

McKinsey
& Company

Deutscher Healthcare-Sektor

Der GKV- Check-up 2024

Erfolgreich navigieren durch stürmische Zeiten



Vorwort

Steigender Kostendruck, große Reformvorhaben, Digitalisierung, veränderte Kundenerwartungen sowie demografische Verschiebungen, die Versicherte und Beschäftigte der GKV gleichermaßen betreffen – vieles spricht dafür, dass diese Themen auch 2024 wieder zu Veränderungen und Turbulenzen bei den GKVEn führen. Nichts Neues also im deutschen Gesundheitswesen – aber es ist absehbar, dass sich einige dieser Herausforderungen noch verschärfen werden.

Besonders der demografische Wandel stellt unser Gesundheitswesen vor schwierige Aufgaben. Schon heute gibt es einen strukturellen Versorgungsmangel: Während die Zahl der offenen Stellen für Ärzt:innen und Pflegekräfte stetig steigt, nimmt der Bedarf an medizinischen Leistungen zügig zu. Zugleich scheiden bei den Krankenkassen altersbedingt zahlreiche Beschäftigte aus. Mit dramatischen Folgen: Immer weniger Mitarbeitende müssen immer mehr, immer ältere und damit auch häufig kränkere Versicherte betreuen. Dadurch nehmen die Leistungs- und Verwaltungsausgaben beständig zu.

Keine Frage: In der aktuellen Situation müssen die Kassen noch engagierter als bislang Kurs auf Effektivität und Effizienz in allen Prozessen nehmen und gleichzeitig die Kundenorientierung und Mitarbeiterzufriedenheit weiter ausbauen. Es gilt jetzt, „erfolgreich durch stürmische Zeiten zu navigieren“ – entsprechend dem Motto der aktuellen Edition von „Der GKV-Check-up“. Dass die aktuelle Ausgabe kürzer ausfällt als in den Vorjahren, liegt indes weder am Thema noch an der Marktlage. Vielmehr wollen wir dadurch die Veröffentlichung des Jahrbuchs dauerhaft umstellen und Ihnen die Ergebnisse unserer Marktanalysen künftig zu einem möglichst frühen Zeitpunkt im Jahr zur Verfügung stellen.

Vor diesem Hintergrund soll der Beitrag im ersten Teil aufzeigen, wie die GKVEn die Hebel im traditionellen Versorgungs- und Leistungsmanagement ebenso konsequent nutzen können wie Ansätze zur ganzheitlichen Effizienz- und Effektivitätssteigerung. Damit sind sie in der Lage, ihren Versicherten weiterhin eine qualitativ hochwertige und bezahlbare Gesundheitsversorgung zu bieten – und schaffen nicht zuletzt auch eine wichtige Voraussetzung für ihren eigenen langfristigen Erfolg. Der zweite Teil umfasst wie gewohnt Analysen der jüngsten Entwicklungen und Kassenergebnisse im GKV-Markt, diesmal auf Basis öffentlich verfügbarer Zahlen aus dem Jahr 2022.

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

Stuttgart, im Juni 2024



Florian Niedermann

Herausgeber, Leiter des deutschen
Healthcare-Sektors



Carina Manteuffel

Redaktion, Mitglied des deutschen
Healthcare-Sektors



Stephanie Schiegnitz

Herausgeberin, Partnerin im deutschen
Healthcare-Sektor



Beatrice Pototzky

Redaktion, Junior-Partnerin im deutschen
Healthcare-Sektor

Inhalt

A Effizienz und Leistung – ein Balanceakt für die GKV	4
B Aktuelle Entwicklungen im GKV-Markt	14
B1 Wettbewerbstrends	18
B2 Entwicklung der Kassenergebnisse	28
Ausblick	58
Glossar	60
Impressum	64





Wind of change – wie die GKV einen ganzheitlichen Kurs fahren kann

Permanenten Kostendruck sind die GKVn bereits gewohnt. Doch nun zieht ein geradezu „perfekter Sturm“ auf: Diverse Reformvorhaben, Digitalisierung, sich verändernde Kundenerwartungen, demografischer Wandel bei Versicherten und Personal sowie die allgemeine konjunkturelle Lage setzen die Kassen von allen Seiten stark unter Druck. Um auch künftig im Wettbewerb bestehen zu können, sind die GKVn daher gefordert, zum einen die daraus resultierenden Herausforderungen möglichst gut zu bewältigen und dazu ihr klassisches Versorgungs- und Leistungsmanagement zu intensivieren bzw. weiter zu verbessern. Zum anderen gilt es für sie, zusätzliche Maßnahmen zu ergreifen und ganzheitlich zu navigieren, um ihre Ziele zu erreichen.

Derzeit sehen sich die GKVn konfrontiert mit zahlreichen hochkomplexen Veränderungen, die ihnen im Einzelnen nicht unbekannt sind, nun aber alle gleichzeitig auftreten. Solche tiefgreifenden Veränderungen bieten durchaus zahlreiche Chancen, machen es für die Kassen allerdings auch zunehmend anspruchsvoller, die Qualität der Gesundheitsversorgung zu sichern und zu verbessern, mit den Finanzmitteln nachhaltig zu wirtschaften, gute Beziehungen zu Versicherten und Leistungserbringern zu pflegen sowie qualifizierte, motivierte Mitarbeitende anzuziehen und zu halten.

Der Schlüssel besteht darin, bewährte Mittel aus dem Versorgungs- und Leistungsmanagement mit innovativen Maßnahmen zu einem ganzheitlichen Handlungsansatz zu verzahnen. Das bewährte Kostenmanagement der GKV bleibt also weiter relevant, da ein konstanter Zusatzbeitrag eine wichtige Voraussetzung für das Wachstum der Versichertenzahlen und die Stabilität einer Kasse ist. Zusätzlich erfordern jedoch weitere Aspekte

wie Kundenservice und -zufriedenheit besondere Aufmerksamkeit: Gefragt ist eine ganzheitliche Sichtweise, die alle Dimensionen einbezieht und dafür sorgt, dass neue Möglichkeiten zur Wertstiftung konsequent genutzt werden – für mehr Effizienz und Effektivität auf ganzer Linie.

Die GKV im „perfekten Sturm“

Die angespannte wirtschaftliche Lage spiegelt sich auch im Defizit der GKV wider: Ihr vorläufiges Finanzergebnis für 2023 liegt bei -1,9 Mrd. EUR. Die rasant gestiegene Inflation, der demografische Wandel, medizinische Innovationen und kontinuierlich steigende Ausgaben z.B. für Pflegepersonal haben die Leistungsausgaben auch jüngst weiter in die Höhe getrieben – laut vorläufigem Finanzergebnis der GKV für 2023 um 5,2% (siehe auch Kapitel B). Aus diesem Kostendruck und den genannten weiteren Herausforderungen resultiert eine anspruchsvolle Gemengelage:

Neue gesetzliche Rahmenbedingungen beschleunigen die Veränderung interner Prozesse und Arbeitsweisen. Die aktuelle Legislaturperiode zählt zu denen mit den meisten gesundheitspolitischen Reformvorhaben in der Geschichte der Bundesrepublik: Sie umfasst mehr als elf abgeschlossene und fast zehn geplante bzw. laufende Gesetzgebungsverfahren (Stand April 2024). Das Spektrum reicht von der Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung (Entbudgetierung im Referentenentwurf des GVSG) sowie der Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung durch Hybrid-DRGs¹ (Verordnung seit Januar 2024) über die Krankenhausreform² (Transparenzgesetz seit März 2024, Referentenentwurf des KHVVG³) bis zu anhaltenden Digitalisierungsbestrebungen (DigiG⁴ und GDNG⁵ in Kraft, Genetik-Gesetz in Planung). All diese Maßnahmen sind für die Kassen zumindest kurz- und mittelfristig bestenfalls ausgabenneutral, erfordern von ihnen aber zunächst einmal Investitionen für Prozessanpassungen. Auch deshalb bleibt abzuwarten, welche dieser Vorhaben langfristig tatsächlich zu Einsparungen für die GKVn führen.

Versicherte erwarten erstklassigen Service. Immer mehr Versicherte erwarten ein Serviceangebot rund um die Uhr – und das vor allem online. Sie reichen Formulare inzwischen lieber über eine App oder Website ein. Für viele ist es geradezu undenkbar geworden, ihrer Kasse einen Brief zu schreiben oder eine Filiale aufzusuchen. Zusätzlich bevorzugen sie personalisierte Produkte und eine individuelle Ansprache. Und schließlich: Versicherte teilen ihre Erfahrungen mit Produkten, Service und Ansprache immer häufiger in sozialen Medien. Ein exzellenter Service, eines der Top-Kriterien bei der Krankenkassenwahl, beeinflusst also unmittelbar den Vertriebs Erfolg einer Kasse.

Überdurchschnittlich steigende Zusatzbeiträge lassen Versicherte abwandern. Einige Kassen heben ihre Zusatzbeiträge überdurchschnittlich

an, um Finanzierungslücken auszugleichen. Die Versicherten strafen sie dafür mit einem Wechsel der Kasse ab. In dieser Situation ist es eine natürliche Reaktion, Ressourcen abzubauen. Da aber das Service- und Leistungsangebot einer Kasse ihr eigentlicher differenzierender Faktor ist, wäre vielmehr eine sinnvolle Anpassung von Angebot und Prozessen geboten – mit den Versicherten im Mittelpunkt. Die strategische und taktische Planung des Personaleinsatzes bleibt hier ausschlaggebend für das Management der Leistungsausgaben.

Alternde Versichertenklientel erfordert effizientes Versorgungs- und Leistungsmanagement. Chronische Leiden nehmen zu, z.B. Diabetes (+2% p.a. 2022 bis 2040)⁶, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Demenz (+1,5% p.a. 2021 bis 2050)⁷, und mit der höheren Lebenserwartung steigt der Bedarf an Pflegeleistungen. Für die Kostenträger wächst damit die Bedeutung einer längerfristigen Begleitung von Patient:innen – mit leistungsreichsübergreifenden Maßnahmen von der Prävention bis zur letzten Lebensphase.

Innovative Arzneimittel erhöhen die Komplexität des Ausgabenmanagements. Die GKV erlebt einen weiteren Anstieg von neuartigen Therapieansätzen (Precision Medicine), Modalitäten (z.B. CGT⁸) und Wirkprinzipien (z.B. Immunonkologie). Zudem setzt sich der Trend zu hochpreisigen Medikamenten fort (etwa für seltene Krankheiten, z.B. Hämophilie-Gentherapie oder CAR-T-Zelltherapien⁹). Hinzu kommen Markteinführungen teurer großvolumiger Medikamente, sogenannte NOAKs¹⁰, z.B. zur Behandlung von Migräne, Psoriasis und NASH, sowie neue Krankheitsbilder, z.B. Long COVID oder Keratokonus. Während 2011 noch etwa 17% des Gesamtumsatzes auf Arzneimittel mit Preisen von 1.000 EUR oder mehr entfielen, waren es 2020 bereits 43%.¹¹ Darüber hinaus stellen Gentherapeutika die GKV in den kommenden Jahren vor finanzielle Mehrbelastungen. Solche

¹ Bei hybriden DRGs handelt es sich um eine Weiterentwicklung des DRG-Systems, bei dem zusätzliche Kriterien oder Faktoren berücksichtigt werden, um die Vergütung von Krankenhausleistungen genauer zu gestalten. Dies kann z.B. die Schwere der Erkrankung, Komplikationen während des Krankenhausaufenthalts oder spezifische Merkmale der Erkrankten einschließen.

² Die Krankenhausreform hat mehrere Ziele: Entökonomisierung, Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Entbürokratisierung des Systems sowie Gewährleistung der Versorgungssicherheit (Daseinsvorsorge). Das flankierende Krankenhaustransparenzgesetz ist die Basis für die geplante Veröffentlichung von Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser in Deutschland.

³ Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz: soll Versorgungsqualität im Krankenhaus verbessern sowie die Vergütungsstruktur reformieren

⁴ Digital-Gesetz: soll den Behandlungsalltag für Ärzt:innen und Patient:innen durch digitale Lösungen vereinfachen; zentraler Bestandteil ist die Einrichtung der elektronischen Patientenakte (ePA) für alle Versicherten.

⁵ Gesundheitsdatennutzungsgesetz: soll die Erschließung von Gesundheitsdaten für die Forschung erleichtern; dazu wird z.B. eine dezentrale Infrastruktur für die Nutzung von Gesundheitsdaten mit einer zentralen Datenzugangs- und Koordinierungsstelle aufgebaut.

⁶ diabetesDE (2022), Diabetes in Zahlen

⁷ Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2022), Informationsblatt 1 – Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen

⁸ Cell and Gene Therapy: Entwicklung und Anwendung von Zell- und Gentherapien zur Behandlung von Krankheiten

⁹ Chimeric Antigen Receptor T-Cell Therapy: Form der Gentherapie, bei der körpereigene Immunzellen (T-Zellen) genetisch verändert werden, um Krebszellen anzugreifen und zu zerstören

¹⁰ Neue orale Antikoagulantien: gerinnungshemmende und antithrombotische Wirkstoffe

¹¹ Arzneimittel-Kompass 2021 und 2022

Arzneimittel führen genetisches Material in die menschlichen Zellen ein, um eine therapeutische Wirkung zu erzielen. Sie dienen der Behandlung von genetischen Erkrankungen, Krebs oder anderen schweren Krankheiten. Derzeit sind in Deutschland 15 Gentherapeutika zugelassen, und die Zahl der hochpreisigen Innovationen auf diesem Gebiet dürfte künftig stark ansteigen. Eine aktuelle Studie prognostiziert eine Gesamtbelastung von bis zu 36 Mrd. EUR, falls fortgeschrittene Produkte in Phase-III-Studien Marktreife erlangen und eine Zulassung erhalten.¹² Mehrere Änderungen in der Regulatorik geben den GKVn jedoch schon heute Spielraum, um diese Kosten in Zukunft besser managen zu können. So wurde das Zeitfenster der freien Preissetzung neuer Medikamente im AMNOG¹³ von zwölf auf sechs Monate reduziert. Zudem hat das FinStG¹⁴ durch strengere Zusatznutzenregelungen, verknüpft mit einer nutzenbasierten Rabattregelung und vorgeschriebenen Rabatten auf Kombipackungen, die Lage für die GKVn etwas entspannt. Geplant ist auch die Austauschbarkeit von Biologika gegen Biosimilars auf Apotheken-ebene, was ebenfalls den GKVn mehr Spielraum einräumt.

Personalstruktur und Arbeitswelt der GKV ändern sich grundlegend. Die Generation der Babyboomer wird in den kommenden Jahren in Rente gehen. Schätzungsweise betrifft dies bis 2030 rund 30 bis 40% der Beschäftigten in der GKV. Damit verlässt auch wichtiges Wissen die Organisation, was durch smarte Wissensmanagement-Systeme bestmöglich aufzufangen ist. Der Fachkräftemangel, bereits heute z.B. in der IT oder Data Analytics zu spüren, wird sich also weiter verschärfen. Zugleich fordern Talente immer bessere Arbeitsbedingungen, etwa Homeoffice oder eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Entsprechend flexibel müssen die GKVn hinsichtlich Arbeitszeit und -ort sein sowie dafür geeignete, effiziente und effektive Abläufe bereitstellen.

Finanzielle Stabilisierung der GKV durch intensiviertes Leistungs- und Versorgungsmanagement

Wie aber können sich GKVn nun für den „perfekten Sturm“ rüsten? Indem sie Wege finden, die Effekte der genannten Entwicklungen abzumildern sowie Finanzstabilität und Wettbewerbsfähigkeit abzusichern.

Einen wichtigen Beitrag dazu liefern Optimierungsmaßnahmen im Leistungs- und Versorgungsmanagement:

Leistungsmanagement. Im Leistungsmanagement lassen sich die Optimierungsmaßnahmen üblicherweise vier Bereichen zuordnen:

- 1. Verträge.** Verträge werden analysiert und bei Unvorteilhaftigkeit abgelöst, z.B. durch Kündigen, Ändern von Vertragsbedingungen oder Ausschreiben sowie Abschließen von Neuverträgen, etwa bei neuen GKV-Leistungen oder Arzneimitteln bzw. Generika.
- 2. Genehmigung.** Die Antragsgenehmigung wird so ausgerichtet, dass die Leistungen ausreichend und wirtschaftlich sind. So lässt sich der Service optimieren, die Anzahl der Fehlscheidungen reduzieren und Zuzahlungen für Versicherte können vermieden werden. Dies geschieht durch Kapazitätsauf- bzw. -umbau und das Einführen standardisierter Prozesse und Entscheidungskriterien für Genehmigungen – auch mithilfe automatisierter Schritte.
- 3. Rechnungsprüfung.** Auch hier wird die Anzahl der bearbeiteten Prüfungen erhöht sowie deren Priorisierung überarbeitet. Dazu werden Ressourcen auf- bzw. umgebaut und effizientere und ggf. (teil-)automatisierte Arbeitsweisen eingeführt. Die Prüft Themen sind zugunsten eines besseren Verhältnisses aus Aufwand und Nutzen zu repriorisieren. Zusätzlich sind neue Prüft Themen zu identifizieren, z.B. bei einer Veränderung des DRG-Systems.
- 4. Beratung und Information.** Versicherte werden grundsätzlich mit dem Ziel einer optimalen Leistungsversorgung beraten, aber ggf. kann auch eine wirtschaftlichere Behandlungsalternative vorgeschlagen werden. Dies kann auf Anfrage der Versicherten geschehen, idealerweise aber proaktiv im Zuge einer intensiven Betreuung von Hochkostenfällen.

Diese vier Maßnahmen ergreifen GKVn im jeweiligen gesetzlichen Rahmen bereits in fast allen Leistungsausgabenblöcken. Der Einfluss auf das Ergebnis variiert je nach Leistungsausgabenblock, Vergleich zum GKV-Durchschnitt und anderen

¹² Techniker Krankenkasse (2024), Arzneimittel-Fokus: Gentherapeutika – Hoffnungsträger oder Systemsprenger?

¹³ Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG): Gesetz, das 2011 in Kraft getreten ist und die Bewertung und Preisregulierung von Arzneimitteln regelt, um eine gerechte Verteilung der Ressourcen zu gewährleisten

¹⁴ GKV-Finanzstabilisierungsgesetz: regelt die finanziellen Grundlagen der GKVn ab 2023; Kern des Gesetzes sind Reformen bei der Preisbildung von Arzneimitteln, der Honorierung von Ärzt:innen, den Finanzreserven der Krankenversicherung sowie dem Apothekenabschlag.

ergriffenen Maßnahmen. Regulatorische Anpassungen können die Relevanz der Maßnahmen verändern. So ist z.B. bei Heilmitteln eine Genehmigung durch die GKV auch bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls nicht mehr zulässig.

Zu beachten ist, dass im Leistungsmanagement im ersten Schritt stets die aktuelle Situation zu ermitteln ist – auf Basis von Daten und Fakten. Dabei ist die moderne Analytik hilfreich, denn sie ermöglicht sowohl die Nutzung bereits erhobener Daten als auch die Identifikation neuer, geeigneter Datensätze. Auf diese Weise kann eine GKV Potenziale erkennen und Lösungsansätze zur Optimierung des Leistungsmanagements entwickeln.

Versorgungsmanagement. Ziel des Versorgungsmanagements ist es, die Koordination der Behandlung im Gesundheitswesen und das Patientenerlebnis zu verbessern. Zugleich soll es aber auch Ergebnisse, Qualität und Kosten der Behandlung optimieren sowie den Zugang zu Diensten und sozialer Unterstützung sowie die Koordination von Ansprüchen erleichtern. Der wichtigste Ansatzpunkt dafür ist, die Patientenbetreuung in einem übergreifenden Pflegekontinuum zu bündeln. Dabei werden die Bedürfnisse und der Gesundheitszustand von Erkrankten berücksichtigt sowie Umfang und Intensität ihrer Behandlung individuell angepasst.

Ein konkretes Beispiel hierfür bieten die Steuerungsmöglichkeiten bei Herzinsuffizienz: Die Krankheit verläuft in der Regel schleichend und wird zur chronischen Belastung. Typischerweise haben Patient:innen eindeutige Risikofaktoren, z.B. Bluthochdruck, koronare Herzkrankheiten, Herzinfarkte oder Diabetes. Mangelnde Unterstützung und unregelmäßige Kontrolluntersuchungen führen jedoch dazu, dass Symptome nicht abschließend behandelt und verschleppt werden. Das Krankheitsbild verschlechtert sich und die Patient:innen benötigen wiederholte Klinikaufenthalte – der sogenannte Drehtür-Effekt tritt ein. Dies verursacht eigentlich vermeidbare Kosten für das Gesundheitssystem.

Abhilfe wäre durchaus möglich: Mithilfe prädiktiver Modelle lassen sich Vorerkrankungen, Lebenssituation und -angewohnheiten auswerten und die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung lässt sich berechnen. Anhand der Informationen können die Patient:innen frühzeitig in Präventionsmaßnahmen oder eine medikamentöse Behandlung eingesteuert werden.

Ein krankheitsspezifisches DMP-Programm zielt darauf ab, die Patient:innen über ihre Herzinsuffizienz aufzuklären und ihre weitere Behandlung

zu koordinieren. So werden sie dabei unterstützt, Warnsignale des eigenen Körpers frühzeitiger zu erkennen, z.B. eine rasche Gewichtszunahme durch Wassereinlagerungen im Gewebe. Eine Dekompensation der Erkrankung und stationäre Aufenthalte lassen sich damit vermeiden.

Sowohl bei der Ärzteschaft als auch der GKV kann ein zielgerichtetes Fallmanagement dazu beitragen, sinnvolle nächste Behandlungsschritte zu identifizieren und die Patient:innen entsprechend zu steuern. Ziel ist dabei immer, Hochkostenfälle zu vermeiden – nicht nur aus wirtschaftlichen Gründen, sondern vor allem auch, um die Lebensqualität der Erkrankten zu erhalten oder zu erhöhen.

Zukunftsfeste GKV durch ganzheitliche Effizienz- und Effektivitätssteigerung

Angesichts der Vielzahl und Bandbreite an Herausforderungen für die GKV wird es den Kassen allerdings selbst mit einem optimierten, erweiterten Leistungs- und Versorgungsmanagement nicht gelingen, dem Sturm im Gesundheitswesen zu trotzen und sich erfolgreich für die Zukunft aufzustellen. Denn mit einem intensivierten Leistungs- und Versorgungsmanagement lässt sich zwar die Versorgung verbessern und deren Wirtschaftlichkeit sicherstellen. Doch wichtige Zukunftschancen wie die Verbesserung des Leistungs- und Serviceangebots sowie die Beschleunigung interner Prozesse zugunsten der Mitarbeitenden lassen sich damit bestenfalls ansatzweise nutzen.

Ziel muss es also sein, die Effektivität und Effizienz aller Prozesse einer GKV ganzheitlich zu optimieren, um langfristig erfolgreich zu sein. Insbesondere dank technischer Neuerungen stehen den Kassen dafür derzeit vier Maßnahmen zur Verfügung:

Einsatz von generativer KI (Generative Artificial Intelligence, GenAI) zur nachhaltigen Optimierung des Kostenmanagements.

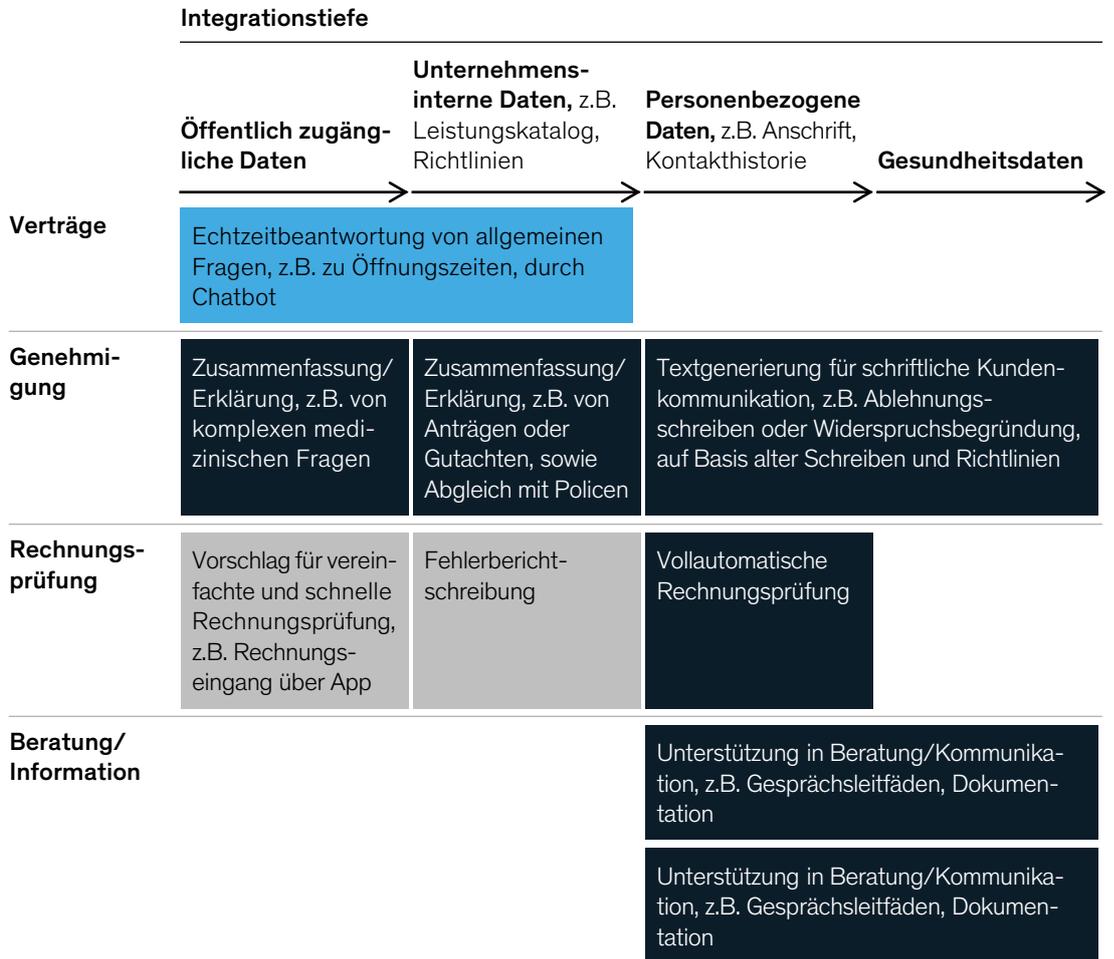
Traditionelle KI-Ansätze dienen der Lösung eines klar abgegrenzten Problems. Der Fokus liegt dabei auf der Automatisierung von Aufgaben und Prozessen (z.B. repetitive, regelbasierte Tätigkeiten wie die Dunkelverarbeitung). Die weiterentwickelte GenAI bietet breitere Anwendungsmöglichkeiten und einen vereinfachten Zugang zu Informationen und Daten, da sie sich im Gegensatz zur traditionellen KI nicht nur auf feste Regelsysteme und Logiken stützt. Stattdessen fungiert sie als Large Language Model (LLM) – ein neuronales Netzwerk, das darauf trainiert ist, große Mengen an Textdaten zu analysieren und zu interpretieren. Was GenAI

GenAI kann in verschiedenen Bereichen einer GKV genutzt werden

Landkarte möglicher GenAI-Anwendungsfälle am Beispiel einfache und komplexe Sachbearbeitung

Effizienzpotenzial

■ Hoch ■ Mittel ■ Niedrig



Quelle: McKinsey

jedoch grundlegend von anderen KI-Formen unterscheidet, ist ihre Fähigkeit, völlig neue Inhalte zu generieren und kreative Lösungen zu entwickeln. Als LLM kann sie dank ihres umfangreichen Wissens nicht nur Texte verstehen, sondern auch kontextbezogene Informationen interpretieren und darauf reagieren.

Auch das traditionelle Versorgungs- und Leistungsmanagement kann mithilfe solcher Werkzeuge neu gedacht werden. So generieren LLMs sowohl Text als auch Sprache und ermöglichen menschenähnliche Interaktion. Damit bieten sich diverse Anwendungsmöglichkeiten für GenAI in der einfachen und komplexen Sachbearbeitung, die die Bereiche Verträge, Genehmigung, Rechnungsprüfung und Beratung/Information einschließt (siehe

Schaubild A1). Hier kann ein verbessertes Wissensmanagement erfahrungsgemäß mehr als 15% der Arbeitszeit einsparen. Bei strategisch-konzeptionellen Tätigkeiten kann GenAI z.B. die Dokumentenanalyse unterstützen, indem sie interne und externe Quellen mit Marktanalysen kombiniert und daraus strategische Handlungsfelder ableitet. Weitere Anwendungsfälle sind die Analyse und Zusammenfassung von Kundenfeedback und Umfragen. Bei solch komplexen Aufgaben erhöht die Nutzung von GenAI erfahrungsgemäß die Produktivität um 10 bis 20%.

Besonders nutzerfreundlich und somit massentauglich sind vortrainierte Modelle. Damit bei der Nutzung von KI die Datenschutzrichtlinien eingehalten werden, empfiehlt sich die Einbeziehung

von Mitarbeitenden in den Prozess (z.B. bei der Entscheidungsfindung). Um GenAI erfolgreich einzusetzen, sollte ein Ansatz für die gesamte Organisation konzipiert und bewertet werden – nicht nur für die Leistungsausgabenbereiche.

KI- bzw. GenAI-basierte Ausrichtung der Prozesse auf die Kund:innen. Bei der Prozessoptimierung mithilfe von KI und speziell GenAI ist stets die Kundenperspektive zu berücksichtigen; in die Auswahl der Maßnahmen sollten die Kundenerwartungen systematisch einfließen. Aufgaben wie die Pflege persönlicher Daten können die Versicherten nach Möglichkeit selbst übernehmen; verbleibende Prozessschritte werden weitestgehend automatisiert (siehe Schaubild A2).

Exzellente Prozesse sind jedoch nicht nur automatisiert, sondern effektiv automatisiert. Bei der Genehmigung ist es z.B. wichtig, nicht allein die Effizienz im Sinne der bearbeiteten „Fälle pro Vollzeitkraft“ zu betrachten, sondern auch deren Effektivität im Sinne von „Einsparung je Fall“. So rücken die relevanten Fälle stärker in den Fokus, die sich mit einem verbesserten Regelwerk zuverlässig identifizieren lassen (z.B. Berücksichtigung von Folgeversorgungen). Wie das Beispiel einer GKV zeigt, sind bei entsprechendem Vorgehen im Bereich Hilfsmittel Produktivitätssteigerungen um 25 bis 30% möglich. Dazu müssen alle Teams so viele Fälle bearbeiten wie das derzeit (hinsichtlich Fallzahlen) beste Drittel; dies ist erreichbar durch Dunkelverarbeitung oder Automatisierung.

Wird die Effektivität der Teams gesteigert, sodass sie der Leistung des besten Drittels entspricht, ergeben sich Einsparpotenziale von 10 bis 15 EUR pro Versicherte:n. Dabei zeigt sich, wie wichtig das Zusammenspiel aus Effizienz und Effektivität ist: Werden weniger Fälle manuell bearbeitet, dafür aber die mit dem größten Einsparpotenzial, verbessert dies den Prozess und das Resultat. Ergänzend sollte regelmäßig und systematisch Kundenfeedback eingeholt und in die Steuerung einbezogen werden.

Steuerung des Kostenmanagements durch übergreifende Perspektive. Bisher wird Versorgungs- und Leistungsmanagement noch überwiegend in „Leistungsausgaben-Silos“ gedacht. Dadurch gehen Interdependenzen und Kostenverschiebungen häufig nicht in die Bewertung ein. Abhilfe schafft hier eine bereichsübergreifende, indikationsspezifischere Steuerung der Leistungsausgaben, die auch Prävention umfasst. So können zusätzlich innovative Vertrags- und Steuerungsop-

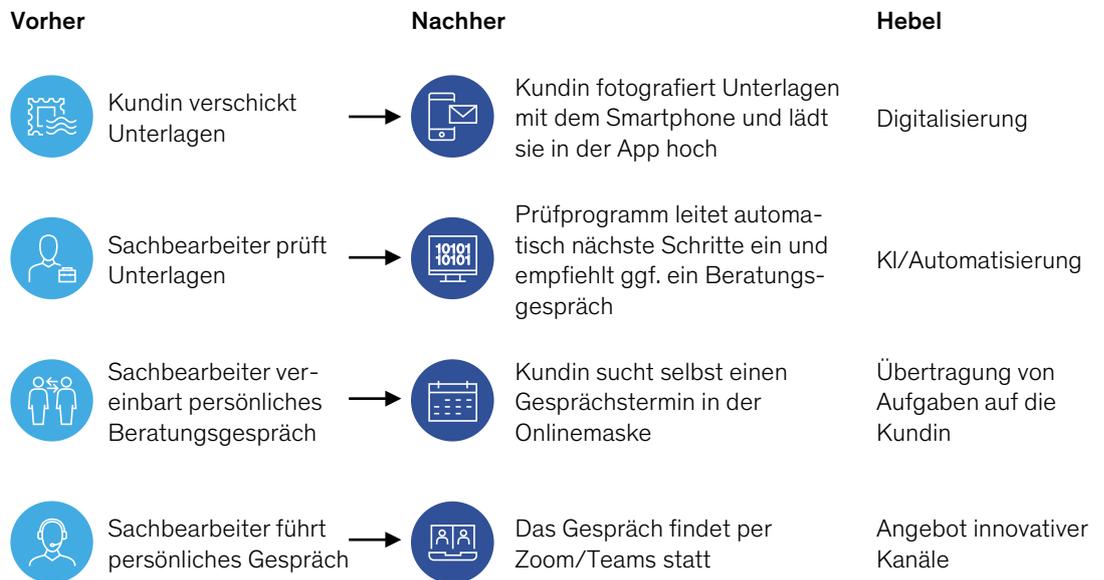
tionen identifiziert werden, z.B. Kooperationen mit regionalen Gesundheitsnetzen. Zudem lassen sich bei einer Betrachtung im Zeitverlauf auch Entwicklungen vorhersagen und mehr prädiktive Komponenten in die Entscheidungsfindung integrieren. Damit ist es möglich, z.B. frühzeitig Patient:innen zu identifizieren, die voraussichtlich langzeitarbeitsunfähig werden oder denen wegen chronischer Erkrankungen mit progressivem Verlauf viele Krankenhausaufenthalte bevorstehen. Mit diesem Wissen kann die GKV durch präventive Maßnahmen zu einer optimalen Versorgung beitragen und zugleich Ausgaben vermeiden oder reduzieren.

Ganzheitliches Controlling zur nachhaltigen Steuerung. Die Effekte jeglicher Optimierungsmaßnahmen treten meist mit Verzug ein und lassen sich damit erst retrospektiv messen. Dies erschwert die frühzeitige Steuerung anhand von Ergebniskennzahlen. Benötigt wird deshalb ein effektives Tracking von Maßnahmen und Steuerungserfolgen, eingebunden in das jeweilige Controllingssystem. Neben den finanziellen Auswirkungen sollten auch weitere Kennzahlen erhoben werden, z.B. Kundenzufriedenheit oder Prozesseffizienz. Parallel sind Ergebnisse und Verbesserungsideen in Steuerungsdialogen oder Retrospektiven zu bewerten und das Vorgehen ist ggf. anzupassen.

Für die Entwicklung eines ganzheitlichen Controllings, das das intensivierte Versorgungs- und Leistungsmanagement der Kassen ergänzt, sind insbesondere acht Dimensionen inklusive spezifischer Leitfragen zu berücksichtigen:

- 1. Strategie und Ziele.** Welcher strategischen Ausrichtung folgt der Bereich? Bearbeitet er die richtigen Themen? Verfolgt er innovative Versorgungsstrategien?
- 2. Finanzen.** Wie gestaltet sich die aktuelle Finanz- und Ausgabensituation? Welche Maßnahmen werden zur effizienten und effektiven Kostensenkung ergriffen? Werden alle Potenziale ausgeschöpft?
- 3. Prozesse und Abläufe.** Wie werden Märkte erkundet, Rabattverträge analysiert und bewertet? Inwieweit werden Steuer- und Wirtschaftsprüfungen mit KI unterstützt? Bestehen Kooperationen mit Dritten (z.B. Arbeitgebern)?
- 4. Organisation.** Wie gestalten sich Standorte, Teamstrukturen sowie interne und externe Schnittstellen (z.B. Steuerprüfung)? Wird in

Der Krankengeldprozess kann verschlankt werden durch Automatisierung und KI



Quelle: McKinsey

agilen, themenbezogenen Teams gearbeitet (z.B. zu innovativen Arzneimitteln)?

5. Einstellungen und Fähigkeiten. Sind die relevanten Fähigkeiten vorhanden oder werden sie aufgebaut (z.B. Vorbereitung und Training für Rabattvertragsverhandlungen)? Wird eine offene, selbstverantwortliche Kultur gepflegt?

6. Controlling. Arbeitet das Maßnahmen- und Erfolgscontrolling effektiv und finden Führungsdialoge statt? Werden innovative Versorgungskonzepte evaluiert und relevante Arzneimittel frühzeitig identifiziert?

7. IT. Werden Daten und Analytik eingesetzt, um z.B. Steuerungsdefizite und auffällige Verordner zu identifizieren? Werden Mitarbeitende optimal digital unterstützt?

8. Kosten-Nutzen-Bewertung. Werden Maßnahmen detailliert bewertet und sorgfältig priorisiert, um einen optimalen Ressourceneinsatz zu gewährleisten?

Zu beachten ist, dass sich bereichsspezifische Steuerungsansätze nur erarbeiten und umsetzen lassen, wenn mittels dieser Leitfragen Transparenz zu den Potenzialen je Bereich geschaffen wird. Dies zeigt sich auch am Beispiel des Arzneimittelmanagements (siehe Textbox).

Darüber hinaus sollte die Erarbeitung und Umsetzung neuer Prozesse auf Basis innovativer Technologien wie GenAI stets auf einer klaren Bewertung von Kosten und Nutzen basieren. Dazu können die identifizierten Potenziale entlang einer Matrix priorisiert werden: zunächst nach Kosten und Nutzen sowie anschließend nach der Umsetzungsdauer (kurz- vs. mittel- und langfristige Wirkung). Diese Priorisierung der Potenziale erlaubt es, den Zeitpunkt für die jeweilige Umsetzung festzulegen. Ziel ist es, mit der gewonnenen Transparenz die personalisierte Behandlung von Versicherten zu optimieren und ihnen einen individuellen Service anzubieten. Dies erhöht die Kundenzufriedenheit und idealerweise zugleich die Wirtschaftlichkeit.

Wie dies konkret aussehen kann, verdeutlicht das Beispiel Asthma bronchiale: Die Erkrankung betrifft etwa 8% der deutschen Bevölkerung und verursacht

Fallbeispiel: Potenziale im Arzneimittelmanagement

Die Beantwortung der oben genannten Leitfragen kann für das Arzneimittelmanagement einer GKV z.B. folgende Erkenntnisse zu Effizienz- und Effektivitätspotenzialen bringen:

- **Rabatt-/Ausgabenbrücke.** Eine vollständige Transparenz der Arzneimittelausgaben dient als Grundlage für die Entwicklung effektiver Maßnahmen (z.B. im Bereich Biosimilars).
- **Hochkostenfälle.** Mithilfe eines effektiven Fallmanagements lässt sich ein Umsteuern initiieren.
- **Hochkosten- und Hochvolumenpräparate.** Ein Überblick über aktuelle Marktzulassungen ermöglicht die Entwicklung produktspezifischer Strategien.
- **Werttreibende Prozesse.** Die Analyse von Schlüsselkennzahlen schafft Transparenz über den Status quo der Leistungs- und Serviceerbringung sowie der Werttreiber, die eine vermehrte Aufmerksamkeit erfordern (z.B. in Multikanalkampagnen).

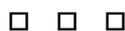
jährlich Arzneimittelkosten von rund 2 Mrd. EUR. Folglich beansprucht die Erkrankung umfangreiche personelle und finanzielle Ressourcen – im Gesundheitssystem und in den Krankenkassen. Während bei leichtem Asthma oft eine einfache Behandlung ausreicht, erfordert schweres Asthma eine intensive medikamentöse Behandlung. Die gezielte Steuerung präventionsmedizinischer, medikamentöser und nicht medikamentöser Maßnahmen kann die Versorgungsqualität verbessern, die Lebensqualität der Erkrankten erhöhen und den finanziellen Aufwand für Hochkostenfälle mindern.

Um eine präventionsmedizinische Versorgung sicherzustellen, können Krankenkassen Risikopatient:innen gezielt auf Präventions- und Früherkennungsangebote aufmerksam machen sowie die Angebote und die Teilnahme daran fördern. Dazu gehören etwa Vorsorgeuntersuchungen, Rauchentwöhnungsprogramme oder Allergietests. Für eine entsprechende Versorgung der Versicherten bieten sich Versorgungsverträge mit Leistungserbringern an. Zur breiteren Anwendung von Vorsorgeuntersuchungen bei Patientengruppen mit Risikofaktoren (z.B. COPD, Fettleibigkeit) kön-

nen die Kassen Selektivverträge nutzen, um etwa die Anreize aus DMP-Programmen zu erweitern.

Ist die Krankheit bereits diagnostiziert, lassen sich die Kosten einer medikamentösen Behandlung vor allem über Rabattverträge mit Herstellern oder über Versorgungsverträge steuern, was die Einbindung von Arztpraxen in die HzV ermöglicht. Das bewirkt eine kontinuierliche Betreuung der Erkrankten, reduziert unnötige Facharzttermine und gibt den Krankenkassen die Möglichkeit, die Versorgungspraxis mitzugestalten und zu überwachen. Auch nicht medikamentöse Interventionen wie digitale Tools und Apps können dazu beitragen, z.B. die Therapie- oder Medikationsadhärenz zu verbessern – und damit den Therapieerfolg.

Selbstverständlich entscheiden stets das medizinische Fachpersonal und die Patient:innen selbst über die geeignete Diagnostik, Behandlung und Nachsorge. Dennoch kann die GKV über vertragliche sowie gesetzliche Rechte und Pflichten die Versorgung mitgestalten. Setzen die Leistungserbringer diese konsequent um, kann sich das positiv auf die Kosten der GKV auswirken.



Die GKVen stehen derzeit vor einer enormen Aufgabe: Sie müssen eine Fülle von Herausforderungen zur selben Zeit meistern. Mittel der Wahl ist in dieser Situation eine ganzheitliche Perspektive zur Steigerung von Effizienz und Effektivität, die ganz natürlich auch auf Kostensenkungen abzielt, diese aber nicht vornehmlich forciert. Speziell mithilfe von Digitalisierung lassen sich zahlreiche Prozesse optimieren und automatisieren, was den Fachkräftemangel zu weiten Teilen kompensiert und darüber hinaus den Versicherten zugutekommt. Zugleich gilt es für die Kassen allerdings auch, die veränderten (digitalen) Kundenerwartungen aufzugreifen, z.B. durch eine entsprechende Aufstellung von Geschäftsstellen, Callcentern und Kontaktkanälen. So können sie nicht nur den „perfekten Sturm“ überstehen, sondern auch das Service- und Leistungsangebot verbessern und die Zufriedenheit ihrer Versicherten steigern.



B



Aktuelle Entwicklungen im GKV-Markt

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

Zwei Bereiche stehen im Mittelpunkt:

Entwicklung des Wettbewerbs im GKV-Markt.

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

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

Als Datenbasis dienen öffentlich zugängliche Informationen, z.B. die Versicherten- und Mitgliederstatistik KM1 und KM6, endgültige Rechnungsergebnisse der Kassenarten nach KJ1 sowie Veröffentlichungen der Jahresrechnungsergebnisse der Krankenkassen nach § 305b SGB V aus dem Jahr 2022.

Das Wichtigste im Überblick

Wettbewerbs- und Wachstumstrends

Die GKV-Landschaft befindet sich derzeit – nach einer Periode verstärkter Konsolidierungen (bis 2016) – in einer vergleichsweise stabilen Phase. Lediglich bei den BKKen dauern die Konsolidierungsaktivitäten an. Die AOK-Gemeinschaft und der vdek decken als annähernd paritätische Marktführer nach Versichertenzahlen rund 75% des Marktes ab. Die GKV verfügt gegenüber der PKV über einen stabil großen Marktanteil von rund 88%. Der Anteil an GKV-Versicherten mit PKV-Zusatzversicherung wächst jedoch seit 2019 mit 3% pro Jahr wieder stärker. Zwischen den Kassenarten gleicht sich die Versichertenstruktur nach Altersgruppen an. Der prozentuale Anteil von Versicherten, die 50 Jahre oder älter sind, schwankt zwischen den Kassenarten um 3 Prozentpunkte; der vdek weist mit 47% den größten Anteil dieser Altersgruppe auf.

Entwicklung der Kassenergebnisse

Alle GKV-Kassenarten verzeichnen im Jahr 2022 ein deutlich besseres KJ1-Ergebnis als im Vorjahr – der GKV-Schnitt ist wieder positiv. Die Leistungsausgaben, einer der Kerntreiber des KJ1-Ergebnisses, steigen seit 2018 kontinuierlich mit 4,6% bis 4,7% an. Besonders stark ist der Anstieg zwischen 2020 und 2022 bei Reha- und Vorsorgemaßnahmen mit 10,9% und bei Heilmitteln mit 10,7%. Dieser Anstieg ist sicherlich auch durch die Verschiebung bzw. Absage von Behandlungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie zu begründen. Ebenso steigen die Leistungsausgaben für Impfungen mit 10,4% immer noch sehr stark, aber weniger stark als zwischen 2018 und 2020 (15,8%). Die Ausgaben für Krankengeld, die zuletzt besonders stark gestiegen sind (10% zwischen 2018 und 2020),

steigen zwischen 2020 und 2022 um 5,8% und damit etwa 1 Prozentpunkt mehr als die Gesamtleistungsausgaben. Die einzigen Bereiche, in denen die Leistungsausgaben sinken, sind Dialyse und Schwangerschaft – allerdings sinken sie hier nur mit -0,2% bis -0,4%. Bei den morbiditätsadjustierten Ausgaben nähern sich alle Kassenarten ihrem Erwartungswert an. Die AOK-Gemeinschaft und der vdek liegen mit 0,3% unter bzw. über ihrem Erwartungswert. Die BKKen und die IKKen entsprechen ihrem Erwartungswert.

Die Verwaltungskosten steigen zwischen 2020 und 2022 jährlich um 2,1%. Ihr Anteil an den Gesamtausgaben ist aufgrund des stärkeren Anstiegs der Leistungskosten allerdings gesunken. Ein direkter Vergleich der Verwaltungskosten der verschiedenen Kassenarten wird erschwert, da diese auch von spezifischen Faktoren und Strategien der einzelnen Kassenarten beeinflusst werden, z.B. von der Flächenpräsenz. Ausgehend von den aufgrund des Morbiditätsindex erwarteten Kosten zeigt sich jedoch, dass die AOK-Gemeinschaft und die IKKen 2022 mit +11 EUR bzw. +8 EUR je Versicherte:n über ihren erwarteten Verwaltungskosten liegen. Der vdek mit -11 EUR je Versicherte:n und die BKKen mit -3 EUR je Versicherte:n liegen hingegen unter ihren Erwartungswerten.

Altersstruktur und Niveau der Leistungsausgaben

Die Altersstruktur der Kassen verändert sich zwischen 2022 und 2023 nur leicht. Der prozentuale Anteil der Altersgruppe „50 Jahre und älter“ ist beim vdek am höchsten mit 47% und bei der AOK-Gemeinschaft mit 42% am niedrigsten. Bei einer Betrachtung ab 2013 zeigt sich eine Angleichung der Altersstruktur zwischen den Kassenarten.

Die AOK-Gemeinschaft kann bei den jüngsten Mitgliedern ihre Position stärken und weist in den Altersgruppen bis 34 Jahre einen höheren Versichertenanteil als der Durchschnitt auf. Gleichzeitig hat die AOK-Gemeinschaft den geringsten Anteil an älteren Versicherten und diese Altersstruktur schlägt sich in den Leistungsausgaben nieder: Hier liegt die AOK-Gemeinschaft 0,8 Prozentpunkte unter der durchschnittlichen Leistungsausgabensteigerung.

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 2023 liegen zum Zeitpunkt dieser Veröffentlichung noch nicht vor und werden für Juni 2024 erwartet. In ihren vorläufigen Finanzergebnissen weisen die GKVen ein Defizit von rund 1,9 Mrd. EUR aus. Dieses Ergebnis hängt maßgeblich mit der gesetzlich verpflichtenden Abführung von Reserven an den Gesundheitsfonds zusammen. Die Ausgaben für Leistungen und die Verwaltung steigen dabei mit 5% deutlich schneller als der Anstieg der Versichertenzahlen mit 0,9%.

Der Gesundheitsfonds verzeichnete im Jahr 2023 ein Defizit in Höhe von 3,3 Mrd. EUR. Die Liquiditätsreserve zum 15. Januar 2024 betrug rund 9,4 Mrd. EUR. Auch 2024 werden zusätzliche Mittel von 3,1 Mrd. EUR an die Krankenkassen ausgeschüttet, sodass mit einem weiteren Absinken zu rechnen ist.

~ 4,7%

Anstieg der Leistungsausgaben zwischen 2018 und 2023



Wettbewerbstrends

B1

Die Entwicklung der GKV seit 2014 unterliegt – neben den demografischen Veränderungen, die alle Kassen betreffen – im Wesentlichen vier Trends:

Die Anzahl der Kassen bleibt stabil. Eine längere Phase mit zahlreichen Fusionen infolge der Gesundheitsreform 2007 ist einer gewissen Stabilität gewichen: Seit 2014 verändert sich die Anzahl der Kassen kaum. Lediglich die BKKen verzeichnen noch vereinzelte Konsolidierungen zum Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit (die Zahl der BKKen ist zwischen 2019 und 2024 um 3,6% pro Jahr zurückgegangen). Es bleibt abzuwarten, ob und in welchem Ausmaß der Kostendruck, auch bei den Verwaltungskosten (Anstieg 2023 um 7,7%), erneute Fusionen nach sich ziehen wird (siehe Schaubilder B1.1 bis B1.3).

Die Marktanteile von GKV und PKV bleiben konstant. Während der Marktanteil der GKV gegenüber der PKV seit etwa zehn Jahren stabil bei rund 88% liegt, nimmt der Anteil an privaten Zusatzversicherungen kontinuierlich zu. Nach zweistelligem jährlichen Wachstum Anfang der 2000er Jahre ging das Wachstum zwischen 2013 und 2018 zwar auf rund 2% pro Jahr zurück. Seitdem steigt der Anteil jedoch wieder mit 3% pro Jahr. Inzwischen verfügen ca. 28% der GKV-Versicherten über eine private Zusatzversicherung. Darin zeigt sich das erhöhte Bedürfnis der Versicherten nach Gesundheitsabsicherung, das in den vergangenen Jahren wieder leicht zugenommen hat (siehe Schaubild B1.4).

Wettbewerbsdruck unter den Kassen steigt weiter. Der vdek und die AOK-Gemeinschaft verfügen mittlerweile über einen gemeinsamen Marktanteil nach Versicherten von über 75%. Die Versichertenentwicklung des vdek liegt nun auf durchschnittlichem GKV-Niveau. Die AOK-Gemeinschaft und die BKKen können seit 2019 hingegen Versichertenzuwächse verzeichnen. Die Versichertenentwicklung bei den IKKen im selben Zeitraum ist negativ und damit sinkt ihr Marktanteil. 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 2014 unterstreicht den Trend: Die AOK-Gemeinschaft und der vdek konnten zwischen 2014 und 2019 noch deutlich über dem GKV-Schnitt

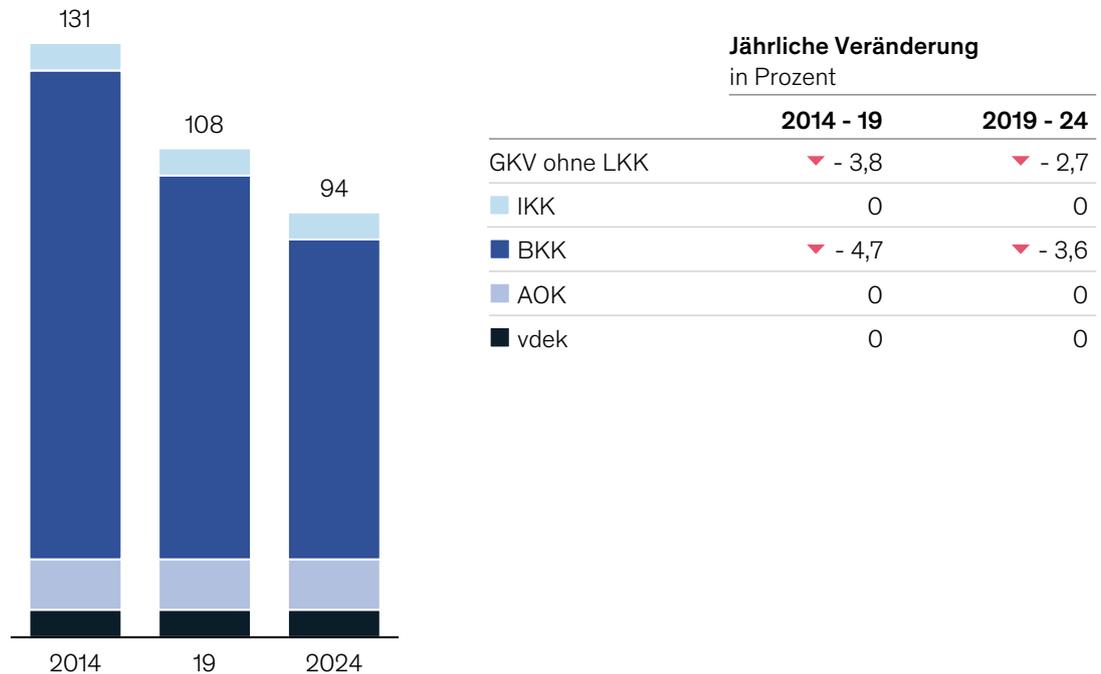
wachsen – mit je +1,9 Prozentpunkten pro Jahr bzw. 1,4 Prozentpunkten gegenüber dem GKV-Durchschnitt von +0,9 Prozentpunkten pro Jahr. Seit 2019 hat sich das Wachstum der AOK-Gemeinschaft von 0,6% an den GKV-Schnitt von 0,4% weitestgehend angepasst. Der vdek entspricht mit +0,4 Prozentpunkten dem GKV-Durchschnitt. Die BKKen erlitten zwischen 2014 und 2019 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 2019 und 2024 verzeichnen sie jedoch ein Plus von 0,6 Prozentpunkten. Bei den IKKen hat sich der Rückgang der Versichertenanzahl zuletzt verlangsamt: von -1,0 Prozentpunkten pro Jahr zwischen 2014 und 2019 auf -0,2 Prozentpunkte seit 2019 (siehe Schaubilder B1.5 und B1.6).

Die Versichertenstruktur ähnelt sich zunehmend. Wenngleich zwischen den Kassenarten noch Unterschiede in der Versichertenstruktur bestehen, haben sich diese in den vergangenen Jahren doch stark angeglichen. Erwartungsgemäß steigt der prozentuale Anteil von Versicherten ab 50 Jahren bei fast allen Kassenarten aufgrund der demografischen Entwicklung im Vergleich zu 2013 – allerdings unterschiedlich stark je Kasse. Deshalb ist der Anteil älterer Versicherter (50 Jahre und älter) mittlerweile zwischen AOK-Gemeinschaft, BKKen und IKKen eher ausgeglichen und liegt bei 42 bis 44%. Die AOK-Gemeinschaft hat mit 42% den geringsten Anteil an Versicherten ab 50 Jahren, während sie 2013 noch den höchsten Anteil im Kassenartenvergleich hatte. 2023 weist der vdek mit 47% den höchsten Anteil dieser Altersgruppe auf. Auch die Geschlechterverteilung gleicht sich immer weiter an. Im GKV-Schnitt 2023 liegt der Frauenanteil weiterhin bei 51,8%, wovon der vdek mit +2,2 und die IKKen mit -3,5 Prozentpunkten abweichen – das entspricht einer Spanne von fast 6 Prozentpunkten. Zwischen 2022 und 2023 ist die Spanne erneut etwas kleiner geworden: 1995 lag sie zwischen dem vdek und den IKKen noch bei etwa 20 Prozentpunkten (siehe Schaubilder B1.7 bis B1.14). Diese Entwicklung ist sehr wahrscheinlich auf die Öffnung der GKVen zurückzuführen. Diese sind heute nicht mehr auf bestimmte Berufszweige beschränkt, die teilweise von einem Geschlecht dominiert werden.

Schaubild B1.1

Während sich die Anzahl der BKKen seit 2014 durch Fusionen stetig verringert, bleibt die Anzahl aller anderen Kassenarten seither stabil

Anzahl Kassen¹ jeweils zum 1.1. eines Jahres

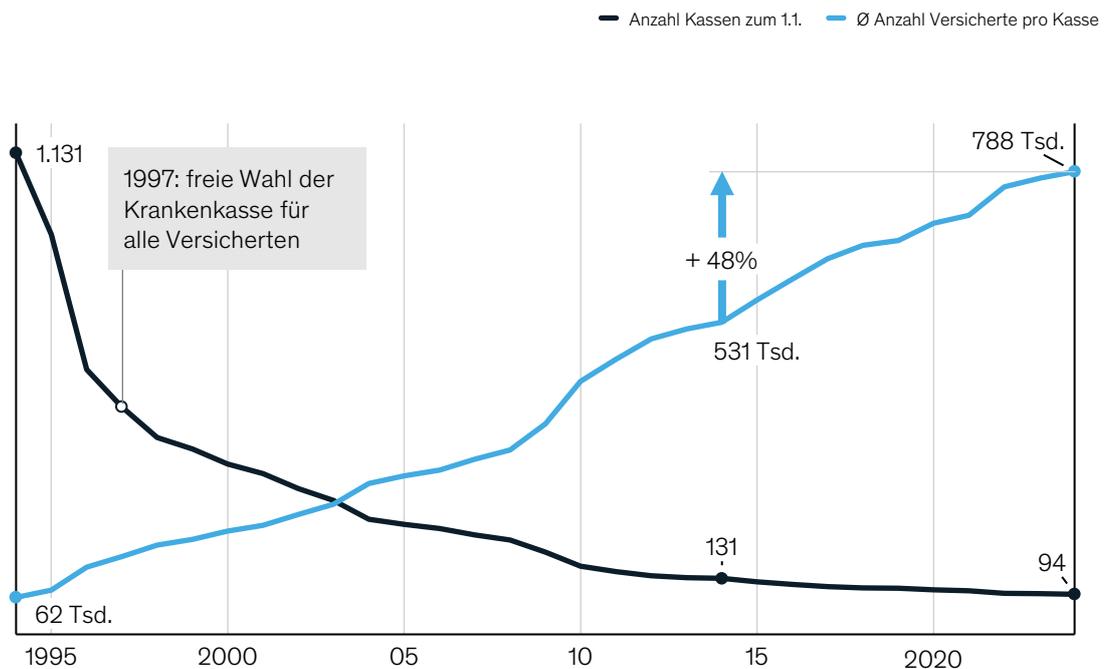


¹ Ohne LKK

Quelle: Anzahl der Kassen jeweils zum 1.1. des Jahres gemäß BMG

Schaubild B1.2

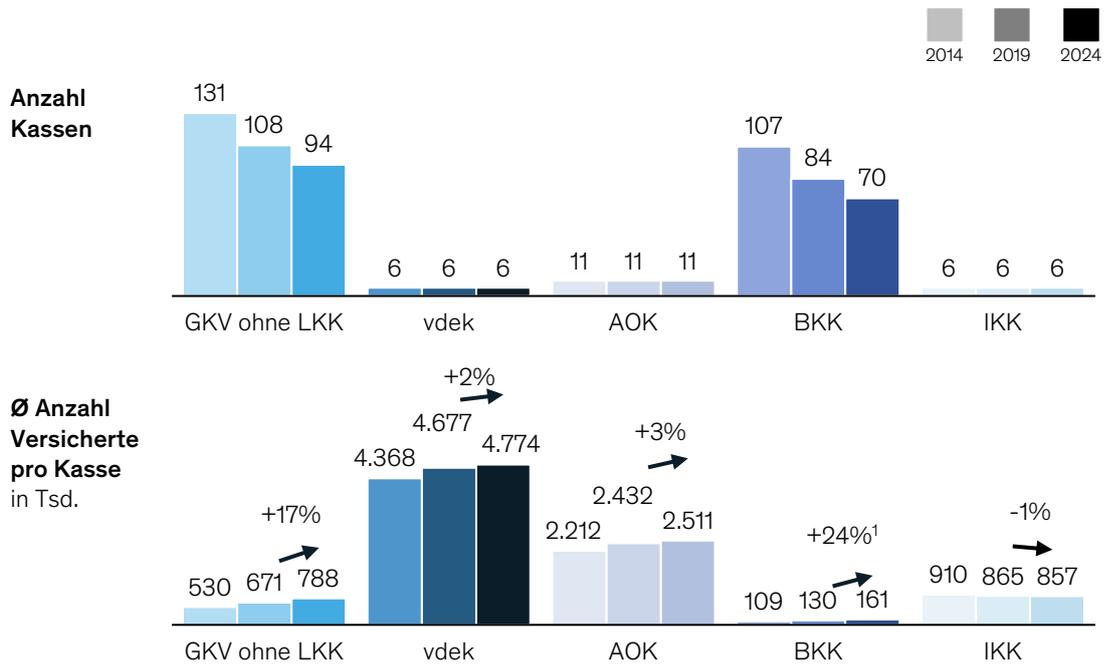
Infolge von Konsolidierungen bei den BKKen nimmt die durchschnittliche Versichertenzahl je Kasse seit 2014 nochmals um fast 50% zu



Quelle: Anzahl Kassen ohne LKK jeweils zum 1.1. des Jahres gemäß GBE, Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG, Versicherte 2024 approximiert

Schaubild B1.3

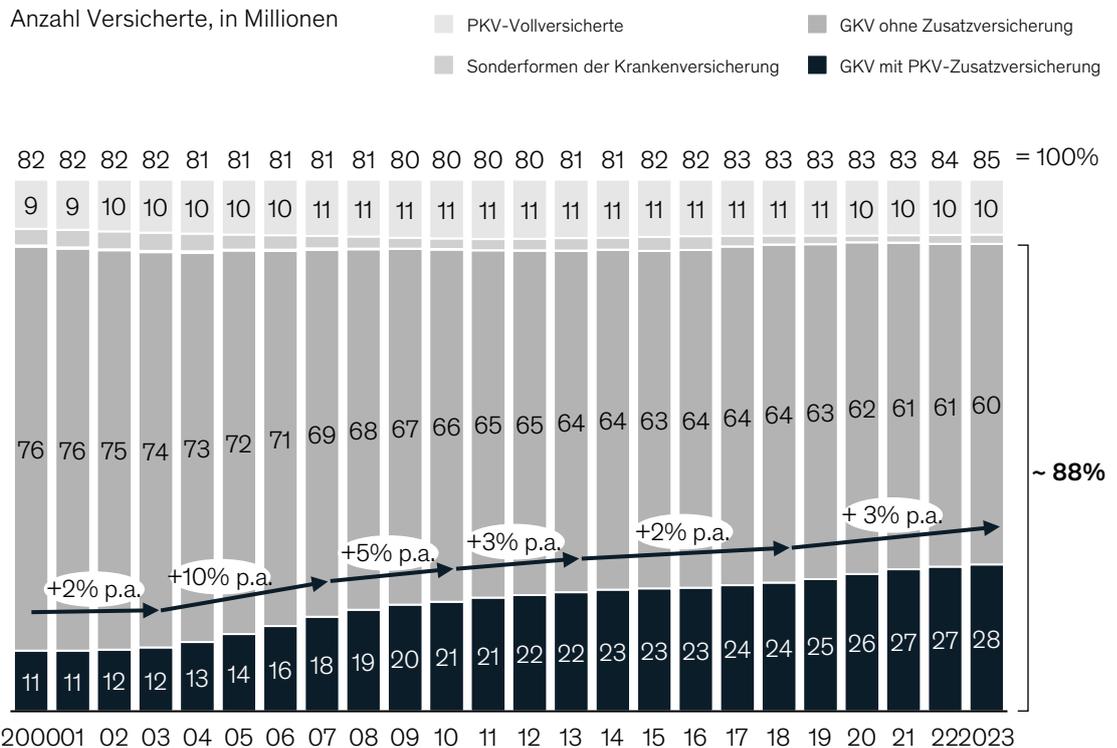
Mit 24% nimmt die Größe der BKKen fusionsbedingt seit 2014 am stärksten zu; die durchschnittliche Versichertenzahl je IKK ist rückläufig



1 Auswahl einzelner größerer Fusionen innerhalb der BKKen 2015 - 24: pronova BKK/Vaillant BKK, BKK VBU/BKK Demag Krauss-Maffei/ BKK S-H/BKK Basell, BKK VBU/Vereinigte BKK, BKK Pfalz/BKK Vital, mhplus/Metzing BKK, BKK VBU/Thüringer BKK/ Brandenburgische BKK, VIActiv/BKK Achenbach Buschhütten, Novitas BKK/SIEMAG BKK, Audi BKK/BKK Stadt Augsburg, bkk melitta hmr/BKK BPW
 Quelle: Anzahl Kassen ohne LKK jeweils zum 1.1. des Jahres gemäß GBE, Anzahl Versicherte zum Dezember des Vorjahres nach KM1 BMG

Schaubild B1.4

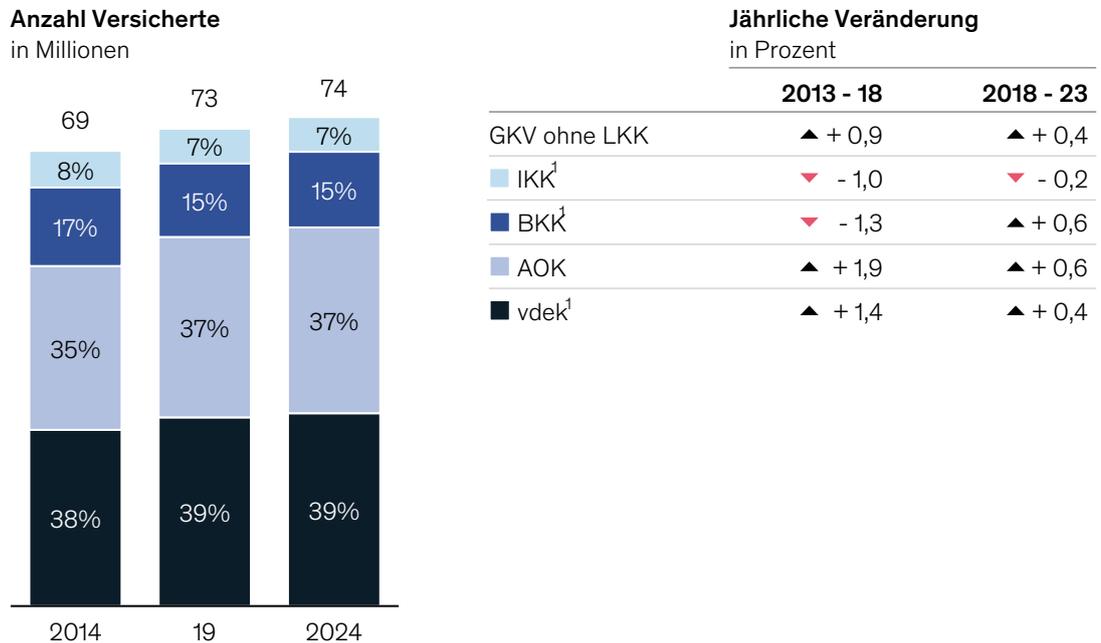
Der GKV-Marktanteil liegt seit 2018 stabil bei rund 88%, während der Anteil GKV-Versicherter mit privater Zusatzversicherung weiter steigt



Quelle: PKV-Zahlenportal; Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG; PKV und Bevölkerung 2023 approximiert

Schaubild B1.5

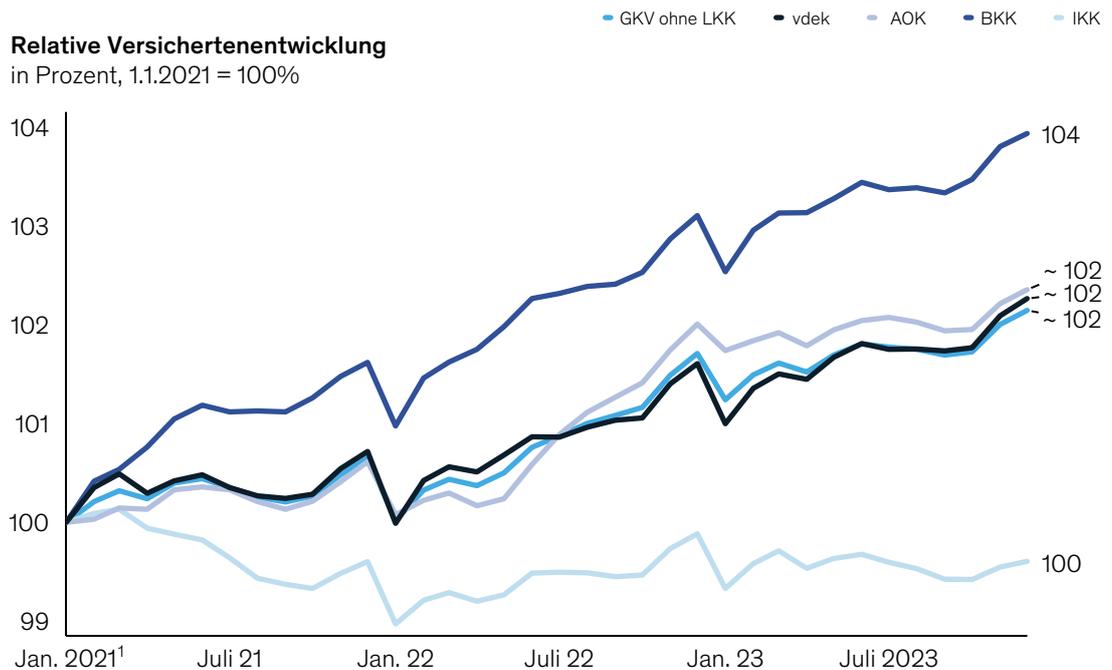
Die Zuwächse der Versicherten gleichen sich seit 2018 über alle GKVen an; AOK-Gemeinschaft und BKKen zuletzt mit überdurchschnittlichen Zuwächsen



¹ 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

Schaubild B1.6

Die relative Entwicklung der Versicherten Zahlen auf Basis von 2021 zeigt stärkstes Wachstum bei den BKKen

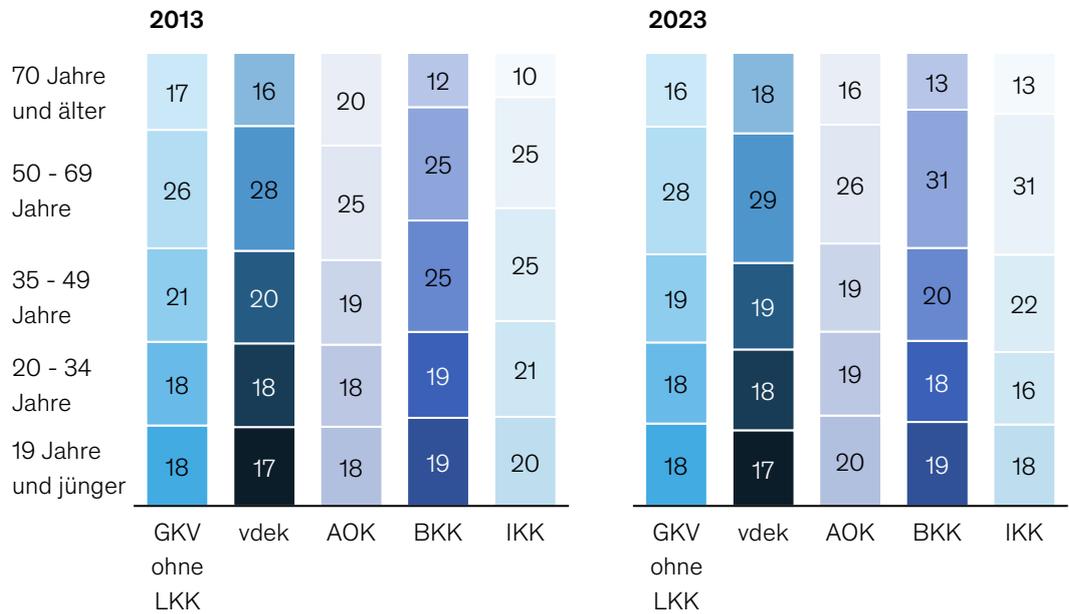


¹ Eingliederung von actimoda in BIG direkt gesund zum 1.1.2021
Quelle: Anzahl Versicherte zum 1. jedes Monats nach KM1 BMG

Schaubild B1.7

Der Anteil jüngerer Versicherter entspricht bei vdek und BKKen dem GKV-Schnitt; die AOK-Gemeinschaft hat mit 39% den höchsten Anteil

Versichertenanteile nach Altersgruppen, in Prozent

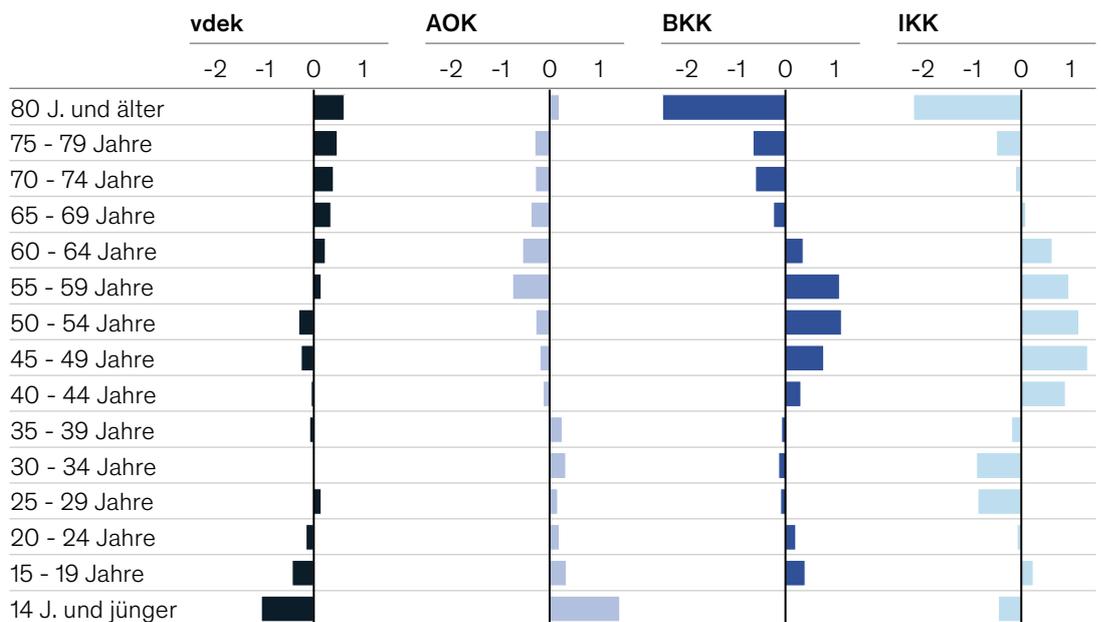


Quelle: Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG

Schaubild B1.8

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

Abweichung Versichertenanteile 2023 ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten

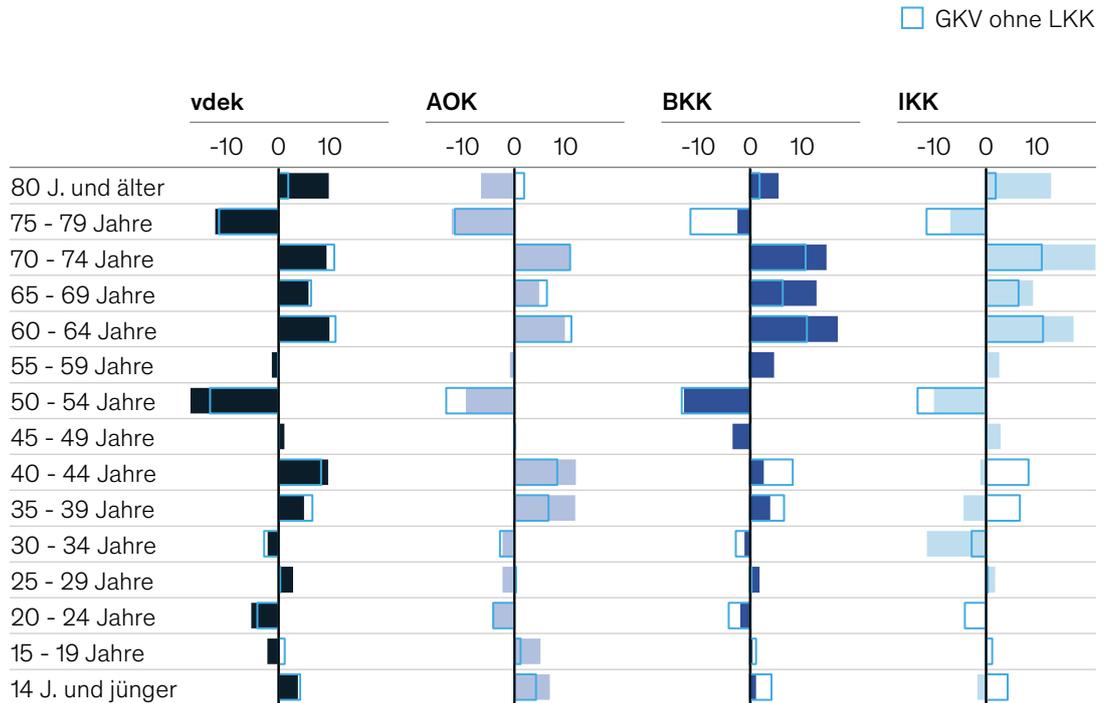


Quelle: Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG

Schaubild B1.9

Die AOK-Gemeinschaft verzeichnet ggü. 2020 stärkere Zuwächse bei Versicherten < 45 Jahren; BKKen und IKKen bei Versicherten > 55 Jahren

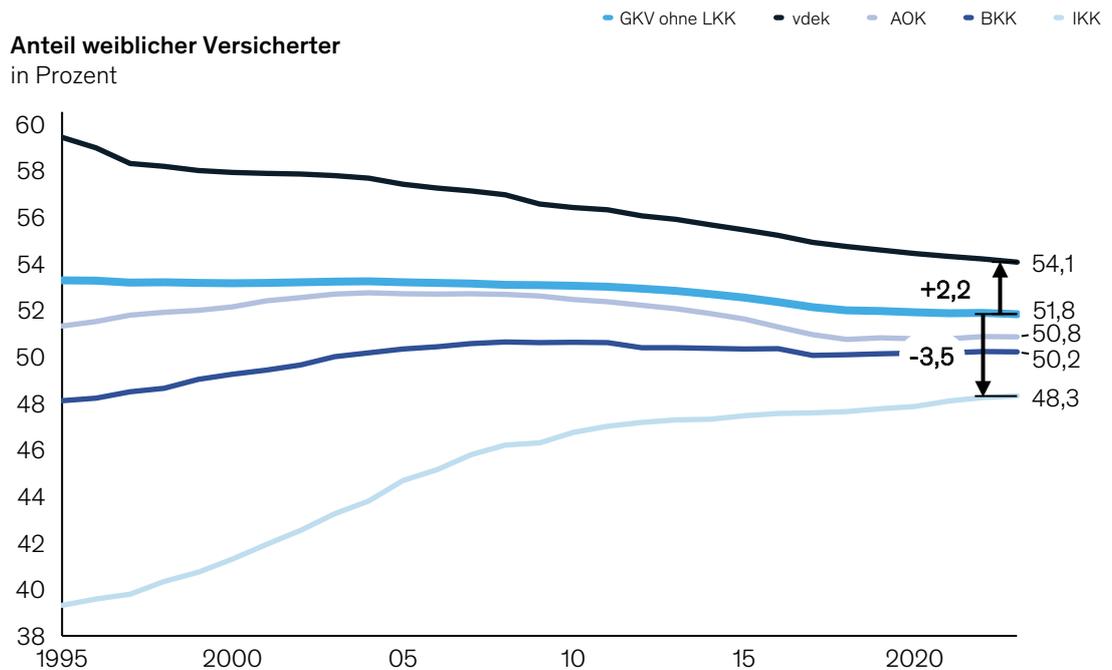
Veränderung Anzahl Versicherte, 2023 ggü. 2020, in Prozent



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

Schaubild B1.10

Der Geschlechtermix gleicht sich an – beim Frauenanteil liegen die GKVen maximal nur noch 5,7 Prozentpunkte auseinander



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

Schaubild B1.11

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

Versichertenanteile 2023 in Prozent, Abweichung ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten

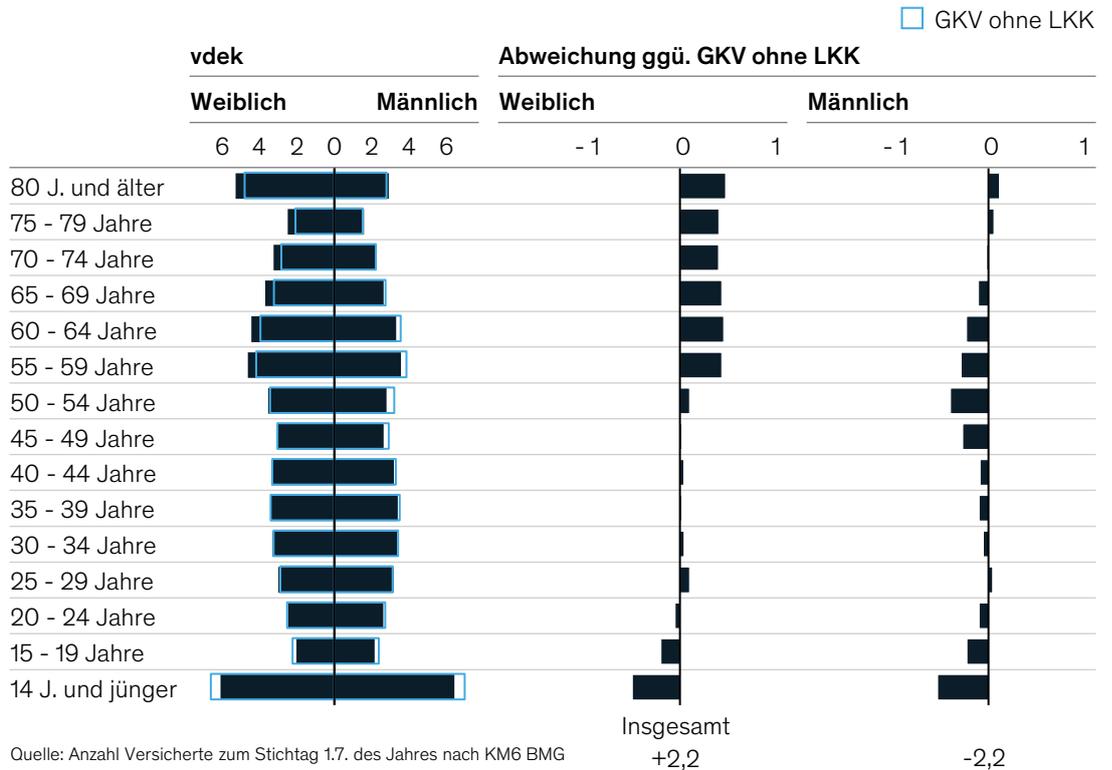
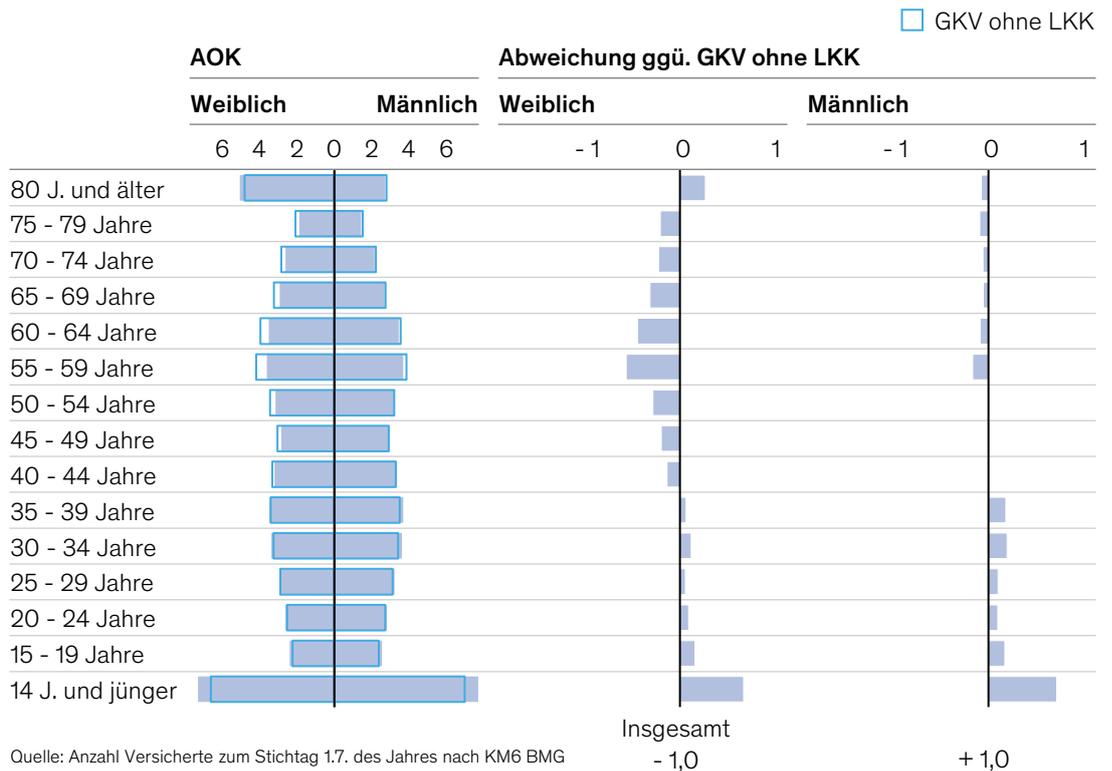


Schaubild B1.12

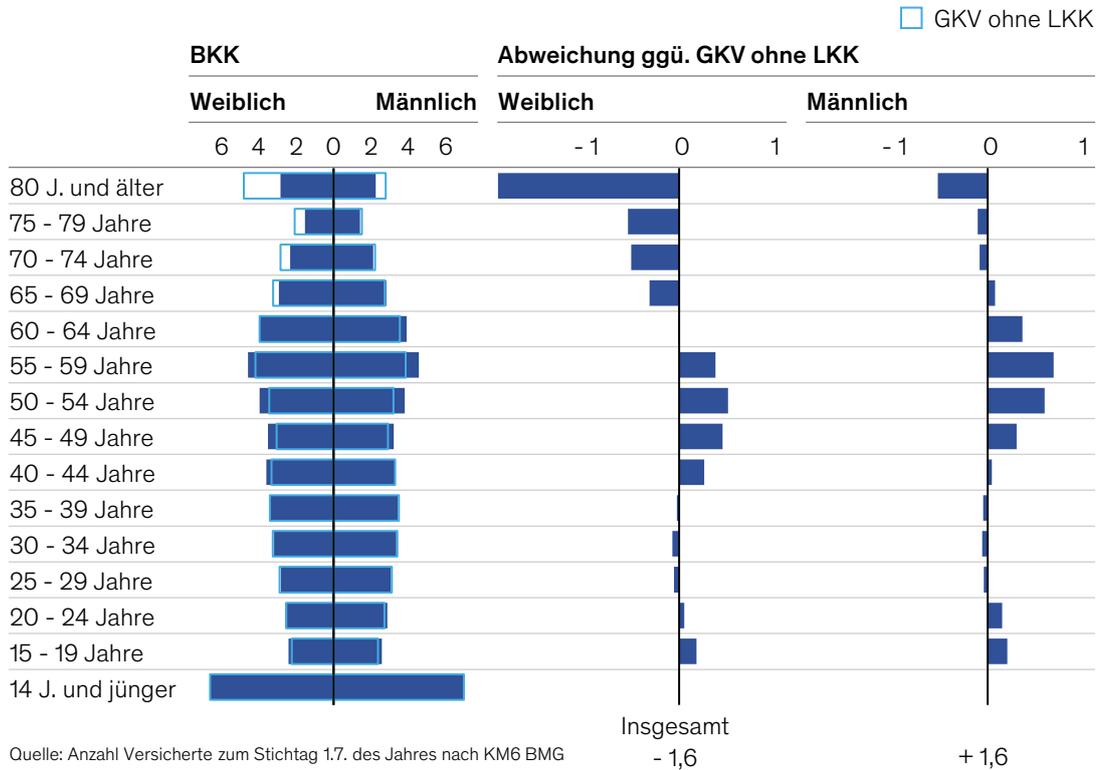
Die AOK-Gemeinschaft hat mehr Versicherte unter 40 Jahren; der Anteil der Kinder unter 15 Jahren liegt deutlich über dem Durchschnitt

Versichertenanteile 2023 in Prozent, Abweichung ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten



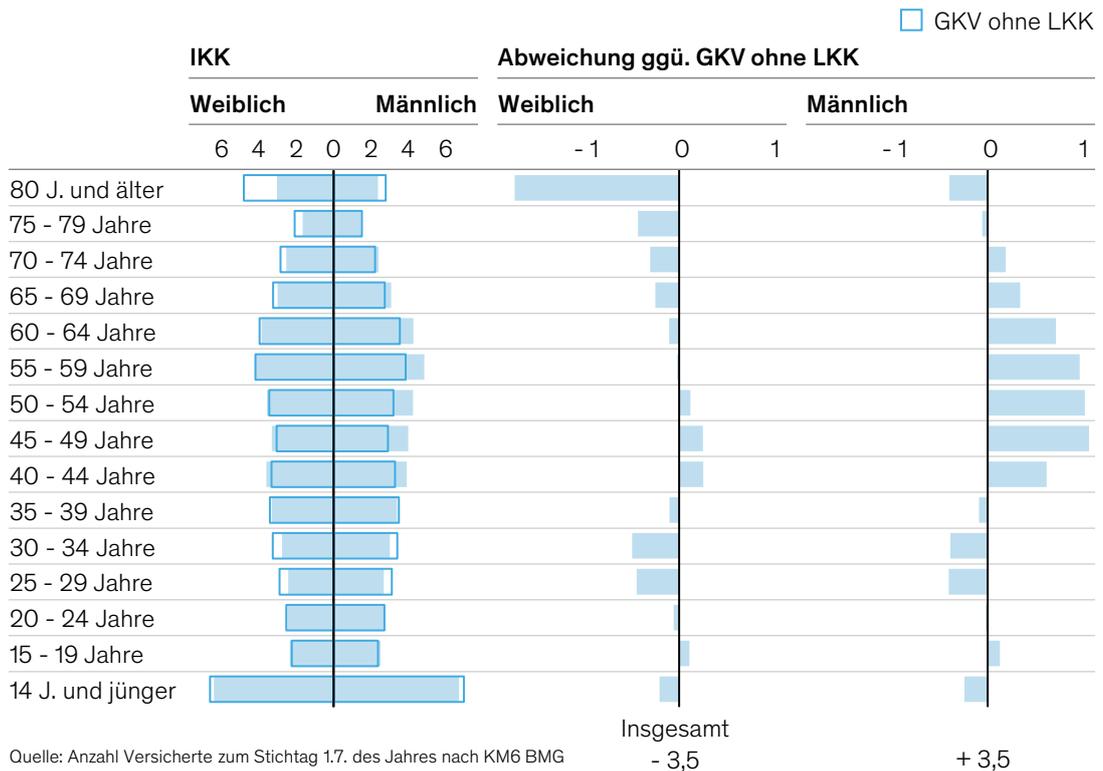
BKKen weisen höhere Anteile bei Versicherten in den Altersgruppen 40 bis 64 Jahre auf; der Männeranteil liegt 1,6 Prozentpunkte über der GKV

Versichertenanteile 2023 in Prozent, Abweichung ggü. GKV ohne LKK in Prozentpunkten



IKKen versichern deutlich mehr Männer zwischen 40 und 69 Jahren, insgesamt ist der Männeranteil 3,5 Prozentpunkte höher als bei der GKV

Versichertenanteile 2023 in Prozent, Abweichung ggü. GKV ohne LKK in Prozentpunkten





Entwicklung der Kassenergebnisse

B2

Im Durchschnitt verzeichnen die GKVen 2022 ein im Vergleich zum Vorjahr deutlich positiveres KJ1-Ergebnis. Insgesamt haben sich die verschiedenen Kassenarten gegenüber 2021 im Wesentlichen durch das Wegfallen bzw. die Reduktion der Reserventrückführungen deutlich verbessert. Der vdek und die BKKen vermelden positive Ergebnisse. Am deutlichsten verbessert sich jedoch die AOK-Gemeinschaft: Sie schafft einen Sprung von -171 EUR auf -2 EUR je Versicherte:n. Alle GKV-Kassenarten verzeichnen eine Überkompensation der Fondsunterdeckung durch Einnahmen aus Zusatzbeiträgen. Diese fällt jedoch über alle Kassenarten hinweg im Vergleich zum Vorjahr geringer aus.

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 tendenziell um die wirtschaftliche „Gesundheit“ einer Kasse steht.

Ergänzend zum KJ1-Ergebnis werden die Leistungsausgaben mit Steuerungspotenzial für Krankenkassen¹⁵ 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 4,7% zwischen 2020 und 2022. Vor allem die Bereiche Rehabilitation und Vorsorge sowie Heilmittel weisen eine jährliche Veränderung von 10,9% bzw. 10,7% auf. Dieser Anstieg ist sicherlich auch bedingt durch die Verschiebung bzw. Absage von Behandlungen während der COVID-19-Pandemie. Die Ausgaben für Krankengeld, die zuletzt besonders stark gestiegen sind (10% zwischen 2018 und 2020), wachsen zwischen 2020 und 2022 um 5,8% und damit etwa 1 Prozentpunkt mehr als die Gesamtleistungsausgaben. Ein Blick auf die Kassenart mit der niedrigsten jährlichen Veränderung in den Leistungsausgaben und die mit der höchsten Veränderung zeigt, dass die

Kassen nun weniger stark von externen Faktoren beeinflusst werden, denn die Differenz der jährlichen Veränderung sinkt wieder.

Die AOK-Gemeinschaft unterschreitet als einzige Kassenart ihre Erwartungswerte für die Leistungsausgaben, die aufgrund ihrer jeweiligen Morbidität prognostiziert wurden (um 0,3%). Im Gegensatz dazu überschreiten die IKKen ihren Erwartungswert um +0,3%. Insgesamt nähern sich jedoch die meisten Kassenarten ihrem Erwartungswert an; die AOK-Gemeinschaft bleibt stabil.

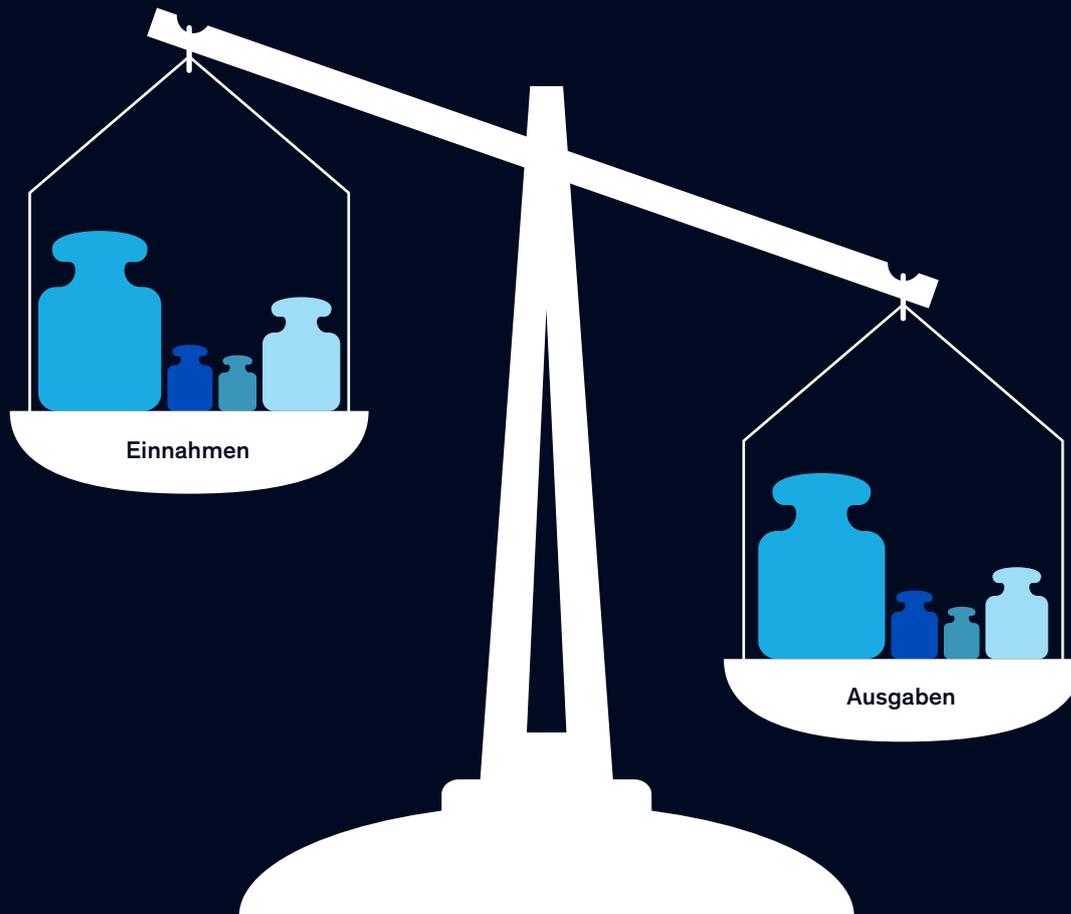
Auch die erwarteten Verwaltungskosten hängen von der Morbidität der Versicherte:n einer Kasse ab sowie von zahlreichen weiteren Faktoren und den unterschiedlichen Strategien der Kassenarten, was ihre Detailbetrachtung erschwert. Dennoch lässt sich festhalten, dass die IKKen und die AOK-Gemeinschaft im Jahr 2022 ihren Erwartungswert hinsichtlich der Verwaltungskosten mit +8 EUR bzw. +11 EUR je Versicherte:n überschreiten. Der vdek hingegen unterschreitet seinen Erwartungswert mit -11 EUR je Versicherte:n deutlich und auch die BKKen liegen mit -3 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 AOK-Gemeinschaft und die IKKen in der Fläche durch eine höhere Anzahl an Mitarbeitenden je Versicherte:n präsenter, während BKKen und IKKen eine höhere Anzahl an Geschäftsstellen je Versichert:en aufweisen. Insgesamt steigen die Verwaltungskosten zwischen 2020 und 2022 um jährlich 2,1% 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.

¹⁵ Beispielsweise Krankenhausbehandlung, Arzneimittel, Hilfsmittel, Heilmittel, häusliche Krankenpflege, Fahrkosten sowie Rehabilitation und Vorsorge

Haupttreiber des KJ1-Ergebnisses sind Leistungsausgaben und Zuweisungen für Leistungsausgaben

Das KJ1-Ergebnis



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

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

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

KJ1-Ergebnisse

Das KJ1-Ergebnis ist im GKV-Schnitt 2022 endlich wieder positiv; zuletzt war es vor allem durch die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und den Reservenabbau deutlich negativ ausgefallen. Im GKV-Schnitt liegt das KJ1-Ergebnis 2022 bei +5 EUR je Versicherte:n. Insgesamt haben sich die Kassenarten im Vergleich zum Vorjahr teilweise sehr deutlich verbessert und einander angenähert. Dies ist vor allem bedingt durch das Wegfallen bzw. die Reduktion der Reservenrückführung. Dadurch haben der vdek und die BKKen 2022 erstmals seit 2019 ein positives KJ1-Ergebnis erzielt. Mit je +15 EUR bzw. +6 EUR je Versicherte:n fällt das Ergebnis gegenüber dem Vorjahr besser aus (-29 EUR bzw. -54 EUR je Versicherte:n). Der Rückgang der Reservenrückführung bewirkt auch bei den IKKen ein besseres Resultat – von -110 EUR auf -21 EUR je Versicherte:n – jedoch weiterhin mit negativem KJ1-Ergebnis. Am deutlichsten ist die Veränderung bei der AOK-Gemeinschaft – ihr gelingt ein Sprung von -171 EUR auf -2 EUR je Versicherte:n. Gleichzeitig verzeichnen alle GKV-Kassenarten eine Überkompensation der Fondsunterdeckung durch Einnahmen aus Zusatzbeiträgen. Diese fällt jedoch über alle Kassenarten hinweg im Vergleich zum Vorjahr etwas geringer aus. Während die Überkompensation 2021 im Durchschnitt noch +37 EUR je Versicherte:n entsprach, verringert sie sich 2022 um 27% auf +27 EUR je Versicherte:n (siehe Schaubild B2.1).

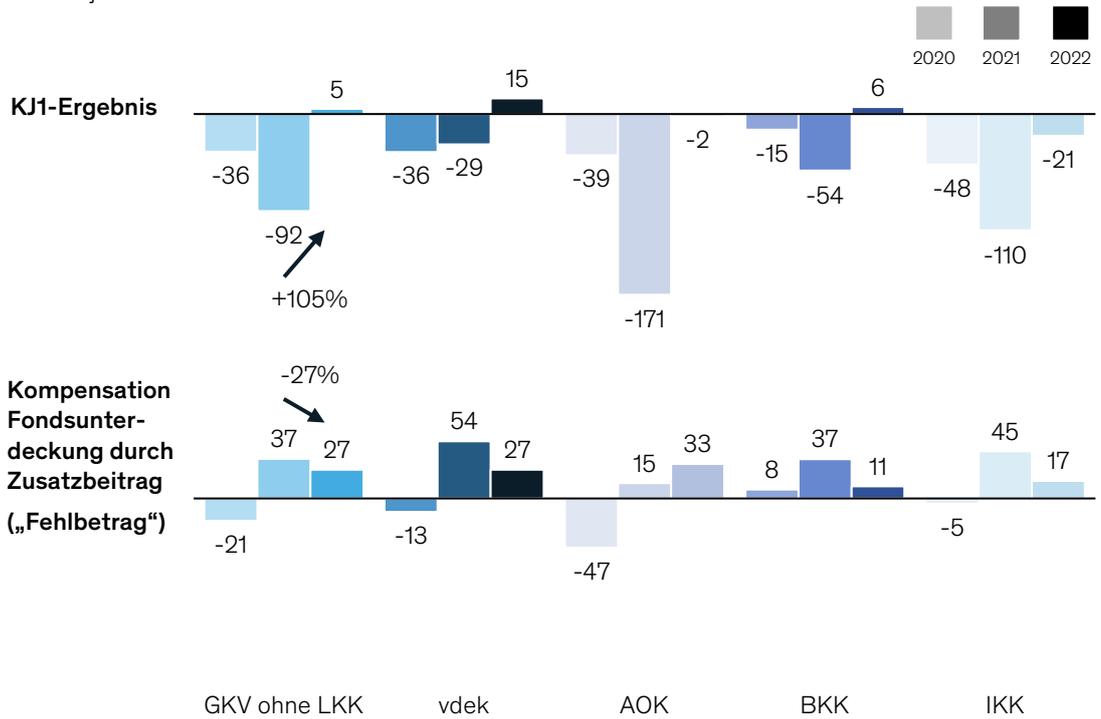
Die Finanzreserven der GKV liegen 2022 insgesamt mit ca. 10 Mrd. EUR unter dem Wert von 2020. Je Versicherte:n sind die durchschnittlichen Reserven von 229 EUR (2020) auf 136 EUR in 2022 zurückgegangen. Für die einzelnen Kassenarten lassen sich jedoch kleinere Veränderungen beobachten: Der vdek und die BKKen haben ihre Reserven je Versicherte:n leicht erhöht, während die AOK-Gemeinschaft ihre Reserven leicht verringert hat. Die IKKen haben ihre Reserven um rund 25% von 82 EUR je Versicherte:n auf 63 EUR reduziert (siehe Schaubilder B2.2 und B2.3).

Die Kompensation der Fondsunterdeckung durch den Zusatzbeitrag ist 2022 wie im Vorjahr positiv – im Schnitt übersteigen die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag die Fondsunterdeckung um 27 EUR je Versicherte:n. Die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag sind erneut gestiegen – um durchschnittlich 10% von 2021 auf 2022. Gleichzeitig sind bei allen Kassenarten die Einnahmen aus Zusatzbeiträgen mit durchschnittlich 10% weniger stark gestiegen als die Fondsunterdeckung. Bei den BKKen fallen sie mit 275 EUR je Versicherte:n am niedrigsten aus. Die AOK-Gemeinschaft – im Vorjahr noch die Kassenart mit den geringsten Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag – hat ihre Einnahmen erhöht und rangiert nun auf Platz zwei. Spitzenreiter bleibt der vdek mit 300 EUR je Versicherte:n (siehe Schaubild B2.4).

Schaubild B2.1

Alle GKVn zeigen ein ausgeglicheneres Ergebnis als im von Abführungen geprägten Vorjahr; die AOK-Gemeinschaft hat die höchste Kompensation

in EUR je Versicherte:n

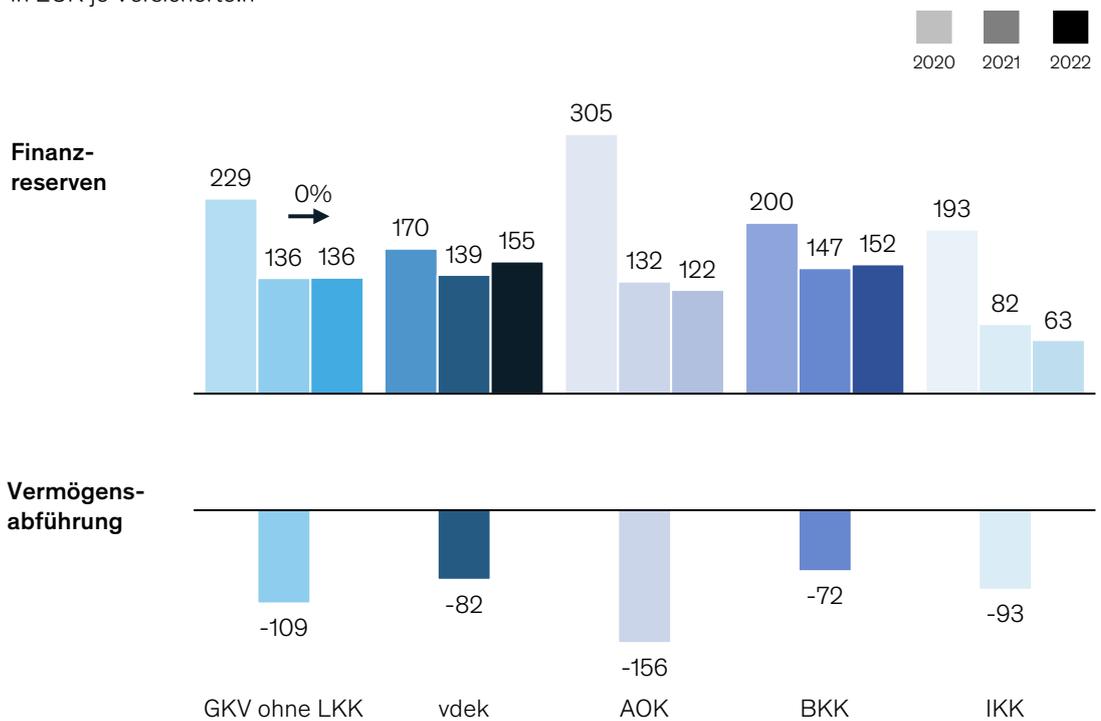


Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Schaubild B2.2

Nach dem Rückgang infolge der Vermögensabführung 2021 bei allen Kassenarten steigen die Finanzreserven bei vdek und BKKen 2022 wieder leicht an

in EUR je Versicherte:n



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

Die Finanzreserven sind 2020 bis 2022 verstärkt zurückgegangen; höchste Reserven je Versicherte:n hat der vdek durch geringeren Reservenabbau

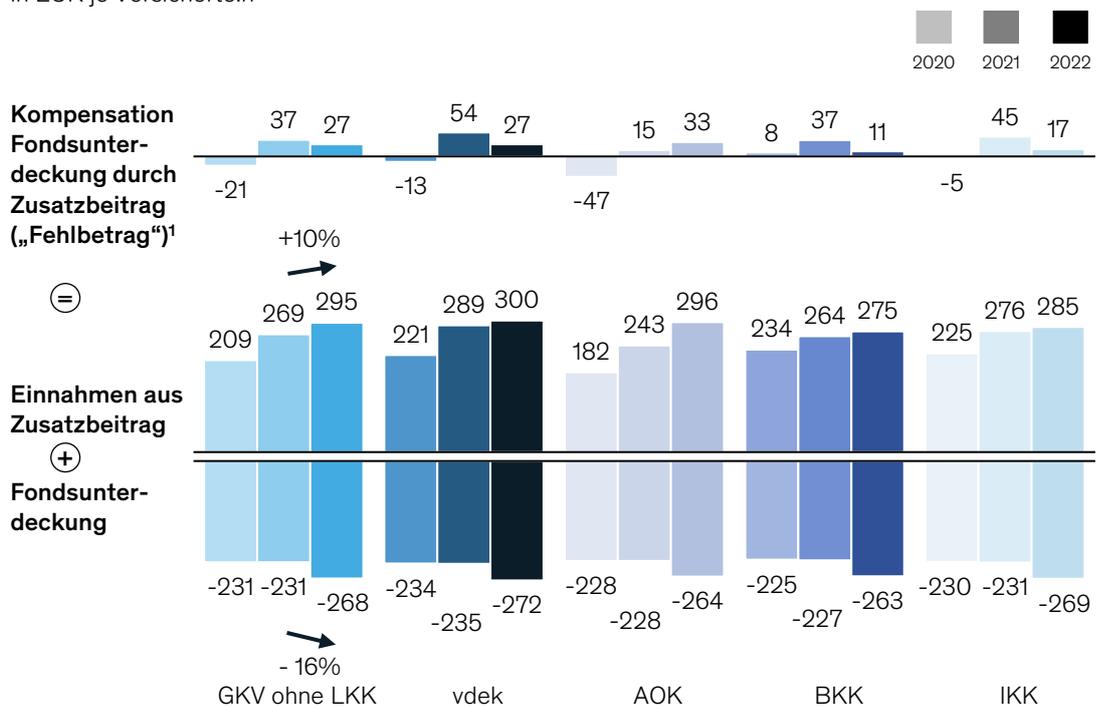


¹ Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen 2018, approximiert

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

Der Fehlbetrag bleibt im GKV-Durchschnitt positiv, ist jedoch niedriger als im Vorjahr – nur die AOK-Gemeinschaft verzeichnet einen positiveren Wert

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 2018 kontinuierlich im GKV-Schnitt je um 4,6 bis 4,7% pro Jahr. Nun zeigt sich, dass die Spanne bei der Leistungsausgabensteigerung zwischen den Kassenarten wieder kleiner wird. Betrug die Differenz des Ausgabenanstiegs von 2020 zu 2021 zwischen den beiden Kassenarten mit der größten bzw. der kleinsten Veränderung noch 2,4 Prozentpunkte, so sind es von 2021 zu 2022 nur noch 1,8 Prozentpunkte. Externe Faktoren treffen die Kassenarten also wieder ähnlich stark (siehe Schaubilder B2.5 und B2.6).

Die Krankenhausbehandlungen stellen weiterhin den größten Kostenblock dar – mit rund 32% der Gesamtausgaben. Auf Platz 2 liegen 2022 die ärztlichen Behandlungen mit knapp 18%, sie ziehen damit an den Leistungsausgaben für Arzneimittel vorbei. Die Leistungsausgaben für Krankenhaus- und ärztliche Behandlungen sind zwischen 2020 und 2022 stärker angestiegen als zuvor. Die Leistungsausgaben für Arzneimittel haben hingegen zuletzt weniger stark zugenommen als in den Vorjahren (siehe Schaubild B2.7).

Einen besonders hohen Anstieg der Leistungsausgaben verzeichnen die Heilmittel mit 10,7% p.a. sowie Früherkennung mit 10,9% p.a., was vermutlich auch auf die Verschiebung bzw. Absage von Behandlungen während der COVID-19-Pandemie zurückzuführen ist. Die Leistungsausgaben für Impfungen sind mit 10,4% pro Jahr ebenfalls erneut stark gestiegen – die Steigerungsrate fällt hier jedoch geringer aus als im Vergleichszeitraum 2018 bis 2020 mit 15,8% p.a. (siehe Schaubild 2.7).

Bei der Betrachtung der Kassenarten wird deutlich, dass IKKen in den separat ausgewiesenen Bereichen meist die stärkste jährliche Veränderung aufweisen. Dies ist sicherlich auch damit zu erklären, dass die IKKen die kleinste Kassenart in Deutschland sind. Vor allem bei Hilfsmitteln und Fahrkosten weichen die IKKen besonders stark vom GKV-Durchschnitt ab – mit je 2 bzw. 3 Prozentpunkten. In Vergleich zum Vorjahr nähern sich die Steigerungsraten der Kassenarten im Durchschnitt bei den Leistungsausgaben an (siehe Schaubilder B2.8 und B2.9).

Der Bereich Krankengeld wächst mit einer Veränderung von 5,8% p.a. zwischen 2020 und 2022

langsamer als in den Vorjahren. Die durchschnittlichen Krankengeld-Leistungstage je Mitglied bleiben nahezu konstant, da die durchschnittliche Anzahl Krankengeld-Leistungstage je Krankengeld-Fall über alle Kassenarten hinweg im Durchschnitt um -6,4% gesunken ist. Gleichzeitig ist die Anzahl der Krankengeld-Fälle je 100 Mitglieder über alle Kassenarten hinweg im Durchschnitt um +6,9% gestiegen. Der Rückgang der Leistungsdauer gleicht also den Anstieg der Fälle aus. Der Blick auf die Kassenarten zeigt allerdings kleine Unterschiede: So steigt die Anzahl der Krankengeld-Leistungstage je Mitglied bei den IKKen mit 1,5% am stärksten und beim vdek sinkt sie am stärksten mit -0,6%. Der Anstieg der Krankengeld-Ausgaben insgesamt ist also bedingt durch die Ausgaben je Krankengeld-Tag, die um +7% gestiegen sind. Dies könnte auch auf einen Anstieg des Lohnniveaus gegenüber 2021 zurückzuführen sein (siehe Schaubilder B2.10 und B2.11).

Rehabilitation und Vorsorge ist der Kostenblock mit der durchschnittlich höchsten Steigerung der Leistungsausgaben: 10,9% p.a. von 2020 bis 2022. Bei fast allen Erkrankungen nimmt von 2020 bis 2022 mit 2,7% p.a. die Anzahl der Leistungsfälle stärker zu als im Zeitraum von 2018 bis 2020 (-8,5% p.a.). Dies ist bedingt durch den Rückgang der Rehabilitationsmaßnahmen während der Pandemie. Über alle Erkrankungen zeigt sich nun eine starke Steigerung oder zumindest ein verlangsamter Rückgang. Am stärksten steigen die Ausgaben mit 11,2% p.a. bei den psychischen Erkrankungen (siehe Schaubild B2.12).

Die Dauer der Rehabilitationsmaßnahmen steigt im gleichen Zeitraum für alle Fachgebiete an: im Schnitt um 1,5% p.a. auf rund 24 Tage. In der Kategorie „Übrige“ steigt sie mit 15,2% p.a. besonders stark. Hierunter fallen neben Krankheiten von Atmungssystem, Auge und Ohr auch solche mit unklarer Ätiologie, deren Anteil an „Übrige Erkrankungen“ deutlich zunimmt und damit die durchschnittliche Leistungsdauer dieses Bereichs stark erhöht. Hingegen verringert sich die Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen um -6,3% – dies ist absolut gesehen aber immer noch das Erkrankungsfeld mit der zweitlängsten Leistungsdauer von 37,4 Tagen nach den Abhängigkeitserkrankungen mit 71,8 Tagen (siehe Schaubild B2.13).

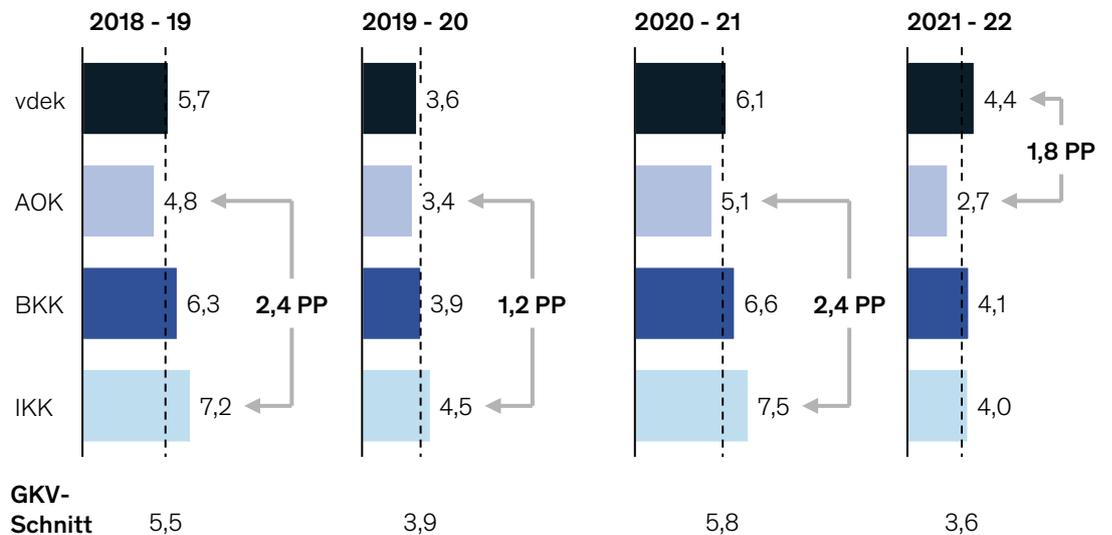
Die Leistungsausgaben steigen kontinuierlich, die jährliche Ausgabensteigerung liegt nur bei der AOK unter dem GKV-Schnitt



Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Die Spanne zwischen den Veränderungen der Leistungsausgaben wird 2022 kleiner, externe Faktoren treffen die Kassenarten wieder ähnlich stark

Jährliche Veränderung der Leistungsausgaben je Versicherte:n, in Prozent

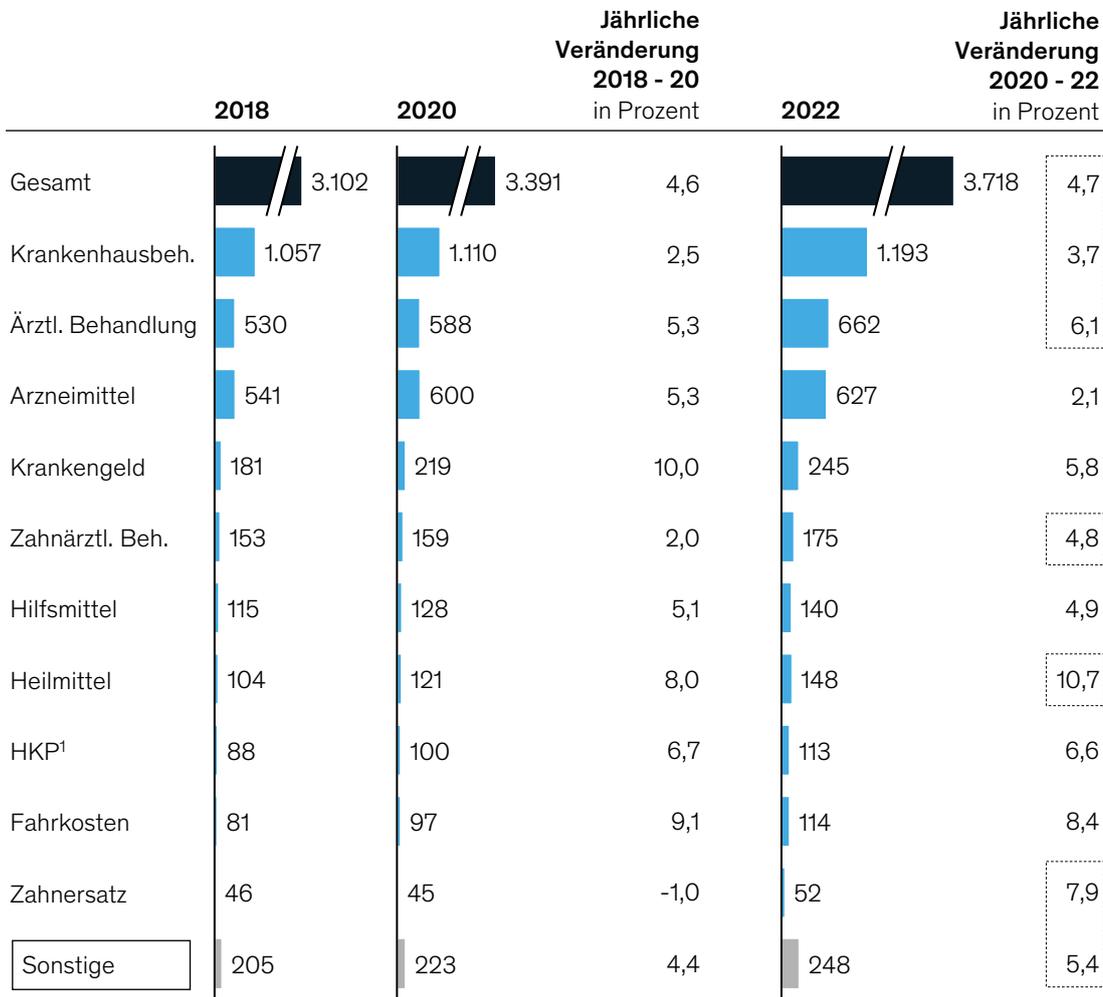


Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

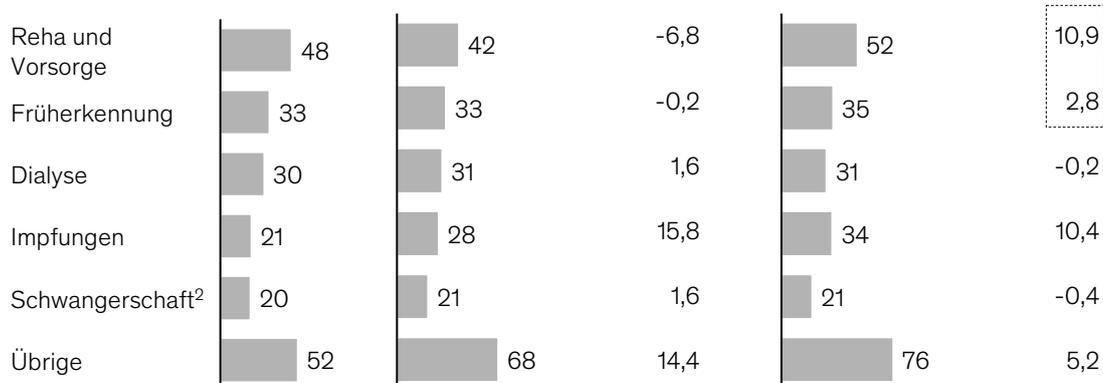
Die jährliche Ausgabensteigerung je Versicherte:n nimmt in vielen Bereichen zu

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

 Höhere jährliche Steigerung als 2018 - 20



Detailbetrachtung „Sonstige“



¹ HKP = Häusliche Krankenpflege

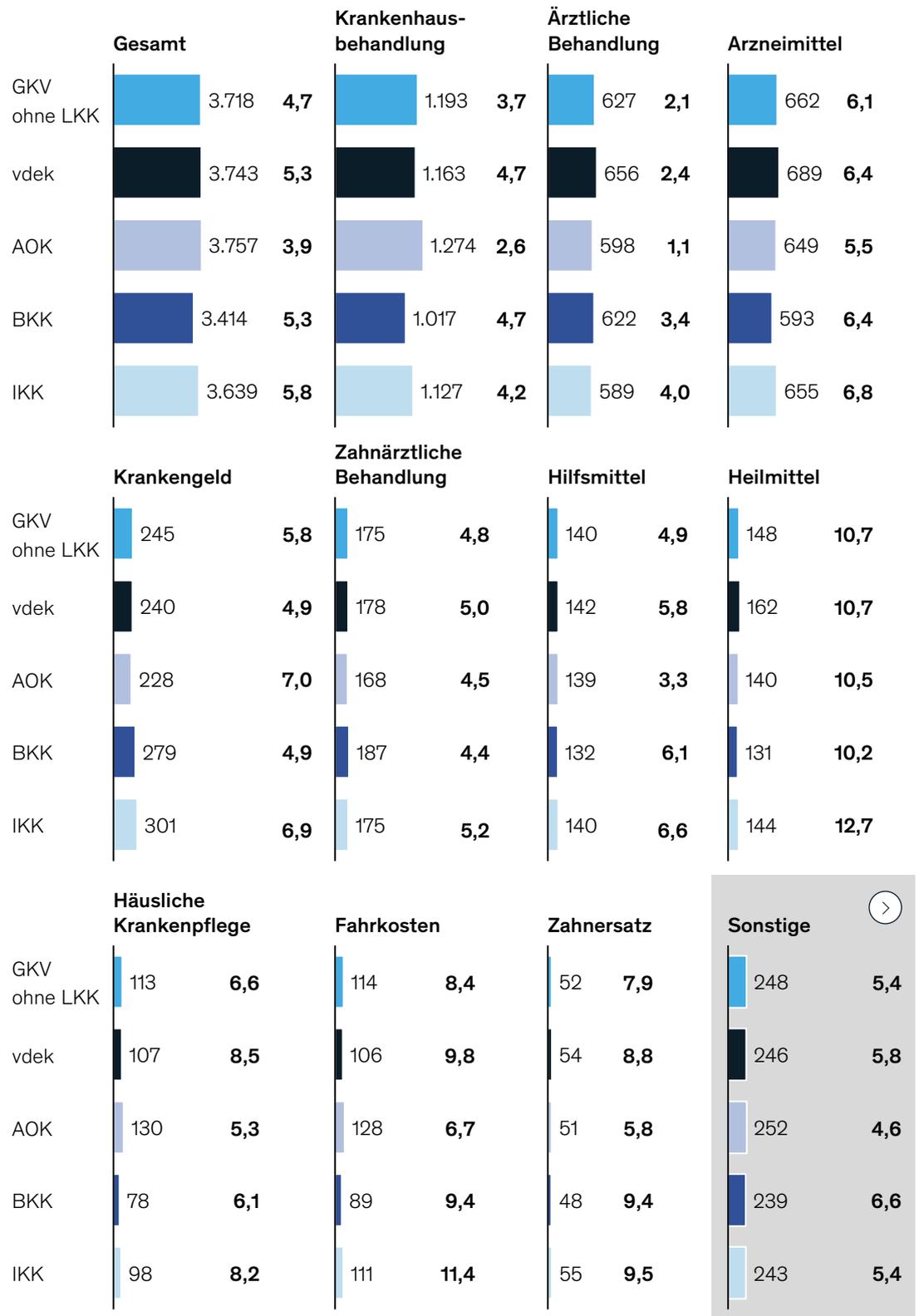
² Schwangerschaft und Mutterschaft ohne stationäre Entbindung

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Die Leistungsausgaben je Versicherte:n erhöhen sich von 2020 bis 2022 bei allen Kassenarten

Leistungsausgaben je Versicherte:n 2022, in EUR

■ Details in folgendem Schaubild
XX Jährliche Veränderung 2020 - 22
in Prozent



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

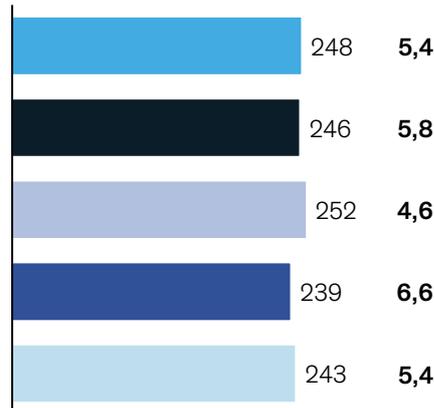
Sonstige: Bei allen Kassenarten stagnieren die Ausgaben für Dialyse und Schwangerschaft, während Reha- und Impfausgaben deutlich steigen

Leistungsausgaben je Versicherte:n 2022, in EUR

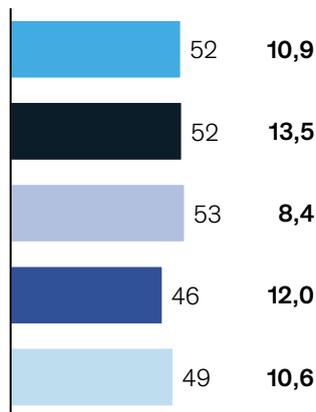


X,X Jährliche Veränderung 2020 - 22
in Prozent

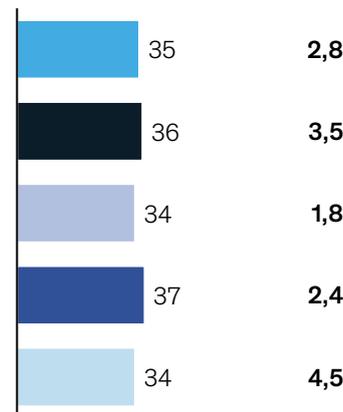
Sonstige



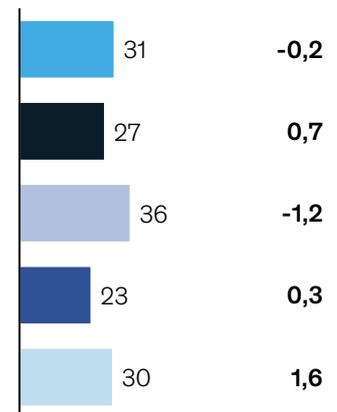
Rehabilitation und Vorsorge



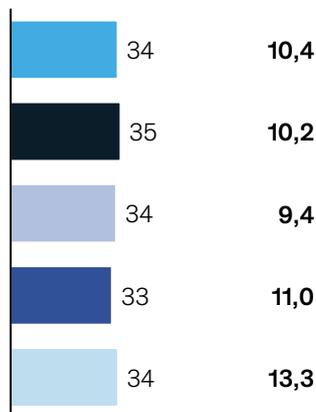
Früherkennung



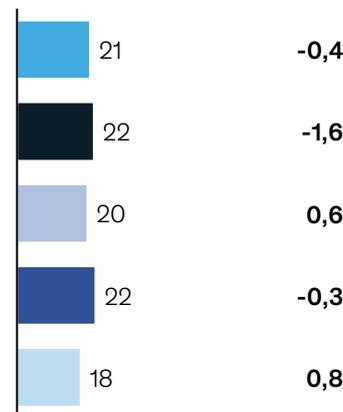
Dialyse



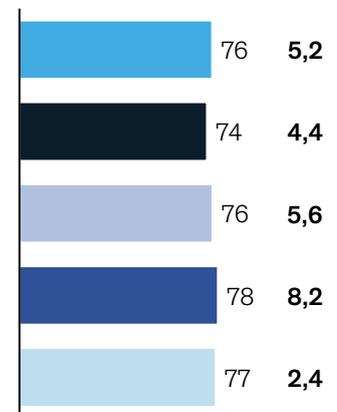
Impfungen



Schwangerschaft¹



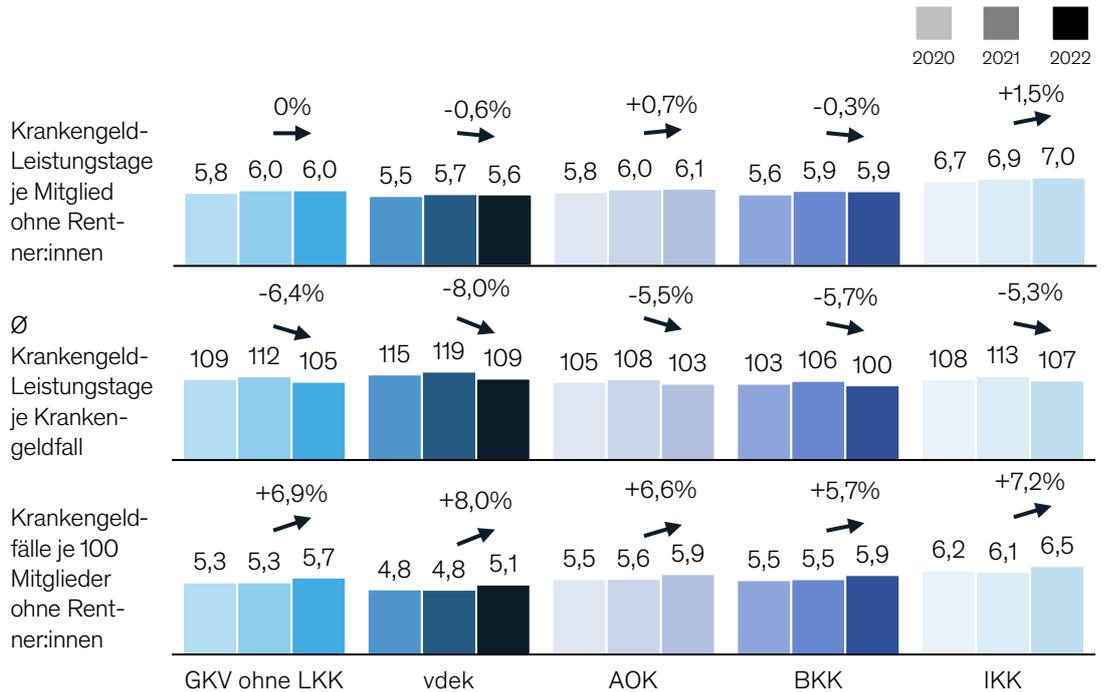
Übrige



¹ Schwangerschaft und Mutterschaft ohne stationäre Entbindung

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

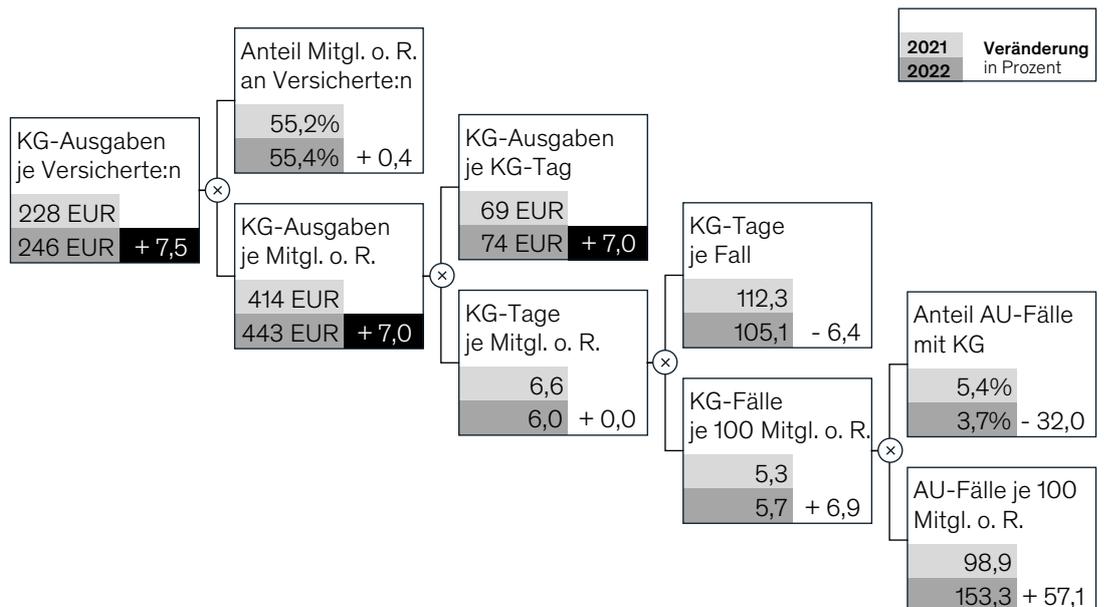
Die Anzahl der Krankengeld-Leistungstage bleibt 2022 in Summe unverändert durch steigende Fallzahlen bei gleichzeitig kürzerer Leistungsdauer



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

Krankengeld-Ausgaben steigen wegen höherer Ausgaben je Tag; sinkende Leistungsdauern gleichen den Anstieg der AU-Fälle vollständig aus

Krankengeld-Ausgaben der GKV ohne LKK je Versicherte:n, Vergleich 2022 zu Vorjahr 2021



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

Leistungsfälle von Rehabilitationsmaßnahmen nehmen bei fast allen Erkrankungen deutlich zu, psychische Erkrankungen mit 11% am stärksten

 Höhere jährliche Steigerung als 2018 - 20

Leistungsfälle von Rehabilitationsmaßnahmen der GKV ohne LKK, in Tausend

Erkrankung	2018	2020	Jährliche Veränderung 2018 - 20 in Prozent	2022	Jährliche Veränderung 2020 - 22 in Prozent
Gesamt	732	612	-8,5	645	2,7
Muskel, Skelett	283	234	-9,0	255	4,3
Herz-Kreislauf	172	145	-8,1	139	-2,3
Geriatrisch	76	69	-4,8	72	2,7
Neurologisch	30	25	-8,2	27	3,5
Psychisch	18	15	-9,4	18	11,2
Onkologisch	17	13	-11,8	14	0,9
Abhängigkeit	10	9	-4,9	8	-3,0
Stoffwechsel	7	5	-13,7	5	-3,0
Übrige	119	97	-10,1	107	5,3

Quelle: Leistungsfälle und Leistungstage von Rehabilitationsmaßnahmen der GKV-Versicherten nach KG5 BMG

Leistungsdauer in der Rehabilitation steigt insgesamt an, insbesondere bei übrigen Erkrankungen; bei psychischen Erkrankungen sinkt sie wieder

 Höhere jährliche Steigerung als 2018 - 20

Ø Leistungsdauer von Rehabilitationsmaßnahmen der GKV ohne LKK, in Tagen

Erkrankung	2018	2020	Jährliche Veränderung 2018 - 20 in Prozent	2022	Jährliche Veränderung 2020 - 22 in Prozent
Gesamt	22,8	23,2	1,0	23,9	1,5
Muskel, Skelett	19,9	19,8	-0,2	19,4	-1,1
Herz-Kreislauf	24,2	24,8	1,3	24,3	-1,0
Geriatrisch	21,7	21,9	0,5	22,2	0,5
Neurologisch	29,6	30,8	2,1	30,3	-0,9
Psychisch	39,5	42,6	3,8	37,4	-6,3
Onkologisch	22,8	23,1	0,7	23,7	1,4
Abhängigkeit	65,3	68,0	2,1	71,8	2,8
Stoffwechsel	21,3	21,5	0,4	22,1	1,5
Übrige	20,6	21,3	1,5	28,2	15,2

Quelle: Leistungsfälle und Leistungstage von Rehabilitationsmaßnahmen der GKV-Versicherten nach KG5 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 B2.15 bis B2.25 erläutert.

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

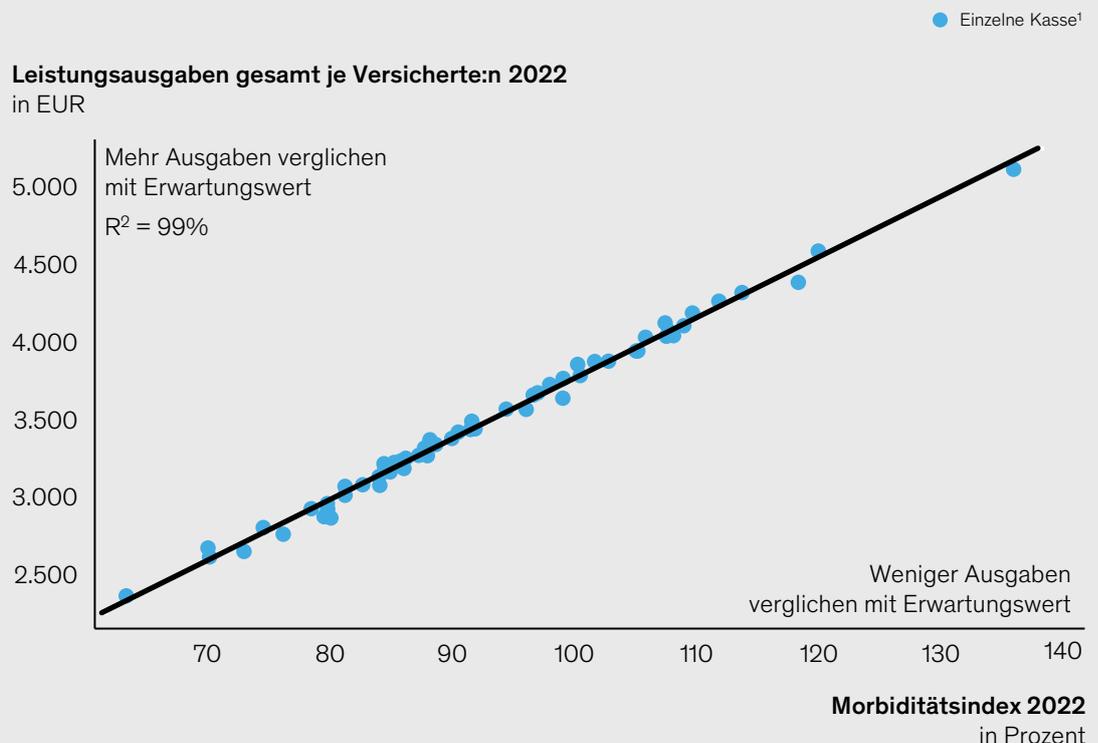
Die Leistungsausgaben korrelieren stark mit der Morbidität, die Gesamtleistungsausgaben sogar zu 99% (siehe Schaubild B2.14). Daher lässt sich aus dem Morbiditätsindex einer Kasse ein konkreter Erwartungswert für ihre Leistungsausgaben ableiten.

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 B2.15).

Schaubild B2.14

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



¹ Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2022

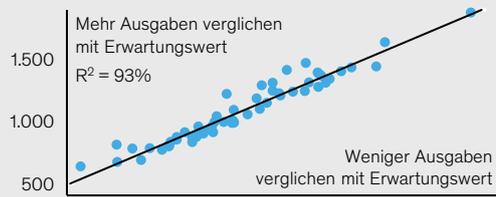
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

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

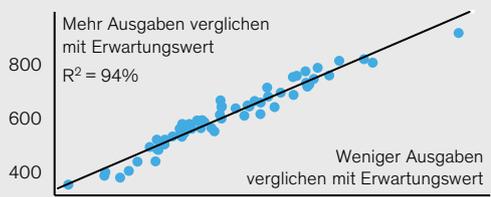
Leistungsausgaben je Versicherte:n 2022
in EUR

● Einzelne Kasse¹

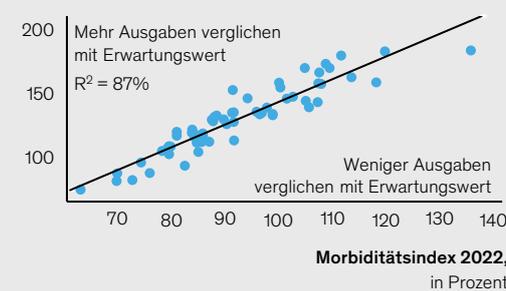
Krankenhausbehandlung



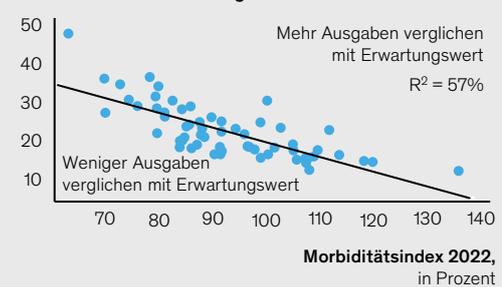
Arzneimittel



Hilfsmittel



Schwangerschaft und Mutterschaft ohne stationäre Entbindung



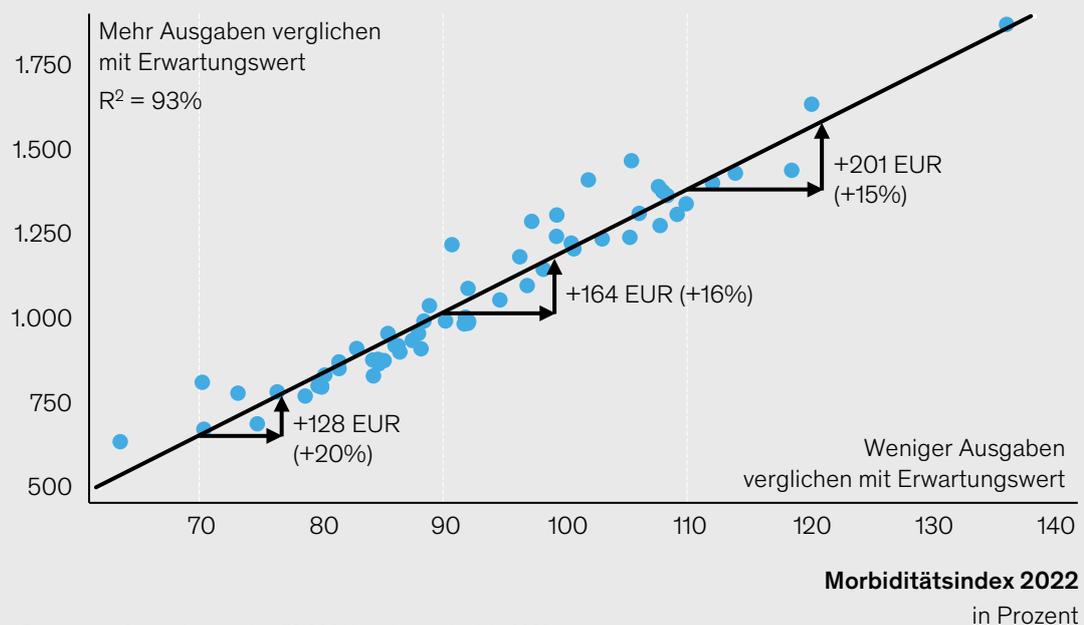
¹ Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2022

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

→ +10% Morbidität ↑ Veränderung der erwarteten Leistungsausgaben ● Einzelne Kasse¹

Ausgaben für Krankenhausbehandlung je Versicherte:n 2022
in EUR



¹ Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2022

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 B2.16). 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 B2.15).

Gemäß Morbiditätsindex zu erwartende Leistungsausgaben

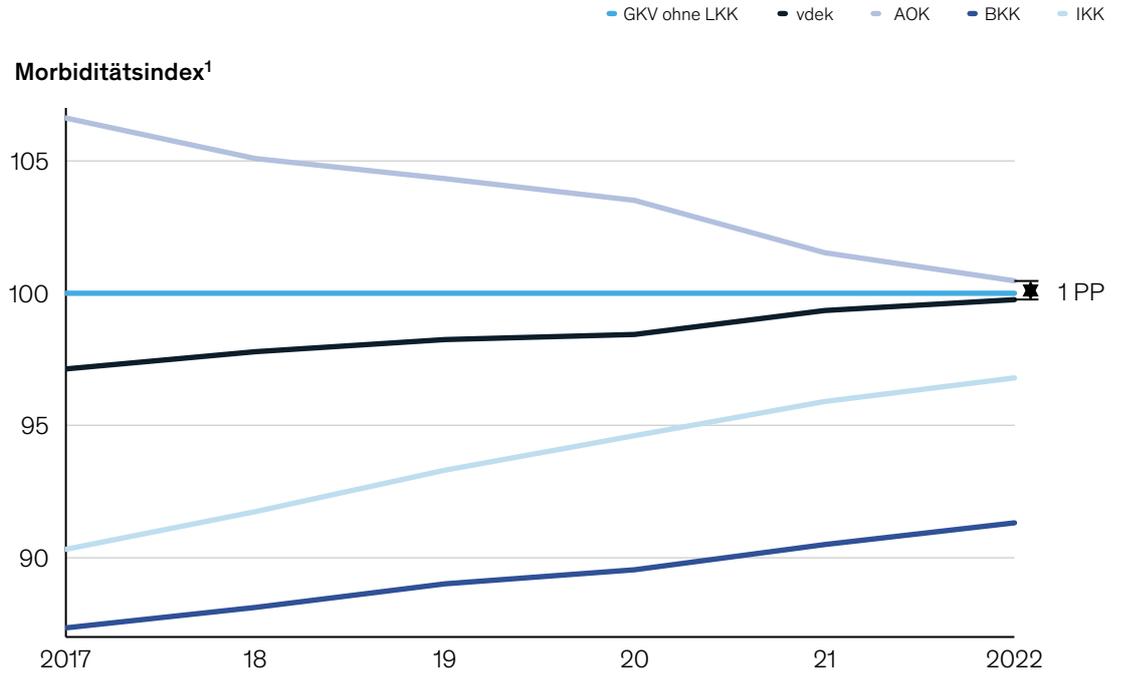
Die Veränderung in der Altersstruktur der Kassenarten (siehe Schaubild B2.17) spiegelt sich in ihrem Morbiditätsindex wider. Die AOK-Gemeinschaft mit höherem Versichertenanteil in jüngeren Altersgruppen kann ihren Morbiditätsindex senken und langsam an den GKV-Schnitt angleichen. Bei allen anderen Kassenarten steigt der Index und sie gleichen sich ebenfalls an den GKV-Schnitt an – aus der anderen Richtung kommend. Der Morbiditätsindex der AOK-Gemeinschaft und des vdek unterscheiden sich damit nur noch um 1 Prozentpunkt. Vor allem der Morbiditätsindex der IKKen wächst besonders schnell (siehe Schaubild B2.18).

Im Vergleich zu den Vorjahren haben sich die tatsächlichen Ausgaben an den Erwartungswert nach Morbiditätsindex angeglichen. Mit -0,3% liegt die AOK-Gemeinschaft wie im Vorjahr etwas unter dem Erwartungswert und die IKKen liegen mit 0,3% darüber (im Vergleich zu 0,9% im Vorjahr). Nur die Leistungsausgaben der AOK-Gemeinschaft sind geringer, als ihr Morbiditätsindex erwarten lässt. Die AOK-Gemeinschaft liegt -0,3% oder -13 EUR je Versicherte:n hinter den erwarteten Ausgaben. Lagen die Ausgaben des vdek im Vorjahr noch unterhalb ihres Erwartungswerts, liegen sie dieses Jahr leicht darüber mit +1 EUR je Versicherte:n – ähnlich wie die BKKen mit +2 EUR je Versicherte:n. 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. -5,2% unter dem Erwartungswert, so liegt sie im Bereich häusliche Krankenpflege mit 13,4% deutlich darüber. Der vdek schneidet bei den Fahrkosten mit -8,6% besonders gut gegenüber dem Erwartungswert ab und liegt bei den Heilmitteln mit 10,3% deutlich über dem Erwartungswert (siehe Schaubilder B2.19 bis B2.21).

In der Jahresbetrachtung der Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich zeigt sich, dass die AOK-Gemeinschaft 2022 mit rund +69 EUR je Versicherte:n am deutlichsten von ihrem Erwartungswert abweicht – und im Vergleich zum Vorjahr diesen Abstand auch noch steigert. Die IKKen können ihren Abstand zu den erwarteten Leistungsausgaben zwischen 2021 und 2022 sogar umkehren und liegen 2022 bei -11 EUR je Versicherte:n im Vergleich zu +15 EUR je Versicherte:n im Vorjahr. Der vdek liegt seit 2017 jedes Jahr deutlich unter den erwarteten Leistungsausgaben im Krankenhausbereich, nähert sich jedoch dem Wert der anderen Kassenarten an. So verzeichnet der vdek zwischen 2021 und 2022 eine Annäherung an den Erwartungswert (von -42 EUR auf -29 EUR). Die BKKen halten ihren Abstand der Leistungsausgaben im Bereich Krankenhaus nahezu konstant (siehe Schaubilder B2.22 und B2.23).

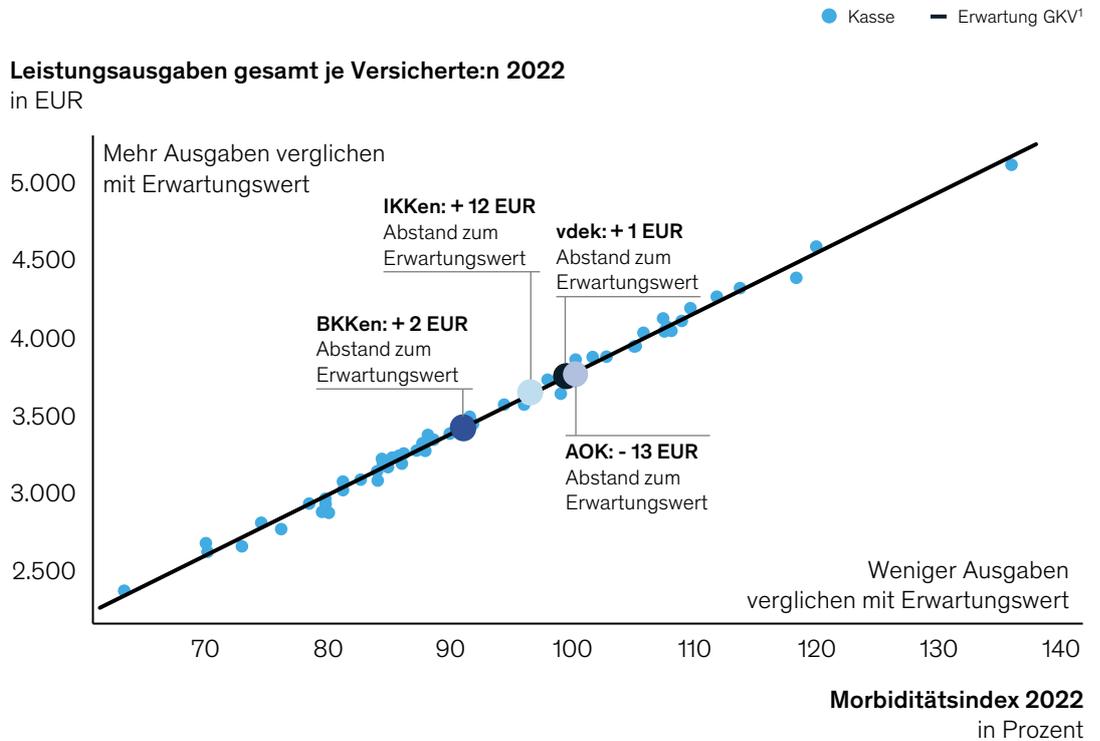
Die Jahresbetrachtung der Ausgabenentwicklung im Arzneimittelbereich ergibt, dass die AOK-Gemeinschaft mit -21 EUR je Versicherte:n unter dem Erwartungswert bleibt, ihren Abstand zu diesem zwischen 2021 und 2022 allerdings nicht deutlich ausbauen konnte. Das bedeutet, dass die AOK-Gemeinschaft 2020 noch mit -34 EUR je Versicherte:n unter dem Erwartungswert lag und sich diesem 2021 wieder etwas genähert hat – 2022 blieb diese Annäherung bestehen. Die BKKen und IKKen haben sich ihrem Erwartungswert zwischen 2021 und 2022 auf positive Art angenähert. Der Abstand der Ausgaben der vdek im Arzneimittelbereich von ihrem Erwartungswert bleibt ähnlich hoch wie im Vorjahr (siehe Schaubilder B2.24 und B2.25).

Die durchschnittliche Morbidität der Versicherten gleicht sich seit 2017 an; AOK-Gemeinschaft und vdek 2022 mit nur noch ca. 1 Prozentpunkt Abstand



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

Die Ausgaben der IKKen liegen 2022 über den Erwartungen; die übrigen GKVn liegen darunter, am deutlichsten die der AOK-Gemeinschaft



¹ Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2022
 Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Fast alle Kassen liegen bei Krankenhausbehandlungen unter ihrem Erwartungswert; bei Rehabilitation liegen alle Kassen darüber

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

Abstand zu gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben¹ 2022
in Prozent

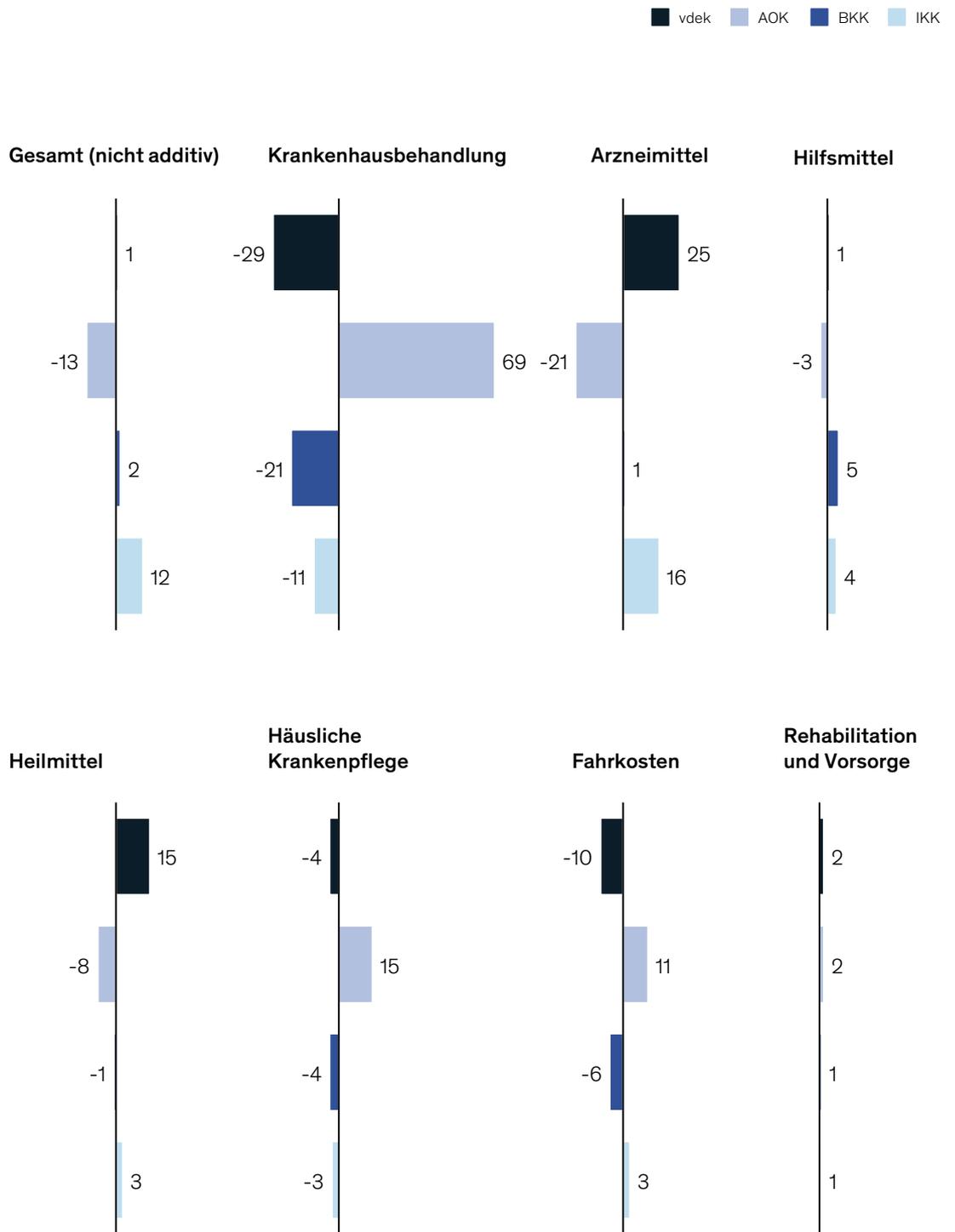
	Leistungsbereich							
	Gesamt (nicht additiv)	Krankenhausbehandlung	Arzneimittel	Hilfsmittel	Heilmittel	Häusliche Krankenpflege	Fahrtkosten	Rehabilitation und Vorsorge
vdek	0,0	- 2,4	3,7	0,4	10,3	- 4,0	- 8,6	3,2
AOK	- 0,3	5,7	- 3,2	- 2,4	- 5,2	13,4	9,1	4,0
BKK	0,0	- 2,0	0,2	4,3	- 0,7	- 5,2	- 6,4	1,7
IKK	0,3	- 0,9	2,5	2,7	2,1	- 3,1	2,3	1,6

¹ Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2022

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

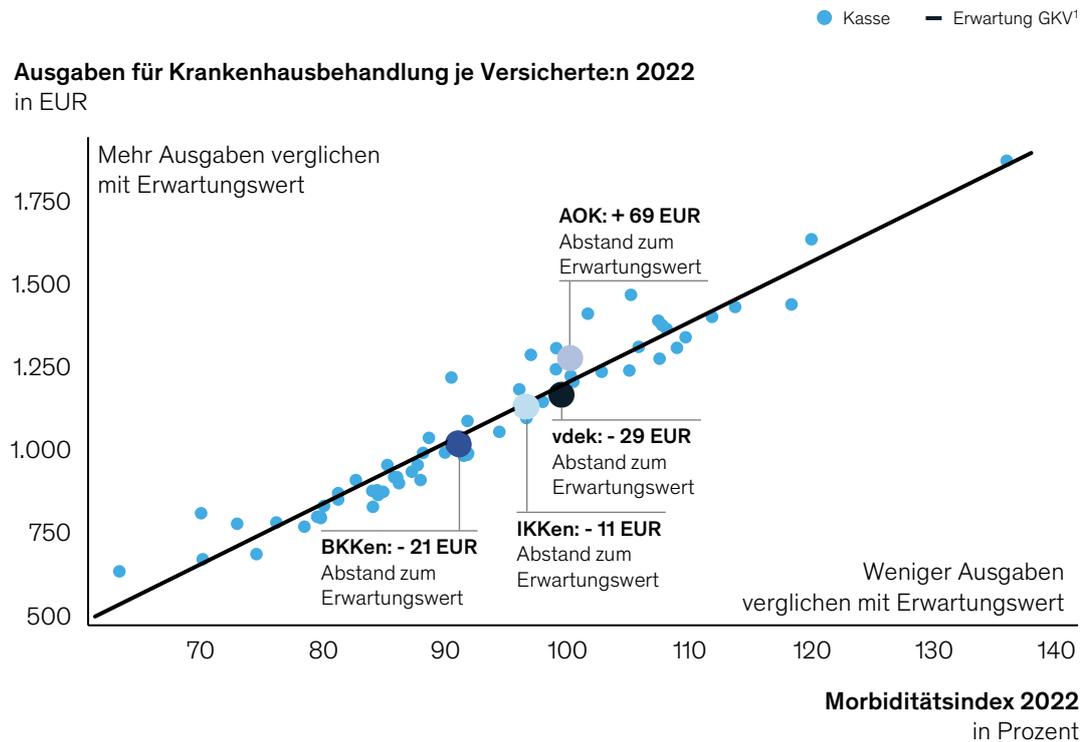
In den wesentlichen steuerbaren Bereichen weichen die Kassenarten unterschiedlich stark von den zu erwartenden Ausgaben ab

Abstand zu gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben je Versicherte:n 2022, in Prozent

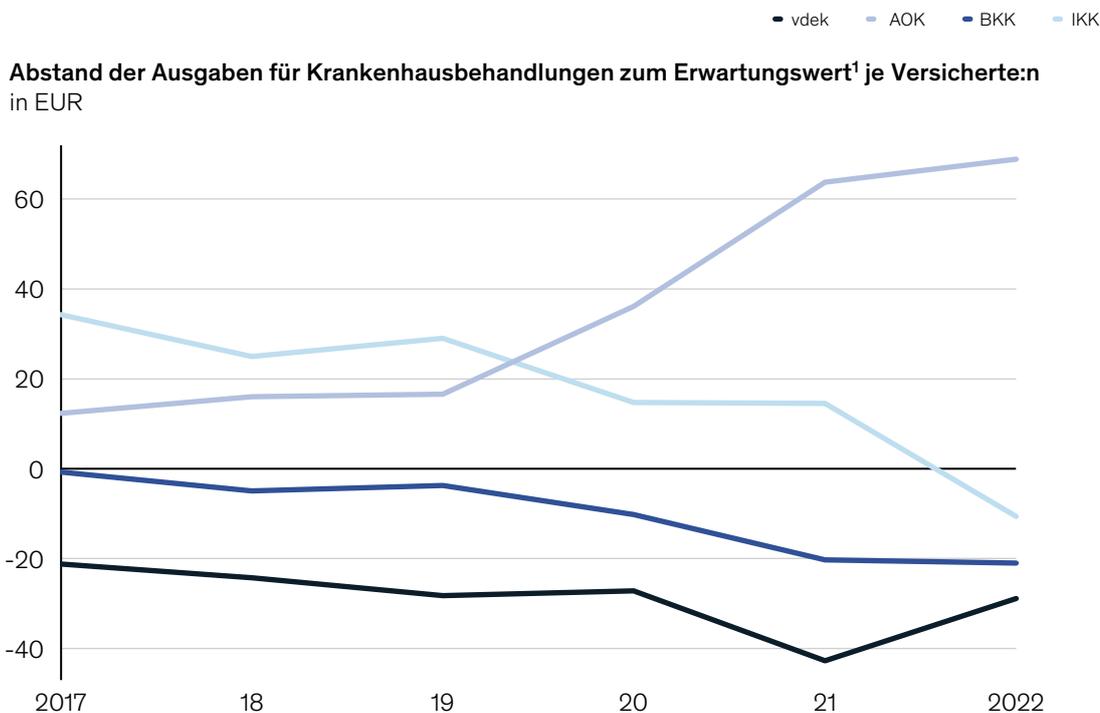


Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

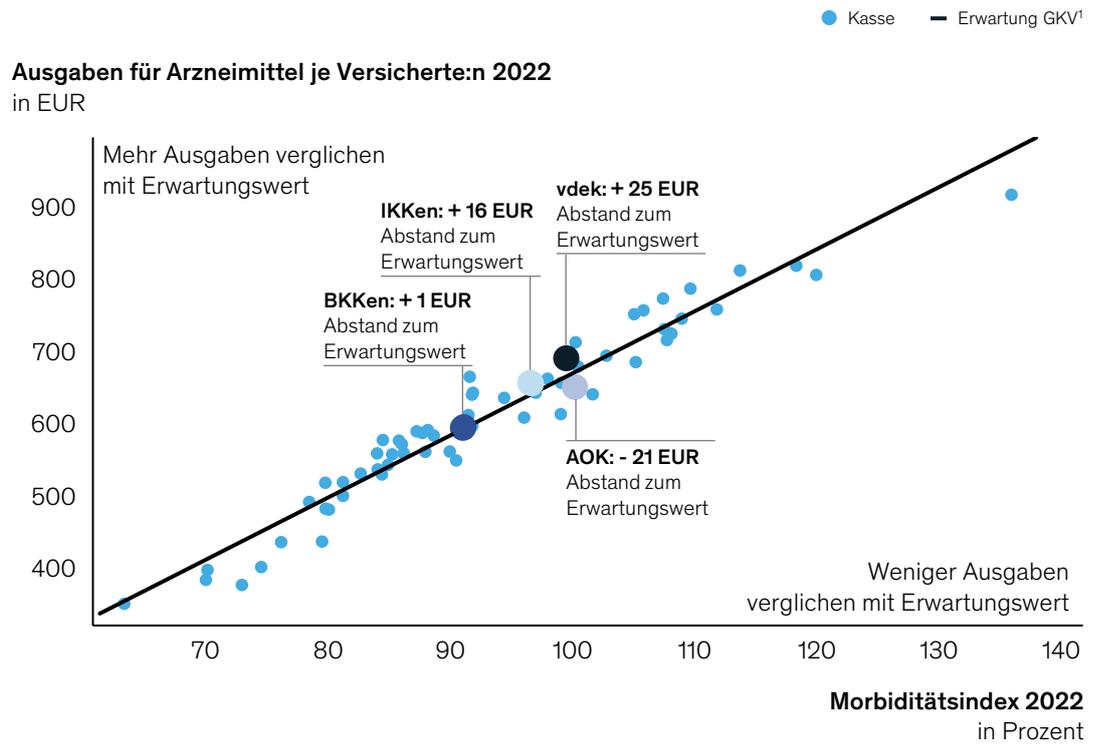
Im Krankenhausbereich überschreitet die AOK-Gemeinschaft 2022 mit 69 EUR je Versicherte:n die zu erwartenden Ausgaben deutlich



Bei Krankenhausausgaben liegen die IKK en erstmals unter den Erwartungen; der Abstand der AOK-Gemeinschaft zum Erwartungswert wächst weiter



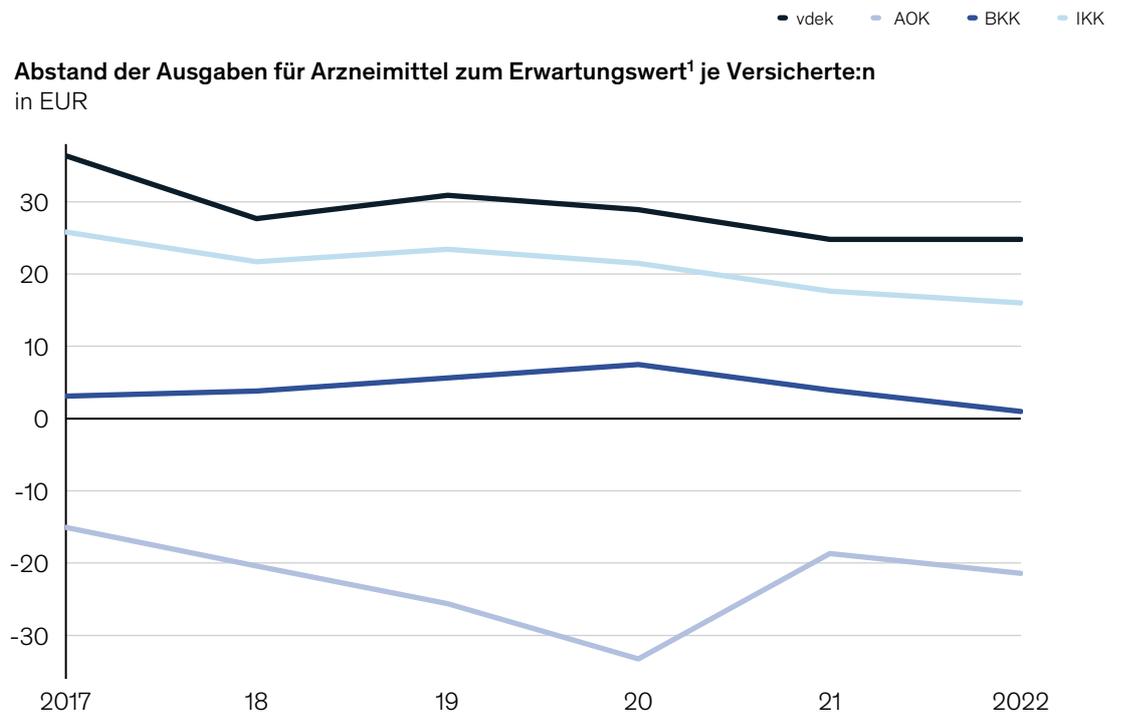
Für Arzneimittel gibt nur die AOK-Gemeinschaft weniger aus als erwartet



¹ Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2022

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Bei Arzneimitteln liegen die Ausgaben der AOK-Gemeinschaft weiterhin unter dem Erwartungswert: IKKen und BKKen nähern sich diesem an



¹ Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2022

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Gemäß Morbiditätsindex zu erwartende Verwaltungskosten

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

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

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

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

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.

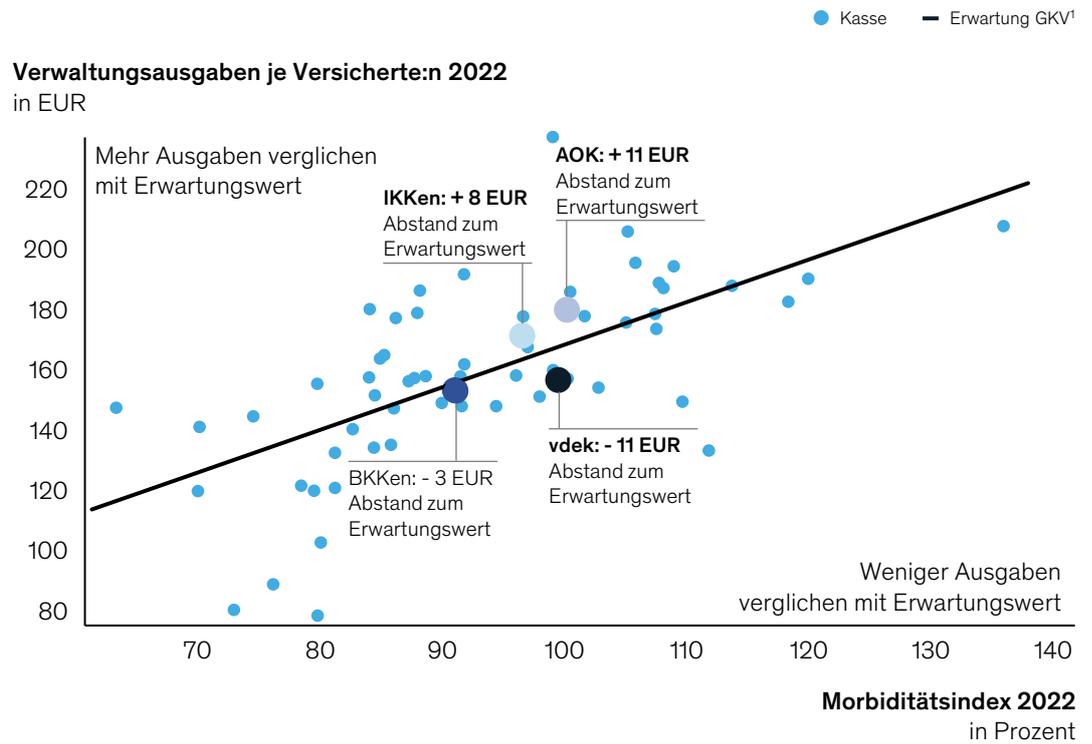
Zwischen Versicherten bestehen sozioökonomische Unterschiede. Die GKVn unterscheiden sich hinsichtlich der sozioökonomischen Faktoren ihrer Versicherten, was die Art der Beratung und Fallbearbeitung beeinflussen kann.

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 Bear-

beitung 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 2022 über ihrem erwarteten Wert in Bezug auf die Verwaltungskosten liegen. Die IKKen liegen +8 EUR und die AOK-Gemeinschaft +11 EUR je Versicherte:n über dem Erwartungswert. Der vdek liegt mit -11 EUR deutlich unter seinem Erwartungswert und auch die BKKen liegen mit -3 EUR unter ihrem Erwartungswert (siehe Schaubild B2.26).

Die Höhe der Verwaltungskosten hängt, wie oben beschrieben, von unterschiedlichen strategischen Entscheidungen ab. Im Folgenden werden zwei davon betrachtet: Anzahl Geschäftsstellen und Anzahl Mitarbeitende. Beide Datenpunkte sind auf 100.000 Versicherte normiert, um eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen. Hier zeigt sich, dass BKKen und IKKen 2023 mit 5,8 bzw. 5,4 Geschäftsstellen je 100.000 Versicherte mehr Standorte zur persönlichen Beratung anbieten als die AOK-Gemeinschaft mit 3,8 Geschäftsstellen oder der vdek mit 3,5 Geschäftsstellen je 100.000 Versicherte. Die Anzahl der Mitarbeitenden deutet darauf hin, dass alle Kassen Effizienzsteigerungen umsetzen können. Trotz leichter Steigerungen der Versichertenzahlen (siehe Schaubild B1.5) sinkt die Anzahl an Mitarbeitenden bei den meisten Kassenarten zwischen 2020 und 2022. Bei den BKKen steigt die Anzahl der Mitarbeitenden je 100.000 Versicherten leicht zwischen 2020 und 2022 jährlich um +0,3% – damit ist der Anstieg jedoch geringer als der Zuwachs an Versicherten in diesem Zeitraum von +0,6%. Dennoch steigt insgesamt die Höhe der Verwaltungskosten zwischen 2020 und 2022 im GKV-Schnitt um 2,1% jährlich (siehe Schaubild B2.27).

Die Ausgaben von BKKen und vdek liegen 2022 unter den zu erwartenden Ausgaben je Versicherte:n; AOK-Gemeinschaft und IKKen liegen darüber



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

	Geschäftsstellen je 100.000 Vers. Juni 2023 Anzahl	Mitarbeitende ¹ je 100.000 Vers. Juni 2022 Anzahl	Jährliche Veränderung 2020 - 22 in Prozent	Verwaltungskosten ² je Versicherte:n 2021 - 22 in EUR	Jährliche Veränderung 2020 - 22 in Prozent
GKV ohne LKK	4,1	173	-1,0	157	2,1
vdek	3,5	144	-1,3	145	3,0
AOK	3,8	197	-1,3	169	0,6
BKK	5,8	163	0,3	145	2,2
IKK	5,4	192	-0,9	167	4,7

1 Mitarbeitende des Verwaltungspersonals im engeren Sinne je Versicherte:n, da keine Outside-in-Sicht auf die Vollzeitkräfte möglich ist
2 Gemäß Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V, KG1 BMG, Statistisches Bundesamt, Webrecherche

Zusatzbeiträge

Mit 1,7% liegt der Zusatzbeitrag im GKV-Durchschnitt zu Beginn des Jahres 2024 ungefähr 0,18 Prozentpunkte über dem Vorjahreswert (siehe Schaubild B2.27). Zuletzt hatte der Reservenabbau die Finanzsituation der Krankenkassen destabilisiert und im Januar 2024 haben deshalb viele Kassen, wie bereits angekündigt, ihre Zusatzbeiträge angehoben, um die höheren Leistungsausgaben zu kompensieren.

Bei genauerer Betrachtung wird deutlich, dass sich der Unterschied der Zusatzbeiträge zwischen den Kassenarten wieder vergrößert hat, nachdem er 2023 geschrumpft war. Betrag der Abstand zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Zusatzbeitrag 2022 noch 0,8 Prozentpunkte, so liegt er 2024 bei 1,7 Prozentpunkten. Der vdek weist mit 1,41% den im Durchschnitt niedrigsten Zusatzbeitrag auf und die AOK-Gemeinschaft mit 1,63% den höchsten (siehe Schaubild B2.28).

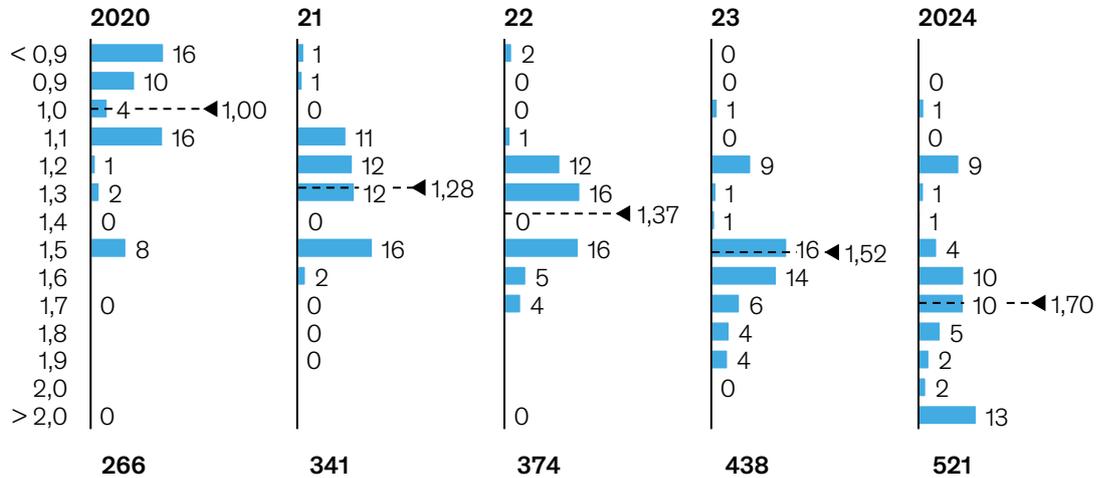
Veränderungen des Zusatzbeitrags bewirken unmittelbar einen Versicherungszuwachs bzw. -verlust. So lag der Zusatzbeitrag aller Top-10-Kassen, die im ersten Quartal 2024 im Vergleich zu 2019 einen Versicherungszuwachs verzeichnen, 2019 bei unter 0,6%. Die fünf Kassen mit dem stärksten Versicherungsrückgang von 2019 bis 2024 hatten 2019 hingegen den höchsten Zusatzbeitrag mit 1,4% oder mehr (siehe Schaubild B2.29).

Häufig geht mit der Abwanderung von Versicherten ein Anstieg des Morbiditätsindex einher (siehe Schaubild B2.30). Entsprechend steigen die Leistungsausgaben je Versicherte:n.

Zu Beginn 2024 liegen die Zusatzbeiträge der Kassen größtenteils bei 1,6% oder darüber und im Durchschnitt 0,18 Prozentpunkte über dem Vorjahr

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

Anzahl Mitglieder¹ je auf Zehntel gerundeten Zusatzbeitragssatz
in Mio., zum Stichtag 1.1.



Durchschnittlicher Zusatzbeitrag eines Mitglieds pro Jahr², in EUR

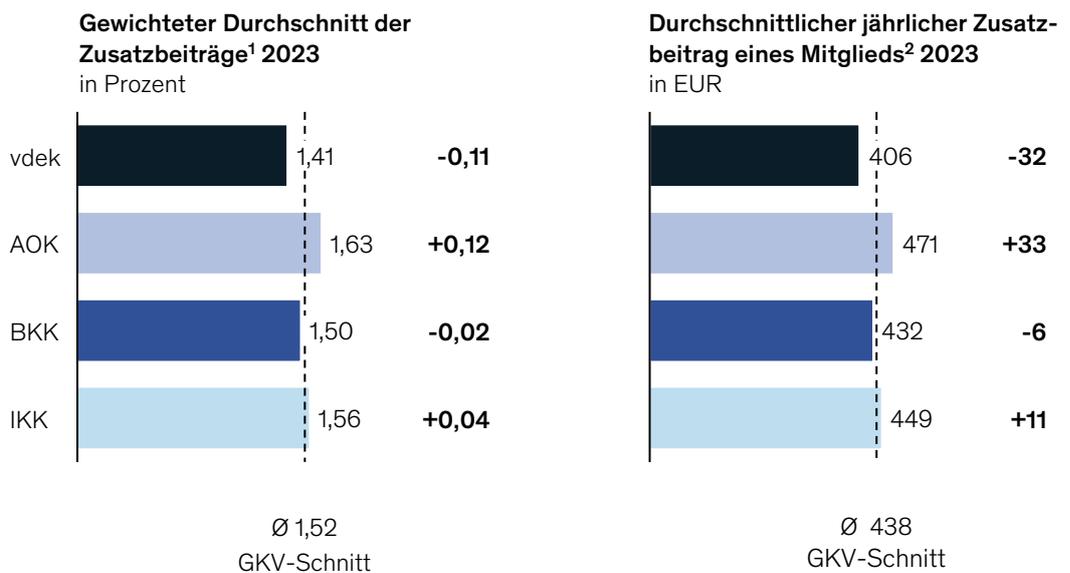
1 Ohne LKK und rein betriebsinterne Krankenkassen

2 Bei durchschnittlichem beitragspflichtigen Einkommen und Zusatzbeitrag zum Stichtag

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

Die gewichteten durchschnittlichen Zusatzbeiträge liegen 2023 zwischen 1,41% und 1,63%; der vdek liegt rund 0,1 Prozentpunkte unter dem Durchschnitt

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



1 Ohne LKK und rein betriebsinterne Krankenkassen, Rundungsdifferenzen möglich

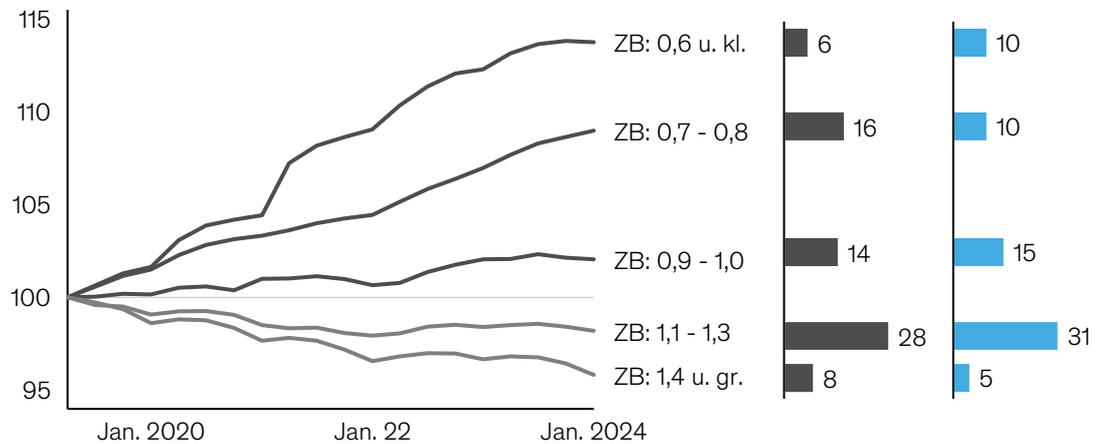
2 Bei durchschnittlichem beitragspflichtigen Einkommen, Rundungsdifferenzen möglich

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

Der Versichertenzuwachs korreliert mit dem Zusatzbeitrag als einem von mehreren Faktoren

Entwicklung der Versichertenanzahl der Krankenkassen¹ nach Höhe des Zusatzbeitrags (ZB²) am Stichtag 1.4.2019
 Versichertenanzahl indexiert, 1.4.2019 = 100%

Status Januar 2024



¹ Ohne LKK und rein betriebsinterne Krankenkassen

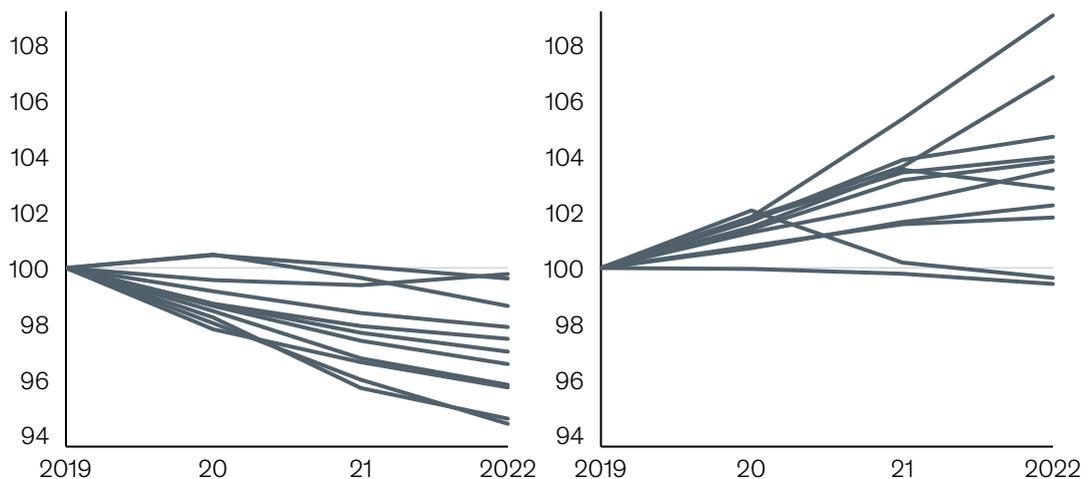
² Zusatzbeitrag gerundet, z.B. 1,35 gerundet auf 1,4; bei Fusionen Zusatzbeitrag der Vorgängerkasse mit größter Versichertenzahl

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

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

Kassen¹ mit Versichertenverlust ggü. 2019
 Versichertenanzahl indexiert, 2019 = 100%

Morbidität der Kassen mit Versichertenverlust
 Morbidität indexiert, 2019 = 100%



¹ Kassen mit Morbiditätsindex unter 125 und mehr als 200.000 Versicherten im Jahr 2019

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Aktuelle Entwicklungen

Die endgültigen Ergebnisse für 2023 liegen zum Zeitpunkt dieser Veröffentlichung noch nicht vor und werden für Juni 2024 erwartet.

Mit ihren vorläufigen Finanzergebnissen weisen die GKVen für 2023 einen Ausgabenüberschuss von rund 1,9 Mrd. EUR aus; den Einnahmen in Höhe von 304,4 Mrd. EUR stehen Ausgaben in Höhe von 306,2 Mrd. EUR gegenüber. Die Ausgabenhöhe hängt maßgeblich mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) zusammen, das besagt, dass die GKVen 2023 insgesamt 2,5 Mrd. EUR aus ihren Finanzreserven an den Gesundheitsfonds abführen müssen. Alle Kassenarten weisen 2023 einen Ausgabenüberschuss aus, der vdek z.B. in Höhe von 1,1 Mrd. EUR und die IKKen in Höhe von 24 Mio. EUR.¹⁶

Die Ausgaben für Leistungen und Verwaltungskosten verzeichnen bei einem Anstieg der Versicherungszahlen von 0,9% einen Zuwachs von 5,0%. Die Leistungsausgaben steigen dabei um 5,2%, die Verwaltungskosten um 1,6%. Damit hat sich die Ausgabendynamik gegenüber 2022 (+4,2%) insbesondere durch inflationsbedingten Kostendruck beschleunigt. Vor allem die Ausgaben für Krankenhausbehandlungen steigen mit 7% stark an. Deutlich überproportional wachsen die Ausgaben für Impfungen (+13,6%) sowie für Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege (+12,2%). Der Anstieg der Arzneimittelausgaben liegt mit 2,9% erstmals seit 2018 wieder deutlich unter dem durchschnittlichen Anstieg der gesamten Leistungsausgaben. Dazu beigetragen haben insbesondere die seit Anfang 2023 geltenden Regelungen des GKV-FinStG. Bei der Interpretation der vorläufigen Rechnungsergebnisse ist zu berücksichtigen, dass diese teilweise auf Schätzungen basieren.

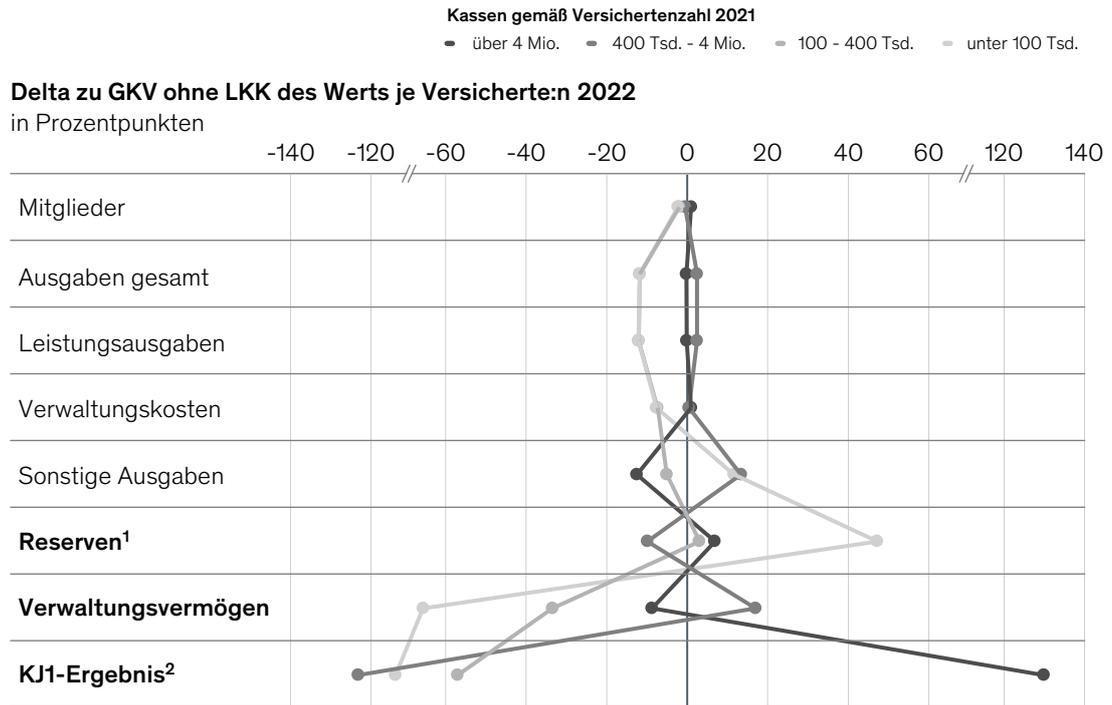
Der Gesundheitsfonds verzeichnet 2023 einen Ausgabenüberschuss in Höhe von 3,3 Mrd. EUR. Dies resultiert zu einem großen Teil aus einer Maßnahme des GKV-FinStG: Durch die herabgesetzte Obergrenze der Liquiditätsreserve wurden zusätzliche Mittel an die Krankenkassen ausgeschüttet, um ihre Zusatzbeitragssätze zu stabilisieren. Die Liquiditätsreserve zum 15. Januar 2024 beträgt rund 9,4 Mrd. EUR. Auch 2024 werden zusätzliche Mittel in Höhe von 3,1 Mrd. EUR an die Krankenkassen ausgeschüttet, sodass mit einem weiteren Absinken der Obergrenze zu rechnen ist. Die Beitragseinnahmen (ohne Zusatzbeiträge) steigen 2023 im Vergleich zu 2022 um 5,4%. Verantwortlich für diese hohen Zuwächse sind insbesondere die inflationsbedingt erheblichen Lohnsteigerungen.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat zum 1. November 2023 auf Basis der Prognose des GKV-Schätzerkreises vom 11. und 12. Oktober einen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für 2024 von 1,7% bekanntgegeben. Dies entspricht einem Anstieg von 0,1 Prozentpunkten gegenüber dem Vorjahr; die kassenindividuellen Sätze können hiervon abweichen. Zum 1. Januar 2024 haben 45 Krankenkassen ihren Beitragssatz erhöht, bei 45 Kassen ist er unverändert geblieben. Vier Krankenkassen haben ihren Beitragssatz gesenkt. Im GKV-Durchschnitt liegt der Zusatzbeitragssatz bei 1,7%.

In dieser Gemengelage aus steigendem (Kosten-) Druck, niedrigen Reserven und im Umbruch befindlichen Rahmenbedingungen sind die GKVen von den einzelnen Faktoren unterschiedlich stark betroffen. Insgesamt haben jedoch alle Kassen weiterhin einen geringeren finanziellen Handlungsspielraum (siehe Schaubilder B2.31 bis B2.33).

¹⁶ Bundesministerium für Gesundheit (2024), Vorläufige Finanzergebnisse der GKV für das Jahr 2023

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

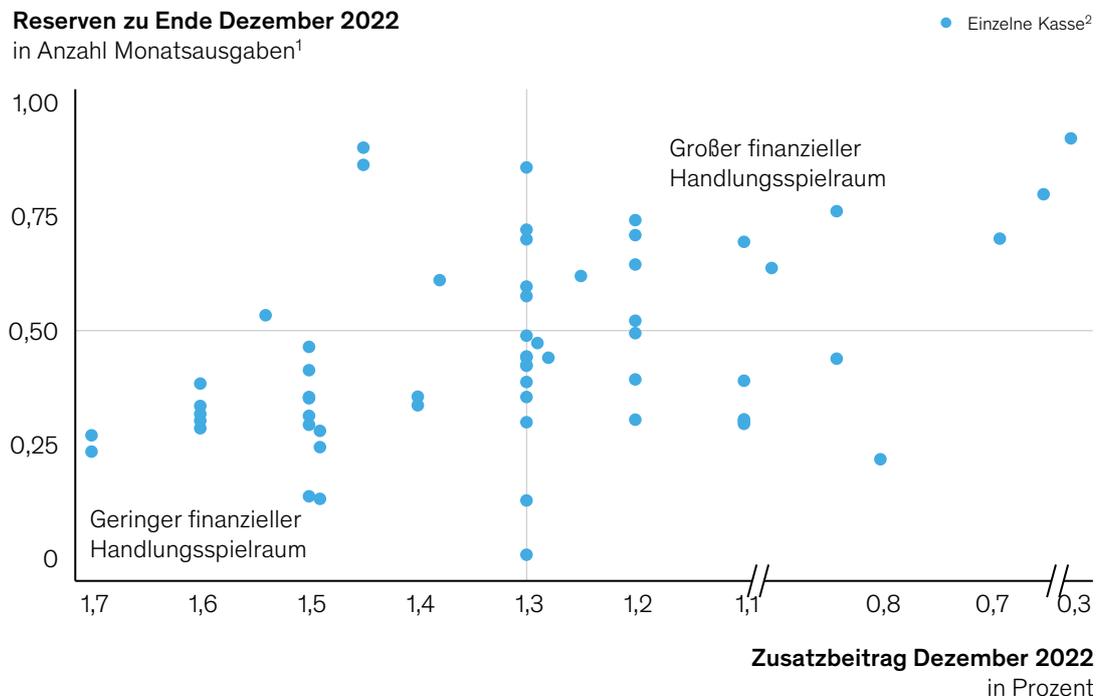


1 Betriebsmittel und Rücklagen, ohne Geldmittel zur Anschaffung von Verwaltungsvermögen

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

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Rückblick auf 2022: Reserven verteilen sich ungleich auf die Einzelkassen, etliche liegen über der Obergrenze von 0,5 Monatsausgaben



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

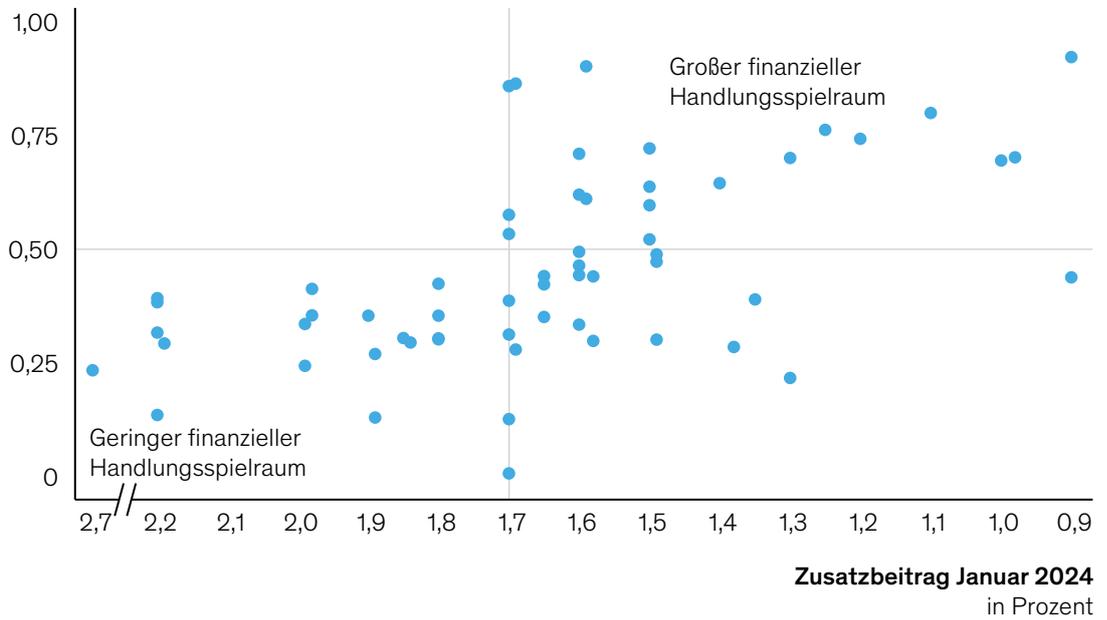
2 Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2022

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

Der Blick auf die Zusatzbeiträge im Januar 2024 zeigt mehr Kassen im Quadranten mit größerem finanziellen Handlungsspielraum

Reserven zu Ende Dezember 2022
in Anzahl Monatsausgaben¹

● Einzelne Kasse²



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 2022

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

Ausblick

Mit unserer diesjährigen Ausgabe wollen wir den GKVn einen Kurs aufzeigen, auf dem sie ihr Schiff sicher durch das stürmische Fahrwasser steuern und zugleich ihren Passagieren, den Versicherten, eine möglichst angenehme (Kunden-)Reise beschreiben können. Zahlreiche Klippen erschweren dies jedoch, z.B. der Fachkräftemangel, zunehmender Kostendruck, Reformen und steigende Erwartungen der Versicherten.

Die vorhandenen Herausforderungen bleiben somit bestehen und neue kommen dazu. Was also ist jetzt zu tun? Für die GKVn gilt es, vorhandene Stärken zu identifizieren und darauf aufzubauen, aber gleichzeitig auch neue Potenziale zu erkennen und auszuschöpfen. Fünf Ansatzpunkte sind dabei besonders wichtig:

Stabilität durch intensiviertes statt klassisches Versorgungs- und Leistungsmanagement. Es gilt, bewährte Prozesse und Lösungsansätze stringent weiterzuentwickeln und umzusetzen. So werden Behandlungspfade von Patient:innen und zugleich deren Wirtschaftlichkeit ins Visier genommen.

Ganzheitliche Effizienz- und Effektivitätssteigerung. Krankenkassen sollten aber nicht nur einzelne Kosten- und Leistungsaspekte isoliert voneinander betrachten. Entscheidend ist der ganzheitliche Blick auf relevante Dimensionen, wie Strategie und Ziele, Finanzen, Prozesse und Abläufe. So können die GKVn Entscheidungen übergreifend abwägen und priorisieren sowie den komplexen Zusammenhängen und Prozessen Rechnung tragen.

Digitale und analytische Fähigkeiten ausbauen. Digitalisierung und KI sind der Schlüssel, um die Optimierungsmöglichkeiten für Krankenkassen ganzheitlich anzugehen. Mit digitalen Tools lassen sich z.B. Prozesse automatisieren, Daten schneller analysieren und Entscheidungen auf Basis von Echtzeitinformationen treffen.

Belegschaft befähigen. In Zeiten von Fachkräftemangel ist es wichtig, die Beschäftigten zu halten

und sie in die Lage zu versetzen, ihre Kreativität und Expertise einzubringen. Dafür sollten die Kassen ihre Belegschaft dabei unterstützen, kreative Ideen zu formulieren und umzusetzen. Gleichzeitig ist eine kontinuierliche Weiterbildung wichtig, um die Mitarbeitenden zu motivieren und neue (digitale) Fähigkeiten in die Organisation zu bringen.

Kundenfokus stärken. Schon im vergangenen Jahr haben wir die Servicequalität als wichtigsten Faktor bei der Entscheidung für bzw. gegen eine Krankenkasse identifiziert. In der aktuellen Lage ist es besonders wichtig, einen kundenzentrierten Service zu bieten, um neue Versicherte zu gewinnen und bestehende dauerhaft zu binden. Krankenkassen können langfristige Kundenbeziehungen aufbauen und sich erfolgreich am Markt positionieren, indem sie ihre Versicherten immer wieder von ihrer Leistung überzeugen.

Wir würden uns freuen, wenn wir Ihnen mit dieser Ausgabe einige Anregungen geben konnten, wie GKVn dem Sturm standhalten und in ruhigere Fahrwasser gelangen können.



Glossar

Begriff (Abkürzung)	Definition
(Generative) Künstliche Intelligenz (KI)	Die KI ist ein Teilgebiet der Informatik, das sich mit der Automatisierung intelligenten Verhaltens und dem maschinellen Lernen befasst. KI bezeichnet die Fähigkeit von Computern, menschenähnliche Denk- und Lernprozesse durchzuführen; die generative KI erstellt eigenständig neue Inhalte. Zur KI zählen auch Large Language Models (LLM) und neuronale Netzwerke. Ein LLM ist ein Sprachmodell, das anhand großer Mengen an Textdaten trainiert wurde, um natürliche Sprache zu verstehen, zu verarbeiten und zu generieren. Ein neuronales Netzwerk ist ein mathematisches Modell, das aus miteinander verbundenen künstlichen Neuronen besteht und zur Verarbeitung von Informationen und zum Lernen verwendet wird.
Ätiologie	Die Ätiologie bezeichnet die Lehre von den Ursachen und Entstehungsbedingungen von Krankheiten. Sie untersucht, welche Faktoren dazu führen, dass eine bestimmte Erkrankung bei einem Individuum auftritt.
AU-Fall	In AU-Fällen sind Beschäftigte aufgrund von Krankheit oder Verletzung arbeitsunfähig und können ihre beruflichen Aufgaben nicht ausführen.
Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (bLA)	Die bLA ergeben sich aus der Summierung der Ausgaben gemäß berücksichtigungsfähigen Konten nach § 4 RSAV. Diese Konten sind der Anlage 1.1 zu entnehmen, die das Bundesversicherungsamt jährlich veröffentlicht.
R², Bestimmtheitsmaß	R ² ist eine Kennzahl zur Beurteilung der Anpassungsgüte einer Regression und wird in Prozent gemessen. Die Kennzahl gibt an, wie viel Streuung in den Daten durch ein vorliegendes lineares Regressionsmodell zu erklären ist. Je höher der Wert, desto höher ist die Bestimmtheit bzw. Güte der Anpassung. Das bedeutet: Bei einem R ² von 100% liegen die betrachteten Datenpunkte genau auf der Regressionsgeraden.
Bezugsdauer	Die Bezugsdauer bezeichnet den Zeitraum, für den eine Krankenversicherung Leistungen erbringt, z.B. Krankengeld.
Biologics/Biosimilars/ Generika	Biosimilars sind biologische Arzneimittel, die ähnlich sind wie bereits zugelassene biotechnologisch hergestellte Medikamente (Biologika). Sie werden entwickelt, um eine vergleichbare Wirksamkeit und Sicherheit wie das Originalprodukt zu bieten. Sie verhalten sich ähnlich wie Generika (Nachahmungspräparate) zu den Originalmedikamenten.

Dunkelverarbeitung	Dunkelverarbeitung bezeichnet Geschäftsprozesse, die vollständig automatisiert im Hintergrund ablaufen. Die Verarbeitung findet IT-gestützt ohne menschliches Eingreifen statt.
Erwartungswert	Siehe lineare Regression
Fallzahlprognose	Die Fallzahlprognose ist eine Methode, um die Anzahl der erwarteten Fälle oder Patient:innen in einem bestimmten Zeitraum vorherzusagen, basierend auf historischen Daten und statistischen Modellen.
Finanzierungslücke der Verwaltungskosten	Dies ist die Differenz zwischen den Verwaltungskosten und den Zuweisungen für Verwaltungskosten.
Fondsunterdeckung durch Zusatzbeitrag	Die Kompensation der Fondsunterdeckung durch den Zusatzbeitrag entspricht der Differenz von mitgliederbezogener Veränderung (mbV) und Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag.
Gesundheitsfonds	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.
KJ1-Ergebnis	Das KJ1-Ergebnis ist das endgültige Jahresrechnungsergebnis einer Kasse entsprechend den Vorgaben der amtlichen Statistik KJ1.
KJ1-Jahresrechnung (KJ1)	Die KJ1-Jahresrechnung enthält die endgültigen Jahresrechnungsergebnisse der GKV und der Kassenarten, gegliedert nach den wichtigsten Einnahmen und Ausgaben.
KM6-Mitgliederstatistik (KM6)	Die KM6-Mitgliederstatistik gibt einen Überblick über die Versicherten der GKV und der Kassenarten, gegliedert nach Versichertenstatus, Alter und Wohnort jeweils zum Stichtag 1. Juli eines Jahres.
Krankengeld	Krankengeld ist eine finanzielle Leistung, die eine Krankenkasse an Versicherte zahlt, wenn diese krankheitsbedingt arbeitsunfähig sind und dadurch ein Einkommensverlust entsteht.
Leistungsausgaben	Dies sind die Ausgaben für Leistungen, die die Versicherten in Anspruch nehmen (inklusive Satzungs- und Ermessensleistungen); sie werden in die Kontenklassen 4 und 5 des GKV-Kontenrahmens gebucht.
Leistungserbringer	Zu den Leistungserbringern zählen z.B. Krankenhäuser, Arztpraxen, Medizintechnikfirmen und Labore.

Lineare Regression	Bei der einfachen linearen Regression wird eine Zielvariable durch einen linearen Zusammenhang mit einer Variablen erklärt. Die Schätzung von Achsenabschnitt und Steigung bestimmt den Verlauf der Regressionsgerade. Der Erwartungswert der Abweichungen zur Regressionsgeraden ist 0, somit entspricht die Regressionsgerade den erwarteten Werten.
Liquiditätsreserve	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.
Mitgliederbezogene Veränderung (mbV)	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.
Monatsausgabe	Die hier referenzierte Monatsausgabe einer Krankenkasse entspricht einem Zwölftel der gesamten jährlichen Ausgaben.
Morbiditätsindex	Der Morbiditätsindex zeigt an, in welchem Verhältnis die durchschnittlichen Zuweisungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben je Versicherte:n einer Versichertenpopulation zu denen der GKV stehen.
Obergrenze	Siehe Liquiditätsreserve
Reservenabbau	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.
Richtwertmethode	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.

Sonstige Ausgaben	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.
Sonstige Einnahmen	Diese entsprechen der Kontengruppe 39 des GKV-Kontenrahmens und umfassen u.a. Verzugszinsen, Regressansprüche, Erstattungen sowie Einnahmen aus Sachversicherungen.
Sozialgesetzbuch V (SGB V)	Das SGB V regelt die Organisation, Versicherungspflicht und Leistungen der GKVen sowie deren Rechtsbeziehungen zu Leistungserbringern.
Vermögensabführung	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.
Verwaltungskosten	Zu den Verwaltungskosten, die in die Kontenklasse 7 des GKV-Kontenrahmens gebucht werden, zählen u.a. die Vergütung und die Sozialversicherungsbeiträge der Mitarbeitenden, Ausgaben zur Mitgliederanwerbung, Verwaltungssachkosten, Verbandsbeiträge und Kosten für die Selbstverwaltung.
Zusatzbeitrag	Zusatzbeiträge kann eine Kasse in individueller Höhe zusätzlich zum allgemeinen Beitragssatz der GKV erheben. Sie dienen dazu, die Unterfinanzierung des Fonds und finanzielle Engpässe auszugleichen. Für die Finanzwirkung des Zusatzbeitrags auf die jeweilige Kasse sind die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der GKV maßgeblich – nicht die tatsächliche Einkommensstruktur der Mitglieder einer Kasse.

Impressum

Ansprechpersonen

Florian Niedermann
Stephanie Schiegnitz

Projektteam

Anke Donath
Carina Manteuffel
Dominik Rigo
Elke Uhrmann-Klingen

Redaktion und Design

Birgit Ansorge
Jörg Hanebrink
Andrea Spieß-Beck
Jocelyn TARRIER

Kontakt

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

Inhaltliche Beiträge

Torsten Bernauer
Ralph Breuer
Ulrike Deetjen
Anke Donath
Mark Edelhoff

Markus Gampert
Christian Heinemeyer
Tobias Hlavka
Christian Julius
Anna Lena Kalinna
Boris Körs
Carina Manteuffel
Corinne Möller
Björn Münstermann
Franz-Xaver Neubert
Florian Niedermann
Anja Paulzen-Nelles
Jesko Perrey
Anika Pflanzner
Beatrice Pototzky
Marie Rastetter
Matthias Redlich
Konstanze Reinecke-Schneider
Laura Richter
Dominik Rigo
Sina Risse-Tenk
Nushin Roghani
Stephanie Schiegnitz
Katharina Sickmüller
Gregor Theisen
Kristin Tuot
Elke Uhrmann-Klingen
Alexander Weiss

Copyright © 2024 McKinsey & Company, Inc.

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

Basisbilder Illustrationen: Copyright © Getty Images