

Deutscher Healthcare-Sektor

Der GKV- Check-up 2022

Nachhaltige Versorgung für alle



Deutscher Healthcare-Sektor

Der GKV- Check-up 2022

Nachhaltige Versorgung für alle

Vorwort

Nachhaltigkeit ist das bestimmende Thema der kommenden Jahre – wir sind überzeugt, dass daran auch die aktuellen Entwicklungen nichts ändern werden. Auch im Gesundheitswesen gewinnt diese manchmal als „Neo-Ökologie“ bezeichnete Entwicklung immer mehr an Bedeutung: Die Menschen werden älter, aber zugleich gesundheitsbewusster und legen zunehmend Wert auf Umweltverträglichkeit.

Versicherte fordern ebenso wie Fachkräfte nachhaltige Produkte und Prozesse, soziale Arbeitsbedingungen und transparente Organisationen. Und genau diese Aspekte stehen hinter dem Akronym ESG: Environment, Social und Governance; sie können die Struktur für den erforderlichen Wandel liefern. Wie jede Veränderung wird auch diese Neuorientierung mit Herausforderungen verbunden sein. Doch die COVID-19-Pandemie hat gezeigt: Prioritäten können sich von heute auf morgen ändern – und unsere Gesellschaft ist in der Lage, sich auf neue Gegebenheiten einzulassen.

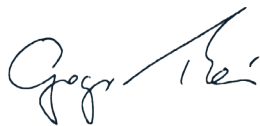
Mit der aktuellen Ausgabe von „Der GKV-Check-up“ greifen wir diesen Trend auf: Sie steht unter dem Motto „Nachhaltige Versorgung für alle“. So gehen wir z.B. folgenden Fragen nach: Wie kann es gelingen, eine bedarfsgerechte, wirtschaftliche und ressourcenschonende Gesundheitsversorgung anzubieten? Wie lässt sich gewährleisten, dass davon alle – Jung und Alt, auf dem Land ebenso wie in der Stadt – langfristig profitieren? Und: Wie kann die GKV eine attraktive und zugleich faire Arbeitgeberin sein?

Auch die diesjährige Edition bietet im ersten Teil Praxisperspektiven zu Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen und ihren Chancen – ergänzt um Interviews mit einer Wissenschaftlerin und der Vorständin einer Krankenkasse. Den Anfang macht eine Umfrage, in der Interessenvertreter:innen des Gesundheitswesens ihre Innovationsmöglichkeiten einschätzen. Diese Umfrage soll in den kommenden Jahren regelmäßig durchgeführt und aus den Ergebnissen ein „Chancen-Index“ abgeleitet werden. Wir erläutern zudem, wie sich mithilfe von Daten, Analytik und Modellen der Zugang zur Gesundheitsversorgung erleichtern und ihre Qualität verbessern lässt. Und schließlich zeigen wir, welche ESG-Maßnahmen für die GKV sinnvoll sind und wie sie ihre Position nutzen kann, um den Weg zu mehr Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen zu ebnen.

Im zweiten Teil folgen Analysen der jüngsten Entwicklungen und Kassenergebnisse im GKV-Markt auf Basis öffentlich verfügbarer Zahlen aus dem Jahr 2020. Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie sind an den entsprechenden Stellen hervorgehoben.

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

Stuttgart, im Oktober 2022



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



Oscar Boldt-Christmas
Leiter des europäischen
Healthcare-Sektors



Florian Niedermann
Herausgeber,
Leiter des deutschen
Healthcare-Sektors



Carina Manteuffel
Projektleiterin des GKV-Check-up 2022,
Mitglied des deutschen Healthcare-Sektors



Beatrice Pototzky
Projektleiterin des GKV-Check-up 2022,
Mitglied des deutschen Healthcare-Sektors

Inhalt

A Praxisperspektiven	6
A1 Raum für Innovationen schaffen – wie ein stärker bedarfsorientiertes Gesundheitsangebot entstehen kann + Kurzinterview mit Ariel Dora Stern, Associate-Professorin an der Harvard Business School	8 18
A2 Das Gesundheitssystem von morgen – mit Daten und Analytik die Zukunft gestalten	22
A3 Zukunftsthema ESG – Herausforderung und Erfolgsfaktor für die GKV + Kurzinterview mit Simone Schwering, Vorständin der BARMER-Krankenversicherung	36 64
B Aktuelle Entwicklungen im GKV-Markt	68
B1 Wettbewerbstrends	72
B2 Entwicklung der Kassenergebnisse	82
Ausblick	110
Methodik und Definitionen	112
Impressum	118

Praxisperspektiven



A

Das Gesundheitswesen erhält nicht zuletzt im Zuge der COVID-19-Pandemie vermehrt Aufmerksamkeit. Zugleich werden die Menschen zunehmend gesundheitsbewusster und fordern immer nachdrücklicher nachhaltigere Produkte und Services. Entsprechend gibt im Jahr 2022 etwa jede:r vierte Deutsche an, sehr auf seine oder ihre Gesundheit zu achten.¹ Und etwa 75% der Deutschen ist ein nachhaltiger Lebensstil wichtig.²

Neben dieser Entwicklung der Prioritäten besteht ein ganz einfacher Zusammenhang zwischen Nachhaltigkeit und Gesundheit: Die Umwelt, einschließlich Artenschutz und Klima, hat einen direkten Einfluss auf unsere Gesundheit. So führen z.B. höhere CO₂-Emissionen zu Smog – ein maßgeblicher Auslöser von Atemwegserkrankungen. Umweltschutz ist also auch gelebte Prävention.

Nachhaltigkeit beschränkt sich allerdings nicht nur auf Umweltschutz. Vielmehr stellt sich die Frage, wie es die GKV und weitere Akteure im Gesundheitswesen schaffen können, Gesundheitsversorgung bedarfsgerecht, wirtschaftlich und ressourcenschonend so anzubieten, dass auch künftig keine Versichertengruppe zu kurz kommt. Gleichzeitig sollen sie attraktive und faire Arbeitgeber sein, die ihre Aktivitäten für die Öffentlichkeit transparent machen und dazu Rede und Antwort stehen. In drei Praxisperspektiven des Buchteils A wollen wir folgenden Aspekten nachgehen:

A1 Innovation für das Gesundheitswesen. Innovation wird durch unterschiedliche externe und interne Faktoren beeinflusst. Welche Erwartung haben unterschiedliche Spieler an ihre Innovationsmöglichkeiten? Welche Faktoren haben den größten Einfluss auf ihren Spielraum? Und welche Maßnahmen lassen sich ableiten, um die Innovationsmöglichkeiten zu fördern?

A2 Mit Daten und Analytik in die Zukunft.

Drei Herausforderungen prägen das deutsche Gesundheitssystem aktuell: kontinuierlicher Kostenanstieg, in einigen Regionen unzureichende stationäre Versorgungsqualität sowie zu geringe Ambulantisierung. Was heißt das genau? Und wie können datengetriebene Ansätze den verschiedenen Akteuren im Gesundheitssystem helfen, zukünftig bessere Entscheidungen zu treffen?

A3 Drei kleine Buchstaben: ESG. Nachhaltigkeit entsteht durch den Dreiklang aus „Environment, Social und Governance“ (ESG). Was bedeutet das im GKV-Kontext und wieso ist es für die Kassen wichtig? Mit welchen Maßnahmen kann die GKV ihr Tagesgeschäft nachhaltiger gestalten und wie kann sie auch für das Gesundheitswesen insgesamt eine Vorreiterrolle einnehmen und die Transformation hin zu mehr Nachhaltigkeit unterstützen?

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

- Ariel Dora Stern, Associate-Professorin an der Harvard Business School, forscht an der Schnittstelle zwischen Regulatorik, Unternehmensstrategien und Ökonomie im Gesundheitswesen. Sie berichtet über ihre Erkenntnisse rund um Innovationstreiber in anderen Ländern und erläutert, was Deutschland daraus für sein eigenes Gesundheitssystem ableiten kann.
- Simone Schwering ist Vorständin der BARMER-Krankenversicherung. Sie sprach mit uns u.a. über die Verantwortung der GKV, die Nachhaltigkeitsziele der Regierung zu unterstützen, und ihre Beobachtung, dass ESG auch bei Versicherten und Fachkräften stetig an Bedeutung gewinnt.

¹ <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/272609/umfrage/gesundheit-anzahl-der-gesundheitsbewussten-in-deutschland/>

² YouGov-Online-Umfrage im Juli 2020 (n = 2.031); <https://www.presseportal.de/pm/22265/4684365>



Raum für Innovationen schaffen – wie ein stärker bedarfsorientiertes Gesundheitsangebot entstehen kann

A1

Vor allem zwei Entwicklungen bieten die Chance, Innovation im Gesundheitswesen stetig voranzutreiben: der demografische Wandel und die sich verändernde Erwartungshaltung von Patient:innen, beispielsweise im Hinblick auf die Verfügbarkeit ihrer Gesundheitsversorgung. Diese Herausforderungen heißt es anzugehen, um langfristig eine stärker bedarfsorientierte Versorgung sicherzustellen. Das aktuelle Angebot der Akteure im Gesundheitswesen basiert auf dem Spielraum, den unterschiedliche Rahmenbedingungen wie Reformen oder finanzielle Mittel momentan hergeben. Wie beeinflussen diese Rahmenbedingungen die Innovationskraft und damit die Möglichkeiten, bestehende Angebote bedarfsorientierter zu gestalten? Das misst eine aktuelle Umfrage von McKinsey.

Immer höhere Erwartungen an eine moderne Versorgung

Innovation im Gesundheitswesen ist unumgänglich, um den Herausforderungen der heutigen Zeit begegnen und sich für die Zukunft wappnen zu können. Entwicklungen wie der demografische Wandel verändern die Gesellschaft und die damit einhergehenden Ansprüche und Bedarfe, die das Gesundheitssystem abdecken muss. Mit zunehmendem Lebensalter steigen in der Regel das indivi-

duelle Krankheitsrisiko sowie das Risiko für Multimorbidität, also für mehrere chronische Krankheiten gleichzeitig. So weist im jungen Erwachsenenalter nur etwa jede:r Fünfte (mindestens) eine chronische Krankheit auf, ab einem Alter von 65 Jahren mehr als jede:r Zweite.³ Da die Bevölkerung kontinuierlich altert, steigt die Anzahl chronischer Erkrankungen

rasant. Altersbedingte chronische Krankheiten wie Bluthochdruck werden deshalb in der Bevölkerung zukünftig häufiger auftreten.

Gleichzeitig stellt die Gesellschaft immer höhere Erwartungen an eine moderne Versorgung. Jede:r fünfte Deutsche hat mittlerweile eine Gesundheits-App auf dem Smartphone installiert.⁴ Parallel zu anderen Lebensbereichen wächst auch im Gesundheitswesen der Wunsch nach einfachem Zugang, schneller Verfügbarkeit und hoher Servicequalität.

Als Konsequenz aus diesen Entwicklungen müssen mehr Menschen versorgt werden, die höhere Erwartungen an die Verfügbarkeit und Qualität der Versorgung stellen. Daher heißt es für die Akteure im Gesundheitswesen – GKV, PKV, Provider, Start-ups und Private-Equity-Firmen –, ihre Angebote

³ https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/08_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile

⁴ <https://www.zukunftsinstitut.de/dossier/megatrend-gesundheit/>

ständig zu optimieren und innovative Wege zu finden, um den Ansprüchen der sich wandelnden Gesellschaft gerecht zu werden.

Es gilt also, neue Entwicklungen langfristig in die Versorgung zu integrieren und diese immer bedarfsorientierter zu gestalten. Das gelingt nur bei einer kontinuierlichen Optimierung von Rahmenbedingungen, die sowohl von extern (beispielsweise durch Reformen) als auch intern (von Gesundheitsorganisationen selbst steuerbar) den Innovationspielraum beeinflussen.

Im Folgenden stellen wir eine aktuelle Umfrage von McKinsey zu dieser Thematik vor, die in Zusammenarbeit mit NewtonX, einem B2B-Marktforschungsunternehmen, entstand und durchgeführt wurde. Wir beleuchten zunächst die grundsätzlichen Innovationsmöglichkeiten und die Einflussfaktoren darauf (Kapitel I) und stellen dann die Ergebnisse der Umfrage vor (Kapitel II). Zudem zeigen wir auf, welche Maßnahmen sich aus den Umfrageergebnissen ableiten lassen (Kapitel III). Abschließend geben wir einen Ausblick auf die geplante Fortsetzung von Umfrage und Analysen (Kapitel IV). Ausgewählte Umfrageergebnisse sind in einer Infografik dargestellt, die dem Artikel folgt.

I. Innovationsmöglichkeiten und ihre Einflussfaktoren im Gesundheitswesen

Im Juni 2022 hat McKinsey in Zusammenarbeit mit NewtonX eine Umfrage unter insgesamt 50 Teilnehmer:innen durchgeführt: 10 aus GKV, 5 aus PKV, 20 von Providern, 10 aus Start-ups und 5 aus Private-Equity-Firmen. Sie alle sind zu acht Einflussfaktoren befragt worden, die potenziell jeweils ihren eigenen Innovationsspielraum beeinflussen. Darüber hinaus haben wir um eine Einschätzung gebeten, wie sich die einzelnen Faktoren im kommenden Quartal entwickeln werden. Die Teilnehmer:innen gehören zur obersten Führungsebene ihrer jeweiligen Organisation.

Verschiedenartige Innovationen können die Gesundheitsversorgung bedarfsorientiert gestalten

Grundsätzlich können die Akteure des Gesundheitswesens ihre Innovationskraft auf vier verschiedene Arten nutzen, um Neuerungen zu entwickeln und damit auf die neue Bedarfslandschaft einzugehen (siehe Schaubild A1.1):

- **Angebotsinnovation.** Akteure können durch Produkt- oder Dienstleistungsinnovationen ein Angebot schaffen, das gänzlich neu ist oder

Schaubild A1.1

Beispiele für die 4 Arten der Innovation



Angebotsinnovation

Philips
Umstellung von Glühlampen auf LED-Birnen

Corning
Entwicklung von Gorilla Glass (für Apple iPhone)



Prozessinnovation

MasterCard
Einführung von maschinellem Lernen/KI für die Betrugserkennung

Walmart
Einführung des Konzepts „Buy online, pick up in store“ und von Pickup-Türmen



Angebotserlebnis-Innovation

Disney
Entwicklung von MyMagic+, einer Technologie-Suite, die Personalisierung ermöglicht sowie das Kundenerlebnis erweitert und verbessert

Mariott
Personalisiertes App-Erlebnis mit Mobile Check-in, Mobile Requests und Mobile Key



Geschäftsmodell-innovation

Xiameter
Aufbau eines kostengünstigen B2C-E-Commerce-Kanals

Nalco
Bereitstellung von Wasseraufbereitungsdiensten (statt nur Angebot von Chemikalien)

Quelle: McKinsey

die Verbesserung eines bestehenden Angebots darstellt.

- **Prozessinnovation.** Sie können ihre Prozesse oder Ansätze zu Entwicklung, Produktion, Vertrieb oder Bereitstellung ihres Angebots verändern.
- **Angebotserlebnis-Innovation.** Sie können das Kundenerlebnis verbessern und damit Interaktionspunkte, die ein Angebot ergänzen oder ausmachen, optimal auf die Kundenbedürfnisse zuschneiden.
- **Geschäftsmodellinnovation.** Schließlich können die Akteure neue Geschäftsmodelle entwerfen und damit die Wertschöpfungskette anpassen, die Umsatzquellen diversifizieren oder neue Wege zu den Kund:innen erschließen.

Vor allem im Gesundheitswesen hat die COVID-19-Pandemie Innovation und politische Veränderung beschleunigt. So sind zu Beginn der Pandemie schnell Remote-Versorgungsmöglichkeiten geschaffen worden, die z.B. auf digitale

Die COVID-19-Pandemie hat Innovation und politische Veränderung beschleunigt

Infrastruktur setzen: Krankschreibung per Telefon, Online-Sprechstunden sowie deren Abrechenbarkeit für Kassenpatient:innen

sind einige Beispiele.⁵ Nachdem 2018 der Digital-Health-Index der Bertelsmann Stiftung Deutschlands Aufholbedarf bei der Digitalisierung des Gesundheitssystems gegenüber ausgewählten EU- und OECD-Ländern aufgedeckt hat, ist die schnelle Handlungsbereitschaft sicherlich als Schritt in die richtige Richtung zu werten.⁶

Acht Faktoren beeinflussen den Innovationspielraum

Im Rahmen der Umfrage sind Einfluss und Entwicklung der folgenden acht Faktoren erhoben worden, die ausschlaggebend für Innovationen – gleich welcher Art – im Gesundheitswesen sind:

- **Reformvorhaben.** Diese haben Einfluss darauf, welche Versorgungsangebote möglich sind und in welcher Form (z.B. Telemedizin, DiGA).
- **Diversität und Inklusion.** Diversität bedeutet Vielfalt, z.B. in Bezug auf Geschlecht, Alter, Hautfarbe, Nationalität, Religionszugehörigkeit, Behinderung oder sexuelle Orientierung.

Organisationen, deren Belegschaft sich aus Menschen mit unterschiedlichen Merkmalen zusammensetzt, sind erwiesenermaßen profitabler; so trägt z.B. der Anteil an Frauen im Management zum Erfolg bei.⁷ Inklusion bedeutet, dass die oben genannten Merkmale nicht zur Diskriminierung führen – alle Menschen haben die Möglichkeit, Teil der Organisation zu werden. Sie werden in Teams einbezogen und können ihre Stärken einbringen.

- **Umweltbewusstsein.** Der Klimawandel macht die Umweltfreundlichkeit von Organisationen und deren Angeboten zu einem zunehmend wichtigen Aspekt in der Kundengewinnung, da immer mehr Menschen nachhaltige Produkte bevorzugen. Ähnlich verhält es sich mit dem Arbeitsmarkt: Nachhaltige Organisationen werden häufig als Arbeitgeber präferiert (siehe Artikel „Zukunftsthema ESG – Herausforderung und Erfolgsfaktor für die GKV“).
- **Digitalisierung.** Digitalisierung ist nur eine von vielen Innovationsmöglichkeiten, die aber in den vergangenen Jahren (auch durch die Pandemie) wichtiger und relevanter geworden ist.
- **Neuerungen.** Neuerungen in Medizin und Technik ermöglichen z.B. den Einsatz innovativer Behandlungsmethoden und erlauben es, Versorgung in neuer bzw. anderer Form anzubieten.
- **Kund:innen.** Inwieweit eine Organisation Innovation fördert und anbietet, hängt auch von den Wünschen der eigenen Kundschaft ab.
- **Fachkräfte.** Fachkräfte sind das A und O jeder Organisation und vor allem wichtig, wenn Organisationen sich und ihr Angebot weiterentwickeln möchten.
- **Finanzielle Mittel.** Je nach ihrer finanziellen Ausstattung können Organisationen Versorgung in unterschiedlichem Umfang optimieren.

II. Einflussfaktoren werden von Akteuren je nach Organisationstyp unterschiedlich wahrgenommen

Ausgewählte Ergebnisse der Umfrage sind in der Infografik am Ende des Artikels dargestellt. Alle Ergebnisse werden nachstehend kurz erläutert.

⁵ <https://link.springer.com/article/10.1007/s41972-020-00126-2>

⁶ <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/der-digitale-patient/projektthemen/smarthealthsystems#c1203567>

⁷ <https://www.mckinsey.com/de/news/presse/neue-studie-belegt-zusammenhang-zwischen-diversitat-und-geschäftserfolg>

Grundsätzlich enthält die Umfrage zwei Arten von Fragen: Eine zielt auf die Priorisierung der Einflussfaktoren ab, die andere bezieht sich je Einflussfaktor auf die erwartete Entwicklung im nächsten Quartal, also Juli bis September 2022.

Die oberste Priorität der finanziellen Mittel beruht hauptsächlich auf Antworten aus bestimmten Organisationsformen

Wir haben die Teilnehmer:innen der Umfrage gebeten, einzelne Faktoren nach ihrem Einfluss auf die bedarfsorientierte Gestaltung des bestehenden

Angebots zu priorisieren. Eine Mehrheit der Befragten hält die finanziellen Mittel für den wichtigsten Einflussfaktor in Bezug auf Innovationsmöglichkeiten: 56% der Befragten nennen die finanziellen Mittel als

einen der zwei wichtigsten Aspekte. Die weiteren vier Faktoren werden von 30 bis 40% der Teilnehmer:innen als die zwei wichtigsten Punkte genannt und liegen somit weit dahinter.

Werden allerdings die Antworten je nach Organisationstyp untersucht – also GKV, PKV, Provider, Start-ups und Private-Equity-Firmen – treten starke Unterschiede in der Priorisierung der Einflussfaktoren zutage. Insbesondere Start-ups und Private-Equity-Firmen halten finanzielle Mittel für den treibenden Faktor. So nennen 100% der Befragten von Start-ups bzw. 80% von Private-Equity-Unternehmen die finanziellen Mittel als einen der zwei wichtigsten Einflussfaktoren für ihre Innovationskraft. Nach Ansicht der GKV hingegen beeinflussen Reformvorhaben die Innovationsmöglichkeiten am stärksten. Laut Vertreter:innen der PKV sind es technische Neuerungen, die das bestehende Angebot besonders positiv beeinflussen.

Die Erwartungen zur Entwicklung der Einflussfaktoren im nächsten Quartal unterscheiden sich je Organisationstyp

Neben der Priorität der einzelnen Einflussfaktoren ist deren erwartete Entwicklung im nächsten Quartal erhoben worden: Erwarten die Teilnehmer:innen eine Entwicklung, die sich positiv oder negativ auf ihren Innovationsspielraum auswirkt?

Die Ergebnisse zu drei ausgewählten Einflussfaktoren – Reformvorhaben, Diversität und Inklusion

sowie Umweltbewusstsein – sind in der unten stehenden Infografik ausführlich dargestellt. Die Auswahl beruht auf folgenden Faktoren: Reformvorhaben werden vor allem von Repräsentant:innen der GKV als besonders einflussreich auf ihren eigenen Innovationsspielraum dargestellt. Diversität und Inklusion ebenso wie Umweltbewusstsein sind derzeit häufig diskutierte Themen (siehe Artikel „Zukunftsthema ESG – Herausforderung und Erfolgsfaktor für die GKV“). Deshalb werden auch diese Daten im Detail erläutert.

Reformvorhaben. Bei der Frage, inwieweit aktuelle Reformvorhaben die Innovationsmöglichkeiten im nächsten Quartal verändern, gehen die Meinungen auseinander – und zwar nicht nur zwischen den verschiedenen Akteuren, sondern teilweise auch innerhalb der Organisationstypen. Einige Befragte erwarten, dass geplante Reformvorhaben ihre Innovationsmöglichkeiten deutlich verbessern, andere sagen, dass sich ihre Möglichkeiten dadurch verschlechtern. Innerhalb der Gruppe von Befragten aus der GKV, die den Einfluss von Reformvorhaben auf eine bedarfsorientierte Gestaltung als äußerst hoch einstufen, tritt die Kontroverse besonders stark zutage: 10% erwarten eine deutliche Verbesserung der Möglichkeiten, das Angebot anzupassen, und 50% eine Verbesserung. Dagegen stehen 30%, die keine Veränderung erwarten, bzw. 10%, die von einer Verschlechterung der Möglichkeiten ausgehen.

Diversität und Inklusion. Das Thema Diversität und Inklusion genießt eine starke mediale Aufmerksamkeit; es gilt als ein wichtiger Aspekt für die Profitabilität einer Organisation⁸ und trägt zum Nachhaltigkeitsbestreben einer Organisation bei. Es überrascht also, dass fast die Hälfte der Befragten aus GKV, Start-ups und Private-Equity-Firmen keine Veränderung für das nächste Quartal erwartet. Auf der anderen Seite rechnen vor allem Befragte aus der PKV und von Providern mit einer positiven Veränderung.

Umweltbewusstsein. Umweltbewusstsein ist ein weiteres Thema, das große mediale Aufmerksamkeit findet und bei dem die Gesellschaft umzudenken beginnt (siehe Artikel „Zukunftsthema ESG – Herausforderung und Erfolgsfaktor für die GKV“). Die Mehrzahl der Deutschen hält Umwelt- und Klimaschutz für sehr wichtig.⁹ Auch im Gesundheitssektor formulieren erste Unternehmen ihre Prioritäten in Bezug auf Umweltbewusstsein und kommunizieren

Für die GKV sind Reformvorhaben der wichtigste Einflussfaktor auf ihre Innovationsmöglichkeiten

⁸ <https://www.mckinsey.de/news/presse/2020-05-19-diversity-wins>

⁹ <https://www.umweltbundesamt.de/themen/nachhaltigkeit-strategien-internationales/umweltbewusstsein-in-deutschland>

dies entsprechend. So ist Teva das erste pharmazeutische Unternehmen, das eine an Nachhaltigkeit gekoppelte Anleihe ausgibt. Sie ist sowohl an Klimaziele als auch an den Zugang zu Medikamenten gebunden.¹⁰



Interview mit Ariel Dora Stern, ab Seite 18
Associate-Professorin an der Harvard Business School

„Umweltbewusstsein wird in Zukunft für alle Akteure immer wichtiger, weil es für Konsumenten immer wichtiger wird.“
#GoGreen

Für 60 bis 80% der Umfrageteilnehmer:innen je Organisationstyp steht Umweltbewusstsein im Fokus ihrer Organisation; sie rechnen hier mit (deutlichen) Verbesserungen im nächsten Quartal. Die übrigen Befragten gehen von keiner Veränderung aus. Beim Umweltbewusstsein in Bezug auf das eigene Angebot gehen die Erwartungen bei den unterschiedlichen Organisationstypen etwas weiter auseinander. So erwarten beispielsweise 80% der GKV-Führungskräfte eine (deutliche) Verbesserung des Umweltbewusstseins in ihrer Organisation, während nur 50% eine (deutliche) Verbesserung des Angebots erwarten.

Im Sinne der Nachhaltigkeit wäre es wünschenswert, hier einen noch stärkeren Fokus bzw. eine noch positivere Entwicklung zu sehen. Allerdings bleibt festzuhalten, dass niemand mit einer Verschlechterung der aktuellen Situation rechnet.

Nicht alle Ergebnisse zur erwarteten Entwicklung der Einflussfaktoren sind in der Infografik auf den Folgeseiten dargestellt. Der Vollständigkeit halber folgen hier daher einige Anmerkungen zu den übrigen Ergebnissen:

Digitalisierung. Zum Thema Digitalisierung herrscht eine einheitlichere Meinung. Die meisten Befragten erwarten (deutlich) mehr Digitalisierung. Die Teilnehmer:innen mit GKV-Hintergrund sind sich hier besonders einig: Alle gehen davon aus, dass die Digitalisierung sowohl intern als auch bei ihrem Angebot (deutlich) zunehmen wird. Da die Digitalisierung ein wichtiger Trend ist und die Innovation im Gesundheitswesen vorantreibt, ist dieses Ergebnis sehr positiv. Die Entwicklung ist ebenso wie die Erwartungshaltung auch auf die COVID-19-Pandemie zurückzuführen: Sie hat bewirkt, dass die Gesellschaft einerseits mehr Digitalisierung erwartet, andererseits aber auch vermehrt bereit ist, digitale Angebote anzunehmen.

Neuerungen. Fast alle Organisationen rechnen mit nennenswerten Neuerungen (z.B. in medizinischer und technischer Hinsicht), die ihre Innovationsmöglichkeiten verbessern. 100% der Befragten aus Private-Equity-Unternehmen und PKV gehen davon aus, dass Neuerungen die Innovationsmöglichkeiten verbessern werden. Bei GKV und Start-ups sind es 80% und bei Providern 85%. Negative Veränderungen erwarten allein Befragte von Providern – und selbst von diesen lediglich 5%.

Kund:innen. Auch hier rechnen fast alle Organisationen mit höheren Kundenerwartungen – sowohl in Bezug auf mehr als auch auf bessere Leistung. In allen Teilnehmergruppen gehen mindestens 70% der Befragten von einem Anstieg der Leistungen und Funktionalitäten aus. Bezüglich besserer Leistungen und Funktionalitäten rechnen 70 bzw. 60% der Befragten aus GKV und PKV mit einer Erhöhung und rangieren damit am unteren Ende der Erwartungen. Bei Start-ups sind es 80%, bei Providern 90% und bei Private Equity sogar 100% der Befragten, die von einem höheren Anspruch der Kund:innen ausgehen. Vor allem Befragte aus GKV, Start-ups und Private-Equity-Firmen scheinen an ihrem Angebot zu arbeiten, da sie eine höhere Kundenzufriedenheit erwarten. 70% der Befragten mit GKV-Hintergrund, 90% der Befragten von Start-ups und 100% der befragten Private-Equity-Führungskräfte rechnen hier mit einer erhöhten Kundenzufriedenheit – im Vergleich zu 40% der Befragten aus PKV und 55% von Providern.

Fachkräfte. Beim Thema Fachkräfte vermuten viele Organisationen einen zunehmend härteren Kampf um diese immer knapper werdende Ressource. So erwarten 65% der befragten Provider eine (deutliche) Verschlechterung bei der Suche nach Fachkräften. Bei der GKV rechnen noch 50% der Befragten mit einer (deutlichen) Verschlechterung ihrer Möglichkeiten. Etwas besser sieht es aus, wenn Fachkräfte für eine Organisation gewonnen werden sollen, nachdem sie identifiziert worden sind. Hier rechnen viele Umfrageteilnehmer:innen mit einer Verbesserung der Lage.

Finanzielle Mittel. Beim Thema Finanzen driften die Erwartungen für das kommende Quartal auseinander. Insbesondere Private-Equity-Firmen und Start-ups sind positiv gestimmt, Vertreter:innen der GKV erwarten eher negative Entwicklungen.

¹⁰ <https://dup-magazin.de/management/strategie/das-grosse-ziel-lautet-ethische-gesundheitspolitik/>

III. Die Ergebnisse der Umfrage sollten in konkrete Maßnahmen münden

Aus den Ergebnissen der Umfrage lassen sich Maßnahmen ableiten, die auf eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung hinwirken. Dabei handelt es sich zum einen um solche, die auf Ebene des Marktes von der Politik umgesetzt werden können, zum anderen um Maßnahmen, die jede Organisation individuell im Rahmen ihrer rechtlichen Möglichkeiten realisieren sollte.

Zu den Maßnahmen auf Marktebene zählen:

1. **Reformvorhaben** so gestalten, dass sie den Weg hin zu mehr Innovation für verschiedene Unternehmenstypen im Gesundheitssystem ebnen.
2. **Neuerungen** und Weiterentwicklungen schnell und transparent für alle Marktteilnehmer sichtbar und nutzbar machen.
3. Den Markt für **Fachkräfte** einfacher zugänglich und attraktiver gestalten sowie die Suche nach Fachkräften erleichtern.

Zu den Maßnahmen auf Ebene einzelner Organisationen gehören:

1. Die **finanziellen Mittel** durch eine entsprechende Geschäftsjahresplanung stärker auf Innovationsmöglichkeiten ausrichten und einen Puffer für schwächere Jahre einplanen.

2. Das **Umweltbewusstsein** einer Organisation erhöhen, und zwar durch die Anpassung der Organisationsinfrastruktur (Fahrzeugflotten, Heizungssysteme, Homeoffice-Möglichkeiten etc.) sowie der Verhaltensweisen des Personals (Treppe statt Aufzug, vegetarische Mahlzeiten etc.).
3. **Diversität und Inklusion** mit Hilfe von gezielter Förderung und Einstellung diverser Talente in der Organisation auf allen Hierarchieebenen vorantreiben.

IV. Ausblick: Verstetigung der Umfrage soll die Veränderung von Erwartungen zum Innovationspielraum darstellen

Es ist geplant, aus der Umfrage im nächsten Schritt einen „Chancen-Index“ zu entwickeln, mit den Ergebnissen von Juni 2022 als Basiswert. Die Umfrage wird vierteljährlich wiederholt; die Ergebnisse werden in Relation zum Basiswert gesetzt. Die Darstellung soll zum einen die Entwicklung des Innovationspielraums im Zeitverlauf veranschaulichen. Zum anderen lassen sich Maßnahmen passgenau ableiten, um Innovationen im Gesundheitswesen langfristig zu ermöglichen und zu unterstützen.



Echte Innovationen erfordern den Ausbruch aus bestehenden Strukturen. Das hat bereits Henry Ford erkannt: „Wenn ich die Menschen gefragt hätte, was sie wollen, hätten sie gesagt: schnellere Pferde.“ Es gilt also, für dieses Ausbrechen die Weichen zu stellen und die erforderlichen Rahmenbedingungen zu schaffen. Es wird spannend sein zu verfolgen, wie aus der jeweiligen Perspektive verschiedener Akteure im Gesundheitssystem Innovationen getrieben und über die Rahmenbedingungen gefördert werden können. Wünschen wir ihnen also nicht nur „schnellere Pferde“, sondern auch die Möglichkeit, Gesundheitsversorgung neu zu denken.

Ausgewählte Ergebnisse der Online-Umfrage zum Innovationsspielraum im Gesundheitswesen¹

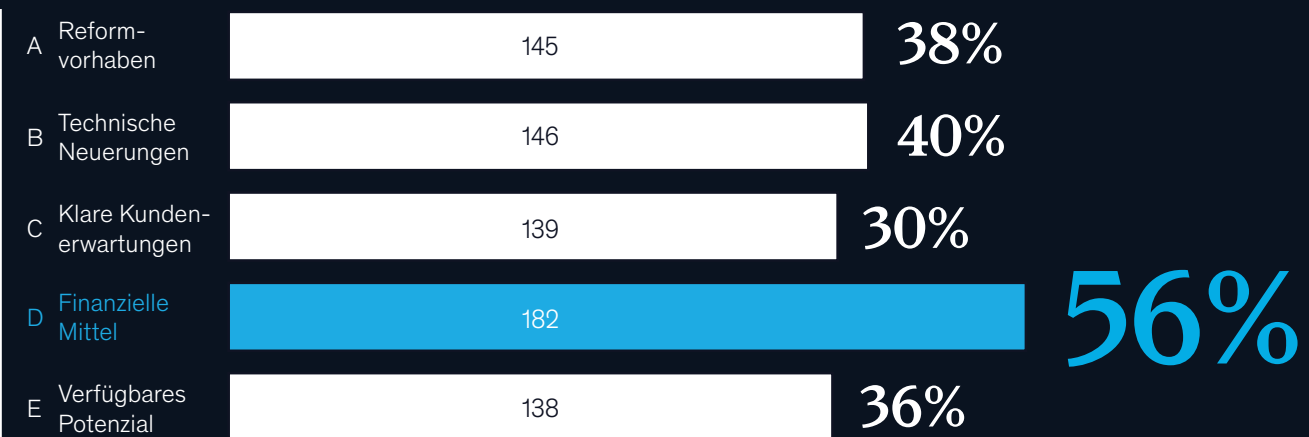
Teilnehmende je Organisationstyp, GKV (10), PKV (5), Provider (20), Start-up (10), Private Equity (5)



Finanzielle Mittel sind insgesamt der wichtigste Faktor, Versorgung bedarfsgerechter zu gestalten

Welcher Faktor hat Ihrer Ansicht nach den größten Einfluss darauf, ob Sie Ihr Angebot im Gesundheitsmarkt noch bedarfsorientierter gestalten können? Bitte bewerten Sie von 1 - 5 (5 = höchster Einfluss)

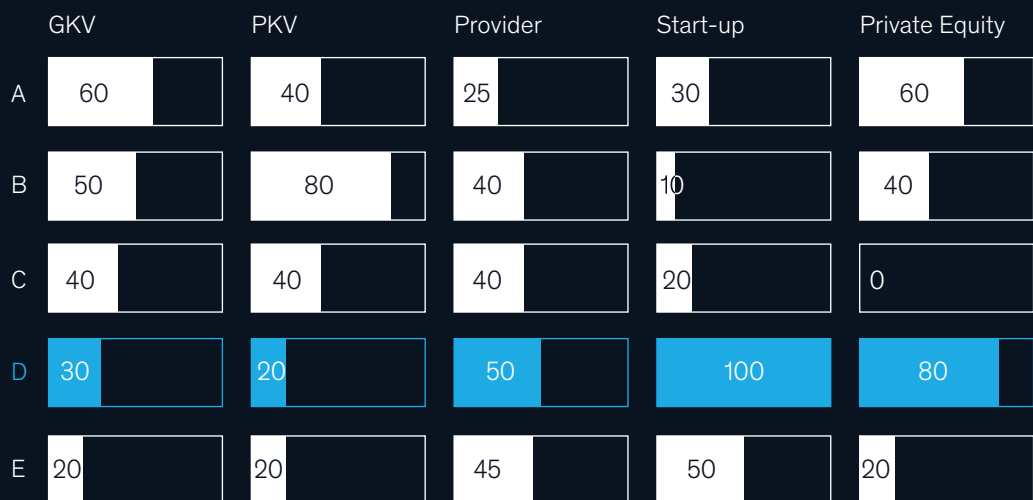
Summe der abgegebenen Bewertungspunkte von 1 - 5 je Faktor; Prozentanteil an Teilnehmenden je Faktor, die diesen unter ihren Top-2-Prioritäten nennen



Vor allem für Start-ups und Private-Equity-Firmen sind finanzielle Mittel unter den Top-2-Einflussfaktoren, für die GKV haben Reformvorhaben den größten Einfluss auf ihr Angebot

Prozentanteil an Teilnehmenden je Faktor, die diesen unter ihren Top-2-Prioritäten nennen

Detailbetrachtung



¹ Die hier verwendeten Kennzahlen sind das Ergebnis einer gemeinsamen Umfrage von McKinsey und NewtonX (von Juni 2022)

Quelle: McKinsey

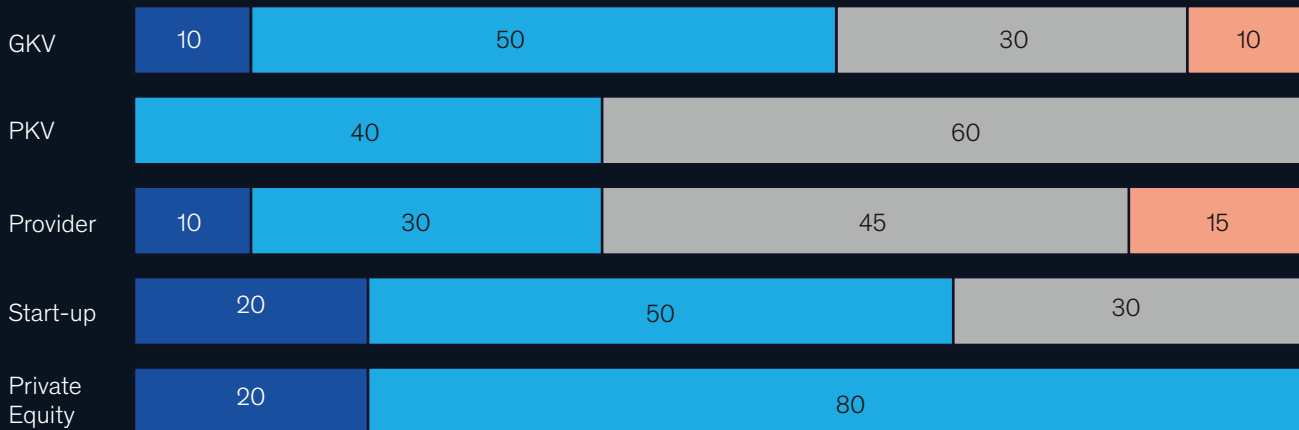
Antworten mit der Einschätzung für das nächste Quartal (Juli - September 2022), in Prozent

■ Deutliche Verbesserung ■ Verbesserung ■ Keine Veränderung ■ Verschlechterung ■ Deutliche Verschlechterung



Reformvorhaben tragen nicht alle zur Verbesserung von Innovationsmöglichkeiten bei

Wie dürften sich derzeit geplante gesetzliche Vorhaben auf die Innovationsmöglichkeiten Ihres Angebots auswirken?



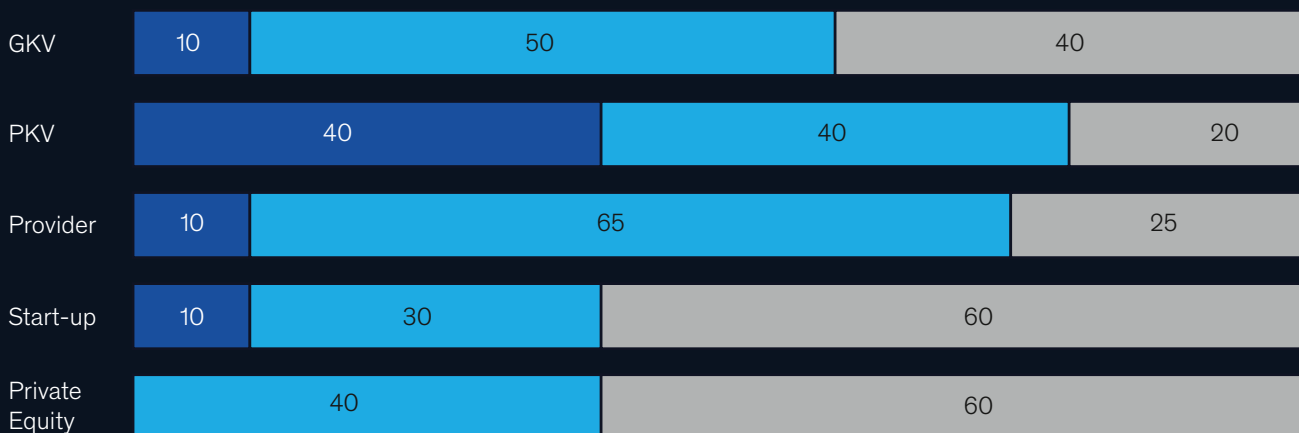
„Reformvorhaben sind eine Seite. Wichtiger ist ihre Umsetzung. Hier können die Erwartungen der Akteure auseinandergehen.“

Ariel Dora Stern



Vor allem PKV und Provider rechnen mit positiver Entwicklung der Diversität und Inklusion

Wie entwickeln sich voraussichtlich Diversität und Inklusion innerhalb Ihrer Organisation?



Quelle: McKinsey

Antworten mit der Einschätzung für das nächste Quartal (Juli - September 2022), in Prozent

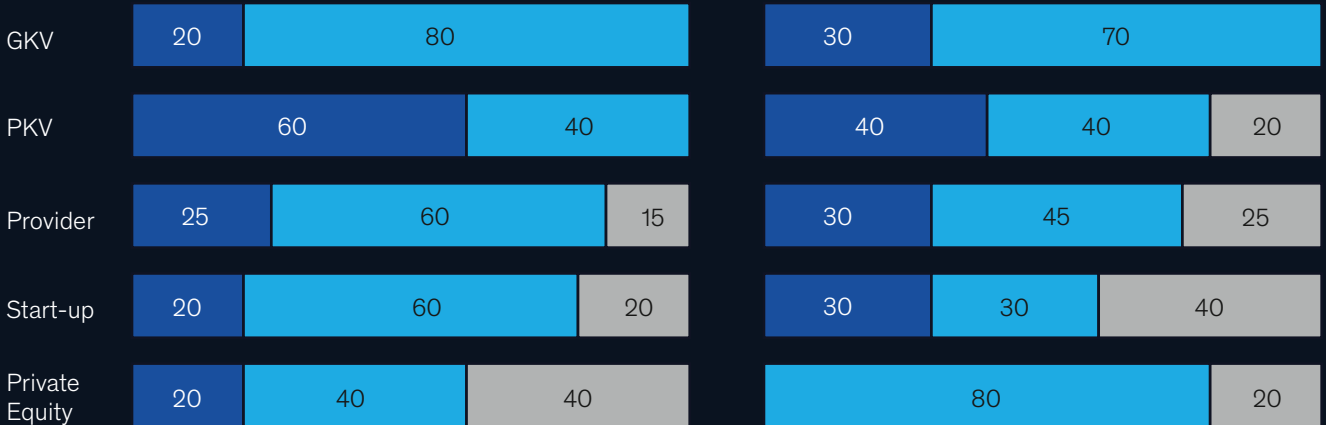
■ Deutliche Verbesserung
 ■ Verbesserung
 ■ Keine Veränderung
 ■ Verschlechterung
 ■ Deutliche Verschlechterung



Bei allen Organisationstypen wird deutlich mehr Digitalisierung erwartet – interne Digitalisierung scheint stärker im Fokus zu stehen

Wie entwickelt sich voraussichtlich die Digitalisierung innerhalb Ihrer Organisation?¹

Wie entwickelt sich voraussichtlich die Digitalisierung Ihres Angebots?²



„Eine Basisdigitalisierung ist wichtig, um innovative Ansätze und Produkte anwenden zu können. Hier gibt es Nachholbedarf.“

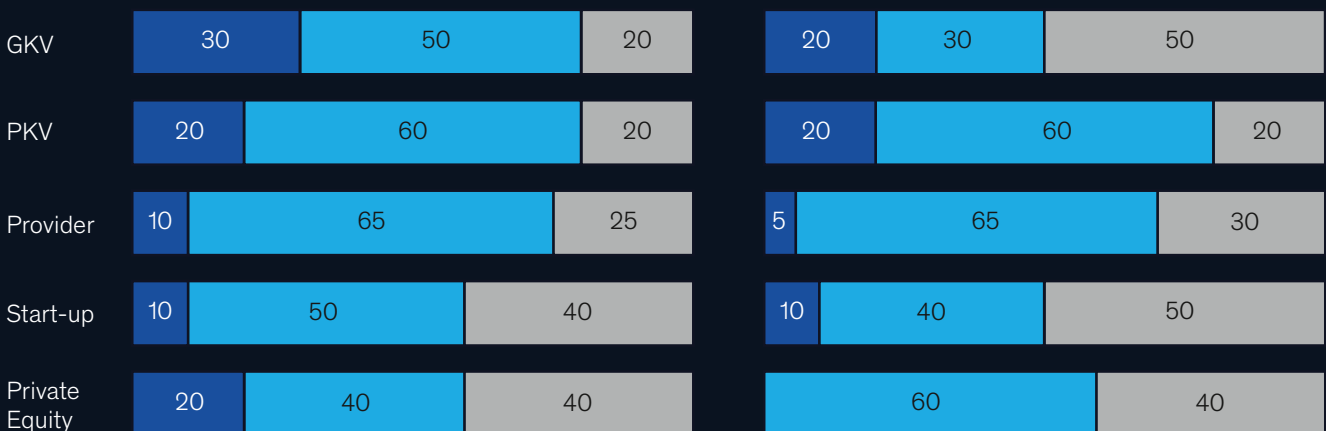
Ariel Dora Stern



Umweltfreundlichkeit steht beim Angebot vermehrt im Fokus; es werden aber auch intern positive Veränderungen erwartet

Wie entwickelt sich voraussichtlich die Umweltfreundlichkeit innerhalb Ihrer Organisation?³

Wie entwickelt sich voraussichtlich die Umweltfreundlichkeit Ihres Angebots?⁴



1 Z.B. papierlose Prozesse, Video Conferencing, (semi-)automatisierte Abrechnung

2 Z.B. digitale Kommunikationskanäle zur Kundschaft, digitale Versorgungsangebote, digitale Abrechnung/Bezahlung nach Inanspruchnahme des Angebots

3 Z.B. Recycling, Energie- und Wassersparmaßnahmen

4 Z.B. Vorgaben an Lieferanten, Kreislaufwirtschaft, Recycling, nachhaltige Beschaffung

Quelle: McKinsey

Der Austausch der Akteure befeuert Innovation



Ariel Dora Stern

Associate-Professorin an der Harvard Business School

Ariel Dora Stern ist Associate-Professorin für Business Administration an der Harvard Business School sowie Gastdozentin am Hasso-Plattner-Institut, das zur Universität Potsdam gehört. Ihre Forschung konzentriert sich auf die Bereiche Technologiemanagement und Innovation im Gesundheitswesen. Im Rahmen ihrer Projekte betrachtet sie regulatorische, strategische und ökonomische Aspekte des Gesundheitswesens, mit besonderem Fokus auf den Treibern neuer Produktentwicklungen sowie Annahme und Nutzung neuer medizinischer Technologien.

Frau Professor Stern, was bedeutet für Sie Innovation im Gesundheitswesen?

Innovation kann vielfältig interpretiert werden. Es kann sich dabei um völlig neue Technologien handeln, die ein medizinisches Problem lösen, oder um einen neuartigen Einsatz bestehender Technologien. Aktuell wird zum Beispiel die Patientenbetreuung durch „Remote Monitoring“ bequemer und besser gestaltet. Innovation muss aber nicht zwangsläufig auf rein medizinische Lösungen begrenzt sein: Sie kann auch auf der übergeordneten, operativen oder systemischen Ebene stattfinden. Ein Beispiel ist der Bereich Zahlungssysteme, hier kann man Abrechnungs-

grundlagen im Sinne von Value-Based Healthcare verändern. Und zu guter Letzt kommt Innovation auch auf regulatorischer Ebene vor, wie etwa bei DiGA Fast Track, dem Prüfverfahren für neue digitale Gesundheitsleistungen.

Grundsätzlich können wir festhalten: Echte Innovationen bewirken eine schnellere und effizientere Versorgung, die für Patientinnen und Patienten angenehmer ist – Stichworte sind hier Ambulantisierung und Bedürfnisorientierung. Und nicht zuletzt kann Innovation die Versorgung wirtschaftlicher machen. Dann müssen Erkrankte nach einer OP nämlich nicht mehr exakt fünf Nächte im Krankenhaus verbringen, sondern vielleicht nur ein

oder zwei Nächte. So gesehen bewirken Innovationen positive Veränderungen für alle Beteiligten.

Wo steht Deutschland aus Ihrer Perspektive im internationalen Vergleich bei Innovation im Gesundheitswesen?

Das lässt sich so pauschal gar nicht beantworten, es kommt auf den jeweiligen Kontext an: In der Krankenhausdigitalisierung liegt Deutschland wahrscheinlich mehr als zehn Jahre hinter den USA zurück. In anderen Bereichen, zum Beispiel den Digitalen Gesundheitsanwendungen, ist Deutschland hingegen der absolute Vorreiter. Auch in der Medizintechnik tummeln sich einige deutsche Marktführer und Innovationstreiber.

Schade ist nur, dass durch die mangelnde Basisdigitalisierung innovative Lösungen nicht immer sofort und reibungslos ins System integriert werden können. Ich denke da etwa an die elektronische Patientenakte, deren Einführung sich in die Länge zieht. Andererseits: Man muss nicht in jedem Aspekt innovationsführend sein. Es kann durchaus hilfreich sein, von den Erfahrungen anderer Länder zu lernen. So wie andere Länder derzeit vom deutschen DiGA-Prozess lernen können.

Wo und was kann Deutschland sich in Sachen Innovation im Gesundheitswesen abschauen?

Ich bin ein großer Fan von, wie ich sie nenne, „Policy Innovations“. Ich glaube, regulatorisch kann man einiges bewirken und durch entsprechende Anpassungen und Programme richtige Innovationsschübe hervorrufen. In den USA kann man das am Beispiel des HITECH Act¹¹ von 2009 sehr gut sehen: Dieses Finanzpaket war der Startschuss für die Krankenhausdigitalisierung, weil es die Krankenhäuser in der richtigen Weise incentiviert hat. Solche klaren Anreize und Schübe durch den Regulator hat es erst vor einigen Jahren gegeben. Das hat aber natürlich den Vorteil, dass wir aus den Startschwierigkeiten der anderen lernen können.

Ein weiterer Aspekt, den Deutschland ganz anders handhabt als zum Beispiel die USA, ist der Datenschutz. Der bremst in Deutschland Digitalisierung und damit Innovation häufig aus. Ich denke aber, dass wir auch bald kreative Lösungen im deutschen und im weiteren europäischen Raum sehen werden, die diesen Schmerzpunkt vermindern werden.

Zu guter Letzt finde ich Beispiele aus den USA sehr spannend, in denen private Krankenkassen in Start-ups investiert haben, weil sie so überzeugt davon waren, dass deren Lösung das System für alle verbessern wird. Die eingesparten Kosten durch die innovativen Angebote der Start-ups werden dann geteilt. Das funktioniert in Deutschland natürlich alles etwas anders, aber echte Versorgungslücken oder -herausforderungen ins Visier zu nehmen, sollte Basis jeder Innovation sein.

In einer aktuellen McKinsey-Umfrage bewerten die Vertreter:innen verschiedener Akteure die Einflussfaktoren auf ihre Innovationsmöglichkeiten unterschiedlich. Vor allem für Start-ups und Private-Equity-Firmen sind die finanziellen Mittel wichtig, für die GKV hingegen geplante Reformvorhaben. Überrascht Sie das?

In einem Wort: nein. Es überrascht mich nicht, dass jede Partei ihre eigenen Schmerzpunkte besonders hervorhebt. Was ich aus meiner Forschungsarbeit aber sagen kann: Echte Innovationsbewegung kommt immer dann zu Stande, wenn Schmerzpunkte in Win-win-Situationen beseitigt werden.

Heißt das, Sie halten den Austausch an den Schnittstellen und das Verständnis füreinander für den wichtigsten Einflussfaktor, wichtiger noch als Reformen?

Die Grundlagen im Sinne von Reformen müssen schon gegeben sein. Daher halte ich diesen Faktor für sehr wichtig. Aber den Austausch zwischen den Akteuren und den Aufbau eines gegenseitigen Verständnisses von Schmerzpunkten und Herausforderungen halte ich für unabdingbar, um Innovation zu befeuern. Erfolgreiche Digital-Health-Firmen in den USA lösen zum Beispiel Herausforderungen im Management von chronischen Krankheiten, etwa für Nierenleiden oder Herzkrankheiten. Hier wurden Angebote entwickelt, die den Krankenkassen helfen, in den betreffenden Bereichen Kosten zu reduzieren. Zugleich haben sie einen großen Nutzen für die Versicherten da sie die Qualität der Versorgung verbessern. Somatus ist so ein Start-up: Seine Produkte verhindern, dass Nierenkranke eine Dialyse benötigen, oder sie zögern den Zeitpunkt der Dialysebehandlung zumindest stark hinaus. Das entlastet zum einen die Krankenkassen und bewirkt zum anderen eine enorme Verbesserung für die Erkrankten.

¹¹ HITECH Act steht für Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act. Hier wurden etwa 25 Mrd. USD für den Ausbau und die Umsetzung von Informationstechnologie im Gesundheitswesen bereitgestellt.

Wie funktioniert in anderen Teilen der Welt die Kommunikation an diesen Schnittstellen? Gibt es Modelle, die sich auf Deutschland übertragen lassen?

Da gibt es durchaus einige: Ich arbeite beispielsweise viel mit der Digital Medicine Society in den USA zusammen. Das ist eine Non-Profit-Organisation, die ihre Aufgabe darin sieht, die ver-

In Deutschland fehlt eine institutionalisierte Plattform zum Austausch der Akteure

schiedenen Akteure im Gesundheitssystem zusammenzubringen. Dort hat man recht früh erkannt, dass gerade in der digitalen Medizin dieser Austausch extrem wichtig ist. Da sitzen

dann wirklich alle an einem Tisch – von Professor:innen über die FDA, Pharma- unternehmen, Medizintechnikunternehmen bis hin zu Start-ups – und besprechen ganz offen ihre Fragen und Schmerzpunkte.

In Deutschland gibt es Fachgesellschaften oder interdisziplinäre Veranstaltungen, die den Weg langsam ebnen und den Austausch fördern. Aber wirklich institutionalisiert ist keine dieser Plattformen. Dabei ist es überaus wichtig, ein Verständnis füreinander und für das System zu gewinnen: Akteure, die Lösungen entwickeln, müssen verstehen, wie das System und die anderen Akteure im System funktionieren.

Die GKVn sind sich laut Umfrageergebnissen uneins darüber, ob derzeitige Reformvorhaben sich positiv oder negativ auf die Innovationsmöglichkeiten auswirken. Wie lässt sich das erklären?

Das kommt am Ende vermutlich auf die erwartete Umsetzung der Reformen an. Hilfreiche Reformen müssen so umgesetzt werden, dass die Akteure im System, zum Beispiel die Krankenkassen, auch sinnvoll damit arbeiten können. Die Umsetzung muss den Akteuren Spielraum gewähren, um kreativ zu sein und innovativ zu arbeiten. Das in der Umfrage festgestellte Spektrum an Erwartungen hat vermutlich einen einfachen Grund: Es lässt sich noch nicht genau sagen, wie die Umsetzung von Reformvorhaben tatsächlich aussieht.

Wie schätzen Sie die Innovationsmöglichkeiten ein und wo sehen Sie deshalb das deutsche Gesundheitssystem in zehn Jahren?

Ich wünschte, ich hätte eine Glaskugel ... Die wichtige Basisdigitalisierung nimmt, auch durch

die COVID-19-Pandemie, Fahrt auf. Gleichzeitig schadet es nicht, sich an der einen oder anderen Stelle mehr Gedanken zu machen, um langfristig tragfähige Lösungen umzusetzen. In den USA kostet fehlende Interoperabilität aus dem HITECH Act jedes Jahr Milliarden. Hierzulande aus diesem Aspekt zu lernen und ihn gut zu durchdenken, ist also ein Vorteil.

Bei Angeboten in der Medizintechnik kann Deutschland seinen First-Mover Advantage sicherlich weiter ausbauen. Schwieriger sieht es da bei Softwarelösungen aus: Ich glaube, je langsamer das Land in der Digitalisierung und auch in Sachen wie Datennutzungsrechten ist, desto schwieriger wird es für Start-ups, auf diesem Gebiet Weltmarktführer zu werden.

Es bleibt auf jeden Fall spannend zu beobachten, was in den nächsten drei bis fünf oder auch zehn Jahren passiert.

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

Das ist schwer. Ich glaube, ich würde mir etwas mehr Offenheit gegenüber neuen Lösungen und auch in der Zusammenarbeit wünschen. Man sollte sich weniger von Dingen abschrecken lassen, die noch nie gemacht wurden oder die erst einmal kompliziert scheinen. Häufig sind das die wirklich vielversprechenden Dinge. Man muss sich dafür auch nicht von wichtigen Regeln abwenden. Beispielsweise muss man nicht den Datenschutz komplett neu erfinden. Man kann aber gegebenenfalls etwas kreativer und mit mehr Neugier darüber nachdenken; sich häufiger fragen, ob man solche Themen nicht neu denken könnte.





Das Gesundheitssystem von morgen – mit Daten und Analytik die Zukunft gestalten

A2

Kostendruck auf die GKV, eine in manchen Regionen unzureichende Versorgungsqualität und mangelnde Ambulantisierung – diese drei Herausforderungen muss das deutsche Gesundheitswesen in Zukunft bewältigen. Wenn hier Verbesserungen gelingen, profitieren davon alle Akteure im System. Dazu sind umfangreiche Veränderungen und intensive Anstrengungen erforderlich. Eine entscheidende Rolle in diesem Prozess spielen Daten und Analytik: Mit ihrer Hilfe können die Akteure Transparenz hinsichtlich des Status quo gewinnen, zukünftige Entwicklungen prognostizieren und konkrete Maßnahmen ableiten.

Wer das Gesundheitssystem in Deutschland zukunftsfest gestalten möchte, muss vor allem drei große Herausforderungen in Angriff nehmen: den kontinuierlichen Anstieg der Kosten (vor allem in der stationären Versorgung), die regional unzureichende stationäre Versorgungsqualität und die zu geringe Ambulantisierung. Das Ziel ist eine qualitätsorientierte und gleichzeitig kosten-

was heute bereits möglich ist – und wie datengetriebene Ansätze den verschiedenen Akteuren im Gesundheitssystem helfen können, künftig bessere Entscheidungen zu treffen.

Im Folgenden werden die Einsatzmöglichkeiten dieser Instrumente skizziert. Wir erläutern in jedem Kapitel zunächst eine der drei bedeutenden Herausforderungen und zeigen dann auf, wie jeweils eines der Instrumente daran ansetzt. Dabei streben wir keine Vollständigkeit an. Vielmehr vermitteln wir einen kompakten Überblick über Funktionsweise, Anwendung und Nutzen daten- und analytikbasierter Ansätze, wenn es um die Reformierung zentraler Bereiche des deutschen Gesundheitssystems geht.



Interview mit Ariel Dora Stern, ab Seite 18
Associate-Professorin an der Harvard Business School

„Innovationen bewirken eine schnellere und effizientere Versorgung, die für Patientinnen und Patienten angenehmer ist – Stichworte sind hier Ambulantisierung und Bedürfnisorientierung.“

#Versorgungsinnovation

bewusste Gesundheitsversorgung – keineswegs eine neue Vision. Neues kommt jedoch bei der Umsetzung ins Spiel: der innovative Einsatz von Daten und Analytik. McKinsey hat hierfür mehrere Instrumente entwickelt, etwa die Hospital Suite, den Healthcare Data Cube sowie prädiktive Analysen, welche die Folgen von Anpassungen des AOP-Katalogs modellieren. Diese Tools zeigen,

I. Steigende Krankenhauskosten bei GKVen in den Griff bekommen – durch datengetriebenes Management mit der Hospital Suite

Im Gesamtsystem der GKV herrscht ein zunehmender Kostendruck. Für das Jahr 2023 wird eine

Finanzierungslücke von mindestens 17 Mrd. EUR prognostiziert¹², maßgeblich verursacht von den Ausgaben für stationäre Behandlungen. Dies führt zu anhaltendem Kostendruck – und damit möglicherweise auch zu neuen Fusionen im GKV-System – sowie zu regulatorischen Änderungen (z.B. zum geplanten GKV-Finanzierungsgesetz). Der Trend zur Konsolidierung erstreckt sich bereits über die zurückliegenden 50 Jahre: Während es 1970 rund 1.815 Krankenkassen gab, sind es 2022 gerade noch 97.¹³

Bereits in den vergangenen Jahren wurden massive Finanzierungszuschüsse geleistet. Waren es 2004 ca. 1 Mrd. EUR durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz, belaufen sich die Zuschüsse im Jahr 2022 auf 28,5 Mrd. EUR, mehrheitlich finanziert durch das Haushaltsbegleitgesetz sowie die Bundeszuschussverordnung und das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG).¹⁴

Gründe für den Kostendruck sind zu großen Teilen der demografische Wandel, die zunehmende Multimorbidität und eine medizinische Überversorgung. So wird der demografische Wandel die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen weiter in die Höhe treiben – 2060 werden 31% der deutschen Bevölkerung 65 Jahre oder älter sein (zum Vergleich: 2030 sind es etwa 22%)¹⁵. Mit zunehmendem Alter erhöhen sich außerdem das individuelle Krankheitsrisiko und die Multimorbidität: Im jungen Erwachsenenalter weist nur etwa jede:r Fünfte (mindestens) eine chronische Krankheit auf, ab einem Alter von 65 Jahren mehr als jede:r Zweite.¹⁶ Unter der Annahme von rund 74,4 Millionen Bundesbürger:innen im Jahr 2060 treffen die steigende Menge an Behandlungen und Pflegebedürftigen sowie die damit einhergehenden Kosten auf eine abnehmende Zahl an Beitragszahlenden. Hinzu kommen weitere Kostentreiber wie eine Ausweitung des Leistungsangebots, die Verwendung innovativer und teurer Behandlungstechnologien sowie hohe Verwaltungskosten in den GKVn.

Größter Kostenblock für die GKVn sind die Krankenhauskosten mit ca. 32% (2021) der Gesamtausgaben. Seit dem Jahr 2010 sind die Ausgaben in diesem Bereich um insgesamt 45% gestiegen.

Auch für die kommenden Jahre wird mit einer weiteren Zunahme der Krankenhauskosten gerechnet. Innerhalb dieses Kostenblocks sind es die stationären Krankenhausbehandlungen, die den größten Teil ausmachen.¹⁷ Zudem werden Krankenhausaufenthalte auch von den Patient:innen oft als belastend erlebt.¹⁸ Eine Überversorgung im stationären Krankenhausbereich wirkt sich also gleich zweifach negativ aus: zum einen auf das Wohlbefinden der Patient:innen, zum anderen auf die Ausgabenstruktur der GKV.

Hier setzt die Analytik an. Sie unterstützt das effektive Management des stationären Krankenhausbereichs und wirkt den genannten negativen Auswirkungen entgegen:

- Die Patientengesundheit wird durch zielgerichtete Versorgungsangebote verbessert, die Hospitalisierungen können reduziert und eine ambulante Unterversorgung kann systematisch abgebaut werden.
- Kosten werden gesenkt, indem überflüssige stationäre Behandlungen vermieden und finanzielle Spielräume für patientenzentrierte, ambulante Versorgungsangebote geschaffen werden.

Die modular aufgebaute McKinsey Hospital Suite legt den Fokus im Krankenhausmanagement auf die Fallvermeidung und das Fallmanagement stationärer Eingriffe. Die drei Module, die wir im Folgenden vorstellen, schaffen Transparenz hinsichtlich der Bedarfs- und Versorgungssituation und legen damit die Basis für eine passgenaue Maßnahmenentwicklung zur Verbesserung der Versorgung. Ergänzend bietet die Hospital Suite eine umfangreiche Rechnungsprüfungsanalytik.

Entwicklung gezielter Maßnahmen auf Basis eines holistischen Benchmarkings

Beim Krankenhaus-Benchmarking-Modul handelt es sich um ein Diagnosewerkzeug, das ein objektives und indikationsbezogenes Benchmarking der Fallzahlen und Kosten im Vergleich zur GKV erlaubt. Dabei werden Struktur (Alter und Geschlecht der Versicherten) und Regionalität der jeweiligen

¹² Aktuelle Schätzungen belaufen sich auf 17 Mrd. EUR bis 35 Mrd. EUR, veröffentlicht vom GKV Spitzenverband (ca. 17 Mrd. EUR) bzw. von Expert:innen unter Berücksichtigung der Auswirkungen des Ukrainekonflikts.

¹³ https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp#:~:text=Waren%20es%201970%20noch%201815,Januar%202022

¹⁴ https://www.vdek.com/presse/daten/c_einnahmen-ausgaben.html

¹⁵ <https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/index.html#ly=2060>

¹⁶ https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/08_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile

¹⁷ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse.html>

¹⁸ <https://www.sueddeutsche.de/gesundheitsstudie-teure-diagnosen-1.2520142>

Kasse berücksichtigt. Das Modul schafft Transparenz und ermöglicht ein ganzheitliches Verständnis der Indikationen sowie der damit verbundenen Kostenstruktur, die eine Abweichung vom GKV-Durchschnitt verursacht. Die Diagnostik wird durch eine interaktive Visualisierung in einem multidimensionalen Dashboard gestützt.

Auffälligkeiten bei den Krankenhaus-Fallzahlen können hinsichtlich der Hauptdiagnosen ebenso wie Regionen und Altersgruppen festgestellt werden. Auf Grund der Adjustierung nach Alter, Geschlecht und Region werden Einflussfaktoren auf stationäre Fallzahlen klar voneinander getrennt und lassen dadurch beispielsweise einen Rückschluss auf bestimmte Diagnosegruppen zu. Der hierarchische Aufbau des Benchmarking-Moduls erlaubt eine äußerst genaue Untersuchung der Treiber (siehe Schaubild A2.1).

Basierend auf diesen Analysen lassen sich gezielt Maßnahmen für eine bessere Versorgung der Versicherten entwickeln. Beispiele sind eine optimierte Steuerung der Patient:innen hin zu ambulanten Angeboten, eine bedarfsgerechte Primär- bzw. Sekundärprävention oder Selektivverträge zum Ausbau der ambulanten Versorgung.

Prädiktive Analytik zur Ermittlung individueller Bedarfe und Konzeption zielgerichteter Versorgungsangebote

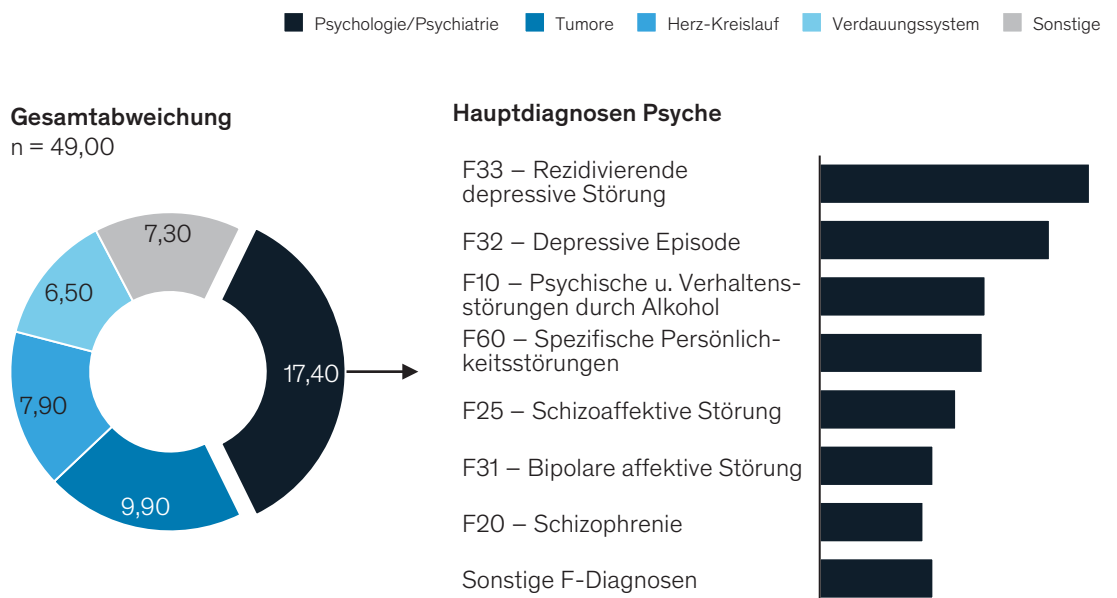
Ergänzt wird die Diagnostik allgemeiner Entwicklungen in der Krankenhausbehandlung durch ein Analytikmodul zur Ermittlung individueller Bedarfe. Mit Hilfe eines indikationsagnostischen Machine-Learning-Verfahrens lassen sich Vorhersagen zum Hospitalisierungsrisiko einzelner Versicherter treffen. Mit einer mehr als dreimal so großen Vorhersagegenauigkeit ist der Algorithmus einer regelbasierten Auswahl an Versicherten deutlich überlegen. Dieses Verfahren ist flexibel – es lässt sich bei ausreichender Datenqualität auf jede beliebige Indikation anwenden.

Beispielsweise lässt sich das individuelle Ersthospitalisierungsrisiko für eine stationäre psychiatrische Behandlung vorhersagen. Dadurch wird es möglich, den Betroffenen passgenaue Maßnahmen anzubieten, etwa ambulante Leistungen. Die präzise Ermittlung von Hochrisikoversicherten optimiert die Chancen auf Teilnahme an Maßnahmen und deren Erfolg – und vermeidet auf diese Weise Ersthospitalisierungen.

Schaubild A2.1

Hospital-Suite-Benchmarking identifiziert konkrete Entwicklungsfelder zur Schaffung ambulanter Angebote

Strukturadjustierte¹ Abweichung der stationären Krankenhausfälle der Beispielkasse zum GKV-Erwartungswert, in Tsd.



¹ Berücksichtigung der Struktur der Versicherten nach Alter, Region und Geschlecht

Quelle: McKinsey Hospital Suite

Vermeidung nicht indizierter stationärer Eingriffe und nachhaltige Steuerungseffekte durch Klinik-Fallmanagement-Analytik

Die Versorgung wird nicht nur durch Maßnahmen verbessert, die am eigenen Angebot der Krankenkassen ansetzen, sondern auch durch solche, die einem strukturellen Ungleichgewicht in der Versorgung entgegenwirken. Bei der Krankenhausversorgung ist in diesem Zusammenhang das Missverhältnis von stationär durchgeführten Eingriffen zu nennen, die sich in der Regel ambulant durchführen lassen (Eingriffe der Kategorie 1 nach AOP-Katalog). Ein gezieltes Benchmarking kann Regionen oder Klinikgruppen ermitteln, die eine überdurchschnittlich hohe Quote an stationären Behandlungen bei bestimmten Indikationen aufweisen (siehe Schaubild A2.2).

Vor allem große Divergenzen dieser Quote sind ein Hinweis auf nicht indizierte stationäre Eingriffe. Mit diesem Wissen können Krankenkassen auf eine optimierte Versorgung ihrer Versicherten hinarbeiten – und nicht medizinisch begründete stationäre Aufenthalte vermeiden. Denkbare Ansätze zur Verbesserung der regionalen Versorgungssituation sind Selektivverträge mit ambulanten Anbietern im Fall von Eingriffen außerhalb des Leistungskatalogs. Geeignete Informationsmaterialien über Behandlungsmethoden können Versicherte darüber hinaus dabei unterstützen, eine wohlüberlegte Entscheidung bezüglich ihrer Gesundheitsversorgung zu treffen.

II. Regionale Versorgungssituation verbessern – mit Transparenz durch den Healthcare Data Cube

Eine Bestandsaufnahme der Versorgungsqualität in Deutschland ergibt, dass mit der hohen Zahl an Krankenhausbetten nicht unbedingt eine bessere Versorgungsqualität einhergeht. So führen bundesweit rund 40% der Kliniken Eingriffe durch, für die sie nicht die jeweiligen gesetzlichen Mindestmengen an Eingriffen erreichen.¹⁹ Dadurch steigt die Inzidenz von vermeidbaren Komplikationen und Todesfällen. Zu Abstrichen in der Versorgungsqualität kommt es zudem durch ungenügende Konzentration und Spezialisierung von Versorgungseinrichtungen im ambulanten und stationären Bereich.

Besonders deutlich wurden diese Mängel in der Pandemie: 25% aller COVID-19-Patient:innen mussten aus Kliniken verlegt werden. Diese hatten zwar freie Betten auf der Intensivstation, konnten aber keine angemessene Behandlung sicherstellen. Das ist keine Ausnahme: Auch unabhängig von COVID-19 kommt es jährlich zu 770.000 Verlegungen aus Häusern, die personell oder technisch nicht in der Lage sind, die aufgenommenen Patient:innen zu behandeln.

Mehr als die Hälfte der deutschen Krankenhäuser sind kleine Einrichtungen mit weniger als 200 Betten. Viele dieser Kliniken sind nicht adäquat gerüstet; es fehlen z.B. häufig die Ausstattung und die Erfahrung, um typische Notfälle wie Schlaganfälle oder auch Herzinfarkte zu behandeln. Etwa 30% der Fachabteilungen versorgen ihre Patient:innen, ohne dass ärztliches Fachpersonal rund um die Uhr anwesend ist.²⁰

Um die Versorgung in Deutschland zu verbessern, wird u.a. eine höhere Spezialisierung der Krankenhäuser angestrebt. Seit 2018 greift eine Änderung der Mindestmengenregelung (Mm-R), die ein detailliertes Reporting der Erfüllung von Mindestmengen vorschreibt. Zusätzlich soll das GVG Qualitätsverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern stärken. Diese erlauben es, eine gute Versorgungsqualität besonders zu vergüten; sie sind jedoch bislang erst in vier Bereichen aktiv.²¹ Großes Potenzial bietet die Neuverteilung von Patient:innen, die aktuell eine geringe Behandlungsqualität erleben. Diese Neuverteilung, einhergehend mit einem Abbau von Überkapazitäten, wird bereits seit vielen Jahren gefordert. Häufig wird in diesem Zusammenhang auch der Ruf nach einer vermehrten Ambulantisierung von Behandlungen laut.

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

Der von McKinsey entwickelte Healthcare Data Cube unterstützt die Akteure im Gesundheitswesen dabei, Antworten auf diese Fragen zu finden.

¹⁹ https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SG_Krankenhaus-Landschaft_final.pdf

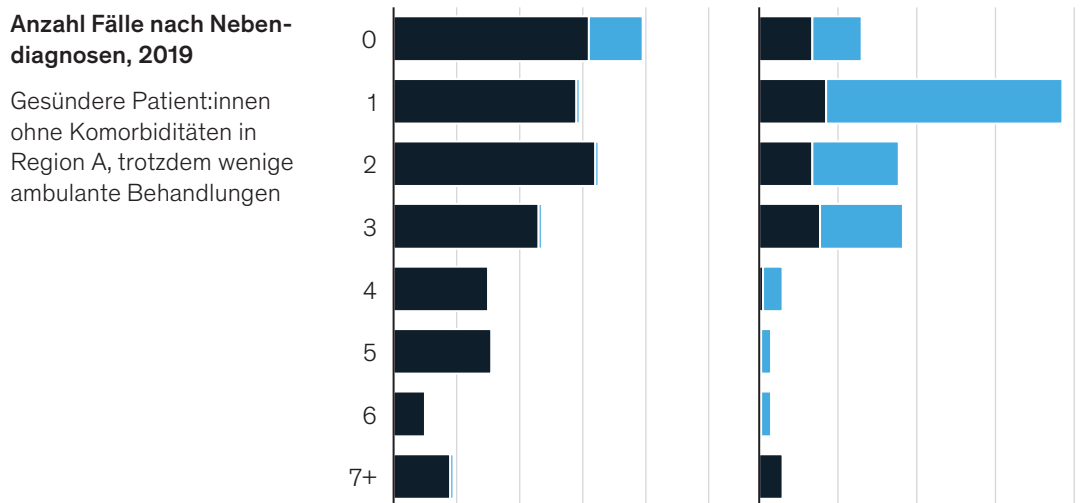
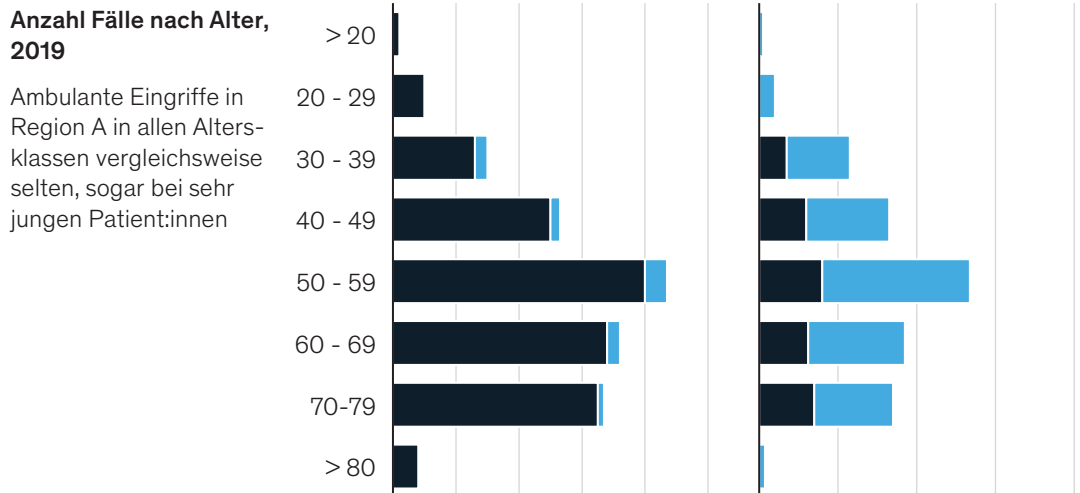
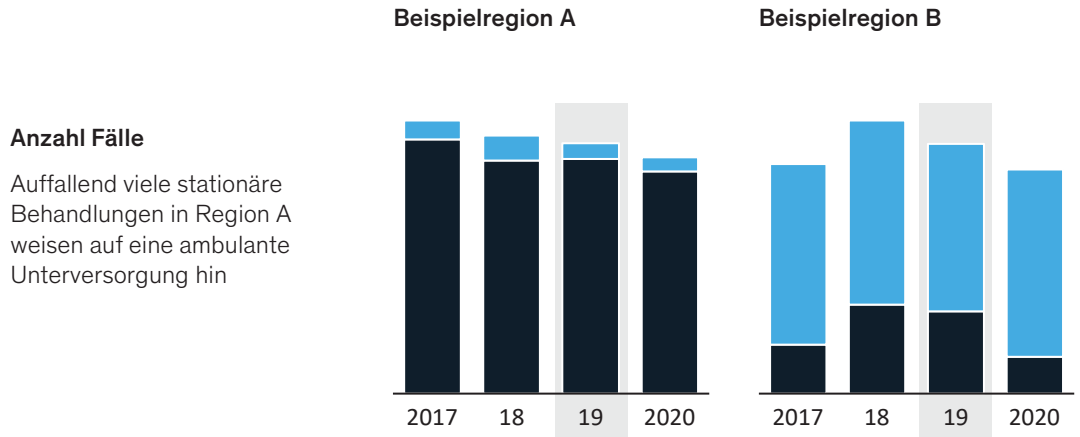
²⁰ https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SG_Krankenhaus-Landschaft_final.pdf

²¹ Endoprothetische Gelenkversorgung, Prävention postoperativen Delirs bei geriatrischen Patient:innen, Respiratorentwöhnung langzeitbeatmeter Patient:innen, Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus.

Beispiel Varizenstripping – regionale Vergleiche weisen auf eine ambulante Unterversorgung hin

Illustrativ

Ambulant Stationär



Quelle: McKinsey Hospital Suite

Es handelt sich um einen holistischen Ansatz, der die gesamte Versorgungssituation in Deutschland abbildet und vielfältige Erkenntnisse liefert – von standortgenauen Informationen zum Angebotspektrum eines Krankenhauses bis hin zu regionalen Krankheitsprofilen und Versorgungslandschaften. Erreicht wird diese ganzheitliche Sicht durch eine unterschiedliche Granularität, die von der Bundes- über die Kreis- bis auf Postleitzahl- und sogar Klinik-ebene reicht. Einige ausgewählte Funktionen sind:

- Feststellung von Fokusregionen mit besonderem ambulanten Versorgungsbedarf
- Analyse der regional vorherrschenden stationären Versorgungssituation im Hinblick auf Eigentümerverhältnis, Behandlungsschwerpunkte, Patientenzahl, Auslastung, Qualität der Versorgung etc.
- Prognose des zukünftigen Versorgungsbedarfs und darauf basierende Ableitung des künftig erforderlichen Angebots je Krankheitsbild. Herangezogen werden hierfür die erwartete demografische Entwicklung sowie spezifische medizinische Parameter zur Behandlungssituation.

Der Healthcare Data Cube von McKinsey ist ein konsolidierter Gesundheitsdatensatz. Darin sind heterogene Datenmengen aus öffentlichen Quellen (wie Qualitätsberichte und DRG-Statistik) mit sonstigen Regionaldaten (z.B. Bevölkerungszahlen) und weiteren Datenquellen (z.B. zur ambulanten Versorgungssituation) verknüpft.

Mit dem Healthcare Data Cube lassen sich umfassende, tiefer gehende Fragen aus der Perspektive aller Beteiligten des Gesundheitssystems beantworten. Im Folgenden greifen wir drei konkrete Anwendungsfälle heraus, die demonstrieren, wie holistisch eine datengetriebene Analyse sein kann.

Kostenträger-Perspektive: Ermittlung regionaler Steuerungsansätze zur Reduktion von Mehrausgaben in der Onkologie

In diesem Anwendungsbeispiel möchte eine Krankenkasse mit Hilfe regionaler Steuerungsmaßnahmen überdurchschnittlich hohe Ausgaben im Bereich Onkologie verringern. Dafür macht der Healthcare Data Cube zunächst die räumliche Verteilung der onkologischen Fälle transparent (siehe Schaubild A2.3). Ergänzt um Daten der betreffenden Krankenkasse, kann ein Vergleich der räumlichen Verteilung mit allen onkologischen Fällen erfolgen, um Schwerpunktregionen mit signifikant erhöhtem onkologischen Versorgungsbedarf zu ermitteln.

Daneben ermöglicht der Healthcare Data Cube die Darstellung des onkologischen Angebots in den betreffenden Schwerpunktregionen. Durch Kombination dieser beiden Perspektiven lassen sich Maßnahmen für eine patientenfreundlichere und gleichzeitig kostengünstigere Gestaltung der Versorgung entwickeln. Durch das genaue Verständnis der Versorgungsstrukturen in relevanten Regionen lassen sich unnötige Krankenhausfälle vermeiden. Dies geschieht beispielsweise durch Kooperationen mit Anbietern ambulanter Therapien.

Perspektive überregionaler Leistungserbringer: Ergänzung des Kliniknetzes um ambulante Zentren

Ein bundesweit aktiver Leistungserbringer möchte sein bisher ausschließlich stationäres Kliniknetz um ambulante Zentren im Umkreis seiner bestehenden Kliniken erweitern. Dazu liefert der Healthcare Data Cube alle stationären und ambulanten Einrichtungen Deutschlands inklusive geografischer Koordinaten. So wird es möglich, alle ambulanten Einrichtungen in einem beliebigen Umkreis zu finden. Neben medizinischen Versorgungszentren (MVZ) können hierfür sowohl Einzel- als auch Gemeinschaftspraxen der entsprechenden Fachrichtung ermittelt werden. Diese Analyse ist mit weiteren Untersuchungen kombinierbar: Marktgrößenabschätzung und Wachstumsprognosen je Indikation, lokale, regionale sowie überregionale Marktanteile oder auch Optimierung von Zuweisungen nach Marktpotenzial (siehe Schaubild A2.4).

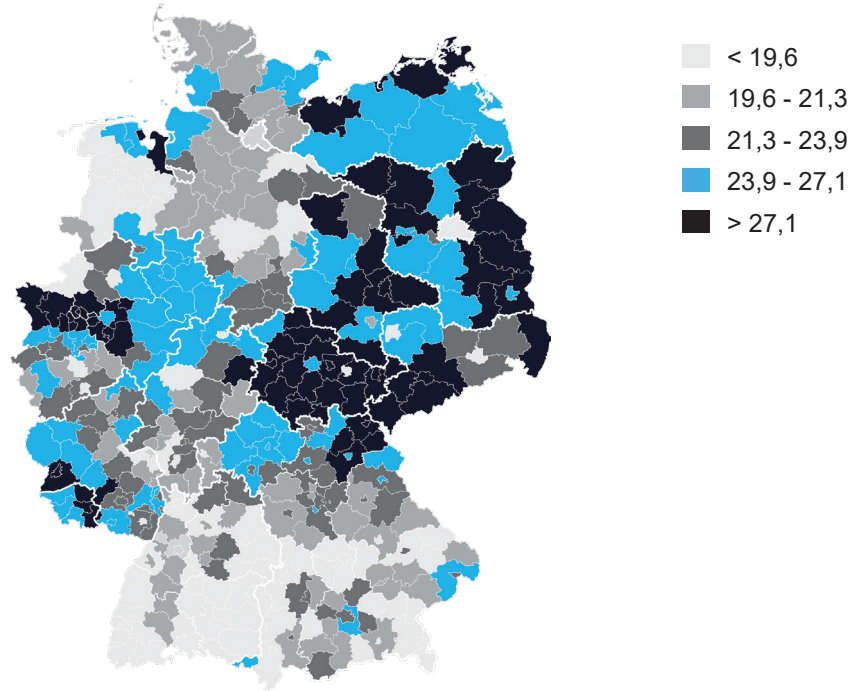
Krankenhausperspektive: Schärfung der medizinischen Spezialisierung einer Klinik

Im letzten Anwendungsbeispiel soll das medizinische Profil einer Klinik geschärft werden. Zu diesem Zweck liefert der Healthcare Data Cube standortgenaue Analysen je Fachabteilung im regionalen Wettbewerbsumfeld. Über die konsolidierten Daten der zurückliegenden Jahre kann das historische Fallzahlwachstum im Vergleich zur regionalen Marktentwicklung dargestellt werden.

Darüber hinaus ermöglicht es das Tool, eine Fallzahlprognose bis 2040 zu erstellen – und somit einen ersten Blick in die Zukunft zu werfen. Hierfür werden zum einen demografische Prognosen berücksichtigt. Zum anderen werden auch nicht demografische Daten (z.B. verbesserte Behandlungsmöglichkeiten) einbezogen. Die Auswirkungen dieser Annahmen können über Szenarien simuliert und spezifisch angepasst werden. Auch die Wettbewerbsfähigkeit lässt sich mit Hilfe des Tools im direkten Vergleich z.B. anhand von regionalen Marktanteilsprognosen analysieren. Zudem können fahrzeitstratifizierte Einzugsgebiete zur

Onkologiefälle in Deutschland konzentrieren sich im Ruhrgebiet, dem Saarland und den östlichen Bundesländern

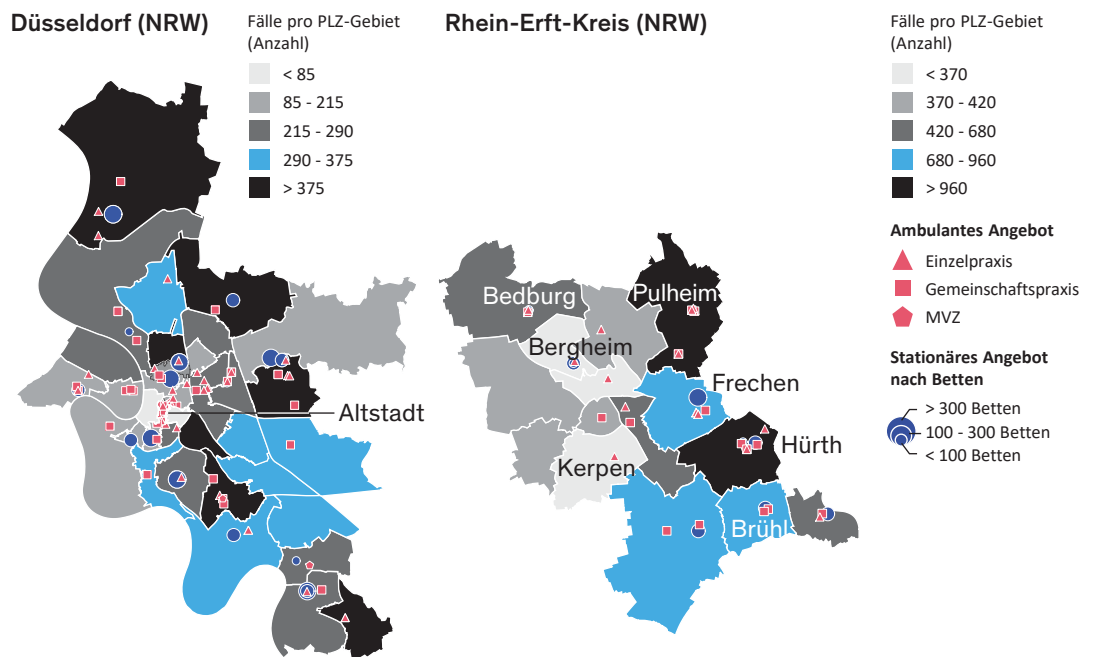
DRG-Onkologiefälle je 1.000 Einwohner:innen und Stadt- und Landkreis¹



¹ Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patientinnen (inkl. Sterbe- und Stundenfälle) mit onkologischer Hauptdiagnose
Quelle: DRG-Statistik 2019; McKinsey Data Cube

Regionale Analyse schafft Transparenz über lokale Versorgungssituation

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



Quelle: BKG 2021; Here.com; MB Research 2021; McKinsey Data Cube; DRG-Statistik 2019; Qualitätsbericht 2020

weiteren Schärfung des Behandlungsprofils herangezogen werden.

Im konkreten Anwendungsbeispiel handelt es sich um eine auf Kardiologie spezialisierte Klinik. Die Analyse des Indikationsprofils zeigt, dass der Spezialisierungsgrad geringer ist als der Durchschnitt aller bundesweiten kardiologischen Kliniken und Fachabteilungen (siehe Schaubild A2.5). Vor allem die kardiologischen Fachabteilungen im Umkreis von 60 Minuten Fahrzeit scheinen besonders spezialisiert zu sein. Diese Erkenntnisse können genutzt werden, um das Profil der eigenen Klinik zu schärfen.

III. Ambulantisierung durch Anpassen des AOP-Katalogs vorantreiben – Auswirkungen mit prädiktiven Analysen modellieren

Im EU-Vergleich verfügt Deutschland über 70% mehr Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner:innen als der Durchschnitt²² – bei der Ambulantisierung besteht also großes Potenzial. Das zeigt auch eine Analyse der bevorzugt stationär durchgeführten Eingriffe, die ambulant möglich sind und in Vergleichsländern auch deutlich häufiger ambulant durchgeführt werden. So erfolgen Tonsillektomien in Deutschland zu 91% stationär, während das OECD-Minimum bei 12% liegt. Die Behandlung von Leistenbrüchen wird in Deutschland in nahezu 100% der Fälle stationär vorgenommen; das OECD-Minimum liegt bei 11%.²³

Schätzungen zufolge hätten im Jahr 2019 ca. 5 Millionen stationär aufgenommene Patient:innen mit demselben Standard auch ambulant behandelt werden können²⁴ – dies entspricht der konsolidierten Fallzahl von ca. 500 mittelgroßen Krankenhäusern. Diese Überkapazität wird insbesondere durch Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Vergütungsstrukturen für dieselbe Prozedur gefördert.

Andere Länder gehen verschiedene Wege, um die Ambulantisierung zu fördern. Grundlage der vermehrten ambulanten Versorgung bilden meist die dortigen Leistungs- und Abrechnungskataloge. So hat beispielsweise die Schweiz eine „Liste der grundsätzlich ambulant durchzuführenden Eingriffe“.²⁵ Dadurch soll ein Großteil des prognostizierten Ein-

sparpotenzials im Gesundheitswesen von rund 3,3 Mrd. EUR pro Jahr in den nächsten 30 Jahren erreicht werden. In Verbindung mit geplanten Zielvorgaben für Behandlungen im ambulanten und stationären Behandlungsumfeld soll somit Ineffizienzen im Gesundheitssystem und steigenden Kosten der Krankenversicherungen entgegenge wirkt werden.

Um die Ambulantisierung auch in Deutschland voranzutreiben, wären Änderungen des regulatorischen Rahmenwerks, ein wirksames finanzielles Anreizsystem sowie die Ausweitung der Infrastruktur zur ambulanten Leistungserbringung erforderlich. Erste Initiativen sind bereits gestartet: So verfolgt der im Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) eingerichtete Strukturfonds zur Bezuschussung der Modernisierung von Krankenhäusern u.a. den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration stationärer Versorgungsangebote und Standorte sowie eine stärkere Fokussierung der Krankenhäuser auf nicht akutstationäre Versorgung. Der Einsatz von Selektivverträgen hat eine deutliche Verschiebung des Eingriffs in ambulante Strukturen bewirkt. Die potenzielle Ausweitung des AOP-Katalogs bzw. der potenzielle Einsatz von Hybrid-DRGs sind jedoch gegeneinander abzuwägen und an vielen Stellen zu konkretisieren.

Der aktuelle AOP-Katalog gilt seit 2005 und wurde seitdem nur geringfügig geändert. 2020 haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ein wissenschaftliches Gutachten in Auftrag gegeben, auf dessen Grundlage ein neuer AOP-Katalog vereinbart werden soll. Das jüngst veröffentlichte Gutachten²⁶ sieht den bedeutendsten Wandel der vergangenen Jahre in der Anpassung des Katalogs vor: Enthielt er bisher 2.879 Prozeduren, sind nun weitere 2.476 zur Aufnahme empfohlen – das entspricht fast einer Verdopplung. Die Gutachten schlagen eine schrittweise Umsetzung der Maßnahmen vor. Bis Ende 2023 wollen die Auftraggeber des Gutachtens einen Vorschlag zur tatsächlichen Anpassung des AOP-Katalogs erarbeiten.

Die folgenden Analysen beziehen sich auf die maximal möglichen Effekte der im Gutachten empfohlenen Anpassung. Dabei klammern wir bewusst Effekte aus, die sich aus möglichen anderen Anpas-

²² <https://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm>

²³ <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30167>; Ausreißer in Daten entfernt.

²⁴ https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SG_Krankenhaus-Landschaft_final.pdf

²⁵ Abschätzung der Regulierungsfolgen von Swiss Economics SE AG und Prof. Tilman Slembeck im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO), 2021

²⁶ https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/erweiterter-aop-katalog/index_ger.html

Großes Potenzial in der Ambulantisierung – über 70% mehr Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner:innen in Deutschland als im europäischen Schnitt

sungen im Vergütungssystem ergeben können: Einerseits sollen sich die Kliniken in einer Kontextprüfung anhand von neun Faktoren im Einzelfall für oder auch gegen eine ambulante Durchführung entscheiden dürfen. Andererseits werden beispielsweise im Kontext der Hybrid-DRGs Vorschläge diskutiert, die ebenfalls eine stärkere Ambulantisierung forcieren. Sie könnten zwar durchaus kompatibel mit einem neuen

AOP-Katalog, aber nicht zwangsläufig auf diesen angewiesen sein. Daher werden die zur Aufnahme in den AOP-Katalog empfohlenen Prozeduren im Folgenden als „potenziell ambulante Prozeduren“ bezeichnet. Prädiktive Analysen helfen, die Auswirkungen

der Erweiterung des Katalogs vorab zu simulieren und frühzeitig Handlungsoptionen abzuleiten.

Erhebliches Ambulantisierungspotenzial nachweisbar

Für die erste Analyse haben wir neben dem Gutachtenergebnis Daten der DRG-Statistik sowie des Qualitätsberichts der Krankenhäuser berück-

sichtigt. Um Konsistenz mit der Datengrundlage des Gutachtens herzustellen und die Situation vor COVID-19 abzubilden, wurden die Berichte aus dem Jahr 2019 verwendet. Weitere Besonderheiten sind als Fußnoten den jeweiligen Analysen zu entnehmen.

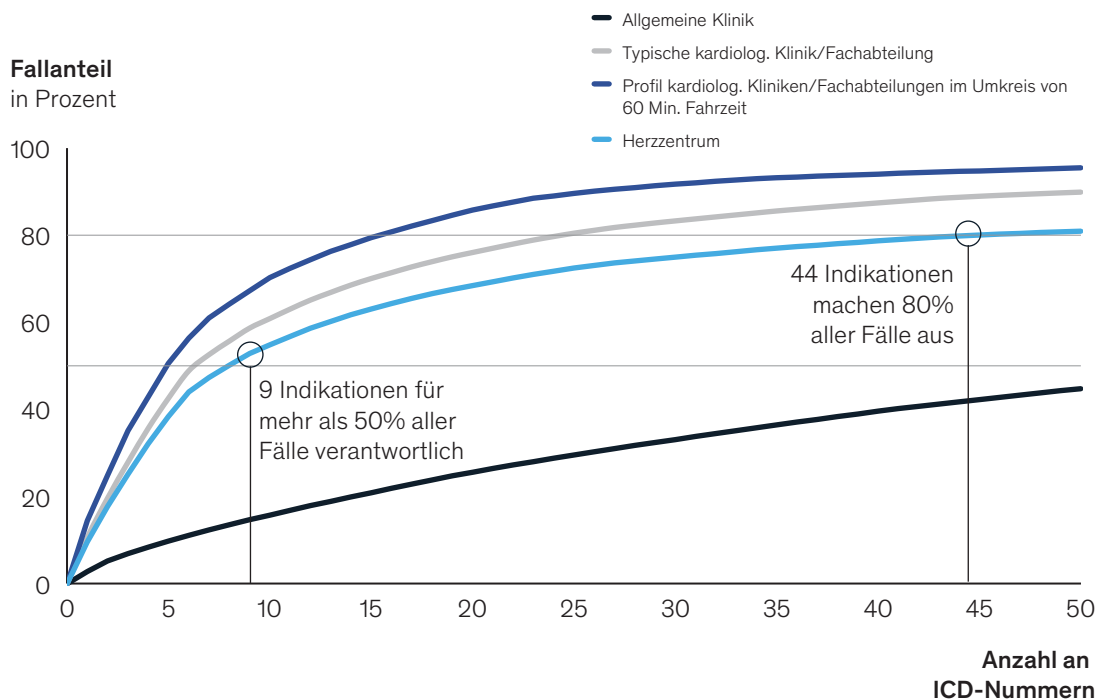
Gemäß den jüngsten Vorschlägen im Gutachten wären die folgenden Effekte zu erwarten: Pro Jahr könnten künftig bis zu 15 Millionen Prozeduren zusätzlich ambulant erfolgen (siehe Schaubild A2.6). Das entspricht einem Viertel aller derzeit durchgeführten Prozeduren. Der Vergleich mit dem jährlichen Anstieg ambulant durchgeführter Operationen von 0,5% veranschaulicht die Größenordnung, die eine solche Umstellung für das Gesundheitswesen bedeuten würde.

Knapp die Hälfte der Prozeduren käme aus dem Bereich der diagnostischen Maßnahmen, gefolgt von konservativen Therapiemaßnahmen (17%), Operationen (15%), bildgebender Diagnostik (14%) und komplementären Maßnahmen (5%). Eine nähere Analyse der zugehörigen medizinischen Fachrichtungen zeigt, dass die meisten zur Aufnahme empfohlenen Prozeduren aus dem Bereich der Kardiologie stammen (22%), gefolgt von der Gastroenterologie (15%), Radiologie (13%)

Schaubild A2.5

Sowohl im regionalen als auch bundesweiten Vergleich ist das Herzzentrum weniger spezialisiert als andere Kardiologie-Abteilungen

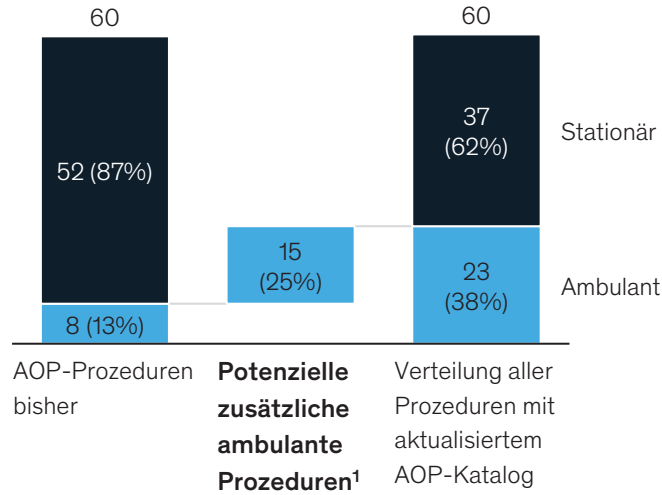
Illustrativ, Fallanteil pro Anzahl ICD-Nummern



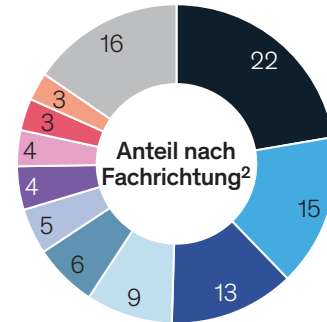
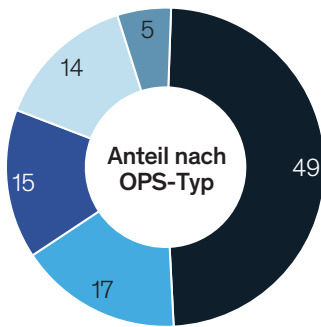
Quelle: DRG-Statistik 2019; Qualitätsberichte 2019; McKinsey Data Cube

Bis zu 15 Millionen zusätzliche ambulante Prozeduren werden erwartet – überwiegend aus der Diagnostik sowie Kardiologie und Gastroenterologie

Verteilung aller AOP-Prozeduren
in Millionen (Prozent)



Verteilung zusätzlicher ambulanter Prozeduren
in Prozent



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

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

¹ Nach Gutachterempfehlung

² Auf Basis manueller Zuordnung der Fachrichtung, je nach Klassifikation und Abgrenzung der Fachrichtung Abweichungen möglich

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

und Neurologie bzw. Neurochirurgie (9%).²⁷ Alle weiteren medizinischen Fachrichtungen wären verhältnismäßig wenig von der Anpassung des AOP-Katalogs betroffen.

Potenzial je nach Klinikprofil

Auf Basis der Qualitätsberichte lassen sich erste Erkenntnisse über die Charakteristika betroffener Kliniken herleiten (siehe Schaubild A2.7). Grundsätzlich gilt: In Summe wäre mit rund 1.700 Kliniken der Großteil aller deutschen stationären Gesundheitsanbieter betroffen. Bei einem Viertel von ihnen (432 Kliniken) machen die potenziell ambulanten Prozeduren nur einen geringen Anteil aus (unter 20%). Es handelt sich überwiegend um Kliniken mit weniger als 300 Betten und hohem Spezialisierungsgrad. Beim Großteil der Kliniken (1.109) wären 20 bis 40% aller Prozeduren potenziell ambulant durchführbar. Bei diesen Ein-

richtungen handelt es sich weniger um private, sondern mehr um freigemeinnützige und öffentliche Grundversorger mit mehr als 100 Betten. Die übrigen Kliniken wären stark (113)

oder sehr stark (60) von den Aktualisierungen betroffen. Hierunter würden insbesondere Spezialkliniken mit weniger als 300 Betten fallen. Die meisten Kliniken in dieser Kategorie sind in freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft.

Selbst wenn wir gewisse Abschlüsse auf Grund teils weiterhin stationärer Behandlungen annehmen, würde sich für viele Kliniken eine Situation ergeben, in der ein bedeutender Teil an Prozeduren nicht länger stationär, sondern ambulant durchgeführt wird. Auf Grund der geringen Bettenzahl oder des hohen Spezialisierungsgrads würde dies viele Häuser treffen. In der Folge müssten nicht nur einzelne Kliniken ihre Strategie überdenken; auch die Versorgungslandschaft in der jeweiligen Region wäre zu überprüfen und ggf. neu auszurichten.

Strategie auf Klinikebene ableitbar

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

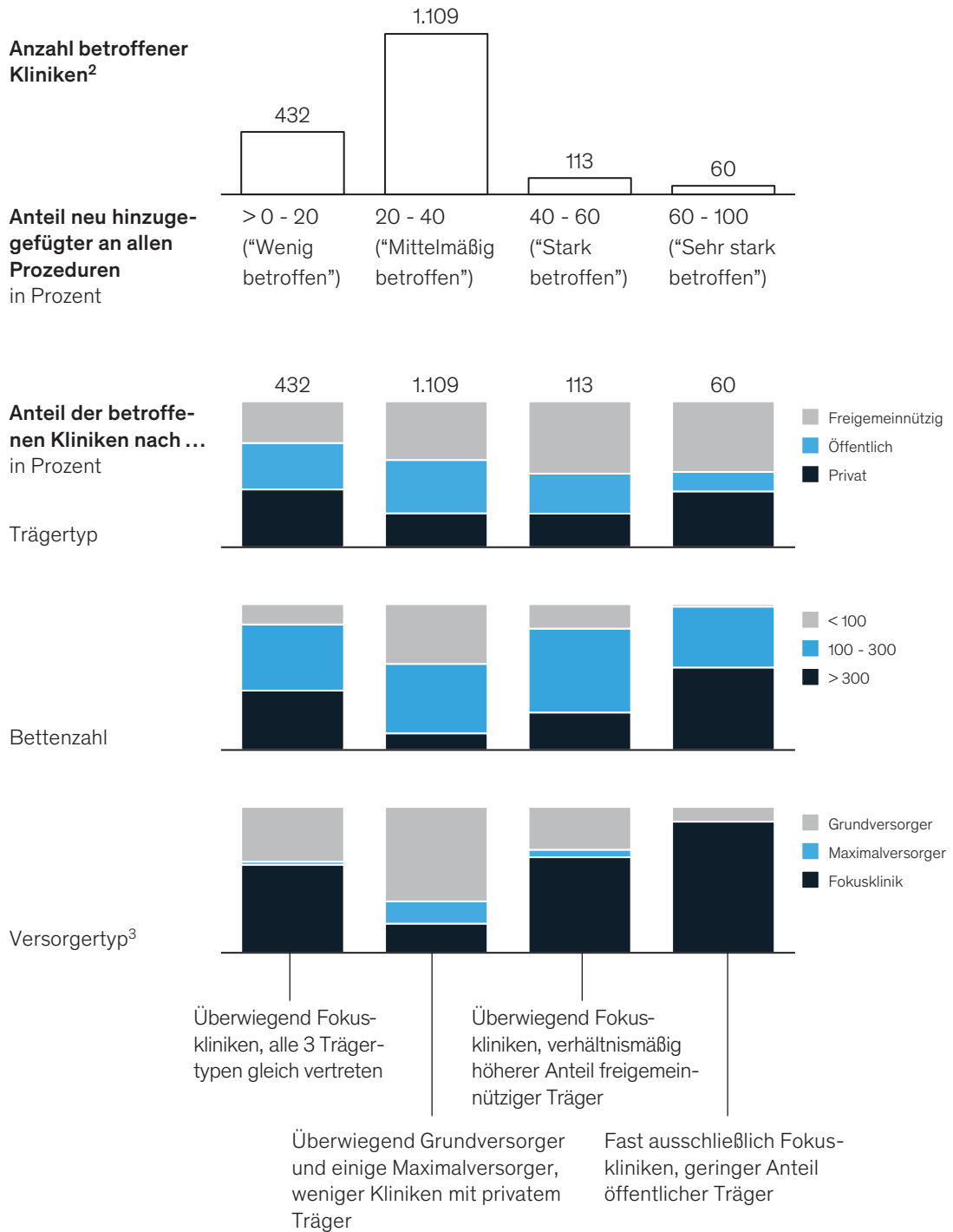
sein. Eine tiefer gehende Analyse ergibt, dass realistisch nicht 50%, sondern 35% der Prozeduren betroffen sind, da manche Prozeduren z.B. bei besonders morbiden Patient:innen weiterhin stationär erfolgen. Wie hoch das Abwanderungspotenzial dieser 35% zu ambulanten Angeboten ist, wird im nächsten Schritt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

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

Verschiebung von bis zu 15 Millionen zusätzlichen ambulanten Prozeduren pro Jahr möglich

²⁷ Je nach Zuordnung der Prozeduren zu einem medizinischen Fachgebiet können leichte Abweichungen von den angegebenen Zahlen entstehen.

Zu den von den Veränderungen mittelmäßig betroffenen Kliniken gehören überwiegend Grundversorger, zu den stark betroffenen eher Fokuskliniken¹



¹ Werte auf Grund gewisser Abweichungen in Qualitätsberichten nur indikativ

² Zur Berücksichtigung etwaiger Unschärfen in den Meldungen zum Qualitätsbericht wurden nur Kliniken mit > 100 gemeldeten Prozeduren berücksichtigt

³ Fokusklinik: Klinik, bei der eine Fachrichtung für mehr als 60% aller Fälle verantwortlich ist; Maximalversorger: Klinik mit mehr als 15 Fachabteilungen; Grundversorger: übrige Kliniken

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

Ambulantisierungspotenzial regional verschieden

Eine Analyse nach Regionen zeigt, dass das Ambulantisierungspotenzial bundesweit unterschiedlich ist. Hierzu haben wir die künftig potenziell ambulant durchführbaren Prozeduren auf der Ebene von Landkreisen ins Verhältnis zu den Einwohnerzahlen gesetzt. Das Ergebnis zeigt besonders in Städten ein hohes Ambulantisierungspotenzial (siehe Schaubild A2.8). Zudem weisen einige Regionen in der Mitte Deutschlands (vor allem in Westfalen) ein mittelhohes Potenzial auf.

Derartige Analysen zeichnen ein genaues Bild der Landschaft der Leistungserbringer. Zugleich bilden sie die Grundlage für die Evaluation vor allem kleiner Häuser hinsichtlich einer möglichen Veränderung der Versorgungsstruktur, z.B. die Umwandlung in ein integriertes Gesundheitszentrum. Darüber hinaus haben Bundesländer bzw. einzelne Regionen mit der prädiktiven Analytik ein wichtiges Instrument an der Hand, um ihre Versorgungsstrukturen abzubilden und auf die spezifischen Erfordernisse auszurichten.

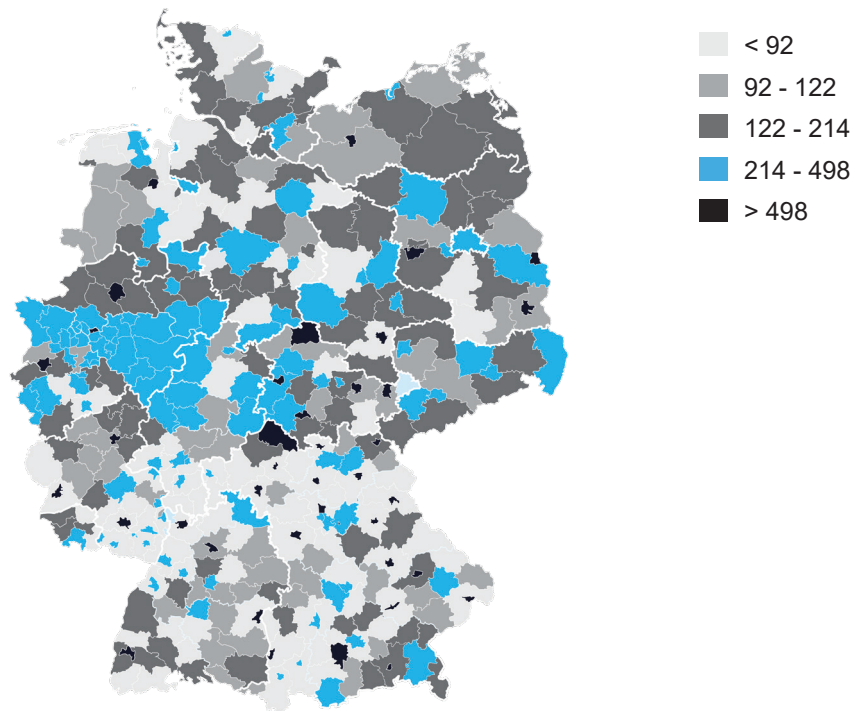


Das deutsche Gesundheitswesen steht vor vielfältigen Herausforderungen. Zu ihrer Bewältigung ist es zwingend erforderlich, Daten und Analytik sowie komplexe Modelle in die Lösungsfindung einzubeziehen. Die Kombination aus analytischen Ansätzen, regulatorischen Wegweisern, der passenden Infrastruktur, Investitionen in Innovationen und mit Bedacht eingesetzten Anreizen könnte entscheidend zu einer integrierten Gesundheitsversorgung beitragen. Die unterschiedlichen Akteure im Gesundheitswesen stehen gemeinsam hinter dieser Vision – jetzt heißt es für sie, deren Umsetzung mit aller Kraft voranzutreiben.

Schaubild A2.8

Ambulantisierungspotenzial ist regional unterschiedlich stark ausgeprägt – Städte und einzelne ländliche Kreise sind stärker betroffen

Potenziell in den ambulanten Bereich verlegbare Prozeduren pro 1.000 Einwohner



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



Zukunftsthema ESG – Herausforderung und Erfolgsfaktor für die GKV

A3

Als Megatrend der 2020er Jahre ist Nachhaltigkeit kein Konsumdogma einiger weniger, sondern wird zur gesellschaftlichen Bewegung und setzt Unternehmen sowie Organisationen weltweit zunehmend unter Handlungsdruck. Dies gilt auch für die GKVen in Deutschland, von denen die meisten bislang nur einzelne Nachhaltigkeitsmaßnahmen umsetzen, wenn überhaupt. Im Vergleich zu zahlreichen anderen Branchen, z.B. Verbrauchsgütern, haben die GKVen klaren Aufholbedarf. GKVen, die bereit sind, diese Herausforderung systematisch anzugehen und ihre Potenziale entlang der Bereiche Environment, Social und Governance (ESG) konsequent zu erschließen, können damit jedoch einen zukunfts-sichernden Wettbewerbsvorteil erlangen. Denn so werden sie attraktiver für Mitglieder und Arbeitnehmende gleichermaßen.

Drei Buchstaben – ESG – dominieren derzeit die Vorstandsdiskussionen und verschieben Prioritäten in Organisationen aller Branchen. Überraschend kommt das nicht: Der Klimawandel ist bereits sicht- und messbar. Der Fokus auf Umweltaspekte (Environment) ist also leicht nachvollziehbar: Privatpersonen, Organisationen, Investoren und Regulatoren hinterfragen ihre Prozesse und Verhaltensweisen in der Hoffnung, negative Auswirkungen des Klimawandels zu minimieren oder wenigstens deutlich zu mindern.

Doch auch soziale Aspekte (Social) und transparente Unternehmensführung (Governance) werden für Organisationen immer wichtiger, damit sie als nachhaltig handelnd wahrgenommen werden. Soziale Aspekte sind z.B. ausschlaggebend für die Attraktivität eines Arbeitgebers, während die Unternehmensführung Themen rund um ethi-

sches Verhalten und Transparenz berücksichtigen muss, um Verantwortungsbewusstsein zu zeigen. Will eine Organisation also langfristig nachhaltig agieren und entsprechend wahrgenommen werden, muss sie sich mit allen drei Bereichen auseinandersetzen: Environment, Social und Governance.

Im Folgenden zeigen wir daher zunächst auf, warum GKVen sich der Herausforderung „Nachhaltigkeit“ stellen müssen (Kapitel I). In den Kapiteln II bis IV wird jeweils erläutert, welche Unterthemen der drei Bereiche Environment, Social und Governance für die GKV besonders relevant sind. Außerdem werden Maßnahmen aufgeführt, mit deren Hilfe ein Wettbewerbsvorteil zu realisieren ist. Fallbeispiele anderer Branchen dienen als Inspiration, wie Maßnahmen praktisch umzusetzen sind und nachhaltiges Handeln im GKV-Kontext aussehen könnte.

I. Generationswechsel – GKVen müssen sich der Herausforderung „Nachhaltigkeit“ stellen

Nachhaltigkeit wird immer mehr zur gesellschaftlichen Bewegung. Unternehmen und Organisationen weltweit stehen deshalb zunehmend unter Handlungsdruck. Dieser entsteht auf allen Seiten, angefangen bei Kund:innen über Fachpersonal bis hin zu Regulatoren. Vor allem die jüngere Generation

befeuert diese Entwicklung. Einzelne Kassen der GKV sind speziell im Bereich Umwelt bereits aktiv. Allerdings ver-

schonen sie oft Potenzial, da sie Maßnahmen scheinbar zufällig wählen, nicht alle ESG-Bereiche abdecken sowie Ergebnisse nicht transparent veröffentlichen und für die Neukundengewinnung nutzen.

Der Trend zu nachhaltigeren Kaufentscheidungen nimmt zu

Organisationen geraten unter Handlungsdruck

Je nach Branche besitzen die verschiedenen Akteure unterschiedlich viel Marktmacht. So stehen Kund:innen meistens im Fokus der Organisationen, aber auch das Fachpersonal oder Regulatoren sind wichtige Zielgruppen, denn sie beeinflussen das Handeln einer Organisation. Nicht immer verfolgen die Akteure dieselben Interessen. Doch im Falle von ESG drängen alle die Unternehmen, nachhaltiger zu handeln. Auch Krankenkassen müssen sich dieser Herausforderung stellen.



Interview mit Simone Schwering, ab Seite 64
Vorständin der BARMER

Versicherte und Fachkräfte legen immer mehr Wert auf Nachhaltigkeit. Hier gibt es die Möglichkeit, sich zu differenzieren.

#Zukunft

Immer mehr Menschen wollen nachhaltiger konsumieren

In einer weltweiten Umfrage wurde deutlich, dass 75% der Millennials, also Menschen der Altersgruppe 21 bis 34 Jahre, ihre Kaufentscheidungen anpassen wollen, um einen negativen Einfluss auf die Umwelt zu minimieren. Innerhalb der Generation X, der Altersgruppe 35 bis 49 Jahre, haben noch 46% der Befragten diese Absicht. Und bei den Babyboomern, der Altersgruppe 50 bis 64

Jahre, geben dies immerhin noch 34% an (siehe Schaubild A3.1).²⁸ Da Millennials die Konsument:innen und Krankenversicherten der Zukunft sind, lässt sich dieser Wunsch nicht ignorieren.

Doch der Trend zu nachhaltigeren Kaufentscheidungen nimmt nicht nur von Generation zu Generation zu, sondern auch von Jahr zu Jahr. Das hat eine weitere Umfrage ergeben, in der über einen längeren Zeitraum wiederholt erhoben wurde, aus welchen Gründen die Befragten bestimmte Kaufentscheidungen treffen. Seit 2016 ist die Anzahl derjenigen, die anhand des Kriteriums Nachhaltigkeit ihre Kaufentscheidungen treffen, um 9% pro Jahr gestiegen (siehe Schaubild A3.2).²⁹ Angesichts der hohen medialen Aufmerksamkeit für Klimawandel und Umweltschutz ist davon auszugehen, dass sich diese Entwicklung fortsetzt.

Millennials wählen ihre Arbeitsstelle unter Nachhaltigkeitsaspekten

Das Thema Nachhaltigkeit beschäftigt die Menschen nicht nur beim Konsum, sondern auch bei der Suche nach einem Arbeitsplatz. 64% der Millennials in den USA geben an, sich im Vorfeld einer Bewerbung mit den sozialen und ökologischen Zielen eines möglichen Arbeitgebers auseinanderzusetzen.³⁰ Nach einer erfolgreichen Bewerbung berichten 40% der amerikanischen Millennials, sich für den Arbeitgeber entschieden zu haben, der beim Thema Nachhaltigkeit stärker punkten konnte. Bei der Generation X und den Babyboomern liegt dieser Wert bei weniger als 25% bzw. 10%.³¹

Im Jahr 2025 werden Millennials bereits 75% der Beschäftigten ausmachen. Wer als Arbeitgeber interessant und attraktiv bleiben möchte, darf das Thema Nachhaltigkeit also keinesfalls ignorieren – unabhängig von der Branche.

Auch Regulatoren richten ihr Augenmerk auf ESG

Weltweit ist die Anzahl an ESG-Richtlinien stark gestiegen. Dies betrifft sowohl freiwillige als auch bindende Vorgaben. In Europa entwickelt sich die regulatorische Landschaft ebenso dynamisch (siehe Schaubild A3.3).

Trend zu mehr Nachhaltigkeit zeigt sich auch in Deutschland

Die beschriebenen weltweiten Entwicklungen treffen auch auf Deutschland zu. Die Wertvorstellung „Nachhaltigkeit“ rangiert bei den Deutschen

²⁸ <https://www.nielsen.com/wp-content/uploads/sites/3/2019/04/global-sustainable-shoppers-report-2018.pdf>

²⁹ McKinsey 2017 - 2020 Global Sentiment Survey (nicht öffentlich zugänglich, Details gerne bei Bedarf anfragen).

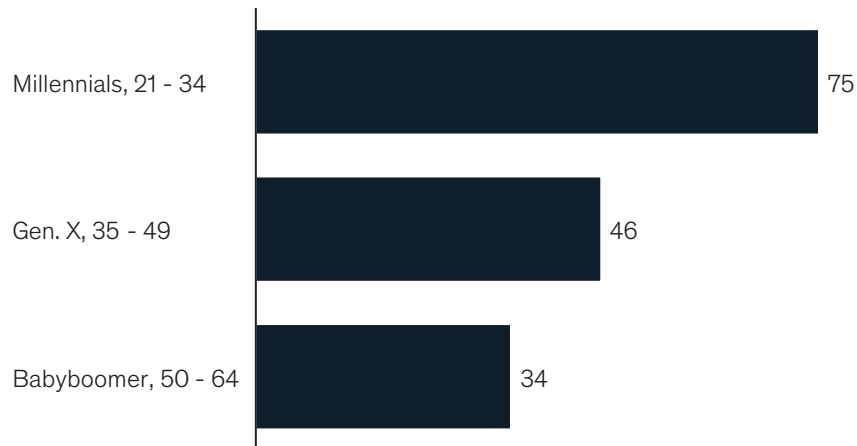
³⁰ <https://conecomm.com/2016-millennial-employee-engagement-study/>

³¹ <https://www.fastcompany.com/90306556/most-millennials-would-take-a-pay-cut-to-work-at-a-sustainable-company>

Schaubild A3.1

Konsument:innen überdenken ihre Kaufentscheidungen

Anteil der Befragten, die „definitiv oder wahrscheinlich“ ihre Kauf-/Konsumgewohnheiten ändern wollen, um die Auswirkungen auf die Umwelt zu verringern, in Prozent

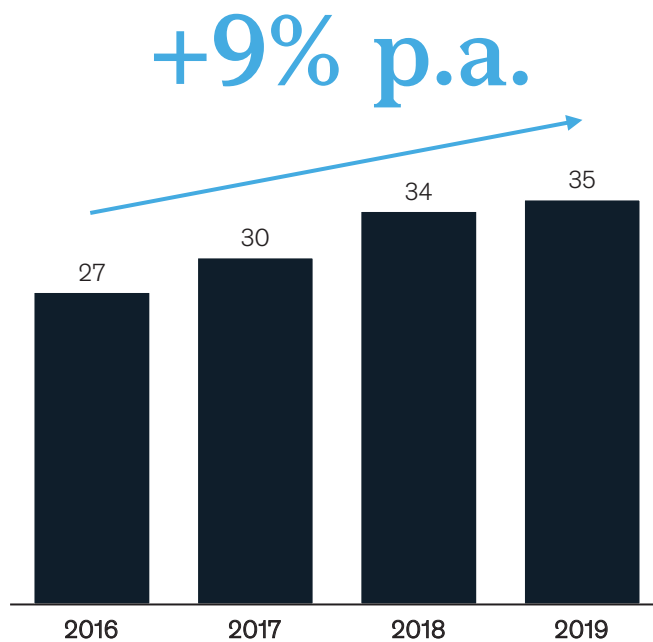


Quelle: Nielsen Sustainable Shoppers Report 2018

Schaubild A3.2

Immer mehr Menschen treffen nachhaltige Kaufentscheidungen

Anteil der Befragten, die „nachhaltiger“ als Grund für ihre Entscheidung für ein höherwertiges Produkt angeben, in Prozent



Quelle: McKinsey Global Sentiment Survey 2017 - 20

Richtlinien mit ESG-Bezug in Europa – Beispiele



Quelle: Presserecherche; Europäische Kommission

Trotz Inflation und geopolitischer Unsicherheiten bleibt die Bereitschaft, nachhaltig zu konsumieren, stabil

auf Platz 10 einer Liste aus 57 persönlichen Werten. Bei Produkten wie Lebensmitteln oder Hygieneartikeln achten im März 2022 mehr als 70% der

Deutschen auf Nachhaltigkeit. Trotz Inflation und anderer geopolitischer Unsicherheiten bleibt die Bereitschaft, nachhaltig zu konsumieren, im Frühjahr 2022 stabil. Es wird deutlich,

dass auch in Deutschland Konsument:innen bereit sind, für Nachhaltigkeit mehr zu zahlen.³² 83% der deutschen Bevölkerung sehen Industriestaaten wie Deutschland in der Pflicht, beim Klimaschutz voranzugehen.³³ Und erste deutsche Unternehmen legen konkrete Zeitpunkte für das Erreichen von Klimaneutralität fest – SAP z.B. bereits für 2023, Porsche für 2030 und RWE für 2040. Auch in Deutschland lässt sich das Thema „Nachhaltigkeit“ also nicht ignorieren, sondern es wird immer wichtiger.

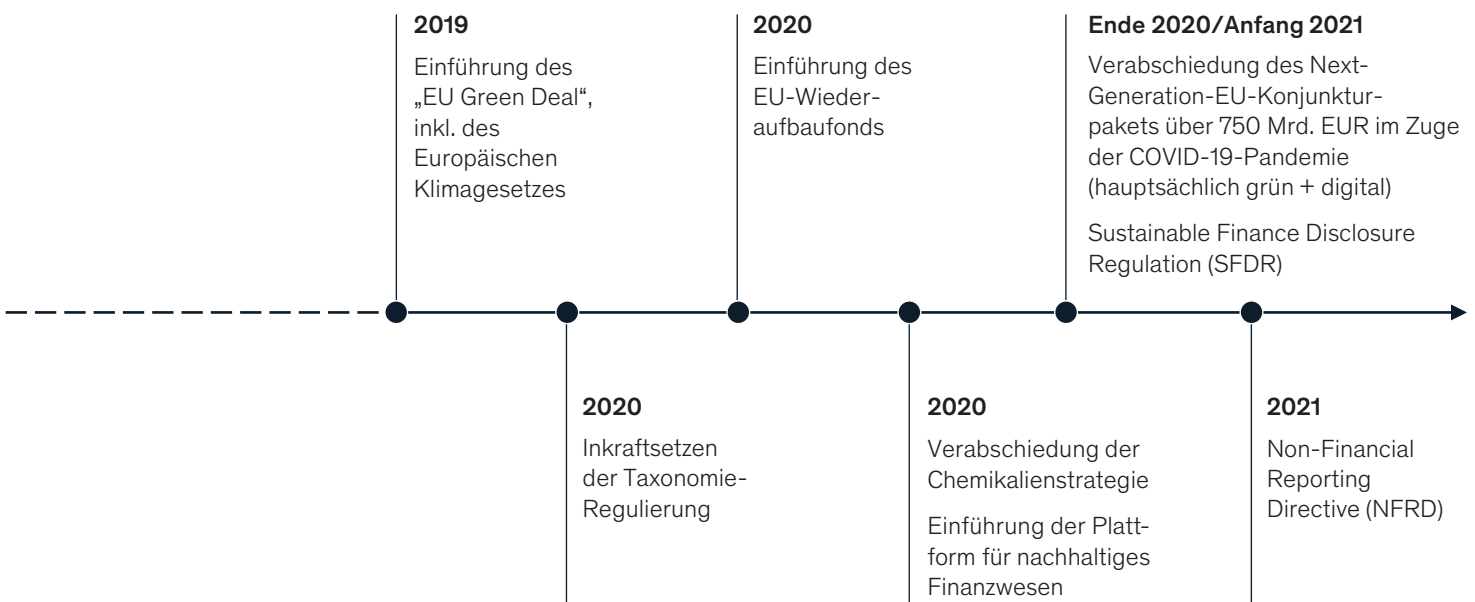
Einzelne Kassen sind in puncto ESG bereits aktiv, aber Potenzial wird verschwendet

Für GKV in Deutschland, die Versicherte hinzugewinnen und als innovative Arbeitgeber vor allem bei der jüngeren Generation punkten wollen, bedeutet dies: Es führt kein Weg daran vorbei, ESG ernst zu nehmen, entsprechende Ziele zu definieren und diese transparent umzusetzen.

Vor allem das Thema Klimaschutz aus dem Bereich Environment haben sich einige GKV bereits auf die Fahne geschrieben sowie erste Ziele und Maßnahmen dafür definiert. Bei den GKV gibt es dazu bereits vielfältige Aktivitäten: Sie schaffen z.B. Anreize, damit Mitarbeitende nachhaltiger agieren, verändern die Büroinfrastruktur und Prozesse oder gestalten die Versichertenbetreuung nachhaltiger. Von den 80 größten Kassen haben bereits über die Hälfte Klimamaßnahmen ergriffen, insbesondere hinsichtlich Büroinfrastruktur und Prozessveränderungen. Vor allem den Papier- und Stromverbrauch wollen viele von ihnen reduzieren.

³² <https://www.gfk.com/de/insights/consumer-index-mai-2022>

³³ https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/479/publikationen/ubs_2020_0.pdf



Einige GKVen im Klimaschutz bereits aktiv

Doch die Bandbreite an Initiativen ist groß: Sie reicht von nachhaltiger Beschaffung über die Aufbereitung von Hilfsmitteln bis hin zu Bienenstöcken auf den Dächern der Geschäftsstellen und Müllsammelaktionen. Schaubild A3.4 gibt einen Überblick über die zahlreichen Hebel, die GKVen bereits nutzen.

Hier wird allerdings auch deutlich, dass einige Bereiche nur selten angegangen werden. So bemühen sich z.B. weniger als 10% der GKVen, ihren Kantinenbetrieb oder ihre Gebäude und die Flächen-nutzung nachhaltig zu gestalten. Noch bedenklicher ist allerdings, dass die GKVen in den Bereichen Social und Governance bislang kaum aktiv geworden sind oder Maßnahmen kommunizieren. Gerade diese beiden Themenfelder besitzen für die Kassen eine besonders hohe Relevanz angesichts ihrer Rechtsform als Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Im Folgenden gehen wir auf die drei ESG-Bereiche der Akronym-Reihenfolge entsprechend ein.

Nachhaltigkeitsinitiativen von GKVen

Gruppierung von Nachhaltigkeitsinitiativen, die die 80 größten¹ Kassen bereits umsetzen, inkl. beispielhafter Initiativen; Prozentangabe zeigt, welcher Anteil dieser Kassen Initiativen je Gruppe online kommuniziert

Büroinfrastruktur und Prozesse	Versichertenbetreuung	Mitarbeiterverhalten	Sonstiges
54%	46%	33%	31%
Optimierung von Papierverbrauch/-art	Angebot digitaler Services	Reduktion von Pendleremissionen	Unterstützung von Initiativen/Verbänden
Digitalisierung der Kommunikation	Aufbereitung von Hilfsmitteln	Förderung nachhaltiger Lebensweisen	Erstellung von ESG-Leitlinien und Reporting
Minimierung von Emissionen durch Dienstreisen	Incentivierung nachhaltiger Lebensweisen	Aufruf zu Spenden-/Hilfsaktionen	Nachhaltige Geldanlage

1 Größe nach Mitgliederzahl
Quelle: Websites der 80 größten GKVen (nach Mitgliederzahl)

II. Environment: CO₂-Fußabdruck verkleinern und Gesundheitssystem zur Nachhaltigkeit antreiben

Environment ist wohl der ESG-Bereich mit den populärsten Themen – auch weil Aktivist:innen, Politik und Medien ihn zunehmend in den Fokus der Öffentlichkeit rücken. Es ist hier wichtig, einen klaren Überblick zu haben, um das eigene Handeln analysieren zu können. So wird deutlich, welche Themen für die eigene Organisation relevant sind, wo sie steht und welche Ziele sie verfolgen kann und will.

Gemäß einer Definition von McKinsey umfasst der Bereich Environment fünf Themen: Klimawandel und Treibhausgasemissionen, Luftverschmutzung, Wasser, Materialverbrauch und -verschwendung sowie Biodiversität und Ökosysteme (siehe Schaubild A3.5). Im Fokus der Diskussionen stehen häufig die Themen Klimawandel und Treibhausgasemissionen. Daher werden im Folgenden zunächst die Einsparpotenziale einer GKV bei

den CO₂-Emissionen beleuchtet und wichtige Maßnahmen beschrieben, mit denen sich das Einsparpotenzial realisieren lässt – sowohl im eigenen Haus als auch bei Versicherungsleistungen wie Hilfsmitteln (Abschnitt A). Anschließend werden weitere Einflussfaktoren auf das Thema Umwelt kurz beleuchtet (Abschnitt B).






A) Direkte und erweiterte Potenziale: GKVen können einen spürbaren Beitrag zur Emissionsreduzierung leisten

Insgesamt ist das Gesundheitswesen in Deutschland für ca. 5,2% aller Emissionen verantwortlich (ohne Exportanteil von z.B. Medizintechnik).³⁴ Wesentliche Treiber dieses hohen Anteils sind Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Pharmakonzerne, Hersteller von Medizintechnik und weitere Unternehmen des Gesundheitswesens. Die GKVen nehmen dabei eine Doppelrolle ein: Einerseits sind sie eine Organisation mit Kundschaft, Mitarbeitenden und Vertragspartnern, die das Tagesgeschäft ermöglichen (z.B. Energieanbieter). Andererseits sind sie Teil einer

³⁴ <https://www.klimawandel-gesundheit.de/klimaneutralitaet/#:~:text=In%20Deutschland%20ist%20der%20Gesundheitssektor,durch%20Medizintechnik%20noch%20nicht%20eingerechnet>

ESG-Unterpunkte: Environment

■ Direkte Relevanz für GKV □ Fokus des Artikels

 Klimawandel und Treibhausgas-emissionen	Reduzierung des CO ₂ -Abdrucks/der Intensität		
 Luftverschmutzung (nicht durch Treibhausgasemissionen)	Reduzierung der Luftverschmutzung (nicht durch Treibhausgasemissionen verursacht)		
 Wasser	Reduzierung des Wasserverbrauchs/der Intensität	Minderung des Effekts der Wasserentnahme	Reduzierung der Wasserverschmutzung
 Materialverbrauch und -verschwendung	Reduzierung des Materialverbrauchs/der Intensität	Reduzierung der erzeugten Abfallmengen (u.a. von Giftmüll)	Reduzierung des Effekts der Abfallentsorgung
 Biodiversität und Ökosysteme	Schutz von Biodiversität	Reduzierung von Landnutzungsänderungen	Eindämmung der Schäden an lokalen Ökosystemen

Quelle: McKinsey

komplexen Wertschöpfungskette im Gesundheitswesen, da sie mit ihren Versicherten kommunizieren und mit Versorgern Verträge schließen.

Die gängige Struktur zur Analyse der Emissionsquellen ist die Einteilung in die Geltungsbereiche (Scope) 1 bis 3. In den Geltungsbereich 1 fallen alle von einer Organisation direkt verursachten Emissionen, z.B. durch eigene Fahrzeuge oder Maschinen. Der Geltungsbereich 2 umfasst die Emissionen, die durch den Einkauf von Energie bzw. Strom entstehen. In den Geltungsbereich 3 fallen Emissionen, die außerhalb des eigenen Unternehmens verursacht werden, z.B. durch andere Akteure in der Lieferkette oder den Einkauf von Produkten. In den komplexen Partnerschaften und Vertragsverbindungen der GKV ist diese Zuordnung nicht immer einfach. Für einen ersten Überblick der produzierten CO₂-Emissionen in der GKV und die Einschätzung möglicher CO₂-Einsparpotenziale nehmen wir im Folgenden eine vereinfachte Einteilung in direktes und erweitertes Potenzial vor:

- **Direktes Potenzial** umfasst die möglichen Einsparungen innerhalb der GKV-Organisation, d.h. bei Prozessen, Infrastruktur und Verhaltensweisen der Mitarbeitenden im Tagesgeschäft.
- **Erweitertes Potenzial** beinhaltet Entscheidungen der GKV, die das Ausmaß an CO₂-Emissionen im Gesundheitssystem beeinflussen und positive Anreize zur Einsparung von Emissionen geben können.

Direktes Potenzial: Pendeln, fleischlastige Verpflegung und Heizen sind größte CO₂-Emissionstreiber im Tagesgeschäft

Das direkte Emissions-Einsparpotenzial einer Kasse ergibt sich aus der Differenz der CO₂-Emissionen, die im direkten Tagesgeschäft durch die Tätigkeit des Personals entstehen, und den Emissionen, die nach der Umsetzung von Maßnahmen zur Reduzierung der Emissionen verbleiben.



Um die CO₂-Emissionen im aktuellen Tagesgeschäft näherungsweise und leicht verständlich zu ermitteln, verwenden wir an dieser Stelle zwei beispielhafte Personas. Die Wochenabläufe im Innen- und Außendienst sind sehr unterschiedlich; deshalb unterscheiden wir zwischen den Personas Heike (einer Außendienstmitarbeiterin) und Uwe (einem Innendienstmitarbeiter). Heike fährt einen Dienstwagen und ist mit einem Tablet ausgestattet, da sie an vier Tagen pro Woche Kundenbesuche unternimmt. Uwe pendelt an fünf Tagen pro Woche ins Büro und hat dort einen festen Platz mit Laptop und Monitor.

Wenn sie im Büro arbeiten, üben Uwe und Heike sehr ähnliche Tätigkeiten aus, die Emissionen verursachen (siehe Schaubild A3.6):

- Morgens fahren sie mit dem Auto ca. 30 km ins Büro. Uwe nutzt sein privates Fahrzeug, Heike fährt einen Firmenwagen; beide Autos sind Benziner.
- Um zu ihren Arbeitsplätzen auf der dritten Etage zu kommen, fahren beide immer mit dem Aufzug. Auch im Laufe des Tages nutzen sie fast nie das Treppenhaus.
- An ihrem Schreibtisch schalten Uwe und Heike das Licht an und lassen es bis zum Abend brennen. Uwe schaltet seinen Computer und den Monitor aus dem Stand-by-Modus ein. Heike verwendet ein Tablet.
- Uwe ist zwar technikaffin, aber wichtige E-Mails wie die Termine des Tages und Präsentationen zur Korrektur druckt er lieber aus. Auch Heike hat Verträge und Broschüren bei Kundenterminen immer als Ausdruck dabei.
- Heike und Uwe nutzen häufig die Heizung in ihren Büros.
- Zum Mittag essen beide in der Kantine; die Gerichte bestehen meistens aus Fleisch mit einer Beilage.
- Am Nachmittag fahren Uwe und Heike wieder mit dem Auto nach Hause.

Uwe verbringt so alle fünf Arbeitstage einer Woche. Heike hingegen arbeitet nur einen Tag pro Woche im Büro und ist die restlichen vier Tage unterwegs: Von Dienstag bis Freitag hat sie jeden Tag drei bis fünf Kundentermine und legt dabei ca. 120 km zurück.

Trotz unterschiedlicher Tagesabläufe unterscheiden sich die CO₂-Emissionen im Innen- und Außendienst nur minimal. Hauptsächlich entstehen die Emissionen durch Autofahrten, ein fleischhaltiges Mittagessen sowie die Nutzung der Gasheizung.

Auf ihrem Arbeitsweg verursachen beide vor allem durch den Kraftstoffverbrauch Emissionen. Die Nutzung eines VW Golf mit Benzinmotor auf einer Strecke von 30 km führt zu 3,6 kg CO₂-Ausstoß pro Tag – jeweils auf dem Hin- und Rückweg.³⁵ Mittags gibt es in der Kantine fast nur Gerichte mit Fleisch, die Uwe und Heike auch gerne essen; damit verursachen sie ca. 2,4 kg CO₂ jeden Tag.³⁶ Durch die Nutzung der Gasheizung in ihren ca. 20 m² großen Büros emittieren Uwe und Heike 1,2 kg CO₂ pro Tag.³⁷ Diese Treiber sind insgesamt für über 80% ihrer Gesamtemissionen verantwortlich.

Hinzu kommen der Stromverbrauch durch elektronische Geräte und Beleuchtung sowie die Fahrtwege im Außendienst. Die Unterschiede im Innen- und Außendienst entstehen vor allem durch die Nutzung unterschiedlicher Endgeräte sowie die Fahrten zu Kundenterminen im Außendienst. Uwe arbeitet mit einem Laptop sowie einem Monitor und lässt sie über Nacht im Stand-by-Modus. Damit verursacht er bei Nutzung eines Standard-Strommixes ca. doppelt so viele CO₂-Emissionen (1,8 kg pro Tag) wie Heike mit ihrem Tablet (0,9 kg pro Tag).³⁸ Heikes Autofahrten zu Kundenterminen verursachen mit etwa 120 km pro Tag zusätzlich ca. 14,4 kg CO₂.

Kleinere Emissionsbeträge entstehen, weil Uwe und Heike manche Dokumente ausdrucken und fast immer mit dem Aufzug fahren. Die Emissionen im Innen- und Außendienst unterscheiden sich hier kaum. Beim Drucken von ca. 30 Seiten auf Standardpapier pro Tag entstehen jeweils ca. 200 g CO₂, wenn der Drucker mit einem Standard-Strommix betrieben wird.³⁹ Heike holt ihre 150 Seiten an Broschüren und Verträgen montags in der Druckerei ab; Uwe hingegen druckt jeden Tag selbst. Wenn beide zudem zehn Mal am Tag drei

³⁵ https://www.volkswagen.de/idhub/content/dam/onehub_pkw/importers/de/besitzer-und-nutzer/wissenswertes/wltp/WLTP_Emissionswerte_Emissionsnormen_DE_10-19.pdf

³⁶ <https://link.springer.com/article/10.1007/s10584-014-1169-1>

³⁷ Expert insights; <https://www.klimaneutral-handeln.de/php/kompens-berechnen.php>

³⁸ <https://green-planet-energy.de/geschaeftskunden/gewerbestrom/verbrauch-berechnen.html>; Statista; <https://www.stromverbrauchinfo.de/ipad-stromverbrauch.php>; <https://klimaretter-lebensretter.co2-app.de/en/sources>

³⁹ <https://www.ezeep.com/de/co2-neutral-drucken/>; <https://www.gov.uk/government/publications/greenhouse-gas-reporting-conversion-factors-2021>

Stockwerke mit dem Aufzug fahren, verursachen sie damit weitere ca. 20 g CO₂.⁴⁰

Die GKV kann auf über 40% der CO₂-Emissionen ihrer Mitarbeitenden direkt Einfluss nehmen

Insgesamt summieren sich die CO₂-Emissionen von Uwe und Heike also auf 64 bis 70 kg pro Woche. Bei einer durchschnittlichen Emission der Deutschen von 150 kg CO₂ pro Woche kann die

GKV somit auf 43 bis 46% der CO₂-Emissionen ihrer Mitarbeitenden direkt Einfluss nehmen. Die größten Einsparpotenziale bergen Maßnahmen, die den Benzinverbrauch beim Pendeln einschränken, den Fleischanteil beim Mittagessen senken oder alternative Heizoptionen zu Gas ermöglichen.

Krankenkassen können all diese CO₂-Emissionen ihres Personals mit Maßnahmen reduzieren, die zum einen auf die Infrastruktur und zum anderen auf das Verhalten der Mitarbeitenden abzielen. Gerade Letztere sind schnell umsetzbar und haben einen beträchtlichen Einfluss auf das Ausmaß der CO₂-Emissionen. Wichtige Maßnahmen können sein:

- **Treppe statt Aufzug.** Den meisten Menschen ist bereits bewusst, dass Treppensteigen gesünder ist als Aufzugfahren. Die Information, dass sie damit auch zum Klimaschutz beitragen, könnte ein weiterer Anreiz sein, die Treppe zu wählen. Denkbar wäre eine entsprechende Kommunikationskampagne, z.B. verbunden mit einem internen Wettbewerb.
- **Weniger und nachhaltiger Drucken.** Der zweiseitige Druck als Standardeinstellung sowie der Einkauf von ausschließlich nachhaltigem Druckerpapier verringert automatisch die Emissionen. Eine Kampagne zur Senkung des Papierverbrauchs zusammen mit einer „Challenge“ unter Teams oder Einzelpersonen könnte zusätzlich dazu beitragen, dass die Mitarbeitenden weniger drucken.
- **Vegetarisches Mittagessen.** Über das Angebot in der Kantine kann das Personal zu vermehrt vegetarischer Ernährung bewegt werden. Damit diese Option tatsächlich gewählt wird, können zum einen Kampagnen zur Aufklärung über die gesundheitlichen Vorteile eines reduzierten Fleischkonsums hilfreich sein. Zum anderen können auch Tage oder Wochen mit ausschließlich vegetarischem Essen eingeführt werden.

- **Gelegentliches Homeoffice statt Pendeln.** Für Mitarbeitende wie Uwe würde eine Umstellung auf drei Tage Homeoffice pro Woche durch die entfallenden Arbeitswege einen wirkungsvollen Hebel zur Emissionsreduzierung darstellen. Die Anzahl an Tagen im Homeoffice orientiert sich an den Ergebnissen der Mitarbeiterumfrage für den GKV-Check-up 2021. Die Befragten gaben an, dass sie im Schnitt an 3,28 Tagen pro Woche im Homeoffice arbeiten wollen.⁴¹

Infrastrukturmaßnahmen sind hingegen aufwendiger. Sie sind zwar besonders effektiv, benötigen aber auch Investitionen sowie eine Umstellungsphase. Es kann daher einige Zeit dauern, bis die Maßnahmen ihre volle Wirkung zeigen. Aus finanziellen Gründen kann manchmal auch nur eine partielle Umstellung der Infrastruktur in Frage kommen.

Wichtige Infrastrukturmaßnahmen sind:

- **Umstellung auf Ökostrom.** Die Nutzung von 100% wasserkraftbasiertem Ökostrom birgt ein enormes CO₂-Einsparpotenzial, insbesondere wenn auch die Geschäftsstellen einbezogen werden. Dabei sind allerdings ggf. etwas höhere Strompreise sowie ein Wechsel des Anbieters in Kauf zu nehmen.
- **Wärmepumpe statt Gasheizung.** Derzeit wird in den meisten Bürogebäuden mit Gas geheizt. Wesentlich umweltfreundlicher wäre eine Umstellung auf Wärmepumpenanlagen, die durch Ökostrom betrieben werden. Je nach Alter des Gebäudes und aktuellem Heizsystem (Heizkörper vs. Fußboden- oder Wandheizung) ist der Aufwand für die Umstellung und damit der Investitionsbedarf unterschiedlich hoch. Insbesondere Neubauten oder Sanierungen sind eine gute Gelegenheit für nachhaltigere Heizsysteme.
- **E-Dienstwagenflotte.** Die meisten Dienstwagen fahren derzeit mit Verbrennungsmotor. Bei Neuananschaffungen könnte hier ausschließlich auf E-Mobilität gesetzt werden. Je nach Alter der Flotte kann eine solche Umstellung länger dauern. Aber auch ein teilweises Ersetzen kann schon großen Einfluss haben, da die Emission durch Dienstwagen den größten Hebel je Mitarbeiter:in darstellt.

Addiert man sämtliche Effekte dieser Maßnahmen, kann Uwe als Innendienstler seine CO₂-Emissionen um ca. 68% reduzieren, ca. 44% allein durch schnell

⁴⁰ <https://klimaretter-lebensretter.co2-app.de/de/sources#treppe-statt-aufzug>

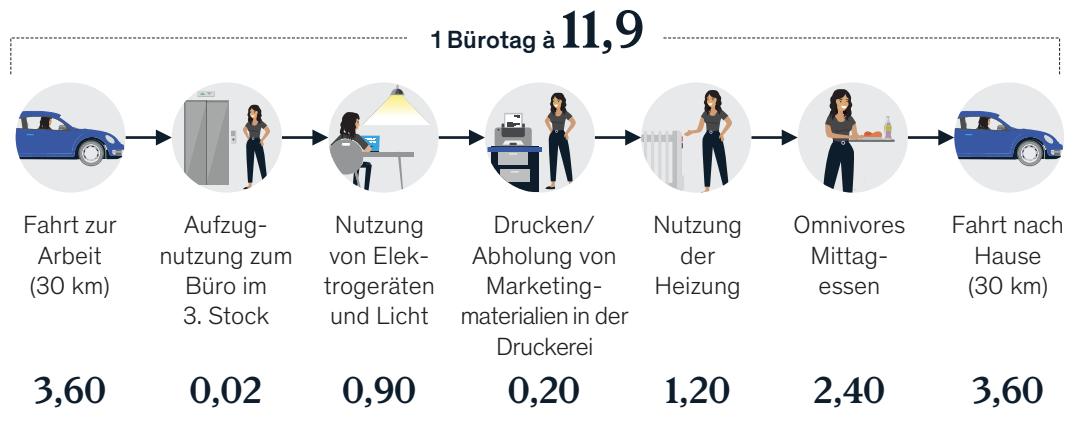
⁴¹ <https://www.polver.uni-konstanz.de/kunze/konstanzer-homeoffice-studie/>

Zwei Personas dienen der Identifikation beispielhafter „Emissions-Events“ im Verlauf einer jeweils typischen Arbeitswoche

CO₂-Emissionen in kg



Heike, die GKV-Außendienstlerin



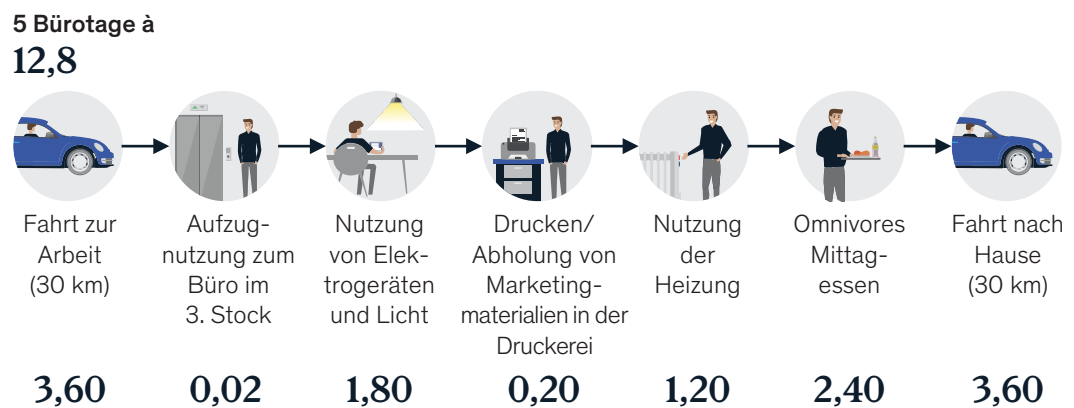
4 Kundentage à 120 km Fahrt
14,4

~ 70

Emissionen je Außendienstler:in
(kg CO₂ pro Woche; ~ 46% der CO₂-Emissionen der/des Durchschnittsdeutschen)



Uwe, der GKV-Innendienstler



Uwe nutzt im Gegensatz zu Heike einen Laptop und Monitor, er lässt diese meist über Nacht im Stand-by-Modus

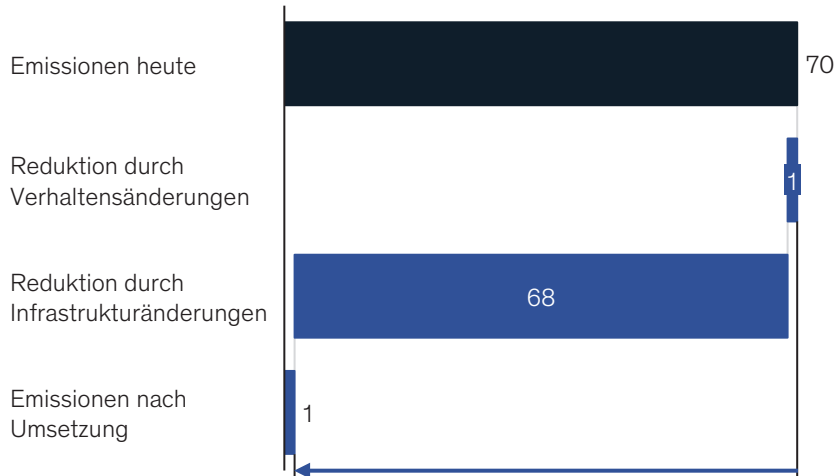
~ 64

Emissionen je Innendienstler:in
(kg CO₂ pro Woche; ~ 43% der CO₂-Emissionen der/des Durchschnittsdeutschen)

Quelle: S. Fußnoten auf Seiten 44 und 45

Die GKV kann signifikant zur Erreichung des deutschen Pro-Kopf-Emissionsziels beitragen

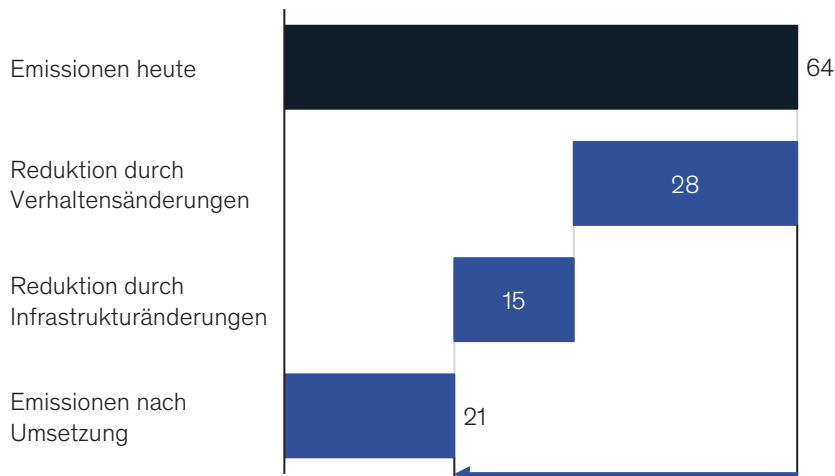
Heike ändert ihr Verhalten an 1 Bürotag (vegetarisch essen, Tablet statt Druck, Treppe statt Aufzug) und die Kasse setzt Infrastrukturmaßnahmen um



69 Einsparpotenzial je Außendienstler:in
(kg CO₂ pro Woche; 97% der wöchentlichen Emissionen)

Entspricht bei 44 Arbeitswochen 3 t CO₂ pro Jahr

Uwe ändert Verhalten an Bürotagen und wechselt zu hybridem Arbeiten, die Kasse setzt Infrastrukturmaßnahmen um



43 Einsparpotenzial je Innendienstler:in
(kg CO₂ pro Woche; 68% der wöchentlichen Emissionen)

Entspricht bei 44 Arbeitswochen 1,9 t CO₂ pro Jahr



umsetzbare Änderungen seines Verhaltens. Heike als Außendienstlerin kommt sogar auf eine mögliche Reduzierung von 97%.

Verhaltens- und Infrastrukturmaßnahmen bergen insgesamt ein Einsparpotenzial von ca. 1,9 t CO₂-Emissionen je Mitarbeiter:in. In Deutschland liegt das Emissionsziel pro Kopf bei 2 t CO₂ in 2050. Um

dieses Ziel zu erreichen, müssen 6 t pro Kopf jährlich eingespart werden. Damit kann die Krankenkasse mit Einsparungen wie bei Uwe und Heike über ihre

Mitarbeitenden fast 30% zum gesamtdeutschen Klimaziel pro Kopf beitragen.

Durch unterschiedliche Maßnahmen können CO₂-Emissionen drastisch reduziert werden

Darüber hinaus verfügen Kassen noch über viele weitere Hebel, wenn es um seltenere Aktivitäten wie Neuanschaffungen von Mobiliar, Gebäudesanierungen oder die Veranstaltung von Events geht. Bei all diesen Aktivitäten kann darauf geachtet werden, nachhaltige Materialien zu verwenden (z.B. bei der Wahl der Büroausstattung), den Materialverbrauch im Allgemeinen zu senken (z.B. digitale Einladungen zu Events) und die Umwelteffizienz zu berücksichtigen (z.B. bei der Gebäudedämmung oder der Flächennutzung). Viele dieser Einsparpotenziale bleiben derzeit ungenutzt, da Emissionsaspekte bei Entscheidungen kaum berücksichtigt werden. Um dies zu ändern, kann eine dedizierte Stelle hilfreich sein, die Informationen bündelt und Mitarbeitende unterstützt.

Erweitertes Potenzial: Versorgungsentscheidungen können CO₂-Emissionen beeinflussen

Die Position der GKV in der Wertschöpfungskette des Gesundheitssystems gibt ihr auch die Möglichkeit, weitere CO₂-Emissionen zu beeinflussen und zu nachhaltiger Versorgung zu motivieren. Die Versichertenversorgung bietet – ähnlich wie der Tagesablauf der Mitarbeitenden – verschiedenste Ansatzpunkte zur Reduzierung von Emissionen. Selbstverständlich müssen Entscheidungen in der Versorgung stets im Einklang mit dem Wohle der Versicherten stehen. Doch kann z.B. bei Entscheidungen zu Hilfs-, Heil- oder Arzneimitteln auf die Nachhaltigkeit des Angebots geachtet bzw. nachhaltige Angebote können bevorzugt werden.

- **Nachhaltige Verwendung von Hilfsmitteln.** Insbesondere im Bereich der Hilfs- und Heilmittel können die Kassen Veränderungen im System anregen und einfordern. Beispielsweise kann die Kasse für ihre Versicherten Rollatoren auswählen, deren Produktion einen geringen CO₂-Fußabdruck erzeugt. Anbieter, die Wert auf die Nachhaltigkeit ihrer Produkte legen, produzieren z.B. häufig in Europa, nutzen vor allem heimische Naturfasern und andere umweltfreundliche Materialien, setzen auf hohe Produktqualität, um eine Wiederverwendung zu ermöglichen, und verpacken ihre Produkte in recyclingfähigem Karton. Auch könnten Hilfsmittel im Rahmen eines Pooling-Verfahrens mehrmals vergeben sowie auf umweltfreundlichen Wegen ausgeliefert und wieder eingesammelt werden. Am Ende ihrer Lebenszeit sollten die Produkte zur Ersatzteilnutzung verwendet oder produktgerecht entsorgt werden. Und schließlich ist auch im Sinne der Versicherten darauf zu achten, dass Modelle vergeben werden, die diese tatsächlich nutzen.
- **Nachhaltige Versorgung mit Heilmitteln.** Auch bei Heilmitteln können Krankenkassen im Sinne einer nachhaltigen Versorgung handeln. Besteht z.B. die Wahl zwischen verschiedenen ambulanten und stationären Institutionen mit gleicher Qualität, reduziert der zu den Versicherten nächstgelegene Standort die Wegstrecke. Auch umweltfreundliche Transportmittel wie Elektrofahrzeuge oder Sammelfahrten sind zu erwägen. Zudem können Kassen bei den Therapieanbietern Anreize für Nachhaltigkeit schaffen, indem sie entsprechende Kriterien in die Verhandlungen einfließen lassen.
- **Nachhaltiger Umgang mit Arzneimitteln.** Bei Arzneimitteln können Krankenkassen den Fokus auf Nachhaltigkeit verstärken, indem sie z.B. Ärzt:innen und Versicherte über alternative nachhaltige Präparate mit gleicher Wirksamkeit aufklären. Beispielsweise können umweltverträglichere pulverbasierte Asthmasprays bei gleicher Wirkung die üblichen aerosolbasierten Sprays ersetzen.⁴² Zudem können Nachhaltigkeitskriterien auch in die Verhandlungen von Rabattverträgen einfließen, z.B. Emissionsziele oder Wasserverbrauch und -verschmutzung. Wichtig ist auch die Aufklärung der Ärzte- und Patientenschaft über die umweltgerechte Nutzung und Entsorgung von Medikamenten.

⁴² [https://www.ecarf.org/asthma-trockenpulver-inhalatoren-sind-umweltschonender/#:~:text=Januar%202020,so%20genannten%20Hydrofluoralkanen%20\(HFA\)](https://www.ecarf.org/asthma-trockenpulver-inhalatoren-sind-umweltschonender/#:~:text=Januar%202020,so%20genannten%20Hydrofluoralkanen%20(HFA))

B) Mit weiteren Maßnahmen lassen sich zusätzliche Effekte erzielen

Neben Klimawandel und Treibhausgasemissionen sind weitere Unterthemen relevant für das nachhaltige Handeln von Krankenkassen. Dazu zählen insbesondere die Reduzierung des Wasserverbrauchs, die Müllproduktion und -entsorgung sowie Biodiversität.

Wichtig ist zunächst der verantwortungsvolle Umgang mit Ressourcen. So gilt es z.B., Wasser einzusparen. In einer Krankenkasse bestehen Potenziale in der Senkung des Wasserbrauchs in der Kantine sowie im Einsatz wassersparender Mischpulte an Waschbecken. Um das Potenzial voll auszuschöpfen, bedarf es aber auch verhaltensbasierter Maßnahmen.

Beim Umgang mit Müll geht es einerseits darum, Materialverbrauch und Müllmenge zu reduzieren. Das könnte etwa bedeuten, dass leichteres, recyceltes Papier verwendet wird und Druckaufträge bewusster ausgeführt werden. Andererseits geht es um die Abfallentsorgung: Mülltrennung und Recycling sind z.B. als verhaltensbasierte Maßnahmen einfach umzusetzen.

Biodiversität können Krankenkassen z.B. dann direkt beeinflussen, wenn neue Gebäude auf unbebautem Land errichtet werden, beispielsweise durch Einbettung des Gebäudes in die Umgebung ohne Beeinträchtigung der Natur. Der Erhalt der Biodiversität von heute ist essenziell, um Krankheiten einzudämmen, die mit Klimawandel und Umweltverschmutzung einhergehen, und liegt damit auch im Interesse der GKV. Diese kann sowohl eigene Initiativen in Gang setzen als auch bestehende Initiativen und Vereine unterstützen.

Schaubild A3.7 gibt anhand einer Checkliste einen Überblick über die Vielzahl möglicher Maßnahmen für die GKV im ESG-Bereich Environment. An all diesen Themen arbeiten GKVn bereits, doch kaum eine GKV deckt das gesamte Spektrum ab. Die Checkliste kann helfen, den Status quo zu erfassen und Maßnahmen auszuwählen.

Checkliste – Maßnahmen im ESG-Bereich Environment

Themen	Verhaltensbasierte Maßnahmen für die GKV	GKV-Infrastruktur-Maßnahmen
 Klimawandel und Treibhausgasemissionen	<input type="checkbox"/> Mitarbeiterkampagne „Treppe statt Aufzug“ <input type="checkbox"/> Aufruf zur Partizipation bei Aktionen wie „Klimaretter – Lebensretter“ <input type="checkbox"/> Förderung von Homeoffice <input type="checkbox"/> Förderung von Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel und Fahrrad <input type="checkbox"/> Mitarbeiterkampagne zur Vermeidung von Stand-by-Modus <input type="checkbox"/> Mitarbeiterkampagne zur Abschaltung des Lichts bei Verlassen der Räume <input type="checkbox"/> Förderung einer vegetarischen Ernährung <input type="checkbox"/> Klimaneutraler Postversand <input type="checkbox"/> Minimieren von Dienstreisen	<input type="checkbox"/> Umstellung auf Ökostrom <input type="checkbox"/> Umstellung auf alternative Heizanlagen <input type="checkbox"/> Umstellung auf E-Dienstwagen <input type="checkbox"/> Umstellung auf Green IT und Server <input type="checkbox"/> Klimafreundliche Gebäudesanierung <input type="checkbox"/> Integration von Emissionsaspekten bei der Vergabe von Rabattverträgen und in der Wahl von Hilfs- und Heilmitteln sowie Medikamenten
 Wasser	<input type="checkbox"/> Mitarbeiterkampagnen zum Wassersparen <input type="checkbox"/> Aufklärung zur richtigen Medikamentenentsorgung	<input type="checkbox"/> Integration von Verbrauchs- und Verschmutzungslimits bei der Vergabe von Rabattverträgen für Medikamente <input type="checkbox"/> Wassersparende Anlagen in Kantine und auf WCs
 Materialverbrauch und -verschwendung	<input type="checkbox"/> Mitarbeiterkampagnen zum Papiersparen <input type="checkbox"/> Förderung von Kursen zu nachhaltiger Lebensweise <input type="checkbox"/> Umstellung auf digitale Kommunikation <input type="checkbox"/> Kampagne zu Mülltrennung, Müllsammel-Aktionen	<input type="checkbox"/> Nachhaltige Beschaffung von Büromaterial und -ausstattung sowie Event-Equipment und Give-aways <input type="checkbox"/> Aufbereitung von Hilfsmitteln <input type="checkbox"/> Aufbereitung von IT und anderer Büroausstattung <input type="checkbox"/> Digitalisierung der Versichertenbetreuung
 Biodiversität und Ökosysteme	<input type="checkbox"/> Spendenaufrufe zur gezielten Unterstützung von Initiativen	<input type="checkbox"/> Ansiedlung von Bienenstöcken auf Gebäudedächern <input type="checkbox"/> Optimierung von Gebäuden und Flächengestaltung

Quelle: McKinsey

FALLBEISPIEL NHS⁴³

Der „Delivering a Net Zero Health Service“-Report positioniert Nachhaltigkeit im Sinne der Umwelt für das Gesundheitssystem in Großbritannien als klare Priorität. Um den Konsequenzen des Klimawandels entgegenzuwirken, hat der National Health Service (NHS) das „Greener NHS“-Programm ins Leben gerufen. Zusammen mit Mitarbeitenden, Krankenhäusern und weiteren Partnern arbeitet der NHS in diesem Programm daran, seinen positiven Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung und die Umwelt zu optimieren.

Bereits seit 2008 überwacht der NHS seine CO₂-Emissionen und macht diese öffentlich. Im Oktober 2020 hat er sich zum Erreichen der Klimaneutralität verpflichtet. Eine Gruppe von Fachleuten soll einen praktikablen, evidenzbasierten und quantifizierten Weg zur Klimaneutralität aufzeigen. Im Report „Delivering a Net Zero Health Service“ setzt sich der NHS klare Ziele:

1) Bis 2040 wird der NHS klimaneutral bezüglich der direkten Emissionen sein.

2) Bis 2045 wird der NHS klimaneutral bezüglich aller Emissionen sein, die er beeinflussen kann.

Direkte Emissionen, z.B. eigener Fahrzeuge oder von eingekauftem Strom, sollen zwischen 2028 und 2032 bereits um 80% reduziert sein. Bei den beeinflussbaren Emissionen, z.B. im Gebäudbau oder durch genutzte Produkte, strebt der NHS eine Senkung um 80% zwischen 2036 und 2039 an.

Der NHS arbeitet dafür an acht Aufgabenbereichen und ergreift u.a. folgende Maßnahmen:

- **Pflege.** Entwicklung eines Rahmens zur Bewertung der Kohlenstoffreduzierung im Zusammenhang mit neuen Versorgungsmodellen
- **Medikamente und Lieferkette.** Zusammenarbeit mit Lieferanten auf dem Weg zu Netto-Null-Emissionen in der Lieferkette
- **Transport und Reisen.** Umstellung der gesamten Fahrzeugflotte auf emissionsfreie Fahrzeuge bis 2032, z.B. Krankenwagen

- **Innovation.** Fokus auf digitale Transformation und Einführung von Innovationsmanagementprozessen
- **Krankenhäuser.** Bau von 40 Netto-Null-Krankenhäusern
- **Licht.** Umstellung auf LED-Beleuchtung
- **Ganzheitliche Umstellung.** Kulturelle Transformation, die Resilienz und Wandlungsfähigkeit ins Zentrum der Net-Zero-Agenda rückt, u.a. durch regelmäßige Berichterstattung
- **Werte und Führung.** Aktualisierung der NHS-Verfassung mit Klimazielen als Priorität sowie Schaffung einer dedizierten Netto-Null-Führungskraft auf Vorstandsebene.

Seit der ersten Veröffentlichung des Reports hat der NHS einige dieser Aufgaben nach eigenen Angaben bereits erfüllt (Stand Juli 2022):

- Einbettung der Maßnahmen, Strukturen und Strategien aller Trusts, z.B. durch die Entwicklung eines Net-Zero-Kapital-Planungs-Tools sowie die Umstellung auf grüne Fahrzeugflotten
- Durchführung einer klimaneutralen Operation
- Einführung eines klimaneutralen Rettungswagens
- Investition von über 550 Mio. GBP in Maßnahmen zur Steigerung der Energieeffizienz und erneuerbare Energien.

Damit zeigt der NHS, wie Umweltschutz in einem Gesundheitssystem insbesondere mit Blick auf das Erreichen von Klimaneutralität umgesetzt werden kann.

⁴³ Das Fallbeispiel basiert ausschließlich auf öffentlich verfügbaren Informationen, die der NHS bereitstellt. Es wurden keine weiteren Informationen oder Analysen hinzugefügt. <https://www.england.nhs.uk/greenernhs/a-net-zero-nhs/>

III. Social: in Beschäftigte und externe Talente investieren sowie die Diversität erhöhen

Laut Definition fallen fünf Themen in den Bereich Social: Arbeitspraktiken, Investitionen in Beschäftigte, Produkt- und Serviceattribute, Effekte auf das Gemeinwohl sowie Unternehmenskultur, Diversität und Inklusion (siehe Schaubild A3.8). Im Gegensatz zum Bereich Environment sind hier alle Aspekte auch für die GKV relevant. Dies erklärt sich u.a. mit der Position der GKV als Körperschaft des öffentlichen Rechts und der damit verbundenen besonderen Verantwortung gegenüber Mitarbeitenden und der Gesellschaft.






Viele Bereiche der Kategorie Social sind jedoch bereits durch deutsche Gesetze geregelt, z.B. alle Unterpunkte der „Arbeitspraktiken“. Der Spielraum für die GKV ist deshalb eher gering – und damit auch das Veränderungspotenzial.

Im Folgenden konzentrieren wir uns auf die Unterthemen „Investition in Beschäftigte“ sowie „Unternehmenskultur, Diversität und Inklusion“, deren Relevanz und Potenzial für die GKV als hoch eingeschätzt werden. Abschnitt A behandelt den Aus- und Aufbau neuer Fähigkeiten. In Abschnitt B wird der Status quo der Diversität in der GKV analysiert und der entsprechende Handlungsbedarf aufgezeigt. Insgesamt geht es für die Kassen also darum, Talente zu fördern, zu halten und zu rekrutieren. Denn nur dann können sie den sozialen Aspekten gerecht werden, ESG-Maßnahmen umsetzen und langfristig weitere strategische Ziele erreichen.

Schaubild A3.8

ESG-Unterpunkte: Social

■ Direkte Relevanz für GKV □ Fokus des Artikels

 Arbeitspraktiken	Arbeitssicherheit und -bedingungen		Gesundheits- und sonstige Leistungen für Beschäftigte
 Investitionen in Beschäftigte	Fortbildungsmaßnahmen		Umschulungsmaßnahmen
 Produkt- und Serviceattribute	Sozial orientierte Produkte, inkl. Ausgaben für Innovationen	Faire Preise, inkl. wettbewerbsfähiger Preise	Schutz personenbezogener Daten
	Transparenz für Verbraucher:innen, u.a. Produktqualität, faire Vermarktungspraktiken	Markenauftritt, inkl. proaktiver Kommunikation zum gesellschaftlichen Effekt von Produkten	
 Effekte auf das Gemeinwohl	Qualität der Stellenschaffung, u.a. Zahl neugeschaffener Stellen (netto)	Wirtschaftlicher Beitrag, u.a. Kapitalinvestitionen, lokale Steuerzahlungen	Philanthropische Initiativen
 Unternehmenskultur, Diversität und Inklusion	Diversität	Inklusion	Motivation der Beschäftigten

Quelle: McKinsey

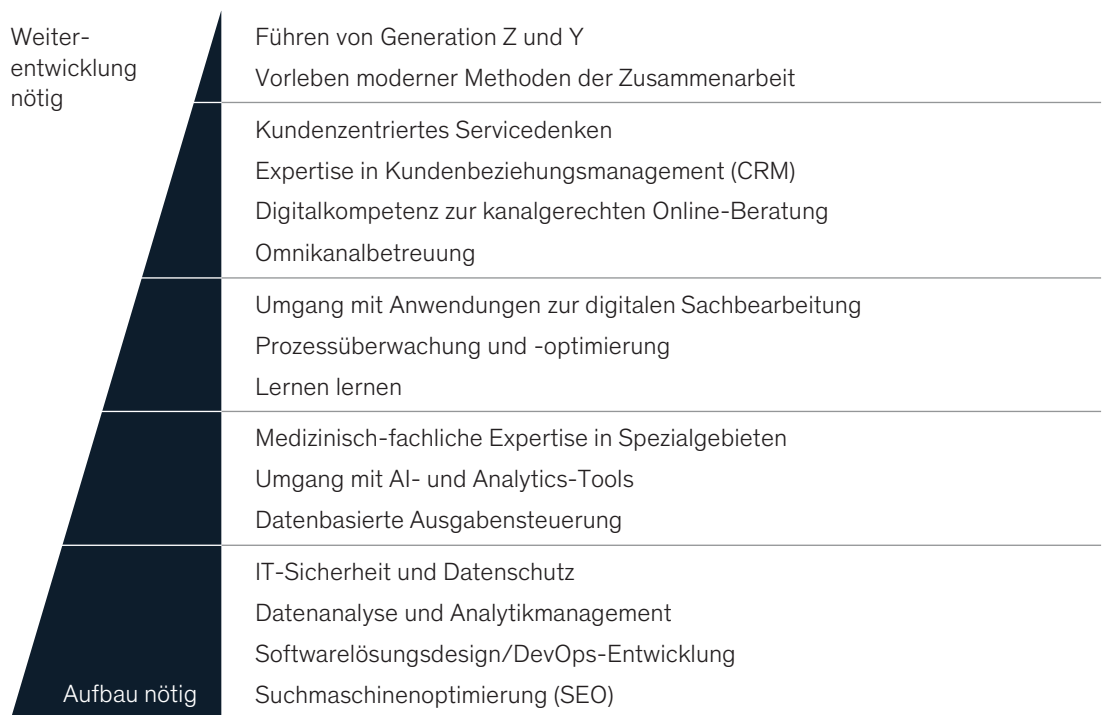
A) Investitionen in Beschäftigte erlauben den Aus- und Aufbau neuer Fähigkeiten

Unternehmen können ihre Beschäftigten über Fortbildungs- und Umschulungsmaßnahmen weiterentwickeln. Solche Maßnahmen dienen der Karriereplanung der Mitarbeitenden, steigern ihre Motivation und stärken die Bindung an den Arbeitgeber. Außerdem können Organisationen über diesen Weg neue Fähigkeiten vermitteln.

Innerhalb der GKV werden sich die Anforderungen an die Beschäftigten zunehmend verändern: Mitarbeitende müssen in Zukunft andere Fähigkeiten als heute mitbringen, um effektiv und effizient arbeiten zu können. Deshalb ist es notwendig, bestimmte Fähigkeiten zu fördern bzw. neu aufzubauen (siehe Schaubild A3.9).

Schaubild A3.9

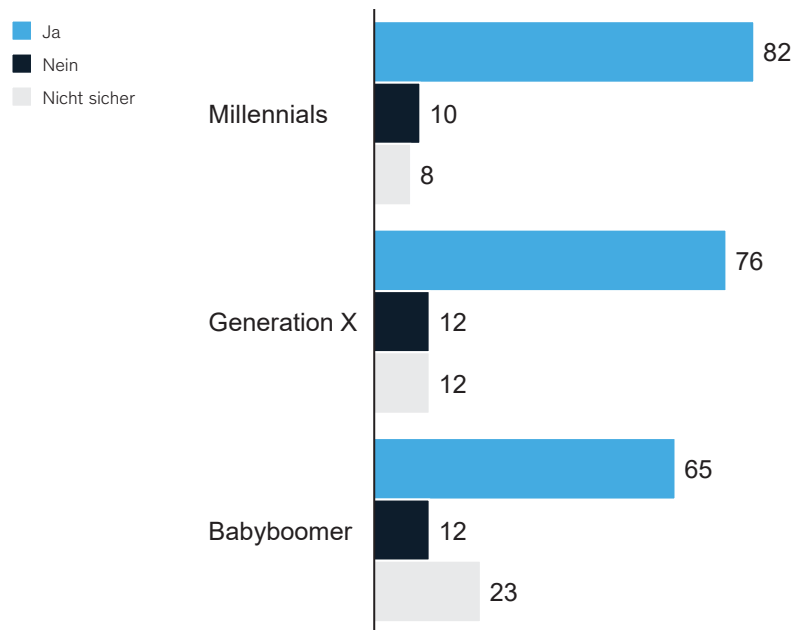
Verschiebung bei den für die GKV notwendigen Fähigkeiten



Quelle: Future of Work and Reskilling in Health Care (Analyse des McKinsey Global Institute)

Millennials sind noch selbstsicherer als Generation X und Babyboomer

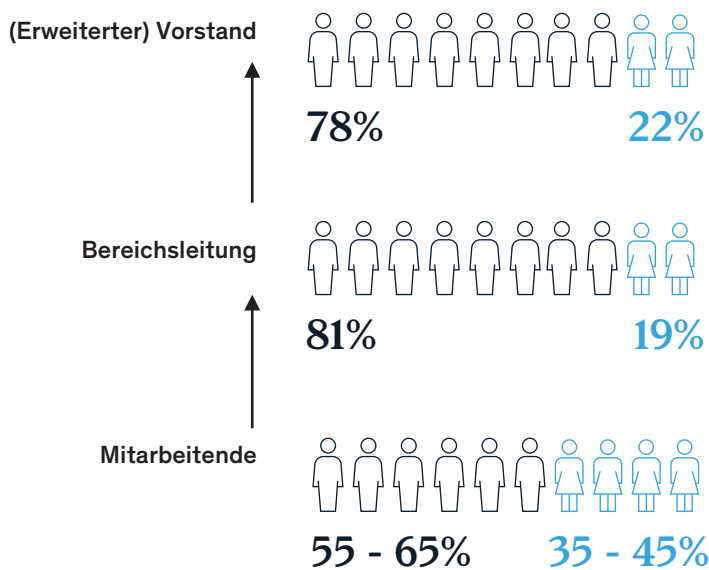
Anteil der Beschäftigten, die das Recht für sich reklamieren, ihre Meinung ggü. ihren Arbeitgebern zu äußern, in Prozent



Quelle: Werber Shandwick

Geschlechterverteilung in selektiven Kassen

Durchschnittliche Geschlechterverteilung¹ bei AOKen und vdek, Anteil an Beschäftigten gesamt, in Prozent



¹ Nur männlich und weiblich differenziert

Quelle: McKinsey-Analyse

Bei der Weiterentwicklung von Fähigkeiten stehen auch die Führungskräfte im Fokus. Verglichen mit früheren Generationen sind z.B. die oben erwähnten Millennials deutlich geübter darin, ihre Meinung zu äußern (siehe Schaubild A3.10). Führungskräfte müssen deshalb mehr denn je über kommunikative Fähigkeiten verfügen, um z.B. Diskussionen konstruktiv führen, zuhören und verstehen, zwischen Generationen vermitteln und das gesamte Team motivieren zu können.

Zudem benötigen Beschäftigte zunehmend kundennahe Fähigkeiten, da Versicherte immer höhere Serviceerwartungen entwickeln, z.B. auf Grund von Erfahrungen mit Branchen wie E-Commerce, Bankenwesen oder Tourismus.



Interview mit Simone Schwing, ab Seite 64
Vorständin der BARMER

„Unsere IT- und Datenlandschaft ist wahnsinnig komplex und interessant für Spezialist:innen. Das müssen wir noch stärker kommunizieren, um diese für uns zu gewinnen.“

#Fachkräfte #Talente

Die zunehmende Automatisierung und Digitalisierung in der GKV erfordern auch den Aufbau von entsprechenden Fähigkeiten. So werden zudem die Möglichkeiten von Data Analytics erweitert. Dazu werden nicht nur reine IT-Fähigkeiten benötigt, sondern auch Mitarbeitende mit IT- und Geschäftsprozess-Kenntnissen, die die Geschäftsanforderungen in IT-Anforderungen übersetzen und Erkenntnisse aus Daten ableiten können. Beide Profile wollen und müssen die Kassen in nächster Zukunft rekrutieren (siehe Der GKV Check-up 2021, „Krankenkasse der Zukunft – datengetriebene Versorgung koordinieren und Leistungen optimieren“).

IT- und Schnittstellen- Fähigkeiten werden zu- nehmend benötigt

Der Übergang zwischen Fähigkeitenauf- und -ausbau ist fließend und je nach Kasse und Belegschaft unterschied-

lich. Jede Krankenkasse sollte deshalb den Status quo ihrer Mitarbeitenden analysieren und die Ziel-fähigkeiten definieren. Dann kann sie feststellen, welche Lücken zu schließen sind.

B) Die GKV-Belegschaft sollte diverser werden

Bereits 2018 hat die McKinsey-Studie „Delivering Through Diversity“ belegt: Je diverser, desto erfolgreicher ist ein Unternehmen. Besonders deutlich zeigte sich dieser Zusammenhang beim Frauenan-

teil im Topmanagement. Unternehmen mit hohem Frauenanteil weltweit haben eine 21% größere Wahrscheinlichkeit, überdurchschnittlich erfolgreich zu sein. Werden nur deutsche Unternehmen betrachtet, ist die Erfolgswahrscheinlichkeit sogar noch höher.⁴⁴

Die Krankenkassen haben auf diesem Gebiet klaren Aufholbedarf: Aus den Daten unterschiedlicher AOKen und Kassen des vdek geht hervor, dass die Geschlechterverteilung auf der Ebene der Mitarbeitenden noch annähernd ausgewogen ist, die männliche Dominanz mit den Hierarchiestufen aber zunimmt. So bestehen die Teams im Vorstand (inklusive Vorsitz und Mitgliedern des Vorstands) zu fast 80% aus Männern und nur zu rund 20% aus Frauen (siehe Schaubild A3.11).

Neben der Investition in Beschäftigte könnte die GKV also auch von Zielen und Maßnahmen rund um das Thema Diversität profitieren.

Fortbildungs- und Umschulungsmaßnahmen sind geeignet, um Mitarbeitende zu fördern und zu halten. Aber auch die Rekrutierung neuer Talente ist eine Möglichkeit, um die Fähigkeitenlücke zu schließen und die Diversität zu steigern.

Fördern

Unternehmen sollten die wertvollen fachlichen Kenntnisse und Fähigkeiten ihrer Mitarbeitenden in regelmäßigen Trainings weiterentwickeln. Darüber hinaus gilt es, Leistungstragende – im Rahmen der Möglichkeiten einer Körperschaft des öffentlichen Rechts – zu belohnen und ihnen Perspektiven in Form von attraktiven Karrierewegen und Mentorenprogrammen zu bieten. Die Maßnahme „Fördern“ besteht aus vier Elementen:

- **Aufzeigen klarer Karrierewege.** Gerade für Fachleute sind neue Karrierewege zu konzipieren, die gleichwertig neben der üblichen Führungskarriere stehen. Um einen geeigneten Karriereweg einzuschlagen, benötigen Mitarbeitende einerseits Gespräche mit Vorgesetzten und Personal sowie transparente Informationen zu ihren Karrieremöglichkeiten. Andererseits müssen Fähigkeiten in Trainings vermittelt, im Rahmen interner Projekte im Tagesgeschäft angewendet und mithilfe von Coaching verfeinert werden.
- **Weiterentwicklung von Fähigkeiten.** Hier ist zwischen der oberen und der unteren

⁴⁴ <https://www.mckinsey.com/de/news/presse/neue-studie-belegt-zusammenhang-zwischen-diversitat-und-geschäftserfolg>

Führungsebene zu unterscheiden. Die untere Führungsebene sollte im Rahmen standardisierter Curricula an geeigneten Schulungen teilnehmen. Dies können kurze Trainings zu spezifischen Themen sein, z.B. Kapazitätsplanung oder Mitarbeitermotivation; denkbar sind aber auch Coachings im Arbeitsalltag. Für die obere Führungsebene bietet sich insbesondere ein individuelles Einzelcoaching an. Auch Mentor:innenprogramme innerhalb der Organisation oder mit Führungskräften aus anderen Bereichen können hilfreich sein und neue Denkanstöße liefern.

- **Einführung von Feedback.** Um Feedback strukturiert und standardisiert geben zu können, braucht es drei Dinge: erstens eine einheitliche Basis, anhand derer Kompetenzen bewertet werden. Hier bieten sich z.B. fünf bis sieben Ziel-Kompetenzfelder an. Zweitens ist es wichtig, Feedback regelmäßig im selben Kreis zu geben. Drittens ist eine Anleitung für konstruktive Feedbackgespräche erforderlich.
- **Förderung der Diversität.** Der erste Schritt hin zu mehr Diversität sind klare Ziele in verschiedenen Dimensionen. Diese sollten kurz-, mittel- und langfristige Horizonte haben, um Fortschritte sichtbar machen und ggf. gegensteuern zu können. Zunächst ist dafür der Status quo zu ermitteln, anschließend sind im Einklang mit Strategie und Kultur der Organisation die Ziele zu definieren. Je nach Standort einer Organisation kann es z.B. sinnvoll sein, dort besonders häufig vertretene Religionskreise oder Nationalitäten ins Team einzubinden. So lässt sich der lokale Bevölkerungsmix abbilden und intern ein besseres Kundenverständnis entwickeln. Im zweiten Schritt sind sichtbare Vorbilder zu schaffen, die sich aktiv für die Diversitätsförderung engagieren. Soll z.B. der Frauenanteil auf einer bestimmten Ebene erhöht werden, sind weibliche Vorbilder hilfreich, die ihre Erfahrungen teilen. Zusätzlich können Trainingsprogramme zur Frauenförderung durchgeführt werden.

Halten

Als Basis einer erfolgreichen Haltearbeit dienen Leitsätze wie „Wir modernisieren unser Führungsteam durch die Kombination langjähriger Erfahrung mit jungen motivierten Talenten“. Um Mitarbeitende im Unternehmen zu halten, kann

z.B. ein flexibles Arbeitsumfeld geschaffen werden. Dies umfasst Arbeitsort, Teilzeitmodelle und moderne Arbeitsweisen (siehe auch Der GKV-Check-up 2021, „Future of Work“). Insgesamt umfasst die Maßnahme „Halten“ drei Elemente:

- **Anbieten attraktiver Homeoffice-Optionen.** Vor allem in der COVID-19-Pandemie haben zahlreiche Beschäftigte Gefallen an der Arbeit im Homeoffice gefunden. Viele von ihnen sind nicht mehr bereit, lange Wege zum Arbeitsplatz zurückzulegen.⁴⁵ Organisationen müssen deshalb Mittel und Wege finden, flexible Arbeitsorte zu ermöglichen – und gleichzeitig z.B. Arbeitssicherheit, Integrität und Datenschutz zu gewährleisten.
- **Flexible Teilzeitmodelle etablieren.** Auch Teilzeitmodelle bedürfen der Flexibilität und Kreativität von Arbeitgeber und Mitarbeitenden. Hier gilt es nicht nur, die Zahl der Wochenstunden abzustimmen, sondern auch die Verteilung der Stunden innerhalb der Woche, die sich ggf. auch ändern kann. Job-Sharing-Lösungen können ebenfalls Teil der Haltebemühungen sein. In jedem Fall ist es wichtig, dass alle Beteiligten wissen, wer wann verfügbar ist, um einerseits Teammeetings planen und andererseits die Arbeitslast gerecht verteilen zu können.
- **Innovative Arbeitsweisen einführen.** Moderne Arbeitsweisen schließen z.B. agile Methoden in der Teamarbeit ein. Die Teammitglieder sind dabei nicht nur digital miteinander vernetzt, sondern wenden auch Methoden an, die es ihnen erlauben, eigenständig ihre Aufgabengebiete weiterzuentwickeln und dabei genau zu wissen, wie sich ihr Fortschritt in das Gesamtkonzept einfügt.

Rekrutieren

Oberstes Ziel ist es hier, externe Talente zu einer Bewerbung zu motivieren. Immer wichtiger werden dabei Online-Portale, auf denen Arbeitgeber bewertet werden: 47% der Internetnutzenden gaben 2021 an, sich schon einmal online über Bewertungen von Arbeitgebern informiert zu haben. 2018 taten das lediglich 36%.⁴⁶ Die GKV schneidet bei solchen Bewertungen schlechter ab als etwa die Versicherungsbranche, die beim Fähigkeitsaus- und -aufbau vor ähnlichen Herausforderungen steht. So ist lediglich eine

⁴⁵ <https://www.polver.uni-konstanz.de/kunze/konstanzer-homeoffice-studie/>

⁴⁶ <https://www.bitkom.org/Presse/Presseinformation/Arbeitgeberbewertungen-im-Netz-beeinflussen-Job-Wahl>

GKV auf den drei größten Bewertungsportalen unter den attraktivsten 25 Arbeitgebern gelistet. Erschwerend hinzu kommt der öffentlich-rechtliche Rahmen, in dem die GKV agiert: Attraktive Angebote zu unterbreiten, z.B. bei Gehaltsverhandlungen, erweist sich als schwierig. Die Maßnahme „Rekrutieren“ umfasst vier Unterpunkte:

– **Optimierung des Employer Branding.**

Bewerber:innen informieren sich wie erwähnt im Vorfeld u.a. über Prioritäten und Werte von Organisationen. Das Employer Branding ist dafür zuständig, ein Unternehmen so zu positionieren, dass es als attraktiver Arbeitgeber wahrgenommen wird: Strategie, Prioritäten und Werte einer Organisation müssen zielgruppengerecht aufbereitet und vermittelt werden. So können Kandidat:innen verstehen, wofür eine Organisation steht und was ihr wichtig ist – und dies mit den eigenen Werten abgleichen.

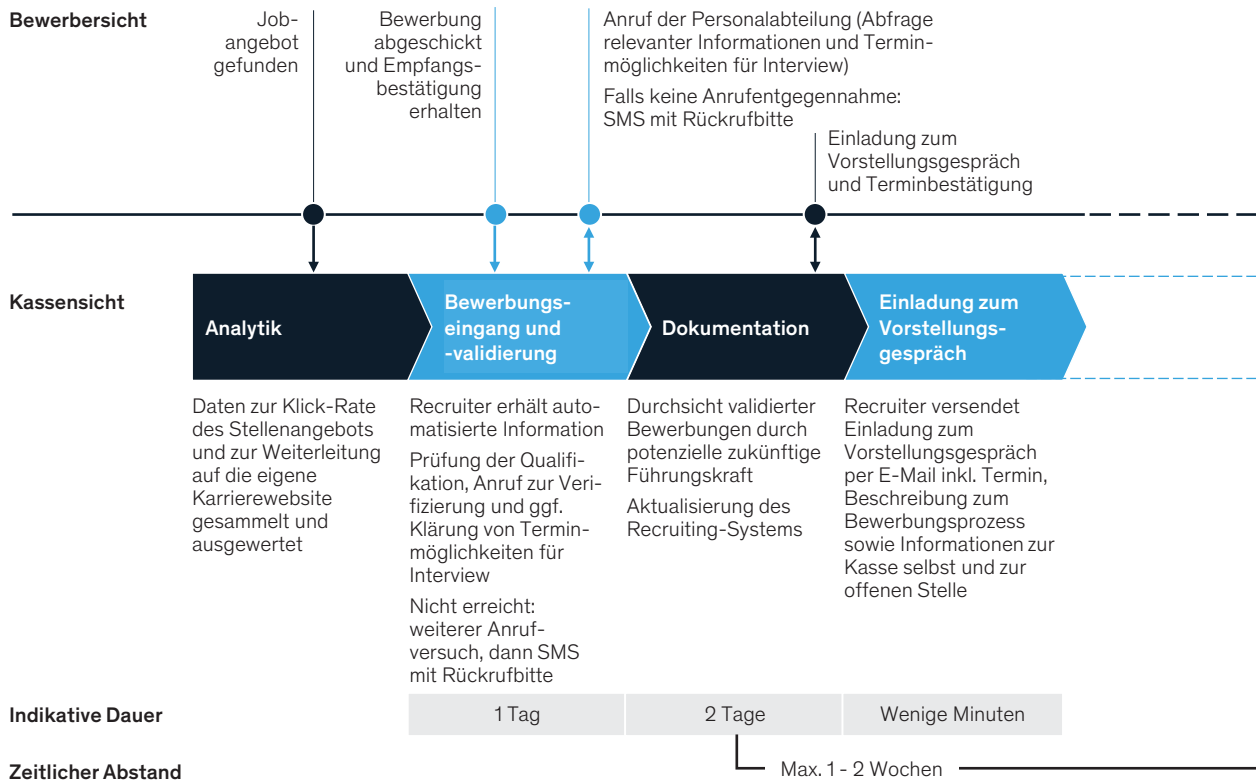
– **Passgenaue Auswahl der Recruiting-Kanäle.**

Zielgruppengerecht ist auch zu entscheiden, welche Kanäle genutzt werden: Die Optionen reichen von Online-Jobbörsen über Personaldienstleister bis hin zu Printmedien und Events oder Social Media. Je nach Stellenprofil können die Kanäle unterschiedlich gut geeignet sein. Wichtig ist, dass stets eine Priorisierung der Kanäle stattfindet, um die Arbeitszeit im Personalwesen effektiv zu nutzen und das Budget sinnvoll einzusetzen. Im Anschluss an jeden einzelnen Recruiting-Prozess ist deshalb auch zu prüfen, welcher Kanal wie erfolgreich war.

– **Analyse und Optimierung des Recruiting-Prozesses.** Es bleibt weiterhin schwierig, Fachkräfte zu finden und zur Annahme eines Stellenangebots zu bewegen. Sobald eine GKV eine Bewerbung erhält, ist es daher besonders wichtig, sich als attraktiver Arbeitgeber darzustellen. Im ersten Schritt ist es dafür nötig, die „Recruiting-Reise“ zu analysieren: Welche Kontaktpunkte haben interessierte Kandidat:innen? Wie „kundenfreundlich“, schnell und professionell verläuft die Kommunikation? Inwieweit werden Bewerber:innen im Prozess unterstützt und auf dem Laufenden gehalten? Diese und ähnliche Fragen können helfen, den Recruiting-Prozess und die Kommunikation zu analysieren und zu optimieren. Entscheidend ist z.B. die Zeitdauer bis zum nächsten Kontaktpunkt: Zwei Drittel der deutschen Bewerber:innen erwarten innerhalb einer Woche eine Rückmeldung.⁴⁷

⁴⁷ <https://www.humanresourcesmanager.de/employer-branding/das-recruiting-muss-schneller-effizienter-und-zielgruppenspezifischer-werden/>

Beispielhafte Soll-Recruiting-Reise



Quelle: McKinsey

Eine beispielhafte Soll-Recruiting-Reise setzt u.a. auf möglichst direkten Kontakt: Feste Ansprechpersonen kommunizieren mit den Kandidat:innen. Denkbar ist auch ein „Schnuppertag“, um geeignete Kandidat:innen mit ihrem zukünftigen Team bekannt zu machen und ihnen eine realistische Vorstellung vom Arbeitsalltag zu vermitteln (siehe Schaubild A3.12).

Insgesamt kann eine GKV verschiedenste Unterthemen des ESG-Bereichs Social für sich, ihre Mitarbeitenden und ihre Versicherten nutzen. Schaubild A3.13 gibt einen Überblick hierzu und kann damit helfen, individuell passende Maßnahmen auszuwählen.

IV. Governance: kasseneigene ESG-Ziele und -Erfolge transparent machen

Der Bereich Governance (Unternehmensführung) umfasst die Themen Geschäftsethik, Kapitalallokation, Governance-Strukturen und Beteiligung

sowie externe Positionierung und Unterstützung (siehe Schaubild A3.14). Diese vier Themen werden auch für GKVen als hoch relevant eingestuft. Als Körperschaft öffentlichen Rechts hat eine GKV ggf. sogar besonders hohe Ansprüche an z.B. Geschäftsethik oder Kapitalallokation, da diese auch das Geld der Versicherten betreffen.

Im Folgenden wird die „Berichterstattung und Offenlegung“, ein Teilgebiet des Themas „Externe Positionierung und Unterstützung“, näher beleuchtet. Denn wie oben ausgeführt, spielen ESG-Daten (bzw. der Nachweis von Nachhaltigkeit) für immer mehr Menschen eine zunehmend wichtige Rolle – auch bei der Wahl ihrer Arbeitgeber oder Krankenversicherungen. Vor allem die jüngere Generation möchte wissen, ob eine Organisation ihren sozialen und moralischen Ansprüchen gerecht wird.⁴⁸ Deshalb ist eine transparente Berichterstattung essenziell. Doch die ESG-Berichterstattung und die Nutzung von ESG-Botschaften zur Mitgliedergewinnung in der GKV sind noch begrenzt. Für die Kassen liegt

⁴⁸ <https://cf-fachportal.de/meldungen/transparenz-wird-immer-wichtiger-anleger-verlangen-esg-daten-denen-sie-vertrauen-koennen/>

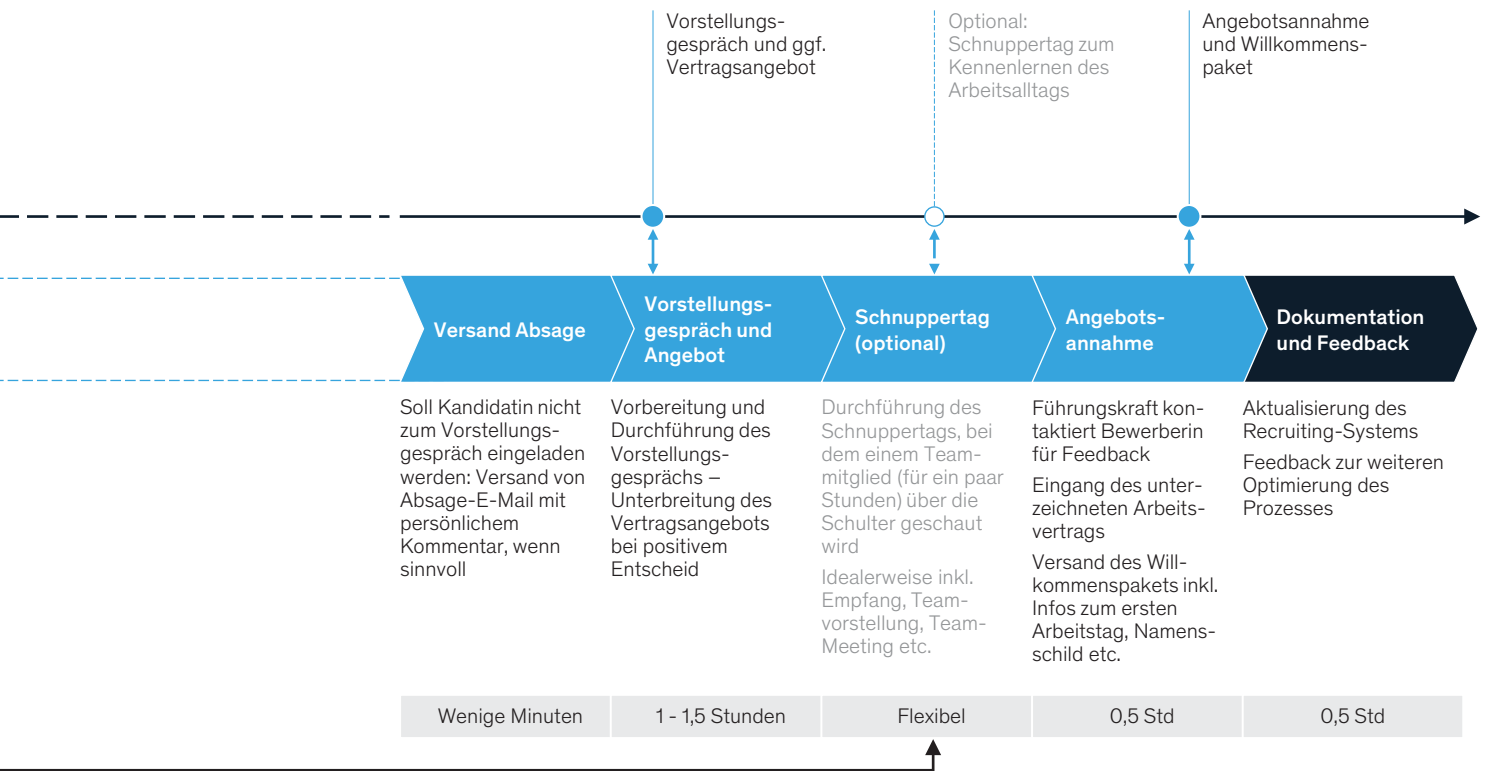


Schaubild A3.13

Checkliste – Maßnahmen im ESG-Bereich Social

Themen	Mögliche Maßnahmen für eine GKV
Investitionen in Beschäftigte	<input type="checkbox"/> Unterstützung zur Förderung einer gesunden und nachhaltigen Lebensweise <input type="checkbox"/> Gezielte Fortbildungsprogramme und Umschulungsmaßnahmen (Aufbau von Führungsfähigkeiten, Digitalkompetenz etc.) für Spezialist:innen, Führungsteams, Aufbau von Mentorenprogrammen
Produkt- und Serviceattribute	<input type="checkbox"/> Unterstützung zur Förderung einer gesunden und nachhaltigen Lebensweise <input type="checkbox"/> Digitale Angebote
Effekte auf das Gemeinwohl	<input type="checkbox"/> Spendenaktionen <input type="checkbox"/> Freistellungstage für Mitarbeitende zur Freiwilligenarbeit oder Ausführung eines Ehrenamts
Unternehmenskultur, Diversität und Inklusion	<input type="checkbox"/> Definition von kurz-, mittel- und langfristigen Diversitätszielen <input type="checkbox"/> Offene Kommunikation zu Vorbildern und aktive Förderung von Mitarbeitenden mit diversen Hintergründen <input type="checkbox"/> Schaffen einer Feedbackkultur, basierend auf einem einheitlichen System <input type="checkbox"/> Schaffen eines optimalen Arbeitsumfelds, das verschiedenen Bedürfnissen gerecht wird (Homeoffice, Teilzeitmodelle, innovative Arbeitsweisen) <input type="checkbox"/> Etablierung eines Rekrutierungsverfahrens, das Mitarbeitenden mit diversen Hintergründen gerecht wird

Quelle: McKinsey-Analyse

ESG-Unterpunkte: Governance

■ Direkte Relevanz für GKV □ Fokus des Artikels

 Geschäftsethik	Ethische Führung, u.a. Eskalationsmechanismen	Ethisches Verhalten im gesamten Ökosystem ¹	Gesetze und Bestimmungen ²
	 Kapitalallokation		Führungskräftegehälter, u.a. deren Verhältnismäßigkeit Gewinnausschüttung an Gesellschafter:innen Investitionen, u.a. in unterschiedliche E&S-Aspekte Steuerzahlungen
 Governance-Struktur und Beteiligung	Verpflichtung zu ESG-konformen Praktiken	Vorstandsrichtlinien, u.a. Unabhängigkeit von Vorständen	Diversität in Vorständen
	 Externe Positionierung und Unterstützung	Politisches Engagement und Mitgestaltung von Gesetzen	Mitgliedschaft in Handelsgruppen
Vertreten eines klaren Standpunkts, u.a. in der Kommunikation zu ESG-Themen		Berichterstattung und Offenlegung, u.a. ESG-Ziele	

¹ Bspw. Eskalationsmechanismen ² Bspw. internationale und nationale Normen
 Quelle: McKinsey

also ein großes Potenzial darin, die eigenen ESG-Ziele und -Umsetzungserfolge transparent darzustellen und für das Marketing und die Mitarbeitermotivation zu nutzen.

Der Aufbau eines ESG-Berichts unterliegt keinen Standards, sondern orientiert sich an der Zielgruppe

In Abschnitt A werden bestehende ESG-Bericht-Standards skizziert, und der optimale Aufbau eines Berichts wird erläutert. Abschnitt B zeigt, wie ESG-Ziele zu entwickeln sind, um

die Verzahnung von Organisationsstrategie und ESG-Zielen in der Praxis sicherzustellen. Abschnitt C behandelt die Messung der Ergebnisse und ihre Veröffentlichung.

A) Zielgruppenanalyse dient als Basis für den ESG-Bericht

Organisationen können ihre ESG-Berichte zwar an verschiedenen Standards ausrichten, doch diese sind nicht verbindlich und unterscheiden sich voneinander – ein Vergleich von Organisationen ist somit nur begrenzt möglich. Drei Standards zeichnen sich derzeit als mögliche Marktführer ab:





GRI (Global Reporting Initiative), ISSB (International Sustainability Standards Board) und TCFD (Task Force on Climate-Related Financial Disclosures). Jeder dieser Standards hat einen anderen Fokus. So inkludiert der GRI z.B. die meisten der in diesem Artikel behandelten ESG-Aspekte, während sich der TCFD-Report stärker auf Klima- und Umweltaspekte konzentriert.

Soll also ein ESG-Bericht erstellt werden, können diese Standards als Inspiration dienen. Der Aufbau eines Berichts ist jedoch immer abhängig von der Zielgruppe sowie deren Vorwissen und Bedürfnissen. Eine Krankenkasse muss dazu ihre Zielgruppe analysieren und den Bericht entsprechend strukturieren. Grundsätzlich gilt, dass die ESG-Ziele und der Status der Zielerreichung darzustellen sind. Sinnvoll ist auch eine Aussage dazu, wie und ggf. bis wann eine Lücke zur Zielerreichung geschlossen werden soll.

B) ESG-Ziele sind auszurichten an Purpose, zentralen Stärken und Schwächen der GKV

ESG-Ziele müssen im Einklang stehen mit dem Purpose, also dem höheren Zweck einer Organisation, mit ihrer Vision bzw. Mission und ihren

Checkliste – Maßnahmen im ESG-Bereich Governance

Themen	Mögliche Maßnahmen für eine GKV
 Geschäftsethik	<input type="checkbox"/> Einführung von 360°-Feedback zu ethischem Verhalten und damit Schaffung eines allgemeinen Verantwortungsbewusstseins <input type="checkbox"/> Erstellen eines nachhaltigen Beschaffungswesens, das auch die ethischen Arbeitsweisen von Lieferanten abdeckt
 Kapitalallokation	<input type="checkbox"/> Nachhaltige Geldanlage <input type="checkbox"/> Nachhaltige Kreditinstitutwahl
 Governance-Struktur und Beteiligung	<input type="checkbox"/> Schaffung einer Stelle für eine:n Nachhaltigkeitsbeauftragte:n <input type="checkbox"/> Regelmäßige Befragung der Mitarbeitenden zur ESG-Zufriedenheit und Ideenabfrage <input type="checkbox"/> Sicherstellen von Diversität auf der Führungsebene
 Externe Positionierung und Unterstützung	<input type="checkbox"/> Unterzeichnung von Leitlinien zur Nachhaltigkeit, z.B. deutscher Nachhaltigkeitskodex <input type="checkbox"/> Erstellung eines jährlichen ESG-Berichts und der dazugehörigen Zielsetzungen <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft in Verbänden zur Nachhaltigkeit

Quelle: McKinsey

Werten. Nur so lässt sich intern und extern eine einheitliche, überzeugende Geschichte vermitteln. Zudem wird so verhindert, dass die Ziele sich gegenseitig widersprechen oder behindern.

Der Purpose wird in den verschiedenen GKVen vermutlich ähnlich definiert. Wortwahl und Formulierungen können jedoch Prioritäten aufzeigen, die die Strategie und Organisationskultur einer Kasse beeinflussen.

Erarbeitet eine Organisation zusätzlich ihre zentralen Stärken und ihre Schwächen, wird deutlich, auf welche ESG-Bereiche Wert gelegt werden sollte. Benennt sie ihre Schwächen, so zeigt sie sich reflektiert und demonstriert echten Willen zur Optimierung. Bei einer GKV könnte hier z.B. eine unzureichende Diversität der Belegschaft genannt werden. Da mit der Berichterstattung von Zielen Transparenz geschaffen werden soll, ist auch Offenheit hinsichtlich interner Missstände wichtig. So kann eine Organisation zeigen, dass sie an den richtigen Themen arbeitet und eine echte Veränderung erreichen will.

Der Fokus auf die eigenen Stärken hat mehrere Vorteile: Er ermöglicht die Analyse, ob diese ausgebaut werden können und sollen, um sich weiter vom Wettbewerb abzuheben. Zudem ist eine vorteilhafte Positionierung der Organisation zu einem bestimmten Thema möglich. Und schließlich macht es meist mehr Freude, Stärken auszubauen, als Schwächen zu beheben.

C) ESG-Ziele sind regelmäßig zu messen, kritisch zu hinterfragen und zielgruppen-gerecht zu veröffentlichen

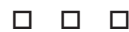
Zum Erreichen der ESG-Ziele bedarf es klarer Verantwortlichkeiten innerhalb der Organisation. So könnte mit der Steigerung der Diversität etwa das Personalwesen beauftragt werden. Regelmäßige Abfragen und Diskussionen können den Fortschritt sicherstellen. Je nachdem, wie stark die ESG-Ziele mit der Organisationsstrategie verwoben sind, können z.B. Finanz- und ESG-Ziele in denselben Gremien diskutiert werden, was auf lange Sicht erstrebenswert ist. In diesen Gremien-diskussionen geht es auch darum, die Ziele immer wieder zu hinterfragen und ggf. die Maßnahmen anzupassen, um Fortschritte effizienter und effektiver zu erzielen.

Viele Organisationen fügen ihrem jährlichen Geschäftsbericht den ESG-Bericht bei. Eine solche regelmäßige und verlässliche Veröffentlichung schafft Vertrauen bei den Interessenvertreter:innen. Zudem kann eine Organisation im Laufe der Zeit so ihre Positionierung und ihr Selbstbild untermauern, das von Marketing und Vertrieb gegenüber den Versicherten und im Employer Branding gegenüber potenziellen Bewerber:innen vermittelt wird.

Die Ziele können auch zielgruppengerecht in den Medien platziert werden – es muss nicht bei einer Veröffentlichung auf der Website einer GKV bleiben. Vor allem die Zielgruppe der Millennials sollte eine Kasse über ihre Nachhaltigkeitsziele informieren, um neue Mitglieder zu gewinnen – insbesondere über die sozialen Netzwerke. Auch Partner der GKV, z.B. Sportvereine, Versorger oder Arbeitgeber, können über die Nachhaltigkeitsziele und Ergebnisse einer Kasse informiert werden, damit sie ggf. als Multiplikatoren fungieren.

Zu beachten ist: Es geht weniger darum, möglichst viel möglichst schnell zu erreichen. Wichtiger ist es, ehrlichen Optimierungswillen zu zeigen. Ein Greenwashing von Ergebnissen in ESG-Berichten ist unbedingt zu vermeiden – dies kann für lange Zeit negative Folgen haben. Ergebnisse sind in jedem Fall korrekt zu berichten und das Verfehlen von Zielen ist offen anzusprechen, ergänzt um Pläne für das weitere Vorgehen.

Die GKV agiert zwar im Bereich Governance als Körperschaft des öffentlichen Rechts bereits in einem günstigen Rahmen, der viele Strukturen und Prozesse schon vorgibt. Doch verschiedene Maßnahmen können zu einer noch stärkeren Fokussierung in diesem Bereich führen (siehe Schaubild A3.15).



ESG – drei Buchstaben, die für viel Verantwortung stehen. Die Priorität, die Vorstände aus allen Branchen den Bereichen Environment, Social und Governance inzwischen beimessen, deutet darauf hin, dass echte Veränderungen bevorstehen.

Auch die GKVen tun gut daran, über ihre ESG-Ziele nachzudenken, sie zu definieren und transparent zu messen. Für die Ansprache von Mitgliedern und zur Motivation von Talenten ist dies gleichermaßen von Bedeutung. Durch eine intensive Auseinandersetzung mit der ESG-Thematik können Kassen das Vertrauen der jüngeren Generation gewinnen und nachhaltige Lösungen für das Gesundheitswesen schaffen. Folgende Fragen können dabei helfen:

- Berücksichtigen wir alle drei ESG-Bereiche?
- Arbeiten wir an den Themen, die das größte Verbesserungspotenzial aufweisen?
- Informieren wir die Öffentlichkeit, insbesondere bestehende und potenzielle Mitglieder, Mitarbeitende sowie mögliche Bewerber:innen, regelmäßig über unsere Aktivitäten?

Dabei gilt stets: Die ESG-Ziele der GKVen müssen im Einklang mit ihrer Organisationsstrategie stehen und Fortschritte sollten regelmäßig gemessen werden. Dann können die Kassen aus ihren Erfahrungen lernen, Prioritäten ggf. überdenken und so langfristig ihren Erfolg sichern.

FALLBEISPIEL UNILEVER

Der britische Konzern Unilever hat das Thema Nachhaltigkeit schon frühzeitig aufgegriffen. Als Anbieter von Verbrauchsgütern widmet sich das Unternehmen Aspekten wie Verpackungsabfall, dem globalen Fußabdruck hinsichtlich Beschaffung, Produktion und Distribution sowie Diversität der Mitarbeitenden. Bereits seit 2009 verfolgt Unilever den „Unilever Sustainable Living Plan“ und liefert damit ein Beispiel für ESG-Zielsetzung und -Umsetzung. Heute ist das Thema „Nachhaltigkeit“ zentral in der Unternehmensstrategie verankert und in die DNA der Mitarbeitenden übergegangen.

Der einzige Weg, in einer komplexen Unternehmensstruktur mit vielen Marken, Lieferanten und Partnern ESG-Ziele zu verankern, führt über die Integration in die übergeordnete Unternehmensstrategie. So kaskadiert Unilever seine Absichtserklärung – „Nachhaltigkeit alltäglich machen“ – in ESG-Ziele, die alle seiner 400 Marken umsetzen. Daraus sind drei ESG-Eckpfeiler entstanden, die jeweils mit konkreten Zielen untermauert sind. Hier einige beispielhafte ESG-Ziele:

1. Die Gesundheit des Planeten verbessern:
 - Netto-Null-Emissionen aller Produkte (von der Beschaffung bis zur Verkaufsstelle) bis 2039
 - Halbierung von Treibhausgasemissionen, Wasserverbrauch und Abfallmenge durch Entsorgung von Produkten im gesamten Lebenszyklus bis 2030
 - Nutzung 100% biologisch abbaubarer Inhaltsstoffe bis 2030
2. Gesundheit, Selbstvertrauen und Wohlbefinden der Menschen stärken:
 - Jahresumsatz von 1 Mrd. EUR durch pflanzenbasierten Fleischersatz und Milchalternativen bis 2027
 - Verdopplung der Anzahl von Produkten, die zu einer gesunden Ernährung beitragen, bis 2025
 - Einhaltung der WHO-Ernährungsstandards von 70% des Portfolios bis 2022

3. Zu einer gerechten und inklusiven Welt beitragen:
 - Existenzsichernder Lohn für alle, die Unilever direkt Waren oder Dienstleistungen bereitstellen, bis 2030
 - Unterstützung des Wachstums von 5 Millionen kleinen und mittleren Unternehmen in der Wertschöpfungskette bis 2025 durch Zugang zu Kompetenzen, Kapital und Technologie
 - Einhaltung der Responsible Sourcing Policy durch 100% der Lieferanten.

Die Informationen zu ESG-Zielen, Umsetzungsplan und -status sind auf der Homepage von Unilever leicht zu finden. So führt ein Reiter im Hauptmenü direkt zu „Umwelt & Gesellschaft“.

Durch die Einbettung der ESG-Themen in die übergreifende Unternehmensstrategie sind Ziele und Umsetzungsstatus auch im Jahresbericht von Unilever zu finden. Der Fokus auf Nachhaltigkeit war bei Unilever auf der Topmanagement-Agenda eine Priorität und wurde somit in alle Ebenen getragen. Das Unternehmen hat Prozesse angepasst, um Entscheidungen im Einklang mit der Absichtserklärung zu ermöglichen, die Umsetzung von Maßnahmen unterstützt und gleichzeitig den Teams Entscheidungsfreiraum gelassen. Dadurch sind z.B. die 28 Marken, die im ursprünglichen „Sustainable Living Plan“ inkludiert waren, global um 69% schneller gewachsen als der Wettbewerb.⁴⁹

Und nicht nur beim Thema Nachhaltigkeit kann Unilever punkten: 2022 haben in einer Forbes-Umfrage 85.000 Teilnehmerinnen aus 40 Ländern das Unternehmen zu einer der 80 frauenfreundlichsten Firmen gewählt.⁵⁰

⁴⁹ McKinsey-Analyse

⁵⁰ <https://www.forbes.com/female-friendly-companies/#3ba6d1fb64ac>

Nachhaltigkeit: eine klare Erwartung von Versicherten und Mitarbeitenden



Simone Schwering
Vorständin der BARMER-Krankenversicherung

Simone Schwering ist als Vorständin der BARMER Krankenkasse u.a. für die Bereiche Personal, Organisation/Versicherung und Beitrag sowie Zentrale Dienste verantwortlich. Seit 2017 ist sie bei der BARMER tätig und wurde 2021 in den Vorstand berufen. Als ausgebildete Juristin startete sie ihr Berufsleben in der GKV und bekleidete unterschiedliche Positionen im Personalwesen, in der Selbstverwaltung und in der Rechtsabteilung.

Die BARMER ist eine der größten GKVen Deutschlands. Rund 15.500 Beschäftigte betreuen 8,7 Millionen Versicherte, das entspricht einem Marktanteil von ca. 12%. Besonderen Wert legt die BARMER auf innovative Gesundheitskonzepte, etwa im Bereich der Prävention und der Gesundheitsversorgung.

Was bedeutet Nachhaltigkeit in der GKV für Sie?

Generell sind wir als Krankenkasse durch unsere Kernaufgabe, nämlich Gesundheit zu erhalten, schon Teil des Themas Nachhaltigkeit. Gleichzeitig haben Versicherte und Mitarbeitende auch eine gewisse Erwartungshaltung: Sie wollen sehen, dass wir über unsere Kerntätigkeit hinausgehen. Von Versicherten erreichen uns konkrete Nachfragen zur Nachhaltigkeit und dazu, wie wir in diesem Bereich aktiv werden. In Vertriebsgesprächen bemerken wir, dass nachhaltiges Verhalten durchaus ein Aspekt ist, in dem sich Kassen von-

einander differenzieren können. Und bei den Mitarbeitenden gewinnen Fragen wie „Wofür steht mein Arbeitgeber?“ immer mehr an Bedeutung. Deshalb kann eine klare Positionierung beim Thema Nachhaltigkeit auch bei der Suche nach Fachkräften helfen.

Welche Nachhaltigkeitsziele hat sich die BARMER gesteckt und welche Maßnahmen setzen Sie bereits um?

Wir haben ein Portfolio an Themen, bei denen wir uns ganz klar positionieren. Im Rahmen einer Nach-

haltigkeitsstrategie werden diese Themen gebündelt und schrittweise zur Umsetzung gebracht. Ein Element ist beispielsweise das Erstellen eines regelmäßigen Nachhaltigkeitsberichts. Wichtig ist uns unter anderem eine spürbare Verringerung unseres CO₂-Fußabdrucks durch Identifizieren von Energiesparpotenzialen, die Reduktion von Dienstreisen sowie eine klare Positionierung zu hybridem Arbeiten. Insbesondere bei der Veränderung von Arbeitsweisen sind wir einen großen Schritt vorangekommen. Auch auf organisatorischer Ebene legen wir die Grundlagen, um unseren Beitrag zu leisten: Wir haben eine Abteilung geschaffen, die sich mit der Nachhaltigkeit beschäftigt, und streben entsprechende Zertifizierungen an. Wir wollen bis 2030 klimaneutral sein. Wir setzen uns intensiv dafür ein, Nachhaltigkeit sowohl intern als auch für unsere Versicherten greifbar zu machen.

Gibt es bereits Erfolgsgeschichten in Bezug auf die Nachhaltigkeit der BARMER?

Auf unserem Weg zur Klimaneutralität haben wir schon erhebliche Verbesserungen erzielt. Unseren CO₂-Fußabdruck konnten wir 2021 verglichen mit unserem Basisjahr 2019 bereits um 39% reduzieren. Dabei sind wir uns bewusst, dass diese Entwicklung zum Teil der Pandemie geschuldet ist. Wir arbeiten jetzt daran, die erreichten CO₂-Einsparungen auch im „Normalbetrieb“ außerhalb einer Pandemie zu stabilisieren und dann kontinuierlich weiter Emissionen zu reduzieren. Dabei müssen wir uns auch auf Hindernisse und Rückschläge einstellen, alles andere wäre unrealistisch.

Wenn Sie ESG gesamtheitlich betrachten: Ist eine Kategorie leichter umzusetzen als die anderen und warum?

Ich kann keine Unterschiede erkennen: Keine der Kategorien ist per se leichter oder schwieriger umzusetzen. Allerdings entspricht die Dimension Social dem Daseinszweck einer GKV. Da die BARMER eine Körperschaft des öffentlichen Rechts ist, ist auch der Bereich Governance seit jeher stark ausgebildet und implementiert. Hier haben wir in der Vergangenheit schon sehr viel geleistet und bereits zahlreiche Hürden genommen. Im Hinblick auf Transparenz, Strukturen, Dienstvereinbarungen und ähnliche Themen sind wir also schon sehr weit. Wir können daher auf soliden Strukturen aufsetzen.

Environment, also Klima- und Umweltschutz, spielte im gesamten Gesundheitswesen bisher kaum eine Rolle. Die BARMER beschäftigt sich

damit seit 2019 intensiv und systematisch, seit 2021 mit einer eigenen Abteilung. Es ist also mit Abstand das jüngste der drei Felder und insofern ist hier auch noch die meiste Aufbauarbeit zu leisten.

Widmen wir uns dem Themenbereich Social mit seinen wichtigen Bestandteilen Diversität und Inklusion. Was bedeuten diese Themen für Sie und welche Priorität haben sie bei der BARMER?

Diversität hat ganz klar eine hohe Priorität. Ich glaube fest daran, dass mehr Diversität zu besseren Ergebnissen und mehr Spaß bei der Arbeit führt. Wir bei der BARMER bemühen uns derzeit in Bezug auf Diversität vor allem um Gleichstellung und Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Hier sind wir natürlich schnell beim Thema „Frauen in Führungsrollen“. Das ist insbesondere für mich im Vorstand etwas, wozu ich mich klar positioniere und wo wir viel tun.

Gibt es positive Beispiele für Diversität und Inklusion innerhalb der BARMER?

Einerseits kämpfen wir für mehr Gendersensibilität bei Versorgungsleistungen und -service. Unsere Kampagne #Ungleichbehandlung für eine geschlechterspezifische Medizin hat viel positiven Zuspruch erhalten. Wir bieten auch ein breites Spektrum an Sprachen in der Versichertenbetreuung an. Wir haben bereits sehr früh angefangen, unsere Angebote in verschiedensten Sprachen bereitzustellen. Nach Ausbruch des Ukraine-Konflikts haben wir zeitnah zum Beispiel mit Übersetzer:innen zusammengearbeitet, um unseren Internetauftritt in ukrainischer Sprache anbieten zu können.

Als BARMER positionieren wir uns also klar in der Öffentlichkeit. Das ist der erste Schritt, um auch intern einen Rahmen zu schaffen, in dem es erlaubt und gewünscht ist, divers zu sein. In Schlüsselpositionen etablieren wir Vorbilder, die unsere Werte leben. Mittlerweile gibt es zudem Communities, in denen sich unsere Mitarbeitenden entsprechend ihren Bedürfnissen und Interessen vernetzen. Diese Initiativen prägen die Kultur; insbesondere die jungen Mitarbeitenden identifizieren sich damit. Unsere Mitarbeitenden sind vielfältig, das zeigen wir auch als Arbeitgeber, denn Diversität ist für uns eine Selbstverständlichkeit.

Die Themen „Einstellung von diversen Profilen“ und „Fachkräftemangel“ gehen Hand in Hand. Welche Möglichkeiten hat die GKV, für junge Talente interessanter zu werden?

Die Krankenkassen müssen vor allem darauf auf-

merksam machen, dass sie ein attraktiver Arbeitgeber sind. IT-Fachkräften zum Beispiel bieten wir ein sehr differenziertes und hoch spannendes Aufgabengebiet, mit komplexen Systemen und enormen Datenmengen. Das ist aber kaum bekannt. Wenn IT-Nachwuchskräfte überlegen, in welcher Branche sie arbeiten möchten, kommen sie nicht als Erstes auf die GKV. Wir lernen gerade, klarer mit Talenten zu kommunizieren: Sind sie nämlich von der inhaltlichen Attraktivität der Arbeit bei uns überzeugt, wird auch schnell klar, dass diese mit guten Sozialleistungen und einer Work-Life-Balance einhergeht, die man in dieser Kombination andernorts vergeblich sucht. Diese Vorteile und unsere sinnstiftende Tätigkeit müssen wir einfach noch klarer positionieren.

Und welche Maßnahmen gilt es umzusetzen, um junge Talente zu halten?

Es reicht heute nicht mehr, nur einen Arbeitsplatz anzubieten. Ausschlaggebend sind ein wertschätzendes Miteinander und Perspektiven. Dabei übernimmt eine bewusste Weiterentwicklung der Mitarbeitenden, etwa durch Lernangebote und bedarfsgerechte Förderprogramme, eine Schlüsselrolle. Hilfreich ist dabei ein flexibles Talentmanagement, das sich den Bedürfnissen anpasst. Es geht darum, individuelle Karrierewege zu gestalten und zu schauen, wo man intern sowie extern fördern kann. Das Thema Führung ist ebenfalls sehr wichtig – es ist die Führungskraft, die im täglichen Austausch mit den Mitarbeitenden steht und maßgeblich den Erfolg der Maßnahmen vor Ort beeinflusst. Hier werden wir definitiv weiter investieren: Wir müssen die Aufmerksamkeit aller Führungskräfte darauf lenken, junge Mitarbeitende aktiv zu halten. Darüber hinaus sind auch Veränderungen in der Arbeitsweise wichtig: Wie wird zum Beispiel Mobilität gelebt? Früher war Reisebereitschaft Voraussetzung dafür, Führungskraft werden zu können. Auszubildenden wurde die Übernahme weit weg vom Wohnort angeboten. Das alles ist heute nicht mehr der Fall. Wir befinden uns mitten im Paradigmenwechsel.

Eine letzte Frage: Welchen Wunsch haben Sie, wenn es um Nachhaltigkeit innerhalb der GKV geht?

Das ist gar nicht so einfach. Eine Balance im System wäre mein Wunsch. Ich würde mir wünschen, dass Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen zu einem relevanten Entscheidungskriterium wird. Dadurch erlangen wir einen gewissen Spielraum im Sinne nachhaltiger Entscheidungen, auch wenn eine Lösung kurzfristig zwar Investitionen erfordert, aber langfristig sinnvoll ist. Auf der anderen Seite sollten wir uns bewusst sein, dass manchmal auch andere Entscheidungskriterien von Bedeutung sind. Zum Beispiel hören wir beim Thema Förderung von hybridem Arbeiten vereinzelt, wir würden nicht weit genug gehen. Wir haben uns nämlich für ein hybrides Modell und nicht für fünf Tage pro Woche Homeoffice entschieden. Hier würde ich mir wünschen, dass Themen nicht plötzlich komplett einseitig beleuchtet werden. Ich denke, wenn wir unser Gleichgewicht finden, können wir viel bewegen.





Aktuelle Entwicklungen im GKV-Markt



B

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

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

Zwei Bereiche stehen im Mittelpunkt:

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

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

— **Entwicklung der Kassenergebnisse.**

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

Das Wichtigste im Überblick

Wettbewerbs- und Wachstumstrends

Die GKV-Landschaft befindet sich derzeit – nach einer Periode verstärkter Konsolidierungen bis 2016 – in einer vergleichsweise stabilen Phase. Lediglich bei den BKKen dauern die Konsolidierungsaktivitäten noch an. AOK und vdek decken als annähernd paritätische Marktführer nach Versicherungszahlen fast 80% des Marktes ab. Die GKV verfügt gegenüber der PKV über einen stabilen Marktanteil von rund 88%. Der Anteil an GKV-Versicherten mit PKV-Zusatzversicherung wächst seit 2018 mit 4% pro Jahr wieder stärker. Zwischen den Kassenarten gleicht sich die Versichertenstruktur nach Altersgruppen an. Der prozentuale Anteil von Versicherten, die 50 Jahre oder älter sind, schwankt zwischen den Kassenarten um 5 Prozentpunkte. So weisen die BKKen mit 42% den geringsten Anteil dieser Altersgruppe auf.

Entwicklung der Kassenergebnisse

Alle GKV-Kassenarten verzeichnen im Jahr 2020 ein negatives KJ1-Ergebnis. Die Leistungsausgaben, einer der Kerntreiber des KJ1-Ergebnisses, steigen in der GKV mit 4,6% zwischen 2018 und 2020 wieder deutlich an. Besonders stark ist der Anstieg bei Krankengeld und Impfungen. Die Leistungsausgaben für diese beiden Blöcke erhöhen sich seit 2018 jährlich mit einer Veränderungsrate von 10 bzw. 15,8%. Krankengeld stellt rund 6% der Gesamtausgaben im Jahr 2020 dar, Impfungen verursachen im selben Jahr hingegen nicht einmal

1%, so dass der Ausgabenanstieg beim Krankengeld deutlich stärker ins Gewicht fällt. Beide Steigerungen sind sicherlich auch auf die COVID-19-Pandemie zurückzuführen – z.B. längere Arbeitsausfälle auf Grund einer COVID-19-Erkrankung oder Influenza- und Pneumokken-Impfungen als STIKO-Empfehlung im Zusammenhang mit der Pandemie. Bei der Betrachtung der morbiditäts-adjustierten Ausgaben übersteigen fast alle Kassenarten die Gesamtleistungsausgaben, die auf Grund ihrer jeweiligen Morbidität prognostiziert wurden, um fast 1%. Nur innerhalb der AOK-Gemeinschaft fallen die Ausgaben niedriger aus als gemäß ihrer Morbidität erwartet.

Altersstruktur und Niveau der Leistungsausgaben

Der prozentuale Anteil der Altersgruppe „50 Jahre und älter“ ist beim vdek am höchsten, der Anteil der über 80-Jährigen nimmt im Vergleich zu 2020 um 1 Prozentpunkt zu. Nur bei den IKKEn wächst die Altersgruppe über 50 Jahre noch stärker (von 42% im Jahr 2020 auf 44% im Jahr 2021). Bei den jüngsten Mitgliedern liegt der vdek als einzige Kassenart deutlich unter dem GKV-Schnitt. Dementsprechend liegen auch die absoluten Leistungsausgaben des vdek mit 0,5% weiterhin leicht unter dem GKV-Durchschnitt. Die AOK-Gemeinschaft kann bei den jüngsten Mitgliedern ihre Position stärken, weist allerdings in den Altersgruppen bis 34 Jahre einen höheren Versichertenanteil als der

Durchschnitt auf. Dadurch liegen die Leistungsausgaben der AOK-Gemeinschaft mit fast 2,7% über dem GKV-Durchschnitt (obschon die Ausgaben niedriger sind als auf Grund ihrer Morbidität prognostiziert).

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

Aktuelle Entwicklungen

Auch 2021 prägt die COVID-19-Pandemie die erwarteten Finanzergebnisse der GKV. Die Krankenkassen weisen in ihren vorläufigen Ergebnissen ein Defizit von rund 5,8 Mrd. EUR aus. Für das Jahr 2023 wird sogar eine Finanzierungslücke von mindestens 17 Mrd. EUR geschätzt.⁵¹ Den Einnahmen der Krankenkassen stehen steigende Ausgaben im Leistungsbereich (+5,7%) und eine Vermögensabführung an den Gesundheitsfonds von rund 8 Mrd. EUR gegenüber. Die Hälfte der zusätzlichen Leistungsausgaben entfällt auf den Krankenhausbereich (+4,4%) und Arzneimittel (+7,8%). Der Gesundheitsfonds weist 2021 einen Überschuss von rund 1,4 Mrd. EUR aus. Neben der Vermögensabführung der Krankenkassen fällt hier auch ein Bundeszuschuss in Höhe von 5 Mrd. EUR ins Gewicht.

~ 88%

ist der Marktanteil der GKV gegenüber der PKV

⁵¹ Aktuelle Schätzungen belaufen sich auf rund 17 Mrd. bis 35 Mrd. EUR, veröffentlicht vom GKV-Spitzenverband (ca. 17 Mrd. EUR) bzw. von Expert:innen unter Berücksichtigung der Auswirkungen des Ukraine-Konflikts.



Wettbewerbstrends

B1

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

- **Die Anzahl der Kassen bleibt stabil.** Eine längere Phase mit zahlreichen Fusionen infolge der Gesundheitsreform 2007 ist einer gewissen Stabilität gewichen. Seit 2017 verändert sich die Anzahl der Kassen kaum. Lediglich die BKKen verzeichnen auch nach 2017 vereinzelte Konsolidierungen zum Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit (die Zahl der BKKen ist zwischen 2017 und 2022 um 3,9% pro Jahr zurückgegangen). Es bleibt abzuwarten, ob und in welchem Ausmaß der – vor allem durch die COVID-19-Pandemie bedingte – Kostendruck erneute Fusionen nach sich ziehen wird (siehe Schaubilder B1.1 bis B1.3).
- **Die Marktanteile von GKV und PKV bleiben konstant.** Während der Marktanteil der GKV gegenüber der PKV seit etwa zehn Jahren stabil bei rund 88% liegt, nimmt der Anteil an privaten Zusatzversicherungen kontinuierlich zu. Nach zweistelligem jährlichen Wachstum Anfang der 2000er Jahre geht das Wachstum seit 2012 auf rund 2% pro Jahr zurück. Zwischen 2018 und 2022 steigt es auf 4% pro Jahr. Darin zeigt sich das erhöhte Bedürfnis der Versicherten nach Gesundheitsabsicherung, das in den vergangenen Jahren wieder zugenommen hat (siehe Schaubild B1.4).
- **Bundesweit vertretene Kassenarten gewinnen Marktanteile.** Der vdek und die AOK-Gemeinschaft verfügen mittlerweile über einen gemeinsamen Marktanteil (nach Versicherten) von nahezu 80%. Die positive prozentuale jährliche Veränderung der Versichertenzahlen seit 2017 lässt ihren Marktanteil weiter steigen.

Bei den BKKen und IKKen sinkt die Anzahl der Versicherten von Jahr zu Jahr, ihre Marktanteile nehmen dementsprechend seit 2017 ab. Der Wettbewerbsdruck zwischen den Kassenarten erhöht sich also weiter.

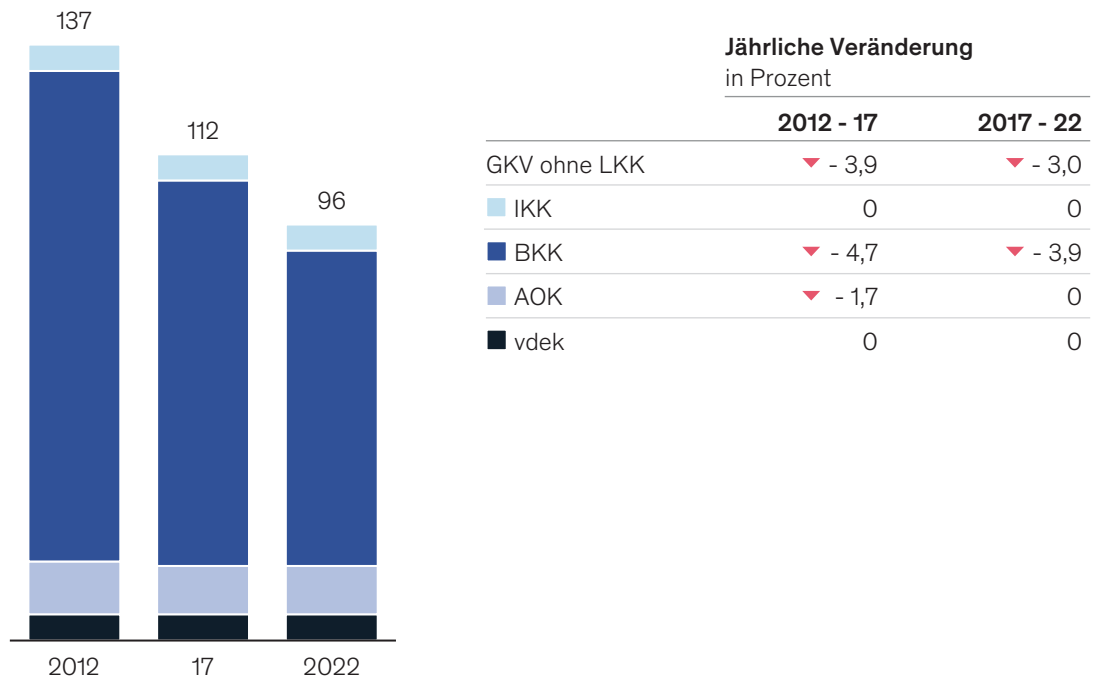
Auch die relative Entwicklung der Versichertenzahlen seit 2018 unterstreicht die positive Entwicklung der AOK-Gemeinschaft. Bei den IKKen schwindet die Versichertenzahl hingegen beständig. Dies dürfte vor allem auf die allgemeine Kassenöffnung zurückzuführen sein, die die ehemals handwerks- und industriebezogenen Kassenarten um kritische Wettbewerbsvorteile bringt. Wichtigstes Standbein dieser Kassen sind nun die Stammversicherten, deren Durchschnittsalter kontinuierlich steigt (siehe Schaubilder B1.5 und B1.6).

- **Die Versichertenstruktur ähnelt sich zunehmend.** Wenngleich zwischen den Kassenarten noch Unterschiede in der Versichertenstruktur bestehen, hat sich diese in den vergangenen Jahren doch stark angeglichen. Erwartungsgemäß steigt der prozentuale Anteil von Versicherten über 50 Jahren bei allen Kassenarten auf Grund der demografischen Entwicklung im Vergleich zu 2011, allerdings unterschiedlich stark je Kasse. Deshalb ist der Anteil älterer Versicherter (50 Jahre und älter) mittlerweile zwischen AOK-Gemeinschaft, BKKen und IKKen sehr ausgeglichen und liegt bei 42 bis 44%. Den höchsten Anteil dieser Altersgruppe weist der vdek mit 47% auf. Auch die Geschlechterverteilung gleicht sich immer weiter an. Liegt der Frauenanteil im GKV-Schnitt 2021 bei 51,9%, weichen der vdek mit +2,4 Prozentpunkten und die IKKen mit -3,8 Prozentpunkten ab; das entspricht einer Spanne von etwa 6 Prozentpunkten. 1995 lag die Spanne zwischen vdek und IKKen noch bei etwa 20 Prozentpunkten (siehe Schaubilder B1.7 bis B1.14). Diese Entwicklung ist sicherlich auf die Öffnung der GKVen zurückzuführen. So sind die GKVen heute nicht mehr auf bestimmte Berufszweige beschränkt, die unter Umständen von einem Geschlecht dominiert werden.

Schaubild B1.1

Während sich die Anzahl der BKKen auch nach 2017 durch Fusionen weiter verringert, bleibt die Anzahl aller anderen Kassen seither stabil

Anzahl Kassen¹ jeweils zum 1.1. eines Jahres

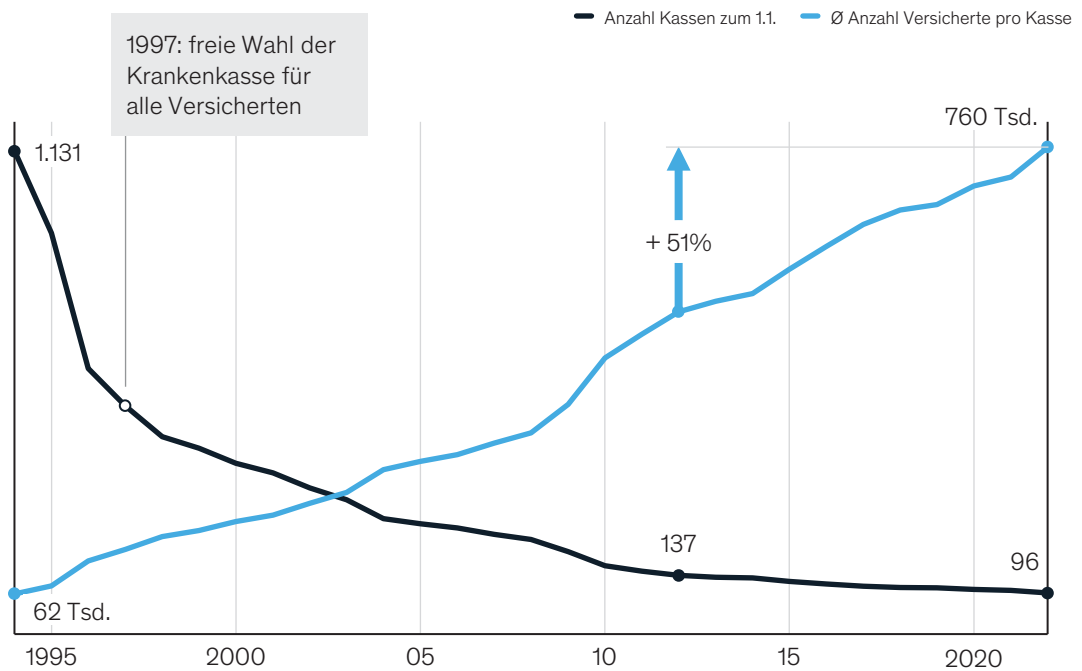


¹ Ohne LKK

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

Schaubild B1.2

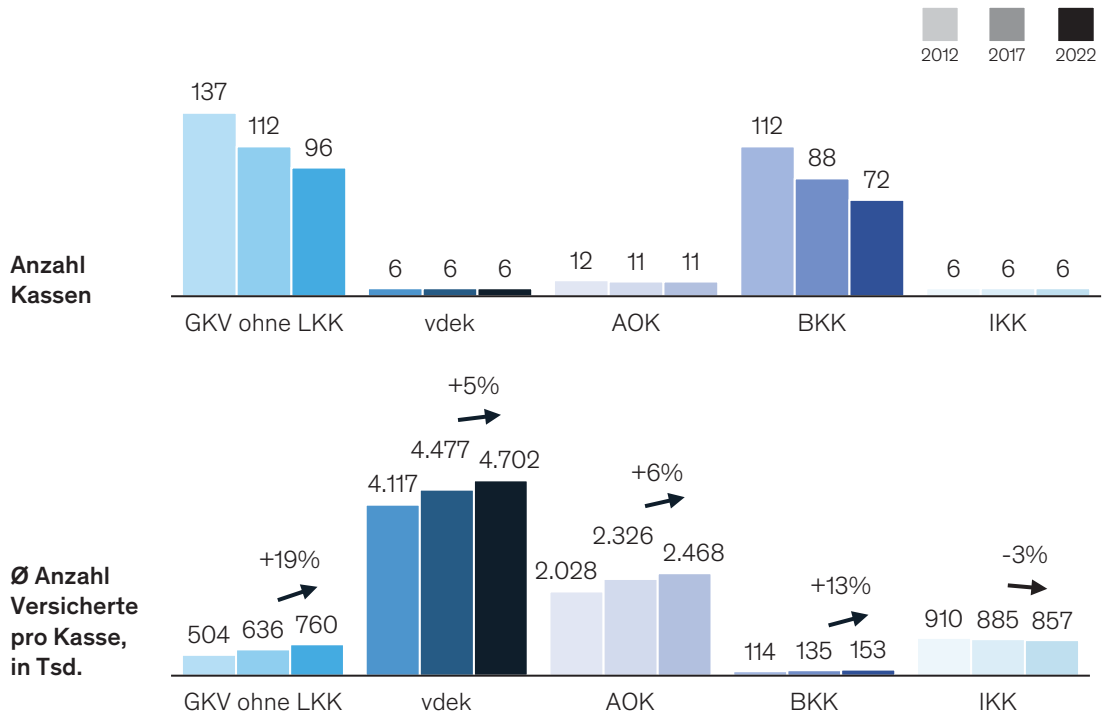
Infolge von Konsolidierungen nimmt die durchschnittliche Versichertenzahl je Kasse seit 2012 nochmals um mehr als 50% zu



Quelle: Anzahl Kassen ohne LKK jeweils zum 1.1. des Jahres gemäß GBE, Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM1 BMG, Versicherte 2022 approximiert

Schaubild B1.3

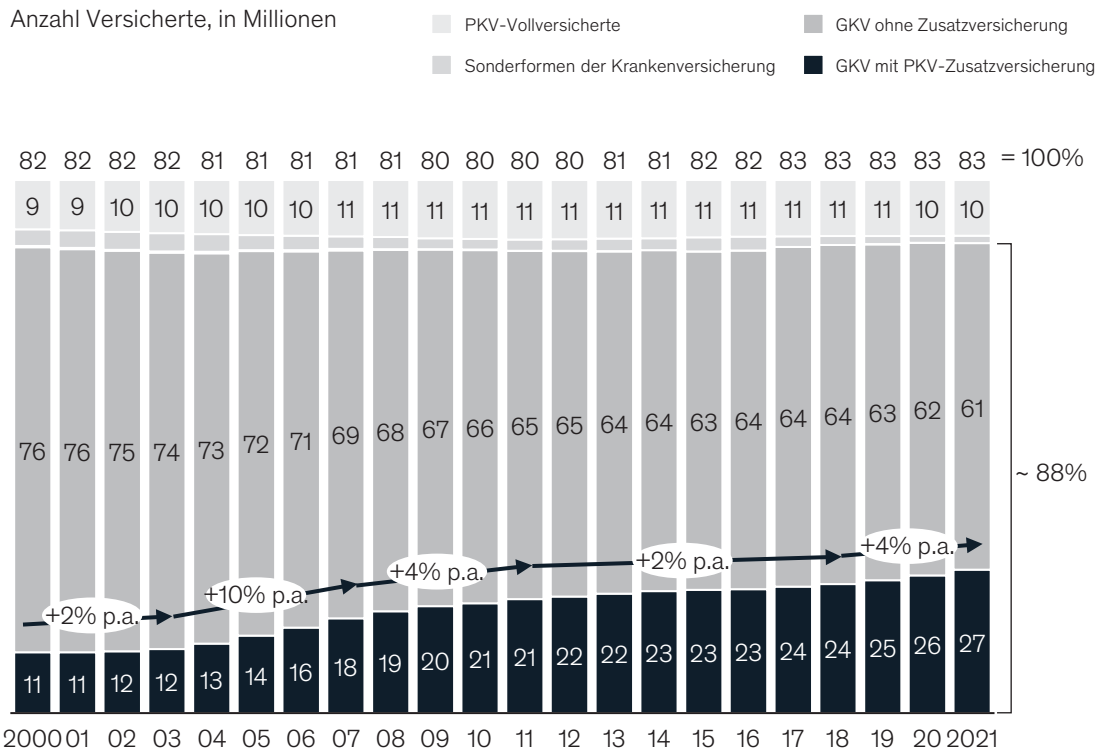
Die durchschnittliche Versichertenzahl bei BKKen wächst fusionsbedingt seit 2017 am stärksten – die Versichertenzahl der IKKs ist rückläufig



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

Schaubild B1.4

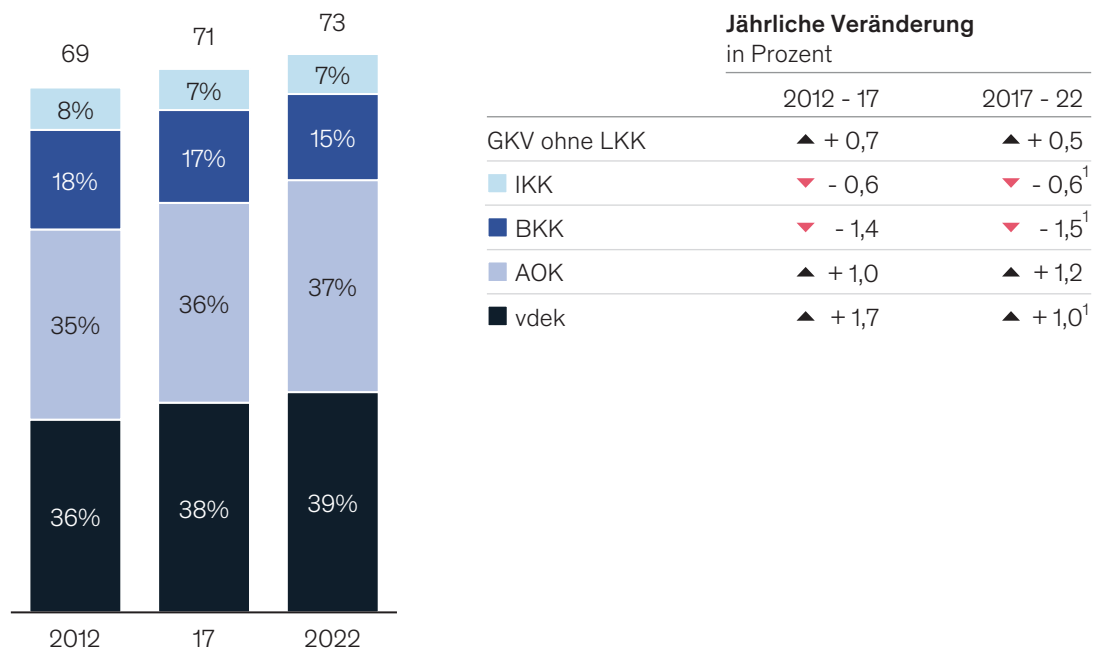
Der GKV-Marktanteil liegt stabil bei rund 88%, während der Anteil GKV-Versicherter mit privater Zusatzversicherung weiter steigt



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

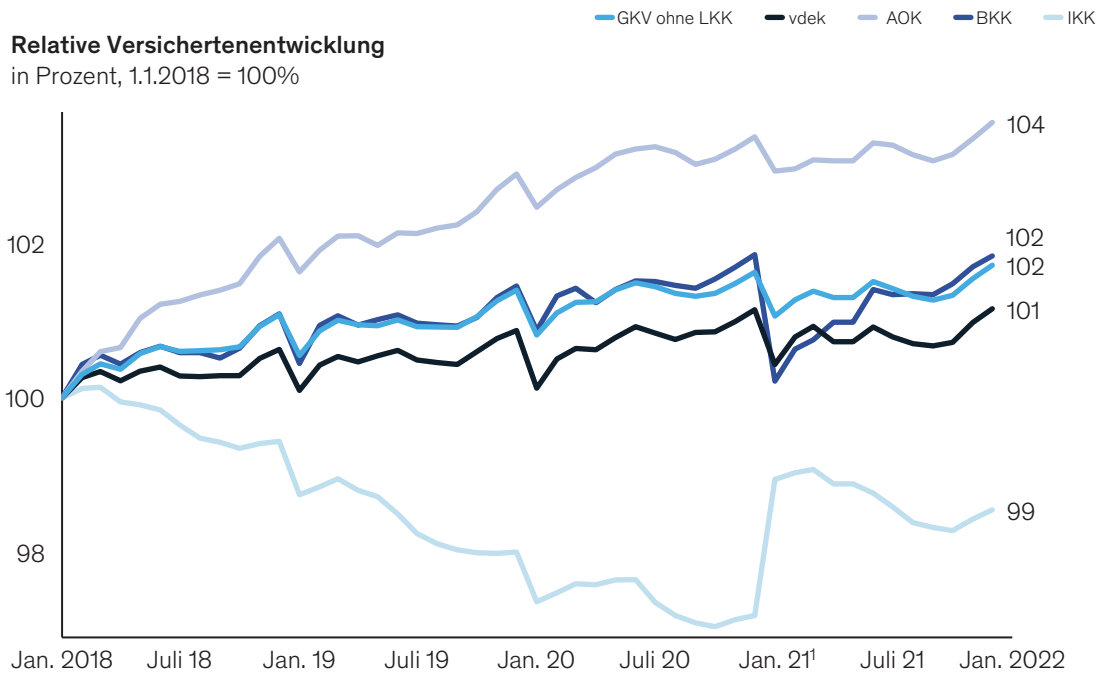
Zuwächse bei den Versichertenzahlen verzeichnen seit 2017 lediglich die AOKen und der vdek – Letzterer u.a. durch die Eingliederung einer BKK

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

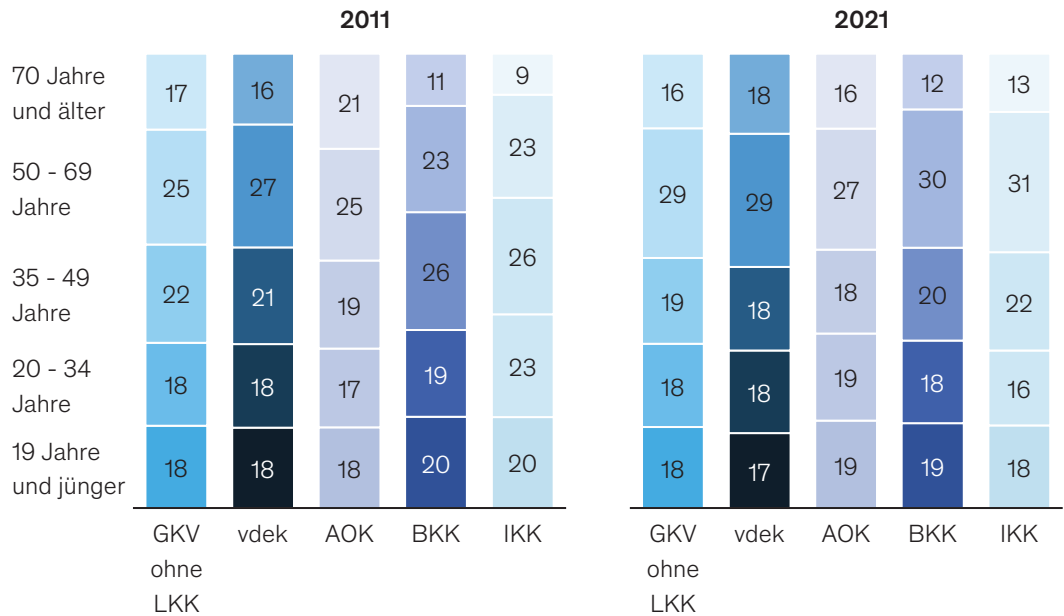
Die relative Entwicklung der Versichertenzahlen auf Basis von 2018 zeigt deutliches Wachstum bei AOKen; BKKen wachsen auf GKV-Niveau



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

Der Anteil älterer Versicherter steigt bei BKKen und IKKen auf einen ähnlichen Wert wie bei den AOKen; den höchsten Anteil weist der vdek auf

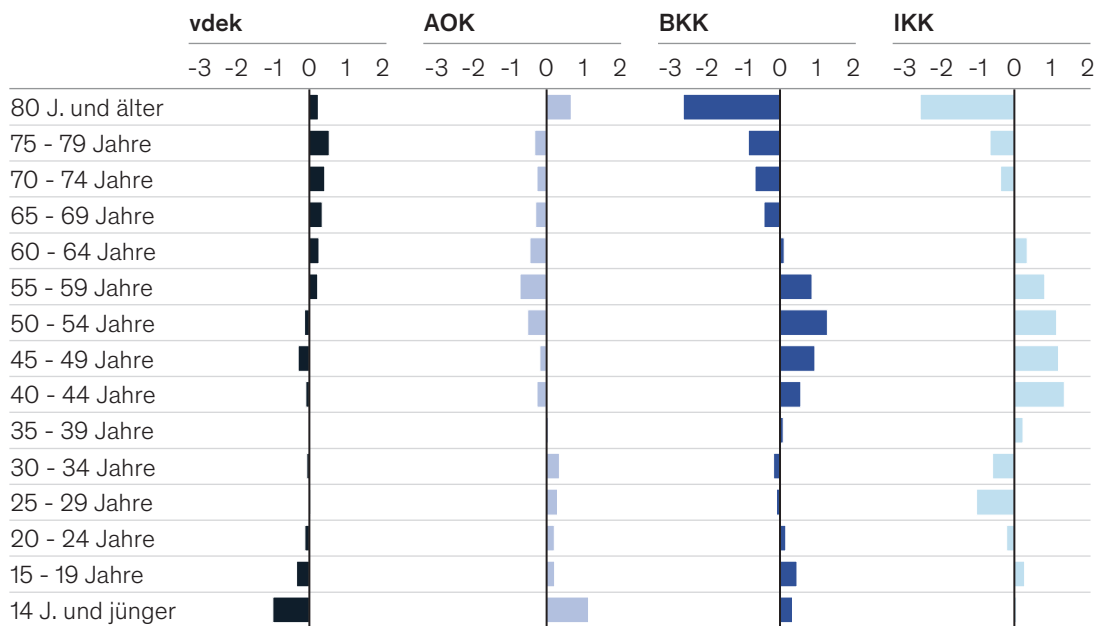
Versichertenanteile nach Altersgruppen, in Prozent



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

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

Abweichung Versichertenanteile 2021 ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten

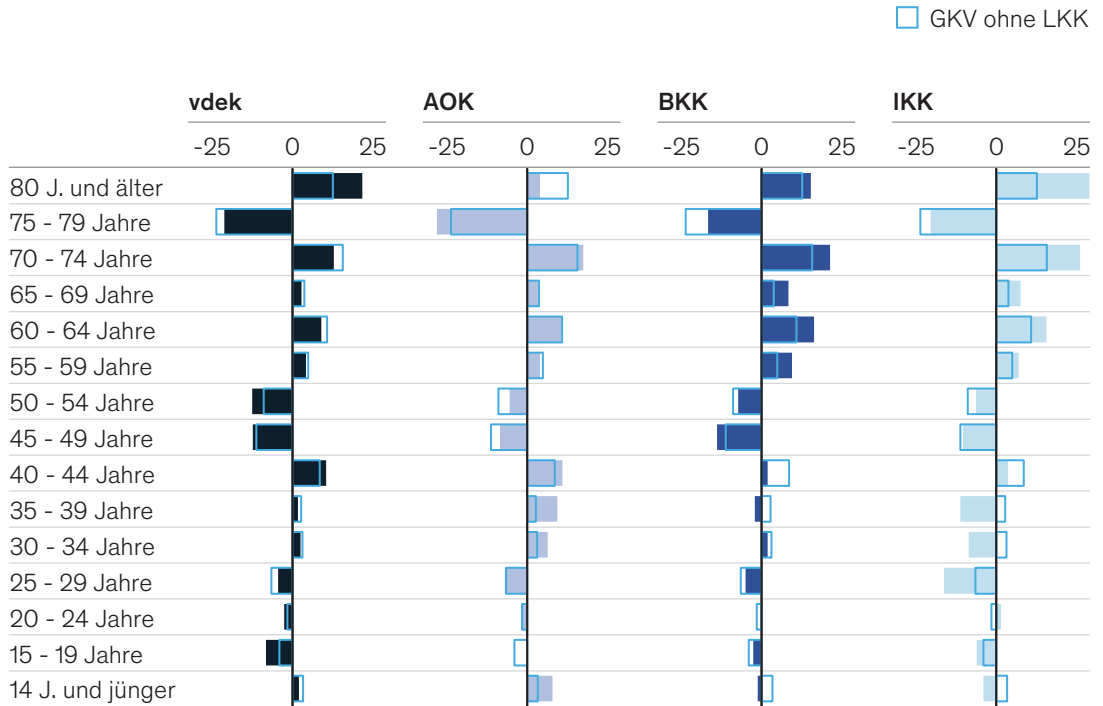


Quelle: Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG

Schaubild B1.9

AOKen verzeichnen seit 2018 vergleichsweise starke Zuwächse bei Versicherten unter 45 Jahren, BKKen und IKKs hingegen bei Versicherten ab 55 Jahren

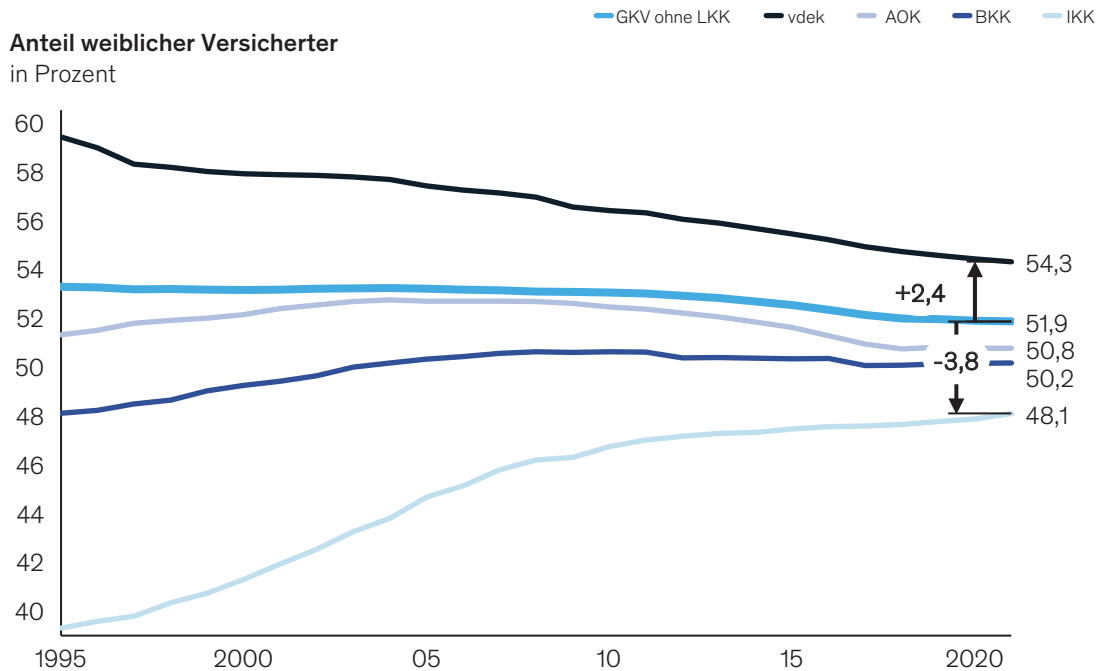
Veränderung Anzahl Versicherte, 2021 ggü. 2018, in Prozent



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

Schaubild B1.10

Der Geschlechtermix gleicht sich an – der Frauenanteil liegt 2021 beim vdek 2,4 Prozentpunkte über, bei IKKs 3,8 Prozentpunkte unter dem Schnitt



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

Schaubild B1.11

Beim vdek sind überdurchschnittlich viele Frauen ab 50 Jahren versichert; insgesamt ist der Frauenanteil 2,4 Prozentpunkte höher als bei GKV ohne LKK

Versichertenanteile 2021 in Prozent, Abweichung ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten

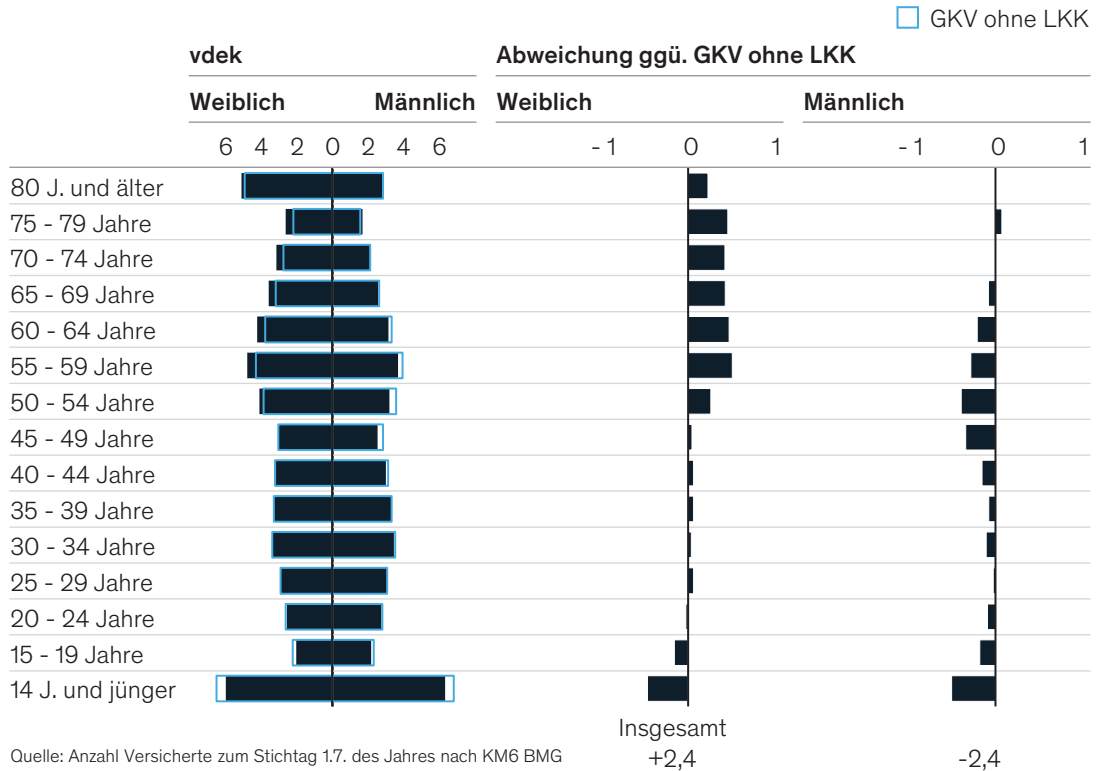
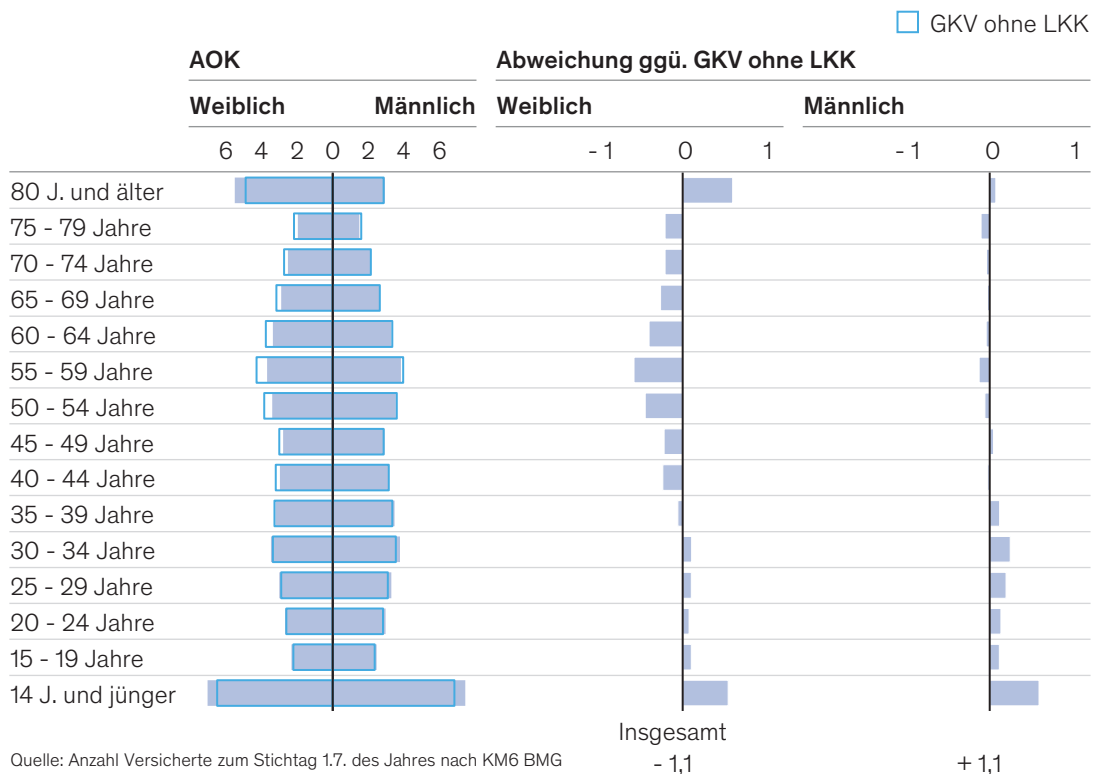


Schaubild B1.12

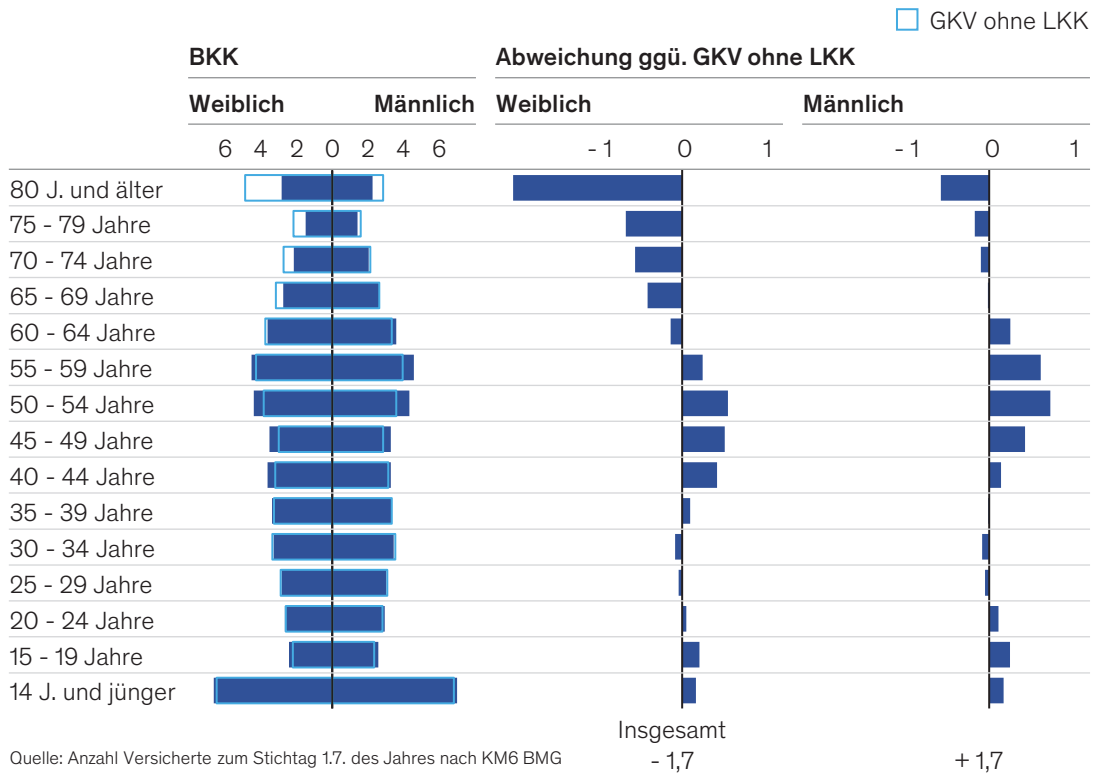
AOKen haben einen höheren Anteil an Versicherten bis 35 Jahre vor allem bei Männern und einen deutlich höheren Anteil bei unter 14-Jährigen

Versichertenanteile 2021 in Prozent, Abweichung ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten



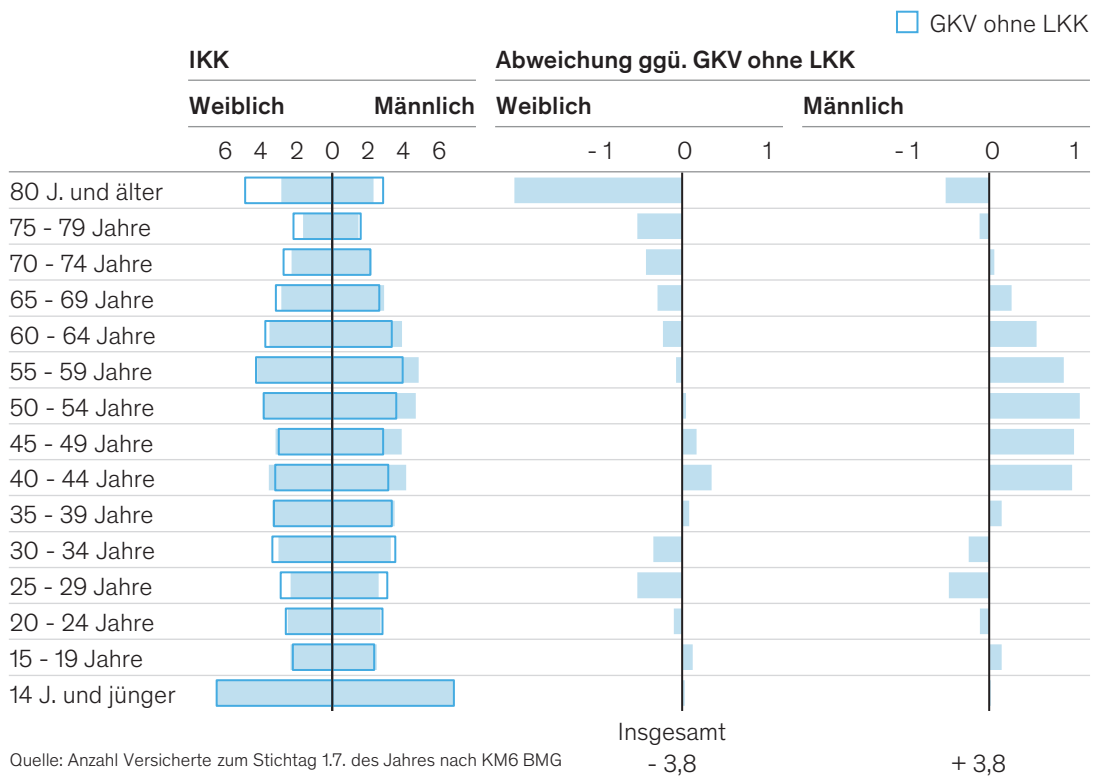
BKKen haben höhere Anteile bei Versicherten im Alter von 40 bis 59 und bei Kindern, der Männeranteil liegt 1,7 Prozentpunkte über GKV ohne LKK

Versichertenanteile 2021 in Prozent, Abweichung ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten



IKK versichern deutlich mehr Männer zwischen 35 und 70 Jahren; insgesamt ist der Männeranteil 3,8 Prozentpunkte höher als bei der GKV ohne LKK

Versichertenanteile 2021 in Prozent, Abweichung ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten





Entwicklung der Kassenergebnisse

B2

Alle GKV-Kassenarten verzeichnen im Jahr 2020 ein negatives KJ1-Ergebnis. Im GKV-Schnitt bedeutet dies einen Rückgang um 50% gegenüber dem Vorjahr. Grund hierfür ist, dass für die meisten Kassenarten die Zusatzbeiträge langsamer steigen (+4%) als die Fondsunterdeckung (-5%). 2020 kommen die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag auf 209 EUR je Versicherte:n, die Fondsunterdeckung beläuft sich auf -231 EUR je Versicherte:n. Auf Grund der COVID-19-Pandemie haben fast alle Kassen ihre Zusatzbeiträge zwar erhöht, dies kann aber die Fondsunterdeckung nicht gänzlich kompensieren.

Das KJ1-Ergebnis ist das Rechnungsergebnis einer Kasse, dessen Höhe von verschiedenen Einflussgrößen abhängt, z.B. Fondsunterdeckung, Zusatzbeitrag, sonstige Einnahmen (Zinsen, Regressansprüche, Erstattungen etc.) und sonstige Ausgaben (Zuschreibungen zu Pensionsrückstellungen, Prämienzahlungen an Mitglieder etc.). Deshalb kann diese Kennzahl lediglich einen Hinweis darauf geben, wie es um die wirtschaftliche „Gesundheit“ einer Kasse steht.

Ergänzend zum KJ1-Ergebnis sollten also vor allem die Leistungsausgaben mit Steuerungspotenzial für Krankenkassen⁵² betrachtet werden, da sie eine wesentliche Steuerungsgröße auf der Ausgaben-seite darstellen. Insgesamt steigen die Leistungsausgaben seit 2018 stark an; vor allem im Bereich

Krankengeld ergibt sich eine jährliche Veränderung von +10%. Dies liegt vor allem an längeren Krankheitsfällen, für die Krankengeld gezahlt wird. Die Ausgaben im Bereich Impfungen steigen sogar um fast 16%. 33% des Kostenanstiegs für Impfungen sind auf Pneumokokken und Influenza zurückzuführen, was sicherlich als Auswirkung der Pandemie zu sehen ist.

Gleichzeitig gehen Ausgaben für Rehabilitation und Früherkennung um 6,8 bzw. 0,2% zurück. Auch diese Ergebnisse sind auf die Effekte der Pandemie zurückzuführen, z.B. eingeschränkte Behandlungskapazitäten und verändertes Patientenverhalten.

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

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

KJ1-Ergebnisse

Das KJ1-Ergebnis sämtlicher Kassenarten ist auch 2020 negativ. In der AOK-Gemeinschaft und im vdek fällt das Ergebnis schlechter aus als 2019, BKKen und IKKEn weisen ein negatives Ergebnis aus – allerdings in geringerem Ausmaß als 2019. Im GKV-Schnitt liegt das Ergebnis bei rund -36 EUR je Versicherte:n. Die Kompensation der Fondsunterdeckung durch den Zusatzbeitrag fällt indes noch

stärker aus als 2019. Von 17 EUR je Versicherte:n erhöht sie sich 2020 im GKV-Schnitt auf 21 EUR (siehe Schaubild B2.1). Die Einnahmen aus Zusatzbeiträgen steigen zwar bei allen Kassenarten, bei den meisten allerdings langsamer als die Fondsunterdeckung. Die einzige Ausnahme sind die BKKen, bei denen die Einnahmen stärker steigen als die Fondsunterdeckung (siehe Schaubild B2.2).

⁵² Beispielsweise Krankenhausbehandlung, Arzneimittel, Hilfsmittel, Heilmittel, häusliche Krankenpflege, Fahrkosten und Rehabilitation

Haupttreiber des KJ1-Ergebnisses sind Leistungsausgaben und Zuweisungen für Leistungsausgaben

Das KJ1-Ergebnis



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

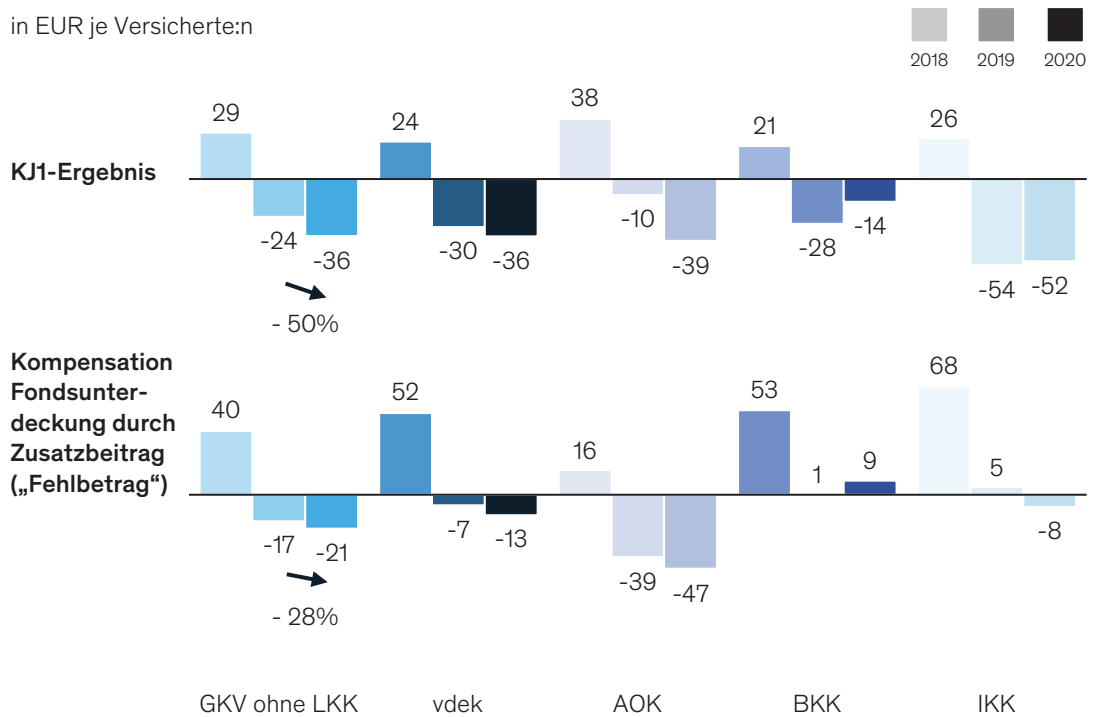
- Leistungsausgaben
- Verwaltungskosten
- Sonstige Ausgaben
- Mitgliederbezogene Veränderung (MbV)

* 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.

Schaubild B2.1

Ein Anstieg der Fondsunterdeckung gepaart mit Reservenabbau bewirkt vor allem bei AOKen und vdek ein deutlich negatives KJ1-Ergebnis ggü. 2019

in EUR je Versicherte:n

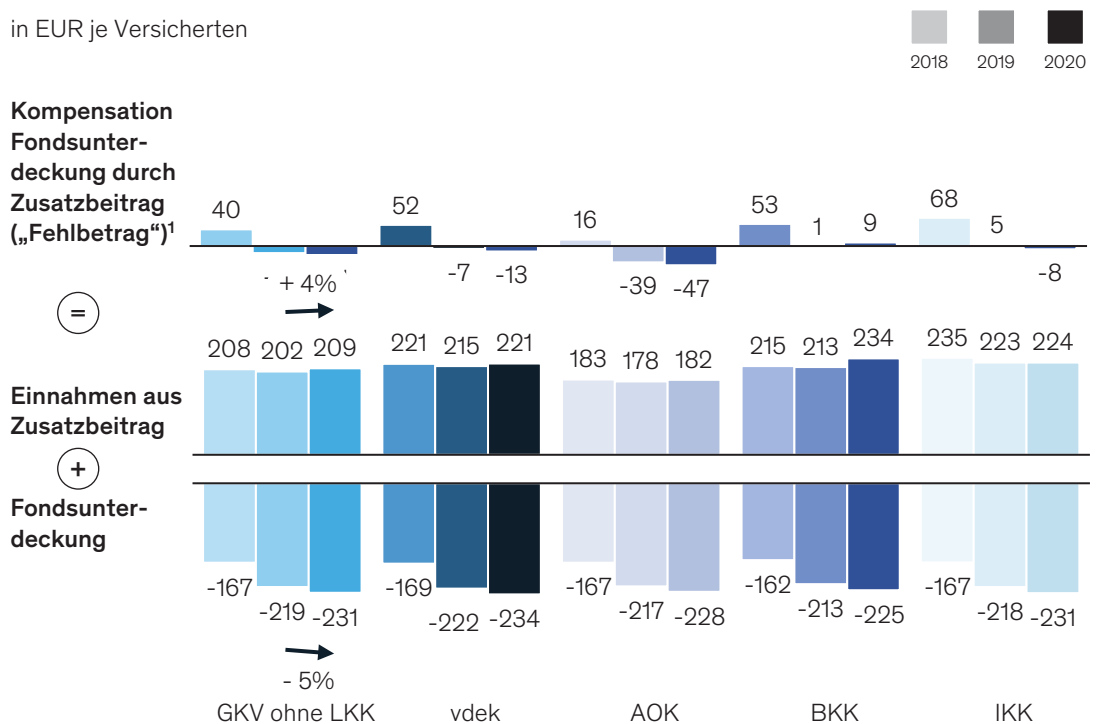


Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Schaubild B2.2

Die Einnahmen aus Zusatzbeiträgen steigen fast durchgängig langsamer als die Fondsunterdeckung, daher nimmt der Fehlbetrag ggü. 2019 zu

in EUR je Versicherten



1 Abweichungen in der Summe entstehen durch Rundung

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Leistungsausgaben

Die jährlichen Leistungsausgaben steigen seit 2016 bei allen Kassenarten kontinuierlich in allen Bereichen. Insbesondere zwischen 2018 und 2020 nehmen die Leistungsausgaben mit +4,6% im GKV-Schnitt auch durch die COVID-19-Pandemie deutlich zu (siehe Schaubilder B2.3 bis B2.7). Ein Blick auf die Veränderung von Jahr zu Jahr macht deutlich, dass die Spanne der Veränderung kleiner wird. Beträgt die Differenz des Ausgabenanstiegs von 2016 zu 2017 zwischen den beiden Kassenarten mit der größten bzw. der kleinsten Veränderung noch 2,3 Prozentpunkte, beträgt diese von 2019 zu 2020 nur noch 1,0 Prozentpunkte (siehe Schaubild B2.4). So bleibt das Management der Leistungsausgaben zwar hoch relevant, der Ausgabenanstieg von 2019 zu 2020 betrifft allerdings alle Kassenarten in ähnlichem Ausmaß. Dies ist in großen Teilen mit der COVID-19-Pandemie zu erklären.

Die Krankenhausbehandlungen stellen weiterhin den größten Kostenblock dar – rund 34% der Gesamtausgaben im Jahr 2020. Die nächstgrößeren Kostenblöcke ärztliche Behandlungen und Arzneimittel kommen jeweils auf rund 17% der Gesamtausgaben, steigen mit jeweils 5,3% allerdings deutlich stärker als die Krankenhausbehandlungen mit 2,5%.

Besonders stark steigen – bei sämtlichen Kassenarten – die Leistungsausgaben für Krankengeld und Impfungen, und zwar mit einer jährlichen Veränderung je Versicherte:n von +10% bzw. +15,8% zwischen 2018 und 2020. Das Krankengeld ist mit fast 6% der Gesamtausgaben der viertgrößte Kostenblock bei den Leistungsausgaben im Jahr 2020, daher fällt der Kostenanstieg besonders stark ins Gewicht. Die Bezugsdauer von Krankengeld verlängert sich über alle Kassenarten hinweg um 8%. Bezieht also im Jahr 2019 ein Mitglied im GKV-Schnitt 5,3 Tage Krankengeld, so sind es 2020 im GKV-Schnitt 5,8 Tage. In der AOK-Gemeinschaft steigt die Bezugsdauer von Krankengeld im selben Zeitraum um 10%; die längste Bezugsdauer von Krankengeld weisen Mitglieder der IKKen mit 6,7 Tagen im Jahr 2020 auf. Die Anzahl der Krankengeld-Fälle entwickelt sich bei den einzelnen Kassenarten unterschiedlich. So verzeichnen der vdek und BKKen weniger Krankengeld-Fälle, die AOK-Gemeinschaft und IKKen dagegen mehr (siehe Schaubild B2.9).

Der Anstieg der Leistungsausgaben im Krankengeld beruht also hauptsächlich auf längeren Fällen, die zu Krankengeld führen. Dieser Effekt gleicht den Rückgang an (kurzen) Arbeitsunfähigkeitsfällen aus, die nicht zu Krankengeld führen (siehe Schaubild B2.10). Eine mögliche Erklärung für diese gegensätzlichen Entwicklungen könnte die Arbeit im Homeoffice sein, die im Rahmen der COVID-19-Pandemie notwendig war.

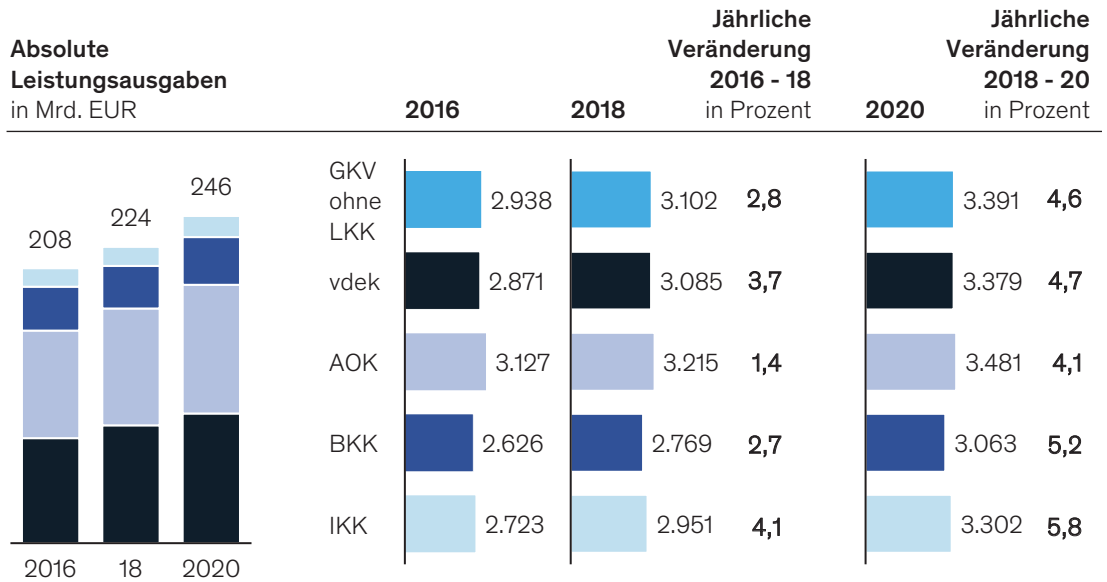
Impfungen stellen zwar nicht einmal 1% der gesamten Leistungsausgaben dar, sind aber als Auswirkung der COVID-19-Pandemie bemerkenswert: Influenza- und Pneumokokken-Impfungen machen 2020 etwa die Hälfte der verbrauchten Impfdosen aus und stehen für rund 30% der Ausgaben in diesem Bereich. Die Influenza-Impfung wurde 2020 um 38% häufiger verabreicht, die Pneumokokken-Impfung um 45% häufiger im Vergleich zu 2019 (siehe Schaubild B2.11). Ein starker Anstieg des Impfstoffverbrauchs ist oft auf Empfehlungen der STIKO zurückzuführen. Das betrifft z.B. auch die Herpes-zoster-Impfungen mit dem Sondereffekt, dass 2020 Impfungen nachgeholt wurden, die auf Grund von Lieferengpässen 2019 nicht stattfinden konnten. Die STIKO empfiehlt die HPV-Impfung seit 2019 auch für Jungen; die Verbrauchsmenge ist entsprechend gestiegen. Die Zahl der Masernimpfungen steigt im Zusammenhang mit der neu geltenden Impfpflicht an.

Die Leistungsausgaben für Rehabilitation und Vorsorge sinken bei allen Kassenarten zwischen 4,9 und 7,1% zwischen 2018 und 2020. Dies ist sicherlich auch eine Auswirkung der COVID-19-Pandemie: Sowohl Patient:innen als auch die Ärzteschaft haben in dieser Zeit Vorsorgetermine verschoben und Rehabilitationseinrichtungen haben zeitweise keine oder deutlich weniger Patient:innen aufgenommen.

Die Anzahl der Leistungsfälle in der Rehabilitation geht von 2019 auf 2020 um 16,9% zurück. Die Bereiche „Psychische Erkrankungen“ und „Neubildungen“ (onkologische Krankheitsbilder) verzeichnen mit 23,5 bzw. 21,9% die stärksten Rückgänge an Leistungsfällen (siehe Schaubild B2.8).

Die Leistungsausgaben steigen kontinuierlich, die jährliche Ausgabensteigerung nimmt zuletzt bei allen Kassenarten deutlich zu (2018 - 20)

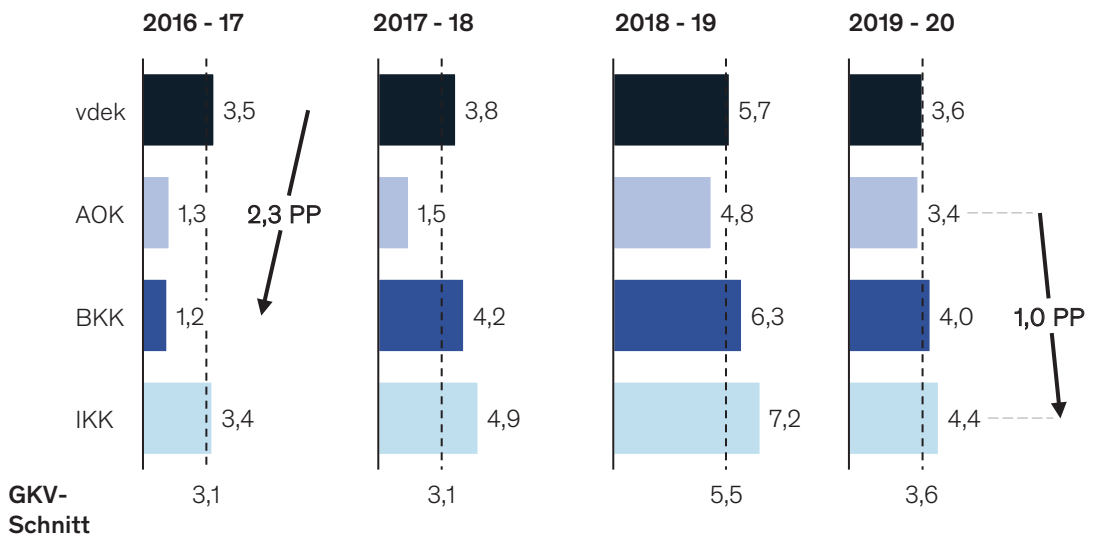
Leistungsausgaben je Versicherte:n 2020
in EUR



Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Die Spanne zwischen den Veränderungen der Leistungsausgaben wird seit 2016 kleiner; externe Faktoren treffen alle Kassenarten nun ähnlich stark

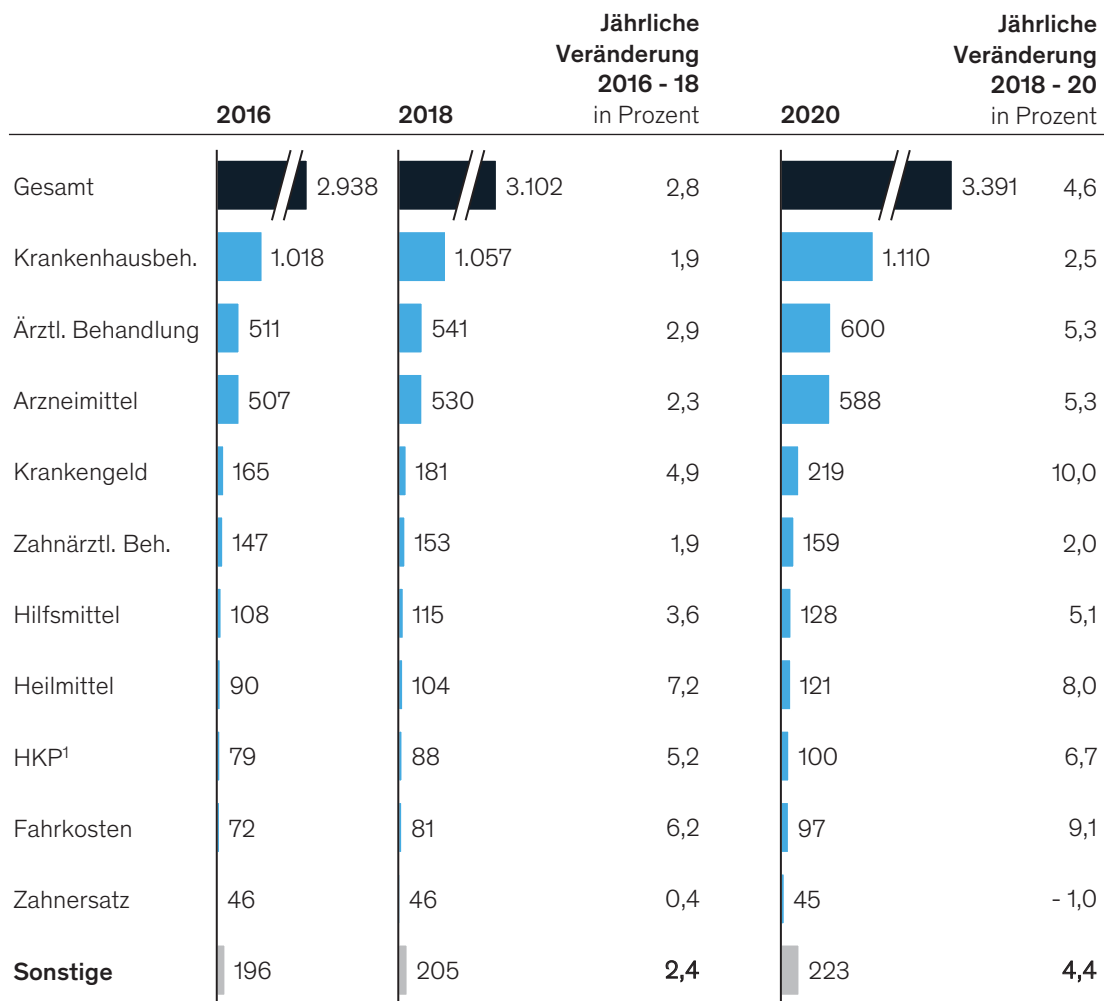
Jährliche Veränderung der Leistungsausgaben, in Prozent



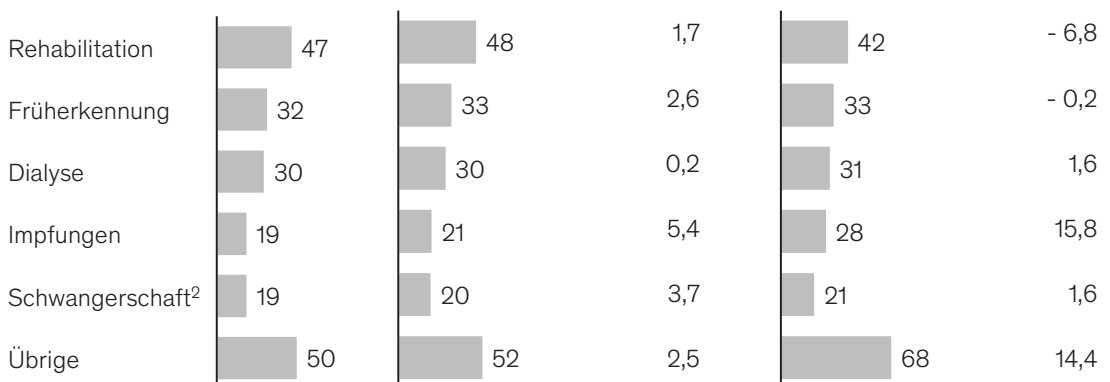
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Gegenüber 2016 bis 2018 nimmt die jährliche Ausgabensteigerung je Versicherte:n in nahezu allen Bereichen zu, insbesondere beim Krankengeld

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



Detailbetrachtung „Sonstige“



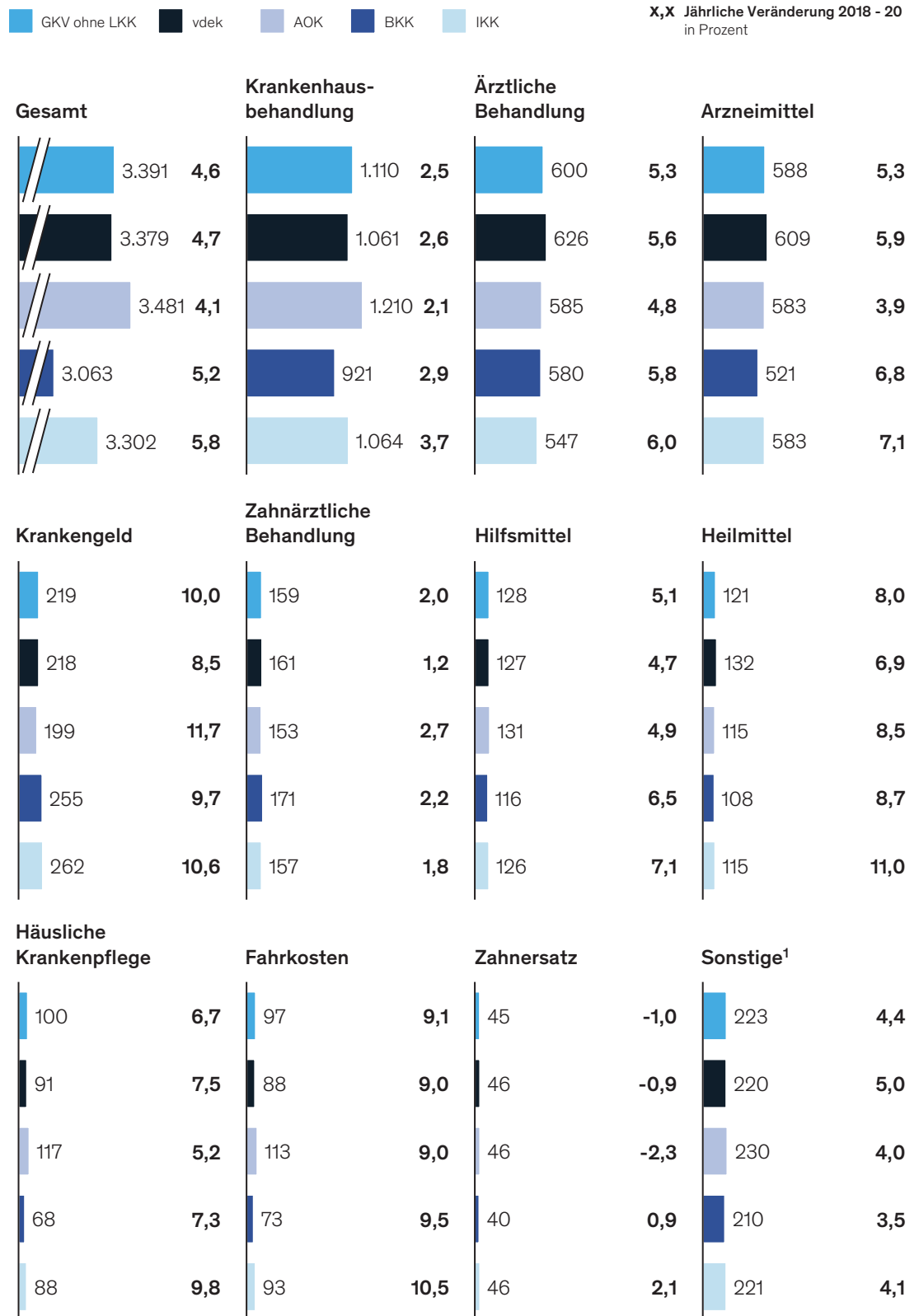
¹ HKP = Häusliche Krankenpflege

² Schwangerschaft und Mutterschaft ohne stationäre Entbindung

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Die Leistungsausgaben je Versicherte:n erhöhen sich von 2018 bis 2020 bei allen Kassenarten

Leistungsausgaben je Versicherte:n 2020, in EUR



¹ Detailbetrachtung in Schaubild B2.7

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

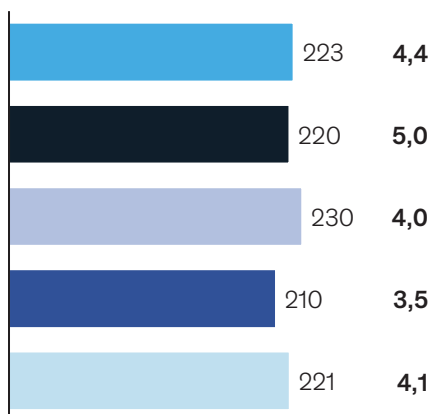
„Sonstige“ – bei fast allen Kassenarten gehen Ausgaben für Rehabilitation und Früherkennung zurück, während Impfausgaben deutlich steigen

Leistungsausgaben je Versicherte:n 2020, in EUR

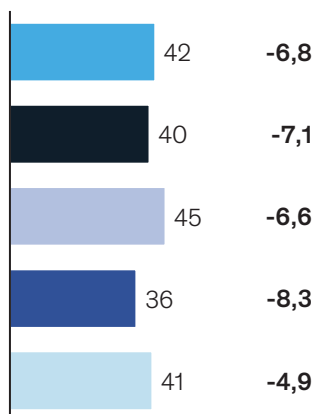
■ GKV ohne LKK
 ■ vdek
 ■ AOK
 ■ BKK
 ■ IKK

X,X Jährliche Veränderung 2018 - 20
in Prozent

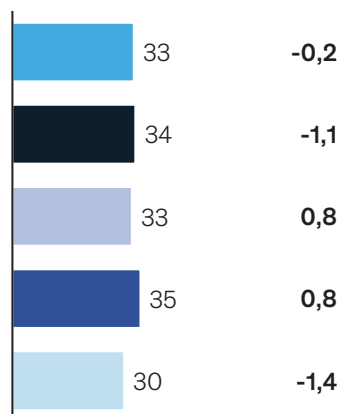
Sonstige



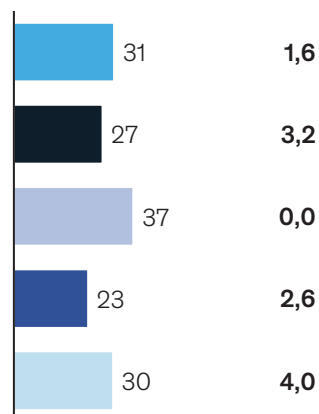
Rehabilitation und Vorsorge



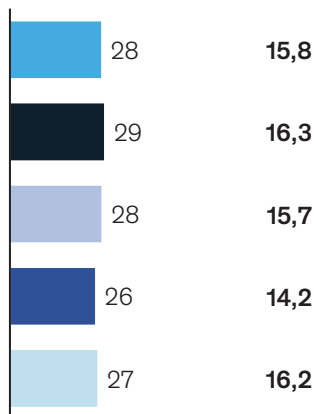
Früherkennung



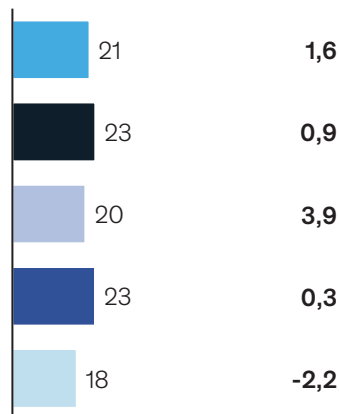
Dialyse



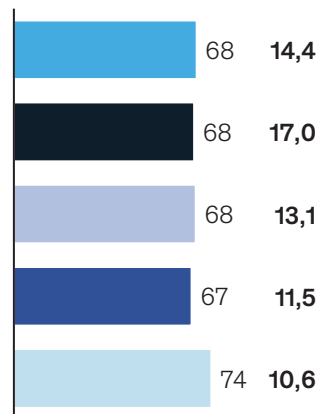
Impfungen



Schwangerschaft¹



Übrige

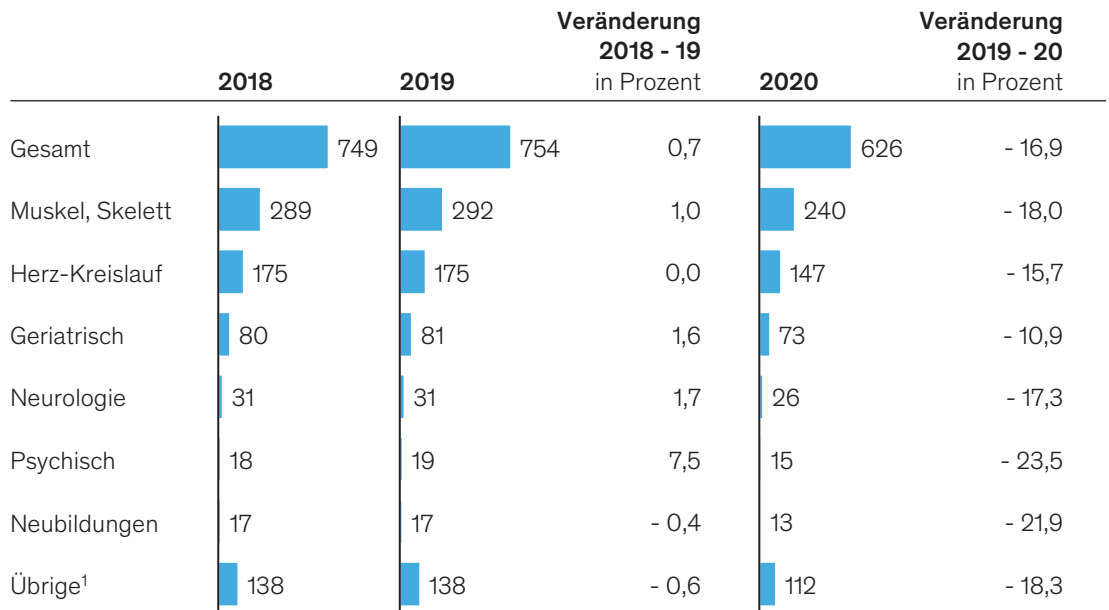


¹ Schwangerschaft und Mutterschaft ohne stationäre Entbindung

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

Leistungsfälle von Rehabilitationsmaßnahmen gehen in allen Bereichen deutlich zurück, am stärksten bei psychischen Erkrankungen mit 24%

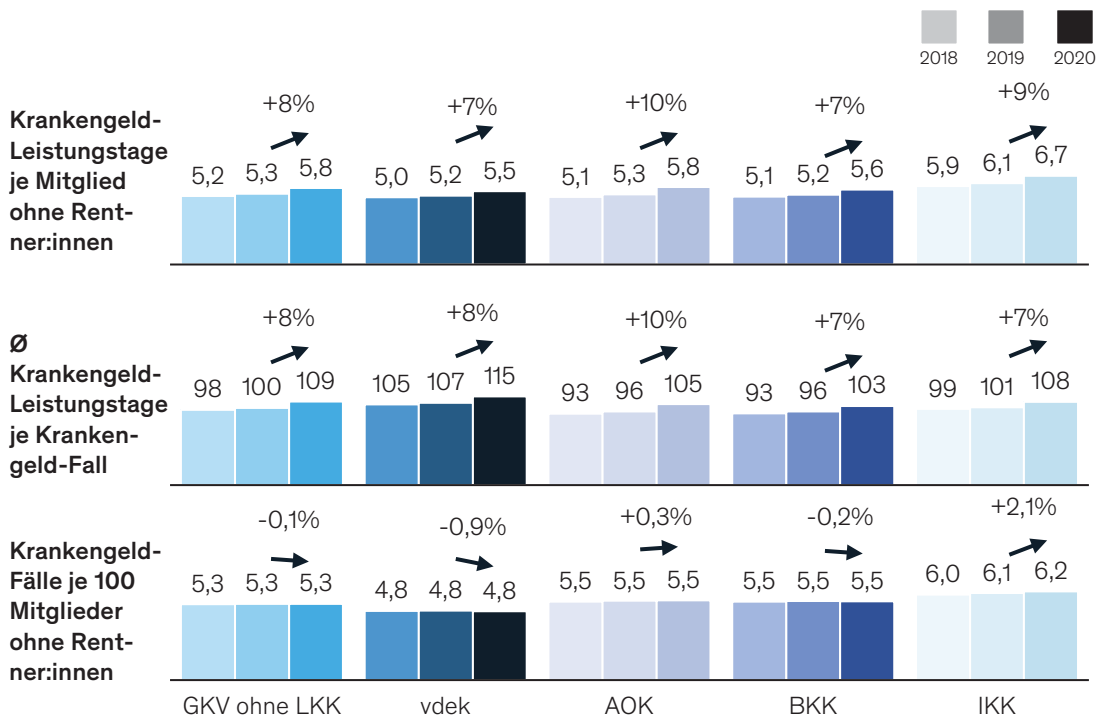
Leistungsfälle von Rehabilitationsmaßnahmen der GKV ohne LKK, in Tausend



¹ Inkl. Abhängigkeits-, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen

Quelle: Leistungsfälle und Leistungstage von Rehabilitationsmaßnahmen der GKV-Versicherten

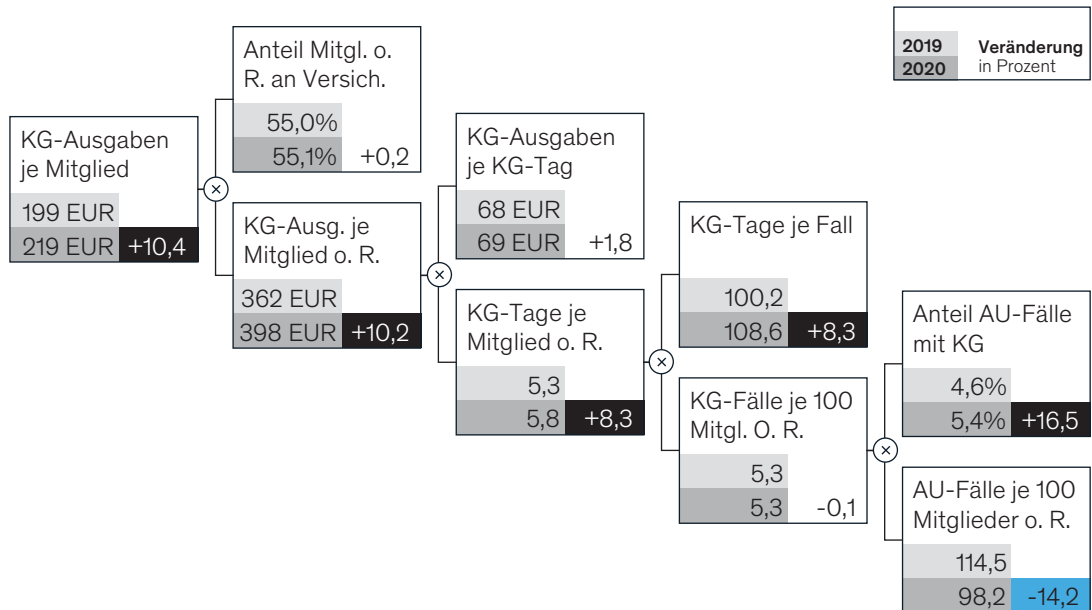
Krankengeld-Tage je Mitglied mit potenziellem Anspruch steigen 2020 ggü. Vorjahr mit 8 bis 10% stark an, Grund sind vor allem längere Leistungsdauern



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

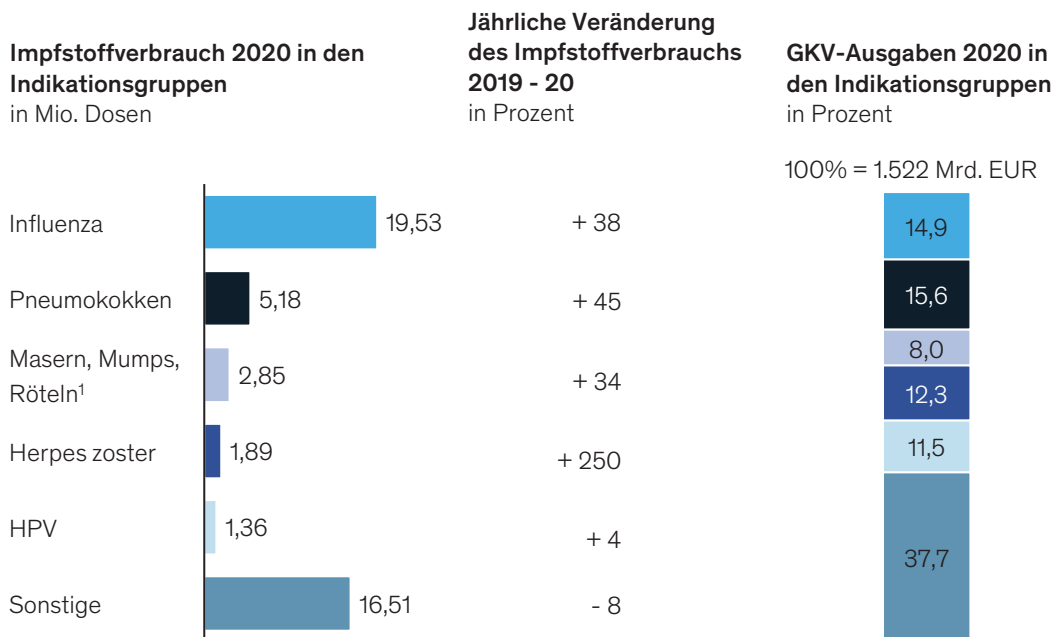
Zunahme der Krankengeld-Bezugsdauern gleicht Rückgang der Arbeitsunfähigkeitsfälle aus

Krankengeld-Ausgaben der GKV ohne LKK je Versicherte:n, Vergleich 2020 zu Vorjahr



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

Impfstoffverbrauch bei Influenza um 38% und bei Pneumokokken um 7% gestiegen, zusammen macht dies ca. 30% der GKV-Impf Ausgaben aus



¹ MMR im Arzneimittel-Atlas einmal als inkl. einzelner Varizellen-Impfungen gelistet, Summe enthält also einzelne Varizellen-Impfungen

Quelle: Arzneimittel-Atlas

Exkurs zu Relevanz und Funktion des Morbiditätsindex

Die Versichertenstruktur der einzelnen Kassenarten ist im Verhältnis zum GKV-Schnitt zu berücksichtigen, um einen aussagekräftigen Vergleich der Leistungsausgaben zu ermöglichen – sowohl zwischen verschiedenen Kassenarten als auch zwischen einer Kassenart und dem GKV-Schnitt. Eine Möglichkeit bietet der Morbiditätsindex: Er gibt Hinweise darauf, wie krank die Versicherten einer Kassenart im Vergleich zum GKV-Schnitt sind. Ganz konkret zeigt er an, in welchem Verhältnis die durchschnittlichen Zuweisungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben je Versicherte:n einer Versichertenpopulation zum entsprechenden GKV-Schnitt stehen. Weitere Aspekte des Zusammenhangs zwischen Leistungsausgaben und Morbiditätsindex werden auf den Schaubildern B2.12 bis B2.22 erläutert.

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

Die Leistungsausgaben korrelieren stark mit der Morbidität, die Gesamtleistungsausgaben sogar zu

99% (siehe Schaubild B2.12). Daher lässt sich aus dem Morbiditätsindex einer Kasse ein konkreter Erwartungswert für ihre Leistungsausgaben ableiten.

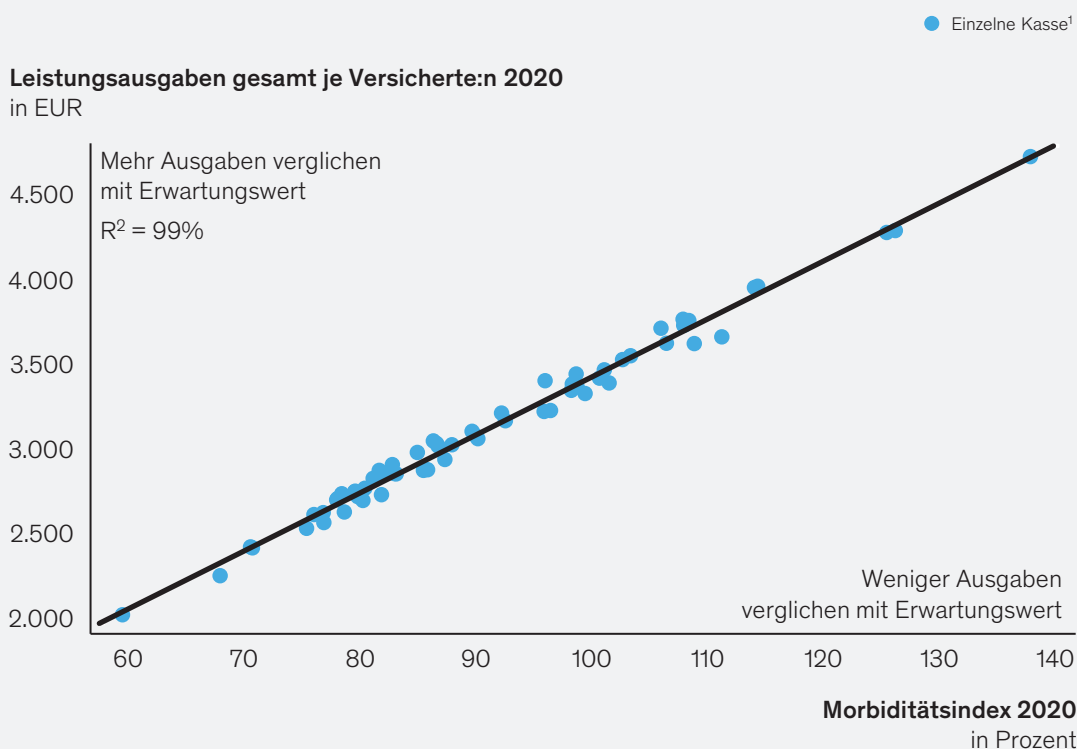
Auf Ebene der Leistungsbereiche werden Unterschiede deutlich

Zwar korrelieren die Ausgaben mit der Morbidität in den meisten Leistungsbereichen stark positiv, aber in einigen kleineren Bereichen verhält es sich genau umgekehrt (siehe Schaubild B2.13).

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 B2.14). Ein Grund dafür ist, dass ältere

Schaubild B2.12

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



¹ Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2020

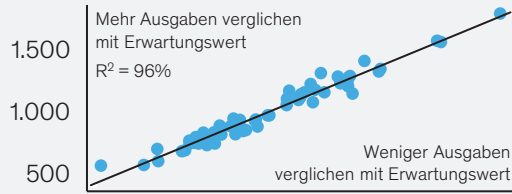
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

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

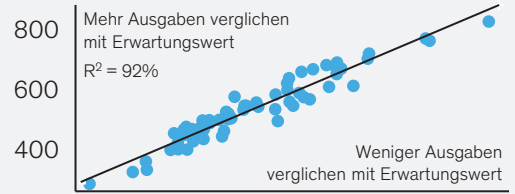
Ausgaben je Versicherte:n 2020, in EUR

● Einzelne Kasse¹

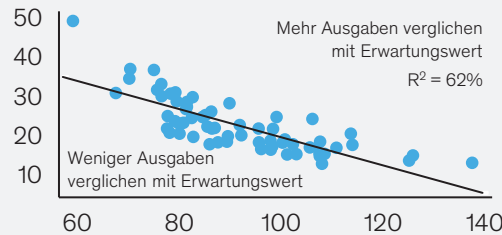
Krankenhausbehandlung



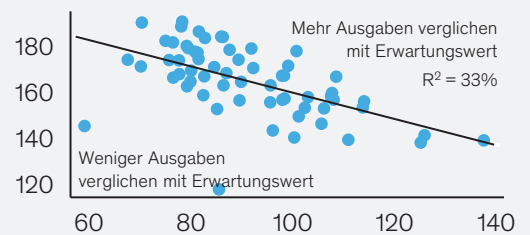
Arzneimittel



Schwangerschaft und Mutterschaft ohne stationäre Entbindung



Zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz



Morbidity Index 2020
in Prozent

Morbidity Index 2020
in Prozent

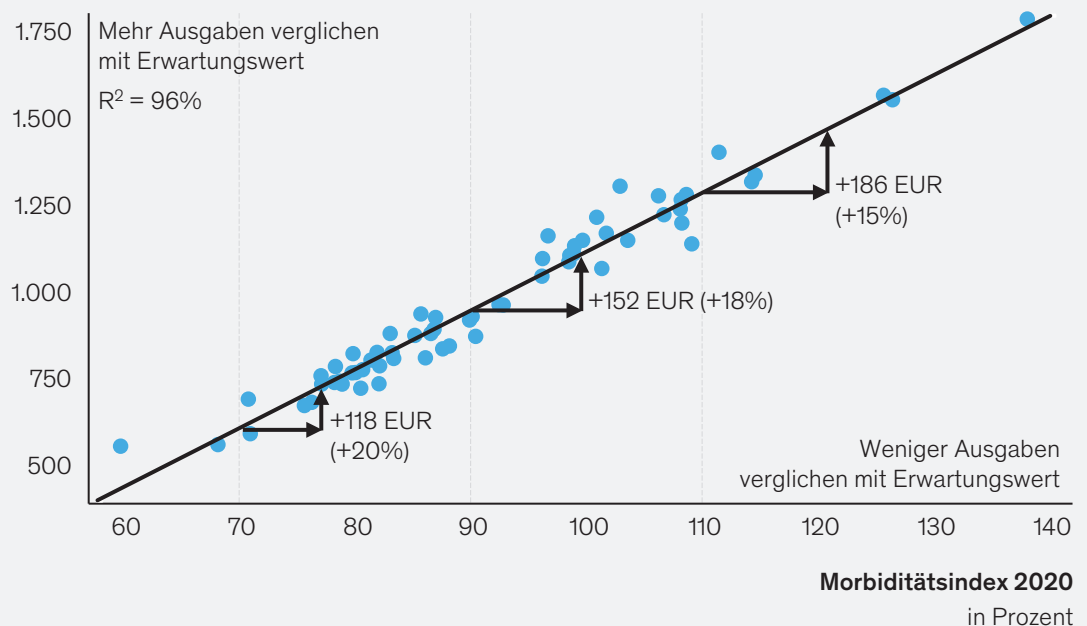
¹ Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2020

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

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

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

Ausgaben für Krankenhausbehandlung je Versicherte:n 2020 in EUR



¹ Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2020

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Versicherte mit im Allgemeinen höherer Morbidität je nach Leistungsbereich über- bzw. unterproportionale Leistungsausgaben verursachen.

Wie das Beispiel der Leistungsausgaben für Krankenhausbehandlung auf Schaubild B2.14 zeigt, verursachen ältere Versicherte höhere Leistungsausgaben als jüngere – z.B. durch höhere Komplikationsraten, schwerere Grunderkrankungen, die aufwendiger behandelt werden müssen, und durchschnittlich längere Verweildauern bei stationären Aufenthalten. Genau umgekehrt verhält es sich z.B. im Leistungsbereich zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz (siehe Schaubild B2.13): Ältere Versicherte verursachen trotz per se höherer Morbidität geringere Leistungsausgaben als jüngere, da Zahnbehandlungen ohne Berücksichtigung von Zahnersatz bei jüngeren Versicherten häufiger erforderlich sind als bei älteren.

Gemäß Morbiditätsindex zu erwartende Leistungsausgaben

Die Veränderung in der Altersstruktur der Kassenarten (siehe Schaubild B1.7) spiegelt sich in ihrem Morbiditätsindex wider. Die AOK-Gemeinschaft mit höherem Versichertenanteil in jüngeren Altersgruppen kann ihren Morbiditätsindex senken und langsam an den GKV-Schnitt angleichen. Alle anderen Kassenarten steigern ihren Index und gleichen sich ebenfalls an den GKV-Schnitt an – aus der anderen Richtung kommend. Vor allem der Morbiditätsindex der IKKen wächst besonders schnell (siehe Schaubild B2.15).

Mit einer Abweichung von -1,4% bzw. -49 EUR je Versicherte:n fallen bei der AOK als einziger Kassenart deutlich geringere Gesamtleistungsausgaben an, als ihre Morbidität erwarten lässt. Bezogen auf die wesentlichen steuerbaren Leistungsbereiche schneidet die AOK besonders gut in den Bereichen Arzneimittel, Heilmittel und Hilfsmittel ab (siehe Schaubilder B2.16 bis B2.22).

Bei allen anderen Kassenarten fallen die Leistungsausgaben dagegen um fast 1% höher aus, als ihre jeweilige Morbidität erwarten lässt. Beim vdek sind die Unterschiede zwischen einzelnen steuerbaren Leistungsbereichen besonders groß: Während die Leistungsausgaben für Arzneimittel und Heilmittel die zu erwartenden Ausgaben deutlich um 4,8% bzw. sogar um 12,8% übersteigen, liegen die Leistungsausgaben für Krankenhaus, häusliche Krankenpflege und Fahrkosten um 2,5%,

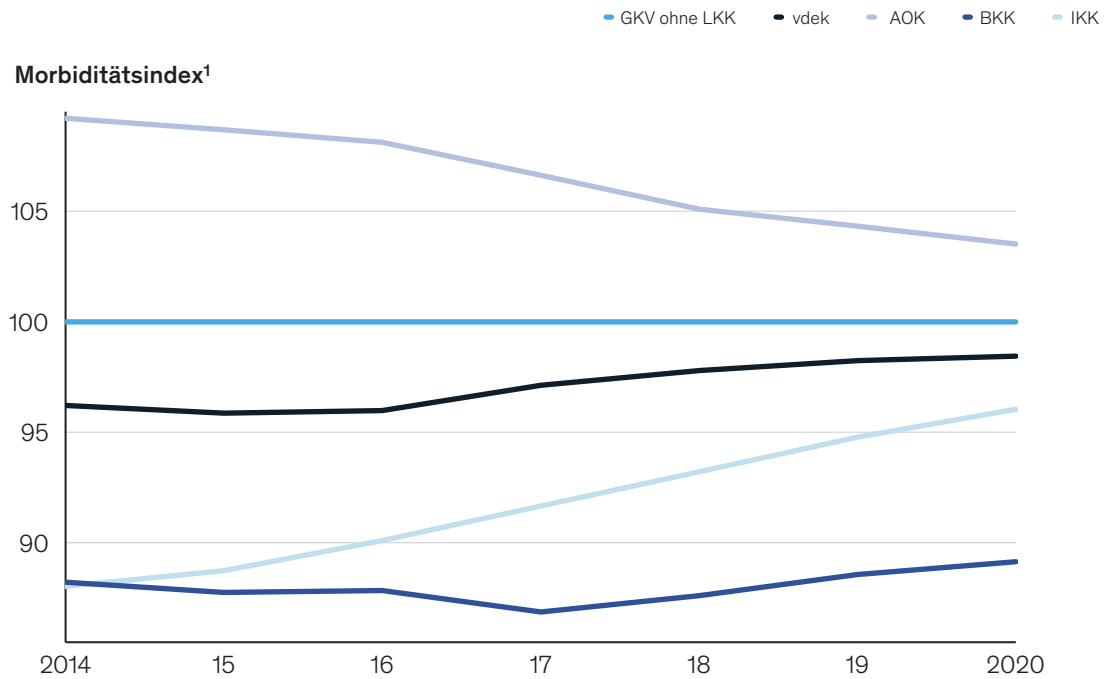
4,2% bzw. 8,3% unter den Ausgaben, die gemäß der Morbidität des vdek anzunehmen sind (siehe Schaubild B2.16).

In der Jahresbetrachtung der Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich zeigt sich, dass die AOK-Gemeinschaft 2020 mit rund +37 EUR am deutlichsten von ihrem Erwartungswert abweicht. Dies ist ein starker Anstieg von ungefähr +15 EUR im Jahr 2019. Die IKKen können dagegen ihren Abstand zu den erwarteten Leistungsausgaben seit 2017 von +38 EUR auf +17 EUR reduzieren. Der vdek, der seit 2017 jedes Jahr deutlich unter den erwarteten Leistungsausgaben im Krankenhausbereich liegt und den Abstand zum Erwartungswert stetig vergrößern kann, verzeichnet zwischen 2019 und 2020 eine leichte Anpassung in Richtung Erwartungswert (von -29 EUR auf -27 EUR) (siehe Schaubilder B2.19 und B2.20).

Die Jahresbetrachtung der Ausgabenentwicklung im Arzneimittelbereich ergibt, dass die AOK-Gemeinschaft ihren Abstand zum Erwartungswert stetig vergrößern kann und diesen 2020 mit -34 EUR deutlich unterschreitet. Alle anderen Kassenarten übersteigen seit 2017 den Erwartungswert zu ihren Ausgaben, wobei vdek und IKKen den Abstand seit 2017 verringern konnten und die BKKen zwischen 2019 und 2020 ihren Abstand zum Erwartungswert etwas vergrößert haben (siehe Schaubilder B2.21 und B2.22).

Schaubild B2.15

Die durchschnittliche Morbidität der Versicherten nach Kassenarten gleicht sich vor allem bei vdek, AOK und IKK immer stärker an

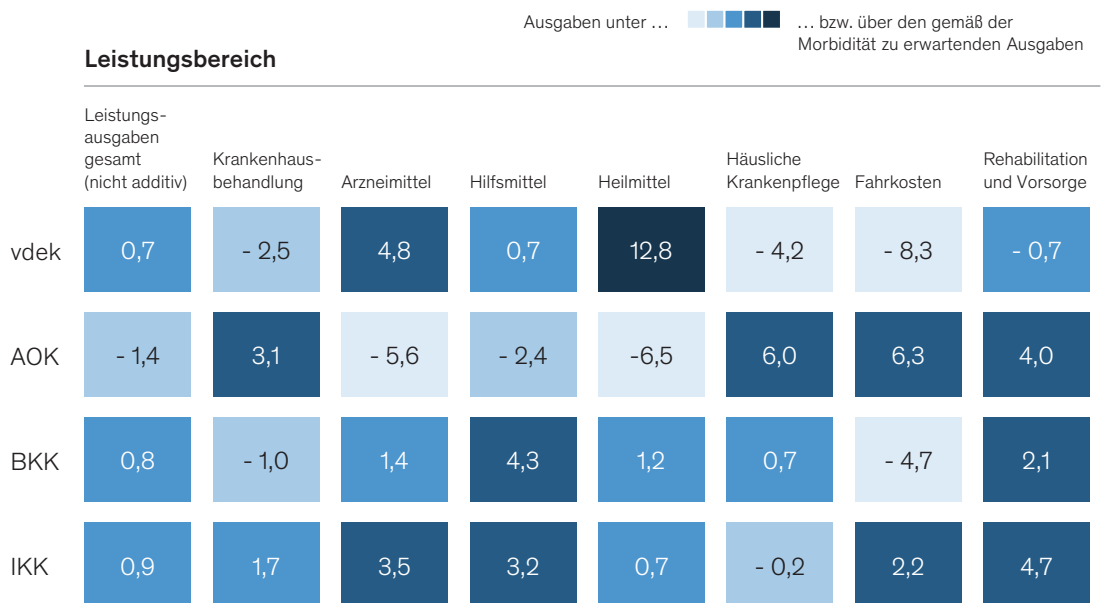


¹ Verhältnis der Zuweisungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben pro Versicherte:n zur GKV
 Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Schaubild B2.16

Die AOK ist 2020 die einzige Kassenart, deren Gesamtleistungsausgaben unter den gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben liegen

Abstand zu gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben 2020, in Prozent



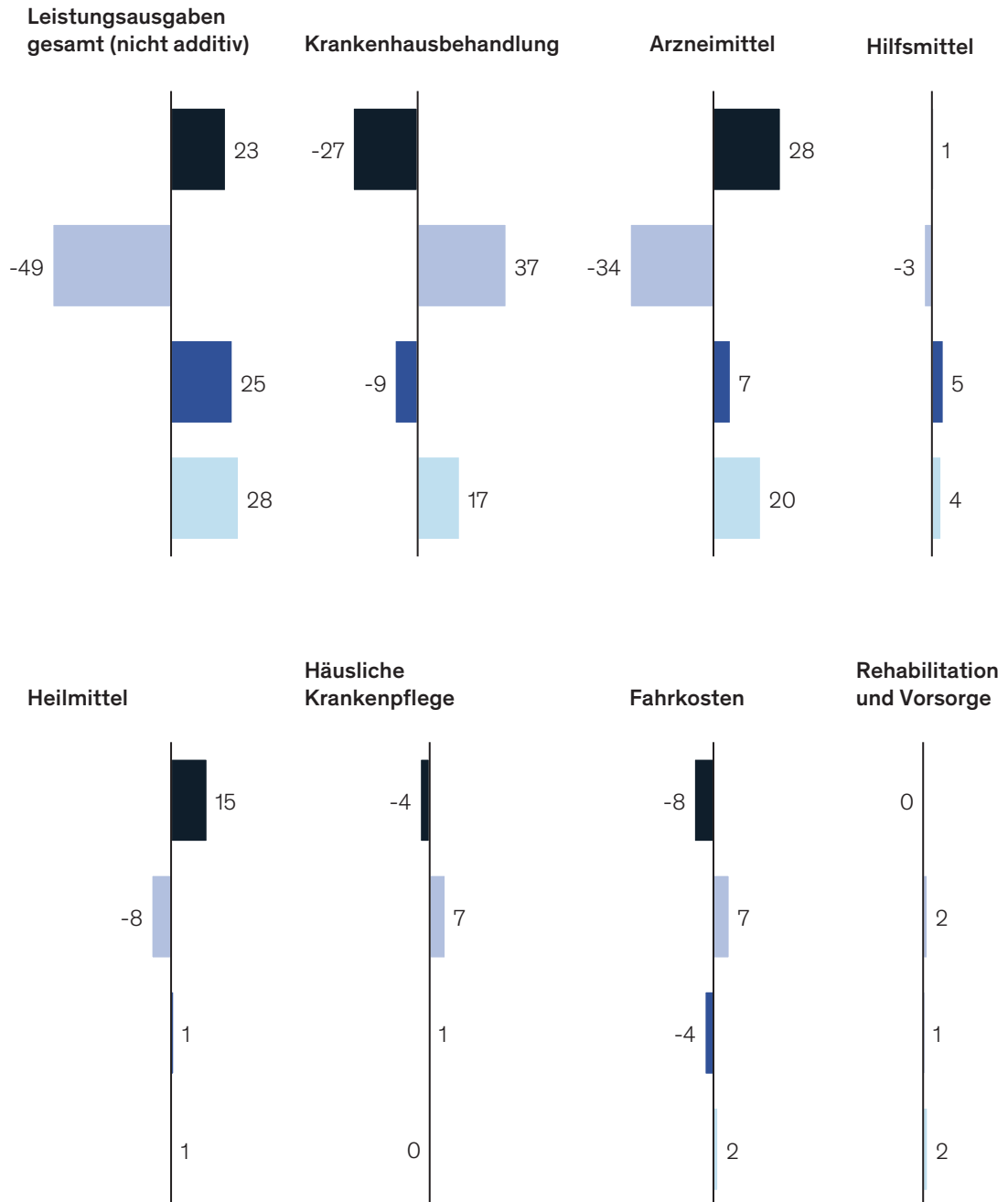
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

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

Abstand zu gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben je Versicherte:n 2020, in Prozent

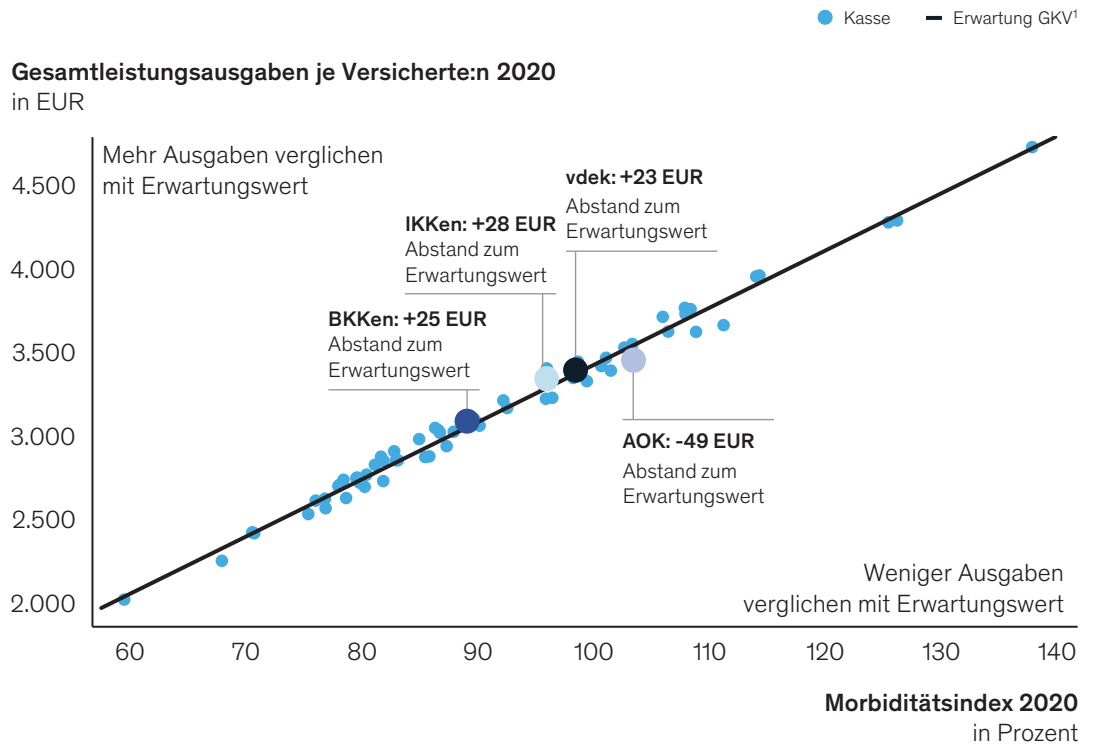
vdek
 AOK
 BKK
 IKK

Leistungsbereich



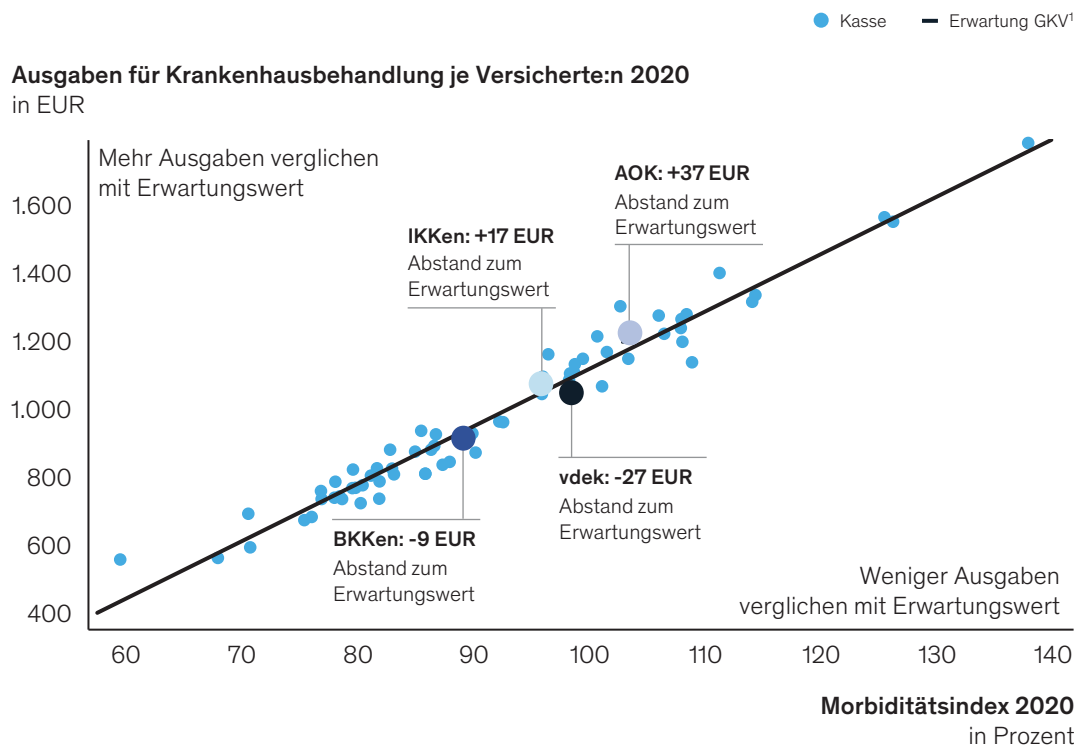
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Die AOK-Ausgaben liegen 2020 unter den zu erwartenden Ausgaben je Versicherte:n – BKK, IKK und vdek liegen darüber



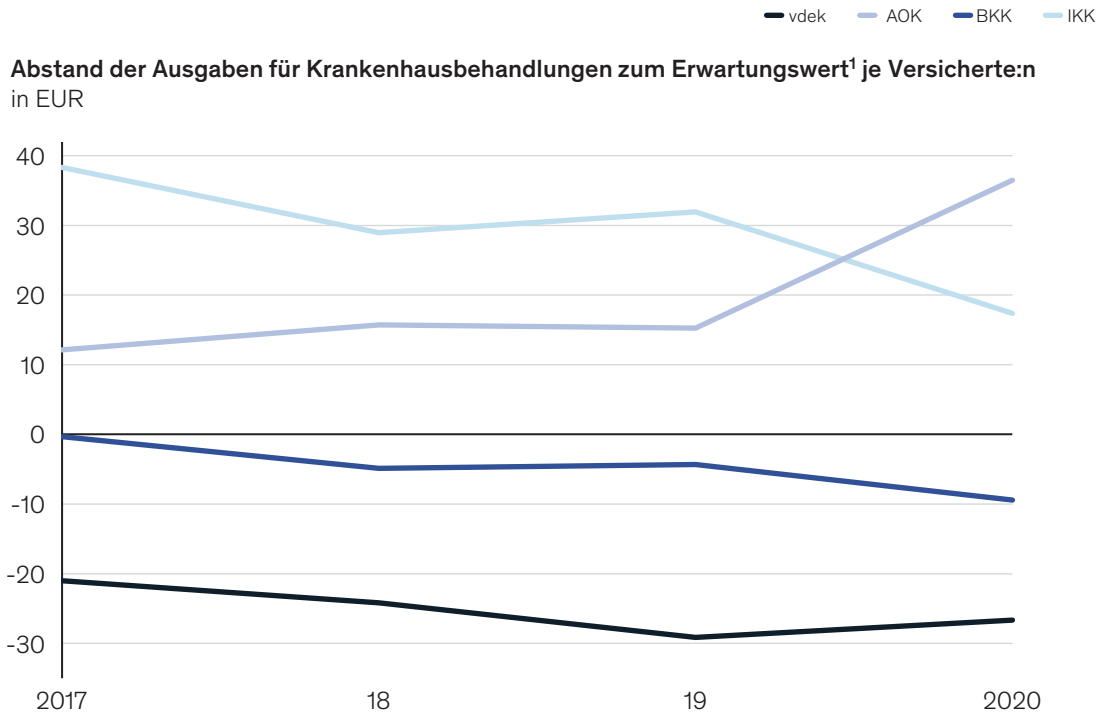
¹ Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2020
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Im Krankenhausbereich überschreitet die AOK 2020 mit +37 EUR je Versicherte:n die zu erwartenden Ausgaben am deutlichsten



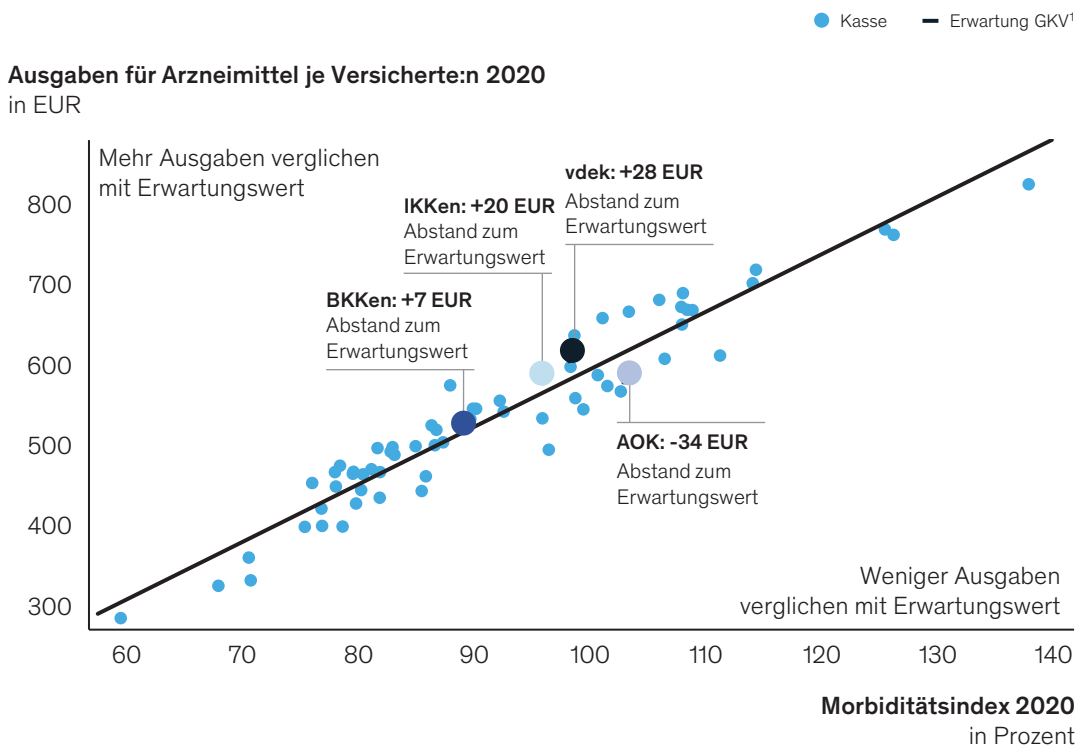
¹ Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2020
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Im Krankenhausbereich können die IKKen ihre Ausgaben Richtung Erwartungswert korrigieren, die AOK weicht 2020 deutlich ab



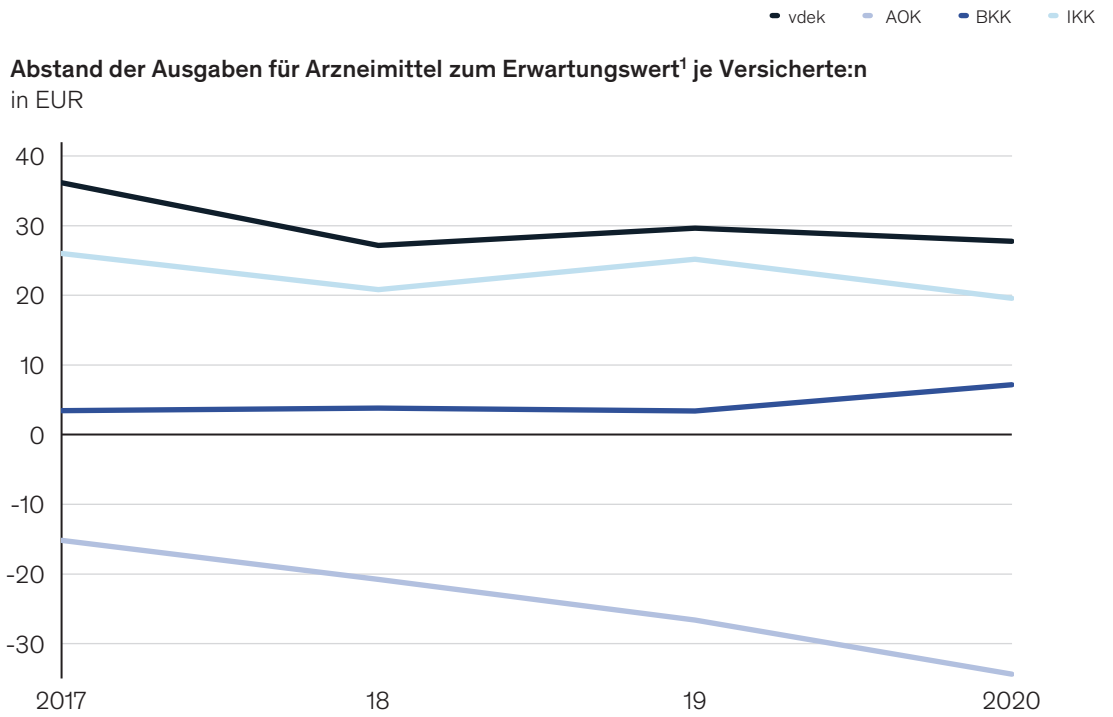
¹ Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2020
 Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Für Arzneimittel geben der vdek und die IKKen 2020 über 20 EUR je Versicherte:n mehr aus als die zu erwartenden Ausgaben



¹ Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2020
 Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Im Arzneimittelbereich verbessern AOK, vdek und IKK ihren Abstand zum Erwartungswert seit 2017, BKKen steigern ihn



¹ Basierend auf allen Kassen mit > 50.000 Versicherten im Jahr 2020

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Zusatzbeiträge

Gegenüber 2021 liegt der Zusatzbeitrag im GKV-Durchschnitt zu Beginn des Jahres 2022 mit 1,37% ungefähr 0,1 Prozentpunkte über dem Vorjahreswert (siehe Schaubild B2.23).

Eine genauere Betrachtung ergibt allerdings deutliche Unterschiede zwischen den durchschnittlichen Zusatzbeiträgen der einzelnen Kassenarten (siehe Schaubild B2.24), auch wenn der Abstand zwischen Spitzenreiter (1,35%) und Schlusslicht (1,17%) im Vergleich zu 2020 geringer geworden ist. Die BKKen – 2020 noch Spitzenreiter bei den Zusatzbeiträgen – sind vom vdek (1,35%) abgelöst worden. Auch die IKKen erheben 2021 durchschnittlich höhere Beiträge (1,31%) als die BKKen (1,29%). Die AOK-Gemeinschaft weist im Jahr 2021 mit rund 1,17% den mit Abstand niedrigsten durchschnittlichen Zusatzbeitrag auf und damit den geringsten Finanzbedarf über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds hinaus.

Veränderungen des Zusatzbeitrags beeinflussen unmittelbar den Zuwachs an bzw. Verlust von Versicherten einer Kasse (siehe Schaubild B2.25). Ganz aktuell lässt sich dieser Zusammenhang deutlich beobachten: Die Versichertenzahlen verändern sich nach Anpassung der Zusatzbeiträge im ersten Quartal 2022 teils deutlich. Der vdek, die BKKen und IKKen gewinnen Mitglieder, während die AOK-Gemeinschaft Mitglieder verliert. Zuvor haben neun der elf AOKen ihren Zusatzbeitrag angehoben. Allerdings dürfte auch die „Übersterblichkeit“ älterer Menschen in der COVID-19-Pandemie zu dem Versichertenverlust beitragen.⁵³

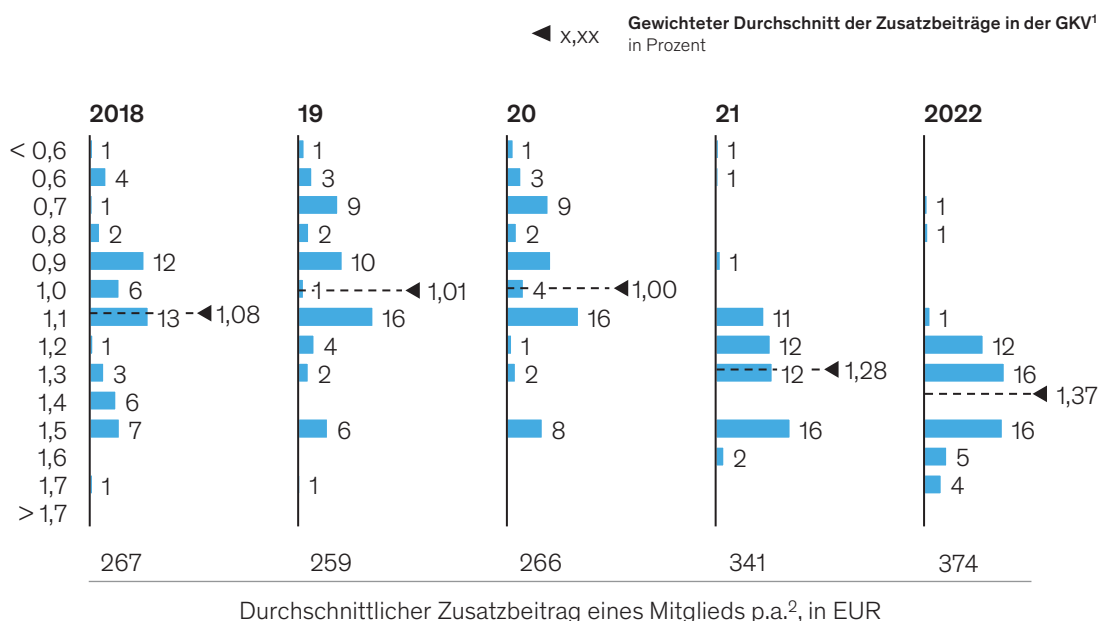
Häufig geht mit der Abwanderung von Versicherten ein Anstieg des Morbiditätsindex einher (siehe Schaubild B2.26). Entsprechend steigen die Leistungsausgaben je Versicherte:n.

⁵³ Vgl. dfg-Newsletter vom 12. Mai 2022

Schaubild B2.23

Zu Beginn 2022 liegen die Zusatzbeiträge der Kassen fast ausnahmslos bei 1,2% oder darüber und im Durchschnitt 0,1 Prozentpunkte über dem Vorjahr

Anzahl der Mitglieder¹ je auf Zehntel gerundetem Zusatzbeitragssatz zum Stichtag 1.1., in Millionen



¹ Ohne LKK und rein betriebsinterne Krankenkassen

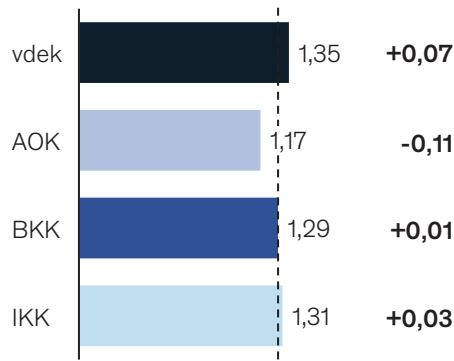
² Bei durchschnittlichem beitragspflichtigem Einkommen und Zusatzbeitrag zum Stichtag

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

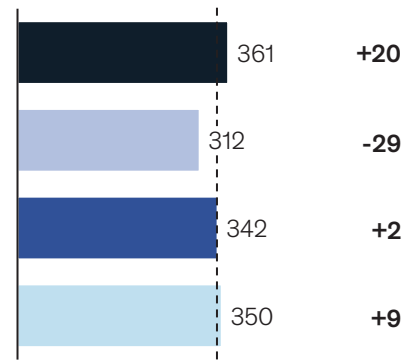
Die gewichteten durchschnittlichen Zusatzbeiträge liegen zwischen 1,17 und 1,35%, die AOKen sind ~ 0,1 Prozentpunkte unter dem Durchschnitt

x,xx Abweichung ggü. GKV-Schnitt
in Prozentpunkten

Gewichteter Durchschnitt der Zusatzbeiträge¹ 2021
in Prozent



Durchschnittlicher jährlicher Zusatzbeitrag eines Mitglieds² 2021
in EUR



GKV-Schnitt 1,28

341

1 Ohne LKK und rein betriebsinterne Krankenkassen

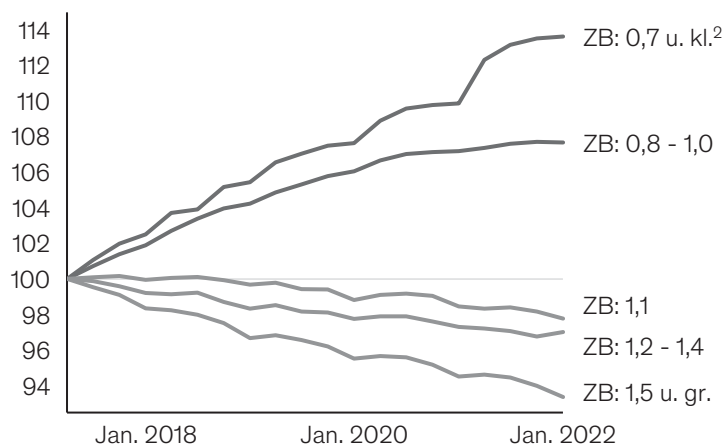
2 Bei durchschnittlichem beitragspflichtigem Einkommen, Rundungsdifferenzen möglich

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

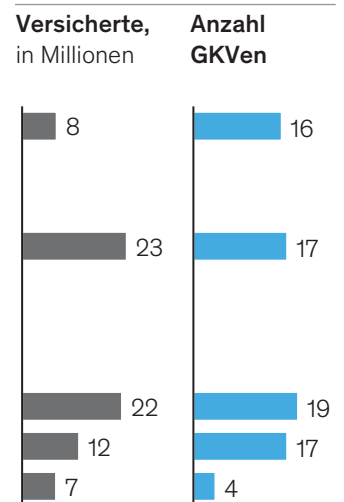
Der Versichertenzuwachs korreliert mit dem Zusatzbeitrag (ZB) als einem von mehreren Faktoren

Entwicklung der Anzahl Versicherter der Krankenkassen¹ nach Höhe des Zusatzbeitrags am Stichtag 1.4.2017

Versichertenanzahl indexiert, 1.4.2017 = 100%



Status Januar 2022

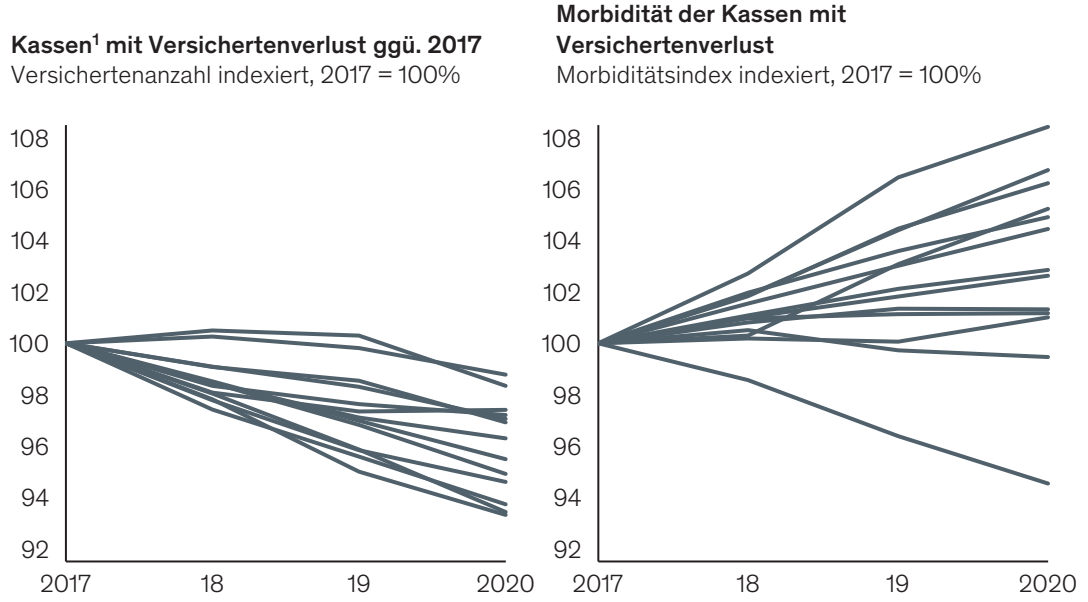


1 Ohne LKK und rein betriebsinterne Betriebskrankenkassen

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

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

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



¹ Kassen mit > 300.000 Versicherten im Jahr 2017
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Aktuelle Entwicklungen

Aktuelle Finanzlage

Die vorläufigen Finanzergebnisse der GKVn sind auch 2021 deutlich von der Pandemie geprägt. Eine Vermögensabführung der Kassen an den Gesundheitsfonds soll die Beitragssätze stabilisieren. Dadurch verringern sich die maximalen Finanzreserven auf 0,8 Monatsausgaben. Die GKVn beziffern ihr Defizit für 2021 auf ca. 5,8 Mrd. EUR und ihre Finanzreserven zum Stichtag 31. Dezember 2021 auf rund 11 Mrd. EUR – also etwa eine halbe durchschnittliche Monatsausgabe und damit mehr als das Doppelte der Mindestrücklage.

Die Leistungsausgaben steigen bei stabilen Versicherungszahlen um 5,7% auf 284,3 Mrd. EUR. Rund 8 Mrd. EUR davon werden an den Gesundheitsfonds abgeführt. Fast die Hälfte der gestiegenen Leistungsausgaben entfällt auf den Krankenhausbereich (+4,4%) und Arzneimittel (+7,8%). Besonders stark gestiegen sind mit 16,5% die Ausgaben für Heilmittel, insbesondere durch eine Vergütungsanpassung, aber auch wegen des Wiederanstiegs der Behandlungsmenge gegenüber 2020. Die Krankengeldausgaben sind – nach 2019 und 2020 – mit 4,1% wieder einstellig.

Der Gesundheitsfonds weist 2021 einen Überschuss von rund 1,4 Mrd. EUR auf. Die Beitragseinnahmen der GKV haben sich deutlich besser entwickelt als erwartet, bleiben aber mit einem Zuwachs von 3,4% hinter ihren langjährigen Veränderungsraten von über 4% zurück.

Ein Großteil der Ausgaben für pandemiebedingte Zahlungsverfahren stammt aus dem Gesundheitsfonds und wird vom Bund beglichen. Die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds beträgt zum Stichtag 17. Januar 2022 rund 7,9 Mrd. EUR, wird aber im Jahresverlauf wieder sinken – u.a. durch gesetzlich geregelte Sonderzuweisungen an die Krankenkassen.⁵⁴

Auf diese veränderte Lage waren und sind die Krankenkassen unterschiedlich vorbereitet. Sie alle werden mit einem geringeren finanziellen Handlungsspielraum umgehen müssen (siehe Schaubilder B2.27 bis B2.29).

Der perfekte Sturm

Die bereits angespannte finanzielle Lage der deutschen GKVn dürfte sich weiter zuspitzen. Das Finanzdefizit im Jahr 2023 wird auf mindestens 17 Mrd. EUR⁵⁵ geschätzt, laut IGES-Institut sind bis zu 35 Mrd. EUR denkbar. Hinzu kommen strukturelle Versorgungsprobleme, nicht mehr nur im ländlichen Bereich. So dürfte sich der Hausärztemangel intensivieren (mit 11.000 unbesetzten Hausarztstellen bis 2035⁵⁶), ebenso der Pflegenotstand (2030 fehlen mehr als 180.000 Pflegekräfte⁵⁷). Auch den GKVn selbst fehlt es zum Teil deutlich an Fachpersonal (40% der Beschäftigten erreichen in den kommenden Jahren das Rentenalter oder gehen in Altersteilzeit (siehe auch Artikel „Zukunftsthema ESG – Herausforderung und Erfolgsfaktor für die GKV“). Zugleich nehmen die Anforderungen der Versicherten an das Gesundheitssystem stetig zu: Von einer guten Krankenkasse erwarten sie dauerhafte Erreichbarkeit auf allen Kanälen sowie schnellen und kundenfreundlichen Service mit inhaltlicher Kompetenz bei gleichzeitig wettbewerbsfähigem Zusatzbeitrag.⁵⁸

Mit dem Zusammentreffen finanzieller Herausforderungen, struktureller Versorgungsprobleme und wachsender Kundenerwartungen bricht über die GKV-Landschaft ein „perfekter Sturm“ herein. Dies erfordert in den kommenden zwei bis drei Jahren wichtige strategische Entscheidungen, die die Zukunft des deutschen GKV-Systems maßgeblich prägen werden.

Das dringlichste Problem stellt vermutlich die kurzfristige Schließung der Finanzlücke dar: Ende Juni kündigte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach für das Jahr 2023 eine Erhöhung des Zusatzbeitrags um 0,2 bis 0,3 Prozentpunkte an. Damit wird der Zusatzbeitrag von durchschnittlich 1,3% auf bis zu 1,6% steigen. Durch die Anhebung verspricht sich der Bund Mehreinnahmen von bis zu 5 Mrd. EUR. Gemeinsam mit einem geplanten Steuerzuschuss von 2 Mrd. EUR sollen diese das erwartete Defizit der Krankenkassen verringern. Neben steigenden Beiträgen wird auch mit einer deutlich größeren Spannweite zwischen niedrigstem und höchstem Zusatzbeitrag gerechnet.⁵⁹

⁵⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, „Vorläufige Finanzergebnisse der GKV für das Jahr 2021“, 9. März 2022

⁵⁵ https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1390208.jsp

⁵⁶ <https://www.bosch-stiftung.de/de/presse/2021/05/2035-fehlen-deutschland-rund-11000-hausaerzte-experten-empfehlen-den-aufbau-von>

⁵⁷ <https://www.barmert.de/gesundheits-verstehen/pflege/pflegereport-2021-1071548>

⁵⁸ <https://www.tagesschau.de/inland/krankenkassen-krankenversicherung-zusatzbeitrag-101.html>

⁵⁹ Vgl. dfg-Newsletter vom 12. Mai 2022

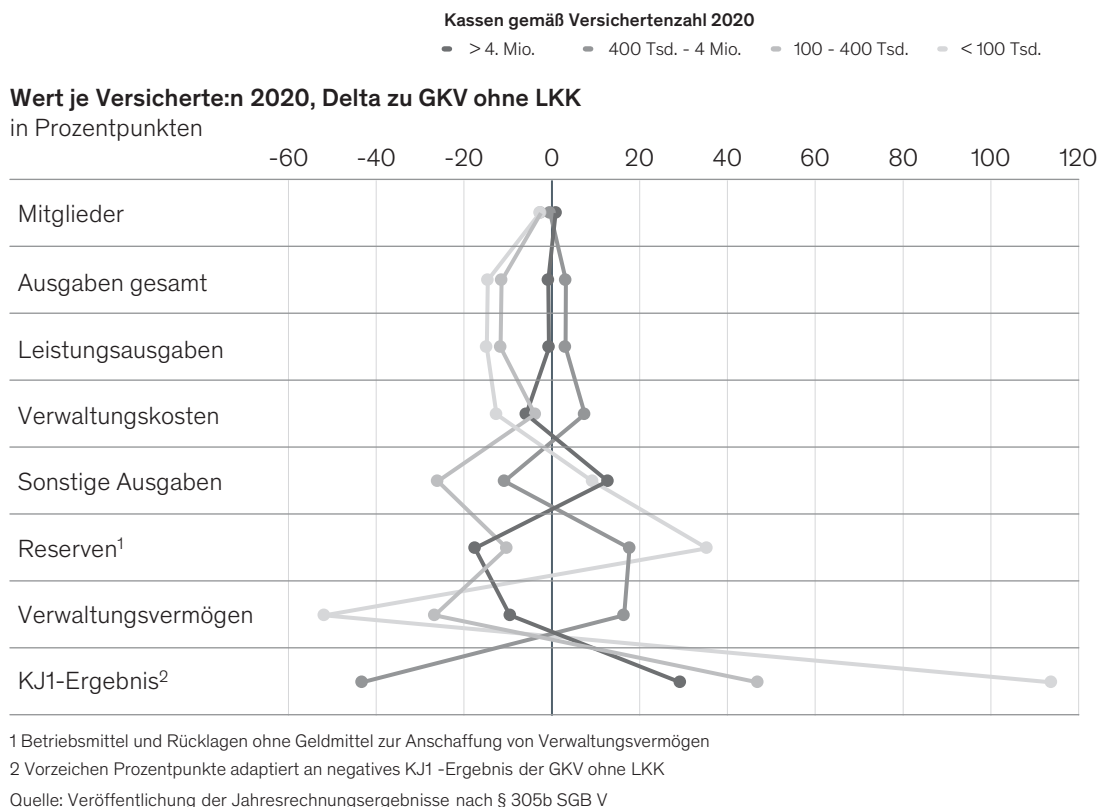
Zur weiteren Stabilisierung der Einnahmenbasis sieht der Bund ein Darlehen in Höhe von 1 Mrd. EUR vor sowie eine Umverteilung von Reserven als „Solidarausgleich“ zwischen den Kassen. Dies soll dem Gesundheitsfonds Mehreinnahmen in Höhe von 4 Mrd. EUR einbringen. Gleichzeitig sollen Leistungs- und Verwaltungsausgaben reduziert werden – allein um ca. 1 Mrd. EUR durch einen höheren Herstellerabschlag. Diese Maßnahmen seien nicht ausreichend, mahnt jedoch Doris Pfeiffer, Vorstandschefin des GKV-Spitzenverbands: Statt „unsteter Sonderfinanzierungen“ sei eine höhere nachhaltige Regelfinanzierung nötig.⁶⁰

Route für die Zukunft

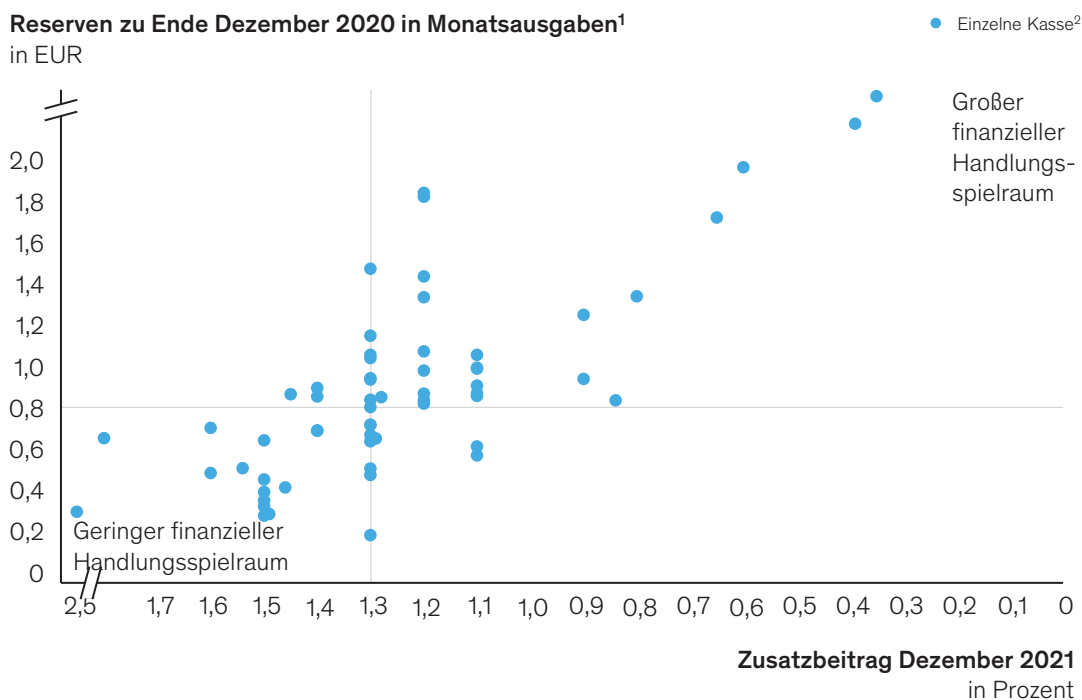
Insbesondere mit Blick auf die sich zuspitzende Finanzlage und die Herausforderungen in der Personalfindung wird es für Krankenkassen daher zunehmend wichtiger, sich Transparenz zu verschaffen über Effizienz und Effektivität anhand von Produktivitäts-, Leistungs- und Finanzkennzahlen im Abgleich mit Benchmarks und Erfahrungswerten. Über eine derartige holistische Betrachtung können dann die aktuelle und die künftige Leistungsfähigkeit des Unternehmens beurteilt und entsprechend Potenzialfelder identifiziert sowie konkrete Maßnahmen abgeleitet werden. Beispiele hierfür reichen von der Anpassung einzelner Prozesse, z.B. Erhöhung der Dunkelverarbeitungsquote in der Krankenhausabrechnung, bis hin zur systematischen Optimierung ganzer Leistungsbereiche, die z.B. die Erarbeitung umfassender Produktstrategien und eine darauf basierende Neuverhandlung von Verträgen im Bereich Hilfsmittel beinhalten könnte. Dies ist definitiv eine Chance, sich mit nachhaltiger Versorgung auseinanderzusetzen, Altes zu überdenken und sich Neuem zu öffnen.

⁶⁰ <https://www.tagesschau.de/inland/krankenkassen-krankenversicherung-zusatzbeitrag-101.html>

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



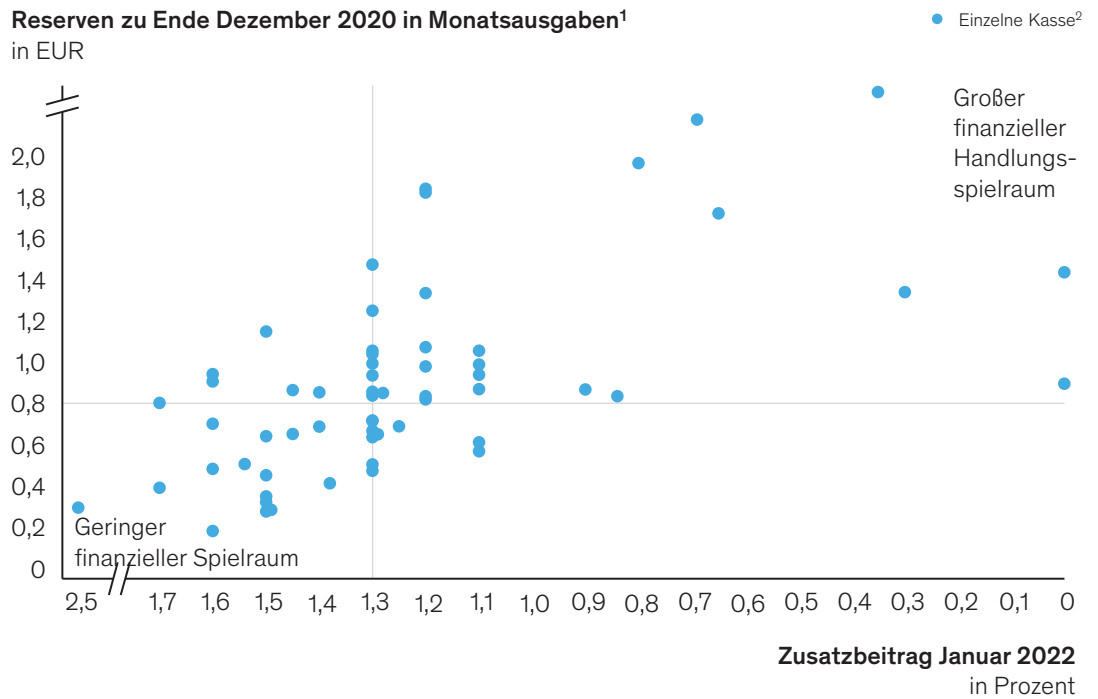
Rückblick 2021: Die Reserven verteilen sich ungleich auf Einzelkassen, zahlreiche Einzelkassen liegen über der Obergrenze von 0,8 Monatsausgaben



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 2020
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V; Krankenkassenliste GKV-Spitzenverband

Der Blick auf die Zusatzbeiträge im Januar 2022 zeigt eine stärkere Verbreitung der Kassen in den vier Quadranten

Reserven zu Ende Dezember 2020 in Monatsausgaben¹
in EUR



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 2019

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

Ausblick



Die Voraussetzungen dafür, Innovationen zu entwickeln und umzusetzen, könnten kaum besser sein: Das Gesundheitssystem liefert zahlreiche aktuelle Daten, die sich zu den unterschiedlichsten Zwecken auswerten lassen. Auf der Basis von Analysen, z.B. der Qualität und Kosten von Versorgungsleistung und -service, können die Akteure im Gesundheitswesen ein gemeinsames Verständnis der Ausgangslage entwickeln und daraus gemeinsam Verbesserungsziele ableiten. Doch nicht nur auf Marktebene, auch für jede einzelne Kasse bergen Daten und Analytik enormes Potenzial. Die Stichworte lauten hier etwa: prädiktiv gesteuertes Fallmanagement und drastische Verkürzung von Krankheitsverläufen. Beides würde nicht nur die Lebensqualität der Versicherten erhöhen, sondern auch die Behandlungskosten senken – und so die Versorgung nachhaltiger gestalten.

Es spricht also alles für die Umsetzung solcher Innovationen – doch die Voraussetzungen dafür sind oftmals gesetzliche Reformen. Denn als Körperschaften des öffentlichen Rechts sind die GKV in hohem Maße darauf angewiesen, dass die Politik den gesetzlichen Rahmen zukunftsweisend gestaltet. Allerdings gehen die Meinungen darüber auseinander, was „zukunftsweisend“ bedeutet: Reformvorhaben werden innerhalb der GKV entsprechend kontrovers diskutiert. Es wird also auf die Umsetzung der Reformen ankommen, damit sich Innovationsspielräume tatsächlich erweitern.

Auch die Nachhaltigkeit spielt eine immer wichtigere Rolle bei der Weiterentwicklung der GKV. Dazu trägt nicht nur die Erwartungshaltung vieler Versicherter bei – auch alle anderen Akteure des Gesundheitswesens setzen hier zunehmend ihre Priorität. Aus gutem Grund: Die GKV hat die Möglichkeit, damit ihrer gesellschaftlichen Verantwortung nachzukommen, indem sie die CO₂-Emissionen ihrer Mitarbeitenden spürbar senkt und so zum Erreichen von Deutschlands Klimazielen beiträgt. Zudem gewinnt Nachhaltigkeit immer mehr an Bedeutung, wenn es darum geht, diejenigen Talente zu rekrutieren und zu halten, die für die Entwicklung und Umsetzung nachhaltiger und digitaler Innovationen dringend erforderlich sind. Nicht zuletzt kann es für eine GKV ein Alleinstellungsmerkmal sein, wenn sie Versicherte und Beschäftigte transparent und überzeugend über ihre Nachhaltigkeitsagenda und -fortschritte informiert.

Die GKV steht damit vor einer Fülle von Herausforderungen. Doch die aktuelle Ausgabe des GKV-Check-up zeigt, wie diese zusammenhängen und sich auf wenige Kernbereiche reduzieren lassen, die dafür umso konsequenter zu bearbeiten sind. Zwar ist die COVID-19-Pandemie auch im dritten Jahr noch nicht überwunden, aber wir haben gelernt, mit dem Virus zu leben. Nun heißt es, den Blick nach vorn zu richten und die Zeit nach der Pandemie – unsere Zukunft – nachhaltig zu gestalten.

Methodik und Definitionen

Begriff (Abkürzung)	Definition
AOP-Katalog	Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe im Krankenhaus. Der Katalog beinhaltet Leistungen, die zur ambulanten Versorgung zugelassen sind, und wird vereinbart vom GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Er beruht auf § 115b SGB V.
Chronic Disease Management	Strukturierte Behandlung, um chronisch Erkrankten zu helfen, mit ihrer Erkrankung zu leben und dabei ihre Lebensqualität zu verbessern und zu erhalten
Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)	Als DiGA werden Anwendungen mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung bezeichnet, die hauptsächlich auf digitalen Technologien beruhen. Das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) gibt gesetzlich Versicherten einen Anspruch auf die Versorgung mit DiGA, die im Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA-Verzeichnis) gelistet sind, nachdem sie das Prüfverfahren beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erfolgreich durchlaufen haben.
DiGA-Fast-Track	Über den Fast Track können DiGA endgültig oder auf Probe für die GKV erstattungsfähig werden.
Digital Medicine Society (DiMe)	Globales Non-Profit-Unternehmen, das den Fortschritt in der digitalen Medizin vorantreibt und deren Akzeptanz fördert, um Gesundheitssysteme zu verbessern.
(Hybride) Diagnosebezogene Fallgruppe, (hybride) DRG	DRG bezeichnet ein Klassifikationssystem für ein pauschaliertes Abrechnungsverfahren, mit dem Krankenhausfälle (Patient:innen) anhand medizinischer Daten Fallgruppen zugeordnet werden. Hybride DRGs sollen die Ambulantisierung stärken, indem Leistungen unabhängig davon vergütet werden, ob die Versorgung im Krankenhaus oder in einer Arztpraxis vorgenommen wird. Bisher sind diese nicht eingeführt.
Elektronische Patientenakte (ePA)	Die ePA ist ein zentraler elektronischer Speicherort für medizinische Dokumente, z.B. Arztbriefe, Blutwerte oder Röntgenbilder. Die Funktionen werden derzeit umgesetzt.
Einnahmen aus Zusatzbeiträgen	Zusatzbeiträge kann eine Kasse in individueller Höhe zusätzlich zum allgemeinen Beitragssatz der GKV erheben. Sie dienen dazu, die Unterfinanzierung des Fonds und finanzielle Engpässe auszugleichen. Für die Finanzwirkung des Zusatzbeitrags auf die jeweilige Kasse sind die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der GKV maßgeblich – und nicht die tatsächliche Einkommensstruktur der Mitglieder einer Kasse.

ESG	Abkürzung für die drei Bereiche nachhaltiger Unternehmensführung: Environment (Umwelt), Social (soziale Aspekte), Governance (Unternehmensführung)
FDA	Food and Drug Administration: US-Behörde zum Schutz der öffentlichen Gesundheit
First-Mover Advantage	Der Vorteil, den ein Unternehmen hat, wenn es einen Markt zuerst erschließt
Gewichtete durchschnittliche Zusatzbeiträge	Zur Ermittlung der durchschnittlichen Zusatzbeiträge werden die Zusatzbeiträge einer Kasse mit dem Anteil ihrer Mitglieder an der Gesamtzahl der GKV-Mitglieder multipliziert und abschließend summiert.
Greenwashing	Versuch von Firmen oder Institutionen, sich als besonders umweltbewusst und umweltfreundlich darzustellen, ohne dass dies der Realität entspricht
Global Reporting Initiative (GRI)	Die Initiative bietet Richtlinien an für die Erstellung von Nachhaltigkeitsberichten großer, mittlerer und kleinerer Unternehmen sowie von Regierungen und Nichtregierungsorganisationen.
Healthcare Data Cube	Der Healthcare Data Cube von McKinsey ist ein konsolidierter Gesundheitssatz, mit dessen Hilfe sich die Versorgungslandschaft in Deutschland analysieren lässt. Darin sind heterogene Datenmengen aus öffentlichen Quellen (wie Qualitätsberichte und DRG-Statistik) mit sonstigen Regionaldaten (z.B. Bevölkerungszahlen) und weiteren Datenquellen (z.B. zur ambulanten Versorgungssituation) verknüpft. Die Erkenntnisse, die der Healthcare Data Cube liefert, reichen von standortgenauen Informationen zum Angebotsspektrum eines Krankenhauses bis hin zu regionalen Krankheitsprofilen und Versorgungslandschaften.
Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act (HITECH Act)	Der HITECH Act wurde 2009 in den USA erlassen. Es wurden etwa 25 Mrd. USD bereitgestellt für den Ausbau und die Umsetzung von Informationstechnologie im Gesundheitswesen.
Hospital Suite	Die Hospital Suite ist ein von McKinsey entwickeltes, modulbasiertes Tool, das GKVen dabei unterstützt, ihre Ausgaben für Krankenhausbehandlung zu reduzieren und zu optimieren. Hauptfunktionalitäten sind: externes Benchmarking, Identifikation struktureller Auffälligkeiten bei Kliniken, automatisierte Vorhersagen über das Hospitalisierungsrisiko von Patient:innen und Rechnungsprüfungsanalytik.
Index	Kennzahl, die verschiedene Werte zusammenfasst und dadurch Entwicklungen im Vergleich zu einem Basisjahr anhand eines einzigen Werts erlaubt

Infografik	Visuelle Darstellung von Gesamtzusammenhängen in einer Abbildung
International Sustainability Standards Board (ISSB)	Das Board erarbeitet Standards zur Berichterstattung zum Thema Nachhaltigkeit.
Jährliche Veränderung	Die jährliche Veränderung zwischen zwei Werten stellt den mittleren Prozentsatz dar, um den sich der Anfangswert jedes Jahr ändern müsste, um zum Endwert aufzuschließen.
KJ1-Ergebnis	Das KJ1-Ergebnis ist das endgültige Jahresrechnungsergebnis einer Kasse entsprechend den Vorgaben der amtlichen Statistik KJ1.
KJ1-Jahresrechnung (KJ1)	Die KJ1-Jahresrechnung enthält die endgültigen Jahresrechnungsergebnisse der GKV und der Kassenarten, gegliedert nach den wichtigsten Einnahmen und Ausgaben.
KM6-Mitgliederstatistik (KM6)	Die KM6-Mitgliederstatistik gibt einen Überblick über die Versicherten der GKV und der Kassenarten, gegliedert nach Versichertenstatus, Alter und Wohnort jeweils zum Stichtag 1. Juli eines Jahres.
Kompensation Fondsunterdeckung durch Zusatzbeitrag	Die Kompensation der Fondsunterdeckung durch den Zusatzbeitrag entspricht der Differenz von mitgliederbezogener Veränderung (mbV) und Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag.
Leistungsausgaben	Leistungsausgaben beziehen sich auf die Leistungsanspruchnahme der Versicherten (inklusive Satzungs- und Ermessensleistungen) und werden in die Kontenklassen 4 und 5 des GKV-Kontenrahmens gebucht.
Lineare Regression	Bei der einfachen linearen Regression wird eine Zielvariable durch einen linearen Zusammenhang mit einer Variablen erklärt. Die Schätzung von Achsenabschnitt und Steigung bestimmt den Verlauf der Regressionsgerade. Der Erwartungswert der Abweichungen zur Regressionsgeraden ist 0, somit entspricht die Regressionsgerade den erwarteten Werten.
Machine Learning	Machine Learning ist ein Teilbereich der künstlichen Intelligenz. Mit Hilfe von Machine Learning werden IT-Systeme in die Lage versetzt, auf Basis vorhandener Datenbestände und Algorithmen Muster und Gesetzmäßigkeiten zu erkennen und Lösungen zu entwickeln. Es wird quasi künstliches Wissen aus Erfahrungen generiert.
Medizinische Versorgungszentren (MVZ)	MVZ wurden mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 zur ambulanten medizinischen Versorgung eingeführt.

Mitgliederbezogene Veränderung (mbV)	Die mbV wird nach § 40 RSAV durch das Bundesverwaltungsamt bestimmt und spiegelt den Einnahmen- oder Ausgabenüberschuss im Gesundheitsfonds bezogen auf die Gesamtmitgliederanzahl in der GKV wider. In den vergangenen Jahren wurde vom GKV-Schätzerkreis ein Ausgabenüberschuss prognostiziert, was in diesen Jahren jeweils zu einer negativen mbV je Mitglied geführt hat.
Morbiditätsindex	Der Morbiditätsindex zeigt an, in welchem Verhältnis die durchschnittlichen Zuweisungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben je Versicherte:n einer Versichertenpopulation zu denen der GKV stehen.
National Health Service (NHS)	Staatliches Gesundheitssystem in Großbritannien und Nordirland, das rund 65 Millionen Menschen medizinisch versorgt; das Finanzvolumen liegt bei umgerechnet über 250 Mrd. EUR.
Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)	Die OECD ist eine internationale Organisation mit 38 Mitgliedstaaten, die sich der Demokratie und Marktwirtschaft verpflichtet fühlen (z.B. Deutschland, Kanada, Australien, Kolumbien). In diesem Forum können Regierungen ihre Erfahrungen austauschen und Lösungen für gemeinsame Probleme erarbeiten.
Provider	Versorger; in der McKinsey-Umfrage (siehe Artikel A1) umfasst der Begriff Krankenhäuser, Arztpraxen, Medizintechnikfirmen und Labore.
Purpose	Sinn, den eine Organisation stiftet; er gibt an, was ihr Existenzgrund ist, was sie tut, um diesem gerecht zu werden, und welche Werte ihrem Handeln zu Grunde liegen.
Relative Entwicklung	Die relative Entwicklung ist die Entwicklung eines Werts im Zeitverlauf relativ zu seinem Wert an einem festgelegten Anfangszeitpunkt. Zur Berechnung werden alle Werte, die sich nach dem Anfangszeitpunkt verändert haben, als Anteile des Ausgangswerts in Prozent betrachtet.
Remote Monitoring	Fernüberwachung von Patient:innen; unterstützt medizinisches Fachpersonal bei der Überwachung und Behandlung von Patient:innen in deren gewohntem Umfeld.
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.

Scope 1 bis 3	<p>Einteilung der Emissionsquellen bei der Analyse von Emissionen, z.B. CO₂ (deutsch: Geltungsbereiche 1 bis 3)</p> <p>Scope 1: Emissionen, die eine Organisation direkt verursacht, z.B. durch eigene Fahrzeuge oder Maschinen</p> <p>Scope 2: Emissionen, die durch den Einkauf von Energie in Form von Strom entstehen</p> <p>Scope 3: Emissionen, die andere Akteure entlang der Lieferkette verursachen und die durch den Einkauf von Produkten oder Dienstleistungen begünstigt werden</p>
Search Engine Optimization (SEO)	SEO-Maßnahmen erhöhen die Sichtbarkeit einer Website und ihrer Inhalte für Benutzer:innen einer Websuchmaschine. Sie verbessern die unbezahlten Ergebnisse im organischen Suchmaschinenranking.
Sonstige Ausgaben	Dabei handelt es sich um Ausgaben der Kontenklasse 6 des GKV-Kontenrahmens. Dazu zählen u.a. Zuschreibungen zu Pensionsrückstellungen, Prämienzahlungen an Mitglieder, Kostenerstattung an die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V, Finanzierungsanteile am Innovationsfonds sowie übrige Aufwendungen.
Sonstige Einnahmen	Diese entsprechen der Kontengruppe 39 des GKV-Kontenrahmens und umfassen u.a. Verzugszinsen, Regressansprüche, Erstattungen sowie Einnahmen aus Sachversicherungen.
Sozialgesetzbuch V (SGB V)	Das SGB V regelt die Organisation, Versicherungspflicht und Leistungen der GKVen sowie deren Rechtsbeziehungen zu Leistungserbringern.
Task Force on Climate-Related Financial Disclosures (TCFD)	Diese Task Force informiert Anleger:innen über Maßnahmen von Unternehmen, die die Risiken des Klimawandels mindern sollen, sowie über die Steuerung dieser Maßnahmen.
Value-Based Healthcare	Dieses Rahmenwerk stellt den Patientennutzen in den Mittelpunkt, also die für eine Person erzielte Gesundheit. Dabei wird die Ergebnisqualität den Kosten gegenübergestellt, die zur Erreichung der medizinischen Ergebnisse notwendig sind.
Verwaltungskosten	Zu den Verwaltungskosten, die in die Kontenklasse 7 des GKV-Kontenrahmens gebucht werden, zählen u.a. die Vergütung und die Sozialversicherungsbeiträge der Mitarbeitenden, Ausgaben zur Mitgliederanwerbung, Verwaltungssachkosten, Verbandsbeiträge und Kosten für die Selbstverwaltung.
Zuweisungen für Leistungsausgaben	Zuweisungen für Leistungsausgaben stellen den größten Teil der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds dar. Die Zuweisungen basieren u.a. auf Geschlecht, Alter, dokumentierten Diagnosen und verordneten Arzneimitteln der Versicherten.

Zuweisungen für Verwaltungskosten	Zuweisungen für Verwaltungskosten stellen hinter den Zuweisungen für Leistungsausgaben den zweitgrößten Anteil an Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds dar.
--	---

Impressum

Ansprechpartner

Florian Niedermann

Projektteam

Celina Bade
Carina Manteuffel
Beatrice Pototzky
Elke Uhrmann-Klingen

Redaktion und Design

Birgit Ansorge
Alice Barwich
Jörg Hanebrink
Philipp Hühne
Juliane Schäfer
Jocelyn TARRIER

Kontakt

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

Inhaltliche Beiträge

Celina Bade
Katharina Becker
Stefan Biesdorf
Ralph Breuer
Hendrik Brinkmann
Ulrike Deetjen
Jan-Hendrik Doeden
Mark Edelhoff
Harald Fanderl
Daniel Fehervari
Tjark Freundt
Mathis Friesdorf

Markus Gampert
Simon Goeller
Christian Heinemeyer
Raphael Heuwieser
Tobias Hlavka
Martin Huber
Amanda Jahn
Christian Julius
Marc Krüger
Boris Körs
Karl Liese
Lucia Linz
Stephanie Lotz
Carina Manteuffel
Marcel Meuer
Hilke Messal
Corinne Möller
Manuel Möller
Björn Münstermann
Franz-Xaver Neubert
Florian Niedermann
Jesko Perrey
Anja Paulzen-Nelles
Alexander Perske
Anika Pflanzner
Beatrice Pototzky
Matthias Redlich
Konstanze Reinecke-Schneider
Sina Risse-Tenk
Stephanie Schiegnitz
Philipp Schuh
Gregor Theisen
Kristin Tuot
Elke Uhrmann-Klingen
Thomas Weber
Alexander Weiss

Die Herausgeber:innen danken Manuela Martin und Kirsten Best-Werbunat, beide Alumna seit August 2022, für die hervorragende Betreuung der „GKV-Check-up“-Initiative und ihre vielfältigen Beiträge zur „GKV-Check-up“-Jahrbuchreihe.

Copyright © 2022 McKinsey & Company, Inc.

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

Basisbilder Illustrationen: Copyright © Getty Images

