

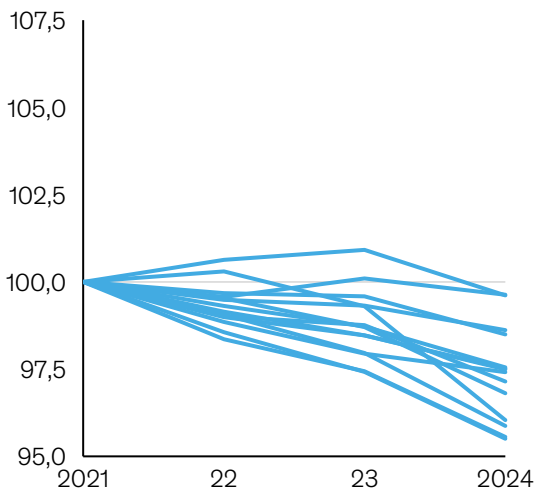


Quelle: McKinsey-Zusatzbeitragsdatenbank; Ranking DfG-Mitglieder und -Versicherte; GKV-Spitzenverband; Rechnungslegung der GKV'en

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

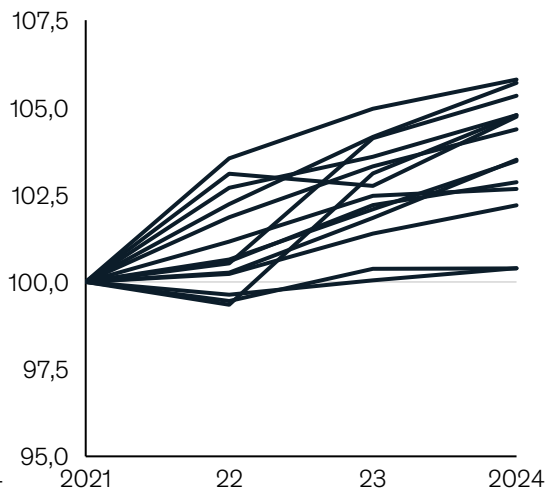
### Kassen<sup>1</sup> mit Versichertenverlust ggü. 2021

Versichertenanzahl indexiert, 2021 = 100%



### Morbidität der Kassen mit Versichertenverlust

Morbidität indexiert, 2021 = 100%



<sup>1</sup> Kassen mit Morbiditätsindex unter 125 und mehr als 200.000 Versicherten im Jahr 2021

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

# Aktuelle Entwicklungen

Die endgültigen Ergebnisse für 2025 liegen zum Zeitpunkt dieser Veröffentlichung noch nicht vor und werden für Juni 2026 erwartet. Die Interpretation der vorläufigen Rechnungsergebnisse basiert teilweise auf Schätzungen.

Mit ihren vorläufigen Finanzergebnissen für das Jahr 2025 weisen die GKV-en einen Überschuss von rund 3,5 Mrd. EUR aus. Ihren Einnahmen in Höhe von 355,9 Mrd. EUR stehen Ausgaben in Höhe von 352,4 Mrd. EUR gegenüber. Alle Kassenarten weisen 2025 einen Überschuss auf, der vdek z.B. 1,5 Mrd. EUR und die IKKen 0,4 Mrd. EUR.

Bei einer gleichbleibenden Versichertenzahl wachsen die Leistungsausgaben um 7,9% und damit ähnlich stark wie im Vorjahr, während die Verwaltungskosten um 4,7% steigen. Die Ausgaben für Arzneimittel und für ambulante ärztliche Behandlungen steigen 2025 mit 5,9% und 7,6% nur leicht unterhalb des durchschnittlichen Anstiegs der Leistungsausgaben. Im Vergleich zum langjährigen Durchschnitt weisen diese Bereiche jedoch eine hohe Dynamik auf. Deutlich überproportional steigen die Ausgaben in weiteren kleinen und mittleren Leistungsbereichen, z.B. für Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege (+12,6%), Heilmitteln (+10,4%), Aufwendungen für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen (+10,0%) sowie Fahrkosten (+8,9%).

Der Gesundheitsfonds verzeichnet 2025 ein Defizit in Höhe von 0,6 Mrd. EUR. Die Verringerung

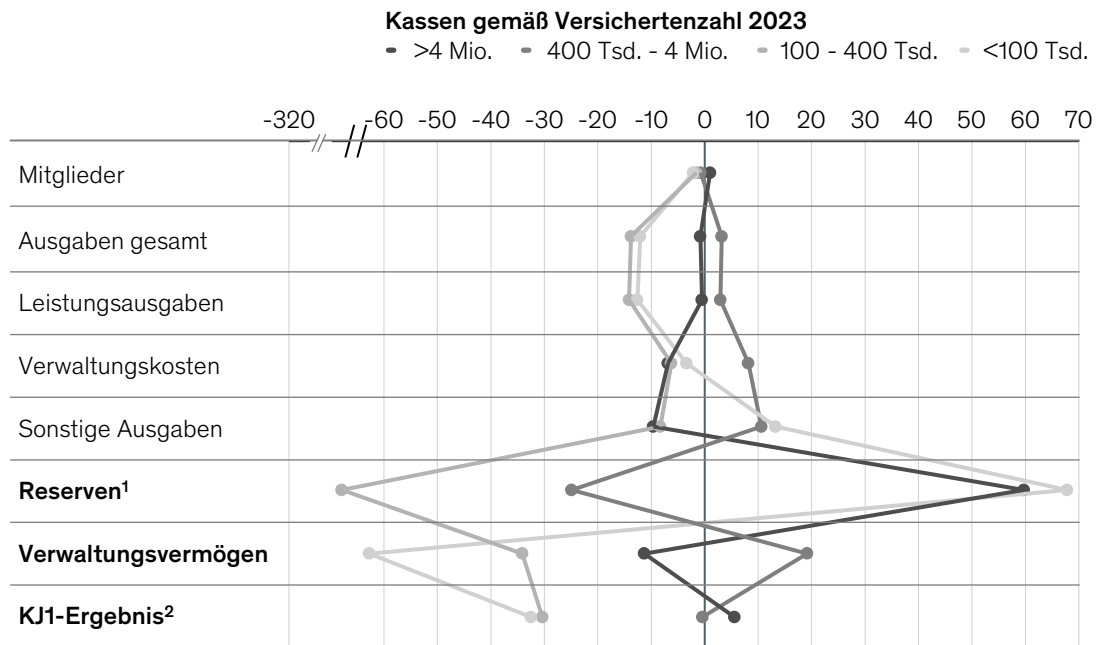
des Defizits gegenüber dem Vorjahr resultiert vor allem aus den gestiegenen Beitragseinnahmen (ohne Zusatzbeiträge +5,3%) aufgrund der deutlich gestiegenen beitragspflichtigen Löhne und Gehälter. Zum 15. Januar 2026 lag die Liquiditätsreserve bei rund 7,1 Mrd. EUR.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat, basierend auf der Prognose des GKV-Schätzerkreises vom 14. und 15. Oktober 2025, einen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2026 von 2,9% verkündet. Dies entspricht einem Anstieg von 0,4 Prozentpunkten gegenüber dem Vorjahr; die kassenindividuellen Beitragssätze können hiervon abweichen. Zum 1. Januar 2026 haben 43 Krankenkassen ihren Beitragssatz erhöht, bei 471 blieb er unverändert, 2 Krankenkassen haben ihn gesenkt. Im Durchschnitt liegt der GKV-Zusatzbeitragssatz bei 3,13%.

Von dieser Gemengelage aus steigendem Kostendruck, niedrigen Reserven und im Umbruch befindlichen Rahmenbedingungen sind die Krankenkassen unterschiedlich stark betroffen. Grundsätzlich bleibt der finanzielle Handlungsspielraum jedoch für alle Kassen eingeschränkt (siehe Schaubilder B2.36 bis B2.38).

## Kassen verschiedener Größe unterscheiden sich strukturell deutlich, insb. im Hinblick auf Reserven und Verwaltungsvermögen sowie KJ1-Ergebnis

Delta zu GKV ohne LKK des Werts je Versicherte:n 2024, in Prozentpunkten



1 Betriebsmittel und Rücklagen, ohne Geldmittel zur Anschaffung von Verwaltungsvermögen

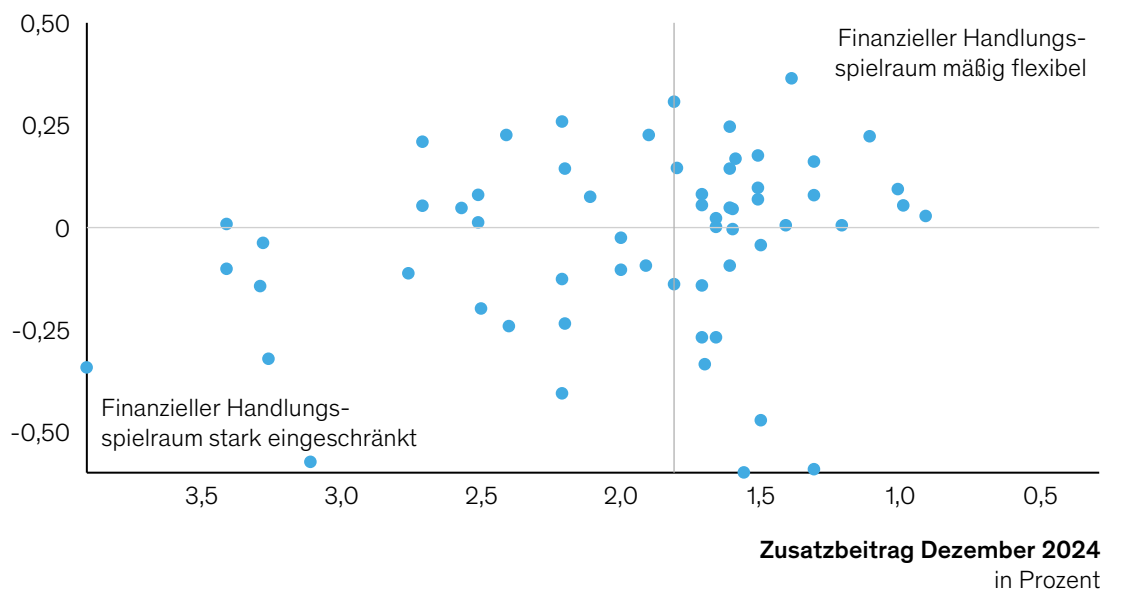
2 Vorzeichen Prozentpunkte adaptiert an negatives KJ1-Ergebnis der GKV ohne LKK

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

## Rückblick auf 2024: Reserven und Zusatzbeitrag verteilen sich ungleich auf die Einzelkassen

### Reserven zu Ende Dezember

in Anzahl Monatsausgaben<sup>1</sup>

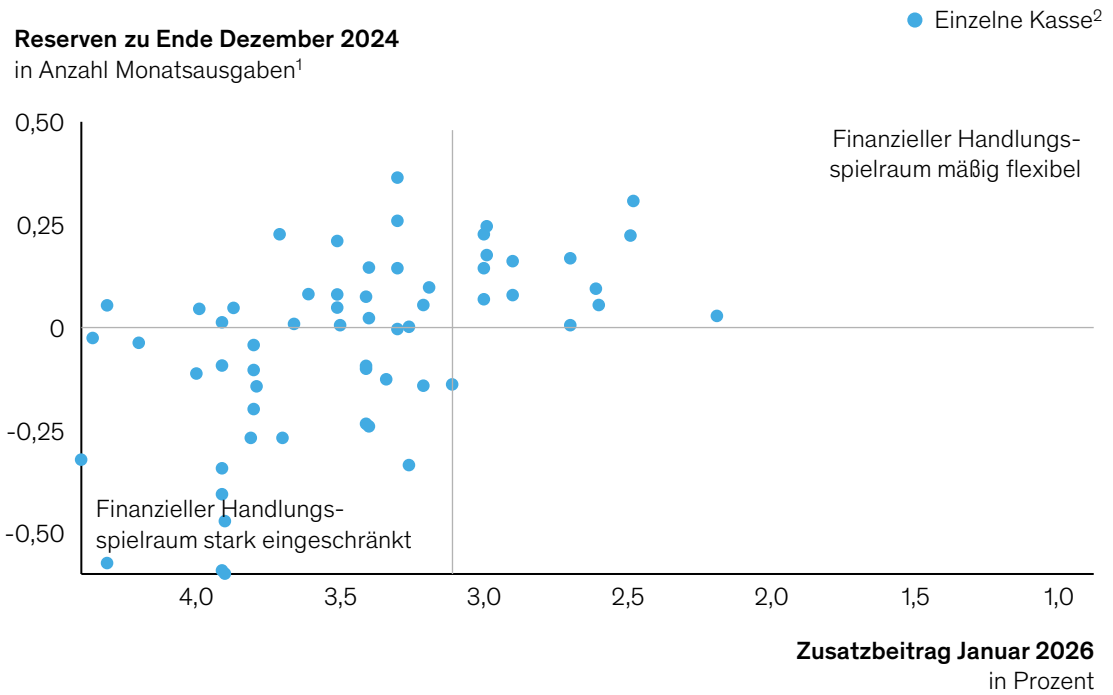


1 Betriebsmittel und Rücklagen ohne Geldmittel zur Anschaffung von Verwaltungsvermögen, Monatsausgaben = 1/12 Gesamtausgaben

2 Basierend auf allen Kassen mit >50.000 Versicherten im Jahr 2024

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

## Der Blick auf die Zusatzbeiträge im Januar 2026 zeigt 26 Kassen mit stark eingeschränktem finanziellen Handlungsspielraum



<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 2024

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



# Ausblick

Der deutsche GKV-Sektor ist mehr denn je gefordert, Zukunft zu gestalten, statt Stillstand zu verwalten. Die Herausforderungen sind vielfältig: Explodierende Ausgaben, insbesondere in Kliniken und bei Arzneimitteln, ambitionierte Reformpläne, Fachkräftemangel und der demografische Wandel setzen die Branche permanent unter Druck. Zugleich stoßen viele Kassen finanziell an ihre Grenzen. Die Zeiten, in denen Stabilität selbstverständlich war, sind vorbei – heute ist sie das Ergebnis entschlossenen und vorausschauenden Handelns. Derweil eröffnet der technologische Fortschritt, insbesondere durch KI, GenAI und agentische Systeme, enorme Chancen, die weit über klassische Effizienzsteigerungen hinausgehen. Wer jetzt mutig und strategisch in Innovationen investiert, kann nicht nur die Kosten besser kontrollieren, sondern auch Servicequalität und Wettbewerbsfähigkeit deutlich steigern – und flexibler auf sich verändernde Rahmenbedingungen reagieren. Denn derzeit gewinnt die gesundheitspolitische Reformagenda an Dynamik: Ende März legte die Finanzkommission Gesundheit ein Paket aus 66 Sparvorschlägen und Reformempfehlungen vor. Auf dieser Basis hat das BMG bereits einen Entwurf für das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz veröffentlicht. Dieser sieht sowohl Maßnahmen zur Einnahmensteigerung als auch zur Ausgabenbegrenzung vor – Schritte, die von den Kassen proaktives Handeln erfordern. In der Branche hat sich daher die Erkenntnis gefestigt, dass das Gesundheitswesen vor einer tiefgreifenden Transformation steht, auch wenn deren finale Konturen noch nicht vollständig feststehen. Die Rahmenbedingungen können sich also kurzfristig verändern und Krankenkassen müssen daher strategisch handlungsfähig bleiben – unabhängig von der konkreten Ausgestaltung einzelner Reformen.

Unsere aktuelle Versichertenbefragung unterstreicht zudem die Dringlichkeit, sich auch außerhalb der Reformagenda vorzubereiten: Die Unzufriedenheit mit dem Gesundheitssystem ist hoch und wirkt sich unmittelbar auf die Bewertung der eigenen Kasse aus – trotz weiterhin geringer Wechselbereitschaft. Ein wettbewerbsfähiger Zusatzbeitrag bleibt zwar der wichtigste Treiber für Zufrieden-

heit und Wechselbereitschaft. Für den langfristigen Erfolg entscheidend sind jedoch zusätzlich eine klare Differenzierung über den wahrgenommenen Leistungskatalog sowie ein exzellenter, personalisierter Service. Besonders die „wechselaffinen“ Versicherten werden damit zum Schlüssel für eine langfristig positive Mitgliederentwicklung.

## Neues Verständnis von Technologie und Omnikanal

Automatisierung, GenAI und agentische Systeme entwickeln sich rasanter als jede Reform. Während frühere Digitalisierungswellen oft an Silodenken und Insellösungen scheiterten, ermöglichen KI-Agenten heute die gesamthafte Orchestrierung komplexer Abläufe – von der Antragsbearbeitung über die Leistungsprüfung bis zur personalisierten Kundenkommunikation. In Kombination mit einem integrierten Omnikanal-Management profitieren die Versicherten von nahtlosen, transparenten und schnellen Interaktionen über alle Kontaktpunkte hinweg. Echtzeit-Statusupdates, kanalübergreifende Bearbeitung und weniger Medienbrüche werden zum neuen Standard. Voraussetzungen dafür sind eine skalierbare Architektur, klare Governance und Auditierbarkeit sowie die konsequente Einbettung von KI in die fachliche Steuerungslogik. Entscheidend ist dabei, KI nicht als Experiment, sondern als tragende Säule des Produktivitäts- und Servicemodells zu verstehen.

## Strukturelle Effizienz für zukunftsfähige Prozesse

In Zeiten begrenzter Beitragsspielräume ist Abwarten keine Option. Verwaltungskosten, insbesondere im Personalbereich, entwickeln sich zunehmend zu einem strukturellen Kostentreiber; Produktivitätsgewinne müssen aktiv realisiert werden. Hier kann KI-gestützte Automatisierung zum entscheidenden Hebel werden: Sie beschleunigt Prozesse, reduziert Fehler und übernimmt standardisierbare Aufgaben. Gleichzeitig lassen sich natürliche Personalabgänge besser auffangen und Ressourcen gezielt auf komplexere wertschöpfende Tätigkeiten umlenken. Investitionen sollten dabei klar auf Anwendungsfälle mit messbarem Effizienz- und Qualitätsgewinn ausgerich-

tet sein. Eine priorisierte Automatisierungsagenda hilft, diese Potenziale systematisch und nachhaltig zu erschließen.

### **Neuaustrichtung von Organisation, Governance und Arbeitgebermarke**

Mit dem Siegeszug der KI verschiebt sich der Fokus von der Einzelfallbearbeitung hin zu Governance und Datenkompetenz. Neue Rollen entstehen – von Architekt:innen über Risikomanager:innen bis zu Expert:innen für Mensch-KI-Interaktion. Klare Verantwortlichkeiten, ein robustes Governance-Framework und gezielte Qualifizierung sind unerlässlich, um Qualität, Compliance und Vertrauen der Mitarbeitenden dauerhaft zu sichern.

### **Effizienz als Sprungbrett für Innovation**

Die richtige Reihenfolge ist entscheidend: Krankenkassen, die ihre Effizienzpotenziale – auch mithilfe von KI – konsequent ausschöpfen, schaffen

die finanziellen und organisatorischen Voraussetzungen für gezielte Investitionen in technologische Innovationen oder datenbasierte Services. Versicherte spüren den Effekt unmittelbar: schnellere Abläufe, konsistente Kommunikation und bessere Servicequalität. Das steigert nicht nur ihre Zufriedenheit, sondern stärkt auch nachhaltig die Wettbewerbsfähigkeit der Kassen.

Langfristig zählt nicht die einzelne Maßnahme, sondern die Fähigkeit, Effizienzgewinne systematisch in Innovationskraft umzuwandeln. Krankenkassen, die Effizienz und technologische Weiterentwicklung als integriertes Betriebsmodell verstehen, bleiben auch unter anhaltendem Kosten- und Reformdruck widerstandsfähig – und verbinden Stabilität mit spürbar besseren Leistungen.



# Glossar

Begriff (Abkürzung)	Definition
<b>Application Programming Interface (API)</b>	Eine API ist eine Schnittstelle, über die unterschiedliche Softwareanwendungen miteinander kommunizieren und Daten oder Funktionen austauschen können.
<b>Contact Center System</b>	Ein Contact Center System ist eine Softwarelösung zur Steuerung und Abwicklung von Kundeninteraktionen über verschiedene Kanäle wie Telefon, E-Mail oder Chat.
<b>Design-Thinking-Ansatz</b>	Der Design-Thinking-Ansatz ist eine nutzerzentrierte Methode zur Problemlösung, die iterative Schritte wie Verstehen, Ideenfindung, Prototyping und Testen kombiniert.
<b>Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)</b>	Die DSGVO ist eine EU-Verordnung, die den Schutz personenbezogener Daten regelt und Unternehmen verpflichtet, transparente und sichere Datenverarbeitungsprozesse einzuhalten.
<b>End-to-End (E2E)/Ende-zu-Ende</b>	End-to-End bezeichnet die ganzheitliche Betrachtung und Abdeckung eines Prozesses von Anfang bis Ende ohne Medienbrüche oder Systemgrenzen.
<b>EU Sovereign Cloud</b>	Eine EU Sovereign Cloud ist eine Cloud-Infrastruktur, die vollständig den europäischen Datenschutz- und Compliance-Anforderungen unterliegt und Datenhoheit innerhalb der EU gewährleistet.
<b>Frequently Asked Questions (FAQ)</b>	FAQ sind häufig gestellte Fragen und Antworten zu einem bestimmten Thema zur schnellen Information von Nutzer:innen.
<b>Full Time Equivalent (FTE)</b>	FTE ist eine Kennzahl zur Messung von Arbeitskapazität, bei der Teilzeitstellen in Vollzeitäquivalente umgerechnet werden.
<b>Governance</b>	Governance bezeichnet die Gesamtheit von Regeln, Prozessen und Verantwortlichkeiten zur Steuerung und Kontrolle von Organisationen oder Projekten.
<b>Erwartungswert</b>	Siehe lineare Regression
<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>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>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>KM1-/KM6-Mitgliederstatistik (KM1/KM6)</b>	Die KM1 ist eine amtliche Statistik über die GKV-Mitglieder und -Versicherten; sie wird monatlich erstellt. Die KM6-Mitgliederstatistik gibt einen Überblick über die Versicherten der GKV und der Kassenarten, gegliedert nach Versichertenstatus, Alter und Wohnort jeweils zum 1. Juli eines Jahres.
<b>KV45</b>	Die KV45 ist eine Quartalsstatistik, die das Finanzgeschehen der GKV unterjährig abbildet. Sie erscheint in der Regel ca. zwei Monate nach Ende des jeweiligen Quartals.
<b>Last-Agent-Routing</b>	Last-Agent-Routing ist ein Verfahren im Contact Center, bei dem Kund:innen bevorzugt mit der zuletzt zuständigen Serviceperson verbunden werden.
<b>Lineare Regression</b>	Bei der einfachen linearen Regression wird eine Zielvariable durch einen linearen Zusammenhang mit einer Variablen erklärt. Die Schätzung von Achsenabschnitt und Steigung bestimmt den Verlauf der Regressionsgerade. Der Erwartungswert der Abweichungen zur Regressionsgeraden ist 0, somit entspricht die Regressionsgerade den erwarteten Werten.
<b>Liquiditätsreserve</b>	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.  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.
<b>Logging</b>	Logging bezeichnet die systematische Erfassung und Speicherung von Ereignissen und Aktivitäten in IT-Systemen zur Analyse, Überwachung und Fehlerbehebung.
<b>Mitgliederbezogene Veränderung (mbV)</b>	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.
<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>Obergrenze</b>	Siehe Liquiditätsreserve
<b>R2 (Bestimmtheitsmaß)</b>	$R^2$ ist eine statistische Kennzahl, die angibt, wie gut ein Regressionsmodell die Variabilität der abhängigen Variable durch die unabhängigen Variablen erklärt. Ein Wert von 1 bedeutet perfekte Erklärung, ein Wert von 0 bedeutet keine Erklärung.
<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>Sonstige Ausgaben</b>	Dabei handelt es sich um Ausgaben der Kontenklasse 6 des GKV-Kontenrahmens. Dazu zählen u.a. Zuschreibungen zu Pensionsrückstellungen, Prämienzahlungen an Mitglieder, Kostenerstattung an die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V, Finanzierungsanteile am Innovationsfonds sowie übrige Aufwendungen.
<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>Use Case</b>	Ein Use Case beschreibt einen konkreten Anwendungsfall, der zeigt, wie Nutzer:innen mit einem System interagieren, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen.
<b>User Stories</b>	User Stories sind kurze Beschreibungen von Anforderungen aus Sicht der Nutzer:innen, die deren Bedürfnisse und Ziele in den Mittelpunkt stellen.

<b>Workflow-Engine</b>	Eine Workflow-Engine ist eine Softwarekomponente, die Geschäftsprozesse automatisiert steuert, ausführt und überwacht.
<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.

# Impressum

## **Ansprechpersonen**

Florian Niedermann  
Stephanie Schiegnitz

## **Projektteam**

Beatrice Pototzky  
Carina Manteuffel  
Dominik Rigo

## **Redaktion und Design**

Birgit Ansorge  
Jörg Hanebrink  
Jocelyn TARRIER

## **Kontakt**

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

## **Inhaltliche Beiträge**

Gerrit Altmeyen  
Sarah Ayoubi  
Katharina Becker  
Torsten Bernauer  
Ulrich Bork  
Ulrike Deetjen  
Anke Donath  
Markus Gampert  
Panco Georgiev  
Frauke Heidemann  
Christian Heinemeyer  
Mario Luca Hettler  
Raphael Heuwieser  
Tobias Hlavka  
Theresa Kaiser

Anna Lena Kalinna  
Benjamin Klein  
Boris Körs  
Sarah Kühne  
Tobias Mann  
Carina Manteuffel  
Désirée Martinez-Schroeder  
Hubertus Melsheimer  
Hilke Messal  
Corinne Möller  
Björn Münstermann  
Florian Niedermann  
Marie Nostiz  
Anja Paulzen-Nelles  
Philipp Ollig  
Jesko Perrey  
Beatrice Pototzky  
Matthias Redlich  
Konstanze Reinecke-Schneider  
Laura Richter  
Dominik Rigo  
Sina Risse-Tenk  
Nushin Roghani  
Stephanie Schiegnitz  
Katharina Sickmüller  
Christian Siebert  
Jonathan Steffensky  
Ruth Stelten  
Gregor Theisen  
Kristin Tuot  
Claudia von Hammerstein  
Alexander Weiss  
Lukas Zöllner

Copyright © 2026 McKinsey & Company, Inc.

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

Basisbilder Illustrationen: Copyright © Getty Images



