www.monitor-versorgungsforschung.de www.m-vf.de SUPPLEMENT

monitor VERSORGUNGSFORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



15. MSD Gesundheitsforum und MSD Gesundheitspreis 2025

„Effizienz ist die Brücke zwischen Prävention und Innovation“ (Peters)
„Forschung und Umsetzung müssen Hand in Hand gehen” (Gerlach)
„Innovationsarbeit ist auch immer Arbeiten gegen Widerstände“ (Dietrich)
„Da passt doch etwas nicht so ganz” (Bleß)

ISSN 1866-0533



Prof. Dr.
Reinhold Roski
Wirtschaftskommunikation und Gesundheitskommunikation
Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung“

Engagement trifft auf Realität

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

wie man vom oft gehörten „Könnte-Hätte-Sollte“ zum „Wir-machen das“ kommt, zeigte der MSD Gesundheitspreis 2025 einmal mehr. Er hat sich gemeinsam mit dem zeitgleich stattfindenden Gesundheitsforum seit 2012 als eine der wegweisenden Plattformen für Innovationsförderung etabliert. > S. 8–9 ff.

Der zugrundeliegende Survey zum MSD Gesundheitspreis, der in der aktuellen Ausgabe von „Monitor Versorgungsforschung“ (06/25), und auch Online-First (1) veröffentlicht wird, zeigt, wie die innovativen Versorgungsansätze, die mit dem MSD Gesundheitspreis ausgezeichnet wurden, mit sehr viel Engagement, Herzblut und Tatendrang der Beteiligten umgesetzt werden. > S. Link

Doch dieser beeindruckende Pioniergeist trifft auf eine ernüchternde Realität: Es klafft eine tiefe, vielfach bekannte, aber nach wie vor ungelöste Lücke zwischen Projektarbeit und Regelversorgung.

Das Paradoxon wurde hier wieder unmittelbar spürbar: Absolut innovationswillige Projektinitiator:innen werden gefeiert – erfahren aber im Forum zugleich, dass ihre exzellenten Projekte aus vielerlei Gründen wohl nur selten den Weg in die breite Erstattung oder gar die Regelversorgung finden. > S. 14–15 ff.

Das 15. MSD Gesundheitsforum diente daher einmal mehr der kritischen Reflektion, wie wir dieses systemische Versagen überwinden können. Die Panels und Workshops zeigen, dass es Mittel und Wege gibt, Innovationen nicht nur mal kurz das Licht der Welt erblicken zu lassen, sondern wie sie im Gesundheitssystem tatsächlich eine Zukunft haben können. > S. 10–15 ff.

Wenn, ja wenn, noch mehr Akteur:innen im System bereit sind, gemeinsam daran mitzuarbeiten: Leistungserbringende, Kassen, Verbände, die Patient:innen selbst und vor allem die Politik auf Bundes- und Landesebene!

Dieser Sonderdruck liefert die notwendige Evidenz, die Argumente und die Inspiration, um diesen strategischen Transferprozess aktiv mitzugestalten und so die Zeitenwende in der Versorgung Wirklichkeit werden zu lassen.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr Professor Dr. Reinhold Roski
Herausgeber „Monitor Versorgungsforschung“

Link:
1: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/science/efirst/

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.

Inhalt

Begrüßung zum 15. MSD Gesundheitsforum und MSD Gesundheitspreis 2025 4-5
Akteur:innen: Kevin Peters (Managing Director, MSD in Deutschland), Judith Gerlach (StM Judith Gerlach, MdL, Bayerische Staatsministerin für Gesundheit, Pflege und Prävention)



Die Gewinner des MSD Gesundheitspreises 2025 6-7



Panel „Neustart Gesundheit – Mit Prävention, Innovation und Effizienz zu einer besseren Versorgung“ 8-9
Akteur:innen: Dr. Jutta Wendel-Schrief, Dr. Ralf Langejürgen, Klaus Holetschek, MdL, Prof. Dr. Christof von Kalle, Jan Geißler. Moderatorin: Monika Jones



Workshop: „DiGA der Zukunft – Von der Stand-alone-DiGA zur integrierten, hybriden Versorgungslösung” 10-11
Akteur:innen: Hans-Holger Bleß (Moderator und Keynote), Sophia Matenaar, Dr. Ursula Marschall, Helmut Gerhards



Workshop: „Von der personalisierten zur individualisierten Medizin: Was bedeutet translationale Forschung in einem lernenden Gesundheitssystem?” 12-13
Akteur:innen: Prof. Christof von Kalle (Moderator), Dr. Ursula Marschall, Jan Geißler, Dr. Anna Kron, Dr. Johannes Bruns



Workshop: „Transfer von erfolgreich erprobten Versorgungs-ansätzen in den Versorgungsalltag“ 14-15
Akteur:innen: Prof. Dr. Volker Amelung (Moderator), Prof. Dr. Martin Dietrich, Dr. Regina Klakow-Franck, Matthias Mieves, MdB



Workshop: „Therapiesteuerung neu gedacht: Hybride Versorgung als Schlüssel zur Effizienz im Gesundheitswesen” 16-17
Akteur:innen: Dr. Cornelia Kittlick (Moderatorin), Bernd Altpeter, Dr. Michael Hubmann, Karsten Knöppler, Dr. Fabian Stehle, Christian Wehner



Bildergalerie 18-19

Copyright alle Bilder: MSD/Wolfgang Scherzer

Begrüßung zum 15. MSD Gesundheitsforum und MSD Gesundheitspreis 2025

Gerlach: „Forschung und Umsetzung müssen Hand in Hand gehen”

Mit dem MSD Gesundheitspreis und dem MSD Gesundheitsforum hat das gleichnamige pharmazeutische Unternehmen durchaus etwas Einzigartiges geschaffen. Mit dem seit 2011 jährlich vergebenen und mit bis zu 115.000 Euro für Umsetzung und Weiterentwicklung dotierten Preis werden Projekte und herausragende Gesundheitslösungen ausgezeichnet, mit denen die Versorgungsrealität tatsächlich bereits ein Stück weit verbessert worden ist. Mit dem auf die Preisverleihung nachfolgenden Forum wird dann mit hochrangigen Stakeholdern und Know-how-Trägern die intellektuelle und politische Metaebene diskutiert, was und vor allem wie verbessert werden könnte, wenn „man“ es denn täte und umsetzen würde. Die stimmige und in ein großes Event zusammengeführte Kombination aus „Wir-machen-was“ auf der einen und „Könnte-Hätte-Sollte“ mit all den Problemen und diversen Hinderungsgründen auf der anderen Seite macht den Preis zu dem vielleicht wichtigsten Innovationsaward für Projekte in Bereichen wie Digitalisierung, Patientenempowerment, Patientenversorgung und Evidenztransfer in Deutschland.

>> Auf das Motto des MSD Gesundheitspreises 2025 „Prävention – Neustart und Gesundheit“ ging Kevin Peters, Managing Director von MSD in Deutschland, in seiner Begrüßung ein. Er betonte die Notwendigkeit, der Prävention im deutschen Gesundheitssystem eine höhere Bedeutung beizumessen und damit einen Neustart zu ermöglichen. Er sagte: „Das diesjährige Motto ‚Restart Health: Mit Prävention, Innovation und Effizienz zu einer besseren Versorgung' könnte aktueller nicht sein. Es trifft den Kern dessen, was unser Gesundheitssystem heute braucht: einen Neuanfang, der auf den Säulen basiert, die für Patienten und Gesellschaft wirklich einen Unterschied machen.”

Er rekurrierte aber auch auf die Bedeutung des Engagements und des Dialogs zwischen vielen verschiedenen Interessengruppen im Bereich der Patientenversorgung, wie dies beim MSD Gesundheitspreis seit vielen Jahren möglich sei. Peters: „Die Zukunft hängt meiner Meinung nach von einer starken Kombination aus Prävention, Innovation und Effizienz ab.”

Das Wichtigste, worauf sich alle entwickelten Gesellschaften konzentrieren müssten, sei die Prävention als das wirksamste Mittel: „Sie verringert die Belastung durch Krankheiten, bevor diese überhaupt auftreten, spart Kosten und vor allem erspart sie den Patienten Leiden. Ein Gesundheitssystem, das in Prävention investiert, investiert in langfristiges Wohlbefinden – nicht nur für den Einzelnen, sondern für die Gesellschaft als Ganzes.” Und weiter: „Innovation hingegen ist das, was Möglichkeiten in die Realität umsetzt. Ohne neue Therapien, Impfstoffe und Diagnostika kann Prävention allein die komplexen Herausforderungen, vor denen wir stehen, nicht bewältigen. Innovation bringt Hoffnung für Patienten mit Krankheiten, die einst unheilbar waren. Sie ermöglicht es uns, schneller und effektiver auf neue Gesundheitsbedrohungen zu reagieren. Und sie sorgt dafür, dass Deutschland an der Spitze des medizinischen Fortschritts bleibt.”

Im letzten Punkt seiner Begrüßungsrede ging Peters auf das dritte Mottothema ein: die Effizienz. Sie ist seiner Ansicht nach die „Brücke zwischen Prävention und Innovation”. Sie sorge dafür, dass Ressourcen – ob finanzieller, personeller oder technologischer Art – sinnvoll eingesetzt werden. Effizienz bedeute aber auch einen schnelleren Zugang zu Therapien, optimierte Prozesse und weniger Bürokratie, damit Durchbrüche auch tatsächlich die Menschen erreichen, die sie bräuchten. „Ohne Effizienz besteht die Gefahr, dass selbst die besten Innovationen verzögert werden oder im System verloren gehen“, warnte Peters. Zusammen würden diese drei Elemente einen positiven Kreislauf bilden: „Prävention reduziert den Behandlungsbedarf. Innovation verbessert die erforderlichen Behandlungen. Effizienz stellt sicher, dass sowohl Prävention als auch Innovation die Patienten rechtzeitig erreichen.”

An die bundesdeutsche Politik gerichtet warnte Peters aber auch davor, noch weiter in Rückstand zu geraten. Deutschland sei seit Langem als starker Innovationsstandort mit erstklassigen Forschungseinrichtungen, hochqualifizierten Fachkräften und einer Tradition wissenschaftlicher Exzellenz anerkannt. Diese Position sei jedoch nicht garantiert. In den letzten Jahren hat es laut Peters schon einige Anzeichen dafür gegeben, dass Deutschland an Boden verliert: weniger klinische Studien, längere Zulassungsverfahren und eine wachsende Kluft beim frühzeitigen Zugang zu wegweisenden Behandlungen. Dies sei nicht nur für die Industrie ein Problem, sondern auch



Abb. 1: Kevin Peters, Managing Director MSD in Deutschland

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Gerlach: ‚Forschung und Umsetzung müssen Hand in Hand gehen'" (Supplement zu „Monitor Versorgungsforschung" 06/25), S. 4–5. http://doi.org/10.24945/MVF.06.25.1866-0533.2783

für die Patientenschaft. Peters: „Ein starker Pharmasektor in Deutschland ist unerlässlich, um einen zeitnahen und zuverlässigen Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten zu gewährleisten. Ohne die richtigen Voraussetzungen für Innovation – Zugang zu Daten, effiziente Zulassungsverfahren und starke Partnerschaften – können wir nicht das Versorgungsniveau bieten, das Patienten verdienen." Zudem treibe Innovation über das Gesundheitswesen hinaus die Wirtschaftskraft voran. Sie schaffe hochwertige Arbeitsplätze, ziehe Investitionen an und fördere das Wachstum. Sein Credo: „Ein gesundes Innovationsökosystem kommt nicht nur der Patientenschaft zugute, sondern auch der Wirtschaft und der Gesellschaft insgesamt."

Wenn Deutschland weiterhin eine führende Rolle bei Innovationen im Gesundheitswesen einnehmen wolle, müsse man entschlossen handeln: „Verbesserung des Zugangs zu Patientendaten für Forschungszwecke und deren verantwortungsvolle Nutzung. Vereinfachung der Verwaltungsabläufe ohne Qualitätseinbußen. Und Stärkung der Partnerschaften zwischen Wissenschaft, Industrie und Regierung." Dies sind Peters Worten zufolge keine abstrakten Ziele, sondern praktische Schritte, die darüber entscheiden, ob Patient:innen hierzulande auch künftig frühzeitig Zugang zu lebensrettenden Behandlungen erhalten oder warten müssen, während andere zuerst davon profitieren.

Er wisse jedoch nur zu gut, räumte der Managing Director von MSD ein, dass keine Organisation allein Spitzenleistungen erzielen kann. „Deshalb sind Foren wie das heutige so wichtig. Sie bringen unterschiedliche Perspektiven zusammen, fördern den offenen Dialog und bringen neue Ideen hervor. Die Podiumsdiskussionen und Workshops auf der Agenda spiegeln die Bandbreite der Themen wider, mit denen wir uns befassen müssen. Von digitalen Gesundheitslösungen bis zur patientenorientierten Versorgung, von individualisierten Behandlungskonzepten bis zu den Herausforderungen der Gesundheitsfinanzierung."

„Wir stehen vor großen Innovationen, die Patient:innen mit Krankheiten, die einst unheilbar und unkontrollierbar waren, wirklich Hoffnung geben. Sie ermöglichen es uns, ihnen zu helfen, neue Quellen zu erschließen und effektiv mehr Optionen anzubieten." Damit sprach sich Peters nicht nur für einen Neustart in der Prävention, sondern auch einen in der klinischen Forschung in Deutschland aus. Das Thema des diesjährigen Forums „Neustart Gesundheit" versteht er daher als einen Aufruf zum Handeln. Prävention, Innovation und Effizienz sind keine optionalen Extras, sondern die „Grundlage eines Gesundheitssystems, das für alle funktioniert". Er zeigte sich dabei zuversichtlich, dass gemeinsam die richtigen Voraussetzungen für Spitzenleistungen geschaffen werden können. Sein Aufruf: „Nutzen wir den heutigen Tag, um Ideen auszutauschen, Annahmen zu hinterfragen und Partnerschaften aufzubauen, die wirklich etwas bewegen."

Gerlach: „wirkliche Vorbilder und Leuchttürme"

„Wir brauchen gerade im Gesundheits- und Pflegesektor Innovationen und Technologien, um den vielen Herausforderungen, die wir in diesen Bereichen haben, begegnen zu können", erklärte Judith Gerlach MdL, die bayerische Staatsministerin für Gesundheit, Pflege und Prävention und Schirmherrin des 15. MSD Gesundheitspreises. Ministerin Gerlach weiter: „Der MSD Gesundheitspreis und das bayerische Gesundheits-, Pflege- und Präventions-Ministerium verfolgen eigentlich den gleichen Zweck: Wir wollen die Patientenversorgung in unserem Land verbessern und das tun wir natürlich auch damit, dass wir einzelne Projekte fördern und vorantreiben." Das würde der Preis erneut mit aktuell zehn nominierten Projekten aus mehr als 40 Bewerbungen zeigen. Diese seien „wirkliche Vorbilder und Leuchttürme". Die Nominierten zeigten zudem, welches Potenzial vorhanden ist, wenn so viele Menschen in unserem Land unterwegs sind, die mit Innovationen und eigenen Ideen die Gesundheitsversorgung nach vorne bringen wollen und einen eigenen Beitrag dazu leisten wollen. „Das ist etwas Großartiges. Von daher freue ich mich tatsächlich sehr, dass wir feiern dürfen, dass wir so viel Innovationen hier in unserem Land haben und nicht nur irgendwie den Kopf in den Sand stecken. Das finde ich ganz wichtig."

Bayern ist laut Gerlach ein führender Standort für Innovationen für Forschung, vor allem im Bereich von Gesundheit, Pflege und Prävention. Um diese Stellung zu erreichen und zu halten, würden die universitären Forschungseinrichtungen wie etwa Fraunhofer, Max Planck sowie die Cluster Bio und Medical Valley mit „sehr gewichtigen" finanziellen Mitteln gefördert. Gerlach: „Forschung und Umsetzung müssen Hand in Hand gehen." Hier werde auch versucht, mit Unternehmen in der Umsetzung Hand in Hand zu arbeiten, weil es nichts bringe, „sich einfach nur schön zu forschen".

Zu alldem sind Gerlachs Worten zufolge Daten notwendig. Hier erwähnte sie eine Initiative, die ihr Ministerium zusammen mit dem Wissenschaftsministerium vorantreibe, die Bavarian Health Cloud. Gerlach: „Mit dieser Cloud wollen wir im Freistaat die Gesundheitsdatennutzung für Forschung und Innovation in sicheren Strukturen möglich machen." <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier



Abb. 2: Judith Gerlach MdL, bayerische Staatsministerin für Gesundheit, Pflege und Prävention

Hinweis

Die auf www.m-vf.de verfügbaren Präsentationen stammen ausschließlich aus den in diesem Supplement behandelten Workshops und wurden von den jeweiligen Referent:innen zur Veröffentlichung freigegeben.
QR-Code/Kurzlink: https://t1p.de/km4d3

Die Gewinner des MSD G



1 Platz: DigiNet – Steuerung personalisierter Lungenkrebstherapien durch digitale Vernetzung von Behandlungspartner:innen und Patient:innen im nationalen Netzwerk Genomische Medizin (nNGM)

Preisträger: Uniklinik Köln

Personalisierte Krebstherapien spielen bei vielen Tumorerkrankungen eine immer größere Rolle – besonders beim nicht-kleinzelligen Lungenkrebs, der rund 85% aller Lungenkrebsfälle ausmacht. Voraussetzung für eine gezielte Therapie ist die molekulare Tumordiagnostik. Doch noch immer werden nicht alle Patient:innen getestet oder erhalten trotz passender Diagnose nicht die richtige Behandlung. Hier setzt DigiNet an: Das Projekt vernetzt Patient:innen, Ärzt:innen und spezialisierte Zentren digital miteinander. So wird die gesamte Versorgung transparent – von der Diagnose bis zur Therapie und Nachsorge. Informationslücken werden geschlossen, Behandlungsentscheidungen gemeinsam verbessert und damit Überlebenschancen für Patient:innen erhöht. Auch Patient:innen selbst können aktiv mitwirken, indem sie eigene Daten über ein neues Patientenportal beitragen und für patientengeleitete Forschung selbstständig nutzen. So entsteht eine moderne, vernetzte Krebsmedizin – für alle, überall.

Projektwebseite: https://diginet.nngm.de/



2 Platz und Publikumspreis: GLA:D® Deutschland – Gutes Leben mit Arthrose in Deutschland

Preisträger: Deutsche Arzt Management GmbH

GLA:D® steht für Good Life with osteoArthritis in Denmark und ist ein wissenschaftlich fundiertes Versorgungskonzept für Hüft- und Kniearthrosepatient:innen. Das Ziel von GLA:D® ist es, die Versorgungssituation von Patient:innen nachhaltig zu verbessern und möglichst vielen Betroffenen den Zugang zu einer leitlinienkonformen Behandlung zu ermöglichen.

Neben Einzelterminen und Gruppentrainingseinheiten liegt ein besonderer Fokus von GLA:D® auf den Patientenschulungen, um Betroffene über Arthrose und ihre Behandlungsoptionen aufzuklären und ihnen so zu einem möglichst selbstbestimmten Leben mit Arthrose zu verhelfen. Die Patient:innen sollen lernen, ihr Arthrosemanagement selbst in die Hand zu nehmen. Studien zeigen: GLA:D® reduziert Schmerzen, verbessert die Gehfähigkeit und steigert die Lebensqualität – nachweislich und langfristig.

Projektwebseite: https://glad-deutschland.de



3 Platz: DigiSep: Optimierung der Sepsis-Therapie auf Basis einer patientenindividuellen digitalen Präzisionsdiagnostik

Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Essen

Die Sepsis – umgangssprachlich auch Blutvergiftung genannt – ist ein sehr häufiges und oftmals schwer verlaufendes Krankheitsbild, das durch eine Infektion ausgelöst wird. Für eine erfolgreiche Therapie ist es entscheidend, den jeweiligen Erreger frühzeitig und zuverlässig zu identifizieren. Mit den bisher üblichen Methoden gelingt dieser Nachweis häufig nur sehr zeitverzögert und in manchen Fällen gar nicht. Mit „DigiSep" soll die Sepsis-Behandlung digital gestützt durch eine zeitnahe und verlässliche Erregeridentifikation mittels einer Next-Generation-Sequencing (NGS)-basierten Präzisionsdiagnostik und einer darauf aufbauenden patientenindividuellen Therapie optimiert werden. Die Ziele des Projektes sind eine Verbesserung der Versorgungsqualität und -effizienz bei gleichbleibenden Kosten sowie eine Steigerung der Lebensqualität.

Projektwebseite: https://www.digisep.de/

esundheitspreises 2025

Sonderpreis für Patienten-Empowerment: HautKompass – das Online-Programm zur Verbesserung der psychischen Gesundheit bei Menschen mit chronischen Hauterkrankungen

Preisträger: Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Etwa 10 Millionen Menschen in Deutschland haben eine chronische Hauterkrankung. Oft geht damit auch eine gesellschaftliche Stigmatisierung einher. Ein besonderes Problem ist die Selbststigmatisierung der Betroffenen, also die Internalisierung von Vorurteilen und Abwertung der eigenen Person. Das hat weitreichende Folgen für die psychische Gesundheit und Lebensqualität. Häufig fehlt es jedoch an adäquater Unterstützung. Hier setzt das Online-Programm HautKompass an. HautKompass wurde in enger Zusammenarbeit mit Patient:innen entwickelt und ist evidenzbasiert, niedrigschwellig und kostenfrei. Ziel ist es, der Selbststigmatisierung von Betroffenen entgegenzuwirken und dadurch die psychosoziale Krankheitslast zu senken. HautKompass trägt somit dazu bei, diese Versorgungslücke in der Dermatologie zu schließen und die Lebensqualität von Patient:innen nachhaltig zu verbessern.

Projektwebseite: https://www.hautkompass.com

Sonderpreis für Digitalisierung: MyBrainCity – die pädiatrische Schmerz-App mit Feedback-Funktion

Preisträger: PedScience Vestische Forschungs-gGmbH

In Deutschland leiden 30% der Kinder und Jugendlichen unter chronischen Schmerzen. Diese können im Alltag stark beeinträchtigend und emotional belastend sein. Ohne eine erfolgreiche Behandlung bleibt ihr chronischer Schmerz oft bis ins Erwachsenenalter bestehen. Während einer stationären Schmerztherapie lernen Kinder und Jugendliche Strategien, um ihre Schmerzen aktiv zu bewältigen. Nach der Entlassung müssen sie und ihre Eltern das Erlernte eigenständig im Alltag anwenden. Gelingt der Alltagstransfer nicht, ist der Behandlungserfolg gefährdet. Hier setzt die MyBrainCity-App an: Als „Therapy in the Pocket" umfasst die therapiebegleitende App als innovative Versorgungsform neben den wesentlichen Behandlungsinhalten auch hilfreiches Feedback, um die Familien zu Hause zu unterstützen. Das wirkt! Die App-Unterstützung verbessert die Behandlungsergebnisse signifikant und relevant.

Projektwebseite: https://pedscience.de/project/feed-bapp/

Sonderpreis: Akutversorgung und vertrauliche Spurensicherung nach Vergewaltigung

Preisträger: Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt München

An sieben Münchner Frauenkliniken erhalten Betroffene von sexualisierter Gewalt medizinische Versorgung nach einheitlichen Standards sowie eine vertrauliche Sicherung rechtsrelevanter Spuren. Diese Initiative berücksichtigt, dass sexualisierte Gewalt erhebliche körperliche, psychische und soziale Folgen hat. Oft ist das medizinische Personal die erste und einzige Anlaufstelle für Hilfe. Die einheitliche Versorgung durch Fachpersonal kann nicht nur medizinischen Folgen vorbeugen, sondern ermöglicht auch die direkte Weitervermittlung an psychosoziale Beratungsstellen. Zudem bietet das Angebot der vertraulichen Spurensicherung den Betroffenen die Möglichkeit, bis zu sechs Monate nach der Tat über eine Anzeige zu entscheiden.

Projektwebseite: https://www.muenchen.de/leben/erste-hilfe-nach-vergewaltigung-unterstuetzung-fuer-betroffene

Sonderpreis für Prävention: Impfpasscheck 7. Klassen

Preisträger: Amt für Gesundheit und Hygiene Mülheim an der Ruhr

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen in der Medizin. Doch der Kontakt zum Gesundheitswesen lässt – je älter ein Kind wird – gewöhnlich nach, sodass Impfungen vergessen werden. Der Impfpasscheck soll hier die Eltern und Jugendlichen der 7. Klassen an die Aktualisierung des Impfstatus erinnern.

Das Setting in der Schule ist gut geeignet, großflächig und einfach – mit wenig Zeitaufwand – zu informieren. Gleichzeitig wird das ambulante Versorgungssystem entlastet, indem Information und Beratung der Jugendlichen übernommen werden.

Die Preisträger finden Sie auch auf https://www.msd.de/gesundheitspreis/

Panel „Neustart Gesundheit – Mit Prävention, Innovation und Effizienz zu einer besseren Versorgung“

Holetschek: „Mehr Mut, das System anders zu denken“

In der Paneldiskussion „Neustart Gesundheit – Mit Prävention, Innovation und Effizienz zu einer besseren Versorgung“ diskutierten mit Moderatorin Monika Jones die Teilnehmer:innen Prof. Dr. Christof von Kalle (LCTR), Klaus Holetschek MdL (CSU-Fraktionsvorsitzender im Bayr. Landtag), Dr. Ralf Langejürgen (BKK-Landesverband Bayern), Jan Geißler (Patvocates) und Dr. Jutta Wendel-Schrief (MSD).

>> Moderatorin Monika Jones: Meine Einstiegsfrage in die Runde: Wie schätzen Sie den „Neustart Gesundheit“ ein? Ist es ein Neustart, ein Fehlstart oder gar kein Start?

Holetschek: Ich würde mir mehr Mut wünschen, das System einmal anders zu denken und ein Gesamtkonzept vorzulegen. Stattdessen erleben wir ein Konzert von Einzelvorschlägen, die alle nicht zielführend sind. Gesundheit und Pflegeprävention müssen wieder einen höheren Stellenwert in der Politik bekommen. Doch werden diese wichtigen Themen, die die Mitte der Gesellschaft betreffen, weil sie jeden Einzelnen angehen, immer nur am Rande diskutiert. Die Menschen werden von daher irgendwann entscheiden, ob wir ihnen Antworten auf ihre Fragen geben oder ob sich die Gesellschaft an manchen Stellen weiter radikalisiert.

Langejürgen: Der Motor stottert. Wir haben zudem kein Erkenntnisproblem, sondern ein Umsetzungsproblem. Wenn ich mir die Finanzsituation anschaue, sehen wir knapp acht Prozent Ausgabenzuwachs in der GKV im ersten Halbjahr 2025. Wir stoßen an Grenzen und bräuchten im Grunde wieder eine Art einnahmenorientierte Ausgabenpolitik, wovon wir weit entfernt sind. Die Grundlohnsummensteigerungen, die wir an die Leistungserbringer weitergeben können, liegen deutlich unter dem Niveau dieser acht Prozent. Das bedeutet: Wir haben ständig Zusatzbeitragssatzerhöhungen. Allein im Jahr 2024 gab es unterjährig 40 Anhebungen des Zusatzbeitragssatzes, im ersten Halbjahr 2025 bereits über 20. Dies zeigt, wie massiv die Kassen unter Druck stehen, insbesondere weil den Kassen in den zurückliegenden Jahren die Rücklagen genommen wurden. Wir stehen vor gewaltigen Herausforderungen, weshalb es aus Sicht der GKV zeitnah eine Stabilisierung der Kassenfinanzierung braucht.

Geißler: Wenn wir die Analogie wählen, würde ich sagen, wir sind gerade im Warm-up und versuchen, die Muskeln zu dehnen. Doch haben wir uns noch nicht ganz entschieden, ob wir danach zu Starbucks gehen oder einen Marathon laufen. Manchmal habe ich das Gefühl, wir denken, Deutschland sei eine Insel. Ich bin hauptsächlich auf europäischer Ebene aktiv und sehe dort den Innovationsgrad, der an vielen Stellen herrscht. In Deutschland hingegen werde ich als Patientenvertreter ständig mit sehr unterschiedlichen, strikten Auslegungen des föderalen Datenschutzes und ähnlichen Dingen konfrontiert. Zudem sehe ich eine große Differenz zwischen der Spitzenmedizin beispielsweise an den Nationalen Centren für Tumorerkrankungen und dem, was in der ambulanten onkologischen Versorgungspraxis passiert. Bei der Preisverleihung wurde es als Versorgungsdschungel bezeichnet. Genau darin scheitern wir als Patienten. Es ist sehr schwierig, heute eine ordentliche Diagnostik zu bekommen. Was wir zum Thema Liquid Biopsy sehen, lesen wir nur, bekommen es aber größtenteils außerhalb eines Spitzenzentrums nicht. Da kämpft man mit dem Hausarzt, der unser Gatekeeper in Richtung Onkologie sein soll. Ich möchte aber positiv enden: Wir haben in Deutschland fantastische Initiativen, wie etwa die Nationale Dekade gegen Krebs, die vor über fünf Jahren gestartet ist, sämtliche politischen Veränderungen überlebt hat und weiterkämpft, weil alle Akteure am Tisch sitzen. Wir definieren gerade den Nationalen Krebsplan neu, der zuletzt 2008 entworfen wurde – zu einer Zeit, als wir in Deutschland über Digitalisierung noch gar nicht gesprochen haben. Es gibt Initiativen, die alle zusammenbringen, und deshalb bin ich hoffnungsvoll, dass das Warm-up tatsächlich im Marathon endet und nicht im Starbucks.

Wendel-Schrief: Wir brauchen einen Neustart. Wenn ich überlege, auf wie vielen Panels ich schon saß und dass ich seit über 30 Jahren im Gesundheitswesen tätig bin, muss ich feststellen, dass dieses Auf und Ab alles nichts gebracht hat. Tatsache ist: Es wird teurer. Die Frage ist, wie wir mehr Effizienz ins System bekommen. Daran muss man arbeiten, jedoch bin ich gar nicht so pessimistisch, eher etwas optimistisch, weil wir die Innovationen, die derzeit auf dem Weg sind, so noch nicht gesehen haben. Das betrifft vor allen Dingen die individualisierten Therapien und die individualisierte Diagnostik. Wenn wir es dann noch schaffen würden, den Patienten auf seiner Patient Journey wirklich zu begleiten – wie wir es gestern bei den Gesundheitspreisträgern gesehen haben, glaube ich, bekommen wir auch mehr Effizienz hinein.

von Kalle: Ich finde es problematisch, wenn man das alles an der Politik festmacht. Wir sehen das auch in anderen Lebensbereichen. Wenn es beispielsweise eine neue technische Entwicklung für ein Flugzeug gibt oder etwas im Flugverkehr passieren muss, kommt der Vorschlag aus dem Feld, was passieren muss und wie die Regulierung auszusehen hat. Die Politik entscheidet dann, ob sie es umsetzt oder nicht, oder es wird begutachtet und modifiziert. Aber die Vorstellung, ein Gesundheitsminister oder eine Gesundheitsministerin solle die Digitalisierung machen, ist irrig. Der Autor Axel Hacke hat das mal als partnerschaftliches Passiv bezeichnet. Wir müssen uns bei einem Neustart alle selbst an die Nase fassen: Wir sollten nicht nur nach vorne schauen, sondern auch in den Rückspiegel blicken. Trotzdem kann man die Politik nicht komplett außen vorlassen, weil sie die Rahmenbedingungen setzt. Wir haben vielleicht tolle Ideen, aber diese werden dann eventuell nicht zugelassen.

Moderatorin: Effizienz wurde angesprochen. Das deutsche Gesundheitssystem ist teuer, teurer als in vielen anderen Ländern, aber nicht effizienter. Was ist der größte Kostenfaktor?

Holetschek: Im aktuellen Koalitionsvertrag wurden viele Dinge richtig angesprochen: bessere Steuerung, Vernetzung, Digitalisierung, Gesundheitswirtschaft. Das gesamte Thema scheitert in der Politik aber immer wieder daran, dass wir keine Erkenntnisprobleme, sondern ein Umsetzungsproblem haben. Das muss sich ändern. Die Krankenhäuser werden sich verändern, Strukturen werden sich verändern. Und wir müssen darauf achten, dass die ländlichen Räume richtig zum Zuge kommen. Dazu brauchen wir sektorenübergreifende Konzepte, die ambulant und stationär verbin-

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Holetschek: ‚Mehr Mut, das System anders zu denken'" (Supplement zu „Monitor Versorgungsforschung" zu 06/25), S. 8–9. http://doi.org/10.24945/MVF.06.25.1866-0533.2784

den. Eine gute Versorgung in einer Region bedeutet nicht nur Krankenhaus, sondern auch niedergelassene Ärzte und Pflegestruktur. Ich glaube, diesen Paradigmenwechsel hin zu mehr Prävention müssen wir auch hinkriegen. Nicht zu vergessen: Wir haben in der Koalition einmalig vier Milliarden Euro über den Transformationsfonds zur Stabilisierung der Kliniken zur Verfügung gestellt, aber jetzt fließen davon wieder 1,8 Milliarden weg.

Langejürgen: Mich wundert es nicht, dass die Krankenhäuser im Fokus stehen. Sie sind unser größter Kostenblock mit rund 100 Milliarden Euro, die wir jährlich in der GKV ausgeben. Doch sind Sektorgrenzen und die Zersplitterung unseres Gesundheitswesens ein ebenso wesentlicher Punkt. Zu vieles läuft nebeneinander, zu wenig miteinander. Das ist eine große Herausforderung, die wir angehen müssen. Ich möchte aber auch das Thema Primärversorgung ansprechen: Im Koalitionsvertrag ist hierzu ein sehr guter Punkt gefunden worden. Wir brauchen mehr Steuerung, um den Free Flow der Patientenströme besser zu steuern. Vor allem der Primärarzt kann helfen, Patienten richtig ins System einzusteuern. Das ist ein wichtiger Punkt. Wenn wir eine breite Flächendeckung erreichen wollen, wird es ohne die Regelversorgung nicht gehen.

Geißler: Meine Erfahrung ist, dass alle nicht miteinander reden. Erst kürzlich hatte ich wieder den Fall eines onkologischen Patienten in der Langzeitnachbetreuung, der mit verschiedenen Fachdisziplinen zu tun hat. Nachdem er beim Facharzt eine infrage kommende Therapie und deren positive Nutzenbewertung ansprach, antwortete der Arzt sinngemäß, er solle keine so lange E-Mail schicken, und: „Ich kenne diesen Antikörper, aber ich verschreibe ihn nicht, weil ich Angst vor Regress der Kassen habe. Das habe ich zweimal erlebt, und das kann sich meine Praxis nicht leisten." Der Arzt wusste also, dass es die richtige Therapie gewesen wäre. Aber: Im Grunde scheitert es am Miteinander-Reden. Die Menschen sind zwischen den Sektorengrenzen verloren. Und sie tun sich mit mangelnden Überweisungen und fehlendem Informationsfluss schwer.

von Kalle: In Studien wurde bewiesen, dass es für die Patienten effektiv ist, Informationen zusammenzufassen und diese ihnen zurückzuspielen. Aber im Moment sitzen alle zusammen und überlegen, wie man etwas in die Versorgung einführen kann. Wir haben die DiGAs definiert, aber sie sind so definiert, dass man quasi einen Bauchtanz machen muss. Der Patient muss immer selbst etwas damit machen, aber auch der Arzt oder die Ärztin braucht ebenso Unterstützung, um all diese neuen Therapien und Dienste zu überblicken. Wir müssen diese digitale Entwicklung wie ein lernendes Gesundheitssystem begreifen. Wenn wir keine digitalen Anwendungen haben, die die Patienten an der richtigen Stelle begleiten, dann ist das System nicht lernend. Wir haben Instrumente geschaffen, aber sie sind so definiert, dass es gerade doch nicht funktioniert. Mit der jetzigen Situation sterben diese Modellprojekte nacheinander alle wieder ab. Wir haben ein Infrastrukturproblem. Wenn Kollegen in einer vertrauenswürdigen Umgebung mit Elementen wie Künstlicher Intelligenz arbeiten wollen – etwa wenn der Patient mit einem mit ChatGPT ausgearbeiteten Konzept kommt – brauchen wir eine installierte Infrastruktur und Rechenleistung in den Krankenhäusern und Arztpraxen, um so etwas außerhalb des Internets zu machen.

Langejürgen: Als BKK-Landesverband sind wir an vielen Innovationsfonds-Projekten beteiligt. Es gibt zwar viele tolle Ideen, aber es fehlt der Transfer in die Regelversorgung. Es bräuchte eine Institution, die den Transferprozess vorantreibt. Wir haben eine gewisse Überbürokratisierung und Überregulierung in unserem System. Das hindert uns daran, Innovationen wirklich zum Fliegen zu bringen.

Wendel-Schrief: Das System besteht aus vielen kleinen Rädchen, die zum Teil neu justiert werden müssen. Wir müssen die Datennutzung, Digitalisierung und den Einsatz von KI nachschärfen. Die Innovationen, die wir derzeit in Laboren sehen, sind maßgeschneiderte Therapien. Das sind Therapien, die mit Gentechnik für einen Patienten hergestellt werden. Ich sehe nicht, wie diese Therapien derzeit durch den AMNOG-Bewertungsprozess kommen sollen. Das funktioniert nicht. Die Regeln stammen aus dem Jahr 2011, als wir noch mit Massenprodukten behandelten. Jetzt sind wir bei maßgeschneiderten Therapien und genomsequenzierten Diagnostika. Darum muss etwas bei den Bewertungsmaßstäben passieren. Es kann nicht sein, dass wir uns nur an RCTs orientieren und nur die Endpunkte Mortalität und Lebensqualität anschauen. Das ist bitter für Patienten, die ein tolles Medikament schon haben könnten, das aber noch nicht auf dem Markt ist.

Moderatorin: Was wäre Ihr persönlicher Hebel für einen Neustart?

von Kalle: Der große Hebel ist, die sekundäre und primäre Prävention tatsächlich zu 100 Prozent umzusetzen. Damit könnten wir etwa die Hälfte aller Erkrankungen verhindern. Wir müssen die Niedrigschwelligkeit der Angebote gewährleisten und den Bürger mitnehmen. Zudem müssen wir neue Möglichkeiten nicht als Bedrohung, sondern als Chance begreifen. In anderen Bereichen sehen wir Investitionen in Prävention als Investition in unsere Sicherheit – im Gesundheitswesen müssen wir Prävention viel mehr als positive Begebenheit darstellen, statt nur über Kosten zu reden.

Zum Abschluss des Workshops stand der Blick nach Vorn. Gefragt nach den Gelingensbedingungen für eine innovative onkologische Versorgung von Morgen identifizierten die Teilnehmenden drei große Handlungsfelder: Ein vertrauenswürdiger Rahmen für die Datenteilung, digitale Unterstützung für „shared decission making" in der Therapie und neue gesetzliche Möglichkeiten, um praxisnahe Evidenz zu Innovationen zu generieren und anschließend auch zu skalieren. Viele gute Ideen, die im Weiteren in einer handlungsleitenden Agenda aufgegriffen werden sollen.

Wendel-Schrief: Es gibt verschiedene Stellgrößen. Prävention muss niedrigschwelliger sein. Ich nehme auch die Patienten in die Verantwortung: Jeder muss sich an die eigene Nase fassen und die Früherkennung nutzen. Innovation, womit ich auch KI und Digitalisierung meine, kann helfen, das Ganze effizienter zu machen.

Geißler: Der wichtigste Hebel ist das Thema Daten. Wir müssen anders damit umgehen, damit wir schneller forschen und schneller verstehen. Wir müssen die Patienten mitnehmen, damit sie ihre Daten teilen und dies als sinnvolle Investition in ihre Gesundheit sehen.

Langejürgen: Ich würde den Fokus auf das Thema Patientensteuerung legen. Wir müssen die Millionen von Arzt-Patienten-Kontakten reduzieren. Außerdem ist die Stärkung der Kinder- und Jugendmedizin wichtig, da dort die Grundlagen für eine gesunde Entwicklung gelegt werden.

Holetschek: Ich würde das Sondervermögen von 500 Milliarden Euro nehmen und das Geld in Innovationen und zukunftsträchtige Themen für Gesundheit und Pflege investieren. <<

Workshop: DiGA der Zukunft – Von der Stand-alone-DiGA zur integrierten, hybriden Versorgungslösung

Bleß: „Da passt doch etwas nicht so ganz"

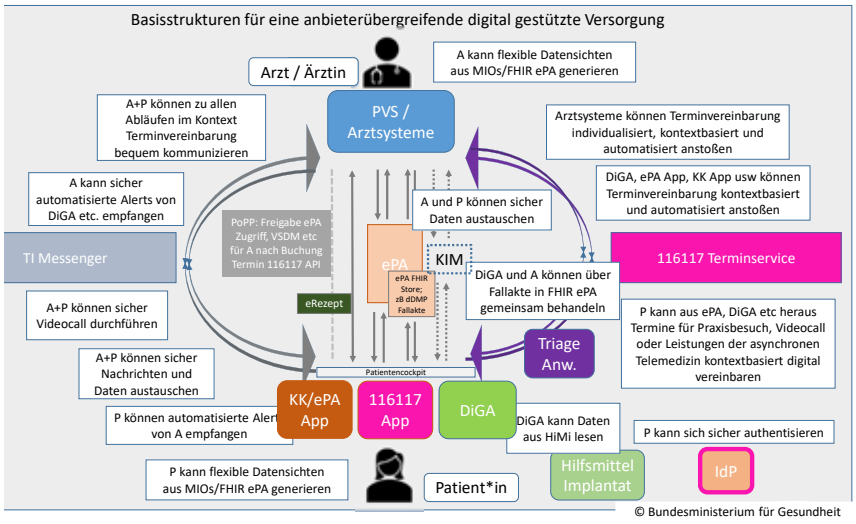
„DiGAs werden sich auf jeden Fall als eine große Stütze in der Versorgung etabliert haben" (Matenaar); „In fünf Jahren werden wir feststellen, dass wir in Versorgungsprozessen einen signifikanten Anteil an DiGA haben" (Gerhards); „Wir müssen die DiGA gemeinsam als Unterstützung im System empfinden" (Marschall). Drei Zitate aus dem von Hans-Holger Bleß (_fbeta) moderierten Workshop mit dem Titel „DiGA der Zukunft – Von der Stand-alone-DiGA zur integrierten, hybriden Versorgungslösung". Fast pünktlich zum fünfjährigen Geburtstag der mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz am 19. Dezember 2019 eingeführten digitalen Gesundheitsanwendungen, kurz DiGA, diskutierte Bleß mit Sophia Matenaar (BMG), Dr. Ursula Marschall (Barmer) und Helmut Gerhards (DAK) die aktuellen Probleme und Hemmnisse bei deren Einführung, aber auch deren mögliches Potenzial für die Zukunft.

>> Wie geht erfolgreiche Digitalisierung? Patentrezepte gibt es nicht, man muss mit verschiedenen Methoden arbeiten und manchmal auch ins Risiko gehen. „Bei den DiGA haben wir uns für eine Art Leapfrogging entschieden: wir sind mit einem neuen Konzept, einem neuen Produkt in die Gesundheitsversorgung gegangen, für das es noch gar keinen Kontext gab. Es war ein Sprung nach vorn in die Zukunft, wenn man so will." Sophia Matenaar, Referentin in der Abteilung 5 des Bundesministeriums für Gesundheit, leitete ihren Vortrag zu den Potentialen von DiGA in der Versorgung mit einigen allgemeinen Überlegungen zu den herausfordernden Startbedingungen von DiGA ein. Viele Voraussetzungen, die für digitale Produkte in der Versorgung eigentlich gegeben sein müssen, wurden tatsächlich erst nach dem DiGA-Start vor fünf Jahren Schritt um Schritt eingeführt und umgesetzt und stellten, wie nicht anders zu erwarten, alle Beteiligten vor die entsprechenden Schwierigkeiten: von den digitalen Identitäten über die Zertifikate für Datenschutz und Informationssicherheit bis hin zum Anschluss an die elektronische Patientenakte.

Prinzipiell seien DiGAs von Anfang als übergreifendes Konstrukt konzipiert worden, zumindest von ihrer Definition her – mit umfassenden Interoperabilitätsvorgaben für DiGA und mit begleitenden Vergütungsregelungen für die Leistungserbringer. Wichtig ist es laut Matenaar nun, dass man die DiGA prinzipiell als Bestandteil einer „übergreifenden Infrastruktur für unsere Versorgung betrachtet, zusammen mit der ePA, den weiteren Diensten und Anwendungen der TI, dem Terminservice und so weiter".

Damit stellt die BMG-Mitarbeiterin DiGA in den Kontext eines digital gestützten Versorgungssystems. In diesem gehe es künftig weniger darum, wie bisher in Projekten zu denken, in denen einzelne Datensilos und Plattformen

Abb. 3: Aus Vortrag von Sophia Matenaar (BMG): Chart 14 „DiGA: ein Blick in die Zukunft", gehalten auf dem MSD Gesundheitsforum München, 15. Oktober 2025.



aufgebaut würden, die miteinander nicht kommunizieren könnten, sondern für die gesamte GKV-Versorgung wichtige digitale Grund- funktionen der Versorgung abzudecken. Ob dies die Kommunikation mit den Leistungserbringern, Terminbuchungen, Datensharing über die ePA oder andere Funktionen betrifft. Dazu müsse, zwar „alles noch ein bisschen besser fließen, als es im Moment der Fall ist". Aber „wenn ich die DiGA als Plattform betrachte, brauche ich viele Teilnehmende und eine gute Moderation ihrer Interaktionen, um die Mehrwerte für die Versorgung auch wirklich zu heben – und die DiGAs sind die prädestinierten Player, die uns hier wirklich versorgungssteuernd weiterbringen können."

Bleß: Problem der Hauptfunktion

Das ist aber so einfach nicht, wie Hans-Holger Bleß, Managing Partner bei der auf Gesundheit, Digitalisierung und Transformation spezialisierten _fbeta GmbH in Berlin, sehr genau weiß. Seinen Ausführungen zufolge ist das Hauptproblem die Auslegung und Interpretation der sogenannten „digitalen Hauptfunktion". Aus dem Gesetzestext des für DiGA greifenden § 33a SGB V gehe nun einmal hervor, dass sich zum einen die „Hauptfunktion der DiGA auf digitale Technologien" berufen muss, zum anderen der „medizinische Zweck wesentlich durch die digitale Hauptfunktion erreicht werden" muss. Damit ist laut Bleß die DiGA beim Generieren eines Nutzens „auf sich allein gestellt", oder anders formuliert: „Die DiGA ist eine App in der Hand des Patienten, zur Nutzung durch den Patienten, um diesen gesünder zu machen!" Und weil dem so ist, gebe es derzeit auf dem Markt weder eine diagnostische DiGA, noch eine die gleichzeitig von Patienten und Leistungserbringern gemeinsam genutzt werden könnte. Bleß, der

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Bleß: ‚Da passt doch etwas nicht so ganz'" (Supplement zu „Monitor Versorgungsforschung" 06/25), S. 10–11. http://doi.org/10.24945/MVF.06.25.1866-0533.2785

mit diesen Worten der Mehrheit der beim MSD Gesundheitspreis nominierten digitalen Lösungen keine große Zukunft als DiGA voraussagt: „Eine DiGA, die heute ins System will, muss sich daran orientieren, diesen einen Endpunkt zu erzielen und diesen einen schmalen Pfad in das BfArM zu meistern."

Dies führe zu Stand-alone-Lösungen im Markt. Und dies wiederum dazu, dass bei den derzeit gelisteten DiGAs der Fokus auf dem medizinischen Nutzen (Mortalität, Morbidität und Lebensqualität) liegt, jedoch die Idee der patientenrelevanten Struktur- und Verfahrensverbesserungen, kurz pSVV, kaum gelebt werde. Doch sind es laut Bleß genau deren Faktoren, die wirklich positive Versorgungseffekte erzielen könnten. Als da sind:

- Koordination der Behandlungsabläufe,
- Ausrichtung der Behandlung an Leitlinien und anerkannten Standards,
- Adhärenz,
- Erleichterung des Zugangs zur Versorgung,
- Patientensicherheit,
- Gesundheitskompetenz,
- Patientensouveränität,
- Bewältigung krankheitsbedingter Schwierigkeiten im Alltag oder
- Reduzierung der therapiebedingten Aufwände und Belastungen.

Die von Bleß identifizierten Hemmnisse für pSVV sind zum einen fehlende validierte bzw. akzeptierte Messinstrumente (z. B. für Koordination der Behandlungsabläufe), zum anderen der bereits erwähnte Konflikt zur digitalen Hauptfunktion (z. B. die Ausrichtung der Behandlung an Leitlinien und anerkannten Standards). Seine Frage zu seiner Feststellung fehlender Messinstrumente: „Wie soll man überhaupt eine Verbesserung einer leitliniengerechten Versorgung oder Verbesserung von Prozessen mit validierten Scores messen?" Seine Antwort: „Das passt von der Bewertungslogik her einfach nicht in das klassische Health Technology Assessment." Zudem gebe es hier Konflikte mit der digitalen Hauptfunktion: Wenn eine leitliniengerechtere Versorgung zu einem Nutzen führen soll, müsse automatisch beispielsweise die Ärzteschaft involviert werden. Dies führe jedoch dazu, dass der Nutzen aus einer Versorgungsstruktur oder auch aus ärztlichem Handeln entsteht und daher nicht mehr auf die digitale Hauptfunktion zurückzuführen ist. Was derzeit bedeutet: keine Listung, keine Erstattung. Bleß: „Da passt doch etwas nicht so ganz so, wie es sein soll."

Was nun nicht heißen solle, dass DiGA keinen Nutzen hätten. Es gebe ganz tolle Stand-alone-Lösungen, wie etwa DiGAs basierend auf kognitiver Verhaltenstherapie. Solche DiGA würden gute Ansätze bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen liefern und dem Patienten zu Hause durch Selbstmanagement und Reflexion weiterhelfen. Auch gebe es DiGAs, die Wissen und Kompetenz vermitteln und dadurch den Nutzer anleiten, zum Beispiel seinen Lebensstil zu ändern, sich gesünder zu ernähren oder sich mehr zu bewegen. All das sind nach Bleß die „Kategorien, die momentan wunderbar funktionieren".

Obwohl das seitens des Gesetzgebers ursprünglich gewollt war, sind Bleß Ausführungen zufolge DiGAs jedoch noch weit davon entfernt, sich positiv im Sinne einer funktionierenden und strukturierten Versorgung einbringen zu können. Das betreffe zum einen Remote Monitoring, indem Patienten ihre Vitalparameter zum Beispiel zu Hause messen und dann aufgrund eines ärztlich vorgegebenen Algorithmus eine gewisse Eskalation oder Therapieanpassung erfolgt. Bleß: „Das ist etwas, das denkbar ist und was momentan noch nicht funktioniert." Eine derartige Funktionalität sollte auch abgegrenzt werden von einem echten Telemonitoring, bei dem in Echtzeit Daten an ein telemedizinisches Zentrum fließen. Dabei handele es sich um eine ganz andere Kategorie mit anderen Strukturen. „Doch bei strukturierter Versorgung und Remote Monitoring muss man analysieren, ob man die DiGA nicht in diese Richtung weiterentwickeln kann", gab der fbeta-Manager einen doch recht positiven Impuls in eine mögliche Zukunft der digitalen Anwendungen.

An der Stelle hatte Matenaar eine andere Meinung. Die BMG-Referentin kann sich „jede Menge Telemonitoring-Szenarien" vorstellen, die eine leichte Therapieanpassung wie die Arzneimitteleinnahme im Fokus haben. Solche Statuserhebungen könnten wunderbar auch über die DiGA abgebildet werden. Das würde allerdings noch eine Ausgestaltung von „Rest-Rahmenbedingungen" erfordern.

Marschall: noch Luft nach oben

Aus der rein medizinischen Perspektive haben DiGAs ein hohes Potenzial, gab Dr. Ursula Marschall von der Barmer zu Protokoll. Wenn sie sich allerdings auf die Metaebene begeben und sich fragen würde, wo sie einen Nutzen sowohl als Medizinerin, aber auch als betroffener Patient erleben könne, laute die Antwort: „Genau das erleben wir nicht."

„In diesem 360-Grad-Blick sehen wir noch Luft nach oben."
Dr. Ursula Marschall

Aus Kostenträgerperspektive komme hinzu, dass es zwar eine Rechtsgrundlage gebe, auf deren Basis DiGA erstattet werden, doch seien Kassen auch der Wirtschaftlichkeit verpflichtet. Und genau hier müssten Endpunkte wie Morbidität und Mortalität durch die DiGA-Nutzung gezeigt werden. Dies allerdings sei durch einen einjährigen Datenverzug aus der ambulanten Versorgung schwer darstellbar, hinzu komme, dass die DiGA-Nutzerzahlen bei der Barmer noch eher überschaubar ausfallen.

Doch gebe es derzeit ein Innovationsfondsprojekt namens „Implement DiGA". Dort würden zusammen mit der DAK, der TK, der Barmer und der KBV die Versichertenperspektive und unsere gesamten Routinedaten analysiert. Marschall: „In diesem 360-Grad-Blick sehen wir noch Luft nach oben. Wir sehen Potenzial, aber auch die Compliance der Patienten, die am Anfang hoch ist, aber dann relativ schnell nach unten geht."

Gerhards: Wir haken Kästchen ab

Der zweite Kassenvertreter in der Runde, Helmut Gerhards von der DAK, wusste Ähnliches zu berichten. Derzeit gebe es eine Größenordnung von etwa 230 Millionen Euro an Ausgaben nur im DiGA-Segment. Die Nutzerzahlen seien durchaus hoch, die Zahl der Teilnehmenden verdoppele sich zumindest bei seiner Kasse jedes Jahr. Nun aber müsse man sich „überlegen, wie eine DiGA vernünftig in einen Versorgungspfad eingebettet" werden könnte. Um dies zu fördern, braucht es nach Gerhards eine andere Bewertung auch in der Nutzenbetrachtung. Gerhards Appell: „Wir sind zu statisch unterwegs, wir haken Kästchen ab. Wir müssen uns aber den Gesamtversorgungsprozess anschauen und überlegen, was für die Innovationsgenerierung gut ist." Für die überall hochsprießenden kleinen DiGA-Pflänzchen müsse es zudem einen strukturierten Transformationsprozess geben. Das gelinge nur, wenn man sich hier auf den gesundheitsökonomischen Bereich fokussiere. „Wenn man das nicht macht, verschwinden solche Lösungen auch ganz schnell wieder, weil sie nicht praktikabel sind." <<

Workshop: Von der personalisierten zur individualisierten Medizin

Bruns: „Erfolgreiche Strukturen dauerhaft integrieren“

Der von Prof. Dr. Christof von Kalle, dem neuen Direktor des luxemburgischen LCTR, moderierte Workshop „Von der personalisierten zur individualisierten Medizin” fokussierte sich auf den ersten Gewinner des MSD Gesundheitspreises 2025: „DigiNet – Steuerung personalisierter Lungenkrebstherapien durch digitale Vernetzung von Behandlungspartner:innen und Patient:innen im nationalen Netzwerk Genomische Medizin”. Laut Dr. Anna Kron, Co-Principal Investigator bei der Uniklinik Köln und Geschäftsleiterin des vom Innovationsfonds geförderten Projekts DigiNet, wird damit die sektorenübergreifende Digitalisierung und Vernetzung für eine bessere Lungenkrebsversorgung unterstützt. Kron: „Wir fördern eine funktionale Arbeitsteilung zwischen unseren Zentren – insbesondere bei molekularer Diagnostik, Beratung, Befundbewertung und der wohnortnahen Versorgung.”

>> Das nationale Netzwerk Genomische Medizin (nNGM) vereint laut Kron aktuell 31 Zentren in ganz Deutschland, darunter alle Spitzenzentren der Deutschen Krebshilfe (DKH) sowie über 500 Partner aus dem stationären und ambulanten Bereich. Im Netzwerk werden jährlich mehr als 22.000 Lungenkrebspatient:innen betreut; in der Kohorte der fortgeschrittenen Erkrankten damit rund zwei Drittel aller Betroffenen. Das ist Krons Worten zufolge ein sehr gutes Ergebnis, wenn auch noch Potenzial besteht. Im Mittelpunkt des nNGM-Konzepts steht die Bündelung von Kompetenzen, eine funktionale Arbeitsteilung und die wohnortnahe Versorgung. „Eine unserer größten Herausforderungen bleibt die nahtlose Patientennachverfolgung“, erklärte die Netzwerksgeschäftsleiterin. Gerade durch die sektorübergreifende Zusammenarbeit sei es eine komplexe Aufgabe, alle Patient:innen vollständig mit ihren Daten zu erfassen. Genau das ist nach Kron das Ziel des vom Innovationsfonds geförderten Projekts „DigiNet”, das im September 2024 abgeschlossen wurde und die digitale Nachvollziehbarkeit der gesamten „Patient Journey” durch verbesserte digitale Vernetzung der Zentren und ihrer Partner zeigen soll. Dazu wurde eine eine im nNGM etablierte digitale Infrastruktur mit einer zentralen Datenbank, die Daten aus unterschiedlichen Systemen zusammenführen kann, deutlich erweitert. Dank neuer technischer Lösungen können die Daten aus Praxen und Krankenhäusern laut Kron strukturiert importiert werden, was ein wichtiger Fortschritt sei. Besonders stolz sei das Netzwerk auf die direkte Datenübertragung über die neue „OncoBox Lunge”, die in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krebsgesellschaft entstanden sei, sowie die „WIHNO-BNHO-App/OncoBridge“ aus den Praxen.



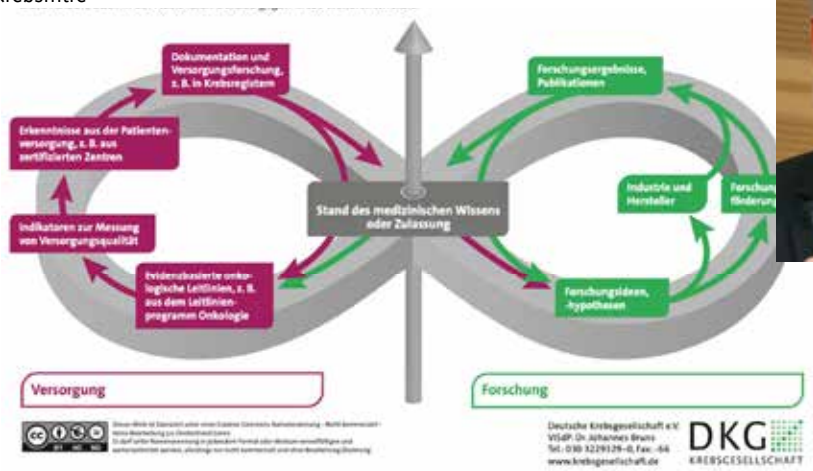


Abb. 4: Aus Vortrag von Dr. Johannes Bruns (DKG): „Translation in ein sektoriertes, wettbewerbliches Gesundheitssystem”, Chart 12: Wie generieren wir onkologisches Wissen?, gehalten auf dem MSD Gesundheitsforum München, 15. Oktober 2025.

Ein besonderer Erfolgsfaktor sei bei allem gewesen, dass die Patient:innen von Beginn an aktiv als Ideengebende und Mitgestaltende beteiligt waren. Kron: „Sie entwickelten eigene Fragestellungen, beteiligten sich an Outcomebefragungen und halfen, Weiterbehandelnde in das Netzwerk einzubinden.” Die Patientenbeteiligung war für Kron essenziell und hat zum Beispiel zur Entwicklung des nNGM-Systems „DigiNetGPT“ geführt – eines digitalen Assistenten, mit dem sich Patient:innen austauschen und Fragen stellen können. Kron: „Damit sind Patienten aktive Partner in der Wissensgenerierung.” Alles in allem habe „DigiNet” gezeigt, dass sich Patientendaten vernetzen und sicher integrieren lassen, was den Aufwand für Datenabfragen enorm reduziert habe. „Wir hoffen, den erfolgreichen Rollout bald netzwerkweit zu realisieren”, führt Kron aus. Zugleich wie sie darauf hin, dass die derzeitige nNGM-Förderung durch die DKH bis 2027 befristet ist. Daher sei eine Anschlussfinanzierung entscheidend, um die erreichten Strukturen zu sichern und auszubauen. Obwohl es bereits weitere Netzwerke – etwa für familiären Brust- und Eierstockkrebs oder im Bereich der personalisierten Medizin – gebe, sei aber auch der politische Wille entscheidend, den ersten Schritt für eine langfristige Verstetigung von qualitätsgesicherten Netzwerken zu gehen und Patient:innen dabei konsequent einzubeziehen. Kron: „Das nNGM Lungenkrebs kann hier als Modell dienen, insbesondere durch die Versorgung ab der Erstdiagnose und die enge, sektorübergreifende Zusammenarbeit mit den Partnern und Patienten. Voraussetzung bleibt jedoch eine verlässliche Finanzierung.”

Bruns: „DigiNet ist ein Projekt”

Dr. med. Johannes Bruns, Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), ging

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Bruns: ‚Erfolgreiche Strukturen dauerhaft integrieren'" (Supplement zu „Monitor Versorgungsforschung" 06/25), S. 12–13. http://doi.org/10.24945/MVF.06.25.1866-0533.2786

auf die grundlegenden Probleme derartiger Netzwerke ein. Als ersten Punkt führte er an, dass man sich nun einmal in einem noch stark sektoral geprägten Versorgungssystem bewege, wobei gelte: „Forschung ist modern, aber Versorgung bleibt traditionell." Daher gebe es eine „Patient Journey", wie sie im nNGM gezeigt wurde, in Deutschland kaum – weil Strukturen und obendrein Finanzierungen fehlen. Nicht umsonst sei der von Anna Kron gebrauchte Begriff „Patient Journey" ein Anglizismus, denn „das gibt es hierzulande nicht so wirklich". Zum Zweiten stelle sich immer auch die Frage, wie die Themen Wissen, Wissensgenerierung und Forschung zusammenkommen können, was gerade in der immer komplexer gewordenen Onkologie besonders schwierig sei. Zudem trete immer mehr zutage, dass das althergebrachte Rollenmodell der Arzt-Patienten-Beziehung nicht mehr das Rolemodel der modernen Onkologie sei. Nach Bruns ist stattdessen die Netzwerkverbindung notwendig, was wiederum bedinge, dass eine „Patient Journey" adäquat organisiert werden müsse. Wie das funktionieren kann, habe Anna Kron mit nNGM und „DigiNet" sehr schön gezeigt. Aber, so Bruns: „Es ist ein Projekt."

Personalisierte Medizin ist für Bruns kein neues Konzept, sondern die Weiterentwicklung dessen, was Ärztinnen und Ärzte schon immer wollten: die richtige Therapie für den richtigen Patienten. Projekte wie nNGM oder DigiNet bewiesen, dass interdisziplinäre Netzwerke funktionieren und zeigen, wie Versorgung und Forschung zusammengehen können.

Doch ohne nachhaltige Finanzierung blieben solche Erfolgsmodelle eben nur Projektergebnisse. „Das Ziel muss sein, erfolgreiche Strukturen dauerhaft in das Gesundheitssystem zu integrieren – im Sinne der Patient:innnen, die von Beginn bis Abschluss ihrer Behandlung begleitet werden," so der DKG-Generalsekretär.

Geißler: sinnvolle Balance zwischen Datenschutz und Innovationsfähigkeit

Jan Geißler, Gründer und Geschäftsführer von Patvocates, einem Think Tank und Beratungsunternehmen für Patientenbeteiligung, ging in seinem Redepart vor allem auf die Themen Datenteilung und Datenschutz ein. Mit seiner Kernaussage, dass sich mit einer „eigenen Erkrankung die Perspektive" verändert, zeigte er unter anderem auf, dass Patient:innen den Datenschutz oft anders sehen als die allgemeine Bevölkerung, schlicht weil „Forschung zur Lebensnotwendigkeit" wird. Geißler: „Was wir brauchen, ist eine sinnvolle Balance zwischen Datenschutz und Innovationsfähigkeit."

So sei im europäischen HARMONY-Projekt gezeigt worden, dass retrospektive Forschung DSGVO-konform möglich ist – durch technische Anonymisierung und organisatorische Zugangsbeschränkungen. Ein aktuelles Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 4. September 2025 hat laut Geißler diese Praxis bestätigt: Wenn Rückidentifizierung ausgeschlossen ist, dürften pseudonymisierte Daten zu Forschungszwecken genutzt werden.

Umfragen von EURORDIS zeigten zudem, dass 97 Prozent der Patient:innen mit seltenen Erkrankungen bereit sind, ihre Daten für die Forschung in der eigenen Erkrankung zu teilen, 90 Prozent auch für andere Krankheiten. Patienten hätten Angst vor Diskriminierung, aber nicht vor sinnvoller Forschung. „Vertrauen steigt deutlich, wenn Patientenorganisationen in die Steuerungs- und Governance-Strukturen eingebunden sind", führt der Patvocates-Gründer weiter aus. Das heißt laut Geißler nichts anderes, als dass „nahezu alle Patienten mit seltenen Erkrankungen ihre Daten für Forschung teilen" würden, aber Datenmissbrauch fürchten. In Deutschland müsste man daher stärker auf Beteiligung und Transparenz setzen, um Vertrauen zu fördern.

Zudem sei der Akt, Forschungsdaten zu teilen, nicht nur eine legale Frage des Datenschutzes, sondern auch eine des Patientenwillens. Seine Statements dazu:

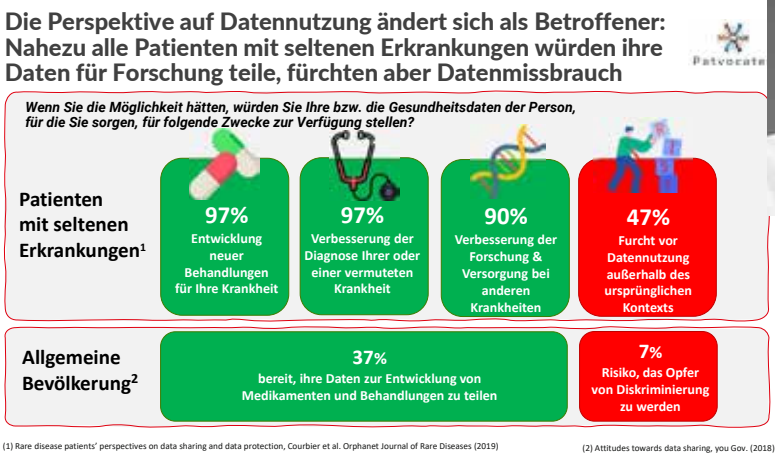
- Patienten haben nicht nur aus Eigeninteresse, sondern auch aus einem Forschungswunsch an Studien teilgenommen
- Ist „Horten" und „Nicht-Nutzen" von Daten für effektivere Forschung und Versorgung ethisch – und von Patient:innen gewünscht, die ihre Daten in Studien bereitgestellt haben?
- DSGVO/GDPR wird oft als billige Ausrede missbraucht, in Wahrheit ist es aber oft akademische Rivalität, Angst vor direkten Vergleichen zwischen Konkurrenzprodukten oder Kontrollverlust über die Interpretation

Was Patient:innen wollen, ist nach Geißler eine Therapie und Versorgung, abgestimmt auf individuelle Biologie und Präferenzen:

- frühzeitige, fehlerfreie Diagnosestellung
- die richtige Therapie und Versorgung für den richtigen Patienten zur rechten Zeit
- gut verträgliche, kurative Therapien für jeden Patienten, der sie benötigt
- Über- und Untertherapie und ineffektive Behandlungen vermeiden
- ein nachhaltiges Gesundheitssystem, das auch morgen noch Patienten versorgen kann
- neue therapeutische, diagnostische und prognostische Ansätze ermöglichen
- Verständnis der Biologie der Erkrankungen
- Verständnis der individuellen Eigenschaften jedes Patienten
- Verständnis individueller Patientenpräferenzen. <<



Abb. 5: Aus Vortrag von Jan Geißler (Patvocates): „Eine Krebspatientenperspektive auf Datennutzung, Datenschutz und Datenaufsicht", Chart 7: „Die Perspektive auf Datennutzung ändert sich als Betroffener", gehalten auf dem MSD Gesundheitsforum München, 15. Oktober 2025.



Workshop: Transfer von erfolgreich erprobten Versorgungsansätzen in den Versorgungsalltag

Wie gelingt der Transfer in den Versorgungsalltag?

Das deutsche Gesundheitssystem ist reich an innovativen Ansätzen, doch nur wenige schaffen den Sprung von der Pilotphase in die Regelversorgung. Zahlreiche Projekte, Modellinitiativen und Förderprogramme erzielen beachtliche Einzelerfolge, bleiben jedoch oft ohne nachhaltige Wirkung auf die Versorgungsstrukturen. Unter den Akteuren, die Innovationen im Gesundheitssystem vorantreiben möchten, wächst daher der Eindruck, dass es weniger an guten Ideen mangelt, sondern an verlässlichen Mechanismen, um erfolgreiche Modelle dauerhaft in die Praxis zu überführen.



>> Begibt man sich auf die Suche nach den Ursachen für diese Diskrepanz, führt die Spur weit über die Grenzen des Gesundheitswesens hinaus: Schon Joseph A. Schumpeter beschrieb Innovation als Prozess der „schöpferischen Zerstörung" (Schumpeter 1950), in dem Bestehendes kontinuierlich durch Neues ersetzt wird. Dass dieser Gedanke aktueller ist denn je, zeigt auch die Verleihung des diesjährigen Nobelpreises für Wirtschaftswissenschaften an führende Vertreter der Innovationsökonomik – ein Fachgebiet, das Innovation als zentralen Motor strukturellen Wandels begreift.

Was dieser Gedanke für die Versorgungspraxis bedeutet, stand im Mittelpunkt des Workshops „Transfer von erfolgreich erprobten Versorgungsansätzen in den Versorgungsalltag", der am 15. Oktober 2025 im Rahmen des MSD Gesundheitsforums in München stattfand. Rund 60 Teilnehmende aus Wissenschaft, Praxis, Politik und Krankenkassen diskutierten dort, wie ein systematischer Transfer erfolgreicher Innovationsprojekte gelingen und wie Innovation als kontinuierlicher Entwicklungs- und Lernprozess gefördert werden kann.

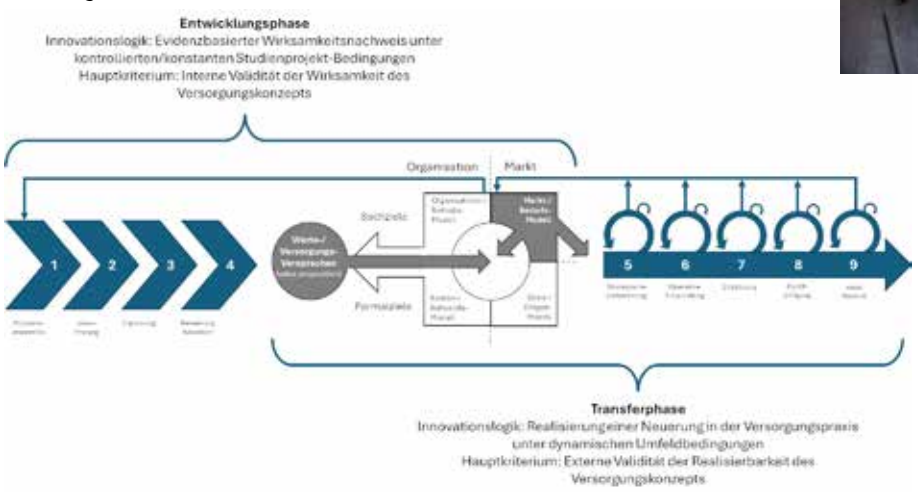


Abb. 6: Phasen des Innovationsprozesses, Innovationslogik und Geschäftsmodelle. Quelle: Dietrich, Martin: „Transfer und Agilität in Innovation und Versorgungsentwicklung – ein prozessorientierter und geschäftsmodellbasierter Ansatz". Z'GuG Zeitschrift für Gemeinwirtschaft und Gemeinwohl 48.2 (2025): 107–142.

Innovationsprozesse verstehen

Wie entsteht aus einer guten Projektidee eine echte Versorgungstransformation? Diese Frage stellte Prof. Dr. Martin Dietrich (Bundesministerium für Gesundheit) in den Mittelpunkt seines Impulses. Er skizzierte den Innovationszyklus als einen arbeitsteiligen Prozess, der zwei Phasen umfasst: die Entwicklungsphase und die Transferphase.

Während in der Entwicklungsphase der Nachweis der Wirksamkeit, also die interne Validität, im Vordergrund steht, geht es in der Transferphase um die externe Validität, also um die Frage, ob das Konzept unter realen Versorgungsbedingungen funktioniert. „Erfolgreiche Innovationsprozesse", so Dietrich, „verzahnen beide Phasen produktiv miteinander". Die Entwicklungsphase müsse bereits die Anforderungen der späteren Transferphase mitdenken (vgl. Abb. 6).

Der Nachweis der Wirksamkeit sei somit eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für Innovationserfolg. Entscheidend sei es, den Übergang von der Evidenz in die Versorgung strukturiert zu gestalten – auf Basis eines tragfähigen Geschäftsmodells, das den Versorgungsnutzen ebenso adressiert wie die Umsetzbarkeit. Darauf aufbauend schlägt Dietrich als Leitbild elf Eckpunkte vor, an denen sich die Entwicklung und Bewertung von Transfermodellen orientieren können: von konsentierten Kriterien der Versorgungsverbesserung über agile Prinzipien bis hin zum Ziel eines „Netto-Bürokratie-Effekts ≤ 0" (s. Textbox).

Dietrich plädierte damit für die Anwendung eines agilen, lernenden Transfersystems im Gesundheitswesen, das den Übergang vom Konzept zur Regelversorgung nicht als administrativen Akt, sondern als eigenständige Innovationsphase versteht: eine Phase, die wissenschaftliche Evidenz, Geschäftsmodelllogik und Nutzerorientierung zusammenführt.

Transfer als strategischer Prozess

Prof. Volker Amelung (inav – Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH) knüpfte in seinem Vortrag an diese Überlegungen an und unterstrich, dass der Transferprozess als strategischer Teil des Innovationszyklus verstanden werden müsse. Erfolgreiche Projekte zeichneten sich dadurch aus, dass Transferfragen nicht am Ende gestellt, sondern von Beginn an mitgedacht würden. Dies umfasse die Evidenzgenerierung ebenso wie Partnerschaften und Kommunika-

Zitationshinweis

Haring, M., Schiller, J.: „Wie gelingt der Transfer in den Versorgungsalltag?", (Supplement zu „Monitor Versorgungsforschung" 06/26), S. 14–15. http://doi.org/10.24945/MVF.06.25.1866-0533.2787

tion mit relevanten Akteuren.

Diese Sichtweise spiegelt sich auch in den Ergebnissen eines aktuellen Surveys unter allen Projekten wider, die seit 2012 für den MSD Gesundheitspreis nominiert wurden (s. „Monitor Versorgungsforschung" 06/25). Die Befragung zeigt: Transfer gelingt dort besonders gut, wo früh belastbare Evidenz geschaffen, Vertrauen zu Kostenträgern aufgebaut und politische Entscheidungsträger frühzeitig eingebunden werden. Ebenso wichtig ist die aktive Beteiligung von Patient:innen, die nicht nur als Zielgruppe, sondern als Partner in der Bewertung von Nutzen und Wirksamkeit auftreten. Kontinuierliche Qualitätssicherung und eine offene, dialogorientierte Zusammenarbeit aller Beteiligten erwiesen sich dabei als zentrale Voraussetzungen, um aus Projekten tragfähige Versorgungslösungen zu entwickeln.

Erfahrungen, Barrieren und Impulse

Die Impulse und die Ergebnisse des Surveys zeigten, dass Transferfähigkeit nicht zufällig entsteht, sondern das Ergebnis eines strategischen, kooperativen und evidenzbasierten Vorgehens ist. In fünf Arbeitsgruppen, geleitet von Prof. Dr. Lutz Hager (Bundesverband Managed Care), Leonie Ruhwinkel (MSD), Prof. Dr. Daniel Grandt (Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin), Dr. Franziska Püschner (inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH) und Helmut Gerhards (DAK-Gesundheit), diskutierten die Teilnehmenden vor diesem Hintergrund zwei Leitfragen: Zum einen ging es um die Erfolgsfaktoren und Hemmnisse, die den Transfer von Innovationsprojekten prägen. Zum anderen wurde die Frage bearbeitet, wie ein tragfähiges Leitbild für ein zukünftiges Transfermodell aussehen könnte.

Die Diskussionen spiegelten eine große Bandbreite an Perspektiven wider, aber es gab auch viele Übereinstimmungen. Als Erfolgsfaktoren wurden insbesondere der frühe Einbezug von Kostenträgern und anderen Schlüsselakteuren genannt, etwa durch gezielte Austauschformate. Ebenso entscheidend sei eine klare Definition von Zielen und Systemnutzen bereits in der ersten Projektphase. Schlanke Prozesse und Praxistauglichkeit gelten als Schlüsselkriterien, ebenso wie das Denken in Geschäftsmodellen statt in Projektlogiken. Auch Regionalität und kurze Entscheidungswege erwiesen sich als zentrale Erfolgsbedingungen.

Demgegenüber nannten die Teilnehmenden als Barrieren eine heterogene Kassenlandschaft und komplexe Strukturen der Selbstverwaltung, das Fehlen klarer Prozessverantwortlichkeiten im Transfer, uneinheitliche Evidenzanforderungen, etwa den Nachweis randomisierter Studien bei digitalen Anwendungen, sowie rechtliche und finanzielle Hürden und eine begrenzte gesundheitsökonomische Evaluationstiefe.
Mehrere Arbeitsgruppen sprachen sich zudem für ein strukturiertes Transfermanagement aus – etwa durch eine übergreifende Prozessverantwortung beim G-BA oder eine eigenständige Transferagentur. Andere betonten die Notwendigkeit einer begleiteten, aber zugleich agilen und iterativen Transferphase, die Lernen und Anpassung ermöglicht.

Auch wenn in einer 40-minütigen Arbeitsphase naturgemäß nur Schlaglichter gesetzt werden konnten, zeigte sich deutlich: Das Thema „Innovationstransfer" ist nicht nur von hoher Relevanz, sondern bietet großes Potenzial für eine systematische Weiterentwicklung. Die Diskussion soll u. a. auf dem Jahreskongress des Bundesverbandes Managed Care (BMC) im Januar 2026 fortgeführt werden.

Einordnung und Ausblick

In der abschließenden Podiumsdiskussion ordneten Prof. Dr. Volker Amelung, Dr. Regina Klakow-Franck (ehem. unparteiisches Mitglied des G-BA) und Prof. Dr. Martin Dietrich die Ergebnisse ein und formulierten zentrale nächste Schritte.

Dr. Klakow-Franck betonte, dass Innovationen im Rahmen des Innovationsfonds vor allem Prozessinnovationen seien, deren Nutzenbewertung nicht allein über klassische RCTs erfolgen könne. Stattdessen brauche es eine Bewertung in Anlehnung an den Plan-Do-Check-Act-Zyklus (PDCA-Zyklus) und vor allem eine klare Zuständigkeit für den Transferprozess. Weder der G-BA noch einzelne Projektträger sähen sich derzeit dafür in der Verantwortung, weshalb der Gesetzgeber gefordert sei, entsprechende Strukturen zu schaffen.

Prof. Dr. Dietrich ergänzte, dass Verantwortung künftig gemeinsam für Projekt und Ergebnis definiert werden müsse. Regionalität bleibe dabei ein zentraler Erfolgsfaktor. Entscheidend sei es, nach erfolgreichem Evidenznachweis gezielt den „Vertrieb" von Innovationen zu unterstützen, zum Beispiel durch Anschubfinanzierungen oder geeignete Transferinstrumente. „Innovationsarbeit ist auch immer Arbeiten gegen Widerstände", so Dietrich. Das im Workshop vorgestellte Leitbild solle in einem nächsten Schritt weiterentwickelt und ergänzt werden.

Der Workshop zeigte eindrucksvoll, dass die Brücke zwischen Projekterfolg und nachhaltigem Innovationserfolg geschlagen werden kann, wenn Entwicklungs- und Transferlogiken von Beginn an miteinander verzahnt werden. Zugleich wurde deutlich, dass viele Projekte bislang zu stark auf Drittmittellogiken ausgerichtet und zu wenig auf Skalierung fokussiert waren. Künftig müsse stärker in Geschäftsmodellen gedacht werden – beispielsweise über Lizenzierungen, regionale Expansion oder wertorientierte Vergütungsformen. Nur so lassen sich Innovationspotenziale systematisch nutzen und dauerhaft in die Regelversorgung überführen. Ein konsentiertes Transferleitbild, klare Verantwortlichkeiten und die aktive Einbindung aller relevanten Akteure können hierfür den Rahmen bilden.

Die Diskussion im MSD Gesundheitsforum 2025 hat dafür wertvolle Impulse geliefert und zugleich verdeutlicht: Der Weg vom Projekt in den Versorgungsalltag bleibt eine der zentralen Herausforderungen des deutschen Gesundheitssystems. <<

von: Dr. Malte Haring und Juliane Schiller[1]

1: inav – Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH

Leitbild für ein Transfermodell

1. Konsentierte Kriterien der Versorgungsverbesserung
2. Transfer von Versorgungskonzepten, keine Verstetigung von Projekten
3. Flexibler Rahmen für unterschiedliche Versorgungskonzepte
4. Vorläufige Regulierung und Vergütung
5. Keine neue Evaluation, sondern Transfermonitoring
6. Transferbegleitung unter Beteiligung der relevanten Akteure
7. Konsequente Nutzer- und Nutzenorientierung
8. „Agile" Prinzipien des Transfers
9. Kollaboration und Kommunikation als Arbeitsgrundlage
10. Netto-Bürokratie-Effekt ≤ 0
11. Wissengenerierender Transfer

Workshop: Therapiesteuerung neu gedacht: Hybride Versorgung als Schlüssel zur Effizienz im Gesundheitswesen

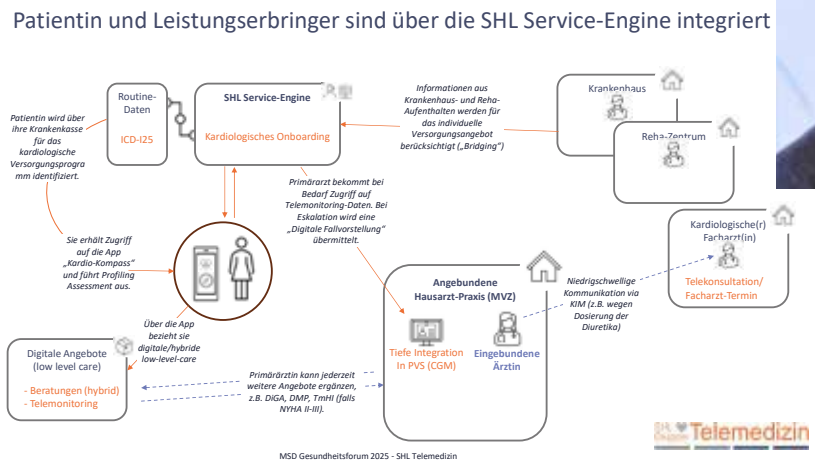
Regionale Vernetzung mittels hybrider Steuerung

Mit Moderatorin Dr. Cornelia Kittlick (AOK Baden-Württemberg) diskutierten Karsten Knöppler von fbeta, Dr. Michael Hubmann vom Bundesverband der Kinder- und Jugendärzt*innen, Bernd Altpeter (SHL Telemedizin), Christian Wehner von der AOK Rheinland Hamburg sowie Dr. Fabian Stehle von der Allianz Krankenversicherung, was unter hybrider Patientenversorgung überhaupt verstanden wird: Laut gefundenem Konsens handelt es sich dabei um die Kombination aus persönlicher Betreuung oder Beratung vor Ort und der Integration digitaler Elemente, wobei die hybride Organisation auch dabei helfen soll, die ohnehin knappen Ressourcen im Gesundheitssystem besser zu nutzen.

>> Ziel des Workshops im Rahmen des MSD Gesundheitsforums war es, neue Ansätze in der Therapiesteuerung zu entdecken und zu diskutieren, wie innovative hybride Modelle einen möglichen Neustart in der Gesundheitsversorgung gestalten können. Die Workshopteilnehmenden wurden eingeladen, sich über eine slido-Umfrage aktiv einzubringen. Die zentrale Frage lautete: Sind hybride Versorgungslösungen ein echter Neustart im Gesundheitswesen oder nur die digitale Verlängerung alter Strukturen? Das Umfrageergebnis zeigte eine hohe positive Zustimmung zu ersterer These, was angesichts der Debatte um Überregulierung und schleppende Durchbrüche in Deutschland als durchaus ermutigend empfunden wurde.



Abb. 7: Aus Vortrag Bernd Altpeter (SHL Telemedizin): Chart 7: „Versorgungsziele durch hybride Lösungen erreichen – Versicherte begeistern", gehalten auf dem MSD Gesundheitsforum München, 15. Oktober 2025.



Knöppler: Virtuelle Teams zur Therapieplanung- und Steuerung

Karsten Knöppler (_fbeta), ein ausgewiesener Experte für digitale Transformation in der Gesundheitsversorgung, im Versorgungsmanagement und in der Gesundheits-IT, stellte als erster Redner das Grundproblem dar. Die Rürup-Kommission hat bereits vor 25 Jahren vor dem wachsenden Druck auf die Sozialversicherungssysteme gewarnt. Die damals vorgeschlagenen Maßnahmen wurden jedoch politisch kaum umgesetzt, um diese Entwicklung abzufedern. Infolgedessen stehe das Gesundheitssystem massiv unter Druck durch Fachkräftemangel, vor allem aber durch den steigenden Versorgungsbedarf der alternden Bevölkerung bei gleichzeitig sinkende Einzahlungen. Dies ist nun Thema für die Finanzkommission Gesundheit.

Seiner Ansicht nach könne eine hybride Versorgung durchaus einen Beitrag zur Stabilisierung leisten. Volkswirtschaftlich betrachtet machen nach Knöppler chronische Erkrankungen etwa 66 Prozent der Kosten im Gesundheitswesen aus, enthalten ist hier die Multimorbidität, und hinzu kommen Pflege und Palliativversorgung. Ebenso hinzu komme, dass Lebensstilinterventionen in den Leitlinien zwar an erster Stelle stünden und frühzeitig erfolgen sollten, doch gelinge es bisher nicht, die nötigen Veränderungen ausreichend umzusetzen. An der Stelle sind Knöpplers Worten zufolge zufolge Digitale-Health-Angebote des ersten und zweiten Gesundheitsmarktes gefragt, die Patient;innen im Alltag zwischen den Arztbesuchen begleiten können. Dabei handele es sich um eine Leistungsausweitung der GKV, da derartige Aufgaben personell früher nicht abbildbar gewesen seien.

Zum Versorgungsökosystem der Primärversorgung – gebildet aus Hausärzten, Fachärzten, Kliniken, Apotheken und die Pflege – würde damit ein weiterer wichtiger Sektor mit den Leistungssektoren integriert, in dem sich Bürger selbst um ihre Gesundheit kümmern können. Knöppler: „Hybride Versorgung bedeutet, das Zusammenspiel dieser Akteure für chronisch Kranke besser zu organisieren."

Das Potenzial derartiger Interventionen ist nach Aussage des _fbeta-Managers groß: Gut belegte Metastudien deuten darauf hin, dass sowohl in der Pflege als auch bei chronisch Kranken eine Fallvermeidungsquote von rund 30 bis 50 Prozent erreicht werden könnte. Und selbst Ärzte hielten 10 bis 15 Prozent für realistisch, auch ohne eine bessere Organisation. Es gibt laut Knöppler jedoch zentrale Hürden für die Umsetzung solch innovativer Ansätze: Erstens fehle eine EBM-Ziffer für die Erstellung eines Therapieplans, der auch Lebensstilveränderungen umfasst. Zweitens existiere kein standardisiertes Format für diesen Therapieplan, was das Zusammenspiel zwischen Physiotherapeuten, Ernährungsberatung und Ärzten erschwert.

Nur auf welcher Plattform? Die ePA sei eine rein retrospektive, medizinische Dokumentation, keine vorausschauende Planungsplattform. Drittens bestehe eine

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Regionale Vernetzung mittels hybrider Steuerung" (Supplement zu „Monitor Versorgungsforschung" 06/25), S. 16–17. http://doi.org/10.24945/MVF.06.25.1866-0533.2788

Vergütungslücke. Es fehle an einer Vergütungsform für Infrastruktur oder Software zur Therapieplanung. Zudem fehle die Vergütung für digitale Leistungen, die die analoge Hauptfunktion des Arztes unterstützen. Seine Anregung: „Wirklich spannend wird es, wenn Dashboards für virtuelle Teams implementiert werden, die Ärzten und Kassen die aktive Steuerung und das Management der Versorgung ermöglichen."

Hubmann: Digitalisierung mit der Primärversorgung koppeln

Dr. Michael Hubmann, Präsident des Bundesverbands der Kinder- und Jugendärzt*innen, hob in seinem Vortrag hervor, dass nur 5 Prozent der Gesundheitsausgaben in Familien fließen. Die Arbeit in den Praxen sei jedoch durch einen hohen bürokratischen Aufwand von bis zu 30 Prozent unendlich schwer geworden, was Fachkräfte dazu bringe, 4 bis 5 Jahre früher aufzuhören. Andererseits sei in der Pädiatrie die Digitalisierung schon weit fortgeschritten. Hier lobte er die PraxisApp als „die größte digitale Gesundheitsanwendung Deutschlands mit 1,6 Millionen eingeschriebenen Kindern". Er nannte zwei erfolgreiche Projekte: das Screening auf peripartale Depressionen mittels PraxisApp in Zusammenarbeit mit Gynäkologen und psychologischen Behandlern, welches die Hürde für Mütter senkt. Ein weiteres Beispiel für Effizienzsteigerung ist nach Hubmann die Kommunikation von Diagnoseergebnissen über die App, wodurch Wartezeiten in der Praxis vermieden und der Fall mittels E-Rezept direkt abgeschlossen werden könne. Hubmann forderte zudem, die Digitalisierung mit der Primärversorgung zu koppeln, sie in die Hände derjenigen zu legen, die die Patienten lange kennen und auch niedrigschwellige Videosprechstunden für bekannte Patienten zu ermöglichen.

Altpeter: lineare versus multioptionale Modelle

Bernd Altpeter (SHL Telemedizin) betonte, dass die für die hybride Versorgung benötigten Lösungen oft schon seit 20 Jahren bekannt seien, man müsse sie nur nutzen wollen. Darum gehe es hier „nicht um neues Denken, sondern um die Umsetzung". Dabei kritisierte er die Fixierung auf regulatorische Prozesse und unterstrich, dass die Dynamisierung des Marktes dennoch durch das Interesse der Patienten und der Anwender vorangetrieben wird. Der Anwendung hybrider Versorgungslösungen entgegen steht laut Altpeter jedoch das vorherrschende lineare, transaktionelle Geschäftsmodell im Gesundheitswesen, wobei moderne, erfolgreiche Modelle nun einmal multioptional funktionieren würden. Die Lösung liegt für ihn in intersektoralen Systemen und dynamischem Wettbewerb. So basiere die SHL-Plattform auf der Prämisse, auch Mitbewerber zu integrieren, wenn diese bestimmte Services besser anbieten können, um die Attraktivität für die Nutzer zu steigern. Ziel sei eine nahtlose Patient Journey (Abb. 8), bei der unterschiedliche Elemente so verbunden werden, dass Problemlagen bei Patienten frühzeitig erkannt und in die richtigen Angebote eingesteuert werden können.

Wehner: digitale und regionale Vernetzung mittels hybrider Steuerung

Christian Wehner (AOK Rheinland Hamburg) betonte in seinem Vortrag die Notwendigkeit von Therapie- und Patientensteuerung, da der Patient immer häufiger orientierungslos – er sprach hier gar von „verloren" – sei. 83 Prozent der Deutschen fänden sich im Gesundheitssystem nicht richtig zurecht, was auch auf eine zu geringe Gesundheitskompetenz zurückzuführen ist. Doch hat laut Wehner eine Analyse von AOK-Routinedaten auch massive Defizite in der Versorgung offenbart. So gebe es einen ungesteuerten Zugang zu Fachärzten (Besuche ohne Überweisung). Zudem blockierten sich Fachärzte durch die Behandlung einfacher Langzeittherapiefälle. Beispielsweise hätten mindestens 22,5 Prozent der Asthma-Patienten, die einen Facharzt aufsuchten, laut der analysierten Daten keine Indikation für eine fachärztliche Behandlung. Ein weiteres gravierendes Problem sei die niedrige Weiterbehandlungsrate von Facharztdiagnosen durch Hausärzte, insbesondere bei Neuropathie oder Depression. Wehner: „Diese Probleme ließen sich über digitale und regionale Vernetzung mittels hybrider Steuerungsmodelle lösen."

Stehle: Digitalisierung scheitert oft an mangelnden Anreizen

Dr. Fabian Stehle (Allianz Private Krankenversicherung) lieferte zu Beginn seiner Ausführungen eine persönliche Anekdote, um die Diskrepanz zwischen innovativen Ansätzen (wie Leberfett-Quantifizierung im Ultraschall) und der Ineffizienz im Alltag (lange Telefonschleifen, fehlerhafte Labordaten) aufzuzeigen. Er stellte fest, dass die Digitalisierung oft an mangelnden Anreizen scheitere: Viele Ärzte nutzen keine Onlineterminvergabe und verschreiben DiGAs ungern, da die Vergütung für digitale Anbieter höher sei als für das ärztliche Gespräch. Die zentrale Frage lautet daher für ihn: Wer verdient am Ende durch welche Leistung Geld?

Von daher müssen seiner Ansicht nach finanzielle Anreize so verändert werden, dass alle Akteure Lust und Anreiz hätten, die Möglichkeiten der hybriden und digitalen Versorgung zu nutzen. Ein Allianz-Projekt zur Darmkrebsvorsorge hat laut Stehle eines deutlich gezeigt: Trotz eines ambitionierten Vorsorgeangebots lag die Teilnahmerate nur bei 4 bis 5 Prozent (im Gegensatz zu 70 Prozent in Skandinavien). Dies belege, dass man alle Beteiligten aktiv einbinden und ihre Beweggründe verstehen müsse. Abschließend wies er darauf hin, dass Kunden laut einer aktuellen Allianz-Marktforschung hohen Vertrauens in die Krankenkassen ungern Daten weitergeben würden – meist aus Angst vor Missbrauch.

Diskussion

Die anschließende Diskussion konzentrierte sich auf die mangelnde Integration der Digitalisierung, die fehlende Patientenorientierung und die fragmentierten Vergütungsstrukturen. Bernd Altpeter forderte, Plattformen müssten auf den Patientennutzen ausgerichtet sein, um Überforderung zu vermeiden und die Mitwirkung attraktiv zu gestalten. Dr. Hubmann bestätigte die Skepsis gegenüber der Datenweitergabe in Deutschland und betonte, dass man realistische Ziele anstreben müsse. Er berichtete von tiefem Frust in den Praxen aufgrund der technischen Infrastruktur, insbesondere der fehleranfälligen Konnektoren der Telematikinfrastruktur. Christian Wehner ergänzte schließlich, dass auch die Kassen mit mangelnder digitaler Integration kämpfen. Darum müssten Standards so gesetzt werden, dass vorhandene und funktionierende Kommunikationssysteme genutzt werden können, anstatt alles neu aufzubauen. Gesundheit finde nicht nur in Sektoren statt, sondern in allen Lebensbereichen, weshalb Versorgungsplattformen diese Integration leisten müssten. Dr. Stehle forderte abschließend, Digitalisierung nicht mit der gematik gleichzusetzen. Es gäbe viele wirksame Lösungen ohne TI. Entscheidend sei, die Nutzung durch Spaß und Entlastung für alle Akteure attraktiv zu machen. <<

Bildergalerie des MSD G



















esundheitspreises 2025













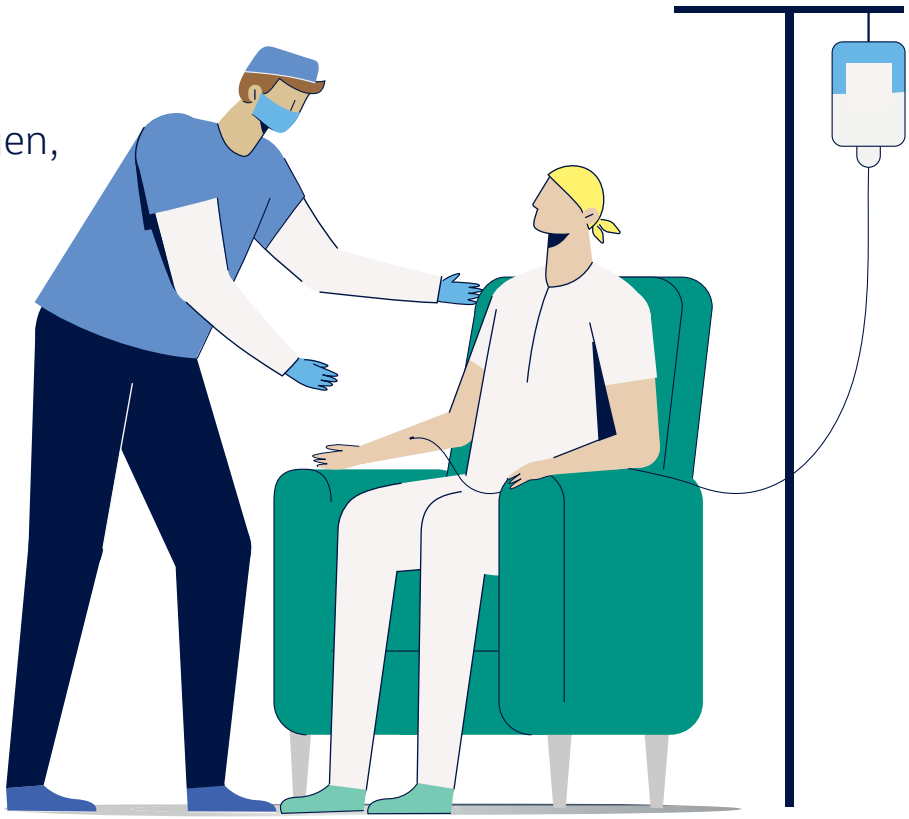


GESUNDHEITS**PREIS**
GESUNDHEITS**FORUM**
PUBLIKUMS**PREIS**

MSD

Verbessern Sie die Versorgung der Patient:innen in Deutschland?

Seit 2011 zeichnen wir mit dem MSD Gesundheitspreis Projekte aus, die dazu beitragen, die Patientenversorgung in Deutschland zu verbessern. Der Preis fördert Projekte, die nachweislich eine Verbesserung der medizinischen und/oder ökonomischen Ergebnisqualität zeigen.



MSD GESUNDHEITSPREIS 2026

Bewerben Sie sich mit Ihrem Versorgungsprojekt bis zum 31. März 2026.

Mehr Informationen unter:
go.msd.com/gp26a

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-07704