www.monitor-versorgungsforschung.de www.m-vf.de 04/25 18. Jahrgang

monitor VERSORGUNGSFORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit Univ.-Prof Dr. med. Horst Christian Vollmar MPH, Kongresspräsident des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung: „Wir brauchen kollektiven Mut zur aktiven Bewältigung von Zukünften"

„Primärarztsysteme im internationalen Vergleich" (Wittlinger/Sundmacher)

„Arztnetze – Ladenhüter oder Zukunftsmodell?" (Demandt et al.)

„Ein Zeichen der Hoffnung" (Brinkmeier)

ISSN 1866-0533

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG

04/25 18. Jahrgang

Editorial

„Zukünfte meet Versorgungsforschung" 4
Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Mut zur aktiven Bewältigung von Zukünften" 6
Titelinterview mit dem DKVF-Kongresspräsidenten Prof. Dr. med. Horst Christian Vollmar

Hoffnung auf Community Health Nurses und PAs 12
Eindrücke vom Hauptstadtkongress 2025 in Berlin

Brinkmeier: „Ein Zeichen der Hoffnung" 16
Startschuss für „Berliner Patientenlotsen für integrierte Schlaganfallnachsorge"

Zentrale Datenschutzaufsicht? 18
BDI-Publikation „Datenschutzhürden in der industriellen Gesundheitswirtschaft"

Kein Zusatznutzen aus formalen Gründen 20
Details zur Nutzenbewertung von Balversa (Erdafitinib)

Medizinische Innovation trifft auf Investitionsstau 22
IGES-Weißbuch „Radioligandentherapie in Deutschland"

§ 25b SGB V: mehr als eine Brückentechnologie 24
Dokumentation des 8. Online-Fachkongresses „Impfstatus 2025 – § 25b SGB V"

Evidente (Versorgungs)-Konzepte 30
Serie (Teil 48): Psychosomatische Versorgungsforschung an der Universtität Heidelberg

WISSEN (Peer-Review)

Anwendungsbegleitende Datenerhebung 34
Eine kritische Bestandsaufnahme sechs Jahre nach dem GSAV von Jantschak et al.

Versorgung mit Diabetestechnologie 42
Ein Überblick aktueller Entwicklungen und Ergebnisse des dt-reports von Eiswirth et al.

STANDARDS

Impressum 2 News 17, 47 Rezension 15, 48

Bitte beachten Sie die Beilage von MSD in dieser Ausgabe

Seit MVF-Ausgabe 03/23 werden ausgesuchte ganz- und mehrseitige Artikel, die Sie im Orginalartikel-Archiv des Onlineportals von „Monitor Versorgungsforschung" finden, probeweise automatisiert in die englische Sprache übersetzt.

WISSENSCHAFT (Peer-Review)

Gina Wittlinger MSc / Prof. Dr. rer. oec. Leonie Sundmacher 53
Primärarztsysteme im internationalen Vergleich: Wie gestalten andere Länder ihre Versorgung und was kann Deutschland davon lernen?
Der Begriff Primärarztsystem subsumiert verschiedene Systeme, in denen ein festgelegter Primärarzt vor der Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung aufgesucht werden soll. Die Einführung eines verbindlichen, flächendeckenden Primärarztsystems zur Förderung einer zielgerichteten Versorgung und einer schnellen Terminvergabe für Deutschland wurde kürzlich im Rahmen des Koalitionsvertrages zur Legislaturperiode 2025–2029 beschlossen, wobei die konkrete Ausgestaltung noch diskutiert wird.

Fenja Demandt MSc / Dipl.-Kffr. (FH) Claudia Beckmann / Dr. rer. pol. Franziska Püschner / Prof. Dr. oec. Volker Eric Amelung 63
Arztnetze – Ladenhüter oder Zukunftsmodell?
Nach über 30 Jahren Entwicklung stellen Arztnetze einen vielversprechenden Ansatz zur Stärkung der ambulanten Versorgung in Deutschland dar. Angesichts wachsender Versorgungsengpässe, des demografischen Wandels und eines steigenden Bedarfs an interprofessioneller Zusammenarbeit rücken sie zunehmend in den gesundheitspolitischen Fokus. Das entstandene Netzgefüge ist dabei äußerst heterogen, sowohl in Bezug auf Struktur, Reifegrad als auch hinsichtlich der tatsächlichen Wirksamkeit. Der vorliegende Beitrag analysiert den aktuellen Entwicklungsstand von Arztnetzen in Deutschland, identifiziert zentrale Erfolgsfaktoren und lotet ihr zukünftiges Potenzial aus.

Prof. Dr. med. Jürgen Stausberg / Thomas Jungen / Prof. Dr. med. Michael Karaus MBA / Dr. med. Guido Lerzynski MBA 70
Grenzen eines Qualitätswettbewerbs der stationären Versorgung in Deutschland: eine Analyse aus den Daten des Bundes-Klinik-Atlas
Den Krankenhäusern in Deutschland wird gerne eine Über- und Fehlversorgung durch unnötige Leistungen und überflüssige Standorte unterstellt. Treiber dieser Annahme sind Themen wie Ambulantisierung und Zentralisierung. Kaum betrachtet wird hingegen eine Unterversorgung, die nicht nur im Fehlen von Kapazitäten, sondern auch im Mangel an Wettbewerb verschiedener Standorte bestehen kann.

Ann-Cathrine Froitzheim MSc / Johanna Röder MSc / Melina Sophie Kurte MA / Prof. Dr. rer. medic. Florian Kron 78
Einsatz von innovativen Behandlungsmethoden in der Geburtshilfe und deren Effekte aus Kostenträgersicht
Postpartale Hämorrhagien (PPH), definiert als Blutverlust ≥500 ml innerhalb von 24 Stunden nach der Geburt, stellen weltweit eine der häufigsten Ursachen für maternale Mortalität dar. In Deutschland trat im Jahr 2023 in 7,8% der insgesamt 693.000 Geburten eine PPH auf. Neben medikamentöser Therapie und uteriner (Ballon-)Tamponaden kann seit 2024 ein vakuuminduziertes Uteruskompressions-Verfahren (VUK) eingesetzt werden, welches eine schnelle Blutungsstillung ermöglicht.

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 49–52

Hinweis: In MVF wird meist einheitlich gegendert: z. B. Ärzt:innen

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit auf den Seiten 82–83

Impressum Monitor Versorgungsforschung – Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung

Monitor Versorgungsforschung
Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung
18. Jahrgang
ISSN: 1866-0533 (Printversion)
ISSN: 2509-8381 (eFirst)
Herausgeber
Prof. Dr. Reinhold Roski, Berlin
roski@m-vf.de
Chefredaktion
Peter Stegmaier (verantw. Redakt.)
J.-von-Hanstein-Str. 2, 53115 Bonn
Tel +49 228 76 36 80 – 39
Fax +49 228 76 36 80 – 01
stegmaier@m-vf.de

Redaktion
Martin Klein (Freier Journalist)
klein@m-vf.de

Verlag
eRelation AG – Content in Health
Vorstand: Peter Stegmaier
J.v.Hanstein-Str. 2, 53115 Bonn
www.erelation.org
mail@erelation.org

Verlagsleitung
Peter Stegmaier
Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
Anke Heiser (verantwortlich für den Anzeigenteil)
heiser@m-vf.de

Marketing:
J.v.Hanstein-Str. 2, 53115 Bonn
Tel +49 228 76 36 80 – 30
Fax +49 228 76 36 80 – 01

Abonnement
„Monitor Versorgungsforschung" erscheint sechsmal jährlich. Der Preis für ein Jahresabonnement beträgt 120 Euro. Jahresvorzugspreis für Studenten gegen Vorlage einer Immatrikulationsbescheinigung 90 Euro. zzgl. MwSt. und Versandkosten: Inland 9,99 Euro; Ausland 54 Euro. Preisänderungen vorbehalten. Die Abonnementdauer beträgt ein Jahr. Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht spätestens sechs Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres schriftlich gekündigt wird.

Verpackung
Die Verpackung dieser Zeitschrift ist bei www.verpackungsregister.org (LUCID) registriert unter: DE3360908810552

Layout
eRelation AG, Bonn

Druck
Druckerei Silber Druck oHG
Otto-Hahn-Straße 25
34253 Lohfelden
Lucas.silber@silberdruck.de
Tel +49-(0)561-5200734
Printed in Germany

Urheber- und Verlagsrecht
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskripts gehen das Recht zur Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. In der unaufgeforderten Zusendung von Beiträgen und Informationen an den Verlag liegt das jederzeit widerrufliche Einverständnis, die zugesandten Beiträge bzw. Informationen in Datenbanken einzustellen, die vom Verlag oder Dritten geführt werden.

Herausgeber-Beirat

VERSORGUNGS FORSCHUNG

Universitäten/Hochschulen

Universitätsmedizin Greifswald	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann MPH 
MHB Medizinische Hochschule Brandenburg	Univ.-Prof. em. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund A.M. Neugebauer 
Universität zu Köln	Prof. Dr. Matthias Schrappe 
TUM	Prof. Dr. Leonie Sundmacher 

Institute/Stiftungen

Aktionsbündnis Patientensicherheit	Dr. Ruth Hecker 
bbw fib Forschungsinstitut	Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn 
BDI	Rabea Knorr 
BertelsmannStiftung	Uwe Schwenk 
DBfK	Dr. Bernadette Klapper 
Deutsche Schlaganfall-Hilfe	Dr. Michael Brinkmeier 
fbeta	Hans-Holger Bleß 
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzt:innenschaft	Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig 
Hochschule Neubrandenburg	Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher 
Universität zu Köln	Prof. Dr. Stephanie Stock 
Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung	Prof. Dr. Jochen Schmitt 
iGES	Prof. Dr. Bertram Häussler 
inav	Prof. Dr. Volker Amelung 
INSIGHT HEALTH	Christian Luley 
Bosch Health Campus	Dr. Katja Vonhoff 
Sepsis Stiftung	Prof. Dr. Konrad Reinhart 
Zi Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland	Dr. Dominik von Stillfried 

Akteure

AOK Baden-Württemberg Die Gesundheitskasse	Johannes Bauernfeind 
AOK Nordost Die Gesundheitskasse	Daniela Teichert 
AstraZeneca	Dr. Helen Beckmann 
B.A.G Selbsthilfe	Dr. Martin Danner 
BKK Dachverband	Anne-Kathrin Klemm 
Boehringer Ingelheim	Dr. Marco Penske 
BPtK	Dr. Andrea Benecke 
DAK Gesundheit	Andreas Storm 
Deutsche Rheuma-Liga	Dr. Rolf Ulrich Schlenker 
Deutscher Pflegerat e.V.	Christine Vogler 
DiHeSys Digital Health Systems	Prof. Dr. Christian Franken 
DocMorris Apotheke	Sebastian Mindt 
Gesundheitsforen	Roland Nagel 
Janssen Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson	Christian Hilmer 
KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns	Fabian Demmelhuber 
Lilly	Michela Felberbaum 
MEDICAL CONTACT	Prof. Dr. Stephan Burger 
MSD Inventing for Life	Dr. Tim Husemann 
OptiMedis	Prof. Dr. Oliver Gröne 
Pfizer	Sarah Schmitter
Roche	Dr. Jan Daniels-Trautner
sanofi	Dr. Daniela Römer
ukb universitätsklinikum bonn	Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Wolfgang Holzgreve
Vivantes	Dr. Mina Baumgarten

Persönliche Mitglieder

Dr. Christopher Hermann	
Franz Knieps	



Prof. Dr.
Reinhold Roski
Wirtschaftskommunikation
und
Gesundheits-
kommunikation
Herausgeber von
„Monitor Versorgungs-
forschung"
ORCID
0000-0003-0506-2916

Die Audio- und Video-dokumentation des 8. Onlinekongresses „Impfstatus 2025" von „Monitor Versorgungsforschung" finden Sie hier:

oder hier:

https://t1p.de/vmjek

Zukünfte meet Versorgungsforschung

Titelinterview mit Prof. Horst Christian Vollmar MPH, Kongresspräsident des 24. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung > S. 6 ff.

Welches Potenzial bieten Methoden der Zukunftsforschung für die Versorgungsforschung? Darum wird es beim 24. DKVF in Hamburg gehen. „‚Futures Literacy' hilft uns zu verstehen, was in verschiedenen Zukünften auf uns zukommen kann." Wir haben ein „enormes Manko bei der Umsetzung, der Translation und Implementierung." So **Prof. Dr. med. Horst Christian Vollmar** im Titelinterview.

8. Onlinefachkongress „Impfstatus 2025 – § 25b SGB V" > S. 24 ff.

Nach § 25b des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes (GDNG) dürfen Kranken- und Pflegekassen seit 2024 bei Erkennung des Vorliegens von Indikationen für Schutzimpfungen den einzelnen Versicherten darauf hinweisen. Das ist eine große neue Chance zur Erhöhung von Impfquoten. Auf unserem Kongress haben wir Praxisbeispiele der DAK-Gesundheit und der AOK Plus mit dieser zielgenau-individuellen Ansprache der Versicherten präsentiert. Die Ergebnisse sind sehr ermutigend, auch wenn es natürlich eine Reihe von Hürden gibt.

Herausgeberbeirat

Wir bedanken uns bei **Franz Knieps**, dem Vorstandsvorsitzenden des BKK Dachverbandes für seine langjährige Mitwirkung im Herausgeberbeirat und seine stete Unterstützung. Für den BKK Dachverband wird künftig seine Nachfolgerin, Vorständin **Anne-Kathrin Klemm**, bei uns im Beirat mitwirken. Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit. Auch Franz Knieps bleibt weiterhin im Herausgeberbeirat aktiv. Wir bedanken uns herzlich bei beiden. > S. 3

MVF-Serie „Versorgungsforschung made in ..." (Teil 48) > S. 30 ff.

Diesmal sind wir bei **Prof. Dr. Sebastian Kohlmann** und seinem Team am Lehrstuhl für Psychosomatische Versorgungsforschung an der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik des Universitätsklinikums Heidelberg.

Rubrik Wissen

Jantschak u. a. ziehen eine kritische Bilanz zum GSAV: Das 2019 eingeführte Gesetz soll die Nutzenbewertung von Arzneimitteln wie Orphan Drugs mit anwendungsbegleitenden Datenerhebungen (AbD) durch Real-World-Evidenz verbessern. Trotz hoher Erwartungen wurden seit 2020 nur fünf AbD-Verfahren umgesetzt. > S. 34 ff.

Eiswirth u. a. stellen aktuelle technologische Ansätze der Diabetesversorgung und deren Effektivität vor. Grundlage ist eine jährliche Befragung (dt-report), an der 3.544 Menschen mit Diabetes und 512 Diabetesfachleute teilgenommen haben. > S. 42 ff.

Wissenschaftliche Beiträge

Wittlinger und **Sundmacher** vergleichen die Strukturen und Regelungen von Primärarztsystemen in neun europäischen Ländern sowie Israel, um zu sehen, wie sich ein Primärarztsystem in Deutschland gestalten ließe. > S. 53 ff.

Demandt u. a. analysieren Entwicklungsstand, Erfolgsfaktoren und Potenziale von Arztnetzen. Anhand von Best-Practice-Beispielen zeigen sie, wie Arztnetze die Versorgung verbessern und wirtschaftlich tragfähig sein können. > S. 63 ff.

Stausberg u. a. ermitteln auf Basis des Bundes-Klinik-Atlas erhebliche Unterschiede beim Wettbewerb um Qualität und eine teils bestehende Unterversorgung. > S. 70 ff.

Froitzheim u. a. untersuchen den Einsatz einer innovativen Behandlungsmethode in der Geburtshilfe (VUT). Mit künftigen Real-World-Analysen können Effekte der neuen Methode erfasst und langfristig die Fallpauschalen angepasst werden. > S. 78 ff.

Ich wünsche Ihnen wieder interessante Lektüre mit vielen Informationen, die für Ihre Arbeit nützlich sind, und einen schönen, hoffentlich erholsamen Sommer.

Ihr Professor Dr. Reinhold Roski





INSIGHT HEALTH
Our passion - your success

Daten für eine bessere Arzneimittelversorgung

Exzellente Datenqualität und individueller Service sind für INSIGHT Health eine Selbstverständlichkeit. Das gilt auch für unser Engagement in der Versorgungsforschung.

Mit unseren Daten zur Arzneimittelversorgung unter Alltagsbedingungen unterstützen wir Pharmaunternehmen, Krankenkassen und zahlreiche Institutionen des Gesundheitswesens.

Wir erkennen zeitnah Versorgungsauffälligkeiten in Regionen, bei Facharztgruppen und Kassen. Dafür analysieren wir neben Verordnungsdaten die Behandlungshistorie mehrerer Millionen anonymisierter Patienten. Auf diese Weise schaffen wir Wissen für eine bessere Arzneimittelversorgung.

INSIGHT Health GmbH & Co. KG
Auf der Lind 10 a/3
65529 Waldems-Esch
+49 6126 955-0
info@insight-health.de

www.insight-health.de



„Wir brauchen kollektiven aktiven Bewältigung von Zu

Im Vorfeld des diesmal in Hamburg stattfindenden 24. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung sprach „Monitor Versorgungsforschung“ mit dem DKVF-Kongresspräsidenten Univ.-Prof. Dr. med. Horst Christian Vollmar MPH, Leiter der Abteilung für Allgemeinmedizin (AM RUB) an der Ruhr-Universität Bochum. Er spricht im Titelinterview von „Monitor Versorgungsforschung“ über die Entstehung des Kongressthemas „Zukunftskompetenz für ein resilientes Gesundheitssystem“ (1), die aktuellen Herausforderungen unseres Gesundheitsystems und die zentralen Botschaften, die der DKVF vermitteln will, der vom 22. bis 24. September in diesem Jahr erstmals in Hamburg am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) stattfindet.

Im Interview: Univ.-Prof. Dr. med. Horst Christian Vollmar MPH, Kongresspräsident des 24. DKVF

Mut zur Zukünften”

>> Wie ist das Thema „Zukunftskompetenz für ein resilientes Gesundheitssystem“ entstanden und welche Kernbotschaften möchten Sie vermitteln?

Die Resilienz unseres Gesundheitssystems wurde in den letzten Jahren massiv durch Ereignisse wie die Corona-Pandemie, den Klimawandel, den Fachkräftemangel und nicht zuletzt durch den demografischen Wandel stark herausgefordert. Alleine an dieser sicher noch lange nicht vollständigen Aufzählung erkennt man, dass es sich um eine sehr komplexe Thematik handelt, die alle handelnden Akteur:innen und Wissenschaftler:innen vieler Professionen seit vielen Jahren beschäftigt. Ich erinnere hier nur an die Kanzlerkommission und diverse Gutachten des Sachverständigenrats, das letzte explizit zum Thema der Resilienz des Gesundheitswesens, die sich sehr ausführlich mit Gründen und Handlungsoptionen auseinandergesetzt haben. Aus Sicht der Versorgungsforschung sind aber nicht nur Hardfacts wichtig, um ein Thema möglichst ganzheitlich anzugehen, sondern auch Softskills. Dazu zählt nicht nur für mich, sondern auch für den gesamten Vorstand des Netzwerks Versorgungsforschung, das im September immerhin schon seinen 24. Kongress veranstaltet, die „Zukunftskompetenz für ein resilientes Gesundheitssystem“. Was auch Titel und damit Zielvorgabe unseres Kongresses geworden ist, dem ich diesmal als Präsident vorzustehen die Ehre habe. Und was wäre besser geeignet, um gemeinsam mit der beim DKVF versammelten Community der deutschen Versorgungsforschung nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen, als die Zukunftsforschung?

Da fallen einem auf Anhieb Namen ein wie Matthias Horx oder Sven Gabor Janszky.

Dies sind sicherlich bekannte Namen, die ich allerdings eher als Trendforscher bezeichnen würde. Sie kreieren fancy Schlagwörter und erzeugen eine große mediale Aufmerksamkeit – geforscht wird aber meist woanders. Wir haben die seriöse Zukunftsforschung im Sinn – zugegeben, durchaus ein persönliches Steckenpferd von mir. Ich habe selbst schon mehrfach Methoden aus der Zukunftsforschung angewandt, zum Beispiel die Szenariotechnik. Was ganz interessant ist, denn Zukunftsforscher blicken meist auf einen Zeithorizont von 10 bis 20 Jahren und versuchen, unterschiedliche Zukünfte (sic!) zu antizipieren. Im deutschsprachigen Raum hat sich zwar der Begriff Zukunftsforschung durchgesetzt, wahrscheinlich wäre diese Wissenschaftsrichtung aber besser mit dem Begriff Zukünfteforschung bezeichnet worden.

Mit Zukünfteforschung ist auch der Begriff „Zukunftskompetenz” – englisch „Futures Literacy” – verbunden. Was versteht man darunter?

> *„Wir dürfen Zukunft nicht statisch sehen, ja hinnehmen und passiv über uns ergehen lassen, sondern müssen sollten positiv und aktiv gestaltend auf die Zukunft zugehen.“*

„Futures Literacy” hilft uns zu verstehen, was in verschiedenen Zukünften auf uns zukommen kann. Und vor allen Dingen, wie wir unsere Gesellschaft und auch die politisch Handelnden darauf vorbereiten, damit diese möglichst rechtzeitig planen und agieren können. Mit dem Ansatz beschäftigt sich übrigens seit wenigen Jahren die UNESCO, unter deren Ägide immerhin schon über 100 sogenannte Futures Literacy Laboratories (2) stattgefunden haben.

Wie kann Zukünfteforschung dabei helfen, mit den vielfältigen Herausforderungen unseres Gesundheitssystems besser umzugehen?

Die zentralen Herausforderungen sind seit langen bekannt, oft schon seit mehreren Jahrzehnten. Denken wir nur an den demografischen Wandel, der seit den 1970er-Jahren beobachtet wird, als die Geburtenrate erstmals dauerhaft unter die Sterberate sank. Oder den Klimawandel, den der Club of Rome mit seinem ersten Bericht „Die Grenzen des Wachstums“ prognostiziert hat – das war übrigens auch schon 1972, also vor rund 50 Jahren. Man spricht in diesem Zusammenhang von Megatrends, auch wenn nicht alle Zukunftsforscher:innen diesen Begriff mögen – möglicherweise, weil er recht inflationär gebraucht wird.

Warum Zukünfte?

Weil in der modernen Zukunftsforschung richtigerweise von Zukünften gesprochen wird. Der Pluralbegriff soll verdeutlichen, dass das auf uns Zukommende alles andere als statisch ist, weil wir eben nicht nur eine Zukunft haben, sondern ganz viele verschiedene. Je nachdem, wie wir entscheiden und handeln. Oder eben auch nicht handeln.

Der Begriff Zukünfte impliziert aber auch, dass es mehrere mögliche Zukunftslinien geben kann, je nachdem, welche Stellschrauben man bedient oder nicht bedient. Also doch so etwas wie eine Modellierung?

Mir ist der Begriff der Modellierung viel zu linear. Denken wir an der Stelle an ein Zitat, das wahlweise dem französischen Diplomat Charles-Maurice de Talleyrand-Périgord oder dem ehemaligen Bundeskanzler der Bundesrepublik Deutschland, Willy Brandt, zugeschrieben wird: „Es geht nicht darum, die Zukunft vorherzusagen, sondern es geht darum, die Zukunft zu gestalten.“ Oder an einen wichtigen Satz aus dem „Kleinen Prinz“ des französischen Schriftstellers Antoine de Saint-Exupéry: „Die Zukunft soll man nicht voraussehen wollen, sondern möglich machen.“ Der hier deutlich werdende geweitete Blick soll uns dazu befähigen, Zukunft eben nicht statisch zu sehen, ja hinzunehmen und passiv über sich ergehen zu lassen, sondern positiv und aktiv gestaltend auf die Zukunft zuzugehen. Das kann den Menschen helfen zu verstehen, warum und wie wir uns vorbereiten, planen und mit der Komplexität und Neuartigkeiten unserer Gesellschaft umgehen können.

Und wie passt hier die „Futures Literacy” ins Bild?

Der Begriff „Futures Literacy“ bezeichnet eine zukunftsorientierte

Kompetenz, die in ihrer grundlegenden Bedeutung mit den Kulturtechniken des Lesens und Schreibens vergleichbar ist. „Futures Literacy" umfasst die Fähigkeit, die Entstehung, Funktion und Wirkung von Zukunftsvorstellungen systematisch zu analysieren und deren Einfluss auf individuelle sowie kollektive Entscheidungsprozesse kritisch zu reflektieren. Im Zentrum dieser Kompetenz steht die menschliche Imagination, die als eine der frühesten kognitiven Fähigkeiten betrachtet werden kann und es ermöglicht, alternative Zukünfte zu antizipieren. Angesichts der zunehmenden Komplexität und Unsicherheit gesellschaftlicher Entwicklungen erscheint es erforderlich, einen kollektiven Mut zur aktiven Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Zukunftsszenarien zu fördern. Dies beinhaltet die bewusste Entwicklung und Bewertung vielfältiger wünschenswerter Zukunftsbilder, die als kognitive Orientierungspunkte dienen und Individuen sowie sozialen Gruppen helfen können, in Situationen hoher Unsicherheit handlungsfähig zu bleiben.

„Durch die Förderung unserer Zukunftskompetenz können wir nicht nur die Resilienz des Gesundheitssystems steigern, sondern auch eine proaktive Haltung gegenüber zukünftigen Herausforderungen entwickeln."

Bei all dem wird der DKVF helfen?

Zumindest wichtige Anstöße geben. Unser Kongress bietet zu dem Thema interessante Keynotes und Workshops. Zum Beispiel von Prof. Dr. Antje Bierwisch vom Management Center Innsbruck (MCI), eine Expertin für Future Literacy, Chairholder des UNESCO Chair in Futures Capability for Innovation and Entrepreneurship am MCI und Entwicklerin eines Multi-Methods-Ansatzes zur strategischen Vorschau. Sie wird den Kongressteilnehmenden einen sicher überaus interessanten Einblick darüber geben, wie der „Futures Literacy"-Ansatz für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung genutzt werden kann. Nennen möchte ich an der Stelle aber auch Michaela Evers-Wölk vom Institut für Zukunftsstudien und Technologiebewertung in Berlin, seit 2019 Leiterin des Forschungsfeldes Gesundheit und Wohlbefinden und ebenso Leiterin der Projekte „Krisenradar" und „Resilienzradar". Diese Initiative, gefördert vom Büro für Technikfolgenabschätzung beim Deutschen Bundestag, zielt darauf ab, Frühwarnsysteme für potenzielle Krisen zu entwickeln. Evers-Wölk stellt den „Resilienzradar 2025" mit dem Schwerpunkt Gesundheit vor und wird mit ihrer Keynote weitere thematische Impulse für den Kongress setzen.

Frei nach dem Motto: Versorgungsforschung meets Zukünfteforschung?

So in etwa, Versorgungsforschung ist doch per se multiprofessionell. Wir freuen uns von daher überaus, den DKVF erstmalig zusammen mit renommierten Zukunftsforscher:innen zu gestalten. Denn durch die Förderung unserer Zukunftskompetenz können wir nicht nur die Resilienz des Gesundheitssystems steigern, sondern auch eine proaktive Haltung gegenüber zukünftigen Herausforderungen entwickeln. Und ganz nebenbei neue Impulse für die Versorgungsforschung gewinnen.

Wo sehen Sie die wichtigsten Stellschrauben für ein resilienteres System? Was sind für Sie die Kernbotschaften, die der Kongress geben wird?

Die wichtigste Botschaft leitet sich von dem soeben Gesagten ab: Wir müssen weg von dieser – besonders in Deutschland ausgeprägten – pessimistischen Grundhaltung, wir brauchen Zukunftshoffnung, um die anstehenden Herausforderungen zu lösen. Hierzu werden unsere Keynote-Speaker bestimmt gute Impulse liefern. Zum Beispiel haben wir am zweiten Kongresstag eine KI-Forscherin aus Bochum eingeladen. Dr. Sandra Bobersky vom Zentrum für KI, Medizininformatik und Datenwissenschaften (KAM) der Knappschaft Kliniken am Universitätsklinikum Bochum wird der spannenden Frage nachgehen, ob KI nur ein Hype ist oder sie wirklich das Potenzial hat, unser Gesundheitssystem zu revolutionieren, und wo nutzbringende KI-Anwendungen zukünftig im der Gesundheitsversorgung zu erwarten sind.

Oder neue Probleme verursachen wird.

Klar. KI wird auf der einen Seite möglicherweise das ein oder andere Problem lösen, auf der anderen uns aber auch mit neuen Problemen konfrontieren. Doch diese Technik kommt mehr und mehr auf uns zu, ob wir das wollen oder nicht. Darum müssen wir uns auch als Versorgungsforscher:innen aktiv damit auseinandersetzen. Oder wie das Fußballphilosoph Lothar Matthäus so nett formuliert hat: „Wir dürfen jetzt nur nicht den Sand in den Kopf stecken". Will heißen für uns Versorgungsforscher:innen: Raus mit dem Kopf aus dem Sand, proaktiv werden und die möglichen Zukünfte so gestalten, dass sie für möglichst viele lebenswert sind. Das Wichtigste für den Kongress für mich wäre daher, dass wir alle am Schluss mit einer positiven Aufbruchsstimmung nach Hause fahren und trotz aller Probleme, die auf uns zukommen, sagen: „Wir können das schaffen." Prof. Malaz Boustani aus Indianapolis – Geriater und Implementierungswissenschafter und der zweite Gastredner am zweiten Tag – wird uns mit seiner positiven Art hier sicherlich gute Impulse liefern, auch wenn in den USA gerade viel schiefläuft.

Und wie genau sollen wir die auf uns zukommenden Herausforderungen schaffen?

Dazu wird uns zum Beispiel am dritten Kongresstag Prof. Dr. Petra Thürmann vom Helios Klinikum Wuppertal und der Universität Witten/Herdecke – maßgeblich am Gutachten des Sachverständigenrates zur Resilienz im Gesundheitswesen beteiligt und Mitglied im Expert:innenrat „Gesundheit und Resilienz" beim Bundeskanzleramt – wichtige Empfehlungen an die Hand geben, wie unser Gesundheitswesen und unsere Gesellschaft künftigen Gesundheitskrisen bestmöglich begegnen können. Da sich Hitze und Kälte auf die Bevölkerungsgesundheit auswirken, wird es eine stärkere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und eine zusätzliche ökonomische Last für das ohnehin schon stark beanspruchte Gesundheitssystem geben. Umso wichtiger, dass wir diese Dinge zeitnah angehen und Lösungen für Krankenhäuser, Arztpraxen und Pflegeheime entwickeln. Dies wird Dr. Claudia Konnopka vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf – für Sie also ein Heimspiel – in ihrem Vortrag darstellen.

Sie haben ein ganzes Bündel an Problemstellungen genannt,

von der demografischen Entwicklung bis zum Klimawandel. Dazu kommen mögliche Pandemien und nicht zuletzt eine vielleicht sogar auch hierzulande eintretende Kriegsgefahr. Schon jetzt investiert Deutschland 13,5% des Bruttoinlandprodukts in das Gesundheitssystem. Dabei hofft die Politik, seit vielen Jahren alleine schon mit der Lösung der demografischen Frage überfordert, dass das Gesundheitssystem irgendwann günstiger wird, wenn man Prozesse optimiert sowie Über- und Fehlversorgung vermeidet. Ein Irrglaube angesichts der diversen auf uns zukommenden Gefahrenpotenziale?

Der Ruf nach mehr Geld ist sehr häufig bei Vertreter:innen von Berufsverbänden festzustellen und schon fast ein typischer Reflex. Wir haben an der Stelle einfach unsere Hausaufgaben noch nicht gemacht, da schließe ich die Versorgungsforschung übrigens mit ein. Aber nicht, weil es hier keinen Mangel an Wissen gibt, sondern ein enormes Manko bei der Umsetzung, der Translation und Implementierung. Seit dem Sachverständigengutachten des Jahres 2001 – an das Jahr erinnere ich mich deswegen so gut, weil ich damals meinen Facharzt gemacht habe – ist Über-, Unter- und Fehlversorgung bekannt. Doch hat sich seitdem an dieser Diagnose wenig bis nichts geändert. Es gibt nach wie vor Verschwendung, was vielleicht das falsche Wort ist, weil es schlichtweg um sehr viele Fehlanreize im System geht und zu viele Maßnahmen nicht abgeschafft werden, die entweder nicht evidenzbasiert, unnütz oder zum Teil sogar für die Patient:innen schädlich sind. Dabei hätten wir durchaus das Potenzial, um unsere vorhandenen finanziellen Reserven für sinnvollere Dinge zu nutzen, wenn wir es wollten.

Die Kernfrage lautet doch, ob dieses Potential ausreichen kann. Wenn man zum Beispiel 20 Prozent an Über- und Fehlversorgung vermeidet, ist das eben nur ein Fünftel des Gesamtbudgets von weit über 300 Milliarden Euro alleine im Bereich der GKV. Wäre nicht endlich Zeit für eine Business-Prozess-Optimierung, ein wirkliches Neudenken vielleicht nach Art der in vielen anderen Ländern seit langem etablierten Primärversorgungssystemen? Das aber bitte dann gleich samt einer Änderung im Leistungsrecht: Warum ist denn beispielsweise die gesamte Heilmittelversorgung in der Hand der Ärzt:innen, nicht in jener der Pflegenden?



Univ.-Prof. Dr. med. Horst Christian Vollmar MPH

ist seit April 2018 Professor für Allgemeinmedizin an der Ruhr-Universität Bochum und Leiter der Abteilung für Allgemeinmedizin (AM RUB). Von September 2016 bis März 2018 war er Professor für Versorgungsforschung am Institut für Allgemeinmedizin der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Von Mai 2012 bis August 2016 war er Leiter der Forschungsgruppe „Umgang mit Gesundsein und Kranksein im Alter" am Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.
Ausbildung: Studium der Humanmedizin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, 3. Staatsexamen 1996, Promotion zum Dr. med. 2000. Berufsbegleitendes Public-Health-Studium an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Magister für Public Health (MPH) 2005. Facharzt für Allgemeinmedizin 2001.

Es geht bei „Future Literacy" doch genau darum, Dinge neu zu denken. Wenn wir bei uns an der Uni Zukunftsworkshops veranstalten, sage ich zu den Teilnehmenden als Erstes: „Bitte geben Sie Ihren Verbandshut an der Garderobe ab." Wer dazu nicht bereit ist, braucht doch gar nicht anzufangen, neu zu denken. Wer das ernsthaft möchte, muss sich von den eigenen Vorstellungen, Überzeugungen und Sozialisationen lösen. Genau das versuchen wir auf unserem Kongress zu vermitteln und auch zu lernen. Sie haben eben Primärversorgungssysteme angesprochen, die ich als Allgemeinmediziner natürlich sehr begrüße. So etwas haben wir hierzulande nicht mehr, seit es die sogenannte freie Arztwahl gibt. Zumindest bis 2004 die Praxisgebühr eingeführt und 2012 bereits wieder abgeschafft wurde, weil sie als eine Zuzahlung, die gesetzlich Krankenversicherte bei ihrem ersten Arztbesuch in jedem Quartal leisten mussten, nicht ausreichend genug in der Lage war, unnötige Arztbesuche zu reduzieren. Darum wird es einerseits künftig um eine wirklich steuernde Selbstbeteiligung gehen, die inzwischen selbst die Ärzteschaft fordert. Was natürlich zu keiner Unterversorgung führen darf, wenn Patient:innen bei zu hohem Selbstbehalt zögern, wirklich wichtige medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Zum anderen wird es aber vor allem um neue Berufsbilder und -gruppen gehen, die ein Primärarztsystem durchaus über einen längeren Zeitraum zu einem Primärversorgungssystem machen könnten. Hier denke ich an akademisierte Pflege und Physiotherapie sowie Physician Assistants, um nur einige zu nennen. Zu all diesen Dingen wird es auf unserem Kongress etliche Sessions geben.

Demnach gehört wirklich alles auf den Prüfstand.

Aber sicher. Nur so wird man ein System neu denken können. Man muss in der Lage sein, alle Prozesse anzupacken und sich überlegen, was Sinn macht und was nicht. Dazu gehören auf alle Fälle die Sektorengrenzen, die so was von obsolet sind, weil sie beispielsweise eine vernünftige digitale Transformation be- und sogar verhindern. Das ist den meisten auch klar. Aber dies ist als Problemlage nun auch nicht wirklich neu. Von daher hoffe ich, dass uns die Zukunftsforschung neue Impulse liefern kann, wie wir mit all unserem Wissen endlich in die Translation kommen, insbesondere wie wir die Po-

Zitationshinweis

Vollmar, H., Roski, R., Stegmaier, P.: „Wir brauchen kollektiven Mut zur aktiven Bewältigung von Zukünften", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/25), S. 6–10. http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2728

litik dazu bewegen können, notwendige Reformen umzusetzen.

Kann das überhaupt gelingen?

Ich denke schon. Vieles könnte anders laufen, wenn man mehr auf Zukunftsforscher:innen hören würde. Denken wir nur einmal an das Konzept der Wildcards, eine Art Joker. Wildcards haben wir im Zuge der Finanzkrise als „Schwarzen Schwan" kennengelernt. So wurde zum Beispiel die globale Finanzkrise im Jahr 2008 als „Schwarzer Schwan" eingeordnet, denn vor dieser Krise glaubten viele Experten, dass der Immobilienmarkt sicher sei und weiter ein stabiler Wachstumsmotor bleiben würde.

„Wenn wir etwas herausgefunden haben, was zum Beispiel bei einer künftigen Pandemie beachtet werden sollte, dann muss sich Versorgungsforschung einmischen und auf die identifizierten Defizite aufmerksam machen. Schweigen gilt da nicht mehr."

Will heißen?

Ganz simpel: Karlheinz Steinmüller, Diplom-Physiker und Philosoph, hat mit seiner Frau Angela Steinmüller, einer Diplom-Mathematikerin, 2004 ein Buch geschrieben, das „Wild Cards: Wenn das Unwahrscheinliche eintritt" (3) heißt. Damals haben sie sehr selten vorkommende mögliche Ereignisse beschrieben, die einen hohen Impact haben: wie etwa Finanzkrisen, eine weltweite Pandemie und selbst einen Krieg in Europa. Das waren Dinge, die man sich Anfang der 2000er nicht so wirklich vorstellen konnte. Doch hätte man derartige Ereignisse durchaus im Vorfeld antizipieren und sich darauf vorbereiten können.

Wie etwa auf eine nächste Pandemie, weil wir einen Krieg nicht an die Wand malen wollen.

Ganz genau. Es ist doch nicht die Frage, ob eine nächste Pandemie kommt, sondern nur wann. Im Zuge der Bewältigung der eben überstandenen haben wir wissenschaftlich sehr viel gelernt – aber werden auf der politischen Ebene die richtigen Schlüsse daraus gezogen? Zumindest sollte auch die Politik die Pandemie umfänglich aufarbeiten und daraus lernen. Hier könnte Versorgungsforschung mithilfe der Zukunftsforschung ein gutes Stück weiterhelfen. Dann aber gilt: Wenn wir etwas herausgefunden haben, was zum Beispiel bei einer künftigen Pandemie beachtet werden sollte, dann muss sich Versorgungsforschung einmischen und auf die identifizierten Defizite aufmerksam machen. Schweigen gilt da nicht mehr.

Gibt es innovative Ansätze, auf die Sie für die Versorgungsforschung hoffen?

Die künstliche Intelligenz wird sicher einen großen Einfluss haben. Wir setzen KI natürlich bereits heute innerhalb einiger unserer Versorgungsforschungsprojekte ein, vor allem, um die vorhandenen Tools auszuprobieren. Wir sind aber an unserer Uni auch dabei zu überlegen, wie wir KI unseren Studierenden näherbringen können: Ein Kollege hat erst letztens folgenden Satz gebraucht: „KI wird Ärzte nicht ersetzen, sondern gute Ärzte werden KI verwenden und diejenigen Ärzte ersetzen, die keine nutzen". Das wird natürlich nicht von heute auf morgen passieren. An der Stelle schließt sich der Kreis zu unserem Kongress: Und zwar bei einer State-of-the-Art-Session zur Zukunftsforschung. Denn auch hier hält die KI Einzug und da bin ich schon sehr gespannt, welchen Einblick wir hier bekommen. Bleibt mir eigentlich nur noch, mich bei meinem Kongressteam hier in Bochum und bei dem vom UKE in Hamburg zu bedanken, die unseren Kongress nach der überraschenden Locationabsage in Potsdam überhaupt erst ermöglicht haben. Und natürlich beim Vorstand und der Geschäftsstelle des DKVF. Wir hoffen, dass wir mit circa 800 Beiträge und hoffentlich mehr als 1.000 Besucher:innen einen spannenden Kongress gemeinsam erleben dürfen.

Herr Professor Vollmar, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Literatur:

1: https://www.dkvf.de/de/
2: https://www.unesco.org/en/futures-literacy
3: https://t1p.de/5gdoa

Die 5 Stränge des 24. DKVF am UKE in Hamburg

1. Strang: Megatrends: Megatrends beeinflussen die Gesundheitsversorgung in vielfältiger Weise. Hier geht es um zukunftsorientierte Beiträge, die sich mit den Auswirkungen des demografischen Wandels, des Fachkräftemangels insbesondere in der Pflege, mit der Arbeit in multiprofessionellen Teams und mit sektorübergreifender, regionaler Versorgung befassen. Weitere Themen sind innovative Ansätze zum "Gender Shift" unter den Versorgenden, der Partizipation verschiedener Bevölkerungsgruppen, zum Klimawandel und der Anpassung an seine Folgen, Resilienz gegenüber Pandemien, Wirtschaftskrisen und geopolitischen Konflikten sowie zu Herausforderungen und Lösungen der Versorgung im Kontext Migration, Integration und Inklusion.

2. Strang: Digitale Transformation – Digital Health: Die digitale Transformation bietet enorme Potenziale für die Gesundheitsversorgung. Beiträge, die sich mit Künstlicher Intelligenz (KI), digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) und digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) befassen, sind hier ebenso gefragt wie Abstracts zur elektronischen Patientenakte (ePA), zur Forschungsdateninfrastruktur und weiteren Schlüsselressourcen für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung.

3. Strang: Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung: Gesundheit ist ein zentrales Politik- und Zukunftsthema. Eine evidenzbasierte Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik sind unerlässlich, um die bestmöglichen Ergebnisse für die Bevölkerung zu erzielen. Themen hier sind bspw. der Einsatz von versorgungsnahen Daten zur Nutzenbewertung, Wege zum „Lernenden Gesundheitssystem", Mental Health, aber auch Modelle und konkrete Maßnahmen zur Prävention, Inklusion und Partizipation.

4. Strang: Methoden der Versorgungsforschung und Zukunftsforschung: Die Methoden der Versorgungsforschung und Zukunftsforschung sind vielfältig und entwickeln sich ständig weiter. In diesem Strang können Beiträge zu kausaler Inferenz, qualitativen Methoden, Mixed Methods und neuen Entwiklungen im Bereich der Registerforschung etc. eingereicht werden. Zudem werden Workshops mit Methoden der Zukunftsforschung wie Future Lab und Szenarien in diesem Strang angeboten.

5. Strang: Zukunft gestalten: In diesem Strang sollen abgeschlossene, aktuell laufende und neu zur Förderung angenommene Projekte auch aus dem Innovationsfonds und andere gerade begonnene vielversprechende Projektideen präsentiert und diskutiert werden.

STIFTUNG
DEUTSCHE
SCHLAGANFALL
HILFE

Ein Schlaganfall dauert das ganze Leben!

Ein Risiko-Test nur 5 Minuten ...

- Bluthochdruck
- Vorhofflimmern
- Rauchen
- Bewegungsmangel
- Starker Alkoholkonsum

Ermitteln Sie
mit dem Risiko-Test
Ihr persönliches Risikoprofil.
Jetzt unter
schlaganfall-hilfe.de/test

Jedes Jahr erleiden rund **270.000** Menschen in Deutschland einen Schlaganfall. **70% der Schlaganfälle** gelten als vermeidbar, wenn die Risikofaktoren erkannt und behandelt werden. Helfen Sie uns dabei, Menschen über die Risikofaktoren aufzuklären und Schlaganfälle zu verhindern. Mit Ihrer Spende.

Spendenkonto:
Sparkasse Gütersloh-Rietberg-Versmold
IBAN: DE80 4785 0065 0000 0000 50
BIC: WELADED1GTL

Weitere Informationen:
Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe
Schulstraße 22
33330 Gütersloh

Telefon: 05241 9777-0
E-Mail: info@schlaganfall-hilfe.de
Internet: schlaganfall-hilfe.de

DZI Spenden-Siegel Geprüft seit 2006

Eindrücke vom Hauptstadtkongress 2025 in Berlin

Hoffnung auf Community Health Nurses und PAs

„Wir haben jetzt keine Zeit mehr zu verlieren. Es ist jetzt umso wichtiger, dass wir die strukturellen Finanzierungsprobleme in der GKV und der Pflege unmittelbar angehen. Unser Ziel ist es, eine Balance zu finden zwischen den Einnahmen und den Ausgaben", erklärte Nina Warken, die Bundesgesundheitsministerin der aktuellen Koalition bei ihrem 7-Minuten-Auftritt beim diesjährigen Berliner Hauptstadtkongress. Die Diagnose scheint klar: Die Patient:in – das deutsche Gesundheitssystem – leidet seit vielen Jahren an chronischen Angstzuständen, Antriebslosigkeit und zunehmendem Kontrollverlust. Die bisherige Behandlungsstrategie – bestehend aus seit vielen Jahren verschriebener akutversorgender Flickschusterei, minimalinvasiven Reformeingriffen und schnellwirksamen Finanzspritzen – scheint versagt zu haben. Ein gesamthaftes Business Process Reengineering – gleichsam eine Radikalkur – der deutschen Gesundheitsversorgung mittels eines Primärversorgungssystems könnte zur Genesung führen.

>> „Für die GKV wird es eine Expertenkommission geben, die Vorschläge für eine kurz-, mittel- und langfristige Stabilisierung der Beitragssätze erarbeitet", erklärte Warken weiter. Sie wies aber auch darauf hin, dass der Koalitionsvertrag der aktuellen Regierung vorsehe, dass diese Vorschläge erst bis 2027 vorliegen sollen. Warkens Einsicht: „Aber das ist mir eindeutig zu spät. Wir brauchen schon deutlich früher Ergebnisse." Darum habe sie einen entsprechenden Auftrag an die Kommission gegeben und die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege" eingesetzt. Bis zum Jahresende sollen gemeinsame Eckpunkte für eine nachhaltige Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung, eine Stärkung der ambulanten und häuslichen Pflege sowie für einen einfachen und bürokratiearmen Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen vorliegen. Parallel würden allerdings bereits Strukturreformen erarbeitet, die einerseits Effizienz verbessern und andererseits Kosten eindämmen sollen, wobei die Behandlungsqualität sowie eine „für alle, und zwar flächendeckend in der Stadt wie auf dem Land, unabhängig von der Postleitzahl" gute, bedarfsgerechte, bezahlbare Gesundheitsversorgung und Pflege das Ziel sei.

Dass Bundesgesundheitsministerin Warken in ihrer Eröffnungsrede überhaupt das Begriffspaar „Gesundheitsversorgung und Pflege" verwandt hatte, monierte Sandra Postel, die Präsidentin der nordrhein-westfälischen Pflegekammer, im HSK-Satellitensymposium der Bosch Health Campus GmbH zum Thema „Versorgung in der Fläche neu denken". Sie sagte dazu: „Ich stand da und dachte: Wir Pflegenden sind doch die Gesundheitsversorgung." Von dieser gedachten Trennung müsse man doch endlich wegkommen. Eine „eierlegende Wollmilchsau" nannte dann auch Tahnee Leyh, die Gemeindegesundheitspflegerein (Community Health Nurse) des DRK-Kreisverbands Fläming-Spreewald e. V., im Bosch-Symposium ihren Beruf, wohl eher ihre Berufung. Sie müsse mit ihrer Pflegeexpertise viele verschiedene Bereiche abdecken, von allgemeiner Beratung, dem gesundheitsfördernden Bereich, der Patientensteuerung und der -edukation samt der Hilfe zur Befähigung der Patient:innen, selbst ihren Weg durchs Gesundheitssystem zu finden, und schließlich der Mitversorgung der Patient:innen bis in den rehabilitativen Bereich.

Diese noch lange nicht vollständige Aufzählung lässt erahnen, wie vielfältig eine gesamthafte Gesundheitsversorgung aus Sicht der Pflege ist. Nur ist dieser Blickwinkel zumindest hierzulande neu, da unser Gesundheitssystem bisher immer nur aus Sicht der Ärzteschaft – ob niedergelassen oder in Kliniken tätig – gedacht und geplant wurde.

Alscher: neue Versorgungsformen und wirklich kreative Ideen

„Die Ministerin hat vorhin gesagt: unabhängig von der Postleitzahl. Ich würde ergänzen: unabhängig auch von der Struktur und unabhängig davon, ob jemand in einer Großstadt lebt oder auf dem Land", leitete Prof. Dr. Mark Dominik Alscher, seit 2016 Medizinischer Geschäftsführer des Robert Bosch Krankenhauses und CEO des Bosch Health Campus, zu einem neuen Ansatz über. Ein derartiges Versorgungsversprechen kann seiner Ansicht nach nur mit Leben erfüllt werden, wenn neue Versorgungsformen und wirklich kreative Ideen eine Chance bekommen. Seine Warnung, die er auf dem HSK-Symposium des Bosch Health Campus kundtat: „Wenn wir in der alten Struktur bleiben, müssen wir uns klarmachen, dass wir untergehen werden, weil das bestehende Gesundheitssystem einfach nicht mehr finanzierbar ist."

Doch gibt es Hoffnung, wie auf dem Bosch Health Campus gezeigt werde. So sei der ehemalige Themenbereich Gesundheit der Robert Bosch Stiftung, in dem seit vielen Jahren viele Impulse für die Gesundheitsversorgung gesetzt worden seien, ganz bewusst in den Campus integriert worden, um neue Versorgungsformen testen und praktikable Lösungen für die kommenden Veränderungen im Gesundheitswesen entwickeln zu können. Was ihn persönlich davon überzeugt, dass „es gelingen kann", wenn ein „neues Denken" Einzug halte.

Neu deshalb, weil neben Telemedizin im ländlichen wie urbanen Raum auf **P**atienten-**o**rientierte Zentren zur P**r**imär- und Langzei**t**versorgung (PORT) gesetzt werden müsse. Derartige primäre Versorgungszentren gebe es bereits modellhaft in Berlin-Neukölln, Brüggen, Büsum, Dachau, Darmstadt-Dieburg, Hamburg-Veddel, Hohenstein, Hülben, Kassel, Märkische Höhe, Stuttgart, und Willingen-Diemelsee (1). Modellhaft übrigens deshalb, weil diese PORT-Zentren – angetreten, um eine umfas-

sende Grundversorgung der Bevölkerung in verschiedenen Regionen zu gewährleisten und eine bessere Versorgung von chronisch kranken Menschen aus einer Hand zu ermöglichen – vom Bosch Health Campus als Tochtereinrichtung der Bosch Stiftung gefördert werden, da es bislang für solche Modellprojekte noch keine Finanzierung gibt. Noch deshalb, weil Alscher immer noch auf entsprechende Gesetzesvorhaben hofft, die von der ehemaligen Bundesregierung zwar auf den Weg gebracht, aber nicht abgeschlossen worden seien. Doch seien patientenorientierte Zentren deshalb so wichtig, weil die primärärztliche Versorgung angesichts der kommenden Herausforderungen nicht mehr funktionieren werde. In PORT-Zentren hingegen würden auch andere Gesundheitsberufe integriert, wobei eben keine Ärzt:in, sondern eine Community Health Nurse koordinierend agiert – in der Akutversorgung, aber auch der Prävention.

Karagiannidis: Selbstbeteiligung in der Höhe von 200 bis 600 Euro

Warum die primärärztliche Versorgung nicht mehr ausreichend genug funktionieren wird, erklärte auf dem HSK-Satellitensymposium Prof. Dr. Christian Karagiannidis, Leiter des ARDS- und ECMO-Zentrums der Lungenklinik des Krankenhauses Köln-Merheim und Inhaber der Professur für Extrakorporale Lungenersatzverfahren der Universität Witten/Herdecke.

Karagiannidis, der mit Alscher und Prof. Dr. Boris Augurzky die Autorenschaft des Buches die „Gesundheit der Zukunft" übernommen hat, geht davon aus, dass die Themen Primärarztsystem und Notfallversorgung, aber auch der kürzlich vorgelegte Entwurf zum Pflegekompetenzgesetz in den nächsten 12 bis 24 Monaten viel diskutiert werden.

Warum das so sein wird, machte er an wenigen Fakten fest. Zum einen werde schon bald rund ein Drittel aller Landkreise in Deutschland gefährdet sein, was die hausärztliche Versorgung betrifft. Zum anderen stoße der drohende Mangel an Hausärzt:innen auf eine „unfassbare Zahl" an Arzt-Patienten-Kontakten, die in seinen Augen nicht zu rechtfertigen sei. Er sprach von immerhin einer Milliarde Arztkontakten pro Jahr oder umgerechnet 12 pro Kopf. Das sei eine Zahl, deren Last man dringend verringern müsste. Als Gründe dafür nannte er viele Bagatellfälle und eine sinkende Gesundheitskompetenz der Bevölkerung.

Zwar fände er das im Koalitionsvertrag veranlagte Pimärarztsystem sehr gut, doch müsse man in den nächsten Monaten darüber sprechen, wie man „diese eine Milliarde Arztkontakte auch irgendwie bewältigt bekommt". Denn ein Primärarztsystem bedeute nun einmal einen Aufwuchs von ungefähr 100 bis 150 Million zusätzlicher Kontakte für die Hausärzteschaft.

Dennoch hält er ein Primärarztsystem für eine gute Lösung, denn Deutschland sei eines der ganz wenigen Länder auf der Welt, die im Moment keines haben. Dazu habe das Team um Professorin Dr. Leonie Sundmacher eine „sehr schöne Arbeit" geschrieben, die er auf dem HSK-Symposium auch präsentierte, Anm. d. Red.: Übrigens online first erschienen auf dem Portal (2) von „Monitor Versorgungsforschung" und zu lesen in dieser Ausgabe ab Seite 53.

In diesem Beitrag ist, so Karagiannidis, analysiert worden, wo auf der Welt Primärarztsysteme existieren und wie sie sich unterscheiden. Dabei komme das französische System unserem deutschen insgesamt noch am nächsten, doch gebe es kein einziges System auf der Welt, in dem Patient:innen einen wirklich freien Zugang zur Fachärzteschaft haben. Und wenn sie diesen – wie in skandinavischen Ländern oder Frankreich – bekommen, erfolge das immer über eine gewisse Selbstbeteiligung oder Zuzahlung, die wir in Deutschland nicht haben.

Wenn man auch in Deutschland ein echtes personenzentriertes Primärarztsystem einführten möchte, muss seiner Ansicht nach auch über Delegation oder Substitution von Leistungen gesprochen werden; aber auch über eine eigenverantwortliche Behandlung durch Pflegefachkräfte oder Physician Assistants. Das seien zwei Linien, die sich hierzulande gerade entwickeln und beide dauerhaft parallel bestehen würden. Aber schon seit Längerem in Spanien oder Portugal aktiv sind, da in deren Primärversorgungssystem eben nicht nur Ärzt:innen tätig seien, sondern auch eigenverantwortlich tätige Physiotherapeuten, Community Health Nurses und Physician Assistants (PAs). Dies seien unterschiedliche Ansätze, die man – wollte man ein Primärarztsystem in einem Gesetz berücksichtigen – auch hinsichtlich des Berufs- und Leistungsrechts regeln müsse. „Wir können nicht nur sagen, Pflege erhält mehr Kompetenzen, sondern wir müssen auch sagen, wie das Ganze vergütet wird, sonst funktioniert es nicht", erklärte dazu Karagiannidis.

Eingerechnet der bei einem Primärarztsystem zusätzlichen Arzt-Patienten-Kontakte und der dringend notwendigen Regelungen im Berufs- und Leistungsrecht sollte man sich lieber „ein bisschen Zeit damit nehmen". Auch weil er ein solches Gesetz als nicht so zeitkritisch ansieht sowie auch der Aufbau der Pflegekompetenz und der dazu nötigen Ausbildungsplätze seine Zeit benötigen werde, rechnet er mit einer Zeitdauer einer ganzen Dekade.

Von daher sieht Karagiannidis den Hebel der Selbstbeteiligung, auch wenn dieser politisch der mit Abstand unattraktivste sei, als den größten an. Dabei denkt er nicht an eine simple Praxisgebühr, die viel Bürokratie ohne Wirkung ausgelöst hätte, sondern an eine echte Selbstbeteiligung der Patient:innen in der Höhe von 200 bis 600 Euro pro Jahr: „Das sollten wir einführen, auch weil wir mit das letzte Gesundheitssystem auf der Welt sind, das es nicht hat." Das würde zum gewünschten Effekt führen: „Man geht erst dann zum Arzt, wenn man es auch wirklich braucht." Damit würden endlich die Bagatellfälle wegfallen, die er in Deutschland auf mindestens 20 Prozent der Arzt-Patienten-Kontakte schätzt.

Ein weiteres Gesetz, das unabdingbar mit der Idee einer Primärversorgung zusammenhängt, ist nach Karagiannidis die Art und Weise, wie Patient:innen künftig im Notfall deutlich besser durch das System gesteuert werden können. Das sei etwas, das uns im Moment noch nicht optimal gelingt. Dies, obwohl seitens der Regierungskommission ein entsprechender Vorschlag auf dem Tisch gelegen und im Bundestag eine Anhörung stattgefunden hätte, bei der es parteiübergreifend eine hohe Einigkeit gegeben habe. Karagiannidis: „So etwas habe ich selten im Gesundheitsausschuss erlebt."

Das absolut Zentrale dabei sei die Funktion eines Leitstellenkoordinators, dem in Zukunft eine ganz zentrale Position im Gesundheitswesen zukommen werde. Nach einer dreijährigen Ausbildung könne ein Leitstellenkoordinator dafür sorgen, dass nicht mehr jeder Patient mit dem Rettungswagen ins Krankenhaus kommt, sondern dahin verteilt wird, wo ihm am besten geholfen werden kann. Was auch bedeuten könne, dass

eine Terminbuchung beim Hausarzt gemacht wird. „Dieses Gesetz halte ich für mindestens genauso wichtig wie das für ein Primärarztsystem", so Karagiannidis.

Dazu seien auf Ebene der Krankenhäuser integrierte Notfallzentren nötig, die in einigen Regionen schon „wirklich sehr gut" funktionierten. So habe eine Auswertung eines Frankfurter Krankenhauses nach Einführung eines integrierten Notfallzentrums ergeben, dass die Zahl der Kontakte in der Notaufnahme um 50 Prozent zurückgegangen sei, was als „wirklich substanziell" anzusehen sei. Von derartigen integrierten Notfallzentren brauche man laut Berechnungen der Regierungskommission in Deutschland allerdings 425 Standorte. Der GKV-Spitzenverband hingegen wünsche sich 800 bis 900. Das sei „natürlich schön", doch glaube er nicht, dass es dafür ausreichend Arbeitskräfte gebe.

Postel: Pflegehilfsmittel und häusliche Krankenpflege aus dem ärztlichen Vorbehalt

Wer hätte diese inhaltlichen Vorlagen besser aufnehmen können als Sandra Postel, die Präsidentin der Pflegekammer von Nordrhein-Westfalen. Als Chefin der jüngste Kammer Deutschlands, erst seit 2022 im Aufbau, muss sie nun mindestens 70 Jahre Selbstverwaltung nachholen; und das in einem konservativ System, in dem die Pflege als Profession bislang noch nicht angekommen sei. „Wir versuchen natürlich, in die Maschine reinzukommen. Das führt dazu, dass es manchmal knackst", meinte sie zum derzeitigen Status ihrer Arbeit, bei der die Pflege auch noch nicht alle „Mechanismen in diesem großen politischen Maschinenraum" verstanden habe. Dabei müsste ihre junge Pflegekammer als gleichberechtigter Selbstverwaltungspartner agieren, ein Berufsrecht, eine Berufsordnung und eine Weiterbildungsordnung schaffen und durchsetzen.

Nach diesem Ausflug in die harte Realität des Kammeraufbaus kam sie zu drei Thesen, passend zum kürzlich veröffentlichten Entwurf des Pflegekompetenzgesetzes. „Die Pflege kann mehr, als sie aktuell darf", griff sie einen Slogan des vergangenen Jahres auf. Um das zu ändern, brauche es einen neuen Rahmen der aktuellen Gesetzgebung, der auf Bundes- und Landesgesetzebene zusammengedacht werden müsse: beim Berufe-, dem Pflegekompetenz-, dem Leistungs- und dem Berufsrecht. So sei beispielsweise in Frankreich klar geregelt, dass 60.000 niedergelassene Pflegefachpersonen in Kompetenzzentren – eigenen Praxen für Pflege – im Sinne einer kommunalen Unterstützung Verantwortung übernehmen. Postel: „Dabei verstehen sich die Pflegenden in Frankreich, verbunden mit einem starken Berufsethos, ganz klar als Staatsmitarbeiter:innen." Und übernehmen dabei ganz selbstverständlich Aufgaben, die hierzulande unter dem Arztvorbehalt stehen, wie etwa Pflegehilfsmittelverordnungen und die für häusliche Krankenpflege. Postels Frage zum deutschen System: „Warum ist das überhaupt im ärztlichen Vorbehalt?" Es sei doch eigentlich logisch, dass Pflegefachpersonen über das Thema Pflegebedürftigkeit die besten Urteile treffen könnten. Pflegehilfsmittelverordnungen und die für häusliche Krankenpflege aus dem ärztlichen Vorbehalt zu entlassen, sei daher für sie ein „erster pragmatischer Schritt", mit dem die Pflege einen wesentlichen Baustein zur Primärversorgung übernehmen könnte, was natürlich „sauber durchdekliniert" werden müsste.

Diese Einlassung führte die Präsidentin der nordrhein-westfälischen Pflegekammer zu ihrem nächsten Punkt: „Wir haben bisher keinen Überblick über die Pflegefachpersonen in Deutschland." Zwar habe das Bundesland Bayern mit der Registrierung begonnen, doch bislang sei NRW das einzige Bundesland mit dem „konkretesten und dezidiertesten Register", das es im Moment in Deutschland gibt. Auch das sei eine wichtige Funktion einer Kammer: die nötige Datenlage. In Krisen und Katastrophen, aber auch im „Daily Business von einer Milliarde an Arztkontakten" müsse sich Deutschland auch in dieser Richtung besser als bisher aufstellen. Darum habe sie es nicht verstanden, dass ein solches Register nicht in den Koalitionsvertrag aufgenommen worden sei. Postel: „Wir brauchen eine viel bessere Datenlage zum Thema Pflege, um alles Nötige umzusetzen, wenn ein Primärversorgungs- und Primärarztsystem funktionieren soll."

Leyh: 20 Prozent an Bagatellerkrankungen abfangen

Eine Frau, die das, was im derzeitigen gesetzlichen Rahmen möglich ist, schon macht, ist Tahnee Leyh. Sie ist – nachdem sie die Stelle selbst geschaffen hat – beim DRK-Kreisverband Fläming-Spreewald e. V. als Gemeinde-Gesundheitspflegerin für den Bereich Luckau angestellt. Gesundheitspflegerin deshalb, weil der Begriff „Community Health Nurse" im ländlichen Raum nur schwer durchsetzbar schien. Sie sieht sich mit ihrer Arbeit als „die Spinne im Netz", die Primärversorgung und allgemeinmedizinische Mitversorgung leistet, aber auch einen sozialräumlichen Blick hat. „Ich kann genau diese 20 Prozent an Bagatellerkrankungen, die die hausärztlichen Kolleg:innen nicht mehr leisten können, demnächst abfangen", ist sie überzeugt. Denn: „Das mache ich schon jetzt." Allerdings mit genau dem Problem, das bereits Sandra Postel angesprochen hat: „Für jedes Folgerezept, für jede Verordnung von Hauskrankenpflege und für jede Wundversorgung muss ich zu den hausärztlichen Kolleg:innen rennen." Und dies, obwohl die diese Aufgaben gerne an sie abgeben würden. Leyh, die tätig ist an der Schnittstelle Sozialraum/Kommune: „Ich bin diejenige, die ganz dicht an den Familien dran ist, die Bedarfe sieht und sogar diagnostizieren und unterstützend tätig sein kann."

Bei den Hausbesuchen, die den Großteil ihrer Arbeit ausmachen würden, stellt sie zum einen fest, wo die Bedarfe liegen, weiß dadurch aber auch, wo es Brennpunkte im Sozialraum der ländlich geprägten Kommune gibt. Dieses Wissen behält sie jedoch nicht für sich, sondern kommuniziert die detektierten Bedarfe weiter: an die Stadtverordnetenversammlung, an den Schul- und Sozialausschuss. Zudem steht sie im regelmäßigen Austausch mit dem Gesundheitsamt des Landkreises. Von daher sieht sie sich für die Zielgruppe der Patient:innen in einer Art Advokatenrolle plus Leadership- und Managementkomponente. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Link:
1: https://t1p.de/zc25j
2: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/science/efirst/
3: https://t1p.de/ota8j

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Hoffnung auf Community Health Nurses und PAs", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/25), S. 12–14. http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2729

Die Gesundheit der Zukunft



Autoren:
Karagiannidis, C.,
Augurzky, B.,
Alscher, D.
Die Gesundheit der Zukunft
Verlag: Hirzel 2025
208 Seiten
ISBN 978-3-7776-3499-9 (Print)
ISBN 978-3-7776-3431-9 (E-Book, epub)

>> „Wir verloren die langfristigen volkswirtschaftlichen Kosten des ‚Immer mehr' aus den Augen. Nicht zuletzt aber mit dem demografischen und damit einhergehend auch dem Wandel in der Arbeitswelt steuern wir auf einen entscheidenden Wendepunkt zu." Dieser Satz aus dem Vorwort zum vorliegenden Buch lässt aufhorchen: umso mehr, weil sich nach Ansicht des Autorentrios unser Gesundheitssystem wie die gesamte Gesellschaft „in einem Epochenwandel" befindet, der die kommenden Jahre und Jahrzehnte dominieren wird. Ihre Diagnose liest sich deprimierend: „Nicht mehr alle Kapazitäten lassen sich vollumfänglich mit Fachpersonal betreiben. Viele Gesundheitsanbieter haben es inzwischen schwer, geeignetes Personal zu finden. Klinikstationen können zuweilen nicht durchgängig betrieben werden, und Arztpraxen finden immer schwerer Nachfolger – besonders auf dem Land." Schon in den vergangenen Jahren sei deswegen die Zahl der betreibbaren Krankenhausbetten und Standorte gesunken. Doch gebe es Hoffnung, da die Kapazitäten im deutschen Gesundheitswesen immer noch sehr groß seien, wie der Blick auf andere vergleichbare Länder schnell zeige.

Das sich derzeit und immer mehr verstärkende Ungleichgewicht zwischen Nachfrage nach Gesundheitsleistungen einerseits und dem erbringbaren Angebot andererseits baue sich gerade in großem Tempo auf. Um weiterhin eine gute Gesundheitsversorgung für alle Menschen gewährleisten zu können, brauche es deshalb „tiefgreifende Reformen und eine gesamtgesellschaftliche Transformation". Eine solche Transformation führe einerseits zu zahlreichen Veränderungen des Gewohnten und könne Ängste schüren, andererseits biete sie gleichzeitig die große Chance, ein deutlich effizienteres und qualitativ höherwertiges Gesundheitssystem aufzubauen. Wie das funktionieren kann, erklären die drei Autoren in ihrem Buch, das deshalb insbesondere Leser:innen aus der Politik sehr zu empfehlen ist. Bietet es doch, wie die Autoren versprechen, „konkrete Lösungen an, wie diese Transformation auch praktisch gelingen kann".

Nach einem tiefen Blick auf die allseits zur Verfügung stehenden zahlen, hauptsächlich beeinflusst durch die Demografie, aber auch durch eine ungebremste Zunahme der Arzt-Patienten-Konkakte und eine ineffiziente Versorgungsstruktur, wollen sich die Autoren auf Reformen des Gesundheitswesens konzentrieren und Wege aufzeigen, wie es produktiver werden kann, ohne dass auf Qualität verzichtet werden muss.

Dazu stellen sie aus Sicht eines ganz normalen Bürgers eine ganz einfache Frage: „Was ist uns in der Versorgung am wichtigsten?" Ihr Antwort: die Versorgung im Notfall! Doch würden 20% der in Deutschland vorhandenen Krankenhäuser überhaupt keine Notfallversorgung anbieten; noch nicht einmal auf der einfachsten Stufe: Gerade einmal 425 Krankenhäuser mit Notfallstufe 2 und 3 sind, so ihre Aussage, von den 1.700 in der Lage, akute und schwere Notfälle wie Herzinfarkt und Schlaganfall bedarfsgerecht zu versorgen. Aber dies scheint auch zu reichen. Ihr erstes Fazit: „Wir haben in Deutschland zwar viele Krankenhäuser, aber ein großer Teil davon ist nicht relevant für die Versorgungssicherheit. Zu kleine Standorte und zu wenig Schwerpunktbildung erschweren es, medizinische Spitzenqualität zu erzielen und zudem wirtschaftlich zu arbeiten." Zudem sei Deutschland das Land mit der größten Anzahlen an Arztkontakten in der ambulanten Versorgung und der größten Zahl an stationären Krankenhausaufenthalten, jedoch ohne dass sich dies in einer hohen Lebenserwartung niederschlagen würde.

Die Autoren warnen an der Stelle davor, dass die hohe Verfügbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen, verbunden mit einer Vollkaskoversicherung, die Schwelle zum Aufsuchen eines Arztes besonders niedrig setzt. Zwar sei ein guter und breiter Zugang ein zentrales Qualitätskriterium eines Gesundheitswesens. Wenn er jedoch überzogen würde, komme es zu einer „ungünstigen Verteilung der Ressourcen und zu einer unnötigen Verteuerung ohne positiven Effekt".

Ihr Vorschlag, in Deutschland ein recht schwieriger, lautet: „Vollkasko mit statt ohne Selbstbeteiligung". Eine moderate und sozial gestaffelte Kostenbeteiligung der Bürger:innen bei Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens – unter Beibehaltung der Vollkaskoversicherung – kann ihrer Ansicht nach helfen, die begrenzten Ressourcen nutzenstiftender einzusetzen. Sie schlagen vor, die Vollkaskoversicherung im Gesundheitswesen um eine nach oben gedeckelte und sozial gestaffelte Eigenbeteiligung zu ergänzen, wie man es auch von anderen Versicherungen her kennt – also eine Vollkaskoversicherung mit Selbstbeteiligung, aber weit weg von einer Teilkaskoversicherung. Pro Jahr sollten die ersten Ausgaben für Gesundheitsdienstleistungen bis maximal zur Höhe von 1% des beitragspflichtigen Einkommens selbst bezahlt werden.

Da im Jahr 2025 die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) zur GKV bei 66.150 Euro gelegen hätte, wäre der maximale Selbstbehalt demnach bei 661,50 Euro pro Jahr für GKV-Versicherte mit einem Einkommen auf oder oberhalb der BBG angesiedelt. Für die meisten Versicherten werde dieser jedoch teils deutlich niedriger liegen. Bei einem beitragspflichtigen jährlichen Einkommen von beispielsweise 25.000 Euro würde der maximale Selbstbehalt bei 250 Euro pro Jahr liegen. Damit sei eine soziale Abfederung erreicht, da Mitversicherte als Familienangehörige und damit als eine Einheit betrachtet würden.

Der Selbstbehalt könne zudem über die elektronische Patientenakte automatisiert abgerechnet werden, um bürokratischen Aufwand zu vermeiden. Sobald der individuelle – oder der familienspezifische – maximale Selbstbehalt erreicht sei, würden keine weiteren Kosten für die Inanspruchnahme anfallen.

Die Autoren fordern auch, die Ausgaben im Gesundheitswesen eng an die Einnahmen der GKV zu knüpfen. Dies bedeute: Erstens müsse die Preisentwicklung für Gesundheitsleistungen strikt an die Einnahmeentwicklung der GKV gekoppelt werden. Zweitens müssten bei überproportionalem Anstieg der Gesundheitsausgaben Sofortmaßnahmen zur Ausgabenbegrenzung eingeleitet werden. Um dem dadurch entstehenden Druck auf die Leistungserbringer im Gesundheitswesen entgegenzuwirken, brauche es zudem strukturelle Maßnahmen, die die Effizienz der Leistungserbringung erhöhen. Viele dazu nötige Maßnahmen werden in diesem Buch genannt. <<

Startschuss des Projekts „Berliner Patientenlotsen für integrierte Schlaganfallnachsorge“

Brinkmeier: „Ein Zeichen der Hoffnung”

„Ein guter Tag für die Versorgung, ein guter Tag für Berlin und ein guter Tag für die Patient:innen“. Mit diesem Begriffstripel gab Dr. Michael Brinkmeier, Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, den Startschuss für das Projekt „Berliner Patientenlotsen für integrierte Schlaganfallnachsorge“. Das Projekt BeLOTSE ist eine Kooperation zwischen dem Jüdischen Krankenhaus Berlin, dem forschenden Pharmaunternehmen Novartis und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe mit dem Ziel, eine Versorgungslücke zu schließen, in die Schlaganfall-Patient:innen nach der Akutbehandlung und Rehabilitation häufig fallen. Künftig begleiten nun auch in der Hauptstadtregion speziell ausgebildete Schlaganfall-Lots:innen die Betroffenen und ihre Angehörigen für ein Jahr – so wie es das auch schon in anderen Regionen in Deutschland der Fall ist. Sie helfen bei der Organisation von Hilfsmitteln, der Koordination von Terminen, der Kommunikation mit Kostenträgern und stellen sicher, dass Medikamente korrekt eingenommen werden.

>> Das Projekt geht dabei auf die besondere Herausforderung der heterogenen Bevölkerungsstruktur Berlins mit vielen alleinstehenden Menschen und einem hohen Anteil an Personen mit Migrationshintergrund ein. BeLOTSE ist Teil einer bundesweiten Initiative, Patientenlots:innen – gestützt auf wissenschaftliche Begleitung und positive Erfahrungen aus Vorgängerprojekten wie etwa des STROKE-OWL-Projekts – als festen Bestandteil der Regelversorgung zu etablieren.

Als PD Dr. med. Gerhard Jan Jungehülsing, Chefarzt Neurologie des Jüdischen Krankenhauses Berlin, mit dieser Idee an Jessica Maaß herantrat, die für das Klinikmanagement des schon im Jahr 1756 gegründeten Krankenhauses zuständig ist, traf er auf offene Ohren. Es sei gar keine Frage gewesen, erinnert sie sich, als Dr. Jungehülsing zu ihr gekommen sei und von der Anfrage berichtete, Schlaganfall-Lots:innen im Haus zu etablieren. Als „große Verpflichtung” empfindet das Brit Ismer, die Vorstandsvorsitzende des Jüdischen Krankenhauses Berlin, aber auch als Ehre, damit eine Tradition und Geschichte ihres Hauses fortzusetzen.

Solche Projekte seien ein gutes Beispiel dafür, wie sich das Haus nicht nur um eine erstklassige Versorgung des Schlaganfalls kümmere, sondern dabei sei, viel weiter zu denken: „Wir begleiten die Menschen nach dem Motto: ‚Alles was ihr tut, sollt ihr aus Liebe tun'“. Das ist ein Zitat von Maimonides, einem jüdischen Arzt und Philosophen, der „uns hier auch wichtige Werte mit auf den Weg gibt”. Ismer: „Wir tragen die bewegte und bewegende Geschichte dieses Hauses weiter in die Zukunft. Wir sind ebenso sehr



Partner:innen des Projekts BeLOTSE – Berliner Patientenlotsen für integrierte Schlaganfallnachsorge in Berlin (v. l. n. r.): Nicolas Weber, Leiter Innovation and Activation bei Novartis Pharma, PD Dr. med. Gerhard Jan Jungehülsing, Chefarzt Neurologie Jüdisches Krankenhaus Berlin, Isra Khedher, Schlaganfall-Lotsin, Jessica Maaß, stellvertretende Vorstandsvorsitzende & Vorständin Klinikmanagement Jüdisches Krankenhaus Berlin, Brit Ismer, Vorstandsvorsitzende Jüdisches Krankenhaus Berlin, Dr. Michael Brinkmeier, Vorstandsvorsitzender Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, Judy Hennessen, Schlaganfall-Lotsin, Lena Graßkemper, Projektkoordination Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe.
Die neuen Berliner Schlaganfall-Lotsinnen halten den Projektfoldern in den Händen: Isra Khedher (links) und Judy Hennessen (rechts). Vor Projektstart erhielten die beiden Schlaganfall-Lotsinnen eine entsprechende Schulung durch die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe und das Jüdische Krankenhaus Berlin. Beide Lotsinnen waren zuvor als Physiotherapeutin und Logopädin unter anderem auf neurologischen Stationen tätig und bringen viel Erfahrung in der Arbeit mit Schlaganfall-Patient:innen mit. Jetzt konnten sie mit der Betreuung der ersten Betroffenen im Rahmen des BeLOTSE-Projekts beginnen. Copyright: Caro Hoene.

Auf einen Blick

- **Das Problem:** Nach der Akutversorgung und Reha entsteht für Schlaganfall-Patient:innen eine Versorgungslücke, die zu schlechteren Gesundheitsergebnissen führt. Unter anderem werden bis zu 50% der Medikamente nach zwei Jahren nicht mehr eingenommen.
- **Die Lösung:** Das Projekt „BeLOTSE” setzt spezialisierte Schlaganfall-Lots:innen ein, die Patient:innen und Angehörige ein Jahr lang individuell im Sinne eines Case- und Care-Managements betreuen.
- **Die Ziele:** Verbesserung der Lebensqualität und Teilhabe der Patient:innen, Verhinderung von Folge-schlaganfällen und Hilfe zur Selbsthilfe, damit sich Betroffene im Gesundheitssystem zurechtfinden.
- **Die Partner:** Das Projekt ist eine Zusammenarbeit des Jüdischen Krankenhauses (Umsetzung), der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe (Konzept & Erfahrung) und Novartis (finanzielle Unterstützung & Partnerschaft).
- **Die Besonderheit in Berlin:** Das Projekt stellt sich bewusst der komplexen Versorgungsrealität in einer Metropole mit einer sehr heterogenen, oft alleinstehenden Bevölkerung.
- **Die Vision:** Die gewonnenen Erkenntnisse sollen die Politik überzeugen, Patientenlotsen als anerkannte und von den Krankenkassen finanzierte Regelversorgung für komplexe Erkrankungen in ganz Deutschland zu etablieren.

 This article was published under the license CC BY 4.0 and can be used

froh, dass wir das mit solchen Projekten, die weit über das hinausgehen, was eigentlich von einem Krankenhaus erwartet wird, tun dürfen, und das erstmalig in der Region Berlin-Brandenburg."

„Die Frage lautet natürlich: Warum überhaupt Schlaganfall-Lots:innen?" Diese rhetorische Frage beantwortete PD Dr. Jan Jungehülsing gleich selbst. Zwar sei das Jüdische Krankenhaus Berlin wie eigentlich alle deutschen Krankenhäuser ziemlich gut aufgestellt, was die akute Schlaganfallversorgung betrifft, sofern diese über Stroke-Units verfügten. Ebenso sei sein Haus mit den direkten Nachsorgeeinrichtungen, mit Rehakliniken, gut aufgestellt. Dennoch existiert eine Versorgungslücke, in die Patient:innen nach einem Schlaganfall „vielleicht besonders tief hineinfallen".

Für solche Versorgungslücken sei der Schlaganfall eine Art Marker-Erkrankung, weil sich schon gesunde Menschen schwer genug tun, sich in unserem Gesundheitssystem zurechtzufinden. Kranken Menschen fällt das viel schwerer, umso schwerer aber Patient:innen, die nach einem Schlaganfall zu einem relevanten Anteil – ein Drittel bis zur Hälfte – körperlich oder geistig behindert sind. Jungehülsing: „Darum brauchen diese Menschen ganz besonders viel Unterstützung, genau da greift unser Projekt an." Die im Jüdischen Krankenhaus angestellten Lotsinnen unterstützen Patient:innen in den ersten 12 Monaten nach dem Schlaganfall – und zwar auch zu Hause. Sie helfen bei der Kommunikation mit Kostenträgern, übernehmen die Organisation von Hilfs- und Heilmitteln oder beim Umbau von Bädern und Toiletten und sorgen dafür, dass die Patient:innen Kontakt zu Physio- und Ergotherapie haben sowie ausreichende Kontakte mit ihren Hausärzt:innen. Und schließlich kümmern sie sich auch darum, dass die Patient:innen die ihnen verschriebenen Medikamente richtig einnehmen. Es sei, so Jungehülsing, bekannt, dass fast 50 Prozent aller Medikamente nach einem Schlaganfall nach zwei Jahren nicht mehr eingenommen werden. Das zu ändern, sei ein Teil der Aufgabe dieses „tollen Projekts, das gut in die Berliner Versorgungslandschaft reinpasst". Damit wolle man den niedergelassenen ärztlichen Kolleg:innen auf keinen Fall mehr Arbeit machen, sondern „Arbeit abnehmen, indem Patient:innen in ihren jeweiligen häuslichen Umfeldern geholfen wird".

Nicolas X. Weber, bei Novartis Pharma zuständig als Leiter Innovation & Activation, ergänzte: „Wir möchten das Gesundheitswesen von morgen mitgestalten und bestehende Strukturen sowie die Versorgung von Patientinnen und Patienten verbessern. Hierfür braucht es starke Allianzen zwischen allen Beteiligten des Gesundheitswesens auf Augenhöhe. Das Projekt BeLOTSE ist ein Beispiel für unser Engagement, Patientinnen und Patienten ein Leben mit mehr Lebensqualität und einer besseren Versorgungsqualität zu ermöglichen."

„Mit dem Projekt etablieren wir als Stiftung erstmals ein Schlaganfall-Lotsenprojekt in der Hauptstadtregion – ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg zur Regelversorgung," betont Dr. Michael Brinkmeier, Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe. Für ihn ist der Start dieses Projektes eine Herzensangelegenheit. Zeigt es doch, dass das ursprüngliche STROKE-OWL-Projekts skaliert und in andere Regionen getragen werden kann. „Wir geben hier tatsächlich auch ein Zeichen, eines der Hoffnung", gab Brinkmeier zu Protokoll. Es sei das erklärte Anliegen der Stiftung, „möglichst vielen Patient:innen dabei zu helfen, dass sie nach einer sehr guten Versorgung im Akut- und Reha-Bereich weiter gut betreut werden".

Das gilt aber nicht nur für die Indikation Schlaganfall. Die Tätigkeit einer Schlaganfall-Lots:in beschäftigt sich laut Brinkmeier nur zu etwa 20% direkt mit Indikation und Intervention. Die restlichen 80% entfallen auf „professionelles Kümmern". Von daher kann man, so Brinkmeier, „unterschiedliche Interventionen zu einer neuen Versorgungsform zusammenfassen". Rein faktisch betreffe die Intervention zwar das SGB V, aber für die Betroffenen sei sie übergreifend. Denn: „Patient:innen kennen meist keine römischen Gesetzesziffern, sie haben einen Schlaganfall oder ein anderes ernstes gesundheitliches Problem und brauchen einfach Hilfe." <<

von:
MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Link: https://t1p.de/3t3ac

Zitationshinweis

Roski, R.: „Brinkmeier: ‚Ein Zeichen der Hoffnung'", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/25), S. 16–17. http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2742

Bund-Länder-AG zur Pflegereform

>> In einer gemeinsamen Sitzung hat sich in Berlin die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege" konstituiert und sich auf das weitere Vorgehen für eine Reform der Pflegeversicherung verständigt. Bis Ende des Jahres soll die Arbeitsgruppe gemeinsame Eckpunkte vorlegen, die im kommenden Jahr in ein Gesetzgebungsverfahren einfließen. Dazu sagte Bundesgesundheitsministerin Nina Warken: „Um das System zukunftsfest zu machen, brauchen wir eine mutige Reform. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe soll dafür die Grundlage erarbeiten."

Nun soll die Bund-Länder-AG „Zukunftspakt Pflege" mit zwei Facharbeitsgruppen bis Ende des Jahres gemeinsame Eckpunkte für eine nachhaltige Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung erarbeiten.

Im Rahmen des Themenbereichs „Nachhaltige Finanzierung und Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung" sollen unter anderem folgende Punkte erörtert werden:

- Anreize für eine eigenverantwortliche Vorsorge
- die Weiterentwicklung des Umlagesystems durch einen weiterentwickelten kapitalgedeckten Pflegevorsorgefonds
- eine Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile
- die Aufteilung der Finanzierungsanteile durch Beitragsmittel, Steuern und individuelle/private Beteiligung
- mögliche Stellschrauben für die Begrenzung der Ausgaben- sowie die Verbesserung der Einnahmenseite

Zum Arbeitsauftrag der Fachgruppe „Nachhaltige Sicherstellung der Versorgung und Stärkung der ambulanten und häuslichen Pflege" zählen unter anderem:

- Leistungsumfang und Ausdifferenzierung der Leistungsarten sowie die mögliche Bündelung und Fokussierung von Leistungen
- Möglichkeiten zur Stärkung der pflegenden Angehörigen mittels eines leicht verständlichen, unbürokratischen, wohnortnahen Beratungs-, Unterstützungs- und Pflegeangebots
- Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und zu verringern
- Förderung von Innovation und Digitalisierung <<

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Zentrale Datenschutzaufsicht für Gesundheitsdaten", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/25), S. 18. http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2743

BDI-Publikation „Datenschutzhürden in der industriellen Gesundheitswirtschaft"

Zentrale Datenschutzaufsicht für Gesundheitsdaten

„Datenschutzhürden in der industriellen Gesundheitswirtschaft," so lautet der Titel einer aktuellen Publikation des Bundesverbands der Deutschen Industrie e. V. (BDI), die Handlungsempfehlungen zur rechtssicheren Nutzung von Gesundheitsdaten geben will.

>> Die bisweilen uneinheitliche Auslegung datenschutzrechtlicher Vorgaben erschwert die Durchführung von Forschungsprojekten, bremst medizinische Innovationen aus und gefährdet Deutschlands Anschlussfähigkeit im europäischen Gesundheitsdatenraum. So lautet das Urteil des Bundesverbands der Deutschen Industrie e. V. (BDI). Dies alles würde noch verstärkt durch eine Heterogenität der Rechtslage: So enthalten laut BDI etwa Landeskrankenhausgesetze unterschiedliche und teils unklare rechtliche Vorgaben, die Auswirkungen auf die Datenweitergabe zu Forschungszwecken oder die Einbindung externer Auftragsverarbeiter haben.

Während andere europäische Länder unter derselben europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) pragmatischere Wege finden, Gesundheitsdaten sowohl für Forschungszwecke als auch für innovative Versorgungslösungen und Geschäftsmodelle nutzbar zu machen, erschwert in Deutschland – so der BDI in seiner aktuellen Publikation – ein „komplexes, uneinheitliches Regelwerk die Forschungs- und Entwicklungsarbeit erheblich". Dies beeinträchtige nicht nur die Innovationskraft der industriellen Gesundheitswirtschaft (iGW), sondern auch ihre Resilienz in einem zunehmend dynamischen globalen Umfeld. Das BDI-Fazit: „Ein ineffizienter und rechtsunsicherer Zugang zu Gesundheitsdaten schwächt die internationale Wettbewerbsfähigkeit und zwingt Forschungseinrichtungen und Unternehmen zunehmend dazu, Studieninfrastrukturen und Technologien im Ausland zu nutzen, obwohl ausländische Versorgungsdaten nur begrenzt auf den deutschen Kontext übertragbar sind." Zwar würde der Koalitionsvertrag 2025 diese Herausforderungen aufgreifen, doch sind aus Sicht der iGW „weitergehende Maßnahmen auf sämtlichen Zuständigkeitsebenen erforderlich, um die notwendige Rechtssicherheit und Interoperabilität entlang der gesamten Wertschöpfungskette zu schaffen".

Vor diesem Hintergrund fasst die BDI-Publikation die zentralen Datenschutzhürden für die gesamte iGW zusammen und formuliert konkrete Handlungsempfehlungen zur rechtssicheren Nutzung von Gesundheitsdaten:

1 Zentrale Datenschutzaufsicht für Gesundheitsdaten schaffen: Die Auslegung datenschutzrechtlicher Vorgaben ist derzeit stark fragmentiert. Eine zentrale Aufsicht für Gesundheitsdaten würde bundesweit einheitliche Maßstäbe schaffen, Koordinationsaufwände senken und die Rechtssicherheit bei der Nutzung medizinischer Daten für Forschung und Versorgung erhöhen.

2 Forschung und digitale Innovation datenschutzkonform ermöglichen: Einheitliche und forschungsfreundliche rechtliche Rahmenbedingungen sind Voraussetzung für datengetriebene Forschung. Die Beseitigung des gesetzlichen Flickenteppichs gehört dabei ebenso dazu wie eine ermöglichende Ausgestaltung und Anwendung der Forschungsklauseln nach Art. 89 DSGVO und § 27 BDSG. Dabei ergibt sich die Notwendigkeit einer praxistauglichen Definition von Forschung, die auch von privatwirtschaftlichen Unternehmen ermöglicht wird.

3 Rechtssicherheit bei Anonymisierung und Pseudonymisierung schaffen: Bei der Nutzung großer Gesundheitsdatensätze zu Forschungszwecken besteht häufig Rechtsunsicherheit darüber, wann Daten ausreichend anonymisiert bzw. pseudonymisiert sind; das gilt insbesondere bei Bilddaten und Bioproben. Es braucht praxistaugliche, bundeseinheitlich anerkannte Definitionen und Standards, die sich am Grundsatz der Anonymisierung ausrichten und die datenschutzkonforme Nutzung langfristig ermöglichen.

4 Datenschutzgerechte Integration digitaler Versorgungstechnologien sicherstellen: Digitale Anwendungen in der Versorgung erfordern eine zentrale Verarbeitung medizinischer Daten über Einrichtungs- und Landesgrenzen hinweg. Die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen dafür sollten bundesweit vereinheitlicht und technologieoffen geregelt werden.

5 Internationale Datennutzung und europäische Anschlussfähigkeit sichern: Datenschutz darf kein Standortnachteil sein. Für grenzüberschreitende Kooperationen, Zulassungsverfahren und cloudbasierte Lösungen braucht es praktikable, rechtssichere Regelungen für den internationalen Datentransfer und die Orientierung an internationalen Standards. Die Spielräume des nationalen Gesetzgebers im Rahmen der Implementierung des European Health Data Space (EHDS) müsssen forschungsfreundlich genutzt werden.

Zusätzlich sollte nach Ansicht des BDI eine zentrale Datenschutzaufsicht für Gesundheitsdaten geschaffen werden. So sei die datenschutzrechtliche Steuerung in Deutschland durch eine föderale Zuständigkeitsverteilung und eine uneinheitliche Auslegung geprägt. Insgesamt 18 Datenschutzaufsichtsbehörden – eine Bundesbeauftragte sowie 17 Landesdatenschutzbehörden – vertreten laut BDI teils unterschiedliche Auffassungen, insbesondere beim Teilen von Gesundheitsdaten mit Forschungspartnern und der Übermittlung an externe Auftragsverarbeiter. Diese Uneinheitlichkeit werde dadurch verstärkt, dass rechtliche Voraussetzungen für den Datenaustausch und die Bewertung konkreter Anwendungsfälle je nach Bundesland unterschiedlich interpretiert werden.

Obwohl das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) eine einheitliche Nutzung von Gesundheitsdaten für Forschungszwecke anstrebt und die Einrichtung einer federführenden Datenschutzaufsicht vorsieht, bleiben laut BDI die vorgesehenen Koordinierungsmechanismen bislang weitgehend wirkungslos – nicht zuletzt, weil der zentralen Stelle die notwendigen Durchgriffsrechte gegenüber den Landesbehörden fehlen, etwa bei begrenzten Datensätzen wie in den Krebsregistern oder mangels klar definierter Zuständigkeiten und Anwendungsbereiche. Der im Koalitionsvertrag 2025 verankerte Ansatz, die Datenschutzaufsicht zu reformieren und im Interesse von Forschung und Wirtschaft zu zentralisieren, sei hierbei ein guter Lösungsansatz. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Link: https://t1p.de/fkzna

MEDICAL : CONTACT



Stress, Überforderung, hohe Fehlzeiten?

Schon Realität in Ihren Teams?

STRESS PEGEL

Die Online-Befragung zur Erfassung arbeitsbedingter psychischer Belastungen Ihrer Mitarbeiter

Stress Control

Fördern Sie im halbtägigen Workshop die Resilienz Ihrer Führungskräfte

Stress Manager

1:1-Coaching für gesunde Selbstführung und authentisches Leadership

Stärken Sie die mentale Gesundheit Ihrer Mitarbeiter mit unseren maßgeschneiderten Angeboten!

Steigern Sie die Motivation und Produktivität in Ihrem Unternehmen –
senken Sie die Krankenstände und sichern Sie sich langfristig Ihren wirtschaftlichen Erfolg.

Scannen und mehr erfahren!

Rufen Sie uns an! Frau Iris Griepernau: 0201 - 4398 - 3248

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Kein Zusatznutzen aus formalen Gründen", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/25), S. 20. http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2744

Details zur Nutzenbewertung von Balversa (Erdafitinib)

Kein Zusatznutzen aus formalen Gründen

„Fernab der Versorgungsrealität und ohne Berücksichtigung der Expertenmeinungen führender Fachgesellschaften", lautet das Fazit von Johnson & Johnson zu dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), der am 18. Juni 2025 Balversa (Erdafitinib) zur Behandlung von metastasierten Blasenkrebs aus formalen Gründen keinen Zusatznutzen bescheinigt hat.

>> Dabei gab es, so das pharmazeutische Unternehmen (pU) Johnson & Johnson in einer aktuellen Stellungnahme, vor der Einführung von Balversa keine adäquate zielgerichtete Therapieoption für Patient:innen mit einem nicht resezierbaren oder metastasierten Urothelkarzinom mit Fibroblasten-Wachstumsfaktor-Rezeptor-3. Die Bereitstellung einer sicheren, zielgerichteten Therapie ist deshalb „ein wesentlicher Fortschritt für diese kleine, aber vulnerable Patientengruppe, die sich in palliativen Behandlungssituationen befindet". Auch hätte die Phase-III-Studie THOR die Wirksamkeit von Balversa belegen können: mit einem medianen Gesamtüberleben von 12,1 Monaten im Interventionsarm im Vergleich zu 7,8 Monaten in der Kontrollgruppe.

Doch das zählt für den G-BA nicht: Er sieht in seiner Beurteilung (1) das Ausmaß und die Wahrscheinlichkeit eines Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßige Vergleichstherapie (Cisplatin in Kombination mit Gemcitabin) als nicht belegt an. In seinen „tragenden Gründen" (2) beschreibt der G-BA genau, warum er zu seinem negativen Beschluss gekommen ist.

Erstens: Die Daten der THOR-Studie sind laut G-BA für die Bewertung des Zusatznutzens nicht geeignet. Der Grund: Laut Bundesausschuss wurden im Vergleichsarm der Kohorte 1 die Patient:innen mit einer Chemotherapie (Vinflunin oder Docetaxel) behandelt, was nicht den zweckmäßigen Vergleichstherapien für zwei Patientengruppen entspräche. Somit lägen keine geeigneten Daten für eine Bewertung des Zusatznutzens vor.

Zum Zeitpunkt des Starts der Phase-III-Studie THOR im Jahr 2018 entsprach die Vergleichstherapie dem aktuellen Versorgungsstandard. Kurz vor Verfahrensstart der Nutzenbewertung hat der G-BA im Mai 2024 die zweckmäßige Vergleichstherapie (zVT) jedoch neu definiert. Im Stellungnahmeverfahren haben darum die damit besfassten Fachverbände DGHO und DGU sowohl im Rahmen ihrer beim G-BA eingereichten schriftlichen Stellungnahme als auch in der mündlichen Anhörung vom 5. Mai 2025 deutlich gemacht, dass die zVT-Definition des G-BA nicht der Versorgungsrealität entspricht, und forderten eine Neuorientierung. Der G-BA kann im laufenden Verfahren durchaus die Definition der zVT anpassen, wenn ersichtlich wird, dass diese nicht korrekt ist. Dass der G-BA entgegen der Expertenmeinung an seiner eigenen Definition festhält und die Versorgungsrealität unberücksichtigt lässt, ist aus Sicht von Johnson & Johnson nicht zielführend und widerspricht den Grundsätzen der Nutzenbewertung.

Hier stellt sich die Frage, warum der G-BA den Erkenntnissen zum Versorgungsstandard aus dem Stellungnahmeverfahren nicht folgt.

Zweitens: Zwar würden die im Vergleichsarm der Kohorte 1 eingesetzten Wirkstoffe Vinflunin und Docetaxel – neben Paclitaxel – die zweckmäßige Vergleichstherapie für die Patientenpopulation darstellen, doch bildeten nicht alle Patient:innen der Kohorte 1 die Patientenpopulation a2 ab. Um eine für die Nutzenbewertung relevante Population zu bilden, hätte der pU in seinem Dossier Daten für eine Teilpopulation vorgelegt, die er als Analysepopulation bezeichnete. Hierfür hätte der pU 15 Patient:innen im Interventionsarm und 79 im Vergleichsarm ausgeschlossen: Im Ergebnis würden von den 136 vs. 130 Patient:innen (Erdafitinib vs. Chemotherapie) der Kohorte 1 in der Analyse 121 vs. 51 Patient:innen betrachtet, womit von der Auswertung deutlich mehr im Vergleichsarm als im Interventionsarm ausgeschlossen wurden. Das Vorgehen zur Bildung der Analysepopulation sieht der G-BA als nicht sachgerecht an, weil so die Strukturgleichheit der zu vergleichenden Studienarme gebrochen sei.

Für Johnson & Johnson ist an dieser Stelle nicht nachvollziehbar, weshalb der G-BA die durch das Medizinforschungsgesetz eingeführte 5%-Regelung (§ 35a Absatz 1 Satz 3 Nr. 7 i. V. m. Absatz 3 Satz 5 und 6 SGB V) nicht auf das zugelassene und damit auch bewertungsrelevante Anwendungsgebiet (AWG) bezogen hat. Aus Sicht des G-BA sollten damit in die Berechnung des Anteils der Studienteilnehmenden, die an Prüfstellen im Geltungsbereich des SGB V teilgenommen haben, auch solche Studien einbezogen werden, die nicht im zu bewertenden AWG stattgefunden haben. Dies wäre aus Sicht des pU nicht sachgerecht. Das wäre dann einer der ersten Fälle gewesen, in denen die 5%-Regel überhaupt von Relevanz gewesen und zur Entscheidung gestanden hätte. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur:

1: https://t1p.de/19141
2: https://t1p.de/03ucx

EMEA-Zulassungsstatus in Europa von Balversa

Land	Status der Erstattung
Deutschland	Erstattung erfolgt: GBA-Beschluss veröffentlicht
Österreich	Erstattung im Einzelfall
Irland	Erstattet
Niederlande	Erstattet
Norwegen	Erstattung: Empfohlen von NoMA
Schweden	Erstattung: Empfohlen von TLV
Schweiz	Erstattet
Spanien	Erstattet
Großbritannien	Erstattet: NICE und SMC werden veröffentlicht
Dänemark	Erstattung: Empfohlen von DMC
Polen	Erstattet
Kroatien	Erstattung im Einzelfall
Russland	Erstattung im Einzelfall
Tschechische Republik	Erstattung im Einzelfall
Königr. Saudi-Arabien	Erstattet
Israel	Erstattet

Tab. 1: *EMEA-Zulassungsstatus in Europa von Balversa (Erdafitinib)*

Aus Ideen wird Versorgung. Aus Konzepten wird Praxis.



OptiMedis

Sie möchten etwas in der Versorgung bewegen und dabei durch den Innovationsfonds gefördert werden? Ob Konzeptentwicklung, Partneransprache, Antragstellung oder Evaluation – wir stehen Ihnen mit Erfahrung, Struktur und Herzblut zur Seite.

Gerade erschienen:

Neue Ausschreibung Versorgungsforschung – Frist bis 21.10.2025

Einreichung für neue Versorgungsformen laufend bis 31.12.2025

Unsere Leistungen für Ihr Projekt

Versorgungsideen konkretisieren

Wir bringen Ordnung in erste Skizzen, prüfen Machbarkeit und Zielgruppenrelevanz und helfen, Ihre Idee in ein tragfähiges Konzept zu überführen.

Konsortien strategisch aufbauen

Wir vernetzen Sie mit passenden Partnern aus Forschung, Versorgung, Selbstverwaltung und Zivilgesellschaft – abgestimmt auf Ihr Projektziel.

Antragstexte entwickeln

Vom Grobkonzept bis zum Vollantrag: Wir übernehmen Strukturierung, Redaktion und Abstimmung Ihrer Texte.

Evaluation von Anfang an mitdenken

Wir konzipieren Studien, definieren Indikatoren und begleiten die wissenschaftliche Auswertung, auf Wunsch bis zur Veröffentlichung.

Prozesse managen und Ressourcen bündeln

Wir steuern Zeitpläne, Fristen und Verantwortlichkeiten, sowohl in der Antragsphase als auch im laufenden Projekt.

Kommunikation und Ergebnisverwertung

Wir unterstützen bei Öffentlichkeitsarbeit, Stakeholder-Ansprache und der Aufbereitung von Ergebnissen für Wissenschaft und Praxis.

Sprechen Sie uns gerne an: innovationsfonds@optimedis.de

Weißbuch „Radioligandentherapie in Deutschland“

Medizinische Innovation trifft auf Investitionsstau

Das kürzlich erschienene Weißbuch „Radioligandentherapie in Deutschland“ macht seinem Untertitel „Eine Bedarfsanalyse und Handlungsempfehlungen für die Nuklearmedizin“ alle Ehre. Verfolgt es doch das Ziel, anhand einer eingehenden Analyse der Versorgungsstrukturen und -hindernisse konkrete Handlungsempfehlungen zu formulieren. Das Weißbuch, mit finanzieller Unterstützung von Novartis Pharma vom IGES Institut erstellt, entstand in Zusammenarbeit mit dem Kompetenznetzwerk nuklearonkologische Patientenversorgung. Vertreter:innen des Netzwerks, bestehend aus Patientenselbsthilfegruppen, verschiedenen medizinischen Fachrichtungen und Expert:innen aus der pharmazeutischen Industrie sowie Vertreter:innen der stationär sowie ambulant tätigen Ärzteschaft – organisiert in diversen Advisory Boards, waren in die Erstellung eingebunden.

>> Die Herausforderungen und Handlungsempfehlungen für die Radioligandentherapie werden im Rahmen des aktuellen Weißbuchs am Beispiel des Prostatakarzinoms analysiert. Hierzu werden u. a. nachstehende Fragen beantwortet:

- Wie steht es um die nuklearmedizinische Versorgung mit Radioligandentherapien in Deutschland?
- Welche zentralen Herausforderungen bestehen in der nuklearmedizinischen Versorgung mit Radioligandentherapien (beispielsweise bei Prostatakarzinomen)?
- Welche Handlungsempfehlungen lassen sich für die zukünftige nuklearmedizinische Versorgung mit Radioligandentherapien ableiten?

Nach Aussage von Dr. Norbert Gerbsch, dem Leiter der Abteilung Public Affairs des IGES Instituts, verändert sich die Versorgungslandschaft im Bereich der Radioligandentherapie seit einiger Zeit. Dies geschieht vor allem durch zugelassene nuklearmedizinische Therapieoptionen im Bereich des Prostatakarzinoms und der neuroendokrinen Tumoren. Diese neuen Therapien verschieben den bisher eher auf Diagnostik fokussierten Schwerpunkt zunehmend in die therapeutische Anwendung im Krankenhaus, was wiederum eine sich verändernde Versorgungslandschaft und -struktur erzeugt. Damit verbunden ist laut Gerbsch aber auch, dass durch die Positronen-Emissions-Tomographie die schon etablierte Diagnostik einen weiteren Bedeutungszuwachs erfährt. Denn sie sei erforderlich, um zu evaluieren, ob eine Patient:in überhaupt mithilfe von Radioligandentherapeutika therapiert werden kann. Da diese Therapie aufgrund der Strahlenschutzvorschriften stationär im Krankenhaus

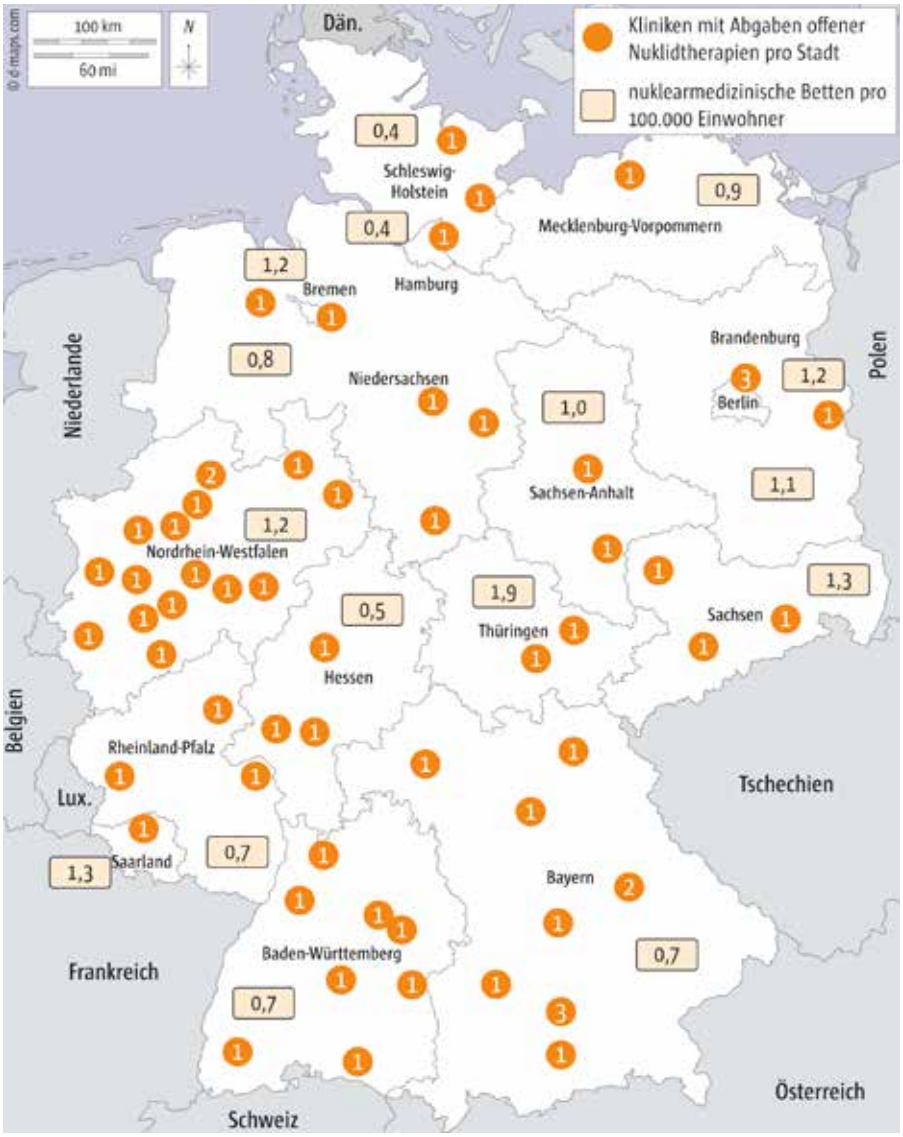


Abb. 1: Kliniken, die mit offenen Radionukliden therapieren (nach Operationen- und Prozedurenschlüssel 8-530), und nuklearmedizinische Betten pro 100.000 Einwohner:innen (Stand 2022). Quelle: IGES (eigene Darstellung); Daten: Statistisches Bundesamt und Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) (2023; 2022; 2022a). Anmerkung: Aufgrund von Schließungen und Bettenabbau seit dem Jahr 2022 könnte die dargestellte Bettenzahl überschätzt sein. Radioiodtherapien (OPS 8-531) sind nicht enthalten. Aus: Weißbuch „Radioligandentherapie in Deutschland“.

 This article was published under the license CC BY 4.0 and can be used

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Medizinische Innovation trifft auf Investitionsstau", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/25), S. 22–23. http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2733

zu erfolgen hat, besteht Gerbschs Ausführungen zufolge wiederum die Herausforderung, eine intersektorale Zusammenarbeit und eine interdisziplinäre Abstimmung zu organisieren, zwischen den Urolog:innen und Onkolog:innen als Erstanlaufstelle für Patient:innen auf der einen, und den Mediziner:innen in ambulanten und stationären Strukturen auf der anderen Seite. Dies sei nachgerade ein Fallbeispiel par excellence, das aufzeige, wie die Sektoren miteinander verbunden sein und miteinander kooperieren müssen, um im Sinne der Patient:innen das optimale Ergebnis zu erlangen. Was nach Gerbsch zu weiterführenden Fragestellungen leitet, die im Gesundheitssystem immer wieder auftauchen: Was heißt denn das für Erstattung und Vergütungsstrukturen? Sind die eigentlich auf diese Entwicklung vorbereitet? Bilden sie die Notwendigkeit ab? Gibt es Änderungsbedarfe? Und zum Schluss das ganz zentrale Thema: Wie sieht es mit den Kapazitäten in der Medizin aus? Gerbsch: „Sie werden sehen, dass das ein ganz relevanter Punkt ist, der sicherlich eine Herausforderung für die aktuelle Gesundheitspolitik und Reformdebatte darstellen wird."

Das Kernthema der Kapazitäten nahm Prof. Dr. Ken Herrmann, Direktor der Klinik für Nuklearmedizin am Universitätsklinikum Essen, in seinem Vortrag dankend auf. Nach seiner Einlassung, . dass er zum ersten Mal an einem solchen Weißbuch, das er als sehr, sehr wertvolle Quelle bezeichnete, mitgewirkt habe. Nach einem kurzen Ausflug in die Geschichte der Therapie, die bis in die 40er-Jahre des vorigen Jahrhunderts zurückreicht, ging Herrmann auf die aktuelle Situation ein: Derzeit seien mehr als 200 Phase-1- bis Phase-3-Studien in nahezu allen soliden Tumoren zu verzeichnen. Dies führe dazu, dass der Umsatz mit Therapeutika in diesem Bereich stark ansteigen wird. Global werde ein rund dreifacher Anstieg der Umsätze von derzeit 8 auf 22 Milliarden US-Dollar von 2025 bis 2033 erwartet, im Bereich der Radioliganden gar eine Verzehnfachung, wenn man die Jahre 2013 bis 2026 vergleiche. Dieser deutliche Umsatzanstieg wird laut Hermann einerseits durch Diagnostika, anderseits jedoch vor allem durch Radioligandentherapie getriggert. Dies führt ihn als kurativ tätigen Arzt zur Frage, ob die in Deutschland zur Verfügung stehende nuklearmedizinische Infrastruktur für die Vielzahl neuer Therapieoptionen ausreichend sei. Dem ist nach Herrmann leider

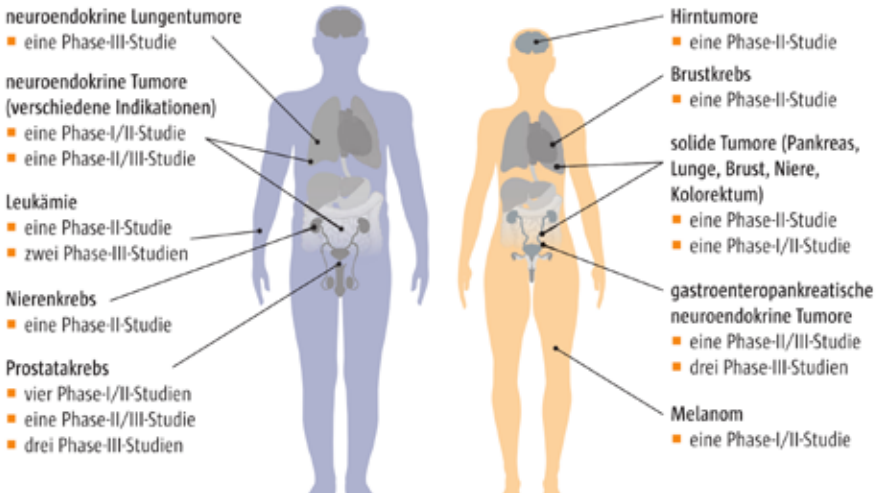


Abb. 2: Indikationsgebiete und Entwicklungsstand radiopharmazeutischer Therapieansätze (klinische Studien ab Phase I/II). Quelle: IGES (eigene Darstellung) basierend auf ClinicalTrials.gov (2024). Aus: Weißbuch „Radioligandentherapie in Deutschland".

nicht so: Die Anzahl stationärer nuklearmedizinischer Betten und auch Therapiestationen ist im Verlauf der letzten 10 bis 15 Jahre deutlich rückläufig: Waren es 2010 noch 921 Betten, waren es 2022 nur noch 748. Als Hauptgrund des Rücklaufs der Bettenanzahl nannte Herrmann die historisch eher geringe Bettenauslastung, da es bis vor wenigen Jahren nur die Schilddrüsentherapie gab. Keiner habe eigentlich damit gerechnet, dass derzeit neue, innovative und auch hochfrequente Therapien auf den Markt kommen werden – und die nun auf eine Infrastruktur in Deutschland treffe, die ebenso wie Eisenbahnschienen und Brücken an einem Investitionsstau leiden würde. Dazu seien als weitere Hinderungsfaktoren im Verlauf der letzten Jahre Verschärfungen der Strahlenschutzvorschriften hinzugekommen sowie in allen Bereichen der stationären Versorgung ein Fachkräftemangel.

Letzterem könnte man ein Stück weit begegnen, indem die Aufenthaltszeit von Patient:innen, die eine Radioligandentherapie bekommen, von derzeit mindestens 48 Stunden stationär hospitalisierter Zeit auf 24 Stunden reduziert würde. Hierzu wäre es dann aber nötig, dafür zu sorgen, dass geringere Aufenthaltszeiten keine Abschläge in den DRG erzeugten, da derzeit die DRG-Höhe zum Teil an die Dauer des stationären Aufenthaltes gekoppelt ist. Dies auch deshalb, weil die Anzahl der nuklearmedizinischen Betten in Deutschland heterogen ist. Es gebe beispielsweise Bundesländer wie Schleswig-Holstein und Hamburg, in denen weniger als ein halbes Bett pro 100.000 Einwohner:innen zur Verfügung stehen, dem gegenüber stehe als Ausreißer Thüringen mit fast zwei Betten pro 100.000 Einwohner:innen. Insgesamt liege Deutschland ungefähr bei 0,9 Betten pro 100.000 Einwohner:innen. Zum Vergleich dazu: Bei der rheumatischen Erkrankung gebe es ungefähr 50 Prozent mehr an Bettenkapazitäten. Herrmann: „Die Umverteilung der bestehenden Ressourcen ist jedoch aufgrund der Gesamtlimitierung nicht ausreichend. Wir müssen hinsichtlich der künftig notwendigen Investitionen überlegen, ob es Sinn macht, eine spezielle Förderkategorie zu implementieren, und hinsichtlich des Fachkräftemangels ist ganz, ganz wichtig, durch intensivere Öffentlichkeitsarbeit und eine dadurch stärkere Präsenz der Nuklearmedizin dafür zu sorgen, dass genug gut ausgebildete und willige Mitarbeitende zur Verfügung stehen, von der Pflege bis hin zur Medizin."

„Eine zukunftsfähige nuklearmedizinische Versorgung erfordert gemeinsame Anstrengungen aller Akteure im Gesundheitswesen – von Politik und Kostenträgern über medizinische Fachgesellschaften bis hin zu Patientenorganisationen. Nur durch vorausschauende Planung und die Überwindung sektoraler Grenzen können wir sicherstellen, dass innovative nuklearmedizinische Therapien allen Patienten zugänglich werden, die davon profitieren können", fasst IGES-Experte Gerbsch die Erkenntnisse des Weißbuchs zusammen. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur:

1: https://www.iges.com/presse/2025/weissbuch-radioligandentherapie/index_ger.html

8. Onlinefachkongress „Impfstatus 2025 – § 25b SGB V: Chancen, Hinderungsgründe, Lösungen“

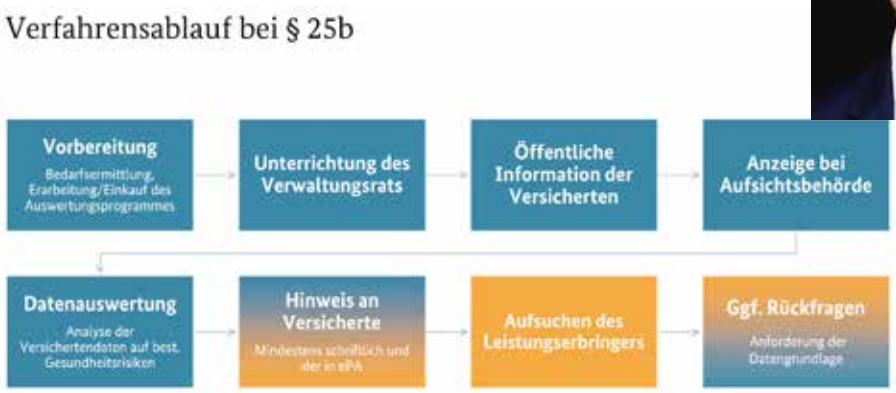
§ 25b SGB V: mehr als eine Brückentechnologie

Eine große neue Chance zur Erhöhung von Impfquoten bietet der § 25b SGB V. Seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes (GDNG) zum 26. März 2024 können Kranken- und Pflegekassen mithilfe des neu eingeführten Paragrafen „zum Gesundheitsschutz eines Versicherten datengestützte Auswertungen vornehmen und den Versicherten auf die Ergebnisse dieser Auswertung hinweisen“ (Abs. 1). Dies ist bei sechs Gesundheitsrisiken erlaubt, darunter die Erkennung des Vorliegens von Impfindikationen für Schutzimpfungen nach § 20 Absatz 2 des IfSG. Um diesen Passus ging es bei diesem 8. Onlinefachkongress „Impfstatus 2025 – § 25b SGB V: Chancen, Hinderungsgründe, Lösungen“. Anlässlich des Fachkongresses betonte Christoph Wagenblast vom Bundesministerium für Gesundheit zum Thema der geforderten Niedrigschwelligkeit der Versicherteninformation: „Wenn man von zwei, drei Maßnahmen ausgeht, ist man absolut auf der sicheren Seite.”

>> „Wir wollen auf diesem Kongress gemeinsam mit Ihnen Schwierigkeiten identifizieren und Schwierigkeiten analysieren, aber dann vor allem Lösungen finden und die Chancen beschreiben, die sich durch diese neue Möglichkeit der zielgenau-individuellen Ansprache der einzelnen Versicherten durch geschickte Datenanalysen ergeben.” Diese Zielvorgabe machte Prof. Dr. Roski, MVF-Herausgeber und Moderator des 8. Onlinefachkongresses „Impfstatus 2025”. Auf diesem wurden nicht nur die ersten Erfahrungen vorgestellt, die die Entre-preneure unter den Krankenkassen gemacht haben, die bereits 2024/2025 auf Grundlage des § 25b SGB V durchgeführt wurden, sondern auch die Vorgaben und auch Hoffnungen seitens des Gesetzgebers sowie eine rechtliche Einordnung.



Abb. 1: Aus Vortrag von Christoph Wagenblast, Bundesministerium für Gesundheit: „Der § 25b SGB V – Chancen und Herausforderungen aus Sicht des BMG“, MVF-Fachkongress „Impfstatus 2025“ am 18.06.25.



Wagenblast: ein „guter erster Aufschlag”

Den Vortragsreigen eröffnete Christoph Wagenblast, juristischer Referent und stellvertretender Leiter des Referates 511 „Grundsatzfragen neuer Technologien und Datennutzung“ im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit seinem Vortrag mit dem Titel: „§ 25b SGB V – Chancen und Herausforderungen aus Sicht des BMG”. Das Referat 511 des Ministeriums, zuständig für Digitalisierung und Innovationen, bemühe sich, Gesundheitsdaten überall da nutzbar zu machen, wo sie dem Gemeinwohl dienen. Das betreffe zum einen die Nutzung zu gesundheitlichen Zwecken, zum anderen die Nutzung in der Forschung und drittens insbesondere Anwendungen der künstlichen Intelligenz. Wagenblast: „Wir glauben, dass Gesundheitsdaten eine große Chance sind, um unser Gesundheitssystem evidenter und datenbasierter aufzustellen, um ein lernendes Gesundheitswesen zu etablieren.”

In diesem Kontext ist laut Wagenblast der Paragraf 25b zu verstehen. Mit diesem solle der bestehende große Datenschatz der Krankenkassen gehoben werden, um einen proaktiveren Gesundheitsschutz zu ermöglichen. Den § 25b bezeichnete er als eine gute Möglichkeit, die aufzeigen könne, welche individuellen Gesundheitsrisiken man auf Basis der Kassenabrechnungsdaten identifizieren könne, um dann Versicherte darauf hinzuweisen und ärztliche Abklärung anzuregen. Von daher „freuen wir uns über jede Krankenkasse, die diese Möglichkeit nutzt”, wandte sich Wagenblast an die über 100 Teilnehmenden des MVF-Onlinekongresses. Zurzeit sei bei der Nutzung des Paragrafen allerdings ein Schwerpunktbereich feststellbar: Circa 50 Prozent der Anzeigen bei den Aufsichtsbehörden – den 16 Landesaufsichten sowie dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) mit der Aufsicht über die bundesunmittelbaren GKVen – beschäftigten sich bislang mit Impfempfehlungen.

In der den weiteren Vorträgen folgenden Q&A-Session kommentierte Wagenblast aber auch das 1.-April-Rundschreiben des BfDI. Darin hatte die Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (BfDI) zu

IMPFSTATUS 2025

§ 25b SGB V: Chancen, Hinderungsgründe, Lösungen

den in § 25b SGB V vorgesehenen Informationspflichten der Kranken- und Pflegekassen hinsichtlich des Widerspruchsrechts Stellung bezogen. Mit diesem Schreiben hat die Bundesbeauftragte für sich klargestellt, dass „öffentliche Einzelmaßnahmen mangels Kenntnisnahme bzw. mangels der Möglichkeit zur Kenntnisnahme in der Regel nicht geeignet sind, um die Informationspflicht aus § 25b Abs. 3 SGB V zu erfüllen". Nach derzeitiger Einschätzung der Bundesbeauftragten muss vielmehr eine „Mehrzahl an Informationsmaßnahmen ergriffen werden, damit eine öffentliche Information geeignet im Sinne des § 25b Abs. 3 SGB V sein kann". Genannt werden in diesem Schreiben immerhin sieben verschiedene kommunikative Maßnahmen sowie eine „wirklichkeitsnahe Möglichkeit" für deren Kenntnisnahme, was einige Krankenkassen im Vorfeld des Onlinekongresses im Gespräch mit „Monitor Versorgungsforschung" als hohe Hürde bewerteten, um etwa Versicherte auf individuelle Impflücken hinzuweisen.

Nach Ansicht von Wagenblast muss eine Kasse nicht alle Informationsmaßnahmen ziehen. Sie kann mehrere einzelne Maßnahmen kombinieren, vielleicht auch nur zwei, um eine gute öffentliche Information hinzubekommen. Wagenblast: „Wenn man von zwei, drei Maßnahmen ausgeht, ist man absolut auf der sicheren Seite. Das ist niedrigschwellig."

Für die Auswahl geeigneter technischer und organisatorischer Maßnahmen zur Sicherung des angemessenen Schutzniveaus seien nach Maßgaben der DSGVO (z. B. Art 32 Abs. 1 DSGVO) aber auch die Kosten derartiger Maßnahmen zu berücksichtigen. Von daher sei es geboten, Versicherte mit möglichst wenigen, aber ausreichenden Maßnahmen gut zu informieren.

Lamberts: § 25b-Impfkampagnen geradlinig und einfach umsetzbar

Matthias Lamberts ist approbierter Arzt und bei der DAK Gesundheit im Geschäftsbereich Leistung tätig. Als Projektmanager für Risikostratifizierung und transsektorale Projekte, eine wichtige Schnittstellenfunktion zwischen Medizin, IT und Management, zeichnet er verantwortlich für die Planung, Umsetzung und Evaluation der Projekte zur interdisziplinären Verbesserung der sektorübergreifenden Versorgung und insbesondere für die Identifikation und Steuerung von Patient:innen mit komplexen Versorgungsbedarfen. Bereits im letzten Jahr hat die DAK-Gesundheit ein Konzept zur Umsetzung von § 25b SGB V entwickelt, das gezielte, persönliche Ansprache zur Prävention – insbesondere bei Impfungen – ermöglicht. Im Mittelpunkt der von ihm verantworteten Kampagne stand die Pneumokokken-Impfung bei Risikopatient:innen, vor allem Asthmatiker:innen und Patient:innen mit COPD über 60 Jahren, da die Impfquote in dieser Gruppe nur bei etwa 24% liegt und seit Jahren stag-niert.

Die Ansprache bzgl. des Gesundheitsrisikos oder der Impflücke erfolgt postalisch. Die allgemeine Information zum GDNG und § 25b und dem Widerspruchsrecht erfolgt über verschiedene Kanäle, analog und digital. Zudem wurden sowohl Versicherte als auch deren behandelnde Ärzteschaft informiert. „Kommunikation ist umso wirksamer, wenn man sich ganz persönlich angesprochen fühlt", gab Lamberts zu Protokoll. Das gelte auch und gerade bei der Prävention, die gezielt auf den Einzelnen zugeschnitten sein müsse.

Genau an der Stelle gibt es jedoch ein systembedingtes Problem und eine ebensolche Herausforderung, die durch den hohen zeitlichen Verzug der Verfügbarkeit von ambulanten Kassenabrechnungsdaten entsteht, der immerhin drei Quartale ausmacht. Diesen Verzug müssen man nach Lamberts immer mitdenken, insbesondere dann, wenn man in einem Datensatz das Versorgungsgeschehen möglichst zeitnah und realitätsnah abbilden möchte. Auf der anderen Seite existieren analytische Fehlerquellen, was oft mit Ungenauigkeiten bei Codierungen von Erkrankungen zu tun hat. Das erschwert es nach Lamberts, genau jene Versicherten zu identifizieren, die ein tatsächliches Risiko aufweisen, weil es immer gilt, auf falschen Daten basierende Ansprachen zu vermeiden. Lamberts: „Das ist sicherlich eine Herausforderung und muss bei jedem Use Case mitgedacht werden." Wenn man aber einmal die entsprechenden Prozesse aufgesetzt habe, sei eine Impfkampagne nach § 25b eigentlich geradlinig und einfach umzusetzen.

Da auch das Wirtschaftlichkeitsgebot Lamberts Worten zufolge immer eine Leitplanke darstellt, die Krankenkassen immer mit berücksichtigen müssen, geht es zwar in erster Linie darum, die Impfquoten zu erhöhen, auf der anderen Seite aber auch um einen ökonomischen Benefit. Beides konnte mit der 25b-Kampagne erreicht werden: So erfolgten im Zeitraum der Kampagne immerhin 5.454 Impfungen, die den 99.398 Anschreiben zugeordnet werden konnten. Damit war das Vorgehen der DAK auch wirtschaftlich gesehen äußerst sinnvoll: Denn die Kosten einer Impfung (rund 105 Euro) stehen insbesondere bei Risikopatient:innen hohen Behand-

Abb. 2: Aus Vortrag von Matthias Lamberts, DAK-Gesundheit: „Erfahrungen der bisher durchgeführten §-25b-Aktionen der DAK", MVF-Fachkongress „Impfstatus 2025" am 18.06.25.





lungskosten im Krankheitsfall gegenüber, die stationär circa 6.140 Euro, ambulant etwa 650 Euro betragen. Lamberts: „Das Konzept zeigt damit, wie Krankenkassen durch datengestützte individuelle Ansprache Impflücken schließen und sowohl medizinische als auch wirtschaftliche Vorteile erzielen können. Die Kommunikation muss dabei verständlich, zielgruppengerecht und mit klaren Handlungsoptionen erfolgen.

Otto: eine gewisse „Brückentechnologie"

Robert Otto, Apotheker bei der AOK PLUS Sachsen und Thüringen, berichtete in seinem Vortrag hingegen über die Herausforderungen und Erfahrungen bei der Förderung der HPV-Impfung (Impfung gegen humane Papillomviren). Aus diesem Grund hat die Kasse ein Pilotprojekt gestartet, um gezielt ungeimpfte Jugendliche und deren Eltern zu informieren und zur HPV-Impfung zu motivieren. Hatten laut RKI im Jahr 2023 bundesweit nur die Hälfte der Mädchen (55%) im Alter von 15 Jahren und lediglich ein Drittel der Jungen (34%) einen vollständigen Impfschutz, lag dieser laut Otto in Sachsen und Thüringen bei den Mädchen bei 51% bzw. 54% und bei den Jungen bei 32% bzw. 36%.

Im Zuge der im Mai 2025 abgeschlossenen Kampagne zu HPV-assoziierten Krebserkrankungen wurden über 220.000 Versicherte in Sachsen und Thüringen identifiziert und in mehreren Wellen angeschrieben – Jugendliche zwischen 15 und 17 Jahren direkt, bei 9- bis 14-Jährigen ging der Brief an die Eltern. Zudem wurde die Informationskampagne in enger Abstimmung mit Ärzt:innen und Verbänden durchgeführt, um die Akzeptanz zu fördern und Missverständnisse zu vermeiden. Die Evaluation steht aber noch aus.

Wichtig war nach Otto die Etablierung eines Prozesses samt der dafür nötigen technischen Anforderungen, den Informationspflichten und dem Datenschutz. Dazu gehört auch der Fakt, den bereits Lamberts angeführt hatte: In den Abrechnungsdaten bezüglich der Impfleistung sei doch die ein oder andere fehlende Codierung sichtbar geworden.

Zu Beginn einer 25b-Kampagne ist Ottos Ausführungen zufolge unverzüglich der Verwaltungsrat der Krankenkasse zu informieren. Da dieses Gremium jedoch nur in einem gewissen zeitlichen Takt zusammenkomme, sei es gar nicht so einfach, in der nächstmöglichen Sitzung auf die Tagesordnung zu kommen. Von daher wurde bei der AOK Plus eine neue Verfahrensweise etabliert, die kurzfristige Informationen des Verwaltungsrats zulässt. Die Versicherteninformation ist zeitlich nicht an die Anzeige bei der Aufsicht gekoppelt, kann also auch zeitgleich machen.



Abb. 3: Aus Vortrag von Robert Otto, AOK PLUS: „Erfahrungen der bisher durchgeführten §-25b-Aktion (HPV) der AOK Plus", MVF-Fachkongress „Impfstatus 2025" am 18.06.25.

Erst dann könne eine Versicherteninformation (mindestens vier Wochen vor Datenverarbeitung) mit Hinweis auf die Widerspruchsmöglichkeit erfolgen. Im Kampagnenzeitraum der HPV-Impfinformation der AOK Plus nahmen lediglich 170 Versicherte dieses Recht in Anspruch – bei einer Ansprache von immerhin über 220.000 Kund:innen.

In seinem Fazit bezeichnete Otto den § 25b SGB V als „eine gewisse Brückentechnologie", weil man über diesen Paragrafen sicherlich nicht alle Impflücken werde schließen können. Das sei auch nicht Sinn und Zweck dieser „wirklich guten Möglichkeit, eine bestimmte Entwicklung zu fördern". Eine Brückentechnologie deshalb, weil Otto zukünftig mit den Möglichkeiten der elektronischen Patientenakte rechnet, der eines Tages eine Impfreminderfunktion und noch andere wichtige Tools implementiert werden kann.

Ruppel: Risiko, Gefahr und die Verwendung von KI-Anwendungen

„Rechtliche Implikationen der Stratifizierung des Versichertenklientels nach § 25b SGB V" hatte RA Dr. jur. Dr. rer. med. Thomas Ruppel seinen Vortrag überschrieben. Er ist Fachanwalt für Medizinrecht mit einer auf die Beratung von Leistungserbringern im Gesundheitswesen spezialisierten Kanzlei in Lübeck und zudem habilitiert am Institut für Community Medicine der Universität Greifswald, wo er an Projekten des Innovationsfonds und weiteren Versorgungsforschungsprojekten beteiligt ist.

In seinem Vortrag behandelte Ruppel die komplexen rechtlichen und praktischen Anforderungen, die Krankenkassen bei der Nutzung von Datenanalysen und insbesondere beim Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) gegenüber Versicherten nach § 25b SGB V beachten müssen. Zuallererst gilt nach Ruppel, dass es sich bei diesem Paragrafen um ein Entschließungsermessen der Kranken- und Pflegekassen handelt. Das bedeutet, dass es nach der Gesetzesbegründung völlig den Kassen überlassen ist, ob sie den § 25b nutzen wollen oder nicht. Wenn sie sich jedoch entscheiden, den Paragrafen zu nutzen, „müssen sie es aber auch vernünftig machen". Hier habe aber der Gesetzgeber die Anwenderschaft nicht allzu glücklich gemacht.

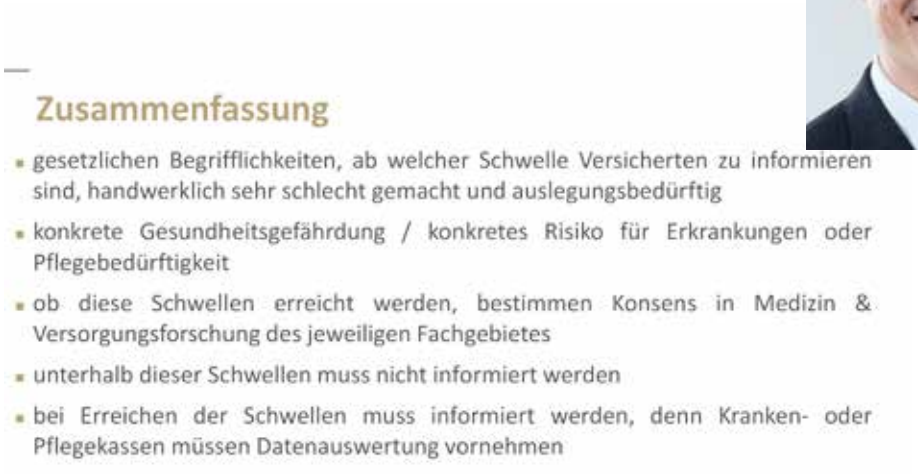
Das liegt nach Ruppel vor allem am im Gesetzestext verwandten Risikobegriff. In vielen gesetzesrelevanten Umfeldern – beispielsweise der Polizei, dem Rettungsdienst und der Feuerwehr – seien in den letzten 60 Jahren viele Gefahrenbegriffe determiniert

worden. Nun habe sich der Gesetzgeber beim § 25b jedoch entschieden, dies zu ignorieren und sich neue Begriffe auszudenken.

So wird im ersten Absatz von einer „schwerwiegenden Gesundheitsgefährdung" und im vierten von einem „konkreten Risiko einer Erkrankung oder einer Pflegebedürftigkeit" gesprochen. Mit dem Begriff einer „konkreten Gesundheitsgefährdung" komme ein Jurist ganz gut klar, weil damit eine hinreichende Wahrscheinlichkeit einer Beeinträchtigung oder eines Schadens eines geschützten Rechtsguts – eben der Gesundheit eines Individuums – beschrieben wird. Anders liege der Fall indes beim Vorliegen eines konkreten Risikos für eine Erkrankung oder einer Pflegebedürftigkeit. Hier habe der Gesetzgeber „völlig im Unklaren gelassen, was er mit einem konkreten Risiko meint". Denn: „Ein Risiko ist klassischerweise weniger als eine Gefahr", erklärte der Rechtsanwalt.



Abb. 4: Aus Vortrag von RA Dr. Dr. Thomas Ruppel, Kanzlei für Medizinrecht und Gesundheitsrecht: „Rechtliche Implikationen der Stratifizierung des Versichertenklientels nach § 25b SGB V", MVF-Fachkongress „Impfstatus 2025" am 18.06.25.



Nun klinge jedoch der im Gesetz verwandte Begriff des „konkreten Risikos" danach, dass es sich hier wohl um ein besonders schlimmes, bevorstehendes Risiko handeln müsse. Das sei dann wohl doch eher eine Gefahr, von der in der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ausgeführt wird, es müsse sich um „eine in überschaubarer Zukunft bestehende Möglichkeit" – nicht Wahrscheinlichkeit handeln, eine Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit zu bekommen. Ruppels persönliche Einschätzung: „Ich verstehe es nicht, warum hier der Gesetzgeber Begriffe verwendet hat, die wir in der Juristerei so nicht kennen. Wir kennen die abstrakte Gefahr, die konkrete Gefahr und auch die dringende Gefahr, aber eben kein konkretes Risiko, das letzten Endes nur die Medizin und die Versorgungsforschung bestimmen kann."

In der dem Vortrag anschließenden Podiumsdiskussion bezog BMG-Jurist Wagenblast Stellung zur Wahl des Begriffs. Die Frage, ob Risiko oder Gefahr der bessere Begriff sei, habe sich auch dem Ministerium gestellt. Im Endeffekt habe man sich für den Risikobegriff entschieden, weil das Gesundheitsrisiko ein Begriff sei, den insbesonders die ärztlichen Kolleg:innen im Haus bevorzugt und auch die Krankenkassen mit diesem Begriff keinerlei Auslegungsschwierigkeiten hätten.

An der Stelle ging Ruppel einen Schritt weiter: Er betonte die Schwelle, ab der es überhaupt eine rechtliche Grundlage für eine Versicherteninformation gibt. Auch diese sei auf medizinisch-wissenschaftlicher Basis sowie auf Basis der Versorgungsforschungsdaten zu ermitteln. Entscheiden, ob die Schwelle einer Gefahr oder eines konkreten Risikos erreicht sei, müsse das jede Kasse für sich. Ruppel: „Die vorausgegangenen Vorträge der beiden Kassenvertreter haben deutlich gezeigt, dass die Krankenkassen damit umgehen können." Denn Auslegung sei etwas, das die Krankenkassen mit einer Vielzahl der Regeln im SGB V geübt haben.

Auch zur Frage, welche Klientel im Zuge einer 25b-Aktion informiert werden muss, äußerte sich der Medizinrechtler. Hier kommt der allgemeine Gleichheitssatz des Artikel 3 Absatz 1 des Grundgesetzes zum Tragen. Dieser verlange, dass eine Behörde oder Körperschaft des öffentlichen Rechts „wesentlich gleiche Sachverhalte gleich behandelt". Vice versa gelte aber ebenso, dass nach der ständigen Rechtsprechung das Bundesverfassungsgerichts auch „wesentlich ungleiche Sachverhalte ungleich behandelt" werden. Das bedeute in einem konkreten Fall, dass beispielsweise ein Versicherter nicht über sämtliche im Rahmen der Datenanalyse erkannten Risiken zu informieren ist, sondern nur über jene, die Medizin und Versorgungsforschung als relevant einstufen.

Zum Schluss seines Vortrags ging Ruppel auf die Verwendung von Künstlicher Intelligenz (KI) im Zuge einer 25b-Datenanalyse ein. Sein Fazit, das jedoch in einigen Monaten schon überholt sein könnte: „Momentan nicht." Da Kranken- und Pflegekassen als Körperschaften öffentlichen Rechts umfassend an Recht und Gesetz gebunden seien, gelte hier ein wesentliches Grundrecht, das vom Bundesverfassungsgericht aus Artikel 19 Absatz 4 entwickelt wurde. Aus diesem Artikel lasse sich ableiten, dass das Grundrecht einer Datentransparenz-Norm unterworfen ist. Demnach hätten alle Bürger:innen einen Anspruch darauf, staatliche Maßnahmen rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht vollständig überprüfen zu können. So erlange dieser Artikel mit seinem Gebot des effektiven Rechtsschutzes nicht nur, dass jede Bürger:in durch alle Instanzen hindurch Gerichte anrufen kann, sondern auch, dass ein Gericht inhaltlich in der Lage sein muss zu prüfen, was eine Behörde oder Körperschaften öffentlichen Rechts wie genau getan haben. Das aber sei bei den KI-Anwendungen, die aktuell auf dem Markt sind, zumindest überwiegend nicht möglich.

Das liege daran, dass die KI ihre Methodik samt der von ihr verwandten Quellen, ihren Berechnungen und Gewichtungen nicht nur absolut transparent und nachvollziehbar auswerfen müsse, sondern auch ihre Lösungs-

und Recherchewege reproduzierbar dokumentieren muss. Solange dies nicht gewährleistet sei, wären KI-Anwendungen für Kassen tabu. Ruppel: „Wir haben das mal mit KI-Anwendungen bei medizinischen Daten probiert. Tatsächlich konnten die Ergebnisse nicht sauber reproduziert werden, was spätestens dann zum Problem werden kann, wenn sich der erste Versicherte beschwert." Das sei für deutsche Bürger:innen absolut einfach: Sie könnten dazu einfach eine Anfrage nach dem Informationsfreiheitsgesetz an die jeweilige Krankenkasse" richten und darum bitten, die Methoden einer Kasse zur Stratifizierung einer Datenanalyse vorzulegen. Diese Anfrage müsse dann die betreffende Kasse beantworten, samt Berichtspflicht an die Bundesdatenschutzbeauftragte.

Auch das sah BMG-Jurist Wagenblast in der anschließenden Podiumsdiskussion nicht ganz so eng: „KI ist ein Mantelbegriff. Grundsätzlich haben wir es zumindest nicht ausgeschlossen, dass KI genutzt wird. Wir haben das Gesetz darum technologieneutral formuliert." <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur

§ 25b SGB V: https://t1p.de/g4qpf
BfDI-Rundschreiben: https://t1p.de/jtb9y
MVF-Beitrag Ruppel/Mertens: https://t1p.de/wm1kq

Die Audio- und Videodokumentation des 8. Onlinekongresses „Impfstatus 2025" von „Monitor Versorgungsforschung" finden Sie hier: https://t1p.de/vmjek

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „§ 25b SGB V: mehr als eine Brückentechnologie", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/25), S. 24–28. http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2734

Fragen und Antworten aus der Question-and-Answer-Session (Q&A)

Q1) Wann ist die vom Gesetz und dem BfDI geforderte **Niedrigschwelligkeit** der Versicherteninformation erreicht?

A1a Zur Niedrigschwelligkeit der Information: Es reicht aus, mehrere geeignete Maßnahmen zu kombinieren (z. B. öffentliche Information, Briefe, digitale Kanäle). Es ist nicht erforderlich, alle Versicherten auf jedem Weg zu erreichen, da dies in der Praxis nicht möglich ist. Die Datenschutzbehörde setzt die Anforderungen hier teils zu hoch an.

Q2) Was heißt für den BfDI: „**wirklichkeitsnahe Möglichkeit** zur Kenntnisnahme"?

A2a Die hinreichende Wahrscheinlichkeit eines gesundheitlichen Schadens, die eine Informationspflicht auslöst, muss medizinisch-wissenschaftlich begründet werden. Es ist akzeptabel, dass nicht alle Grenzfälle eingeschlossen werden.

A2b „Man kann kombinieren, mehrere einzelne, vielleicht auch nur zwei Maßnahmen, um eine gute öffentliche Information hinzubekommen. Wenn man da von zwei, drei ausgeht, dann ist man absolut auf der sicheren Seite. Das ist niedrigschwellig."

A2c „Die Bundesbeauftragte selbst schreibt ja in ihrer Stellungnahme unter anderem, dass Offline- und vulnerable Gruppen durch die Informationsmaßnahmen nicht erreicht werden."

Q3) Wann ist eine **hinreichende Wahrscheinlichkeit** von gesundheitlichen Schäden erreicht, damit überhaupt eine § 25b-Aktion erfolgen darf?

A3a Die hinreichende Wahrscheinlichkeit eines gesundheitlichen Schadens, die eine Informationspflicht auslöst, muss medizinisch-wissenschaftlich begründet werden. Es ist akzeptabel, dass nicht alle Grenzfälle eingeschlossen werden.

A3b „Am Ende entscheiden am medizinische Daten, Studien und die Versorgungsforschung, wann eine hinreichende Wahrscheinlichkeit eines gesundheitlichen Schadens erreicht ist."

A3c „Die Verantwortung dafür, dass gestützt auf medizinische und wissenschaftliche Argumente und Begründungen informiert wird, trägt die Kranken- oder Pflegekasse."

Q4) Greifen Kranken- und Pflegekassen durch **unterlassene oder fehlerhafte Informationen** in das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit ein?

A4a „Das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit ist nach unserer Auffassung normalerweise nicht tangiert. Vielleicht abgesehen von ganz theoretischen Fällen, bei denen es durch eine unterlassene Information zu einem Gesundheitsschaden kommt, dann kann man über eine Haftung nachdenken."

Q5) Handelt es sich beim § 25b um eine **Anzeige- oder Prüfungspflicht**?

A5a „Es besteht lediglich eine klare Anzeigepflicht gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde, wenn Krankenkassen entsprechende Informationsmaßnahmen nach § 25b durchführen. Auch ist mir nicht bekannt, dass irgendeine Krankenkasse dieses Missverständnis einmal hatte. "

A5b Eine Anzeige ist in der Sekunde erfüllt, in der diese Anzeige beim BAS oder bei einer Landesaufsichtsbehörde eingegangen ist. Dafür gibt es übrigens ein Formular, das man nutzen kann. Natürlich kann man auf eine Rückmeldung warten, das ist eine Möglichkeit, aber eben kein Muss."

Q6) Ist eine **Nicht-Nutzung des Paragrafen** nicht gegen das Interesse der Versicherten, die sonst bei Nutzung des § 25b besser versorgt werden könnten?

A6a „Natürlich will der Gesetzgeber, dass der § 25b etwas bringt , darum sollen die Krankenkassen 25b-Verfahren etablieren, damit am Ende ein gesundheitlicher Benefit für ihre Versicherten entsteht."

A6b „Wenn man die Frage umkehrt, würde das bedeuten, dass eine Kasse zu jedem Zeitpunkt über alle Gesundheitsrisiken, die vorhanden sein könnten, Bescheid wissen muss und dann auch darüber informieren muss. Es ist schlicht nicht möglich, bei allen Versicherten alle Gesundheitsrisiken aus unseren Daten herauszulesen und dann auf dieser Basis auch noch anzusprechen."

A6c „Jeder Krankenkasse ist daran gelegen, dass ihre Versicherten möglichst gut und möglichst frühzeitig behandelt werden. Damit müssen sie – dort wo das möglich ist – über ihre Risiken Bescheid wissen, um sich dann informiert und bewusst entscheiden zu können, entsprechend zu agieren."



Wir nehmen Gesundheit persönlich.

Deshalb erforschen und entwickeln wir Therapien, mit denen wir Krankheiten immer gezielter behandeln, heilen oder sogar verhindern können.

Unser Anspruch: Leading where medicine is going.

Erfahren Sie mehr darüber, wie wir medizinischen Fortschritt gestalten:
innovativemedicine.jnj.com/germany

Johnson&Johnson

inside VERSORGUNGS FORSCHUNG

made in Heidelberg



© RUB, Marquard

Serie (Teil 48): Psychosomatische Versorgungsforschung, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg

Evidente (Versorgungs)-Konzepte für psychosomatische Erkrankungen

Der Lehrstuhl für Psychosomatische Versorgungsforschung an der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik des Universitätsklinikums Heidelberg ist zusammen mit Gießen und Bonn einer der ganz wenigen in Deutschland, der sich mit seiner Denomination explizit auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen konzentriert. Ins Leben gerufen wurde der Lehrstuhl mit der Ernennung von Prof. Dr. rer. nat. habil. Sebastian Kohlmann, der den Ruf auf die neu geschaffene W3-Professur 2024 angenommen hatte.

>> „Mit dem Ruf auf die neu geschaffene W3-Professur für Psychosomatische Versorgungsforschung bot sich mir die besondere Gelegenheit, an einer der größten und renommiertesten universitären Kliniken für Psychosomatische Medizin meinen eigenen Lehrstuhl aufzubauen", sagt Prof. Dr. rer. nat. habil. Sebastian Kohlmann. Sein erklärtes Ziel: die Versorgung bislang unerreichter und unterversorgter Menschen systematisch in den Fokus von Forschung, Lehre und Praxis zu rücken. Seine Forschungseinheit beschäftigt sich mit der zentralen Frage, wie Menschen mit psychischen Erkrankungen, die bislang nicht in Versorgung sind, möglichst frühzeitig identifiziert werden und dann Zugang zu evidenzbasierter Behandlung erhalten können. Diese Fragestellung ist laut Kohlmann von großer Relevanz, da trotz eines gut ausgebauten Versorgungssystems viele Betroffene keine adäquate Hilfe erhalten. Darum ist es sein Ziel, evidenzbasierte Konzepte gemeinsam mit Betroffenen, Behandelnden und Entscheidungstragenden so weiterzuentwickeln, dass diese evidenzbasierten Konzepte den Weg in die Regelversorgung finden.

Bereits im Studium hat ihn die Frage beschäftigt, wie Forschung dazu beitragen kann, dass möglichst viele Betroffene eine evidenzbasierte Behandlung erhalten. Da-



Prof. Dr. rer. nat. habil. Sebastian Kohlmann
ist seit 2024 Lehrstuhlinhaber für Psychosomatische Versorgungsforschung an der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg.

Stationen
2011–2024: Senior Researcher & Psychologischer Psychotherapeut, Klinik für Psychosomatische Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Prof. Dr. Löwe)
seit 2013: Approbation als Psychologischer Psychotherapeut, Fachkunde Verhaltenstherapie, Weiterbildungsstätten: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie Hamburg und Universität Würzburg
2010–2013: Psychologischer Liaisondienst, Universitäres Herzzentrum, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Prof. Dr. Dr. Schulz)
2009–2010: Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie, Universitätsklinikum Würzburg (Prof. Dr. Deckert)

bei hat ihn besonders fasziniert, dass psychologische Interventionen nicht nur Menschen mit psychischen Erkrankungen helfen können, sondern auch den Verlauf und die Behandlung von Menschen mit somatischen Erkrankungen positiv beeinflussen können. Während seiner Promotion im Bereich Psychokardiologie kam dann der Gedanke hinzu, dass eine frühzeitige Erkennung und direkte Einbindung der Betroffenen in den Versorgungsprozess besonders wirksam sein könnte. Diese Annahme wurde durch die Ergebnisse der DEPSCREEN-INFO-Studie gestützt. Sie zeigte, dass Patient:innen mit koronarer Herzerkrankung dann von Depressionsfrüherkennung profitieren, wenn sie aktiv in das Screening eingebunden werden. Darauf aufbauend hat Kohlmann dann diesen innovativen Ansatz um partizipative Forschungsansätze erweitert und sowohl in der primärärztlichen Versorgung als auch im Internet getestet.

Die Ausrichtung auf die Versorgung bislang unerreichter und unterversorgter Menschen ist ihm nicht nur als Wissenschaftler, sondern auch als Psychotherapeut von großer Bedeutung: Denn etwa die Hälfte aller Menschen mit psychischen Erkrankungen steht nicht im Kontakt mit dem Versorgungssystem. Und selbst unter denjenigen, die es erreichen, erhält nur ein Bruchteil eine evidenzbasierte Behandlung. „Dies spiegelt nicht nur eine massive Versorgungslücke wider, sondern auch eine zentrale Forschungslücke", erklärt Kohlmann. Genau hier setzt darum der Forschungsfokus seines Lehrstuhls an, den sein Team und er mit einem innovativen Forschungsansatz adressiert: „Wir untersuchen nicht – wie sonst üblich – einzelne Versorgungselemente wie Diagnostik oder Therapie isoliert, sondern planen unsere Projekte so, dass wir den gesamten Versorgungsverlauf analysieren können." Entscheidend dabei sei, dass Versorgungsprozesse parallel zu Erkrankungsverläufen konzeptualisiert werden – dies jedoch immer aus der Perspektive der Betroffenen. Kohlmann: „Dadurch möchten wir verstehen, welche Versorgungspfade eingeschlagen werden, an welchen Stellen Menschen aus dem System herausfallen – und welche Faktoren es ihnen ermöglichen, für sie kritische Hürden erfolgreich zu überwinden."

Die bisherigen Forschungsarbeiten konzentrieren sich dabei vor allem auf depressive Störungen und die somatische Belastungsstörung bzw. anhaltende körperliche Beschwerden. Der Grund: Beide Erkrankungen stellen – in Deutschland wie auch international – eine erhebliche Herausforderung für die jeweiligen Gesundheitssysteme dar: Sie sind weit verbreitet, werden zudem häufig zu spät oder gar nicht erkannt und anfangs oft fehlbehandelt. Zudem treten sie laut Kohlmann meist komorbid zu anderen somatischen Erkrankungen auf und verschlechtern deren Verlauf. Beide Krankheitsbilder gingen mit unspezifischen oft heterogenen Symptomen einher, sodass diese häufig nicht einer Erkrankung zugeordnet werden könnten. Dies erschwere die frühzeitige Erkennung. Von daher suchen Betroffene oft jahrelang nach Hilfe, meist ohne Zugang zu evidenzbasierter Behandlung zu erhalten.

Die Forschungsaktivitäten des Teams lassen sich grob in drei Bereiche gliedern: partizipative Forschung, klinische Forschung und Simulationsforschung. Das Universitätsklinikum Heidelberg bietet dafür ideale Voraussetzungen, wie beispielsweise mit den interdisziplinären Vernetzungsmöglichkeiten im Zentrum für Psychosoziale Medizin und der Nähe zum Deutschen Zentrum für Psychische Gesundheit. Kohlmann: „Das gibt mir die einmalige Gelegenheit, meinen versorgungswissenschaftlichen Schwerpunkt noch einmal innovativer und fächerübergreifend zu denken."

In den Forschungsprojekten sind diese Bereiche eng miteinander verknüpft. So fließen die Ergebnisse der DISCOVER- und der GET.FEEDBACK.GP-Studie in eine weiterführende Simulationsstudie ein, die die Zeit von der Erstmanifestation bis zum Erstkontakt zu einem Mental Health Professional in Deutschland darzustellen versucht. Im Bereich der partizipativen Forschung wurde zusammen mit Betroffenen ein Online-Lotse für Menschen mit anhaltenden Körperbeschwerden entwickelt, der derzeit in einer klinischen Studie zunächst auf Machtbarkeit und dann auf Wirksamkeit getestet werden soll.

Ein großer Erfolg der letzten Jahre war, dass sein Team mit Drittmittelförderung anspruchsvolle Forschungsprojekte wie DISCOVER und GET.FEEDBACK.GP realisieren konnte. „Entscheidend ist für mich dabei jedoch nicht allein die erfolgreiche Einwerbung von Fördermitteln – sondern dass wir unter teils schwierigen Bedingungen, insbesondere während der Corona-Pandemie, zwei randomisiert-kontrollierte Studien mit über tausend Teilnehmenden direkt in der Versorgung durchführen konnten", erinnert sich Kohlmann.

Die gemischten Ergebnisse der Studien GET.FEEDBACK.GP und DISCOVER machten deutlich, dass sich der mit diesen Studien getestete Ansatz nicht eins zu eins übertragen lässt. Die Erkenntnis lautete vielmehr, dass Früherkennung nur dann effektiv sein kann, wenn sie zu evidenzbasierter Versorgung führt. Und Früherkennung sollte jede adressieren, die bisher gar keinen Kontakt zum Gesundheitssystem haben.

Diese wissenschaftlichen Erkenntnisse decken sich auch mit seiner Erfahrung als Psychotherapeut: „Ich begegne häufig Patient:innen, die sich nicht zum ersten Mal in einer psychischen Krise befinden – aber zum ersten Mal in ihrem Leben mit einem Psychotherapeuten darüber sprechen. Meine Motivation, versorgungswissenschaftlich zu arbeiten, speist sich daher gleichermaßen aus meiner klinischen Erfahrung wie aus meinem wissenschaftlichen Interesse."

Die Ergebnisse dieser Studien wurden in den renommierten Fachjournalen „Lancet Psychiatry" und „Lancet Digital Health" publiziert – dies, obwohl die Studien die ursprünglichen Hypothesen nicht bestätigen konnten. Dass selbst Nullbefunde bei hoher methodischer Qualität und klinischer Relevanz international sichtbar werden, wertet er als wichtigen wissenschaftlichen Erfolg.

Darüber hinaus wurden die Forschungsarbeiten der Professur für Psychosomatische Versorgungsforschung bereits mehrfach im letzten Jahr ausgezeichnet: Sein Team konnte zum einen Posterpreise auf nationalen und internationalen Kongressen gewinnen, zum anderen wurde seine Forschung zur Früherkennung von Depressionen mit dem Hans-Roemer-Preis für psychosoziale Medizin gewürdigt. Kohlmann: „Besonders gefreut hat mich auch die starke Resonanz auf das 1. Heidelberger Symposium für Psychosomatische Versorgungsforschung, das wir im Februar organisiert haben. Die große Beteiligung zeigt, dass das Thema psychosomatische Versorgungsforschung sowohl in der Wissenschaft wie in der Praxis Anklang findet – und wir mit unserem Forschungsansatz zur richtigen Zeit am richtigen Ort sind." <<



Dr. Matthias Klee, Postdoc

>> Warum arbeiten Sie an der Professur für Psychosomatische Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg?

Mein Interesse an den Wechselwirkungen zwischen Menschen und dem System, in dem sie leben, begann bereits im Psychologiestudium. In meiner Promotion fokussierte ich auf die Auswirkungen sozioökonomischer Unterschiede auf die Risiken somatischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Die Arbeit in der Psychosomatischen Versorgungsforschung bietet mir die Möglichkeit, wissenschaftlich fundierte Lösungen für eine gerechte und effektive Gesundheitsversorgung mit zu entwickeln, die sowohl individuelle Bedürfnisse als auch institutionelle Versorgungskontexte berücksichtigen.

Was zeichnet in Ihren Augen die Professur aus?

Für mich zeichnet die Professur besonders die enge Verzahnung der Disziplinen Medizin und Psychologie aus. Die Berücksichtigung der biopsychosozialen Ursachen und Auswirkungen von Erkrankungen sowie die Entwicklung von Lösungen, die die Lebensrealitäten der Betroffenen und die praktischen Versorgungskontexte integrieren, sind einzigartig und aus meiner Sicht unerlässlich für eine nachhaltige Verbesserung des Gesundheitssystems.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Derzeit konzentriere ich mich auf die Versorgung von Menschen mit Depressionen, insbesondere darauf, wie bisher nicht versorgte Betroffene besser erreicht und Hürden im Versorgungssystem reduziert werden können. Da es an Daten über schwer erreichbare Gruppen mangelt, arbeite ich an der Synthese bestehender Daten und der Simulation individueller Versorgungswege, um effektivere und effizientere Versorgungslösungen zu entwickeln. Parallel forsche ich mit den Daten der DISCOVER-Studie und teste, inwieweit individuelle Krankheitskonzepte die Aufnahme einer evidenzbasierten Depressionstherapie vorhersagen können.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Ganz persönlich ist es mein Ziel, eine Versorgung mitzugestalten, die nicht nur Angebote bereitstellt, sondern auch auf diejenigen zugeht, die bislang übersehen, zu spät erreicht oder unzureichend behandelt werden. Mit meiner Forschung möchte ich zu einem Gesundheitssystem beitragen, das individuell und gerecht ist – eines, das alle Menschen in ihrer jeweiligen Lebensrealität annimmt. Das ist für mich eine Grundvoraussetzung für eine gesunde und nachhaltige Zukunft. <<



Moritz Thake, Wiss. Mitarbeiter und Doktorand

>> Warum arbeiten Sie an der Professur für Psychosomatische Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg?

Ich promoviere an der Professur, weil ich mich wissenschaftlich mit Themen beschäftigen möchte, die in der Praxis wirklich relevant sind. Gerade im Bereich psychischer Gesundheit gibt es viel zu tun. Am Lehrstuhl für Psychosomatische Versorgungsforschung habe ich die Chance, aktiv an Lösungen mitzuarbeiten, die Betroffenen helfen, die bisher oft nicht oder zu spät versorgt werden.

Was zeichnet in Ihren Augen die Professur aus?

Was ich an der Professur besonders schätze, ist der klare Fokus auf praxisnahe und versorgungsrelevante Forschung. Es geht nicht um Forschung um der Forschung willen, sondern darum, wie psychische Gesundheit durch wissenschaftlich fundiert Versorgung besser unterstützt werden kann. Dabei beziehen wir insbesondere auch die Perspektive von Betroffenen in unsere Forschung ein.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Ich untersuche, wie verlässlich Depressionsscreenings in zwei wichtigen Versorgungsfeldern sind: online – wo sie millionenfach genutzt und von Kassen oder Kliniken angeboten werden, aber kaum auf diagnostische Genauigkeit geprüft sind – und im hausärztlichen Setting, wo Leitlinien risikoadaptiertes Screening empfehlen, aber unklar ist, wie treffsicher das bei verschiedenen Risikogruppen funktioniert. Ziel ist eine validere Früherkennung von Betroffenen.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Ich möchte dazu beitragen, dass Betroffene von psychischen Erkrankungen nicht erst dann Hilfe bekommen, wenn der Leidensdruck übergroß ist. Es braucht mehr Forschung dazu, wie Versorgung Menschen erreichen kann, nicht nur, was dort wirkt. Mit meiner Forschung möchte ich zu einer Versorgung beitragen, die früher ansetzt und niemanden aus dem Blick verliert. <<

Literatur

Kohlmann, S., Sikorski, F., König, H. H., Schütt, M., Zapf, A., & Löwe, B. (2024). The efficacy of automated feedback after internet-based depression screening (DISCOVER): an observer-masked, three-armed, randomised controlled trial in Germany. The Lancet Digital Health, 6(7), e446-e457.
Löwe, B., Scherer, M., Braunschneider, L. E., Marx, G., Eisele, M., Mallon, T., ... & Kohlmann, S. (2024). Clinical effectiveness of patient-targeted feedback following depression screening in general practice (GET. FEEDBACK. GP): an investigator-initiated, prospective, multicentre, three-arm, observer-blinded, randomised controlled trial in Germany. The Lancet Psychiatry, 11(4), 262-273.
Fränkl, E., Hasenbank, N., Dumröse, K., Löwe, B., & Kohlmann, S. (2024). Public and patient involvement in the development of an internet-based guide for persistent somatic symptoms (GUIDE. PSS): A qualitative study on the needs of those affected. Health Expectations, 27(1), e13931.
Löwe, B., Blankenberg, S., Wegscheider, K., König, H. H., Walter, D., Murray, A. M., ... & Kohlmann, S. (2017). Depression screening with patient-targeted feedback in cardiology: DEPSCREEN-INFO randomised clinical trial. The British Journal of Psychiatry, 210(2), 132-139.

Unsere Mission:

Wir wollen **dreimal so vielen Krebspatient:innen** Zugang zu klinischen Studien geben wie bisher.

Wir wollen dadurch die Entwicklung neuer, lebensrettender Medikamente beschleunigen, mehr krebskranken Menschen früher Zugang zu innovativen Therapien ermöglichen und die Stärkung des Wissenschaftsstandorts Deutschland unterstützen.

Mehr zu unserer Forschung in Deutschland

Pfizer

Eine kritische Bestandsaufnahme sechs Jahre nach dem GSAV

Das Verfahren der anwendungsbegleitenden Datenerhebung für die frühe Nutzenbewertung

Am 16. August 2019 trat das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) in Kraft. Es wurden Änderungen in § 35a SGB V vorgenommen, die es dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ermöglichen, bei Arzneimitteln zur Behandlung eines seltenen Leidens (Orphan Drug), Arzneimitteln mit einer bedingten Genehmigung für das Inverkehrbringen (Conditional Marketing Authorisation, CMA) sowie Arzneimitteln mit einer Zulassung unter außergewöhnlichen Umständen (Marketing Authorisation under Exceptional Circumstances, MAEC) die Vorlage anwendungsbegleitender Datenerhebungen (AbD) zum Zweck einer (erneuten) Nutzenbewertung zu fordern. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Anwendungsbeobachtungen, Fall-Kontroll-Studien und Registerstudien. Randomisierte kontrollierte Studien (RCT) sind ausgeschlossen. Zum ersten Mal wurde im Rahmen des etablierten AMNOG-Verfahrens eine neue Bewertungssituation eingeführt, die regelmäßig die Einbeziehung von Daten einer Evidenzstufe unterhalb des Goldstandards RCT vorsieht.

>> Mit dem GSAV wurde auch eine Regelung in § 130b Abs. 3 SGB V eingeführt, die mit der Vorgabe in § 35a Abs. 3b SGB V in Wechselwirkung tritt. Sollte nach der Durchführung einer AbD der Zusatznutzen eines Orphan Drugs anhand der gewonnenen Daten weiterhin nicht quantifizierbar sein, hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) einen Abschlag auf den im Rahmen der Erstbewertung verhandelten Erstattungsbetrag zu vereinbaren. Bei einer alleinigen CMA oder MAEC finden ebenfalls erneute Preisverhandlungen statt.

Der Gesetzgeber formulierte folgende Ziele, die er mit dieser Gesetzesanpassung erreichen wollte: (1) Arzneimittel, die eine Zulassung auf Basis von schwacher Evidenz zugesprochen bekommen haben, insbesondere Orphan Drugs, sollen den Patientinnen und Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung (weiterhin) zügig zur Verfügung stehen und gleichzeitig soll eine bessere Datenbasis zur (erneuten) Bewertung des Zusatznutzens geschaffen werden (2). Es soll ein Anreiz geschaffen werden, AbDs durchzuführen und gleichzeitig vermieden werden, dass der Erstattungsbetrag dauerhaft gleich hoch bleibt, obwohl keine hinreichenden Belege für einen Zusatznutzen vorhanden sind [1]. Somit ist die AbD sowohl als Instrument zur Schaffung einer besseren Evidenzgrundlage als auch als Instrument zur Preisregulierung aufzufassen.

Da insbesondere Orphan Drugs zur Anwendung in kleinen Zielpopulationen vorgesehen sind, kann der G-BA die Befugnis zur Verordnung eines solchen Arzneimittels zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung auf solche Leistungserbringer beschränken, die an der geforderten AbD mitwirken. Dadurch soll sichergestellt werden, dass möglichst vollständige und valide Daten aus der Versorgung von Versicherten erfasst werden und eine nur fragmentarische Datensammlung vermieden wird [2].

Etwa 6 Jahre nach Inkrafttreten des GSAV und 5 Jahre nach der ersten Verfahrenseinleitung zur Forderung einer AbD für die Gentherapie Onasemnogene-Abeparvovec (Zolgensma®) zur Behandlung der spinalen Muskelatrophie soll mit der vorliegenden Analyse eine kritische Bestandsaufnahme des AbD-Verfahrens erfolgen. In diesem Zusammenhang werden basierend auf AMNOG-Beschlüssen im vergleichbaren Zeitraum auch Überlegungen zum zukünftigen Umgang mit Orphan Drugs im Rahmen der Nutzenbewertung diskutiert.

Zwischenbilanz der AbD-Verfahren

Der Rapid Report des IQWiG zur Generierung versorgungsnaher Daten zum Zwecke der Nutzenbewertung wurde am 24. Januar 2020 veröffentlicht. Der Beschluss zur Änderung der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) wurde zusammen mit dem Beschluss zur ersten Verfahrenseinleitung für die Gentherapie Zolgensma® im Plenum am 16. Juli 2020 gefasst. Bereits seit März 2020 prüft der G-BA laufende Zulassungsverfahren im Hinblick auf die Eignung der betreffenden Arzneimittel für eine AbD unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben.

Für das erste Screening werden vom G-BA üblicherweise verfügbare Informationen aus den Zulassungsverfahren bei der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) und aus Studienregistern verwendet. Im Allgemeinen wird bei einem Zulassungsverfahren ohne Daten aus einer RCT davon ausgegangen, dass es an aussagekräftiger Evidenz für eine Nutzenbewertung mangelt [3].

Es wurden im Zeitraum von März 2020 bis März 2025 auf Basis von 262 monitorierten Wirkstoffen insgesamt 69 Arzneimittel mit Orphan Designation und/oder möglicher CMA/MAEC identifiziert, deren Zulassungsverfahren auf Basis von einarmigen klinischen Studien erfolgte, sodass grundsätzlich von der Erforderlichkeit einer AbD auszugehen war [Abb. 1]. Eine alleinige CMA oder MAEC wurde dabei von der EMA relativ selten ausgesprochen [4]. Diese 69 Arzneimittel bildeten den Pool der vom G-BA zu beratenden möglichen AbD-Kandidaten.

Die Auswahl ist eine Einzelfallentscheidung und erfolgt laut § 54 Abs. 2 VerfO unter Berücksichtigung der Realisierbarkeit und Angemessenheit einer Datenerhebung. Dazu kann eine Recherche nach verfügbaren Registern im Anwendungsgebiet (AWG) durchgeführt werden. Zu beachten ist, dass bei der Neuentwicklung eines Registers für eine AbD mit einem Zeitbedarf von 18 bis 36 Monaten zu rechnen ist, bis die Datenerfassung beginnen kann [5]. Ebenfalls wird versucht einzuschätzen, ob ein AWG mit besonders geringer

Patientenzahl vorliegt. Man orientiert sich dabei an einer vom IQWiG vorgeschlagenen Grenze von 100 Patientinnen und Patienten, ab der ein adjustierter indirekter Vergleich methodisch sinnvoll durchführbar ist [6, 7].

Eine Vergleichstherapie wird ebenfalls bestimmt, welche die Grundlage für die Diskussionen zu möglichen Komparatoren bildet. Wirkstoffkandidaten in AWGs ohne verfügbare Therapiealternative werden üblicherweise nicht weiterverfolgt. Es ist unrealistisch anzunehmen, dass Patientinnen und Patienten mit einer schweren oder lebensbedrohlichen Erkrankung auf die Behandlung mit einem zugelassenen vielversprechenden neuen Arzneimittel verzichten. Die prospektive Erhebung von vergleichenden Daten gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf wäre zudem ethisch fragwürdig.

Sollte ein Kandidat als potenziell geeignet angesehen werden, erfolgt ein Beschluss zur Einleitung des Verfahrens und das IQWiG wird mit der Erstellung eines Konzeptes für die AbD beauftragt. Ein weiterer Beschluss zur verbindlichen Forderung der AbD wird nach einem Fachaustausch mit Registerbetreibern, betroffenen pharmazeutischen Unternehmern (pU), medizinischen Fachexperten und Vertretern vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) oder Paul-Ehrlich-Institut (PEI) gefasst.

Auf Basis von 69 Kandidaten wurden bislang 20 AbD-Verfahren eingeleitet. Von diesen wiederum konnte für 9 Wirkstoffe eine AbD gefordert werden. Nach einem Forderungsbeschluss wurden 2 AbD-Verfahren wieder eingestellt, da die pUs ihrer Pflicht zur Erstellung eines Studienprotokolls (SP) und eines Statistischen Analyseplans (SAP) nicht nachkamen. Einmal führte der Verlust der Rechtsgrundlage mit der Zulassung zu einer Verfahrenseinstellung. [Abb. 1, Tab. 1, Tab 2]. Für 8 Arzneimittel mit Verfahrenseinleitung liefen parallel RCTs in früheren Therapielinien. Davon wurden 7 Arzneimittel mit einer CMA in Verkehr gebracht [Tab 3].

Letztendlich sind bis zum 20. März 2025, etwa 6 Jahre nach Inkrafttreten des GSAV, lediglich 5 AbDs gestartet und erheben Daten aus der praktischen Anwendung der jeweiligen Arzneimittel in Deutschland.

Die Dauer eines AbD-Verfahrens vom Inkrafttreten des Forderungsbeschlusses bis zum erneuten Beschluss über die Nutzenbewertung liegt bisher bei etwa 6,5 Jahren (81 Monaten) und umfasst die SAP/SP-Erstellung seitens des pU, deren Prüfung durch das IQWiG, die Anpassung des Registers, die Phase der Rekrutierung und Datenerhebung sowie die anschließende Nutzenbewertung [8, Tab 1]. Eine Verlängerung des Verfahrens ist möglich, wenn etwa mehr Zeit für die Rekrutierung der notwendigen Patientenzahl erforderlich ist. Eine AbD kann aufgrund der gesetzlichen Vorgaben frühestmöglich mit Wirkung zum Zeitpunkt der Marktverfügbarkeit in Deutschland gefordert werden.

Nutzenbewertungen von Orphan Drugs im vergleichbaren Zeitraum

In der auf den Internetseiten des G-BA zugänglichen AMNOG-Datenbank konnten insgesamt 217 Nutzenbewertungen für Orphan Drugs identifiziert werden, deren Einleitung in den Jahren 2020 bis 2024 stattfand. Betrachtet wurden diejenigen Verfahren, bei denen der G-BA im Rahmen der gesetzlichen Zusatznutzenfiktion die Dossierbewertung durchführte und für die bis zum 20. März 2025 erstmalig ein Beschluss vorlag. Dies stellt die Evidenzbasis zu Beginn der Verfügbarkeit in Deutschland gut dar und umfasste insbesondere auch Orphan Drugs, für welche die Durchführung einer AbD diskutiert werden konnte. Eingeschlossen wurden in die vorliegende Betrachtung insgesamt 93 Bewertungsverfahren. Davon 72 Verfahren zum Zeitpunkt des erstmaligen Inverkehrbringens in Deutschland und 21 Verfahren nach Zulassung eines neuen AWGs.

Es wurden 31 Verfahren für Onkologika und 62 Verfahren in nicht-onkologischen AWGs durchgeführt. Laut den veröffentlichten Beschlussdokumenten lag bei 33 Verfahren eine besonders geringe Populationsgröße von unter 100 Patientinnen und Patienten vor [Abb. 2]. Es wurde dabei die untere Spanne der angegebenen Patientenzahl betrachtet, um unter Berücksichtigung von Unsicherheiten AWGs mit sehr kleinen Populationsgrößen sicher erfassen zu können. Bei AWGs mit mehreren vom G-BA gebildeten Teilpopulationen wurden die Patientenzahlen im Rahmen der Auswertung addiert.

Insgesamt lagen für 60 von 93 Verfahren Daten aus RCTs vor. In nicht-onkologischen AWGs wurden dabei häufiger RCTs durchge-

Übersicht über aktive AbD-Verfahren und Verfahrensdauer laufender AbD

Wirkstoff u. Handelsname Zulassungsstatus	Indikationsgebiet Wirkstoffklasse	Beschlussdatum	Erneute Nutzenbewertung
Onasemnogen – Zolgensma® Orphan Drug und CMA	Spinale Muskelatrophie ATMP: Gentherapie	Forderung: 04.02.2021 Start: 01.02.2022	01.07.2027 Verfahrensdauer: 83 Mon.
Risdiplam – Evrysdi® Ehemals Orphan Drug	Spinale Muskelatrophie Niedermolekularer Wirkstoff	Forderung: 21.07.2022 Start: 30.10.2024	01.04.2028 Verfahrensdauer: 74 Mon.
Brexucabtagen – Tecartus® Orphan Drug und CMA	MCL ab Drittlinie ATMP: CAR-T-Zellen	Forderung: 21.07.2022 Start: 21.08.2023	21.07.2028 Verfahrensdauer: 78 Mon.
Valoctocogen – Roctavian® Orphan Drug und CMA	Schwere Hämophilie A ATMP: Gentherapie	Forderung: 02.02.2023 Start: 30.08.2024	02.11.2029 Verfahrensdauer: 87 Mon.
Etranacogen – Hemgenix® Orphan Drug und CMA	Schwere Hämophilie B ATMP: Gentherapie	Forderung: 12.05.2023 Start: 30.08.2024	02.11.2029 Verfahrensdauer: 84 Mon.
Fidanacogen – Beqvez® CMA	Schwere Hämophilie B ATMP: Gentherapie	Forderung: 18.04.2024 Nicht in Verkehr	offen
Exagamglogen – Casgevy® Orphan Drug und CMA	Schwere Sichelzellkrankheit ATMP: Gentherapie	Forderung: 21.12.2023 Start: offen	offen
Odronextamab – Ordspono® Orphan Drug und CMA	DLBCL ab Drittlinie Bispezifischer Antikörper	Einleitung: 01.02.2024	offen
Epcoritamab – Tepkinly® CMA (ehemals Orphan Drug)	DLBCL ab Drittlinie Bispezifischer Antikörper	Einleitung: 16.01.2025	offen
Glofitamab – Columvi® Orphan Drug und CMA	DLBCL ab Drittlinie Bispezifischer Antikörper	Einleitung: 16.01.2025	offen
Loncastuximab – Zynlonta® CMA	DLBCL ab Drittlinie Antikörper-Wirkstoff-Konjugat	Einleitung: 16.01.2025	offen
Belumosudil – Rezurock® Nicht zugelassen	Chronische GvHD Niedermolekularer Wirkstoff	Einleitung: 20.02.2025	offen

Tab. 1: Übersicht über aktive AbD-Verfahren (Stand 18. April 2025). Abkürzungen: ATMP = Arzneimittel für neuartige Therapien, MCL = Mantelzell-Lymphom, DLBCL = Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom, GvHD = Graft-versus-Host-Disease. Quelle: Beschlüsse des G-BA von https://www.g-ba.de/anwendungsbegleitende-datenerhebung-verfahren/

führt als in onkologischen AWGs (71% vs. 52%). Der Zusatznutzen konnte auf Basis einer vorliegenden RCT jedoch lediglich in 26 von 60 Fällen quantifiziert werden. In weiteren 11 Verfahren mit RCT konnte zumindest auf Endpunktebene ein Vorteil vom G-BA abgeleitet werden, in 3 Verfahren jedoch auch ausschließlich Nachteile [Abb. 3]. Insgesamt konnte der Zusatznutzen in 66 von 93 Fällen nicht quantifiziert werden. Dabei lagen für 33 Verfahren keine für die Nutzenbewertung verwertbaren Daten vor. In 52 von 93 Verfahren wurde der Zusatznutzen alleinig auf Basis der gesetzlichen Zusatznutzenfiktion festgestellt. In nur einem Verfahren konnte der Zusatznutzen ohne RCT quantifiziert werden [9].

Lediglich 15 der 93 bewerteten Orphan Drugs erfüllten zwei zentrale AbD-Kriterien: (1) Es lag keine RCT als Bewertungsgrundlage vor und (2) das AWG umfasste mehr als 100 Patientinnen und Patienten [Abb. 2]. In dieser Gruppe wurde für 6 Wirkstoffe ein AbD-Verfahren eingeleitet.

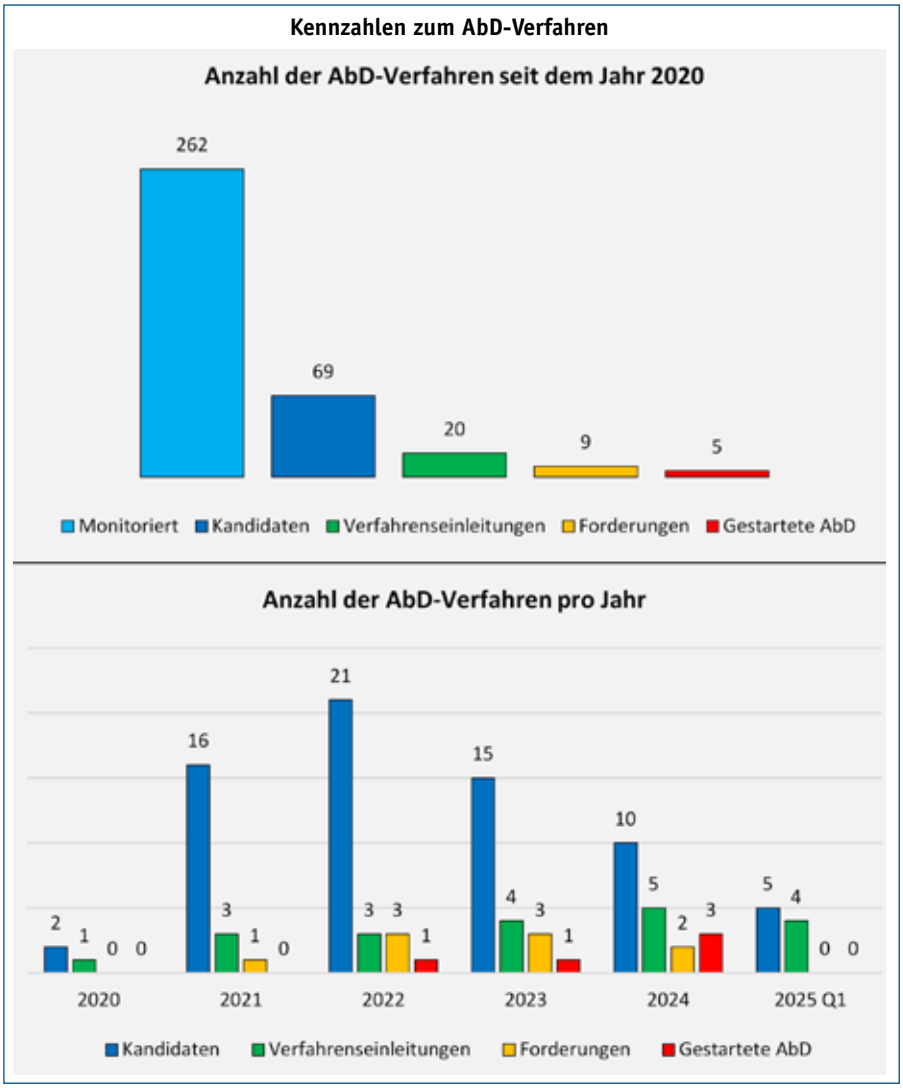


Abb. 1: Anzahl der AbD-Verfahren seit 2020 und pro Jahr (Quelle: eigene Darstellung).

Problembeschreibung des AbD-Verfahrens

1. Lange Verfahrensdauer

Es zeigt sich, dass die Verfahrensdauer einer AbD deutlich über die bisher im Rahmen des AMNOG-Verfahrens ausgesprochenen Befristungen hinausgeht. Insbesondere in dynamischen Anwendungsgebieten ist zu befürchten, dass die Versorgungsrelevanz der erhobenen Daten zum Zeitpunkt der Nutzenbewertung nicht mehr gegeben oder zumindest stark eingeschränkt ist.

Die EMA geht bei Zulassungsverfahren in onkologischen Indikationsgebieten häufig adaptiv vor. Ein Wirkstoff wird zunächst auf Basis erster klinischer Daten für ein begrenztes Patientenkollektiv mit hohem medizinischem Bedarf mit einer CMA zugelassen. Die Phase-III-RCT in einer früheren Therapielinie rekrutiert bereits und der Wirkstoff wird voraussichtlich mittelfristig in dieser neuen Behandlungssituation zugelassen und eingesetzt werden [10, 11]. Damit ergibt sich die Frage nach der zukünftigen Versorgungsrelevanz von Daten aus einer AbD, die ausschließlich das zunächst adaptiv zugelassene Anwendungsgebiet adressiert. Kritisch ist es, wenn die AbD unter Berücksichtigung bisher veranschlagter Verfahrensfristen erst dann abgeschlossen werden kann, wenn höherwertigere Evidenz in dieser früheren Therapielinie bereits absehbar vorliegt [Tab 1, Tab. 3].

Es besteht zudem das Risiko, dass die im Rahmen des Forderungsbeschlusses festgelegten Komparatoren nicht mehr dem Stand der medizinischen Erkenntnisse zum Zeitpunkt der späteren Nutzenbewertung entsprechen. Grundsätzlich gibt es zwar die Möglichkeit, die Komparatorenauswahl per Änderungsbeschluss anzupassen, insbesondere die Streichung von Wirkstoffen, auf die ein relevanter Anteil der bereits rekrutierten Patientinnen und Patienten entfällt, ist jedoch problematisch. Hierbei stehen in der AM-NutzenV zwei verfahrensrelevante Regelungen miteinander in Widerspruch. Einerseits sind laut § 7 Absatz 2a die aus einer AbD erhobenen und ausgewerteten Daten vom G-BA zur Nutzenbewertung heranzuziehen, andererseits muss die zweckmäßige Vergleichstherapie (zVT) zum Zeitpunkt des Beschlusses laut § 6 Absatz 2 dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen.

2. Sehr große Effektunterschiede nötig

Bei methodisch adäquat durchgeführten vergleichenden Studien ohne Randomisierung setzt das IQWiG voraus, dass Aussagen zum Nutzen oder Schaden einer Intervention erst dann möglich sind, wenn das 95%-Konfidenzintervall für einen beobachteten Effekt bei Endpunkten der Kategorie schwerwiegende/schwere Folgekomplikationen einen Schwellenwert von 2-5 für das relative Risiko überschreitet [12].

Dies liegt zwar unterhalb der Schwelle eines dramatischen Effekts, die AbD ist unter der Voraussetzung einer verschobenen Nullhypothese jedoch absehbar nur ausreichend

sensitiv, um sehr große Effektunterschiede bei patientenrelevanten Endpunkten nachweisen zu können. Davon ist umso weniger auszugehen, je wirksamer die als Komparator zur Verfügung stehenden Therapiealternativen sind. Obschon vielleicht technisch/administrativ umsetzbar, ist speziell der zu erwartende Erkenntnisgewinn einer AbD mit dem Vergleich von zwei oder mehr Arzneimitteln einer Wirkstoffklasse (Parallelentwicklungen) anzuzweifeln.

Hier ergibt sich ein offensichtliches Dilemma, da die AbD gerade bei Arzneimitteln ohne hinreichende Belege für einen Zusatznutzen zu niedrigeren Erstattungsbeträgen führen soll. Eine klassische Fallzahlabschätzung, wie sie im Rahmen einer klinischen Studie zur Bestätigung einer Überlegenheitshypothese durchgeführt wird, stößt bei der AbD an Grenzen. Es bestehen zudem Zweifel, wie ein Behandlungseffekt mit notwendigen Abstufungen den laut § 5 Abs. 7 AM-NutzenV vorgegebenen Nutzenkategorien zugeordnet werden soll.

Übersicht über eingestellte AbD-Verfahren und die Gründe der Einstellung

Wirkstoff u. Handelsname Zulassungsstatus	Indikationsgebiet Wirkstoffklasse	Beschlussdatum	Gründe Einstellung
Fedratinib – Inrebic® Orphan Drug	Symptomatische Myelofibrose Niedermolekularer Wirkstoff	Einleitung: 21.10.2021 Forderung: 03.11.2022 Einstellung: 01.06.2023	Opt-out durch den pU. Nach der Forderung einer AbD wurden Studienprotokoll und SAP nicht vorgelegt.
Brexucabtagen – Tecartus® Orphan Drug und CMA	ALL ab Zweitlinie ATMP: CAR-T-Zellen	Einleitung: 03.11.2022 Einstellung: 20.07.2023	Stark eingeschränkte Rekrutierbarkeit in der klinischen Praxis. Geringere Effektunterschiede erwartbar.
Exagamglogen – Casgevy® Orphan Drug und CMA	Beta-Thalassämie ATMP: Gentherapie	Einleitung: 06.07.2023 Einstellung: 01.02.2024	Eingeschränktes AWG zugelassen. Fallzahl für eine adäquate Confounder-Kontrolle nicht rekrutierbar.
Marstacimab – Hympavzi® Reguläre Zulassung	Schwere Hämophilie A oder B Monoklonaler Antikörper	Einleitung: 04.04.2024 Einstellung: 05.12.2024	Keine Zulassung als Orphan Drug und keine CMA. Fehlende Rechtsgrundlage für die Forderung einer AbD.
Epcoritamab – Tepkinly® CMA	FL ab Drittlinie Bispezifischer Antikörper	Einleitung: 04.04.2024 Einstellung: 06.03.2025	Registerbetreiber gaben an, dass in drei Jahren nur 80–90 Patienten der Zielpopulation rekrutiert werden könnten.
Odronextamab – Ordspono® Orphan Drug und CMA	FL ab Drittlinie Bispezifischer Antikörper	Einleitung: 01.02.2024 Einstellung: 06.03.2025	Registerbetreiber gaben an, dass in drei Jahren nur 80–90 Patienten der Zielpopulation rekrutiert werden könnten.
Iptacopan – Fabhalta® Orphan Drug	Paroxysmale Hämoglobinurie Niedermolekularer Wirkstoff	Einleitung: 01.08.2024 Einstellung: 20.03.2025	Aufgrund der Struktur und der Vertragsgestaltung ist das im AWG etablierte IPIG-Register für die AbD ungeeignet.
Talquetamab – Talvey® Orphan Drug und CMA	MM ab Viertlinie Bispezifischer Antikörper	Einleitung: 19.10.2023 Forderung: 18.07.2024 Einstellung: 17.04.2025	Opt-out durch den pU. Nach der Forderung einer AbD wurden Studienprotokoll und SAP nicht vorgelegt.

Tab. 2: Übersicht über eingestellte AbD-Verfahren (Stand 18. April 2025). Abkürzungen: ALL = Akute lymphatische Leukämie, FL = Follikuläres Lymphom, MM = Multiples Myelom. Quelle: Beschlüsse des G-BA von https://www.g-ba.de/anwendungsbegleitende-datenerhebung-verfahren/

3. Selbst etablierte Register nur nach Anpassung nutzbar

Für die Umsetzung einer AbD ist es vorteilhaft, ein vorhandenes Register nutzen zu können, welches bereits patientenrelevante Endpunkte erhebt und einen wesentlichen Anteil der jeweiligen Zielpopulation erfasst. Bisher waren allerdings selbst etablierte krankheitsspezifische Register nur unter dem Vorbehalt noch durchzuführender Anpassungen als Datenquelle für eine AbD geeignet.

Das IQWiG kritisierte im Rahmen der Konzepterstellung wiederholt, dass patientenberichtete Endpunkte und unerwünschte Ereignisse nicht in ausreichendem Umfang erhoben werden, dass die Basisdaten relevante Störgrößen (Confounder) für indirekte Vergleiche nicht umfassten und dass die Maßnahmen zur Gewährleistung von Vollständigkeit und Richtigkeit der erfassten Daten (Source Data Verification) nicht ausreichten. Die klinischen Krebsregister waren bisher aufgrund des geringen Umfanges des festgelegten onkologischen Basisdatensatzes in keinem Fall als Datenquelle für eine AbD geeignet [13, 14]. Die Möglichkeit, im Rahmen einer AbD oder Nutzenbewertung auf historische Daten aus klinischen Registern für adjustierte indirekte Vergleiche zurückzugreifen, bleibt aufgrund der genannten Mängel bisher grundsätzlich verwehrt.

Probleme können sich ergeben, wenn aufgrund des Fehlens eines geeigneten Registers die AbD trotz unzureichender Evidenz zunächst nicht gefordert wird. Aus Gründen der Gleichbehandlung kann es dann notwendig sein, zu einem späteren Zeitpunkt eine AbD durchzuführen, wenn ein Register zur Verfügung steht und die AbD für einen Wirkstoff im gleichen AWG diskutiert wird [15]. Dem entgegen steht die Verhältnismäßigkeit der Durchführung einer Datenerhebung für einen unter Umständen mehrere Jahre nach dem Inverkehrbringen zwischenzeitlich in der Praxis etablierten Wirkstoff.

4. Hoher administrativer Aufwand

AbDs sind mit einem hohen administrativen Aufwand verbunden. Dies ist hauptsächlich auf die hohen Anforderungen an den Datenumfang und die Datenqualität zurückzuführen. Obwohl der Gesetzgeber festgelegt hat, dass die Datenerhebung anwendungsbegleitend erfolgen soll und keine Einschränkungen für die verordnenden Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich der Arzneimittelversorgung bestehen (keine Randomisierung oder Studienvorgaben), muss die AbD dennoch zum Zweck der Nutzenbewertung durchgeführt werden [1].

Insbesondere die Umsetzung der Erhebung von patientenberichteten Endpunkten ist mit einem hohen personellen und logistischen Aufwand verbunden. Hierbei ist auch das enge zeitliche Toleranzfenster der Datenerfassung für den jeweiligen Patienten zu be-

rücksichtigen [16, 17]. Zudem stellen die Anforderungen an die Source Data Verification Registerbetreiber und Leistungserbringer vor Herausforderungen [17].

Da die auf Kosten des pUs generierten Daten bei der erneuten Nutzenbewertung laut § 7 Abs. 2a AM-NutzenV berücksichtigt werden müssen, ist eine umfangreiche Prüfung und Beratung der jeweiligen AbD-Projekte seitens des G-BA im Vorfeld erforderlich. Beim IQWiG werden wichtige Ressourcen durch die Konzepterstellung sowie die Abnahme von Studienprotokollen und statistischen Analyseplänen gebunden.

5. Negative Effekte der Versorgungsbeschränkung

Das Verordnungsverhalten von Leistungserbringern wird wahrscheinlich beeinflusst, falls für einen Wirkstoff eine AbD mit Versorgungsbeschränkung gefordert wurde, für den es mindestens eine aktuelle und von Leitlinien empfohlene Alternative gibt, deren Verordnung jedoch nicht eingeschränkt ist. Angesichts des mit einer AbD verbundenen zusätzlichen Aufwandes ist es möglich, dass im Praxisalltag auf diese alternative Therapie ausgewichen wird. Eine Verschiebung von Patientenflüssen findet dann statt und erschwert die Generierung von Daten zum Zielwirkstoff.

Wenn es möglich ist, sollte für mehrere neue Arzneimittel im gleichen AWG eine gemeinsame AbD durchgeführt werden. Die Datenerhebung auf Basis eines Masterprotokolls im selben Register oder in derselben Plattformstudie mit einer gemeinsamen Kontrollgruppe kann den administrativen Aufwand und die Kosten für die teilnehmenden pUs reduzieren [18]. Wenn für mehrere Wirkstoffe im gleichen AWG eine AbD mit Versorgungsbeschränkung durchgeführt werden soll, hätte allerdings der pU, welcher sich der AbD verweigert und eine erneute Erstattungsbetragsverhandlung mit dem GKV-SV forciert, einen Wettbewerbsvorteil gegenüber Mitbewerbern, die sich bemühen, weitere Evidenz zu generieren.

6. Überschätzung der verfügbaren Patientenzahl

Üblicherweise erfolgt eine Abschätzung der verfügbaren Patientenzahl durch das IQWiG im AbD-Konzept auf Basis öffentlich verfügbarer Informationen, insbesondere unter Berücksichtigung von bereits im Rahmen der Nutzenbewertung getroffenen Beschlüssen. Ohne adäquate Daten zur erwartbaren Effektivität ist eine Fallzahlabschätzung allerdings mit hohen Unsicherheiten verbunden.

Der Grund für 3 Verfahrenseinstellungen in den Indikationsgebieten follikuläres Lymphom und akute lymphatische Leukämie war eine in der Praxis geringere rekrutierbare Patientenzahl, die nach Einschätzung der Fachexperten und Registerbetreiber deutlich unter der vom IQWiG herangezogenen, hypothetisch existierenden Patientenzahl lag [19, 20]. Auch können Verfahren zur Confounder-Adjustierung dazu führen, dass durch Trimming weniger Patienten in die Analysen eingehen. Es sind also höhere Fallzahlen zum Nachweis eines Effektes nötig, als zunächst errechnet [17, 21]. Einer Vollerhebung aller verfügbaren Patienten als Berechnungsgrundlage ist generell als unrealistisch anzusehen.

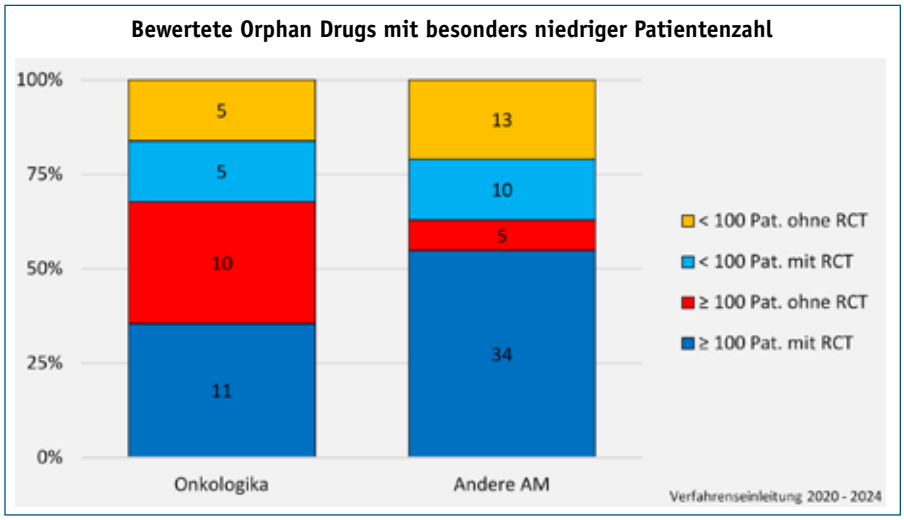


Abb. 2: Bewertete Orphan Drugs mit besonders niedriger Patientenzahl (Quelle: eigene Darstellung).

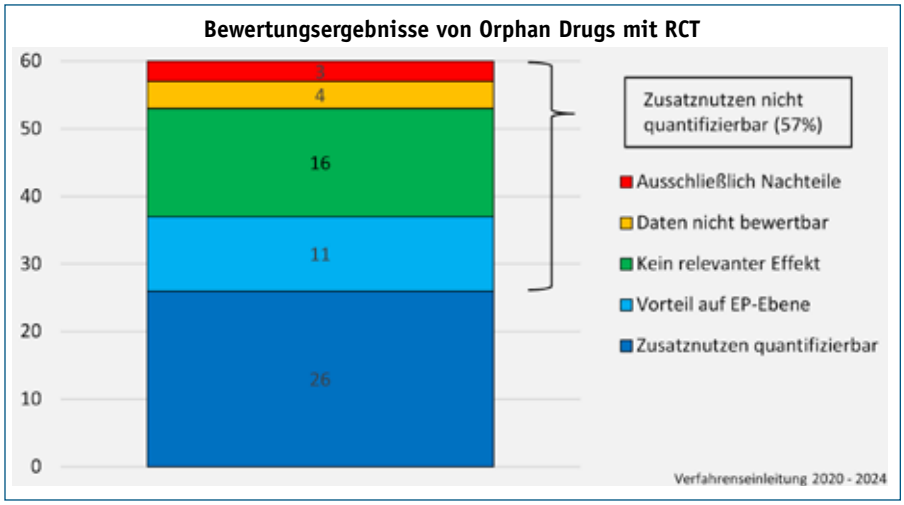


Abb. 3: Bewertetungsergebnisse von Orphan Drugs mit RCT (Quelle: eigene Darstellung).

Schlussfolgerungen

Das AbD-Verfahren bleibt hinter den Erwartungen zurück. Der Gesetzgeber ging ursprünglich davon aus, dass etwa 9 bis 10 AbDs pro Jahr vom G-BA gefordert werden [1]. Nach 5 Jahren Verfahrenspraxis zeigt sich vor allem, dass die Realisierbarkeit und Angemessenheit einer AbD in vielen Fällen bereits im Vorfeld infrage gestellt werden kann. Schon zu Beginn wurde das Verfahren lediglich als Notlösung im Einzelfall angesehen [22].

Die Zahl der infrage kommenden Kandidaten reduziert sich, da für Orphan Drugs mehrheitlich Daten aus RCTs als Evidenz für eine Nutzenbewertung zur Verfügung stehen. Dies trifft insbesondere für nicht-onkologische Indikationen zu. Zudem wird eine relevante Anzahl von Orphan Drugs auf Basis von ein-

AbD-Verfahren mit laufenden RCTs in früherer Linie und Auflagen der EMA zur Erfüllung der CMA		
Wirkstoff u. Handelsname Fristen aus der CMA	**Indikationsgebiet Beschlussdatum**	**Laufende RCTs in früheren Linien**
Loncastuximab - Zynlonta® CMA: Ergebnisse der Studie LOTIS 5 bis Q4/2025	DLBCL ab Drittlinie Einleitung: 16.01.2025	Loncastuximab mit Rituximab versus Chemoimmuntherapie bei Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem DLBCL (LOTIS-5) – Primärer Endpunkt: 30.06.2025 / Einleitung bis erstes Studienziel: **etwa 5 Monate**
Odronextamab - Ordspono® CMA: Ergebnisse der Studie OLYMPIA-4 bis Q4/2028	DLBCL ab Drittlinie Einleitung: 01.02.2024	Odronextamab mit Chemotherapie versus Rituximab mit Chemotherapie bei nicht vorbehandelten Patienten mit DLBCL (OLYMPIA-3) – Primärer Endpunkt: 18.09.2028 / Einleitung bis erstes Studienziel: **etwa 56 Monate** Odronextamab versus Chemotherapie/ASZT bei Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem aggressivem B-Zell-NHL (OLYMPIA-4) – Primärer Endpunkt: 14.05.2027 / Einleitung bis erstes Studienziel: **etwa 39 Monate**
Epcoritamab - Tepkinly® CMA: Ergebnisse der Studie EPCORE DLBCL-1 bis Q4/2024	DLBCL ab Drittlinie Einleitung: 16.01.2025	Epcoritamab mit R-CHOP versus R-CHOP bei nicht vorbehandelten Patienten mit DLBCL (EPCORE DLBCL-2) – Primärer Endpunkt: xx.06.2027 / Einleitung bis erstes Studienziel: **etwa 29 Monate** Epcoritamab versus Chemotherapie bei Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem DLBCL (EPCORE DLBCL-1) – Primärer Endpunkt: xx.12.2025 / Einleitung bis erstes Studienziel: **etwa 11 Monate**
Glofitamab - Columvi® CMA: Ergebnisse der Studie GO41944 bis Q3/2024	DLBCL ab Drittlinie Einleitung: 16.01.2025	Glofitamab mit GemOx versus Rituximab mit GemOx bei Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem DLBCL (GO41944) – Primärer Endpunkt: 15.02.2026 / Einleitung bis erstes Studienziel: **etwa 13 Monate**
Epcoritamab - Tepkinly® CMA: Ergebnisse der Studie EPCORE FL-1 bis Q4/2030	FL ab Drittlinie Einleitung: 04.04.2024	Epcoritamab mit Rituximab und Lenalidomid versus Chemoimmuntherapie bei nicht vorbehandelten Patienten mit FL (EPCORE FL-2) – Primärer Endpunkt: xx.11.2037 / Einleitung bis erstes Studienziel: **etwa 163 Monate** Epcoritamab mit Rituximab und Lenalidomid (R2) versus R2 bei Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem FL (EPCORE FL-1) – Primärer Endpunkt: xx.10.2030 / Einleitung bis erstes Studienziel: **etwa 78 Monate**
Odronextamab - Ordspono® CMA: Ergebnisse der Studie OLYMPIA-5 bis Q3/2031	FL ab Drittlinie Einleitung: 01.02.2024	Odronextamab Monotherapie versus Rituximab mit Chemotherapie bei nicht vorbehandelten Patienten mit FL (OLYMPIA-1) – Primärer Endpunkt: 04.04.2029 / Einleitung bis erstes Studienziel: **etwa 62 Monate** Odronextamab mit Lenalidomid versus Rituximab mit Lenalidomid bei Patienten mit rezidiviertem/refraktärem FL/MZL (OLYMPIA-5) – Primärer Endpunkt: 23.01.2029 / Einleitung bis erstes Studienziel: **etwa 60 Monate**
Talquetamab - Talvey® CMA: Ergebnisse der Studie MonumenTAL-3 bis Q2/2027	MM ab Viertlinie Einleitung: 19.10.2023	Talquetamab mit DaraPom versus DaraPomDex bei Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem MM (MonumenTAL-3) – Primärer Endpunkt: 06.02.2026 / Einleitung bis erstes Studienziel: **etwa 28 Monate**
Belumosudil - Rezurock® *Nicht zugelassen*	Chronische GvHD Einleitung: 20.02.2025	Belumosudil mit Kortikosteroiden versus Kortikosteroide in Patienten ab 12 J. mit neu diagnostizierter chronischer GvHD (ROCKnrol-1) – Primärer Endpunkt: 29.09.2028 / Einleitung bis erstes Studienziel: **etwa 43 Monate**

Tab. 3: AbD-Verfahren mit laufenden RCTs in früherer Linie (Stand 22. April 2025). Abkürzungen: DLBCL = Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom, ASZT = autologe Stammzelltransplantation, NHL = Non-Hodgkin-Lymphom, FL = Follikuläres Lymphom, MM = Multiples Myelom, MZL = Marginalzonenlymphom, J. = Jahre, GvHD = Graft-versus-Host-Disease. Quelle: Beschlüsse des G-BA von https://www.g-ba.de/anwendungsbegleitende-datenerhebung-verfahren/ und Informationen von https://clinicaltrials.gov/

armigen Studien in AWGs mit besonders geringen Patientenzahlen zugelassen, in denen eine AbD aus methodischen Gründen nicht umsetzbar ist [Abb. 2].

Qualitätsmängel innerhalb der vorgelegten RCTs, wie ein nicht dem aktuellen Therapiestandard entsprechender Komparator oder eine zu kurze vergleichende Studiendauer bei einer chronischen Erkrankung, sind Gründe, weshalb sich der Zusatznutzen nicht quantifizieren lässt. Häufig zeigen sich aber auch keine Vorteile in vom G-BA akzeptierten patientenrelevanten Endpunkten [Abb. 4]. Laborparameter ohne Symptombezug werden vom G-BA bislang nicht akzeptiert. Im Rahmen der Kandidatenauswahl kann jedoch vorab keine umfassende methodische und inhaltliche Prüfung der identifizierten Studien durchgeführt werden. Dies obliegt der anschließenden Nutzenbewertung.

Bestehende Evidenzlücken erst nach der Zulassung mit einer AbD zu schließen, ist mit hohen Hürden verbunden. In vielen Fällen ist es für ein Orphan Drug nach Marktverfügbarkeit nicht mehr möglich, die notwendige vergleichende Evidenz zur Quantifizierung des Zusatznutzens zu generieren, insbesondere in einem praktikablen Zeitrahmen und mit vertretbarem Aufwand. Bei einer CMA ist oft hochwertige RCT-Evidenz in einer früheren Therapielinie erwartbar. Insgesamt handelt es sich bei der AbD um ein komplexes Verfahren, das mit einem erheblichen Aufwand und Ressourceneinsatz verbunden ist, sowohl für den G-BA, die Registerbetreiber und die versorgungsbefugten Leistungserbringer als auch das IQWiG.

Aufgrund der geringen Anzahl geeigneter Kandidaten ist das Potenzial für Kostensenkungen durch nachgelagerte AbDs im Vergleich zum gesamten AMNOG-Verfahren als marginal einzuschätzen. Angesichts der schnellen Innovationszyklen in der pharmazeutischen Industrie und der langen Verfahrensdauer ist zudem die Schaffung versorgungsrelevanter Erkenntnisse oft fraglich. Aufgrund der vom G-BA beschlossenen Fristen werden zwar erst ab dem Jahr 2027 Erfahrungen zu den Ergebnissen der laufenden AbDs vorliegen, jedoch erweist sich das Verfahren bereits zum jetzigen Zeitpunkt als ungeeignet, das Problem der oft schlechten Evidenzgrundlage bei Orphan Drugs zu lösen und die hohen Therapiekosten wirksam zu regulieren.

Ausblick und Vorschläge

RCTs bleiben auch zukünftig der Goldstandard im Rahmen der Zulassung und der Nutzenbewertung [23]. Zahlreiche Bewertungsverfahren in den vergangenen 5 Jahren haben gezeigt, dass RCTs auch in Patientengruppen mit seltenen Erkrankungen erfolgreich durchführbar sind.

Vorteile von RCTs bei seltenen Erkrankungen können darin bestehen, dass die benötigte Patientenzahl geringer sein kann als bei einer AbD, da keine Confounder-Adjustierung erforderlich ist. Zudem ist eine RCT bei zu erwartenden geringen bis moderaten Effektstärken das geeignetere Instrument.

Primäres Ziel sollte es daher sein, RCTs durchzuführen und die Qualität von geplanten RCTs zu verbessern, um diese nicht nur

für den Zulassungsprozess, sondern auch für die Nutzenbewertung oder das EU-HTA-Verfahren verwenden zu können. Nur so kann der maximale Nutzen und Erkenntnisgewinn aus einem Studienprogramm gezogen werden. Die in § 35a Abs. 7 SGB V verankerte Möglichkeit für frühe Beratungen beim G-BA unter Beteiligung von BfArM oder PEI sollte in jedem Fall genutzt und die Empfehlungen berücksichtigt werden.

Falls RCTs nicht durchführbar sind, empfiehlt es sich, vergleichende Daten zum natürlichen Verlauf der Erkrankung oder zum bisherigen Therapiestandard parallel zur Zulassungsstudie prospektiv zu erheben, um diese bereits für die Nutzenbewertung vorlegen zu können. Hierfür sollten etablierte Register gezielt angepasst und genutzt werden.

Für die EMA sind statistische Modelle und Tests, in denen Daten aus einarmigen Studien mit externen Kontrollen verglichen werden, nicht zum Nachweis der Wirksamkeit ausreichend, da weder Modellierungsverfahren noch Matchingansätze die Verzerrung ausreichend reduzieren könnten. Externe Daten aus Registern könnten deshalb lediglich unterstützend herangezogen werden [23, 24].

Das Zulassungsverfahren setzt somit bislang keine ausreichenden Anreize, um in den Ausnahmesituationen, in denen einarmige Studiendaten zur Nutzen-Risiko-Abwägung akzeptiert werden, geeignete Daten für adjustierte indirekte Vergleiche bereits vorab zu erheben.

Orphan Drugs werden schon in der ersten Umsetzungsstufe des EU-HTA-Verfahrens erfasst, wenn es sich um Onkologika oder ATMPs handelt. Für alle weiteren Orphan Drugs wird ab dem 13. Januar 2028 eine gemeinsame europäische klinische Bewertung durchgeführt [25]. Das EU-HTA-Verfahren ist grundsätzlich als vergleichende Bewertung angelegt. Im Rahmen des Scoping-Prozesses wird auch für ein Orphan Drug ein vollständiges PICO mit einem Komparator zur Festlegung des Bewertungsumfanges erstellt [26].

Es bietet sich somit an, über den zukünftigen Umgang mit Orphan-Drugs im nachgelagerten nationalen AMNOG-Verfahren erneut zu diskutieren. Im Sinne einer Vereinheitlichung des Vorgehens wäre es nur konsequent, die Nutzenbewertung aller Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen unabhängig vom Orphan-Drug-Status gegenüber einer zVT transparent durchzuführen. Für eine vergleichende Bewertung kann, wie mit der Änderung der AM-

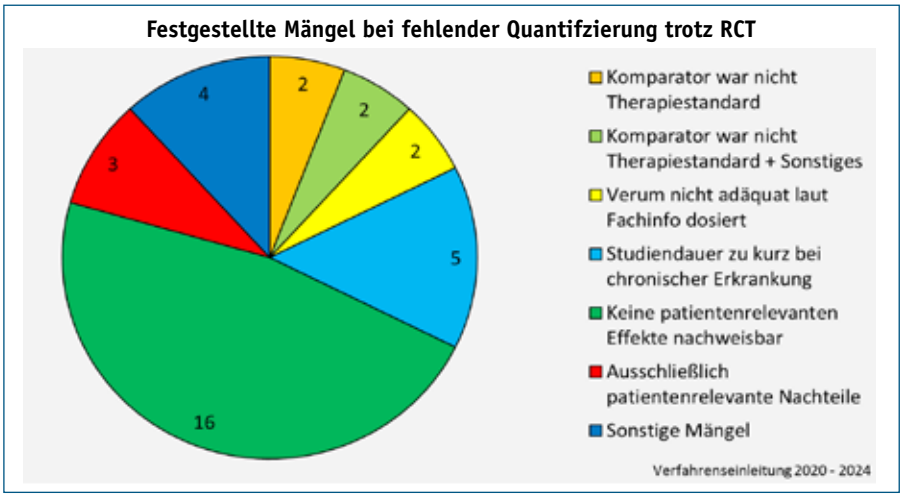


Abb. 4: Festgestellte Mängel bei fehlender Quantifzierung trotz RCT (Quelle: eigene Darstellung).

NutzenV vom 27. Juli 2023 klargestellt, auch Best-Supportive-Care, beobachtendes Abwarten oder ein Off-Label-Use infrage kommen.

Die vorhandene Evidenz wird wahrscheinlich in einer relevanten Anzahl von Bewertungsverfahren nicht zur Ableitung eines Zusatznutzen ausreichen. Entsprechende Anreize für Orphan Drugs in Therapiegebieten mit hohem medizinischem Bedarf oder wenn es aufgrund der besonders geringen Patientenzahl nicht möglich ist, adjustierte indirekte Vergleiche durchzuführen, könnten stattdessen auf der Ebene der Vereinbarungen über Erstattungsbeträge in § 130b SGB V gesetzt werden.

Bei einer regulären Nutzenbewertung von Orphan Drugs gegenüber einer zVT wäre die Doppelarbeit im Rahmen der erneuten Bewertung nach dem Überschreiten der Umsatzschwellen von 30 Mio. Euro verzichtbar und der AbD würde die gesetzliche Grundlage entzogen. Wenn der Zusatznutzen nicht nachgewiesen werden kann, besteht bereits jetzt laut § 35a Abs. 5 SGB V die Möglichkeit für den pU, auf freiwilliger Basis zusätzliche Evidenz zu schaffen und eine Nutzenbewertung aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse zu beantragen.

Das Verfahren der AbD sollte perspektivisch eingestellt werden, da sich die vom Gesetzgeber formulierten Ziele in der Praxis nicht realisieren lassen. Es sind weder systemrelevante Einsparungen mit AbDs zu erzielen noch lässt sich durch diese die schlechte Evidenzlage zum Zeitpunkt der Zulassung von Orphan Drugs zeitnah und umfassend verbessern. Die methodischen Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Befassung mit AbDs sollten für zukünftige Studienplanungen und Zulassungsverfahren sowie zur Qualitätsverbesserung der Registerlandschaft in Deutschland genutzt werden.

Zusammenfassung

Das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) führte im Jahr 2019 die anwendungsbegleitende Datenerhebung (AbD) als neues Instrument zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit eingeschränkter Evidenz – insbesondere Orphan Drugs – ein. Ziel war es, durch nachgelagerte Datenerhebungen in der Versorgungspraxis eine bessere Grundlage für eine erneute Nutzenbewertung zu schaffen. Trotz anfänglich hoher Erwartungen wurden seit 2020 lediglich 5 AbD-Verfahren tatsächlich umgesetzt. Die Verfahren erweisen sich als aufwendig, langwierig, administrativ komplex und methodisch oft wenig zielführend. Probleme liegen u. a. in der geringen Verfügbarkeit geeigneter Patientinnen und Patienten, dem Mangel an geeigneten Registern, hohen Anforderungen an die Datenqualität und der geringen Aussagekraft nicht-randomisierter Studien. Die erwartete Verbesserung der Evidenz und Kostenkontrolle ist unrealistisch. Stattdessen empfehlen sich auch bei seltenen Erkrankungen qualitativ hochwertige randomisierte Studien. Das Verfahren der AbD sollte daher auslaufen, da es weder effizient noch wirksam ist. Es wird vorgeschlagen, dass zukünftig auch für Orphan Drugs eine reguläre Nutzenbewertung gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie (zVT) vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) durchgeführt wird. Anreize für Orphan Drugs könnten auf der Ebene der Vereinbarungen

Zitationshinweis

Jantschak et al.: „Das Verfahren der anwendungsbegleitenden Datenerhebung in der frühen Nutzenbewertung", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/25), S. 34–41. http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2737

über Erstattungsbeträge in § 130b SGB V gesetzt werden. Falls randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) nicht durchführbar sind, empfiehlt es sich, vergleichende Daten zum natürlichen Verlauf der Erkrankung oder zum bisherigen Therapiestandard parallel zur Zulassungsstudie prospektiv zu erheben, um diese bereits für die Nutzenbewertung vorlegen zu können. Hierfür sollten etablierte Register gezielt angepasst und genutzt werden. Die bisherigen Erfahrungen mit AbDs können zur Verbesserung von Studiendesigns und Registerqualität beitragen. <<

von:

Dr. rer. nat. Florian Jantschak[1]
(ORCID: 0009-0007-8254-5491)
Dr. med. Katharina Wenzel-Seifert[2]
(ORCID: 0009-0005-2549-3301)
Dr. rer. nat. Tilman Broicher[3]
(ORCID: 0009-0001-0474-5339)
Dr. med. Maike Schier[4]
(ORCID: 0009-0006-1666-1323)

1: Seniorreferent der Abteilung Arzneimittel bei der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
2: Referentin der Abteilung Arzneimittel und Notfallmedizin bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)
3: Seniorreferent der Abteilung Arzneimittel bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)
4: Referentin der Abteilung Arzneimittel und Notfallmedizin bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen. Die vorliegende Publikation spiegelt die Sichtweisen und Schlussfolgerungen der Autor:innen wider.

Literatur

Alle online verfügbaren Quellen wurden am 21. April 2025 abgerufen.

1. Deutscher Bundestag (2019): Entwurf eines Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung. Drucksache 19/8753. Online verfügbar unter https://dserver.bundestag.de/btd/19/087/1908753.pdf
2. Gemeinsamer Bundesausschuss (2022): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage XII - Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V Risdiplam (Spinale Muskelatrophie); Beschränkung der Versorgungsbefugnis. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8664/2022-07-21_AM-RL-XII_Risdiplam_AbD-004_Versorgungsbeschraenkung_TrG.pdf
3. Gemeinsamer Bundesausschuss (2023): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einleitung eines Verfahrens zur Forderung einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung und von Auswertungen nach § 35a Absatz 3b des Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V): Talquetamab (rezidiviertes und refraktäres multiples Myelom, mind. 3 Vortherapien). Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/40-268-9888/2023-10-19_AM-RL-XII_Einleitung-AbD_Talquetamab_2023-AbD-005_TrG.pdf
4. European Medicines Agency: Medicines data table. Online verfügbar unter https://www.ema.europa.eu/en/medicines/download-medicine-data
5. Niemeyer A., Kluge S., Gurisch C. et al. (2021): Positionspapier des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) zur anwendungsbegleitenden Datenerhebung nach Sozialgesetzbuch V. Das Gesundheitswesen; 83(04): 309 - 313. DOI: 10.1055/a-1391-390
6. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2024): AbD-Konzept Marstacimab (Hämophilie A und B). Projekt A24-39. IQWiG-Bericht Nr. 1834. Online verfügbar unter https://www.iqwig.de/download/a24-39_marstacimab_abd-konzept_v1-0.pdf
7. Gemeinsamer Bundesausschuss (2025): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einstellung eines Beratungsverfahrens nach § 35a Absatz 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) Odronextamab (rezidiviertes oder refraktäres follikuläres Lymphom, mindestens 2 Vortherapien); Forderung einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung und von Auswertungen. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/40-268-11267/2025-03-06_AM-RL-XII_Einstellung-Beratungsverfahren_Odronextamab_2023-AbD-009_TrG.pdf
8. Gemeinsamer Bundesausschuss (2023): Abbildung zum Verfahrensablauf einer AbD. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5444/2023-02-20_G-BA_Anwendungsbegleitende-Datenerhebung_bf.pdf
9. Gemeinsamer Bundesausschuss (2021): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage XII - Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V Atidarsagen autotemcel (Metachromatische Leukodystrophie mit biallelischer Mutation im ARSA-Gen). Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5103/2021-11-04_AM-RL-XII_Atidarsagen-autotemcel_D-678.pdf
10. European Medicines Agency (2016): Final report on the adaptive pathways pilot. EMA/276376/2016. Online verfügbar unter https://www.ema.europa.eu/en/documents/report/final-report-adaptive-pathways-pilot_en.pdf
11. European Medicines Agency: Conditional marketing authorisation. Online verfügbar unter https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory-overview/marketing-authorisation/conditional-marketing-authorisation
12. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2020): Konzepte zur Generierung versorgungsnaher Daten und deren Auswertung zum Zwecke der Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach § 35a SGB V - Rapid Report. Version 1.1. Auftrag A19-43. IQWiG-Bericht Nr. 863. Online verfügbar unter https://www.iqwig.de/download/a19-43_versorgungsnahe-daten-zum-zwecke-der-nutzenbewertung_rapid-report_v1-1.pdf
13. Cakir M., Starke P., Nolting A. et al. (2025): Versorgungsnahe Daten zur Bewertung der vergleichenden Effektivität von medizinischen Behandlungen: eine Bestandsaufnahme der verfügbaren Datenquellen in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung von Registern. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen; Volume 194, 1 - 7. Online verfügbar unter https://doi.org/10.1016/j.zefq.2025.01.008
14. Vervölgyi V., Kaiser T. (2024): Datenerhebungen zu Arzneimitteln - eine Perspektive für die Krebsregister. Die Onkologie; Volume 30, 289 - 295. Online verfügbar unter https://doi.org/10.1007/s00761-023-01443-5
15. Gemeinsamer Bundesausschuss (2025). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einleitung eines Verfahrens zur Forderung einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung und von Auswertungen nach § 35a Absatz 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V): Loncastuximab tesirin (rezidiviertes oder refraktäres diffus großzelliges B-Zell-Lymphom). Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/40-268-11128/2025-01-16_AM-RL-XII_Einleitung-AbD_Loncastuximab-tesirin_2022-AbD-004_TrG.pdf
16. Singer S., Bayer O., Schranz M. et al. (2024): „Patient-reported outcomes" in medizinischen Registern. Die Onkologie; Volume 30, 304 - 311. Online verfügbar unter https://doi.org/10.1007/s00761-024-01494-2
17. Gemeinsamer Bundesausschuss (2024): Workshop anwendungsbegleitende Datenerhebung (AbD) - Zusammenfassung. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5701/Zusammenfassung_AbD_Workshop_final.pdf
18. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2022): Wissenschaftliche Ausarbeitung eines Konzeptes zur Generierung versorgungsnaher Daten und deren Auswertung zum Zwecke der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V in der Situation des Marktzugangs mehrerer Arzneimittel einer Wirkstoffklasse – Rapid Report. Version 1.0. Auftrag A21-37. IQWiG-Bericht Nr. 1339. Online verfügbar unter https://www.iqwig.de/download/a21-37_abd-bei-marktzugang-mehrerer-arzneimittel-einer-wirkstoffklasse_rapid-report_v1-0.pdf
19. Gemeinsamer Bundesausschuss (2023): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einstellung eines Beratungsverfahrens nach § 35a Abs. 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) Brexucabtagen Autoleucel (rezidivierte oder refraktäre B-Zell Vorläufer akute lymphatische Leukämie); Forderung einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung und von Auswertungen. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/40-268-9652/2023-07-20_AM-RL-XII_Einstellung-Beratungsverfahren_Brexucabtagen-Autoleucel-2022-AbD-008_TrG.pdf
20. Gemeinsamer Bundesausschuss (2025): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einstellung eines Beratungsverfahrens nach § 35a Absatz 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) Epcoritamab (rezidiviertes oder refraktäres follikuläres Lymphom, mindestens 2 Vortherapien); Forderung einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung und von Auswertungen. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/40-268-11272/2025-03-06_AM-RL-XII_Einstellung-Beratungsverfahren_Epcoritamab_2023-AbD-011_TrG.pdf
21. Wilken M., Berkemeier F. (2024): Machbarkeit und Praktikabilität der anwendungsbegleitenden Datenerhebung (AbD). Monitor Versorgungsforschung; 02/24, 62 – 68. Online verfügbar unter http://doi.org/10.24945/MVF.02.24.1866-0533.2595
22. Bickel B., Jantschak F. (2022): Bedeutung der Anwendungsbegleitenden Datenerhebung für die KBV. Springer Medizin, Schriftenreihe „Interdisziplinäre Plattform zur Nutzenbewertung"; Ausgabe 15, 52 - 62. Online verfügbar unter https://www.aerztezeitung.de/Dateien/Weiterentwicklung-des-AMNOG-mit-Augenmass-u-Evidenz-d-570.pdf
23. European Medicines Agency (2025): Joint HTAb-regulatory perspectives on understanding evidence challenges, managing uncertainties and exploring potential solutions - Outcome of a workshop series between HTA bodies and regulators. EMA/115125/2025. Online verfügbar unter https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/joint-htab-regulatory-perspectives-understanding-evidence-challenges-managing-uncertainties-exploring-potential-solutions_en.pdf
24. Schüßler-Lenz M., Hofner B. (2024): Arzneimittelzulassung im Bereich seltener Erkrankungen: die europäische regulatorische Perspektive am Beispiel der Gen- und Zelltherapeutika. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen; Volume 189, 73 - 81. Online verfügbar unter https://doi.org/10.1016/j.zefq.2024.08.007
25. The European Parliament and the Council of the European Union (2021): Regulation (EU) 2021/2282 of the European Parliament and of the Council of 15 December 2021 on health technology assessment and amending Directive 2011/24/EU. Online verfügbar unter https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32021R2282
26. HTA Coordination Group (2024): Guidance on the scoping process. Version 1.0. Online verfügbar unter https://health.ec.europa.eu/document/download/7be11d76-9a78-426c-8e32-79d30a115a64_en?filename=hta_jca_scoping-process_en.pdf

Ein Überblick aktueller Entwicklungen und Ergebnisse des dt-reports

Gegenwart und Zukunft der Versorgung mit Diabetestechnologie

In diesem Beitrag stellen wir technologische Ansätze der Diabetesversorgung kurz vor und ordnen sie bezüglich ihrer Effektivität ein. Dieser Beitrag knüpft an das diatec-forum 2024 an, bei dem Vertreter:innen aus Politik, Industrie und Krankenkassen sowie Forschung und Versorgung über die Zukunft der Versorgung mit Diabetes-Technologie diskutiert haben. Hier wurde auch die aktuelle Ausgabe des Diabetes- und Technologie-Reports (kurz: dt-report, https://dt-report.de/) vorgestellt, der seit 2018 jährlich Diabetesteams und Menschen mit Diabetes in Deutschland zur Nutzung von Diabetestechnologie, ihren Einschätzungen und Zukunftsprognosen befragt. Der dt-report stellt die wichtigste Datenquelle für den Einsatz von Diabetestechnologie in Deutschland dar und wird auch von Gesundheitspolitik und Krankenkassen vielfach genutzt. An der Befragung zum dt-report 2024 nahmen 3.544 Menschen mit Diabetes teil, davon 76,2% aus Deutschland, 17,4% aus Österreich und 6,5% aus der Schweiz. Insgesamt 512 Diabetologen:innen und Diabetesberater:innen haben geantwortet, davon 67,1% aus Deutschland, 27,1% aus Österreich und 5,8% aus der Schweiz.

>> Wie PD Dr. Dominic Ehrmann in seinem Vortrag beim diatec-forum ausführte, ist in Deutschland der Einsatz von Diabetestechnologie bei Menschen mit Typ-1-Diabetes mittlerweile Standard der Diabetesversorgung, bei Menschen mit Typ-2-Diabetes nimmt er ebenfalls zu. Nach den Zahlen des dt-reports 2024 nutzen rund 96% der Menschen mit Typ-1-Diabetes ein CGM-System, 64% eine Insulinpumpe, wobei 42% ein System zur automatischen Insulindosierung verwenden, und 14% einen Smartpen. Digitale Pens zur Insulindosierung werden nur relativ selten in der Therapie des Typ-1-Diabetes verwendet. In Österreich und der Schweiz sind die Zahlen der Diabetestechnologie ähnlich, allerdings bei der Anwendung von AID-Systemen höher. Eine spezielle DiGA für Typ-1-Diabetes ist noch nicht zugelassen.

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur (G-BA) Kostenübernahme von (real-time) CGM-Systemen schließt unter gewissen Voraussetzungen auch Personen mit Typ-2-Diabetes und einer intensivierten Insulintherapie (ICT) mit ein. Aktuell nutzt ca. jeder 4. Mensch mit Diabetes und einer ICT ein CGM-System, was ähnlich häufig ist wie in der DACH-Region. Hingegen fällt auf, dass bei Patient:innen mit einer einfachen Insulintherapie mit nur Basalinsulin sowie oralen Antidiabetika (BOT) oder nur oralen Antidiabetika die Zahl der Verordnungen in der Schweiz und Österreich häufiger sind. Insulinpumpen und intelligente Systeme zur Injektion des Insulins (Smartpens) werden jedoch aktuell nur in Ausnahmefällen angewendet. Trotz mehrerer zugelassener digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGAs) für Typ-2-Diabetes bzw. Adipositas ist mit ca. 1% der Anteil der Verordnungen noch immer sehr gering.

CGM-Systeme

CGM-Systeme stellen einen bedeutenden Fortschritt für das Diabetesmanagement dar. Sie messen kontinuierlich die Glukosekonzentration in der Gewebeflüssigkeit und liefern Echtzeitdaten an den Träger. Ein CGM-System besteht typischerweise aus einem kleinen Sensor, der unter die Haut eingeführt wird, einem Transmitter, der die Daten drahtlos an ein Empfangsgerät oder eine Smartphone-App sendet, und dem Empfangsgerät oder einer App, die die Glukosewerte sowohl als Zahl als auch als Verlaufskurve anzeigt – bei den neusten Geräten sogar mit einer Vorhersage für den Glukoseverlauf bis zu 2 Stunden.

Im Vergleich zur Blutglukosemessung bieten CGMs mehrere Vorteile sowohl im täglichen Glukosemanagement als auch in der Auswertung der Daten und der Bewertung des Risikos für Folgeerkrankungen: Die Verlaufskurven zeigen Glukosetrends und erlauben so ein vorausschauendes Handeln. Alarme bei steigenden, fallenden, hohen oder niedrigen Werten sowie prädiktive Alarme vor niedrigen Werten helfen ebenfalls, Hypo- und Hyperglykämien vorzubeugen, anstatt sie reaktiv behandeln zu müssen.

Die meisten CGM-Systeme transferieren die Daten in Smartphone-Apps, die zusätzliche Funktionen zur Datenanalyse und -weitergabe bieten. So wird das unkomplizierte Teilen von CGM-Daten beispielsweise mit dem behandelnden medizinischen Team möglich, und Menschen mit Diabetes können ihre Glukosewerte live mit vertrauten Personen teilen, die sie in ihrem Management unterstützen. Das bie-

Hintergrund

Unser Gesundheitssystem steht bei der Versorgung von Menschen mit Diabetes vor immensen Herausforderungen: Sowohl die Zahl von Menschen mit Typ-1-Diabetes, vor allem aber von Personen mit Typ-2-Diabetes steigt unvermindert an. Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) belegen, dass bei ca. 11% bis 12% der Erwachsenen in Deutschland ein diagnostizierter Diabetes (E10 – E14) vorliegt.[1] Für die Betreuung von Personen mit Diabetes stehen jedoch immer weniger Fachkräfte zur Verfügung. Besonders in ländlichen Regionen oder für vulnerable Gruppen wie Kinder und ältere Menschen wird der Zugang zu qualitativ hochwertiger Diabetesversorgung zunehmend schwieriger. Dabei zieht eine unzureichende Versorgung erhebliche Folgekosten nach sich, sowohl direkt im Gesundheitssystem durch die Kosten für krankheitsbezogene Komplikationen (Akut- und Begleiterkrankungen) als auch volkswirtschaftlich im Hinblick auf die Leistungs- und Erwerbsfähigkeit der Betroffenen. Gleichzeitig bietet der technologische Fortschritt eine Vielzahl von Möglichkeiten, um diese Versorgungslücke zu schließen und den Bedarf an medizinischer Betreuung zu optimieren. Dazu zählen Systeme für das kontinuierliche Glukosemonitoring (CGM), die automatisierte Insulinzufuhr (AID), Telemedizin, Videosprechstunden und integrierte Versorgungslösungen.

tet großes Potenzial beispielsweise für die virtuelle Sprechstunde, Online-Schulungen oder für die Betreuung von Menschen mit Diabetes in der Klinik, wie PD Dr. Torben Biester und Prof. Dr. Susanne Reger-Tan in ihren Vorträgen beim diatec-forum 2024 betonten.

Metaanalysen zeigen, dass der Einsatz von CGM-Systemen bei Menschen mit Typ-1-Diabetes zu einer Verbesserung der Stoffwechselkontrolle (HbA1c-Wert, Zeit im Zielbereich), einer Reduktion von schweren Hypo- und Hyperglykämien und diabetesbezogenen Belastungen sowie einer Verbesserung der Lebensqualität führt[2,3]. Dies gilt auch für Menschen mit Typ-2-Diabetes, insbesondere wenn diese mit Insulin behandelt werden[4,5]. Gesundheitsökonomische Analysen legen nahe, dass der Einsatz von CGM-Systemen auch für Personen mit Typ-2-Diabetes effizient ist[6,7].

Insulinpumpen und AID-Systeme

Insulinpumpen sind externe Geräte, die Insulin kontinuierlich unter die Haut infundieren. Sie ahmen die natürliche Insulinsekretion des Körpers nach, indem sie sowohl eine kontinuierliche Basalrate zur Abdeckung des Grundbedarfs mit Insulin abgeben als auch auf Knopfdruck Bolusdosen zu jeder Mahlzeit abgeben. Dies erlaubt eine deutlich flexiblere und komfortablere Insulinzufuhr als mehrmals tägliche Injektionen mit einer Spritze oder einem Insulinpen, und eine präzisere Beeinflussung des Blutglukoseverlaufes, insbesondere bei Menschen mit stark schwankendem Insulinbedarf. Bei AID-Systemen erfolgt durch die Kopplung der Glukoseinformation eines CGM-Systems mit einer Insulinpumpe durch einen Algorithmus eine automatisch an den aktuellen Bedarf angepasste Insulinzufuhr.

Die Vorteile dieser Kombinationen von diagnostischen und therapeutischen Optionen hinsichtlich einer sicheren Diabetestherapie sind eine weitgehende Vermeidung akuter Schwankungen in der Glykämie, d. h. es treten keine oder nur noch wenige Hypo- bzw. Hyperglykämien mehr auf, bei gleichzeitig verbesserten HbA1c-Werten und einer höheren Zeit im Zielbereich (70 bis 180 mg/dl)[8–16].

AID-Systeme führen nicht nur zu einer verbesserten Stoffwechsellage, sondern auch zu mehr Lebensqualität für die Menschen mit Diabetes, die sie nutzen: Diabetes-Distress und Hypoglykämieangst gehen zurück, und die Lebensqualität sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern bzw. Adoleszenten steigt[17]. Gesundheitsökonomische Studien bewerten AID-Systeme als kosteneffizient[18,19], wobei die Kosten und Einsparungen je nach Studie und Patientengruppe variieren[20].

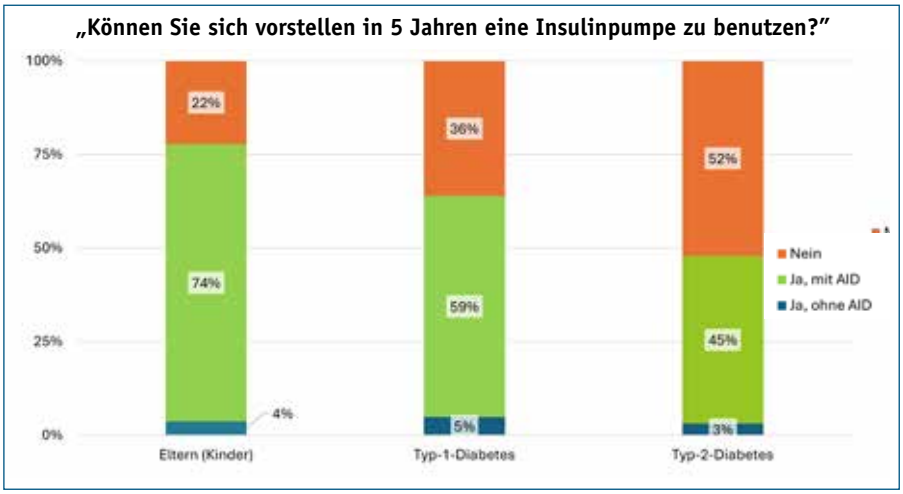


Abb. 1: Antwort der befragten Menschen mit Diabetes auf die Frage „Können Sie sich vorstellen in 5 Jahren eine Insulinpumpe zu benutzen?"

AID-Systeme stellen die derzeit fortschrittlichste Technologie im Bereich der Diabetologie dar, erfordern jedoch noch die aktive Mitarbeit des Patienten bei Mahlzeiten und körperlicher Bewegung. Die Weiterentwicklung dieser Systeme zielt auf vollständig geschlossene Regelkreise (Fully-closed-Loop-Systeme) ab, die ein aktives Eingreifen einer Person überflüssig machen. Auch wenn die AID-Systeme mittel- und langfristig als kosteneffizient bewertet werden, so sind kurzfristig potenziell höhere Kosten zu finanzieren. Die Diskussion hierüber wollen wir beim diatec-forum 2025 fortsetzen.

AID-Systeme im dt-report 2024

Im dt-report wird regelmäßig nach der Einschätzung der Befragten rund um AID-Systeme gefragt. Die Antworten zeichnen einen klaren Trend: AID wird schon jetzt als der kommende „Standard of care" für Menschen mit Typ-1-Diabetes betrachtet, insbesondere in der Pädiatrie. Auch Menschen mit Typ-2-Diabetes äußern verstärkt Interesse an AID-Systemen als Therapieoption. Dies zeigen die Antworten auf die Frage „Können Sie sich vorstellen, in 5 Jahren eine Insulinpumpe zu nutzen?" an Menschen mit Diabetes, die aktuell noch keine Insulinpumpe oder AID-System nutzen.

Es ist davon auszugehen, dass – nach übereinstimmender Einschätzung der HCPs in der DACH-Region in 5 Jahren – mehr als 70% aller Personen mit Typ-1-Diabetes und mehr als 20% mit Typ-2-Diabetes und einer intensivierten Insulintherapie ein AID-System anwenden werden.

Bei der Nutzung von AID-Systemen gibt es jedoch eine Reihe von Hürden, die überwunden werden müssen. Das beginnt bei der Haltung der Diabetespraxis zu Diabetestechnologie – nur wer selbst geschult ist und die aktuellen AID-Systeme kennt, kann sie geeignet an seine Patient:innen weitergeben – und geht über den bürokratischen Aufwand der Genehmigung durch die Kostenträger hin zum initialen Schulungsaufwand. Außerdem fehlt bisher eine zentrale Software-Anwendung, in die die Daten aller AID-Systemen eingelesen und sinnvoll nach gleichem Standard ausgewertet werden können – aktuell hat jedes AID-System seine eigene Software und Behandlende müssen sich jedes Mal neu auf die Darstellung der Informationen rund um Glukosewerte und Insulingabe einstellen.

Insgesamt zeigt der dt-report: In der Therapie des Typ-1-Diabetes sind AID-Systeme der neue Standard – und ihr Einsatz kann die Praxen entlasten, denn nach dem initial höheren Schulungsaufwand ist der Betreuungsaufwand pro Nutzer:in im Anschluss geringer.

Allerdings zeigt sich im Ländervergleich, dass Deutschland in zwei Bereichen deutlich hinter Österreich und der Schweiz liegt: auf der administrativen Seite und bei den Schulungen. Aus Sicht der Praxen werden als Barrieren für die AID-Therapie folgende vier Punkte hervorgehoben:

- der Aufwand bei der Antragstellung,

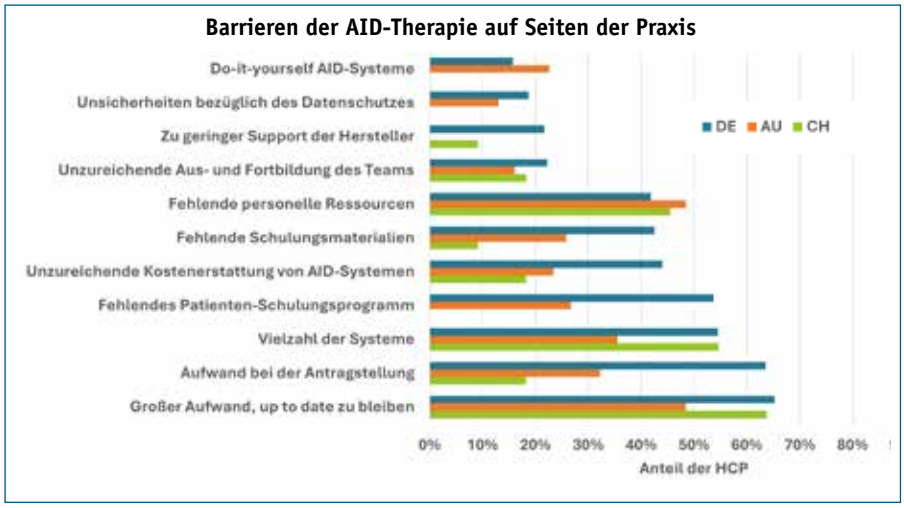


Abb. 2: Ländervergleich – Barrieren der AID-Therapie auf Seiten der Praxis (Antwort der HCPs).

- die unzureichende Kostenerstattung,
- das Fehlen eines Patientenschulungsprogrammes sowie
- fehlende Schulungsmaterialien.

Dass dies nicht nur Befindlichkeiten sind, zeigt die Genehmigungsquote der Erstanträge zur Erstattung eines AID-Systems im Ländervergleich. Erstmals wurden diese Daten im dt-report 2025 abgefragt, der beim diatec-forum im September 2025 vorgestellt wird: Diese liegt in Deutschland für Menschen mit Typ-1-Diabetes um 15-25% niedriger als in unseren beiden Nachbarländern und selbst für Schwangere mit Typ-1-Diabetes noch um 3-8% niedriger. Somit sind diese Daten eine wichtige Grundlage für die Diskussion mit Kostenträgern und Versorgern beim diatec-forum.[1]

Smartpens

Es gibt nach wie vor eine große Gruppe von Menschen mit Diabetes – insbesondere bei denjenigen mit einem insulinpflichtigen Typ-2-Diabetes – die keine Insulinpumpe nutzen, sondern mit Pens das Insulin subkutan applizieren 12% der Teilnehmenden bei der Befragung für den dt-report mit Typ-2-Diabetes nutzen einen Smartpen, bei den Kindern mit Typ-1-Diabetes sind es ebenfalls 12% und bei den Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes 15%.

Diese moderne Variante von Insulinpens kann eine technologische Unterstützung auf mehreren Ebenen bieten: Sie sind mit einer Smartphone-App verbunden und helfen dabei, Insulindosen zu berechnen, zu protokollieren und den Nutzer an die Injektionen zu erinnern. Hier lassen sich auch Informationen aus Blutzuckermessgeräten oder CGM-Systemen integrieren. Insbesondere die Unterstützung bei der Berechnung der Insulindosis, aber auch die Verbindung der Insulindaten mit den Glukosewerten ist für viele Nutzer ein wesentlicher Vorteil von Smartpens[21]. Randomisierte-kontrollierte Studien zeigen, dass die Verwendung eines Smartpens sowohl bei Menschen mit Typ-1-, als auch Typ-2-Diabetes zu Verbesserungen bei der Glukosekontrolle führen[22,23,24].

Die wachsende Verfügbarkeit und Kosteneffektivität[25] machen smarte Insulinpens zu einer attraktiven Option auch für viele Menschen mit Typ-2-Diabetes, die auf Insulin angewiesen sind. Weiterhin zeigen die Daten aus dem dt-report. Während im Bereich Typ-1-Diabetes Smartpens nur für etwa ein Drittel der Befragten als bedeutsam eingeordnet werden, sind es unter den Menschen mit Typ-2-Diabetes aktuell die Hälfte, in fünf Jahren fast zwei Drittel.

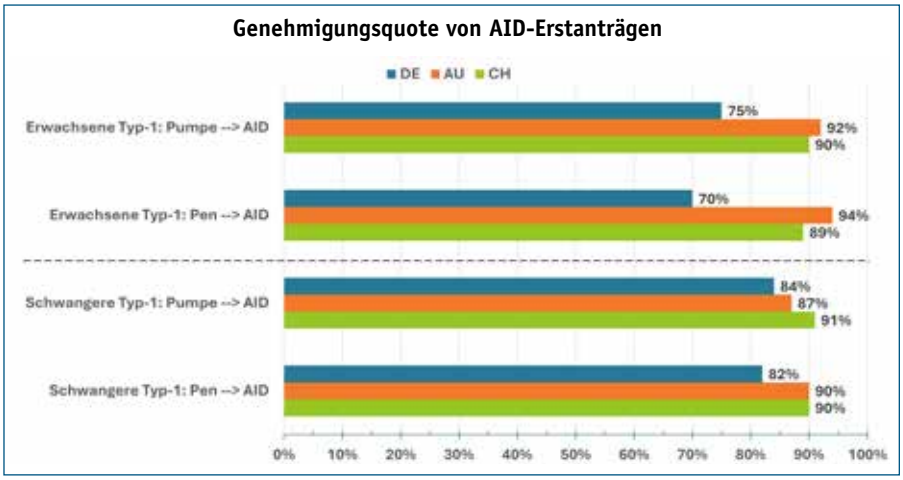


Abb. 3: Ländervergleich – Genehmigungsquote von AID-Erstanträgen.

Videosprechstunde und -schulung

Damit technische Systeme den bestmöglichen Nutzen erzielen können, ist eine gute Schulung der Menschen mit Diabetes ebenso notwendig. Wie Dr. Torben Biester (Hannover) beim diatec-forum 2024 anhand von Ergebnissen von Modellprojekten vorstellte, können auch telemedizinische Anwendungen bei Diabetes eine sehr sinnvolle Ergänzung darstellen.

Telemedizin

Gerade im Bereich der Kinder- und Jugend-Diabetologie stellt die Betreuung durch Telemedizin eine attraktive Option dar, und zwar sowohl für die Betroffenen wie auch für das medizinische Fachpersonal. Ausführlich stellte Biester das Projekt „Diabeter" aus Holland vor, das 2006 gegründet wurde und aktuell über 3.000 Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes telemedizinisch in den Regionen Rotterdam, Deventer, Groningen und Eindhoven* betreut. Dies erspart den Familien lange Fahrtzeiten und ermöglicht es dem Diabetesteam, die Betreuung der Kinder und ihrer Angehörigen vom Homeoffice aus durchzuführen. Entsprechende Studien zeigen dabei eine signifikante Verbesserung der Glukosekontrolle und eine erhöhte Zufriedenheit der Familien, da sie sich sicherer im Umgang mit Diabetes fühlen, weniger Angst

Links
****:*** https://t1p.de/hilx3

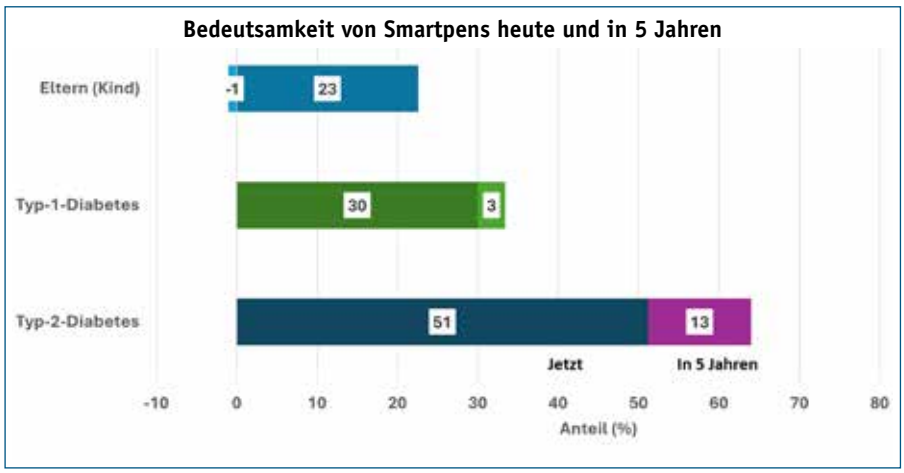


Abb. 4: Antwort der Menschen mit Diabetes auf die Frage „Wie bedeutsam schätzen Sie folgende Themen aktuell bzw. in 5 Jahren ein?"

vor Hypoglykämien haben und ihren Alltag selbstbestimmter gestalteten können[26–30].

Somit bringt die digitale Sprechstunde Verbesserungen auf drei Ebenen: besseren Zugang, inklusive höherer Termintreue und bessere Versorgung bei attraktiveren Arbeitsbedingungen für das Fachpersonal.

Videoschulungen

Ebenso wie die virtuelle Sprechstunde ihre Vorteile hat, können Videoschulungen ortsunabhängig die Diabetesschulung in die eigenen vier Wände der Betroffenen bringen. Seit März 2024 sind virtuelle Schulungsformate durch den G-BA-Beschluss gedeckt, mit dem zentralen Hinweis, dass der Patientenwunsch zu berücksichtigen sei. Die Daten des dt-Report zeigen, dass Videoschulungen für Menschen mit Diabetes – insbesondere auch für Eltern von Kindern mit Diabetes – attraktiv sind: Bei den Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes würden bei einem entsprechenden Angebot 35%, bei den Menschen mit Typ-2-Diabetes 37% eine Video-Schulung einer Schulung in Präsenz vorziehen. Der Bedarf für eine Videoschulung scheint bei Menschen mit Diabetes gegeben zu sein.

Virtuelle Kliniken

Entwickelt man den Gedanken der digitalen Sprechstunde und der digitalen Schulungen konsequent weiter, so drängt sich die virtuelle Klinik als Zukunftsvision geradezu auf: Vor dem Hintergrund einer weiterhin zunehmenden Anzahl von Menschen mit Diabetes und immer weniger Fachpersonal gilt es, andere Betreuungsmodelle zu entwickeln und diese in der Breite zu etablieren. In solchen virtuellen Diabeteskliniken können Menschen mit Diabetes nicht nur standortunabhängig betreut werden, auch eine multiprofessionelle Betreuung ist einfacher darstellbar. Dies löst auch das Problem langer Fahrtzeiten, sowohl im Akutfall als auch für die Regelversorgung. Das ECHO-Projekt in den USA zeigt, dass ein sogenanntes „Hub and spoke"-Modell die Qualität der diabetologischen Versorgung verbessern kann: Fachpersonal in hoch spezialisierten Diabeteszentren schult und unterstützt Fachpersonal in peripheren Kliniken oder Praxen, die wiederum so die Menschen mit Diabetes besser betreuen können. Dies führt sowohl zu einer Verbesserung der HbA1c-Werte als auch einer höheren Zufriedenheit aller Beteiligten und zeichnet sich als kosteneffiziente Lösung ab.[31–33] In virtuellen Kliniken lassen sich auch Algorithmen und KI-Systeme einbinden, um die Betreuung zu priorisieren und frühzeitig anzuzeigen, welche Patient:innen Unterstützung benötigen, beispielsweise basierend auf Veränderungen der Zeit im Zielbereich oder des HbA1c-Wertes. Wie das in Deutschland aussehen könnte, wurde beim diatec-forum 2024 im Anschluss an den Vortrag von Dr. Torben Biester diskutiert.

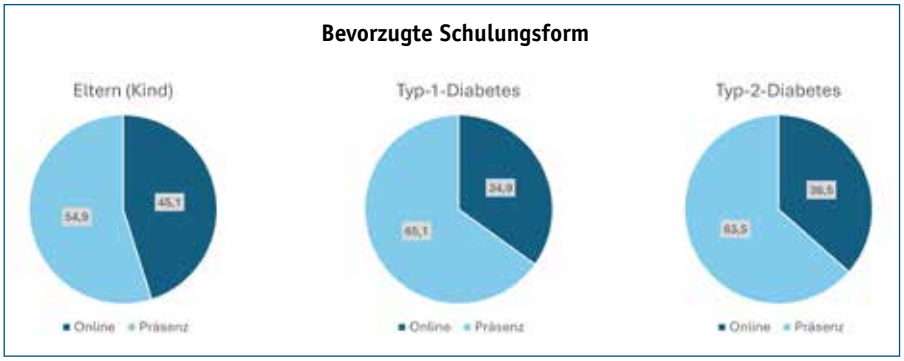


Abb. 5: Bevorzugte Schulungsform der befragten Menschen mit Diabetes.

Modernes Diabetesmanagement in der ambulanten und stationären Versorgung

Auch im Krankenhaus sowie analog in Alters- und Pflegeheimen weist der Einsatz von Digitalisierung und Diabetestechnologie ein erhebliches Potenzial auf: Die Nutzung von CGM-Systemen bei Menschen mit (Prä-) Diabetes unter diesen Bedingungen kann Komplikationen verringern, die Mortalität senken und den Pflegeaufwand reduzieren.[34] Die Nutzung von CGM-Systemen spart dem Pflegepersonal Zeit und Aufwand und ermöglicht durch Warnsysteme eine schnelle therapeutische Reaktion, wenn die Glukosewerte zu stark ansteigen oder absinken. Solche Ansätze stellen auch für die ambulante und stationäre Pflege von Menschen mit Diabetes in Alten- und Pflegeheimen eine Option dar, da diese das Pflegepersonal entlasten und gleichzeitig die Behandlungsqualität steigern. Um diese Chance zu nutzen, fehlen allerdings bisher technische Lösungen und Klarheit in der Zulassung der Sensoren für den ambulanten und stationären Bereich sowie in der Vergütung für diese Art der Versorgung. Ein innovatives Beispielprojekt aus der Uniklinik in Essen stellte Prof. Dr. Susanne Reger-Tan beim diatec-forum 2024 vor.

Zusammenfassung/Fazit

Die Daten des dt-reports zeigen, dass Diabetestechnologien und digitale Anwendun-

gen schon heute einen hohen Stellenwert besitzen und in den nächsten Jahren noch deutlich an Bedeutung zunehmen werden. Die hier präsentierten Optionen für den Einsatz von Diabetestechnologien, Telemedizin und virtuellen Kliniken haben ein großes Potenzial für die Diabetestherapie der Zukunft. Die jährliche Erfassung der Nutzung, Einstellungen, Barrieren und Zukunftsoptionen durch gleichermaßen Menschen mit Diabetes wie auch HCPs in Deutschland und anderen Ländern (z. B. DACH-Region) liefert wichtige Daten zur Abschätzung des Bedarfs und der künftigen Anwendung von Diabetestechnologien und digitalen Anwendungen.

Für das Gesundheitssystem sind der technologische und digitale Fortschritt in der Diabetologie jedoch mit erhöhten Kosten verbunden. Daher steht das Thema der gesundheitsökonomischen Analyse in Bezug auf die kurz- wie langfristigen Kostenent-

Literatur

1. Seidel-Jacobs E, Tönnies T, Rathmann W (2025). Epidemiologie des Diabetes in Deutschland (S. 8-13), in: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2024. MedTriX GmbH, Wiesbaden
2. Teo E, Hassan N, Tam W, Koh S. Effectiveness of continuous glucose monitoring in maintaining glycaemic control among people with type 1 diabetes mellitus: a systematic review of randomised controlled trials and meta-analysis. Diabetologia. 2022;65(4):604-619. doi:10.1007/S00125-021-05648-4/FIGURES/5
3. Elbalshy M, Haszard J, Smith H, et al. Effect of divergent continuous glucose monitoring technologies on glycaemic control in type 1 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Diabetic Medicine. 2022;39(8):e14854. doi:10.1111/DME.14854
4. Jancev M, Vissers TACM, Visseren FLJ, et al. Continuous glucose monitoring in adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Diabetologia. 2024;67(5):798-810. doi:10.1007/S00125-024-06107-6/FIGURES/3
5. Heer RS, Lovegrove J, Welsh Z. Efficacy of flash glucose monitoring on HbA1c in type 2 diabetes: An individual patient data meta-analysis of real-world evidence. Diabetes Res Clin Pract. 2025;219:111950. doi:10.1016/J.DIABRES.2024.111950
6. Alshannaq H, Isitt JJ, Pollock RF, et al. Cost-utility of real-time continuous glucose monitoring versus self-monitoring of blood glucose in people with insulin-treated Type 2 diabetes in Canada. J Comp Eff Res. 2023;12(10):230075-232042. doi:10.57264/CER-2023-0075/ASSET/6F2CF785-8ABB-4276-9157-E5068D6161D1/ASSETS/IMAGES/LARGE/FIGURE2.JPG
7. Isitt JJ, Roze S, Sharland H, et al. Cost-Effectiveness of a Real-Time Continuous Glucose Monitoring System Versus Self-Monitoring of Blood Glucose in People with Type 2 Diabetes on Insulin Therapy in the UK. Diabetes Therapy. 2022;13(11-12):1875-1890. doi:10.1007/S13300-022-01324-X/TABLES/6
8. Jiao X, Shen Y, Chen Y. Better TIR, HbA1c, and less hypoglycemia in closed-loop insulin system in patients with type 1 diabetes: a meta-analysis. BMJ Open Diabetes Res Care. 2022;10(2):2633. doi:10.1136/BMJDRC-2021-002633
9. Zeng B, Gao L, Yang Q, Jia H, Sun F. Automated Insulin Delivery Systems in Children and Adolescents With Type 1 Diabetes: A Systematic Review and Meta-analysis of Outpatient Randomized Controlled Trials. Diabetes Care. 2023;46(12):2300-2307. doi:10.2337/DC23-0504
10. Yang Q, Zeng B, Hao J, Yang Q, Sun F. Real-world glycaemic outcomes of automated insulin delivery in type 1 diabetes: A meta-analysis. Diabetes Obes Metab. 2024;26(9):3753-3763. doi:10.1111/DOM.15718
11. Amer BE, Yaqout YE, Abozaid AM, Afifi E, Aboelkhier MM. Does fully closed-loop automated insulin delivery improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes? A meta-analysis of randomized controlled trials. Diabetic Medicine. 2024;41(1):e15196. doi:10.1111/DME.15196
12. Kudva YC, Raghinaru D, Lum JW, et al. A Randomized Trial of Automated Insulin Delivery in Type 2 Diabetes. New England Journal of Medicine. Published online March 19, 2025. doi:10.1056/NEJMOA2415948
13. Boughton CK, Tripyla A, Hartnell S, et al. Fully automated closed-loop glucose control compared with standard insulin therapy in adults with type 2 diabetes requiring dialysis: an open-label, randomized crossover trial. Nature Medicine 2021 27:8. 2021;27(8):1471-1476. doi:10.1038/s41591-021-01453-z
14. Daly AB, Boughton CK, Nwokolo M, et al. Fully automated closed-loop insulin delivery in adults with type 2 diabetes: an open-label, single-center, randomized crossover trial. Nature Medicine 2023 29:1. 2023;29(1):203-208. doi:10.1038/s41591-022-02144-z
15. Borel AL, Lablanche S, Waterlot C, et al. Closed-Loop Insulin Therapy for People With Type 2 Diabetes Treated With an Insulin Pump: A 12-Week Multicenter, Open-Label Randomized, Controlled, Crossover Trial. Diabetes Care. 2024;47(10):1778-1786. doi:10.2337/DC24-0623
16. Pasquel FJ, Davis GM, Huffman DM, et al. Automated Insulin Delivery in Adults With Type 2 Diabetes: A Nonrandomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2025;8(2):e2459348-e2459348. doi:10.1001/JAMANETWORKOPEN.2024.59348
17. Roos T, Hermanns N, Groß C, Kulzer B, Haak T, Ehrmann D. Effect of automated insulin delivery systems on person-reported outcomes in people with diabetes: a systematic review and meta-analysis. EClinicalMedicine. 2024;76:102852. doi:10.1016/J.ECLINM.2024.102852/ATTACHMENT/7FF47692-AF88-4182-870A-C0DB85F00FC0/MMC1.DOCX
18. Adolfsson P, Heringhaus A, Sjunnesson K, Mehkri L, Bolin K. Cost-effectiveness of the tandem t: Slim X2 with control-IQ technology automated insulin delivery system in children and adolescents with type 1 diabetes in Sweden. Diabetic Medicine. 2024;41(11):e15432. doi:10.1111/DME.15432
19. Biskupiak JE, Ramos M, Levy CJ, et al. Cost-effectiveness of the tubeless automated insulin delivery system vs standard of care in the management of type 1 diabetes in the United States. J Manag Care Spec Pharm. 2023;29(7):807-817. doi:10.18553/JMCP.2023.22331
20. Mathieu C, Ahmed W, Gillard P, et al. The Health Economics of Automated Insulin Delivery Systems and the Potential Use of Time in Range in Diabetes Modeling: A Narrative Review. Diabetes Technol Ther. 2024;26(S3):66-75. doi:10.1089/DIA.2023.0438
21. Seo J, Heidenreich S, Aldalooj E, et al. Patients' Preferences for Connected Insulin Pens: A Discrete Choice Experiment Among Patients with Type 1 and Type 2 Diabetes. Patient. 2023;16(2):127-138. doi:10.1007/S40271-022-00610-X/FIGURES/4
22. Gomez-Peralta F, Abreu C, Fernandez-Rubio E, et al. Efficacy of a Connected Insulin Pen Cap in People With Noncontrolled Type 1 Diabetes: A Multicenter Randomized Clinical Trial. Diabetes Care. 2023;46(1):206-208. doi:10.2337/DC22-0525
23. Galindo RJ, Ramos C, Cardona S, et al. Efficacy of a Smart Insulin Pen Cap for the Management of Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes: A Randomized Cross-Over Trial. J Diabetes Sci Technol. 2023;17(1):201-207. doi:10.1177/19322968211033837/SUPPL_FILE/SJ-PDF-1-DST-10.1177_19322968211033837.PDF
24. Adolfsson P, Hartvig NV, Kaas A, Møller JB, Hellman J. Increased Time in Range and Fewer Missed Bolus Injections after Introduction of a Smart Connected Insulin Pen. Diabetes Technol Ther. 2020;22(10):709-718. doi:10.1089/DIA.2019.0411/ASSET/IMAGES/DIA.2019.0411_FIGURE5.JPG
25. Chan K, Hansen K, Muratov S, Khoudigian S, Lamotte M. Smart connected insulin dose monitoring technologies versus standard of care: a Canadian cost-effectiveness analysis. J Comp Eff Res. 2024;13(3). doi:10.57264/CER-2023-0124/SUPPL_FILE/SUPPLEMENTARY
26. Doerdelmann J, Frielitz FS, Lange K, et al. Video Consultation for Parents with a Child Newly Diagnosed with Type 1 Diabetes: A Qualitative Study. Experimental and Clinical Endocrinology and Diabetes. 2022;130(8). doi:10.1055/a-1655-5471
27. Frielitz FS, Müller-Godeffroy E, Hübner J, et al. Monthly Video-Consultation for Children With Type 1 Diabetes Using a Continuous Glucose Monitoring System: Design of ViDiKi, a Multimethod Intervention Study to Evaluate the Benefit of Telemedicine. J Diabetes Sci Technol. 2020;14(1). doi:10.1177/1932296819861991
28. von Sengbusch S, Schneidewind J, Bokelmann J, et al. Monthly video consultation for children and adolescents with type 1 diabetes mellitus during the COVID-19 pandemic. Diabetes Res Clin Pract. 2022;193. doi:10.1016/j.diabres.2022.110135
29. Frielitz FS, Dördelmann J, Lemke S, et al. Assessing the benefits and challenges of video consultations for the treatment of children with type 1 diabetes – A qualitative study among diabetes professionals. Experimental and Clinical Endocrinology and Diabetes. 2021;129(11). doi:10.1055/a-1149-8814
30. Eberle C, Stichling S. Clinical improvements by telemedicine interventions managing type 1 and type 2 diabetes: Systematic meta-review. J Med Internet Res. 2021;23(2):e23244. doi:10.2196/23244
31. Wang CJ, Lewit EM, Clark CL, et al. Multisite Quality Improvement Program Within the Project ECHO Diabetes Remote Network. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2024;50(1):66-74. doi:10.1016/J.JCJQ.2023.08.001
32. Walker AF, Cuttriss N, Haller MJ, et al. Democratizing type 1 diabetes specialty care in the primary care setting to reduce health disparities: project extension for community healthcare outcomes (ECHO) T1D. BMJ Open Diabetes Res Care. 2021;9(1):2262. doi:10.1136/BMJDRC-2021-002262
33. Lewit EM, Figg LE, Addala A, et al. Project ECHO Diabetes Cost Modeling to Support the Replication and Expansion of Tele-mentoring Programs in Non-research Settings. Diabetes Therapy. 2023;14(3):509-518. doi:10.1007/S13300-022-01364-3/TABLES/5
34. Wilson, A., Morrison, D., Sainsbury, C. et al. Narrative Review: Continuous Glucose Monitoring (CGM) in Older Adults with Diabetes. Diabetes Ther 16, 1139–1154 (2025). doi:10.1007/s13300-025-01720-z

wicklungen und verbesserten somatischen, psychischen und sozialen Folgen im Mittelpunkt des nächsten diatec-forums, welches am 25.09.2025 in der Berlin-Brandenburgischen Akademie am Gendarmenmarkt in Berlin stattfindet (www.diatec-forum.de). Diskutiert werden soll dort auch, ob vor allem im Bereich der Geriatrie und Pflege durch moderne Diabetestechnologien Entlastungen in der Betreuung und konkrete Kosteneinsparungen zu erreichen sind. <<

von: Dr. phil. Mirjam Eiswirth[1]
(ORCID: 0000-0002-9663-0511)
Gabriele Faber-Heinemann[1]
apl. Prof. Dr. phil. Bernd Kulzer[1]
(ORCID: 0000-0001-9120-4479)
apl. Prof. Dr. phil. Norbert Hermanns[1]
(ORCID: 0000-0002-2903-2677)
PD Dr. phil. Dominic Ehrmann[1]
(ORCID: 0000-0002-5794-5596)
apl. Prof. Dr. rer. nat. Lutz Heinemann[1]
(ORCID: 0000-0003-2493-1304)

1: diateam GmbH, Bad Mergentheim

Autorenerklärung

Mirjam Eiswirth ist freie Mitarbeiterin der diateam GmbH. Gabriele Faber-Heinemann ist Gesellschafterin der diateam GmbH. Bernhard Kulzer und Norbert Hermanns sind Leiter und Geschäftsführer des Forschungsinstituts der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim (FIDAM) und Gesellschafter der diateam GmbH. Dominic Ehrmann ist Mitarbeiter von FIDAM und Gesellschafter der diateam GmbH. Lutz Heinemann ist Mitinhaber und Geschäftsführer der diateam GmbH und der Science GmbH in Düsseldorf.
Alle Autor:innen haben an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Die Datenerhebung und Analyse erfolgte mit finanzieller Unterstützung von Abbott Diabetes Care, Ascensia Diabetes Care, Dexcom, Insulet, Medtronic, Roche Diabetes Care, Sanofi und Ypsomed und wurde von FIDAM durchgeführt. Dabei wurde kein inhaltlicher Einfluss genommen.

Zitationshinweis

Eiswirth et al.: „Gegenwart und Zukunft der Versorgung mit Diabetestechnologie“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/25), S. 42–47. http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2738

Schnellstudie zu hitzebedingten Todesfällen in Europa

>> „Der Klimawandel hat die Zahl der hitzebedingten Todesfälle in der Frühsommer-Hitzewelle in Europa verdreifacht“. Mit diesem Titel ist ein aktueller Bericht des Grantham Institute, einem Institut des Imperial College London zu Klimawandel und Umwelt, überschrieben, der bereits in einigen Publikumsmedien für Schlagzeilen gesorgt hat.

Das Autorenteam um Doktorand Ben Clarke vom Zentrum für Umweltpolitik des Imperial College, schreibt in seiner Arbeit, dass schon in der Vergangenheit in Europa jedes Jahr Tausende von zusätzlichen hitzebedingten Todesfällen verzeichnet wurden (Masselot et al., 2023, Ballester et al., 2023). Im Sommer 2022 starben in ganz Europa mehr als 60.000 Menschen an den Folgen extremer Hitze (Ballester et al., 2023). Eine Studie zur Wirkungsanalyse ergab, dass mehr als 50% dieser zusätzlichen Todesfälle auf den vom Menschen verursachten Klimawandel zurückzuführen sind (Beck et al., 2024). Selbst im folgenden Sommer, der weniger heiß war, wurden, so die Autor:innen, über 47.000 hitzebedingte Todesfälle registriert (Gallo et al., 2024). Bis 2050 wird voraussichtlich ein erheblicher Teil der europäischen Bevölkerung extremer Hitze ausgesetzt sein. Bei einer globalen Erwärmung um 2°C könnten etwa 163 Millionen Europäer mit noch nie dagewesenen Sommertemperaturen konfrontiert sein, fast doppelt so viele wie derzeit (King et al., 2018).

Zwar gebe es Hinweise darauf, dass an einigen Orten eine gewisse Anpassung an extreme Hitze stattfindet (Vicedo-Cabrera et al., 2018, Stuart-Smith et al., 2023), doch bestünden nach wie vor große Anpassungslücken, auch könnten die künftigen Auswirkungen extremer Hitze noch vermieden werden.

In ihrer im Juli veröffentlichten, aber nicht peer-reviewten Studie analysieren die Autor:innen anhand von Beobachtungen die Veränderungen der Hitzewellenintensität in zwölf europäischen Großstädten aufgrund des anthropogenen Klimawandels. Die Städte sind: London, Paris, Frankfurt, Budapest, Zagreb, Athen, Rom, Mailand, Sassari, Barcelona, Madrid und Lissabon. Diese wurden ausgewählt, weil sie wichtige Ballungszentren und geografisch über Europa verteilt sind und zudem verschiedene Subregionen abdecken, in denen Hitzewarnungen ausgegeben wurden. Ausgewählt wurden sie außerdem, um eine breite Repräsentativität zu gewährleisten, denn fast alle großen Städte und Ballungszentren in Europa seien in diesem Zeitraum von Hitze und extremer Hitze betroffen gewesen.

In ihrer Arbeit wird für den Zeitraum von zehn Tagen – vom 23. Juni bis zum 2. Juli – die Zahl der Todesfälle geschätzt, die auf den anthropogenen Klimawandel zurückzuführen sind. Dazu wurden beobachtete (faktische) und kontrafaktische Temperaturzeitreihen mit Expositions-Reaktions-Beziehungen aus veröffentlichten Forschungsarbeiten (Masselot et al., 2023) integriert. Zum Zeitpunkt der Studie lag die tatsächliche Zahl der beobachteten Todesfälle während des Untersuchungszeitraums noch nicht vor; daher weisen die Autor:innen darauf hin, dass die angegebenen Werte als Schätzungen der zurechenbaren Mortalität und nicht als beobachtete Ergebnisse zu interpretieren sind.

Eine wichtige Erkenntnis ihrer Arbeit ist es, dass die offiziell gemeldeten Todesfälle durch Hitzwellen weiterhin deutlich unterschätzt werden. Während frühere, von ihren Fachkolleg:innen begutachtete Studien die Zahl der hitzebedingten Todesfälle geschätzt hätten, die auf den Klimawandel während bestimmter Ereignisse zurückzuführen sind, sei dies die erste Schnellstudie, die dies tue. Sie verwendet dabei eine etablierte, von Fachkolleg:innen begutachtete Methodik, um die Gesamtzahl der hitzebedingten Todesfälle in zwölf Städten während der jüngsten Hitzewelle zu schätzen und den Anteil dieser Todesfälle zu berechnen, der auf den Klimawandel zurückzuführen ist.

In 12 beobachteten europäischen Großstädten mit insgesamt mehr als 30 Millionen Einwohner:innen wurden 2.305 (95% empirisches Konfidenzintervall: 2022 bis 2576) zusätzliche Todesfälle geschätzt, die auf die hohen Temperaturen zurückzuführen sind, wobei 65% (95% eCI: 61% bis 68%) davon auf den vom Menschen verursachten Klimawandel zurückzuführen seien. Das bedeutet, so die Autor:innen, dass sich die Zahl der erwarteten zusätzlichen Todesfälle durch den vom Menschen verursachten Klimawandel etwa verdreifacht hat. <<

Link: https://t1p.de/hcdvh

Eigenverantwortung in der Gesundheitspolitik



Autoren:
Häussler, B.,
Albrecht, M.
Eigenverantwortung in der Gesundheitspolitik
Verlag: Nomos
2025, erschienen in der Reihe „Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen“ (Band 6)
ca. 120 Seiten
ISBN-Print: 978-3-7560-3244-0
ISBN (ePDF): 978-3-7489-6038-6
DOI: https://doi.org/10.5771/9783748960386

>> „Warum wir uns wieder mit dem Thema ‚Eigenverantwortung´ beschäftigen sollten.“ Diese These stellt und beantwortet Prof. Dr. Bertram Häussler, der Leiter des Berliner IGES Instituts, in seinem gemeinsam mit Dr. Martin Albrecht, dem Geschäftsführer und Leiter des Bereiches Gesundheitspolitik des IGES Instituts, bis Ende 2024 geschriebenen und erst kürzlich veröffentlichten Buchs. Unter dem Titel „Eigenverantwortung in der Gesundheitspolitik“ macht das Autorenduo auf die wahrscheinlich wichtigste Grundstruktur unseres Gesundheitssystems aufmerksam, die jedoch meist vergessen oder schamhaft verschwiegen wird: Eigenverantwortung, quasi als Neuinterpretation des immer noch aktuellen, wenn auch in Verruf geratenen Konzepts Kapitalismus.

Dass unser deutsches Gesundheitsversorgungssystem auf vier Grundprinzipien basiert, ist durchweg bekannt. Da wäre zum einen die Versicherungspflicht, dann die Beitragsfinanzierung, die gefolgt wird vom Selbstverwaltungsprinzip. Das bekannteste und wohl wichtigste lautet: das Solidaritätsprinzip. Es sorgt dafür, dass Reichere solidarisch für Ärmere einstehen, vor allem jedoch Gesunde für Kranke. Das Solidaritätsprinzip wird nun im Buch ganz explizit im Zusammenhang mit der Eigenverantwortung erwähnt. Es beschreibt die Verpflichtung der Gesellschaft, dem Individuum in schwierigen Situationen Unterstützung zu bieten. Gleichzeitig wird aber betont, dass die Eigenverantwortung des Einzelnen notwendig ist, um das Solidaritätsversprechen der Gesellschaft aufrechtzuerhalten. Zudem werden Solidaritätsprinzip und Eigenverantwortung als miteinander verbunden dargestellt: Die Eigenverantwortung des Individuums – zusammengeführt im ersten Paragrafen des Sozialgesetzbuches V, der mit dem Titel „Solidarität und Eigenverantwortung“ überschrieben ist – begrenzt dessen Ansprüche an die Gesellschaft, sodass die Solidarität nicht überfordert wird.

Für die Autoren ist Eigenverantwortung ein Konzept aus dem Bereich der Ethik, das dem Individuum sowohl Handlungsoptionen als auch -pflichten zuweist. In diesem Sinne weist es ihrer Ansicht nach eine enge Verwandtschaft zum Kant’schen „kategorischen Imperativ“ auf, der da lautet: „Handle so, dass die Maxime deines Willens jederzeit zugleich als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könne.“ Demnach sei die Eigenverantwortung des Individuums quasi das Gegenstück zur Solidarität der Gesellschaft, die dem Individuum verspricht, den Rücken in Situationen zu stärken, in denen dies erforderlich ist. Denn: Würde das Individuum seinen Ansprüchen an die Gesellschaft ungebremst freien Lauf lassen, könnte diese das Versprechen der Solidarität nicht einhalten. Die Verpflichtung zur Eigenverantwortung ist laut Häussler und Albrecht der „kategorische Imperativ, der das Gesetz der Solidarität ermöglicht.“ Immanuel Kant selbst verwendet – so der Einwurf des Autorenduos – den Begriff „Eigenverantwortung” zwar nicht direkt, sondern spricht von „Pflicht”, was in der Arbeit als Grundlage für die Verpflichtung zur Eigenverantwortung interpretiert und als essenziell für das Funktionieren des Solidaritätsgedankens in der Gesellschaft angesehen wird.

Wie kommen nun die beiden Autoren auf eine mögliche Renaissance der Eigenverantwortung?

Ihre Antwort: Zum einen habe Kant, dessen 300. Jahrestag der Geburt im Jahr 2024 begangen wurde, viel dazu beigetragen, dass überhaupt über Eigenverantwortung nachgedacht wird. Der zweite und wichtigere Teil ihrer Antwort besteht allerdings darin, dass sich nach Meinung des Autorenduos in 2024 eine wirtschaftliche und politische Gemengelage ergeben hat, die stark an die Jahre 2003 bis 2005 erinnere, ja nahezu ein historisches Déjà-vu sei. Das Thema Eigenverantwortung habe damals in der Politik – und ebenso für die Arbeit des IGES Instituts, wie die Autoren hinzufügen – eine zentrale Rolle gespielt.

Doch was ist mit dem Heute und Jetzt? Die Antwort steht in Häusslers und Albrechts Buch, mit dem sie einen Beitrag leisten wollen, das Konzept „Eigenverantwortung“ auf seine gesundheitspolitische Tauglichkeit zu überprüfen.

Um es kurz zu machen, wobei die Lektüre des Buchs lohnt, weil vor allem die, die sich schon etwas länger mit Gesundheitspolitik beschäftigen, einige interessante Aha-Momente und vor allem zahlreiche Déjà-vus mehr erleben werden: Ihr Fazit und ihre Empfehlung gehen dahin, dass das Konzept der Eigenverantwortung eine zentrale Rolle in der zukünftigen Sozial- und Gesundheitspolitik spielen sollte. Angesichts der steigenden Sozialabgaben und der wirtschaftlichen Herausforderungen erachten die beiden Experten ein Mehr an Eigenverantwortung als notwendig, um die Effizienz und Qualität des Gesundheitswesens zu verbessern.

Ihre Arbeit betont aber auch, dass Eigenverantwortung nicht nur eine ethische Verpflichtung des Einzelnen ist, sondern eine Voraussetzung dafür, dass das Solidaritätsprinzip der Gesellschaft langfristig funktionieren kann. Reformvorschläge, wie Eigenbeteiligungen und ein bewusster Umgang mit Gesundheitsleistungen, sollen dazu beitragen, die Kosten zu senken und die Krankenkassen zu entlasten. Insgesamt kommt nach Ansicht von Häussler und Albrecht der Eigenverantwortung die Funktion eines Schlüsselkonzepts für eine nachhaltige und wettbewerbsfähige Sozialpolitik der kommenden Jahre zu. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Wie kommt Ihr Buch in MVF?

Bitte schicken Sie uns Ihr Fachbuch am besten als PDF zu, dann entscheiden Herausgeber und Chefredaktion, ob wir es unseren Leser:innen vorstellen wollen. Bitte mailen Sie an: stegmaier@m-vf.de

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V.

Dritte Konferenz für registerbasierte Forschung:

Fortschritte, Perspektiven und Praxisnähe im Fokus

Über 180 Teilnehmende diskutierten methodische Entwicklungen, internationale Erfahrungen und konkrete Umsetzungshürden, mit dem Ziel, registerbasierte Studien stärker in der Versorgungsforschung zu verankern.

>> Am 18. Juni 2025 fand die dritte Konferenz für registerbasierte Forschung digital aus Berlin statt. Insgesamt 185 Teilnehmende erhielten einen umfassenden Einblick in die methodischen, strukturellen und praktischen Entwicklungen von Target Trial Emulation (TTE) und registerbasierten RCTs (RRCT). Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke und Dr. Thomas Bierbaum, die gemeinsam die Leitung des Projekts REGINT verantworten, eröffneten die Veranstaltung und unterstrichen die wachsende Bedeutung registerbasierter Studien und deren Bedeutung für die Verbesserung der Versorgung. Dabei betonten sie, dass sich Forschung am Nutzen für Patient:innen orientieren müsse und der Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Versorgungspraxis noch weiter optimiert werden muss.

Hannah Grillmaier (DNVF) stellte im ersten Vortrag das Projekt „REGINT – Registerbasierte Interventionsstudien in Deutschland – Anforderungen, Möglichkeiten, Limitationen und Perspektiven" vor, das vom BMG gefördert und vom Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) koordiniert wird. Im Rahmen dieses Beitrags wurden Ergebnisse einer Online-Befragung und von Expert:inneninterviews zu Hindernissen, Herausforderungen und Lösungsmöglichkeiten für Studien zu Interventionseffekten vorgestellt. Administrative und bürokratische Hürden, fehlende Strukturen und gesetzliche Rahmenbedingungen zur Datenzusammenführung, schlechte Datenqualität und mangelnde Finanzierung wurden als zentrale Hindernisse identifiziert. Erste Ergebnisse des Fallbeispiels Lungenkarzinom der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) zeigen, dass auch die Datenbeantragung komplex und zeitaufwendig ist. Prof. Klinkhammer-Schalke betonte, dass nun konkrete Empfehlungen zur Umsetzung als nächste Schritte folgen müssten, beispielsweise durch die Einführung eines Unique Identifiers. Dr. Bierbaum unterstrich, dass Lösungen für alle Beteiligten praktikabel sein müssen, um Forschung im Versorgungsalltag umsetzbar zu machen.

Aus demselben Projekt präsentierten Helene Hense und Dr. Thomas Birkner Ergebnisse zum Fallbeispiel Neurodermitis. Dr. Birkner schilderte erste Erfahrungen bei der Planung einer prospektiven TTE und empfahl, ein möglichst passendes pragmatisches Trial zu emulieren. Helene Hense stellte qualitative Ergebnisse zur Machbarkeit von TTEs und RRCTs mit dem Neurodermitis-Register TREATgermany vor. Es zeigten sich hier unterschiedliche Interessen von Forschenden und der Industrie. Gerade Head-to-Head-Studien sollten deshalb öffentlich finanziert werden.
Prof. Dr. Tim Mathes und Paula Starke, Verantwortliche des Projektes „NANA" (Nicht-randomisierte Auswertung von Registerdaten zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln), referierten zum Thema „Registerbasierte Studien als Evidenz in der Arzneimittelbewertung?" und stellten Anforderungen und verschiedene Fragestellungen für TTEs und RRCTs im Rahmen der Arzneimittelbewertung vor. Sie arbeiten an der Entwicklung praktischer Ressourcen zur

Kommentar



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Vorsitzender DNVF

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

vor Kurzem fand unsere dritte Konferenz für registerbasierte Forschung statt – mit erneut sehr guter Beteiligung. Die stetig wachsende Zahl an Teilnehmenden unterstreicht: Unser Netzwerk ist mit dieser Konferenz und dem Fortbildungsangebot REGIBA inzwischen eine Instanz im Kreis der Akteure, die sich für registerbasierte Forschung in Deutschland engagieren. Dieser Erfolg ist vor allem dem Einsatz unserer Kolleg:innen Prof. Monika Klinkhammer-Schalke, Dr. Thomas Bierbaum und Hannah Grillmaier zu verdanken!

Ebenso danken möchte ich dem diesjährigen Präsidenten des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, der vom 22. bis 24. September 2025 am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) stattfinden wird. Gemeinsam mit seinem Team hat Prof. Dr. Horst Vollmar die anspruchsvolle Aufgabe der Programmentwicklung abgeschlossen und unter dem Leitmotiv „Zukunftskompetenz für ein resilientes Gesundheitssystem" ein anspruchsvolles und vielschichtiges Programm gestaltet. Unterstützt wird er vor Ort durch das lokale Organisationsteam unter Leitung unseres Hauptgeschäftsführers Prof. Dr. Dr. Martin Härter – die Kolleg:innen machen so einiges möglich, was bei so einem großen Kongress weder einfach noch selbstverständlich ist – danke für den Einsatz!

Darüber hinaus berichten wir in dieser Ausgabe über die Sitzung der DFG-Gutachter:innen des DNVF. Sie tragen mit großem Engagement und fachlicher Kompetenz dazu bei, die Themen und Perspektiven der Versorgungsforschung im Kontext der DFG zu schärfen und weiter zu etablieren. Mein besonderer Dank gilt daher all jenen Kolleg:innen, die sich dafür engagieren.

Auch mit Blick auf die anstehende Stärkung des Primärarztsystems, die auf der Agenda der Bundesregierung steht, ist es wichtig, die Potenziale der Versorgungsforschung aktiv zu nutzen. Unser Ziel ist es, dass die im Gesundheitssystem eingesetzten Ressourcen effektiver und zielgerichteter im Sinne der Patient:innen eingesetzt werden. Dabei verstehen wir uns nicht nur als „Zulieferer" von Daten und Ergebnissen, sondern auch als Partner:innen und Berater:innen für eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik!

Mit den in dieser Ausgabe vorgestellten Aktivitäten und Initiativen unserer Mitglieder zeigen wir beispielhaft, wie vielfältig und unverzichtbar der Beitrag der Versorgungsforschung auf dem Weg zum „Gesundheitssystem von morgen" ist. Kommen Sie auf uns zu – wir freuen uns auf den Austausch!

Ihr Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann

Vorsitzender DNVF. e. V.



Präsenzteilnehmende der 3. Registerkonferenz: v.l.n.r. Alexandru Soroceanu, Prof. Monika Klinkhammer-Schalke, Dr. Thomas Bierbaum, Dr. Semaw Abrera, Prof. Sylke Zeißig, Hannah Grillmaier und Luisa Urban.

Durchführung von TTEs und RRCTs, darunter Protokollvorlagen und R-Codes, die online zugänglich gemacht werden sollen. Zudem präsentierten sie eine Analyse der Eignung bestehender deutscher Register für nichtrandomisierte Studien (rbNRS) sowie Ansätze zur methodischen und qualitativen Weiterentwicklung.

Anschließend stellte Luisa Urban (Universitätsmedizin Göttingen) Erkenntnisse aus ihrer jüngsten Publikation zur Analyse und Taxonomie von RRCTs vor. Bisher gibt es hier keine eindeutigen Definitionen für registerbasierte Studien. Sie plädierte dafür, registerbasierte RRCTs in drei Kategorien einzuteilen: registerbasiertes Follow-up, Hybrid-RRCTs und „echte" RRCTs. Ziel muss es sein, bestehende Strukturen effektiver zu nutzen und zugleich neue Handlungsfelder zu eröffnen.

Dr. Semaw Abera (Universitätsmedizin Greifswald) präsentierte seine Studie zur laparoskopischer versus offener Kolektomie beim Kolonkarzinom unter Verwendung von Daten des Krebsregisters Mecklenburg-Vorpommern. Herkömmliche Analysen zeigten zunächst einen protektiven Effekt der laparoskopischen Methode, doch die TTE korrigierte diesen Befund: Nach Anwendung von stabilisiertem inverse-probability-weighting bestand kein signifikanter Überlebensvorteil. Sein Fazit: TTEs können das Potenzial von Krebsregisterdaten erschließen, um Fragen der vergleichenden Wirksamkeitsforschung zu beantworten, die als Leitfaden für onkologische Gesundheitsdienste dienen können.

Ebenso relevante Impulse lieferten zwei Vorträge schwedischer Studien. Asoc. Prof. Dr. Olga Titova zeigte anhand nationaler Registerdaten Zusammenhänge zwischen BMI, metabolischem Syndrom und kardiovaskulären Erkrankungen auf. Dr. Dominik Dietler stellte Ergebnisse des Projekts SWECOV vor, welches aufzeigt, wie sich durch intelligente Verknüpfung von Registerdaten aus den Bereichen Gesundheit, Soziales und Wirtschaft komplexe Fragen zu den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie beantworten lassen – von gesundheitlichen Folgen bis hin zu gesellschaftlichen Aspekten wie Erwerbstätigkeit oder Gleichstellung.

Die von Prof. Dr. Sylke Zeißig vorgestellte Plattform PLATO 2, die im Rahmen des Gesetzes zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten konzeptionell entwickelt wurde, soll eine anlassbezogene, bundesweite Analyse und Verknüpfung von Krebsregisterdaten ermöglichen. Sie bildet die Grundlage für gemeinsame, interdisziplinäre klinisch-wissenschaftliche Auswertungen versorgungsnaher Daten im Bereich der Onkologie und soll damit einen weiteren Baustein auf dem Weg zur umfassenden Nutzung versorgungsnaher Daten ermöglichen.

Zum Abschluss der Konferenz betonte Prof. Klinkhammer-Schalke die Relevanz gemeinsamer Standards, praktikabler Tools, klarer Definitionen und interdisziplinärer Zusammenarbeit. Nur durch konsequente Weiterentwicklung und bessere Nutzbarmachung vorhandener Daten könne der Brückenschlag zwischen Forschung und Versorgung gelingen. Dr. Bierbaum ergänzte: Forschung dürfe nicht komplexer, sondern müsse anwendungsfreundlicher werden.

Insgesamt fiel das Fazit eindeutig aus: Die registerbasierte Forschung in Deutschland hat in den letzten Jahren deutliche Fortschritte gemacht. Nun gilt es, die methodischen Grundlagen weiter zu festigen, den internationalen Austausch zu intensivieren und politische Entscheidungsträger mit evidenzbasierten Erkenntnissen zu unterstützen. So kann das enorme Potenzial dieser Forschungsform nachhaltig entfaltet werden. <<

News

>> Start des dritten Durchgangs der REGIBA-Fortbildung

Die wissenschaftliche Fortbildung „Registerbasierte Forschung – REGIBA" vermittelt fundiertes Wissen zur Planung und Durchführung registerbasierter Studien. Die praxisnahe Fortbildung richtet sich an Wissenschaftler:innen aller Karrierestufen und bietet umfassende Einblicke in Methodik, Studiendesign, Datenqualität und regulatorische Anforderungen. Der nächste Durchgang startet im September 2025 – jetzt anmelden und die Potenziale registerbasierter Evidenz für eine bessere Versorgung gezielt nutzen!

Weitere Informationen:
https://t1p.de/vmnk1

>> Qualitative Forschung im Fokus: erfolgreiche vierte Arbeitstagung

Am 4. Juli 2025 fand bereits zum vierten Mal die Online-Arbeitstagung der AG Qualitative Methoden im DNVF statt. Die etablierte Veranstaltung bringt erfahrene und junge Versorgungsforschende zusammen, um sich zu zentralen Themen qualitativer Forschung auszutauschen. Zwei hochkarätige Plenarvorträge – von Prof. Ingrid Paus-Hasebrink und Dr. Kati Mozygemba – rahmten die Veranstaltung ein. In interaktiven World Cafés wurden aktuelle Fragestellungen diskutiert, von Publikationsstrategien über Gütekriterien bis hin zum Potenzial von KI. Die Tagung bestätigte erneut: Qualitative Methoden sind ein unverzichtbarer Bestandteil innovativer Versorgungsforschung.

DKVF 2025 mit Programm zu Megatrends, Digitalisierung und Resilienz

Versorgung im Umbruch

Der 24. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung setzt mit einem interdisziplinären Programm Impulse für ein resilientes Gesundheitssystem von morgen.

>> Der 24. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) steht im Jahr 2025 unter dem Leitmotiv „Zukunftskompetenz für ein resilientes Gesundheitssystem". Aufbauend auf den Erkenntnissen des DKVF 2024 soll der Kongress eine Plattform für die Weiterentwicklung und Diskussion neuer Denkansätze bieten, mit dem Ziel, die Gesundheitsversorgung in Deutschland zukunftsfähig zu gestalten. Ziel ist es, gemeinsam mit Expert:innen aus der Versorgungs- und Zukunftsforschung systematisch Perspektiven zu entwickeln, die zur Stärkung der Resilienz des Gesundheitssystems beitragen und innovative Lösungen für gegenwärtige wie künftige Herausforderungen aufzeigen. Unter der wissenschaftlichen Leitung von Kongresspräsident Prof. Dr. Horst Christian Vollmar von der Abteilung für Allgemeinmedizin an der Ruhr-Universität Bochum wurde ein anspruchsvolles und interdisziplinär ausgerichtetes Programm gestaltet, welches aktuelle Themen der Versorgungsforschung mit vorausschauenden Zugängen der Zukunftsforschung verbindet.

Unser Gesundheitssystem steht vor tiefgreifenden Umbrüchen: Der demografische Wandel, zunehmender Fachkräftemangel, Digitalisierung, Klimawandel, globale Krisen und geopolitische Unsicherheiten verlangen neue Strategien und Denkweisen. Die Pandemie hat zudem die Verletzlichkeit der Strukturen unseres Gesundheitssystems deutlich gemacht. Zukunftskompetenz – verstanden als die Fähigkeit, systematisch und reflektiert mit zukünftigen Entwicklungen umzugehen – wird daher zur Schlüsselressource für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung. In diesem Sinne setzt der DKVF 2025 auf eine Verknüpfung von Versorgungs- und Zukunftsforschung. Durch disziplinübergreifende Zusammenarbeit sollen tragfähige Konzepte entstehen, die eine resiliente, inklusive und patientenzentrierte Gesundheitsversorgung ermöglichen.

Der DKVF 2025 strukturiert diese Themenvielfalt entlang fünf zentraler Stränge, die aktuelle wie auch zukünftige Herausforderungen aufgreifen. Im ersten Strang stehen Megatrends wie Alterung, Urbanisierung, Migration oder ökologische Krisen im Fokus, die die Rahmenbedingungen gesundheitlicher Versorgung grundlegend verändern. Thematisiert werden unter anderem die Auswirkungen des demografischen Wandels, die Arbeitsorganisation in multiprofessionellen Teams, Konzepte und Beispiele einer regionalen und sektorübergreifenden Versorgung sowie Lösungsansätze gegen die Herausforderungen durch den Fachkräftemangel. Weitere Themen sind Geschlechtergerechtigkeit im Gesundheitswesen, die Partizipation bislang unterrepräsentierter Bevölkerungsgruppen, der Klimawandel und seine gesundheitlichen Folgen sowie die Versorgung im Kontext von Migration, Integration und Inklusion.



Prof. Dr. Horst Christian Vollmar, Präsident des 24. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung (DKVF). Siehe Interview ab Seite 6 dieser Ausgabe.

Der zweite Strang widmet sich der digitalen Transformation, die als Schlüsselprozess strukturellen Wandels verstanden wird. Beiträge zur digitalen Infrastruktur, der elektronischen Patientenakte, zu digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen und zur Nutzung von Künstlicher Intelligenz (KI) sollen aufzeigen, wie technologische Entwicklungen sinnvoll in die Gesundheitsversorgung integriert werden können – und beleuchten die Entwicklung nicht nur aus technischer, sondern auch aus ethischer und versorgungspraktischer Sicht.

Im dritten Strang steht die evidenzbasierte Gesundheitsversorgung und -politik im Zentrum. Vor dem Hintergrund knapper Ressourcen und steigender Qualitätsansprüche kommt der Nutzung versorgungsnaher Daten, Konzepten des lernenden Gesundheitssystems sowie Maßnahmen zur Prävention und Förderung psychischer Gesundheit besondere Bedeutung zu. Auch partizipative Modelle und Strategien zur Inklusion werden unter dem Gesichtspunkt evidenzbasierter Steuerung diskutiert.

Im vierten Strang geht es um methodische Innovationen als Grundlage wissenschaftlich fundierter Versorgungsforschung. Beiträge zu quantitativen und qualitativen Methoden, Mixed-Methods-Designs und Registerforschung bilden hier das inhaltliche Gerüst. Ergänzt wird dieser Strang durch praxisnahe Formate wie Future Labs oder Szenarioanalysen, welche aufzeigen, wie sich Zukunftsforschung sinnvoll in die Versorgungsforschung integrieren lässt – und fundierte Entscheidungen für morgen unterstützt.

Der fünfte Strang legt den Fokus auf konkrete Projekte und den wissenschaftlichen Nachwuchs. Vorgestellt werden abgeschlossene und laufende Studien, insbesondere aus dem Innovationsfonds, sowie neu geförderte oder in Planung befindliche Projektideen. Der Austausch über erste Erfahrungen und methodische Zugänge soll nicht nur dem Erkenntnisgewinn, sondern auch dem Aufbau nachhaltiger Forschungs- und Kooperationsnetzwerke dienen. Nachwuchswissenschaftler:innen werden in besonderer Weise eingebunden, unter anderem im Rahmen eines Science Slams, der wieder ganz neue Impulse und Perspektiven eröffnen wird.

Ein besonderes Highlight des Programms wird das gemeinsame Symposium des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) mit dem Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sein. In diesem Format werden Projekte aus dem Innovationsfonds vorgestellt, deren Ergebnisse erfolgreich in die Versorgung übertragen wurden – auf ganz unterschiedlichen Wegen und oft weitgehend unbeachtet. Ziel ist es, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis zu intensivieren sowie neue und alte Wege des Transfers von Erkenntnissen aus der Versorgungsforschung in die Patientenversorgung zu identifizieren und möglichst auszubauen.

Wie in den vergangenen Jahren nimmt der DKVF auch 2025 die Perspektiven von Bürger:innen und Patient:innen ernst. Der Bürger:innen- und Patient:innentag am 23.

September 2025 am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) bietet ein offenes Forum für Austausch, Mitsprache und Mitgestaltung. Neben wissenschaftlichen Beiträgen werden partizipative Formate wie ein Scenario Lab zur Entwicklung einer patientenzentrierten Zukunftsvision der Gesundheitsversorgung angeboten. Die Integration dieser Perspektiven ist Ausdruck eines modernen, zukunftsorientierten Verständnisses von Gesundheitsversorgung.

Die drei Plenarsitzungen des Kongresses bieten vielfältige, internationale Perspektiven auf zentrale Zukunftsthemen der Versorgung. In den Plenarsitzungen diskutieren renommierte Expert:innen aus den USA, Österreich und Deutschland, wie Versorgungs- und Zukunftsforschung systematisch miteinander verknüpft werden können. Sie sprechen sich für eine methodisch breit aufgestellte, interdisziplinäre Forschung aus, die neue Blickwinkel eröffnet und als Grundlage für eine vorausschauende Gestaltung des Gesundheitssystems dienen kann.

In der ersten Plenarsitzung wird die Fähigkeit, von der Zukunft zu lernen, in das Zentrum gerückt. Michaela Evers-Wölk vom Institut für Zukunftsstudien und Technologiebewertung (IZT) stellt das Projekt „Krisenradar“ vor, das vom Büro für Technikfolgenabschätzung beim Deutschen Bundestag gefördert wird. Ziel ist es, Frühwarnsysteme für zukünftige Gesundheitskrisen zu entwickeln und gesellschaftliche Resilienz zu stärken. Ergänzend dazu erläutert Prof. Dr. Antje Bierwisch vom Management Center Innsbruck das Konzept der „Futures Literacy“ und zeigt anhand eines Multi-Methoden-Ansatzes, wie strategische Vorausschau konkret zur Stärkung der Versorgung beitragen kann.

Die zweite Plenarsitzung greift zwei besonders wirkmächtige Einflussfaktoren auf: Demografie und Digitalisierung. Prof. Dr. Malaz Boustani, Geriater aus Indiana-polis, stellt Versorgungsmodelle vor, die eine evidenzbasierte und wertorientierte Versorgung älterer Menschen ermöglichen. Dr. Sandra Bobersky vom Zentrum für Künstliche Intelligenz, Medizininformatik und Datenwissenschaften der Knappschaft Kliniken Universitätsklinikum Bochum beleuchtet, welche Rolle KI in der Gesundheitsversorgung bereits spielt und welches transformative Potenzial jenseits kurzfristiger technischer Hypes in ihrer Weiterentwicklung liegt.

Auch der Klimawandel wird als zentrale Herausforderung für das Gesundheitssystem thematisiert. Dr. Claudia Konnopka (UKE) wird in der dritten Plenarsitzung anhand aktueller Daten zeigen, dass extreme Wetterlagen mit einer Zunahme schwerer Krankheitsverläufe und höherer Mortalität einhergehen, was die stationäre Versorgung zusätzlich belastet. Prof. Dr. Petra Thürmann, Mitautorin des Gutachtens des des Sachverständigensrats Gesundheit & Pflege zur Resilienz im Gesundheitswesen, gibt abschließend konkrete Empfehlungen, wie sich Gesundheitseinrichtungen strukturell und konzeptionell besser auf künftige Gesundheitskrisen vorbereiten können.

Der DKVF 2025 versteht sich als Ort des wissenschaftlichen Austauschs, der interdisziplinären Zusammenarbeit und der praxisnahen Orientierung. Die Integration von Zukunftsforschung, methodischer Innovationskraft und der Perspektive der Patient:innen unterstreicht das Selbstverständnis des Kongresses als Impulsgeber für die Transformation der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Alle Akteur:innen der Versorgungsforschung – aus Wissenschaft, Praxis, Politik und Zivilgesellschaft – sind herzlich eingeladen, sich aktiv zu beteiligen, Perspektiven zu erweitern und gemeinsam den Weg in eine resiliente, gerechte und zukunftsfähige Gesundheitsversorgung zu gestalten. <<

Link: https://www.dkvf.de/de/

News

>> DNVF setzt Impulse zur Etablierung des Fachs in der DFG – regelmäßiger Austausch und neuer Verteiler geplant

Im Rahmen einer digitalen Sitzung des geschäftsführenden Vorstands des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) mit den vom Netzwerk benannten Gutachter:innen für die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) wurde der aktuelle Stellenwert der Versorgungsforschung im DFG-Kontext diskutiert. Im Zentrum standen sowohl strukturelle Rahmenbedingungen der Antragstellung als auch praktische Erfahrungen aus der Begutachtung und der Antragspraxis.

Zu Beginn der Sitzung berichtete Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Vorsitzender des DNVF, von einem Austausch mit Vertreter:innen der DFG. Aktuell wird die gesundheitsbezogene Versorgungsforschung innerhalb der DFG gemeinsam mit den Bereichen Public Health- sowie Sozial- und Arbeitsmedizin zusammengefasst. Die Bewilligungsquote für Sachbeihilfeanträge aus der Versorgungsforschung liegt mit über 50 % auf einem im Fächervergleich eher hohen Niveau. Diese Quote unterstreicht die Förderwürdigkeit fundierter Anträge aus unserem Feld. Im Vergleich dazu ist die Erfolgsquote im Innovationsfonds mit derzeit 19 % deutlich geringer, was den Bedarf an alternativen und ergänzenden Finanzierungswegen verdeutlicht.

Ein wiederkehrendes Problem stellt die Gewinnung geeigneter Gutachter:innen dar. Laut der DFG stehen viele angefragte Versorgungsforscher:innen aus Kapazitätsgründen nicht zur Verfügung. Die Beteiligung an der Begutachtung ist jedoch von zentraler Bedeutung – nicht nur für die Qualitätssicherung des Verfahrens, sondern auch für die weitere Etablierung unseres Fachgebiets innerhalb der DFG-Strukturen.

In einem offenen Erfahrungsaustausch schilderten die Teilnehmenden ihre eigenen Erfahrungen und gaben Empfehlungen für erfolgreiche Antragstellungen. Positiv hervorgehoben wurde die geringere formale Komplexität von DFG-Anträgen im Vergleich zu anderen Förderern sowie die Flexibilität der DFG im Umgang mit Herausforderungen, bspw. nicht selbst verschuldeten Projektverzögerungen.

Von zentraler Bedeutung sind die inhaltliche Qualität der Gutachten und die Eindeutigkeit der ausgesprochenen Empfehlung. Gerade bei positiven Gesamtbewertungen sollte dies auch explizit benannt werden. Kritikpunkte sollten möglichst als konstruktive Verbesserungsvorschläge formuliert werden. Antragsteller:innen wurde empfohlen, innerhalb der Anträge explizit zu benennen, dass eine Begutachtung durch versorgungsforschungsnahe Gutachter:innen sinnvoll ist – auch bei Einreichungen in benachbarten Fachgebieten.

Ein weiterer wichtiger Aspekt betrifft die Sichtbarkeit des Fachgebiets innerhalb der DFG. Auch nicht bewilligte Anträge werden im sogenannten „DFG-Record“ dokumentiert und stärken die Position der Versorgungsforschung als Antragstellercommunity. Die Zahl der Anträge beeinflusst u. a. die Anzahl der Kollegiat:innen in den jeweiligen Fachgebieten. Antragstellungen – auch bei zunächst negativer Entscheidung – sind daher ein wichtiger Beitrag zur Etablierung des Fachs.

Besonders erfreulich ist die hohe Erfolgsquote von Anträgen aus den DFG-Nachwuchsakademien in der jüngeren Vergangenheit. Mehrere Teilnehmer:innen betonten die Unterstützung des wissenschaftlichen Nachwuchses durch gezielte Antragsermutigung als weiterhin prioritäre Aufgabe. Insgesamt zeigten sich die Teilnehmenden der Sitzung überzeugt, dass sowohl Antragstellungen als auch Gutachtertätigkeit aus individueller wie fachpolitischer Sicht außerordentlich lohnend sind.

Abschließend wurde beschlossen, einen spezifischen Verteiler für DFG-interessierte Mitglieder aufzubauen und einen regelmäßigen Dialog zur Förderpraxis innerhalb des Netzwerks zu etablieren.

DNVF

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e. V. – Geschäftsstelle
Kuno-Fischer-Str. 8 – 14057 Berlin

E-Mail: info@dnvf.de

Gina Wittlinger MSc
Prof. Dr. rer. oec. Leonie Sundmacher

Primärarztsysteme im internationalen Vergleich: Wie gestalten andere Länder ihre Versorgung und was kann Deutschland davon lernen?

Zusammenfassung

Der Begriff Primärarztsystem subsumiert verschiedene Systeme, in denen ein festgelegter Primärarzt vor der Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung aufgesucht werden soll. Die Einführung eines verbindlichen, flächendeckenden Primärarztsystems zur Förderung einer zielgerichteten Versorgung und einer schnellen Terminvergabe für Deutschland wurde kürzlich im Rahmen des Koalitionsvertrages zur Legislaturperiode 2025–2029 beschlossen, wobei die konkrete Ausgestaltung noch diskutiert wird.

Im Folgenden vergleichen wir die Ausgestaltung von Primärarztsystemen in neun europäischen Ländern und in Israel und leiten hieraus Implikationen für Deutschland ab.

Schlüsselwörter

Primärarztsystem, Primärversorgung, Koordination, komparative Analyse

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2731

Definition

Der Begriff Primärarztsystem subsumiert verschiedene Systeme, in denen ein festgelegter Primärarzt vor der Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung aufgesucht werden soll. Der Primärarzt übernimmt hier eine zentrale Rolle bei Koordination und Steuerung der Versorgung und der Pflege einer stabilen, vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung (Popert et al. 2018; Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege 2024). Während sich die spezifischen Ausgestaltungsvarianten verschiedener Primärarztsysteme unterscheiden, gibt es doch einige zentrale Komponenten, die in fast allen dieser Systeme überschneidend vorkommen. Das sind die Registrierung bei einem festen Primärarzt, die Beschränkung des Zugangs zu Fachärzt:innen und Krankenhäusern sowie die Beschränkung der freien Arztwahl. Darüber hinaus wird die Primärversorgung in den meisten der betrachteten Systeme zunehmend in interprofessionellen und interdisziplinären Teams[1] erbracht (Orchard et al. 2005; IGES Institut 2020).

Im internationalen Vergleich stellen Primärarztsysteme eher die Regel als die Ausnahme dar. In Europa ist ein solches beispielsweise in Italien, Spanien, England, den Niederlanden und Frankreich, aber auch in den nordischen Ländern wie Dänemark, Finnland und Norwegen etabliert (Or et al. 2023; Keskimäki et al. 2019; Bernal-Delgado et al. 2024; Giulio de Belvis et al. 2022; Anderson et al. 2022; Kroneman et al. 2016; Birk et al. 2024; Saunes et al. 2020). Auch über den europäischen Kontext hinaus greift beispielsweise das israelische Gesundheitssystem auf Elemente eines Primärarztsystems zurück (Rosen et al. 2015). Deutschland hat mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2004 ebenfalls ein freiwilliges Primärarztsystem ermöglicht. Bei der sogenannten Hausarztzentrierten Versorgung verpflichten sich Patient:innen freiwillig, vor Inanspruchnahme der Sekundärversorgung einen festen Hausarzt aufzusuchen (Gerlach und Szecsenyi 2011). Die Einschreibequote liegt mit ca. 12% der Bevölkerung (Stand Mai 2025) deutlich unter den Werten in Dänemark, den Niederlanden oder Norwegen, wo trotz formaler Freiwilligkeit – jedoch unter anderen institutionellen Rahmenbedingungen und Anreizstrukturen – Quoten von über 90% erzielt werden (Kroneman et al. 2016; Birk et al. 2024; Saunes et al. 2020; Marchildon et al. 2021; Hausärztinnen- und Hausärzteverband 2025b).

Die Einführung eines verbindlichen, flächendeckenden Primärarztsystems zur Förderung einer zielgerichteten Versorgung und einer schnellen Terminvergabe für Deutschland wurde kürzlich im Rahmen des Koalitionsvertrages zur Legislaturperiode 2025 bis 2029 beschlossen, wobei die konkrete Ausgestaltung noch diskutiert wird (Popert et al. 2018; Laux et al. 2015; CDU 2025).

In diesem Artikel vergleichen wir die Bestandteile verschiedener Primärarztsysteme und beurteilen die Relevanz spezifisch für den deutschen Kontext.

>> Der demografische Wandel, steigende Zahlen multimorbider Patient:innen, Fachkräfteengpässe, aber auch wachsende Ansprüche an die medizinische Versorgung stellen Gesundheitssysteme und deren Finanzierung vor Herausforderungen (Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege 2024; Glonti et al. 2019). Für Patient:innen ist die eigenständige Navigation in komplexen und zum Teil fragmentierten Gesundheitssystemen zeitaufwendig und mühsam (Griese et al. 2023).

Bereits im Jahr 2008 empfahl die Weltgesundheitsorganisation eine stärkere Ausrichtung der Gesundheitssysteme der Mitgliedsstaaten auf die Primärversorgung, um die Herausforderungen unserer Zeit effektiv, kosteneffizient und patientenzentriert bewältigen zu können (Robert Bosch Stiftung 2015; van Lerberghe 2008).

Das übergeordnete Ziel von Primärarztsystemen ist demnach eine Stärkung der Koordinierungs-, Betreuungs-, Dokumentations- und Integrationsfunktion der Primärversorgung. Dies kann im Idealfall zu Kosteneinsparungen durch die Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Facharztbesuche und Doppeluntersuchungen

---

1: Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen ist definiert als eine Zusammenarbeit zwischen einem Team von Gesundheitsfachkräften unterschiedlicher Disziplinen und einer Patientin/einem Patienten, bei der gemeinsam und abgestimmt Entscheidungen zu gesundheitlichen und sozialen Themen getroffen werden (Orchard et al. 2005; World Health Organization 2010). Interdisziplinarität beschreibt dahin gehend die Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen innerhalb einer Profession (bspw. die Zusammenarbeit von Ärzt:innen unterschiedlicher Fachrichtungen) (Gurtner und Wettstein 2019).

sowie der Elimination von Schnittstellenproblemen zwischen den Versorgungsstufen[2] führen (Klora et al. 2017).

Auch der Behandlungsverlauf kann durch die gestärkte, koordinierende Rolle der Primärversorgung positiv beeinflusst werden (Klora et al. 2017). In der Regel werden Überweisungen an Fachärzt:innen nur nach einer diagnostischen Erstanamnese durch den Primärversorger ausgestellt. So können Informationsasymmetrien zwischen Patient:innen und Fachärzt:innen abgemildert und Facharztkapazitäten bedarfsgerecht ausgeschöpft werden. Letzteres kann eine intensivierte Betreuung für Patient:innen mit hohem Versorgungsbedarf ermöglichen. In performanten Primärarztsystemen mit Registrierung werden die Primärärzte automatisch über den Behandlungsverlauf ihrer Patient:innen in anderen Versorgungsstufen benachrichtigt (Klora et al. 2017; Bodenheimer et al. 2014; Rotar et al. 2018). Die so verbesserte Kommunikation und Dokumentation kann Behandlungsfehler vermeiden, da bspw. Wechselwirkungen zwischen Medikamenten zuverlässiger detektiert werden (Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege 2024; Klora et al. 2017).

Darüber hinaus können Primärarztsysteme mit Registrierung auch eine bessere Durchsetzbarkeit von Präventivmaßnahmen (bspw. Brustkrebsscreenings) und eine bessere Erreichbarkeit im Falle einer öffentlichen Gesundheitskrise gewährleisten (Sripa et al. 2019; Sachverständigenrat zur Begutachtung 2023). Vermeidbare Hospitalisierungen, etwa infolge akuter Verschlechterungen chronischer Erkrankungen, können sich durch eine intensivierte primärärztliche Betreuung und präventive Maßnahmen reduzieren (Laux et al. 2015; Garrido et al. 2011).

Vergleich der Primärarztsysteme in 10 Ländern

Registrierung zur Teilnahme am Primärarztsystem

Die Registrierung zur Teilnahme am Primärarztsystem ist in den betrachteten Ländern entweder als Verpflichtung oder freiwillig umgesetzt. Bei Freiwilligkeit werden positive und negative Anreizwirkungen genutzt, um die teilnehmenden Akteure zu incentivieren am Primärarztsystem teilzunehmen. In den meisten Primärarztsystemen wird die Registrierung von den Patient:innen initiiert und durch entsprechende Informationsangebote im Internet unterstützt. Nur in Spanien, Finnland und Norwegen erfolgt eine automatische Einschreibung bei einem Primärarzt auf Basis des Wohnorts. In Spanien und Finnland ist die Registrierung verpflichtend. In Norwegen gibt es die Möglichkeit, die Registrierung zu widerrufen und das Primärarztsystem zu verlassen (Bernal-Delgado et al. 2024; Shahaed et al. 2023).

In Italien und England ist die Registrierung formal freiwillig. Ohne Registrierung ist allerdings kein Zugang zu den Leistungen des staatlichen Gesundheitssystems möglich. Daher handelt es sich hier um eine faktische Verpflichtung (Marchildon et al. 2021).

In den Niederlanden, Frankreich und Norwegen ist die Registrierung freiwillig. In den Niederlanden und Frankreich ist eine fehlende Registrierung mit höheren Zuzahlungen bzw. Nachteilen bei der Terminvergabe verbunden. In Norwegen müssen nicht registrierte Bürger:innen Besuche bei Primärversorgern vollständig selbst bezahlen. In allen drei Ländern sind dementsprechend über 90% der Bevölkerung bei einem Primärarzt eingeschrieben (Or et al. 2023; Marchildon et al. 2021; Shahaed et al. 2023).

In Dänemark, der Schweiz und Israel können Patient:innen zwischen unterschiedlichen Tarifen bzw. Krankenkassen wählen und eine Festlegung auf einen Primärarzt ist nur für manche Kassen bzw. Tarife erforderlich. In der Schweiz gibt es abgesehen von der Standardversicherung mit freier Arztwahl noch alternative Tarife mit Hausarztbindung sowie telemedizinische Tarife. Nur in den Tarifen mit Hausarztbindung verpflichtet sich der Patient, zunächst einen festen Hausarzt aufzusuchen bevor er Fachärzt:innen in Anspruch nimmt. In telemedizinischen Tarifen muss zunächst ein Callcenter kontaktiert oder eine digitale Ersteinschätzung vorgenommen werden, bevor ein Versorger aufgesucht werden kann. Darüber hinaus gibt es in der Schweiz noch Versicherungen, die die Versorgung in sogenannten Health Maintenance Organizations selbst organisieren. In der Schweiz sind dies meist Gruppenpraxen oder Ärztenetze, die von den Versicherern betrieben werden. Die Incentivierung zur Wahl eines der alternativen Versicherungsmodelle erfolgt über Prämienersparnisse (IGES Institut 2020; Sturny 2020; Pietro et al. 2015).

Auch in Israel sind die vier Krankenkassen zugleich für die Finanzierung und die Erbringung der Versorgung zuständig. Ihnen gehören einige Krankenhäuser, Labore und Apotheken. Außerdem können sie medizinische Versorger direkt beschäftigen. Die Registrierung bei einem Primärarzt ist nur für zwei der vier Krankenkassen erforderlich. Die Beiträge für die vier Krankenkassen unterscheiden sich nicht (Rosen et al. 2015).

In Dänemark wird zwischen zwei Versicherungsgruppen unterschieden. In Gruppe 1 sind Patient:innen an einen Primärarzt gebunden, bei dem sie sich registrieren müssen. In Gruppe 2 können Patient:innen direkt auf die meisten Fachärzt:innen zugreifen. Sie müssen allerdings höhere Zuzahlungen bei Arztbesuchen tätigen. Die Gebühren werden von den Ärzt:innen festgelegt und nur bis zu den für Gruppe 1 festgelegten Gebühren erstattet. Die Zuordnung in eine der beiden Gruppen erfolgt automatisch bei Geburt auf Basis der Gruppe der Eltern. Dies ist in 98% der Fälle Gruppe 1. Ein Wechsel ist jederzeit online möglich (Birk et al. 2024; Vrangbæk 2020).

Eine Übersicht der genutzten Anreizwirkungen in den verschiedenen Ländern sowie der geschätzten Registrierungsquoten zeigt Tabelle 1.

Interprofessionelle Teams im Zentrum

In den meisten betrachteten Ländern wird die Primärversorgung zunehmend durch größere, stärker zentralisierte Einrichtungen oder durch Netzwerke verschiedener Versorger erbracht. Hier arbeiten nicht nur Hausärzt:innen, sondern auch (je nach regionalem Bedarf) Fachärzt:innen, Pflegefachkräfte, Psycholog:innen, Physiotherapeut:innen etc. in interprofessionellen Teams zusammen (IGES Institut 2020). Im Folgenden werden diese als Gesund-

---

2: Gemeint sind die Primärversorgung, i. d. R. die hausärztliche Versorgung, sowie die Sekundär- und Tertiärversorgung. Sekundärversorgung bezeichnet die Versorgung durch niedergelassene oder stationär tätige Fachärzt:innen, i. d. R. nach Überweisung aus der Primärversorgung. Tertiärversorgung beinhaltet hochkomplexe medizinische Leistungen, die in großen, spezialisierten Krankenhäusern erbracht werden. Tertiäre Leistungen werden meist nach Überweisung durch Fachärzte aus der Sekundärversorgung bzw. Verlegung aus einem Krankenhaus der Sekundärversorgung erbracht (Klauber et al. 2021).

 This article was published under the license CC BY 4.0 and can be used

Übersicht der Registrierungsquoten und Anreizwirkungen in den zehn Ländern										
	ES	FIN	I	GB	DK	CH	IL	NL	N	F
Ablauf der Registrierung										
Automatische Einschreibung	X	X							X[1]	
Patienteninitiiert			X	X	X	X	X	X[2]		X
Geschätzte Registrierungsquote	~100%[3]	~100%	~100%[4]	~100%[5]	~98%	~60%[6]	~60%	~95%	>99%	90-95%
Anreizwirkungen zur Teilnahme am Primärarztsystem										
Registrierung als Voraussetzung für Inanspruchnahme von Primärversorgern[7]	X	X	X	X					X	
Nachteile bei Terminvergabe durch Primärversorger ohne Registrierung								X		X
Überweisung als Voraussetzung für Inanspruchnahme von Spezialist:innen[7]	X	X	X	X			X		X	
Höhere Zuzahlungen bei Spezialistenbesuchen ohne Überweisung					X[8]			X (100%)		X (70% statt 30%)
Anreizwirkungen zum Abschluss von Tarifen mit Hausarztbindung										
Prämienersparnisse						X (bis 20%)				

Tab. 1: Übersicht der Registrierungsquoten und Anreizwirkungen in den zehn Ländern. Quellen: Spanien (Bernal-Delgado et al. 2024; Comunidad de madrid 2025), Finnland (Shahaed et al. 2023), Italien (Marchildon et al. 2021), England (Marchildon et al. 2021), Dänemark (Vrangbæk 2020), Schweiz (Marchildon et al. 2021; Federal Office of Public Health 2024; Presseportal Schweiz – Medienmitteilungen 2018; Schweizer Forum für Integrierte Versorgung 2023), Israel (Waitzberg und Rosen 2020; Medical Systems 2023; Leumit Health Services 2023), Niederlande (Marchildon et al. 2021; Shahaed et al. 2023; Patiëntenfederatie Nederland 2025), Norwegen (Saunes et al. 2020; Marchildon et al. 2021; Shahaed et al. 2023; Sperre Saunes 2020), Frankreich (Or et al. 2023; (Marchildon et al. 2021). Legende: 1 = Opt-out ist möglich; 2 = Sofern es Patient nicht gelingt, einen Primärarzt zu finden, ist seine Krankenkassen hierfür verantwortlich Marchildon et al. 2021; (Shahaed et al. 2023); 3 = Ausgenommen sind manche Beamtengruppen mit privater Versicherung; 4 = Auch hier gibt es wenige Ausnahmen wie bspw. Personen mit Schwierigkeiten einen Arzt zu finden; 5 = Ausnahmen sind zum Teil undokumentierte Migrant:innen; 6 = Ca. 60% der Bevölkerung haben ein Versicherungsmodell mit Hausarztbindung; 7 = Aufsuchen privatärztlicher Versorger bei privater Kostenübernahme ist in der Regel möglich; 8 = Gebühren werden für in Gruppe 2 Versicherte von den Ärzt:innen gesetzt und nur bis zum festgelegten Satz für Gruppe 1 erstattet (Birk et al. 2024).

heitszentren bzw. Praxisnetze bezeichnet. Viele der Zentren werden auf kommunaler Ebene betrieben und das Angebot richtet sich nach dem spezifischen regionalen Bedarf (Schaeffer et al. 2015). Mit dem interprofessionellen Team geht oft auch ein breites Leistungsspektrum der Primärversorgung einher, das zusätzlich zu den üblichen diagnostischen, kurativen, präventiven, pflegerischen und palliativen Leistungen zum Teil gynäkologische bzw. Aspekte der Familienplanung und kinderärztliche Tätigkeiten sowie kleinere chirurgische Eingriffe enthält. Leichtere psychische Erkrankungen werden in fast allen Ländern von den Primärärzten oder speziell hierfür ausgebildeten Fachkräften behandelt (Keskimäki et al. 2019; Bernal-Delgado et al. 2024; Anderson et al. 2022; Kroneman et al. 2016; Birk et al. 2024).

Die Delegation und Substitution medizinischer Leistungen an akademisch meist auf Masterniveau weitergebildete Pflegefachkräfte, im Folgenden als Advanced Practice Nurses (APN)[3] bezeichnet, spielt in den Gesundheitszentren eine zentrale Rolle. In England, Israel, Finnland, Norwegen, Spanien und Frankreich können diese eine Bandbreite medizinischer Leistungen weitgehend selbstständig erbringen, bspw. Verschreibung von manchen Medikamenten (Brownwood und Lafortune 2024; Lenz 2022). Oft funktioniert dies über ein Modell, in dem Ärzt:innen Diagnosen stellen und den weiteren Versorgungsverlauf festlegen. In manchen Ländern, beispielsweise England, können Patient:innen die APN auch direkt aufsuchen. Patient:innen werden dann abhängig von ihrer Erkrankung einem Modul zugewiesen und von den Advanced Practice Nurses weiterbehandelt. Eine Vorstellung beim Arzt erfolgt im weiteren Verlauf punktuell (Robert Bosch Stiftung 2015). In den restlichen Ländern ist der Leistungsumfang der Advanced Practice Nurses begrenzter und vieles ist nur unter ärztlicher Supervision gestattet (Brownwood und Lafortune 2024).

Tabelle 2 zeigt eine Übersicht der Gesundheitszentren der jeweiligen Länder und des dort praktizierenden medizinischen Personals.

Wahl des Primärarztes

In Spanien, Finnland und Norwegen werden Bürger:innen zunächst auf Basis ihres Wohnorts automatisch einem Primärarzt bzw. einem Gesundheitszentrum zugeteilt. Sie haben im Anschluss das Recht, diesen zu wechseln (Bernal-Delgado et al. 2024; Shahaed et al. 2023; Comunidad de Madrid 2025).

In den restlichen betrachteten Systemen besteht meist Wahlfreiheit. Leicht eingeschränkt wird diese Wahlfreiheit in Italien und Dänemark auf die Gemeinde, in der man lebt, bzw. auf einen Umkreis von 15 km. Je nach gewähltem Versicherungsmodell kann man in der Schweiz, den Niederlanden und Israel nur durch die

3: Der International Council of Nurses, ICN, definiert APN als generalistisch oder spezialisiert ausgebildete Pflegefachkräfte, die durch weiterführende akademische Bildung (mindestens auf Master-Niveau) über ein umfassendes Fachwissen, komplexe Entscheidungsfähigkeiten und klinische Kompetenzen für die erweiterte Pflegepraxis (Advanced Nursing Practice) verfügen. Die beiden am häufigsten benannten Rollen im Bereich der Advanced Practice Nursing sind die Pflegeexpertin / der Pflegeexperte für ein bestimmtes Fachgebiet (Clinical Nurse Specialist, CNS) und die Pflegefachkräfte mit erweiterten Aufgaben (Nurse Practitioner, NP) (Brownwood und Lafortune 2024).

Übersicht der Gesundheitszentren und des dort tätigen medizinischen Personals[9]								
	ES	FIN	I	GB	IL	NL	N	F
Lokale Bezeichnung Gesundheitszentren (Übersetzung aus Landessprache)	**Primärversor-gungs-zentren / Gesund-heitszentren**	**Kommunale Gesund-heitszentren**	**Häuser der Gesundheit, Häuser der Gemein-schaft**	**Netzwerke der Primär-versorgung[10]**	**Primärver-sorgungs-kliniken**	**Gesund-heitszentren**	**Bezirksge-sundheits-zentren**	**Zentren für interpro-fessionelle Gesund-heitsversor-gung**
Personal in den interprofessionellen Teams (kann regional variieren)								
General Practitioner[11]	X	X	X	X	X	X	X	X
Fachärzt:innen für Geriatrie		X						
Ernährungsberater:innen								X
Kinderärzt:innen	X		X					X
Pflegefachkräfte[12]	X	X	X	X	X	X	X	X
Pharmazeut:innen				X				
Physiotherapeut:innen	X	X		X			X	X
Podolog:innen								X
Psycholog:innen	X	X		X		X		X
Sozialarbeiter:innen	X			X				
Zahnärzt:innen	X	X						
Weitere Fachärzt:innen[13]	X	X	X		X	X	X	

Tab. 2: Übersicht der Gesundheitszentren und des dort tätigen medizinischen Personals[9]**.** Quellen: Spanien (Bernal-Delgado et al. 2024), Finnland (Deutsches Ärzteblatt 2024; Schmitt-Sausen 2010), Italien (Brownwood und Lafortune 2024), England (Anderson et al. 2022; NHS England 2025; McDermott et al. 2022 May), Israel (Waitzberg und Rosen 2020), Niederlande (Tikkanen et al. 2020), Norwegen (Sperre Saunes 2020; Ministry of Health and Care Services 2024), Frankreich (Or et al. 2023). Legende: 9 = In Spanien und Finnland wird die Primärversorgung fast ausschließlich über die Gesundheitszentren erbracht. In den restlichen Ländern sind diese ein ergänzendes Angebot zur hausärztlichen (Gruppen-)praxis; 10 = Überwiegend General Practitioner, die in Netzwerken zusammenarbeiten; 11 = In der Regel Allgemeinmediziner:innen oder Internist:innen (im Deutschen als Hausärzte bezeichnet); 12 = Meist auf Masterniveau weitergebildet (auch als Advanced Practice Nurse bezeichnet); 13 = Ausgewählt nach regionalem Bedarf.

eigene Versicherung kontrahierte Ärzte ohne höhere Zuzahlungen aufsuchen (Or et al. 2023; Giulio de Belvis et al. 2022; Birk et al. 2024; Rosen et al. 2015; Shahaed et al. 2023; Pietro et al. 2015; Tikkanen et al. 2020). In England ist es möglich, den Primärversorger zu wechseln, aber diese haben das Recht, die Registrierung abzulehnen, wenn man nicht in ihrem Einzugsgebiet wohnt.

Ersteinschätzungsmechanismen in der Primärversorgung

Eine weitere zentrale Aufgabe der Primärversorgung als erster Anlaufstelle für Patient:innen ist eine Erstberatung und Einschätzung sowie eine Festlegung und Koordination nachfolgender Behandlungsschritte (World Health Organization). In England, Finnland und der Schweiz kommen hierfür strukturierte Ersteinschätzungstools zum Einsatz. Die Patient:innen können online oder telefonisch begleitet von medizinischem Fachpersonal (meist einer Pflegefachkraft) eine Reihe von Fragen zu ihren Symptomen beantworten. Das Tool liefert eine Einschätzung hinsichtlich Dringlichkeit, leitet sie dann entweder zu einer Terminvergabestelle weiter, sie erhalten einen Rückruf vom medizinischen Fachpersonal oder Hinweise zur Selbstversorgung. Bei einem Notfall wird sofort Hilfe zur Verfügung gestellt (DigiFinland; The Wellbeing Services County of Ostrobothnia; Liu et al. 2023; National Health Service 2022; NHS England 2023a). In Finnland und England ist die Nutzung dieser Tools freiwillig (NHS England 2022). In der Schweiz gibt es Versicherungstarife, in denen die Nutzung eines Ersteinschätzungstools ein notwendiger erster Schritt ist, bevor ein Versorger aufgesucht werden kann (KPT: Die Krankenkasse mit dem Plus 2025; Helsana).

Zugang zu Fachärzt:innen und Krankenhäusern

In fast allen Ländern ist für den Zugang zu den meisten Fachärzt:innen und Krankenhäusern (ausgenommen von Notfällen) eine Überweisung des Primärarztes erforderlich. Ohne Überweisung vergeben Fachärzt:innen in der Regel keine Termine bzw. es erfolgt keine Erstattung der Kosten (Keskimäki et al. 2019; Bernal-Delgado et al. 2024; Giulio de Belvis et al. 2022; Anderson et al. 2022; Waitzberg und Rosen 2020; Sperre Saunes 2020; Tikkanen et al. 2020; NHS England 2023b). Ausgewählte Spezialisierungen können oft ohne Überweisung aufgesucht werden (s. Tab. 3 für eine Übersicht).

Ausnahmen hiervon sind die Schweiz, Dänemark und Frankreich. In der Schweiz ist der Zugang zu Fachärzt:innen und Krankenhäusern grundsätzlich frei; es sei denn, man hat sich für eins der alternativen Versicherungsmodelle entschieden (Pietro et al. 2015). In Dänemark sind Fachärzt:innen für Versicherte in Gruppe 1 mit Primärarztbindung nur mit Überweisung zugänglich (mit wenigen Ausnahmen, s. Tabelle 3). Versicherte in Gruppe 2 haben freien Zugang zu fast allen Spezialisierungen. Hierfür tragen sie einen höheren Eigenanteil. Für den Zugang zu Krankenhäusern ist in Dänemark (außer bei Notfällen) immer eine Überweisung erforderlich (Vrangbæk 2020). In Frankreich ist die Überweisung für den Facharzt- bzw. elektiven Krankenhausbesuch freiwillig. Ohne Überweisung werden nur 30% (statt sonst 70%) der Kosten für den Besuch erstattet (Or et al. 2023).

Übersicht der Primärärzte mit Koordinations- und Steuerungsfunktion sowie weiterer Fachgruppen, die ohne Überweisung aufgesucht werden können[14]								
	I	GB[15]	DK[16]	CH	IL	NL	N	F
Primärärzte mit Koordinations- und Steuerungsfunktion								
General Practitioner[17]	X	X	X	X	X	X	X	X
Kinderärzt:innen	X			X	X			X
Alle Fachärzt:innen								X[18]
Medizinisches Personal, das ebenfalls ohne Überweisung aufgesucht werden kann[19]								
Augenärzt:innen	Überweisung immer erforderlich		X	Kann sich je nach Krankenkasse unterscheiden (Helveticare 2023)	X[20]		Überweisung immer erforderlich	X
Chiropraktiker:innen		X	X					
Dermatolog:innen					X[20]			
Gynäkolog:innen					X			X
Hals-Nasen-Ohren-Ärzt:innen			X		X[20]			
Hebammen		X				X		
Hörakustiker:innen		X						
Internist:innen					X			
Kinderärzt:innen					X			
Neurolog:innen								X
Orthopäd:innen					X[20]			
Physiotherapeut:innen		X				X		
Podolog:innen		X						
Psychiater:innen								X
Zahnärzt:innen		X	X			X		X

Tab. 3: Übersicht der Primärärzte mit Koordinations- und Steuerungsfunktion sowie weiterer Fachgruppen, die ohne Überweisung aufgesucht werden können[14]. Quellen: Italien (Giulio de Belvis et al. 2022), England (Anderson et al. 2022; NHS England 2024; Jefferies 2024), Dänemark (Birk et al. 2024), Schweiz (KPT – Die Krankenkasse mit dem Plus 2024), Israel (Waitzberg und Rosen 2020), Niederlande (Kroneman et al. 2024), Norwegen (Sperre Saunes 2020), Frankreich (L'assurance maladie 2025). Legende: 14 = In Spanien und Finnland wird die Primärversorgung fast ausschließlich in Gesundheitszentren erbracht; s. Tabelle 2; 15 = Seit 2024 sind lokale Dienste in der Lage, die Möglichkeit der Selbstüberweisung auf weitere Leistungen auszuweiten – basierend auf den Bedürfnissen der Bevölkerung; 16 = Bezieht sich nur auf Versicherte in Gruppe 1. Versicherte in Gruppe 2 haben freien Zugang zu allen Spezialisierungen außer Physiotherapie, Psychologie und Podologie; 17 = In der Regel Allgemeinmediziner oder Internist:innen (im Deutschen als Hausärzte bezeichnet); 18 = In Frankreich ist die Registrierung bei allen Spezialisierungen möglich. In der Praxis ist der Großteil der Bevölkerung bei einem General Practitioner registriert (Durand-Zaleski 2020); 19 = Aufgezählte Fachrichtungen werden zum Teil zu den Primärversorgern (Zahnärzt:innen, Kinderärzt:innen, Internist:innen, Hebammen, Chiropraktiker:innen) und zum Teil zu den Sekundärversorgern (Augenärzt:innen, Dermatolog:innen, HNO, Psychiater:innen), die ohne Überweisung aufgesucht werden können, gezählt. Gynäkolog:innen gehören nur in Israel zu den Primärversorgern; 20 = Für Versicherte der Krankenkasse Clalit ist eine Überweisung zu diesen Versorgern erforderlich.

Wahl des Facharztes und Krankenhauses

Die Wahlfreiheit von Fachärzt:innen und Krankenhäusern wird in den meisten Primärarztsystemen nur leicht eingeschränkt. Da Fachärzt:innen in Spanien, Italien, Israel, Finnland, England, Dänemark sowie in den Niederlanden mehrheitlich Angestellte von Kliniken und anderen größeren Einrichtungen sind, ist die Wahlfreiheit hier meist auf diese Einrichtung beschränkt (IGES Institut 2020; Keskimäki et al. 2019; Bernal-Delgado et al. 2024; Giulio de Belvis et al. 2022; Anderson et al. 2022). In England gibt es seit 2012 die Möglichkeit, Versorger von einer Liste qualifizierter Anbieter zu wählen (NHS Confederation 2011).

In der Schweiz, den Niederlanden und Israel wird die Wahlfreiheit je nach gewähltem Tarif auch durch die Krankenkassen beschränkt. Die Krankenkassen schließen in der Regel selektive Verträge mit verschiedenen Versorgern oder organisieren die Versorgung selbst in Health Maintenance Organizations (HMOs). Die bei ihnen versicherten Personen können dann in der Regel nur diese aufsuchen oder müssen höhere Zuzahlungen tätigen, wenn sie einen nicht kontrahierten Versorger in Anspruch nehmen (IGES Institut 2020; Rosen et al. 2015; Government of the Netherlands 2025). In den restlichen Ländern wird die Wahlfreiheit der Patient:innen nicht gesetzlich oder durch die Krankenkassen beschränkt (Or et al. 2023; Birk et al. 2024; Saunes et al. 2020).

Das Einholen einer Zweitmeinung ist in den meisten Systemen grundsätzlich möglich (Or et al. 2023; Keskimäki et al. 2019; Giulio de Belvis et al. 2022; Kroneman et al. 2016; Saunes et al. 2020; Helsana; Ministry of Health Israel 2024). In Spanien gibt es regionale Unterschiede und in Dänemark ist das Recht auf Zweitmeinung auf schwerkranke Patient:innen beschränkt (Bernal-Delgado et al. 2024; Birk et al. 2024).

Weiterbehandlung und Informationsaustausch

Nach Krankenhausaufenthalten und Behandlungen durch Fachärzt:innen ist in der Regel der Primärarzt für die Weiterbehandlung bzw. die Koordination der nächsten Schritte (bspw. Physiotherapie) verantwortlich (Keskimäki et al. 2019; Bernal-Delgado et al. 2024; Kroneman et al. 2016; Birk et al. 2024; Saunes et al. 2020). In Dänemark ist das Krankenhaus für die ersten 96

Stunden nach Entlassung verpflichtet, den Primärarzt und das kommunale Gesundheitspersonal bei der Weiterbehandlung zu unterstützen (Region Syddanmark 2025). In Frankreich obliegt es oft noch den Patient:innen, die Koordination des weiteren Behandlungsverlaufs zu übernehmen.

Eine wichtige Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit zwischen Primärversorgung, Fachärzt:innen und Krankenhäusern ist informationelle Kontinuität, also präziser Informationsaustausch zwischen verschiedenen Versorgern (Saultz 2003). Im Großteil der betrachteten Systeme werden Informationen zum Behandlungsverlauf automatisch und digital geteilt und in einer elektronischen Patientenakte konsolidiert (SBK 2024; Fascicolo Sanitario Elettronico 2025; Healthcare Denmark; Sturm et al. 2025; eHealth Suisse: Kompetenz- und Koordinationsstelle von Bund und Kantonen 2025; Thiel et al. 2018; Hägglund et al. 2024). In manchen Ländern ist der Nutzungsgrad der elektronischen Patientenakte noch zu gering oder es existieren unterschiedliche Systeme, die noch nicht vollständig integriert sind (Or et al. 2023; Mon espace santé: Un service de l'assurance maladie ministère de la santé et de l'accès aux soins, santé famille retraite service 2025).

Grafik 1 gibt einen Überblick über die zentralen Elemente der Patientenpfade in den betrachteten Primärarztsystemen – von der Registrierung bei einer Primärärztin oder einem Primärarzt bis hin zum Zugang zu und zur Auswahl von Fachärzt:innen und Krankenhäusern.

Zentrale Elemente der Patientenpfade in den betrachteten Primärarztsystemen

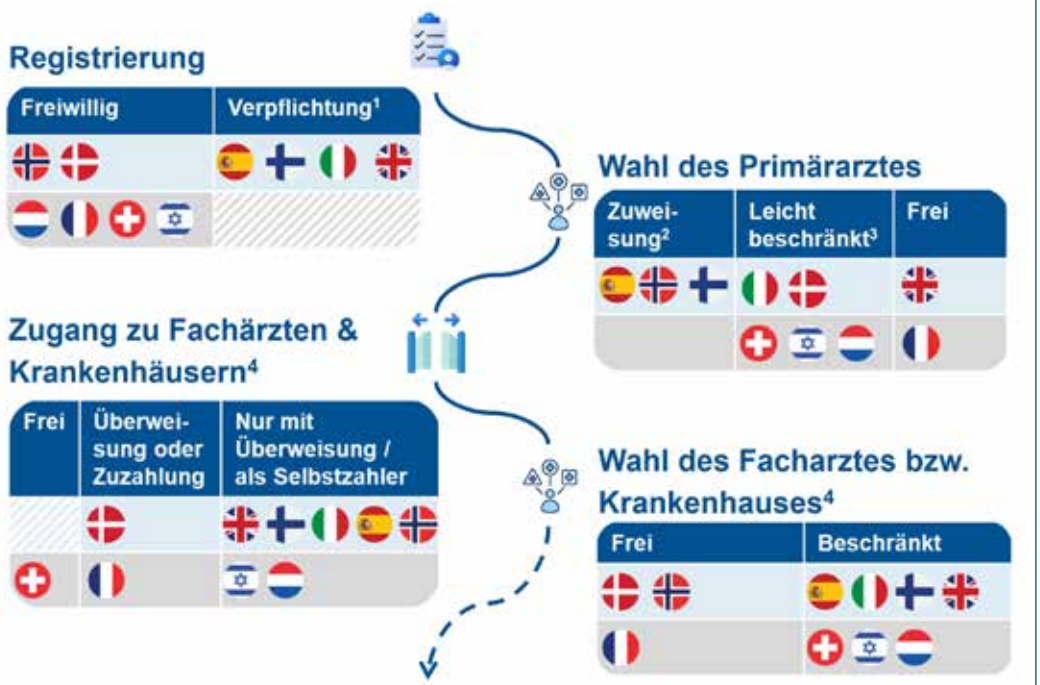


Abb. 1: Zentrale Elemente der Patientenpfade in den betrachteten Primärarztsystemen. Quelle: Eigene Darstellung.

Implikationen für die Umsetzung eines Primärarztsystems in Deutschland

Erster Schritt in Richtung Primärarztsystem: Hausarztzentrierte Versorgung

In Deutschland ist bisher in der Regelversorgung noch kein Primärarztsystem implementiert (Popert et al. 2018; Laux et al. 2015; CDU 2025). Die HZV existiert aktuell als Wahltarif, den die Krankenkassen gemäß § 73b Abs. 1 SGB V verpflichtend anbieten müssen. Die Umsetzung erfolgt über Selektivverträge; nahezu ausschließlich zwischen Krankenkassen und den regionalen Hausärzt:innen- und Hausärzteverbänden. Die Teilnahme ist für Patient:innen und Ärzt:innen bislang freiwillig (Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege 2024; AOK Baden-Württemberg; Bundesamt für Justiz; Hausärztinnen- und Hausärzteverband 2025a).

Entscheiden sich Patient:innen für die HZV, besteht eine Registrierungspflicht bei einem teilnehmenden Primärarzt. Für den Zugang zu Fachärzt:innen und Krankenhäusern ist ausgenommen einiger weniger Ausnahmen eine Überweisung des Primärarztes erforderlich. Damit beinhaltet die HZV bereits einige der zentralen Bestandteile eines Primärarztsystems (Bundesamt für Justiz).

Ein zentraler Unterschied zu den betrachteten Ländern liegt allerdings im Grad der Incentivierung. Während für die HZV auf kleinere Boni und zusätzliche Leistungen wie die Zuzahlungsbefreiung bei Arzneimitteln und Gesundheits-Check-ups gesetzt wird, nutzt der Großteil der betrachteten Primärarztsysteme Zuzahlungen bei Arztbesuchen von bis zu 100% der Kosten oder nennenswerte Prämieneinsparungen (Techniker Krankenkasse 2025). In der Schweiz können Versicherte ihre Prämie um bis zu 20% senken, wenn sie sich für eins der alternativen Versicherungsmodelle entscheiden (Federal Office of Public Health 2024).

Stärkung der Primärversorgung erforderlich

Die hausärztliche Versorgung erfüllt in Deutschland wesentliche Aufgaben der primärärztlichen Versorgung. Seit den 2000er-Jahren manifestiert sich allerdings ein Nachwuchsmangel an Hausärzt:innen und regionale Engpässe gefährden die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung, insbesondere in ländlichen Regionen (Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege 2024; Laux et al. 2015; Robert Bosch Stiftung 2015). Ein Primärarztsystem

ist in den meisten Ländern mit einer stärkeren Inanspruchnahme und erweiterten Leistungserbringung der ambulanten Primärversorgung verbunden (Laux et al. 2015; Sripa et al. 2019; Shahaed et al. 2023). Eine Stärkung der Primärversorgung und strukturelle Reformen sind daher notwendig, um ein flächendeckendes Primärarztsystem in Deutschland zu ermöglichen.

Akademisch qualifizierte Pflegefachkräfte, die arztentlastend tätig werden, spielen in Deutschland in der Primärversorgung im Vergleich mit den betrachteten Ländern beispielsweise noch keine entscheidende Rolle. Die ambulante primärärztliche Versorgung in Deutschland basiert noch stark auf dem Modell der hausärztlichen Einzelpraxis. Im Zentrum der betrachteten Primärarztsysteme stehen dahingegen meist interprofessionelle Teams, die die Versorgung für eine bestimmte Region bedarfsgerecht planen, koordinieren und erbringen (Robert Bosch Stiftung 2015).

Der Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege empfiehlt in seinem Gutachten für die Bundesregierung zur Fachkräftesituation im Gesundheitswesen den Aufbau interprofessioneller Teams und die Bildung von Gesundheitszentren in Abhängigkeit vom lokalen Bedarf und von den lokalen Gegebenheiten. Der Rat befürwortet die

Literatur (Tabellen)

Anderson, Michael; Pitchforth, Emma; Edwards, Nigel; Alderwick, Hugh; McGuire, Alistair; Mossialos, Elias (2022): United Kingdom: health system review. In: Health Systems in Transition 24 (1), S. 1–194.
Bernal-Delgado, Enrique; Angulo-Pueyo, Ester; Ridao-López, Manuel; Urbanos-Garrido, Rosa M.; Oliva-Moreno, Juan; García-Abiétar, Daniel; Hernández-Quevedo, Cristina (2024): Spain: health system review 2024. In: Health Systems in Transition 26 (3), S. 1–187.
Birk, Hans Okkels; Vrangbæk, Karsten; Rudkjøbing, Andreas; Krasnik, Allan; Eriksen, Astrid; Richardson, Erica; Jervelund, Signe Smith (2024): Denmark: Health System Review. In: Health Systems in Transition 26 (1), S. 1–186.
Brownwood, I.; Lafortune, G. (2024): Advanced practice nursing in primary care in OECD countries: Recent developments and persisting implementation challenges. Hg. v. OECD Publishing. Paris (OECD Health Working Papers, 165). Online verfügbar unter https://doi.org/10.1787/8e10af16-en, zuletzt geprüft am 08.04.2025.
Comunidad de madrid (2025): Tarjeta Sanitaria. Online verfügbar unter https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/tarjeta-sanitaria, zuletzt geprüft am 04.04.2025.
Deutsches Ärzteblatt (2024): Was Deutschland vom finnischen Gesundheitssystem lernen könnte. Online verfügbar unter https://www.aerzteblatt.de/news/was-deutschland-vom-finnischen-gesundheitssystem-lernen-koennte-44f6148a-03bf-43b7-b994-2613210cd1bb, zuletzt geprüft am 04.04.2025.
Durand-Zaleski, Isabelle (2020): International Health Care System Profiles: France. Hg. v. The Commonwealth Fund. Online verfügbar unter https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/france, zuletzt geprüft am 21.02.2025.
Federal Office of Public Health (2024): Health insurance: Restricted choice of providers. Online verfügbar unter https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/besondere-versicherungsformen/modelle-eingeschraenkte-wahl.html, zuletzt aktualisiert am 27.06.2024, zuletzt geprüft am 14.04.2025.
Giulio de Belvis, Antonio; Meregaglia, Michela; Morsella, Alisha; Adduci, Andrea; Perilli, Alessio; Cascini, Fidelia et al. (2022): Italy: Health System Review. In: Health Systems in Transition 24 (4), S. 1–236.
Helveticare (2023): Alternative Versicherungsmodelle: Ihre Bedürfnisse sind wichtiger als Prämienrabatte. Online verfügbar unter https://www.helveticcare.ch/alternative-versicherungsmodelle-ihre-bedeurfnisse-sind-wichtiger-als-praemienrabatte, zuletzt aktualisiert am 09.10.2023, zuletzt geprüft am 07.05.2025.
Jefferies, Danielle (2024): Primary care services in a nutshell. Online verfügbar unter https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/data-and-charts/primary-care-nutshell, zuletzt aktualisiert am 29.04.2024, zuletzt geprüft am 16.05.2025.
KPT - Die Krankenkasse mit dem Plus (2024): Hausarztmodell: Wie funktioniert es und was sind die Vor- und Nachteile? Online verfügbar unter https://www.kpt.ch/de/magazin/was-ist-das-hausarztmodell, zuletzt geprüft am 04.04.2025.
Kroneman, Madelon; Jong, Judith de; Polin, Kate; Webb, Erin (2024): The Netherlands: health system summary 2024. Hg. v. European Observatory on Health Systems and Policies. Online verfügbar unter https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/the-netherlands-health-system-summary-2024, zuletzt geprüft am 08.04.2025.
L'assurance maladie (2025): Consultations en métropole: vos remboursements. Online verfügbar unter https://www.ameli.fr/paris/assure/remboursements/rembourse/consultations-telemedecine/metropole, zuletzt aktualisiert am 08.04.2025, zuletzt geprüft am 14.04.2025.
Leumit Health Services (2023): Your Health. Online verfügbar unter https://www.leumit.co.il › eng, zuletzt geprüft am 11.03.2025.
Marchildon, Gregory P.; Brammli-Greenberg, Shuli; Dayan, Mark; Belvis, Antonio Giulio de; Gandré, Coralie; Isaksson, David et al. (2021): Achieving higher performing primary care through patient registration: A review of twelve high-income countries. In: Health Policy 125 (12), S. 1507–1516. DOI: 10.1016/j.healthpol.2021.09.001.
McDermott, Imelda; Spooner, Sharon; Goff, Mhorag; Gibson, Jon; Dalgarno, Elizabeth; Francetic, Igor et al. (2022 May): Scale, scope and impact of skill mix change in primary care in England: a mixed-methods study. National Institute for Health and Care Research. Southampton (UK) (Health and Social Care Delivery Research).
Medical Systems (2023): Israel's largest healthcare provider to use Sectra's digital pathology solution for improved cancer diagnostics. Online verfügbar unter https://medical.sectra.com/news-press-releases/news-item/C4370CC351B503BB/, zuletzt geprüft am 11.03.2025.
Ministry of Health and Care Services (2024): The Basic Structure of the Norwegian health service. Online verfügbar unter https://www.regjeringen.no/en/topics/health-and-care/innsikt/the-basic-structure-of-the-norwegian-health-service/id227440/, zuletzt aktualisiert am 15.10.2024, zuletzt geprüft am 08.04.2025.
NHS England (2024): NHS self-referral for tests and appointments for hundreds of thousands of patients. Online verfügbar unter https://www.england.nhs.uk/2024/04/nhs-self-referral-for-tests-and-appointments-for-hundreds-of-thousands-of-patients/, zuletzt aktualisiert am 09.04.2024, zuletzt geprüft am 12.02.2025.
NHS England (2025): Building a team with the skills to boost primary care in West Leeds Primary Care Network. Online verfügbar unter https://www.england.nhs.uk/gp/case-studies/building-a-team/, zuletzt geprüft am 07.04.2025.
Or, Zeynep; Gandré, Coralie; Seppänen, Anna-Veera; Hernández-Quevedo, Cristina; Webb, Erin; Michel, Morgane; Chevreul, Karine (2023): France: health system review. In: Health Systems in Transition 25 (3), S. 1–276.
Patiëntenfederatie Nederland (2025): Niet inschrijven bij huisarts. Online verfügbar unter https://kennisbank.patientenfederatie.nl/app/answers/detail/a_id/1431/~/niet-inschrijven-bij-huisarts, zuletzt aktualisiert am 14.01.2025, zuletzt geprüft am 12.05.2025.
Presseportal Schweiz - Medienmitteilungen (2018): Über 60 Prozent sind im Hausarztmodell versichert / Medienmitteilung zum 20-Jahre-Jubiläum der hawadoc AG. Online verfügbar unter https://www.presseportal-schweiz.ch/pressemeldungen/ueber-60-prozent-sind-im-hausarztmodell-versichert-medienmitteilung-zum-20-jahre, zuletzt aktualisiert am 16.07.2018, zuletzt geprüft am 07.05.2025.
Saunes, Ingrid Sperre; Karanikolos, Marina; Sagan, Anna (2020): Norway: Health System Review. In: Health Systems in Transition 22 (1), S. 1–163.
Schmitt-Sausen, Nora (2010): Finnisches Gesundheitssystem: Durchorganisiert, effizient, gut? In: Dtsch Arztebl International 9 (9), -399-. Online verfügbar unter https://www.aerzteblatt.de/archiv/finnisches-gesundheitssystem-durchorganisiert-effizient-gut-4db822ef-170e-402c-84cd-eb77d15f2f10, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
Schweizer Forum für Integrierte Versorgung (2023): Alternative Versicherungsmodellmodelle (AVM) mit einer vertraglichen Regelung zwischen Krankenversicherern und ärztlichen Leistungserbringern sind das häufigste Versicherungsprodukt – Beeindruckendes kontinuierliches Wachstum. Online verfügbar unter https://fmc.ch/wp-content/uploads/2023/10/AVM-Versicherte-2022_fmc-Impuls-01.2023.pdf, zuletzt aktualisiert am 01-2023, zuletzt geprüft am 07.05.2025.
Shahaed, Heba; Glazier, Richard H.; Anderson, Michael; Barbazza, Erica; Bos, Véronique LLC; Saunes, Ingrid S. et al. (2023): Primary care for all: lessons for Canada from peer countries with high primary care attachment. In: CMAJ 195 (47), E1628-E1636.
Sperre Saunes, Ingrid (2020): International Health Care System Profiles: Norway. Hg. v. The Commonwealth Fund. Online verfügbar unter https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/norway, zuletzt geprüft am 21.02.2025.
Tikkanen, Roosa; Osborn, Robin; Mossialos, Elias; Djordjevic, Ana; Wharton George A. (2020): International Health Care System Profiles: Netherlands. Hg. v. The Commonwealth Fund. Online verfügbar unter https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands, zuletzt geprüft am 21.02.2025.
Vrangbæk, Karsten (2020): International Health Care System Profiles: Denmark. Hg. v. The Commonwealth Fund. Online verfügbar unter https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/denmark, zuletzt geprüft am 21.02.2025.
Waitzberg, Ruth; Rosen, Bruce (2020): International Health Care System Profiles: Israel. Hg. v. The Commonwealth Fund. Online verfügbar unter https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/israel, zuletzt geprüft am 21.02.2025.

Ausweitung der Delegation von originär ärztlichen Aufgaben an speziell qualifiziertes Pflegepersonal innerhalb von bestehenden Hausarztpraxen bzw. Praxisnetzen, um der Fachkräftesituation zu begegnen (Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege 2024). Auch eine gut digital gestützte Ersteinschätzung, wie sie beispielsweise in England, Finnland und der Schweiz zum Einsatz kommt, könnte – sofern sie gut eingebettet ist – zusätzlich entlasten und die Primärversorgung in Deutschland stärken. <<

Literatur (Text)

Anderson, Michael; Pitchforth, Emma; Edwards, Nigel; Alderwick, Hugh; McGuire, Alistair; Mossialos, Elias (2022): United Kingdom: health system review. In: Health Systems in Transition 24 (1), S. 1–194.
AOK Baden-Württemberg: Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg vom 08.05.2008 i.d.F. vom 01.11.2024 gemäß § 73 b SGB V. 2024. Online verfügbar unter https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Arzt_Praxis/Aerzte_Psychotherapeuten/Vertraege_Vereinbarungen/Hausarztzentrierte_Versorgung/Baden-Wuerttemberg/bw_gesamtvertrag_hzv_ohne_anlage_17.pdf, zuletzt geprüft am 18.03.2025.
Bernal-Delgado, Enrique; Angulo-Pueyo, Ester; Ridao-López, Manuel; Urbanos-Garrido, Rosa M.; Oliva-Moreno, Juan; García-Abiétar, Daniel; Hernández-Quevedo, Cristina (2024): Spain: health system review 2024. In: Health Systems in Transition 26 (3), S. 1–187.
Birk, Hans Okkels; Vrangbæk, Karsten; Rudkjøbing, Andreas; Krasnik, Allan; Eriksen, Astrid; Richardson, Erica; Jervelund, Signe Smith (2024): Denmark: Health System Review. In: Health Systems in Transition 26 (1), S. 1–186.
Bodenheimer, Thomas; Ghorob, Amireh; Willard-Grace, Rachel; Grumbach, Kevin (2014): The 10 Building Blocks of High-Performing Primary Care. In: The Annals of Family Medicine 12 (2), S. 166–171. DOI: 10.1370/afm.1616.
Brownwood, I.; Lafortune, G. (2024): Advanced practice nursing in primary care in OECD countries: Recent developments and persisting implementation challenges. Hg. v. OECD Publishing. Paris (OECD Health Working Papers, 165). Online verfügbar unter https://doi.org/10.1787/8e10af16-en, zuletzt geprüft am 08.04.2025.
Bundesamt für Justiz: Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 73b Hausarztzentrierte Versorgung. Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__73b.html, zuletzt geprüft am 18.03.2025.
CDU (2025): Koalitionsvertrag 2025: Verantwortungsvolle Außenpolitik. Online verfügbar unter https://www.cdu.de/aktuelles/koalitionsvertrag-2025-verantwortungsvolle-aussenpolitik/, zuletzt aktualisiert am 17.04.2025, zuletzt geprüft am 22.04.2025.
Comunidad de Madrid (2025): Tarjeta Sanitaria. Online verfügbar unter https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/tarjeta-sanitaria, zuletzt geprüft am 04.04.2025.
DigiFinland: Omaolo. How are you feeling? Online verfügbar unter https://www.omaolo.fi/, zuletzt geprüft am 15.04.2025.
eHealth Suisse: Kompetenz- und Koordinationsstelle von Bund und Kantonen (2025): EPD: Eletronisches Patientendossier. Online verfügbar unter https://www.patientendossier.ch/fachpersonen, zuletzt aktualisiert am 09.04.2025.
Fascicolo Sanitario Elettronico (2025): The Electronic Health Record (EHR). Online verfügbar unter https://www.fascicolosanitario.gov.it/en/electronic-health-record-ehr.html, zuletzt geprüft am 09.04.2025.
Federal Office of Public Health (2024): Health insurance: Restricted choice of providers. Online verfügbar unter https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/besondere-versicherungsformen/modelle-eingeschraenkte-wahl.html, zuletzt aktualisiert am 27.06.2024, zuletzt geprüft am 14.04.2025.
Garrido, Marcial Velasco; Zentner, Annette; Busse, Reinhard (2011): The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature. In: Scandinavian Journal of Primary Health Care 29 (1), S. 28–38. DOI: 10.3109/02813432.2010.537015.
Gerlach, Ferdinand M.; Szecsenyi, Joachim (2011): Hausarztzentrierte Versorgung. Inhalte und Qualität sind entscheidend. In: Deutsches Ärzteblatt 108, S. 996–998.
Giulio de Belvis, Antonio; Meregaglia, Michela; Morsella, Alisha; Adduci, Andrea; Perilli, Alessio; Cascini, Fidelia et al. (2022): Italy: Health System Review. In: Health Systems in Transition 24 (4), S. 1–236.
Glonti, Ketevan; Struckmann, Verena; Alconada, Alvaro; Pettigrew, Luisa M.; Hernandez-Santiago, Virginia; Minue, Sergio et al. (2019): Exploring the training and scope of practice of GPs in England, Germany and Spain. In: Gaceta sanitaria 33 (2), S. 148–155. DOI: 10.1016/j.gaceta.2017.10.011.
Government of the Netherlands (2025): More Q&As about health insurance in the Netherlands. Online verfügbar unter https://www.government.nl/topics/health-insurance/question-and-answer/more-qas-about-health-insurance-in-the-netherlands, zuletzt geprüft am 02.04.2025.
Griese, Lennert; Schaeffer, Doris; Berens, Eva-Maria (2023): Navigational health literacy among people with chronic illness. In: Chronic Illness 19 (1), S. 172–183.
Gurtner, Sebastian; Wettstein, Miriam (2019): Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen – Anreize und Hindernisse in der Berufsausübung. In: Berner Fachhochschule Departement Wirtschaft Institut Unternehmensentwicklung: Published online.
Hägglund, Maria; Kharko, Anna; Bärkås, Annika; Blease, Charlotte; Cajander, Åsa; DesRoches, Catherine et al. (2024): A nordic perspective on patient online record access and the european health data space. In: Journal of Medical Internet Research 26, e49084.
Hausärztinnen- und Hausärzteverband (2025a): Hausarztverträge. Online verfügbar unter https://www.haev.de/themen/hausarztvertraege, zuletzt geprüft am 22.04.2025.
Hausärztinnen- und Hausärzteverband (2025b): HZV durchbricht 10 Millionen-Marke – „Wenn die neue Regierung ein Primärarztmodell will, dann muss sie auf die HZV setzen.“. Online verfügbar unter https://www.haev.de/presse-medien/pressemitteilungen/nachrichten-detailansicht/hzv-durchbricht-10-millionen-marke-wenn-die-neue-regierung-ein-primaerarztmodell-will-dann-muss-sie-auf-die-hzv-setzen, zuletzt aktualisiert am 09.05.2025, zuletzt geprüft am 04.06.2025.
Healthcare Denmark: General Practitioners. Online verfügbar unter https://healthcaredenmark.dk/national-strongholds/population-health/general-practitioners/, zuletzt geprüft am 14.04.2025.
Helsana: BeneFit PLUS Flexmed. Online verfügbar unter https://www.helsana.ch/de/private/versicherungen/grundversicherung/benefit-plus-flexmed.html, zuletzt geprüft am 15.04.2025.
Helsana: Experten-Zweitmeinung für mehr Sicherheit. Online verfügbar unter https://www.helsana.ch/de/private/wissen/spital/experten-zweitmeinung.html#:~:text=erste%20Anlaufstelle%20immer%20Ihre%20Haus%C3%A4rztin, zuletzt geprüft am 09.04.2025.
IGES Institut (2020): Internationaler Vergleich ambulanter Vergütung. Gutachten zu einem internationalen Vergleich der ambulanten ärztlichen Vergütung aus gesundheitsökonomischer Perspektive. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/internationaler-vergleich-der-ambulanten-aerztlichen-verguetung-aus-gesundheitsoekonomischer-perspektive.html, zuletzt geprüft am 26.02.2025.
Keskimäki, Ilmo; Tynkkynen, Liina-Kaisa; Reissell, Eeva; Koivusalo, Meri; Syrjä, Vesa; Vuorenkoski, Lauri et al. (2019): Finland: Health System Review. In: Health Systems in Transition 21 (2), S. 1–166.
Klauber, Jürgen; Wasem, Jürgen; Beivers, Andreas; Mostert, Carina (2021): Krankenhaus-Report 2021: Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt: Springer Nature.
Klora, Mike; Zeidler, Jan; May, Melanie; Raabe, Nils; von der Schulenburg, J-Matthias Graf (2017): Evaluation of family doctor-centred health care in Germany based on AOK Rheinland/Hamburg claims data. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 120, S. 21–30. DOI: 10.1016/j.zefq.2016.12.005.
KPT: Die Krankenkasse mit dem Plus (2025): Symptome online checken: praktisch und zeitsparend. Online verfügbar unter https://www.kpt.ch/de/magazin/symptome-online-checken, zuletzt aktualisiert am 26.03.2025, zuletzt geprüft am 15.04.2025.
Kroneman, Madelon; Boerma, Wienke; van den Berg, Michael; Groenewegen, Peter; Jong, Judith de; van Ginneken, Ewout; World Health Organization (2016): Netherlands: health system review. In: Health Systems in Transition 18 (2), S. 1–240.
Laux, Gunter; Szecsenyi, J.; Mergenthal, K.; Beyer, M.; Gerlach, F.; Stock, C. et al. (2015): Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 58 (4-5), S. 398–407.
Lenz, Katharina (2022): Finnland: eHealth und Gesundheitszentren. Hg. v. KBV klartext. Online verfügbar unter https://www.kbv-klartext.de/gesundheit-anderswo/finnland-ehealth-und-gesundheitszentren.html, zuletzt geprüft am 27.03.2025.

Liu, Ville; Koskela, Tuomas H.; Kaila, Minna (2023): User-Initiated Symptom Assessment With an Electronic Symptom Checker: Protocol for a Mixed Methods Validation Study. In: JMIR research protocols 12, e41423. DOI: 10.2196/41423.
Marchildon, Gregory P.; Brammli-Greenberg, Shuli; Dayan, Mark; Belvis, Antonio Giulio de; Gandré, Coralie; Isaksson, David et al. (2021): Achieving higher performing primary care through patient registration: A review of twelve high-income countries. In: Health Policy 125 (12), S. 1507–1516. DOI: 10.1016/j.healthpol.2021.09.001.
Ministry of Health Israel (2024): Second Medical Opinion. Online verfügbar unter https://me.health.gov.il/en/older-adult/services-rights/diagnoses/second-opinion/, zuletzt aktualisiert am 02.01.2024, zuletzt geprüft am 09.04.2025.
Mon espace santé: Un service de l'assurance maladie ministère de la santé et de l'accès aux soins, santé famille retraite service (2025): Le service public pour gérer sa santé: Vous avez la main sur votre santé. Online verfügbar unter https://www.monespacesante.fr/, zuletzt geprüft am 09.04.2025.
National Health Service (2022): How NHS 111 online works. Online verfügbar unter https://www.nhs.uk/nhs-services/urgent-and-emergency-care-services/when-to-use-111/how-nhs-111-online-works/?_id=111Website, zuletzt aktualisiert am 14.11.2022, zuletzt geprüft am 15.04.2025.
NHS Confederation (2011): Any Qualified Provider. Online verfügbar unter https://www.nhsconfed.org/system/files/2021-05/Any-qualified-provider.pdf, zuletzt aktualisiert im Juli 2011, zuletzt geprüft am 19.05.2025.
NHS England (2022): When to use NHS 111 online or call 111. Online verfügbar unter https://www.nhs.uk/nhs-services/urgent-and-emergency-care-services/when-to-use-111/, zuletzt aktualisiert am 14.11.2022.
NHS England (2023a): How it works: Find out how the NHS Pathways service works. Online verfügbar unter https://digital.nhs.uk/services/nhs-pathways/how-it-works, zuletzt aktualisiert am 22.06.2023, zuletzt geprüft am 15.04.2025.
NHS England (2023b): Referrals for specialist care. Online verfügbar unter https://www.nhs.uk/nhs-services/hospitals/referrals-for-specialist-care/, zuletzt aktualisiert am 12.04.2023, zuletzt geprüft am 16.05.2025.
Or, Zeynep; Gandré, Coralie; Seppänen, Anna-Veera; Hernández-Quevedo, Cristina; Webb, Erin; Michel, Morgane; Chevreul, Karine (2023): France: health system review. In: Health Systems in Transition 25 (3), S. 1–276.
Orchard, Carole A.; Curran, Vernon; Kabene, Stefane (2005): Creating a culture for interdisciplinary collaborative professional practice. In: Medical Education Online 10 (1), S. 4387.
Pietro, Carlo de; Camenzind, Paul; Sturny, Isabelle; Crivelli, Luca; Edwards-Garavoglia, Suzanne; Spranger, Anne et al. (2015): Switzerland: Health System Review. In: Health Systems in Transition 17 (4), S. 1–288.
Popert, Uwe W.; Egidi, Günther; Eras, Johanna; Kühlein, Thomas; Baum, Erika (2018): Warum wir ein Primärarztsystem brauchen. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 94 (6), S. 250–254. DOI: 10.3238/zfa.2018.0250-0254.
Region Syddanmark, Praksisinformation (2025): Sygehusenes 96 timers behandlingsansvar. Online verfügbar unter https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/syddanmark/almen-praksis/regionalt/nyheder/regionale-nyheder/nyt-fra-regionen/nyt-2025-januar-sygehusenes-96-timers-behandlingsansvar/, zuletzt aktualisiert am 14.01.2025, zuletzt geprüft am 22.04.2025.
Robert Bosch Stiftung (2015): Gesundheitszentren für Deutschland: Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Online verfügbar unter https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf, zuletzt geprüft am 25.03.2025.
Rosen, Bruce; Waitzberg, Ruth; Merkur, Sherry (2015): Israel: health system review. In: Health Systems in Transition 17 (6), S. 1–212.
Rotar, Alexandru M.; Van Den Berg, Michael J; Schäfer, Willemijn; Kringos, Dionne S.; Klazinga, Niek S. (2018): Shared decision making between patient and GP about referrals from primary care: Does gatekeeping make a difference? In: PloS one 13 (6), e0198729. DOI: 10.1371/journal.pone.0198729.
Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (2024): Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. Online verfügbar unter https://www.svr-gesundheit.de/, zuletzt geprüft am 17.02.2025.
Sachverständigenrat zur Begutachtung (2023): Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. Gutachten 2023. Online verfügbar unter https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2023/Gesamtgutachten_ePDF_Final.pdf, zuletzt geprüft am 18.02.2025.
Saultz, John W. (2003): Defining and measuring interpersonal continuity of care. In: The Annals of Family Medicine 1 (3), S. 134–143.
Saunes, Ingrid Sperre; Karanikolos, Marina; Sagan, Anna (2020): Norway: Health System Review. In: Health Systems in Transition 22 (1), S. 1–163.
SBK (2024): Von Finnland lernen. Online verfügbar unter https://www.sbk.org/presse/von-finnland-lernen/, zuletzt geprüft am 04.04.2025.
Schaeffer, Doris; Hämel, Kerstin; Ewers, Michael; Frühstück, Parlamentarisches (2015): Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen: Beltz Juventa.
Shahaed, Heba; Glazier, Richard H.; Anderson, Michael; Barbazza, Erica; Bos, Véronique LLC; Saunes, Ingrid S. et al. (2023): Primary care for all: lessons for Canada from peer countries with high primary care attachment. In: CMAJ 195 (47), E1628-E1636.
Sperre Saunes, Ingrid (2020): International Health Care System Profiles: Norway. Hg. v. The Commonwealth Fund. Online verfügbar unter https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/norway, zuletzt geprüft am 21.02.2025.
Sripa, Poompong; Hayhoe, Benedict; Garg, Priya; Majeed, Azeem; Greenfield, Geva (2019): Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review. In: British Journal of General Practice 69 (682), e294–e303. DOI: 10.3399/bjgp19X702209.
Sturm, Heidrun; Julia, Weber; Tonaco Borges, Fabiano; Dickinson, Andrew; Sottas, Beat; Wennerholm, Carina et al. (2025): Patient's Perception of Primary Health Care Provision With Respect to Access, Continuity and Coordination—InCept: An International Qualitative Perspective. In: The International Journal of Health Planning and Management.
Sturny, Isabelle (2020): International Health Care System Profiles: Switzerland. Hg. v. The Commonwealth Fund. Online verfügbar unter https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/switzerland, zuletzt geprüft am 21.02.2025.
Techniker Krankenkasse (2025): Ist das Hausarztprogramm der TK das Richtige für mich? Online verfügbar unter https://www.tk.de/techniker/versicherung/tk-leistungen/arzt-und-krankenhausbesuch/hausarztprogramm/tk-hausarztprogramm-teilnahmebedingungen-2076690, zuletzt geprüft am 18.03.2025.
The Wellbeing Services County of Ostrobothnia: Assess your symptoms online (Omaolo). Online verfügbar unter https://en.osterbottensvalfard.fi/our-services/emergency-care-and-ae/omaolo/, zuletzt geprüft am 15.04.2025.
Thiel, Rainer; Deimel, Lucas; Schmidtmann, Daniel; Piesche, Klaus; Hüsing, Tobias; Rennoch, Jonas et al. (2018): #SmartHealthSystems. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Online verfügbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/smarthealthsystems, zuletzt geprüft am 08.04.2025.
Tikkanen, Roosa; Osborn, Robin; Mossialos, Elias; Djordjevic, Ana; Wharton George A. (2020): International Health Care System Profiles: Netherlands. Hg. v. The Commonwealth Fund. Online verfügbar unter https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands, zuletzt geprüft am 21.02.2025.
van Lerberghe, Wim (2008): The world health report 2008: primary health care: now more than ever: World Health Organization.
Vrangbæk, Karsten (2020): International Health Care System Profiles: Denmark. Hg. v. The Commonwealth Fund. Online verfügbar unter https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/denmark, zuletzt geprüft am 21.02.2025.
Waitzberg, Ruth; Rosen, Bruce (2020): International Health Care System Profiles: Israel. Hg. v. The Commonwealth Fund. Online verfügbar unter https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/israel, zuletzt geprüft am 21.02.2025.
World Health Organization: Integrated primary care for UHC. Online verfügbar unter https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care, zuletzt geprüft am 23.04.2025.
World Health Organization (2010): Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Online verfügbar unter https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice, zuletzt geprüft am 03.06.2025.

Primary Care Coordination: International Insights and Policy Options for Germany

In health systems where primary care has a coordinating and gatekeeping function, patients are typically required to consult a designated primary care physician before accessing specialist services. The introduction of a primary care system with a coordinating and gatekeeping role to promote targeted care and fast appointment allocation for Germany was recently agreed politically for the 2025-2029 legislative period. The implementation specifics are still being discussed.

In this article, we analyse components of nine European healthcare systems and Israel, with a focus on the coordinating and gatekeeping function of primary care, and derive implications for the German context.

Keywords

Primary care, gatekeeping, coordination, comparative country analysis

Danksagung

Unser besonderer Dank gilt Andrea Donatini, Prof. Antonio de Belvis, Ingrid Sperre Saunes, Prof. Isabelle Durand-Zaleski, Isabelle Sturny, Prof. Karsten Vrangbæk, Lauri Vuorenkoski, Dr. Madelon Kroneman, Dr. Michael Anderson, Dr. Rosa María Urbanos Garrido, Ruth Thorlby, Dr. Ruth Waitzberg und Prof. Zeynep Or für ihre fachkundige Unterstützung bei der Einordnung länderspezifischer Besonderheiten, für die Validierung der Aktualität der Informationen sowie für ihre hilfreichen Hinweise zu den jeweiligen Versorgungssystemen.

Autorenerklärung

Die Autorinnen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Wittlinger, G., Sundmacher, L.: „Primärarztsysteme im internationalen Vergleich: Wie gestalten andere Länder ihre Versorgung und was kann Deutschland davon lernen?“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 04/25), S. 53–62. http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2731

Gina Wittlinger MSc ORCID: 0009-0004-8304-7214



ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachgebiet für Gesundheitsökonomie der Technischen Universität München von Prof. Sundmacher. Sie hat im Bachelor Betriebswirtschaftslehre an der Ludwig-Maximilians-Universität München sowie im Master Management & Technology an der Technischen Universität München studiert.
Kontakt: Gina.Wittlinger@tum.de

Prof. Dr. rer. oec. Leonie Sundmacher ORCID: 0000-0001-6057-8363



leitet das Fachgebiet für Gesundheitsökonomie an der TUM School of Medicine and Health und das Munich Center for Health Economics and Policy. Sie studierte Volkswirtschaftslehre, Gesundheitsökonomie und Politikwissenschaft an der University of York und an der Freien Universität Berlin. Leonie Sundmacher ist seit 2023 Mitglied des Sachverständigenrats für Gesundheit & Pflege beim Bundesministerium für Gesundheit.
Kontakt: Leonie.Sundmacher@tum.de

Fenja Demandt MSc
Dipl.-Kffr. (FH) Claudia Beckmann
Dr. rer. pol. Franziska Püschner
Prof. Dr. oec. Volker Eric Amelung

Arztnetze – Ladenhüter oder Zukunftsmodell?

Vor dem Hintergrund tiefgreifender Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen, wie dem zunehmenden Fachkräftemangel, der alternden Gesellschaft sowie den regionalen Versorgungsungleichgewichten, gewinnen sektorenübergreifende Versorgungsmodelle zunehmend an Relevanz (Stein, 2025; Garrelts, 2025; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2024; Serbent, 2023; Gerlinger, 2017). Dabei tritt insbesondere die zunehmende ärztliche Unterversorgung in vielen Regionen als zentrales Problem hervor. Diese wird nicht zuletzt durch veränderte Arbeitszeitpräferenzen, etwa die wachsende Beliebtheit von Teilzeitmodellen, sowie den Rückgang traditioneller Einzelpraxen verschärft (Amelung, 2011; Gerlinger, 2017; Serbent, 2023). Zudem ist laut der Ärztestatistik der Bundesärztekammer (2022) jede zweite Ärztin bzw. jeder zweite Arzt 50 Jahre oder älter, sodass in Zukunft eine Veränderung der Arztlandschaft und -verteilung zu erwarten ist. In diesem Kontext gelten Arztnetze – freiwillige Zusammenschlüsse von ambulant tätigen Ärzt:innen und weiteren Gesundheitsdienstleistenden – als eine potenzielle Lösung. Sie bieten die Chance, durch interprofessionelle Zusammenarbeit und Vernetzung Synergien zu schaffen, die sowohl für Patient:innen als auch für Gesundheitsdienstleistende von Nutzen sind.

>> Die Arztnetzlandschaft in Deutschland ist stark heterogen geprägt und zeigt Unterschiede in rechtlicher Struktur, organisatorischem Aufbau, inhaltlicher Ausrichtung sowie der Einbindung interdisziplinärer Berufsgruppen, Community Health Nurses (CHN) oder Lots:innen (AdA – Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze, 2025). Diese Vielfalt spiegelt zwar ein hohes Maß an Anpassungsfähigkeit und Innovationsbereitschaft wider, erschwert jedoch eine einheitliche Bewertung. Es entsteht ein diffuses Gesamtbild: Es gibt zahlreiche Netzwerke, doch nur wenige Erkenntnisse über ihre tatsächliche Wirksamkeit sowie Zukunftsfähigkeit. Vor diesem Hintergrund stellt sich – rund 30 Jahre nach den ersten Initiativen – mehr denn je die Frage, wie tragfähig dieses Modell tatsächlich ist, welche Unterschiede bestehen und unter welchen Bedingungen es langfristig erfolgreich sein kann. Gerade angesichts aktueller gesundheitspolitischer Reformbestrebungen und der Forderung nach resilienteren Versorgungssystemen ist eine präzisere methodische Einordnung von Arztnetzen notwendig, um ihr tatsächliches Potenzial zur Bewältigung systemischer Herausforderungen einschätzen zu können. Ziel des Artikels ist es daher, den Status quo in Deutschland aufzuzeigen und dabei ein differenzierteres Bild der Arztnetzlandschaft zu zeichnen.

Zusammenfassung

Nach über 30 Jahren Entwicklung stellen Arztnetze einen vielversprechenden Ansatz zur Stärkung der ambulanten Versorgung in Deutschland dar. Angesichts wachsender Versorgungsengpässe, des demografischen Wandels und eines steigenden Bedarfs an interprofessioneller Zusammenarbeit rücken sie zunehmend in den gesundheitspolitischen Fokus. Das entstandene Netzgefüge ist dabei äußerst heterogen, sowohl in Bezug auf Struktur, Reifegrad als auch hinsichtlich der tatsächlichen Wirksamkeit. Der vorliegende Beitrag analysiert den aktuellen Entwicklungsstand von Arztnetzen in Deutschland, identifiziert zentrale Erfolgsfaktoren und lotet ihr zukünftiges Potenzial aus. Anhand ausgewählter Best-Practice-Beispiele wird aufgezeigt, unter welchen Voraussetzungen Arztnetze nicht nur zur Verbesserung der Versorgung beitragen, sondern auch als wirtschaftlich tragfähige Geschäftsmodelle funktionieren können. Daraus lassen sich konkrete Handlungsempfehlungen ableiten, um Arztnetze gezielt weiterzuentwickeln und als strategisches Steuerungsinstrument im Gesundheitssystem zu etablieren.

Schlüsselwörter

Arztnetze, ambulante Versorgung, Typologie, interprofessionelle Zusammenarbeit

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2739

Entstehung und regionale Verteilung von Arztnetzen

Die Entwicklung der Arztnetze in Deutschland begann in den 1990er-Jahren im Zuge der Gesundheitsreformen, die verstärkt auf Wettbewerb, Wirtschaftlichkeit und sektorenübergreifende Versorgung setzten (Abb. 1). Vor dem Hintergrund steigender Kosten im Gesundheitswesen und dem wachsenden Bedürfnis nach koordinierten Versorgungsstrukturen entstand die Idee, durch freiwillige Zusammenschlüsse ambulanter Leistungserbringender Effizienzpotenziale zu heben und die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern.

Ein wesentlicher Impuls ging von der Einführung des § 140a ff. SGB V im Jahr 2000 aus, der die integrierte Versorgung gesetzlich verankerte und es Ärzt:innen, Krankenhäusern und weiteren Akteur:innen ermöglichte, sektorenübergreifend zusammenzuarbeiten. Dies schuf eine formelle Grundlage für die Gründung von Arztnetzen als koordinierte, teils wirtschaftlich agierende Versorgungseinheiten (Rosenbrock & Gerlinger, 2023). Ein weiterer wichtiger Faktor für die Entstehung von Arztnetzen sind Instrumente der kollegialen Zusammenarbeit, wie etwa Qualitätszirkel (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024). Durch die enge Vernetzung in solchen Zirkeln können erste Kooperationen entstehen, die später zu strukturierten Netzwerken ausgebaut werden. In den Folgejahren erhielten Arztnetze weitere politische Aufmerksamkeit. Mit der Einführung von Selektivverträgen sowie zusätzlichen Fördermöglichkeiten über § 87b Abs. 4 SGB V wurden neue Anreize für die Bildung strukturell organisierter Netzwerke geschaffen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024).

Aktuell existieren rund 400 Arztnetze, wobei die Verteilung stark regional geprägt ist (AdA – Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze, 2025). Während in einigen Bundesländern – insbesondere Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Bayern – eine hohe Konzentration solcher Netzwerke existiert, sind sie in anderen Regionen deutlich seltener vertreten (AdA – Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze, 2025). Diese Un-

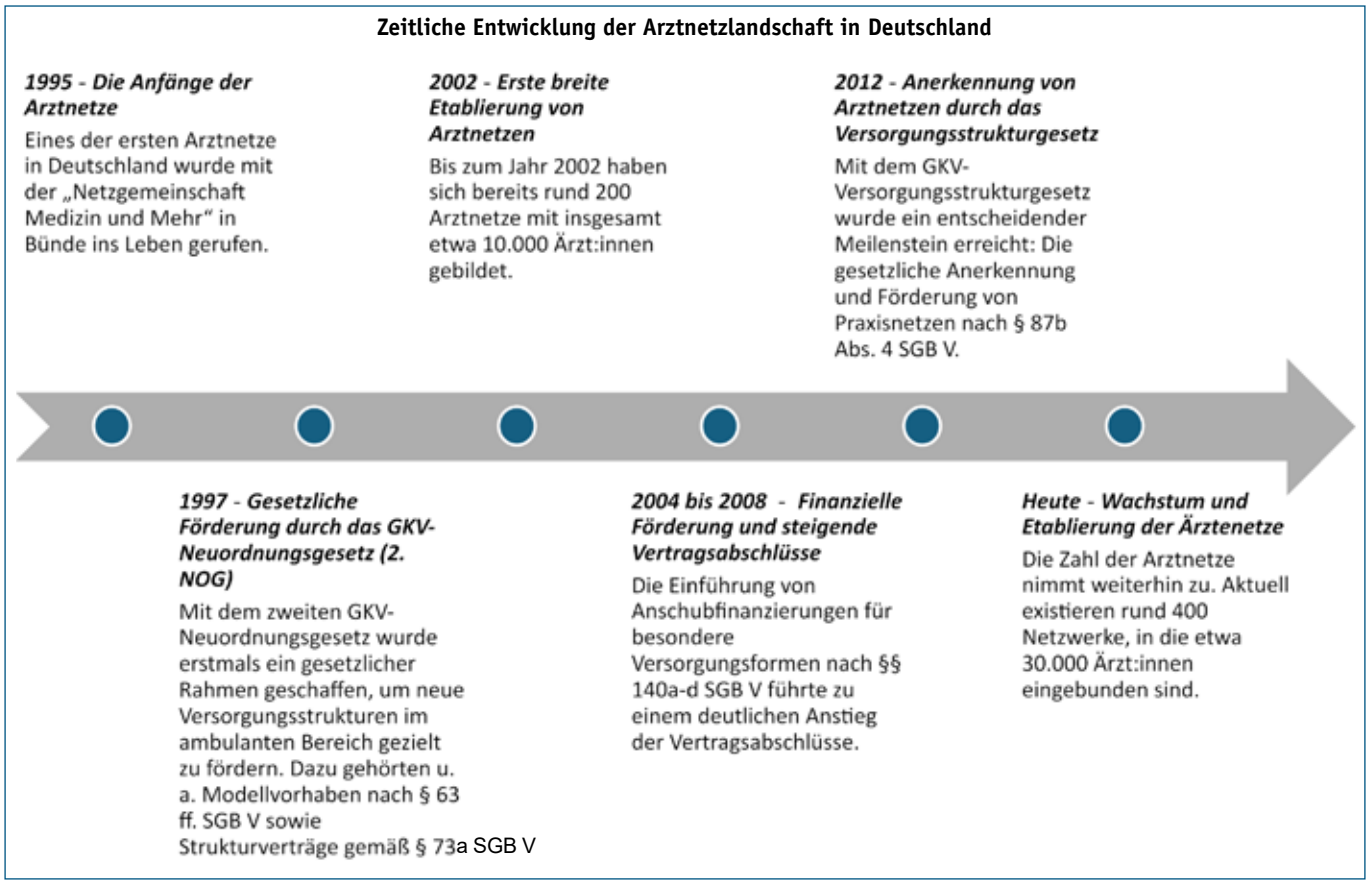


Abb. 1: Zeitliche Entwicklung der Arztnetzlandschaft in Deutschland, Quelle: AdA – Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze (2025). Quelle: eigene Darstellung.

gleichverteilung hängt u. a. mit regionalen gesundheitspolitischen Strategien, Förderprogrammen sowie der ärztlichen Versorgungsstruktur zusammen.

Typologie von Arztnetzen

Arztnetze unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich ihrer regionalen Verbreitung, sondern auch in Bezug auf ihre strukturelle und organisatorische Entwicklung. Sie reichen von informellen, flexiblen Kooperationsformen ohne feste Organisationsstrukturen bis hin zu hochprofessionellen, zertifizierten Netzwerken mit umfassendem Versorgungs- und Qualitätsmanagement (AdA – Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze, 2025; Kurscheid et al., 2020).

Darüber hinaus variiert die Rechtsform von Arztnetzen erheblich. Sie hat Einfluss auf Haftung, Entscheidungsfreiheit und Gründungskosten. Kleinere Netzwerke profitieren häufig von der Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR), größere Netzwerke mit wirtschaftlicher Ausrichtung hingegen von den Rechtsformen der GmbH oder GmbH & Co. KG. Zudem beeinflusst die gewählte Rechtsform auch die Art der möglichen Vertragsgestaltungen, etwa im Rahmen von besonderen Versorgungsformen oder innovativen Vergütungsmodellen wie Risk- oder Gain-Sharing-Verträgen. Solche Verträge setzen meist eine juristisch belastbare und wirtschaftlich tragfähige Struktur voraus.

Die Unterschiede in der Struktur und Organisation spiegeln sich auch in der Zielgruppenausrichtung wider. Arztnetze können grundsätzlich entweder auf eine populationsorientierte oder indikationsspezifische Ausrichtung abzielen (Abb. 2).

Populationsorientierte Arztnetze setzen ihren Fokus auf die Gesundheitsversorgung einer bestimmten Region oder Bevölkerungsgruppe (Bsp. Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz (QuE)), während indikationsorientierte Arztnetze sich auf die Versorgung spezifischer Krankheitsbilder und die Vernetzung relevanter Akteur:innen konzentrieren (Bsp. Rheuma-Netzwerk Rhein-Ruhr).

Die schlichteste Form eines Arztnetzes sind Initiativen, die sich durch eine lockere und unverbindliche Vernetzung, ohne feste Rechtsform, von Interessensvertreter:innen oder Fachleuten auszeichnen. Populationsorientierte Initiativen fördern beispielsweise den Austausch zwischen regionalen Akteur:innen und die Bürgerbeteiligung, wie es beim Runden Tisch zur Gesundheitsversorgung in Senftenberg der Fall ist. Indikationsorientierte Initiativen hingegen haben das Ziel, die Versorgung von Patient:innen mit einer bestimmten Erkrankung zu verbessern und einen fachspezifischen Erfahrungsaustausch zu ermöglichen. Ein Beispiel hierfür ist die PLUS-Gesundheitsinitiative Hepatitis C.

Eine organisierte Form der Arztnetze sind Vereine, die oft als formelle Organisationen mit klaren Strukturen und festgelegten Satzungen agieren. Populationsorientierte Vereinsnetzwerke legen ihren Schwerpunkt auf Fortbildung, Qualitätssicherung und Partizipation, wie es beim Ärztenetz Brandenburg an der Havel e. V. der Fall ist. Indikationsorientierte Vereine, wie das PsoNet

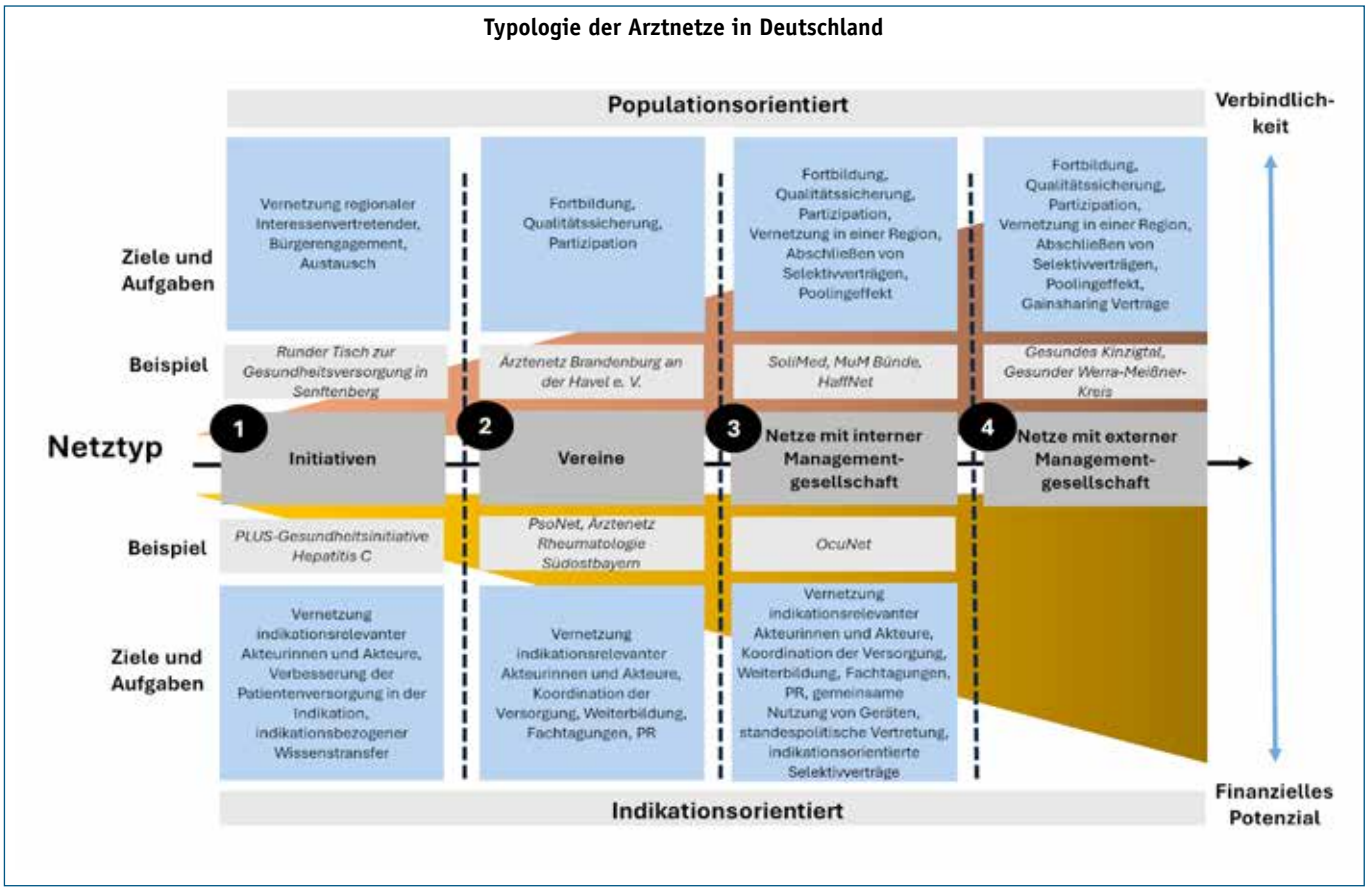


Abb. 2: Typologie der Arztnetze in Deutschland. Quelle: eigene Darstellung.

(Dachverband aller regionalen Psoriasis-Netze) oder das Ärztenetz Rheumatologie Südostbayern, haben hingegen das Ziel, indikationsrelevante Akteur:innen zu vernetzen, Versorgungsstrukturen zu koordinieren und die fachliche Weiterbildung sowie Öffentlichkeitsarbeit zu fördern.

Ein noch professionellerer Organisationsgrad zeigt sich in Arztnetzen mit einer Managementgesellschaft. Sie verfügen über eine eigene Managementstruktur, die organisatorische und administrative Aufgaben übernimmt. Populationsorientierte Arztnetze dieser Art setzen auf Fortbildung, Qualitätssicherung, Partizipation sowie die Vernetzung regionaler Leistungserbringender. Sie profitieren zudem von Selektivverträgen und Poolingeffekten, wie bei SoliMed, MuM – Medizin und Mehr Bünde oder HaffNet. Es handelt sich somit um eine Kombination aus Professionalisierung und lokaler Verankerung. Indikationsorientierte Arztnetze mit interner Managementgesellschaft, wie das OcuNet, verfolgen ähnliche Ziele, jedoch mit einer stärkeren Fokussierung auf die indikationsbezogene Versorgung. Zusätzlich nutzen sie gemeinsame Ressourcen wie medizinische Geräte, schließen standortübergreifende Selektivverträge ab und fördern die interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Die am stärksten professionalisierte Form sind Arztnetze mit externer Managementgesellschaft, falls diese nicht nur ein Netz betreffen, sondern mehrere gleichartige Netze steuern. Diese Arztnetze setzen ebenfalls auf Fortbildung, Qualitätssicherung, Partizipation und regionale Vernetzung, gehen jedoch durch die Einbindung externer Managementstrukturen noch einen Schritt weiter. Zusätzlich profitieren sie von Pooling-Effekten und Gain-Sharing-Verträgen, die finanzielle Anreize für eine effiziente Patientenversorgung bieten. Bekannte Beispiele für populationsorientierte Arztnetze dieser Art sind Gesundes Kinzigtal und Gesunder Werra-Meißner-Kreis. Gesundes Kinzigtal gilt als Vorreiter in der integrierten Versorgung. Studien belegen positive Effekte wie ein verbessertes Gesundheitsverhalten, höhere Patientenzufriedenheit und geringere Gesundheitsausgaben (Hildebrandt et al., 2010; OptiMedis et al., 2022). Der Gesunde Werra-Meißner-Kreis wurde 2019 nach diesem Vorbild gegründet und stärkt die Versorgung im ländlichen Raum, u. a. durch Gesundheitslots:innen und Telecoaching-Programme (vgl. Gesunder Werra-Meißner-Kreis, o. J.). Inwieweit derartige tendenziell „ortsungebundene" privatwirtschaftliche Geschäftsmodelle, die teilweise seit vielen Jahren bestehen, künftig Marktrelevanz erhalten werden, kann allerdings nach wie vor nicht beurteilt werden.

Reifegrade von Arztnetzen und deren Förderung

Um die Entwicklung von Arztnetzen weiter staatlich voranzutreiben, besteht die Möglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen als förderungswürdig gemäß § 87b Abs. 4 SGB V anerkannt zu werden. Voraussetzung dafür ist u. a. der Nachweis definierter Qualitätsstandards. Die Anerkennung als förderfähiges Netz durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung (KV) kann finanzielle Unterstützung und besondere Vergütungsregelungen umfassen (Kas-

Reifegrade von Arztnetzen	
Reifegrade	**Beschreibung**
Basisstufe	Unverbindliche, informelle Kooperation ohne feste Strukturen oder Organisation. Der Austausch ist unregelmäßig, Prozesse und Qualitätsstandards fehlen weitgehend.
Stufe 1	Organisierte Netzwerke mit rechtlicher Struktur, klaren Zielen und ersten koordinierten Versorgungsprozessen. Qualitätsmanagement und Kommunikation sind teilweise etabliert.
Stufe 2	Professionelle, zertifizierte Netzwerke mit umfassendem Versorgungsmanagement, strukturierten Prozessen, IT-Integration und Förderfähigkeit gemäß § 87b Abs. 4 SGB V.

Tab. 1: *Reifegrade von Arztnetzen. Quelle: eigene Darstellung.*

senärztliche Bundesvereinigung, 2024). Diese Regelung schafft Anreize für Arztnetze, ihre internen Strukturen weiterzuentwickeln und eine kontinuierliche Professionalisierung voranzutreiben (Tab. 1).

Ergänzend zur staatlichen Förderung kann auch die pharmazeutische Industrie eine unterstützende Rolle einnehmen, indem sie finanzielle Mittel, Fortbildungsangebote und technologische Lösungen bereitstellt.

Die regionale Verteilung von Arztnetzen mit unterschiedlichen Reifegraden variiert stark: Während in einigen Bundesländern Netzwerke mit hoher Professionalisierung (Stufe 2) etabliert sind, dominieren in anderen Regionen noch informelle oder weniger strukturierte Zusammenschlüsse der Basisstufe (Abb. 3).

Zukunftsmodell Arztnetz

Der Rückgang klassischer Einzelpraxen, der steigende Trend zu kooperativen Praxisformen und der Wunsch nach flexiblen Arbeitsmodellen verändern die Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit. Zugleich steigen die Anforderungen an die Versorgung aufgrund komplexer Krankheitsbilder und des wachsenden Bedarfs an interdisziplinärer Zusammenarbeit (Amelung, 2011). Vor diesem Hintergrund gewinnen Arztnetze an Bedeutung. Sie fungieren als organisatorischer Rahmen für neue Versorgungskonzepte und ermöglichen kollektive Ressourcenverwendung (z. B. IT, Abrechnung, Qualitätsmanagement). Sie verfolgen das Ziel, die Patientenversorgung durch eine koordinierte, strukturierte und interdisziplinär ausgerichtete Zusammenarbeit nachhaltig zu verbessern (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024). Je breiter das Spektrum der beteiligten medizinischen Fachrichtungen ist, desto größer ist der Nutzen einer vernetzten Zusammenarbeit, da sich die größten Potenziale an den Schnittstellen zwischen verschiedenen Sektoren und Fachrichtungen ergeben. Durch abgestimmte Behandlungspfade, den sektorenübergreifenden Wissensaustausch und die Förderung der Therapieadhärenz leisten Arztnetze einen wichtigen Beitrag zur Versorgungsoptimierung und einer höheren Patientenzufriedenheit (Amelung, 2011; Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024).

Best-Practice-Beispiele wie das Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz (QuE) in Nürnberg (vgl. www.gesundheitsnetznuernberg.de) oder das Medizinische Qualitätsnetz Bochum (vgl. www.medqn.de) veranschaulichen, wie strukturierte Prozesse, klare Governance-Strukturen und eine geteilte Vision zur Versorgungsverbesserung maßgeblich zum Erfolg beitragen können. Während QuE u. a. auf digitalisierte Versorgungsprozesse und strukturierte Patientenpfade setzt, bietet das Netzwerk in Bochum zentrale Dienstleistungen wie IT-Infrastruktur, Abrechnungslösungen und ein umfassendes Qualitätsmanagement und entlastet so die Mitglieder im Praxisalltag. Die Mehrwerte liegen auf der Hand: Durch koordinierte Behandlungskonzepte entsteht eine verbesserte Versorgung der Patient:innen, die sich in abgestimmten Behandlungsplänen, reduzierter Doppeluntersuchung und höherer Patientenzufriedenheit niederschlägt.

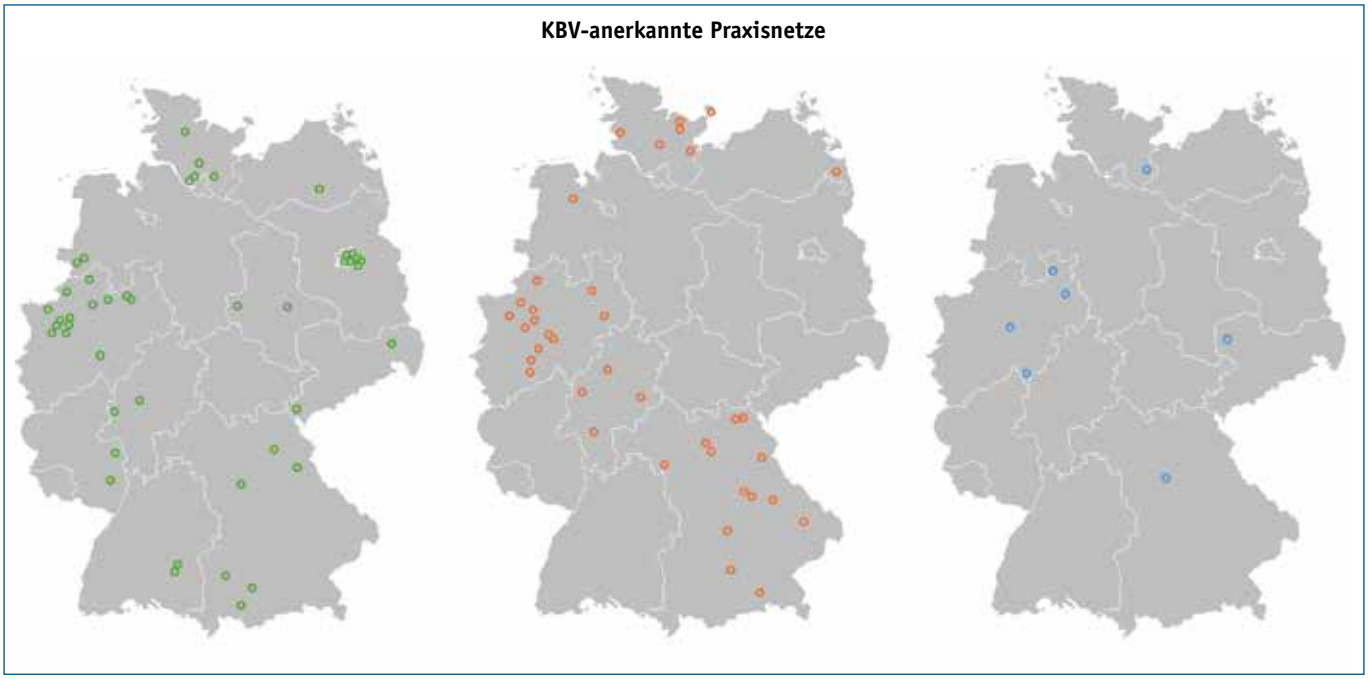


Abb. 3: KBV-anerkannte Praxisnetze, Stand März 2025, Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024). Legende: Grün = Basisstufe. Orange = Stufe 1. Blau = Stufe 2. Quelle: eigene Darstellung.

Gleichzeitig profitieren Leistungserbringende von Effizienzgewinnen durch gemeinsame Ressourcennutzung, Bündelung administrativer Aufgaben und durch digital unterstützte Prozesse – etwa im Bereich Telemedizin oder durch gemeinsame Abrechnungssysteme (Geiger & Wolf, 2011; Deimel, 2011). So ermöglicht etwa das Interdisziplinäre Teleintensiv-Netzwerk in Thüringen (InTeliNeT) den Austausch von Patientendaten und interdisziplinären Konsultationen, was die Versorgung insbesondere auf Intensivstationen und in strukturschwachen Regionen verbessert (vgl. www.uniklinikum-jena.de/InTeliNeT.html).

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob Arztnetze über ihre versorgungsstrukturelle Funktion hinaus als eigenständige Geschäftsmodelle denkbar sind. Tatsächlich zeigt sich in professionell aufgestellten Netzen mit eigener Managementgesellschaft, dass durch Dienstleistungen wie Fortbildungen, Telemedizin, digitale Plattformlösungen, die Einstellung von CHN und Lots:innen oder durch ein gemeinsames Marketing ein wirtschaftlich tragfähiges Konstrukt entstehen kann – insbesondere dann, wenn diese Leistungen skaliert oder in Kooperation mit Krankenkassen angeboten werden. Das Wertversprechen liegt dabei in der Bündelung von Kompetenzen, der Sicherstellung von Versorgung auch in strukturschwachen Regionen und der strategischen Positionierung im Gesundheitsmarkt sowie in einem geteilten Gemeinschaftsgefühl (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024). Außerdem stärken sie dann die Wettbewerbsfähigkeit ihrer Mitglieder, indem sie regionale Kooperationsstrukturen festigen und die Steuerung von Patientenströmen gezielt unterstützen. Ob Arztnetze als Geschäftsmodell fungieren können, hängt ebenfalls maßgeblich davon ab, inwiefern sie in die Regelversorgung integriert und abrechnungsfähig gemacht werden. Beispiele wie der Pflegeheimvertrag der KVWL zeigen, dass pragmatische Lösungen möglich sind, wenn Netze über spezifische EBM-Ziffern an der Versorgung beteiligt werden – ein Ansatz, der Perspektiven für die wirtschaftliche Nachhaltigkeit eröffnet (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 2025).

Handlungsempfehlung und Fazit

Arztnetze befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen wachsendem Innovationspotenzial und anhaltender Skepsis. Während einige den hohen Versorgungsnutzen betonen, sehen andere deren Funktionalität als unzureichend. Nach über drei Jahrzehnten Entwicklung zeigt sich: Arztnetze haben sich weder als gescheitertes Konzept noch als flächendeckend etabliertes Erfolgsmodell erwie-

Literatur

AdA – Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze. (2025). Was sind Praxisnetzwerke? https://www.arztnetze.info/praxisnetzwerke/was-sind-arztnetze

Amelung, V. E. (2011). Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. Innovatives Versorgungsmanagement Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 3-16.

Bundesärztekammer. (2022). Ärztestatistik zum 31. Dezember 2022. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErztestatistik_2022_09062023.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2024). Fragen und Antworten zur Krankenhausreform. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform/faq-krankenhausreform/

Deimel, D. (2011). Case Management in der regionalen Versorgung-Organisation und IT-Strategie. Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (MWV), 355-361.

Garrelts, N. (2025). Längere Wartezeiten beim Hausarzt? Tagesspiegel Background. https://background.tagesspiegel.de/gesundheit-und-e-health/briefing/laengere-wartezeiten-beim-hausarzt

Geiger, B. & Wolf, T. (2011). IT-Strategien für sektorenübergreifende Versorgungskonzepte. Innovatives Versorgungsmanagement, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 341-5.

Genett, T., Richter, P., Schädlich, M., Schlieker, A. & Schlieter, H. (2025). Gesundheitsnetze in strukturschwachen Regionen. Multifallstudie zum Umgang mit Versorgungslücken. In: Monitor Versorgungsforschung. (MVF 02/25), S. 40–46. http://doi.org/10.24945/MVF.02.25.1866-0533.2706

Gerlinger, T. (2017). Regionale Ungleichheiten bei der Vorhaltung ambulanter medizinischer Versorgungseinrichtungen. https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/253567/regionale-ungleichheiten-bei-der-vorhaltung-ambulanter-medizinischer-versorgungseinrichtungen/

Gesunder Werra-Meißner-Kreis GmbH. (o. J.). Startseite. https://gesunder-wmk.de/

Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz e. G. (o. J.). Gesundheitsnetz QuE Nürnberg. https://www.gesundheitsnetznuernberg.de/

Herzer, P. & Kunath, G. (2024). Fachkräftelücken belasten wichtige Wirtschaftszweige, Studie im Rahmen des Projektes Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung (KOFA) in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK), Köln.

Hildebrandt, H., Hermann, C., Knittel, R., Richter-Reichhelm, M., Siegel, A., & Witzenrath, W. (2010). Gesundes Kinzigtal Integrated Care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract. International journal of integrated care, 10, e046.

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2024). Qualitätsbericht 2024: Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung. https://www.kbv.de/media/sp/KBV-Qualitaetsbericht_2024.pdf

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2024). Praxisnetze. https://www.kbv.de/html/praxisnetze.php

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe. (2019). Erstes Praxisnetz in NRW gründet ein MVZ. https://www.kvwl.de/pressemitteilungen/detail/nachricht-erstes-praxisnetz-in-nrw-gruendet-ein-mvz

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe. (2025). Pflegeheim (Praxisnetze). https://www.kvwl.de/mitglieder/rechtsquellen-vertraege/pflegeheim-praxisnetze

Kurscheid, C., Janssen, R., Flügel-Bleienheuft, C. & Hentrich, W. (2020). Zusammenarbeit in Arztnetzen. In: Amelung, V. E., Eble, S., Sjuts, R., Ballast, T., Hildebrandt, H., Knieps, F., Lägel, R. & Ex, P. (Hrsg.). Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen, MWV, Berlin, S. 223-232.

Medizinisches Qualitätsnetz Bochum e. V. (o. J.). MedQN – Ihr Medizinisches Qualitätsnetz. https://www.medqn.de

Nolte, E., Frølich, A., Hildebrandt, H., Pimperl, A., Schulpen, G. J., Vrijhoef, H. J. (2016). Implementing integrated care: A synthesis of experiences in three European countries. International Journal of Care Coordination. 19(1-2):5-19. doi:10.1177/2053434516655626

OptiMedis AG, Gesundes Kinzigtal GmbH, & Medizinisches Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal e.V. (2022). Gesundes Kinzigtal: Mitglieder fühlen sich besser betreut. https://optimedis.de/gesundes-kinzigtal-mitglieder-fuehlen-sich-besser-betreut/

Rosenstock, R. & Gerlinger, T. (2023). Gesundheitspolitik: eine systematische Einführung. Hogrefe AG.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2024). Bedarfsgerechtigkeit und Nachhaltigkeit – Grundlagen für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/Gutachten_2024_barrierefrei.pdf

Serbent, U. (2023). Demografischer Wandel trifft Versorgung. https://www.aok.de/pp/gg/daten-und-analysen/aerzte-in-teilzeit/

Stein, V. (2025). Was ist Population Health Management? Eine Einführung und Positionierung des Konzepts in Literatur und Praxis. Gesundheits- und Sozialpolitik (G&S), 78(6), 4-10.

Sundmacher, L. & Konsortialteam des Projekts ATP Arztnetze. (2022). ATP Arztnetze – Arbeitsteilung und Performance empirischer und organisierter Netzwerke im ambulanten Sektor in Deutschland [Förderprojektbericht]. Innovationsfonds, G-BA. https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/atp-arztnetze.147

Universitätsklinikum Jena. (o. J.). InTeliNeT – Interdisziplinäres Teleintensiv-Netzwerk in Thüringen. https://www.uniklinikum-jena.de/InTeliNeT.html

sen, vielmehr bilden sie ein heterogenes Feld mit Entwicklungspotenzialen. Während einige Netzwerke durch klare Zielsetzung, professionelle Steuerung und regionale Einbindung erfolgreich Versorgungsverbesserungen erzielen, scheitern andere an mangelnder Koordination, unklarer Governance oder fehlender Verbindlichkeit. Arztnetze sind insbesondere dann nachhaltig wirksam, wenn sie:

- auf stabile rechtliche Strukturen und eine professionelle Managementbasis setzen,
- regionale Bedarfe adressieren und interdisziplinär aufgestellt sind,
- die Sicherstellung vor Ort koordinieren
- sowie kontinuierlich lernen, evaluieren und sich weiterentwickeln.

In einer zunehmend komplexen Versorgungslandschaft können Arztnetze eine wichtige Rolle übernehmen, besonders dann, wenn digitale Werkzeuge, standardisierte Prozesse und ein gemeinsames Versorgungsverständnis vorhanden sind. Insbesondere in schwer zu versorgenden Regionen können Arztnetze Versorgungssicherheit gewährleisten, indem sie Versorgungsverantwortung kollektiv schultern, Überleitungsschnittstellen strukturieren sowie effizient Ressourcen nutzen und lenken (Nolte et al., 2016; Genett et al., 2025; Sundmacher et al., 2022).

Fortgeschrittene Arztnetze zeichnen sich durch klare Führungs- und Kommunikationsstrukturen, definierte Versorgungsziele, eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit, ein hohes Engagement der Mitglieder, qualitätsgesicherte Prozesse sowie einen hohen Grad an Digitalisierung und IT-Integration aus (Genett et al., 2025; Rosenbrock & Gerlinger, 2023). Perspektivisch könnten Arztnetze nicht nur Versorgung sichern und Innovationen vorantreiben, sondern auch zur Blaupause für eine koordinierte, sektorenübergreifende und patientenzentrierte Gesundheitsversorgung in Deutschland werden.

Daher greift der Begriff „Arztnetz“ tendenziell zu kurz. Es handelt sich bei populationsorientierten Versorgernetzwerken um sektorenübergreifende Strukturen, die weit über eine rein ärztliche Perspektive hinausgehen. Dadurch können sie auch eine tragende Rolle im Aufbau eines modernen Primärversorgungssystems übernehmen. Sie ermöglichen eine enge Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzt:innen, Pflegekräften, Therapeut:innen, sozialen Diensten und auch den neu entstehenden stationären Strukturen (Level-1i-Häuser). Letztere übernehmen im Sinne einer erweiterten ambulanten Versorgung Aufgaben, die traditionell stationären Strukturen vorbehalten waren (Bundesministerium für Gesundheit, 2024).

In solchen Konstellationen können Arztnetze als intermediäres Element agieren, indem sie sektorenübergreifende Versorgungsprozesse strukturieren und standardisieren, transparente Informationsflüsse fördern und Schnittstellen effektiv gestalten. Darüber hinaus eröffnen Netzstrukturen neue Spielräume für die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen. Durch den gezielten Einsatz von qualifiziertem nichtärztlichem Personal, etwa in der Pflege, in der medizinischen Assistenz, Sozialarbeit oder in Case-Management-Funktionen, kann die Primärversorgung entlastet und zugleich bedarfsgerechter gestaltet werden.

Auch können durch Arztnetze Versorgungslücken minimiert werden, indem sie gemeinsame MVZs gründen und eine Nachbesetzung freier Arztsitze sicherstellen (Beispiel Gesundheitsnetz Unna) (KVWL, 2019). Doch damit Arztnetze ihre Rolle als zentrale Akteure eines zukunftsfähigen Primärversorgungssystems erfüllen können, braucht es politische Weichenstellungen. Ihre Wirksamkeit und Tragfähigkeit als Zukunftsmodell hängen von strukturellen, organisatorischen und professionellen Rahmenbedingungen ab (Amelung, 2011; Nolte et al., 2016). Erforderlich sind unter anderem eine rechtliche Anerkennung als eigenständige Versorgungssäule, passende Vergütungsmodelle u. a. für koordinierende und delegierende Leistungen und die Verfügbarkeit interoperabler digitaler Plattformen zur fallbezogenen Informationsweitergabe, die eine kontinuierliche und datenschutzkonforme Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen ermöglichen.

Für die Gesundheitspolitik ergibt sich daraus ein klarer Handlungsauftrag: Arztnetze sollten künftig systematisch als integraler Bestandteil der regionalen Versorgungsplanung gestärkt werden. Ziel muss es sein, aus der bestehenden Vielfalt heraus stabile, lernfähige und tragfähige Netzstrukturen zu fördern, sodass Arztnetze kein Randphänomen sind, sondern ein strategisch relevantes Steuerungsinstrument für die Versorgung der Zukunft darstellen. <<

Physician networks – Slow seller or model for the future?

After more than 30 years of development, physician networks represent a promising approach to strengthening outpatient care in Germany. Given increasing supply bottlenecks, demographic changes, and a growing need for interprofessional collaboration, they are gaining prominence in health policy. However, the network structures vary widely in terms of their organization, maturity, and effectiveness. This article analyzes the current state of physician networks in Germany, identifies key success factors, and explores their future potential. Selected best practice examples illustrate how physician networks not only enhance care but also serve as economically viable business models. Concrete recommendations are derived to strategically develop physician networks and establish them as integral management tools within the healthcare system.

Keywords

physician networks, outpatient care, typology, interprofessional collaboration

Autorenerklärung

Professor Dr. Volker E. Amelung, Dr. Franziska Püschner und Fenja Demandt sind Mitarbeitende des Unternehmens Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH (inav) in Berlin. Volker E. Amelung, Franziska Püschner und Fenja Demandt haben die Datenerhebung, die Auswertung der Daten sowie die Interpretation der Ergebnisse eigenständig durchgeführt. Der Beitrag wurde von MSD Sharp & Dohme GmbH finanziert und in Auftrag gegeben. Es wurde keine Einflussnahme durch die MSD Sharp & Dohme GmbH Unternehmensgruppe ausgeübt.

Zitationshinweis

Demandt et al.: „Arztnetze – Ladenhüter oder Zukunftsmodell?“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 04/25), S. 63–69. http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2739

Fenja Demandt MSc ORCID: 0009-0007-9859-9654



ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der inav GmbH. Sie absolvierte den Bachelor-Studiengang Public Health/ Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen und verfügt über einen Master of Science in Public Health von der Berlin School of Public Health der Charité Universitätsmedizin Berlin. Der Schwerpunkt ihrer Tätigkeit liegt im Bereich der Entwicklung und Evaluation innovativer Versorgungskonzepte und des Netzwerkmanagements. Kontakt: Demandt@inav-berlin.de

Dipl.-Kffr. (FH) Claudia Beckmann ORCID: 0009-0006-3506-9536



ist ausgebildete Krankenschwester. Nach ihrer Tätigkeit als Geschäftsführerin eines Ärztenetzes ist sie freiberuflich mit Organisationsentwicklung und Projektmanagement in der ambulanten medizinischen Versorgung befasst. Sie begleitete z. B. konzeptionell und moderierend die Entwicklung der Gesundheitsregion Siegerland sowie vernetzte Strukturen in Schleswig-Holstein, Westfalen-Lippe und Nordrhein (PORT Zentrum). Kontakt: Netzarbeit@t-online.de

Dr. rer. pol. Franziska Püschner



ist Senior Manager Gesundheitsökonomie im inav. Sie studierte Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln. In der Vergangenheit arbeitete sie bei Janssen im Bereich Market Access sowie für Shanghai Roche Pharmaceuticals Ltd. im Bereich Strategieentwicklung und Optimierung von Business-Prozessen. Ihre Tätigkeitsschwerpunkte im inav liegen in der Planung, Umsetzung und Analyse von Versorgungsforschungsstudien und gesundheitsökonomischen Evaluationen. Kontakt: Pueschner@inav-berlin.de

Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung ORCID: 0000-0001-5721-2459



ist Professor für Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover. Er studierte an den Hochschulen St. Gallen und Universität Paris Dauphine Betriebswirtschaftslehre. Nach der Promotion arbeitete er an der Hochschule für Wirtschaft und Politik in Hamburg und war über mehrere Jahre Gastwissenschaftler an der Columbia University in New York. Er ist als Berater für internationale und nationale Unternehmen im Gesundheitswesen tätig und ist Gründer und Geschäftsführer des Instituts für angewandte Versorgungsforschung inav. Kontakt: Amelung@inav-berlin.de

Prof. Dr. med. Jürgen Stausberg
Thomas Jungen
Prof. Dr. med. Michael Karaus MBA
Dr. med. Guido Lerzynski MBA

Grenzen eines Qualitätswettbewerbs der stationären Versorgung in Deutschland: eine Analyse aus den Daten des Bundes-Klinik-Atlas

Zusammenfassung

Den Krankenhäusern in Deutschland wird gerne eine Über- und Fehlversorgung durch unnötige Leistungen und überflüssige Standorte unterstellt. Treiber dieser Annahme sind Themen wie Ambulantisierung und Zentralisierung. Kaum betrachtet wird hingegen eine Unterversorgung, die nicht nur im Fehlen von Kapazitäten, sondern auch im Mangel an Wettbewerb verschiedener Standorte bestehen kann.

Ein Wettbewerb um die besten Ergebnisse wäre jedoch ein starker Treiber zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung. Aus Daten des Bundes-Klinik-Atlas wurden daher der Wettbewerb für typische Behandlungsanlässe, die Möglichkeit einer Eskalation der Notfallstufe sowie regionale Alternativen bei besonderen Ansprüchen untersucht. Hierzu wurde ein Umkreis von 20, 30 und 50 Kilometern um jeden Standort gebildet.

Für fast 30% aller Behandlungsanlässe fehlte zu einem Standort ein Wettbewerber. Hierbei zeigten sich starke regionale Unterschiede zwischen dicht besiedelten Regionen wie Berlin, Hamburg und Nordrhein-Westfalen mit fast durchgängigem Wettbewerb und östlichen Flächenländern mit einem Überwiegen der Standorte ohne alternative Anbieter. Eine Eskalation der Notfallstufe wäre bei über 90% (von 1 auf 2 oder 3) oder fast 80% (von 2 auf 3) der Standorte möglich gewesen, sofern die Behandlungssituation dies erfordert hätte. Eine Mitversorgung durch benachbarte Länder war insbesondere bei Notfällen in Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein relevant (bei Eskalation von 2 auf 3). Überwiegend fanden sich alternative Standorte für zertifizierte Einrichtungen. Der Anteil der Standorte ohne Wettbewerb war jedoch in der Onkologie stark von der Entität abhängig, niedrig bei Brust- und Darmkrebs, hoch bei Magen- und Harnblasenkrebs.

Die Ergebnisse zeigen insgesamt, dass in Deutschland weder für regionale Aspekte noch für Behandlungsanlässe gleichwertige Lebensverhältnisse in der Gesundheitsversorgung bestehen, insbesondere dann, wenn ein Wettbewerb um Qualität betrachtet wird. Die Diskussion um eine Beseitigung möglicher Über- und Fehlversorgung bei stationären Leistungen ist daher dringend um den Aspekt des Aufbaus zusätzlicher Kapazitäten zum Ausgleich einer Unterversorgung zu ergänzen.

Schlüsselwörter

Erreichbarkeit, Krankenhaus, Notfall, Qualität, Wettbewerb, Zertifizierung

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2740

Die stationäre Versorgung in Deutschland sieht sich unter dem zunehmenden Druck zur Verkleinerung, sowohl im Umfang ihrer Kapazitäten als auch in der Anzahl der Standorte von Krankenhäusern. Die Kritik an den bereitgehaltenen Kapazitäten geht unter anderem auf Auswertungen zu einem vermeintlichen Ambulantisierungspotenzial zurück [13]. Unter Ambulantisierungspotenzial werden stationär versorgte Leistungskomplexe verstanden, die aus Sicht der Kritiker ebenso ambulant erbracht werden können. Auch wenn aktuelle Studien das Ausmaß mit etwa 11% aller stationären Behandlungsfälle deutlich zurückhaltender einschätzen, als dies von frühen Studien formuliert worden war [8], verbleibt der Anschein einer Überversorgung. Unkommentiert bleibt das Angebot der Krankenhäuser, ambulant gar nicht zur Verfügung stehende Ressourcen zur Versorgung dieser Leistungskomplexe auszugleichen, wenn auch ggf. mit höheren Aufwänden, die sich aber aufgrund der höheren Vorhaltekosten von Krankenhäusern unstrittig begründen ließen. Die Diskussion zu einer Zentralisierung von Leistungen und damit zu einer Verringerung von Standorten hatte durch die Publikation von Birkmeyer et al. an Fahrt aufgenommen [1]. Häufig umfassen diese Überlegungen gleichzeitig die Ausweisung besonderer Zentren als auch die Festlegung von Mindestmengen. Kritische Stimmen [5] sind inzwischen kaum noch vernehmbar. Anderslautende wissenschaftliche Ergebnisse werden vorauseilend infrage gestellt [15]. Selbst der parallel zur bereits eingeleiteten Zentralisierung festzustellende Zuwachs an Problemen der Gesundheitsversorgung in Deutschland [16] wird nicht als Signal zum Umdenken verstanden. Zentralisierung und damit eine Verringerung an Standorten ist zum Selbstläufer geworden. Eine neutrale Betrachtung wird auch durch die häufige Verortung der Versorgungsforschung an denjenigen Einrichtungen erschwert, die durch Mengen- und Kompetenzzuwachs Gewinner einer Zentralisierung wären oder bereits sind.

>> Als Konsequenz der Zentralisierung steht die bisherige Philosophie der Qualitätssicherung stationärer Leistungen infrage. Die Abschätzung der Qualität von Behandlungsergebnissen über Qualitätsindikatoren würde nahezu bedeutungslos, da diese nur im Wettbewerb verschiedener Einrichtungen als sensibles Instrument eines internen Qualitätsmanagements über Schwachstellenanalysen ihre Wirkung entfalten kann. Zu gering ist die Evidenz dieser Indikatoren, um sie zur Krankenhausplanung oder zur Krankenhausvergütung einzusetzen [12]. Es bliebe die Festlegung von Anforderungen an Strukturen und Prozessen, die einen möglichen, aber nicht zwingenden Zusammenhang mit Ergebnissen aufweisen. Für Patient:innen bieten die zulassungsrelevanten Anforderungen keine Unterstützung, da sie von allen verbleibenden Anbietern erfüllt werden würden. Ein Wettbewerb um Qualität wäre ausgehebelt; ein Angebot wie der Bundes-Klinik-Atlas entbehrlich.

Angesichts der zunehmenden Probleme der Gesundheitsversorgung in Deutschland ließe sich fragen, ob nicht nur Über- und Fehlversorgung, sondern vielmehr auch eine Unterversorgung angegangen werden muss [10]. Ausgehend von Daten des Bundes-Klinik-Atlas (BKA) sollen daher zur Abschätzung einer möglichen Unterversorgung bei der stationären Behandlung in Deutschland drei Fragestellungen beantwortet werden:

1. In welchem Umfang fehlen Patient:innen Möglichkeiten zur Auswahl einer stationären Einrichtung bei typischen Behandlungsanlässen?
2. Wie häufig fehlt eine regionale Eskalation in der Notfallversorgung durch Krankenhäuser?
3. Bestehen Alternativen bei besonderen Ansprüchen an die stationäre Versorgung?

Angesichts der föderalen Verantwortung für den stationären Sektor in Deutschland sollen bei Beantwortung der Fragestellungen die Landesgrenzen zusätzlich betrachtet werden.

Material und Methoden

Der Datenbestand des BKA wurde vom Bundesministerium für Gesundheit am 14.3.2025 zur Verfügung gestellt. Der Datenbestand umfasste ein Schema vom 17.1.2025 sowie eine XML-Datei vom 20.1.2025. Eine Dokumentation stand nicht zur Verfügung. Entsprechende Informationen wurden der Homepage des BKA unter https://bundes-klinik-atlas.de/benutzerhinweise/ entnommen. Die XML-Datei wurde in eine Datenbank mit Microsoft Access 2023 importiert. Dort standen Angaben zu 1.635 Standorten zur Verfügung, definiert über die jeweilige Standortnummer (STOID). Jeder Standort war einem von 16 Ländern zugeordnet. Unter anderem lagen im Datenbestand folgende Angaben vor (vermuteter Stand der Daten in Klammern): Fallzahl des Standortes (2023), Art der Fachabteilungen, Anzahl der Betten, Art und Fallzahl der auf der Homepage des BKA als Krankheiten/Operationen ausgewiesenen Behandlungsanlässe, Pflegepersonalquotient (2023), Art und Stufe der Notfallversorgung (2024), Zertifikate (2024). Zusätzlich waren für jeden Standort Längen- und Breitengrad angegeben. Aus diesen Angaben wurde die Entfernung zwischen zwei Standorten in Kilometern mit maximaler Auflösung berechnet (s. verbesserte Methode nach https://www.kompf.de/gps/distcalc.html).

Zur Feststellung einer Unterversorgung wurden drei Entfernungen definiert. Für alltägliche Behandlungsanlässe wurde ein (Qualitäts-)Wettbewerb im Umkreis von 20 Kilometern um einen Standort, eine höhere Stufe der Notfallversorgung im Umkreis von 30 Kilometern sowie ein Wettbewerb bei besonderer Qualifizierung mit bestehender Zertifizierung im Umkreis von 50 Kilometern erwartet. Eine Unterversorgung wurde angenommen, falls für einen Standort diese Bedingung nicht erfüllt war. Nicht betrachtet wurde eine Unterversorgung durch ein komplett fehlendes Angebot.

Der BKA wies Angaben zu 26 Behandlungsanlässen für 1.528 Standorte mit der jeweiligen Fallzahl aus. Die Anzahl der Behandlungsanlässe je Standort lag zwischen 1 und 26 mit einem Median von 11. Für einen Behandlungsanlass fanden sich zwischen 84 (Bypassoperation des Herzens) und 1.345 (Lungenentzündung) versorgende Standorte mit einem Median von 633. Bei insgesamt 17.529 Einträgen zu Behandlungsanlässen lag bei 2.430 ein Eintrag von „-1“ für eine Fallzahl unter 4 (13,9%) vor. Diese Einträge wurden zur Beantwortung von Fragestellung 1 ausgeschlossen, da nicht von einem regelhaften Angebot einer Versorgung ausgegangen wurde. Es verblieben 15.099 Angaben zu 1.485 Standorten.

Zu allen 1.635 Standorten lag ein Eintrag zur Stufe der Notfallversorgung vor [4]: Eintrag 0 (keine Teilnahme an einer Notfallstufe, 508 STOID, 31,1% von 1.635 Einrichtungen), Stufe 1 (Basis-Notfallversorgung, 612 STOID, 37,4%), Stufe 2 (erweiterte Notfallversorgung, 286 STOID, 17,5%), Stufe 3 (umfassende Notfallversorgung, 183 STOID, 11,2%), Eintrag 9 (keine Information übermittelt, 46 STOID, 2,8%). Bei Beantwortung von Fragestellung 2 wurden nur Standorte mit den Notfallstufen 1, 2 und 3 eingeschlossen. Standorte mit Einträgen von 0 und 9 waren in den Ländern allerdings unterschiedlich häufig vertreten. Den niedrigsten Anteil wies Nordrhein-Westfalen mit 22,1% auf (75 von 340 STOID), den höchsten Schleswig-Holstein mit 53,2% (33 von 63 STOID). Im Median lag der Anteil bei 31,7%.

Im BKA waren Angaben zu 26 Zertifikaten von 822 Standorten verfügbar. Eine Differenzierung der Zertifikate in Module wurde nicht berücksichtigt. Die Anzahl der Zertifikate je Standort lag zwischen 1 und 21 mit einem Median von 2. Insgesamt lagen 2.883 Einträge zu Zertifikaten vor. Die Anzahl der Standorte je Zertifikat lag zwischen 2 (Peniskrebszentrum) und 485 (Endoprothetikzentrum) mit einem Median von 74.

Deskriptive Auswertungen wurden mit Microsoft Access und Microsoft Excel erstellt. Die Anwendung von statistischen Tests oder die Angabe von Vertrauensbereichen konnte entfallen, da es sich um eine Vollerhebung handelte.

Ergebnisse

Behandlungsanlässe

Tabelle 1 zeigt den Anteil der Standorte mit einer Fallzahl ab 4 für einen Behandlungsanlass ohne Wettbewerber im Umkreis von 20 Kilometern. Insgesamt wurden von 15.099 Angeboten 2.907 ohne Wettbewerber erbracht (27,2%). Für diese Angebote fehlte Patient:innen im unmittelbaren Umfeld eine Alternative. Die Spannweite reichte von 7,0% für die Lungenentzündung bis zu 68,3% für die Bypassoperation des Herzens und den chirurgischen Herzklappenersatz. Der Wettbewerb war mit einem ungewichteten Mittelwert von 21,1% bei konservativen Behandlungsanlässen etwas stärker gegeben als bei operativen (28,8%) und interventionellen Behandlungsanlässen (29,7%). Auffallend waren hohe Anteile von Standorten ohne Wettbewerb bei geläufigen Behandlungsanlässen wie der Versorgung auf einer Schlaganfalleinheit (30,5%) sowie der Entbindung (27,2%).

Bezogen auf die Länder zeigten sich große Unterschiede (s. Tab. 2). Bei einem Median von 18,1% lag der Interquartilsabstand bei 20,0%. In Hamburg (0,5%) und Berlin (0,3%) als den zwei größten Städten Deutschlands war der Wettbewerb ebenso gegeben wie in Nordrhein-Westfalen (4,6%) und dem Saarland (6,0%). Schlusslicht beim Wettbewerb waren die ostdeutschen Flächenländer Mecklenburg-Vorpommern (61,9%) und Brandenburg (57,1%). Von einer Mitversorgung durch angrenzende Länder profitierte vor allem der Wettbewerb in Thüringen (24,9% versus 36,0%, s. Abb. 1). Für die Schlusslichter war eine Mitversorgung begrenzt (Brandenburg) oder kaum gegeben (Mecklenburg-Vorpommern). Die Anzahl der Behandlungsanlässe ohne Wettbewerb stieg bei Ausschuss einer länderübergreifenden Mitversorgung um 369 (12,7%) von 2.907 auf 3.276.

Notfallstufe

Von 1.635 Standorten verfügten 1.081 über eine Notfallstufe

Standorte ohne Wettbewerb im Umkreis von 20 Kilometern					
Behandlungsanlass		**Standorte insgesamt**		**Standorte o. Wettbewerb**	
Bezeichnung BKA	**Art#**	**Fallzahl**	**Anzahl**	**Anzahl**	**Anteil**
Bariatrische Operationen (Adipositaschirurgie)	O	26.873	241	94	39,0%
Bauchschlagader: Operation und Stent	I	11.289	371	106	28,6%
Behandlung auf einer Schlaganfalleinheit	K	247.812	475	145	30,5%
Blutwäsche (Dialyse)	K	114.376	662	123	18,6%
Brustkrebs-Operation	O	89.699	532	136	25,6%
Bypassoperation des Herzens	O	31.432	82	56	68,3%
Chirurgischer Herzklappenersatz	O	24.147	82	56	68,3%
Darmkrebs-Operation	O	47.402	937	130	13,9%
Durchblutungsstörung der Beine: Operation und Stent	I	147.590	645	122	18,9%
Eierstockkrebs-Operation	O	7.967	455	129	28,4%
Entbindung	K	664.295	610	166	27,2%
Gallenblasen-Operationen/-Entfernungen	O	176.118	1.035	123	11,9%
Halsschlagader: Operation und Stent	I	21.005	504	114	22,6%
Herzkatheter mit Stent	I	284.481	729	127	17,4%
Lungenentzündung	K	394.098	1.277	89	7,0%
Lungenkrebs-Operation	O	15.811	244	93	38,1%
Minimalinvasiver Herzklappenersatz	I	30.646	85	52	61,2%
Multiple Sklerose	K	38.457	471	140	29,7%
Pankreas- und Gallenwegskrebs-Operation	O	7.479	372	106	28,5%
Parkinson	K	46.491	793	108	13,6%
Prostatakrebs-Operation	O	45.895	414	143	34,5%
Speiseröhren- und Magenkrebs-Operation	O	7.358	408	113	27,7%
Totalendoprothese der Hüfte	O	194.719	1.035	106	10,2%
Totalendoprothese des Knies	O	205.116	944	112	11,9%
Totalendoprothesen-Wechsel der Hüfte	O	19.495	848	110	13,0%
Totalendoprothesen-Wechsel des Knies	O	22.852	848	108	12,7%
Alle Behandlungsanlässe		**2.922.903**	**15.099**	**2.907**	**27,2%**

Tab. 1: Standorte ohne Wettbewerb im Umkreis von 20 Kilometern. # = Art: I = interventionell, K = konservativ, O = operativ. Quelle: eigene Darstellung.

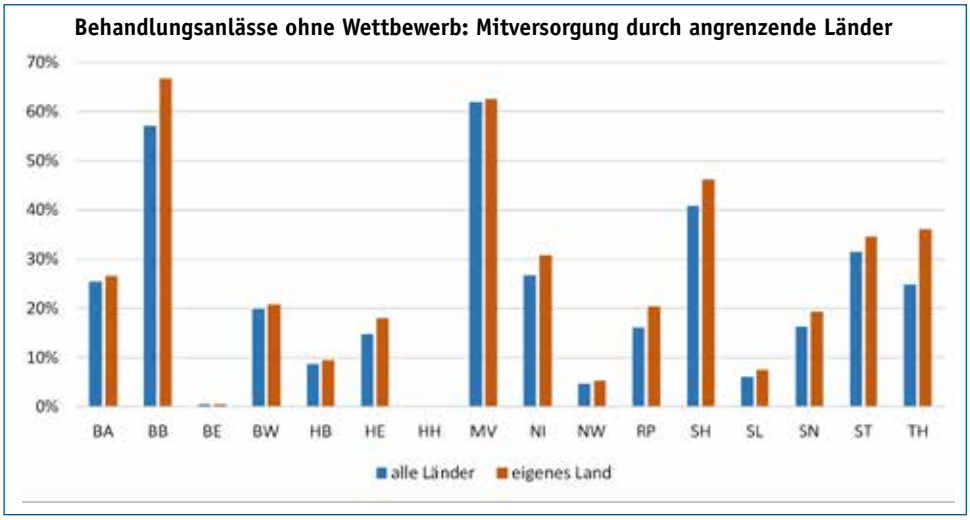


Abb. 1: Behandlungsanlässe ohne Wettbewerb: Mitversorgung durch angrenzende Länder. Quelle: eigene Darstellung.

1, 2 oder 3 (66,1%). Der Anteil von Standorten mit einer dieser Notfallstufen lag zwischen 46,8% in Schleswig-Holstein und 77,9% in Nordrhein-Westfalen. Bei 559 von 612 Standorten wäre im Umkreis von 30 Kilometern eine Verlegung von einer Notfallstufe 1 nach 2 oder 3 möglich (s. Tabelle 3). Bei 53 Standorten fehlte diese Möglichkeit (8,7%). Bei einem Median je Land von 7,1% für Standorte ohne entsprechende Möglichkeit der Eskalation stellten die Ergebnisse für Brandenburg (40,0%), Mecklenburg-Vorpommern (33,3%), Schleswig-Holstein (33,3%) und Sachsen-Anhalt (17,6%) Ausreißer dar. Nach Ausschluss einer Mitversorgung aus angrenzenden Ländern zeigte sich auch für Niedersachsen mit 15,4% ein hoher Anteil von Standorten ohne Möglichkeit der Eskalation. Mit 22,7% lag der Anteil der Standorte mit Notfallstufe 2 ohne weitere Möglichkeit der Eskalation im Umkreis von 30 Kilometern deutlich höher. Hohe Anteile einer Mitversorgung wiesen Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein auf. Ohne Mitversorgung aus anderen Ländern war eine Eskalation der Notfallstufe von 2 auf 3 im Umkreis von 30 Kilometern bei 27,6% der Standorte nicht möglich.

Zertifikate

In einem Umkreis von 50 Kilometern fand sich bei 10,9% der Standorte mit einem Zertifikat kein Wettbewerber (s. Tab. 4). Der Median für die einzelnen Zertifikate lag jedoch mit 22,2% und einem Interquartilsabstand von 25,4% deutlich höher. Auf der einen Seite zeigten sich Zertifikate mit einem hohen Wettbewerbsanteil wie bei den Endoprothetikzentren (0,8%), Brustkrebszentren (2,6%) und Darmkrebszentren (2,7%). Auf der anderen Seite fielen neben den Zentren für seltene Tumore der niedrige Wettbewerbsanteil bei Magenkrebszentren (41,9%), Harnblasenkrebszentren (36,5%), Speiseröhrenkrebszentren (34,9%) sowie Beckenboden- und Kontinenzzentren (27,3%) auf. Der länderübergreifende

Behandlungsanlässe ohne Wettbewerb im Umkreis von 20 Kilometern nach Land				
Kürzel BKA	**Bezeichnung Land**	**Anzahl insgesamt**	**Anzahl ohne Wettbewerb (alle Länder)**	**Anzahl ohne Wettbewerb (eigenes Land)**
BA	Bayern	2.388	607	634
BB	Brandenburg	510	291	340
BE	Berlin	581	3	3
BW	Baden-Württemberg	1.549	308	322
HB	Bremen	140	12	13
HE	Hessen	1.101	163	198
HH	Hamburg	328	0	0
MV	Mecklenburg-Vorpommern	375	232	234
NI	Niedersachsen	1.425	381	439
NW	Nordrhein-Westfalen	3.387	156	177
RP	Rheinland-Pfalz	808	129	165
SH	Schleswig-Holstein	493	201	228
SL	Saarland	216	13	16
SN	Sachsen	793	129	152
ST	Sachsen-Anhalt	494	155	171
TH	Thüringen	511	127	184
D	**Deutschland**	**15.099**	**2.907**	**3.276**

Tab. 2: Behandlungsanlässe ohne Wettbewerb im Umkreis von 20 Kilometern nach Land. Quelle: eigene Darstellung.

Mitversorgungsanteil war erheblich und betraf auch häufige Behandlungsanlässe wie gynäkologische Krebszentren (5,8% versus 11,7%). Ohne länderübergreifende Mitversorgung stieg der Median für Standorte mit einem Zertifikat ohne Wettbewerber im Umkreis von 50 Kilometern auf 32,9% mit einem Interquartilsabstand von 30,0%. Bei Beschränkung auf das eigene Land fehlte bei 460 Zertifikaten ein Wettbewerber (16,0%).

Unter den Bundesländern ergab sich mit 57,2% vor allem für Mecklenburg-Vorpommern ein fehlender Wettbewerb bei Zertifikaten (s. Tab. 5). Ein Mitversorgungsanteil von über 50% zeigte sich für Brandenburg (47,6% ohne Mitversorgung, 17,5% mit Mitversorgung), Bremen (41,7% versus 8,3%), Niedersachsen (19,1% versus 8,3%) und Rheinland-Pfalz (27,0% versus 11,3%). Für die Ergebnisse je Land stieg der Median von Standorten mit Zertifikat ohne Wettbewerb von 11,6% (alle Länder) auf 16,0% (eigenes Land) sowie der Interquartilsabstand von 7,1% auf 10,0% (s. Abb. 2).

Diskussion

Für mehr als jeden vierten Behandlungsanlass ist ein Qualitätswettbewerb bei einem der anbietenden Standorte in Deutschland nicht mehr gegeben. Für die entsprechenden Krankenhäuser fehlt damit ein Anreiz zur Befassung mit der Ergebnisqualität. Die vom Gesetzgeber vorgesehene Einhaltung von Anforderungen an Strukturen und Prozesse lässt sich in einem verwaltungsorientierten Verfahren abarbeiten. Expertise im Qualitätsmanagement ist dafür entbehrlich. Patient:innen fehlt bei diesem Viertel der Angebote eine Wahlmöglichkeit, für die ein Portal wie der BKA hilfreich wäre. Gleichheit als ein grundlegender Qualitätsaspekt der DIN EN 15224:2017-0 [2] ist bereits jetzt eine Frage des Wohnorts und des Behandlungsanlasses in Deutschland.

Bei 2.907 von 15.099 Angeboten in den vom BKA ausgewiesenen Behandlungsanlässen fehlte ein alternativer Standort im Umkreis von 20 Kilometern. Auf den ersten Blick mag man dies mit der Seltenheit von Erkrankungen begründen, die einen flächendeckenden Qualitätswettbewerb weder wirtschaftlich sinnvoll noch durch die vorzuhaltenden Ressourcen denkbar erscheinen lässt. Dieser Erklärung stehen jedoch Lücken eines Qualitätswettbewerbs bei Behandlungsanlässen mit hohen Fallzahlen gegenüber wie der Behandlung auf einer Schlaganfalleinheit (30,5% der Standorte ohne Qualitätswettbewerb) und der Entbindung (27,2%). Auch gelingt es für seltenere Behandlungsanlässe wie Darmkrebs-Operationen (13,9%) oder Parkinson (13,6%) durchaus, alternative Angebote zu ermöglichen. Selbstverständlich sind diese Verzerrungen zum Teil durch die Fachabteilungsstruktur der Krankenhäuser begründet, bei der z. B. eine Neurologie häufigere (Schlaganfall) und im Vergleich seltenere (Parkinson) Behandlungsanlässe versorgt. Dennoch bleibt die Vermutung auf einen unterschiedlich ausgeprägten Qualitätswettbewerb ohne fachliche Begründung. Daraus ergibt sich die Forderung, bei der Krankenhausplanung sehr differenziert die wettbewerbliche Situation für einzelne Behandlungsanlässe zu berücksichtigen und im gegebenen Falle eine festgestellte Unterversorgung auszugleichen. Es bleibt offen, ob eine stärker am Bedarf ausgerichtete Krankenhausplanung schlussendlich zu einer Verringerung des Angebots an stationären Leistungen oder nur zu einer Verlagerung des Angebots führt. Unterschiede zwischen elektiven Leistungen und Notfällen lassen sich aus den im BKA definierten Behandlungsanlässen nicht analysieren. Es läge nahe, einen Qualitätswettbewerb nur für diejenigen Leistungen einzufordern, bei denen die Wahl eines Standortes durch Betroffene zum individuellen Zeitpunkt des Bedarfs überhaupt möglich ist. Das Beispiel der Versorgung Schwerverletzter zeigt jedoch, dass auch bei Notfällen ein Qualitätswettbewerb möglich ist [7].

Der Effekt einer Mitversorgung aus anderen Bundesländern ist bei der Betrachtung von Behandlungsanlässen begrenzt. So stieg die Anzahl der Angebote ohne Wettbewerb im Umkreis von 20 Kilometern von 2.907 auf 3.276 um 12,7% bei Begrenzung auf das jeweilige Land. Einerseits schien es nur für wenige Länder wie Thüringen einen relevanten Mitversorgungsanteil zu geben. Andererseits führte der Zuwachs durch eine Mitversorgung bei Ländern mit gering ausgeprägtem Qualitätswettbewerb wie Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern nicht zu einer substanziellen Annäherung an den bundesweiten Durchschnitt. In diesen Ländern blieben die Standorte bei ihren Angeboten ohne Qualitätswettbewerb. Damit entscheidet nicht nur der Versorgungsbedarf von Patient:innen

Standorte und Notfallstufe													
	Insgesamt	Mit Stufe		Stufe 1 (alle Länder)#			Stufe 1 (eigenes Land)#		Stufe 2 (alle Länder)§			Stufe 2 (eigenes Land)§	
Kürzel BKA	Anzahl	Anzahl	Anteil	Anzahl insgesamt	Anzahl ohne Eskalation	Anteil ohne Eskalation	Anzahl ohne Eskalation	Anteil ohne Eskalation	Anzahl insgesamt	Anzahl ohne Eskalation	Anteil ohne Eskalation	Anzahl ohne Eskalation	Anteil ohne Eskalation
BA	286	155	54,2%	86	6	7,0%	7	8,1%	36	8	22,2%	10	27,8%
BB	71	48	67,6%	35	14	40,0%	16	45,7%	6	2	33,3%	2	33,3%
BE	59	37	62,7%	14	0	0,0%	0	0,0%	13	0	0,0%	0	0,0%
BW	167	108	64,7%	56	4	7,1%	5	8,9%	28	8	28,6%	8	28,6%
HB	12	9	75,0%	7	0	0,0%	0	0,0%	1	1	100,0%	1	100,0%
HE	130	77	59,2%	44	0	0,0%	1	2,3%	17	4	23,5%	4	23,5%
HH	35	18	51,4%	4	0	0,0%	0	0,0%	5	0	0,0%	0	0,0%
MV	40	30	75,0%	21	7	33,3%	8	38,1%	3	1	33,3%	1	33,3%
NI	142	98	69,0%	52	5	9,6%	8	15,4%	30	12	40,0%	15	50,0%
NW	340	265	77,9%	152	2	1,3%	6	3,9%	87	8	9,2%	9	10,3%
RP	88	65	73,9%	43	4	9,3%	5	11,6%	17	7	41,2%	12	70,6%
SH	62	29	46,8%	12	4	33,3%	4	33,3%	11	3	27,3%	5	45,5%
SL	18	13	72,2%	6	0	0,0%	0	0,0%	5	0	0,0%	0	0,0%
SN	87	62	71,3%	48	4	8,3%	4	8,3%	5	3	60,0%	3	60,0%
ST	49	35	71,4%	17	3	17,6%	3	17,6%	13	6	46,2%	6	46,2%
TH	49	32	65,3%	15	0	0,0%	1	6,7%	9	2	22,2%	3	33,3%
D	**1.635**	**1.081**	**66,1%**	**612**	**53**	**8,7%**	**68**	**11,1%**	**286**	**65**	**22,7%**	**79**	**27,6%**

Tab. 3: Standorte und Notfallstufe nach Land. # = Als Eskalation wurde ein anderer Standort im Umkreis von bis zu 30 Kilometern mit den Notfallstufen 2 oder 3 gewertet. § = Als Eskalation wurde ein anderer Standort im Umkreis von bis zu 30 Kilometern mit der Notfallstufe 3 gewertet. Quelle: eigene Darstellung.

über ihre Möglichkeiten zur Auswahl zwischen mindestens zwei Angeboten, sondern ebenso die regionale Situation. Die Abhängigkeit von Ländern und Siedlungstypen wurde kürzlich auch für die Erreichbarkeit von Schlaganfallstationen in Deutschland gezeigt [14]. Von gleichwertigen Lebensverhältnissen im Sinne des Grundgesetzes kann damit nicht gesprochen werden, auch wenn man einwenden mag, dass eine Gesundheitsversorgung in ländlicheren Gebieten schon aus Kostengründen nicht das Niveau der Gesundheitsversorgung in Ballungsräumen erreichen kann.

Bei weitergehenden und den Evidenz- und Wissensstand (s. auch [2]) übersteigenden Ansprüchen an die Gesundheitsversorgung im Sinne vorhandener Zertifikate fand sich in 90% der Angebote eine Alternative im Umkreis von 50 Kilometern. Bei dem erweiterten Radius wurde unterstellt, dass entsprechende Ansprüche mit der Bereitschaft und mit der Möglichkeit von längeren Fahrtzeiten einhergehen. Deutlicher als bei Behandlungsanlässen zeigte sich allerdings ein Zusammenhang zwischen der Anzahl von Standorten mit Zertifikat und dem Vorhandensein eines Qualitätswettbewerbs. Selbstverständlich wird bei seltenen Erkrankungen wie Analkarzinom, Hodenkrebs oder Sarkomen nicht die gleiche regionale Verfügbarkeit und Kompetition erwartet werden können wie beim Mammakarzinom oder dem Schlaganfall. Auf dem Niveau der Zertifikate ist ein Qualitätswettbewerb in Deutschland allerdings schon jetzt bei seltenen Erkrankungen nicht mehr vorhanden, ein Zustand, der sich bei der politisch gewollten Zentrumsbildung [6] vermutlich weiter verschärfen wird. So werden Patient:innen mit seltenen Erkrankungen zu doppelten Verlierern des Umbaus der stationären Versorgung. Nicht nur der Qualitätsaspekt einer Verfügbarkeit von Angeboten innerhalb der Reichweite von Patient:innen ist betroffen, sondern ebenso deren Einbeziehung in die Auswahl eines Krankenhauses. Mangels Angeboten wird es für Patient:innen gar keine zweite Auswahlmöglichkeit geben.

Die Mitversorgung hatte auf dem Niveau der Zertifizierung eine deutlich größere Bedeutung als bei allgemeinen Behandlungsanlässen. So stieg die Anzahl der Angebote mit Zertifikat ohne Wettbewerb im Umkreis von 50 Kilometern von 315 auf 460 um 46,0% bei Begrenzung auf das jeweilige Land. Von einer Mitversorgung profitierten dann auch Länder wie Bremen (8,3% der Standorte mit Zertifikat ohne Wettbewerb, bei Beschränkung auf Bremen 41,7%), Rheinland-Pfalz (11,3% versus 27,0%) und Sachsen-Anhalt (15,0% versus 25,0%). Eine Krankenhausplanung für zertifizierte Einrichtungen hat daher zwingend die länderübergreifende Mitversorgung einzubeziehen, um regionale Versorgungsgerechtigkeit zu erreichen.

Die Betrachtung der Notfallstufen betrifft den Qualitätsaspekt einer angemessenen, richtigen Versorgung. Eine angemessene und richtige Notfallversorgung kann sowohl die Verlegung von Patient:innen zu einem Standort mit höherer Stufe beinhalten als auch die primäre Zuleitung über den Rettungsdienst an einen Standort mit der erforderlichen Stufe. Die Festlegung der Notfallstufen erfolgt allerdings unabhängig von diesen Szenarien [4]. Bei einem insgesamt hohen Anteil von Standorten ohne Teilnahme an der Notfallversorgung von 34,9% lagen die Anteile in den Ländern zwischen 53,2% in Schleswig-Holstein und 22,1% in Nordrhein-

Zertifikate ohne Wettbewerb im Umkreis von 50 Kilometern					
Bezeichnung BKA	**Standorte insgesamt**	**Standorte ohne Wettbewerb (alle Länder)**		**Standorte ohne Wettbewerb (eigenes Land)**	
	Anzahl	**Anzahl**	**Anteil**	**Anzahl**	**Anteil**
Analkrebszentrum	10	6	60,0%	6	60,0%
Beckenboden- und Kontinenzzentrum	33	9	27,3%	13	39,4%
Brustkrebszentrum	265	7	2,6%	12	4,5%
Darmkrebszentrum	294	8	2,7%	14	4,8%
Dialyse	39	9	23,1%	13	33,3%
Endoprothetikzentrum	485	4	0,8%	7	1,4%
Gefäßzentrum	80	13	16,3%	22	27,5%
Gynäkologisches Krebszentrum	171	10	5,8%	20	11,7%
Zentrum für Hämatologische Neoplasien	119	15	12,6%	24	20,2%
Harnblasenkrebszentrum	52	19	36,5%	25	48,1%
Hautkrebszentrum	72	16	22,2%	24	33,3%
Hodenkrebszentrum	19	15	78,9%	15	78,9%
Kopf-Hals-Tumor-Zentrum	77	11	14,3%	21	27,3%
Leberkrebszentrum	30	17	56,7%	18	60,0%
Lungenkrebszentrum	89	14	15,7%	22	24,7%
Magenkrebszentrum	43	18	41,9%	20	46,5%
Nephrologische Schwerpunktklinik	56	13	23,2%	20	35,7%
Neuroonkologisches Zentrum	58	16	27,6%	26	44,8%
Nierenkrebszentrum	77	17	22,1%	25	32,5%
Onkologisches Zentrum	150	16	10,7%	24	16,0%
Pankreaskrebszentrum	149	11	7,4%	22	14,8%
Peniskrebszentrum	2	2	100,0%	2	100,0%
Prostatakrebszentrum	148	16	10,8%	24	16,2%
Sarkomzentrum	20	14	70,0%	14	70,0%
Speiseröhrenkrebszentrum	43	15	34,9%	18	41,9%
Stroke Unit	302	4	1,3%	9	3,0%
Alle Zertifikate	**2.883**	**315**	**10,9%**	**460**	**16,0%**

Tab. 4: Zertifikate ohne Wettbewerb im Umkreis von 50 Kilometern. Quelle: eigene Darstellung.

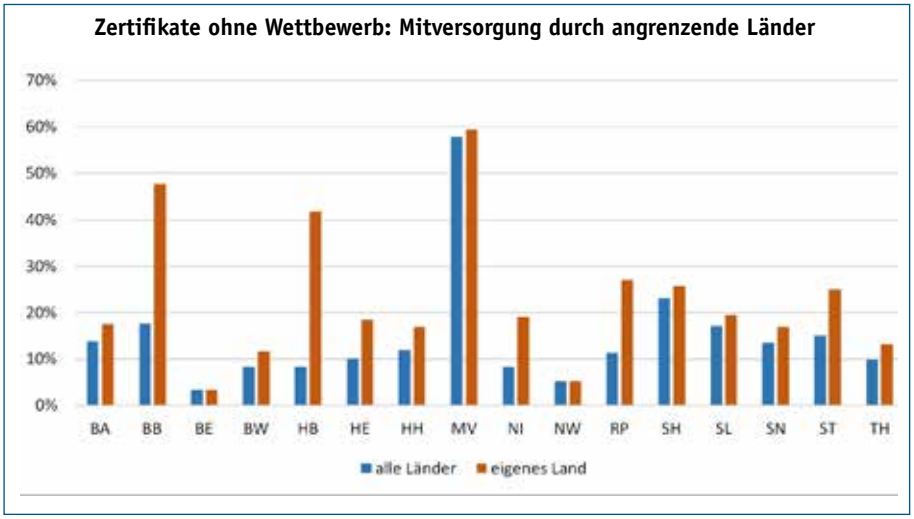


Abb. 2: Zertifikate ohne Wettbewerb: Mitversorgung durch angrenzende Länder. Quelle: eigene Darstellung.

Westfalen. Schon die ungleiche Verfügbarkeit von Standorten mit Notfallstufe mag Hinweis auf eine regionale Unterversorgung sein. So verfügte Sachsen-Anhalt (13) über kaum mehr Standorte mit Notfallstufe wie Bremen (9).

Allerdings wäre nur in 8,7% der Standorte (53 von 612 Standorten) mit Stufe 1 eine Verlegung zu einem Standort mit höherer Notfallstufe im Umkreis von 30 Kilometern unmöglich; bei Standorten mit Stufe 2 wären es dann 22,7% (65 von 286 Standorten) mit fehlender Möglichkeit zur Verlegung zu einem Standort mit Stufe 3. Die Eskalation der Notfallversorgung zur erweiterten oder umfassenden Notfallversorgung war somit in den meisten Ländern gegeben. Ausnahmen waren hierbei wieder Brandenburg (40,0% ohne Möglichkeit der Eskalation), Mecklenburg-Vorpommern (33,3%) und Schleswig-Holstein (33,3%), trotz einer geringen Mitversorgung aus anderen Ländern. Die Möglichkeit zur Verlegung in eine umfassende Notfallversorgung war dann stark vom Land und einer Mitversorgung abhängig. In Niedersachsen (50,0% ohne Möglichkeit der Eskalation im eigenen Land), Rheinland-Pfalz (70,0%) und Sachsen (60,0%) zeigten sich neue, gravierende Lücken. Die geringen Substitutionseffekte von Berlin und Hamburg für die angrenzenden Flächenländer mögen den dort insgesamt schlechteren Eskalationsmöglichkeiten zuzuschreiben sein. Insgesamt muss an einer angemessenen und richtigen Abdeckung der Notfallstufen in allen Regionen Deutschlands gezweifelt werden.

Limitationen

Die Beantwortung der drei Fragestellungen erfolgte aus Perspektive der Krankenhäuser mit Betrachtung ihres Wettbewerbs im regionalen Umfeld. Eine Analyse ausgehend vom Wohnort von Patient:innen, wie sie beim BKA über die Einschränkung der Suche nach Ort, Postleitzahl und Ortsteil mit Angabe eines Umkreises umgesetzt ist, ist Folgearbeiten vorbehalten, auch wenn keine gravierenden Abweichungen erwartet werden. Der Umkreis um einen Standort wurde auf 20, 30 und 50 Kilometer festgelegt. Damit wurden kreisförmige Räume mit Entfernungen von bis zu 40, 60 und 100 Kilometern Luftlinie geschaffen. Andere Entfernungen wären

ebenso möglich gewesen wie eine Nutzung von Fahrtzeiten. Angesichts der desolaten Verkehrsinfrastruktur in Deutschland sowie des unzuverlässigen und nicht flächendeckend verfügbaren Angebots eines öffentlichen Personenverkehrs ist allerdings jeder Ansatz nur eine Annäherung an tatsächliche Gegebenheiten. Anzweifeln ließe sich, ob ein Wettbewerb mit den angesetzten Umkreisen angesichts der Fläche von Deutschland überhaupt realistisch ist. Ohne Wettbewerb ließe sich diese Fläche als Kreis jedoch schon mit 239 (20 Kilometer), 109 (30) oder 38 Standorten (50) füllen, falls Lücken zwischen sich nicht überschneidenden Kreisen hingenommen würden (s. http://www.packomania.com/). Die hier formulierten Anforderungen stellen damit angesichts von 1.635 Standorten im BKA keine Überforderung dar. Nicht betrachtet wurden Regionen, in denen eine Versorgung der eingeschlossenen Behandlungsanlässe, Standorte mit Notfallversorgung und zertifizierte Angebote gänzlich fehlten. Insofern stellen die Ergebnisse eine Unterschätzung der Unterversorgung dar.

Schlussfolgerungen

Die Diskussion um die stationäre Versorgung in Deutschland ist durch Schlagwörter wie Ambulantisierung und Zentralisierung geprägt. Dem liegt die Vermutung einer bestehenden Über- und Fehlversorgung zugrunde. Eine Notwendigkeit für die Vorhaltung ausreichender stationärer Kapazitäten zur Gestaltung eines Qualitätswettbewerbs [9], zur Vorsorge für den Massenanfall von Verletzten [11] und als Reserve bei der Landesverteidigung [3] wird hierbei ausgeblendet. Ein gewisses Maß an Überkapazitäten der stationären Versorgung ist jedoch für die Resilienz des Gesundheitssys-tems unentbehrlich und stellt noch keine Überversorgung dar. Für den Wettbewerb um Ergebnisqualität zeigte sich bei der Analyse von Daten des BKA allerdings bereits jetzt eine Unterversorgung für einige Behandlungsanlässe, Notfallstufen und Zertifizierungen. Die Unterversorgung war in den Bundesländern unterschiedlich stark ausgeprägt und zum Teil von einer Mitversorgung angrenzender Regionen abhängig. Gleichwertige Lebensverhältnisse sind damit in Deutschland in Bezug auf die stationäre Gesundheitsversorgung nicht gegeben. Eine Krankenhausplanung muss sich somit nicht nur mit Überkapazitäten befassen, sondern gleichrangig mit dem Ausgleich fehlender Angebote. Patient:innen selbst müssen momentan davon ausgehen, dass ihre Einbeziehung in Therapieentscheidung, schon aufgrund mangelnden Angebots einer angemessenen und richtigen, aber auch einer evidenz- und wissensbasierten stationären Versorgung wirkungslos bzw. abhängig von ihrem jeweiligen Wohnort ist. <<

Zertifikate ohne Wettbewerb im Umkreis von 50 Kilometern je Land

Kürzel BKA	Anzahl insgesamt	Anzahl ohne Wettbewerb (alle Länder)	Anzahl ohne Wettbewerb (eigenes Land)
BA	483	66	84
BB	63	11	30
BE	146	5	5
BW	383	32	44
HB	24	2	10
HE	201	20	37
HH	59	7	10
MV	64	37	38
NI	241	20	46
NW	640	33	33
RP	141	16	38
SH	78	18	20
SL	41	7	8
SN	148	20	25
ST	80	12	20
TH	91	9	12
D	**2.883**	**315**	**460**

Tab. 5: Zertifikate ohne Wettbewerb im Umkreis von 50 Kilometern je Land. Quelle: eigene Darstellung.

Literatur

[1] Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EV, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, Welch HG, Wennberg DE. Hospital volume and surgical mortality in the United States. N Engl J Med. 2002; 346: 1128-1137.
[2] Deutsches Institut für Normung. Qualitätsmanagementsysteme – EN ISO 9001:2015 für die Gesundheitsversorgung; Deutsche Fassung EN 15224:2016. Berlin: Deutsches Institut für Normung, 2017.
[3] Friemert B. Chirurgische Herausforderungen bei der Landes- und Bündnisverteidigung. Passion Chirurgie. 2024; 14: 12-16.
[4] Gemeinsamer Bundesausschuss. Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Stand: 20. November 2020.
[5] Geraedts M, de Cruppé W. Kontroverse Studienergebnisse zur Mindestmengenproblematik. Z Arztl Fortbild Qualitatssich 2006; 100: 87-91.
[6] Lang H, Grimminger PP, Meyer HJ. Mindestmengenregelungen in der Chirurgie aus Sicht der Fachgesellschaft (DGCH). Spagat zwischen Wissenschaft, Politik, Versorgungsrealität und einer Reihe weiterer Aspekte. Chirurg 2022; 93: 342-348.
[7] Lefering R on behalf of the TraumaRegister DGU®. 20 years of trauma documentation in Germany – actual trends and developments. Injury 2014; 45 Suppl 3: S6-S13.
[8] Pioch C, Busse R, Mansky T, Nimptsch U. Ambulantisierungspotenzial von Akutkrankenhäusern. Deutsches Ärzteblatt 2025; 122: 151-155.
[9] Prang KH, Maritz R, Sabanovic H, Dunt D, Kelaher M. Mechanisms and impact of public reporting on physicians and hospitals' performance: A systematic review (2000-2020). PLoS One 2021; 16: e0247297.
[10] Schrappe M, François-Kettner H, Knieps F, Kraemer K, Reiners H, Scherer M, Voshaar T, Windeler J. Unterversorgung im deutschen Gesundheitswesen – das unterschätzte Problem. Monitor Versorgungsforschung 2025; 18: 47-64.
[11] Schweigkofler U, Heinz SM, Hoffmann R. Massenanfall von Verletzten – aus Sicht eines Krankenhauses. Notfallmedizin up2date 2018; 13: 375-387.
[12] Stausberg J. „Pay-for-Performance" als Risiko. Qualitätsabhängige Zu- und Abschläge in der stationären Versorgung. das Krankenhaus 2020; 112: 141-145.
[13] Sundmacher L. Handlungsbedarf bei ambulant-sensitive Krankenhausfällen. Gesundheitswesen. 2016; 78: 66.
[14] Ullrich-Kniffka N. Erreichbarkeit von Schlaganfallstationen in Deutschland. Deutsches Ärzteblatt 2025; 122: 170-171.
[15] Vorbeck L, Naumoska D, Geraedts M. Assoziation von Strukturvariablen mit der Versorgungsqualität der Krankenhäuser in Deutschland. Gesundheitswesen. 2022; 84: 242-249.
[16] Zeeb H, Loss J, Starke D, Altgeld T, Moebus S, Geffert K, Gerhardus A. Public health in Germany: structures, dynamics, and ways forward. Lancet Public Health 2025; 10: e333-e342.

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Stausberg et al.: „Grenzen eines Qualitätswettbewerbs der stationären Versorgung in Deutschland: eine Analyse aus den Daten des Bundes-Klinik-Atlas“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/25), S. 70–77. http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2740

Limits of a Quality Competition of Hospital Care in Germany: An Analysis of Data from the Bundes-Klinik-Atlas

Due to unnecessary services and redundant facilities, inappropriate and excessive hospital care is sometimes claimed for Germany. Drivers of these assumptions are ambulatory-care-sensitive conditions and centralization. Lack of hospital services is seldomly taken into account, which can occur in case of missing resources but also in case of missing competition between existing facilities.

Competition for the best results would be a strong motivation for high-quality health care. Therefore, data from the Bundes-Klinik-Atlas was used to analyze competition for typical conditions, to analyze the escalation of hospitals' emergency levels and to analyze regional alternatives in case of special demands. A circular environment with 20, 30 and 50 kilometers around each hospital site was defined. For nearly 30 % of all conditions, a competitor of a hospital site was missing. There was a clear regional variation with densely populated areas as Berlin, Hamburg and North Rhine-Westphalia having an almost complete competition and eastern rural areas, most sites without any alternative service provider. An escalation of the emergency level was possible in more than 90% (from 1 to 2 or 3) or nearly 80 % (from 2 to 3) of the sites. A co-supply through neighboring states was relevant particularly for emergencies occurring in Rhineland-Palatinate and Schleswig-Holstein (escalation from 2 to 3). Most of the certified sites had an alternative service provider nearby. However, the share without competition in oncology depends strongly on the entity, low in breast and bowel cancer, high in stomach and bladder cancer.

The results demonstrate for Germany, that equal living conditions concerning health care are reached neither for treatment conditions nor on a regional level, particularly with regard to a quality competition. The discussion about the elimination of presumed over and inappropriate services in hospital care should be complemented with the aspect of developing additional capacities to compensate for the lack of services.

Keywords

area coverage, certification, competition, emergency, hospital, quality

Prof. Dr. med. Jürgen Stausberg ORCID: 0000-0003-0348-5579
forscht am Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie des Universitätsklinikums Essen und am Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V. in Saarbrücken. Er war Professor für Medizinische Informatik an der LMU München und Fachbereichsleiter am Zi in Berlin. Daneben ist er freiberuflich in der Versorgungsforschung tätig. Kontakt: Stausberg@ekmed.de



Thomas Jungen
leitet das Referat Krankenhäuser im Caritasverband für die Diözese Trier e. V. und ist Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland. Er ist Mitglied im Vorstand der saarländischen Krankenhausgesellschaft und stellvertretender Vorsitzender des Vereins Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser – QKK e. V. Kontakt: Jungen-T@caritas-trier.de



Prof. Dr. med. Michael Karaus MBA
ist Medizinischer Geschäftsführer des Evangelischen Krankenhauses Göttingen-Weende. Er ist Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie und Proktologie. Zudem ist er Mitglied im Vorstand des Vereins Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen Nord (CED Nord) sowie des Vereins Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser – QKK e. V. Kontakt: Karaus@ekweende.de



Dr. med. Guido Lerzynski MBA ORCID: 0009-0000-3675-1744
ist Arzt und Medizinischer Geschäftsführer des Cellitinnen-Klinikverbundes St. Petrus und St. Josef. Er ist Mitglied im Vorstand des Vereins Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser – QKK e. V. Zudem engagiert er sich aktiv für die Weiterentwicklung von Qualitätsstandards in konfessionellen Krankenhäusern. Kontakt: Guido.Lerzynski@cellitinnen.de



Ann-Cathrine Froitzheim MSc
Johanna Röder MSc
Melina Sophie Kurte MA
Prof. Dr. rer. medic. Florian Kron

Einsatz von innovativen Behandlungsmethoden in der Geburtshilfe und deren Effekte aus Kostenträgersicht

Warum reine Kostenbetrachtungen bei Innovationen zu kurz greifen

Zusammenfassung

Postpartale Hämorrhagien (PPH), definiert als Blutverlust ≥500 ml innerhalb von 24 Stunden nach der Geburt, stellen weltweit eine der häufigsten Ursachen für maternale Mortalität dar. In Deutschland trat im Jahr 2023 in 7,8% der insgesamt 693.000 Geburten eine PPH auf. Neben medikamentöser Therapie und uteriner (Ballon-)Tamponaden kann seit 2024 ein vakuuminduziertes Uteruskompressions-Verfahren (VUK) eingesetzt werden, welches eine schnelle Blutungsstillung ermöglicht. Innovationen wie VUK und die damit verbundenen Kosten werden im stationären Sektor zunächst nicht in den DRG-Fallpauschalen abgebildet, weshalb zur Refinanzierung zusätzliche Entgelte notwendig sind. Gleichzeitig können den Produktkosten ressourceneinsparende Effekte (u. a. verkürzte Verweildauern, Reduktion operativer Maßnahmen) gegenüberstehen. Um diese Effekte aufzuzeigen und monetär zu bewerten, wurde eine Modellierung durchgeführt: Eine Ressourceneinsparung führt im DRG-System zu einer Herabstufung der DRG. So sorgt eine Reduktion der häufigsten DRG um eine Stufe für eine Kostenreduktion von 983,24 Euro. Die kürzliche Etablierung eines spezifischen Prozedurenschlüssels für VUT ermöglicht zukünftig Real-World-Analysen anhand von Abrechnungsdaten sowie langfristig die Anpassung der Fallpauschalen.

Schlüsselwörter

Geburtshilfe, Innovationen, Medizinprodukte, Vergütung, Gesundheitsökonomie

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2741

Im Jahr 2023 verzeichnete Deutschland rund 693.000 Geburten, die überwiegend in spezialisierten Geburtskliniken stattfanden (Statista, 2024). Während viele Geburten komplikationslos verlaufen, können dennoch zahlreiche Risiken und Herausforderungen auftreten, die eine umfassende medizinische Betreuung erfordern. Eine dieser Herausforderungen ist die postpartale Hämorrhagie (PPH), definiert als ein Blutverlust von ≥500 ml innerhalb von 24 Stunden nach der Geburt. Damit ist die PPH eine der häufigsten Ursachen für maternale Mortalität weltweit (World Health Organization, 2012). Die Inzidenz variiert je nach Quelle zwischen 1% und 10% aller Geburten (vaginale Geburten und Kaiserschnitte). Abrechnungsdaten der deutschen Krankenhäuser zeigen, dass im Jahr 2023 54.380-mal eine PPH als Haupt- oder Nebendiagnose kodiert wurde. Das ergibt bei einer Grundgesamtheit von 693.000 Geburten eine Rate von 7,8%. Das Auftreten einer schwerwiegenden Komplikation wie der PPH erhöht den Ressourcenaufwand der Klinik. Durch eine entsprechend höhere Abrechnung seitens der Klinik ergeben sich aus Perspektive der Krankenkasse höhere Kosten, welche das Gesundheitssystem als Ganzes mehr belasten.

>> Neben der medikamentösen Erstlinientherapie erfolgt bei einem fortschreitenden Blutverlust im Zusammenhang mit der Geburt der Einsatz von Tamponade-Verfahren, um die Blutung zu stoppen und damit die letzte Instanz, eine Hysterektomie, zu vermeiden. Bislang wurden hierzu Uterusballon-Tamponadeverfahren eingesetzt. Seit Januar 2024 bestand für Deutschland zusätzlich zunächst eine zeitlich begrenzte Sonderzulassung für einen neuen, innovativen Therapieansatz: ein vakuuminduziertes Uteruskompressionsverfahren[1]. Die Sonderzulassung wurde durch das erfolgreich abgeschlossene Konformitätsbewertungsverfahren und die damit erfolgte CE-Zertifizierung abgelöst. Unter Herstellung eines diskreten Vakuums führt das vakuuminduzierte Uteruskompressionsverfahren die Kontraktion des Uterus und damit die Blutungsstillung herbei. Dieser Ansatz führt zu einer reduzierten Zeit bis zur Blutungsstillung gegenüber der Uterus-Ballontamponade (D'Alton et al., 2020).

Unzureichende Vergütung als Hürde für Innovationen

Neben zulassungsbedingten Hürden von Innovationen (EMA[2]-Zulassung bei Arzneimitteln, CE[3]-Kennzeichnung bei Medizinprodukten), stehen einer Implementierung als Standardtherapie, wie bei diversen innovativen Therapieansätzen, kurzzeitig erhöhte Kosten gegenüber. Im stationären Sektor erhalten Kliniken pauschale Vergütungen pro Fall in Form der G-DRG[4]-Fallpauschale. Sofern diese Pauschale die Kosten einer innovativen Therapie nicht abdeckt, besteht ein (ökonomischer) Fehlanreiz für die Klinik, die Innovation nicht einzuführen und infolgedessen nicht (standardmäßig) einzusetzen. Ob bzw. inwiefern die Pauschale Erlöse für bestimmte Kostenarten und Kostenstellen abdeckt, lässt sich anhand der Kostenmatrix des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) einer jeden DRG erschließen (Vogl, 2012).

Bis eine Innovation und die dafür anfallenden Kosten im System der DRG-Fallpauschalen abgebildet werden, vergehen jedoch mindestens zwei Jahre, da die Kalkulationen des InEKs auf den Kostendaten des Vorvorjahres basieren (Vogl, 2012). So spiegelt der DRG-Katalog 2024 die Kostendaten ausgewählter sog. Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2022 wider. Für die Zuordnung entstandener Kosten zu der jeweiligen Innovation ist zudem eine „Nachverfolgung" über einen spezifischen OPS-Kode als „Leistungsbezeichner" der Innovation notwendig, welcher zunächst durch das BfArM[5] im OPS[6]-Katalog etabliert werden muss (Jakobs et al., 2022).

1: Das BfArM hatte mit Bescheid vom 19.01.2024 eine Sonderzulassung gemäß Art. 59 Abs. 1 der Verordnung (EU) 2017/745 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 05. April 2017 (MDR) in Verbindung mit § 7 Abs. 1 des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes (MPDG) für das sog. Jada-System erteilt.

Um diese kalkulatorischbedingte Lücke der Refinanzierung zu überbrücken, wurde für den stationären Sektor im Jahr 2005 eine Vergütungsoption über die Fallpauschale hinaus etabliert: die sogenannten Entgelte für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (auch NUB-Entgelte genannt). Kliniken können jährlich einen NUB-Antrag für innovative, kurzfristig aber unterfinanzierte Therapien beim InEK stellen. Erteilt das InEK ein positives Votum (sog. NUB-Status 1), haben die antragstellenden Kliniken die Möglichkeit, ein NUB-Entgelt mit den Krankenkassen zu verhandeln. Dies behebt ökonomische Fehlanreize der Klinik und fördert den Innovationszugang zum Vorteil der effektiven Behandlung der Patient:innen. Neben positiven Effekten aus Perspektive der Kliniken und der Patient:innen bestehen auch aus Sicht der Krankenkassen bzw. des Gesundheitssystems ökonomische Potenziale.

Übersicht – Evidenz für ressourcensparende Effekte

Parameter	Quelle	Ergebnis
Verwendung von Blutprodukten	(Gulersen et al., 2023)	Signifikante Reduzierung ($p < 0,01$) der transfundierten Einheiten zugunsten von VUK.
	(Seasely et al., 2021)	45,5% (VUK) gegenüber 100% (UBT) der Patientinnen, erhielten ein Blutprodukt.
	(Bridges et al., 2023)	In einer theoretischen Kohorte von 75.000 Frauen führte die VUK dazu, dass 4.836 weniger Fälle Bluttransfusionen erhielten.
Chirurgische Eingriffe	(Seasely et al., 2021)	0% (VUK) versus 36,4% (UBT) erforderten einen weiteren chirurgischen Eingriff.
	(Bridges et al., 2023)	In einer theoretischen Kohorte von 75.000 Frauen führte die VUK zu 7.388 weniger Fällen, in denen zusätzliche chirurgische Eingriffe erforderlich waren.
Hysterektomie	(Gulersen et al., 2023)	0% (VUK) gegenüber 2,6% (UBT)
Anwendung von Uterotonika	(Seasely et al., 2021)	18,1% (VUK) versus 36,4% (UBT) benötigten mehr als eine Art von Uterotonikum
Aufnahmen auf der Intensivstation	(Gulersen et al., 2023)	11,1% (VUK) gegenüber 24,4% (UBT), $p = 0,1$
	(Seasely et al., 2021)	0% (VUK) gegenüber 54,5% (UBT)
	(Bridges et al., 2023)	In einer theoretischen Kohorte von 75.000 Frauen führte die VUK zu 5.176 weniger Einweisungen in die Intensivstation.
Gesamte Verweildauer des Medizinprodukts (Median)	(Seasely et al., 2021)	2,2 Stunden (VUK) gegenüber 25 Stunden (UBT), $p = 0,003$
Dauer von der Entbindung bis zur Entlassung (Median)	(Seasely et al., 2021)	2,1 Tage (VUK) gegenüber 5 Tagen (UBT), $p = 0,003$
Wiederaufnahme wegen PPH	(Seasely et al., 2021)	2,1 Tage (VUK) gegenüber 5 Tagen (UBT), $p = 0,003$

Tab. 1: *Übersicht – Evidenz für ressourcensparende Effekte. Quelle: eigene Übersetzung von (Siefen et al., 2024); VUK = vakuuminduzierte Uteruskompression, UBT = Uterus-Ballontamponade.*

Ökonomische Vorteile der Finanzierung von Innovationen aus Systemperspektive

In der Entscheidungssituation bzgl. der Finanzierung von Innovationen ist nicht nur die kurzfristige Perspektive der reinen Anschaffungskosten zu betrachten. Innovationen können mittel- und langfristig Effizienzsteigerungen und Ressourceneinsparungen bewirken, sodass, ökonomisch ausgedrückt, ein Return-on-Invest (ROI) entsteht.

Ressourceneinspareffekte am Beispiel des vakuuminduzierten Uteruskompressionsverfahrens

Im konkreten Fall der vakuuminduzierten Uteruskompression verursacht deren Einsatz zunächst gesteigerte Sachkosten, gleichzeitig zeigt die klinische Zulassungsstudie eine Verweildauer, die vergleichbar zu komplikationsfreien Geburten ist, was zu reduzierten Kosten aus Sicht des Gesundheitssystems führt (D'Alton et al., 2020). Erste retrospektive vergleichende Analysen berichten zudem weitere kostenreduzierende Effekte wie eine Reduktion von operativen Maßnahmen (z. B. Hysterektomien), eingesetzten Blutprodukten, intensivmedizinischen Aufenthalten sowie Wiederaufnahmen (siehe Tab. 1).

Um die Ressourcenreduktion aus Systemsicht quantitativ zu evaluieren, wurde in einer Peer-review-Publikation eine DRG-Analyse durchgeführt, die diesen Effekt modelliert (Siefen et al.). In der DRG-Fallpauschalen-Logik verändert sich die vierte Stelle einer DRG (z. B. 002A) bei verändertem Ressourcenaufwand. Der Buchstabe „A" reflektiert jeweils den höchstmöglichen Ressourcenverbrauch der entsprechenden DRG, gefolgt von „B", „C" usw. Dies geht im Fallpauschalenkatalog mit einer veränderten Bewertungsrelation und damit einem entsprechend angepassten Entgelt einher. Für die Analyse wurde angenommen, dass sich die diversen ressourcensparenden Effekte gegenüber der heutigen Standardtherapie in einer DRG-Reduktion um eine Stufe (d. h. ein Buchstabe; z. B. 002B anstatt 002A) verringern könnten. Dies ist als Modellierung zu verstehen, da die Innovation (durch den Zeitverzug der DRG-Katalog-Anpassung von ca. 2 bis 3 Jahren) bislang nicht im Katalog abgebildet sein kann.

Wird diese Modellierung für die drei häufigsten DRGs bei PPH und Ballontamponaden-Einsatz durchgeführt, ergeben sich folgende absolute Einsparpotenziale aus Kostenträgersicht (Tab. 2).

2: EMA = Europäische Arzneimittel-Agentur
3: CE = Conformité Européenne (dt. Europäische Konformität)
4: G-DRG = German Diagnosis Related Groups (Deutsche Diagnosebezogene Fallgruppen)
5: BfArM = Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
6: OPS = Operationen- und Prozedurenschlüssel

Modellierung potenzieller Kosteneinsparungen im deutschen DRG-System				
Ursprüngliche DRG	**DRG-Erlös**	**Wird zur DRG**	**DRG-Erlös (neu)**	**Differenz (absolut)**
O02A	4.033,90 Euro	O02B	3.050,66 Euro	983,24 Euro
O01C	5.189,11 Euro	O01D	4.295,59 Euro	893,51 Euro
O01E	3.626,39 Euro	O01F	2.874,94 Euro	751,45 Euro

Tab. 2: *Modellierung potenzieller Kosteneinsparungen im deutschen DRG-System. Quelle: Übersetzung nach (Siefen et al., 2024).*

Bridges et al. setzen in ihrer gesundheitsökonomischen Studie die Kosten der vakuuminduzierten Uteruskompression in Relation zu den erzielten Effektivitätssteigerungen. Daraus resultierte pro Patientin eine Kostenersparnis gegenüber der Uterus-Ballontamponade von circa 1.900 US-Dollar bei gleichzeitiger Steigerung der Lebensqualität um circa 1,8 qualitätsadjustierte Lebensjahre (QALY)[7] pro Patientin. In einer gesundheitsökonomischen Betrachtung ist der Einsatz der vakuuminduzierten Uteruskompression im Vergleich zur Uterus-Ballontamponade somit in jedem Szenario kosteneffektiv, da der Nutzen gesteigert wird bei geringeren Kosten.

Im deutschen Kodiersystem wurde jüngst der erste Schritt für spätere vergleichende Analysen geschaffen. Der vorläufige OPS-Katalog für 2025 enthält erstmals einen Kode für den Einsatz des vakuum-induzierten Uteruskompressionsverfahrens (Kode 5–759.4). Aus gesundheitsökonomischer Perspektive besteht dadurch zukünftig die Möglichkeit, die modellierten Effekte auf Basis der Kostendaten aller deutschen Krankenhäuser (§ 21 KHEntgG Daten) zu verifizieren. Durch Analyse der Abrechnungsdaten kann ein Vergleich zwischen Fällen mit bzw. ohne den Einsatz des vakuuminduzierten Uteruskompressionsverfahrens angestellt werden. Resultierende DRGs, durchschnittliche Verweildauern etc. können dann retrospektiv gegenübergestellt werden und einsparende Effekte für das System untermauern.

Neben positiven Effekten aus den Perspektiven der Krankenhäuser, des Systems bzw. der Krankenkassen ergeben sich nicht zuletzt auch Vorteile aus Patientinnenperspektive. So profitieren Patientinnen, denen Komplikationen und lange Krankenhausaufenthalte in der frühen Phase nach der Geburt häufiger erspart bleiben. <<

7: Ein QALY entspricht einem Lebensjahr in voller Gesundheit.

Literatur

Bridges, A., Doshi, U., & Caughey, A. B. (2023). Bakri balloon vs. jada device for treatment of postpartum hemorrhage: A cost-effective analysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 228(1), S600. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.11.1018

D'Alton, M. E., Rood, K. M., Smid, M. C., Simhan, H. N., Skupski, D. W., Subramaniam, A., Gibson, K. S., Rosen, T., Clark, S. M., Dudley, D., Iqbal, S. N., Paglia, M. J., Duzyj, C. M., Chien, E. K., Gibbins, K. J., Wine, K. D., Bentum, N. A. A., Kominiarek, M. A., Tuuli, M. G., & Goffman, D. (2020). Intrauterine Vacuum-Induced Hemorrhage-Control Device for Rapid Treatment of Postpartum Hemorrhage. Obstetrics and Gynecology, 136(5), 882–891. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004138

Gulersen, M., Gerber, R. P., Rochelson, B., Nimaroff, M., & Jones, M. D. F. (2023). Vacuum-Induced Hemorrhage Control versus Uterine Balloon Tamponade for Postpartum Hemorrhage. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 45(4), 267–272. https://doi.org/10.1016/j.jogc.2023.02.017

Jakobs, F., Wingen-Heimann, S., Cornely, O. A., Maier, Björn, & Kron, F. (2022). Innovationen nicht ausbremsen. F&w, 1/2022, 58.

Seasely, A. R., Szychowski, J. M., Saxon, N., Casey, B. M., Tita, A., & Subramaniam, A. (2021). Vacuum-induced hemorrhage control versus balloon tamponade for management of postpartum hemorrhage (PPH): Single center experience. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 224(2), S501. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.12.828

Siefen, A.-C., Kurte, M. S., & Kron, F. (2024). Economic effects of treating postpartum hemorrhage with vacuum-induced hemorrhage control devices – A budget impact analysis of the Jada® System in the German obstetrics setting. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 294, 222–230. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.01.024

Statista. (2024). Geburten in Deutschland bis 2023. Statista. https://de.statista.com/statistik/daten/studie/235/umfrage/anzahl-der-geburten-seit-1993/

Vogl, M. (2012). Assessing DRG cost accounting with respect to resource allocation and tariff calculation: The case of Germany. Health Economics Review, 2(1), 15. https://doi.org/10.1186/2191-1991-2-15

World Health Organization. (2012). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/75411

Autorenerklärung

Ann-Cathrine Froitzheim, Johanna Röder, Melina Sophie Kurte und Florian Kron sind Mitarbeiter der VITIS GmbH in Köln. Die Analyse erfolgte mit finanzieller und inhaltlicher Unterstützung von der Organon Healthcare GmbH und wurde von der VITIS GmbH durchgeführt. Die inhaltliche Unterstützung der Organon Healthcare GmbH beschränkt sich auf die Bereitstellung von Informationen zum Zulassungsstatus des vakuum-induzierten Uteruskompressionsverfahren. Eine Einflussnahme auf das Studiendesign, die Durchführung sowie die Interpretation der Analyse erfolgte nicht.

Zitationshinweis

Froitzheim et al.: „Einsatz von innovativen Behandlungsmethoden in der Geburtshilfe und deren Effekte aus Kostenträgersicht", in: „Monitor Versorgungsforschung" (04/25), S. 78–81. http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2741

Use of innovative treatment methods in obstetrics and their effects from the payer's perspective

Postpartum haemorrhage (PPH), defined as blood loss ≥500 ml within 24 hours of birth, is one of the most common causes of maternal mortality worldwide. In 2023, PPH was reported in 7.8% of 693,000 births in Germany. In addition to drug therapy and uterine (balloon) tamponade, a vacuum-induced uterine compression procedure (VUC) was introduced in 2024, which enables rapid haemostasis. The use and associated costs of innovations such as VUK are not initially reflected in the DRG flat rates in the inpatient sector. Therefore, additional fees are required for remuneration. However, the product costs are simultaneously offset by resource-saving effects (e. g. shorter lengths of stay, reduction in operational measures). Modeling was carried out to demonstrate these effects: Resource savings result in a downgrading of the DRG within the DRG system. For example, reducing the most common DRG by one level results in cost reductions of Euro 983,24. The recent establishment of a specific procedure code for VUT will enable real-world analyses based on billing data and the adjustment of flat rates per case in the long term.

Keywords

Obstetrics, innovations, medical devices, remuneration, health economics

Ann-Cathrine Froitzheim MSc ORCID: 0009-0002-3246-1461



ist Gesundheitsökonomin (Studium an der Universität zu Köln) und arbeitet als Senior Managerin Value & Access bei der VITIS Healthcare Group. Sie promoviert an der Klinik für Hämatologie und Stammzelltransplantation am Universitätsklinikum Essen zum Thema Health Technology Assessment und gesundheitsökonomische Analysen von innovativen Medizinprodukten und Arzneimitteln.
Kontakt: A.Froitzheim@vitis-healthcare.com

Johanna Röder MSc ORCID: 0009-0009-7098-6753



studierte Health Economics and Management an der Universität zu Köln und an der Universität Maastricht. Sie ist HEOR Consultant bei der VITIS Healthcare Group in Köln. Davor arbeitete sie als Projektmanagerin und Referentin der Geschäftsführung in einem Kölner Krankenhaus.
Kontakt: J.Roeder@vitis-healthcare.com

Melina Sophie Kurte MA ORCID: 0009-0006-8918-1769



studierte Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen und ist Senior Managerin Value & Access bei der VITIS Healthcare Group. Zudem ist sie Doktorandin an der Klinik für Hämatologie und Stammzelltransplantation am Universitätsklinikum Essen. Sie promoviert über den Marktzugang innovativer Arzneimittel in der Hämatologie und Onkologie mit Schwerpunkt auf gesundheitsökonomische Analysen. Kontakt: M.Kurte@vitis-healthcare.com

Prof. Dr. rer. medic. Florian Kron ORCID: 0000-0003-4907-7490



ist Gründer und CEO der Vitis Healthcare Group und Mitarbeiter im Bereich Innovative Versorgung am Centrum für integrierte Onkologie, Strategisches Controlling der Klinik I für Innere Medizin, Universitätsklinikum Köln. Zudem ist er Professor für Gesundheitsmanagement an der FOM Hochschule für Oekonomie & Management, Köln. Aktuell ist er Konsortialpartner des Versorgungsforschungsprojekts DigiNet im Rahmen des Innovationsfonds. Kontakt: F.Kron@vitis-healthcare.com

AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

Standardisierung von Crew Resource Management-Trainings in der Medizin

Jedes Jahr sterben 44.000 bis 98.000 Menschen in den USA aufgrund von vermeidbaren medizinischen Fehlern. In der Medizin treten hohe Fehlerraten am häufigsten in Operationssälen, Intensivstationen und Notaufnahmen auf und verursachen Kosten in Form von Mehrausgaben, verstorbenen Patienten und schwindenden Vertrauen in das Gesundheitswesen. Fehler können bei jeder menschlichen Tätigkeit auftreten. In der Medizin geht man davon aus, dass 70% der Fehler auf so genannte menschliche Faktoren (Human Factors) zurückzuführen sind, d. h. auf alle physischen, kognitiven, sozialen und psychologischen Eigenschaften des Menschen, die sein Verhalten, seine Leistung und seine Interaktion mit Systemen beeinflussen. Fehler in der Medizin werden selten von einzelnen Personen verursacht. Vielmehr handelt es sich häufig um Systemfehler, bei denen mehrere Schwachstellen zusammenwirken. Ein sicherheitsorientiertes Systemdesign, gute Kommunikation und kontinuierliches Training sind entscheidend, um Fehler zu vermeiden und die Patientensicherheit zu erhöhen.

Wahrnehmung und daraus resultierendes Verhalten unterliegt Verzerrungen, denen sich niemand entziehen kann. Die Ursachen von Fehlern liegen in der Wahrnehmung und Verarbeitung von Informationen. Außerdem steuern Emotionen, Motive und äußere Faktoren, wie beispielsweise Stress, das Handeln. Hervorzuheben ist, dass die Human Factors kein Ergebnis von Unzuverlässigkeit sind, sondern aus alltäglichen kognitiven Prozessen resultieren. Trotzdem dürfen sie nicht ausschließlich als Risikofaktoren betrachtet werden, denn sie bieten auch erhebliches Potenzial. Sie können eine entscheidende Ressource darstellen, um kritische Situationen frühzeitig zu erkennen und Korrekturen einzuleiten. In der Medizin steigt das Interesse an den nicht technischen Fähigkeiten, um Fehler zu reduzieren und die positive Seite der Human Factors konstruktiv zu nutzen. Um diese Fähigkeiten zu fördern, wurde das Crew Resource Management (CRM) Training für medizinisches Personal entwickelt.

CRM zielt darauf ab, alle verfügbaren Ressourcen, Geräte, Verfahren und Personen optimal zu nutzen. Es ist definiert als die Fähigkeit, vorhandenes Handlungswissen unter den ungünstigen Bedingungen einer Notfallsituation in effektive Maßnahmen während einer Teamarbeit umzusetzen. Das CRM-Training ist eine anerkannte Sicherheitsstrategie, welche positive Human Factors stärken und negative minimieren möchte. Im Vordergrund stehen dabei die fünf Non-technical Skills des CRM-Moleküls: Situation awareness, Entscheidungsfindung, Teamwork, Aufgabenmanagement und Kommunikation. Das CRM-Training basiert auf 15 Leitsätzen, die von Rall und Gaba 2009 definiert wurden. Des Weiteren beinhaltet es wichtige Werkzeuge wie das 10-für-10-Prinzip, Closed Loop Kommunikation, Speak-up und die Surgical Safety Checklist. Diese Werkzeuge helfen Teammitgliedern, Fehler in stressigen Situationen zu vermeiden.

Trotz unzähliger Studien zu CRM-Trainings und deren vorteilhafter Auswirkungen auf die Patientensicherheit kann die Literatur kein einheitliches Bild über die CRM-Trainings und deren Wirksamkeit vermitteln. Obwohl die positiven Effekte immer bekannter werden, existiert kein Lehrplan oder definierter Lerninhalt, nach dem sich Trainingsleitungen richten könnten. Dadurch variieren die Trainings in Dauer, Methode, Inhalt und Schwerpunktsetzung. Zusätzlich tragen Trainingsleitungen zur Heterogenität der Trainings in der Praxis bei, da sie keine Trainingsausbildung benötigen und unterschiedliche Ansichten und Hintergründe bezüglich CRM mitbringen. In der Literatur wird die Qualität der Trainings immer wieder bemängelt, da eine gemeinsame Definition für CRM mit einem Gerüst von Definitionen und Operationalisierungen der wichtigsten Begriffe fehlt. Eine Standardisierung der Trainings könnte einheitliche Definitionen und Lerninhalte festhalten. Außerdem bietet eine Standardisierung die Möglichkeit, Trainingsansätze miteinander zu vergleichen und einen Konsens bei der Bewertung von Ergebnissen zu schaffen. Um herauszufinden, ob auch in der Praxis die Notwendigkeit einer Standardisierung gegeben ist, haben wir 12 teilstrukturierte Experteninterviews durchgeführt und diese anschließend mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Die befragten Expert*innen entstammen Krankenhäusern oder Trainingseinrichtungen und haben somit mehrjährige Berufserfahrung in dem Bereich CRM. Zudem sind wir auf die Frage eingegangen, wie ein Standard umgesetzt werden könnte und wie CRM nachhaltig im Krankenhaus integriert werden kann.

11 von 12 Expert*innen halten es für notwendig, CRM-Trainings zu standardisieren. Die Expert*innen beschreiben den Trainingsablauf von CRM-Trainings ähnlich, während hingegen der Inhalt von Training zu Training variiert. Darüber hinaus gibt es bisher kein Curriculum oder eine Standardisierung für die Lehre vom CRM, was zu einer Vielzahl von unterschiedlichen CRM-Trainings und unerfahrenen Trainingsleitungen in der Praxis führt. Es wird argumentiert, dass ein Standard die Heterogenität reduzieren und die Qualität verbessern kann, indem er Trainingsleitungen ausbildet, einheitliche Definitionen festlegt, Lernziele formuliert und einen Lernplan entwickelt. Schließlich fördert die Standardisierung die Vergleichbarkeit der Bewertungsmethoden, wodurch in Zukunft bessere Erkenntnisse aus den Studien gewonnen werden können.

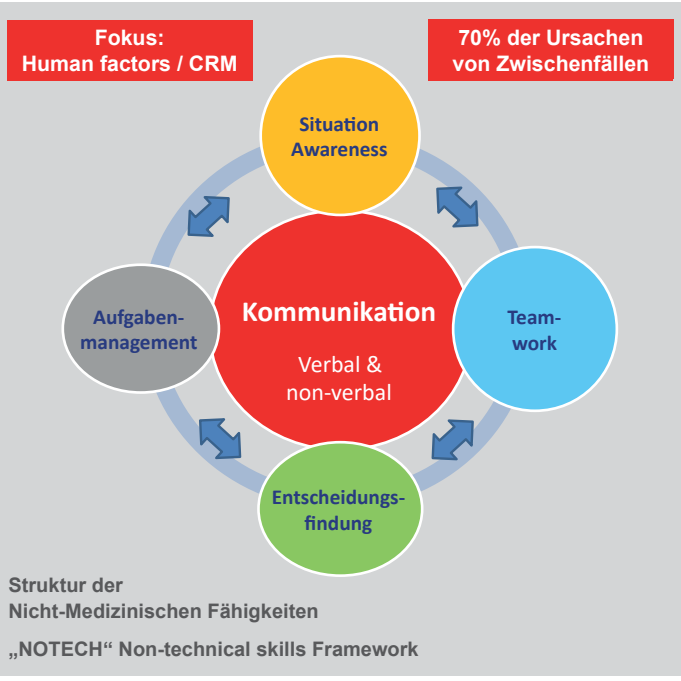


Abbildung 1: CRM-Molekül des Non-technical Skills Frameworks

Bildquelle: Rall, M., & Langewand, S. (2022). Crew Resource Management für Führungskräfte im Gesundheitswesen. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60288-1

Die Expert*innen weisen darauf hin, dass ein übergeordneter Standard für mehrere Bereiche im Krankenhaus genutzt werden kann, solange er flexibel genug ist, um ihn an die unterschiedlichen Fachbereiche anzupassen. Der CRM-Inhalt bleibt dabei gleich und nur die Praxisanwendung unterscheidet sich je nach Fachbereich. Inhaltlich ist es wichtig, CRM allumfassend im Training zu behandeln und die Leitsätze, Werkzeuge und Non-technical Skills mit einzubeziehen. Schwerpunktsetzungen von spezifischen Skills sind trotzdem möglich. Schwierigkeiten sehen die Expert*innen bei den Kosten, dem zeitlichen Aufwand solcher Trainings, als auch der Herausforderung, die Vielzahl an Mitarbeitenden mit den Trainings zu erreichen, damit CRM auch angewendet werden kann. Daher ist die effektivste Vorgehensweise, CRM niederschwellig auf unterschiedliche Weisen zu implementieren und im Alltag zu leben. Die Experten beschreiben CRM als eine Philosophie, die von allen gemeinsam verstanden und umgesetzt werden muss.

Fazit

Wir konnten durch unsere Forschung herausstellen, dass eine Standardisierung für CRM-Trainings in der Medizin benötigt wird. Viele Rahmenbedingungen aktueller Trainings können als Implikationen eines Standards übernommen werden. Gleichzeitig ist zu betonen, dass der Schritt zu einer erfolgreichen Standardisierung groß ist. Zunächst müssen einheitliche Begrifflichkeiten und Definitionen für CRM entwickelt werden. Auch Evaluierungsmethoden von Trainings sollten in Zusammenarbeit von Expert*innen, Kundschaft und Krankenhäusern entwickelt werden, um die Wirksamkeit von Trainings festzustellen und auf eine Standardisierung hinzuarbeiten. CRM-Trainings in der Medizin haben die Möglichkeit, für mehr Patientensicherheit und besserer Teamarbeit zu sorgen. Nur durch Standardisierung von CRM-Begrifflichkeiten, Trainingsinhalten und der Ausbildung zur Trainingsleitung können die positiven Effekte von CRM gewahrt und umgesetzt werden.

Literatur

1. Buljac-Samardzic, M., Dekker-van Doorn, C., & Maynard, M. T. (2021). What Do We Really Know About Crew Resource Management in Healthcare?: An Umbrella Review on Crew Resource Management and Its Effectiveness. Journal of Patient Safety, Crew Ressource Management, 30. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000816
2. De Schepper, S., Geuens, N., Roes, L., Hilderson, D., & Franck, E. (2021). Generic Crew Resource Management Training to Improve Non-technical Skills in Acute Care— Phase 1: An Interdisciplinary Needs Assessment Survey. Clinical Simulation in Nursing, 54, 1–9. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2020.12.009
3. Gross, B., Rusin, L., Kiesewetter, J., Zottmann, J. M., Fischer, M. R., Prückner, S., & Alexandra, Z. (2019). Crew Resource management training in healthcare: A systematic review of intervention design, training conditions and evaluation. BMJ Open. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025247
4. Kersten, C., Fink, K., Michels, G., & Busch, H.-J. (2021). Crew Resource Management im Schockraum. Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin, 116(5), 377–388. https://doi.org/10.1007/s00063-021-00808-1
5. Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). To Err Is Human: Building a Safer Health System. National Academies Press. Rall und Oberfrank, 2013
6. St. Pierre, M., Hofinger, G., & Buerschaper, C. (2011). Notfallmanagement: Patientensicherheit und Human Factors in der Akutmedizin (2. Aufl. 2011). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-16881-9
7. Van Grevenstein, W., Van Der Linde, E., Heetman, J., Lange, J., Cate, T. J. T., Wauben, L., & Doorn, C. D. (2021). Crew resource management training for surgical teams, a fragmented landscape. Journal of Surgical Education, 78(6), 2102–2109. https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2021.05.006

Korrespondierende Autorinnen:
Thea Edelmann B.Sc., Thea.Edelmann@hsrw.org
Lucie Göhl B.Sc., Lucie-Franziska.Goehl@hsrw.org

Grußwort

Liebe Kolleg:innen, liebe Leser:innen,

im Gesundheitswesen, wo Menschenleben von unserer täglichen Zusammenarbeit abhängen, ist eine funktionierende Kommunikation und Teamarbeit keine Option, sondern eine Notwendigkeit. Crew Resource Management (CRM), das ursprünglich aus der Luftfahrt stammt, hat sich in den letzten Jahren als wirksames Konzept etabliert. Es fördert Teamarbeit, klare Kommunikation, Situationsbewusstsein und Entscheidungsfähigkeit. Genau das brauchen wir auch in der Medizin - nicht nur punktuell, sondern systematisch und nachhaltig.

Damit CRM sein volles Potenzial in unserem Gesundheitssystem entfalten kann, bedarf es allerdings mehr als guter Absichten. Was heute oft noch uneinheitlich umgesetzt wird, muss dringend auf eine gemeinsame Basis gestellt werden. Die beiden Studentinnen Thea Edelmann und Lucie Göhl haben sich in ihrer Bachelorarbeit mit der Standardisierung von CRM-Begriffen und Schulungskonzepten auseinandergesetzt und kommen zu dem Schluss, dass dies dringend notwendig ist, um ein gemeinsames Verständnis zu gewährleisten. Darüber hinaus empfehlen sie einheitliche Strukturen für die Ausbildungsinhalte, damit alle Berufsgruppen vergleichbar ausgebildet werden und eine klare Qualifikation der Ausbilder, um Qualität und Effizienz zu gewährleisten.

Ein standardisiertes CRM erhöht nicht nur die Patientensicherheit - es schützt auch das medizinische Personal vor Über- und Fehlbelastungen. Es schafft eine gemeinsame Sprache für kritische Situationen und verankert eine Sicherheitskultur, die nachhaltig wirkt. Lassen Sie uns deshalb gemeinsam daran arbeiten, das CRM als festen Bestandteil der medizinischen Aus- und Weiterbildung zu etablieren - mit Verbindlichkeit, Qualität und Klarheit.

Ihr Prof. Dr. med. Stefan Schröder
Aktionsbündnis Patientensicherheit, Berlin, Deutschland



GESUNDHEITS**PREIS**
GESUNDHEITS**FORUM**
PUBLIKUMS**PREIS**

MSD



Gemeinsam für eine gesündere Zukunft: Zeigen Sie Ihre Unterstützung für Innovationen in der Gesundheitsversorgung!

HERZENS-PROJEKTE

Beim Publikumspreis können Sie aus zehn zukunftsweisenden Nominierten Ihr favorisiertes Versorgungsprojekt wählen. Eine Jury aus Top-Gesundheitsexpert:innen hat diese zukunftsweisenden Projekte ausgewählt, die allesamt die Patientenversorgung maßgeblich mitgestalten. Stimmen Sie für Ihr Herzensprojekt ab und verändern Sie die Zukunft der Medizin.

Vom 01.08. bis 06.10.2025 abstimmen!

Mehr Informationen unter:
https://go.msd.com/voting25

MSD Customer Contact Center
Tel.: +49 89 20 300 4500, E-Mail: info@msd.de

MSD Sharp & Dohme GmbH
Levelingstr. 4a, 81673 München, **www.msd.de**

DE-NON-07179