

Strukturjahr 2026 – Wie GKVen jetzt die Initiative ergreifen können

Juni 2026

Dr. Matthias Becker, Dr. Heike Dorninger, Dr. Carolin Eistert, Dr. Benjamin Grosch,
Dr. Andreas Klar, Nora Müller, Dr. Konstantin Storms





Die Boston Consulting Group (BCG) unterstützt führende Akteure aus Wirtschaft und Gesellschaft in partnerschaftlicher Zusammenarbeit dabei, Herausforderungen zu meistern und Chancen zu nutzen. Seit der Gründung 1963 leistet BCG Pionierarbeit im Bereich Unternehmensstrategie.

Die Boston Consulting Group hilft Kunden, umfassende Transformationen zu gestalten: Die Beratung ermöglicht komplexe Veränderungen, eröffnet Wachstumschancen, schafft Wettbewerbsvorteile, verbessert die Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit und bewirkt so dauerhafte Verbesserungen des Geschäftsergebnisses.



Inhalt

04 Executive Summary

05 1. Die Realität der GKV in 2026:
Ein System unter Druck

06 2. Ausblick auf die aktuelle Reform und
deren Wirkung

08 3. Drei zentrale Handlungsfelder für die GKV

1 **Höhere Qualität und geringere Leistungskosten durch
transsektorales Versorgungsmanagement**

2 **Personalisiertes Kundenerleben und Differenzierung
durch Kundenzentrierung**

3 **Effizientere Bearbeitung und geringere Verwaltungskosten
durch agentische KI**

14 4. Wirkungspotenziale: Bis zu € 24 Milliarden ohne
Abbau von Leistungen

15 5. Fazit



Executive Summary

Die gesetzliche Krankenversicherung steht 2026 an einem Wendepunkt. Wiederkehrende Defizite, eine dauerhaft höhere Ausgabendynamik als Einnahmenwachstum und steigende Zusatzbeiträge markieren keine temporäre Schieflage, sondern eine strukturelle Krise.

Das GKV-BStabG schließt die Deckungslücke 2027 voraussichtlich knapp, ab 2029 unterschreitet sein Einsparvolumen die prognostizierte Lücke jedoch bereits wieder. Die strukturellen Defizite des deutschen Gesundheitssystems, wie sektorale Fragmentierung, mangelnde Qualitätsorientierung oder unzureichende Datennutzung, bleiben damit erstmal ungelöst. Ihre Adressierung bleibt dem zweiten Bericht der Finanzkommission vorbehalten. Kassen müssen also die Initiative ergreifen und eigene Potenziale heben.

Drei strategische Handlungsfelder sind hierfür entscheidend: **transsektorales Versorgungsmanagement** auf Basis integrierter Daten, **Kundenzentrierung** entlang

einer personalisierten „Next-Best-Action“-Logik sowie die **Transformation durch agentische KI**, weg von inkrementeller Automatisierung, hin zur Neugestaltung ganzer Kernprozesse.

Daraus ergibt sich ein Entlastungspotenzial von bis zu € 24 Mrd., additiv zum GKV-BStabG und stufenweise realisierbar. Fusionen gewinnen als strategische Option an Bedeutung, als Hebel für Investitions- und Innovationsfähigkeit, nicht als Selbstläufer zur Reduktion von Verwaltungskosten.

Wer jetzt handelt, verbessert Versorgungsqualität, Kundenerlebnis und Kostenbasis. Wer abwartet, verliert strategischen Handlungsspielraum und mittelfristig Versicherte.



1. Die Realität der GKV in 2026: Ein System unter Druck

Die deutsche GKV steht vor strukturellen Herausforderungen, die sich ohne gezielte Gegenmaßnahmen in den kommenden Jahren weiter zuspitzen werden.

Die gegenläufige Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben verschärft die bereits vorhergesagte strukturelle Lücke. Während sich das Einnahmenwachstum verlangsamte¹, steigen die Leistungsausgaben in 2026 voraussichtlich 2,5 Prozentpunkte über dem Einnahmenniveau. Bereits 2021 hat eine BCG-Studie gezeigt, dass das deutsche Gesundheitssystem ohne strukturelle Reformen bis 2040 auf eine jährliche Finanzierungslücke von 75–115 Mrd. € zusteuert².

Insbesondere zwei Ausgabenbereiche treiben das Wachstum maßgeblich: die stationäre Versorgung und die Arzneimittelausgaben. Bereits im Jahr 2024 entfielen auf diese beiden Bereiche zusammen mehr als 50 % der gesamten Leistungsausgaben³. Die Ursachen dieser Dynamik sind multifaktoriell: medizinischer Fortschritt, Inflation, Über- und Fehlversorgung sowie demografische Effekte.

2026 wird sich das GKV-System unter dem Druck dieser Faktoren weiter verändern. Zwar können einzelne GKVen ihre finanzielle Lage z. B. durch Effizienzsteigerung optimieren, die Unterdeckung der GKV-Ausgaben lässt sich jedoch nur durch Strukturreformen ganzheitlich beheben. Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ist noch nicht die erhoffte Strukturreform, jedoch schließen die beschlossenen Maßnahmen die Deckungslücke 2027 voraussichtlich knapp. Ab 2029 unterschreitet das Einsparvolumen des BStabG die prognostizierte Deckungslücke bereits wieder. Der Handlungsdruck bleibt damit

unverändert bestehen und die im zweiten Bericht der Finanzkommission angekündigten Strukturreformen werden umso dringlicher erwartet.

Zugleich verändern technologische Entwicklungen das Wettbewerbsumfeld der GKV grundlegend. Ein technologischer Wendepunkt entsteht mit dem Einzug sogenannter agentischer KI-Systeme.

Während klassische generative KI (GenAI) in erster Linie Inhalte generiert oder Wissensarbeit unterstützt, verfolgen agentische Systeme selbstständig mehrschrittige Ziele und Abläufe und führen diese unter definierten Leitplanken eigenständig aus. Dies eröffnet erhebliche Potenziale für die GKV. Kassen müssen daher die Initiative ergreifen, insbesondere in der Versorgung, der Kundenzentrierung und bei den Verwaltungskosten.

1. Schätztableau des GKV-Schätzerkreises, 2025
2. Vgl. BCG Studie 2021 „Die 300-Milliarden-Euro-Frage – Perspektive für ein nachhaltiges Gesundheitssystem“
3. vdek, 2025

2. Ausblick auf die aktuelle Reform und deren Wirkung

Die langfristige Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung wird nicht durch kurzfristige Sparprogramme oder punktuelle Kostendämpfung gelingen. Die aktuelle Finanzlage der GKV ist Ausdruck struktureller Defizite, die sich über Jahre aufgebaut haben und sich nun zuspitzen. Steigende Ausgaben treffen auf eine schwache Einnahmendisziplin und ein System, das weiterhin stark sektorenorientiert, wenig datenbasiert und überwiegend mengengetrieben organisiert ist. Vor diesem Hintergrund kommt der Politik bis 2030 eine zentrale Rolle zu: Sie muss die ordnungspolitischen Voraussetzungen schaffen, die eine sektorübergreifende Versorgung ermöglichen, Daten nutzbar machen sowie Anreize konsequent auf Qualität und Ergebnis ausrichten. Erste regulatorische Schritte sind getan, weitere müssen folgen.

GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz: Kabinettsbeschluss vom 29. April 2026

Mit dem Kabinettsbeschluss vom 29. April 2026 hat das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) seine vorläufige Form erhalten. Es übernimmt 41 der 66 Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit vollständig und 9 teilweise – und setzt damit den bislang weitreichendsten Konsolidierungsversuch der GKV-Finanzierung seit Jahren in Gang. Das Gesamtentlastungsvolumen beläuft sich auf 16,3 Mrd. € für 2027 und wächst bis 2030 auf 38,1 Mrd. €.

Gegenüber dem Referentenentwurf vom 16. April 2026 hat der Kabinettsentwurf spürbar an Substanz verloren: Die geplante Krankengeldabsenkung wurde gestrichen, der Ehegatten-Beitragszuschlag reduziert und der Bundeszuschuss dauerhaft um 2 Mrd. € jährlich gekürzt, zusammen 3,3 Mrd. € weniger Entlastung für 2027. Besonders folgenreich: Der im Referentenentwurf ausdrücklich angelegte Sicherheitspuffer zur Vermeidung weiterer Beitragssatzerhöhungen wurde im Kabinettsentwurf ersatzlos gestrichen. Ab 2029 unterschreitet das Einsparvolumen des BStabG die prognostizierte Deckungslücke wieder um 0,7 bis 1,9 Mrd. €. Weitere Beitragssatzanstiege sind damit nicht ausgeschlossen, sondern wahrscheinlich. Bereits heute zeichnet sich ab, dass selbst bei vollständiger Hebung der prognostizierten Potenziale ab 2029 eine Deckungslücke entstehen wird.

Das GKV-BStabG reaktiviert zudem zentrale Hebel in der Leistungssteuerung: Krankenhausrechnungsprüfung und Krankengeldfallmanagement werden ausgeweitet, Prüfquoten erhöht. Das bindet personelle Ressourcen, eröffnet zugleich aber erhebliche Chancen für den Einsatz agentischer KI. Kassen, die diese Potenziale konsequent technologisch erschließen, verschaffen sich einen messbaren Wettbewerbsvorteil. Erstmals schafft das Gesetz darüber hinaus echte Steuerungsoptionen im Krankengeld: Teilkrankengeld, verschärfte Mitwirkungspflichten und ein Opt-out-Modell für die proaktive Krankengeldberatung. Wer diese Instrumente konsequent nutzt, kann Versicherte früher aktivieren, Bezugsdauern verkürzen und das Krankengeldfallmanagement strukturell auf ein neues Niveau heben.



Zudem muss die ePA konsequent zur Steuerungs- und Versorgungsinfrastruktur weiterentwickelt werden. Die elektronische Patientenakte ist eine zentrale Voraussetzung für eine optimierte transsektorale Steuerung, ihr Potenzial wird jedoch bislang nicht umfassend ausgeschöpft. In ihrer heutigen Ausgestaltung dient die ePA überwiegend der Ablage von Dokumenten und ist noch nicht systematisch in Versorgungs- und Steuerungsprozesse integriert. Zudem ist ein direkter Zugriff der gesetzlichen Krankenkassen auf ePA-Daten und eine Auswertung in Echtzeit derzeit nicht möglich.

Eine signifikante Ausweitung der Rolle der ePA sowie in der Datenerhebung, -analyse und Versichertenansprache ist nun im aktuellen Referentenentwurf des GeDIG vorgesehen. Dies wird Krankenkassen in die Lage versetzen, auf Basis von Patientendaten als echter Gesundheitsbegleiter zu agieren und Versicherte gezielt in passende Versorgungsangebote zu steuern. Darüber hinaus sieht der Entwurf vor, dass Kassen erstmals eigene Gesundheitsdaten erheben und in die ePA einstellen dürfen, etwa aus Wearables oder Präventionsprogrammen. Bereits heute erlauben PDSG und GDNG den Kassen, Abrechnungsdaten systematisch auszuwerten und Versicherte proaktiv anzusprechen, etwa wenn eine bestimmte Diagnose oder Verordnung vorliegt. Mit GeDIG wird diese Steuerung deutlich treffsicherer. Kassen erhalten perspektivisch Zugriff auf Echtzeit-Daten aus der ePA, z.B. Wearable-

Daten zu Herzrhythmusstörungen, sodass Risiken erkannt werden können, bevor ein Akutereignis eintritt. So könnten Hinweise auf Vorhofflimmern genutzt werden, um Versicherte auf ein erhöhtes Schlaganfallrisiko hinzuweisen und gezielt in diagnostische oder präventive Versorgungsangebote einzusteuern. Damit können Kassen ihr Versorgungsmanagement deutlich präziser ausrichten. Neben der verpflichtenden Befüllung müssen insbesondere Nutzerfreundlichkeit, Datenvollständigkeit und technische Stabilität verbessert werden. Perspektivisch muss die ePA 2.0 über eine reine Dokumentenablage hinaus zu einer digitalen Gesundheitsplattform weiterentwickelt werden, die strukturierte Daten, Echtzeitanalysen und zusätzliche Mehrwertsservices ermöglicht. Internationale Beispiele zeigen, dass erst durch integrierte Nutzung klinischer Daten substantielle Effizienz- und Qualitätsgewinne realisierbar werden.

3. Drei zentrale Handlungsfelder für die GKV

Aus den dargestellten Entwicklungen ergeben sich drei unmittelbare strategische Imperative für die GKV: konsequent transsektorales Versorgungsmanagement, datenbasierte Kundenzentrierung und eine KI-zentrierte Prozessarchitektur.



Höhere Qualität und geringere Leistungskosten durch transsektorales Versorgungsmanagement

Bis 2030 werden sich Krankenkassen von reaktiven Kostenträgern zu aktiven Gesundheitslotsen entwickeln, die ihren Versicherten ein hochpersonalisiertes, proaktives und ganzheitliches Versorgungserlebnis bieten. Gesundheit wird dabei nicht mehr punktuell adressiert, sondern ganzheitlich über alle Lebens- und Versorgungsphasen hinweg, von der Prävention über die Akutver-

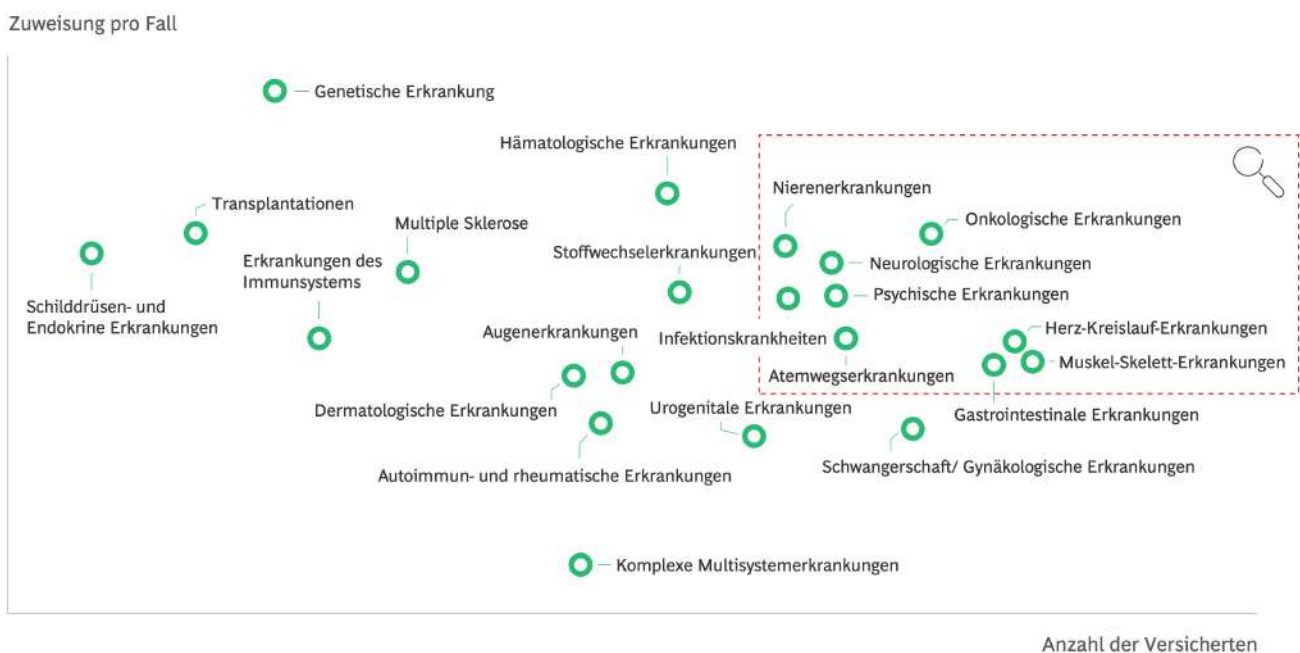
sorgung und das Management chronischer Erkrankungen bis hin zu Pflege und Rehabilitation.

Ausgangspunkt dieses Zielbilds ist die Erkenntnis, dass die zentralen Herausforderungen des GKV-Systems (steigende Ausgaben, vermeidbare Akutereignisse, Über- und Fehlversorgung sowie unzureichende Prävention) nicht durch punktuelle Einzelmaßnahmen gelöst werden können. Stattdessen wird nachhaltige Wirkung nur durch ein integriertes, datengetriebenes Versorgungsmanagement erreicht, das den gesamten Patientenpfad abdeckt.

Der BCG CarePilot-Ansatz setzt genau hier an und zielt darauf ab, die Versorgungsqualität zu erhöhen, Leistungskosten zu senken und gleichzeitig die Zufriedenheit der Versicherten zu steigern. Er besteht aus drei Komponenten: der Priorisierung von Krankheitsbildern, der Auswahl passgenauer Maßnahmen und Interventionen und der personalisierten Ansprache.

ABBILDUNG 1:

Übersicht Krankheitsbilder nach Frequenz und Kosten je Fall (illustrativ)



Priorisierung von Krankheitsbildern

Ausgangspunkt bildet eine strukturierte Risikobetrachtung. Auf Basis von Routinedaten, medizinischen Informationen und Versorgungsmustern werden die Krankheitsbilder und Versichertengruppen mit dem größten Handlungsbedarf identifiziert. Dabei geht es nicht allein um hohe Kosten oder Fallzahlen, sondern um die Frage, wo Versorgung tatsächlich steuerbar ist und wo gezielte Interventionen einen spürbaren Effekt auf Ergebnisse und Ausgaben entfalten können (siehe Abbildung 1).

Die Grundlage für diesen Schritt bildet eine integrierte Datenlandschaft und -kompetenz, die Leistungs-, Kontakt-, Präventions- sowie perspektivisch auch ePA-Daten zusammenführt.

Auswahl von Maßnahmen/Interventionen

Für die priorisierten Krankheitsbilder wird im nächsten Schritt der Versorgungsalltag untersucht. Von der Früherkennung über Diagnostik, Therapie und Nach-

sorge bis hin zur Langzeitbetreuung werden entlang der Patientenpfade bestehende Versorgungslücken identifiziert (vgl. exemplarisch Abbildung 2).

Personalisierte Ansprache wird zum operativen Bindeglied zwischen Analyse, Versorgungspfad und konkreter Maßnahme. Voraussetzung dafür ist eine bereichsübergreifend integrierte Kundeninteraktion, in der Versorgungsmanagement, Service und Leistungsbearbeitung auf einer gemeinsamen Daten- und Steuerungslogik agieren. Erst wenn Silos aufgelöst und Interaktionen entlang des gesamten Versorgungspfades koordiniert werden, entsteht aus einzelnen Maßnahmen eine konsistente, wirksame Versichertensteuerung.

ABBILDUNG 2:

Exemplarische Darstellung des Versorgungspfades bei koronarer Herzkrankheit (KHK) / Herzinfarkt

Versorgungspfad KHK	Potenzielle Maßnahmen
<p>Risikostadium ohne bekannte KHK</p> <p>Versicherte mit KHK-RF³ werden nicht konsequent als Hochrisikopatienten eingestuft; leittiniengerechte Primärprävention unvollständig</p>	<p>Herz-Risiko-Check für Hochrisikopatienten</p> <p>Versicherte mit mehreren kardiovaskulären Risikofaktoren werden anhand der Routinedaten als Hochrisikogruppe identifiziert, über ihr erhöhtes Herzrisiko informiert und zu einem strukturierten Herz-Risiko-Check in der Hausarztpraxis eingeladen</p>
<p>Asymptomatische / stumme KHK</p> <p>Bei nachgewiesener, aber asymptomatischer KHK³ erfolgt häufig keine systematische kardiologische Abklärung</p>	<p>Empfohlene Kardiologische Abklärung</p> <p>Versicherten mit dokumentierter, aber beschwerdefreier KHK wird ein gezielter Arztbesuch empfohlen, bei dem Medikationsplan, Blutdruck-/Laborwerte und Lebensstilmaßnahmen systematisch überprüft, optimiert und mit klaren Zielwerten hinterlegt werden</p>
<p>Chronisches Koronarsyndrom (stabile KHK)</p> <p>Bei stabiler KHK werden Verlaufskontrollen und Therapien häufig nicht stringent umgesetzt, was eine effektive Risikosenkung verhindert</p>	<p>KHK-Selbstmanagement-Programm nach ED</p> <p>Nach neuer KHK-Diagnose wird ein Schulungsprogramm angeboten, das Erkrankungsverständnis, Warnzeichen, Belastungssteuerung, Medikamenteneinnahme und Lebensstil adressiert; ergänzend erhalten Versicherte schriftliche Zielvereinbarungen und Erinnerungen für Verlaufskontrollen</p>
<p>Diagnostik & Prozeduren bei stabiler KHK</p> <p>Bei stabiler KHK kommt es häufig zu invasiver Diagnostik ohne klinische Notwendigkeit oder ohne vorherige Ausschöpfung nicht-invasiver Verfahren</p>	<p>Zweitmeinung / Telekonsil vor planbarer Koronarangiographie</p> <p>Versicherte mit stabiler KHK erhalten ein Informations- und Beratungsangebot, über das sie bei geplanter diagnostischer Koronarangiographie eine unabhängige Zweitmeinung einholen können, um die Indikation kritisch zu prüfen und unnötige Eingriffe zu vermeiden</p>
<p>Klinisch stummer Herzinfarkt</p> <p>Ein stummer Herzinfarkt verläuft ohne die typischen, starken Symptome, bleibt un bemerkt und wird oft erst nach Wochen oder Jahren erkannt</p>	<p>Sensibilisierung für stille Symptome bei Risikopatienten</p> <p>Versicherte mit KHK oder hohem Risiko erhalten gezielte Aufklärung zu atypischen und stummen Verläufen von Herzinfarkten (z. B. bei Diabetes), ergänzt um regelmäßige ärztliche Checks (z. B. EKG), um symptomarme Ereignisse frühzeitig zu erkennen</p>
<p>Erkannter akuter Herzinfarkt</p> <p>Bei Herzinfarkt fehlt teils richtiges Verhalten, etwa verspätetes Handeln oder Eigenanreise in Kliniken ohne PCI-Bereitschaft</p>	<p>Infarkt-Warnzeichen und korrektes Notfallverhalten</p> <p>Versicherte mit KHK erhalten anschauliche Informationen zu typischen Infarktsymptomen sowie eine leicht verständliche Handlungsanweisung zum Verhalten im Notfall (z. B. sofort Notruf 112, keine Eigenanreise), um schneller in die Akutversorgung übergeleitet zu werden</p>
<p>Postinfarkt- und Reha-Phase</p> <p>Nach NSTEMI/STEMI werden Reha, strukturierte Schulung und vollständige Sekundärpräventionsmedikation nicht bei allen Betroffenen umgesetzt</p>	<p>Frühe Nachsorge nach Herzinfarkt</p> <p>Alle Patienten nach NSTEMI/STEMI werden kurz nach Entlassung auf Reha, Kontrolltermine und vollständige Sekundärpräventionsmedikation hingewiesen; zusätzlich wird empfohlen zu prüfen, ob eine Abklärung auf postinfarktbedingte Herzinsuffizienz erfolgt ist</p>
<p>Langzeitnachsorge und Reinfarktprävention</p> <p>Im Verlauf lässt die Adhärenz zu Medikation und Lebensstilmaßnahmen nach; Kontrollen erfolgen unregelmäßig, das Reinfarktrisiko bleibt erhöht</p>	<p>Herz-Check-App mit Erinnerungsfunktion</p> <p>Ein digitales Herzgesundheits-Tagebuch (App oder Portal) unterstützt KHK-Patienten bei der Dokumentation von Medikamenten, Blutdruck und Aktivität, erinnert an Kontrolltermine und gibt bei auffälligen Werten Hinweise, zeitnah ärztliche Rücksprache zu suchen</p>

Personalisiertes Kundenerleben und Differenzierung durch Kundenzentrierung

Von reaktiver Bearbeitung zu proaktiver Steuerung

Das heutige Interaktionsmodell vieler GKV'en ist überwiegend reaktiv organisiert: Versicherte melden sich bei Fragen oder Leistungsfällen, die Kasse bearbeitet. Dieses Modell greift zu kurz. Es erzeugt hohe Kontaktvolumina, Mehrfachanliegen und vermeidbare Unzufriedenheit.

Eine zukunftsfähige GKV entwickelt stattdessen eine „**Next-Best-Action**“-Steuerung entlang der **gesamten Kundenreise**. Relevante Ereignisse werden datenbasiert frühzeitig erkannt, Versicherte werden gezielt, kontextbezogen und personalisiert angesprochen. Die Wirkung der jeweiligen Maßnahme wird gemessen und die Erkenntnisse fließen systematisch in die Weiterentwicklung der Steuerungslogik zurück. Das Kundenerlebnis steht damit gleichberechtigt neben finanzieller Stabilität, Leistungssteuerung oder Bestandsentwicklung. Kennzahlen zur Kundenzentrierung werden zum integralen Bestandteil der Gesamtsteuerung und nicht nur als isolierte Service-Metriken betrachtet.

Personalisierte Ansprache statt Massenkommunikation

Kern einer echten Kundenzentrierung ist die Abkehr vom kampagnengetriebenen Gießkannenprinzip. An die Stelle generischer Informationsschreiben tritt eine „Next-Best-Action“-Logik, die für jeden Versicherten individuell bestimmt, welche Maßnahme sinnvoll ist, zu welchem Zeitpunkt sie wirksam ist und über welchen Kanal sie am ehesten angenommen wird.

Die abgeleiteten Maßnahmen können sehr unterschiedlich sein: Einladung zu einem Präventionsangebot, Empfehlung einer digitalen Gesundheitsanwendung, Hinweis auf telemedizinische Optionen, Unterstützung bei der Terminvereinbarung oder, bei erkennbarer Wechselbereitschaft, gezielte Bindungsmaßnahmen.

Entscheidend ist nicht die Anzahl der Angebote, sondern deren präzise Platzierung. Eine Ansprache erfolgt nicht zufällig, sondern nur bei medizinischen oder verhaltensbezogenen Triggerpunkten, etwa nach auffälligen Befunden, bei Therapieabbrüchen oder in sensiblen Lebensphasen. Verhaltensökonomische Prinzipien unterstützen diese Logik: Komplexität wird reduziert, Überinformation vermieden, Entscheidungswege vereinfacht. Versicherte erhalten nicht zehn Optionen, sondern einen klar benannten nächsten Schritt. Personalisierte Ansprache geht dabei deutlich über reine Kundenbindung hinaus. Sie ist, wie oben auch beschrieben, ein zentrales Instrument des transektoralen Versorgungsmanagements.

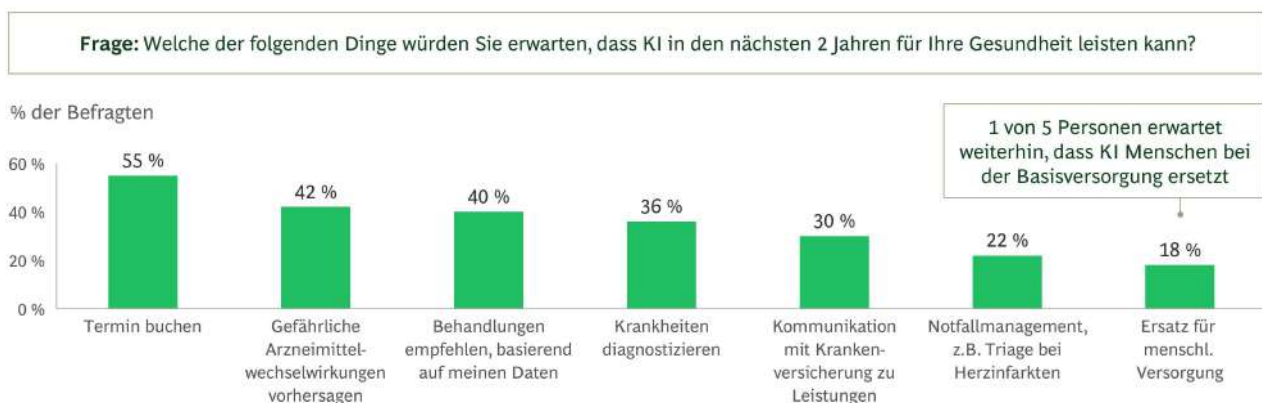
KI als Enabler

KI wird zum zentralen Enabler skalierbarer Personalisierung. KI-gestützte Systeme bereiten komplexe medizinische und administrative Sachverhalte verständlich auf, beantworten Rückfragen kontextbezogen und schlagen passende Angebote vor, während sie Interaktionsmuster kontinuierlich analysieren und optimieren. Bei komplexen oder regulatorisch sensiblen Fällen greift der Mensch gezielt ein, als verantwortlicher Entscheider, der operativ entlastet ist und sich stärker auf fachlich anspruchsvolle Beratung konzentrieren kann.

Dass Versicherte eine solche proaktive, KI-gestützte Begleitung wünschen, belegt auch eine globale BCG-Befragung (Abbildung 3).

ABBILDUNG 3:

Befragung: KI-Unterstützung in der Gesundheit⁴



4. BCG-Befragung von 13.000 Kunden in 15 Ländern: Consumer Insights on AI in Healthcare (2025)

Effizientere Bearbeitung und geringere Verwaltungskosten durch agentische KI

Auch die Organisations- und Verwaltungskostenstruktur entscheidet darüber, ob eine Krankenkasse wettbewerbsfähig bleibt. Steigende Fallzahlen durch zunehmende Morbidität, wachsende regulatorische Komplexität und Kapazitätsengpässe durch Fachkräftemangel machen inkrementelle Effizienzsteigerungen zunehmend unzureichend.

Klassische, regelbasierte Automatisierung oder punktuelle Digitalisierung haben die Produktivität bereits verbessert. Sie verändern jedoch nicht die strukturelle Wertschöpfungslogik.

Der eigentliche Hebel liegt nicht im nächsten Use Case, sondern in der Neugestaltung ganzer End-to-End-Prozesse durch agentische KI.

Von Assistenz zu autonomer Prozessausführung

Generative KI hat bereits bewiesen, dass sie Wissensarbeit unterstützt, Dokumente erstellt, Texte zusammenfasst und Analysen durchführt. Ihr volles Potenzial entfaltet sich jedoch erst in Verbindung mit agentenbasierten Systemen. Agentische KI geht einen entscheidenden Schritt weiter. Sie plant mehrstufige Abläufe, führt Prozessschritte eigenständig aus, trifft Entscheidungen innerhalb klarer Leitplanken und interagiert direkt mit

IT-Systemen. Damit verschiebt sich das Paradigma, weg von KI als Werkzeug, hin zu KI als ausführendem Akteur innerhalb definierter Governance-Strukturen.

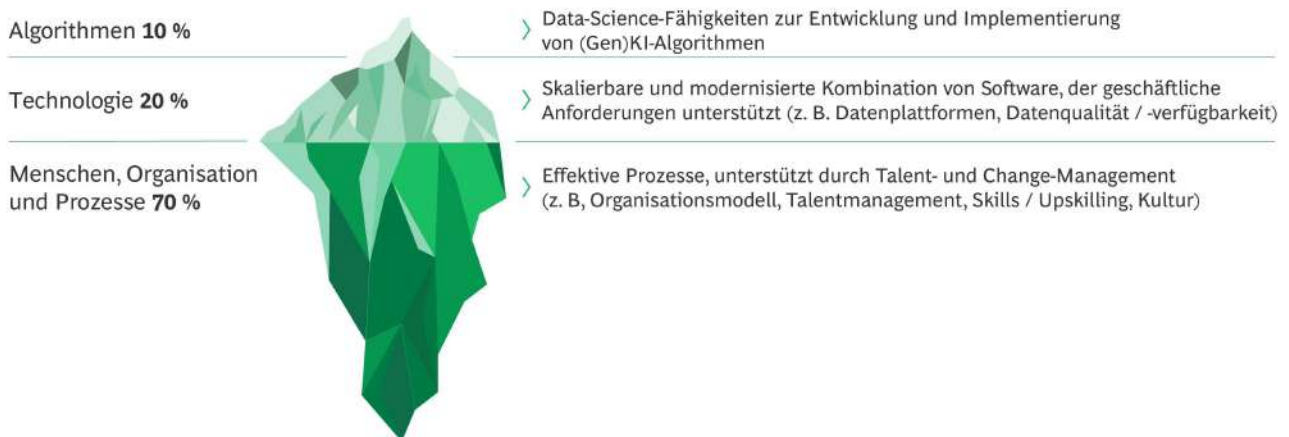
Für GKVen eröffnet das eine neue Dimension: Nicht einzelne Tätigkeiten werden automatisiert, sondern geschäftskritische End-to-End-Prozesse grundlegend neu gestaltet. Langfristige Differenzierung entsteht durch dieses konsequente „Reshape“, weg von isolierten Use-Case-Diskussionen, hin zur Priorisierung strategisch relevanter Prozessketten etwa im Leistungsmanagement, bei Pflegeanträgen oder im Kundenservice. So können agentische KI-Systeme beispielsweise Pflegeanträge vollständig autonom bearbeiten, von der Dokumentenprüfung, über Rückfragen, MD-Beauftragung, Gutachtenauswertung bis zur Erstellung des Bescheids. Innerhalb klar definierter Leitplanken können perspektivisch bis zu 90 % der Anträge weitgehend automatisiert bearbeitet werden, während Mitarbeitende sich auf komplexe Fälle und die Überwachung der KI konzentrieren. Oder dort eingreifen und entscheiden, wo aus regulatorischer Sicht erforderlich.

Organisationsmodell 2030: „Agentic AI First“

Viele Organisationen starten mit isolierten Pilotprojekten. Der nachhaltige Wertbeitrag entsteht jedoch durch eine ganzheitliche Transformation. Wie ein Eisberg zeigt das 10-20-70-Modell: Das Sichtbare, die Algorithmen und die KI-Technologie, machen nur 10 bzw. 20 % des Wertbeitrags aus. Der entscheidende, aber weniger offensichtliche Teil liegt bei Menschen, Organisation und Betriebsmodell (Abbildung 4).

ABBILDUNG 4:

Das 10-20-70-Modell – der eigentliche Transformationshebel liegt unter der Oberfläche



Erfolgreiche Organisationen verankern KI als strategische Transformationsagenda auf Vorstandsebene. Die aktuelle BCG-Studie „The Widening AI Value Gap“ zeigt deutlich: Unternehmen mit klarer KI-Governance, priorisierten End-to-End-Prozessen und integrierter Verantwortung von Fachbereichen und IT realisieren signifikant höhere Wertbeiträge als Organisationen mit isolierten Pilotprojekten. Für GKVen bedeutet das:

- KI ist kein reines IT-Projekt, sondern ein strategisches, aus dem Kerngeschäft getriebenes Vorhaben
- End-to-End-Prozesse werden priorisiert (z. B. im Leistungsmanagement, Pflegeanträge und Kundenservice)
- Fachbereiche und IT tragen gemeinsame Verantwortung
- Datenarchitektur und Modell-Governance werden professionalisiert
- Mitarbeitende werden systematisch qualifiziert
- Die weiterhin durch Menschen ausgeführten Tätigkeiten erfordern ein hohes Maß an Fachlichkeit und Spezialisierung, während einfache Aufgaben von der KI übernommen werden

Die Organisation entwickelt sich von funktional fragmentierten Silos hin zu prozessverantwortlichen Einheiten mit klarer End-to-End-Verantwortung.

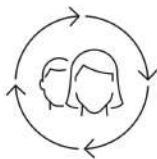
Statt isolierte KI-Use-Cases umzusetzen, erfordert die nächste Entwicklungsstufe eine grundlegende Neuausrichtung der Organisation. In traditionellen Modellen steuern Mitarbeitende Prozesse mithilfe digitaler Werkzeuge; Automatisierung bleibt begrenzt, Entscheidungen liegen beim Menschen. In einer KI-unterstützten Organisation werden einzelne Prozessschritte digitalisiert und analytisch angereichert, die Steuerungsverantwortung verbleibt jedoch weitgehend bei den Mitarbeitenden. Die konsequente Weiterentwicklung ist eine „Agentic AI First“-Organisation: Hier werden Kernprozesse durch KI-Agenten orchestriert und zielorientiert gesteuert, während Menschen kontrollieren, priorisieren und Verantwortung übernehmen. Strukturierte Prozesszerlegung und wiederverwendbare KI-Workflows bilden dabei die Grundlage für eine umfassende, skalierbare Automatisierung zentraler Geschäftsvorfälle.

ABBILDUNG 5:

Anpassung der Arbeitsweise durch KI

Traditionelle Organisation

Mitarbeiter steuern die Prozesse mithilfe einfacher digitaler Werkzeuge, ohne AI zu nutzen



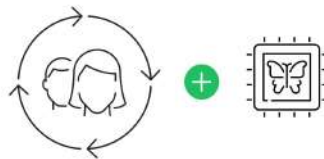
Kernprozesse auf Mitarbeiter ausgerichtet

Wesentliche Charakteristiken

- Prozessorientierte Sicht
- Begrenzte Automatisierung in Workflows
- Entscheidungen werden von Mitarbeitern getroffen

AI unterstützte Organisation

Mitarbeiter steuern weiterhin die wesentlichen Prozesse, AI unterstützt selektiv in einzelnen Schritten



Kernprozesse auf Mitarbeiter ausgerichtet

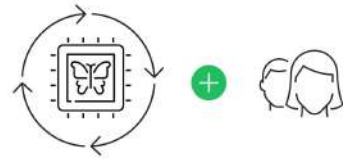
Ergänzt durch digitale Tools inkl. KI

Wesentliche Charakteristiken

- Prozessorientierte Sicht (digitalisiert)
- Automatisierung in Workflows
- Entscheidungen basierend auf digitalgestützten Analysen

Agentic AI First Organisation

Prozesse werden durch agentische-AI ausgeführt, Menschen kontrollieren, steuern und interagieren wo notwendig/sinnvoll



Kernprozesse auf agentische-AI ausgerichtet

Gesteuert, überwacht und in Interaktion mit Mitarbeitern

Wesentliche Charakteristiken

- Zielorientierte Sicht
- Workflows von AI-Agenten gesteuert
- Entscheidungen durch AI getrieben, von Menschen überwacht

Strukturierte Prozesszerlegung und Wiederverwendung der Umsetzungselemente (AgenticAI-Workflows) sind der Schlüssel zur umfassenden Automatisierung zentraler Geschäftsvorfälle

Der Wandel von reaktiver Bearbeitung zu proaktiver Versichertensteuerung verändert nicht nur Prozesse, sondern die gesamte Organisationsarchitektur. Während heute ein generalistisches First-Level-Modell den Erstkontakt abfängt und Spezialisten in der Sachbearbeitung aufwärts eskalieren, dreht die KI-gestützte Organisation diese Logik um: Einfache Anliegen werden autonom durch AI Agenten bearbeitet, komplexe Fälle, etwa die Steuerung chronisch Kranker, landen direkt bei spezialisierten Beratern. Spezialisten überwachen und steuern, statt zu bearbeiten.

ABBILDUNG 6:

Organisationsform im Wandel – KI verändert Struktur, nicht nur Prozesse

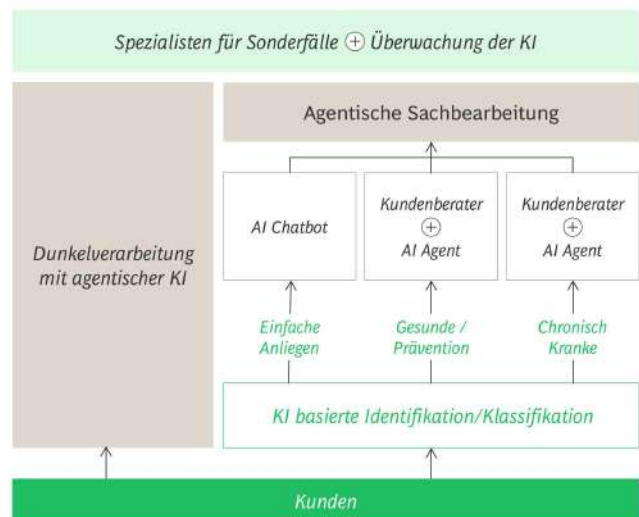
Heute:

Sektorale Sachbearbeitung



Zukunft:

Personalisierte Betreuung als Gesundheitspartner



4. Wirkungspotenziale: Bis zu € 24 Milliarden ohne Abbau von Leistungen

Internationale Studien schätzen, dass 20 bis 30 Prozent der Gesundheitsausgaben aufgrund von Ineffizienzen wie Fehl- und Überversorgung vermeidbar wären. Für Deutschland zeigen Analysen zu vermeidbaren Krankenhausfällen, unnötigen Doppeluntersuchungen, inadäquater Notfallinanspruchnahme sowie mangelnder Adhärenz bei chronischen Erkrankungen ebenfalls signifikante Effizienzreserven⁵. Bezogen auf die GKV-Leistungsausgaben von rund € 350 Milliarden bedeutet dies, dass € 70 bis 100 Milliarden durch bessere Koordination, frühzeitigere Intervention und sektorenübergreifende Steuerung vermeidbar wären. Diese Größenordnung beschreibt ein theoretisches Rohpotenzial unter idealtypischen Rahmenbedingungen. Von diesem Rohpotenzial können GKV nach BCG-Erfahrung typischerweise 10 bis 20 %, d.h. € 10 bis 20 Milliarden durch ein transssektorales Versorgungsmanagement tatsächlich realisieren.

Daneben liegt ein Effizienz- und KI-Potenzial in den GKV-Verwaltungsausgaben. Von den jährlichen € 13 Milliarden Verwaltungsausgaben entfallen 85 % oder etwa € 11 Milliarden auf Personal. Durch gezielte **Automatisierung und KI** in Kernprozessen ist eine Effizienz von 20 bis 40 % realisierbar. Daraus entsteht ein **Einsparpotenzial**

von € 2 bis 4 Milliarden. Dieses ist nicht zwingend gleichzusetzen mit einem Personalabbau. Vielmehr wird es gebraucht, um dem demographie-bedingten Kapazitätsverlust und Fachkräftemangel, der viele GKVen trifft, entgegenzuwirken.

Über alle beschriebenen Hebel hinweg ergibt sich folglich ein Entlastungspotenzial von **€ 12 bis 24 Milliarden.** Dieses Potenzial ist kein Versäumnis der Vergangenheit, es wird vielmehr durch neue technologische Möglichkeiten, insbesondere agentische KI und verbesserte Daten Grundlagen auf Basis regulatorischer Weiterentwicklungen (GeDIG) erstmals systematisch realisierbar. Der volle Effekt lässt sich nicht auf einen Schlag heben, sondern entfaltet sich stufenweise über mehrere Jahre und erfordert Investitionen in Technologie und Veränderungsprozesse. Umso wichtiger ist es, jetzt die Weichen zu stellen, damit die Kassen dieses Potenzial aus eigener Kraft erschließen können.

5. Vgl. BCG Studie 2021 „Die 300-Milliarden-Euro-Frage – Perspektive für ein nachhaltiges Gesundheitssystem“

5. Fazit

Die finanzielle Schieflage der GKV ist kein kurzfristiges Konjunkturproblem, sondern Ausdruck struktureller Defizite – insbesondere in der Versorgung, aber auch in Steuerung und Administration. Jetzt gilt es, zu investieren und Ressourcen zu bündeln, um die GKV konsequent auf transsektorale Versichertensteuerung auszurichten und KI erfolgreich in das Tagesgeschäft zu integrieren. Der Anspruch, „vom Payer zum Player“ zu werden, muss jetzt eingelöst werden. Dies geschieht durch die Entwicklung zu einem datenbasierten Gesundheitslotsen, konsequent transsektorialem Versorgungsmanagement, echter Kundenzentrierung und einer KI-gestützten Prozessarchitektur.

Wer diese Transformation jetzt entschlossen umsetzt, kann Qualität und Kundenerlebnis spürbar verbessern und gleichzeitig Kosten nachhaltig reduzieren.

Fünf Hebel für die Transformation

1. Transformation zur CEO-Priorität machen

Die Verankerung auf Vorstandsebene ist zentral, um Geschwindigkeit, Klarheit und Ressourcen zu sichern. Es braucht ein starkes Mandat, das KI nicht als Technologieinitiative, sondern als Hebel für strukturellen Wandel versteht.

2. Prioritäten klar setzen

Versorgungsmanagement gezielt skalieren, eine kundenzentrierte Steuerungslogik aufbauen und eine agentische KI-Roadmap definieren, die Technologie, Organisation und Prozesse integriert.

3. Investitionen jetzt entscheiden

Die Verwaltungskostenbremse der GKV ist dabei paradox, sie begrenzt genau die Investitionen, die langfristig die Kostenbasis senken können. Dennoch müssen die Weichen gestellt werden. Wer jetzt Klarheit über Priorisierung und Finanzierungspfad schafft, kann konsequent investieren.

4. Organisation konsequent transformieren

Organisation und Betriebsmodell müssen konsequent neu ausgerichtet werden. Agentische KI als führende Prozesslogik, funktionale Silos werden ersetzt durch funktionsübergreifende Teams mit End-to-End-Verantwortung, neue KI-gestützte Rollen werden fest verankert.

5. Fusion als strategische Chance

Auch Konsolidierung gewinnt als struktureller Hebel an Bedeutung. Der Markt ist reif für eine Fusionswelle. Entscheidend ist dabei die Motivation. Fusionen sind kein Selbstläufer zur Kostensenkung, sondern schaffen Investitions- und Innovationsfähigkeit, für agentische KI, Dateninfrastruktur und transsektorales Versorgungsmanagement. Kleinere Kassen werden die notwendigen Investitionen hierfür kaum alleine stemmen können.

Die GKV steht unter beispiellosem strukturellem Druck. Das GKV-BStabG verschafft kurzfristig Luft, die mittelfristige Wettbewerbs- und Investitionsfähigkeit entscheidet sich jedoch in den skizzierten Handlungsfeldern. Konsequent transsektorales Versorgungsmanagement, datenbasierte Kundenzentrierung und eine agentische KI-Architektur. Wer jetzt die Weichen stellt, verbessert die eigene Wettbewerbsposition, ganz ohne Abbau von Leistungen und unabhängig vom nächsten Reformschritt.

Über die Autoren



Dr. Matthias Becker

Managing Director & Senior Partner
Frankfurt



Dr. Andreas Klar

Managing Director & Partner
München



Dr. Heike Dorninger

Managing Director & Partner
Wien



Nora Müller

Director Health Care Payers
München



Dr. Carolin Eistert

Managing Director & Partner
Hamburg



Dr. Konstantin Storms

Managing Director & Partner
Köln



Dr. Benjamin Grosch

Managing Director & Senior Partner
Berlin



