

Deutscher Healthcare-Sektor

Der GKV- Check-up 2025

Mit Innovation und Datenanalytik
neue Maßstäbe setzen



Vorwort

Auch im Jahr 2025 stehen die GKVn in Deutschland wieder vor zahlreichen Herausforderungen, die sich teilweise sogar verschärft haben. So prägen steigender Kostendruck, politische Reformvorhaben und die fortschreitende Digitalisierung bereits seit Jahren das deutsche Gesundheitssystem. Zwar können die GKVn etwa bei der Digitalisierung durchaus Fortschritte aufweisen, z.B. bei E-Rezept und ePA. Doch der „perfekte Sturm“, den der GKV-Check-up im vergangenen Jahr prognostizierte, ist mittlerweile eingetreten – und hat sich sogar noch verstärkt.

Erhebliche Schwierigkeiten bereitet dem deutschen Gesundheitswesen besonders der zunehmende Kostendruck. Dies zeigt sich vor allem im Defizit der GKVn von rund 6 Mrd. EUR im Jahr 2024, das auf die stark gestiegenen Ausgaben zurückzuführen ist. Die Kassen haben ihre Zusatzbeiträge deshalb auf historische Höchststände angehoben, was die Versichertenentwicklung voraussichtlich wieder deutlich stärker beeinflussen wird als in den vergangenen Jahren. Die finanziellen Reserven vieler GKVn sind nahezu aufgebraucht, und das vorzeitige Ende der Legislaturperiode hat zusätzliche Unsicherheit bei der Stabilisierung der GKV-Finzen und anderen Reformprojekten geschaffen.

In dieser anspruchsvollen Gemengelage eröffnet eine Transformation der GKVn hin zu datengesteuerten Organisationen jedoch auch zwei große Chancen: Erstens können sich die Kassen damit technologisch und organisatorisch zukunftsweisend ausrichten. Das versetzt sie in die Lage, die enormen Potenziale der Digitalisierung voll auszuschöpfen, z.B. ein optimiertes Kundenerlebnis für die Versicherten sowie die Unterstützung und Entlastung der GKV-Mitarbeitenden bei zahlreichen Prozessen. Zweitens ermöglichen innovative datengetriebene Ansätze eine deutlich effizientere Leistungs- und Kostensteuerung und tragen damit zur Entschärfung des Kostendrucks bei.

Entsprechend steht unsere diesjährige Ausgabe unter dem Motto „Mit Innovation und Datenanalytik neue Maßstäbe setzen“. Im ersten Teil werfen wir zunächst ein Schlaglicht auf die aktuellen Trends im GKV-Umfeld, bevor wir uns in den anschließenden „Praxisperspektiven“ folgenden Schlüsselfragen widmen: Warum ist jetzt der optimale Zeitpunkt für eine Daten- und Analytiktransformation in der GKV? Wie können die Kassen diesen Wandel erfolgreich gestalten? Welche Unterschiede gibt es zwischen Daten- und Analytiktransformationen im Gesundheitswesen und denen in anderen Branchen? Welche Lehren können die GKVn aus den innovativen, datengetriebenen Lösungen ziehen, mit denen das Gesundheitssystem in Japan bereits entscheidende Herausforderungen bewältigt hat? Macht die fortschreitende Digitalisierung GKVn verwundbarer gegenüber Cyberangriffen? Wie können die Kassen das Risiko solcher Angriffe senken und welche technologischen Neuerungen können sie dabei unterstützen?

Der zweite Teil analysiert die jüngsten Entwicklungen und Kassenergebnisse im GKV-Markt auf Basis der öffentlich verfügbaren Zahlen für 2023 und 2024.

Wir wünschen Ihnen eine spannende und inspirierende Lektüre und freuen uns auf Ihr Feedback.

Stuttgart, April 2025



Florian Niedermann

Herausgeber, Leiter des globalen 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 Die GKV im Spannungsfeld kritischer Herausforderungen	4
A1 Cyberabwehr zum Schutz sensibler Gesundheitsdaten	8
Interview: Hohe Cyberbedrohung im Gesundheitssektor	14
Interview: Effiziente Cybersicherheit trotz knapper Budgets	16
A2 Nutzung von Gesundheitsdaten in Japan – Inspirationen für Deutschland	18
A3 Analytiktransformationen in der GKV – der Weg zur datengesteuerten Organisation	26
Interview: Daten als Schlüssel zu besserer Versorgung	34
B Aktuelle Entwicklungen im GKV-Markt	36
B1 Wettbewerbstrends	40
B2 Entwicklung der Kassenergebnisse	50
Ausblick	82
Glossar	84
Impressum	87





Die GKV im Spannungsfeld kritischer Herausforderungen

Der im letztjährigen GKV-Check-up prognostizierte „perfekte Sturm“ für die GKV ist eingetreten – und hat sich weiter verstärkt. Besonders der zunehmende Kostendruck bereitet dem deutschen Gesundheitswesen erhebliche Schwierigkeiten. Dies zeigt sich an den historischen Höchstständen der Zusatzbeiträge und einem erheblichen Defizit der GKV im Jahr 2024, verursacht durch stark gestiegene Ausgaben. Zudem sind die finanziellen Reserven vieler GKVen nahezu erschöpft, und das vorzeitige Ende der Legislaturperiode hat zusätzliche Unsicherheit geschaffen bei der Stabilisierung der GKV-Finanzen und anderen Reformprojekten. Die GKV muss die Ursachen dieser Situation verstehen und effektive Lösungsansätze entwickeln, wenn sie sich zukunftsicher aufstellen will.

Die GKV steht vor einer beispiellosen Herausforderung: Steigender Kostendruck, Unsicherheit bei Reformvorhaben und die dringend notwendige Digitalisierung haben einen „perfekten Sturm“ geschaffen, der die Stabilität des Systems bedroht. Im Folgenden beleuchten wir die wichtigsten Ursachen dieser Lage und erläutern, wie die GKV ihr begegnen kann.

Verschärfter Kostendruck

Der Kostendruck auf die GKV ist im ersten Halbjahr 2024 erneut gewachsen – die Ausgaben sind um 7,6% gestiegen (laut KV45, vorläufige Rechnungsergebnisse der GKVen). Ein wesent-

licher Treiber sind hier die Arzneimittelkosten, die mit rund 28,1 Mrd. EUR zu Buche schlagen und ein Wachstum von 10% aufweisen (KV 45, 1. Halbjahr 2024). Dies ist teilweise bedingt durch das Auslaufen des 2023 einmalig erhöhten gesetzlichen Herstellerabschlags (GKV-FinStG). Auch im Krankenhausbereich sind die Ausgaben um 10% gestiegen (KV 45, 1. Halbjahr 2024).¹

Zudem haben regulatorische Änderungen, der demografische Wandel, medizinische Innovationen und kontinuierlich steigende Ausgaben, z.B. für Pflegepersonal, die Leistungsausgaben weiter in die Höhe getrieben. Insgesamt wird für 2024 ein GKV-Defizit von rund 6 Mrd. EUR prognostiziert,²

¹ BMG (2024), [Finanzentwicklung der GKV im 1. Halbjahr 2024](#)

² [Tagesspiegel](#) vom 19.02.2025

was höher ist als das ursprünglich angenommene Defizit von 4,0 bis 4,5 Mrd. EUR.³ Weitere Einzelheiten und Kennzahlen zum steigenden Kostendruck finden sich im zweiten Buchteil.

Zusatzbeiträge auf Rekordniveau

2024 kam es zu 124 Zusatzbeitragserhöhungen. Einzelne Krankenkassen erhöhten sogar mehrmals unterjährig ihre Beiträge. Mitte des Jahres lag der durchschnittliche Satz mit 1,78% dadurch schon um 0,08 Prozentpunkte über dem für 2024 geltenden durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz.⁴ Anfang 2025 stiegen die Zusatzbeiträge in historischem Ausmaß. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz kletterte um 0,8 Prozentpunkte auf 2,5%⁵, wobei erstmals sogar die Marke von 4% bei einer Kasse überschritten wurde.⁶ Der Trend setzt sich seitdem weiter fort. So haben bereits einige Kassen den Zusatzbeitrag weiter erhöht, nachdem sie diesen bereits in den letzten Monaten erhöht hatten. So vergrößert sich die Spanne zwischen eher niedrigen und eher hohen Zusatzbeiträgen weiter. Kassen, die schon einen hohen Zusatzbeitrag hatten, haben meist schon zuvor viele Mitglieder verloren, was in der Regel auch zu einer Erhöhung der Morbidität geführt hat. Dieser Trend verstärkt die Entwicklung der Versichertenfluktuation bei Gewinnern und Verlierern gleichermaßen.

Der Großteil der Beitragserhöhungen der Kassen ist jedoch nicht nur auf die Dynamik bei den Leistungsausgaben zurückzuführen. Auch die Abführungen der Vermögen der Kassen an den Gesundheitsfonds zwangen die GKVen, nicht kostendeckende Zusatzbeiträge zu erheben, um ihre Reserven unter die 2019 eingeführte Obergrenze von 0,5 Monatsausgaben abzuschmelzen. Deshalb haben die meisten GKVen keine Reserven mehr, um Steigerungen der Zusatzbeiträge zu vermeiden oder abzumildern.⁷

Die Ursachen für diese Entwicklung bleiben bestehen, z.B. Veränderungen in der Mitarbeiter- und Versichertendemografie, Ausgabensteigerungen in den Leistungsbereichen, gestiegene Kundenerwartungen und „teure“ Reformvorhaben. Dies erfordert angesichts der sich zuspitzenden Finanzlage der Kassen ein unverzügliches Han-

deln. Fusionen⁸ zwischen Kassen sind daher wieder verstärkt im Gespräch.⁹

Unsicherheit bei Reformvorhaben

Mit der ausstehenden Regierungsbildung herrscht Unsicherheit darüber, wie die neue Regierung in der neuen Legislaturperiode die Themen aus den Gesetzesvorhaben zur Reform der ambulanten Versorgung (GVSG), dem Digitalgesetz (GDAG) und der Apothekenreform (ApoRG) aufgreifen wird. Diskutiert werden derzeit auch Nachforderungen und Klagen zu bereits beschlossenen Gesetzen, z.B. zur Krankenhausreform (KHVVG).^{10,11}

Für die Krankenkassen ist es daher unerlässlich, die politische Agenda der neuen Regierung frühzeitig zu verstehen und schnell zu reagieren. Zudem müssen sie aufgrund der folgenden von Gesundheitsminister Lauterbach beschlossenen Gesetze ihre Prozesse anpassen:

- **ALBVG 2023.** Ein stärkerer Fokus auf eine optimierte Rabattvertragsabdeckung ist notwendig, wobei die Umstellung auf ein „intelligenteres“ Retaxsystem hilfreich sein kann.
- **DigiG 2024.** Eine Informationskampagne an Versicherte zum ePA-Opt-out ist erforderlich.
- **GDNG 2024.** Die Kassen dürfen erweiterte Möglichkeiten für die Versichertenansprache nutzen.
- **KHVVG 2024.** Die zusätzliche Verhandlung von Vorhaltebudgets erhöht voraussichtlich den Aufwand in der Budgetverhandlung, was einen Personalaufbau in den Verhandlungsteams erfordern könnte.

Darüber hinaus erfordern in Umsetzung befindliche Gesetze (z.B. die IPreG-Rahmenempfehlungen) umfangreiche Anpassungen in der Prozess- und Leistungssteuerung.

Steuerung des Kostenmanagements

Ein effektives Kostenmanagement insbesondere der Leistungsausgaben wird für die Kassen zunehmend relevant, um die Ausgabensteigerungen zu begrenzen, regulatorischen Veränderungen sowie neuen Anforderungen gerecht zu werden

³ GKV-Spitzenverband, Pressemitteilung, [GKV-Financen: Weiter „Augen zu und durch“ ist keine Option, 6. September 2024](#)

⁴ BMG (2024), [Finanzentwicklung der GKV im 1. Halbjahr 2024](#)

⁵ BAS (2024), [GKV-Schätzerkreis schätzt die finanziellen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung für die Jahre 2024 und 2025](#)

⁶ Westdeutsche Allgemeine Zeitung (2024), [Krankenkasse wird teurer: Knappschafft erreicht Rekordniveau](#)

⁷ Manager Magazin (2024), [Krankenkassenbeitrag springt 2025 auf Rekordhoch](#)

⁸ Versicherungsbote (2024), [Droht einzelnen Krankenkassen die Pleite?](#)

⁹ FAZ (2024), [„Der Staat ist auf einem Raubzug gegen die Versicherten“](#)

¹⁰ So geschehen im Bundesrat am 22. November 2024

¹¹ Deutsches Ärzteblatt (2024), [Baden-Württemberg prüft Klage gegen die Krankenhausreform](#)

und gleichzeitig die Versichertenversorgung zu optimieren. Ansatzpunkte dafür lassen sich in allen Leistungsbereichen der Kassen finden. Hier einige Beispiele für praxiserprobte Optimierungshebel, sortiert nach dem Potenzial, das sich erfahrungsgemäß realisieren lässt:

- **Krankengeld.** Optimierung des Fallaufgriffs durch analytische Risikoprädiktion von Krankengeldfällen sowie des Performance-Management-Systems in den Krankengeld-Teams, z.B. durch Teamsteuerung nach einheitlichen Metriken wie Krankengeld-Zahltagen
- **Krankenhaus-Rechnungsprüfung.** Verbesserung der Retaxierungsquote, z.B. durch Optimierung der Regelwerke und Fallauswahl
- **Häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege.** Ansatzpunkte entlang der gesamten Prozesskette, z.B. Ausbau von Weaning-Kapazitäten durch Vertragsanpassungen, Anpassung der Regelwerke zur Optimierung der Versorgungsgenehmigungen und -ablehnungen, regelbasierte Rechnungsprüfung und Einführung einer Tiefenprüfung für priorisierte Rechnungen
- **Arzneimittel.** Maximierung der Wirksamkeit von GKV-Rabattverträgen, Optimierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung und Retaxierung (z.B. durch verbesserte Regelwerke und Prozesse), Steuerung der nächsten Welle von Biologics/Biosimilars (z.B. Humira, Lucentis, Stelara) mit Abschluss von Biosimilar-Verträgen
- **Hilfsmittel.** Neuverhandlung von Verträgen in bestimmten Produktgruppen zur Optimierung der Wirtschaftlichkeit, Anpassung der Genehmigungsquote durch Prüfung und Optimierung der Bedarfe bezüglich des Versorgungspaths, Optimierung der regelbasierten

Dunkelverarbeitung sowie Unterstützung in der Genehmigungsprüfung.

Über ein effektives Tracking von Maßnahmen und Steuerungserfolgen lassen sich kurzfristig umsetzbare Steuerungsmaßnahmen identifizieren, die teilweise bereits im laufenden Jahr finanzielle Wirkung zeigen und den Haushalt für das Planungsjahr entlasten können.

Chancen durch Digitalisierung

Unter der Leitung von Gesundheitsminister Lauterbach wurden zahlreiche Digitalisierungsprojekte beschlossen oder umgesetzt: die verpflichtende Nutzung des E-Rezepts ab dem 1. Januar 2024 (DigiG) und das Opt-out-Verfahren für die ePA ab Januar 2025 (DigiG)¹², der Aufbau eines Forschungsdatenzentrums für Gesundheitsdaten sowie Erweiterungen für die Kassen zur Versichertenansprache (GDNG)¹³ – all diese Maßnahmen tragen erheblich zur Digitalisierung des Gesundheitswesens bei.

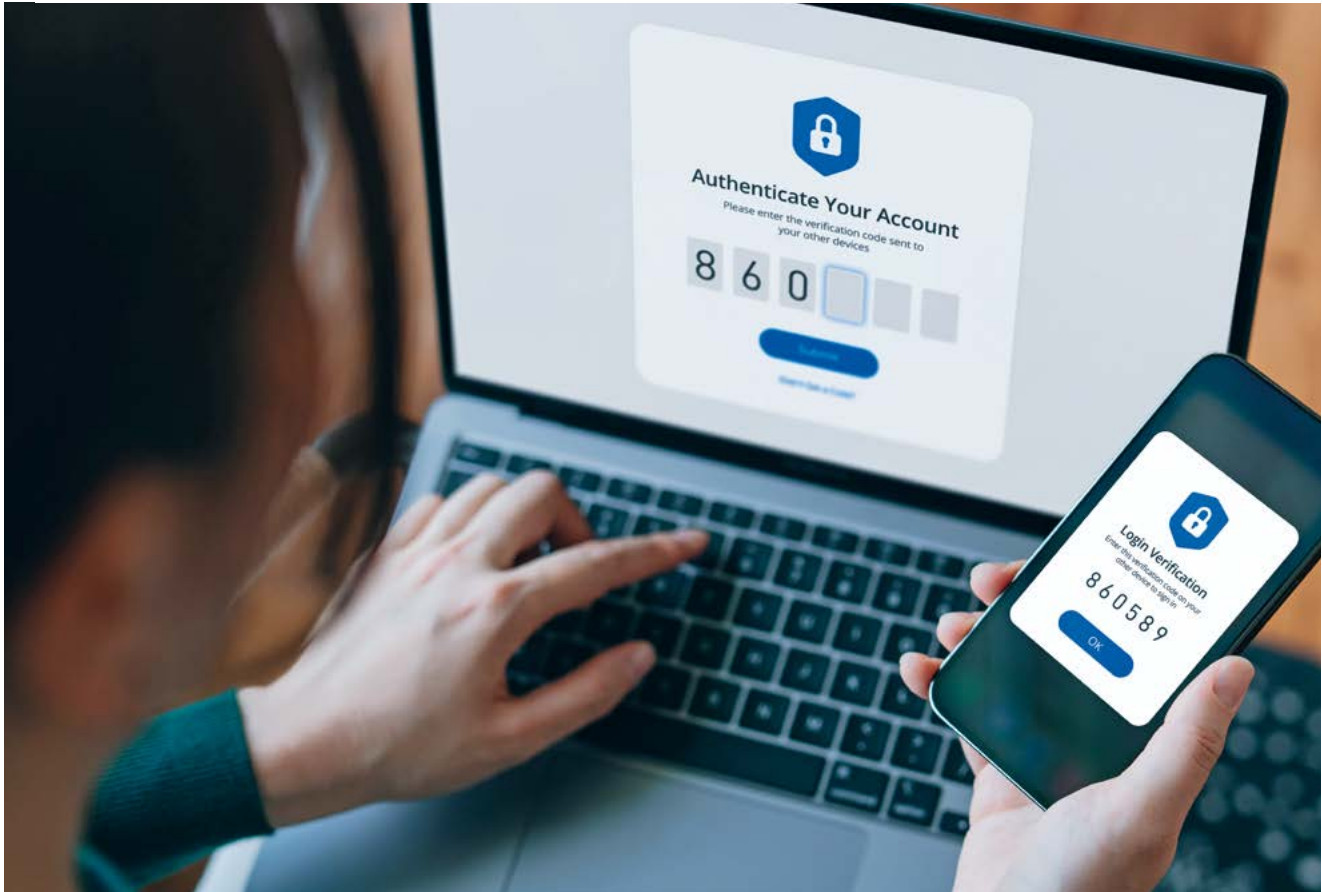
Die Chancen der Digitalisierung erstrecken sich auf mehrere Bereiche. Zentrale Aspekte sind die Förderung digitaler Innovationen und die Nutzbarmachung von Daten, z.B. durch Selektivverträge für digitale Anwendungen. Technologische Neuerungen im deutschen Gesundheitssystem, etwa das E-Rezept und die ePA sowie künftig auch Tracker und ähnliche Technologien, ermöglichen eine deutlich erhöhte und schnellere Verfügbarkeit von Daten in Echtzeit. Zudem nimmt der Fortschritt in der künstlichen Intelligenz (KI) rasant Fahrt auf. Dies gilt sowohl für die klassische analytische KI, etwa Transformer-Modelle zur Auswertung von Versichertendaten, als auch für generative KI (GenAI), die zahlreiche potenzielle Anwendungsfälle bietet.



Daten- und Analytiktransformationen können für die Kassen jetzt ein entscheidender Hebel sein, um auf die finanziellen Herausforderungen zu reagieren und sich strategisch vom Wettbewerb abzusetzen, z.B. durch KI-gestützte Rechnungsprüfungen. Dabei ist es essenziell, die Mitarbeitenden der GKVen frühzeitig vorzubereiten auf die damit verbundenen Veränderungen von Prozessen sowie Rollen- und Aufgabenprofilen. Gleichzeitig müssen die Kassen ihre Organisationsstruktur und Technologie neu ausrichten und modernisieren, um eine stärker daten- und analytikgetriebene Zukunft mitzugestalten. In einem solch hochdigitalisierten Umfeld gewinnt die Cyberabwehr bei der Verwaltung und Nutzung sensibler Daten erheblich an Bedeutung.

¹² BMG (2023), [Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens \(Digital-Gesetz – DigiG\)](#)

¹³ BMG (2023), [Gesundheitsdatennutzungsgesetz \(GDNG\)](#)



Cyberabwehr zum Schutz sensibler Gesundheitsdaten

A1

Angriffe auf IT-Systeme von Krankenkassen und Gesundheitsdienstleistern nehmen weltweit zu. Sie verursachen Betriebsstörungen, finanziellen Schaden und einen Vertrauensverlust bei den Versicherten. Besonders betroffen sind Krankenkassen, die große Mengen sensibler Gesundheitsdaten speichern. Mit der fortschreitenden Digitalisierung und dem Einsatz neuer Technologien ist nicht nur die IT-Infrastruktur komplexer geworden – auch die Angriffsfläche für Cyberangriffe hat sich vergrößert. Für GKVen ist es deshalb unerlässlich, ihre Cyber-sicherheit durch umfassende Maßnahmen zu verbessern. Nur mit kontinuierlichen Anstrengungen und Investitionen können sie das Vertrauen ihrer Versicherten stärken und langfristig erhalten.

Cyberangriffe und Sicherheitsvorfälle: neue Normalität für GKVen

Cyberangriffe auf den Gesundheitssektor nehmen weltweit zu, und Deutschland bildet hier keine Ausnahme. So legte 2023 ein Cyberangriff die IT-Systeme eines GKV-Dienstleisters lahm. Dies führte zu erheblichen Betriebsstörungen und Beeinträchtigungen der Datenverarbeitung. Auch der IT-Ausfall bei CrowdStrike im Juli 2024 hatte gravierende Auswirkungen auf den deutschen Gesundheitssektor: Nahezu 50% der vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) und Bitkom befragten Unternehmen waren von dem Ausfall betroffen. Operationen mussten daraufhin verschoben werden und die Medikamentenlieferung war gestört.¹⁴ Weltweit waren in den vergangenen 12 Monaten 92% der Unternehmen im Gesundheitswesen Opfer eines Cyberangriffs, verglichen mit 88% im Jahr 2023. Die durchschnittlichen Kosten der Angriffe für die betroffenen Organisationen beliefen sich auf über 4,7 Mio. USD.¹⁵

Derweil befindet sich die Entwicklung der Cyber-sicherheit in Teilen des deutschen Gesundheits-sektors noch in einem frühen Stadium. Hier besteht also dringender Handlungsbedarf, denn auch der aktuelle Lagebericht des BSI hebt den Gesundheitssektor als besonders anfällig für Cyberangriffe hervor. So konnten knapp 40% der untersuchten Gesundheitseinrichtungen bei der letzten Überprüfung noch kein vollständig dokumentiertes und etabliertes Informationssicherheitsmanagementsystem (ISMS) vorweisen (siehe Schaubild A1.1). Gerade im Vergleich zu anderen kritischen Infrastrukturen, z.B. Energie (weniger als 20% ohne ISMS) und Wasser (rund 10%), deutet dies auf einen massiven Nachholbedarf im Gesundheitswesen hin.

Krankenversicherungen speichern und verarbeiten große Mengen sensibler Gesundheitsdaten und sind deshalb besonders gefährdet. Laut BSI gehören Gesundheitsdaten zu den Top 10 der am häufigsten bei Cyberangriffen geleakten Infor-

¹⁴ Krankenhaus-IT (2024), [CrowdStrike: Welche Folgen der IT-Ausfall für deutsche Unternehmen hatte](#)

¹⁵ IBM (2024), [Cost of a Data Breach Report 2024](#)

Reifegrad von Informationssicherheits-Managementsystemen nach Sektoren

Anteil Unternehmen in Prozent

Sektor	Reifegrad				
	1	2	3	4	5
	In Planung	Großteils etabliert	Etabliert und dokumentiert	Zusätzlich regelmäßige Reviews etabliert	Zusätzlich Verbesserungsmechanismen etabliert
Energie	1	20	40	28	28
Wasser	0	8	13	28	30
Lebensmittel	0	11	20	8	10
Informationstechnologie und Telekommunikation	0	2	9	10	18
Gesundheit	3	78	64	43	23
Finanzen und Versicherungen	0	8	35	20	42
Transport und Verkehr	3	24	30	6	8

Quelle: BSI, The State of IT Security in Germany, 2024

mationen, noch vor Passwörtern (Abbildung A1.2). Gestohlene Gesundheitsdaten können auf dem Schwarzmarkt für bis zu 1.000 USD je Datensatz verkauft werden, was sie zu einem begehrten Ziel für Cyberangriffe macht.¹⁶

Die sich entwickelnde Regulatorik in Deutschland zeigt die Notwendigkeit einer starken Cyberabwehr. Vorschriften wie das IT-Sicherheitsgesetz 2.0 oder die europäische NIS-2-Richtlinie verpflichten kritische Infrastruktursektoren, einschließlich des Gesundheitswesens, strenge Cybersicherheitsmaßnahmen umzusetzen.¹⁷ Zwar sind diese Vorschriften nur Erweiterungen früherer Versionen (IT-SiGe 1.0, NIS-1) und das Gesetz zur NIS-2-Umsetzung wurde in Deutschland noch nicht verabschiedet, doch sie erhöhen die Anforderungen an die Cybersicherheit teilweise erheblich. Besonders hervorzuheben ist, dass sie von Unternehmensführungen ein stärkeres Engagement verlangen, die Cybersicherheitslage ihrer Organisationen zu verstehen und entsprechend zu gestalten.

Mehr Angriffsfläche, aber keine IT-Gelder

Neue technologische Entwicklungen wie die ePA und Telemedizin bieten zweifellos zahlreiche Vorteile. Dennoch muss der Fokus auf einer risikoorientierten, sicheren Umsetzung liegen, da neue Technologien die Komplexität der IT-Infrastruktur erhöhen und damit auch die Angriffsfläche für Cyberangriffe vergrößern können. So hat der ChaosComputerClub z.B. die Sicherheit der neu eingeführten ePA getestet und dabei kritische Schwachstellen aufgedeckt,¹⁸ deren Behebung bereits in Arbeit ist. In anderen Bereichen fehlt es jedoch oft an den erforderlichen Mitteln, um solche Tests und Anpassungen durchzuführen.

Neue Technologien eröffnen Angreifern auch zusätzliche Möglichkeiten, in Systeme einzudringen. Beispielsweise können unsichere Schnittstellen zwischen Systemen als Einfallstore für Cyberangriffe dienen. So haben Hacker im Jahr 2020 über eine unsichere Schnittstelle Zugang zu sensiblen Patientendaten der finnischen Psychotherapie-Klinik Vastaamo erhalten und diese

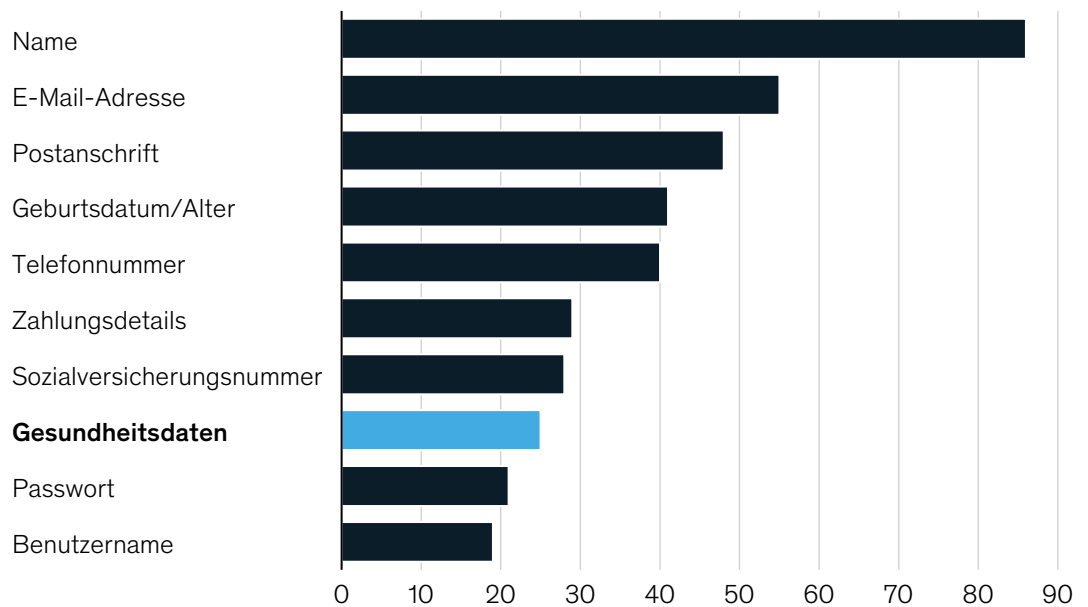
¹⁶ Forbes (2022), [Healthcare Data: The Perfect Storm](#)

¹⁷ Das IT-Sicherheitsgesetz 2.0 schreibt das erste Gesetz zur Erhöhung der Sicherheit von IT-Systemen fort, um die Cyber- und Informationssicherheit zu erhöhen, angesichts immer häufigerer und komplexerer Cyberangriffe sowie der voranschreitenden Digitalisierung des Alltags. Die europäische NIS-2-Richtlinie („The Network and Information Security (NIS) Directive“) regelt die Cyber- und Informationssicherheit von Unternehmen und Institutionen.

¹⁸ KBV (2025), [Schwachstellen bei der ePA: Hinweise zur Datensicherheit](#)

Top 10 der am häufigsten von Daten-Leaks betroffenen Informationen

Anteil an geleakten Datensätzen in Prozent



Quelle: BSI, The State of IT Security in Germany, 2024

zur Erpressung genutzt.¹⁹ Auch Geräte, die mit dem Internet of Things (IoT) verknüpft sind, stellen potenzielle Einstiegspunkte für Angriffe dar. Ein aufsehenerregender Fall ereignete sich 2017 in den USA im St. Jude Medical Center, als Schwachstellen in implantierbaren IoT-Herzgeräten entdeckt wurden. Diese hätten Hacker nutzen können, um die Geräte zu manipulieren und damit die Patientensicherheit zu gefährden.²⁰ Cyberkriminelle können zudem mithilfe von KI ihre Angriffe automatisieren und skalieren, was die Bedrohungslage weiter verschärft. Beispielsweise lässt sich die KI nutzen, um personalisierte und täuschend echt aussehende E-Mails oder Websites für den Datendiebstahl bei sogenannten Phishing-Angriffen zu erstellen. Aber auch die Fälschung von Rezepten und Rechnungen zur Vorlage bei der GKV ist damit einfacher.

Zugleich kann die KI jedoch auch helfen, Bedrohungen in Echtzeit zu erkennen und darauf zu reagieren. Durch maschinelles Lernen lassen sich Anomalien im Netzwerkverkehr identifizieren und potenzielle Angriffe frühzeitig abwehren. Hersteller von Cybersicherheitssoftware implementieren KI-basierte Sicherheitssysteme, die ungewöhnliche Aktivitäten automatisch erkennen und ent-

sprechende Gegenmaßnahmen einleiten können. Dies erhöht die Reaktionsgeschwindigkeit und reduziert das Risiko erfolgreicher Cyberangriffe erheblich.

Hohe Investitionen erforderlich

Viele Gesundheitseinrichtungen setzen noch immer auf veraltete IT-Systeme, die den aktuellen Sicherheitsstandards nicht mehr entsprechen. Solche Systeme sind jedoch besonders anfällig für sogenannte Exploits, also Schwachstellen, die Cyberkriminelle leicht ausnutzen können. Schon 2023 waren über 90% der erfolgreich für Angriffe genutzten Schwachstellen bereits bekannt, und für die entsprechenden Sicherheitslücken wären Patches oder neuere Systemversionen verfügbar gewesen.²¹

Die derzeit angespannte finanzielle Lage vieler Gesundheitseinrichtungen beschränkt oft auch die finanziellen und personellen Ressourcen für IT und Cybersicherheit. Als Resultat werden Sicherheitsmaßnahmen vernachlässigt und es mangelt an geschultem Personal, das Bedrohungen effektiv erkennen und abwehren könnte.

Gesundheitseinrichtungen sind zudem auf zahlreiche Drittanbieter und Partner angewiesen, die

¹⁹ EDPB (2022), [Administrative fine imposed on psychotherapy centre Vastaamo for data protection violations](#)

²⁰ BBC (2017), [Cyber-flaw affects 745,000 pacemakers](#)

²¹ IBM (2024), [IBM X-Force Threat Intelligence Index 2024](#)

Zugang zu den sensiblen Daten und Systemen haben. Auch dies erhöht das Risiko von Cyberangriffen, da sich Angreifer auch über Schwachstellen bei den Drittanbietern Zugang zu den Systemen der Gesundheitseinrichtungen verschaffen können. Ein prominentes Beispiel ist der SolarWinds-Vorfall im Jahr 2020, bei dem ein Angriff über einen Drittanbieter zu erheblichen Datenverlusten auch im Gesundheitssektor führte.²²

Ansatzpunkte zur Verbesserung der Cybersicherheit

Mithilfe von drei Maßnahmen können GKVn ihre dringendsten Cybersicherheitslücken identifizieren und schließen:

1. Identifikation und Schutz der wichtigsten Daten und Prozesse

GKVn müssen die Abhängigkeiten und potenziellen Schwachstellen ihrer IT-Infrastruktur kennen sowie die wichtigsten IT-Assets und Daten – die sogenannten „Kronjuwelen“ – identifizieren und schützen. Hierzu zählen sensible Versicherten-daten, finanzielle Informationen und IT-Systeme, die für den Betrieb der Organisation unverzichtbar sind.

Diese kritischen Systeme und Daten sind in den Fokus aller Cybersicherheitsmaßnahmen zu stellen. Grundlegend dabei ist die Anwendung industrieübergreifender Hygienemaßnahmen und Regeln (z.B. Virenschutz, Zugriffsberechtigungen und Verschlüsselung), die in vielen Standards beschrieben sind (z.B. BSI IT-Grundschutz, ISO27001e²³). Die Implementierung dieser Maßnahmen in den Systemen und Arbeitsabläufen der IT muss absolute Priorität haben und über die bloße Definition von Richtlinien hinausgehen.

Kritische Anwendungen sollten redundant ausgelegt werden, um ihre Verfügbarkeit sicherzustellen. Effiziente Cloud-Lösungen bieten z.B. eine schnelle Wiederherstellung im Angriffsfall. Zudem sind regelmäßig Backups auf externen Servern zu erstellen und zu testen, um die Betriebsfähigkeit zu gewährleisten. Im Falle eines Angriffs mit Ransomware²⁴ ermöglichen diese Backups eine schnelle und zuverlässige Datenwiederherstellung.

2. Vorbereitung für den Ernstfall

Die Implementierung von Sicherheitsstandards ist zwar die Voraussetzung für effektiven Schutz, doch die genannten Beispiele aus dem Gesundheitswesen und anderen Branchen zeigen, dass

ein hundertprozentiger Schutz unrealistisch ist. Daher ist die Vorbereitung für den Ernstfall ebenso wichtig, um die Auswirkungen eines potenziellen Vorfalls zu minimieren. Mithilfe eines Incident Response Playbooks lässt sich im Falle eines Cyberangriffs schnell und effektiv reagieren. Dieses Playbook sollte detaillierte Anweisungen für verschiedene Szenarien enthalten, einschließlich Ransomware-Angriffen, Datenlecks und Systemausfällen. Zudem sollte es vorgeben, welche Verantwortlichen wann und wie zu informieren sind, wie mit bestimmten Systemen und Daten umzugehen ist und wer welche Entscheidungen treffen darf oder muss. Die Fokusverlagerung von präventiven hin zu reaktiven Maßnahmen lässt sich auch an den angebotenen Cybersicherheitsprodukten ablesen: erweiterte Erkennungs- und Reaktionssysteme zur IT-Sicherheitsüberwachung (Extended Detection and Response Systems) verzeichnen seit Jahren großen Zuwachs.

Mit regelmäßigen Tabletop-Übungen, bei denen verschiedene Angriffsszenarien durchgespielt werden, können GKVn die Reaktionsfähigkeit ihrer Teams testen und verbessern. Damit stellen sie sicher, dass die entsprechenden Mitarbeitenden geschult sind und wissen, wie sie im Ernstfall reagieren müssen. Wichtig ist dabei, alle relevanten internen Rollen einzubeziehen, von den IT-Teams bis zum Vorstand, sowie mit externen Partnern und Behörden zu kommunizieren. Die Erkenntnisse aus solchen Übungen sind regelmäßig in die bestehenden Notfallpläne zu integrieren, um die Krisenfähigkeit stetig zu verbessern. So können GKVn eine effektive Antwort auf Cyberangriffe trainieren und optimieren.

3. Erhöhte Aufmerksamkeit für Drittparteien

In einem kürzlich veröffentlichten Report macht der Telekommunikationsanbieter Verizon darauf aufmerksam, dass zwischen 15 und 30% aller Cyberangriffe Schwachstellen in den Systemen von Drittanbietern nutzen.²⁵ Die Auswirkungen dieser Angriffe können massiv sein, wie der SolarWinds-Fall gezeigt hat. Auch reine IT-Ausfälle bei Drittanbietern ohne Beteiligung krimineller Akteure wie bei CrowdStrike können erhebliche Einschnitte in das Geschäft von Krankenkassen bewirken. Daher ist es wichtig, dass GKVn ihre Beziehungen zu Drittparteien sorgfältig verwalten und dabei hohe Betriebs- und Sicherheitsstandards einhalten.

²² TechTarget (2023), [HC3 Urges Healthcare Sector to Update SolarWinds Following Vulnerability Disclosure](#)

²³ Internationaler Standard für Informationssicherheits-Managementsysteme

²⁴ Schadsoftware, die Daten verschlüsselt und Lösegeld fordert

²⁵ Verizon (2024), [Data Breach Investigations Report 2024](#)

Über regelmäßige risikoorientierte Bewertungen und Audits bei Drittanbietern lässt sich sicherstellen, dass Sicherheitsmaßnahmen konsequent umgesetzt werden. Zertifizierungen wie der ISO27001-Standard können dabei unterstützend wirken, bieten jedoch keine vollständige Sicherheitsgarantie. GKVEn sollten Drittanbieter daher zu umfassender Transparenz über ihre Sicherheitspraktiken und potenzielle Risiken verpflichten, damit sie im Ernstfall adäquat reagieren können. Dies beinhaltet auch die Integration von Sicherheitsklauseln in Verträge und die regelmäßige Überprüfung von deren Einhaltung. Noch effektiver ist es, kritische Dienstleister in die oben beschriebenen Krisenübungen einzubeziehen, um die entsprechenden Kommunikations- und Reaktionswege zu trainieren.

Vor diesem Hintergrund ist es für GKVEn unerlässlich, sich auf schnelle und umfassende Maßnahmen zur Verbesserung der Cybersicherheit zu fokussieren, da der Schutz der Versicherten Daten höchste Priorität hat. Dies erfordert kontinuierliche Anstrengungen und Investitionen in die Cybersicherheit. Für GKVEn empfiehlt es sich, sofort mit der Umsetzung zu beginnen und sich dabei am folgenden Playbook zu orientieren:

- **Interne Rollen und Verantwortlichkeiten festlegen und stärken.** Zunächst ist klar zu definieren, wer für welche Aufgaben zuständig ist (gemäß Industriestandards und regulatorischen Anforderungen). Dies erfordert die Zusammenarbeit von IT, Cybersicherheit und relevanten Fachbereichen. Zudem sind Kriterien festzulegen für die Steuerung von Fortschritt, Risiko und Investitionen im Bereich

Cybersicherheit (z.B. Kennzahlen und regelmäßige Berichte an die Geschäftsführung).

- **Kernsysteme identifizieren und Risiko analysieren.** Entscheidend ist es hier, die für den Geschäftsbetrieb unverzichtbaren Systeme zu identifizieren und festzustellen, inwieweit bei diesen die Cybersicherheitsmaßnahmen umgesetzt werden. Externe Tests und Audits können eine unabhängige Sicht auf die Situation bieten. Dabei sind zugleich Maßnahmen zu erarbeiten, die das Risiko von Cyberangriffen mindern.
- **Bei der Implementierung mit Drittanbietern zusammenarbeiten.** In enger Abstimmung mit den Dienstleistern ist zu klären, wer welche Maßnahmen bis wann umsetzt. Zudem schaffen regelmäßige Fortschrittsberichte die nötige Transparenz über die Risikosituation. Eine risikoorientierte Priorisierung der Maßnahmen und eine kontinuierliche Überwachung der Umsetzung sind dabei unerlässlich.
- **Regelmäßig den Ernstfall proben.** Ernstfallübungen in regelmäßigen Abständen, insbesondere mit der höchsten Vorstandsebene, verbessern effektiv die internen Fähigkeiten zur Krisenabwehr, ohne dass dafür hohe Investitionen notwendig sind.
- **In Cybersicherheitskultur investieren.** Erfolgskritisch ist die Förderung einer starken Cybersicherheitskultur durch die Sensibilisierung der Mitarbeitenden für das Thema und entsprechende Schulungen. Cybersicherheit muss fest in der Organisationskultur und -strategie verankert werden, um langfristig gegenüber Bedrohungen resilient zu sein.



Die Digitalisierung bietet den GKVEn viele Chancen, die sie verantwortungsbewusst nutzen können und müssen. Cybersicherheit als fester Bestandteil der GKV-Kultur ist dafür unerlässlich; entsprechende Maßnahmen sind kontinuierlich anzupassen und zu verbessern. Eine zukunftssichere GKV integriert moderne Technologien wie KI und robuste Sicherheitsmechanismen, um Cyberangriffe zu erkennen und abzuwehren, aber zugleich auch ihre Prozesse effizienter zu machen. So kann sie z.B. Blockchain-Technologien nutzen, um die Integrität und Sicherheit von Gesundheitsdaten zu gewährleisten.

Die enge Zusammenarbeit mit den Versicherten stärkt deren Vertrauen in das Gesundheitssystem und die Datensicherheit. GKVEn sollten ihre Versicherten z.B. regelmäßig über Sicherheitsmaßnahmen und Datenschutzrichtlinien informieren, um Transparenz zu schaffen und die Angst vor Datenmissbrauch zu zerstreuen.

Hohe Cyberbedrohung im Gesundheits- sektor



Dr. Karsten Nohl

Gründer und Chief Scientist bei Security Research Labs

Dr. Karsten Nohl ist Gründer von und Chief Scientist bei Security Research Labs, einer Berliner Cyberberatung mit Fokus auf Kryptographie und Resilienz gegenüber Hacking-Angriffen. Zu seinen Forschungsgebieten gehören die Sicherheit in den Bereichen GSM (Global System for Mobile Communications) und RFID (Radio Frequency Identification) sowie der Schutz der Privatsphäre.

Herr Nohl, welche Erfahrungen haben Sie durch Ihre Arbeit bei SRLabs im Gesundheitssektor gesammelt?

SRLabs unterstützt Unternehmen dabei, ihren Schutz vor Hacking aktiv zu testen und etwaige Sicherheitslücken zu schließen. Wir arbeiten dabei eng mit drei Säulen des Gesundheitssektors zusammen: Krankenhäusern, Versicherungen und Pharmaunternehmen. Auffällig ist, dass Pharmaunternehmen und Versicherungen deutlich besser gegen Hacking geschützt sind als viele Krankenhäuser – obwohl bei schlecht geschützten Krankenhäusern teilweise sogar Menschenleben gefährdet sind. Viele Kliniken, auch große Ketten, erfüllen ihre Sicherheitsverantwortung noch nicht ausreichend.

Wie hat sich aus Ihrer Sicht die Bedrohung im Gesundheitssektor in den letzten Jahren verändert? Welche neuen Angriffsmethoden gibt es – und wie haben sich die Angreifer weiterentwickelt?

Die Hacking-Epidemie breitet sich seit Jahren aus, und der Gesundheitssektor ist stärker als andere Bereiche von den zusätzlichen Bedrohungen betroffen. Das hat vor allem zwei Ursachen: Einerseits ist das Interesse an Pharma-Geheimnissen weiterhin hoch. Während staatliche Hacker in der COVID-19-Pandemie an Impfstoffen interessiert waren, erfolgt Industriespionage heute vor allem als Reaktion auf die enorme Wertschöpfung von Produkten wie Abnehmpräparaten. Andererseits werden Krankenhäuser ebenso häufig wie Unternehmen anderer IT-abhängiger Branchen von

Ransomware-Banden heimgesucht, sind aber weniger gut dagegen geschützt. Das liegt zum einen an der komplexen Krankenhaus-IT, die oft an einen Flickenteppich erinnert, aber auch daran, dass die Verantwortung für Daten und Systeme in den Händen des medizinischen Fachpersonals liegt und nicht bei IT-Expert:innen.

Was macht den Gesundheitssektor aus Sicht von Cyberangreifern besonders attraktiv?

Ransomware-Banden agieren opportunistisch und suchen immer nach den einfachsten Hackingzielen mit der größten Bereitschaft, schnell hohe Lösegelder zu zahlen. Krankenhäuser sind ein bevorzugtes Ziel, weil hier zwei Faktoren zusammenkommen: eine verwundbare IT-Infrastruktur und die dringende Notwendigkeit, den Betrieb

schnell wieder aufzunehmen, um Menschenleben zu schützen. Die anderen Säulen des Gesundheitssystems – Versicherungen und Pharmaunternehmen – sind besonders für strategische Hacker von großem Interesse. Diese Angreifer sind bereit, Monate in ihre Angriffe zu investieren, um an wertvolle Daten

zu gelangen, sei es zu Versicherten oder zu laufenden Studien. Solch intensivem Hacking-Druck können nur wenige Firmen standhalten. Und im Gegensatz zu Ransomware bleibt Datendiebstahl oft lange unentdeckt, was es den Hackern ermöglicht, über längere Zeiträume hinweg Daten abzufangen. Für die Hacker ist das besonders attraktiv.

Der Gesundheitssektor ist stärker als andere Bereiche von den zusätzlichen Bedrohungen betroffen

Welche Schwachstellen finden Sie im Gesundheitssektor typischerweise? Gibt es Unterschiede zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen?

Der Gesundheitssektor verwendet ähnliche Technologien wie viele andere Branchen: Windows- und Linux-Systeme, teils in Cloud-Umgebungen, sowie eine bunte Vielzahl von spezialisierten Software-Anwendungen. Auch die Schwachstellen sind die gleichen: Technisch gesehen sind das fehlende Software-Updates und schwache Konfigurationseinstellungen. An der sogenannten Human Firewall hingegen liegt die Gefahr in der oft großen Hilfsbereitschaft der Menschen, zum Beispiel bei der Herausgabe von Passwörtern an Hacker über das Telefon. Und an der Schnittstelle von Mensch und Technik geht es um unzureichende Authentifizierungsverfahren und – speziell in Krankenhäusern – um Zugänge, die sich mehrere Personen teilen.

Welche Rolle spielt Ransomware bei den Angriffen auf den Gesundheitssektor – und mit welchen Strategien lassen sich die Auswirkungen eines Angriffs am effektivsten minimieren?

Ransomware ist die sichtbarste Form des Hackings. Während andere Strategien auf stille Spionage ausgelegt sind, legt Ransomware den Betrieb lahm. Positiv gesehen ist Ransomware eine Art Katalysator, der notwendige Sicherheitsverbesserungen anstößt, vor allem im Krankenhausumfeld. Dies gilt nicht nur für die betroffenen Organisationen, sondern auch für ihre Peers, die von den Vorfällen in der Presse erfahren. In der Cyber-Industrie wird Ransomware daher oft als teurer, ungeplanter Sicherheitstest betrachtet und erinnert daran, dass man solche Tests selbst durchführen sollte, um den Kriminellen einen Schritt voraus zu sein. Solange Kriminelle rational vorgehen und sich auf die schwächsten Hackingziele konzentrieren, kann genau dieser eine Schritt den Unterschied machen zwischen Risiko und Vorfall.

Herr Nohl, wir danken Ihnen für das Gespräch.

Effiziente Cyber-sicherheit trotz knapper Budgets



Jannis Stemmann

CEO und Gründer von CyberCompare, a Bosch Business

Jannis Stemmann ist Gründer und Geschäftsführer von CyberCompare und hat schon über 700 Cybersicherheitsprojekte für Kunden aller Branchen durchgeführt. Vor der Gründung von CyberCompare war er in zahlreichen Managementpositionen tätig, z.B. als Assistent der Geschäftsführung bei Bosch und als Projektleiter bei McKinsey.

Herr Stemmann, worin besteht die Arbeit von CyberCompare, insbesondere mit Blick auf den Gesundheitssektor?

Wir unterstützen Unternehmen dabei, ihre Sicherheitsmaßnahmen zu priorisieren, entsprechende Ausschreibungen zu erstellen und Angebote zu vergleichen, um eine effiziente, kostengünstige und dennoch effektive Cybersicherheit zu gewährleisten. Im Gesundheitssektor arbeiten wir beispielsweise mit Klinikverbünden und Krankenkassen zusammen, um unter anderem Managed SOC, also Security Operations Centers, zu designen und auszuschreiben. Darüber hinaus unterstützen wir auch Pharmaunternehmen und Medizingerätehersteller.

Welche Besonderheiten sehen Sie bei der Sicherung von IT-Systemen im Gesundheitswesen? Wo liegen Unterschiede zu anderen Branchen?

Im Gesundheitswesen spielen Regulierungen eine zentrale Rolle. Nahezu alle Organisationen, ob privat oder öffentlich, sind durch Vorschriften wie KRITIS oder NIS2 reguliert. Im Vergleich zu anderen Sektoren wie Banken und Versicherungen unterscheiden sich die Regularien zwar, aber die Anforderungen an das Sicherheitsniveau sind ähnlich. Aufgrund der öffentlichen Regulierung sind die Vergabeverfahren, Teilnahmewettbewerbe und Bieterverfahren für Anbieter von Sicherheitslösungen besonders herausfordernd. Die wichtigsten Lösungen sind oft die Managed SOC, häufig auch mit einer Integration von Ope-

rations Technology und Medizintechnik. Andere Besonderheiten – und zugleich Herausforderungen – sind Budgetrestriktionen und der Mangel an qualifiziertem Personal. Trotz staatlicher Förderprogramme haben viele Organisationen Schwierigkeiten, das passende Budget für die Cybersicherheit zu finden. Insgesamt sind die Gemeinsamkeiten zwischen den Sektoren aber größer als die Unterschiede, wenn es um Cybersicherheit geht.

Was sind aus Ihrer Sicht die größten Schwierigkeiten, die Ihre Kunden im Gesundheitssektor haben? Warum ist effektive Cybersicherheit für Krankenhäuser und Krankenkassen eine so große Herausforderung?

Ein sektorweites Problem ist der Mangel an qualifiziertem Personal

In Krankenhäusern müssen Cybersicherheitsmaßnahmen gegenüber anderen Anforderungen priorisiert werden, was oft schwierig ist. Wenn z.B. Mitarbeitende die Gesundheitsversorgung

sicherstellen müssen, kollidiert das manchmal mit Sicherheitsanforderungen, etwa mit der Multi-Factor-Authentifizierung oder der Überwachung von Geräten. Außerdem erschweren oft veraltete IT-Landschaften und Geräte die Überwachung und damit auch die Reaktionsfähigkeit bei Vorfällen. Ein sektorweites Problem ist zudem der Mangel an qualifiziertem Personal. Es gibt jedoch auch positive Beispiele: Gemeinsam mit einer Betriebskrankenkasse führen wir gerade ein Managed SOC ein, und die Mitarbeitenden dort sind sehr hoch qualifiziert.

Gibt es typische Schwachstellen im Cybersicherheitsmanagement des Gesundheitssektors? Was sind die Gründe dafür und was können Organisationen dagegen tun?

Viele Einrichtungen haben aufgrund von Sparmaßnahmen Nachholbedarf bei der Digitalisierung und der Einführung von Sicherheitslösungen. Zudem ist es schwierig, qualifizierte Anbieter zu

finden, die Erfahrung im Gesundheitswesen haben und bezahlbare Lösungen anbieten. Hier können wir mit unserer Erfahrung aus über 50 Ausschreibungen in der Branche seit unserer Gründung vor vier Jahren helfen. Ein Positivbeispiel ist der erwähnte Klinikverbund, der sich bei der Ausschreibung zusammengeschlossen und einen guten Kompromiss gefunden hat zwischen effizienter und kostengünstiger Leistungserbringung. Zugleich wurde ein sehr gut qualifizierter Dienstleister ausgewählt. Wir haben dabei geholfen, die entscheidenden Kriterien für die Ausschreibungen festzulegen und Betriebskonzepte wie Co-Managed Security Information and Event Management gemeinsam mit unseren Kunden umzusetzen.

Was sind Ihrer Meinung nach die Prioritäten für Gesundheitsorganisationen, wenn sie ihre Abwehrmechanismen gegen Cyberangriffe verbessern wollen? Wo sollten Krankenhäuser und Krankenkassen starten?

Ich würde sowohl Krankenhäusern als auch Krankenkassen empfehlen, die folgenden drei Schritte nacheinander anzugehen. Zunächst sollten sie die Compliance-Anforderungen erfüllen: Mit KRITIS und NIS2 sind die Security-Basics bereits abgedeckt. Daran sollten sich auch unregulierte Einrichtungen orientieren. Im zweiten Schritt sind die Worst-Case-Szenarien abzudecken: Die Organisationen sollten also Backups, Recovery- und Notfallpläne erstellen sowie Simulationen durchführen. Und schließlich ist ein Third-Party Risk Management sicherzustellen, was im Zuge von NIS2 noch relevanter wird. Die Priorität muss hier darauf liegen, einen höchst effizienten Ansatz für die Überprüfung von Dienstleistern zu finden, damit der Aufwand auch dem Nutzen entspricht. Cyberrisiken bei den Lieferanten stellen in den meisten Fällen aber nicht das größte Risiko für Gesundheitseinrichtungen dar, daher ist eine Risikobewertung und -priorisierung erforderlich, um effizient zu arbeiten.

Herr Stemmann, wir danken Ihnen für das Gespräch.



Nutzung von Gesundheitsdaten in Japan – Inspirationen für Deutschland

A2

Die jüngsten Fortschritte in der Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens bieten vielversprechende Möglichkeiten, Herausforderungen mithilfe von Datenanalyse zu bewältigen. Im internationalen Vergleich steht das deutsche Gesundheitssystem jedoch noch am Anfang seines Weges zu modernem Datenmanagement und fortschrittlicher Datenanalyse. Japan hingegen, das ähnliche Schwierigkeiten bewältigen muss, ist in diesem Bereich einer der Vorreiter. Das Land hat eine ehrgeizige Datenmanagement-Strategie entwickelt und nutzt umfassend Gesundheitsdaten, um Verbesserungen zu erzielen. Durch die Analyse von Japans Ansätzen kann Deutschland wertvolle Erkenntnisse gewinnen, um eigene Lösungen zu entwickeln.

Die fortschreitende Digitalisierung, einschließlich der Einführung von E-Rezept und ePA, eröffnet dem deutschen Gesundheitssystem und seinen Akteuren neue Chancen, zentrale Herausforderungen mittels Datenanalyse zu meistern. Doch Deutschland hat gerade erst begonnen, eine nationale Gesundheitsdatenbank aufzubauen und die Datenanalyse effektiv zu nutzen. Andere Länder – unter anderem Japan – sind bereits deutlich weiter fortgeschritten. Japan verfügt z.B. über eine der weltweit größten gesundheitsbezogenen Datenbanken, die National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Check-ups of Japan (NDB)²⁶. Darüber hinaus hat das Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt (MHLW)²⁷ eine Transformation gestartet, um das Gesundheitssystem durch hochmoderne Datenanalyse zu verbessern.

Japan verfolgt innovative Strategien, um Probleme wie Polypharmazie und unnötige Hausbesu-

che zu bewältigen. Diese Initiativen basieren auf einer robusten IT-Infrastruktur und der Analyse großer Datenmengen. Sie zielen darauf ab, die medizinische Versorgung zu optimieren, die Patientenbetreuung zu verbessern und die Gesundheitskosten zu kontrollieren. Der Erfolg dieser Maßnahmen ist messbar: Sie haben erhebliche Kosten eingespart und das Gesundheitswesen deutlich effektiver gemacht. Japan ist somit eines der Vorbilder bei der Entwicklung datengetriebener Lösungen für die Herausforderungen moderner Gesundheitssysteme – insbesondere für das deutsche System. Denn trotz struktureller Unterschiede sind Japan und Deutschland in vielen Punkten miteinander vergleichbar (siehe Textbox 1 zum japanischen Gesundheitssystem). Beispiele hierfür sind:

Gesetzliche Krankenversicherung. Ähnlich wie Deutschland verfügt auch Japan über ein gesetzliches Krankenversicherungssystem, das mehr als

²⁶ Aus Gründen der Verständlichkeit verwenden wir in diesem Artikel für Fachbegriffe und Eigennamen des japanischen Gesundheitssystems konsequent die englischen Bezeichnungen, wie sie auf den offiziellen Websites der relevanten Akteure zu finden sind.

²⁷ Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Überblick über das japanische Gesundheitssystem

Finanzierung

Das japanische Gesundheitssystem wird hauptsächlich durch Beiträge zur sozialen Krankenversicherung (SHI*) sowie teilweise durch Steuern finanziert. Die SHI umfasst rund 3.500 Krankenversicherungsprogramme, z.B. für Beschäftigte, Berufsverbände und regionale Gruppen. Das MHLW hat eine einheitliche Gebührenordnung für das Gesundheitswesen erstellt. Diese wird alle zwei Jahre überarbeitet, um die Verwaltung der zahlreichen Programme zu vereinfachen. Die Health Insurance Claims Review and Reimbursement Services sowie die National Health Insurance Organizations prüfen die Krankenversicherungsansprüche nach standardisierten Regeln. Etwa 90% der japanischen Bevölkerung sind in der SHI versichert, die restlichen 10% in der NHI**, einem steuerfinanzierten Versorgungssystem.***

Leistungserbringer

In Japan spielen die Präfekturregierungen eine entscheidende Rolle bei der Regulierung der Gesundheitsdienstleister. Sie sind verantwortlich für die Entwicklung und Verwaltung der Gesundheitspläne in ihrer Region und richten sich dabei nach den Vorgaben der Bundesregierung. Die politischen Einflussmöglichkeiten der Präfekturregierungen sind jedoch begrenzt, da etwa 70 bis 80% der Krankenhäuser in Japan privat betrieben werden. Zugleich gibt es eine sehr hohe Anzahl von Krankenhausbetten, aber zu wenig ärztliches Personal, um diese zu betreuen. Die Privatisierung verstärkt somit die Fragmentierung und ungleiche Verteilung der Arbeitskräfte, weil sie marktwirtschaftliche Anreize schafft, die zu einer übermäßigen Anzahl von Krankenhausbetten und einer unkoordinierten Verteilung des medizinischen Personals führen.

* Social Health Insurance

** National Health Insurance

*** Die SHI gilt für alle, die in Vollzeit bei einem mittleren oder großen Unternehmen beschäftigt sind. Von den Gehältern werden etwa 5% abgezogen, um die SHI zu finanzieren; die Arbeitgeber beteiligen sich an den Kosten. Alle anderen erhalten Versicherungsschutz über die NHI.

90% der Bevölkerung abdeckt. Die Beiträge werden bei arbeitgebergestützten Krankenversicherungen zwischen Arbeitgebern und Beschäftigten aufgeteilt.

Nutzung von Daten. Beide Länder nutzen die Daten ihres gesetzlichen Krankenversicherungssystems. Analog zur NDB hat Deutschland dafür das Forschungsdatenzentrum (FDZ) errichtet.

Gesundheitstrends. Beide Länder stehen vor vergleichbaren Schwierigkeiten, insbesondere durch eine alternde Bevölkerung. In Japan hat diese Entwicklung dazu geführt, dass mehr und intensivere medizinische und pflegerische Versorgung benötigt wird; Multimorbidität und Erkrankungen wie Demenz nehmen zu. Außerdem erhöhen technische Fortschritte die Gesundheitsausgaben und belasten die öffentlichen Haushalte, Arbeitgeber und die Gesellschaft finanziell. Dies unterstreicht die dringende Notwendigkeit strategischer Lösungen.

Infrastruktur. Obwohl Japan in der präventiven Versorgung eines der führenden Länder ist, kon-

zentriert sich die kurative Infrastruktur stark auf die Akutversorgung – ähnlich wie in Deutschland. Mit 7,8 Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner:innen liegt Deutschland über dem OECD-Schnitt. In Japan sind es sogar 12,7 Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner:innen.²⁸ Auch die durchschnittliche Verweildauer ist in Japan deutlich höher als in anderen Industrienationen, im Akutbereich beträgt sie z.B. 16 Tage.²⁹ Angesichts der genannten Gesundheitstrends und des sich ändernden Krankheitspanoramas sind Anpassungen und Innovationen dringend erforderlich.

Dieser Artikel untersucht Schlüsselaspekte von Japans Strategie im Bereich Datenmanagement und -analyse im Gesundheitswesen. Da andere Länder, insbesondere Deutschland, vor ähnlichen Herausforderungen wie einer alternden Bevölkerung und steigenden Gesundheitskosten stehen, können Japans Erfahrungen wertvolle Einblicke und Inspirationen für eigene Lösungen bieten.

²⁸ [World Bank Group \(2021\), Hospital beds \(per 1,000 people\)](#)

²⁹ [OECD \(2021\), Length of hospital stay](#)

Japans Strategie für das Datenmanagement im Gesundheitswesen

Japan verfolgt einen visionären und zukunftsweisenden Ansatz für das Datenmanagement im Gesundheitswesen. Verschiedene Projekte zielen darauf ab, die Effizienz, Zugänglichkeit und Integration von Gesundheitsdaten signifikant zu verbessern. Im Folgenden geben wir einen Überblick über die entsprechenden Initiativen, die übergeordnete Vision sowie die technologischen Rahmenbedingungen.

National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan (NDB)

Seit der Einführung entsprechender Gesetze im Jahr 2008 spielt die NDB eine zentrale Rolle im Datenmanagement des japanischen Gesundheitswesens. Sie sammelt Krankenversicherungsansprüche und die Daten der Vorsorgeuntersuchungen aller SHI des Landes. Zu den wichtigsten laufenden NDB-Projekten gehören:

- **Beschleunigter Datenzugriff.** Erhebliche Anstrengungen werden unternommen, um Daten aus der NDB schneller bereitzustellen. Derzeit dauert es fast 300 Tage, bis auf die Daten zugegriffen werden kann. Diese Dauer soll stark verkürzt werden.
- **Verbesserte Datenintegration.** Neue gesetzliche Bestimmungen ermöglichen die Kombination von NDB- mit Sterbeurkunden-Daten, was umfassendere und aufschlussreichere Analysen ermöglicht.

Medical DX³⁰: digitale Transformation des Gesundheitswesens

Das MHLW hat das ambitionierte Projekt Medical DX gestartet, das die vollständige Digitalisierung des japanischen Gesundheitswesens anstrebt. Die Initiative zielt darauf ab, eine medizinische Informationsplattform für ganz Japan zu schaffen, und umfasst mehrere Komponenten:

- **Nationale Gesundheitsdatenbanken.** Dies beinhaltet die Errichtung einer nationalen Datenbank für die Meldung von Infektionskrankheiten, in der Daten erfasst und verwaltet werden. Mit einer nationalen Datenbank für Impfungen sollen die Überwachung der öffentlichen Gesundheit und Reaktionsmöglichkeiten verbessert werden.
- **Analyseplattform.** Diese Plattform wird Daten aus verschiedenen Quellen integrieren, z.B. die NDB, die nationale Langzeitpflege- und

die Sterbeurkunden-Datenbank. Ziel ist es, eine umfassende Sicht auf Gesundheitsdaten zu bieten, um Advanced Analytics und eine fundierte Entscheidungsfindung zu ermöglichen.

- **Nationales System für elektronische Patientenakten (EMR³¹).** Dieses fördert den Einsatz von EMR in Krankenhäusern und Arztpraxen in ganz Japan. So soll ein robustes System zum Austausch von Gesundheitsdaten entstehen, das auf dem nationalen Sozialversicherungsnummern-System basiert. Dies ermöglicht einen nahtlosen und sicheren Datenaustausch zwischen medizinischen Leistungserbringern.

Organisationsstruktur und Integration

Der Erfolg der aktuellen Initiativen hängt von einem gut organisierten und kooperativen Netzwerk ab, das verschiedene Interessengruppen zusammenbringt, darunter Regierungsbehörden, medizinische Leistungserbringer, Versicherer und Technologiepartner. Ein darauf basierendes kohärentes und effizientes Datenmanagement-System für das Gesundheitswesen soll klinische und administrative Funktionen unterstützen.

Technologische Basis

Die Basis der Initiativen für das Datenmanagement im japanischen Gesundheitswesen besteht aus einer ausgereiften IT-Infrastruktur, leistungsstarken Datenanalyse-Plattformen und robusten Datenaustauschprotokollen. Verschiedene Schlüsseltechnologien gewährleisten gemeinsam die Effizienz und Sicherheit des Systems:

- **Cloud Computing.** Cloud Computing stellt skalierbare, flexible Speicher- und Verarbeitungsfähigkeiten bereit. Dies ermöglicht die effiziente Verwaltung großer Datenmengen und eine Anpassung an wechselnde Anforderungen ohne Leistungseinbußen.
- **Big-Data-Analyse.** Diese Methode liefert wertvolle Erkenntnisse aus umfangreichen Gesundheitsdaten. Mit fortschrittlichen Analysetools können die Akteure des Gesundheitssystems Trends identifizieren, datengetriebene Entscheidungen treffen und die Patientenversorgung verbessern.
- **Interoperabilitätsstandards.** Solche Standards sind entscheidend für den nahtlosen, effektiven Datenaustausch zwischen Systemen und Plattformen. Sie sind die Basis für ein einheitliches und kohärentes Datenökosystem.

³⁰ Digital Transformation

³¹ Electronic Medical Records

- **Cybersecurity-Maßnahmen.** Strenge Sicherheitsprotokolle verhindern unbefugten Zugriff und Datenverlust. Das gewährleistet die Vertraulichkeit und Sicherheit sensibler Patientendaten.

Gemeinsam bilden diese Technologien eine robuste und dynamische Basis, die die ehrgeizige Vision des japanischen Gesundheitsdatenmanagement-Systems unterstützt.

Vision für die Zukunft

Das langfristige Ziel dieser Initiativen besteht darin, ein vollständig digitalisiertes, datengestütztes Gesundheitssystem zu schaffen, das die Patientenversorgung verbessert, die öffentliche Gesundheit fördert und die Ressourcennutzung effizienter macht. Durch den Einsatz fortschrittlicher Technologien und umfassender Datenintegration will Japan einen weltweiten Standard für Innovation und Effizienz im Gesundheitswesen setzen.

Datenanalyse im japanischen Gesundheitssystem

Im Folgenden erläutern wir, wie und mit welchem Erfolg Japan innovative Datenanalyse-Methoden nutzt, um vier zentralen Herausforderungen in seinem Gesundheitssystem zu begegnen, und welche Erkenntnisse sich daraus gewinnen lassen.

1. Reduzierung von Polypharmazie und Doppelverordnungen

Im Jahr 2019 wuchsen in Japan die Bedenken hinsichtlich Polypharmazie und Doppelverordnungen bei älteren Erwachsenen. Doch weder das MHLW noch das Finanzministerium verfügten anfangs über konkrete Daten zum Ausmaß dieser Probleme. Deren Bewältigung ist jedoch entscheidend, um den Anstieg der Gesundheitsausgaben in den Griff zu bekommen. Deshalb analysierte das MHLW die Daten der Krankenversicherungsansprüche aus der NDB. Diese Analyse deckte das Ausmaß des Problems auf und bildete die Basis für mehrere Maßnahmen, darunter die Anpassung der staatlichen Gebührenordnung für das Gesundheitswesen und die Einrichtung eines Warnsystems durch die Krankenversicherer.

Der analytische Lösungsansatz umfasste folgende Aspekte:

- **Datenbeschaffung und -analyse.** Das MHLW analysierte die Abrechnungsdaten eines bestimmten Jahres, die alle versicherten Personen aus jedem SHI in Japan umfassen. Diese Daten sind im NDB gespeichert und wurden gesammelt gemäß dem 2008 verabschiedeten Gesetz zur Sicherstellung der medizinischen

Versorgung älterer Menschen. Das NDB aggregiert Krankenversicherungsansprüche und spezifische Gesundheitskontrolldaten von allen SHI.

- **Beteiligung von Versicherten und Ärzt:innen.** Die Versicherer sammelten die Daten anonymisiert. Die direkte Beteiligung von Versicherten und Ärzt:innen an der Analyse war deshalb minimal.
- **Analytische Erkenntnisse.** Die Analyse schätzte den potenziellen finanziellen Einfluss von vier zentralen Maßnahmen und prognostizierte dafür jährliche Einsparungen von 0,6 Bill. JPY (rund 4 Mrd. USD) über sechs Jahre. Diese Maßnahmen umfassten: 1) frühe Eingriffe bei lebensstilbedingten Erkrankungen, die durch Gesundheitsuntersuchungen bei Erwachsenen über 40 Jahren identifiziert wurden; 2) Ersatz von Originalpräparaten durch Generika; 3) Verhinderung des Fortschreitens von Diabetes; 4) Reduzierung der Anzahl von Patient:innen, die von Polypharmazie oder Doppelverordnungen betroffen sind. Basierend auf diesen Schätzungen wies das MHLW jede Präfektur an, einen sechsjährigen Plan zur Begrenzung der Steigerung der Gesundheitsausgaben zu entwickeln und dabei die vier Maßnahmen zu nutzen. Zudem kontaktierten die Krankenversicherungen auf Anregung des MHLW Patient:innen, die von Polypharmazie oder Doppelverschreibungen betroffen waren, und forderten sie auf, von Originalpräparaten auf Generika umzusteigen. Und schließlich wurde die staatliche Gebührenordnung für das Gesundheitswesen im Geschäftsjahr 2018 überarbeitet. Ziel war es, die Rolle der Apotheken bei der Verwaltung von Patientenrezepten zu stärken und diejenigen zu belohnen, die sich um die Reduzierung von Polypharmazie und Doppelverschreibungen bemühten.
- **Beteiligung der Krankenversicherer.** Die Versicherer spielten eine entscheidende Rolle, da sie von Polypharmazie oder Doppelverschreibungen Betroffene ermittelten und darauf aufmerksam machten. Regionale Versicherer, die eng mit den Präfekturen zusammenarbeiten, führten zudem Aktionspläne ein, die auf die Strategie der Präfekturen abgestimmt waren.
- **Vorteile und Erfolge.** Wenn diese Maßnahmen erfolgreich sind, können sie den Versicherern helfen, den Anstieg der Gesundheitsausgaben einzudämmen. Vorläufige Schätzungen für das Haushaltsjahr 2023 deuten darauf hin,

dass die Gesundheitsausgaben bei 47,3 Bill. JPY liegen – und damit unter dem vom Staat gesetzten Ziel von 49,7 Bill. JPY. Dieser Erfolg wird weitgehend der Umstellung von Originalpräparaten auf Generika zugeschrieben, die 2021 eine Ersatzrate von 79,6% erreichte und damit nur 0,4 Prozentpunkte hinter dem Ziel von 80% für das Haushaltsjahr 2023 zurückblieb.

Wichtigste Erkenntnisse. *Auf Basis der strategischen Nutzung von Krankenversicherungsansprüchen hat das MHLW weitreichende Maßnahmen entwickelt, um Polypharmazie und Doppelverordnungen zu reduzieren. Bei der Begrenzung der Gesundheitskosten zeigen sich bereits erste vielversprechende Ergebnisse.*

2. Vermeidung unnötiger Hausbesuche

Die gestiegene Nachfrage nach Hausbesuchen, die z.B. im Haushaltsjahr 2022 im Vergleich zum Vorjahr um mehr als 20% zugenommen hatten, erforderte eine Optimierung der Preise und Bedingungen, um den Anstieg der Gesundheitsausgaben zu begrenzen. Das MHLW nutzte die Daten der NDB, um den staatlichen Gebührensatz zu überarbeiten. Mit den strategischen Anpassungen soll sichergestellt werden, dass Hausbesuche nur unter bestimmten Bedingungen erfolgen und damit effizienter und kosteneffektiver werden.

Der analytische Lösungsansatz umfasste folgende Aspekte:

- **Datenbeschaffung und -analyse.** Das MHLW griff auf die NDB zurück, die im Rahmen des Gesetzes zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung älterer Menschen eingerichtet wurde. Diese Datenbank sammelt Versicherungsansprüche und Gesundheitskontrolldaten aller SHI in Japan und bildete somit eine solide Basis für die Analyse.
- **Einbindung der Beteiligten.** In der Regel sind Vertreter:innen verschiedener Verbände der Leistungserbringer, z.B. der japanischen Ärztevereinigung, sowie der Leistungsberechtigten der SHI beteiligt an der Überarbeitung der staatlichen Gebührenordnung. Dank dieses Vorgehens gab es keinen signifikanten Widerspruch seitens der Beteiligten.
- **Analytische Erkenntnisse.** Das MHLW analysierte die Veränderung der Anzahl von Hausbesuchen in verschiedenen Präfekturen anhand von Daten zu Krankenversicherungsansprüchen. Diese Analyse ergab, dass nur bestimmte Präfekturen einen starken Anstieg der Hausbesuche verzeichneten.

- **Systemänderungen.** Die Analyse zeigte auch, dass die bestehende Gebührenordnung die Ärzt:innen dazu ermutigte, Hausbesuche durchzuführen – unabhängig davon, ob sie die Erkrankten regelmäßig behandelten. Deshalb überarbeitete das MHLW die Gebührenordnung und senkte die Gebühren für Hausbesuche – außer für Besuche bei regelmäßig behandelten Patient:innen und in angeschlossenen Einrichtungen.

- **Beteiligung der Versicherer.** Die Versicherer waren eng in die Überarbeitung der Gebührenordnung eingebunden und nahmen aktiv an den Diskussionen teil, um sicherzustellen, dass ihre Perspektiven berücksichtigt wurden.

- **Vorteile für die Versicherer.** Die neue Gebührenordnung reduziert finanzielle Anreize, die zuvor unnötige Hausbesuche förderten, und kann somit zu einer Senkung der Gesamtkosten beitragen.

- **Erste Indikatoren des Erfolgs.** Die überarbeitete Gebührenordnung gilt seit Juni 2024. Ihre vollen Auswirkungen lassen sich deshalb noch nicht abschließend beurteilen. Allerdings haben einige führende Leistungserbringer, die auf Hausbesuche spezialisiert waren, nach der Ankündigung der neuen Gebührenordnung den Markt verlassen oder ihre Aktivitäten reduziert. Dies deutet darauf hin, dass die Änderungen effektiv sind.

Wichtigste Erkenntnisse. *Die strategische Nutzung von Krankenversicherungsdaten durch das MHLW hat zu gezielten Änderungen in der staatlichen Gebührenordnung für das Gesundheitswesen geführt. Erste Indikatoren deuten darauf hin, dass damit unnötige Hausbesuche vermieden und die Kosten gesenkt werden.*

3. Optimierung der Krankenhausbettenauslastung

Der demografische Wandel in Japan erfordert eine Anpassung der Anzahl, Verteilung und Funktionen von Krankenhausbetten, da das Krankenhauspersonal aufgrund der großen Anzahl von Akutbetten ungleich verteilt ist. Einige Betten müssen in Pflegebetten umgewandelt oder abgeschafft werden, um den Bedürfnissen der alternden Bevölkerung besser gerecht zu werden. 2014 führte Japan das Bettenfunktionsberichtssystem ein, eine Initiative zur Optimierung der Krankenhausbetten. Die Analyse von Krankenversicherungsdaten aus der NDB verschafften dem MHLW und den Präfekturregierungen wertvolle Einblicke in die Bettenauslastung im ganzen Land. So konnten sie Hunderte von Krankenhäusern identifizieren, die von einer

Reduzierung der Bettenzahl oder einer Anpassung ihrer Funktionen profitieren würden.

Wichtigste Erkenntnisse. *Mit dieser Initiative hat Japan die Anzahl der Krankenhausbetten erfolgreich reduziert. Das Land liegt jetzt nur noch knapp 2.000 Betten unter dem Ziel für 2025.*

4. Behebung der ungleichen Verteilung von Ärzt:innen

Immer mehr Studierende der Medizin in Japan wählen ihre Fachrichtung nach der erwarteten Work-Life-Balance und den potenziellen Gehältern. Dadurch werden beliebte Bereiche wie Schönheitschirurgie und Augenheilkunde bevorzugt – andere wichtige Disziplinen werden hingegen gemieden. Für ein ausgewogenes und effektives Angebot an Fachkräften im Gesundheitswesen muss diese ungleiche Verteilung korrigiert werden. Obwohl die Diskussion darüber noch andauert, hat das MHLW durch die Analyse von NDB-Daten hier bereits große Fortschritte erzielt. Die Analyse konzentrierte sich auf den Bereich der Chirurgie und zeigte, dass in 165 von 335 Gesundheitsversorgungs-Regionen Japans dringende Operationen an weniger als 100 Tagen pro Jahr durchgeführt wurden – die chirurgischen Einrichtungen und das Personal bleiben dort also die meiste Zeit ungenutzt.

Wichtigste Erkenntnisse. *Diese Befunde belegen ein erhebliches Potenzial für Effizienzgewinne durch die Neuorganisation medizinischer Leistungserbringer, um einen möglichen Rückgang der Anzahl von Chirurg:innen auszugleichen. Dieser Ansatz ist jedoch komplex, da etwa 70% der medizinischen Leistungserbringer in Japan in privater Hand sind, was einen Austausch mit diesen Einrichtungen und innovative Lösungen erforderlich macht.*

Impulse für Deutschland

Japans Ansätze bieten wertvolle Erkenntnisse für das deutsche Gesundheitswesen, insbesondere nach der Einführung des E-Rezepts. Diese Neuerung erleichtert das Management von Polypharmazie, erhöht die Patientensicherheit und verhindert doppelte oder widersprüchliche Verordnungen. Zwar kann reines Datenmanagement allein die komplexen Herausforderungen des Gesundheitssystems weder in Japan noch in Deutschland lösen. Es bildet jedoch die Grundlage für faktenbasierte Gestaltung und Versorgung. So sind z.B. die Erkenntnisse über die Betten- und Ärztestruktur der Ausgangspunkt für eine sinnvolle Optimierung. Die erfolgreiche Umsetzung solcher Maßnahmen erfordert jedoch politischen Gestaltungswillen, Diskussionen mit allen Beteiligten und vor allem Zeit. Wesentliche übertragbare Lehren aus Japans Strategien sind:

- **Die Kraft von Anreizen.** Anpassungen der Gebührenordnung für medizinische Leistungserbringer auf Basis von Big-Data-Analysen können erhebliche Verbesserungen bewirken und sinnvolle Maßnahmen fördern.
- **Versicherer als Partner.** Versicherer haben die große Chance – und Verantwortung –, sich von bloßen Kostenübernehmern zu aktiven Partnern zu entwickeln. Durch die Nutzung von Daten können sie ihre Versicherten besser aufklären und beraten.
- **Effiziente Zugangssteuerung.** Eine strenge, aber effiziente Zugangssteuerung ist unerlässlich, um Wartezeiten zu minimieren und zeitnah Erkenntnisse aus Daten zu gewinnen. Davon profitieren sowohl Versicherer als auch Forschungseinrichtungen.



Japans Initiativen im Datenmanagement des Gesundheitswesens sind hilfreiche Beispiele für Innovation und Effizienz. Die vom MHLW geförderte digitale Transformation zielt darauf ab, ein vollständig integriertes, datengetriebenes Gesundheitssystem zu etablieren. Schlüsseltechnologien wie Cloud-Computing, Big-Data-Analyse und Interoperabilitätsstandards spielen dabei eine zentrale Rolle. Sie gewährleisten ein skalierbares, sicheres und effizientes Datenmanagement.

Erste Erfolge wie die gesunkenen Gesundheitskosten und die verbesserte Patientenversorgung zeigen das große Potenzial datengetriebener Ansätze im Gesundheitswesen. Diese Ansätze erhöhen die Effizienz, verbessern die Patientenergebnisse und stärken die Systemstruktur.

Zwar hat das japanische Gesundheitssystem trotz aller Verbesserungen und Fortschritte noch nicht alle Probleme bewältigt. Doch diese Entwicklungen zeigen, dass Japans Erfahrungen im Datenmanagement als wertvolle Impulse und Anregungen für Deutschland dienen können. Das gilt insbesondere für die Nutzung von Daten zur Bewältigung komplexer Herausforderungen im Gesundheitswesen.





Analytiktransformationen in der GKV – der Weg zur daten-gesteuerten Organisation

A3

Angesichts des wachsenden Kosten- und Effizienzdrucks in der Gesundheitsbranche gilt: Wer die GKVn zukunftssicher machen will, muss sie in datengesteuerte Organisationen transformieren, die systematisch Daten nutzen, um Erkenntnisse für fundierte operative und strategische Entscheidungen zu gewinnen. Dies schafft auch die Grundlage für optimierte Prozesse, höhere Kundenzufriedenheit, interne Effizienz und bessere Ressourcennutzung. Doch viele GKVn schöpfen ihr Datenpotenzial noch immer nicht vollständig aus – wegen Datenschutzbedenken, Skepsis gegenüber neuen Technologien und einer schwach ausgeprägten Datenkultur in ihrer Organisation. GKVn, die jetzt den Schritt wagen, sich durch eine Daten- und Analytiktransformation zukunftssicher zu positionieren, profitieren von den aktuellen Trends in Markt, Regulatorik und Technologie, die solche Transformationen erheblich erleichtern. Und sie können für die Umsetzung zusätzlich das bewährte REWIRED-Framework von McKinsey als Leitfaden nutzen.

Daten- und Analytiktransformationen zielen darauf ab, Unternehmen systematisch in datengesteuerte Organisationen zu verwandeln. Solche Transformationen gehen weit darüber hinaus, einzelne GenAI- und Analytics-Anwendungsfälle zu etablieren oder lediglich die technologische Basis zu verbessern. Sie etablieren vielmehr eine starke Datenkultur in der gesamten Organisation. Datengesteuerte Unternehmen treffen ihre Management- und operativen Entscheidungen grundsätzlich auf Basis von Daten – diese müssen schnell, transparent und in der erforderlichen Qualität verfügbar sein.

Die Transformation zu einer datengesteuerten Organisation bringt erhebliche Vorteile mit sich, insbesondere eine höhere Effizienz durch automatisierte Prozesse und einen optimierten Ressourceneinsatz. So lassen sich Analytics- und GenAI-Anwendungsfälle in einer solchen Organisation deutlich effizienter und schneller umsetzen. Beispielsweise erwarten viele Unternehmen im

Bereich des Kundenservice eine Kostenreduktion von etwa 10 bis 20% durch GenAI. Zugleich können analytisch unterstützte Ansätze in Marketing und Vertrieb die Umsätze oder im Fall der GKVn die Mitgliederzahlen signifikant erhöhen. Daher ist die Anzahl der datensteuerten Organisationen und Unternehmen in zahlreichen Branchen in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen, z.B. in der Automobilindustrie, dem Einzelhandel und dem Finanzsektor.³²

Obwohl die GKVn in Deutschland in den vergangenen Jahren erhebliche Fortschritte bei der Digitalisierung erzielt haben, haben bisher nur wenige eine umfassende Daten- und Analytiktransformation in Angriff genommen – ganz im Gegensatz etwa zu Krankenversicherungen in den USA, die davon profitieren, dass dort eine breitere Datennutzung erlaubt ist. Das große Potenzial, das die Datenanalyse und der Einsatz von KI heute bieten, bleibt damit im deutschen Gesundheitssystem oft noch ungenutzt. Dies betrifft insbesondere die Fallsteuerung,

³² McKinsey (2025), [The state of AI: How organizations are rewiring to capture value](#).

die Erkennung von Betrug, die Prädiktion und damit Prävention von Krankheiten sowie die Automatisierung und Personalisierung des Kundenservice.

Diese Zurückhaltung ist vor allem begründet durch Datenschutzbedenken der GKV und den organisatorischen Wandel, der für die Nutzung neuer Technologien notwendig ist. Solche Bedenken sind durchaus berechtigt, doch sie lassen sich entkräften: Erstens erleichtern aktuelle Entwicklungen im Markt, in der Regulatorik und in der Technologie gerade jetzt die Transformation von GKV zu datengesteuerten Organisationen und steigern deren Effizienz erheblich. Zweitens können die GKV diese Herausforderungen erfolgreich und gewinnbringend bewältigen, wenn sie dafür die richtigen Ansätze, neue Technologien und das entsprechende Know-how nutzen.³³ Doch dafür müssen sie strukturiert vorgehen.

Aktuelle Entwicklungen machen die Transformation notwendig – aber auch einfacher

Für die GKV in Deutschland ist spätestens jetzt der Zeitpunkt gekommen, eine Daten- und Analytiktransformation in Angriff zu nehmen. Angesichts der aktuellen Entwicklungen im Markt, im regulatorischen Umfeld und in der Technologie wird eine solche Transformation zunehmend dringlich, und zugleich steigt ihr Nutzen für die GKV.

Marktentwicklungen. Die GKV stehen vor großen Herausforderungen: hoher Kostendruck und steigende Zusatzbeiträge, z.B. getrieben durch eine alternde Gesellschaft, hochpreisige Medikamente, Leistungsausweitungen und innovative Therapieansätze. Zusätzlich erfordert der demografische Wandel in der Belegschaft, dass Prozesse effizienter werden. Und auch der Kundenservice muss sich verändern, denn die Versicherten erwarten von den GKV zunehmend, dass sie als Partner bei Prävention, Genesung und Nachsorge agieren.³⁴

Regulatorische Entwicklungen. Neue gesetzliche Regelungen zur Nutzung von Daten wie das Digital-Gesetz (DigiG), das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) und die europäische KI-Verordnung bieten sowohl Herausforderungen als auch Chancen. So sind etwa bei der Nutzung von KI-Lösungen für die Prozessautomatisierung insbesondere die Anforderungen der europäischen KI-Verordnung zu berücksichtigen. Zudem gelten Anwendungen, die Gesundheitsdaten verarbeiten,

als Hochrisiko-Systeme. Eine GKV muss deshalb sicherstellen, dass die umfangreichen Auflagen zur menschlichen Aufsicht nach Artikel 6 der KI-Verordnung eingehalten werden. Allerdings schafft der veränderte regulatorische Rahmen jetzt auch Klarheit darüber, inwieweit die Nutzung von Daten rechtlich möglich ist, und das GDNG eröffnet neue Anwendungsfälle.

Technologische Entwicklungen. Die Fortschritte bei klassischen analytischen KI-Modellen und bei GenAI sind rasant. Damit haben die GKV immer mehr Möglichkeiten, die Anwendungsfälle zu realisieren, die im GKV-Check-up 2024³⁵ vorgestellt wurden. Neuerungen wie das E-Rezept und die ePA ermöglichen eine deutlich höhere und schnellere Verfügbarkeit von Daten, zum Teil sogar in Echtzeit. Zukünftig könnten auch Daten aus Fitnesstrackern und anderen Technologien eine Rolle spielen – wenn die GKV ihre IT- und Dateninfrastruktur entsprechend modernisieren, z.B. durch die Einführung von Data Lakes und Cloud-Lösungen. Diesen Wandel unterstützt auch die zunehmende Offenheit der Regulatoren, etwa des Bundesamts für Soziale Sicherung, für solche Neuerungen.

Aus der Transformation zur datengesteuerten Organisation resultieren aber auch große (finanzielle) Vorteile für die GKV und ihre Versicherten. Die Kassen profitieren nicht nur von Effizienzsteigerungen, z.B. der Entscheidungsunterstützung bei der Automatisierung von Prozessen, und einem effektiveren Ressourceneinsatz, sondern vor allem von den optimierten Versorgungsausgaben. In einer datengesteuerten Organisation lassen sich solche Verbesserungen sehr viel besser und schneller umsetzen. Typische Anwendungsfälle finden sich z.B. in den folgenden Bereichen:

- **Kostensteuerung.** Im Fokus stehen die automatische, datenbasierte Auswahl von Versicherten, die sich für eine Steuerung eignen (z.B. im Bereich Krankengeld), sowie die Bereitstellung automatisch generierter Steuerungshinweise für das Fallmanagement.
- **Abrechnungsprüfung.** Hier geht es vor allem um die automatisierte Priorisierung und Prüfung von Rechnungen auf Fehler oder unberechtigte Abrechnungen (z.B. im Krankenhaus- und Arzneimittelbereich) sowie deren Weiterleitung an den Medizinischen Dienst oder zur Retaxierung.

³³ Ebenda

³⁴ Dies bestätigen z.B. die Ergebnisse des GKV-Survey, die wir im GKV-Check-up 2023 veröffentlicht haben, [Der GKV-Check-up 2023 – Dynamisch bleiben, weiter wachsen](#).

³⁵ McKinsey (2024), [Der GKV-Check-up 2024: Erfolgreich navigieren durch stürmische Zeiten](#), S. 4 ff.

- **Unterstützung für Sachbearbeitende.** Mitarbeitende können GenAI-Lösungen nutzen, um lange Texte wie umfangreiche Gutachten zusammenzufassen und damit Anträge schneller zu bearbeiten. Zudem lassen sich GenAI-Lösungen für Gesprächsleitfäden oder -dokumentationen einsetzen.

Die Transformation bringt zudem auch für die Versicherten viele Vorteile:

- **Niedrigerer Zusatzbeitrag.** Eine datengesteuerte GKV kann einen attraktiven Zusatzbeitrag anbieten, da optimierte Verwaltungsprozesse und effiziente Leistungssteuerung eine bessere Kostenkontrolle ermöglichen.
- **Besserer Kundenservice.** Durch automatisierte Prozesse, z.B. mithilfe von GenAI, und eine datengestützte Personalplanung kann eine GKV den Kundenservice beschleunigen und jederzeit optimal besetzen. Dies erhöht die Kundenzufriedenheit und macht den Service effizienter.
- **Attraktives Leistungsangebot.** Durch die Analyse und Segmentierung der Zielgruppen können GKVen ihr Leistungsangebot optimieren, soweit dies im Rahmen der Satzungsleistungen machbar ist. Dies ermöglicht Angebote, die besser auf die Bedürfnisse der Versicherten abgestimmt sind.
- **Proaktive Partnerschaft für die Gesundheit.** Eine GKV kann als Partner für ihre Versicherten agieren, wenn sie datengestützt maßgeschneiderte (Präventions-)Programme anbietet, z.B. Rückenkurse für Versicherte mit häufiger Arbeitsunfähigkeit wegen Rückenschmerzen. So fördert sie aktiv die Gesundheit der Versicherten – präventiv, aber auch kurativ durch Maßnahmen zur Steuerung der Krankheitsverläufe. Dies ist nicht nur kosteneffizient für die GKV, sondern bringt auch Vorteile für die Versicherten mit sich.

Eine datengesteuerte GKV ist zudem ein attraktiver Arbeitgeber für hochqualifizierte Talente, die mit modernen Technologien arbeiten und ihre Arbeitsprozesse mit vollständiger Transparenz auf Faktenbasis durchführen möchten. Die GKV kann damit wiederum der demografischen Lücke bei den Mitarbeitenden begegnen, indem sie die Effizienz der Arbeit erhöht und zusätzlich hochqualifiziertes Personal anzieht.

Bewährtes Framework für die Daten- und Analytiktransformation

Bei der Daten- und Analytiktransformation von GKVen geht es nicht darum, lediglich einzelne Anwendungsfälle wie GenAI im Kundenservice umzusetzen oder nur die technologische Basis zu verbessern. Vielmehr ist es entscheidend, in der gesamten Organisation eine starke Datenkultur zu etablieren, die auf soliden technischen und organisatorischen Grundlagen sowie einer entsprechenden Governance basiert. Bei der Planung ihrer Transformation können sich die GKVen am praxisbewährten REWIRED-Framework von McKinsey orientieren. Dieses hilft ihnen, die sechs Voraussetzungen für eine starke Datenkultur in Organisationen zu schaffen (Schaubild A3.1).³⁶ Dabei sind zwei Aspekte zu beachten: Erstens müssen alle Elemente des Frameworks berücksichtigt und aufeinander abgestimmt werden, um ein funktions- und leistungsfähiges Betriebsmodell zu gewährleisten. Da das Framework für Unternehmen und Organisationen aller Art und Branchen konzipiert wurde, ist es zweitens wichtig, die spezifischen Herausforderungen und Rahmenbedingungen der GKV zu berücksichtigen. Dazu gehören z.B. eine starke Regulatorik, eingeschränkte Flexibilität bei der Personalplanung, traditionelle Denk- und Arbeitsweisen sowie komplexe IT-Systeme mit hohen Altlasten.

1. Geschäftsmodellorientierte Roadmap.

Die digitale Roadmap muss sich eng an der Geschäftsstrategie einer GKV orientieren und klare Ziele setzen, z.B. verbesserte Versichertenversorgung, optimierte Leistungskosten oder höhere Servicequalität. Entscheidend ist, dass das Topmanagement sich dazu abstimmt und die Ziele genau kennt. Optimalerweise werden die erwarteten Effekte der Roadmap quantifiziert, um die Geschäftsbereiche bzw. Datendomänen³⁷ zu priorisieren, in denen die größten finanziellen Auswirkungen zu erwarten sind. Wie oben beschrieben, sind dies in der GKV meist die Versorgungsbereiche. Zudem ist die Zielerreichung kontinuierlich zu überwachen, um die nötigen Handlungsanreize zu setzen.

- 2. Talent.** Sowohl für die Daten-Governance als auch für die Umsetzung datengetriebener Anwendungen müssen die richtigen Mitarbeitenden verfügbar sein. Dies stellt die GKVen vor besondere Herausforderungen, da Talente mit entsprechenden Fähigkeiten im Markt stark

³⁶ McKinsey (2023), [Rewired to outcompete](#)

³⁷ Datendomänen sind bestimmte Kategorien von Daten, z.B. Versicherten-, Apotheken- oder Krankenhausdaten.

Das REWIRED-Framework – Sechs Fähigkeiten sind für die erfolgreiche digitale und KI-Transformation eines Unternehmens entscheidend

Der Mehrwert einer Transformation entsteht durch sorgfältige und koordinierte Ausführung in allen Schwerpunktbereichen

Ausrichtung 1. Geschäftsmodellorientierte Roadmap

Stimmen Sie das Führungsteam auf die Vision, den Mehrwert und die Roadmap der Transformation ab; richten Sie die Geschäftsbereiche neu aus, um herausragende Kundenerlebnisse zu schaffen und die Kosten zu senken

Ressourcen	2. Talent	3. Betriebsmodell	4. Technologie	5. Daten
	Stellen Sie sicher, dass die Teams über die richtigen Fähigkeiten verfügen, um Innovationen zu entwickeln und umzusetzen	Steigern Sie die Effizienz des Unternehmens, indem Sie Geschäftsbereiche, Betriebsabläufe und Technologie vereinen	Erleichtern Sie den Teams die Nutzung der Technologie für schnellere Innovationen	Erweitern Sie kontinuierlich die Datenbasis und erleichtern Sie den Zugang für die gesamte Organisation, um Kundenerfahrung und Geschäftsleistung zu verbessern

Change Management 6. Umsetzung und Skalierung

Maximieren Sie die Wertschöpfung, indem Sie digitale Lösungen einführen und unternehmensweit skalieren sowie den Transformationsfortschritt und Risiken tracken

Quelle: McKinsey

umworben sind. Umso wichtiger ist es, die vorhandene Belegschaft einschließlich der Führungskräfte weiterzuentwickeln, um die Datenkultur in der gesamten Organisation zu fördern. Der Fokus bei der Einstellung und Weiterentwicklung von Talenten sollte jedoch nicht nur auf Data Scientists liegen. Auch die Kompetenzen von Data Engineers, Data Architects, Cloud Engineers und Data Governance Managers sind für eine erfolgreiche Transformation erforderlich.

- 3. Betriebsmodell.** Das Betriebsmodell muss verschiedene Elemente umfassen: Implementierung von Anwendungsfällen, Daten-Governance und IT-Infrastruktur, Weiterbildung und Change-Management. Es muss klare Governance-Leitlinien haben sowie zentrale und dezentrale Verantwortlichkeiten miteinander in Einklang bringen. Die Fachbereiche der GKV besitzen spezielles Wissen, das für die Entwicklung und Implementierung der Anwendungsfälle notwendig ist. Daher werden Anwendungsfälle oft in den Fachbereichen selbst umgesetzt. Eine zentralisierte Analytikeinheit hingegen besitzt zwar technische Expertise, aber weniger Fachwissen. Ein ausgewogener Ansatz, der zentrale und

dezentrale Kompetenzen kombiniert, ist entscheidend für die Datenarbeit.

Die Anwendungsfälle sollten in agilen, interdisziplinären Teams umgesetzt werden, die Fachwissen, Data Science, IT und agile Arbeitsmethoden vereinen. Zudem ist es wichtig, dass die Teams sich über Best Practices und wiederverwendbare Code-Module austauschen. Ein Daten-Office, das die Koordination und Governance der Datenarbeit übernimmt, kann Leitlinien geben und Unterstützung leisten. Die Daten-Governance kann je nach Reifegrad einer Organisation eher zentral oder föderal geprägt sein sowie zentrale Standards mit dezentralen Verantwortlichkeiten verbinden. Das Betriebsmodell muss nicht in einer einzigen Organisationseinheit realisiert werden; die Verantwortung für die Infrastruktur verbleibt z.B. meist bei der IT. Schnittstellen, Aufgaben und Rollen müssen jedoch klar definiert sein.

Die meisten Betriebsmodelle entwickeln sich im Lauf der Zeit weiter. So muss eine Organisation mit einem geringen Reifegrad zunächst mehr Kompetenzen zentral aufbauen, bevor sie die Verantwortung in dezentrale Einheiten verlagert.

4. Technologie. Sowohl Hard- als auch Software müssen die Anwendungsfälle aller Geschäftsbereiche unterstützen. Sie sollten zentral bereitgestellt werden, teilweise als Self-Service, um eine Skalierung in vielen Teams zu ermöglichen. Ein wichtiger Bestandteil sind robuste Machine-Learning-Operations-Prozesse, die eine schnelle Optimierung und regelmäßige Überwachung von Machine-Learning-Modellen sicherstellen. Zudem gibt es in der GKV besondere Herausforderungen im Umgang mit Sozialdaten, die spezielle Anforderungen stellen an die (Cloud-)Infrastruktur, die Pseudonymisierung und die Erstellung synthetischer Daten. Bei Nutzung einer Cloud-Infrastruktur sind regulatorische Vorgaben wie ein Betriebsausschluss zu erfüllen und mit der Aufsichtsbehörde abzustimmen.

5. Daten. Eine qualitativ hochwertige und konsistente Datenbasis ist essenziell für jede Daten- und Analytiktransformation. Bis zu 70% des Aufwands bei neuen Anwendungsfällen entfallen auf die Datenaufbereitung und -harmonisierung.³⁸ GKVen erhalten Daten aus verschiedenen Quellen in unterschiedlicher Qualität, z.B. Abrechnungen und Kundenserviceinteraktionen. Diese Daten müssen vereinheitlicht und verknüpft werden, um innovative Anwendungsfälle zu ermöglichen. Unstrukturierte Daten werden künftig eine größere Rolle spielen, was die Bedeutung der Datenqualität zusätzlich erhöht.

In GKVen sind Daten oft in Silos nach Leistungsbereichen getrennt. Diese Silos sollten aufgelöst werden, um neue regulatorische Möglichkeiten zur Datenverknüpfung (vgl. GDNG) und langfristigen Datenspeicherung zu nutzen. GKVen müssen deshalb wiederverwendbare Datenprodukte entwickeln und diese gemäß den Standards der Daten-Governance mit klaren Verantwortlichkeiten managen.

6. Umsetzung und Skalierung. Die kontinuierliche Skalierung der Daten- und Analytiktransformation in der gesamten Organisation, einschließlich des Change-Managements, muss aktiv und professionell gesteuert werden. Iterative Entwicklungsprozesse mit Minimum Viable Products (MVPs) ermöglichen kontinuierliche Verbesserungen bis zur breiten Umsetzung. Ein Monitoring zur Überwachung der Wertgenerierung stellt sicher, dass Ressourcen optimal genutzt werden, indem

Anwendungsfälle bei Bedarf angepasst oder eingestellt werden. Dies gilt auch für Daten-Governance-Prozesse und neue Infrastrukturen, die iterativ verbessert werden. Die Skalierung erfolgt typischerweise anhand einzelner (Daten-)Domänen, die nach ihrem potenziellen Wertbeitrag priorisiert werden – im Einklang mit der Gesamtstrategie. So werden maximale Lerneffekte und Synergien innerhalb der Domänen genutzt.

Diese umfassende Herangehensweise schafft die organisatorischen Voraussetzungen für eine starke Datenkultur in der GKV und stellt sicher, dass die Transformation nicht nur technologisch, sondern auch kulturell und organisatorisch erfolgreich ist.

Erfolgsfaktoren für GKVen

Bei ihrer Transformation zu einer datengesteuerten Organisation gilt es für die GKVen, sechs Erfolgsfaktoren zu beachten:

Ehrliche Bewertung. Vor dem Start der Transformation sollte die GKV eine Reifegradanalyse durchführen. Dabei vergleicht sie ihre Daten- und Analytikfähigkeiten, z.B. Datenqualitätsmanagement und Datenschutz, mit den Best-in-Class-Standards. Diese Analyse hilft, das strategische Zielbild festzulegen. Es ist jedoch nicht notwendig, in jedem Bereich zu den Besten zu gehören.

Start mit Strategie. Eine Datenstrategie, die sich aus der Geschäftsstrategie ableitet und mit der IT-Strategie der GKV abgestimmt ist, sollte der Ausgangspunkt jeder Daten- und Analytiktransformation sein. Wichtig ist auch ein klares Zielbild für die transformierte GKV. Zu priorisieren sind die Anwendungsfälle, die der Geschäftsstrategie entsprechen und echten Geschäftsnutzen bieten. Eine Orientierung an „gehypten“ Technologien ist hingegen nicht sinnvoll.

Bottom-up plus top-down. Die Transformation erfordert das Engagement des Managements für Zielsetzung und Erfolgsmessung. Gleichzeitig sollte ein Bottom-up-Ansatz mit Pilotbereichen und datenbegeisterten Mitarbeitenden starten. Diese können erste Datendomänen bereinigen und Anwendungsfälle umsetzen, die als Leuchttürme dienen und in die zukünftige Architektur passen.

Konzeption parallel zu Umsetzung. Durch frühes Testen von Konzepten in allen Bereichen kann während der Transformation schnell gelernt und iteriert werden. So entsteht ein Konzept, das am

³⁸ McKinsey (2023), [Rewired to outcompete](#).

Ende den Praxistest besteht. Dies gilt auch für die Entwicklung und Einführung der Daten- und Analytikinfrastruktur.

Marathon statt Sprint. Erste Erfolge mit (Pilot-) Anwendungsfällen sind wichtig, um frühzeitig das Vertrauen der Beteiligten zu gewinnen. Der Schlüssel zum Erfolg liegt jedoch darin, die Grundlagen für die neue datengesteuerte Organisation zu schaffen, z.B. Infrastruktur, Governance und hohe Datenqualität. Solche Investitionen sind notwendig, um langfristig einen großen Effekt zu erzielen.

Intensive Kommunikation. Daten und Analytik sind komplexe Themen. Deshalb ist es entscheidend, frühzeitig in Change-Maßnahmen und -Kommunikation zu investieren. Mitarbeitende sollten umfassend geschult werden (z.B. Weiterentwicklung von Datenanalyst:innen zu Python-Expert:innen) und Führungskräfte sollten unterstützt werden, um den Wert datenbasierter Arbeit zu verstehen und ein Vorbild in der Transformation zu sein. Auch Personalvertretungen und gegebenenfalls Versicherte sind früh und eng einzubinden.



Die Daten- und Analytiktransformation ist für die GKVn nicht nur eine große Herausforderung, sondern bietet auch die Chance, ihre Effizienz und Steuerung erheblich zu verbessern. GKVn können sich jetzt zukunftsicher als datengesteuerte Organisationen positionieren, wenn sie eine hochwertige und konsistente Datenbasis etablieren, ihre IT- und Dateninfrastruktur modernisieren und ein geeignetes Betriebsmodell aufbauen. Es ist jedoch wichtig, dabei die gesamte Organisation einzubeziehen, denn die Einführung neuer Technologien und Strukturen allein genügt nicht. Eine datengesteuerte GKV kann marktseitige, regulatorische und technologische Entwicklungen effektiv aufgreifen, um einerseits finanzielle Vorteile zu erzielen, aber zugleich auch die Versorgungs- und Servicequalität für ihre Versicherten zu verbessern.





Daten als Schlüssel zu besserer Versorgung



Dr. Thorsten Brackert

Geschäftsbereichsleiter Unternehmensentwicklung, Techniker Krankenkasse

Dr. Thorsten Brackert ist Leiter des Geschäftsbereichs Unternehmensentwicklung der Techniker Krankenkasse. Dabei ist er verantwortlich für die Strategieentwicklung sowie für die Themen Agile Transition, Analytics & Insights, Digital Office & Project Consulting. Zuvor war er in der Unternehmensberatung als Partner und Managing Director tätig.

Herr Dr. Brackert, wo sehen Sie bisher die größten Erfolge der Datennutzung in der gesetzlichen Krankenversicherung?

Wenn wir unseren Versicherten wirklich helfen, ist das für mich der größte Erfolg. Als GKV haben wir die Aufgabe, den Menschen ein möglichst langes und gesundes Leben zu ermöglichen. Wir unterstützen unsere Versicherten beispielsweise durch gezielte Präventionsangebote. Gleichzeitig liegt hier aber noch enormes Potenzial. Ich glaube, wir als GKV und auch wir als Techniker Krankenkasse können Daten künftig noch viel besser nutzen, um die Gesundheit der Versicherten weiter zu verbessern.

Was sind aus Ihrer Sicht die größten Herausforderungen bei der Nutzung von Daten?

Als Gesundheitssystem insgesamt müssen wir noch viel besser darin werden, den Mehrwert von Daten zu vermitteln, sie nutzbar zu machen und sie tatsächlich einzusetzen. Eine große Herausforderung sehe ich darin, dabei sowohl die Leistungserbringer als auch die Versicherten mitzunehmen. Für Leistungserbringer muss Datennutzung einfach und wirtschaftlich sein, ohne als Störfaktor empfunden zu werden. Für unsere Versicherten gilt Ähnliches: Wir müssen Lösungen schaffen, die echte Hilfestellung leisten und wertvolle Hinweise für ihre Gesundheit bieten – damit die Menschen sie regelmäßig nutzen.

Dafür braucht es auch einen Mentalitätswechsel: Im Moment wägen wir die Nutzung von Daten richtigerweise gegen den Datenschutz ab. Dabei verlieren wir jedoch oft die Folgen aus dem Blick, die entstehen, wenn wir Daten nicht nutzen. Es wird oft vergessen, dass die Nichtnutzung von Daten im Gesundheitswesen die Versicherten gesunde Lebenszeit kostet.

Welchen Beitrag kann die Politik leisten, um die Nutzung von Daten und KI im Gesundheitssystem zu unterstützen?

Die Nichtnutzung von Daten kann uns gesunde Lebenszeit kosten

Ich frage mich, ob wir das Ziel der notwendigen Regulatorik vielleicht anders definieren sollten. Unser Ziel als GKV ist es, die Gesundheit unserer Versicherten nachhaltig und verant-

wortungsvoll zu unterstützen. Könnte das nicht als Grundlage ausreichen? Statt für jede Datennutzung eine anlassbezogene Erlaubnis zu fordern, könnte man auf eine verantwortungsvolle Nutzung setzen.

Dahinter steht auch meine Sorge, dass Versicherte in unregulierte Systeme ausweichen und ihre Gesundheitsdaten Anbietern anvertrauen, die damit vor allem Geld verdienen wollen. Als GKV haben wir ein anderes Ziel, aber je stärker wir reguliert werden, desto stärker werden auch die Ausweichbewegungen. Deshalb brauchen wir mehr Spielräume – zumindest für die Versicherten, die sich mehr Unterstützung wünschen.

Interessant ist auch, wie unterschiedlich wir als Verbraucher mit unseren Daten umgehen: Gerade bei Tech-Konzernen sind wir oft erstaunlich freigiebig, während wir gleichzeitig gegenüber eng regulierten Institutionen wie Krankenkassen sensibel reagieren. Wer liest denn wirklich die Bedingungen und weiß, welcher Nutzung man zum Beispiel bei Tech-Konzernen oder Loyalitätsprogrammen jeweils zustimmt?

Wenn wir uns von der politischen Ebene zur konkreten Nutzung von Daten und KI in der GKV bewegen: Wo liegen hier die größten Aufgaben?

Es ist harte Arbeit. Datenqualität kommt nicht von selbst. Und auch KI implementiert sich nicht von selbst. Wir müssen zahlreiche Geschäftsprozesse grundlegend anpassen, was die tägliche Arbeit der gesamten Organisation verändert. Es genügt nicht, einfach ein neues Tool einzuführen. Ganz konkret – nach dem anfänglichen Hype um GenAI stellen sich jetzt die Frage: Wie machen wir daraus

etwas Sinnvolles? Welche Lösungen wollen wir? Wie befähigen wir unsere Mitarbeitenden?

Das ist aber auch eine Chance: Wem das gelingt, der kann sich differenzieren. Unser Ziel bei der Techniker Krankenkasse ist es, die beste Kasse für unsere Versicherten im digitalen Zeitalter zu sein – hinsichtlich Versorgung, Service und Preis. Daten und KI helfen uns dabei, diese Ziele zu erreichen.

Gibt es etwas, was Sie und die GKVen insgesamt von anderen Branchen lernen können?

Ich denke, wir sollten vor allem die Umsetzung beschleunigen – wobei das sicher für alle Branchen gilt. Es mangelt nicht an Erkenntnissen oder Wissen über Potenziale, sondern daran, diese schneller zu heben. Besonders bei internen Prozessen, der Interaktion mit Leistungserbringern oder weiteren Schnittstellen im Gesundheitssystem gibt es noch reichlich ungenutztes Potenzial. Wenn wir hier schneller werden, profitieren unsere Versicherten von besserem Service und niedrigeren Kosten.

Welche Risiken sehen Sie, wenn diese Potenziale nicht genutzt werden?

Das größte Risiko ist, dass wir die Chance verpassen, unseren Versicherten ein längeres, gesünderes Leben zu ermöglichen. Ich hoffe, dass wir den Mehrwert der Datennutzung überzeugend vermitteln können – und damit das Vertrauen der Versicherten, aber auch der Leistungserbringer gewinnen. Denn dann entsteht ein Pull-Effekt, der die Veränderung beschleunigen kann.

Herr Brackert, wir danken Ihnen für das Gespräch.





Aktuelle Entwicklungen im GKV-Markt

Wie in jedem Jahr geben wir auf den folgenden Seiten zunächst einen Überblick über die wichtigsten Branchentrends und befassen uns dann mit aktuellen Entwicklungen im GKV-Markt. Als Basis dienen detaillierte Marktanalysen auf Ebene der Kassenarten, also für den vdek, die AOK-Gemeinschaft sowie die BKKen und IKKen. Erkenntnisse zur Knappschaft, bei der es sich um eine Einzelkasse handelt, werden nicht gesondert dargestellt.

Zwei Bereiche stehen im Mittelpunkt:

Kapitel B1 – Entwicklung des Wettbewerbs im GKV-Markt. Wie hat sich die Anzahl der Kassen in den vergangenen Jahren entwickelt? Wie verändern sich die Marktanteile der Kassenarten, wie die Versichertenzahlen und -strukturen?

Kapitel B2 – Entwicklung der Kassenergebnisse. Wie entwickeln sich die KJ1-Ergebnisse? Wie verändern sich die Leistungsausgaben nach Kassenarten und Bereichen? Wie stark weichen Leistungsausgaben ab von den morbiditätsgerecht zu erwartenden Ausgaben je Leistungsbereich? Wie korreliert der Versichertenzuwachs mit der Höhe des Zusatzbeitrags?

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

Das Wichtigste im Überblick

Wettbewerbs- und Wachstumstrends

Die GKV-Landschaft befindet sich noch immer in einer vergleichsweise stabilen Phase; Konsolidierungsaktivitäten beschränken sich auf die BKKen. Die AOK-Gemeinschaft und der vdek decken als annähernd paritätische Marktführer nach Versichertenzahlen zusammen rund 75% des Marktes ab. Die GKV verfügt gegenüber der PKV über einen stabilen Marktanteil von rund 88%. Der Anteil an GKV-Versicherten mit privater Zusatzversicherung wächst jedoch seit 2018 mit 3% 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 4 Prozentpunkte; der vdek weist mit 46% den größten Anteil dieser Altersgruppe auf.

Die Zusatzbeiträge steigen deutlich: Bereits im Laufe des Jahres 2024 kommt es vermehrt zu unterjährigen Erhöhungen – insgesamt 124. Das bedeutet, dass einige Kassen 2024 sogar mehrmals ihren Zusatzbeitrag anheben. Anfang 2025 erhöht dann unter großer medialer Aufmerksamkeit ein Großteil der Kassen die Zusatzbeiträge in bisher ungekanntem Ausmaß. In der Vergangenheit, z.B. 2016/17, gingen höhere Zusatzbeiträge gefolgt von weiteren unterjährigen Erhöhungen bei einigen Kassen tendenziell mit einer Abwanderung von Versicherten einher und in der Regel auch mit einer Steigerung der Morbidität. 2020/21 flachte dieser Effekt allerdings ab, auch durch sta-

bilere Zusatzbeiträge und damit weniger Wechsel. Die neuen Erhöhungen führen nun zu einer Spreizung der Zusatzbeiträge, was den Anreiz für einen Kassenwechsel wieder verstärkt.

Entwicklung der Kassenergebnisse

Alle GKV-Kassenarten verzeichnen 2023 ein deutlich schlechteres KJ1-Ergebnis als im Vorjahr – der GKV-Schnitt ist wieder negativ. Die Leistungsausgaben, einer der Kerntreiber des KJ1-Ergebnisses, steigen seit 2019 kontinuierlich mit 3,3% pro Jahr bis 6,0% pro Jahr an. Besonders stark war der Anstieg zwischen 2021 und 2023 bei und bei Heilmitteln mit 6,8% pro Jahr. Die Gründe dafür sind die Lohnerhöhung für Pflegekräfte (Pflicht der Kassen zur Refinanzierung), höhere Vergütungssätze sowie die allgemeine Teuerungsrate. Auch die Leistungsausgaben für Krankengeld steigen mit 6,6% pro Jahr und Fahrkosten mit 6,4% pro Jahr immer noch sehr stark, aber geringer als zwischen 2019 und 2021 (7,1% und 8,1% pro Jahr). Die Ausgaben für Arzneimittel waren zuletzt besonders stark durch die Einführung neuer, hochpreisiger Produkte gestiegen (6,5% pro Jahr zwischen 2019 und 2021). Sie wachsen zwischen 2021 und 2023 um 3,1% pro Jahr und damit etwa 1 Prozentpunkt weniger als die Gesamtleistungsausgaben. Die Leistungsausgaben sinken in keinem der erhobenen Bereiche. Bei den morbiditätsadjustierten Ausgaben nähern sich alle Kassenarten ihrem Erwartungswert an. Die AOK-Gemeinschaft und der vdek liegen -14 EUR bzw. -7 EUR je Versicherte:n unter ihrem Erwar-

tungswert. Die BKKen und die IKKen liegen hingegen +7 EUR bzw. + 10 EUR je Versicherte:n über ihrem Erwartungswert.

Die Verwaltungskosten steigen zwischen 2021 und 2023 jährlich um 3,6%. Ihr Anteil an den Gesamtausgaben sinkt jedoch aufgrund des stärkeren Anstiegs der Leistungskosten. 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 Kosten, die aufgrund des Morbiditätsindex erwartet werden, zeigt sich jedoch, dass die AOK-Gemeinschaft und die IKKen 2023 mit +15 EUR bzw. +11 EUR je Versicherte:n über ihren erwarteten Verwaltungskosten liegen. Die BKKen mit -3 EUR und der vdek mit -17 EUR je Versicherte:n liegen hingegen unter ihren Erwartungswerten.

Altersstruktur und Niveau der Leistungsausgaben

Die Altersstruktur der Kassen verändert sich zwischen 2023 und 2024 nur leicht. Der prozentuale Anteil der Altersgruppe „50 Jahre und älter“ ist beim vdek mit 46% am höchsten und bei der AOK-Gemeinschaft mit 42% am niedrigsten. Bei einer Betrachtung ab 2014 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 überdurchschnittlich hohen Versichertenanteil 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 mit 0,7 Prozentpunkten als einzige Kassenart 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 2024 liegen zum Zeitpunkt dieser Veröffentlichung noch nicht vor und werden für Juni 2025 erwartet. In ihren vorläufigen Finanzergebnissen weisen die GKVen ein Defizit von rund 6,2 Mrd. EUR aus. Dieses Ergebnis hängt maßgeblich zusammen mit der gesetzlich verpflichtenden Abführung von Reserven an den Gesundheitsfonds der vergangenen Jahre. Die Ausgaben für Leistungen und Verwaltung steigen dabei mit 7,7% pro Jahr deutlich schneller als die Versichertenzahlen mit 0,3% pro Jahr.

Der Gesundheitsfonds verzeichnet im Jahr 2025 ein Defizit in Höhe von 3,7 Mrd. EUR. Die Liquiditätsreserve zum 15. Januar 2025 beträgt rund 5,7 Mrd. EUR.



Jährlicher Anstieg der Leistungsausgaben
zwischen 2021 und 2023



Wettbewerbstrends

B1

Die Entwicklung der GKV seit 2015 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 2015 verändert sich die Anzahl der Kassen kaum. Lediglich die BKKen verzeichnen noch vereinzelte Konsolidierungen zum Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit (die Anzahl der BKKen ist zwischen 2020 und 2025 um 2,9% pro Jahr gesunken). Es bleibt abzuwarten, ob und in welchem Ausmaß der Kostendruck, auch bei den Verwaltungskosten (Kostenanstieg 2021 bis 2023 um 3,6% pro Jahr), 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 über 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% aller 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).

Der Wettbewerbsdruck unter den Kassen steigt weiter, jetzt auch aufgrund der erhöhten Zusatzbeiträge. Der vdek und die AOK-Gemeinschaft verfügen mittlerweile über einen gemeinsamen Marktanteil nach Versicherten von über 75%. Beide Kassenarten verzeichnen bereits seit 2015 kontinuierliche Versichertenzuwächse. Die Versichertenentwicklung der IKKen ist weiterhin negativ, während die BKKen eine Trendumkehr gegenüber 2015 bis 2020 realisieren und seit 2020 deutlich über dem GKV-Durchschnitt wachsen. Beispielsweise werden Wechsel von der AOK-Gemeinschaft zum vdek abgebildet, aber nicht innerhalb des vdek oder der AOK-Gemeinschaft. Insgesamt erhöht sich der Wettbewerbsdruck zwischen den Kassenarten also weiter.

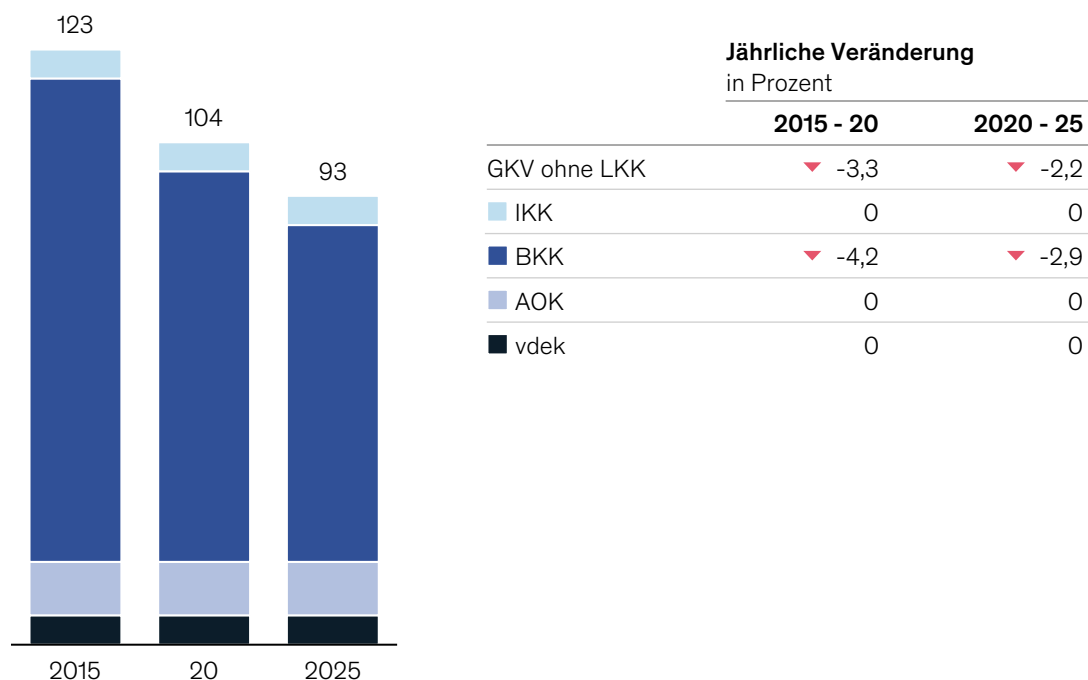
Die relative Entwicklung der Versichertenzahlen seit 2015 unterstreicht den Trend: Die AOK-Gemeinschaft und der vdek konnten zwischen 2015 und 2020 noch deutlich über dem GKV-Schnitt wachsen – mit je +2,0 Prozentpunkten pro Jahr bzw. 1,1 Prozentpunkten gegenüber dem GKV-Durchschnitt von +0,8 Prozentpunkten pro

Jahr. Seit 2020 hat sich das Wachstum der AOK-Gemeinschaft und des vdek von je 0,5% jährlich an den GKV-Schnitt von 0,4% weitestgehend angepasst. Die BKKen erlitten zwischen 2015 und 2020 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 2020 und 2025 verzeichnen sie jedoch ein Plus von +0,8 Prozentpunkten pro Jahr. Bei den IKKen hat sich der Rückgang der Versichertenzahl zuletzt verlangsamt: von -1,3 Prozentpunkten pro Jahr zwischen 2015 und 2020 auf -0,1 Prozentpunkte seit 2020 (siehe Schaubilder B1.5 und B1.6). Die vermehrten unterjährigen Erhöhungen 2024 und die flächendeckenden Erhöhungen zum Jahresbeginn 2025 bewirken eine wachsende Spreizung der Zusatzbeiträge, was den Anreiz zu Wechseln wieder verstärkt und damit auch die Konkurrenz unter den Krankenkassen verschärft. Weitere Analysen dazu führen wir in Kapitel B.2 auf.

Die Versichertenstrukturen ähneln sich zunehmend. Wenngleich zwischen den Kassenarten noch Unterschiede in der Versichertenstruktur bestehen, haben sich diese in den vergangenen Jahren doch stark angeglichen. Erwartungsgemäß steigt der prozentuale Anteil von Versicherten ab 50 Jahren bei fast allen Kassenarten aufgrund der demografischen Entwicklung im Vergleich zu 2014 – allerdings unterschiedlich stark je Kasse. Deshalb ist der Anteil älterer Versicherter (50 Jahre und älter) mittlerweile zwischen allen Kassenarten eher ausgeglichen und liegt bei 42 bis 46%. Die AOK-Gemeinschaft hat mit 42% den geringsten Anteil an Versicherten ab 50 Jahren, während sie 2014 noch den höchsten Anteil im Kassenartenvergleich hatte (46%). 2024 weist der vdek mit 46% den höchsten Anteil dieser Altersgruppe auf. Auch die Geschlechterverteilung gleicht sich immer weiter an. Im GKV-Schnitt 2024 liegt der Frauenanteil bei 51,7%, wovon der vdek mit +2,2 und die IKKen mit -3,4 Prozentpunkten am meisten abweichen – das entspricht einer Spanne von fast 6 Prozentpunkten. Zwischen 2023 und 2024 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 GKVn zurückzuführen. So sind z.B. die IKKen heute nicht mehr auf bestimmte Berufszweige beschränkt, die teilweise von einem Geschlecht dominiert werden.

Während sich die Anzahl der BKKen seit 2015 durch Fusionen stetig weiter verringert, bleibt die Anzahl aller anderen Kassenarten seither stabil

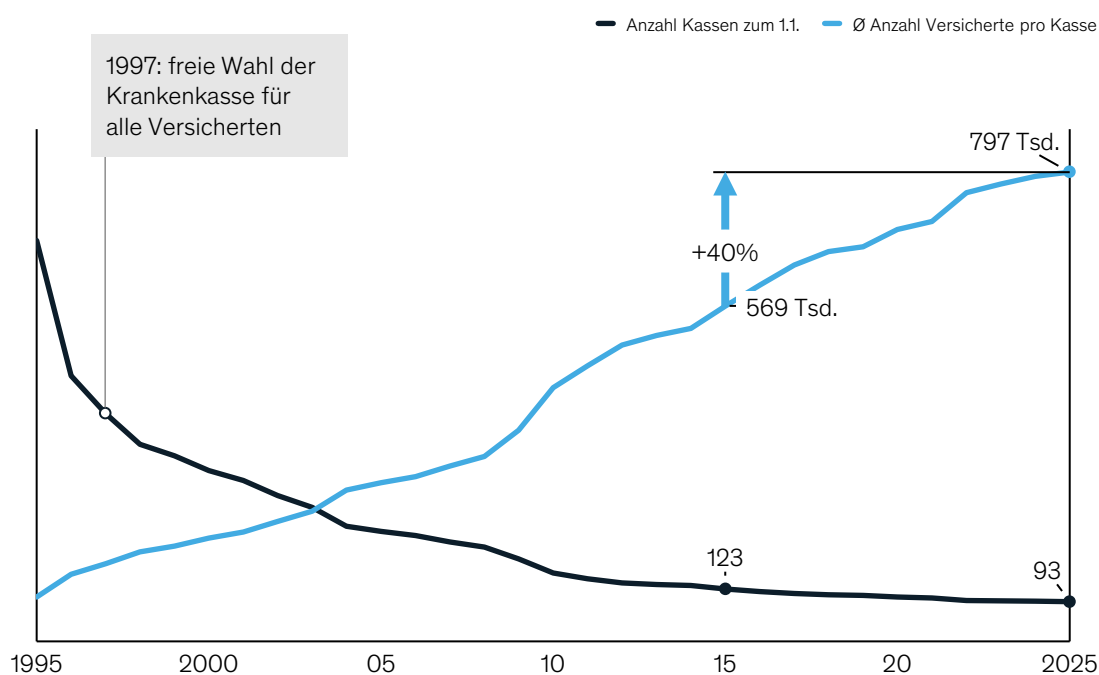
Anzahl Kassen¹ jeweils zum 1.1. eines Jahres



¹ Ohne LKK

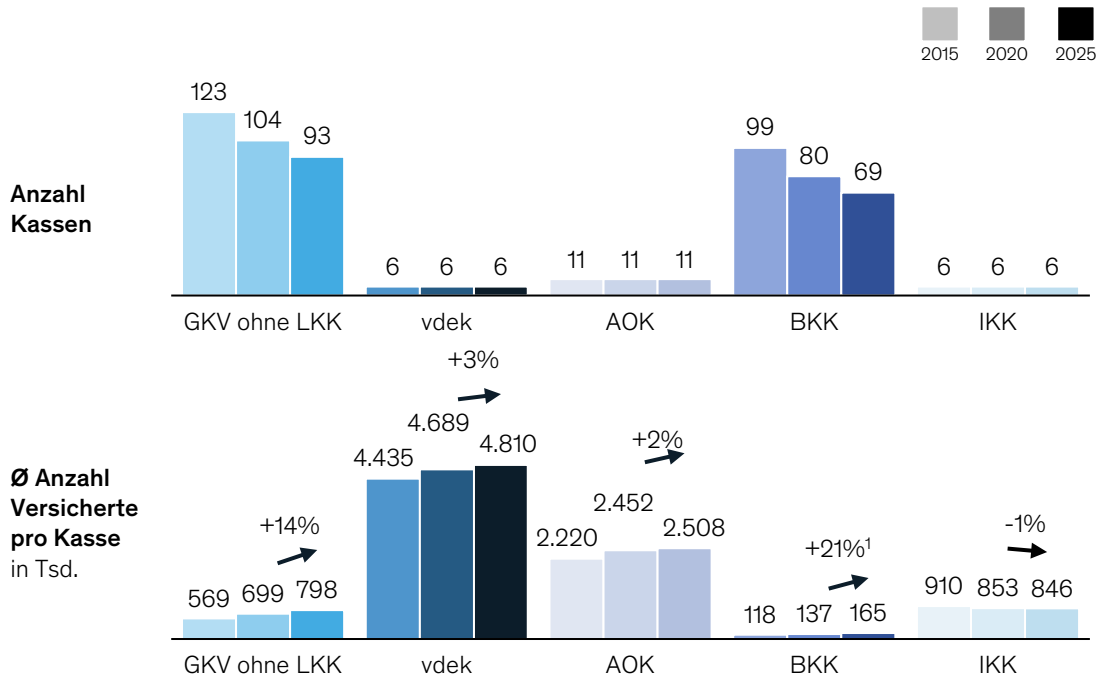
Quelle: Anzahl Kassen jeweils zum 1.1. des Jahres gemäß GBE-Bund

Infolge von Konsolidierungen bei den BKKen steigt die durchschnittliche Versichertenzahl je Kasse seit 2015 nochmals um fast 40%



Quelle: Anzahl Kassen ohne LKK jeweils zum 1.1. des Jahres gemäß GBE-Bund; Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG; Versicherte 2025 approximiert

Mit 21% wächst die Größe der BKKen fusionsbedingt seit 2015 am stärksten; die durchschnittliche Versichertenzahl je IKK ist rückläufig

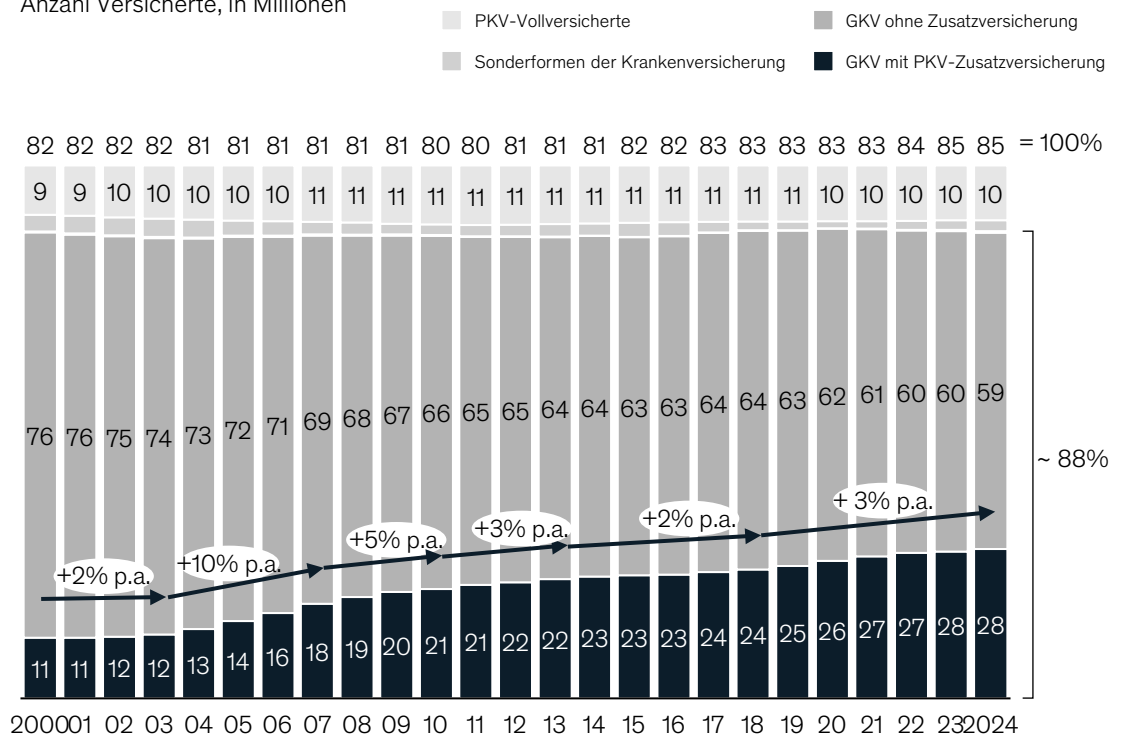


1 Auswahl einzelner größerer Fusionen innerhalb der BKKen von 2015 bis 2025; pronova BKK/Vallant BKK, BKK VBU/BKK DemagKrauss-Maffei/BKK S-H/BKK Basell, BKK VBU/Vereinigte BKK, BKK Pfalz/BKK Vital, mhplus/Metzingen BKK, BKK VBU/Thüringer BKK/Brandenburgische BKK, VIActiv/BKK Achenbach Buschhütten, Novitas BKK/SIEMAG BKK, Audi BKK/BKK Stadt Augsburg, bkk melitta hmr/BKK BPW, mhplus/BKK Textilgruppe Hof

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

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

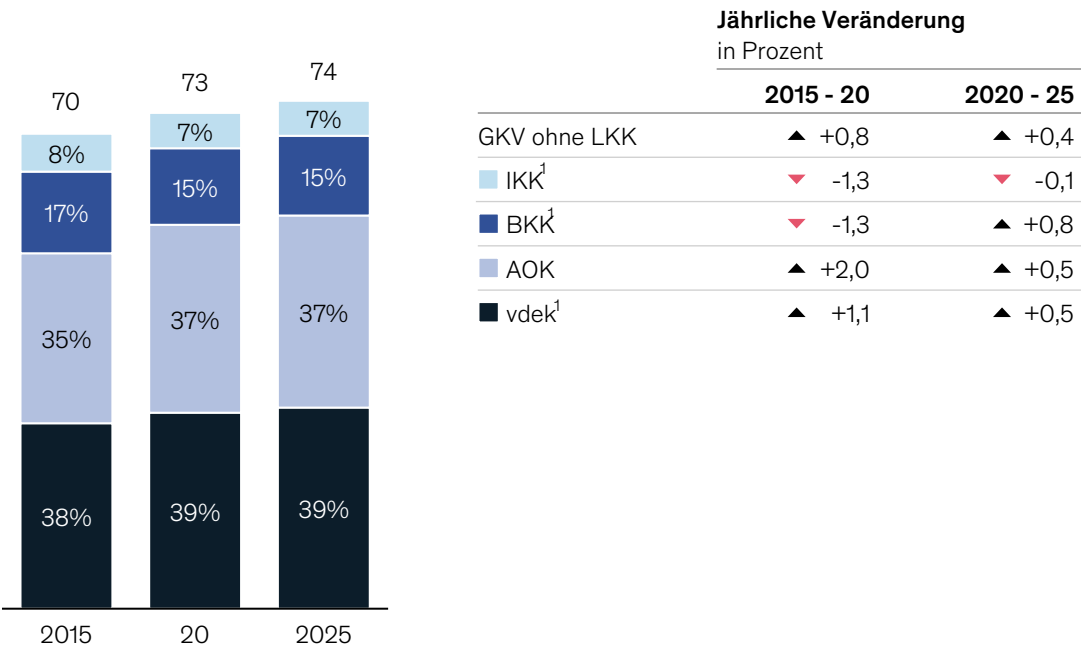
Anzahl Versicherte, in Millionen



Quelle: PKV-Zahlenportal; Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG; OECD-Statistik; PKV und Bevölkerung 2024 approximiert

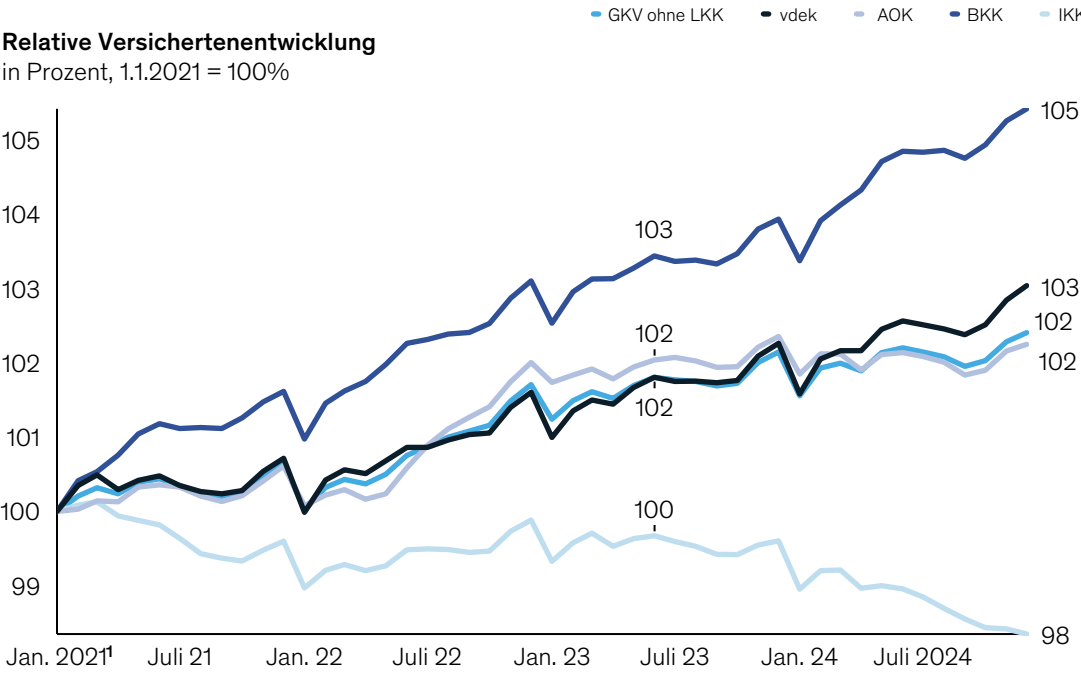
Die Zuwächse der Versicherten gleichen sich seit 2020 über alle GKVen an; IKKen liegen unter dem GKV-Durchschnitt, BKKen deutlich darüber

Anzahl Versicherte, in Millionen



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

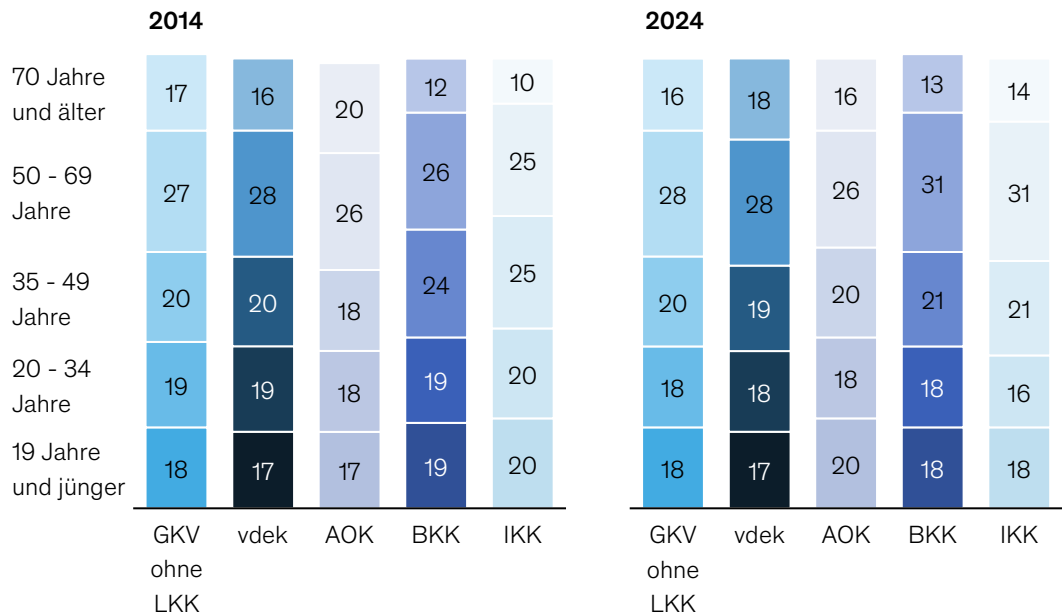
Die relative Entwicklung der Versichertenzahlen auf Basis von 2021 zeigt das stärkste Wachstum bei den BKKen und einen Verlust bei den IKKen



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

Der Anteil jüngerer Versicherter (<35 Jahre) liegt bei vdek und BKKen weiter nah am GKV-Schnitt; die AOK-Gemeinschaft hat mit 38% den höchsten Anteil

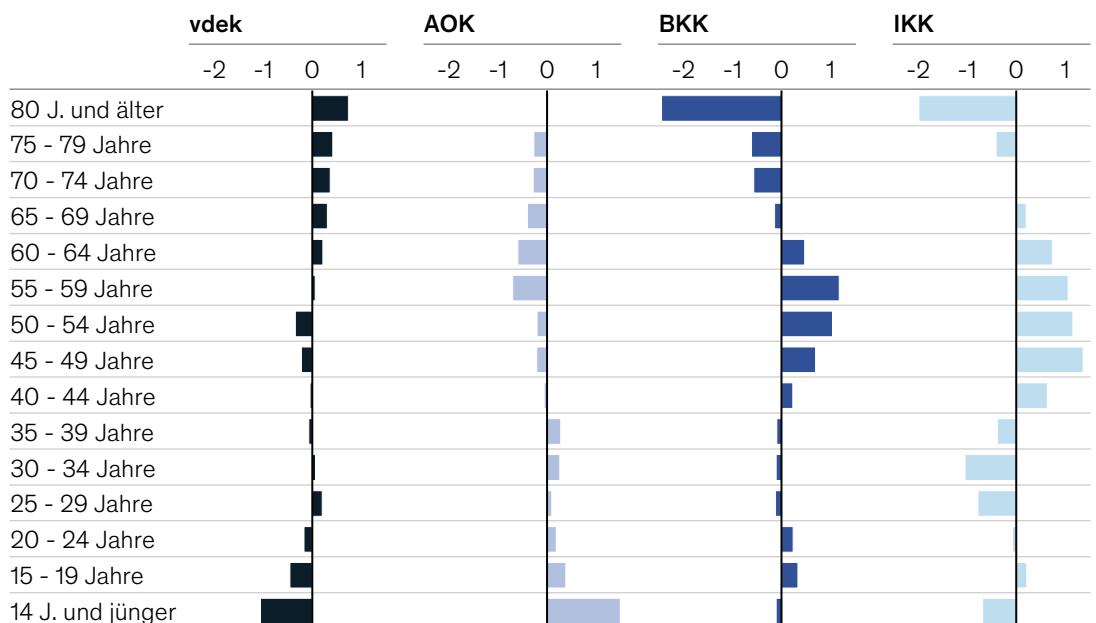
Versichertenanteile nach Altersgruppen, in Prozent



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

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

Abweichung Versichertenanteile 2024 ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten

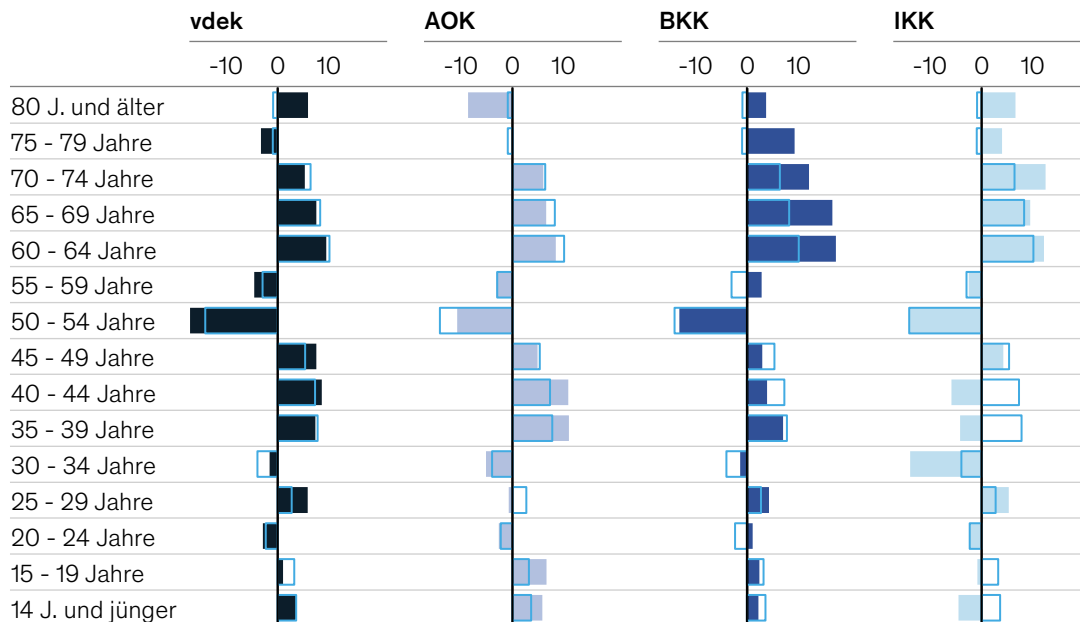


Quelle: Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG

Die AOK-Gemeinschaft verzeichnet ggü. 2021 stärkere Zuwächse bei Versicherten <45 Jahren; BKKen und IKKen wachsen bei Versicherten >55 Jahren

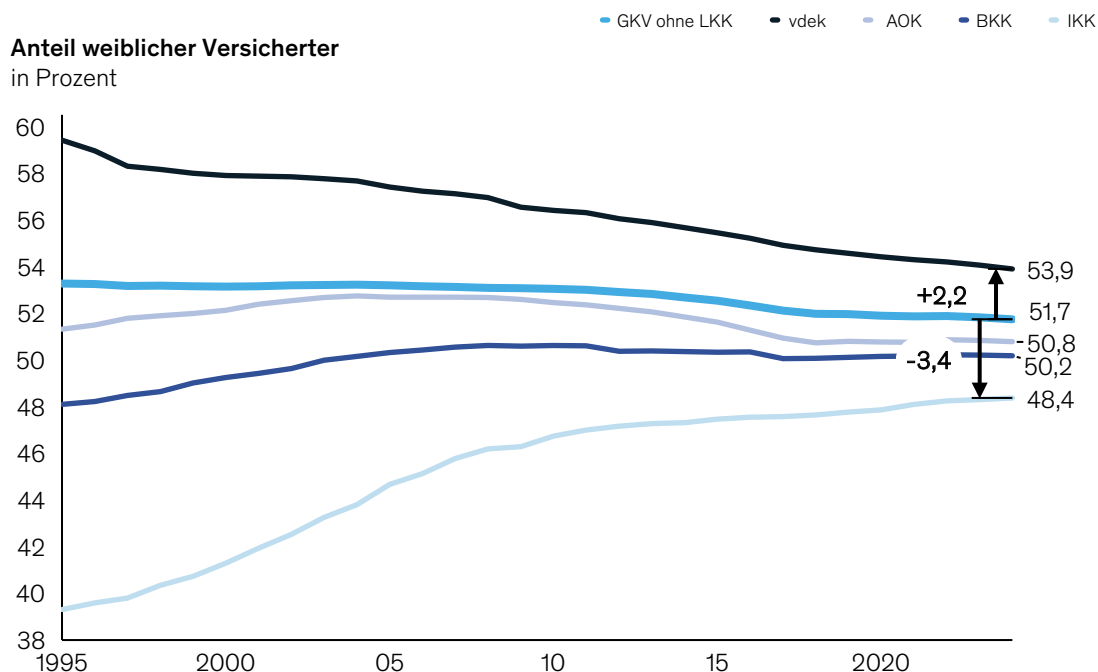
Veränderung Anzahl Versicherte, 2024 ggü. 2021, in Prozent

□ GKV ohne LKK



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

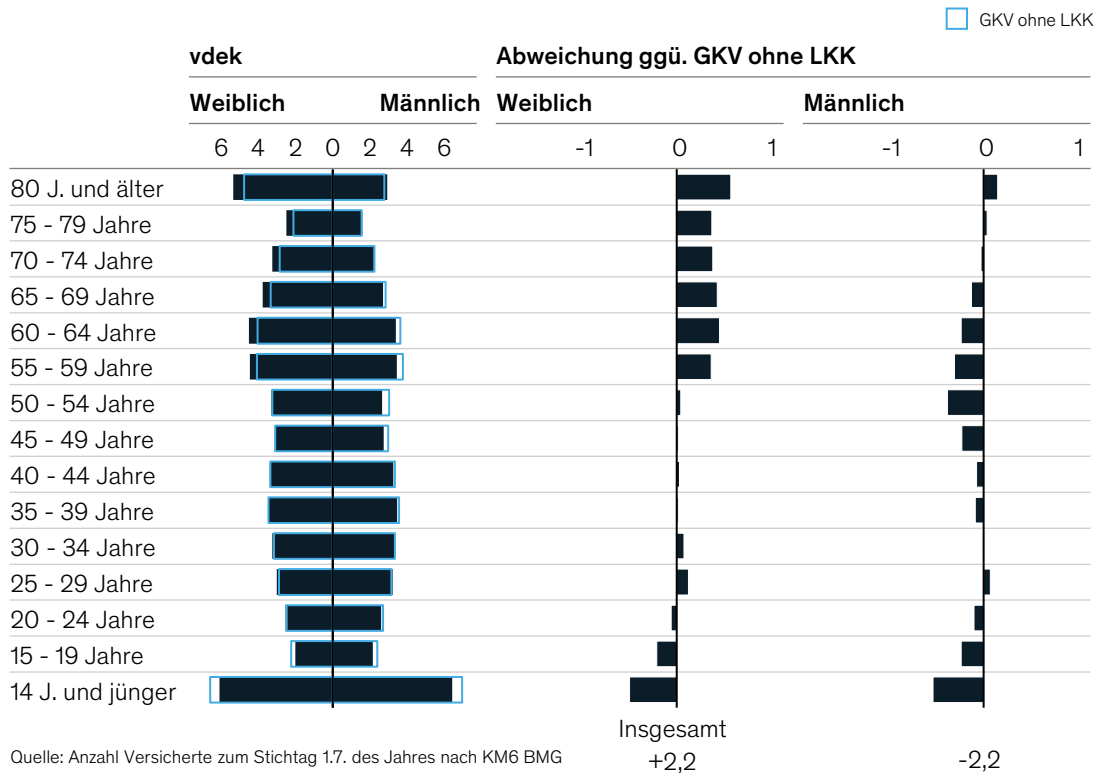
Der Geschlechtermix gleicht sich an – der Frauenanteil liegt 2024 beim vdek 2,2 Prozentpunkte über, bei IKKen 3,4 Prozentpunkte unter dem Schnitt



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

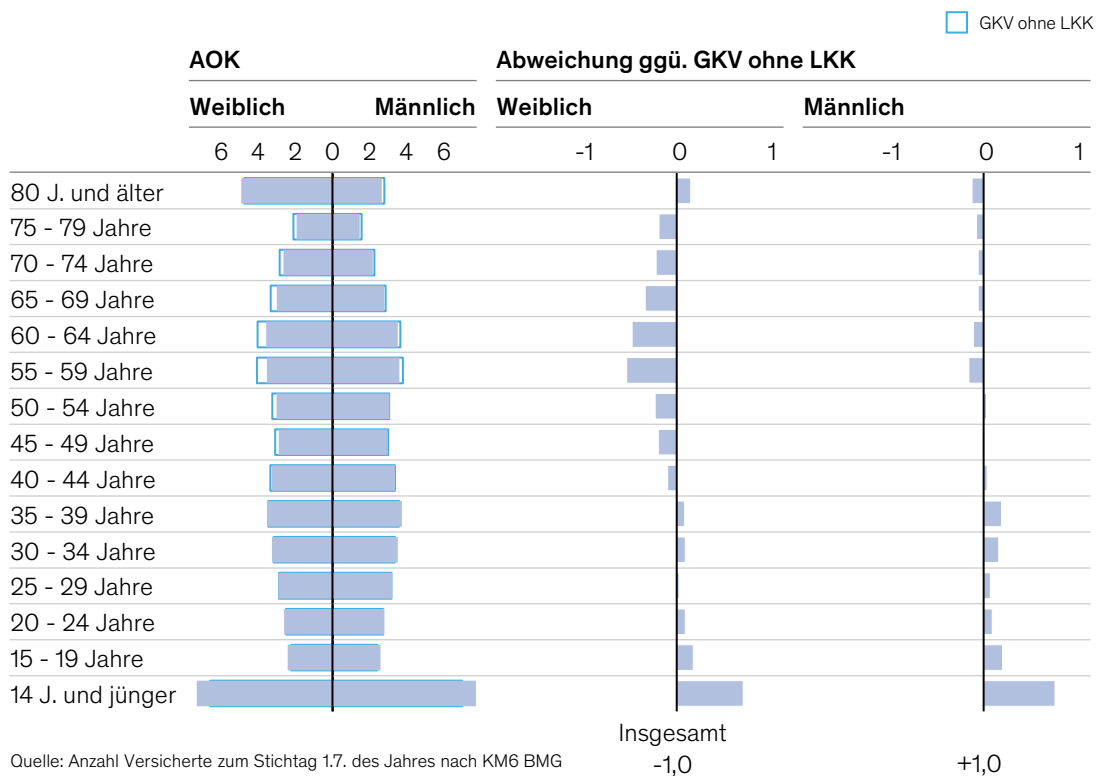
Beim vdek sind überdurchschnittlich viele Frauen ab 55 Jahren versichert; insgesamt ist der Frauenanteil höher als bei der GKV ohne LKK

Versichertenanteile 2024 in Prozent, Abweichung ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten



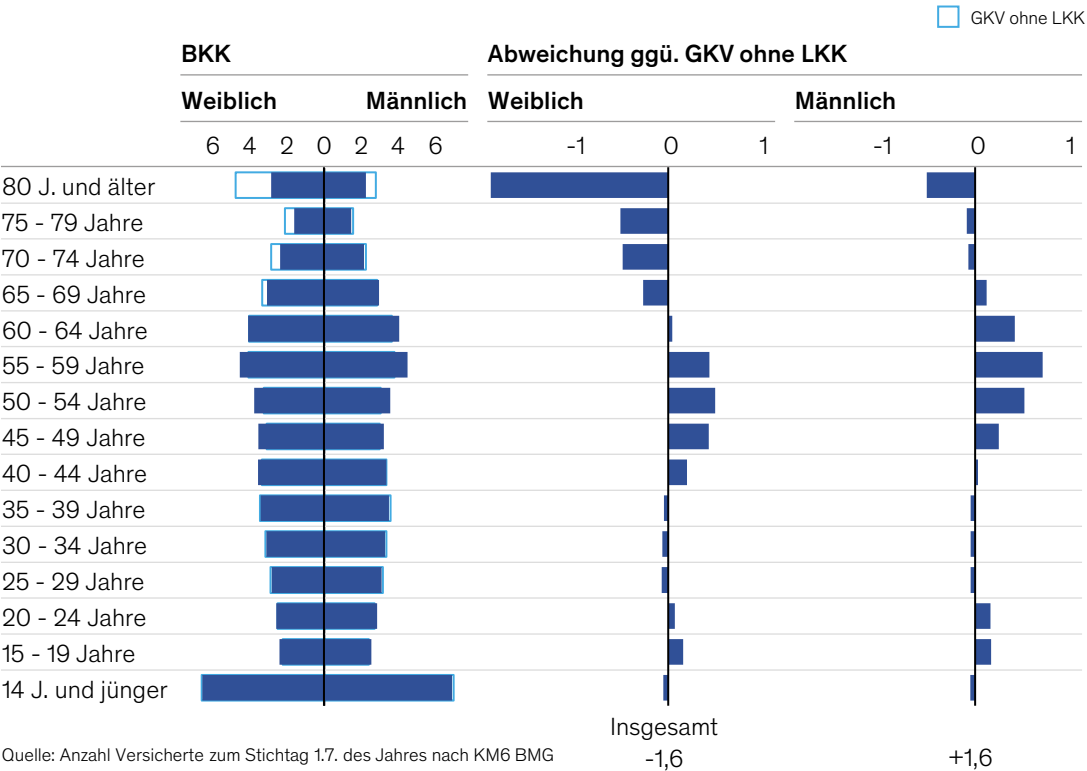
Die AOK-Gemeinschaft hat mehr Versicherte unter 40 Jahren; der Anteil der Kinder unter 15 Jahren liegt bei ihr deutlich über dem Durchschnitt

Versichertenanteile 2024 in Prozent, Abweichung ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten



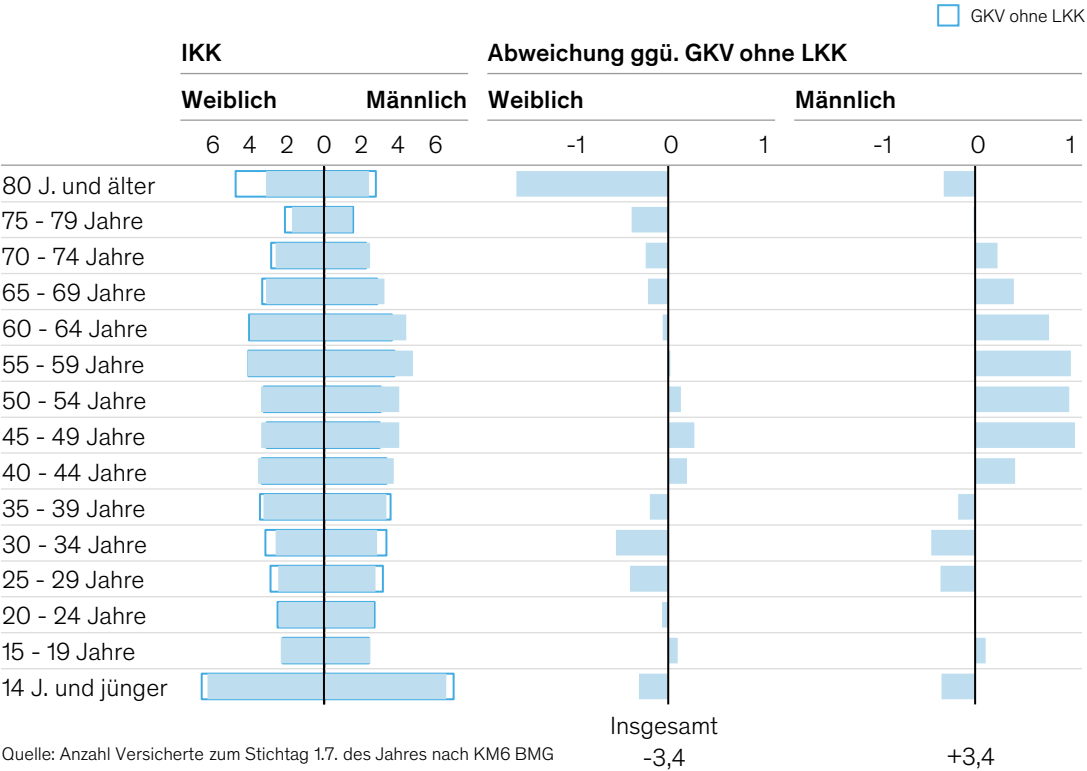
BKKen weisen geringere Anteile bei Versicherten über 80 Jahre auf; der Männeranteil insgesamt liegt 1,6 Prozentpunkte über der GKV ohne LKK

Versichertenanteile 2024 in Prozent, Abweichung ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten



IKKen versichern überdurchschnittlich viele Männer zwischen 40 und 69 Jahren, insgesamt ist der Männeranteil 3,4 Prozentpunkte höher als bei der GKV ohne LKK

Versichertenanteile 2024 in Prozent, Abweichung ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten







Entwicklung der Kassenergebnisse

B2

Im Durchschnitt verzeichnen die GKVen 2023 ein im Vergleich zum Vorjahr deutlich negativeres KJ1-Ergebnis. Insgesamt haben sich die verschiedenen Kassenarten gegenüber 2022 deutlich verschlechtert, unter anderem durch die Reserverabschmelzungen und die dynamisierenden Leistungsausgaben. Keine Kassenart vermeldet positive Ergebnisse. Am deutlichsten verschlechtert sich der vdek mit einer Verringerung des KJ1-Ergebnisses von +15 EUR auf -41 EUR je Versicherte:n. Alle anderen GKV-Kassenarten verzeichnen eine Überkompensation der Fondsunterdeckung durch Einnahmen aus Zusatzbeiträgen. Diese fällt jedoch für die BKKen 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 andeuten, wie es um die wirtschaftliche „Gesundheit“ einer Kasse steht.

Ergänzend zum KJ1-Ergebnis werden die Leistungsausgaben³⁹ der Krankenkassen detailliert betrachtet, da sie eine wesentliche Steuerungsgröße auf der Ausgabenseite darstellen; im Anschluss folgt eine Übersicht der Verwaltungskosten. Insgesamt steigen die Leistungsausgaben weiter an mit jährlich 4,0% zwischen 2021 und 2023. Vor allem die Bereiche häusliche Krankenpflege sowie Heilmittel weisen eine jährliche Veränderung von 9,2% bzw. 6,8% auf. Dieser Anstieg ist auch bedingt durch Lohnerhöhungen für die Pflegekräfte und die Pflicht der Kassen, diese zu refinanzieren. Die Ausgaben für Fahrkosten, die zuletzt besonders stark gestiegen sind (8,1% pro Jahr zwischen 2019 und 2021), wachsen zwischen 2021 und 2023 um 6,4% pro Jahr und damit immer noch etwa 2 Prozentpunkte 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 wieder

unterschiedlich stark von externen Faktoren beeinflusst werden, denn die Differenz der jährlichen Veränderung ist 2023 wieder größer als in den Vorjahren, wenn auch nur geringfügig.

Die AOK-Gemeinschaft und der vdek unterschreiten ihre Erwartungswerte für die Leistungsausgaben, die aufgrund ihrer jeweiligen Morbidität prognostiziert wurden (um -14 EUR bzw. -7 EUR je Versicherte:n). Im Gegensatz dazu überschreiten die IKKen und BKKen ihren Erwartungswert um +10 EUR bzw. +7 EUR je Versicherte:n. Insgesamt nähern sich die Morbiditätsindizes der Kassenarten einander an.

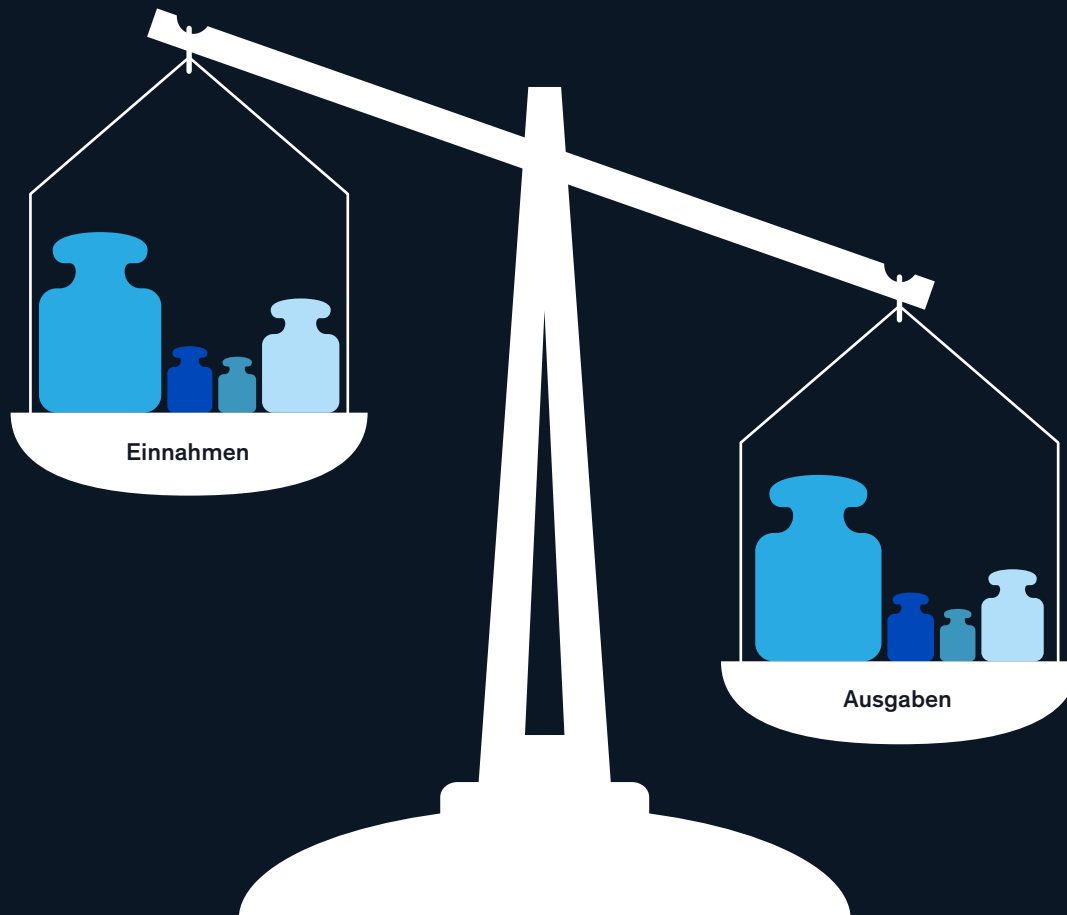
Auch die erwarteten Verwaltungskosten hängen von der Morbidität der Versicherte:n einer Kasse ab sowie von zahlreichen weiteren Faktoren und den unterschiedlichen Strategien der Kassenarten, was ihre Detailbetrachtung erschwert. Dennoch lässt sich festhalten, dass die IKKen und die AOK-Gemeinschaft im Jahr 2023 ihren Erwartungswert hinsichtlich der Verwaltungskosten mit +11 EUR bzw. +15 EUR je Versicherte:n überschreiten. Der vdek hingegen unterschreitet seinen Erwartungswert mit -17 EUR je Versicherte:n deutlich und auch die BKKen liegen mit -3 EUR 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 präsenter durch eine höhere Anzahl an Mitarbeitenden je Versicherte:n, während BKKen und IKKen eine höhere Anzahl an Geschäftsstellen je Versichert:n aufweisen. Insgesamt steigen die Verwaltungskosten zwischen 2021 und 2023 um jährlich 3,6% je Versicherte:n.

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

³⁹ 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



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

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

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

KJ1-Ergebnisse

Das KJ1-Ergebnis ist im GKV-Schnitt 2023 nach einem positiven Ergebnis 2022 wieder negativ; im GKV-Schnitt liegt es bei -26 EUR je Versicherte:n. Insgesamt haben sich die Kassenarten im Vergleich zum Vorjahr teilweise sehr deutlich verschlechtert, während die Spanne zwischen den Veränderungen der Leistungsausgaben wieder geringfügig größer wird. Keine Kassenart erzielt ein positives KJ1-Ergebnis, mit -41 EUR und -38 EUR je Versicherte:n fallen die Ergebnisse beim vdek und den BKKen besonders negativ aus. Am deutlichsten ist die Veränderung beim vdek – sie fällt von 15 EUR auf -41 EUR je Versicherte:n. Die IKKen verbessern ihr Ergebnis zwar von -21 EUR auf -10 EUR je Versicherte:n, doch es bleibt insgesamt negativ.

Während die Überkompensation durch den Zusatzbeitrag 2022 im Durchschnitt noch +27 EUR je Versicherte:n entsprach, verringert sie sich 2023 um 56% auf +12 EUR je Versicherte:n. Nur die AOK-Gemeinschaft und die IKKen erzielen eine positive Überkompensation der Fondsunterdeckung durch Einnahmen aus Zusatzbeiträgen und können diese im Vergleich zum Vorjahr sogar steigern (siehe Schaubild B2.1).

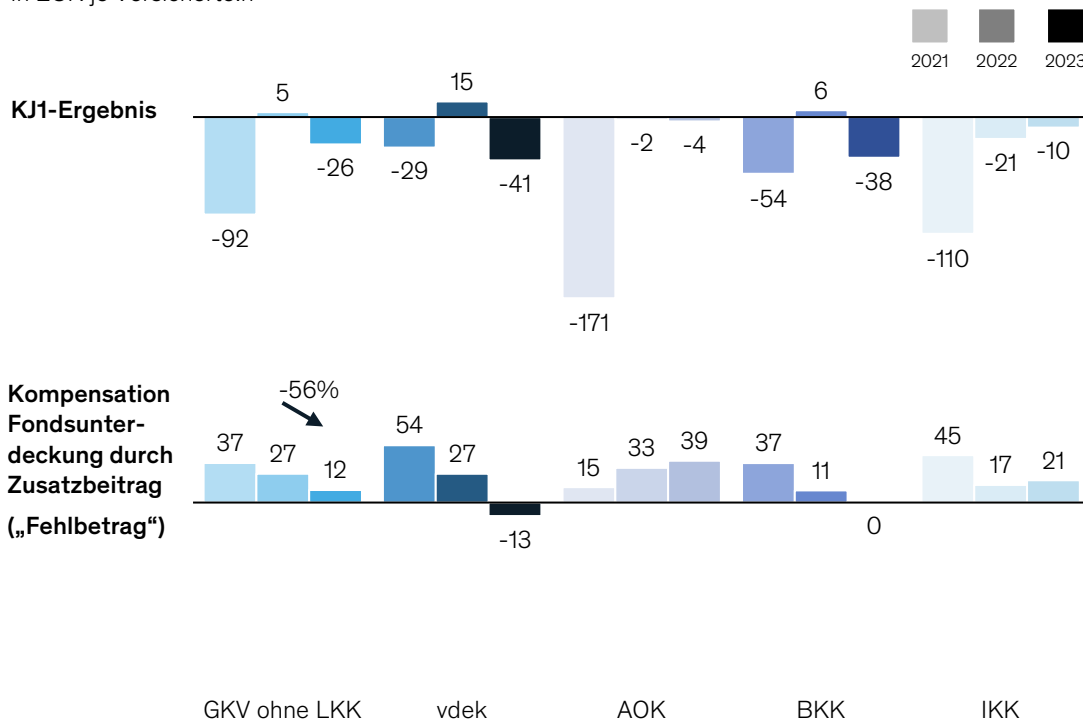
Die Finanzreserven der GKV liegen 2023 insgesamt mit ca. 8 Mrd. EUR bei weniger als der Hälfte des Wertes von 2019. Je Versicherte:n sind die durchschnittlichen Reserven von 136 EUR (2021) auf 110 EUR in 2023 gesunken, was einer jährlichen

Veränderung von knapp -10% entspricht. Für einzelne Kassenarten lassen sich jedoch kleinere Differenzen beobachten, insbesondere die Reserven der AOKen sind um lediglich 6% pro Versicherte:n gefallen und damit in deutlich geringerem Ausmaß als bei den anderen Kassenarten. Unsere Analyse berücksichtigt dabei die in der Rechnungslegung ausgewiesenen negativen Betriebsmittel einiger Kassen für 2023, auch wenn diese teilweise in internen Berechnungen der Kassen auf null gesetzt werden (siehe Schaubilder B2.2 und B2.3).

Die Kompensation der Fondsunterdeckung durch den Zusatzbeitrag ist 2023 wie im Vorjahr positiv – im Schnitt übersteigen die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag die Fondsunterdeckung um 12 EUR je Versicherte:n. Die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag sind erneut durch die Vielzahl an Zusatzbeitrags-erhöhungen in 2023 gestiegen – um durchschnittlich 18% von 2022 auf 2023. Allerdings sind sie damit bei allen Kassenarten durchschnittlich weniger stark gestiegen als die Fondsunterdeckung mit 25%. Die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag fallen beim vdek mit 328 EUR je Versicherte:n am niedrigsten aus. Spitzenreiter ist die AOK-Gemeinschaft mit 368 EUR je Versicherte:n, die sich damit von der Kassenart mit den geringsten Einnahmen in 2021 zur Kassenart mit den höchsten Einnahmen entwickelt hat (siehe Schaubild B2.4).

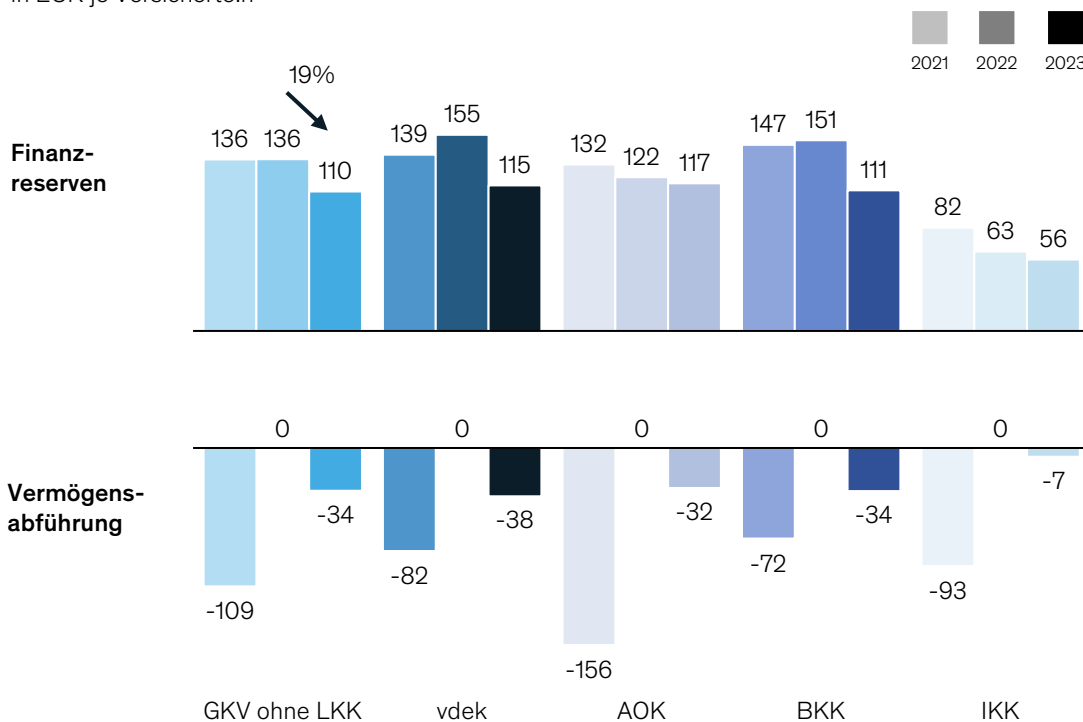
Nur die IKKs verzeichnen ein besseres Ergebnis als im Jahr 2022; die AOK-Gemeinschaft hat die höchste Kompensation

in EUR je Versicherte:n

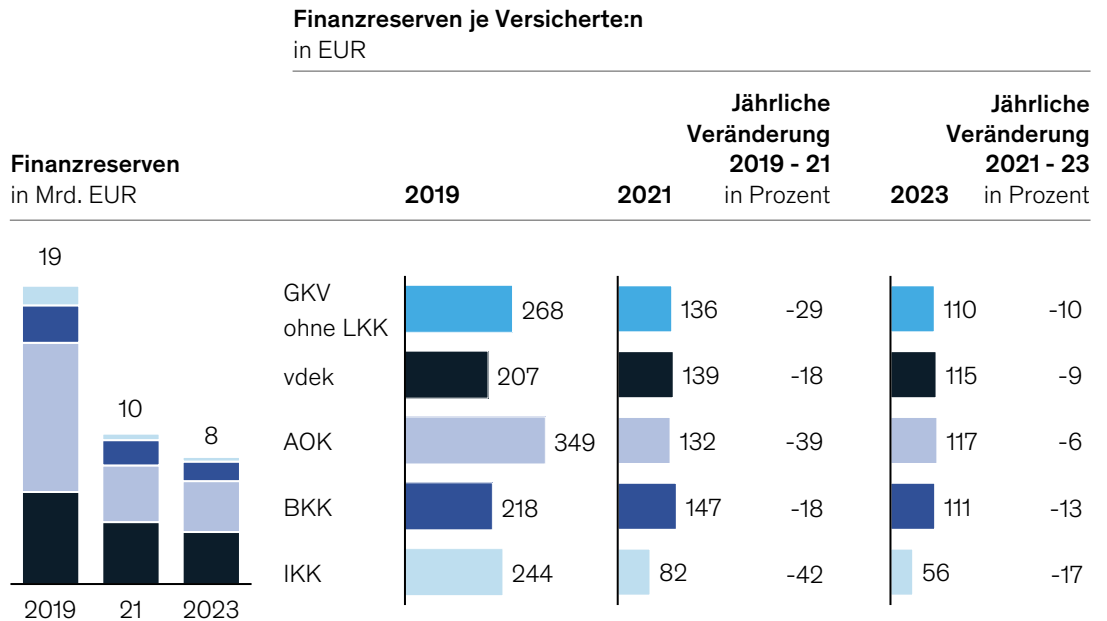


Nach erneuter Vermögensabführung 2023 zeigt sich ein Rückgang der Finanzreserven bei allen Kassenarten

in EUR je Versicherte:n



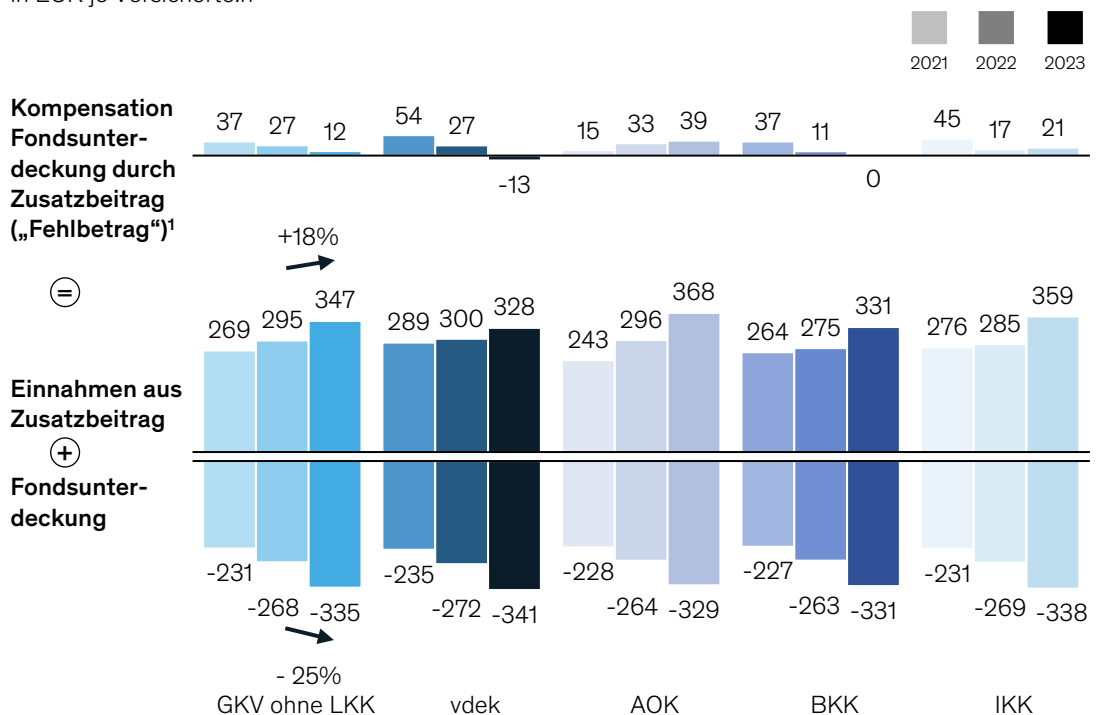
Der Rückgang der Finanzreserven hat 2021 - 23 bei allen Kassen abgenommen; die AOKen weisen 2023 die höchsten Reserven je Versicherte:n auf



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

Der Fehlbetrag bleibt im GKV-Durchschnitt positiv, ist jedoch – mit Ausnahme der AOK-Gemeinschaft und IKKen – niedriger als im Vorjahr

in EUR je Versicherte:n



¹ Abweichungen in der Summe durch Rundung

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Leistungsausgaben

Bei allen Kassenarten steigen die Leistungsausgaben seit 2019 im GKV-Schnitt um 3,3 bis 6,0% pro Jahr. Die jährliche Veränderung zeigt, dass sich die Spanne bei der Leistungsausgabensteigerung zwischen den Kassenarten wieder verkleinert hat. Betrug die Differenz des Ausgabenanstiegs von 2019 zu 2021 zwischen der Kasse mit der größten und der mit der kleinsten Veränderung noch 1,8 Prozentpunkte, so sind es von 2021 zu 2023 nur noch 1,4 Prozentpunkte. Externe Faktoren treffen also alle Kassenarten wieder ähnlich stark (siehe Schaubilder B2.5 und B2.6).

Die Krankenhausbehandlungen stellen weiterhin den größten Kostenblock dar – mit rund 33% der Gesamtausgaben. Der zweitgrößte Kostenblock besteht 2023 aus den Arzneimitteln mit knapp 17% – knapp vor den Ausgaben für ärztliche Behandlungen mit 16%. Damit wird die Differenz zwischen den beiden Kostenblöcken seit 2019 wieder größer. Die Leistungsausgaben für Krankenhaus- und zahnärztliche Behandlungen, Hilfsmittel und häusliche Krankenpflege steigen zwischen 2021 und 2023 stärker an als zuvor. Einen besonders hohen Anstieg verzeichnen die häusliche Krankenpflege mit 9,2% pro Jahr sowie Heilmittel mit 6,8%, was vermutlich auch auf Lohnerhöhungen der Pflegekräfte und die Refinanzierungspflicht der Krankenkassen zurückzuführen ist. Unter den sonstigen Ausgaben sind Impfungen der Kostenblock mit der durchschnittlich höchsten Steigerung: jährlich 13,6% von 2021 bis 2023, getrieben durch die COVID-19-Pandemie (siehe Schaubild B2.7).

Die IKKen weisen in den separat ausgewiesenen Bereichen meist die stärkste jährliche Veränderung auf, da sie die kleinste Kassenart in Deutschland sind. Vor allem bei der häuslichen Krankenpflege weichen sie besonders stark vom GKV-Durchschnitt ab – mit ca. 2 Prozentpunkten. Im Vergleich zum Vorjahr nähern sich die Steigerungsraten der Kassenarten im Durchschnitt den Leistungsausgaben an (siehe Schaubilder B2.8 und B2.9).

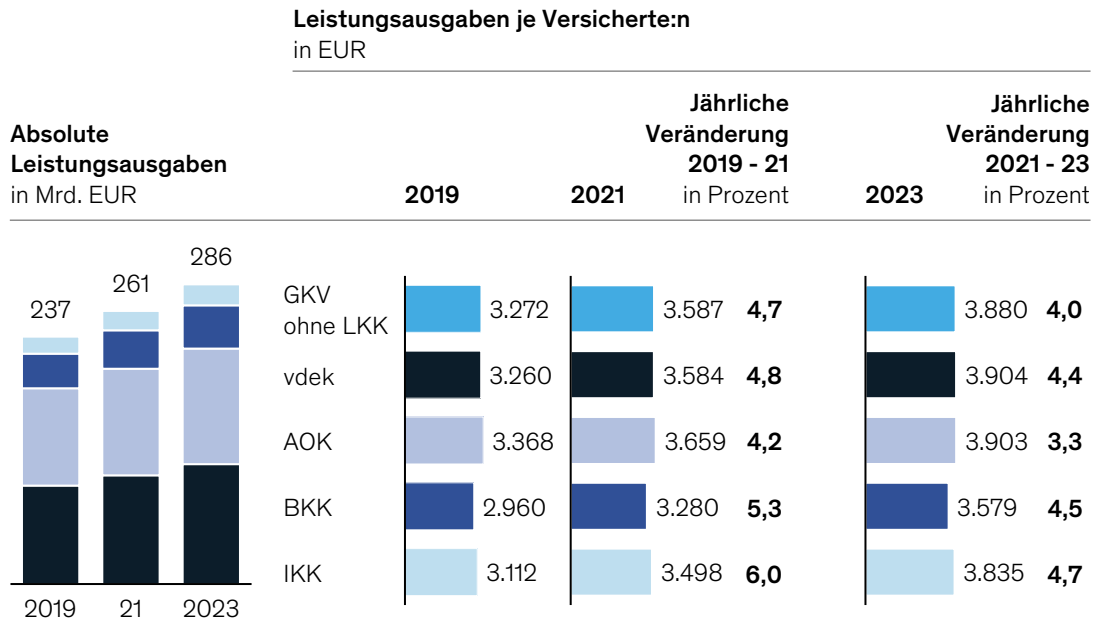
Der Bereich Krankengeld wächst mit einer jährlichen Veränderung von 6,6% zwischen 2021 und 2023 nicht so schnell wie zuvor. Die durchschnittlichen Krankengeld-Leistungstage je Mitglied bleiben mit nur ca. 4% Veränderung gegenüber 2022 nahezu konstant. Gleichzeitig steigt die durchschnittliche Anzahl Krankengeld-Leistungstage je Krankengeld-Fall im Durchschnitt bei allen Kassenarten nur leicht um 5%, während die Anzahl der Krankengeld-Fälle je 100 Mitglieder um durchschnittlich -2% sinkt. Somit zeigt sich neben einer Steigerung der Leistungsdauer eine leichte Reduktion der Fälle. Der Anstieg der Krankengeld-Ausgaben insgesamt ist also bedingt durch die Krankengeld-Tage je Mitglied. Der Blick auf die Kassenarten zeigt kleine Unterschiede: So steigt die Anzahl der Krankengeld-Leistungstage je Mitglied bei dem vdek und den IKKen um 1 bis 2 Prozentpunkte schneller als im GKV-Durchschnitt (siehe Schaubilder B2.10 und B2.11).⁴⁰

Bei fast allen Erkrankungen nimmt von 2021 bis 2023 mit 10,0% pro Jahr die Anzahl der Leistungsfälle stärker zu als im Zeitraum 2019 bis 2021 (-10,8% pro Jahr). Dies ist vor allem bedingt durch den Anstieg der Leistungsfälle bei Muskel-Skelett-Erkrankungen. Mit Ausnahme von Abhängigkeiten zeigt sich über alle Erkrankungen hinweg eine starke Steigerung. Am stärksten fällt sie bei den psychischen Erkrankungen aus, deren Ausgaben von 2021 bis 2023 um 16,1% pro Jahr zunehmen, gefolgt von Muskel-Skelett-Erkrankungen mit 14,3% (siehe Schaubild B2.12).

Die Dauer der Rehabilitationsmaßnahmen sinkt im gleichen Zeitraum für alle Fachgebiete: im Schnitt um -6,8% jährlich auf rund 23 Tage. Die Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen verringert sich bei psychischen Erkrankungen um -6,0% – dies ist absolut gesehen aber immer noch das Erkrankungsfeld mit der zweitlängsten Leistungsdauer von 36 Tagen nach den Abhängigkeitserkrankungen mit 69 Tagen (siehe Schaubild B2.13).

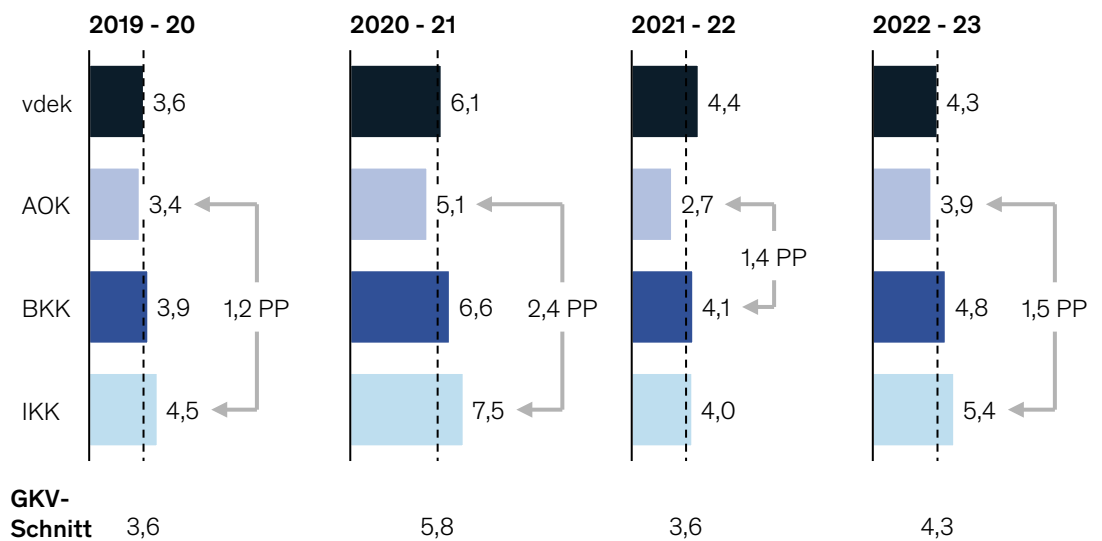
⁴⁰ Statista (2025), [Höhe des durchschnittlichen Bruttolohns/Bruttogehalts im Monat je Arbeitnehmer in Deutschland von 1991 bis 2023](#)

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



Die Spanne der Veränderungen der Leistungsausgaben wächst 2023 geringfügig; externe Faktoren treffen Kassen wieder unterschiedlich stark

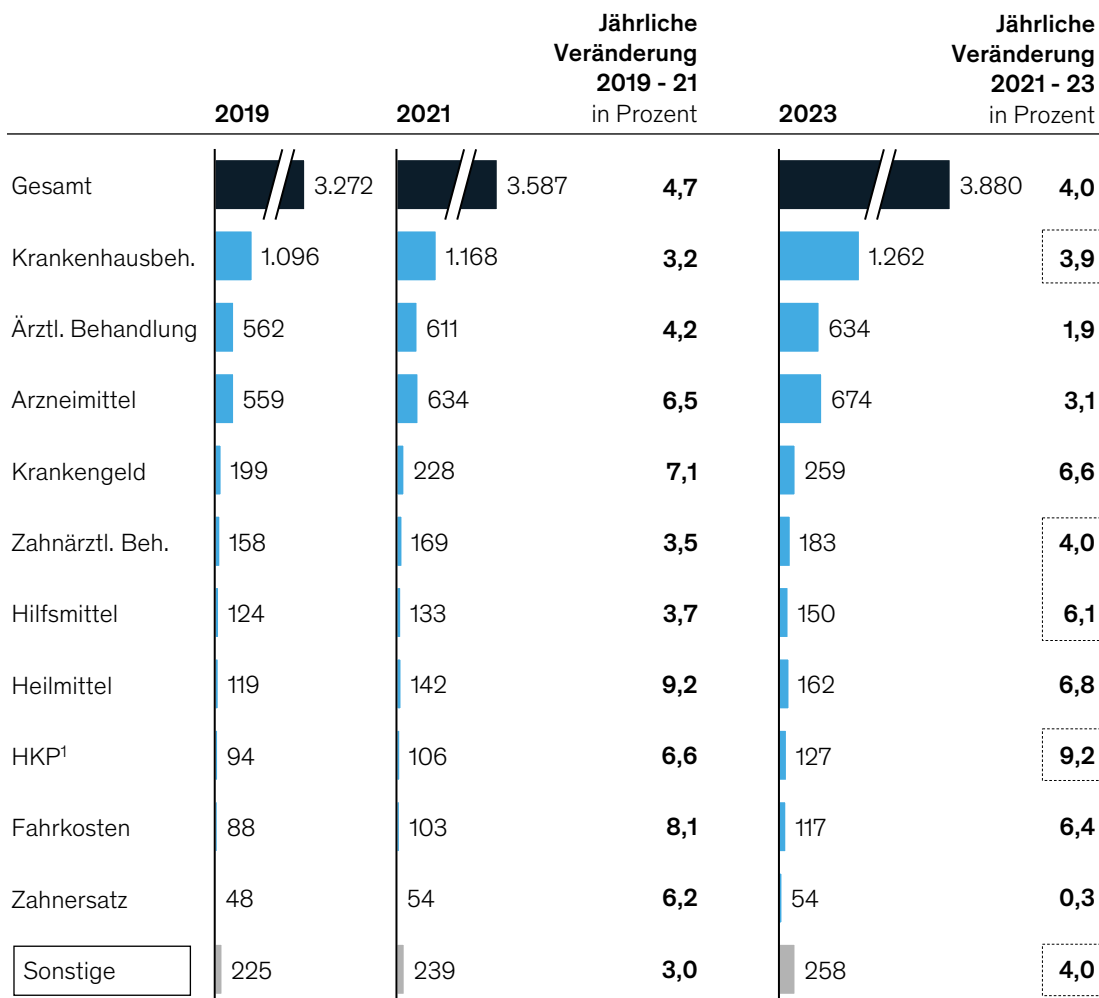
Jährliche Veränderung der Leistungsausgaben je Versicherte:n, in Prozent



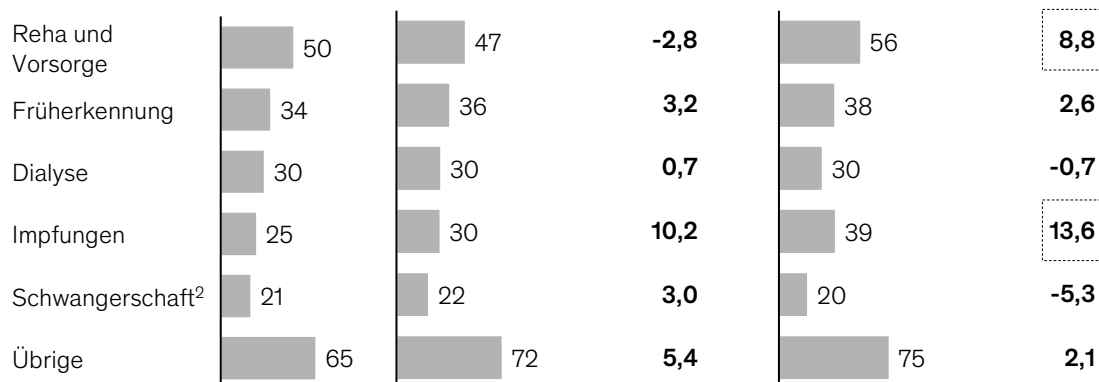
Die jährliche Ausgabensteigerung je Versicherte:n nimmt in vielen Bereichen zu, insb. bei KH-Behandlung, Hilfsmitteln, HKP und Zahnersatz

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

 Höhere jährliche Steigerung als 2019 - 21



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 steigen 2021 - 23 bei allen Kassenarten mit etwa 4,0% jährlich

Leistungsausgaben je Versicherte:n 2023, in EUR

■ Details in folgendem Schaubild

xx Jährliche Veränderung 2021 - 23, in Prozent

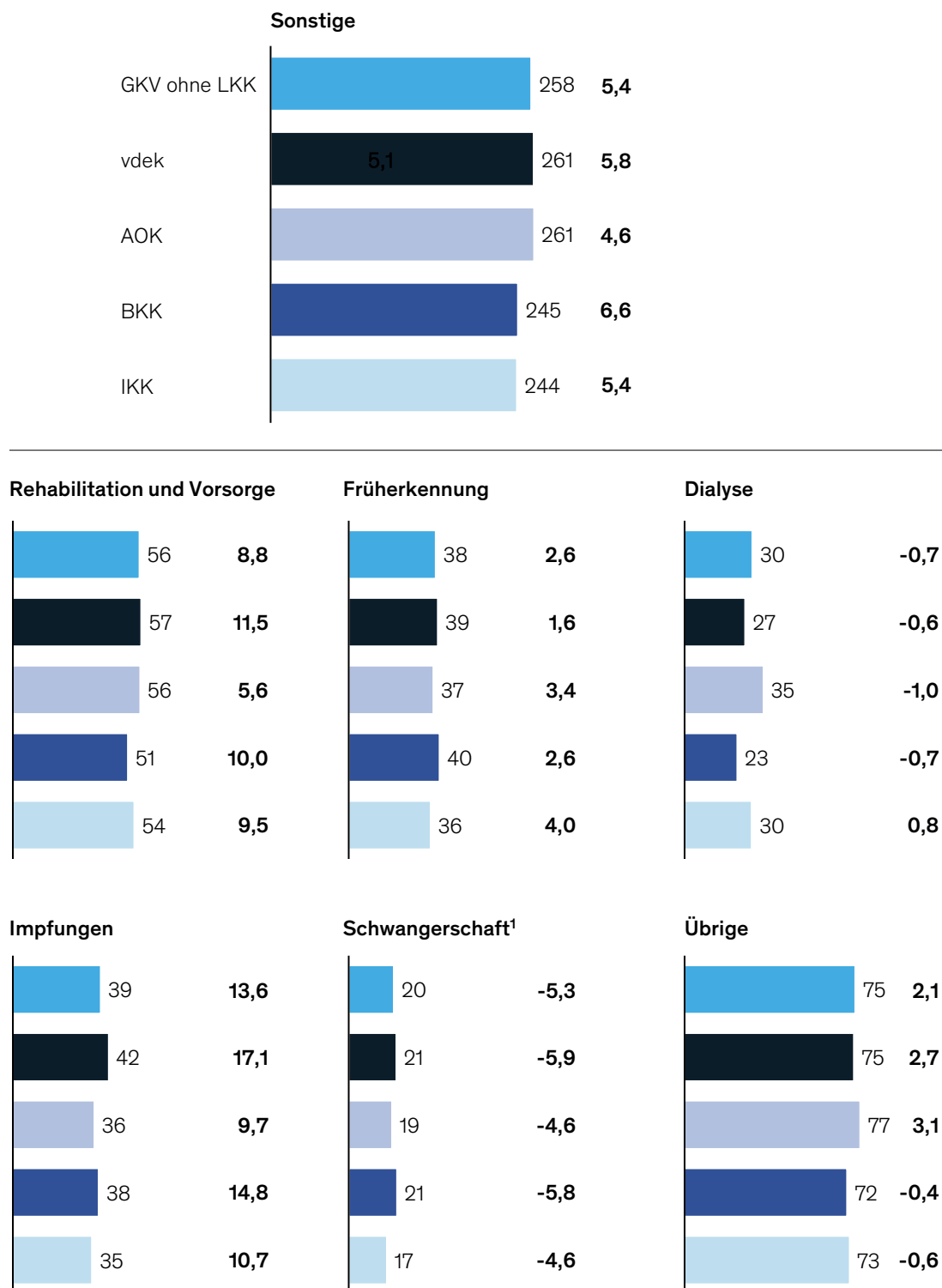


Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V, mit Abweichungen ggü. GBE

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

Leistungsausgaben je Versicherte:n 2023, in EUR

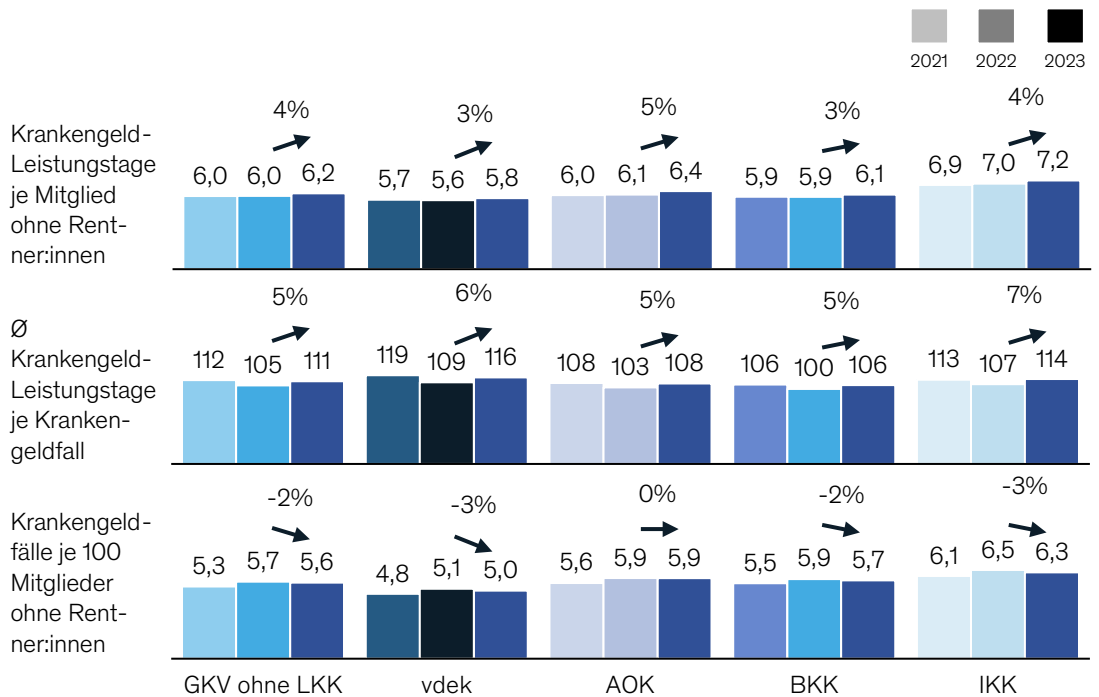
xx Jährliche Veränderung 2021 - 23,
in Prozent



¹ Schwangerschaft und Mutterschaft ohne stationäre Entbindung

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

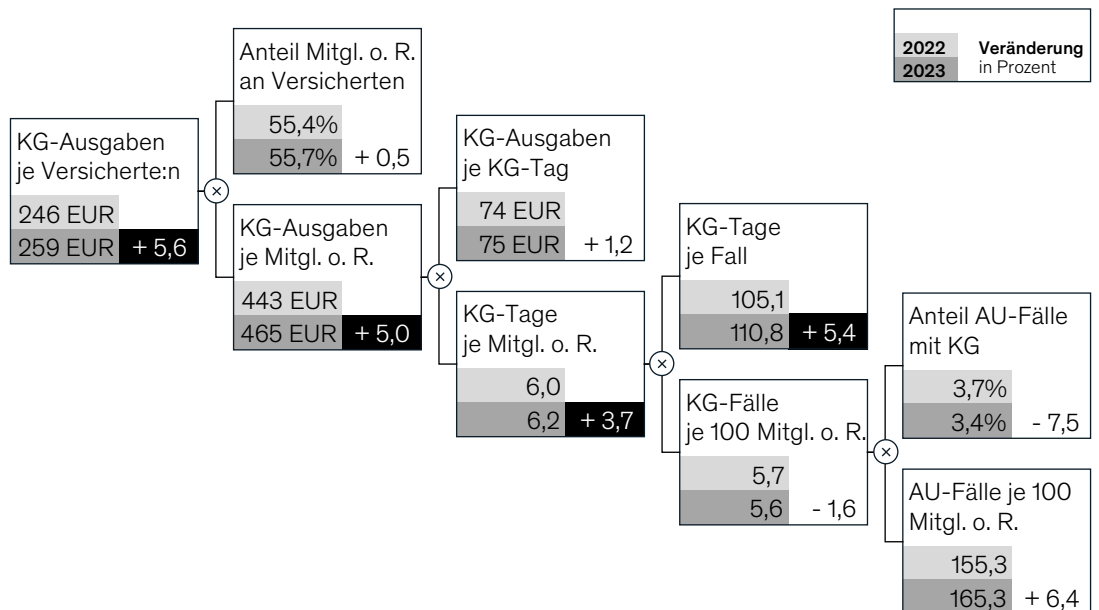
Die Anzahl der Krankengeldfälle sinkt wieder leicht, aber die Anzahl der Krankengeld-Leistungstage pro Fall und die Gesamt-Leistungstage steigen



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

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

Krankengeld-Ausgaben der GKV ohne LKK je Versicherte:n, Vergleich 2023 zu 2022



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

Leistungsfälle von Rehabilitationsmaßnahmen nehmen bei fast allen Erkrankungen deutlich zu, bei psychischen Erkrankungen mit 16% am stärksten

Leistungsfälle von Rehabilitationsmaßnahmen der GKV ohne LKK, in Tausend

 Geringere jährliche Steigerung als 2019 - 21

Erkrankung	2019	2021	Jährliche Veränderung 2019 - 21 in Prozent	2023	Jährliche Veränderung 2021 - 23 in Prozent
Gesamt	737	586	-10,8	709	10,0
Muskel, Skelett	286	219	-12,5	286	14,3
Herz-Kreislauf	172	134	-11,8	148	5,2
Geriatrisch	77	68	-5,9	80	8,3
Neurologisch	31	25	-9,2	30	9,5
Psychisch	19	16	-9,3	21	16,1
Onkologisch	17	13	-13,2	16	10,3
Abhängigkeit	9	9	-2,9	8	-4,6
Stoffwechsel	7	5	-16,0	5	6,0

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

Leistungsdauer in der Rehabilitation sinkt, insb. bei Bewegungsapparat; Abhängigkeiten haben die längste mittlere Leistungsdauer

Ø Leistungsdauer von Rehabilitationsmaßnahmen der GKV ohne LKK, in Tagen

 Höhere jährliche Steigerung als 2019 - 21

Erkrankung	2019	2021	Jährliche Veränderung 2019 - 21 in Prozent	2023	Jährliche Veränderung 2021 - 23 in Prozent
Gesamt	22,8	26,0	6,7	22,5	-6,8
Muskel, Skelett	19,8	23,2	8,2	19,3	-8,7
Herz-Kreislauf	24,2	25,0	1,5	24,4	-1,2
Geriatrisch	21,7	22,4	1,6	22,0	-1,0
Neurologisch	29,4	31,2	3,1	30,2	-1,6
Psychisch	38,4	40,3	2,5	35,6	-6,0
Onkologisch	22,7	23,0	0,7	22,5	-1,0
Abhängigkeit	67,4	69,7	1,7	69,4	-0,2
Stoffwechsel	21,1	21,9	1,9	21,5	-0,8

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 B2.14 bis B2.24 erläutert.

Insgesamt 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.

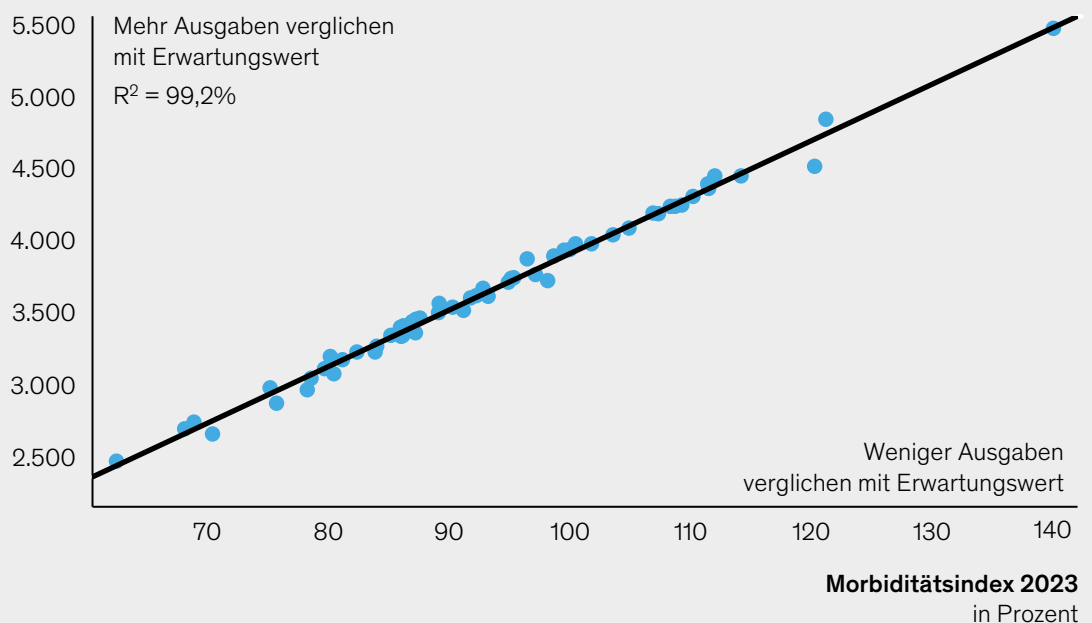
Auf Ebene der Leistungsbereiche werden Unterschiede deutlich

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 99,2% mit dem Morbiditätsindex

Leistungsausgaben gesamt je Versicherte:n 2023 in EUR

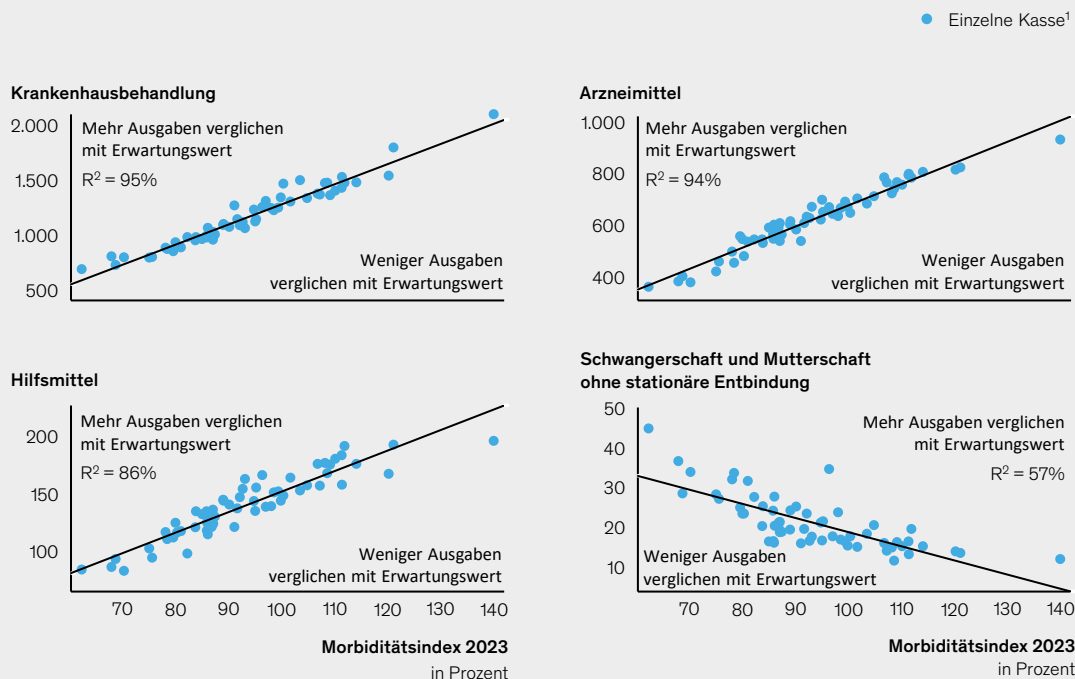


¹ Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2023

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

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

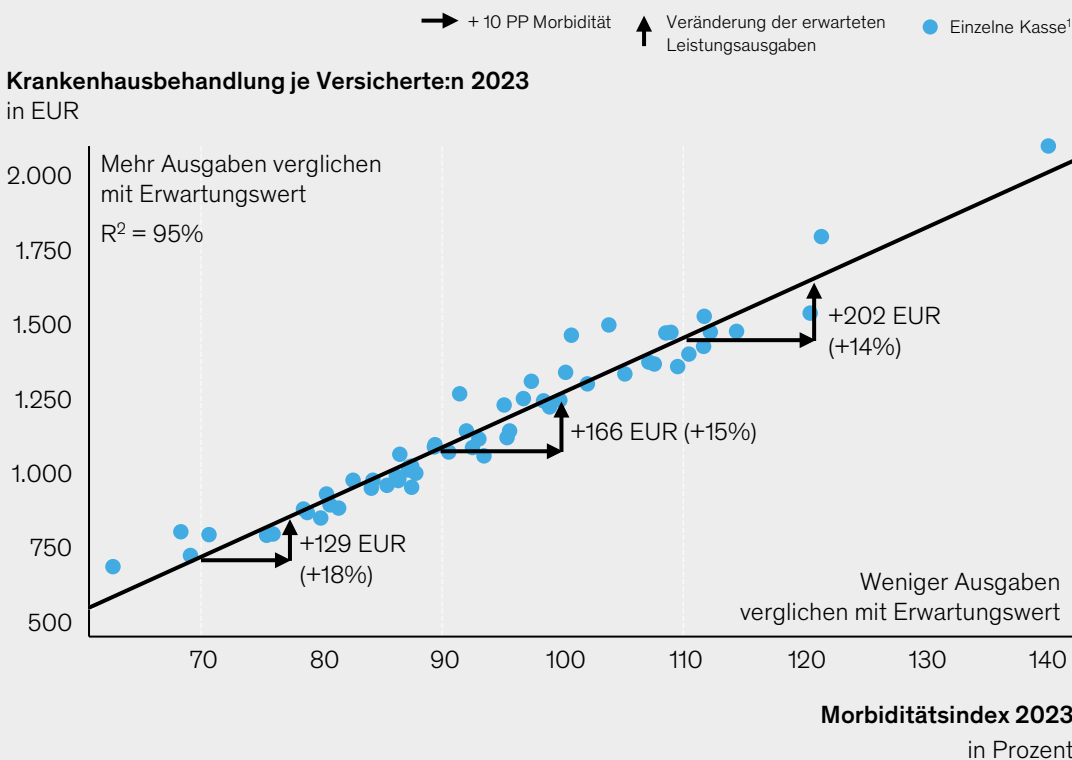
Leistungsausgaben je Versicherte:n 2023, in EUR



¹ Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2023

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



¹ Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2023

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 B1.7) spiegelt sich in deren Morbiditätsindex wider. Die AOK-Gemeinschaft mit ihrem höheren 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. Damit unterscheiden sich der Morbiditätsindex der AOK-Gemeinschaft und der des vdek nur noch um 0,2 Prozentpunkte. Der Morbiditätsindex der IKKen wächst besonders schnell (siehe Schaubild B2.17).

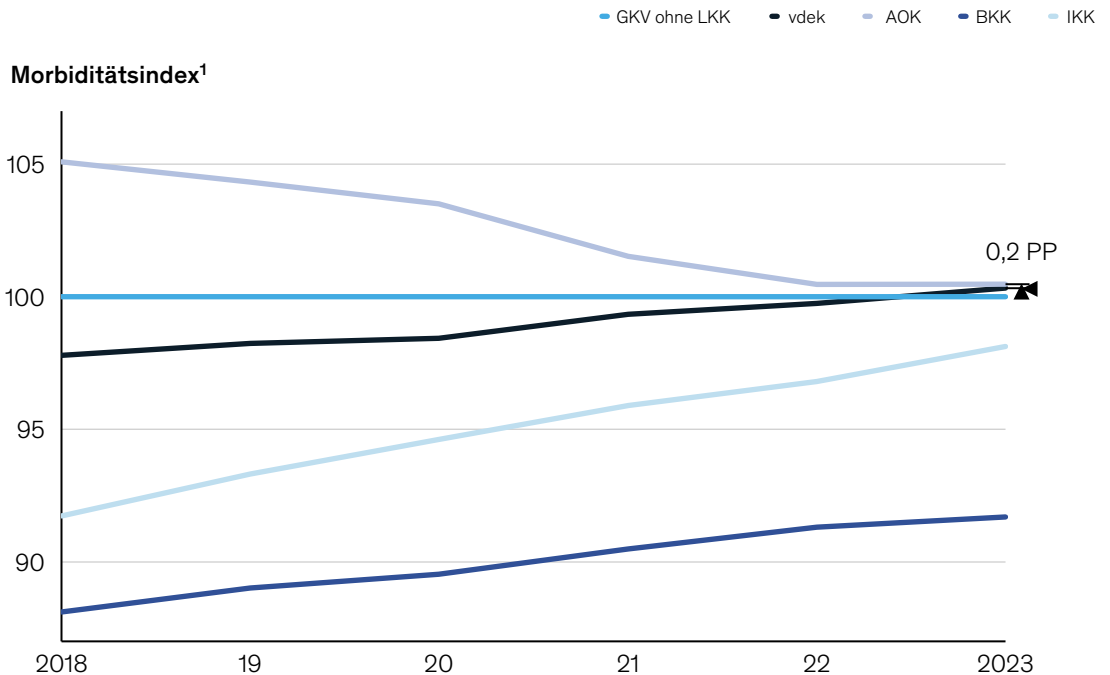
Im Vergleich zu den Vorjahren haben sich die tatsächlichen Ausgaben an den Erwartungswert nach Morbiditätsindex angeglichen. Mit -14 EUR je Versicherte:n liegt die AOK-Gemeinschaft wie im Vorjahr gemeinsam mit dem vdek mit -7 EUR etwas unter dem Erwartungswert; die IKKen liegen mit +10 EUR und die BKKen mit +7 EUR darüber.

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. 4,7% unter dem Erwartungswert, so liegt sie im Bereich häusliche Krankenpflege mit 14,5% deutlich darüber. Der vdek schneidet bei den Fahrkosten mit -8,0% besonders gut gegenüber dem Erwartungswert ab, liegt bei den Heilmitteln jedoch mit 10,1% deutlich darüber (siehe Schaubilder B2.18 bis B2.20).

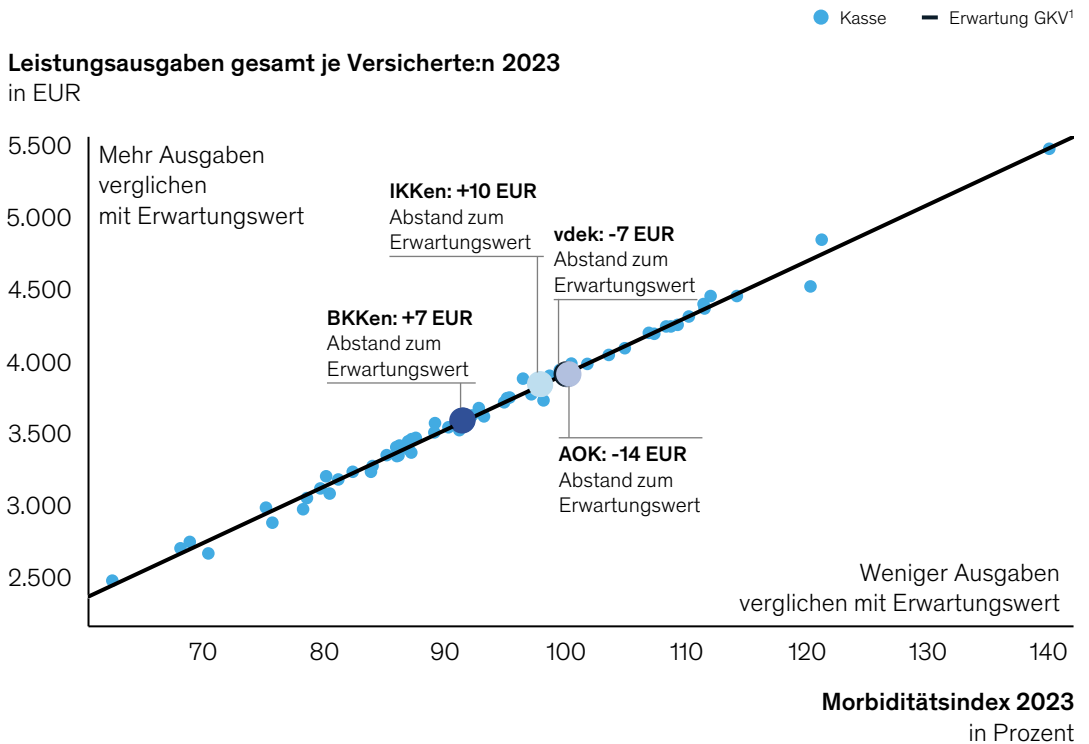
In der Jahresbetrachtung der Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich zeigt sich, dass die AOK-Gemeinschaft 2023 mit rund +49 EUR je Versicherte:n am deutlichsten von ihrem Erwartungswert abweicht, im Vergleich zum Vorjahr (69 EUR je Versicherte:n) jedoch etwas Abstand zu den anderen Kassenarten verliert. Die IKKen liegen 2023 mit -7 EUR je Versicherte:n etwa auf dem Niveau des Vorjahrs (-11 EUR je Versicherte:n). Der vdek liegt seit 2017 jedes Jahr deutlich unter den erwarteten Leistungsausgaben im Krankenhausbereich und vergrößert den Abstand zum Wert der anderen Kassenarten weiter (2023: -49 EUR je Versicherte:n). Die BKKen halten ihren Abstand der Leistungsausgaben im Bereich Krankenhaus nahezu konstant (siehe Schaubilder B2.21 und B2.22).

Die Jahresbetrachtung der Ausgabenentwicklung im Arzneimittelbereich ergibt, dass die AOK-Gemeinschaft mit -15 EUR je Versicherte:n unter dem Erwartungswert bleibt, ihren Abstand zu diesem zwischen 2022 und 2023 allerdings leicht verringert. 2020 lag sie noch mit -34 EUR je Versicherte:n unter dem Erwartungswert und näherte sich diesem 2021 wieder etwas an – 2022 setzt sich die Annäherung fort. Die BKKen und IKKen haben sich ihrem Erwartungswert zwischen 2021 und 2022 auf positive Art angenähert. Der Abstand der Ausgaben des vdek im Arzneimittelbereich im Vergleich zum Erwartungswert bleibt ähnlich hoch wie im Vorjahr (siehe Schaubilder B2.23 und B2.24).

Die durchschnittliche Morbidität der Versicherten gleicht sich seit 2018 an; AOK-Gemeinschaft und vdek haben 2023 nur noch ca. 0,2 Prozentpunkte Abstand



Die Ausgaben der BKKen und IKKen liegen 2023 über den Erwartungen, die übrigen GKVen darunter, am deutlichsten die der AOK-Gemeinschaft



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

Abstand zu gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben¹ 2023, in Prozent

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

Leistungsbereich

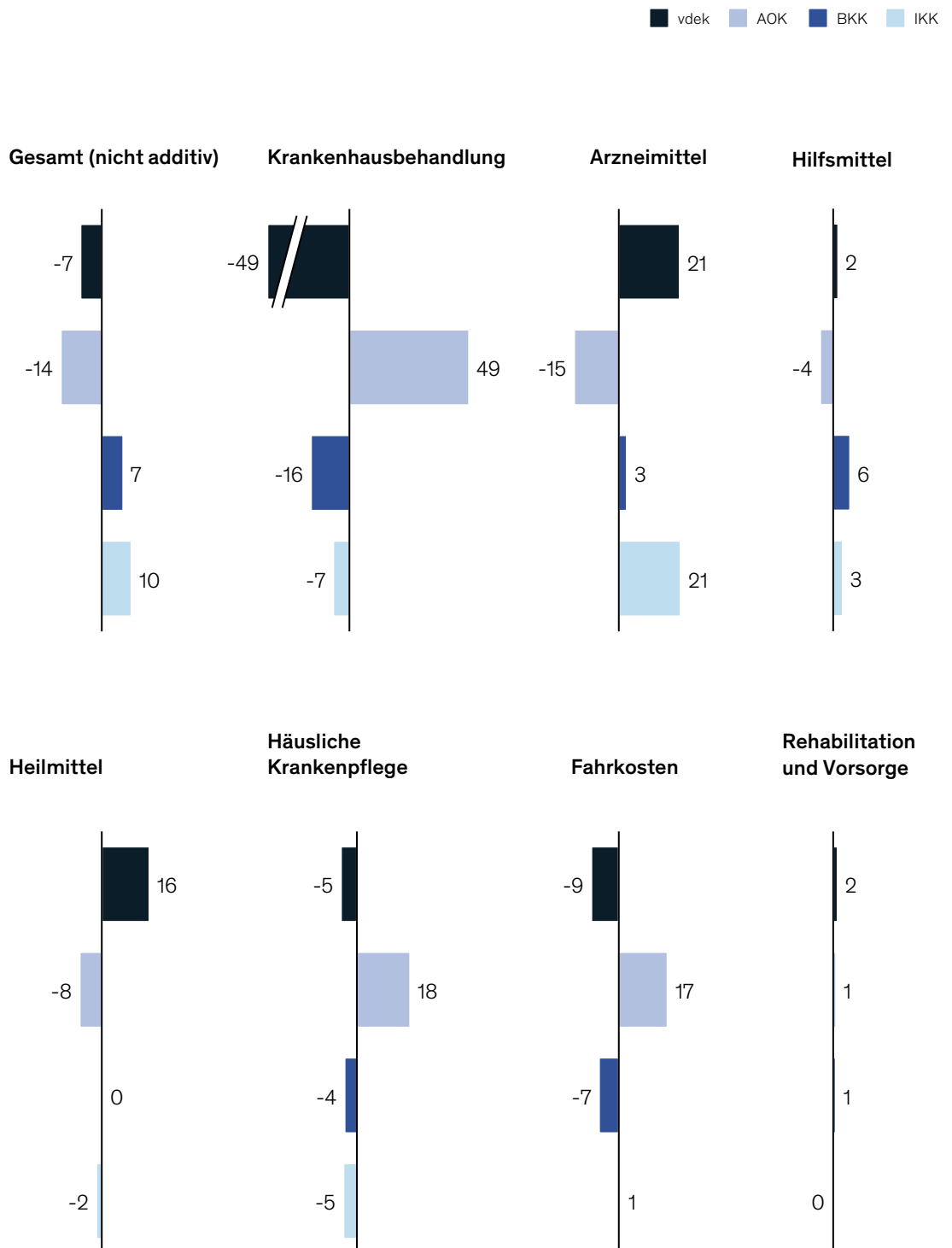
	Gesamt (nicht additiv)	Krankenhaus- behandlung	Arzneimittel	Hilfsmittel	Heilmittel	Häusliche Krankenpflege	Fahrtkosten	Rehabilitation und Vorsorge
vdek	-0,2	-3,8	3,7	1,1	10,1	-4,3	-8,0	2,8
AOK	-0,4	3,8	-3,2	-2,9	-4,7	14,5	14,2	1,8
BKK	0,2	-1,4	0,2	4,2	0,2	-4,5	-7,0	1,7
IKK	0,3	-0,5	2,5	2,2	-1,2	-3,9	0,6	-0,4

¹ Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2023

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

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

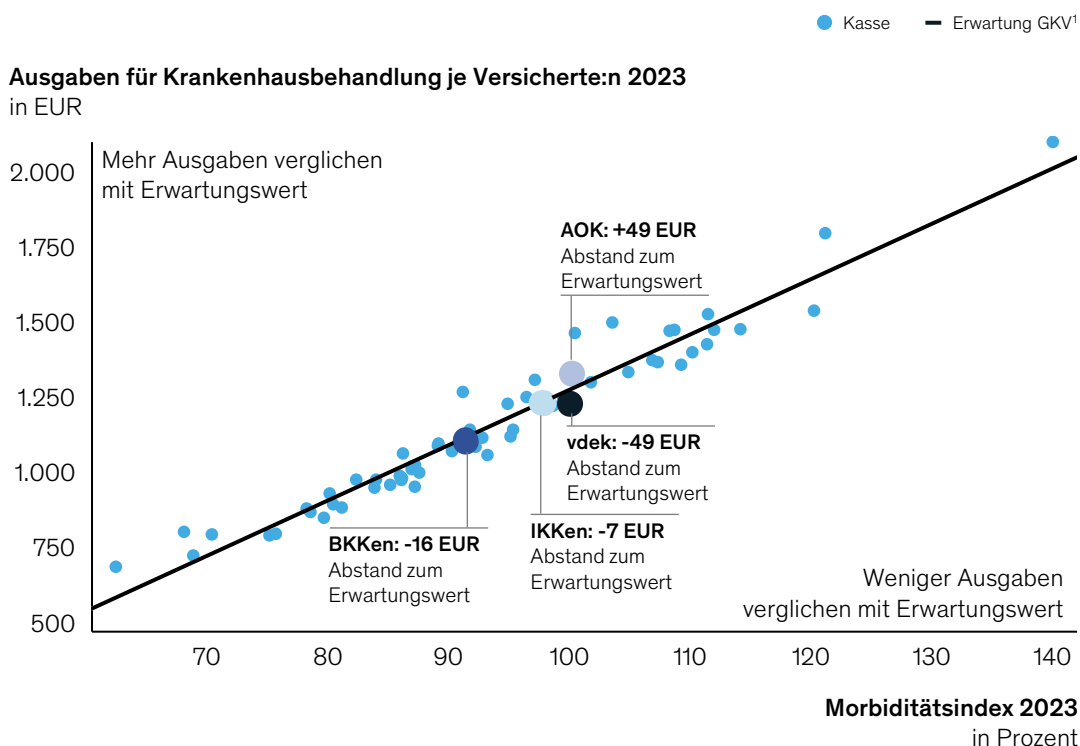
Abstand zu gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben¹ je Versicherte:n 2023, in Prozent



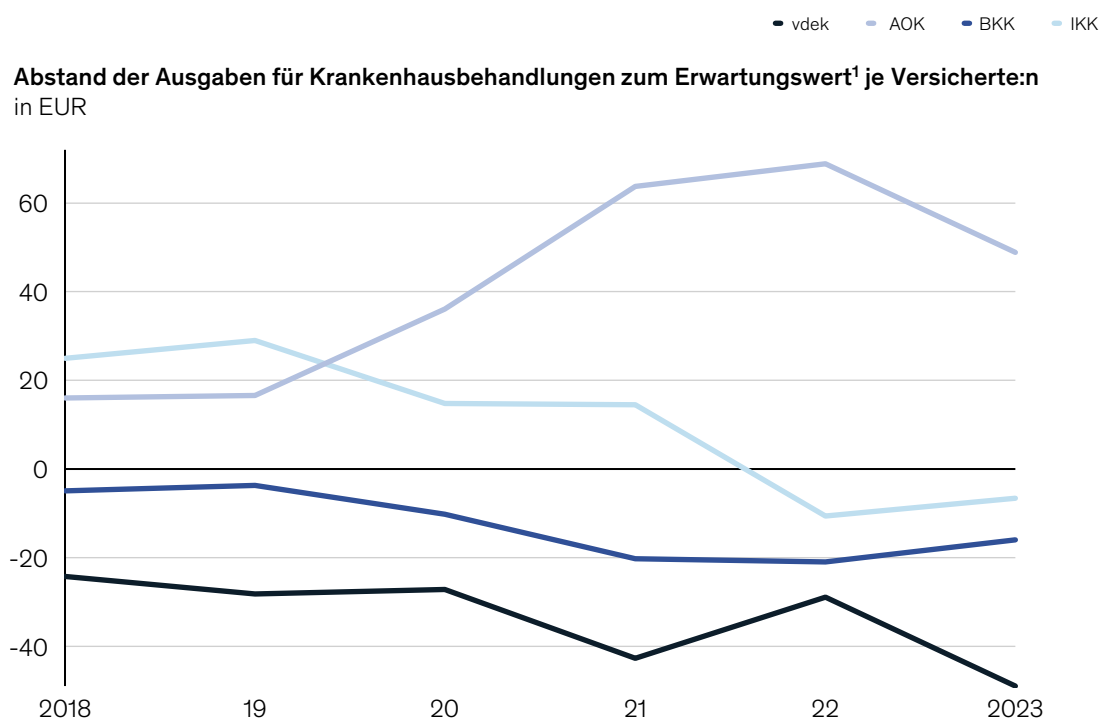
¹ Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2022

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

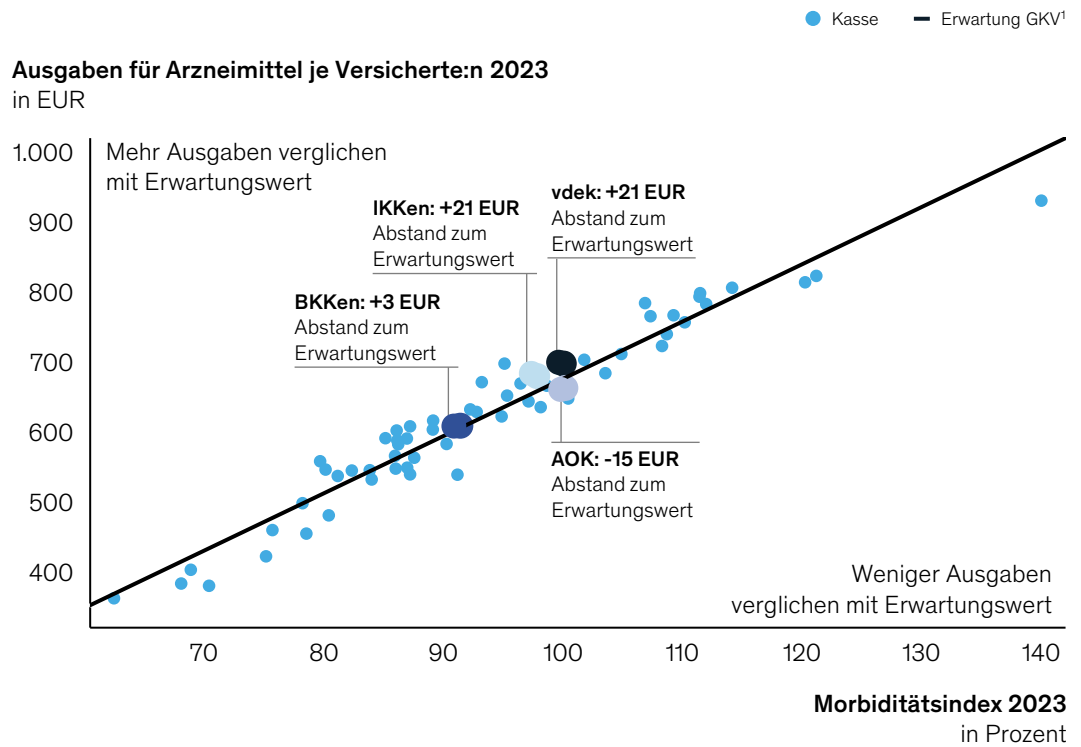
Im Krankenhausbereich überschreitet die AOK-Gemeinschaft 2023 mit 49 EUR je Versicherte:n die zu erwartenden Ausgaben deutlich



Bei Krankenhausaussgaben liegen die IKKen weiterhin unter den Erwartungen; die AOK-Gemeinschaft und der vdek verbessern sich ggü. 2022



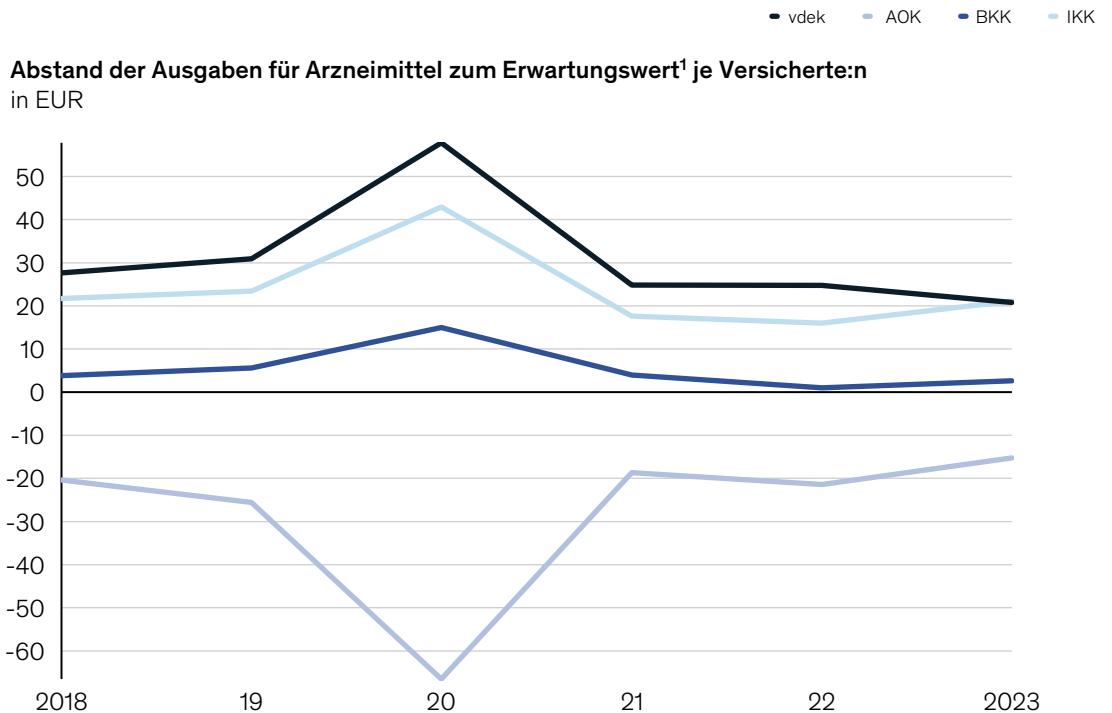
Für Arzneimittel gibt nur die AOK-Gemeinschaft weniger aus als erwartet



¹ Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2023

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Bei Arzneimitteln liegen die Ausgaben der AOK-Gemeinschaft weiterhin unter dem Erwartungswert; der vdek nähert sich diesem in positivem Sinne



¹ Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2023

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Gemäß Morbiditätsindex zu erwartende Verwaltungskosten

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

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

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

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

Die Ausgestaltung der Kontenführung beschränkt Granularität und Vergleichbarkeit.

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

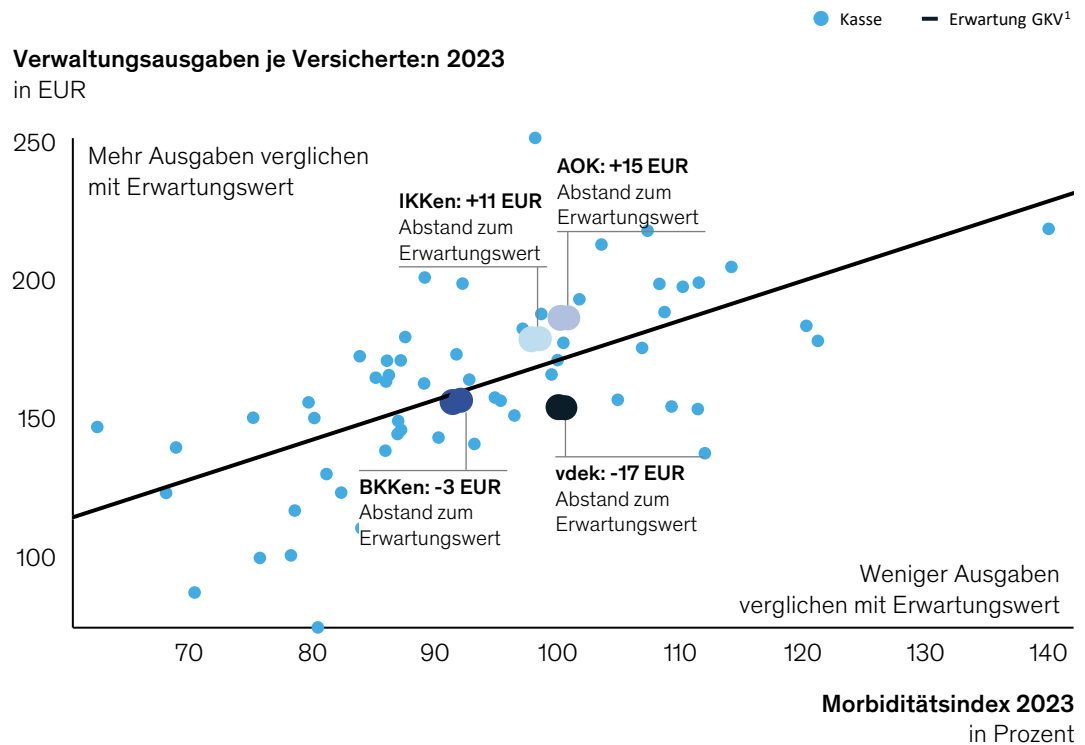
Zwischen Versicherten bestehen sozioökonomische Unterschiede. Die Kassen und Kassenarten unterscheiden sich hinsichtlich der sozioökonomischen Faktoren ihrer Versicherten, was die Art der Beratung und Fallbearbeitung beeinflussen kann.

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

aufwand, z.B. durch die Bearbeitung von Rechnungen und Beratungsgespräche. Eine Kasse mit höherem Morbiditätsindex weist deshalb laut Definition höhere Verwaltungskosten auf. Wird der Morbiditätsindex in die Analyse einbezogen, so zeigt sich, dass IKKen und AOK-Gemeinschaft im Jahr 2023 über ihrem erwarteten Wert in Bezug auf die Verwaltungskosten liegen. Die IKKen liegen +11 EUR und die AOK-Gemeinschaft liegt +15 EUR je Versicherte:n über dem Erwartungswert. Der vdek liegt mit -17 EUR deutlich unter seinem Erwartungswert und auch die BKKen liegen mit -3 EUR darunter (siehe Schaubild B2.25).

Die Höhe der Verwaltungskosten hängt, wie oben beschrieben, von unterschiedlichen strategischen Entscheidungen ab. Im Folgenden werden zwei davon betrachtet: die Anzahl der Geschäftsstellen und die Anzahl der Mitarbeitenden. Beide Datenpunkte sind auf 100.000 Versicherte normiert, um eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen. Hier zeigt sich, dass BKKen und IKKen 2023 mit 5,3 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 der vdek und die AOK-Gemeinschaft Effizienzsteigerungen umsetzen können. Trotz leichter Steigerungen der Versichertenzahlen (siehe Schaubild B1.5) sinkt bei ihnen die Anzahl an Mitarbeitenden zwischen 2021 und 2023. Bei den BKKen steigt die Anzahl der Mitarbeitenden je 100.000 Versicherte zwischen 2021 und 2023 jährlich leicht um +0,6% – damit wächst sie jedoch geringer als die Anzahl der Versicherten in diesem Zeitraum (+0,8%). Dennoch steigt insgesamt die Höhe der Verwaltungskosten zwischen 2021 und 2023 im GKV-Schnitt um 3,6% jährlich (siehe Schaubild B2.26).

BKKen und vdek liegen 2023 unter den zu erwartenden Ausgaben je Versicherte:n; AOK-Gemeinschaft und IKKen liegen darüber



¹ Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2023

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

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

	Geschäftsstellen je 100.000 Vers., 2023 Anzahl	Mitarbeitende ¹ je 100.000 Vers., 2023 Anzahl	Jährliche Veränderung 2021 - 23 in Prozent	Verwaltungs- kosten ² je Vers., 2023 in EUR	Jährliche Veränderung 2021 - 23 in Prozent
GKV ohne LKK	4,0	172	-0,6	169	3,6
vdek	3,5	145	-0,2	154	2,9
AOK	3,8	194	-1,5	186	4,6
BKK	5,3	164	0,6	156	3,0
IKK	5,4	192	0,1	178	3,6

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

Seit der Einführung des Zusatzbeitrags im Jahr 2015 war dessen Höhe ein entscheidender Faktor für die Versichertenentwicklung. In den darauffolgenden Jahren, insbesondere ab 2018, stabilisierten sich die Zusatzbeiträge und damit auch die Versichertenentwicklung. Generell gilt: Kassen, die zuvor gewachsen sind, wachsen tendenziell weiter, während in der Vergangenheit stark schrumpfende Kassen selten ein starkes Wachstum verzeichnen. Dies zeigt sich auch mit Blick auf die Versichertenzuwächse zu Beginn des Jahres 2025: Von den Top-10-Kassen, die im ersten Quartal 2025 einen Versichertenzuwachs verzeichnen, hatten 2020 alle einen Zusatzbeitrag von unter 0,6%. Im Gegensatz dazu hatten die Kassen mit dem stärksten Versichertenrückgang zu Beginn des Jahres 2025 fünf Jahre zuvor einen Zusatzbeitrag von 1,4% oder mehr erhoben (siehe Schaubilder B2.27 bis B2.29).

Häufig geht mit der Abwanderung von Versicherten ein Anstieg des Morbiditätsindex einher, was zu höheren Leistungsausgaben je Versicherte:n führt. Kassen mit bereits hohem Zusatzbeitrag mussten ihre Beiträge tendenziell stärker erhöhen; dies bewirkt eine Divergenz zwischen „Gewinnern“ und „Verlierern“ (siehe Schaubilder B2.30 und B2.31). Es gibt verschiedene Strategien zum Umgang mit dieser Entwicklung: So setzen einige Kassen darauf, durch effiziente Ausgabenkontrolle weiterhin attraktive Zusatzbeiträge anbieten zu können, was dem langfristigen Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit dient. Andere reagieren auf die höhere Preissensitivität der Versicherten, indem sie spezielle Angebote schaffen oder Versicherte gezielt

ansprechen. Eine andere Möglichkeit ist, den Service und die Leistung in den Fokus zu stellen, um wettbewerbsfähig zu bleiben.

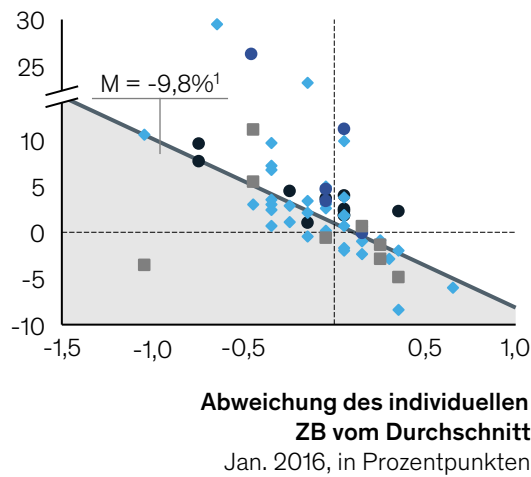
Der Zusatzbeitrag ist als Differenzierungsfaktor zwischen den Kassen wieder wichtiger geworden. Die Abführung von Teilen der Reserven hat die Finanzsituation der Krankenkassen destabilisiert. Um erhöhte Leistungsausgaben zu kompensieren, hatten viele Kassen bereits 2024 den Zusatzbeitrag mehrmals erhöht – gefolgt von einer historischen Zusatzbeitragssteigerung zu Beginn des Jahres 2025. Insgesamt haben 88% der Kassen ihren Zusatzbeitrag zwischen Dezember 2024 und Januar 2025 erhöht.

Dieser historischen Erhöhung folgten weitere unterjährige Erhöhungen der Zusatzbeiträge einzelner Kassen. Teilweise hatten diese Kassen ihren Zusatzbeitrag erst in den letzten Monaten erhöht. Diese Welle von Erhöhungen hat zu einer Spreizung der Zusatzbeiträge geführt; das erhöht wieder den Anreiz für Versicherte zu einem Wechsel der Kasse. Während der Interquartilsabstand 2018 und 2021 bei 0,3 Prozentpunkten lag, hat er sich durch die unterjährigen Erhöhungen 2024 auf 0,49 Prozentpunkte fast verdoppelt. Kassen mit höheren Beiträgen haben in der Regel auch zuvor viele Versicherte verloren, was die Entwicklung der Gewinner und Verlierer jeweils verstärkt (siehe Schaubilder B2.32 bis B2.34).

Nach Einführung des Zusatzbeitrags nahm dessen starker Effekt zeitweise ab

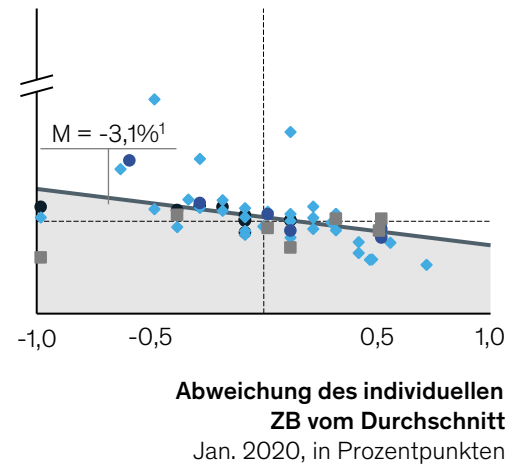
2016 beeinflusste der Zusatzbeitrag (ZB) signifikant die Versichertenentwicklung

Veränderung der Versichertenzahlen
Jan. 2016 zu Jan. 2017, in Prozent



Der Effekt flachte aber in den folgenden Jahren wieder ab

Veränderung der Versichertenzahlen
Jan. 2020 zu Jan. 2021, in Prozent

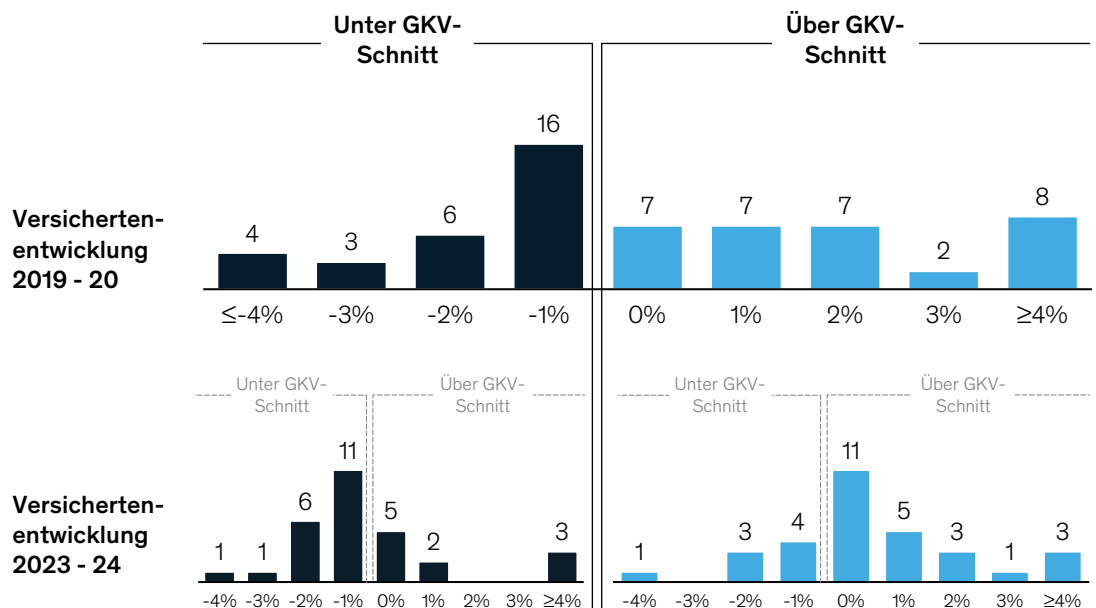


1 Näherung: Wachstum in Prozent je Prozentpunkt Abweichung des ZB vom GKV-Schnitt

Quelle: Kombiniertes Datensatz aus McKinsey-Zusatzbeitragsdatenbank sowie Ranking DfG-Mitglieder und Versicherte

Versichertenentwicklung der vergangenen Jahre setzt sich tendenziell fort

Anzahl Krankenkassen mit mindestens 50.000 Versicherten

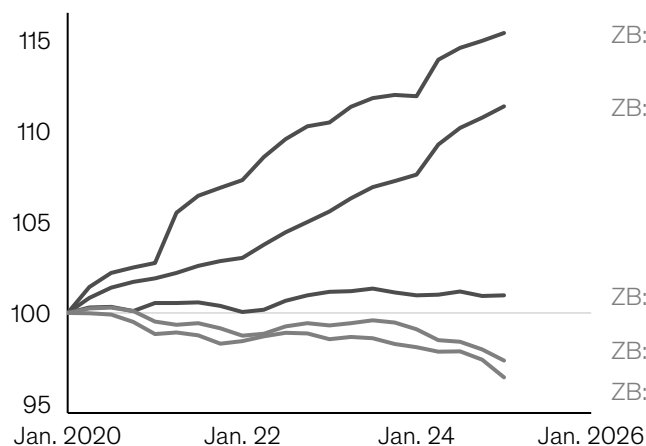


Quelle: KM6

Der Versichertenzuwachs korreliert mit dem Zusatzbeitrag als einem von mehreren Faktoren

Entwicklung der Versichertenanzahl der Krankenkassen¹ nach Höhe des Zusatzbeitrags (ZB²) am Stichtag 1.1.2020

Versichertenanzahl indexiert, 1.1.2020 = 100%



Status Januar 2025

Versicherte in Mio.	GKVen Anzahl
ZB: 0,6 u. kl.	7
ZB: 0,7 - 0,8	16
ZB: 0,9 - 1,0	17
ZB: 1,1 - 1,3	23
ZB: 1,4 u. gr.	10
	10
	8
	12
	25
	14

¹ Ohne LKK und rein betriebsinterne Krankenkassen

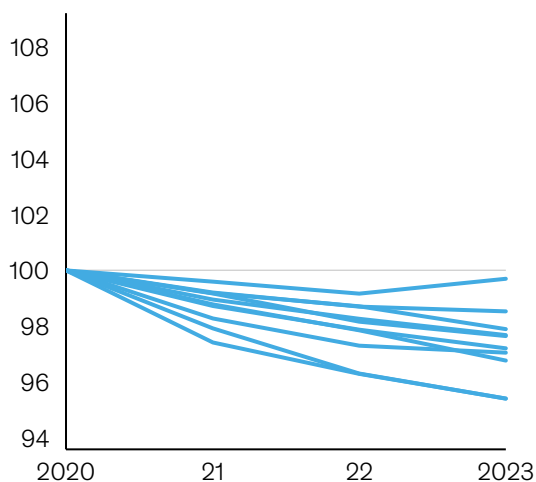
² ZB gerundet, z.B. 1,35 gerundet auf 1,4; bei Fusionen ZB der Vorgängerkasse mit größter Versichertenanzahl

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

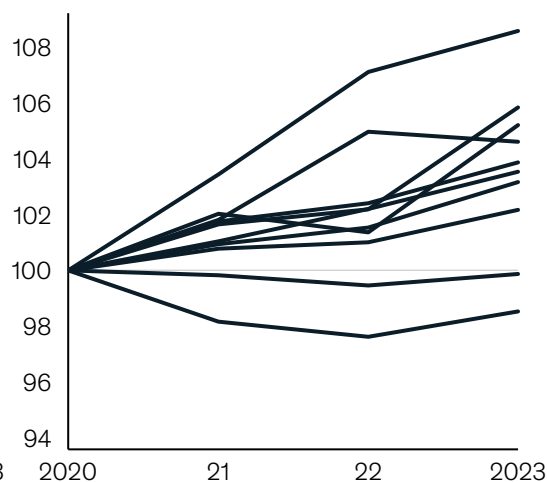
Kassen¹ mit Versichertenverlust ggü. 2020

Versichertenanzahl indexiert, 2020 = 100%



Morbidität der Kassen mit Versichertenverlust

Morbidität indexiert, 2020 = 100%



¹ Kassen mit Morbiditätsindex unter 125 und mehr als 200.000 Versicherten im Jahr 2020

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

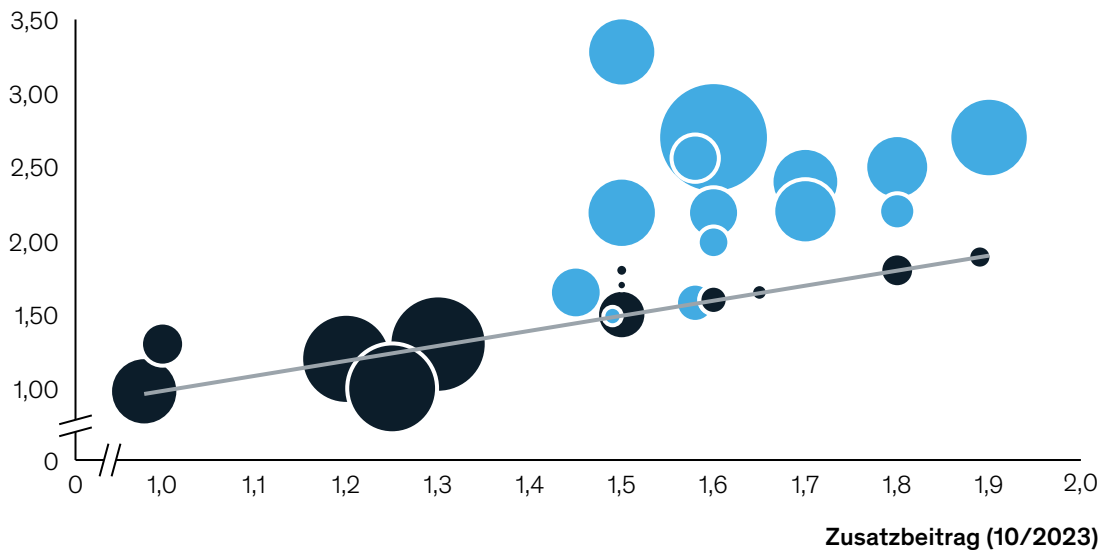
Stärkere Erhöhung bei Kassen mit bereits hohem Zusatzbeitrag und Versichertenverlusten

Entwicklung der Zusatzbeiträge Oktober 2023 - Oktober 2024

GRÖSSE INDIKATIV FÜR PROZENTUALE VERÄNDERUNG

— Stabile Entwicklung
● Versichertenzuwachs ● Versichertenrückgang

Zusatzbeitrag (10/2024)

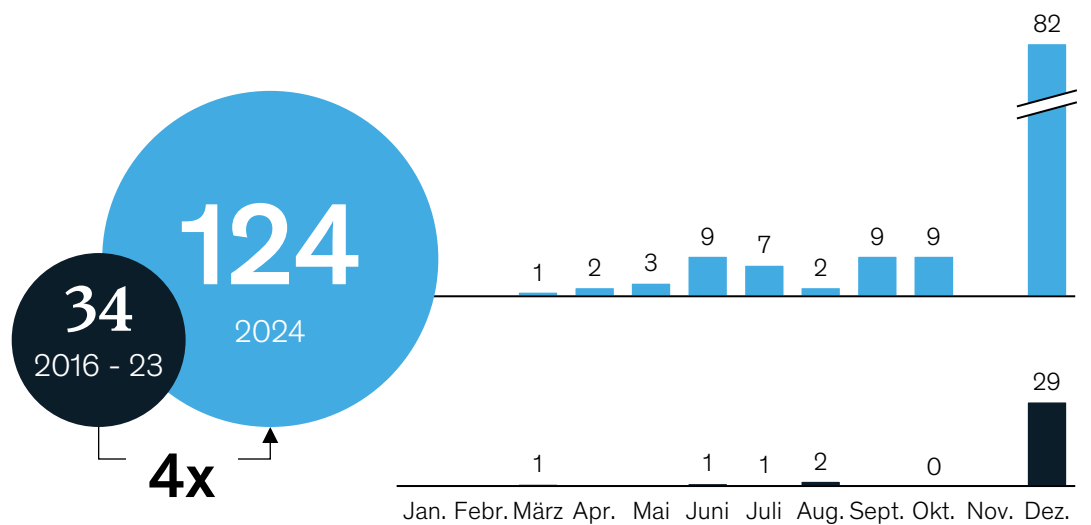


Quelle: Kombiniertes Datensatz aus McKinsey-Zusatzbeitragsdatenbank sowie Ranking DfG-Mitglieder und Versicherte

2024 kam es zu vielen, teils unterjährigen Zusatzbeitragserhöhungen

Krankenkassen mit Zusatzbeitragserhöhungen

Durchschnittliche Anzahl pro Jahr¹

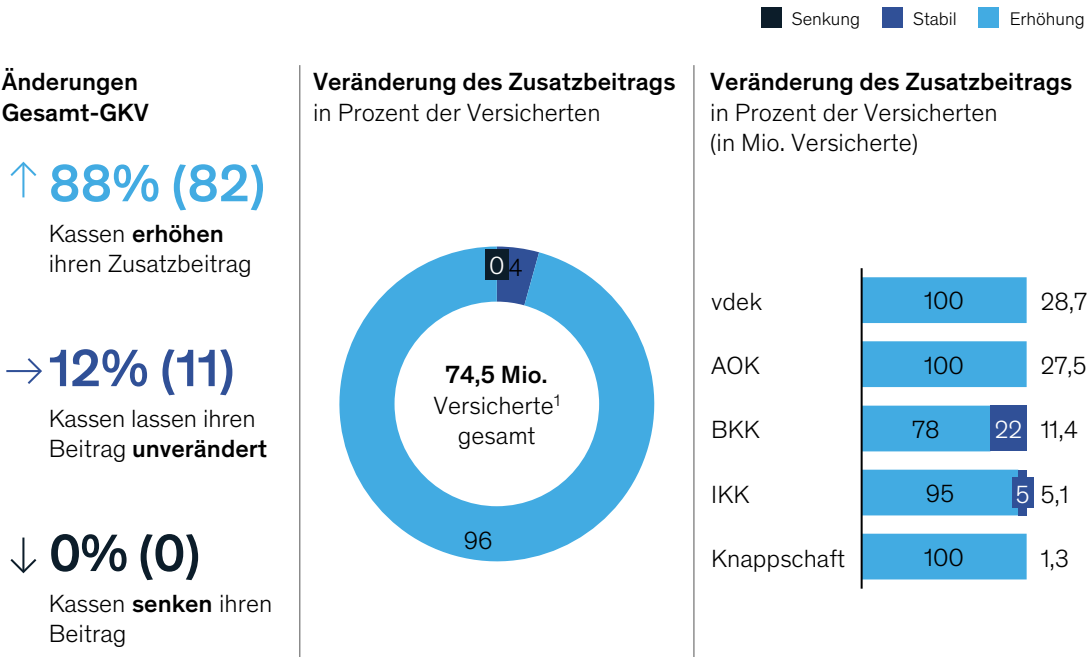


¹ Zahlen gerundet

Quelle: Kombiniertes Datensatz aus McKinsey-Zusatzbeitragsdatenbank sowie Ranking DfG-Mitglieder und Versicherte

Umbruch nach Haushaltsbeschlüssen 2024: 88% der Kassen erhöhen den Zusatzbeitrag

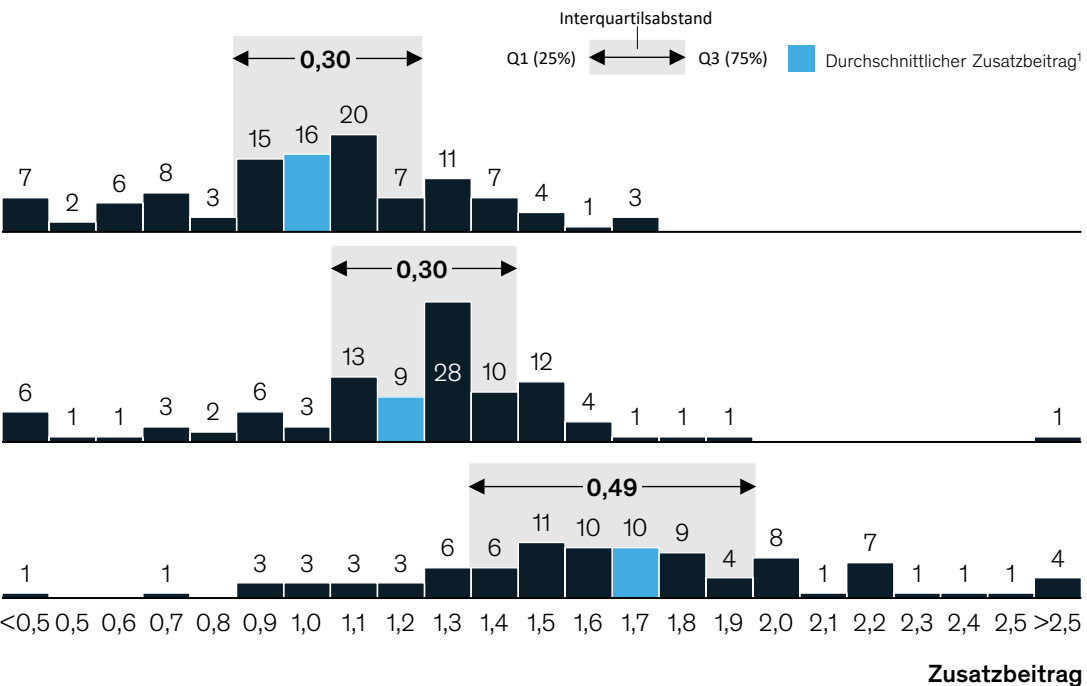
Vergleich Januar 2025 vs. Dezember 2024



1 Anzahl Versicherte Stand Okt. 2024 und ohne LKK; insgesamt 93 Kassen im Januar 2025
Quelle: McKinsey-Zusatzbeitragsdatenbank, Ranking DfG-Mitglieder und Versicherte, GKV-Spitzenverband

Wachsende Spreizung der Zusatzbeiträge in 2024 führt zu neuen Wechselanreizen

Verteilung der Zusatzbeiträge, in Anzahl der Kassen mit jeweiligem Zusatzbeitrag



1 Gerundet auf die erste Nachkommastelle
Quelle: Kombiniertes Datensatz aus McKinsey-Zusatzbeitragsdatenbank sowie Ranking DfG-Mitglieder und Versicherte

Aktuelle Entwicklungen

Die endgültigen Ergebnisse für 2024 liegen zum Zeitpunkt dieser Veröffentlichung noch nicht vor und werden für Juni 2025 erwartet. Die Interpretation der vorläufigen Rechnungsergebnisse basiert teilweise auf Schätzungen.

Mit ihren vorläufigen Finanzergebnissen für das Jahr 2024 weisen die GKVn ein Defizit von rund 6,2 Mrd. EUR aus. Ihren Einnahmen in Höhe von 320,6 Mrd. EUR stehen Ausgaben in Höhe von 326,9 Mrd. EUR gegenüber. Die Ausgabenhöhe hängt nicht nur mit den inflationsbedingt höheren Ausgaben für Personal und medizinische Leistungen zusammen, sondern auch mit dem Modernisierungsbedarf der Strukturen im Gesundheitssystem. Alle Kassenarten weisen 2024 ein Defizit aus, der vdek z.B. 2,5 Mrd. EUR und die IKKn 662 Mio. EUR.⁴¹

Bei einem Anstieg der Versichertenzahlen von 0,3% wachsen die Leistungsausgaben um 8,1%, während die Verwaltungskosten um 0,6% sinken. Damit hat sich die Ausgabendynamik beschleunigt – sowohl gegenüber dem Vorjahr (2023: +5,0%) als auch gegenüber den vorläufigen Rechnungsergebnissen. Die Ausgabendynamik zeigt sich dabei in vielen Leistungsbereichen gegenüber dem langjährigen Durchschnitt deutlich erhöht. Das liegt insbesondere an der Inflation, die in der GKV zeitlich verzögert wirkt und 2024 für hohe Preis- und Vergütungsanpassungen sorgt. Vor allem die Ausgaben im Bereich Krankenhausbehandlungen wachsen mit 8,7% stark. Deutlich überproportional steigen die Ausgaben für Arzneimittel (+9,9%) sowie kleine und mittlere Leistungsbereiche, z.B. für Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege (+12,7%), Heilmittel (+10,4%), Aufwendungen für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen (+10,7%) sowie Schutzimpfungen (+10,9 %).

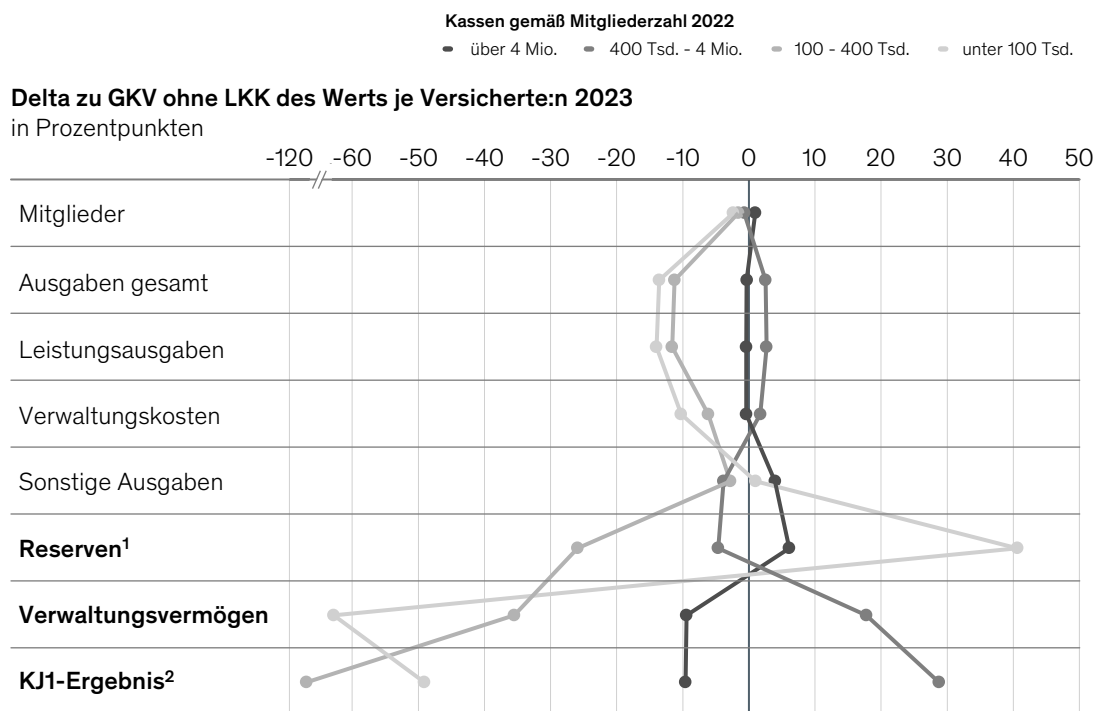
Der Gesundheitsfonds verzeichnet 2024 ein Defizit in Höhe von 3,7 Mrd. EUR. Dieses Defizit resultiert vor allem aus dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz: Die Obergrenze der Liquiditätsreserve wurde gesenkt und damit wurden zusätzliche Mittel an die Krankenkassen ausgeschüttet, um ihre Zusatzbeitragssätze zu stabilisieren. Zum 15. Januar 2025 liegt die Liquiditätsreserve bei rund 5,7 Mrd. EUR. 2024 werden ebenfalls zusätzliche Mittel in Höhe von 3,1 Mrd. EUR an die Krankenkassen ausgeschüttet. Die Beitragseinnahmen (ohne Zusatzbeiträge) wachsen 2024 im Vergleich zu 2023 um 5,4%, insbesondere aufgrund der inflationsbedingten Lohnerhöhungen.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat, basierend auf der Prognose des GKV-Schätzerkreises vom 14. und 15. Oktober 2024, einen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2025 von 2,5% verkündet. Dies entspricht einem Anstieg von 0,8 Prozentpunkten gegenüber dem Vorjahr; die kassenindividuellen Beitragssätze können hiervon abweichen. Zum 1. Januar 2025 haben 82 Krankenkassen ihren Beitragssatz erhöht, bei 11 Kassen blieb er unverändert. Im Durchschnitt liegt der GKV-Zusatzbeitragssatz bei 2,92 Prozent.

Von dieser Gemengelage aus steigendem Kostendruck, niedrigen Reserven und sich verändernden Rahmenbedingungen sind die Krankenkassen unterschiedlich stark betroffen. Grundsätzlich bleibt der finanzielle Handlungsspielraum jedoch für alle Kassen eingeschränkt (siehe Schaubilder B2.35 bis B2.37).

⁴¹ BMG Pressemitteilung, [Vorläufige Finanzergebnisse der GKV für das Jahr 2023](#), 11. März 2024

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

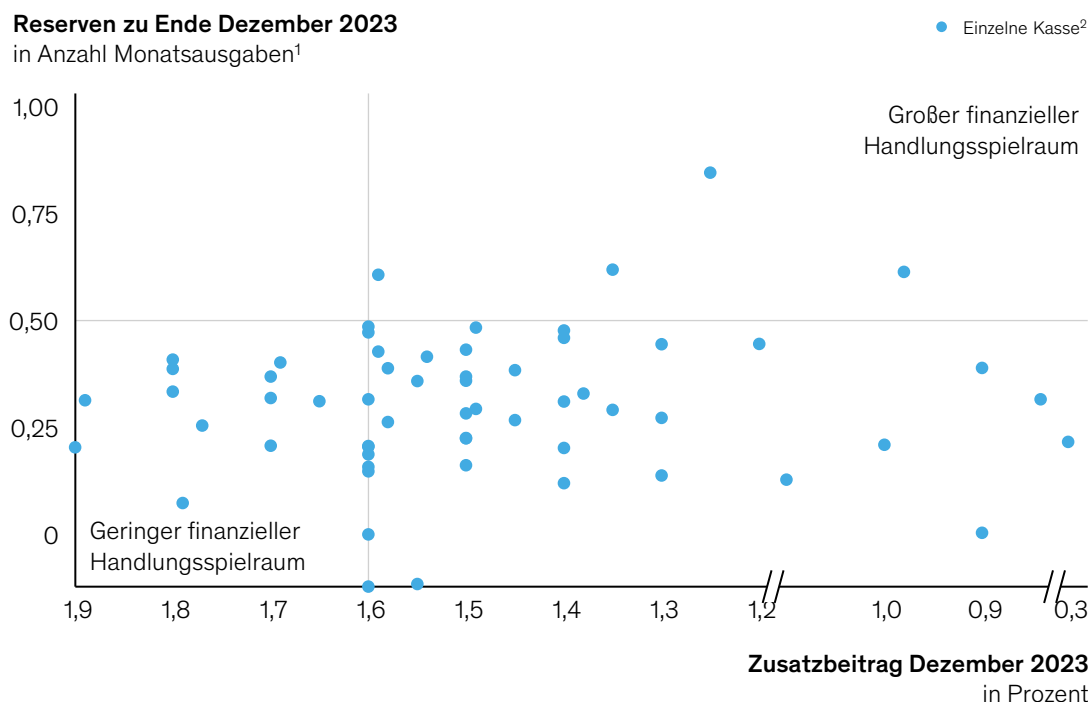


1 Betriebsmittel und Rücklagen, ohne Geldmittel zur Anschaffung von Verwaltungsvermögen

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

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Rückblick auf 2023: Reserven verteilen sich ungleich auf die Einzelkassen, 4 liegen weiterhin über der gesetzlichen 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 2023

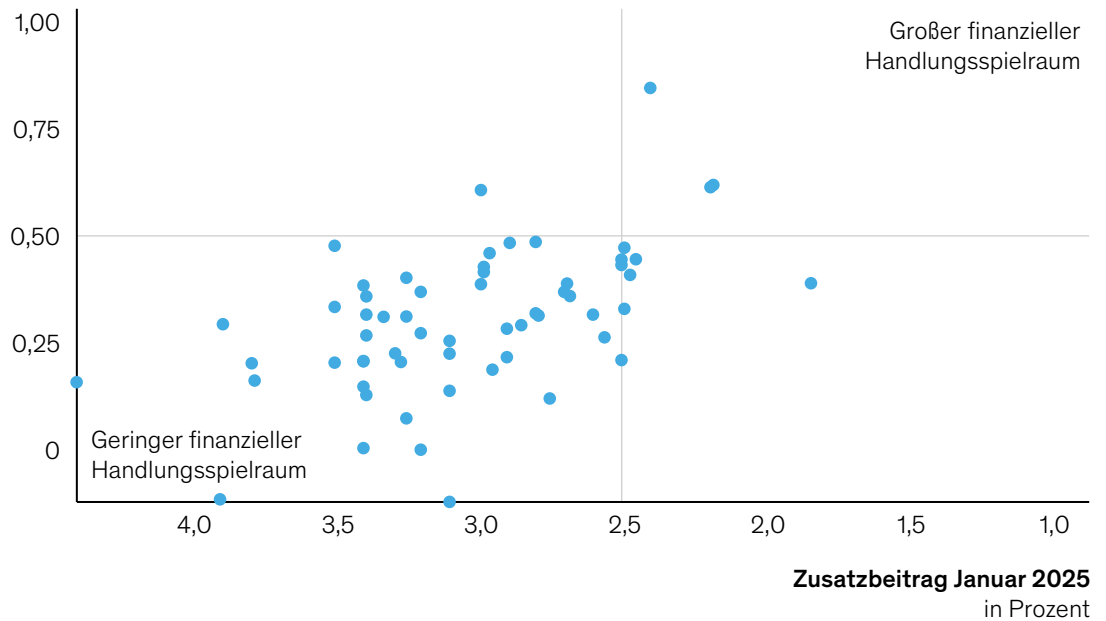
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V; Krankenkassenliste GKV-Spitzenverband

Der Blick auf die Zusatzbeiträge im Januar 2025 zeigt nahezu alle Kassen im Quadranten mit geringem finanziellen Handlungsspielraum

Reserven zu Ende Dezember 2023

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 2023

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

Ausblick

Der deutsche GKV-Sektor ist geprägt von vielen Turbulenzen, darunter steigende Leistungsausgaben, Reformvorhaben der Politik sowie demografische und makroökonomische Entwicklungen. Wir rechnen damit, dass diese sich teilweise sogar noch verstärken werden. Zugleich sind wir jedoch überzeugt, dass die GKV in eine der chancenreichsten Phasen seit Langem eingetreten sind. Einige Kassen sehen dies als Gelegenheit, durch Innovation und Datennutzung neue Maßstäbe zu setzen und ihren Vorsprung auszubauen bzw. Rückstände aufzuholen.

Um Chancen optimal zu nutzen und neue Standards zu setzen, sollten die GKV bei ihrer Strategie- und Zukunftsplanung die folgenden Erkenntnisse aus der aktuellen Edition des GKV-Check-ups berücksichtigen:

Rasante Veränderungen und Innovationen.

Die Welt, auch die der GKV, verändert sich in rasantem Tempo. Besonders in den Bereichen neue Technologie und Datenanalytik entstehen ständig Innovationen, die der GKV neue Lösungsansätze für komplexe Herausforderungen bieten. Diese Lösungen erfordern jedoch erhebliche Investitionen in Infrastruktur und Veränderungsprozesse. Erfolgsentscheidend sind dabei klar definierte Verantwortlichkeiten, ein starkes Engagement der Führungskräfte und die Bereitschaft, die genutzten Technologien und deren Anwendungsfälle kontinuierlich zu verbessern. GKV können aber auch Erfolgsbeispiele aus den Gesundheitssystemen anderer Länder analysieren und als Inspiration nutzen, um passgenaue Lösungen für das deutsche Gesundheitssystem zu entwickeln.

Finanzierung und Optimierung. Die Kosten für Leistungsausgaben steigen weiter – und die Zusatzbeiträge wurden bereits flächendeckend angehoben, sogar unterjährig, was in diesem Ausmaß neu ist. Angesichts der prekären Finanzsituation der GKV kann das Motto daher nicht „Aussitzen“ lauten. Vielmehr gilt es, Strukturen und Prozesse effizienter und effektiver zu machen sowie nach neuen Lösungen zu suchen. Dabei müssen die Kassen gezielt in die Innovationen mit dem höchsten erwarteten Mehrwert investieren,

um die Qualität der Versorgung kontinuierlich zu verbessern.

Agilität und Flexibilität. Für die GKV ist es entscheidend, agil und flexibel zu bleiben. Denn die Kassen müssen ihre Organisation, Strukturen und Prozesse zwangsläufig weiterentwickeln und anpassen, vor allem in Reaktion auf die Veränderungen in der Politik, die die neue Regierung mit sich bringen wird. Die Krankenhausreform hat bereits bewiesen, dass auch im deutschen Gesundheitssystem umfassende Reformen mit erheblichen Auswirkungen auf Versorgung und Finanzen möglich sind. Weitere Reformen müssen zweifellos folgen. Wie diese konkret aussehen werden, bleibt abzuwarten. Daher ist es essenziell, dass die GKV flexibel und zukunfts offen bleiben. Das bedeutet auch, dass sie in der Lage sein müssen, Ressourcen wie Mitarbeitende und idealerweise auch finanzielle Mittel zügig und effizient neu zuzuweisen.

Attraktiver Arbeitgeber. GKV müssen als Arbeitgeber attraktiv bleiben, um Talente anzuziehen und Innovationen umsetzen zu können. Die Gewinnung und das Halten von Fachkräften sowie die Mitarbeiterentwicklung sind zentrale Aufgaben für die Zukunftssicherung der GKV. Dafür sind nicht nur finanzielle Anreize notwendig, sondern z.B. auch flexible Arbeitsmodelle.

Technologischer Vorsprung. Wenn eine GKV moderne Technologien erfolgreich und wertstiftend einsetzt, kann sie sich einen Vorsprung verschaffen und die Versichertenfluktuation positiv beeinflussen. Denn Service- und Leistungsangebote spielen neben der Höhe der Zusatzbeiträge eine immer stärkere Rolle bei der Entscheidung der Versicherten für eine GKV.

GKV, die diese Erkenntnisse berücksichtigen, werden nicht nur einen wichtigen Beitrag zu Fortschritt und Weiterentwicklung der GKV und des Gesundheitswesens in Deutschland leisten. Sie haben darüber hinaus auch sehr gute Chancen, eine vorteilhafte Position im Wettbewerb mit den anderen Kassen zu erlangen.



Glossar

Begriff (Abkürzung)	Definition
Ätiologie	Die Ätiologie ist die Lehre von den Ursachen für das Entstehen von Krankheiten. Sie untersucht, welche Faktoren dazu führen, dass eine bestimmte Erkrankung bei einem Individuum auftritt.
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 , auch Bestimmtheitsmaß genannt, ist eine statistische Kennzahl, die angibt, wie gut ein Regressionsmodell die Variabilität der abhängigen Variable durch die unabhängigen Variablen erklärt. Ein Wert von 1 bedeutet perfekte Erklärung, ein Wert von 0 bedeutet keine Erklärung.
Biologics/Biosimilars/Generika	Biosimilars sind biologische Arzneimittel, die ähnlich sind wie bereits zugelassene biotechnologisch hergestellte Medikamente (Biologika). Ihre Wirksamkeit und Sicherheit ist vergleichbar mit dem Originalprodukt. Sie verhalten sich ähnlich wie Generika (Nachahmungspräparate) zu den Originalmedikamenten.
Erwartungswert	Siehe lineare Regression
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.
KM1-/KM6-Mitgliederstatistik (KM1/KM6)	Die KM 1 ist eine amtliche Statistik über die GKV-Mitglieder und -Versicherten; sie wird monatlich erstellt. Die KM6-Mitgliederstatistik gibt einen Überblick über die Versicherten der GKV und der Kassenarten, gegliedert nach Versichertenstatus, Alter und Wohnort jeweils zum 1. Juli eines Jahres.

KV 45	Die KV 45 ist eine Quartalsstatistik, die das Finanzgeschehen der GKV unterjährig abbildet. Sie erscheint in der Regel ca. zwei Monate nach Ende des jeweiligen Quartals.
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 z.B. 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 z.B. 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.

Impressum

Ansprechpersonen

Florian Niedermann
Stephanie Schiegnitz

Projektteam

Carina Manteuffel
Dominik Rigo
Gerrit Altmeyen

Redaktion und Design

Birgit Ansorge
Jörg Hanebrink
Jocelyn Tarrier

Kontakt

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

Inhaltliche Beiträge

Naoki Akahane
Gerrit Altmeyen
Katharina Becker
Torsten Bernauer
Ralph Breuer
Ulrike Deetjen
Anke Donath
Mathis Friesdorf
Markus Gampert
Panco Georgiev
Claudia von Hammerstein
Frauke Heidemann
Christian Heinemeyer
Raphael Heuwieser
Tobias Hlavka

Christian Julius
Anna Lena Kalinna
Benjamin Klein
Boris Körs
Lucia Linz
Tobias Mann
Carina Manteuffel
Hubertus Melsheimer
Hilke Messal
Corinne Möller
Björn Münstermann
Franz-Xaver Neubert
Florian Niedermann
Anja Paulzen-Nelles
Jesko Perrey
Beatrice Pototzky
Marie Rastetter
Matthias Redlich
Konstanze Reinecke-Schneider
Laura Richter
Dominik Rigo
Sina Risse-Tenk
Matthias Roggendorf
Nushin Roghani
Stephanie Schiegnitz
Katharina Sickmüller
Christian Siebert
Jonathan Steffensky
Florian Stoll
Gregor Theisen
Kristin Tuot
Elke Uhrmann-Klingen
Alexander Weiss

Copyright © 2025 McKinsey & Company, Inc.

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

Basisbilder Illustrationen: Copyright © Getty Images