www.monitor-versorgungsforschung.de www.m-vf.de 01/26 19. Jahrgang

monitor VERSORGUNGSFORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit Karin Maag, unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses: „Wächterfunktion im Hinblick auf Qualität und Sicherheit"



Titelinterview mit Daniela Teichert, AOK Nordost; „Mut, Dinge zu tun, obwohl sie noch nicht im Gesetz stehen"



Titelinterview Prof. Dr. Louisa Specht-Riemenschneider, Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit: „Datenschutz als Innovationsermöglicher und Vertrauensanker"

„Gesundheit muss zur absoluten Chefsache erklärt werden" (Ostwald/Glaetzer)

„Innovation als Motor der Gesundheitsversorgung" (Hoffmann)

„Mehr Management in der Primärversorgung" (Häussler)

ISSN 1866-0533

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG

01/26 19. Jahrgang

Editorial

„MVF in Scopus aufgenommen" 4
Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Mut, Dinge zu tun ..." 6
Titelinterview: Daniela Teichert, AOK Nordost

„Wächterfunktion im Hinblick auf Qualität" 12
Titelinterview: Karin Maag. G-BA

„Datenschutz als Innovationsermöglicher" 18
Titelinterview: Prof. Dr. Louisa Specht-Riemenschneider, Datenschutz-Bundesbeauftragte

Vom Primär- zum umfassenden Versorgungssystem 22
14. MVF-Fachkongresses von „Monitor Versorgungsforschung"

Vor allem muss klar sein, wer das Sagen hat 26
Podiumsdiskussionen des 14. MVF-Fachkongresses von „Monitor Versorgungsforschung"

„Gesundheit muss zur absoluten Chefsache werden" 32
Interview: Prof. Dr. Dennis A. Ostwald (WifOR) und Dipl.-Kfm. Christoph Glaetzer (J&J)

Anhaltender politischer Wille nötig 39
WifOR-Whitepaper „Healthy Returns: A Catalyst for Economic Growth and Resilience"

Ursula von der Leyen: „vier zentrale Säulen" 40
Gedenksymposium für Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz (1943–2024)

Innovation als Motor der Gesundheitsversorgung 42
Impact des Innovationsfonds. Serienteil 2: Innovation

WISSEN / KOMMENTARE (Peer-Review)

Einführung eines Primärarztsystems 50
Kommentar von Dr. Dominik von Stillfried und Dr. Sandra Mangiapane, Zi

Pharma-KI: Transparenz und Leitplanken 54
Kommentar von Dr. Stefan Kahl, BearingPoint GmbH

Der erste Schritt in eine neue Ära? 56
Kommentar von Prof. Dr. Franz Porzsolt, Private Research Institute Clinical Economics

Zwischen Lifestyle und Leitlinie 62
Beitrag von Prof. Dr. Volker Nürnberg, Noah Boenninghausen MSc und Dr. Kai Blau

WISSENSCHAFT (Peer-Review)

Yannick Blum MSc / Larissa Brust MSc / Prof. Dr. phil. Matthias Weigl 65

Patientenbeiräte als strategische Partner für Patientensicherheit – Partizipative Entwicklung praxisnaher Handlungsempfehlungen aus dem PEPS-Projekt
Patientensicherheit ist ein zentrales Ziel moderner Gesundheitssysteme, dennoch treten weiterhin viele vermeidbare Ereignisse auf. Ein wenig genutzter Ansatz ist die Einbindung von Patientenbeiräten (PBR) auf organisationaler Ebene, die durch Erfahrung und Außensicht wichtige Impulse für Sicherheitsprozesse liefern.

Dr. rer. oec. Corinna Hentschker / Dr. rer. oec. Robert Messerle / Julia Schlüter MaHE / Prof. Dr. med. Jochen Schmitt MPH / Dr. med. Jürgen Malzahn 73

Effekte der Hybrid-DRGEinführung – eine Analyse auf Basis von AOK-Daten
Der Effekt der Einführung der Hybrid-DRG-Vergütung wird anhand bundesweiter GKV-Routinedaten der AOK der Jahre 2022 bis 2024 analysiert. Dargestellt werden für die fünf Leistungsbereiche die Fallzahlen (insgesamt, sowie stratifiziert nach ambulanter und stationärer Leistungserbringung) und der Effekt auf die Ausgaben in beiden Sektoren.

Prof. Dr. med. Bertram Häussler 82

Mehr Management in der Primärversorgung – Wege zu besseren Versorgungsprozessen
In Deutschland konzentriert sich die gesundheitspolitische Diskussion zurzeit stark auf Strukturfragen – etwa auf die Ausgestaltung von Primärversorgungszentren, regionale Planung oder die Rolle von Krankenhäusern in der ambulanten Versorgung. Demgegenüber wird im Folgenden die These vertreten, dass eine explizite Strategie zur Verbesserung von Versorgungsprozessen, insbesondere in der Primärversorgung, kurzfristig mehr Wirkung entfalten kann als weitere Strukturreformen.

Dr. jur. Tilo Mandry LLM Dr.-Ing. Norbert Gerbsch 87

Schutzimpfungen in Apotheken in Frankreich, Irland und der Schweiz: Potenzial für Deutschland?In Dieser Beitrag untersucht die Verabreichung von Schutzimpfungen in Apotheken in Deutschland und vergleicht die Erfahrungen mit Entwicklungen in Frankreich, Irland und der Schweiz

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung von 65plus auf den Seiten 48–49

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung von DNVF auf den Seiten 61–64

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des Aktionsbündnis Patientensicherheit auf den Seiten 94–95

STANDARDS

Impressum 2 News 11, 16, 21, 46, 49, 52, 53, 55, 60

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

Monitor Versorgungsforschung
Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung
19. 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
J.v.Hanstein-Str. 2, 53115 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	Prof. Dr. Stefan Schröder
aQua Zukunft durch Qualität	Dipl.-Kfm. Björn Broge
bbw fib Forschungsinstitut	Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn
BDI	Maria Kusmina
BertelsmannStiftung	Uwe Schwenk
Bosch Health Campus	Dr. Katja Vonhoff
DBfK	Vera Lux

Akteure

Abbott	Dr. Robert Haustein
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
Gesundheitsforen	Roland Nagel
INSIGHTHEALTH	Christian Luley
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
Deutsche Schlaganfall-Hilfe	Dr. Michael Brinkmeier
fbeta	Hans-Holger Bleß
IGES	Prof. Dr. Bertram Häussler
inav	Prof. Dr. Volker Amelung
OptiMedis	Prof. Dr. Oliver Gröne
Sepsis Stiftung	Prof. Dr. Konrad Reinhart
Zi Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland	Dr. Dominik von Stillfried
Janssen Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson	Christian Thams
KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns	Fabian Demmelhuber
Lilly	Michela Felberbaum
MEDICAL CONTACT	Prof. Dr. Stephan Burger
MSD Inventing for Life	Dr. Tim Husemann
Pfizer	Sarah Schmitter
PKV	Dr. Anke Schlieker
Roche	Dr. Jan Daniels-Trautner
SHL Gruppe Telemedizin	Martin Bartetzko
ukb universitätsklinikum bonn	Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Wolfgang Holzgreve

Persönliche Mitglieder

Dr. Christopher Hermann	Franz Knieps, Miller & Meier Consulting



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

Die Audio- und Video-dokumentation des 14. Fachkongres-ses von „Monitor Versorgungsforschung” zum Thema „Agenda 2030: Primärversorgung gestalten” finden Sie hier:

oder hier:

https://t1p.de/82xq4

MVF in Scopus aufgenommen

In eigener Sache: „Monitor Versorgungsforschung“ in Scopus indexiert > S. 16

Seit Ende 2025 ist „Monitor Versorgungsforschung” in Scopus gelistet, einer führenden internationalen Literaturdatenbank. Zitierhäufigkeit (CiteScore) und Resonanz unserer Beiträge werden damit systematisch gemessen. Das stärkt die internationale Sichtbarkeit deutschsprachiger Versorgungsforschung und verbessert ihre Auffindbarkeit. Ein wichtiger Schritt für das Fach und unsere Autor:innen.

Titelinterview mit Daniela Teichert, Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost > S. 6 ff.

„Wir brauchen den Mut, Dinge zu tun, obwohl sie vielleicht noch nicht explizit in einem Gesetz stehen, aber bereits erlaubt und damit möglich wären.“ **Daniela Teichert**, Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost, plädiert für eine Wende von der starren Arztzentrierung zu interprofessionellen Primärversorgungszentren, die durch Delegation und sektorenübergreifende Planung eine bessere Versorgung ermöglichen.

Titelinterview mit Karin Maag, Gemeinsamer Bundesausschuss > S. 12 ff.

„Die Krankenhausreform ist in der aktuell immer noch nicht endgültigen Form in meinen Augen nicht zwingend eine Qualitätsverbesserung.“ **Karin Maag**, unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss, betont, dass der G-BA seine Wächterfunktion für die Patientensicherheit auch gegen politische Widerstände und wirtschaftliche Interessen verteidigt. Qualität und Evidenz müssen sektorübergreifend der verbindliche Maßstab sein.

Titelinterview mit Prof. Dr. Louisa Specht-Riemenschneider, Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit > S. 18 ff.

„Es ist mir ein besonderes Anliegen, Datenschutz als Innovationsermöglicher und Vertrauensanker zu stärken und weiter zu etablieren.“ **Professorin Specht-Riemenschneider** widerspricht der Mär vom Datenschutz als Innovationshindernis und plädiert für eine beratungsorientierte Aufsicht. Die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung muss auf „Data Protection by Design“ basieren, um das Vertrauen der Patient:innen zu sichern.

14. MVF-Kongress „Agenda 2030: Primärversorgung gestalten“ > S. 22 ff.

Diese Ausgabe dokumentiert die Ergebnisse unseres 14. MVF-Kongresses, der als Zukunftswerkstatt den notwendigen Wandel von der Arztzentrierung zu multiprofessionellen Primärversorgungszentren und konkrete Realisierungswege analysiert.

Herausgeberbeirat

Wir begrüßen **Martin Bartetzko** von **SHL Telemedizin, Björn Broge** vom **aQua-Institut**, **Dr. Robert Haustein** von **Abbott** und **Dr. Anke Schlieker** vom **Verband der Privaten Krankenversicherung** als neue Mitglieder im Herausgeberbeirat. Mit ihnen sind vier weitere wichtige Akteure des Gesundheitssystems vertreten. Für den **BDI** übernimmt **Maria Kusmina** von **Rabea Knorr** und für **Johnson & Johnson** wirkt **Christian Thams** als Nachfolger von **Christian Hilmer** mit. Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit. Allen Beiratsmitgliedern danken wir herzlich für ihr Engagement. > S. 3

Wissenschaftliche Beiträge

Blum, Brust und **Weigl** beschreiben auf Basis des PEPS-Projekts praxisnah die Entwicklung von Patientenbeiräten zu strategischen Partnern für die Patientensicherheit. > S. 65 ff.

Hentschker u. a. analysieren die AOK-Routinedaten zur Einführung der Hybrid-DRGs. > S. 73 ff.

Häussler entwickelt das Konzept einer systematischen Steuerung von Versorgungsprozessen – gestützt durch ein „Enterprise Resource Planning (ERP)“-artiges Modell. > S. 82 ff.

Mandry und **Gerbsch** vergleichen Apotheken-Schutzimpfungen in Europa. > S. 87 ff.

Ich wünsche Ihnen für das neue Jahr – trotz der zahlreichen großen Herausforderungen, die uns 2026 erwarten, – inspirierende Lektüre und wichtige Impulse für Ihre Arbeit.

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



Im Interview: Daniela Teichert, Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost

„Mut, Dinge zu tun, obw noch nicht im Gesetz st

„NAVIGATION", „ProReVers", „ErwiN" und das Krankenhaus in Seelow, das zu einem Campus der Gesundheitsversorgung umgebaut wird: Kommt man mit Daniela Teichert, der Vorstandsvorsitzenden der AOK Nordost, ins Gespräch, fallen ihr jede Menge Innovationsfonds- und sonstig geförderte Projekte ein, die schon jetzt zeigen, dass eine andere, eine neue Art der Primärversorgung schon heute möglich ist. Doch möglich heißt nicht automatisch bereits effizient funktionierend, weil die aktuelle Gesetzgebung nur begrenzt flexibel ist. Generell vermisst sie bei Politik wie Kassen „den Mut, Dinge zu tun, obwohl sie vielleicht noch nicht explizit in einem Gesetz stehen, aber bereits erlaubt und damit möglich wären".

>> Stellen wir uns das Jahr 2040 vor, in dem Deutschland über ein nahezu perfekt funktionierendes Gesundheitssystem verfügt. Welche zentralen Errungenschaften sehen Sie aus Sicht einer Krankenkasse?

Aus Sicht der Krankenkassen läuft es genau nach unserem Wunsch. Wir sind im Jahr 2040 – also in nicht einmal 15 Jahren – im internationalen Vergleich endlich nicht mehr das Schlusslicht, was die meisten Arzt- und Patientenkontakte sowie ambulant mögliche Eingriffe betrifft. Das sind Bereiche, in denen wir momentan wirklich ganz hinten rangieren.

Wie begründen Sie diesen Optimismus?

Wir haben bis 2040 hoffentlich ein Planungssystem für die gesundheitliche Versorgung, in dem alle Ebenen der Gesundheitsversorgung – Krankenhäuser, Arztpraxen, Pflege, Therapieeinrichtungen und psychosoziale Beratungsstellen – miteinander und aufeinander abgestimmt werden. Dieses System basiert jedoch nicht auf bloßen Annahmen, sondern auf validen Erhebungen, Analysen und allen schon heute verfügbaren Daten, aus denen die konkreten Bedarfe abgeleitet werden. Das hilft uns dabei, die personellen, diagnostischen und finanziellen Ressourcen effizient einzusetzen. Dadurch schaffen wir unter anderem die Basis für eine leicht zugängliche, spezialisierte und interdisziplinäre ambulante Primärversorgung. Gut vernetzte, digital unterstützte Strukturen und eine gute Infrastruktur sorgen dafür, dass die Patientinnen und Patienten jederzeit Zugang zu der Versorgung haben, die sie gerade benötigen. Wir haben außerdem einen sorgfältigen Umgang mit Arztterminen sichergestellt, wobei ich hier eher von Praxiskontakten sprechen möchte. Denn in einer aktuellen Forsa-Umfrage des AOK-Bundesverbandes wurde festgestellt, dass Patientinnen und Patienten – unsere Versicherten – sich schon heute eine bessere Steuerung ihrer Versorgung wünschen.

wohl sie
tehen"

Diese Aussage erstaunt, weil die Patientenschaft doch angeblich die freie Arztwahl bevorzugt, um möglichst direkt einen Facharzt aufsuchen zu können. Ihre Umfrage legt nun anscheinend nahe, dass sich die Patientenschaft tatsächlich eine stärkere Steuerung und Lotsenfunktion wünscht?

In erster Linie wünschten sich die Befragten, zum richtigen Zeitpunkt in die richtige Versorgungsstufe – zum Beispiel Facharztpraxis, Krankenhaus, Rehaklinik oder Therapieeinrichtung – gesteuert zu werden. Genau das erleben viele Betroffene heute nicht, weil sie beispielsweise enorm lange Wartezeiten für Facharzttermine in Kauf nehmen müssen.

„Wir brauchen Richtlinien, die strukturelle, personelle und qualitative Anforderungen in interprofessionellen Teams definieren."

Welche politischen und strukturellen Weichenstellungen benötigen wir, damit das von Ihnen kurz angerissene Szenario in nicht einmal 15 Jahren Wirklichkeit werden kann?

Wir brauchen vor allen Dingen die Einführung eines sektorenübergreifenden Planungssystems, das stationäre, ambulante, pflegerische und therapeutische – am besten auch gleich soziale – Versorgung einschließt. Hierfür sind klare Strukturmerkmale nötig, die aber nicht ständig verändert werden dürfen. Außerdem ist es dringend notwendig, dass wir keine Strukturen mehr aufrechterhalten müssen, die nicht evident und stellenweise auch gar nicht mehr notwendig sind. Schon heute sehen wir, dass in einer gut abgestimmten Primärversorgung viele stationäre Maßnahmen bei gleicher Qualität auch ambulant durchgeführt werden könnten. Was wir ebenfalls brauchen, sind Richtlinien, die strukturelle, personelle und qualitative Anforderungen in interprofessionellen Teams definieren.

„Monitor Versorgungsforschung" hat in Ausgabe 06/25 ein Interview mit der Gesellschaft Gesundheit Österreich GmbH geführt, die vor genau zehn Jahren ein Primärversorgungssystem in Österreich eingeführt hat. Inzwischen wurden in unserem Nachbarland landesweit über 100 Primärversorgungseinheiten aufgebaut, gefördert durch 100 Millionen Euro der EU. Diese Förderung könnte sich auch Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern als Modellprojekt für Deutschland sichern.

Es gibt immer Lösungen, man muss sie nur wollen und dann mutig umsetzen. Wir sind dabei. In unserem Innovationsfondsprojekt NAVIGATION beispielsweise werden Patientinnen und Patienten schon jetzt in einem Primärversorgungszentrum von einem Team aus Community Health Nurses, Hausärztinnen und -ärzten, Psychologen und Psychologinnen sowie Sozialarbeiterinnen und -arbeitern versorgt. Gemeinsam entwickeln die Fachkräfte einen individuell abgestimmten Versorgungspfad, der auch soziale Faktoren berücksichtigt. Die Community Health Nurses sind speziell ausgebildete Pflegefachkräfte, die in dem Projekt nicht nur Teil des interprofessionellen Teams sind, sondern die klinische Leitung und zentrale Steuerungsfunktion haben. Darin unterscheidet sich NAVIGATION von anderen Primärversorgungsansätzen, wo diese Rolle beispielsweise von Hausärztinnen und -ärzten übernommen wird. Die Primärversorgungszentren, die wir anstreben, sind nicht arztzentriert.

Sondern?

Wir plädieren für eine gut abstimmte Versorgung durch ein interprofessionelles Team. Das Primärversorgungszentrum, wie wir es denken, bündelt die Kompetenzen verschiedenster Gesundheitsberufe unter einem Dach und geht über das Portfolio eines Hausarztes weit hinaus. Natürlich wird es immer eine Hausärztin oder einen Hausarzt geben und sie werden auch immer genug zu tun haben.

Doch sollten wir delegierbare Leistungen und Aufgaben definieren, die auch speziell ausgebildete nichtärztliche Fachkräfte eigenständig übernehmen können – zum Beispiel eben Community Health Nurses oder ein gut ausgebildeter Physician Assistent, kurz PA. Das ist aber nur wirtschaftlich, wenn dann auch eine gewisse Anzahl von Patientenkontakten – sagen wir ein Drittel – vom Arzt weg verlagert werden kann. Das wird der Ärztin oder dem Arzt vor Ort die Möglichkeit eröffnen, sich genau um die Fälle zu kümmern, die ihre beziehungsweise seine volle Aufmerksamkeit und Zeit erfordern – was besonders im Rahmen der Ambulantisierung und bei der Behandlungsqualität eine wichtige Voraussetzung sein wird. Mit den aktuellen Vorgaben wird es allerdings recht schwierig, von der Arztzentrierung weg und hin zu einer interprofessionellen Steuerung zu kommen.

Warum sollte ein Arzt oder ein PA in einem Primärversorgungszentrum arbeiten und nicht woanders?

Weil diese neuen Primärversorgungszentren attraktiv für sie sind. Viele Gesundheitsberufe werden es anerkennen, wenn ihre Kompetenzen anders gefordert, gefördert und mehr als bisher geschätzt werden, etwa durch eigenverantwortliche Tätigkeiten. Es geht dann aber auch darum, dies in ein Konzept und Umfeld einzubauen, dass sich die Patienten daran gewöhnen und es auch schätzen. Das wird uns gelingen, wenn den Patientinnen und Patienten das Gefühl gegeben wird: „Es ist keine schlechtere Behandlung, nur weil es nicht mehr der Arzt macht." Das muss man adäquat kommunizieren. Und natürlich in der konkreten Umsetzung immer wieder beweisen.

Ist das nicht auch eine Chance für eine höhere Attraktivität vieler Professionen im Gesundheitsbereich?

Aber sicher. Ein großer Vorteil wird sein, dass wir wieder junge Menschen in diese Berufe holen können, die diese aktuell vielleicht ausschließen, weil sie nicht so wertgeschätzt werden, wie es sein sollte. Dort, wo Praxen bereits so ähnlich arbeiten, sehen wir jedenfalls, dass sie weder Nachwuchs- noch Rekrutierungsprobleme haben.

Bei alldem drängt sich die Frage auf: Wo ist der berühmte Haken?

Das Risiko aus unserer Sicht ist, dass Primärversorgung kein eigener neuer Sektor werden darf. Unserer Vorstellung nach muss ein neues Primärversorgungssystem in die sektorübergreifende Gesamtplanung eingebunden werden und rein aus der Bedarfsnotwendigkeit heraus entstehen. Es wird damit immer eine bedarfsgerechte Alternative sein, aber es darf – das muss ich betonen – kein neuer Sektor geschaffen werden, weil sich in den anderen Sektoren dann nichts, aber absolut gar nichts ändern wird.

Wieso?

Nehmen wir das Beispiel ambulanter Operationen im Krankenhaus: Wenn Kliniken ambulante Operationen mit den gleichen Operateuren und im gleichen Setting durchführen sollen wie bisher, haben sie schlicht ein Kostenproblem, weil sie es dann genauso machen, wie sie es gelernt und immer schon gemacht haben. So wird man aber nie Effizienzvorteile herausarbeiten können, wie sie in rein ambulanten Einrichtungen durchaus möglich sind, die dabei keine schlechtere Qualität liefern. Will heißen: Wenn ein neuer Sektor entsteht, wird der vielleicht funktionieren, aber die anderen werden weiterarbeiten wie bisher. Wie soll so Innovation in die Regelversorgung kommen?

Die Gefahr könnte jedoch darin bestehen, dass die Patientenschaft Primärversorgung als Sparmaßnahme begreift und sagt: „Jetzt wird alles noch schlechter."

Es liegt in unserer Hand, das zu verhindern: indem die Qualität nicht schlechter, sondern sogar besser wird. Unser Innovationsfondsprojekt „ErwiN – Erweiterte Übertragung von arztentlastenden Tätigkeiten in ArztNetzen" zeigt, dass die Patientinnen und Patienten zufrieden sind, wenn sie von einer qualifizierten Pflegekraft bei bestimmten Indikationen vollumfänglich – und in Abstimmung mit einem Arzt – versorgt werden. Wohlgemerkt: Im häuslichen Umfeld und ohne dafür in die nächste Stadt in eine Arztpraxis fahren zu müssen.

„Ich vermisse den Mut in der Politik, klar zu sagen: ‚Unsere Strukturen müssen sich verändern, und das ist gut so, weil die Versorgung dadurch nicht schlechter, sondern besser wird.'"

Wie erkennt man denn, welche Patient:innen eigentlich nicht in die Arztpraxis gehören?

Im bisherigen System ist das leider gar nicht möglich. Patientinnen und Patienten haben im Moment ein medizinisches oder vielleicht auch ein soziales Versorgungsproblem, das sie nur gelöst bekommen, wenn sie in eine Arztpraxis gehen. Das sollte nicht mehr so sein.

Wo sehen Sie die größeren Schwierigkeiten, was notwendige Veränderungen betrifft: beim fehlenden Mut der Politik, eine wirkliche Strukturveränderung herbeizuführen? Oder beim Beharrungsvermögen der tätigen Akteure? Oder vielleicht in der seit Jahrzehnten etablierten Kultur unseres Gesundheitswesens?

Der Politik ist schon klar, dass sich die Strukturen verändern müssen, um die Versorgung zu sichern und auch besser zu machen. Leider ist unser Gesundheitswesen sehr sektoral aufgestellt. Gerade wird die Krankenhausreform umgesetzt, jetzt folgt die Notfallreform und bald die Primärversorgung. Das muss sinnvollerweise eigentlich aus einem Guss kommen und in gemeinsamen Planungs- und Versorgungsprozessen abgebildet werden. Und natürlich braucht es den Mut, Prozesse und Strukturen dann auch wirklich zu verändern. Stattdessen werden wichtige Strukturinnovationen immer wieder durch Bewahrungstendenzen und finanzielle Partikularinteressen konterkariert. Ich vermisse aber auch die breite Basis der Ärzteschaft, die sagt: „Wir können so nicht weitermachen. Wir müssen uns und unsere Praxisorganisation anpassen, mehr delegieren und substituieren." Das gilt ebenso für die Einbeziehung weiterer Akteure, wie etwa die Apotheken und die Pflege. Die Bereitschaft,

Aufgaben in der Region anders zu verteilen, erlebe ich bisher nur sehr selten und meist nur regional, nämlich dort, wo die Schmerzpunkte am größten sind. Wo auch der Letzte endlich verstanden hat: Mit den bestehenden Strukturen schaffen wir das nicht mehr. Dabei ist Veränderungsbereitschaft überall notwendig, nicht nur in unterversorgten oder ländlichen Strukturen. Auch in urbanen Strukturen gibt es Probleme und nicht erfüllte Bedarfe.

Wie kommt man aus diesem ermüdenden Kreislauf heraus, der fast zwangsläufig zu einem immer schlechteren Ergebnis führen muss?

Wir brauchen den Mut, Dinge zu tun, obwohl sie vielleicht noch nicht explizit in einem Gesetz stehen, aber bereits erlaubt und damit möglich wären. Das ist übrigens auch bei uns Kassen so: Man möchte etwas tun, aber weil die gesetzliche Grundlage fehlt, wird erst einmal nichts oder nicht das eigentlich bereits Mögliche getan. Ich bewundere den Mut einiger Akteure in der Gesundheitsversorgung, Projekte wie die Umwandlung eines Krankenhauses in ein Ambulant-Stationäres Zentrum einfach anzugehen und zu sagen: „Wir finden schon irgendwie eine Lösung." Wir müssen viel mehr über solche positiven Beispiele und Ansätze sprechen, denn das macht Mut und kann vielleicht ein Stück weit die aktuell spürbare Lähmung und Mutlosigkeit der Politik auffangen.

Neben Mut und Gestaltungswillen: Was braucht es noch?

Ein regelmäßiger Austausch zwischen allen relevanten Akteuren ist enorm wichtig. Das Land Brandenburg zum Beispiel hat mit dem Projekt "Versorgungsbedarfsanalysen Brandenburg" die Strukturen in fünf Versorgungsregionen analysieren lassen und über regionale Foren und Projektgruppen erste Gespräche mit den Akteuren vor Ort angestoßen. Nur so werden wir weiterkommen. Wir müssen den Akteuren vor Ort eine Idee zur Umsetzung geben, wie sie die Prozesse in den Praxen oder Einrichtungen übergreifend verändern und an die realen Bedarfe anpassen können.

Und wie wollen Sie diese realen Bedarfe herausfinden?

Dafür haben wir beispielsweise das Innovationsfondsprojekt ProReVers – Prospektive Regionale sektorenübergreifende Versorgungsplanung – ins Leben gerufen. Es verfolgt die zentrale Fragestellung: Wie kann die Gesundheitsversorgung – insbesondere in einer stark ländlich geprägten Region – bei immer knapper werdenden Ressourcen stabilisiert werden? Das lässt sich nur dann fundiert beantworten, wenn die gegenwärtige Problemlage gut analysiert und beschrieben ist. Hier zeigt sich in ProReVers, dass eine Befragung der Versorgenden und der Bevölkerung vor Ort zu ihren Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung wichtige zusätzliche Erkenntnisse liefert. Auf Basis dieser Analyse zur regionalen Problemlage hat man sich in sogenannten regionalen Planungskonferenzen mit den Akteuren vor Ort getroffen und gemeinsam konkrete Empfehlungen für versorgungsstrukturelle Anpassungen – in sektorenübergreifender Sicht – entwickelt. Die Möglichkeiten und regionalen Herausforderungen für die Ambulantisierung von Leistungen standen dabei besonders im Fokus. Aber nicht nur der Austausch ist sehr wichtig.

Was noch?

In den ländlichen Gebieten von Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern – aber auch in anderen Bundesländern – gibt es beispielsweise immer wieder Krankenhäuser, die kurz vor der Insolvenz stehen oder deren Gesellschafter aus ökonomischen Gründen oder wegen Anforderungen aus der Krankenhausreform ganz oder aber einzelne Abteilungen schließen wollen. Darauf gibt es in der Politik und in den Kommunen vor Ort meist sofort die reflexartige Gegenreaktion: „Das geht auf keinen Fall, wir müssen die bestehenden Strukturen aufrechterhalten." Egal ob das sinnvoll ist oder nicht. Die Reaktion ist auch nachvollziehbar. Die Menschen haben Angst, dass im Zweifel ihre medizinische Versorgung nicht mehr gewährleistet ist oder sie in Zukunft dafür sehr weite Wege in Kauf nehmen müssen. Die Ärzteschaft und andere Gesundheitsberufe befürchten vielleicht negative Auswirkungen auf ihre eigene Arbeit. Die Landes- und Kommunalpolitik möchte ihrer Daseinsvorsorgepflicht gerecht werden und die Wählerinnen und Wähler nicht vor den Kopf stoßen. Deshalb muss man bei solchen Veränderungsprozessen alle Beteiligten vor Ort von Anfang an einbinden und eine gute Alternative aufzei-



Daniela Teichert

ist seit mehr als 35 Jahren für die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) tätig. Ihre Berufslaufbahn startete sie 1990 mit ihrer Ausbildung zur Sozialversicherungsfachangestellten in Cottbus; anschließend übernahm sie bereits früh, mit 22 Jahren, erste Führungsaufgaben. Nach ihrem Studium der Gesundheits- und Sozialökonomie an der Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie Berlin war sie in weiteren verschiedenen Führungspositionen und Projekten tätig. Ab April 2016 war sie Mitglied der Geschäftsleitung und verantwortlich für das Ressort Markt- und Versicherungsservice. Seit Januar 2020 ist Daniela Teichert Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost. Neben ihrer hauptberuflichen Tätigkeit für die AOK Nordost engagiert sie sich ehrenamtlich für Schulprojekte und den Jugendsport. Daniela Teichert ist verheiratet und hat zwei Kinder.

gen. Damit sie wissen, da wird nicht nur einfach etwas dichtgemacht, sondern da wird etwas Besseres entstehen.

Haben Sie ein Beispiel, wie das gut funktionieren kann?

Wie das gehen kann, zeigt gerade das Krankenhaus in Seelow. Dort haben wir mit allen Akteuren gesprochen und gemeinsam eine Lösung erarbeitet. An diesem Standort wird nun ein Campus der Gesundheitsversorgung aufgebaut. Der wird nicht mehr nur stationär agieren, sondern viel breiter aufgestellt sein, multiprofessionell, inklusive Kurzzeitpflege, Apotheke und Sanitätshaus. Damit wird eine neue, zukunftsfähige Struktur aufgebaut, die eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung ermöglicht.

Könnte das ein Modell für alle Regionen in Deutschland sein?

Sicher. Die Idee des bedarfsgerechten Umbaus von Krankenhäusern kann eigentlich überall umgesetzt werden, wenn man es denn wirklich will. Damit würde auch die Krankenhausreform besser funktionieren, als wenn immer gleich von Standort- oder Abteilungsschließung gesprochen wird. Wichtig ist vor allem die positive Botschaft einer bedarfsgerechten Veränderung.

Neben Seelow haben Sie vorhin das Innovationsfondsprojekt „ErwiN" als ein solches Beispiel für eine bedarfsgerechte Veränderung genannt. Können Sie da noch etwas mehr zu sagen?

Genau, ErwiN steht wie gesagt für die erweiterte Übertragung von arztentlastenden Tätigkeiten in Arztnetzen. In der Projektlaufzeit soll eine staatlich anerkannte Zusatzausbildung für Spezialisierte Pflegefachpersonen, kurz SPFP, entwickelt und umgesetzt werden. Wir bekommen das Feedback von den Patientinnen und Patienten, dass sie sich in dem Projekt sehr gut versorgt fühlen, weil sie nicht mehr unbedingt die Arztpraxis aufsuchen müssen, sondern – nach Abstimmung mit dem behandelnden Arzt – von speziell ausgebildeten Pflegekräften im häuslichen Umfeld versorgt werden. Aber das Projekt hat uns auch Grenzen aufgezeigt, die eigentlich nicht sein müssten.

Welche wären das?

Bei den teilnehmenden Patientinnen und Patienten handelt es sich oft um ältere Menschen, von denen viele in ländlichen Gebieten mit schlechter Infrastruktur wohnen. Denen hilft es schon enorm, sich nicht mehr ständig darum kümmern zu müssen, wie sie überhaupt zum nächsten Arzt kommen. Doch diese Menschen stellen dann eben mitunter die durchaus nachvollziehbare Frage: „Können Sie mich nicht gleich auch impfen?" Das aber muss dann die gut ausgebildete Pflegekraft derzeit ablehnen, da Impfen nur in einer Arztpraxis erlaubt ist, obwohl auch dort der Arzt nicht immer persönlich anwesend ist.

Müsste man hier nicht stärker auf die Landes- statt auf die Bundespolitik setzen, oder ist es immer gleich eine SGB-V-Frage?

Beim genannten Beispiel geht es explizit um eine notwendige Änderung des entsprechenden Paragrafen. Genau deshalb setzen wir uns an mehreren Stellen für eine Änderung des SGB V ein, nicht nur in Bezug auf die Impfsituation, sondern insbesondere bei der sektorübergreifenden Versorgungsplanung. Dafür braucht es jedoch den politischen Willen. Nur so kommen wir weg von den vielen Modellvorhaben, die zwar gut gemeint sind, aber immer an die harte Realität der Gesetzesnormen stoßen. Solange die Politik nicht explizit festlegt, dass positiv evaluierte Ergebnisse in die Regelversorgung aufgenommen werden müssen, wird wenig oder gar nichts geschehen.

Sie haben demnächst die ersten Ergebnisse des Projekts „ProReVers – Prospektive regionale sektorenübergreifende Versorgungsplanung" auf dem Tisch. Was erhoffen Sie sich davon?

Wir hoffen, dass die im Forschungsprojekt ProReVers entwickelten Instrumente und Verfahrensweisen auch für weitere Regionen Anwendung finden. Bedingung ist, dass sich in einer Region Willige finden, die bereit sind, neue Wege zu gehen. Und natürlich müssen die Rahmenbedingungen so sein, dass in den Regionen abweichende beziehungsweise neue Versorgungsansätze vereinbart und umgesetzt werden können. Eine Vielzahl von Lösungen wäre bereits gesetzlich möglich, schafft es aber momentan aufgrund der Starrheit der Systeme nicht in die Umsetzung. Auch dafür werden im Projekt Vorschläge formuliert. Dank ProReVers können wir mit den Versorgenden vor Ort konkrete Ideen entwickeln, wie die kommunalen und lokalen, oft recht unterschiedlichen Bedarfe in Zukunft gedeckt werden können. Wir sollten aber künftig nicht mehr nur auf Arztpraxis, Versorgungszentrum und Krankenhaus schauen, sondern wir müssen auch andere Versorgungsstrukturen betrachten und hinzuziehen. Dazu braucht es eine gesetzliche Öffnung der Delegation und Substitution. Dann darf es aber auch kein Nebeneinander, sondern es muss immer ein Miteinander sein. Es muss zudem absolut klar sein, wer was macht und wer verantwortlich ist. All das kann nur funktionieren, wenn dieses System auf einem Vertrauensverhältnis aufgebaut ist.

Und wie sieht es mit Anreizen aus?

Sicher. Die brauchen wir auch. Aber die gibt es bereits. Wir haben zum Beispiel die Entbudgetierung in der hausärztlichen Versorgung. Eine niedergelassene Ärztin oder ein niedergelassener Arzt könnte demnach viel mehr Patienten als bislang versorgen. Aber sie erkennen dann: Das schaffe ich ja allein gar nicht. Also wird beispielsweise ein Physician Assistant eingestellt. Das bedeutet aber auch: Man muss auf einmal Delegation oder Substitution organisieren, weil sich das Ganze sonst nicht lohnt. Das heißt: Die Ärztin oder der Arzt wird aus rein finanziellem Eigeninteresse bestimmte Leistungen abgeben, wenn sie oder er es denn darf.

Dieses System kann doch heute schon funktionieren.

Durch die Entbudgetierung dürfte es für die hausarztzentrierte Versorgung kein Problem geben. Bei den Fachärzten ist es ein Thema der Verteilung. Deshalb sage ich: Es darf keinen separaten Sektor geben. Das Geld ist nur einmal da. Solange das auf der Basis von Daten und realen Bedarfen passiert, kann jedoch der Verteilmechanismus anders organisiert werden. Was aber auch heißt, dass gewisse Besitzstände infrage gestellt werden.

Können Sie diese Bereitschaft bereits erkennen?

Wir haben noch einen weiten Weg vor uns. Aber zumindest in Brandenburg haben wir schon weit mehr als den berühmten ersten, schwierigsten Schritt getan. Durch die im Rahmen von „ProReVers"

initiierten Regionalkonferenzen haben wir zum ersten Mal überhaupt alle Stakeholder für eine Versorgungsregion an einen Tisch bringen können. Vorher gab es zwar separate Planungsstrukturen für die stationäre und die ambulante Schiene, aber es gab keine Abstimmung untereinander. Nun aber sind wir in der Lage, eine sektorenübergreifende Sicht einzunehmen und die in der Region vorhandenen personellen Ressourcen entsprechend einzusetzen – bedarfsgerecht und effizient.

Fehlt da nicht nur noch ein Konzept, wie die vielen nötigen Primärversorgungszentren am besten strukturiert werden können, um angehende Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte zu begeistern?

Das wäre natürlich die Krönung des Ganzen. Wir sind schon froh, wenn wir miteinander reden, gemeinsam die Daten analysieren, zu einem Konsens kommen und dann gemeinsam für die Zukunft planen.

Woran würden Sie den Erfolg festmachen, wenn diese Primärversorgungszentren einmal eingeführt sind?

Ein Indikator wären beispielsweise weniger Arzt-Patienten-Kontakte bei zumindest gleichbleibender – wenn nicht gar besserer – Versorgungsqualität mit zeitnaher Terminvereinbarung und hoher Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten. Laufende Befragungen der Patientinnen und Patienten und der Leistungserbringenden müssen uns zeigen, dass gesteuerte Versorgung besser funktioniert. Wenn das nicht der Fall sein sollte, dann müssten wir etwas nachsteuern.

Es ist doch schade: Wir investieren so viel Geld in die Gesundheitsversorgung, aber wir messen so wenig das Ergebnis.

In jeder anderen Branche wird das getan: Wer investiert, will sehen, wie es um den Return on Investment steht. Im Gesundheitssystem hingegen wird immer mehr Geld in die gleichen Strukturen gegeben, ohne zu fragen, warum eigentlich. Daher ist mein Wunsch: Lasst uns statt der bisherigen Gießkannen-Budgets nur noch in bedarfsgerechte Strukturen investieren, die wirklich die Regelversorgung verändern. Das sollen keine Sparmaßnahmen sein, sondern ganz ausdrücklich qualitätsverbessernde Maßnahmen. Wir müssen glaubwürdig vermitteln, dass Effizienz in der Versorgung gleichzeitig auch Prozessoptimierung ist.

Frau Teichert, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Zitationshinweis

Teichert, D., Stegmaier, P.: „Mut, Dinge zu tun, obwohl sie noch nicht im Gesetz stehen", in „Monitor Versorgungsforschung" (06/25), S. 6–11. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2790

Telemedizin: Chancen und Hürden

>> Die pädiatrische Versorgung steht vor einem digitalen Umbruch. Während die Telemedizin während der Covid-19-Pandemie aus der Notwendigkeit heraus einen massiven Schub erlebte, untersuchen Expert:innen nun, wie Virtuelle Visiten (VVs) dauerhaft und effektiv in den klinischen Alltag integriert werden können. Eine aktuelle spanische Studie (1) eines Forscherteams um Isabel Castro Garrido vom Department of Pediatrics des Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, zeichnet ein klares Bild: Die Bereitschaft der über 300 befragten Fachkräfte ist hoch, doch die technische Infrastruktur und die digitale Kompetenz hinken vielerorts noch hinterher.

Die Akzeptanz unter Kinderärzten und Pflegepersonal ist beeindruckend: fast 90% der Befragten befürworten, dass ihr Arbeitsplatz virtuelle Visiten anbieten sollte. Dabei wird die Technologie primär als Ergänzung zur persönlichen Betreuung und nicht als Ersatz gesehen. Besonders nützlich werden nach Einschätzung der Befragten VVs bei der Besprechung von Testergebnissen (81,6%), bei Nachsorgeterminen (74,5%) und der Überwachung chronischer Erkrankungen eingestuft. Dabei variiert der wahrgenommene Nutzen stark mit dem Alter der Patient:innen: Während VVs für Jugendliche als sehr geeignet (86,5%) empfunden werden, sieht das Fachpersonal bei Säuglingen (39,7%) aufgrund der Notwendigkeit körperlicher Untersuchungen deutlich engere Grenzen.

Trotz der positiven Grundstimmung identifiziert die Studie signifikante Hindernisse. An erster Stelle stehen technische Probleme wie instabile Internetverbindungen (52,6%) und Bedenken hinsichtlich der Datensicherheit (37,4%). Ein weit tieferliegendes Problem ist jedoch das menschliche Element: Etwa ein Viertel der Fachkräfte gab an, dass ihnen das Vertrauen im Umgang mit digitalen Werkzeugen fehlt.

Damit die digitale Transformation gelingt, fordern die Autor:innen der in dem Open Access-Medium „Children" veröffentlichten Studie gezielte Maßnahmen: Immerhin über 72% der Fachkräfte signalisieren Interesse an spezifischen Schulungsprogrammen. <<

Link: 1: https://doi.org/10.3390/children13010031

Was passiert, wenn ChatGPT Health kommt?

>> „Strukturwandel mit ChatGPT Health – ein Startschuss für Substitution und Produktivitätssprung?", lautet der Titel eines neuen Linkedin-Beitrags von Prof. Dr. Axel Mühlbacher, Professor für Health Economics und Health Care Management an der Hochschule Neubrandenburg. In seinem Artikel befasst er sich mit der Ankündigung des US-Unternehmens OpenAI mit „ChatGPT Health" (zunächst ohne EWR/Schweiz/UK) einen separaten Gesundheitsbereich in ChatGPT aufzubauen, in dem Nutzer Gesundheitsfragen stellen und (je nach Region) Unterlagen sowie Daten aus Apps anbinden können.

„ChatGPT Health" soll als eigener Bereich innerhalb von ChatGPT angelegt werden, getrennt von normalen Chats, mit erhöhten Datenschutzvorkehrungen. Nutzer sollen dort z. B. Laborwerte besser verstehen, sich auf Arztgespräche vorbereiten oder Muster über die Zeit erkennen. Mühlbacher: „Disruption heißt nicht ‚KI ersetzt Ärzte oder menschliches Know How'. Disruption heißt: Ein neuer Player übernimmt große Teile der Vor- und Nebenarbeit rund um Versorgung – und verschiebt Macht, Prozesse, Rollen und Wertschöpfung." <<



© Svea Pietschmann/G-BA

„Wächterfunktion im Hi
auf Qualität und Sicherh

Im Titelinterview: Karin Maag, unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses

Einen wahren Parforceritt durch aktuelle Themen der Qualitätssicherung gibt Karin Maag, seit Juli 2021 unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses, im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung". Die Themen reichen von Mindestmengenregelung, Qualitätsindikatoren wie plan.QI und DeQS, die Nutzung von Routine- und Registerdaten bis hin zur Abschaffung anlassbezogener Kontrollen durch das KHVVG. Dabei betont die ehemalige Bundestagsabgeordnete und als solche gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion mehrmals und sehr entschieden: „Es bleibt bei unserer Wächterfunktion für die Patientensicherheit."

>> Frau Maag, einer der aktuell viel diskutierten Punkte ist das bereits im November 2024 vom Bundesrat gebilligte und auf Betreiben der Bundesländer nachjustierte Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), neue Leistungsgruppen und Level-1i-Häuser seien hier genannt. Gerade der GKV-Spitzenverband macht sich Sorgen um Qualitätskriterien, die – so eine oft medial verbreitete Ansicht – zu sehr verwässert werden könnten. Dabei ist ein Ziel der zum 1. Januar 2025 in Kraft getretenen Krankenhausreform gerade die Weiterentwicklung der Qualität, zumindest in den nach einer Umstrukturierungsphase verbleibenden Häusern. Was kann der G-BA tun, damit die Qualitätskriterien nicht verwässert, sondern tatsächlich berücksichtigt werden?

Aus unserer Sicht üben wir natürlich weiter die Wächterfunktion im Hinblick auf Qualität und Patientensicherheit im gesamten Gesundheitssystem aus. Der Gesetzgeber hat uns davon auch nicht durch die Krankenhausreform entbunden. Darüber hinaus haben wir mit Freude gesehen, dass beispielsweise ein Teil unserer Strukturrichtlinien durch die Reform im künftigen System der Leistungsgruppen übernommen werden. Abzuwarten bleibt, wie sich die Reform in Abstimmung von Bund und Ländern weiterentwickelt.

Was aber kann der G-BA tun?

Der G-BA ist weiterhin gesetzlich beauftragt, Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen, soweit wir uns damit nicht in einem Widerspruch zu Qualitätskriterien der Leistungsgruppen befinden. Ich meine, das wird sicher nicht passieren.

Die vom G-BA in seinen Strukturrichtlinien festgelegten Mindestanforderungen sichern die Qualität der jeweiligen konkreten Leistungserbringung im Krankenhaus, sie sind bestmöglich evidenzbasiert und rechtlich bindend. Die mit den Leistungsgruppen verknüpften Qualitätskriterien sind im Gegensatz dazu weder auf besonders risikobehaftete Eingriffe ausgerichtet noch basieren sie auf einer Evidenzgrundlage. Sie folgen einer anderen Systematik, da sie nach krankenhausplanerischen Maßstäben zusammengefasste Leistungen bündeln. Sie werden sich damit auch am Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V orientieren und sollen zur Konzentration von Versorgungsstrukturen führen. Immer wieder werden Mindestvorgaben als Teil der Leistungsgruppen mit den Mindestmengen verwechselt. Es handelt sich aber trotz der Ähnlichkeit im Namen um völlig verschiedene Instrumente. Von daher bleibt es bei unserer Wächterfunktion für die Patientensicherheit. Wir werden, wie vom Gesetzgeber beauftragt, weiterhin gemeinsam mit unseren zwei wissenschaftlichen Instituten, dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und dem Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), weiter daran arbeiten, dass evidenzbasierte Qualität in unserem Gesundheitssystem hochgehalten wird.

„Mindestmengen sind weiterhin eines unserer wichtigsten Instrumente zur Qualitätssicherung."

Sehen Sie keine Gefahr durch neue politische Pläne oder mangelnde Durchsetzungskraft?

Ich sehe nicht, dass das Bundesministerium für Gesundheit, Fraktionen oder einzelne Bundestagsabgeordnete die Aufgaben, die dem G-BA per Gesetz übertragen wurden, infrage stellen.

Es gibt drei Bundesländer, die gerichtlich gegen die Mindestmengen vorgehen. Damit wird ein zentrales Qualitätssicherungsinstrument angegriffen, weil sich die Länder in ihrer Gestaltungshoheit behindert fühlen.

Mindestmengen sind weiterhin eines unserer wichtigsten Instrumente zur Qualitätssicherung. Da geht es um Routine, die der G-BA für planbare und besonders schwierige, komplexe Operationen und Prozeduren verlangt. Die Klage richtet sich voraussichtlich gegen die Bundesrepublik Deutschland, nicht gegen den G-BA. Was genau Gegenstand der Klage ist, weiß ich nicht, da weder dem Bundeskanzleramt noch dem BMG oder auch uns bisher eine Klageschrift vorliegt. Ich kenne nur Presseerklärungen, in denen beispielsweise die Gesundheitsministerin aus Schleswig-Holstein erklärt, dass sie das Instrument Mindestmengen im eigentlichen Sinne gar nicht angreifen möchte, sondern nur Probleme mit einer bestimmten Mindestmenge hat.

Lassen Sie uns raten: die Frühchen.

Exakt. Es geht ihr um die Mindestmengenregelung für stark untergewichtige Frühgeborene. Gerade diese Mindestmenge wird in medizinischen Fachkreisen für unverzichtbar gehalten. Ich verweise auf die Statements aller Fachgesellschaften im Bereich der Perinatalversorgung. Sie stützen diese Mindestmenge ausdrücklich und haben wörtlich mit absolutem Unverständnis auf die Klage reagiert. Diese Mindestmenge schützt das Leben einer besonders vulnerablen Gruppe. Insofern bin ich sehr zuversichtlich, dass das Bundesverfassungsgericht das ähnlich sieht.

Die Länder verlieren durch das KHVVG die für sie durchaus planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI) als Steuerungsinstrument. Bieten die Daten aus den G-BA-Qualitätsindikatoren (wie DeQS) einen echten Mehrwert für die Krankenhausplanung der Länder, oder bräuchte man mehr?

Das Instrument plan. QI sollte den Ländern ermöglichen, auch die Versorgungsqualität einzelner Krankenhäuser bei den Planungsentscheidungen besser zu berücksichtigen. Das Instrument wurde

von den Ländern aber nie wirklich angenommen. Nur sieben oder acht Bundesländer haben sich die Ergebnisse überhaupt zeigen lassen. Damit konnte die zugehörige G-BA-Richtlinie ihren Sinn nicht erfüllen. Der G-BA hat diese Richtlinie aber auch deshalb aufgehoben, weil wir beispielsweise für die unterschiedlichen Abteilungszuschnitte der Krankenhäuser in Deutschland keine allgemeingültigen evidenzbasierten Qualitätsvorgaben machen konnten. Davon getrennt zu betrachten sind die Qualitätsindikationen, die bei der datengestützten Qualitätssicherung verwendet werden. Die hier relevante Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) ermöglicht den Vergleich der Leistungserbringer untereinander, ist aber kein Instrument, das für die Krankenhausplanung geschaffen wurde.

„Die Krankenhausreform ist in der aktuell immer noch nicht endgültigen Form in meinen Augen nicht zwingend eine Qualitätsverbesserung."

Ist der Wegfall von plan. QI kein großer Rückschritt?

Die Planungshoheit liegt bei den Ländern. Dem Bundesgesetzgeber fehlt meines Erachtens die Regelungskompetenz, um Qualitätsvorgaben für die Krankenhausplanung der Länder zu machen. Aus meiner Sicht ist der Verzicht auf dieses Verfahren aus den oben erwähnten Gründen aber unschädlich.

Wie sieht es mit der Nutzung von Routinedaten aus, um standortbezogene Versorgung jenseits reiner Fallzahlen messbar zu machen?

Wir sind dabei, die DeQS-Richtlinie auf mehreren Ebenen zu überarbeiten, um die datengestützte Qualitätssicherung effizienter und effektiver zu gestalten. Das heißt, dass wir jedes Verfahren überprüfen, z. B. auch die Qualitätsindikatoren überarbeiten, zielgenauer ausrichten sowie den Dokumentationsaufwand insgesamt reduzieren. Daneben nutzen wir verstärkt weitere Instrumente, wie etwa Routinedaten der Kassen oder Ergebnisse aus Patientenbefragungen.

Wie steht es um Registerdaten?

Die DeQS-Richtlinie soll künftig auch mit Registerdaten, z. B. aus Krebsregistern, arbeiten. Die Nutzung von Registerdaten hat das IQTIG grundsätzlich entwickelt, hier ist jedoch noch kein Verfahren abgeschlossen.

Hätten Sie dafür ein Beispiel?

Das Verfahren QS Prostatakarzinom wird das erste Verfahren sein, in dem Krebsregisterdaten mit einfließen. Wir erwarten hierzu die Beschlussfassung in diesem Jahr.

Welche Erfahrungen haben Sie denn bisher mit der Nutzung von Kassendaten gemacht?

Daten, die für die Abrechnung medizinischer Leistungen mit einer Krankenkasse ohnehin dokumentiert werden, haben den Vorteil, dass sie bei den Einrichtungen keinen zusätzlichen Aufwand auslösen, d. h., sie ermöglichen für die Leistungserbringer schlankere Verfahren und insgesamt auch ein besseres Aufwand-Nutzen-Verhältnis. Durch die Verwendung von Sozialdaten können beispielsweise auch Folgeaufenthalte und -eingriffe berücksichtigt werden, unabhängig davon, ob diese in demselben oder einem anderen Krankenhaus stattgefunden haben. Eine abschließende Evaluation zum Einsatz von Kassendaten steht aber noch aus, vermutlich wird die bis Mitte 2026 vorliegen. Generell versprechen wir uns davon ein wesentlich runderes Bild.

Die Krankenhausreform wird oft als reine Sparmaßnahme wahrgenommen. Wie kann man der Öffentlichkeit vermitteln, dass Ihre Arbeit eine Qualitätsverbesserung ist?

Ich möchte zwischen der Krankenhausreform und den Aufgaben zur Qualitätssicherung, die dem G-BA übertragen wurden, trennen. Die Krankenhausreform ist in der aktuell immer noch nicht endgültigen Form in meinen Augen nicht zwingend eine Qualitätsverbesserung. Das ursprüngliche Ziel war es sicher, u. a. mit einer Strukturreform zugleich auch die Qualität zu verbessern. Wie bereits gesagt, hat der Gesetzgeber aber eben auch Wirtschaftlichkeitsfragen im Blick. Der G-BA hat hingegen den gesetzlichen Auftrag, solche Vorgaben zu definieren, damit Patientinnen und Patienten evidenzbasiert nicht nur in Krankenhäusern, sondern z. B. auch in Arzt- und Zahnarztpraxen qualitativ hochwertig und auf dem neuesten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse versorgt werden.

Die Leistungsgruppen haben im Gesetz ausdrücklich die Wirtschaftlichkeit als Treiber (§ 12 SGB V).

Stimmt, die Mindestvorhaltezahlen der Leistungsgruppen sind Ausfluss des Wirtschaftlichkeitsgebotes gemäß § 12 SGB V. Bei der Qualitätssicherung des G-BA ist Wirtschaftlichkeit jedoch kein Kriterium, das wir bedienen müssen. Wir fokussieren uns auf die evidenzgestützten Qualitätsvorgaben. Übrigens: Das IQWiG hat in einem ersten Methodenvorschlag für Mindestvorhaltezahlen in den Leistungsgruppen ausdrücklich betont, dass Qualität wichtiger sein muss als Wirtschaftlichkeit.

Ein kritischer Punkt des KHVVG ist die Abschaffung anlassbezogener Kontrollen (137 Abs. 3 SGB V). Wie kann der G-BA sicherstellen, dass Qualitätsmängel weiterhin aufgedeckt werden?

Ich sage das jetzt sehr deutlich und noch einmal: Wir werden unsere Wächterfunktion weiterhin ausüben und hochhalten. Wir werden unsere Themen, wie die DeQS- oder die MD-QK-Richtlinie, die die Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst regelt, weiterbearbeiten. Der Gesetzgeber hat uns diese Kompetenz nicht genommen, auch wenn es Grauzonen geben mag. Ich bin jedoch entschlossen, unser Regelwerk im Sinne des gesetzlichen Auftrages, bundesweit für Qualität und Patientensicherheit zu sorgen, aufrechtzuerhalten, solange uns das niemand ausdrücklich verbietet.

Zum Thema Stichprobenprüfungen statt Einzelfallprüfungen bei der Abrechnung: Was sind die Voraussetzungen, damit das funktioniert?

Eigentlich sieht der Gesetzgeber für den G-BA die Stichprobe als Regelinstrument vor. Eine Vollerhebung müssen wir hingegen begründen.

Im Krankenhausbereich geht es bei der Umstellung auf Stichproben politisch darum, endlich das „Wettrüsten" zwischen Kodierabteilungen der Kliniken und Prüfabteilungen der Kassen zu beenden. Das ist aber weniger ein G-BA-Thema, sondern betrifft die Abrechnungsprüfung. Unsere Qualitätssicherungsstichproben haben andere Hintergründe.

Der strukturierte Dialog soll Qualitätsverbesserungen bringen, aber oft werden rechnerische Auffälligkeiten nicht als echte Qualitätsprobleme identifiziert. Wie kann man das verbessern?

Wir haben das IQTIG damit beauftragt, entsprechende Vorschläge zu erarbeiten. Eine rein rechnerische Auffälligkeit bedeutet nicht automatisch, dass es ein Qualitätsproblem gibt. Zwischen einer rechnerischen Auffälligkeit und der Feststellung eines echten Qualitätsdefizits liegt ein weites Feld. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird geprüft, ob tatsächlich ein Qualitätsdefizit vorliegt.

Ein Beispiel bitte.

Nehmen wir die Femurfraktur: Der Indikator verlangt eine Operation innerhalb von 24 Stunden. Wenn eine Patientin oder ein Patient aber z. B. zusätzlich einen Herzinfarkt hat, ist es für mich als Juristin vermutlich medizinisch korrekt, nicht sofort die Hüfte zu operieren, sondern eine lebensbedrohliche Situation zu verhindern. Rein rechnerisch taucht die „verspätete" Operation als ein auffälliges Ergebnis in den Messungen auf, also als „Fehler". Es ist aber kein „reales" Defizit, sondern gute Medizin. Diese Differenzierung lässt sich nur im strukturierten Dialog unter Fachleuten klären. Soweit ich das verfolge, läuft dieses Verfahren vor Ort sehr gut und überaus kooperativ ab.

Welche Hürden gibt es bei der Nutzung von G-BA-Strukturdaten für die Versorgungsforschung?

Keine. Es muss lediglich ein Antrag auf sekundäre Datennutzung beim IQTIG gestellt werden, der in aller Regel auch zügig überprüft und genehmigt wird. Wir behandeln derzeit etwa zwei Anträge pro Sitzung im Unterausschuss.


© Svea Pietschmann/G-BA

Karin Maag

ist seit Juli 2021 unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses. Von 2009 bis 2021 war sie Bundestagsabgeordnete, ab 2017 gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Von 2007 bis 2009 war die Juristin Ministerialdirigentin im Landtag von Baden-Württemberg, davor Stadtdirektorin der Landeshauptstadt Stuttgart und Leiterin des Oberbürgermeisterbüros.

Und was ist mit dem Forschungsdatenzentrum?

Das ist bekanntlich beim Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte abgesiedelt. Das ist auch ein für den G-BA interessanter Datenpool, den wir gerne umfangreicher nutzen wollen. Für einen direkten Zugang wäre wohl ein Gespräch mit dem Gesetzgeber notwendig.

Zur Patientenbeteiligung: Patientenvertreter:innen haben im G-BA derzeit kein Stimmrecht. Sollte man das erweitern, um die Akzeptanz zu erhöhen?

Die Patientenvertretung macht von ihrem derzeitigen Antrags- und Mitberatungsrecht regen und vor allem qualifizierten Gebrauch. Eine Änderung der Beteiligungsrechte ist aber Sache des Gesetzgebers. Wir stehen dem aufgeschlossen gegenüber, solange Mehrheitsentscheidungen im Plenum weiterhin möglich sind. Ich persönlich fände es in Ordnung, wenn die Patientenvertretung – ähnlich wie die unparteiischen Mitglieder – durch ihr Votum erreichen könnte, dass ein Beschluss vertagt wird, um beispielsweise strittige Details erneut zu beraten. Ein volles Stimmrecht würde Begehrlichkeiten bei vielen weiteren Institutionen wecken. Stimmberechtigt sind beim G-BA aktuell bisher nur die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung, die den G-BA finanzieren und tragen.

Wie verankern Sie die Sicht der Patient:innen in den Richtlinien?

Wie gesagt, die Patientenvertretung hat bereits ein Antragsrecht, das sie auch nutzt und sie berät jede Richtlinie mit. Nehmen Sie beispielsweise die Patientenbefragung. Als Instrument der datengestützten Qualitätssicherung richtet es sich an alle Patientinnen und Patienten im Versorgungsprozess und wird sukzessive ausgeweitet, u. a. bei den Qualitätssicherungsverfahren zu Herzkathetern oder zur ambulanten Psychotherapie. Es geht uns dabei immer darum, die Perspektive der Patientinnen und Patienten auf ihre Behandlung in die Qualitätssicherung einzubauen. Sie sollen nicht nur juristisch

korrekt über Behandlungsrisiken aufgeklärt werden.

Wo sehen Sie die größte Herausforderung bei Qualitätsstandards für neue sektorenübergreifende Versorgungsformen?

Qualitätssicherung ist meist vergleichend innerhalb eines Sektors angelegt. Sektorenübergreifend wird die Zurechenbarkeit und die Risikoadjustierung schwieriger. Wir müssen jetzt vor allem die ambulanten Behandlungen in den Blick nehmen – Stichwort Ambulantisierung. Gleichgültig ob eine Leistung im Krankenhaus stationär, ambulant oder beim niedergelassenen Kardiologen – wie etwa eine Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI) – erbracht wird, die Qualitätssicherung erfordert sektorübergreifend gleiche Qualitätsvorgaben.

Was wäre Ihr Wunsch an die Versorgungsforschung?

Ganz spontan: Wir brauchen erstklassige medizinische Leitlinien mit einem hohen Konsensgrad aus der Wissenschaft. Das macht es für uns leichter, rechtssichere Qualitätsanforderungen in unsere Richtlinien zu übernehmen oder Angebote wie die Disease-Management-Programme (DMP) weiterzuentwickeln.

Lassen Sie uns zum Schluss noch auf das Thema Primärversorgung und Notfallversorgung eingehen, die zusammengedacht werden sollen.

Auf jeden Fall. Notfallversorgung und Primärversorgung steuern stationär wie ambulant Patientinnen und Patienten in die passende Ebene im Versorgungssystem und sollten darum dieselben Instrumente nutzen. In der Notfallversorgung haben wir beispielsweise die Software SmED, was ausgeschrieben für strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland steht. Durch gezielte und strukturierte Fragen gelingt mit ihr eine fundierte medizinische Ersteinschätzung bei Notfällen, die im Krankenhaus ankommen. Jetzt darf es aber nicht passieren, dass die Primärversorgung künftig andere Instrumente nutzt, die nicht kompatibel sind. Es braucht einheitliche Vorgaben in Deutschland, die der G-BA auch erarbeiten kann bzw. bereits erarbeitet hat. Ich verweise auf die seit zwei Jahren vorliegende Richtlinie zur Ersteinschätzung in der Notfallversorgung, die das BMG aber juristisch beanstandet hatte. Hinzu kommt: Patientinnen und Patienten könnten zudem digital – idealerweise über eine App oder am Telefon (egal ob 116117 oder 112) – Zugang erhalten. Künftig müssen diese Bereiche zusammengedacht, geplant und finanziert werden. Wir dürfen nicht länger Kästchen für Kästchen nebeneinandersetzen und abhaken, sondern müssen die Systeme und Strukturen der Gesundheitsversorgung zusammendenken und integrieren.

Vielen Dank für das Gespräch, Frau Maag.

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

Zitationshinweis

Maag, K., Roski, R., Stegmaier, P.: „Wächterfunktion im Hinblick auf Qualität und Sicherheit", in „Monitor Versorgungsforschung" (01/26), S. 12–16. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2791

CiteScore und Scopus-Validierung für MVF

>> Seit Dezember 2025 ist das Diamond-Open-Access-Fachjournal „Monitor Versorgungsforschung" in der Scopus-Datenbank von Elsevier indexiert. Die Indexierung erfolgt rückwirkend für alle Jahrgänge, zunächst ab 2021. Zur Zeit (Stand: 22.1.26) sind damit schon knapp 500 Artikel in einer der weltweit größten Datenbanken abrufbar.

Die nun erfolgte Aufnahme bindet „Monitor Versorgungsforschung" an über 5.000 Forschungseinrichtungen an. Der entscheidende Vorteil liegt nicht nur in der höheren Sichtbar-, sondern auch der damit möglichen quantitativen Messbarkeit: Die systematische Erfassung von Zitationen ermöglicht nach und nach die Berechnung eines CiteScores. Damit hat MVF eine international anerkannte Kennzahl für Reichweite und Einfluss der Beiträge der Autor:innen.

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und Chefredakteur Peter Stegmaier formulieren als Ziel: „Lassen Sie uns nun gemeinsam daran arbeiten, den CiteScore zu erhöhen." Denn: Sichtbarkeit und Impact deutschsprachiger Versorgungsforschung korreliert direkt mit der aktiven Rezeption in der Fach-Community. Die konsequente Zitation einschlägiger Artikel aus „Monitor Versorgungsforschung" ist der Hebel, um den Impact der Autorinnen und Autoren messbar zu steigern."

Einen institutionellen Zugang vorausgesetzt, führt der folgende Link zu den indexierten MVF-Jahrgängen und -Zitationswerten. <<

Link: https://t1p.de/8iiz9







Wir konzentrieren uns auf das Leben.

Unsere Antwort auf die Zukunft ist Forschung.
Den Herausforderungen von morgen stellen wir uns schon heute – mit unerschütterlichem Optimismus. Unsere Antworten finden wir mit interdisziplinärer Forschung, die wir seit gut 140 Jahren familiengeführt antreiben. Wir arbeiten an Lösungen für eine gesündere Welt, denn wir glauben daran, dass wir das Leben von Generationen verändern.

Mehr Antworten auf
boehringer-ingelheim.de



„Datenschutz als Innovati möglicher und Vertrauens

Im Titelinterview: Prof. Dr. Louisa Specht-Riemenschneider, Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Die aktuellen Reformen im Gesundheitswesen, insbesondere das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz und die Digitalisierungsgesetze, zielen darauf ab, die Versorgung durch eine intensivere Datennutzung effizienter und qualitativ hochwertiger zu gestalten. Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit steht dabei im Spannungsfeld zwischen dem Schutz hochsensibler Gesundheitsdaten und der Ermöglichung von Innovationen. Im Titelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung“ spricht Prof. Dr. Louisa Specht-Riemenschneider über die „BfDI-Perspektive: Datenschutz, der Innovation und Patientenzentrierung gerecht wird“.

ionser-

sanker“

>> Ist das nicht ein Widerspruch in sich: Datenschutz als Innovationsförderer? Welche aufsichtsrechtlichen und beratenden Strategien verfolgt die BfDI, um zwischen berechtigten datenschutzrechtlichen Bedenken und vorgeschobenen Argumenten zu differenzieren und Datenschutz als integralen Qualitäts- und Vertrauensfaktor statt als pauschales Innovationshemmnis zu etablieren?

Es ist mir ein besonderes Anliegen, Datenschutz als Innovationsermöglicher und Vertrauensanker zu stärken und weiter zu etablieren. Deshalb setze ich auf frühe Information und Beratung, damit Datennutzung von Anfang an datenschutzkonform sein kann. Ich habe eine neue Organisationseinheit in der Behörde etabliert, die innovative Beratungsansätze erarbeitet, um Datenverarbeiter noch zielgerichteter und passender darin unterstützen zu können, das Datenschutzrecht einzuhalten. Mehr Beratung führt zu weniger Datenschutzrechtsverletzungen. Mit diesem Ansatz ist daher allen gedient: Betroffene werden weniger in ihren Grundrechten verletzt und Datenverarbeiter erhalten größere Rechtssicherheit. Außerdem richte ich derzeit eine Datenschutzreallaborsandbox ein, das ReguLab. Dieses wird in einer neuen Abteilung mit Schwerpunkt Dialog angesiedelt und soll bei der Entwicklung von datenschutzkonformen Lösungen ganz konkret helfen.

„Ich habe eine neue Organisationseinheit in der Behörde etabliert, die innovative Beratungsansätze erarbeitet, um Datenverarbeiter noch zielgerichteter und passender darin unterstützen zu können, das Datenschutzrecht einzuhalten.“

Wo liegen die größten datenschutzrechtlichen Herausforderungen bei der praktischen Umsetzung des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes (GDNG), insbesondere im Hinblick auf die Datenzugangs- und Koordinierungsstelle und die Wahrung von Zweckbindung und Datenminimierung bei der Zusammenführung vielfältiger Datenquellen?

Die Datenzugangs- und Koordinierungsstelle beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) soll ausweislich der Gesetzesbegründung künftig im gesamtgesellschaftlichen Interesse mehr vertrauensvolle Forschung an verknüpften Gesundheitsdatensätzen unterschiedlicher Datenhalter ermöglichen. Maßgeblich für die Verknüpfung der Daten unterschiedlicher Datenhalter ist die eindeutige Zuordnung von Informationen aus mehreren Datenquellen zu denselben Krankenversicherten. Diese Zuordnung kann im Einzelfall eine datenschutzrechtliche Herausforderung sein. Denn im Rahmen der Aufbereitung personenbezogener Gesundheitsdaten zur Sekundärnutzung müssen die Schnittmengen mehrerer Datensätze verschiedener Dateninhaber abgeglichen werden. Wenn etwa Abrechnungsdaten der Krankenkassen mit Daten aus Krebsregistern zusammengeführt werden, muss sichergestellt werden, dass dieselbe versicherte Person korrekt identifiziert wird, ohne dass zusätzliche Identifikationsmerkmale wie Name oder Anschrift offengelegt werden. Es muss sichergestellt werden, dass durch diesen Abgleich nicht auch Rückschlüsse außerhalb des Forschungsvorhabens über die Betroffenen gezogen werden, die den Betroffenen möglicherweise benachteiligen können. Eine Verknüpfung von Gesundheits- und Beschäftigtendaten könnte beispielsweise unbeabsichtigt Rückschlüsse auf krankheitsbedingte Fehlzeiten oder Leistungsfähigkeit einzelner Arbeitnehmer zulassen. Außerdem müssen die Datenverarbeitungen bei der Datenzugangs- und Koordinierungsstelle selbstverständlich mit dem Grundsatz der Datensparsamkeit und der Verpflichtung zu technisch-organisatorischen Maßnahmen im Einklang stehen. So sollte etwa bei der Bereitstellung von Forschungsdatensätzen eine datenschutzkonforme Pseudonymisierung erfolgen, bei der direkte Identifikatoren entfernt und der Zugriff auf Entschlüsselungslisten getrennt protokolliert wird.

Wie stellt die BfDI sicher, dass die Prinzipien „Privacy by Design“ und „Privacy by Default“ von Anfang an bei der Konzeption neuer, zentraler Gesundheitsdatensammlungen – wie der Datenbank des Medizinischen Dienstes im Rahmen des KHVVG – implementiert werden?

Eine Sicherstellung von sicheren und datenschutzfreundlichen Lösungen geschieht auf verschiedenen Stufen. Erstens berate ich den Gesetzgeber im Vorfeld von Legislativmaßnahmen. Das gehört zu meinen gesetzlichen Aufgaben. Ich sensibilisiere ihn für datenschutzrechtliche Herausforderungen und zeige ihm datenschutzrechtskonforme Lösungen auf. Dazu nutze ich im Gesetzgebungsverfahren mein Stellungnahmerecht. Zweitens berate und beaufsichtige ich die jeweils datenschutzrechtlich verantwortliche Stelle bei der Umsetzung gesetzlicher Vorgaben. Die Stellen in meinem eigenen Zuständigkeitsbereich, die mit der Konzeption von Datenbanken beauftragt wurden, haben daher selbstverständlich jederzeit die Möglichkeit, sich mit konkreten Fragen und Konzepten an mich zu wenden. Je früher, desto besser und desto erfolgversprechender. Als Positivbeispiel meiner Beratungstätigkeit kann ich das Forschungsdatenzentrum Gesundheit nennen, mit dessen Betreiber, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, ich kontinuierlich Maßnahmen zur Gewährleistung des Datenschutzes abstimme.

Zu der von Ihnen erwähnten Datenbank: Der Gesetzgeber hat den Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) im Rahmen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) damit beauftragt, eine standortbezogene Datenbank umzusetzen und zu betreiben. Die Verarbeitung und Veröffentlichung der Daten in der Datenbank erfolgt jedoch ohne Personenbezug. Damit sind in dieser Datenbank keine Gesundheitsdaten im Sinne von Art. 4 Nr. 15 DSGVO zu finden.

Welche technischen und organisatorischen Maßnahmen sind aus Ihrer Sicht unerlässlich, um den Zugriff auf die sensiblen Qualitäts- und Strukturdaten der geplanten zentralen Datenbanken rechtssicher

zu regeln und einen Missbrauch zu verhindern?

Pauschal lässt sich das nicht beantworten. Wenn Qualitäts- und Strukturdaten personenbeziehbar sind und in den Anwendungsbereich der DSGVO fallen, ist die jeweils datenschutzrechtlich verantwortliche Stelle nach Art. 32 DSGVO verpflichtet, den Zugang zu personenbezogenen Daten durch technisch-organisatorische Maßnahmen abzusichern. Das Schutzniveau muss der Verantwortliche für den konkreten Einzelfall ermitteln. Entscheidend kann sein, ob besondere Kategorien personenbezogener Daten nach Art. 9 Abs. 1 DSGVO verarbeitet werden. Soweit die Qualitäts- und Strukturdaten – wie im Falle der Datenbank des MD Bund – keinen Personenbezug aufweisen, ergibt sich jedenfalls aus der DSGVO keine Verpflichtung zur Implementierung besonderer technisch-organisatorischer Maßnahmen. Vorgaben zur IT-Sicherheit müssen aber natürlich stets beachtet werden.

„Ich spreche lieber von ‚Data Protection by Design Prinzipien', die tief in die Architektur und Prozesse einfließen."

Welche spezifischen datenschutzrechtlichen Risiken identifizieren Sie bei der routinemäßigen Erhebung von ePROMs (digitale patientenberichtete Endpunkte), oft über private Endgeräte, und welche konkreten Empfehlungen geben Sie zur Gewährleistung von Datensicherheit, transparenter Einwilligung und Zweckbindung dieser sehr persönlichen Gesundheitsinformationen?

ePROMS kommen in der Regel bei Leistungserbringern außerhalb meiner Zuständigkeit zur Anwendung. Meine Zuständigkeit ist grundsätzlich auf öffentliche Stellen des Bundes beschränkt, während niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser und andere Leistungserbringer als kommunale oder private Stellen der Aufsicht der Landesdatenschutzbehörden unterliegen. Für Fragen und Empfehlungen zur Gewährleistung von Datensicherheit ist das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) die kompetente und zuständige Bundesbehörde.

Welche datenschutzrechtlichen Vorgaben sind entscheidend für die Gestaltung der Datenverarbeitung zwischen Akteuren der sektorenübergreifenden Versorgung, insbesondere im Hinblick auf die klare Definition von Verantwortlichkeiten (Joint Controllership vs. Auftragsverarbeitung)?

Sektorenübergreifende Versorgung ist zu Allererst eine Frage der Leistungserbringung. Die Beaufsichtigung von datenschutzrechtlichen Vorgaben der Leistungserbringerinstitutionen liegt bei den Landesdatenschutzbehörden. Damit eine Übermittlung von Gesundheitsdaten zwischen verschiedenen Akteuren DSGVO-konform stattfinden kann, braucht es zunächst eine rechtliche Grundlage, die die Datenübermittlung erlaubt. Dabei ist es wichtig, dass die Übertragungswege sicher sind und Verschlüsselungen benutzt werden. Im Bereich der Leistungserbringenden hat der Gesetzgeber im Zusammenhang mit der Verarbeitung personenbezogener Daten in der elektronischen Patientenakte Vorschriften geschaffen, die eine Vernetzung von bestimmten Leistungserbringenden gestattet, wenn für diese ein Zugang zur Telematikinfrastruktur (TI) besteht. Welche Leistungserbringenden an die TI angeschlossen werden, ist eine Entscheidung des Gesetzgebers. Ich halte es für essentiell, hier klare Regelungen vorzusehen, die gut verständlich sind. Die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit lässt sich anhand der allgemeinen Regelungen der DSGVO bestimmen. Daneben hat der Gesetzgeber auch die Möglichkeit, die Verantwortlichkeit ausdrücklich zu regeln. Das ist zum Beispiel bei der ePA passiert. Hier hat der Gesetzgeber in § 341 Abs. 4 SGB V festgelegt, dass die Krankenkassen die verantwortlichen Stellen für die ePA sind. Sie müssen also dafür sorgen, dass das Datenschutzrecht eingehalten wird.

Wie bewerten Sie die datenschutzrechtlichen Implikationen eines Systems, das Versorgungs- und Ergebnisdaten systematisch nutzt, um potenziell ineffektive Leistungen („low value care") zu identifizieren und zu reduzieren, und welche Schutzmechanismen sind erforderlich, um die Fairness solcher Analysen zu gewährleisten?

Ein solches System wurde mir bislang noch nicht zur Prüfung vorgelegt. Eine grundsätzliche „Freigabe" oder „Genehmigung" durch die Datenschutzaufsichtsbehörden für den Start solcher Systeme ist vom Gesetzgeber auch leider nicht mehr vorgesehen. Seit Inkrafttreten des Digitalgesetzes noch vor meinem Amtsantritt im Jahr 2024 kann ich Maßnahmen zum Schutz personenbezogener Daten von Versicherten nicht mehr proaktiv gegenüber der gematik einfordern. Ich kann aber auch in dieser Hinsicht erläutern und beraten und häufig werde ich damit auch gehört. Aber es besteht eben keine gesetzliche Verpflichtung mehr, meinen Rat zu befolgen. Insofern bleibt mir nur, mir im Rahmen einer Kontrolle konkret anzuschauen, ob das System im Betrieb so läuft, wie es soll.

Wie wägen Sie den Grundsatz der Datenminimierung (z. B. durch Stichproben) gegen die Forderung nach qualitativ hochwertigen, validierten Daten für Sekundärzwecke (Forschung und Steuerung) ab, um Fehlsteuerungen zu vermeiden?

Datenverarbeitungen zu wissenschaftlichen Forschungszwecken sind in der DSGVO an mehreren Stellen privilegiert. So bestehen Ausnahmen vom Grundsatz der Zweckbindung und dem Grundsatz der Speicherbegrenzung. Außerdem sind die Bestimmtheitsanforderungen an die Einwilligung als Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung im Forschungskontext gelockert. In der wissenschaftlichen Forschung sind datenschutzkonforme Einwilligungen in Form eines „broad consent" zulässig. Das bedeutet, dass eine Einwilligung auch für zukünftige, noch unbekannte Forschungszwecke verwendet werden kann. Als Ausgleich sieht die DSGVO die Einhaltung „geeigneter Garantien" vor. Verantwortliche, die Daten zu Sekundärzwecken nutzen wollen, müssen daher geeignete Maßnahmen treffen, um möglicherweise bestehende Risiken der Datenverarbeitung zu beschränken. Diese Maßnahmen müssen aber auf den Einzelfall zugeschnitten sein. In Betracht kommen insbesondere die Anonymisierung sowie Pseudonymisierung der Daten.

Welche „Privacy by Design"-Prinzipien müssen bei Innovationsprojekten (z. B. des Innovationsfonds) von Anfang an verankert

Zitationshinweis
Specht-Riemenschneider, L., Roski, R., Stegmaier, P.: „Datenschutz als Innovationsermöglicher und Vertrauensanker“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/26), S. 18–21. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2792

werden, damit deren Datenmodelle überhaupt transfer- und skalierfähig auf Millionen Versicherte sind?

Um Datenmodelle von Beginn an transfer- und skalierfähig auf Millionen Versicherte zu gestalten, müssen „Privacy by Design“-Prinzipien, ich spreche lieber von „Data Protection by Design“-Prinzipien, tief in die Architektur und Prozesse einfließen. Diese Prinzipien umfassen, dass bei der Planung und den Design-Prozessen der Datenschutz am Anfang der Planungsprozesse stehen sollte. Datenschutzrisiken sollten frühzeitig erkannt und entsprechende Maßnahmen zur Abwendung dieser Risiken eingebaut werden. Datenschutz kann und sollte dabei als eine Kernfunktion der Projektlösung verstanden werden. Besonders dann, wenn Ende-zu-Ende-Sicherheit berücksichtigt wird, sodass Daten zu jeder Zeit sicher sind, von der Erhebung über die Verwendung bis hin zur Weitergabe und Löschung. Die Versicherten und die Menschen, die die Daten der Versicherten verwenden, sollten als Nutzende im Mittelpunkt stehen. Datenschutz muss außerdem in den Voreinstellungen vorgesehen sein, also „Data Protection by Default”. Alle Maßnahmen sollten für die Nutzenden nachvollziehbar und überprüfbar sein. Und die Gestaltung darf nicht dazu führen, dass eine Einwilligung der Nutzenden „erzwungen“ wird. Dabei ist es mir sehr wichtig, zu betonen, dass eine nutzerfreundliche Handhabe durchaus datenschutzkonform gewährleistet werden kann.

Sie können nun eine Frage an eine hochrangige Verbändevertreter:in der Pharmaindustrie rund um das Megathema Datenschutz/-verfügbarkeit stellen, die in einer der kommenden Ausgabe von „Monitor Versorgungsforschung“ beantwortet wird. Welche wäre das?

Mich würde ganz konkret interessieren, wie meine Behörde und ich dazu beitragen können, dass Datenschutz weniger als Hemmnis und mehr als Standortvorteil und Ermöglicher von Innovation wahrgenommen wird.

Frau Prof. Dr. Louisa Specht-Riemenschneider, danke für das Gespräch. <<

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



Prof. Dr. Louisa Specht-Riemenschneider

ist seit September 2024 Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit. Sie war zuvor Inhaberin des Lehrstuhls für Bürgerliches Recht, Recht der Datenwirtschaft, des Datenschutzes, der Digitalisierung und der Künstlichen Intelligenz der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Sie studierte Rechtswissenschaft in Bremen, promovierte und habilitierte in Freiburg und hatte anschließend Professuren in Köln und Passau inne. Als Direktorin leitete sie sowohl das Institut für Handels- und Wirtschaftsrecht der rechts- und staatswissenschaftlichen Fakultät sowie das Zentrum für Medizinische Datennutzbarkeit und Translation (ZMDT). Zudem begleitete sie die Gründung des Dateninstituts unter Federführung des Bundesministeriums für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK) und des Bundesministeriums des Innern und für Heimat (BMI).

55,7% mit geringer Health Literacy

>> Die gute Nachricht der Studie „Gesundheitskompetenz in Zeiten gesellschaftlicher Unsicherheiten”: In den letzten fünf Jahren hat sich die Gesundheitskompetenz in Deutschland um 3,1 Prozentpunkte verbessert. Wer die Ergebnisse des HLS-GER-3-Studie, durchgeführt von der Universität Bielefeld (Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK) in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin und der Hertie School Berlin, etwas genauer liest, wird aber dennoch nicht ganz begeistert sein. Nach der neuen Studie, dem Health Literacy Survey Germany 3 (HLS-GER 3), weisen immerhin 55,7% der Bevölkerung in Deutschland eine geringe Gesundheitskompetenz auf. In der zurückliegenden Studie, dem HLS-GER 2, waren es noch 58,8%. Im Einzelnen verfügen im HLS-GER 3:

- 18,1% der Bevölkerung in Deutschland über eine exzellente und 26,3% über eine ausrei-chende Gesundheitskompetenz (zuvor waren es 14,7% und 26,5%),
- 28,6% (30,4%) über eine problematische und 27,1% (28,4%) über eine inadäquate Gesundheitskompetenz.

Zudem ist die Gesundheitskompetenz nach wie vor ungleich in der Bevölkerung verteilt. Zu den Gruppen, die überdurchschnittlich häufig über eine geringe Gesundheitskompetenz verfügen, gehören Menschen (Angaben im Vergleich zum Vorjahr):

- mit niedrigem Sozialstatus: 73,3% (71,9%),
- mit finanzieller Deprivation: 72,3% (72,9%),
- mit niedrigem Bildungsniveau: 71,1% (78,3%),
- ab 65 Jahren: 62,8% (65,1%),
- mit mehreren chronischen Erkrankungen: 61,6% (65,1%). <<

MD stellt 3.301 Fehler fest

>> 12.304 fachärztliche Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern hat der Medizinische Dienst im Jahr 2024 bundesweit erstellt. In jedem 4. Fall (3.301 Fälle) stellten die Gutachter:innen einen Behandlungsfehler mit Schaden fest. In jedem 5. Fall (2.825 Fälle) war der Fehler ursächlich für den erlittenen Schaden. Das geht aus der aktuellen Jahresstatistik zur Behandlungsfehlerbegutachtung des Medizinischen Diensts hervor. <<

Link: https://t1p.de/diyeg



Die Hauptaussagen der Vorträge des 14. MVF-Fachkongresses von „Monitor Versorgungsforschung"

Vom Primär- zum umfassenden Versorgungssystem

Von der drohenden „doppelten Demografie" hin zu resilienten Gesundheitsregionen: Der 14. MVF-Fachkongress unter dem Titel „Agenda 2030: Primärversorgung gestalten – Strategien für ein patientennahes und resilientes Gesundheitssystem" zeichnete im Berliner Scharounsaal der AOK Nordost ein klares Bild der aktuellen Versorgungsrealität. Zwischen systemischen Beharrungskräften und innovativen Leuchttürmen wurde deutlich: Die Zukunft liegt nicht mehr im Einzelkämpfertum, sondern in datengestützten, multiprofessionellen Netzwerken. Kooperationspartner war der DNVF und Platinsponsor war MSD.

>> Der Scharounsaal der AOK Nordost in Berlin bildete am 28. November 2025 die Kulisse für eine schonungslose Bestandsaufnahme und eine konstruktive Zukunftswerkstatt des deutschen Gesundheitswesens. Prof. Dr. Reinhold Roski, Herausgeber des Monitor Versorgungsforschung, eröffnete den Kongress mit einer Dringlichkeitswarnung: Steigende Kosten treffen auf einen jahrzehntelangen Modernisierungsstau. Unser Gesundheitssystem steuert auf eine „doppelte Demografie" zu – eine alternde, immer multimorbidere Gesellschaft trifft auf eine schwindende Zahl an Fachkräften.

Bis 2035 könnten laut Robert Bosch Stiftung 11.000 Hausarztstellen unbesetzt bleiben. Die zentrale These des Kongresses kristallisierte sich bereits in der Eröffnung heraus: Der im Koalitionsvertrag verankerte Ansatz eines „verbindlichen Primärarztsystems" greift zu kurz. Was Deutschland benötigt, ist ein umfassendes Primärversorgungssystem, das über den rein ärztlichen Fokus hinausgeht.

Status quo – die Realität der regionalen Disparitäten

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (DNVF) legte in seiner Keynote dar, dass die Realität der Versorgung in Deutschland massiv von regionalen Disparitäten geprägt ist. Während in Ballungsräumen die Wege kurz sind, müssen Patienten in ländlichen Regionen oft Fahrtzeiten von mehr als 30 Minuten in Kauf nehmen.

Hoffmann illustrierte in seinem Vortrag unter anderem die Notwendigkeit von Strukturreformen am Beispiel der Pädiatrie in Vorpommern. Eine Analyse zeigte, dass die Aufrechterhaltung dreier Klinikstandorte (Greifswald, Anklam, Wolgast) ein Defizit von 1,6 Millionen Euro verursachte, während eine Konsolidierung kostendeckend wäre. Die Schließung der Pädiatrie in Wolgast führte – entgegen den Befürchtungen der Bevölkerung – nicht zu einer Verschlechterung der gesundheitlichen Outcomes. Die stationären Fallzahlen sanken signifikant (von 1.787 auf ca. 1.000), was darauf hindeutet, dass zuvor viele Aufnahmen medizinisch nicht zwingend notwendig waren.

Wesentliche Erkenntnis: Wo Ressourcen fehlen, leidet die Versorgung, aber Strukturreformen können Effizienzreserven heben, ohne die Gesundheit zu gefährden – vorausgesetzt Alternativen wie Telemedizin greifen. Das Projekt RTP-Net habe gezeigt, dass durch telemedizinische Anbindung an Zentren 76 Prozent der neuropädiatrischen Fälle wohnortnah behandelt werden konnten, statt verlegt zu werden.

Dr. Johannes Leinert (Bertelsmann Stiftung) untermauerte die strukturellen Defizite mit empirischen Daten. Ein Drittel der selbstständigen Hausärzt:innen plant in den nächsten fünf Jahren die Praxisabgabe. Noch alarmierender ist seinen Worten zufolge der Rückgang der Arbeitszeitvolumina: Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit sank auf 44 Stunden. Bereinigt man die Daten, resultiert dieser Rückgang primär aus dem Trend zur Teilzeit, weniger aus dem Status „angestellt vs. selbstständig". Leinert betonte, dass die „Einzelpraxis ein Auslaufmodell" sei. Der Nachwuchs strebt in kooperative Strukturen.

Prozessmanagement statt Strukturdebatten

Einen paradigmatischen Wechsel in der Betrachtungsweise forderte Prof. Dr. Bertram Häussler (IGES Institut). Anstatt sich in endlosen Strukturdebatten zu verlieren, müsse das Management der Versorgungsprozesse in den Fokus rücken. Die Unzufriedenheit der Patienten resultiert primär aus mangelnder Koordination und dem Gefühl, dass das System „überlastet" ist. Häussler nutzte die Analogie eines Enterprise Resource Planning (ERP) Systems aus der Wirtschaft.

- Realität: Ein Patient mit Fraktur wird vom Hausarzt zum Radiologen und dann zum Orthopäden geschickt. Oft findet der Orthopädentermin statt, bevor der Befund vorliegt – eine klassische Koordinationsfalle.
- Vision: Ein intelligentes Datensystem prüft vor dem Termin, ob alle Befunde vorliegen, und steuert den Pfad.

Innovative Versorgungsmodelle

Dass eine bessere Versorgung schon heute möglich ist, zeigten diverse Praxisberichte,



die jedoch oft noch den Status von „Inseln der Exzellenz“ haben:

PORT-Zentren: Multiprofessionalität unter einem Dach

Cordula Hoffmanns (Bosch Health Campus) stellte die PORT-Zentren vor, die sich an der Deklaration von Alma-Ata orientieren. Ob im ländlichen Hohenstein oder im urbanen Hamburg-Veddel – der Schlüssel liegt in der Multiprofessionalität.

- Beispiel Brüggen: Durch qualifizierte Teams in der Versorgung von Pflegeheimen konnte die Zahl der im Heim ausgestellten Totenscheine um 30 Prozent gesteigert werden – ein Indikator für vermiedene, belastende Krankenhauseinweisungen am Lebensende.
- Herausforderung: Der rechtliche Rahmen hinkt hinterher. Es fehlt an Rechtssicherheit für neue Berufsbilder wie Community Health Nurses und an Finanzierungsmodellen für Koordinationsleistungen.

OptiMedis: Geschäftsmodell „Gesundheit“

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt (OptiMedis) kritisierte das vorherrschende Geschäftsmodell der „Leistungsproduktion“, das Krankheit finanziell belohnt. Das Modell „Gesundes Kinzigtal“ bewies über 15 Jahre, dass Investitionen in Prävention und Koordination die Morbidität und Kosten senken können. Hildebrandt forderte virtuelle Regionalbudgets und Technologien, die Sektorengrenzen überwinden – etwa mobile Röntgengeräte in Pflegeheimen, um Transporte dementer Patienten zu vermeiden.

HZV und HÄPPI: die Evolution der Hausarztzentrierten Versorgung

Jürgen Graf (AOK Baden-Württemberg) präsentierte die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) als Blaupause für ein Primärarztsystem. Die Evaluation über 15 Jahre zeigt signifikante positive Effekte bei Diabetikern (weniger Amputationen, Schlaganfälle) bei gleichzeitiger Wirtschaftlichkeit. Mit dem Konzept HÄPPI (Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell) geht Baden-Württemberg den nächsten Schritt: Der Einsatz akademischer nicht-ärztlicher Fachkräfte (z. B. Physician Assistants) wird vertraglich gefördert, um die ärztliche Arbeitszeit auf komplexe Fälle zu konzentrieren.

Strategien und Barrieren der Umsetzung

Warum setzen sich diese Erkenntnisse nicht flächendeckend durch? Prof. Dr. Volker Amelung (Medizinische Hochschule Hannover / Geschäftsführer Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH – inav) identifizierte fünf „Großbaustellen“:

1. Geschäftsmodelle: Es fehlt der Business Case für Prävention. Im Morbi-RSA werden Kassen teilweise „bestraft“, wenn sie ihre Versicherten gesund erhalten.
2. Bedarfsplanung: Die starre Sitz-Logik muss einer liberalisierten Planung weichen, die Versorgungseinheiten „am Reißbrett“ pro Population plant.
3. Vergütung: Abkehr von der Einzelleistung hin zu Pauschalen oder Tarifen mit Anreizen (Nudging) statt Sanktionen.
4. Rechtsformen: Genossenschaftliche Modelle könnten Primärversorgung jenseits von Private Equity ermöglichen.
5. Delegation: Aufgaben müssen effizienter auf andere Berufsgruppen verteilt werden.

Amelung plädierte für einen radikalen Schnitt („Cold Turkey“) statt des bisherigen „Muddling Through“.

Blick in die Versorgungsrealität der Flächenländer

Michael Zaske (Ministerium für Soziales, Brandenburg) und Steffen Bohm (AGENON) brachten die Perspektive der Flächenländer ein. Brandenburg steht vor einer „dreifachen demografischen Falle“. Das Projekt ProReVers entwickelt einen „Methodenkoffer“ für regionale Planung. Ein zentrales Ergebnis: Sinnvolle regionale Lösungen scheitern oft an bundesrechtlichen Vorgaben. Es fehlen Öffnungsklauseln im SGB V, um stationäre und ambulante Ressourcen (z. B. Diagnostik im Krankenhaus für ambulante Patienten) flexibel zu nutzen.

Der MVF-Kongress machte vor allem eines deutlich: Die Zeit der Modellprojekte muss enden. Die Lösungen liegen auf dem Tisch – von der datengestützten Prozesssteuerung (Häussler) über verbindliche Primärarztsysteme (Graf/Richard) bis hin zu multiprofessionellen Zentren (Hoffmanns/Zaske). Was fehlt, ist der politische Mut, den bundesweiten Rahmen zu flexibilisieren. „Probleme sind meist regional und müssen regional gelöst werden“, resümierte Prof. Hoffmann. Dafür braucht es regionale Budgets, Sektorenfreiheit und eine Vergütung, die Kooperation statt Konkurrenz fördert. Oder wie es in der Schlussdiskussion hieß: Es braucht eine Politik mit „Eiern in der Hose“, um evidenzbasierte Ziele auch gegen Widerstände durchzusetzen. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Vom Primär- zum umfassenden Versorgungssystem“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/26), S. 22–25. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2808

Hinweis

Dieser Bericht basiert auf den Wortprotokollen der auf dem 14. MVF-Fachkongress gehaltenen Vorträge. Zitate wurden sprachlich leicht geglättet, ohne den Sinn zu verändern. Alle Vortragsinhalte des Vor- und Nachmittags können Sie in PDF-Form sowie als Audiomitschnitte auf dem MVF-Portal einsehen oder downloaden:

https://t1p.de/caxch



„Idealtypischerweise vereint ein Porthaus unter einem Dach die primärärztliche Versorgung (Hausärzte, Pädiater) mit einem multiprofessionellen Team. Eine zentrale neue Rolle spielt dabei die akademisierte Pflegefachkraft, etwa die Community Health Nurse.“

Cordula Hoffmanns (Bosch Health Campus)



„Wir halten oft an Lebenslügen fest. Ein Beispiel ist der Anspruch auf eine Geburtsklinik am Wohnort, selbst wenn dort aufgrund geringer Fallzahlen die Sicherheit nicht gewährleistet ist. Wir müssen lernen, evidenzbasierte Entscheidungen zu treffen.“

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (DNVF)

„Das beherrschende Problem für die Patienten liegt im konkreten Erleben der Versorgungsprozesse, nicht in abstrakten Strukturkästchen.“

Prof. Dr. Bertram Häussler (IGES)



„Aktuell bietet sich ein Window of Opportunity. Die politische Diskussion um ein Primärarztsystem – ein begrifflich vielleicht unglücklich gewählter Terminus – offenbart, dass die Akteure noch nach einer klaren Richtung suchen. Dies ist der Moment, um innovativ und radikal zu denken.“

Prof. Dr. Volker Amelung (MHH/inav)



„Primärversorgung muss heute größer gedacht werden als nur die Hausarztpraxis mit Überweisungsvorbehalt. Wir benötigen interprofessionelle Teams, eine Ausrichtung auf Public Health und virtuelle Regionalbudgets, die Investitionen in Gesundheit refinanzieren.“

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt (OptiMedis)



„Es scheint sich – auch in Äußerungen der Politik – die Erkenntnis durchzusetzen, dass ein umfassendes Primärversorgungssystem gemeint sein muss, das über den reinen Arztbezug hinausgeht. Doch die konkrete Ausgestaltung – welche Institutionen, welche Spielregeln, welche Akteure – ist noch völlig offen.“

Jürgen Graf (AOK Baden-Württemberg)

„Wir stehen vor dem Dilemma, dass sinnvolle regionale Lösungen – wie die ambulante Nutzung von Krankenhausressourcen zur Entlastung der Praxen – an detaillierten bundesrechtlichen Vorgaben scheitern. Ohne Öffnungsklauseln und klare Verpflichtungs tigungen bleiben regionale Planungsko oft Papiertiger. Hier besteht dringender lungsbedarf seitens des Gesetzgebers, identifizierten Lösungen auch impleme zu können.“

Steffen Bohm (AGENON)



„Ein zentrales Problem in Deutschland ist, dass Aufgaben inhaltlich zu wenig strukturiert sind. Die Zulassung und Bedarfsplanung erfolgen sehr formal nach Arztgruppen. Im Krankenhausbereich lösen wir dies gerade durch die Einführung von Leistungsgruppen ab. Einen ähnlichen Schritt benötigen wir in der ambulanten Versorgung: Die Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgung hin zu einer umfassenden Primärversorgung erfordert einen klar definierten Versorgungsauftrag, der über die bloßen Gesetzesvorgaben hinaus auch tatsächlich gelebt wird.“

Dr. Sabine Richard (AOK-Bundesverband)





„Die Stimmung an der Basis ist reif für Veränderungen im Sinne einer stärkeren Teamorientierung und Arbeitsteilung, wie sie auch Professor Hoffmann skizziert hat. Die Herausforderungen sind klar (Demografie, Teilzeitwunsch), aber die Lösungsansätze (Delegation, gezielte Nachwuchsgewinnung, kommunales Engagement) sind identifiziert.“

Dr. Johannes Leinert (Bertelsmann Stiftung)



„Im Zuge der Krankenhausreform wird eine erhebliche Last aus dem stationären Sektor in die ambulante Primärversorgung verlagert werden. Darauf sind die aktuellen Strukturen jedoch nicht vorbereitet.“

Vera Lux (DBfK)



ermäch-
nzepte
r Hand-
um die
ntieren



„Wir müssen weg von der ‚Modellprojektitis' hin zu einer begleitenden Einführung neuer Systematiken in die Regelversorgung. Dazu braucht es: Öffnungsklauseln im SGB V für sektorenübergreifende Planung und Finanzierung. Interprofessionelle Teams, deren Leistungen (z. B. durch nichtärztliches Personal) auch finanziert werden. Integration innovativer Elemente wie Decision Units in das Vergütungssystem.“

Michael Zaske (MGS Brandenburg)

Podiumsdiskussionen des 14. MVF-Fachkongresses von „Monitor Versorgungsforschung"

Vor allem muss klar sein, wer das Sagen hat

Im Scharounsaal der AOK Nordost herrschte am Veranstaltungstag des in Kooperation mit dem DNVF veranstalteten und von MSD als Platinsponsor unterstützten 14. MVF-Fachkongresses von „Moni-tor Versorgungsforschung" eine Atmosphäre, die zwischen Aufbruchsstimmung und resignativem Realismus schwankte: Draußen dämmerte der Berliner Winter, drinnen wurde oft kontrovers die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens diskutiert. Kein Wunder, denn der Fachkongress von „Monitor Versorgungsforschung" hatte sich ein gewaltiges Thema vorgenommen: „Primärversorgung gestalten" – Strategien für ein patientennahes und resilientes Gesundheitssystem". Was in den Vortragssessions (1) als wissenschaftlich-evidenter Austausch über Versorgungsstrukturen begann, entwickelte sich in den beiden Podiumsdiskussionen zu einer fundamentalen, aber zukunftsgerichteten Auseinandersetzung über Kompetenzen, Budgets und die Frage, wer künftig im System „den Hut aufhat".

>> Die Protagonisten auf der Bühne repräsentieren in etwa die Bruchlinien des derzeitigen Gesundheitssystems: Vera Lux, die Präsidentin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK), für die selbstbewusster werdende Pflege, Dr. Dominik von Stillfried vom Zi für die Gralshüter der ärztlich dominierten Regelversorgung und Michael Zaske, Leiter Abteilung 3 des Brandenburger Gesundheitsministeriums, der für eine pragmatische Nothilfe in der Fläche kämpfte. Zwischen den Fronten: zwei Österreicher – Dr. Maximilian Schwarz und Jan Langner von der Gesundheit Österreich GmbH (s. MVF 06/25) –, die im Auftrag ihres Landes bereits seit über zehn Jahren mit Erfolg das aufbauen, was in Deutschland erst diskutiert wird: ein neues, flächendeckendes Primärversorgungssystem.

Den Auftakt der Diskussion bestimmte eine Berufsgruppe, die lange Zeit in der zweiten Reihe stand: die Pflege. Vera Lux, Präsidentin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe, nutzte das Podium für ein leidenschaftliches Plädoyer zugunsten des „Community Health Nursing" (CHN). „Wir haben viele junge Menschen, die sehr gut ausgebildet sind und in den Startlöchern stehen", eröffnete Lux die Diskussion. Ihr Argument: Der Mangel an Personal sei nicht das alleinige Problem, sondern die rechtliche Fesselung des vorhandenen Potenzials. Solange der Gesetzgeber keine leistungs- und haftungsrechtlichen Rahmenbedingungen schaffe, blieben akademisch ausgebildete Pflegekräfte in einer Grauzone der Unsicherheit. „Wenn sie aber leistungsrechtlich und auch haftungsrechtlich keinen Rahmen haben [...], dann entsteht eine große Unsicherheit, ob man diesen Weg gehen soll oder nicht." Lux warnte davor, dass diese Unsicherheit zu einer Verschwendung von Ressourcen führe. Junge Fachkräfte, die bereit wären, Verantwortung in der Primärversorgung zu übernehmen, würden ausgebremst, weil Gesetze wie das Pflegekompetenzgesetz oder Reformen der Pflegeberufe (PflBG) immer wieder verschoben würden oder an anderen Gesetzgebungsverfahren hingen.

Ein zentraler Punkt der Debatte war die terminologische Schärfung. Auf den Einwurf aus dem Publikum, ob man englische Begriffe wie „Community Health Nurse" nicht durch „Gemeindeschwester" ersetzen könne, reagierte Lux genervt, aber bestimmt: „Das Thema kommt immer wieder auf und ich kann es auch nicht mehr hören". In einer Welt von „Caring Communities" sei der englische Fachbegriff etabliert und drücke eine spezifische akademische Qualifikation aus, die über das traditionelle Bild der Gemeindeschwester weit hinausgehe.

Noch wichtiger war Lux jedoch die Abgrenzung zu anderen neuen Berufsbildern, insbesondere zum „Physician Assistant" (PA). Hier zog die DBfK-Präsidentin eine scharfe Linie: „Seien wir ehrlich: Wir halten wenig davon". Die Einführung immer neuer Berufsgruppen wie der PAs mache das System für Patient:innen nicht transparenter, sondern komplizierter und teurer. Statt neue Hilfsberufe zu schaffen, plädierte sie für eine „Profilschärfung" der bestehenden Pflegeberufe – von der Assistenzkraft bis zur „Advanced Practice Nurse" (APN). Lux definierte die APN als Pflegefachperson mit Masterabschluss und Spezialisierung auf komplexe klinische Felder wie Transplantationsmedizin, Psychiatrie oder Onkologie. Die „Community Health Nurse" hingegen verortete sie auf der Ebene von „Public Health": Vernetzung, Beratung, Steuerung und Anleitung in der Häuslichkeit. Dies sei der Schlüssel, um Versorgungslücken zu schließen, ohne in direkte Konkurrenz zur hochspezialisierten Medizin zu treten.

Ein emotionaler Moment der Diskussion entstand, als die Frage nach der tatsächlichen Arbeitskraft aufkam. Trotz 1,7 Millionen Pflegenden in Deutschland – so viel wie nie zuvor – ächzt das System. Vera Lux und Dr. von Stillfried (Zi) legten den Finger in eine offene Wunde: die mangelnde Datenbasis und die Flucht in die Teilzeit. „Der Return on Investment ist eben nicht so gut", analysierte Lux nüchtern. Sie verwies auf Daten aus der Medizinischen Hochschule Hannover und der Uniklinik Köln, die zeigten, dass die Teilzeitquote in der Pflege bei etwa 50 Prozent liege. Überraschenderweise seien es nicht primär die älteren Mitarbeiter oder Mütter,

Hinweis

Dieser Bericht basiert auf den Wortprotokollen der beiden Podiumsdiskussionen des 14. MVF-Fachkongresses. Zitate wurden sprachlich leicht geglättet, ohne den Sinn zu verändern. Alle Vortragsinhalte des Vor- und Nachmittags können Sie in PDF-Form sowie als Audiomitschnitte auf dem MVF-Portal einsehen oder downloaden:

https://t1p.de/caxch

OptiMedis

Sie wollen Potenziale in der Gesundheits-versorgung entfalten?



Wir bringen Innovation, Digitalisierung, Forschung und Management zusammen.

Unser interdisziplinäres Team entwickelt Lösungen für Prävention, Versorgung und Digitalisierung – von der Krankenhausstrategie über das Versorgungsmanagement bis zu regionalen Netzwerken und digitalen Innovationen. Dabei arbeiten wir mit öffentlichen und privaten Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Lassen Sie uns über Ihre Digitalisierungs- und Versorgungsvorhaben sprechen.

Unser Angebot nach Bereichen

Regionale Versorgung

Entwicklung und Umsetzung regionaler Versorgungsstrategien – gemeinsam mit lokalen Akteuren.

Forschung & Innovation

Konzeption, Management und Evaluation von Forschungs- und Innovationsprojekten im Gesundheitswesen.

Digitale Transformation

Strategie, Konzeption und Umsetzung digitaler Anwendungen, Portale und Prozesse.

Gesundheitskommunikation

Kommunikationsstrategien, Kampagnen und Inhalte für Projekte, Organisationen und Netzwerke.

Datenanalytik

Analyse von Versorgungsstrukturen und Routinedaten als Grundlage für fundierte Entscheidungen.

www.optimedis.de

OptiMedis – Analytik, Transformation und Innovation im Gesundheitswesen



Abb. 1: Podiumsdiskussion am Vormittag (v. li.): Cordula Hoffmanns (Robert Bosch Centrum für Innovationen im Gesundheitswesen), Dr. David Wachabauer (GÖG), Dr. h. c. Helmut Hildebrandt (Vorstand OptiMedis), Dr. Sabine Richard (Geschäftsführerin Versorgung im AOK-Bundesverband) und Prof. Dr. Bertram Häussler (Vorsitzender der Geschäftsführung IGES Institut).

die ihre Stunden reduzierten. „Die Älteren haben meistens noch 90 Prozent gearbeitet", so Lux. Es seien die jungen Absolvent:innen, die direkt nach der Ausbildung oft nur noch 50 Prozent arbeiten wollten.

Die Gründe dafür verortete sie nicht im Gehalt, sondern in den Arbeitsbedingungen und der fehlenden Autonomie. „Wir müssen immer fragen, wir müssen den Ärzten hinterherlaufen – sei es bei einer Verordnung oder der Pflegegradeinstufung", beschrieb Lux den frustrierenden Alltag ihrer Profession. Junge Menschen akzeptierten diese Hierarchien nicht mehr und suchten sich ihren eigenen Weg – oft raus aus der Vollzeit oder ganz raus aus dem Beruf.

Einigkeit herrschte auf dem Podium über das statistische Versagen des deutschen Gesundheitssystems. „Wir haben keine statistischen Daten, die differenzieren, wie viele einjährig Ausgebildete, wie viele Pflegehilfskräfte oder wie viele Akademiker wir haben", kritisierte Lux. Ohne diese Daten sei eine gezielte Personalbedarfsplanung unmöglich.

Dr. Dominik von Stillfried, Vorstand des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi), bestätigte diesen „Blindflug" auch für den ärztlichen Sektor, wenn es um die Versorgungssteuerung geht. Er verglich die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) mit einem „Dinosaurierknochengerüst". Man erkenne darin zwar die grobe Struktur, müsse aber die Knochen (sprich Datenpunkte) mühsam aneinanderlegen, um zu verstehen, wie das Gesundheitswesen funktioniert.

Während die Pflegeseite nach mehr Verantwortung drängte, mahnte von Stillfried aber auch zur Vorsicht. Seine Argumentation stützte sich aber nicht auf Standesdünkel, sondern auf die Sorge um die Effizienz und Koordination der Versorgung. Von Stillfrieds Hauptkritikpunkt an den aktuellen Reformbemühungen der Bundesregierung war die Fragmentierung. Er skizzierte ein Szenario, in dem die Patient:innen von unzähligen Akteur:innen umkreist werden, ohne dass klar ist, wer die Fäden in der Hand hält. „Wir haben einen Hausbesuchsdienst der KV, der 24/7 aktiv ist, wir haben ein paralleles telemedizinisches Angebot, wir führen den Telenotarzt und den Gemeindenotfallsanitäter ein. Also vier neue Instanzen, die die gleiche Klientel ansprechen", rechnete er vor.

Wenn nun noch die „Community Health Nurse" als fünfte Instanz hinzukomme, leide die Idee einer Fokussierung auf „einen" Zuständigen massiv. Für von Stillfried ist aber genau das Ziel eines Primärversorgungssystems: Verantwortlichkeiten zu bündeln, nicht, sie zu verteilen. Er warnte davor, dass „Oma Krause" am Ende nicht mehr wisse, wer für sie verantwortlich sei und ob die Maßnahmen des Physiotherapeuten oder der Pflegekraft auch noch vom Arzt korrigiert werden müssten.

Um die Dimension zu verdeutlichen, warf von Stillfried recht eindrückliche Zahlen in den Raum, die jede Reformdiskussion erden müssten: 600 Millionen Behandlungsfälle im ambulanten Bereich pro Jahr, davon 220 Millionen in Hausarztpraxen. Die Vorstellung, man könne diese Last einfach auf neu zu gründende „Level-1i-Krankenhäuser" oder Primärversorgungszentren umverteilen, wies er als illusorisch zurück. „Selbst wenn wir sehr viele Krankenhäuser in Level-1i-Standorte umwandeln, sind wir vielleicht bei 500. Mit diesen Standorten wird man das Primärversorgungssystem nicht stemmen können", erklärte von Stillfried.

Ein Raunen ging durch den Saal, als Dr. von Stillfried auf die 133 verschiedenen Praxisverwaltungssysteme (PVS) in Deutschland hinwies. Diese Zersplitterung der Softwarelandschaft sei eines der größten Hindernisse für Innovation. Das Zi sei das erste Institut, das überhaupt Transparenz über die Qualität dieser Systeme herstelle. Das vernichtende Urteil: „Das ist einer der wesentlichen Gründe, warum wir mit KI vergleichsweise wenig machen können derzeit: Wir haben keine einheitliche Datengrundlage".

Das Hauptproblem sei jedoch nicht, erklärte der Zi-Vorstand weiters, dass Patient:innen gar keine Arzt:innen sähen – nur



Abb. 2: Podiumsdiskussion am Nachmittag (v. li.): Prof. Dr. Volker Amelung (Medizinische Hochschule Hannover / Geschäftsführer Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH - inav), Steffen Bohm (Geschäftsführer Agenon), Vera Lux (Präsidentin Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Bundesverband), Michael Zaske (Leiter Abteilung 3 MGS Brandenburg, aktuell Interims-Gesundheitsminister Brandenburgs,), Dr. Dominik von Stillfried, Vorstand des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi). Moderation: Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (DNVF).



Revolutionen

erfordern Leidenschaft.

Seit über hundert Jahren setzen wir als forschendes Unternehmen durch Diagnostika und Medikamente neue Standards im Gesundheitswesen. Heute versprechen neue Datenquellen und Analysemöglichkeiten für Patienten die passende Behandlung zum richtigen Zeitpunkt zu finden. Daran müssen wir gemeinsam arbeiten. Damit Fortschritt dem Menschen dient. Und nicht umgekehrt.

Roche

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Vor allem muss klar sein, wer das Sagen hat", in „Online First zu Monitor Versorgungsforschung" (01/26), S. 26, 28, 30. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2810

etwa 11 Millionen Fälle beträfen die Patientenschaft, die bisher gar nicht bei der Hausärzteschaft waren. Das Problem sei die Steuerung der riesigen Masse an realen Kontakten. Von Stillfried plädierte darum dafür, die bestehenden Strukturen (50.000 Hausärzte, 35.000 Praxen) zu stärken und digital zu vernetzen, statt parallele Welten aufzubauen.

Und vor allem: besser zu managen, warf Prof. Dr. Bertram Häussler vom IGES Institut ein. Er forderte einen paradigmatischen Wechsel in der Betrachtungsweise. Anstatt sich in endlosen Strukturdebatten zu verlieren, müsse das Management der Versorgungsprozesse in den Fokus rücken. Die Unzufriedenheit der Patienten resultiert laut Häussler primär aus mangelnder Koordination und dem Gefühl, dass das System „überlastet" ist.

Der IGES-Chef definierte die klassischen „4 Cs" der Primärversorgung (First Contact, Continuity, Comprehensiveness, Coordination) neu. Kontinuität müsse heute nicht mehr durch eine Person (die Hausärzt:in, die die Familie seit Jahrzehnten kennt), sondern durch ein intelligentes Datenmodell gewährleistet werden, das die Historie der Patient:innen verfügbar mache.

Während in Berlin (auf dem MVF-Kongress) diskutiert und über Gesetze debattiert wird, schafft man in Brandenburg seit Langem Fakten. Michael Zaske, Abteilungsleiter im Brandenburger Gesundheitsministerium, brachte die Perspektive eines Flächenlandes ein, dem schlicht die Zeit für theoretische Grundsatzdiskussionen fehlt. „Es ist nicht unsere Aufgabe, immer nur in die Politik zu gucken und zu fragen: Hat da einer was vergessen?", rief Zaske in den Saal. Seine Botschaft: Die Gesetze bieten bereits Spielräume, man muss sie nur nutzen.

Brandenburg setzt dabei massiv auf Delegationsmodelle. Zaske berichtete, dass die berühmte „Schwester Agnes" (eine moderne Version der Gemeindeschwester) dort, wo Ärzte fehlen, einen signifikanten Teil der Versorgung auffängt. „Schwester Agnes kann dort, wo von drei Ärzten einer aufhört, diesen teilweise kompensieren", erklärte Zaske. Das Land bilde hierzu auch „Community Health Nurses" oder vergleichbare Kräfte aus und schleuse sie in Pflegedienste ein, bezahlt nach Entgeltgruppe E12, auch wenn E13 (noch) nicht möglich ist.

Zaskes Ansatz ist von unternehmerischem Denken geprägt: Wenn ein System ineffizient ist, muss man es umbauen. „Ein Unternehmer würde so eine Fehlentwicklung nicht machen, dass er fünf, sechs Leute parallel laufen lässt", stimmte er der Kritik an der Zersplitterung zu, zog aber den Schluss, dass man integrierte Modelle vor Ort bauen müsse.

Auf die Frage, wie Österreich die gesetzliche Verankerung (Primärversorgungsgesetz) gelungen sei, skizzierte Dr. David Wachabauer von der Gesundheit Österreich GmbH den Prozess:

1. Zielsteuerung (2013): Einigung von Bund, Ländern und Sozialversicherung auf das Ziel der Stärkung der Primärversorgung.
2. Konzeptphase: Um die Ärzteschaft mitzunehmen, wurde das Konzept zunächst „Das Team um den Hausarzt" genannt.
3. Gesetzgebung (2017): Schaffung von Rechtssicherheit und Definition von Versorgungsaufträgen. Wichtig war hierbei der Schutz vor rein kapitalgetriebenen Investoren (Beschränkung auf gemeinnützige Träger oder Ärzte).
4. Finanzierung: Bereitstellung von 100 Millionen Euro (u. a. EU-Mittel) als Anschubfinanzierung zur Risikominimierung für Gründer.

Wachabauer betonte, dass der massive Widerstand der Ärzteschaft nur durch eine konsistente politische Haltung über Jahre hinweg überwunden werden konnte.

Gegen Ende der Diskussion nahm die Debatte eine philosophische Wendung. Ein Teilnehmer berichtete von der Weltausstellung in Osaka, wo eine „Senioren-Waschmaschine" vorgestellt wurde – eine vollautomatisierte Körperpflegeanlage. Während Vera Lux dazu aufrief, „Ängste beiseitezuschieben" und Technologie als Chance zu begreifen, um dem Personalmangel zu begegnen, gab es auch skeptische Stimmen.

Vera Lux selbst warnte davor, den menschlichen Kontakt zu verlieren. „Ich habe auch ein bisschen Furcht davor, wenn wirklich alle nur noch in die Waschmaschine kommen", gestand sie. Gerade bei Themen wie Gewalt gegen Frauen (187.000 Fälle im letzten Jahr) oder der Vernachlässigung von Kindern sei der physische, menschliche Blick durch nichts zu ersetzen – auch nicht durch die beste Telemedizin. „Das ist nicht alles digital machbar."

Ein roter Faden, der sich durch den gesamten Nachmittag zog, war die Kritik an der starren Sektorentrennung des deutschen Gesundheitswesens (ambulant vs. stationär). Die Hoffnung vieler lag auf der neuen „Regionalen Sektorenunabhängigen Versorgung" (RegioSV). Doch die Ernüchterung folgte auf dem Fuß: „Was ist das denn?", fragte ein Teilnehmer polemisch und kritisierte, dass man zwar eine schöne Überschrift geschaffen habe, aber niemand wisse, wie die neuen Einrichtungen finanziert werden sollen oder was sie rechtlich dürfen. „Kein Mensch, der da halbwegs alles beisammen hat, wird so eine gründen", lautete das harte Urteil über die derzeitige Rechtsunsicherheit.

Auch Vera Lux äußerte sich skeptisch über die Umsetzung der Ambulantisierung nach § 115f SGB V (sektorengleiche Vergütung). Sie bezeichnete die aktuelle Ausgestaltung als „Missgeburt", da sie immer noch zu stark an der stationären Logik hänge. Ihr Gegenentwurf: Gesundheitszentren, die flexibel agieren können – etwa in den Räumen geschlossener Krankenhäuser –, wo Pflege, Ärzt:innen und Therapeut:innen unter einem Dach arbeiten, ohne dass jeder Handgriff durch Sektorengrenzen blockiert wird.

Als MVF-Herausgeber und Kongresspräsident Prof. Dr. Reinhold Roski die Diskussion beendete, blieb eine zentrale Frage im Raum stehen: Wer führt den Wandel an? Die Diskussion zeigte eines ganz deutlich: Die Akteur:innen sind nicht mehr bereit, auf den „großen Wurf" aus Berlin zu warten, sie wollen handeln. JETZT. Und das schnell, denn:

- Die Pflege fordert ihren Platz und schafft mit Modellen wie CHN Fakten, auch wenn das Haftungsrecht hinterherhinkt.
- Die Ärzteschaft (vertreten durch das Zi) verteidigt ihre Koordinierungsrolle, muss aber eingestehen, dass sie ohne digitale Unterstützung und Entlastung durch andere Berufe unter der Last der 600 Millionen Fälle zusammenbricht.
- Die Regionen (wie Brandenburg) dehnen im Zweifel Bundesvorgaben, um die Versorgung vor dem Kollaps zu bewahren.

Der 14. MVF-Fachkongress endete mit der Erkenntnis, dass die „Agenda 2030" nicht am Reißbrett in Berlin entschieden wird, sondern in Aushandlungsprozessen vor Ort. Oder wie Michael Zaske, aktuell Interims-Gesundheitsminister Brandenburgs, es formulierte: „Wir müssen weiterkommen. […] Selbst wenn die Rahmenbedingungen noch nicht so sind, wie wir sie wünschen". <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier



LEBENSQUALITÄT ENTSTEHT …

… wenn Fürsorge und Forschergeist sich verbinden.
Seit fast 150 Jahren setzen wir alles daran, das Leben der Menschen zu verbessern. Dafür entwickeln wir wirksame Therapien und vertiefen unser Wissen über den Umgang mit Krankheiten. Damit immer mehr Patienten so normal wie möglich leben können.

www.lilly.com/de

Lilly

PP-MG-DE-1794 Juli 2024





„Gesundheit muss zur ab ten Chefsache erklärt wer

Im Interview (v. li.): Prof. Dr. Dennis A. Ostwald (Gründer und CEO des WifOR- Instituts) und Dipl.-Kfm. Christoph Glaetzer (Chief Global Value and Access Officer, Johnson & Johnson Innovative Medicine)

„Was häufig fehlt, ist die gemeinsame Betrachtung des Gesamtproblems – über Silos hinweg“ (Ostwald). „Wir müssen damit beginnen, den kompletten „Patient Care Pathway“ zu berücksichtigen und Krankheiten in einem möglichst frühen Stadium zu erkennen und den Krankheitsverlauf gezielt zu beeinflussen” (Glaetzer). Im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung” begründen Prof. Dr. Dennis A. Ostwald (Gründer und CEO des WifOR-Instituts) und Dipl.-Kfm. Christoph Glaetzer (Chief Global Value and Access Officer, Johnson & Johnson Innovative Medicine) mithilfe einer neuen Evidenzebene einen weiteren Blick auf das Thema Gesundheit: weg vom Problem, hin zum Teil einer Lösung.

>> Es ist sicher unbestritten, dass Deutschland erhebliche fiskalische und demografische Probleme hat und wichtige Wendepunkte in diesen Bereichen nicht verpassen darf. Auf einer kürzlich stattgefundenen Veranstaltung der privaten Krankenversicherung prognostizierten Expert:innen sogar eine Katastrophe, sollte sich bei Rente, Sozialausgaben, Gesundheit und Pflege nicht grundsätzlich etwas ändern. Die hier sichtbaren Finanzierungslücken werden allenthalben mit althergebrachten Strategien der Kostendämpfung beantwortet. Ist das für Sie, der Gesundheit als strategische und langfristige Investition betrachtet, wie Ihr aktuelles Whitepaper „Healthy Returns: A Catalyst for Economic Growth and Resilience“ (1) zeigt, überhaupt der richtige Ansatz? Wenn Sie unserem Finanzminister eine Kennzahl vorlegen dürften, um ihn davon zu überzeugen, dass Kürzungen volkswirtschaftlich Selbstmord sind – welche wäre das?

Ostwald: Zunächst geht es bei strategischen Gesundheitsinvestitionen nicht darum, Einsparungen grundsätzlich abzulehnen. Deutschland hat mit 11,7 Prozent (*) des Bruttoinlandsproduktes bereits die höchsten Gesundheitsausgaben in der EU. Entscheidend ist vielmehr, die Mittel wirksam einzusetzen und zu verstehen, warum unsere Sozialsysteme gravierende Probleme haben: Der demografische Wandel führt zu steigenden Ausgaben, während eine schrumpfende Erwerbsbevölkerung und schwaches Wachstum vor allem die Einnahmenseite belasten. Vor diesem Hintergrund greift eine reine Kostendämpfung zu kurz. Stattdessen müssen wir Wachstum erzeugen. Voraussetzung dafür ist, dass möglichst viele Menschen gesund bleiben und am Arbeitsleben teilnehmen können. Gesundheit ist damit kein Kostenfaktor, sondern eine wichtige Grundlage für wirtschaftliche Stabilität und Wachstum.

„In öffentlichen Debatten werden die Gesundheitswirtschaft und die Branche vor allem als Kostenfaktor und damit als Teil des Problems diskutiert – statt als Teil der Lösung.“
Prof. Dr. Dennis A. Ostwald

Was wäre für Sie als Ökonom die wichtigste Kennzahl?

Ostwald: Aus finanzpolitischer Sicht wäre es sinnvoll, den Blick auf die Branchen zu richten, die stabil zur Wertschöpfung beitragen. Die Gesundheitsbranche macht mehr als 12 Prozent des deutschen Wohlstandes aus. Im Jahr 2024 beschäftigte sie 7,7 Millionen sozialversicherungspflichtige Menschen, generierte knapp 10 Prozent der deutschen Exportquote und leistete rund 500 Milliarden zum BIP. Damit ist die Gesundheitswirtschaft ein wahrer Champion-Sektor, der aus Pharma-, MedTech- und Biotech-Unternehmen besteht. Wir behandeln sie jedoch nicht wie einen Champion! In öffentlichen Debatten werden die Gesundheitswirtschaft und die Branche vor allem als Kostenfaktor und damit als Teil des Problems diskutiert – statt als Teil der Lösung. Der Gesundheitssektor verbindet hohe Wertschöpfung mit Exportstärke und leistet zugleich einen wichtigen Beitrag zu den öffentlichen Einnahmen. Dazu kommt, dass Investitionen in die deutsche Gesundheitswirtschaft typischerweise dazu führen, dass ein großer Teil der Wertschöpfung hierzulande erbracht wird, da die Wertschöpfungsketten vergleichsweise kurz sind. Das heißt: Es gibt Multiplikatoreffekte, die wiederum weitere Steuereinnahmen erzeugen.

Alles sicher richtig, aber wie „verkaufen“ Sie das dem Finanzminister?

Ostwald: Kurz gesagt: Es geht nicht nur um die Ausgaben, sondern ebenso um die Einnahmenseite. Die Politik legt den Schwerpunkt ihrer Analyse meist darauf, dass Deutschland etwa 12 Prozent des BIP für Gesundheit ausgibt, rechnet aber nicht dagegen, dass die Gesundheitswirtschaft einen rund 12-prozentigen BIP-Beitrag leistet. Rein ökonomisch betrachtet, „bezahlt“ sich die Gesundheitswirtschaft also selbst und schafft damit auch noch bessere Gesundheit. Investitionen in Gesundheit stabilisieren unseren Wohlstand also vor allem in Krisenzeiten enorm. Genau diese entscheidende Kennzahl muss ein Finanzminister verstehen und im Blick haben.

Auf welches Echo stoßen Sie mit dieser Argumentation bei den Fachleuten im Finanzministerium?

Ostwald: In Deutschland hat sich diese Sichtweise bislang nur begrenzt durchgesetzt. Umso bemerkenswerter war das Statement von Bundeskanzler Friedrich Merz in einem seiner ersten Interviews nach Amtsantritt, in dem er den Gesundheitssektor nicht mehr nur als Kostenlast, sondern ausdrücklich als Chance für Wertschöpfung und wirtschaftliche Stabilität beschrieben hat. Das zeigt, dass gesundheitsökonomische Argumente zunehmend in der politischen Debatte ankommen. Entscheidend wird nun sein, diese Sichtweise mit belastbarer Evidenz und einer klaren makroökonomischen Argumentation weiter zu untermauern, insbesondere gegenüber dem Finanzministerium.

Glaetzer: Das vom WifOR-Institut erarbeitete Whitepaper „Healthy Returns: A Catalyst for Economic Growth and Resilience“ liefert diese Evidenz und Argumente für den aus unserer Sicht notwendigen Perspektivwechsel auf Gesundheit. Bisher haben wir uns immer nur auf den Wert von Gesundheit in Bezug auf die individuelle Patient:in fokussiert. Der unmittelbare gesundheitliche Nutzen einer Therapie für die Patient:in ist der Wert und wird entsprechend bepreist. Dass moderne Therapiemöglichkeiten darüber hinaus auch Teilhabe, Lernen und Arbeiten ermöglichen – also alles, was ein Gemeinwesen zukunftsfähig macht, bleibt bei dieser Wertbetrachtung außen vor. Das Whitepaper zeigt, dass gezielte Investitionen in Prävention, Therapie und Heilung sich dreifach auszahlen: Sie schützen bzw. stärken unsere Gesundheit, stärken die Resilienz von Sozialsystemen und die

* Eurostat (2023). Healthcare expenditure statistics - overview. Online verfügbar unter: https://t1p.de/pzf3z

Wirtschaft. Je gesünder die Menschen, desto gezielter können öffentliche und private Ressourcen in Fortschritt, Innovationen und Chancen investiert werden, anstatt in die Bewältigung vermeidbarer Krankheiten. Gesundheit ist eine Investition, die sich auszahlt. Kein bloßer Kostenfaktor. Das müssen wir vermitteln.

Die Kosten für den gesundheitlichen Nutzen der Patient:innen – in diesem Fall des Mitarbeitenden – trägt die Krankenkasse bzw. der Versicherte mit seinen Beiträgen. Den Nutzen der erhaltenen Wirtschaftskraft haben das Unternehmen und die Gesellschaft, die Steuern erhält der Finanzminister. Wird dieses System jemals als Ganzes betrachtet?

Ostwald: Das gelingt nur, wenn Gesundheit auf höchster politischer Ebene verankert wird. Ich hoffe, dass uns das gelingt. In Deutschland ist diese ganzheitliche Sicht bislang noch wenig ausgeprägt. Andere Länder sind hier weiter: In Ägypten etwa ist der Gesundheitsminister gleichzeitig stellvertretender Regierungschef. Das zeigt, welche Bedeutung er im Vergleich zu den anderen Ministern hat. Vor diesem Hintergrund hat mich der ägyptische Gesundheitsminister im Jahr 2025 eingeladen. Bei dieser Gelegenheit wurde mir die nationale Gesundheitsstrategie vorgestellt, die ich als sehr strukturiert und zielorientiert wahrgenommen habe.

Können Sie das näher erläutern?

Ostwald: Im Jahr 2025 wurde eine Konferenz mit über fünftausend Teilnehmenden durchgeführt, auf der das Gesundheitsministerium ein umfassendes Indikatoren- und Monitoringsystem vorgestellt hat. Dieses basiert auf Kennzahlen, die über ein Ampelsystem den aktuellen Stand und den jeweiligen Zielerreichungsgrad abbilden. Ziel ist es, konkrete gesundheitliche Verbesserungen messbar zu machen, etwa eine Reduktion der Krankheitslast bis 2030 um einen festgelegten Prozentsatz. Im Gespräch mit dem Gesundheitsminister habe ich angeregt, diese Zielgrößen konsequent um makroökonomische Bewertungen zu ergänzen. Wird beispielsweise die Krankheitslast von Diabetes um 10 Prozentpunkte reduziert, lässt sich daraus ein konkreter wirtschaftlicher Beitrag ableiten. So kann transparent dargestellt werden, welche Investitionen getätigt wurden und welche Effekte daraus entstehen: Es wurden X Euro in diese Strategie investiert und im ersten Jahr ist Y herausgekommen. Wenn wir unsere Ziele bis 2030 erreichen, kommt Z heraus. Diese Vorgehensweise wird nun jährlich fortgeführt. Eine vergleichbare Wirkungsorientierung wünsche ich mir auch für Deutschland.

Sehen Sie solche Gedanken bei den Wirtschaftsweisen oder Wirtschaftsinstituten, die die Politik beraten? Gibt es auch auf Expertenebene ein gewisses Verständnis für einen solchen Ansatz?

Ostwald: Hierzulande gibt es eine Vielzahl an Expertinnen und Experten, die in ihren jeweiligen Fachgebieten überzeugende Lösungen erarbeiten. Was jedoch häufig fehlt, ist die gemeinsame Betrachtung des Gesamtproblems – über Silos hinweg. Genau darüber möchte ich mit den Volkswirten des Sachverständigenrats Wirtschaft sprechen. Mich interessiert vor allem, warum ein Perspektivwechsel bislang kaum stattfindet. Denn eines ist offensichtlich: Wir stehen vor strukturellen Problemen auf unserem Wachstumspfad. Wachstum basiert auf Kapital, technologischem Fortschritt und Arbeit – und ist damit untrennbar mit der Leistungsfähigkeit der Erwerbsbevölkerung verbunden. Wir werden die aktuellen Herausforderungen nicht bewältigen, wenn wir das Gesundheitssystem nicht effizienter gestalten und stärker an messbaren gesundheitlichen Ergebnissen orientieren. Strategische Investitionen sind dabei kein Selbstzweck, sondern ein notwendiger Bestandteil.

Was kann ein Pharmaunternehmen da tun?

Glaetzer: Forschende Pharmaunternehmen wie Johnson & Johnson Innovative Medicine sind bereits sehr outcomeorientiert. Wir investieren weltweit in die Erforschung und Entwicklung neuer Medikamente und Therapieansätze, die einen bestehenden medizinischen Bedarf decken. Der Outcome, den wir generieren, ist mehr Lebenszeit, eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität, im besten Fall Heilung. Für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems hin zu einem effizienten und outcomegetriebenen System braucht es jedoch einen klaren politischen Willen und eine langfristige Gesundheitsstrategie. Und genau die sehe ich bislang nicht. Das Whitepaper des WifOR-Institutes liefert die Evidenz und Argumente für die Entwicklung einer Gesundheitsstrategie, die Gesundheit in den Vordergrund stellt anstatt das Management von Krankheit und die alle wichtigen Bereiche zusammenführt. Wir sehen es in vielen Ländern: Nur wenn es gelingt, die Gesundheitsministerin, den Finanzminister, die Wirtschafts- und die Forschungsministerin zusammenzubringen, damit sie ein gemeinsames Ziel formulieren und sich darauf verständigen, wird man den nötigen Einfluss erzeugen können. Solange jeder für sich seine eigene Suppe kocht und dabei nicht ans gesamte Menü denkt, also eben nicht mit den anderen Ressorts zusammenarbeitet, wird es nicht gelingen, das enorme Potenzial von Gesundheit für die Menschen, die Gesellschaft und den Wirtschaftsstandort zu nutzen.

„Das Whitepaper des WifOR-Institutes liefert die Evidenz und Argumente für die Entwicklung einer Gesundheitsstrategie, die Gesundheit in den Vordergrund stellt anstatt das Management von Krankheit."
Dipl.-Kfm. Christoph Glaetzer

Also: Gemeinsame Strategie, gemeinsames Arbeiten und raus aus diesem Silo-Denken, um endlich vorwärtszukommen.

Glaetzer: Aus der globalen Perspektive ist das die klare Empfehlung. In Deutschland ist das momentan allerdings noch anders. Zwar wollen nahezu alle Akteure das Land wieder zur „Apotheke der Welt" machen, zum global führenden Biotechnologie- und Pharmastandort. Gleichzeitig werden die Hindernisse, die diesem Ziel klar entgegenstehen, nicht angegangen bzw. sogar noch verstärkt. Ich denke etwa an die ausstehende Modernisierung des AMNOG, die nach wie vor geltenden AMNOG-Preisleitplanken oder pauschale Rabatte zulasten von forschenden Unternehmen. Das passt überhaupt nicht zusammen.

Ostwald: Aus diesem Grund muss Gesundheit zur absoluten Chefsache mit einer klaren Vision erklärt werden. Wo wollen wir 2040 ste-

hen? Anschließend müssen alle Expertinnen und Experten zusammengebracht und gefragt werden: Wie erreichen wir das Ziel am effizientesten?

Gibt es in Deutschland Ihrer Meinung nach überhaupt jemanden, der eine derartige Strategie verfolgt? Oder hoffen Sie nur auf den Bundeskanzler?

Glaetzer: Aktuell erkenne ich keine Strategie, um ehrlich zu sein. Zwar steht im aktuellen Koalitionsvertrag, dass die Regierungsparteien Deutschland wieder zu einem global führenden Biotechnologie- und Pharmastandort machen wollen. Das ist jedoch noch keine Strategie, sondern eher eine Absichtserklärung. Unabhängig davon sehe ich in Deutschland viele gute Ansätze und Initiativen, etwa die Pharmastrategie und den Pharmadialog. All diese Maßnahmen und Aktivitäten müssen synchronisiert und aufeinander abgestimmt und ihre Ergebnisse bei der Formulierung einer langfristigen Gesundheitsagenda berücksichtigt werden. Was fehlt, ist die von Prof. Ostwald angesprochene Zielformulierung, an der alle Akteure und Interessengruppen aus den Bereichen Gesundheit, Finanzen und Wirtschaft beteiligt werden müssen.

Wer müsste denn den ersten Schritt machen?

Glaetzer: Der erste Schritt muss von der Regierung selbst kommen, denn nur sie hat die Macht und die Befugnis, alle Ressorts und Akteure an einen Tisch zu bringen. Sie muss auch den Prozess der Zieldefinition und die Umsetzung initiieren und konsequent steuern: dazu gehört, dass sie festlegt, welchen Beitrag die einzelnen Ministerien leisten müssen, damit das gemeinsam verabschiedete Ziel erreicht wird. Ohne einen strukturierten und verbindlichen Prozess sehe ich das Risiko, dass zwar ein Ziel definiert wird, die einzelnen Akteure aber wie bisher relativ unabgestimmt und unkoordiniert agieren.

Wie kommen wir zu einer konzertierten Aktion?

Glaetzer: Indem wir überlegt und strukturiert vorgehen – ohne Hektik, angesichts der realen Herausforderungen jedoch so schnell wie möglich. Die bereits angesprochene Zieldefinition ist der erste Schritt: Was wollen wir erreichen? Im nächsten Schritt müssen wir überlegen, wie wir dieses Ziel erreichen können. Zieldefinition vor Taktik vor Exekution.



Prof. Dr. Dennis A. Ostwald

ist Gründer und CEO des WifOR-Instituts. Mit seinem Team forscht er zur Bedeutung von Gesundheitsinvestitionen, der Standardisierung der Impact-Messung und datenbasierten Lösungen für Herausforderungen auf dem Arbeitsmarkt.

Seine Mission ist es, valide und vergleichbare Daten bereitzustellen, die faktenbasierte Entscheidungen in den Bereichen Gesundheit, Nachhaltigkeit und Arbeitsmarkt ermöglichen. Als Experte für Makroökonomie ist Prof. Ostwald ein gefragter Redner bei Institutionen wie der UN-Generalversammlung, dem World Health Summit und dem EU-Parlament. Nach seiner Promotion an der Technischen Universität Darmstadt ist er heute in der Lehre für Wirtschaftsforschung und internationales Management an der Steinbeis School of International Business and Entrepreneurship (SIBE) tätig.

Dieses Vorgehen macht nicht nur für Unternehmen Sinn, sondern auch für die Erarbeitung einer Gesundheitsstrategie für Deutschland.

Ostwald: Wir müssen auch die einzelnen politischen Logiken und Verantwortlichkeiten berücksichtigen. In Ägypten lauteten zentrale Fragen zu Beginn: Was nützt eine Gesundheitsstrategie dem Finanzminister? Warum sollte er sich damit befassen?

Die Antwort ist relativ klar: Um Finanzminister und Finanzministerinnen – in Ägypten wie auch in anderen Ländern – zu überzeugen, muss sich nachweisen lassen, dass gezielte Investitionen in Gesundheit langfristig zu höherem Wirtschaftswachstum, stabileren Einnahmen und geringeren Folgekosten führen. Wenn dieser Zusammenhang belegbar ist, entsteht aus Sicht des Finanzministers ein klarer Mehrwert. Wird diese Strategie zudem über belastbare Kennzahlen in eine makroökonomische Logik übersetzt, wird sie auch für internationale Ratingagenturen relevant. Erkennen diese, dass die Gesundheitsstrategie die wirtschaftliche Perspektive eines Landes langfristig messbar verbessert, wirkt sich dies positiv auf das Länderrating aus. Ein besseres Rating erleichtert die Refinanzierung bestehender Schulden zu günstigeren Konditionen. Genau darin liegt aus meiner Sicht die Dividende kluger Gesundheitsinvestitionen.

Herr Glaetzer, Sie sind Chief Global Value and Access Officer von Johnson & Johnson Innovative Medicine. Wenn Sie Deutschland mit anderen wichtigen Märkten wie den USA, Japan oder China vergleichen: Gibt es international ein Vorbild, wo dieser Return on Investment von Gesundheit als Ziel verwendet wird? Und was machen diese Systeme anders als zum Beispiel das AMNOG oder das Gesundheitsministerium bei uns?

Glaetzer: Es ist immer schwierig, Gesundheitssysteme zu vergleichen, da alle Länder, ihre jeweiligen Gesundheitssysteme und deren Refinanzierungen unterschiedlich sind. Ich möchte die Frage daher aus einem anderen Blickwinkel beantworten: Wie messen wir Erfolg? Welche Kriterien legen wir zugrunde, um zu sagen, dass ein System erfolgreich ist? Wir haben gerade darüber gesprochen, wie sich der wirtschaftliche Erfolg bemessen lässt, wenn man den volkswirtschaftlichen Impact von Gesundheit berücksichtigt. Eine andere Frage lautet: Haben die Patient:innen

frühen Zugang zu einer breiten Palette von Arzneimitteln?

Daran schließt sich für mich die entscheidende Frage an: In welchem Ausmaß verbessern diese Arzneimittel und Therapiemöglichkeiten jeweils das Ergebnis für die Patient:innen? Um die ökonomische Dimension beurteilen und diskutieren zu können, müssen wir den gesundheitsbezogenen Outcome bei den Patient:innen erfassen.

Wie steht Deutschland im Vergleich da?

Glaetzer: Wenn wir den Zugang zu Arzneimitteln in Bezug auf Geschwindigkeit und Breite der Verfügbarkeit betrachten, steht Deutschland im europäischen Vergleich nicht schlecht da. In England dagegen, wo der Zugang zu vielen neuen Therapiemöglichkeiten nicht mehr gegeben ist, bzw. Patient:innen signifikant länger darauf warten müssen, sehen wir in einigen Indikationsbereichen mittlerweile eine schlechtere, sogar rückläufige Überlebensrate im Vergleich zu anderen Ländern – auch im Vergleich zu Deutschland. Das ist der aktuelle Zustand.

Noch steht Deutschland also nicht schlecht da. Ich gebe aber zu bedenken, dass bestimmte gesundheitspolitische Entscheidungen, die Deutschland in der Vergangenheit getroffen bzw. bis heute nicht korrigiert hat, dieses Bild zum Negativen ändern können. Die Auswirkungen einer Entscheidung zeigen sich oft Jahre später.

Was bedeutet das?

Glaetzer: Angesichts der aktuellen Debatte über neue Eingriffe in die Preisgestaltung für innovative Medikamente im Rahmen des AMNOG oder einen höheren Herstellerrabatt sehe ich das Risiko, dass Deutschland perspektivisch in eine ähnliche Situation geraten könnte wie England. Das wäre dann eine Situation, in der der Zugang zu neuen Therapiemöglichkeiten gar nicht mehr oder sehr viel später gegeben ist als in anderen Ländern.

Einige der jetzt diskutierten oder schon umgesetzten Regelungen, etwa zu den Kombinationsrabatten, lassen völlig außer Acht, wie pharmazeutische Forschung – und medizinischer Fortschritt – funktionieren. Ein weiteres Beispiel sind die Regelungen zum Umgang mit RWE. Hier ist Deutschland definitiv nicht mehr auf dem neuesten Stand der Wissenschaft. Derartige Regelungen und Einschnitte können in der Summe dazu führen, dass Patient:innen in Deutschland perspektivisch keinen oder einen sehr verzögerten Zugang zu mitunter lebensrettenden Therapiemöglichkeiten haben. Das muss verhindert werden!



Dipl.-Kfm. Christoph Glaetzer

Als Chief Global Value and Access Officer verantwortet Christoph Glaetzer bei Johnson & Johnson weltweit die Bereiche Gesundheitsökonomie, Preisgestaltung, Patient-Reported Outcomes (PRO), Real-World Evidence (RWE) und Access Policy. Er vertritt Johnson & Johnson in internationalen Verbänden wie dem PhRMA (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America) und EFPIA (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations) sowie dem Global Health Council, wo er sich für die Verbesserung der globalen Gesundheitsversorgung durch innovative Marktzugangs- und Preisgestaltungskonzepte einsetzt. Der studierte Gesundheitsökonom und gelernte Krankenpfleger hat in Europa, Nordamerika und Asien gelebt und gearbeitet und verfügt über mehr als 25 Jahre Erfahrung in der Entwicklung und Umsetzung von Strategien für den Marktzugang und die Vermarktung von Arzneimitteln.

Ostwald: Der Zeitpunkt, zu dem eine politische Entscheidung getroffen wird, und der Zeitpunkt, zu dem der Impact dieser Entscheidung sichtbar wird, sind selten deckungsgleich. Dieser grundlegende Zusammenhang wird in politischen Debatten oft ausgeblendet. Hinzu kommt, dass Maßnahmen zur Bewältigung vermeintlich kurzfristiger, kleiner Probleme häufig langfristige Konsequenzen haben können. In Deutschland ist die Auseinandersetzung mit langfristigen Wirkungen regulatorischer Entscheidungen bislang noch schwach ausgeprägt, da der Fokus meistens auf kurzfristigen Bewertungszeiträumen liegt. Ich denke hier etwa an die Einjahres- oder auch Quartalsperspektive der Krankenkassen. Entscheidungen, die sich an solchen Maßstäben orientieren, führen zwangsläufig zu kurzfristigen Reaktionen und bleiben außerhalb einer konsistenten strategischen Ausrichtung.

Spüren Sie ein Echo auf solche Gedanken in Deutschland?

Glaetzer: In bestimmten Bereichen bewerte ich das Verständnis für zeitliche Dimensionen und Zusammenhänge hierzulande ehrlich gesagt als begrenzt. Wir müssen uns immer bewusst machen, dass die medizinischen Innovationen, die heute verfügbar sind, vor etwa 15 Jahren auf den Weg gebracht wurden.

Da war noch Frau Merkel Kanzlerin!

Glaetzer: Stimmt. Und es waren ganz andere Minister und Ministerinnen in der Regierung. Ganz so lange arbeiten wir noch nicht mit dem WifOR zusammen, auch wenn wir schon vor einigen Jahren damit begonnen haben, über den kurz-, mittel- und langfristigen Wert von Gesundheit für Patient:innen, Gesellschaft und Wirtschaft zu sprechen und darüber, was notwendig ist, um das Potenzial von Gesundheit strategisch zu nutzen. Das jetzt vorliegende Whitepaper liefert den datengestützten Unterbau und die Argumente für die richtigen Weichenstellungen: für Patient:innen, für die Gesellschaft und für die Wirtschaft – und das in einer kurzfristigen, mittelfristigen und langfristigen Dimension.

Wie können Ökonomie, Medizinforschung und Politik zusammenkommen?

Glaetzer: Wir müssen den einzelnen Akteuren dabei helfen, die Sprache des jeweils anderen zu sprechen und seine Perspektive zu verstehen. Wenn es gelingt, die einzelnen Ressorts zusammenzubringen, sodass sie ein gemeinsames Ziel definieren und Indikatoren entwickeln können – wie Herr Prof. Ostwald es in Ägypten erlebt hat – können wir vom kurzfristigen Reaktions- in einen strategisch geplanten Aktionsmodus übergehen. Das wäre ein enormer Schritt.

„Bis zu einer langfristigen, umfassenden Strategie ist es noch ein weiter Weg. Zunächst gilt es zu überlegen: Was ist unser Ziel, was wollen wir erreichen? Was müssen wir ändern, damit wir dieses Ziel erreichen können? Was hindert uns daran?“
Prof. Dr. Dennis A. Ostwald

Ostwald: Es ist aber auch wichtig, die Kosten von Nicht-Aktion zu benennen. Wenn wir die demografische Entwicklung fortschreiben und die Krankheitslast in Deutschland im Jahr 2030 sowie die damit verbundenen Kosten nach verschiedenen Indikationen berechnen, können wir ziemlich genau modellieren, welche Auswirkungen das auf unser BIP im Jahr 2035 haben wird. Da kommen erhebliche Belastungen auf uns zu.

Die geringste Krankheitslast ist die, die gar keine Chance hat zu entstehen.

Glaetzer: Wir müssen endlich damit beginnen, den kompletten „Patient Care Pathway“ zu berücksichtigen. Das Ziel sollte sein, Krankheiten in einem möglichst frühen Stadium zu diagnostizieren und den Krankheitsverlauf gezielt zu beeinflussen, idealerweise vollständig zu verändern. Wenn eine Erkrankung dennoch ausbricht, muss jede Patient:in frühzeitig Zugang zu modernen Therapiekonzepten und einem perfekt abgestimmten „Care Continuum“ erhalten. Kurz gesagt: „Prevent what you can, treat what you can't.“ Wenn wir uns daran halten, werden wir das beste Ergebnis für die Betroffenen bei gleichzeitiger Kostensenkung erreichen. Darüber, wie das zu managen und vor allem zu bepreisen ist, müssen wir diskutieren.

Könnten Sie ein Land benennen, in dem das besser funktioniert als in Deutschland?

Glaetzer: Das Konzept der „Care Pathways“ ist in einigen Ländern bereits weiter entwickelt. Die Frage der Finanzierung muss dabei immer länderspezifisch gelöst werden. Entscheidend ist auch hier, dass wir alle relevanten Akteure zusammenbringen, also alle am Care-Prozess beteiligten Leistungserbringer, vom niedergelassenen und stationären Bereich bis hin zur pflegerischen Nachbetreuung. Hier gibt es allenthalben Überschneidungen der verschiedenen Budgets. Auch das muss man lösen.

Was wäre denn ein erster Anfang, ein möglicher erster Schritt?

Ostwald: Nehmen wir zum Beispiel Diabetes: Eine Bietergemeinschaft könnte sich zusammenschließen und mit den maßgeblichen Kassen einer Region einen Selektivvertrag vereinbaren. Darin ließe sich festgelegen, dass die Krankheitslast in der Zielpopulation bis zum Jahr 2030 um etwa zehn Prozent reduziert werden soll – verbunden mit einer entsprechenden Verringerung der Folgekosten. Damit sind wir beim „Value of Health“: Die Patient:innen profitieren von einer besseren Gesundheit, die Bietergemeinschaft von einer verlässlichen Vergütung und die Krankenkassen von geringeren Ausgaben. Um dies zu erreichen, müssen wir den ökonomischen Beitrag des Konzepts bemessen und genau definieren: Welche Schäden werden verhindert? Welche Maßnahmen werden finanziert? Welche Folgeschäden können wir in der Zukunft vermeiden oder minimieren? Das würde übrigens bereits im Rahmen des derzeitigen Sozialgesetzbuchs funktionieren, nur macht es keiner, weil es noch unüblich ist, solche Komplexleistungen auszuschreiben.

Glaetzer: Es ist doch ganz normal, dass ein Mensch heute Geld investiert, um später eine höhere Rendite zu erwirtschaften. Investitionen in Gesundheit folgen demselben Prinzip: Man investiert heute, um Ausgaben in der Zukunft zu verhindern.

Krankenkassen dürfen so nicht rechnen, weil sie Kosten immer pro Jahr betrachten müssen.

Ostwald: Bis zu einer langfristigen, umfassenden Strategie ist es noch ein weiter Weg. Zunächst gilt es zu überlegen: Was ist unser Ziel, was wollen wir erreichen? Was müssen wir ändern, damit wir dieses Ziel erreichen können? Was hindert uns daran? Zu allererst muss die gesetzliche Regelung abgeschafft werden, die besagt, dass immer nur bis zum nächsten Jahr geplant werden darf. Zweitens müssen wir zu „Health in all Policies“ kommen. Und schließlich brauchen wir eine stimmige Gesundheitsstrategie. All das ist, das muss man klar dazu sagen, nicht teurer als das bisherige System. Es geht nicht um zusätzliche Milliarden, sondern darum, die vorhandenen Mittel zielgerichteter und wirksamer einzusetzen.

Kommen wir zum wahren Preis von Gesundheit. Ihre Daten zeigen, dass zum Beispiel bei Demenz die Hälfte der Kosten in der informellen Pflege entstehen, aber gar nicht mitgerechnet werden. Rechnen wir uns als Volkswirtschaft reich, indem wir so viel unbezahlte Arbeit im Gesundheitssystem nicht beachten?

Ostwald: Das ist wie beim Bruttoinlandsprodukt. Auch hier werden unentgeltliche oder nicht-marktliche Aktivitäten wie beispielsweise informelle Pflege oder ehrenamtliche Tätigkeiten nicht berücksichtigt. Das hat Auswirkungen, da sich die soziale Wirkung nur schwer erfassen lässt. Wenn unentgeltliche Arbeit nicht berücksichtigt wird, wird deren Wert zwangsweise unterschätzt.

Wie lässt sich sozialer Impact berechnen?

Ostwald: Hier gibt es zwei wesentliche Komponenten. Zum einen können die volkswirtschaftlichen Folgen von Krankheit über Arbeits-, Einkommens- und Produktivitätsausfälle quantifiziert werden – sprich der Wertschöpfungsverlust, der entsteht, wenn Menschen nicht oder nur eingeschränkt arbeiten können. Das zeigt jedoch nur einen Teil der Wahrheit. Die zweite, mindestens ebenso wichtige Komponente sind die Effekte der informellen Care-Arbeit, also die Auswirkungen

der unentgeltlich geleisteten Care-Arbeit für die Leistenden selbst. Dahinter steht der Begriff der „zweiten Patient:innen". Auch hier entstehen Verdienst-, Arbeits- und Produktivitätsausfälle, die erhebliche Auswirkungen auf das Wachstum und die wirtschaftliche Entwicklung haben – heute wie in Zukunft. Auf dieser Grundlage lässt sich der tatsächliche gesellschaftliche Wert von Prävention und wirksamer Versorgung erfassen: nicht nur, weil sie Erkrankungen bei Patient:innen verhindert, beziehungsweise den Krankheitsverlauf gezielt verkürzt, sondern auch, weil sie die Belastung von pflegenden Angehörigen reduziert. Diese erweiterte Perspektive hat unmittelbare gesamtwirtschaftliche Relevanz. Das verstehen wir unter dem Begriff „Broader Value". Genau darum geht es auch in der internationalen Debatte, etwa bei der International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR): Wie lassen sich solche zusätzlichen Wertdimensionen systematisch in bestehende HTA-Verfahren integrieren? Langfristig ist eine überzeugende makroökonomische Argumentation nur möglich, wenn gleichzeitig klar definiert wird, wie sich die HTA-Bewertung weiterentwickeln muss.

Während sich die Debatte in Deutschland vor allem um Preismechanismen dreht, scheint sie sich international auch in Richtung einer Flexibilisierung der Evidenz zu bewegen. Ein Stichwort ist hier die Einbeziehung von Real-World Evidence. Beobachten Sie den Trend, dass Patient:innen in Gesundheitssystemen, die eher bereit sind, Real-World Evidence stärker zu akzeptieren, schneller Zugang zu Innovationen erhalten?

Glaetzer: Definitiv. In puncto Akzeptanz von Real-World Evidence hinkt Deutschland im internationalen Vergleich tatsächlich hinterher, obwohl vor allem drei Gründe für eine umfassende Akzeptanz von RWE sprechen.

Welche wären das?

Glaetzer: In aller Kürze: confirm, complement and contextualize: RWE kann in klinischen Studien erworbene Daten und Erkenntnisse nicht nur bestätigen (confirm), sondern auch ergänzen (complement). Bestimmte Daten lassen sich in klinischen Studien einfach nicht generieren. Das ist fast immer dann der Fall, wenn wir neue Methoden und Therapieansätze sowie langfristige Ergebnisse erforschen wollen, deren Vorteile für die Patient:innen erst in 15 Jahren oder in noch weiterer Zukunft auftreten. Das kann man in klinischen Studien nicht abbilden. Es wäre auch höchst unethisch, die Hälfte der Patient:innen über einen so langen Zeitraum mit einem Placebo zu behandeln, obwohl bewiesen ist, dass eine Therapie erfolgreich ist. Hier kann RWE die notwendige Evidenz ergänzen. Zusätzlich kann RWE die in klinischen Studien erhobenen Daten und Erkenntnisse in den jeweiligen lokalen Kontext einordnen (contextualize). Das ist beispielsweise deshalb relevant, weil in vielen Nutzenbewertungsverfahren immer auch Vergleichsdaten zu vielen möglichen Alternativtherapien gefordert werden, selbst wenn einige dieser Therapien gar nicht mehr dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen. Das führt oft dazu, dass es heißt, es sei keine Evidenz geliefert worden. Dabei geht es häufig um Therapien, gegen die man ursprünglich gar keine Evidenz liefern sollte! Das hindert Deutschland definitiv daran, mittel- und langfristig an Innovation teilzuhaben. Das Konzept der „Indirect Treatment Comparison" ist ein wichtiges Thema, bei dem Deutschland den Schritt nach vorne machen muss, um wieder am wissenschaftlichen Fortschritt teilzuhaben.

Wir hatten vorletzten Dezember eine Tagung über Patient-reported Outcomes. Sollten PROs auch stärkeres Gewicht bekommen?

Glaetzer: Absolut. Hier würde ich Deutschland als positives Beispiel nennen, weil Patient-reported Outcomes im AMNOG-Verfahren gezielt erfragt werden. Das ermöglicht uns, zu zeigen, welches messbare Ergebnis eine Therapie bei den damit behandelten Patient:innen erreicht, in welchem Maße ihre Gesundheit und Lebensqualität verbessert werden.

In einigen Indikationen sind Patient-reported Outcomes sogar Teil der „Primary Endpoints". Das ist immer dann der Fall, wenn der Effekt einer Therapie direkt von den Patient:innen wahrgenommen und berichtet wird. In anderen Indikationen ist das vielleicht nur der „sekundäre Effekt", obwohl es immer um die Lebensqualität der jeweiligen Patient:innen geht.

Insgesamt geht es immer um den Nutzen für die Patient:innen. In Ihren Analysen und Publikationen wie zuletzt dem im Dezember 2025 veröffentlichten Whitepaper „Healthy Returns: A Catalyst for Economic Growth and Resilience" zeigen Sie regelmäßig den Mehrwert von Gesundheit – und von Investitionen in Gesundheit für die Gesellschaft insgesamt – auf.

Ostwald: Die Evidenz zeigt, dass gezielte Investitionen in Gesundheit einen positiven Impact auf eine Gesellschaft haben. Um diesen Impact messen zu können, haben wir den Social Impact entwickelt und publiziert (2). Die gedanklichen Ursprünge gehen auf einen persönlichen Austausch mit der damaligen Bundeskanzlerin in einer früheren Phase der deutschen Gesundheitswirtschaftspolitik zurück. Dabei sprachen wir über die gesellschaftliche Bedeutung von Investitionen in Gesundheit und darüber, wie sich die Auswirkungen konkreter gesundheitspolitischer Maßnahmen über das Gesundheitssystem hinaus bewerten lassen. Dieser Austausch war für uns ein wichtiger Impuls, die Bewertung einzelner Maßnahmen um zusätzliche Dimensionen zu erweitern – etwa um Aspekte von Produktivität, gesellschaftlicher Teilhabe und nicht-marktlichen Tätigkeiten, aus dem schließlich der Social-Impact-Ansatz hervorging.

Herr Prof. Ostwald, Herr Glaetzer, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski, die Bearbeitung erfolgte durch MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Literatur:

1: https://t1p.de/7rmg5
2: The Lancet Oncology, 2024

Zitationshinweis

Ostwald, D., Glaetzer, C., Roski, R., Stegmaier, P.: „Gesundheit muss zur absoluten Chefsache erklärt werden", in „Monitor Versorgungsforschung" (01/26), S. 32–38. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2793

WifOR-Whitepaper „Healthy Returns: A Catalyst for Economic Growth and Resilience"

Anhaltender politischer Wille nötig

Das aktuelle Whitepaper „Healthy Returns: A Catalyst for Economic Growth and Resilience" – auf deutsch: „Gesunde Renditen: Ein Katalysator für Wirtschaftswachstum und Widerstandsfähigkeit"(1) – plädiert für strategische Investitionen im Gesundheitswesen als wesentliche Infrastruktur zur Förderung des Wirtschaftswachstums und der gesellschaftlichen Widerstandsfähigkeit. Erstellt wurde es vom WifOR Institut, wobei gleich auf Seite 2 darauf hingewiesen wird, dass diese Studie zwar von Johnson & Johnson finanziert, jedoch alle Analysen und Schlussfolgerungen unabhängig von WifOR entwickelt wurden.

>> Basierend auf den neuesten wissenschaftlichen Forschungsergebnissen bestätigt dieses Papier, dass die Argumente für Investitionen im Gesundheitswesen nicht neu sind, aber dass es nach wie vor an einem kohärenten Investitionsrahmen mangelt, der eine Brücke zwischen den Prioritäten im Gesundheitswesen und wirtschaftlichen Entscheidungen schlägt. Das Papier argumentiert zudem, dass die Gesundheit als zentrale Infrastruktur behandelt und proaktiv finanziert werden muss, um wirtschaftliche, gesellschaftliche und menschliche Erträge zu erzielen.

Dabei werden fünf Bereiche für Investitionen identifiziert, in denen Gesundheit als wirtschaftlicher Motor und Multiplikator für den Gesundheitssektor, aber auch für die Gesamtwirtschaft eines Landes wirkt. Zu diesen investierbaren Bereichen gehören Humankapital, Arbeitsproduktivität, Entlastung von Pflegekräften, Innovation, Wettbewerbsfähigkeit und Resilienz sowie fiskalische und gesellschaftliche Stabilität. Um diesen Wert zu realisieren, nennt das Papier vier politische Hebel für Veränderungen:

1. Konzentration auf die Optimierung inländischer Ressourcen,
2. Förderung intelligenter Gesundheitsinvestitionen durch einen regierungs- und sektorübergreifenden Ansatz
3. Förderung frühzeitiger Krankheitsinterventionen zur Gewährleistung gesunder Gesellschaften und Volkswirtschaften sowie
4. Ermöglichung hochwertiger Innovationen zur Erzielung optimaler Patientenergebnisse.

Um die sich bietenden Chancen zu nutzen und durch die vier politischen Hebel für Veränderungen gesunde Renditen zu erzielen, sind nach Ansicht der WifOR-Forschenden ein „anhaltender politischer Wille und ein Konsens aller Beteiligten erforderlich sowie Strategien, die auf die lokalen Gegebenheiten zugeschnitten sind, den Patienten in den Mittelpunkt stellen und mit den globalen und lokalen Gesundheitszielen in Einklang stehen."

Praktische, wegweisende Schritte für politische Entscheidungsträger, um von der Politik zur Umsetzung zu gelangen, umfassen die Messung der Auswirkungen auf die Gesundheitswirtschaft als Entscheidungsgrundlage, die Förderung der sektorübergreifenden Zusammenarbeit, die Nutzung von Gesundheitsfolgenabschätzungen, die Einführung von Investitionsrahmenwerken, die Förderung wachstumsfördernder Reformen, die Priorisierung frühzeitiger Interventionen und die Verpflichtung zu nachhaltigen, verantwortungsvollen Gesundheitsausgaben.

Sieben praktische Leitlinien sollten – so die Aussage des Whitepapiers – als Rahmen für politische Entscheidungsträger in den Ländern dienen – insbesondere für die Ministerien für Finanzen, Gesundheit, Arbeit und Handel. Ziel solle es sein, Gesundheit als eine wesentliche Säule der gesellschaftlichen Widerstandsfähigkeit, Wettbewerbsfähigkeit und des langfristigen Wachstums zu behandeln und neue Wege zu finden, um den fiskalischen Spielraum und Anreize für frühzeitige Interventionen Gesundheit als zentrale Infrastruktur zu schaffen. Die Zentralaussage: „Gesundheit sollte als grundlegender Wirtschaftsfaktor betrachtet werden, der eine proaktive Finanzierung erfordert, um wirtschaftliche, gesellschaftliche und menschliche Erträge zu erzielen."

Um das zu erreichen, bedarf es laut WifOR eines kohärenten Investitionsrahmens, um die Prioritäten im Gesundheitswesen mit wirtschaftlichen Entscheidungen in Einklang zu bringen, wobei der Schwerpunkt auf frühzeitigen Interventionen in Bereichen mit hoher Krankheitslast wie Krebs, neurologischen Störungen und psychischer Gesundheit liege.

Werden keine strategischen Investitionen in die Gesundheit getätigt, entstehen nach Erkenntnissen der Studie erhebliche direkte, indirekte und versteckte Kosten, die das Wohlergehen des Einzelnen und die wirtschaftliche Stabilität untergraben. Auch führt – so das Whitepapers – die Vernachlässigung des Gesundheitswesens zu massiven wirtschaftlichen Schäden, die sich in drei Kategorien unterteilen lassen: direkte, indirekte und versteckte Kosten. Während direkte medizinische Kosten (z. B. für Krebsbehandlungen) offensichtlich sind, machen indirekte Kosten durch Produktivitätsverluste – etwa bei psychischen Erkrankungen wie Depressionen – global bereits rund eine Billion Dollar jährlich aus. Besonders schwer wiegen die versteckten Kosten, etwa bei Demenzerkrankungen, die oft lautlos Familien und Gemeinschaften durch den enormen Pflegeaufwand belasten.

Um diesen Herausforderungen zu begegnen, ist laut WifOR eine kontinuierliche Strategie über den gesamten Lebenszyklus hinweg erforderlich:

- Primärprävention (z. B. Impfprogramme) verhindert den Ausbruch von Krankheiten und bietet eine hohe Rendite – in Ländern mit niedrigem Einkommen bringt 1 investierte Dollar bis zu 54 Dollar an wirtschaftlichem Nutzen zurück
- Sekundärprävention zielt auf die Früherkennung ab, was beispielsweise bei Krebserkrankungen nicht nur die Überlebenschancen drastisch erhöht, sondern auch kostspielige Spätbehandlungen vermeidet
- Tertiärprävention und chronisches Krankheitsmanagement ermöglichen es Betroffenen, trotz Erkrankungen weiterhin am gesellschaftlichen und beruflichen Leben teilzunehmen.

Link: https://t1p.de/7rmg5

Gedenksymposium für Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz (1943–2024)

Ursula von der Leyen: „vier zentrale Säulen“

Im Hörsaal F des Klinischen Lehrgebäudes J1 der Medizinische Hochschule Hannover (MHH) trug sich Ende November ein wahrlich denkwürdiges Ereignis zu: Niemand Geringere als EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen, selbst in den 80er Jahren Studentin an der MHH, gab sich just in der Woche, als in Genf über die Zukunft der Ukraine verhandelt wurde, die Ehre, am Gedenksymposium „ihres“ Professors – Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz (1943–2024) – teilzunehmen. Sie hielt nach der Begrüßung durch MHH-Präsidentin Prof. Dr. Denise Hilfiker-Kleiner die Eröffnungsrede für das Symposium „Public Health – Forschen, Lehren, Zukunft gestalten – von der Idee zur Gestaltungskraft im Gesundheitswesen“ zu Ehren von Schwartz, einer der Pioniere von Public Health in Deutschland und von 1985 bis 2009 Direktor des Instituts für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der MHH. Im Anschluss an diverse Vorträge – u. a. von Prof. Dr. Andreas Seidler, Prof. Stefan Willich und Prof. Dr. Ulla Walter – diskutierten mit den beiden Moderator:innen Prof. Dr. Marlies Dierks und Prof. Dr. Volker Amelung ehemalige Absolventen und aktuell Studierende unter der Überschrift „PH: was bleibt? - wo geht es hin?“

>> Als Ehrengast und ehemalige Studentin von Professor Schwartz hielt EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen die Eröffnungsrede, in der sie sowohl persönliche Einblicke als auch eine visionäre Agenda für die globale Gesundheitspolitik präsentierte. In ihrer Ansprache beschrieb von der Leyen Professor Schwartz als einen Visionär, der stets bereit war, unkonventionelle Wege zu gehen: „Er war einer, der es wagte, Dinge zu denken, die zuvor noch niemand gedacht hatte. Der sich einen Weg durch das dichte Unterholz bahnte. Das verkörperte er als Professor, als Lehrer, als Mentor.“

Dabei erinnerte sie auch an ihre eigene Zeit als Public-Health-Studentin und wiss. Mitarbeiterin Ende der 1990er Jahre, als sie vor der Herausforderung stand, ein Pflichtpraktikum mit ihrer bevorstehenden Entbindung zu vereinbaren. Während sie bereits kurz davor war, das Praktikum um ein Jahr zu verschieben, bot Schwartz ihr eine für damalige Verhältnisse revolutionäre Lösung an: Ein computergestütztes, webbasiertes Praktikum aus der Ferne. Dieser pragmatische und zukunftsorientierte Ansatz ermöglichte es ihr, ihr Studium ohne Verzögerung abzuschließen, während ihre Tochter zur Welt kam. Für Schwartz zählte, so von der Leyen, jedes einzelne Leben und die Überzeugung, dass alle Menschen gleiche Chancen auf ein gesundes Leben verdienen.

Basierend auf dem Vermächtnis von Professor Schwartz skizzierte von der Leyen vier zentrale Säulen, auf denen eine belastbare Gesundheitspolitik heute ruhen muss:



EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen sprach auf dem Gedenksymposium „ihres“ Professors Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz

1. **Globale Verantwortung:** Die Covid-19-Pandemie hat verdeutlicht, dass nationale Alleingänge in einer vernetzten Welt nicht ausreichen. Von der Leyen betonte, dass Europa durch die Überwindung von Fragmentierung und den Export von Impfstoffen Solidarität bewiesen habe. Mit der Initiative „Global Gateway“ investiert die EU massiv in den Kapazitätsaufbau in Afrika, Asien und Lateinamerika, um dort die eigenständige Produktion von Impfstoffen und Medikamenten zu fördern und Abhängigkeiten zu verringern.
2. **Weitsicht:** Eine vorausschauende Politik muss Krisen erkennen, bevor sie eskalieren. Dies betrifft insbesondere die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels, wie die Ausbreitung von Tropenkrankheiten in Europa. Durch die Gründung der EU-Agentur HERA und den Aufbau der Europäischen Gesundheitsunion hat Europa Maßnahmen ergriffen, um Lieferketten zu sichern und innerhalb von 100 Tagen auf neue Erreger reagieren zu können.
3. **Innovationskraft:** Die technologische Revolution, insbesondere durch Künstliche Intelligenz (KI), bietet enorme Chancen für die Früherkennung von Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie die schnellere Entwicklung neuer Medikamente. Von der Leyen unterstrich jedoch auch, dass Innovation stets dem Menschen dienen und der Schutz von Patientendaten oberste Priorität behalten müsse.
4. **Vertrauen:** In einer Zeit, in der Desinformation und gezielte Manipulation das Vertrauen in die Wissenschaft untergraben, ist die Vermittlung von faktenbasierten Informationen essenziell. Als Beispiel nannte sie erfolgreiche Kampagnen gegen HPV-Impfmythen in Irland, die zeigten, dass durch konzertierte Aufklärung das Ruder herumgeworfen werden kann.

Zum Abschluss ihrer Rede hob die EU-Kommissionspräsidentin die Bedeutung der akademischen Freiheit hervor, die Europa zu einem globalen Magneten für Spitzenforscher mache. Die massiv gestiegenen Bewerberzahlen für EU-Forschungsstipendien seien ein Zeichen der Hoffnung. Wenn es gelinge, die Säulen der Verantwortung, Weitsicht, Innovation und des Vertrauens weiter zu stärken, blicke sie trotz der gegenwärtigen globalen Unordnung zuversichtlich in die Zukunft.

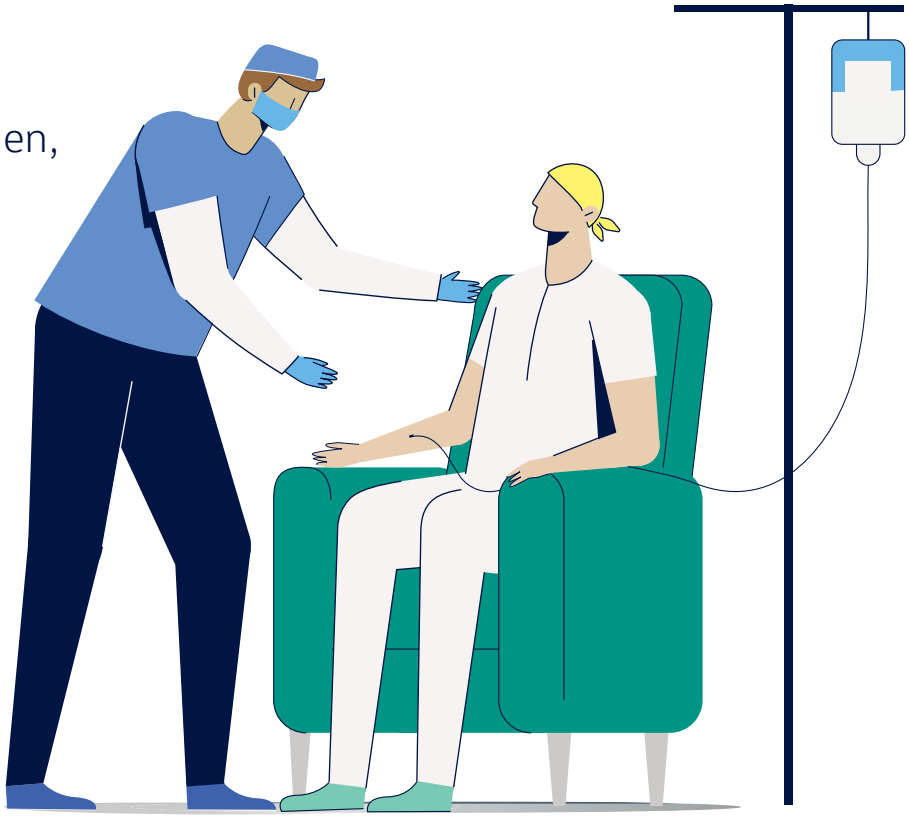
Link zur Rede/Video: https://t1p.de/2b7bt

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

Impact des Innovationsfonds. Serienteil 2: Innovation

Innovation als Motor der Gesundheitsversorgung

Wer sich auf die Suche nach dem wissenschaftlichen Verständnis des Begriffs Innovation begibt, stößt schnell auf Joseph Schumpeters „Theorie der Innovationen", die Innovation als willentlichen und gezielten Veränderungsprozess hin zu etwas Erstmaligem, Neuem versteht. Wobei Wirtschaft und Gesellschaft sich in diesem Verständnis dadurch wandeln, dass Produktionsfaktoren auf eine neuartige Art und Weise kombiniert werden. Dabei ist es von zentraler Bedeutung, dass erst dann von Innovation (in Abgrenzung zur Invention) gesprochen werden kann, wenn der Nutzen einer Neuentwicklung erkannt wurde und die Veränderung im Markt angekommen ist. [1] Diese Erschließung von neuen Ideen und Perspektiven über die Grenzen unterschiedlicher Bereiche hinweg hat sich auch der Innovationsfonds des G-BA zu eigen gemacht – mit dem Ziel, den Wettbewerb um die besten Ideen anzutreiben und kontinuierliche Innovation in das Gesundheitssystem einzubringen: „Auf diese Weise wirkt der Innovationsfonds als kraftvoller Motor für eine bessere Patientenversorgung in Deutschland." [2]

>> Innovation wird alltagssprachlich, aber auch in der Fachliteratur oft als „Motor" bezeichnet. Dieses Bild ist jedoch unterkomplex, da Innovation im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung keine Maschine ist, die auf Knopfdruck ein spezifisches Ergebnis erzeugt. So führen die in innovationsfondsgeförderten Projekten entwickelten Versorgungsprozesse und -modelle auch bei positiven Evaluationsergebnissen keinesfalls automatisch zu einer besseren Versorgung. Vielmehr muss der Transfer bereits in der Projektphase angelegt werden, sodass die Evidenz vor allem dazu dienen kann, die Transferphase einzuleiten und zu gestalten. Dieses Prinzip soll im Rahmen der Weiterentwicklung des Innovationsfonds gestärkt werden. Dabei soll kein detailliertes Planungssystem

Kommentar von Dr. med. Ekkehard v. Pritzbuer (Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV)

„Wirkung und Grenzen des Innovationsfonds in der ambulanten Versorgung"

Der Innovationsfonds hat sich in den vergangenen zehn Jahren als wichtiges Instrument zur Förderung neuer Versorgungsformen und der Versorgungsforschung etabliert. Für Vertragsärzte eröffnet er Chancen, bringt aber auch Herausforderungen mit sich. Die Beteiligung an geförderten Projekten war von Beginn an hoch, häufig in enger Kooperation mit Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese haben nicht nur die Rolle von Projektpartnern übernommen, sondern auch als Konsortialführung und Multiplikatoren gewirkt.

Die sektorenübergreifende Ausrichtung führte zu neuen Formen der Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen und mit anderen Gesundheitsberufen sowie zu einer stärkeren regionalen Vernetzung. Diese Effekte sind positiv, da sie häufig auch über die Projekte hinaus Bestand haben, bleiben aber nicht selten auf einzelne Regionen und besonders engagierte Akteure beschränkt.



Der Nutzen für Vertragsärzte liegt in der Möglichkeit, neue Versorgungsformen zu erproben und von Forschungsergebnissen zu profitieren, die langfristig die Qualität der Versorgung verbessern können. Ein Schwerpunkt vieler Projekte war die Digitalisierung, die in Deutschland weiterhin ausbaufähig ist. Der Fonds hat hier Impulse gesetzt, indem er Vorhaben förderte, die innovative digitale Prozesse in der Versorgung erproben. Für Vertragsärzte bedeutet dies beispielsweise Zugang zu Lösungen, die Praxisorganisation und Kommunikation erleichtern können. Dennoch bleibt die Herausforderung, diese Verbesserungen über den Projektkontext hinaus in die Breite zu tragen. Kritisch wird gesehen, dass der Übergang erfolgreicher Projekte in die Regelversorgung häufig zu langsam erfolgt. Zahlreiche Vorhaben haben belastbare Erkenntnisse hervorgebracht, deren Ergebnisse jedoch bisher folgenlos blieben. Die Gründe hierfür liegen weniger in den Projekten selbst als in fehlenden Zuständigkeiten und Prozessen für die Übernahme. Die Anschlussfähigkeit innovativer Ansätze an das bestehende System ist nicht immer gegeben, und die regulatorische Verankerung neuer Versorgungsformen erfolgt zögerlich. Für Vertragsärzte bedeutet dies, dass sie zwar an innovativen Projekten teilnehmen können, deren Nutzen aber nicht automatisch in den Alltag übergeht.

Die Frage, ob der Innovationsfonds im ambulanten Sektor positive Wirkung entfalten kann, lässt sich grundsätzlich bejahen. Projekte zeigen, dass Innovationen praktisch umsetzbar sind und einen Nutzen für Patienten und Praxen bringen können. Dennoch bleibt deren Reichweite begrenzt, solange erfolgreiche Ansätze nicht systematisch in die Regelversorgung überführt werden. Angesichts des demografischen Wandels und steigender Anforderungen ist es notwendig, den Fonds fortzuführen, jedoch mit stärkerer Fokussierung auf Integration und Nachhaltigkeit. Für Vertragsärzte und Kassenärztliche Vereinigungen bedeutet dies, dass sie weiterhin von den Möglichkeiten profitieren können – vorausgesetzt, die strukturellen Hürden werden konsequent angegangen.

geschaffen werden, das alle Eventualitäten und Optionen antizipiert. Vielmehr wird ein Innovationsgenerator angestrebt, der unter dynamischen Umgebungsbedingungen den Rahmen für gelingende Innovationen festlegt und mögliche Entwicklungspfade skizziert, um Risiken zu minimieren und die Umsetzungswahrscheinlichkeit von Innovationen zu erhöhen. [2]

Vor dem Hintergrund der Finanzierungskrise des gesundheitlichen Versorgungssystems ist die gesundheitsökonomische Betrachtung von Versorgungsinnovationen unverzichtbar. Prof. Juliane Köberlein-Neu, Gesundheitsökonomin von der Bergischen Universität Wuppertal, betrachtet Innovation im folgenden Beitrag als Voraussetzung dafür, das Versorgungssystem an die sich ständig wandelnden Rahmenbedingungen anzupassen. Innovationsfondsprojekte sieht sie dabei als ersten Schritt im Innovationsprozess. Die Gesundheitsökonomie zieht unterschiedliche Faktoren heran, um die Leistungen und Potenziale des Versorgungssystems einer Kosten-Nutzen-Analyse zu unterziehen. Diese gesundheitsökonomi-

Kurzinterview mit Prof. Dr. Martin Dietrich (Bundesministerium für Gesundheit)

„Komplexe Interventionen belastbar zu evaluieren, ist ein Alleinstellungsmerkmal in der deutschen Förderlandschaft“

Welche Funktion hat Innovation für unser Versorgungssystem?

Innovationen machen das Versorgungssystem leistungsfähiger, nachhaltiger und zukunftsfest. Jede Veränderung im oder am Versorgungssystem, mit der die Gesundheitsversorgung verbessert werden soll, ist im Grunde Innovation. Neben den Innovationen in den Bereichen der industriellen Gesundheitswirtschaft, die Arzneimittel, Medizintechnik, Biotechnologie und digitale Gesundheitslösungen umfasst, stellen Versorgungsinnovationen ein eigenes Innovationsfeld dar, in dem neue Lösungen für die Art und Weise gefunden werden, mit der wir die Gesundheitsversorgung organisieren und auf aktuelle sowie kommende Herausforderungen proaktiv und gestaltend reagieren.



Versorgungsinnovationen ermöglichen dabei eine bedarfsorientierte Weiterentwicklung von Strukturen, Prozessen und Versorgungsmodellen. Ihr Ziel muss die Versorgungsverbesserung sein. Das sind die Verbesserung gesundheitlicher Ergebnisse, die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit der Gesundheitsversorgung, die Effizienz des Einsatzes der auch im Gesundheitswesen knappen Ressourcen, die Arbeitserfahrungen der Gesundheitsfachkräfte in der Ausübung ihrer Tätigkeiten sowie die Versorgungsgerechtigkeit („Quintuple Aim“). Innovation ist der Motor, der die Versorgung kontinuierlich an neue Bedingungen, wie neue technologische Möglichkeiten, demografische Veränderungen und neue Bedürfnisse, anpasst. Damit sind Innovativität und Innovationsfähigkeit Bedingung und gleichzeitig Indikatoren für die Anpassungsfähigkeit des gesamten Gesundheitssystems an Rahmenbedingungen, die sich immer schneller mit zunehmender Dynamik verändern.

Welche Vorteile bietet eine innovationswissenschaftliche Perspektive hierbei?

Eine innovationswissenschaftliche Perspektive erlaubt, Innovationen nicht als zufälliges Ereignis, sondern als gestaltbaren Prozess zu verstehen. Durch systematische Analyse von Bedarfen, Barrieren, Akzeptanzfaktoren und Kontextbedingungen kann Versorgungsinnovation zielgerichtet entwickelt, implementiert und skaliert werden. Die innovationswissenschaftliche Perspektive integriert Methoden wie Co-Creation, Real-World-Evidence, Implementation Science und Diffusionstheorien, die sich zunehmend auch in agilen Innovationsansätzen wiederfinden. Sie ist interdisziplinär ausgerichtet und stellt auch Kompetenzen insbesondere in den Bereichen der Implementierung und Skalierung zur Verfügung. Die innovationswissenschaftliche Perspektive sieht dabei Innovationsprozesse als arbeitsteilige Prozesse an. Denn der Transfer und die Etablierung erfolgreich erprobter Versorgungskonzepte in der Versorgungswirklichkeit erfordert ganz andere Kompetenzen als der Evidenznachweis. Eine innovationswissenschaftliche Perspektive erlaubt es, nicht nur neue Lösungen zu finden und zu bewerten, sondern deren nachhaltigen Nutzen, Übertragbarkeit und Wirkung auf die Versorgungsverbesserung zu antizipieren, zu realisieren und empirisch abzusichern. Diese Perspektive macht Innovation planbarer, risikoärmer und bedarfs- und nutzenorientierter. Und indem sie den Blick über die Erfindung und Prüfung von neuen Versorgungskonzepten hinaus auch auf den Transfer und seine Bedingungen richtet, macht sie Innovationserfolge wahrscheinlicher.

Welche Veränderungen bräuchte der Innovationsfonds, um unser Versorgungssystem innovativer und damit kosteneffizienter und patientinnen- und patientenorientierter sowie insgesamt zukunftsfähiger zu gestalten?

Um den Innovationsfonds als zentrales Instrument der Versorgungsinnovation in Deutschland weiterzuentwickeln, sollte an seiner Stärke angesetzt werden: komplexe Interventionen belastbar zu evaluieren. Das ist ein Alleinstellungsmerkmal in der deutschen Förderlandschaft. Denn die Transferempfehlungen des Innovationsausschusses sind ein starkes Signal für die Gültigkeit der Versorgungsversprechen, die in den Projekten gemacht werden. Ein solcher Evidenznachweis alleine ist dabei zwar eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für den Innovationserfolg. Um mehr zum Innovationserfolg beizutragen, sollte die Innovationsförderung stärker an der Idee einer „End-to-End“-Förderung ausgerichtet werden – von der Idee (Versorgungsforschung) über ihre Erprobung (neue Versorgungsformen) bis hin zur Skalierung (Transfer). Weil das Ziel des Innovationsfonds die Verbesserung der Versorgung ist, diese aber eben nicht in Projekten organisiert ist, sind hierfür kettenartige Projektverlängerungen oder gar Verstetigungen keine Option. Es sind Transferarchitekturen erforderlich, die den Akteuren in der Versorgungsrealität helfen, erfolgreich erprobte Konzepte jenseits der spezifischen Projektlogiken in die Versorgungswirklichkeit zu übernehmen. Neue Versorgungskonzepte sollten zudem immer so gestaltet sein, dass es leichter fällt, sich für die Neuerung zu entscheiden, als an herkömmlichen Versorgungskonzepten festzuhalten. Eine Veränderung in der Förderung von Versorgungsinnovationen, die den Akteuren auf dem Gebiet der Versorgungsinnovation hierfür in diesem Sinne eine Unterstützung anbietet, würde mehr Innovationserfolge ermöglichen.

sche Perspektive sollte neben Faktoren wie z. B. dem Patientennutzen für die Evaluation von Innovationsfondsprojekten verpflichtend werden. Für die Umsetzenden von Innovationsfondsprojekten heißt dies jedoch auch, dass Maßnahmen und Kosten für den Transfer in die Regelversorgung von Anfang an mitgedacht und auch budgetiert werden müssen. Legt man den gleichen Maßstab an bereits bestehende Maßnahmen der gesundheitlichen Versorgung an, wird deutlich, dass es Möglichkeiten zur Optimierung gibt. Durch die evidenzbasierte De-Implementierung von Maßnahmen der derzeitigen Regelversorgung mit zu geringem Patientennutzen und/oder zu hohen Kosten können finanzielle Spielräume für die Stärkung von Innovationen im Versorgungssystem erschlossen werden. Die hierfür erforderliche Evidenzgrundlage kann die Versorgungsforschung den gesundheitspolitischen Entscheider:innen zur Verfügung stellen.

Da im deutschen Gesundheitssystem das Prinzip der Selbstverwaltung gilt, können Innovationen im Versorgungssystem nicht ohne die beiden entscheidenden Interessengruppen im Gesundheitssystem realisiert werden: leistungserbringende Akteure wie Ärzt:innen, Apotheker:innen, Pflegefachkräfte, Therapeut:innen etc. und Kostenträger (Krankenversicherungen). Mit Blick auf diese Interessengruppen besteht die größte Herausforderung in der Durchsetzung von Innovationen im Versorgungssystem. Denn jede Innovation im Versorgungssystem geht mit Nachteilen für mindestens eine der o. g.

Kurzinterview mit Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu (Gesundheitsökonomin a. d. Bergischen Univ. Wuppertal)

„Einzigartige Möglichkeit, neue Versorgungsansätze unter Alltagsbedingungen zu erproben und ihre ökonomischen Effekte systematisch zu erfassen“

Wie betrachtet die Gesundheitsökonomie das Thema Innovation – eher als Chance oder eher als Risiko?

Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist Innovation im Gesundheitswesen eine Investition unter Unsicherheit. Die zentrale Frage lautet: Rechtfertigt der erwartete Nutzen die eingesetzten Mittel und was hätte man mit diesen Mitteln alternativ erreichen können? Innovation wird zur Chance, wenn sie die Versorgung verbessert und gleichzeitig Ressourcen freisetzt oder effizienter nutzt. Dabei geht es nicht nur um den Einzelfall. Unser Gesundheitssystem steht vor tiefgreifenden Veränderungen, u. a. durch den zunehmenden Fachkräftemangel und neue Krankheitsbilder. Ohne kontinuierliche Erneuerung verliert es die Fähigkeit, sich an diese veränderten Bedingungen anzupassen und die vorhandenen Mittel sinnvoll einzusetzen. Innovation ist damit kein Luxus, sondern Voraussetzung für ein anpassungsfähiges System. Zum Risiko wird Innovation dann, wenn der Aufwand den Nutzen übersteigt oder wenn vielversprechende Ansätze in der Projektphase stecken bleiben. Hier braucht es ein Umdenken: Geförderte Projekte sollten von Beginn an als erster Schritt eines längeren Weges verstanden werden. Sie sind ein Ausgangspunkt, von dem aus eine Innovation Akzeptanz gewinnt und sich verbreiten kann. Denn der eigentliche Verlust entsteht nicht bei gescheiterten Ideen, sondern wenn Innovationen, für die belastbare Evidenz vorliegt, dennoch nie den Weg in die Regelversorgung finden.



Welche Effizienzgewinne oder Einsparungspotenziale bieten Innovationen für unser Versorgungssystem?

Die Frage, ob sich Innovation lohnt, lässt sich durchaus beziffern. Modellrechnungen beziffern das jährliche Einsparpotenzial durch neue Versorgungsformen, digitale Anwendungen und verbesserte Therapien auf über 20 Milliarden Euro – mit Projektionen von bis zu 47 Milliarden Euro bis 2045. [4] Auch wenn solche Schätzungen mit Unsicherheiten behaftet sind, zeigen sie die Größenordnung dessen, was möglich wäre. Die Einsparungen entstehen etwa dort, wo ambulante Behandlungen stationäre Aufenthalte ersetzen, wo Telemedizin Wege erspart oder wo präzisere Diagnostik unnötige Behandlungen vermeidet. Hinzu kommt, was in klassischen Kostenrechnungen oft untergeht: Wenn Menschen weniger krank sind, weniger Arbeitstage ausfallen und Erwerbsunfähigkeit verhindert wird, entsteht ein erheblicher gesellschaftlicher Nutzen. Die Versorgungsforschung liefert die Werkzeuge, um diese Zusammenhänge sichtbar zu machen und fundierte Entscheidungen zu ermöglichen. Gesundheitsökonomische Bewertungen sind dabei kein Sparinstrument, sondern schaffen die Grundlage dafür, knappe Mittel so einzusetzen, dass sie den größten Nutzen für Patientinnen und Patienten entfalten.

Welche gesundheitsökonomischen Instrumente oder Parameter sollte der Innovationsfonds anlegen, um innovativer und kosteneffizienter zu wirken?

Damit der Innovationsfonds innovativer und kosteneffizienter wirken kann, braucht es eine Erweiterung der Bewertungsperspektive. Bislang wird der Erfolg von Projekten vor allem an unmittelbaren Ergebnissen gemessen. Der eigentliche Wert einer Innovation zeigt sich aber oft erst in ihrer breiteren Wirkung auf das Versorgungssystem. Gesundheitsökonomische Bewertungen leisten hier einen wichtigen Beitrag. Sie machen sichtbar, wo Innovationen echten Mehrwert schaffen und wo nicht. Methodisch eignen sich hierfür besonders Kosten-Konsequenz-Analysen, die unterschiedliche patienten- und systemrelevante Outcomes getrennt ausweisen, Social-Return-on-Investment-Berechnungen zur Erfassung des gesellschaftlichen Nutzens oder Value-of-Information-Analysen, die sichtbar machen, wo Unsicherheiten bestehen und welche Evidenz weiter erhoben werden sollte. Gleichzeitig verdient die Frage mehr Aufmerksamkeit, was eine Einführung in die Regelversorgung tatsächlich kostet. Innovationen lassen sich nicht ohne Weiteres in den Versorgungsalltag überführen. Implementierungsstrategien, wie zum Beispiel das Angebot von Schulungen, die Anpassung von Abläufen oder das Schaffen der notwendigen technischen Infrastruktur, werden notwendig und binden Ressourcen. Manchmal ist dieser Aufwand dauerhaft hoch und übersteigt den erzielbaren Nutzen. Wer diese Kosten frühzeitig kennt, kann gezielter entscheiden, welche Innovationen sich wirklich lohnen. Schließlich sollte auch die Kehrseite stärker in den Blick rücken. Die evidenzbasierte Beendigung von Versorgungspraktiken, die nicht mehr dem Stand des Wissens entsprechen, kann erhebliche Mittel freisetzen. Der Innovationsfonds bietet als Förderinstrument die einzigartige Möglichkeit, neue Versorgungsansätze unter Alltagsbedingungen zu erproben und ihre ökonomischen Effekte systematisch zu erfassen. Diese Funktion als lernendes Element im Gesundheitssystem sollte gerade in Zeiten knapper Ressourcen gestärkt werden.

Gruppen einher. Es bleibt die Aufgabe der Gesundheitspolitik, auf Grundlage evidenzbasierter Entscheidungen die Leistungserbringer und die Kostenträger für Innovationen zu gewinnen.

Dr. Ursula Marschall vom Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung erkennt die Verantwortung der Krankenkassen an und sieht diese in einer gestaltenden Rolle. Sie fordert die Gesundheitspolitik auf, die Ergebnisse erfolgreicher Innovationsfondsprojekte in die Regelversorgung zu bringen. Bisher sind es oft nur Selektivverträge, mit denen der erste Schritt des Transfers in die Regelversorgung vollzogen wird. Da Selektivverträge jedoch auch unternehmerische Entscheidungen der einzelnen Krankenkassen sind, können in diesem Schritt andere relevante Sichtweisen, wie beispielsweise die Patientenperspektive, nicht immer zuverlässig berücksichtigt werden. Es besteht auch die Möglichkeit, Selektivverträge zur kollektivvertraglichen Versorgung zu nutzen, indem mehrere gesetzliche (und bei Bedarf auch private) Krankenversicherungen kooperieren. Somit ermöglichen Selektivverträge eine größere Flexibilität und Regionalität in der Versorgung. [3]

Auch die Seite der Leistungserbringer engagiert sich im Rahmen von Innovationsfondsprojekten nachdrücklich für Innovationen im Versorgungssystem. Die Vertragsärzt:innen nutzen die Möglichkeit, neue Versorgungsformen zu erproben, von wissenschaftlichen Erkenntnissen zu profitieren und auf diese Weise das Versorgungssystem zu verbessern. Ekkehard von Pritzbuer von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) beschreibt, dass die Überführung erfolgreicher Innovationsfondsprojekte auch seitens der beteiligten Ärzt:innen als zögerlich wahrgenommen werde. Er bekräftigt, dass Innovationen einen Nutzen für Praxen und Patient:innen bringen können, insofern die Integration und Nachhaltigkeit der Innovationen in der Regelversorgung gestärkt werde.

Fazit

Zum Ende der Serie zum Innovationsfonds über mehrere Ausgaben des „Monitor Versorgungsforschung" hinweg, der neben dem Interview mit dem G-BA-Vorsitzenden Prof. Josef Hecken und dem DNVF-Vorsitzenden Prof. Wolfgang Hoffmann u. a. die Befragung der Innovationsfondsprojekte, die kritische Bestandsaufnahme zur Implementierung von Innovationsfondsprojekten, Impulse der wichtigsten Stakeholder des Innovationsfonds, erfolgreiche Praxisbeispiele sowie Fach- und Diskussionsbeiträge im Rahmen des gemeinsamen Symposiums „Innova-

Kurzinterview mit: Dr. med. Ursula Marschall Dipl. oec., Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung

„Überführung in die Regelversorgung konkret mitdenken"

Welche Haltung haben die gesetzlichen Krankenversicherungen grundsätzlich zu Innovationen? Wie gehen Sie mit den mit Innovationen verbundenen Risiken um?

Gesetzliche Krankenkassen sind gegenüber Innovationen positiv eingestellt. Betrachtet man beispielsweise den Arzneimittelmarkt, dann bietet Deutschland die schnellste Verfügbarkeit und höchste Marktdurchdringung innovativer Arzneimittel im Vergleich zu allen anderen EU-Ländern. Deutschland hält als einziges EU-Land die Vorgabe ein, Arzneimittel innerhalb von 90 Tagen nach Zulassung für Patienten zugänglich zu machen. Aber Deutschland belegt auch einen Spitzenplatz bei Ausgaben mit über 50 Milliarden Euro jährlich und steigender Tendenz, insbesondere für patentgeschützte Innovationen. Kassen stehen auch neuen Behandlungsverfahren offen gegenüber. Einen besonderen Bedarf sehen wir im Aufbau von gut organisierten sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Netzwerken. Dies sehen wir als Chance, effiziente und qualitativ hochwertige innovative medizinische und pflegerische Versorgung sicherzustellen. Als Kostenträger haben wir naturgemäß neben der Behandlungsqualität auch die Wirtschaftlichkeit im Blick. Hier sehen wir vor allem noch Potenzial in der Effizienzsteigerung.



Welche Erwartungen hinsichtlich Innovationen verbinden die gesetzlichen Krankenkassen mit dem Innovationsfonds? In welchem Maße werden diese Erwartungen erfüllt?

Die Beteiligung am Innovationsfonds aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherungen hat seit Einführung 2016 eine Veränderung erfahren. Anfangs war es wichtig, möglichst viele Projekte zu unterstützen, um bei neuen Versorgungskonzepten und Forschungsideen ganz vorne mit dabei zu sein. Inzwischen hat die Anzahl an Anträgen so immens zugenommen, dass eine sorgfältige Auswahl nicht nur aus Ressourcengründen bei den Kassen, sondern auch aus qualitativen Aspekten notwendig ist. Die Rolle der Kassen hat sich vom bloßen Datenlieferanten zu einem wichtigen Partner gewandelt, der bereits in der Antragsphase berät und wertvolle Erfahrungen teilen kann. Die Anzahl an Projekten auf der Suche nach einer Finanzierungsquelle hat deutlich zugenommen. Innovative Versorgungsideen sind zwar weiterhin dabei, aber häufig gibt es nur vage Ideen, wie diese evaluiert und auch die Wirtschaftlichkeit dargestellt werden kann. Unsere Erwartungen, dass erfolgreich abgeschlossene Projekte auch umgehend in die Regelversorgung übernommen werden, haben sich nicht erfüllt.

Welche Veränderungen bräuchte der Innovationsfonds, um unser Versorgungssystem innovativer und damit kosteneffizienter und patientenorientierter sowie insgesamt zukunftsfähiger zu gestalten?

Konzepte, die im Innovationsfonds gefördert werden wollen, sollten zwingend ein Modul enthalten, in dem die Überführung in die Regelversorgung konkret schon mitgedacht wird. Diese Transferkonzepte müssen sich an bestehenden Vorgaben der Vergütungssystematiken orientieren. Zudem sind Instrumente für den Nachweis der Evidenz an den Wandel der Technologie anzupassen. Neue Erkenntnisse brauchen aber auch eine politische Um- und Durchsetzung. Hier braucht es eine gemeinsame Anstrengung, Netzwerke, die während erfolgreicher Projekte aufgebaut wurden, auch weiter zu erhalten. Selektivverträge (Verträge zur besonderen Versorgung) einzelner Krankenkassen sind da zwar ein erster Schritt, reichen aber nicht aus, um Regelversorgung abzubilden. Zudem ist der Abschluss solcher Verträge eine unternehmerische Entscheidung jeder einzelnen Kasse. Auch positiv evaluierte Projekte müssen zeigen, dass sie im Versorgungsalltag praktikabel sind. Dies beginnt mit dem Ausrollen auf andere Regionen oder dem Übertrag der Konzeptidee auf andere Indikationen. Hierzu gibt es noch keine Positivbeispiele, wie dies bereits gelungen ist.

tionsfonds“ von G-BA und DNVF beim Deutschen Kongress Versorgungsforschung 2025 zugrunde liegen, lässt sich konstatieren: Wir wissen, was zu tun ist! Die versammelte und hier dargestellte Fachexpertise weist große inhaltliche Überschneidungen auf und unterstreicht die Relevanz der von Prof. Josef Hecken angestrebten Weiterentwicklung des Innovationsfonds:

- Entwicklung und Umsetzung einer Kommunikationsstrategie, die auch die Stakeholder und die politischen Akteure (Bund, Land, Kommune) einbindet
- Verankerung des Transfers (auch bzgl. gesundheitsökonomischer Kriterien) bereits in der Entwicklungs- und Projektphase
- Selbstverpflichtung aller beteiligten Konsortialpartner, erfolgreiche (wirksame/ressourceneffiziente) Innovationsfondsprojekte in die Regelversorgung zu bringen.
- Etablierung von Transferbegleiter:innen, die erfolgreiche Projekte mit transferrelevanter Expertise und Kontakten unterstützen
- Abschaffung von Versorgungsmaßnahmen, für deren Wirksamkeit keine Evidenz vorliegt (De-Implementierung). [5, 6]

Für diese Veränderungen setzt sich das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e. V. gemeinsam mit über 40 weiteren Institutionen ein, die das gesamte Spektrum der Versorgungsforschung in Deutschland abbilden. [7]

Somit gilt es, den erfolgreichen Innovationsfonds hinsichtlich der genannten Punkte weiter zu verbessern, damit dieser sein Potenzial zur Erreichung der dargelegten Ziele voll entfalten kann. Mit dieser Zielrichtung müssen die Kürzungen des Innovationsfonds für 2026 um 50 Prozent lediglich eine Delle auf dem Weg zur Erreichung der langfristigen Ziele bleiben. Die dauerhafte Kürzung des Innovationsfonds würde das Versorgungssystem seines wichtigsten Instruments für mehr Effektivität, Kosteneffizienz sowie Patientenorientierung berauben – mit Auswirkungen für unser Gesundheitssystem! <<

von:
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann[1]
Prof. Dr. Jochen Schmitt[2]
Prof. Dr. Dr. Martin Härter[3]
Dipl.-Soz. Mirko Eichner[4]

1: Vorsitzender des DNVF e. V. / Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine
2: Stellvertretender Vorsitzender des DNVF e. V. / Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV), TU Dresden
3: Hauptgeschäftsführer des DNVF e. V. / Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
4: Geschäftsführer des DNVF e. V.

Korrespondenzadresse: Dipl.-Soz. Mirko Eichner MPP, Geschäftsführer DNVF e. V. Adresse: Geschäftsstelle DNVF e. V., Kuno-Fischer-Str. 8, 14057 Berlin. E-Mail: info@dnvf.de

Zitationshinweis

Hoffmann et al.: „Innovation als Motor der Gesundheitsversorgung”, „Monitor Versorgungsforschung“ (01/26), S. 42–46. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2794

Literatur

[1] Schumpeter, J. A. (1961) Konjunkturzyklen. Eine theoretische, historische und statistische Analyse des kapitalistischen Prozesses. Bd. I. Göttingen. (Engl. Originalausgabe: Business Cycles. A Theoretical, Historical, and Statistical Analysis of the Capitalist Process, New York 1939.)
[2] Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2025) Innovationsfonds. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/i/innovationsfonds.html, (Zugriff am: 10.12.2025).
[3] AOK: Selektivverträge und Kollektivverträge. Verfügbar unter: https://www.aok.de/gp/vertraege/arztpraxen/selektivvertraege-kollektivvertraege, (Zugriff am 17.12.2025)
[4] Prognos AG (2025) Effizienzpotenziale von Innovationen für das Gesundheitswesen – Beitrag der industriellen Gesundheitswirtschaft (iGW). Studie im Auftrag des BDI. Freiburg: Prognos AG. Verfügbar unter: https://www.prognos.com/de/projekt/effizienzpotenziale-innovationen-gesundheitswesen (Zugriff am: 10.12.2025).
[5] Interview mit Hecken, J., Hoffmann. Monitor Versorgungsforschung 05/25 S. 6–12): https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/konzept-systematischer-transfer/ (Zugriff am: 17.12.2025)
[6] Hoffmann, W. et al. (2025) Der Innovationsfonds wirkt! Monitor Versorgungsforschung 06/25 S. 30 – 34) Verfügbar unter: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/der-innovationsfonds-wirkt/ (Zugriff am: 17.12.2025)
[7] Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF) (2025) Stellungnahme zu den Kürzungen des Innovationsfonds um 50% für 2026. Verfügbar unter: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/news/stellungnahme-des-deutschen-netzwerk-versorgungsforschung-e-v-dnvf-zu-den-kuerzungen-des-innovationsfonds-um-50-prozent-fuer-das-jahr-2026/ (Zugriff am: 10.17.2025).

Effekte von Tele-Support erforscht

>> Eine aktuelle österreichische, im Open-Access-Journal „Scientific Reports“ veröffentlichte Studie (1) untersuchte den Einfluss von telemedizinischem Support auf die Aufmerksamkeit und Leistung von Rettungssanitätern (EMTs) bei simulierten Herzstillständen außerhalb des Krankenhauses. Hierfür absolvierten 43 Teams zwei Szenarien – eines mit und eines ohne telemedizinische Unterstützung durch einen erfahrenen Notarzt –, während sie Eye-Tracking-Brillen zur Analyse ihres Blickverhaltens trugen.

Die Ergebnisse des Autorenteams um Vincenz Scharner von der medizinischen Universität Wien verdeutlichen, dass der Tele-Support die visuelle Aufmerksamkeit der Teamleiter signifikant verbesserte, indem diese sich verstärkt auf das medizinische Equipment konzentrierten und seltener durch aufgabenfremde Reize abgelenkt wurden. Bei den Teammitgliedern konnten hingegen keine wesentlichen Veränderungen im Blickverhalten festgestellt werden, was vermutlich auf ihre starke physische Einbindung in die Herzdruckmassage zurückzuführen ist.

In Bezug auf die kognitive Belastung bewirkte die telemedizinische Unterstützung bei den Teamleitern eine signifikante Reduktion der mentalen Anforderungen.

Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Berücksichtigung reversibler Ursachen. Ohne telemedizinische Unterstützung berücksichtigten 10 Teams (26,3%) reversible Ursachen im Szenario nicht, während dies mit telemedizinischer Unterstützung nur 2 Teams (5,3%) taten ($p = 0{,}008$). Die telemedizinische Unterstützung verbesserte die visuelle Aufmerksamkeit der Teamleiter während der simulierten außerklinischen Herzstillstände signifikant und wirkte sich positiv auf die Reanimationsleistung aus, indem sie die Einhaltung der Leitlinien erhöhte. Kritische Maßnahmen wie die Defibrillation oder die Medikamentengabe wurden durch die Zuschaltung des Experten zeitlich nicht verzögert.

Fazit: Die Teilnehmenden bewerteten das System mehrheitlich als benutzerfreundlich und äußerten eine hohe Bereitschaft, diese Technologie auch in realen Notfalleinsätzen zu nutzen. <<

Link: https://t1p.de/kkamy



Interaktive Kompaktseminare

Expertenwissen für Ihre Berufspraxis im Gesundheitswesen

inav CAMPUS

In unseren zweitägigen, interaktiven Kompaktseminaren erwerben Sie fundierte theoretische Kenntnisse und praxisnahe Fallstudien zu folgenden Themen:

Das deutsche Gesundheitssystem
12.03.–13.03.2026

Prof. Dr. Volker Amelung, inav GmbH

Dr. Silvia Woskowski, LL.M., Rechtsanwältin

- Grundstruktur und Sozialgesetzgebung
- Fallbeispiele: ambulante vs. stationäre Versorgung, pharmazeutische Industrie und Digital Health

Verhandeln mit Krankenkassen
19.03.–20.03.2026

Prof. Dr. Volker Möws, Hochschule Wismar

Dr. Malte Haring, inav GmbH

- Strategische Grundlagen, systematische Vorbereitung, Verhandlungssimulation
- Hybride Verhandlungsformate und der Einsatz von KI

Gesundheitsevaluationen verstehen
07.05.–08.05.2026

Dr. Matthias Arnold, inav GmbH

Sonja Gscheidle, inav GmbH

- Welches Studiendesign passt zu welcher Fragestellung?
- Erarbeitung eigener Studiendesigns für Ihre Versorgungskonzepte

Zielgruppe: Managerinnen und Manager im Gesundheitswesen, die ihre Kenntnisse auffrischen und vertiefen wollen, Quereinsteigerinnen und Quereinsteiger im Gesundheitswesen sowie Spezialistinnen und Spezialisten, die ihren Horizont erweitern wollen. Die Durchführung kundenindividueller Seminare mit eigener Schwerpunktsetzung ist auf Anfrage möglich.

Der inav Campus steht unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Volker Amelung und der organisatorischen Leitung von Friederike Hasse. Die inav GmbH gehört seit 2011 zu den führenden Forschungs- und Beratungsinstituten im Gesundheitswesen. Wir bündeln Kompetenzen aus Wissenschaft, Wirtschaft und Politik.

Weitere Infos und Anmeldung:
inav-berlin.de/leistungen/inav-campus

inav | Institut für angewandte Versorgungsforschung

inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH
Schiffbauerdamm 12 · D-10117 Berlin
Tel. +49 (0)30 24 63 12 22
info@inav-berlin.de

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:
Friederike Hasse
Tel. +49 (0)30 24 63 12 22
inav.campus@inav-berlin.de

Arbeitsgemeinschaft
GESUNDHEIT 65 PLUS

Arbeitsgruppe Pflege in der AG GESUNDHEIT 65 PLUS:
Leitung: Thomas Brauner (Berlin)
www.gesundheit-65plus.de

Kooperation der AG GESUNDHEIT 65 PLUS und des „Zentrums für Alternsforschung" der MHB

Kommunale Hitzeaktionspläne: besonderer Schutz für ältere Menschen im Klimawandel

Die AG GESUNDHEIT 65 PLUS befasst sich seit Herbst 2024 mit dem Thema „Klima und Alter" – eine Facette des großen Komplexes Klimawandel. „Vorgedrängt" hat sich dabei die Situation älterer Menschen in Phasen starker Hitze: Wie können wir vorbeugen, damit Hitzeperioden diese Menschen nicht zu sehr belasten? Nach den Beiträgen im „Monitor Versorgungsforschung" 5/25 und 6/25, in denen sich die AG mit Fragen der Gewährleistung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Hitzeperioden und Prof. Dr. Eileen Goller (WHZ Zwickau) mit den besonderen Risiken Demenzerkrankter in Zeiten des Klimawandels befasst haben, beschreibt Dr. Lena Gehre, Hitzeschutzbeauftragte des Bezirks Berlin-Neukölln, die Ansätze des operativen Geschäfts in einem Gemeinwesen, das die Dimensionen einer Großstadt mit überwiegend kommunalen Verwaltungsstrukturen gestalten muss.

>> Die zunehmende Hitzebelastung infolge des Klimawandels stellt eine ernste Gefahr für die öffentliche Gesundheit dar. Innerhalb der Bevölkerung gelten ältere Menschen als eine der vulnerabelsten Gruppen. Ihre physiologischen Mechanismen zur Thermoregulation sind oft eingeschränkt, hinzu kommen häufig chronische Erkrankungen und die Einnahme bestimmter Medikamente, die die Hitzeempfindlichkeit erhöhen. Zudem leben viele ältere Menschen allein oder sind in Pflegeeinrichtungen untergebracht, was ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe und zur Inanspruchnahme von Schutzmaßnahmen beeinträchtigt.

Der spezifische Nutzen von Hitzeaktionsplänen (HAPs) liegt in der zielgerichteten Prävention und Intervention. So können HAPs nachweislich das Risiko hitzebedingter Komplikationen (wie Dehydratation, Hitzeschlag oder Verschlechterung chronischer Krankheiten) durch gezielte Warnungen und Verhaltenshinweise reduzieren.

Ein wirksamer HAP baut auf einer strategischen Grundlage auf, die mit Expositions- und Vulnerabilitätsanalysen beginnt. Diese Analysen identifizieren geografische „Hitzeinseln" (Exposition) und die Konzentration der besonders gefährdeten Bevölkerung (Vulnerabilität). Diese Priorisierung ermöglicht einen schrittweisen und ressourcenschonenden Aufbau der Hitzeschutzstrategie, bestehend aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen.

Die Maßnahmen des bezirklichen Hitzeschutzplans im Berliner Bezirk Neukölln mit ungefähr 330.000 Einwohner:innen orientieren sich an vier strategischen Säulen (hier mit exemplarischen Maßnahmen mit Schwerpunkt ältere Menschen):

I. Management von akuten Hitzeereignissen

- Der Fokus liegt hier auf der schnellen Hilfe und unmittelbaren Unterstützung älterer Menschen während einer Hitzewelle:
- **„Hitzetelefone" und Kontaktdienste:** Spezielle Hotlines für ältere Menschen, um Informationen zu geben und den Bedarf an Unterstützung zu ermitteln.
- **Vermittlung von Hitzehelfenden:** Nachbarschaftliche Unterstützungsleistungen (Einkaufshilfe, Gassigehen, Botengänge usw.) bei hohen Temperaturen.
- **Schutzräume:** Ausweisung und Kennzeichnung leicht erreichbarer „Kühler Räume" (wie z. B. Stadtteilzentren) in der Nachbarschaft, die sichere Zuflucht vor der Hitze bieten und zugleich das soziale Leben älterer Menschen fördern.

II. Sensibilisierung zu Hitzegefahren und -schutz

Diese Strategie zielt darauf ab, das Wissen und die Eigenverantwortung bei älteren Menschen selbst sowie bei ihren Betreuer:innen und dem Umfeld zu stärken:

- **Gezielte Risikokommunikation:** Verbreitung von einfachen, klaren Verhaltensregeln (z. B. ausreichende Flüssigkeitsaufnahme, Vermeidung von Anstrengung, Abdunkelung der Wohnung) über Kanäle, die von Älteren genutzt werden (z. B. Aushänge und Flyer in Pflegestützpunkten, Seniorentreffs, Apotheken), in unterschiedlichen Sprachen.
- **Schulungen für Schlüsselpersonen:** Schulungen für das Personal in der ambulanten Pflege oder von Multiplikatoren der nachbarschaftlichen Hilfe, um Hitzestresssymptome frühzeitig zu erkennen und die ältere Bevölkerung zu hitzeangepasstem Verhalten wie z. B. Trinken und Ruhen anzuhalten.
- **Einbindung von Angehörigen und Nachbarn:** Förderung der gegenseitigen Fürsorge und Sensibilisierung des sozialen Umfelds, bei Hitze auf ältere Verwandte oder Nachbar:innen zu achten.

III. Langfristige Maßnahmen zum Schutz vor Hitzeereignissen

Langfristig müssen strukturelle und bauliche Anpassungen vorgenommen werden, um die Hitzeexposition älterer Menschen in ihrem Wohn- und Lebensumfeld zu reduzieren:

- **Hitzeresilientere Wohnungen:** Programme zur Förderung von Maßnahmen zur Hitzereduzierung in Wohngebäuden (z. B. Dachbegrünung, Entsiegelung von Innenhöfen).
- **Stadtplanung:** Gezielte städtebauliche Maßnahmen zum Erhalt von Frischluftschneisen, um Mobilität auch an heißen Tagen zu ermöglichen.
- **Grünflächen in Wohnnähe:** Schaffung und Erhalt von klimaangepassten, kühlenden Grünflächen.

IV. Evidenzbasierte wissenschaftliche Begleitung und Evaluation

Für eine effektive und effiziente Umsetzung ist die systematische Erfassung und Bewertung von Maßnahmen unabdingbar. Die Daten von hitzeassoziierten Notfällen und Sterbefällen in der Altersgruppe ≥65 Jahre bzw. ihre Analyse als Methode des Monitorings sind auf Bezirksebene nicht erhältlich oder aussagekräftig. Daher müssen hier andere Evaluationsmaßnahmen zum Tragen kommen:

- Überprüfung der Effektivität von Kommunikationsstrategien und Akutmaßnahmen (z. B. Erreichbarkeit des Hitzetelefons, Nutzung der „Kühlen Räume" usw.) und Ableitung von Optimierungen.

Durch diese strategische Kombination aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen unterstützen Kommunen nicht

nur die Gesundheit älterer Menschen, sondern demonstrieren auch ihre Verantwortung für eine sozial gerechte und klimaresiliente Stadtentwicklung. <<

von:
Dr. Lena Gehre[1]

1: Hitzeschutzbeauftragte des Bezirks Berlin-Neukölln

Kommentar



Thomas Brauner
65 PLUS

Liebe Leserin, lieber Leser,

von unseren Beiträgen im „Monitor Versorgungsforschung" zum Themenkreis Autonomie und Lebensqualität älterer Menschen führt ein direkter Weg zu „Klima und Alter". Die Planung und Umsetzung präventiver Hitzeschutz-Maßnahmen sind ein notwendiger Bestandteil der Unterstützung, derer (nicht nur) ältere Menschen zum Erhalt ihrer Autonomie und Lebensqualität bedürfen.

Die Diskussionen in der AG GESUNDHEIT 65 PLUS haben uns gelehrt: Essenziell für den Erfolg von Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention ist – wie so oft – die Kommunikation der Akteur:innen und die sind nicht nur im Bereich „Gesundheit" zu suchen. Hitzeschutz ist ein klassisches Querschnittsthema. Ohne Kooperation der involvierten Professionen und ohne funktionierende Nachbarschaftsbezüge kann das Thema „Klima und Alter" nicht befriedigend abgearbeitet werden.

Ihr Thomas Brauner
für die AG GESUNDHEIT 65 PLUS

Hinweis

Die ARBEITSGEMEINSCHAFT GESUNDHEIT 65 PLUS widmet sich seit ihrer Gründung 2013 dem Thema des gesunden Alterns. Wobei die 65 sowohl für die Teilnehmer:innen der AG als auch für die diskutierten Fragen eher eine Metapher ist: Alter ist eben keine durchgängig objektive Kategorie. Seit 2023 kooperiert die AG GESUNDHEIT 65 PLUS mit dem „Zentrum für Alternsforschung" an der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB). Sämtliche Materialien sind auf der Website der AG GESUNDHEIT 65 PLUS abrufbar.

Kranke Krankenhäuser

>> 66% der deutschen Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten haben im Jahr 2024 Verluste geschrieben. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss liegt bei nur 23% und der Anteil der Häuser mit einem ausgeglichenen Jahresergebnis bei 11%. Das sind einige Ergebnisse des aktuellen Krankenhaus Barometers 2025 (1) des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI). Nach den Erkenntnissen der Befragung, an der sich insgesamt 376 Krankenhäuser beteiligt haben, hat sich im Vergleich zum Vorjahr sich die wirtschaftliche Situation erneut verschlechtert. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresfehlbetrag ist um 5 Prozentpunkte gestiegen und die Jahresüberschüsse sind von 30 auf 23% gefallen. Ein aus geglichenes Ergebnis erreichten hingegen in 2023 nur 9% und 2024 11% der Krankenhäuser.

Nach Bettengrößenklassen differenziert, wiesen die kleinen Krankenhäuser (bis 299 Betten) mit 69% geringfügig häufiger ein negatives Jahresergebnis auf als die größeren Krankenhäuser. Verglichen mit dem Vorjahr haben sich die Jahresergebnisse insbesondere bei den mittelgroßen Krankenhäusern (300 bis 599 Betten) deutlich verschlechtert. Konnten hier im Jahr 2023 noch 37% der Häuser einen Jahresüberschuss erzielen, waren es 2024 nur noch 24%. (vgl. DKI, 2024).

Über die bloße Angabe von positiven, negativen oder ausgeglichenen Jahresergebnissen hinaus sollten die Krankenhäuser über die konkrete Entwicklung der Jahresergebnisse laut Gewinn- und Verlustrechnung in den Jahren 2023 und 2024 informieren. Danach ist das Jahresergebnis im Jahr 2024 im Vergleich zu 2023 in 59% der Häuser gesunken und in 25% der Krankenhäuser gestiegen. Bei den übrigen 17% ist es weitgehend konstant geblieben. <<

Link: https://t1p.de/k46ed

IQWiG veröffentlicht Version 8.0 seiner „Allgemeinen Methoden"

>> Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat mit der Version 8.0 seiner „Allgemeinen Methoden" (veröffentlicht am 19.12.2025) eine umfassende Aktualisierung seines methodischen Regelwerks vorgelegt. Neben redaktionellen Anpassungen und einem Literaturupdate wurden signifikante inhaltliche und strukturelle Änderungen vorgenommen, um die Transparenz und Qualität der Institutsarbeit weiter zu steigern.

Die wohl weitreichendste strukturelle Änderung ist die Ergänzung des neuen Kapitels 8, das sich dediziert der Einbindung von Betroffenenperspektiven widmet. In diesem Kapitel führt das Institut erstmals alle direkten und indirekten Wege und Methoden zusammen, mit denen Patient:innen sowie deren Angehörige systematisch in die Arbeit des IQWiG einbezogen werden.

Im Bereich der Institutsprodukte (Kapitel 2) wurden die Verfahrensabläufe angepasst, um mehr Flexibilität zu ermöglichen:

- **Rapid Reports:** Die Auftragsbearbeitung wurde flexibler gestaltet, um noch zeitnäher auf Fragestellungen reagieren zu können.
- **ThemenCheck-Berichte:** Diese können nun in Teilen auch IQWiG-intern erstellt werden, statt sie wie bisher vollständig extern zu vergeben
- **Evidenzrecherchen:** Die Verfahren wurden an die aktuellen Absprachen zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), der AWMF und dem IQWiG angepasst.

Wesentliche Präzisierungen gab es im Bereich der Nutzenbewertung von Arzneimitteln und medizinischen Interventionen:

- **Metaanalysen:** Als neuer Standard für Metaanalysen bei einer sehr geringen Anzahl von Studien wurden bayessche Methoden integriert.
- **Anwendungsbegleitende Datenerhebungen (AbD):** Das Institut ergänzte Erläuterungen zur Quantifizierung des Zusatznutzens bei AbDs und passte die Festlegungen zum Schwellenwert für die verschobene Nullhypothese an.
- **Informationsbewertung:** Kapitel 10 (früher 9) enthält nun neue Erläuterungen zu entscheidungsanalytischen Modellierungen sowie zum Umgang mit Situationen, in denen eine sehr große Anzahl an Studien vorliegt. <<

Link: https://t1p.de/qz7gr


© Zi_Lopata



Dr. rer. pol. Dominik von Stillfried[1] / Dr. PH Sandra Mangiapane[2]

1: Vorstandsvorsitzender des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)

2: Leiterin des Referats Grundsatzfragen des Zi

Überlegungen zur Einführung eines Primärarztsystems

>> Wer wünschte sich als Patient nicht, dass die behandelnden Ärztinnen mehr Zeit hätten? Diesem Wunsch steht entgegen, dass sich die medizinische Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung im internationalen Vergleich durch eine hohe Fallzahl in Praxen und Krankenhäusern auszeichnet. Ärztliche (und pflegerische) Kapazitäten sind in Deutschland hingegen häufiger vorhanden als in vielen anderen OECD-Ländern (OECD, 2025). Zugleich offenbaren internationale Erhebungen, dass die Deutschen dank ihres derzeit praktisch unregulierten Zugangs zu Praxen und Krankenhäusern nur wenige medizinische Beschwerden wegen hoher Zuzahlungen, langer Wartezeiten oder weiter Wege unbehandelt lassen müssen (sogenannte unmet needs) (OECD, 2025).

Vor diesem Hintergrund scheint die Gesundheitspolitik von der naheliegenden Vermutung geleitet, in der GKV werde zu häufig, mindestens aber zu unkoordiniert ärztlicher Rat gesucht. Die Einschränkung der freien Arztwahl durch Einführung eines verbindlichen Primärarztsystems soll daher – so steht es im Koalitionsvertrag - letztlich schnellere Facharzttermine für die zuerst durch den Primärarzt behandelten und geleiteten Patienten zur Folge haben, als dies heute der Fall ist.

Tatsächlich kritisieren derzeit rund 30% der Versicherten die Wartezeiten auf Facharzttermine als zu lang (Kaiser, 2025). Dabei sind die Wartezeiten in Deutschland im internationalen Vergleich außerordentlich kurz. Laut der aktuellen Versichertenbefragung des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten 92% der Versicherten binnen 7 Tagen eine Gelegenheit, sich in einer Hausarztpraxis vorzustellen. Bei Terminen für fachärztliche Behandlungen können die Wartezeiten etwas länger sein: 45% der Versicherten erhalten einen Facharzttermin binnen 7 Tagen, 31% warten länger als 21 Tage (Kaiser 2025).

In Norwegen, das pro Kopf der Bevölkerung 20% mehr Ärzte im Gesundheitswesen beschäftigt als Deutschland (Saunes et al., 2024), haben die Bürger binnen 10 Tagen Anspruch auf eine Antwort des Facharztes, ob die Überweisung des Hausarztes angenommen wird (HelseNorge, 2023). Die Wartezeiten auf eine Behandlung können sich dann je nach Sachverhalt und Institution auf mehrere Monate erstrecken. Folglich berichten Norweger häufiger über unmet needs als Deutsche, insbesondere aufgrund von Wartelisten. In den Niederladen hingegen, in denen ebenfalls ein Primärarztsystem existiert, sind die unmet needs insgesamt ähnlich niedrig wie in Deutschland, allerdings der Anteil aufgrund von Wartelisten höher und auch die Zahl der Arztkontakte ähnlich hoch (Eurostat, 2025).

Soll das Versprechen des Koalitionsvertrags für schnellere Facharzttermine funktionieren, muss geprüft werden, wie dies durch die Einführung eines hausärztlichen Überweisungsvorbehalts erreicht werden kann.

Zunächst zum Mengengerüst: Von den jährlich rund 450 Millionen vertragsärztlichen Behandlungsfällen mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt entfallen 168 Millionen auf Hausarztpraxen, 282 Millionen auf die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung (Mangiapane et al., 2025).

In den Abrechnungsdaten finden wir darunter rund 100 Millionen fachärztliche Fälle, für die keine Überweisung dokumentiert wurde. Nur 11 Millionen davon entfallen auf Patienten, die in diesem Jahr gar keinen Hausarzt aufgesucht haben. Für den allergrößten Teil (80% der Fälle) liegt eine hausärztliche Inanspruchnahme im gleichen Quartal oder im Vorquartal vor, so dass eine hausärztliche Steuerung zumindest möglich gewesen wäre.

Fazit: Je nachdem, wie der für ein Primärarztsystem notwendige Überweisungsvorbehalt ausgestaltet wird, führt die Einführung eines Primärarztsystems zu ca. 335 bis 2.000 zusätzlichen Kontakten pro Hausarzt und Jahr. Nicht jeder Kontakt wird zu einem zusätzlichen Fall. Bezogen auf den Mittelwert von 900 Fällen mit jeweils durchschnittlich zwei Kontakten pro Quartal und Hausarzt muss folglich je nach Ausgestaltung des Überweisungsvorbehalts eine Zusatzbelastung pro Hausarzt von 5 bis 27% erwartet werden.

Welche Erwartungen darf man anhand von Erfahrungen in Deutschland an die Wirkung eines Überweisungsvorbehalts auf die Zahl der Facharztkontakte haben? Hierzu gibt es zwei wesentliche Erkenntnisse:

- Aus der Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) wissen wir, dass für die eingeschriebenen Patienten die Zahl der Hausarztkontakte um rund ein Viertel gestiegen ist und sich die Zahl der Facharztkontakte ohne Überweisung stark verringert hat. Insgesamt sind die Facharztkontakte in der HzV aber nicht zurückgegangen. Vielmehr wurde die ambulante Versorgung insgesamt intensiver. (Laux et al., 2023)
- Nach Abschaffung der Praxisgebühr zum Jahresende 2012 blieb die Gesamtzahl der Facharztkontakte in Bayern in den Folgequartalen praktisch konstant, während der Anteil der per Überweisung gesteuerten Facharztkontakte sich binnen 16 Quartalen von rund 73% auf rund 27% reduzierte. Dabei stieg die Zahl der Hausarztkontakte um etwa 10% (Schneider, 2019).

Dies spricht dafür, dass ein hausärztlicher Überweisungsvorbehalt allein nur wenig ändern dürfte, um Raum für schnellere Facharzttermine zu bekommen. Stellt man die Frage, in welchen Bereichen Inanspruchnahmen in der fachärztlichen Versorgung ohne materielle Einschränkung der Versorgung verringert werden könnten, stößt man auf folgende Hypothesen:

Hypothese 1

Patienten irren umher oder suchen so lange verschiedene Fachärzte auf, bis aus ihrer Sicht die richtige Entscheidung getroffen wurde.

Evidenzlage: In den Abrechnungsdaten sehen wir kaum eine relevante fachgleiche

Mehrfachinanspruchnahme. Drei und mehr Praxen einer Fachrichtung werden in fast allen Fachrichtungen von weniger als 1% der Versicherten in Anspruch genommen. Vielmehr scheint es feste Beziehungen zu einzelnen Praxen bestimmter Facharztrichtungen zu geben (von Stillfried & Mangiapane, 2026, von Stillfried et. al, 2026).

Ausnahme: Hausärztliche Versorgung. Hier liegt der Anteil der Mehrfachinanspruchnahme selbst nach Herausnahme von Notfällen und Vertretungsfällen bei 2,3%.

Fazit: Registrierung in einer Hausarztpraxis könnte in den Hausarztpraxen das freisetzen, was an Zusatzbelastung durch das Primärarztsystem dazu kommt.

Hypothese 2

Doppeluntersuchungen führen zu einer hohen und vermeidbaren Anzahl an Facharztbesuchen.

Evidenzlage: Diese Hypothese wurde bereits im Jahr 2008 durch ein im Auftrag des Deutschen Facharztverbandes vom IGES erstelltes Gutachten entkräftigt (Albrecht et al., 2008). Das Gutachten kommt zu dem Ergebnis, dass die Einsparpotenziale der Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen vermutlich stark überschätzt werden, da damit lediglich 0,1% bis 0,2% der gesamten Leistungsausgaben der GKV einhergehen.

Hypothese 3

Eine relevante Anzahl von Patienten nimmt – aus Unzufriedenheit über die medizinische Antwort auf eine gesundheitliche Beschwerde – mehrere Praxen der gleichen Fachrichtung in Anspruch (doctor hopping).

Evidenzlage: Analysen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) zeigen, dass der Anteil der Patienten mit einer fachgleichen Mehrfachinanspruchnahme von drei oder mehr Praxen pro Jahr in der fachärztlichen Versorgung mit Ausnahme der Bereiche Gynäkologie, Radiologie, Nephrologie, Hämatoonkologie und Rheumatologie deutlich unter 1% liegt (von Stillfried & Mangiapane, 2026).

Hypothese 4

Fachärzte bestellen sich Patienten wieder ein. Dadurch entsteht eine hohe Anzahl an vermeidbaren Facharztbesuchen.

Evidenzlage: Bisher noch nicht veröffentliche Analysen des Zi ergaben in diesem Zusammenhang, dass der Anteil an Patienten, der innerhalb von 4 Quartalen erneut bei einer Facharztpraxis vorstellig war, mit Ausnahme der Fachrichtungen Nephrologie, Hämatoonkologie und Rheumatologie deutlich unter 40% liegt; wenn man einen Beobachtungszeitraum von 8 Quartalen zugrunde legt, erhöht sich dieser Anteil auf grob die Hälfte der Patienten. Ob und inwieweit diese Wiedervorstellungen durch ein Primärarztsystem reduziert werden können, ist an deutschen Daten nicht untersucht worden.

Hypothese 5

Es gibt einen großen Umfang an Fehlversorgung, der durch ein Primärarztsystem abgebaut werden kann.

Evidenzlage: Dieser Bereich ist am schwierigsten zu quantifizieren. Sicherlich besteht Spielraum bei der Beurteilung der Notwendigkeit der einen oder anderen auch hausärztlich veranlassten fachärztlichen Mitbehandlung sowie bezüglich der Dringlichkeit einer solchen Mitbehandlung. Aus Abrechnungsdaten dürfte dies schwer bis gar nicht zu beurteilen sein. Zwar wird allgemein unterstellt, dass hierbei ein erheblicher Spielraum besteht. Internationale Evidenz, z. B. aus Kanada, zeigt jedoch, dass Strategien, Patienten durch Regeln und finanzielle Anreize stärker an eine Primärpraxis zu binden, letztlich von begrenztem Erfolg sind (Lavergne et al., 2018, Institut of Health Economics Alberta Canada, 2025, Jiang, 2025, Dangerfield, 2024). Auch der Spielraum, der sich z. B. durch eine Reduktion von Leistungen aus dem Bereich der sogenannten low value care eröffnen könnte, fällt in Deutschland nach aktuellen Studien weitaus geringer aus, als durch Vertreter der „Fehlversorgungshypothese“ oftmals unterstellt wird (Hildebrand et al, 2025).

Fazit

Ist es vor diesem Hintergrund zu erwarten, dass ein Primärarztsystem – wie im Koalitionsvertrag angekündigt – zu einer schnelleren Terminvergabe in Facharztpraxen führt? Studien, die sich bisher mit der aktuellen Versorgungsrealität auseinandergesetzt haben, kommen häufig zu dem Schluss, dass eher mehr als weniger fachärztliche Mitbehandlung notwendig ist. Aufgabe der Versorgungsforschung ist es daher, die Annahmen über die Ursachen der fachärztlichen Terminknappheit weiter zu prüfen. Vermutlich kann eine Freisetzung fachärztlicher Kapazitäten im Wesentlichen durch mehr inhaltliche Steuerung im Sinne einer Verlagerung eines bestimmten Versorgungsanteils in die Primärpraxis erreicht werden. Dafür wäre allerdings ein Ausbau der in Primärarztpraxen vorhandenen Vordiagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten erforderlich.

Darüber hinaus müssten Praxen hin zur Teampraxis verändert und mehr Leistungen an qualifiziertes nicht-ärztliches Praxispersonal delegiert werden, um hausärztliche Kapazitäten freizusetzen. Entscheidend ist, dass im Zusammenhang mit der Delegation keine neuen Parallelstrukturen aufgebaut werden, sondern dass die Delegation im Rahmen der Praxisstrukturen erfolgt. Um zu vermeiden, dass Hausarztpraxen durch die Einführung eines Primärarztsystems übermäßig belastet werden, ist es zudem relevant, wie der zukünftige Überweisungsvorbehalt ausgestaltet wird.

Sollte zukünftig jede Überweisung von Hausärzten ausgestellt werden müssen (Sternmodell), würde dies zu einer deutlich größeren Mehrbelastung führen als in einem Kettenmodell, in welchem Überweisungen unter Fachärzten weiterhin möglich sind. Zudem sollte der Ansatz einer digitalen Steuerung mittels Ersteinschätzung auch für die Vergabe von Facharztterminen ausgebaut werden. Würden darüber hinaus die Regelungen zur Krankschreibung dahingehend verändert werden, dass grundsätzlich bis zu drei Karenztage möglich sind, in denen keine ärztliche Krankschreibung erforderlich ist, könnte auch dies Hausarztpraxen zusätzlich entlasten.

All dies erfordert einen längerfristigen Prozess, bei dem der Fokus auf die Veränderungen der Primärarztpraxen gelegt werden muss. Diese müssen investieren und Dispositionen treffen können, um z.B. Teamstrukturen und die digitale Kommunikation mit ihren Patienten zur Vermeidung von unnötigen Vorstellungen in der Praxis auszubauen (Grosse & Jäger 2024). Zudem müssen Vergütungsstrukturen angepasst werden, wenn Primärpraxen mehr Zeit für eingeschriebene Patienten aufbringen und intensivere Be-

handlungen durchführen sollen. Unbedingt zu vermeiden ist ein Koordinationschaos durch Parallelangebote und Doppelstrukturen, wie dies zum Beispiel durch die geplante Regelung der Notfallreform zum durch die Kassenärztlichen Vereinigungen 24/7 vorzuhaltenden aufsuchenden Dienst (Zi, 2025) oder durch die Regelung des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) droht. <<

Zitationshinweis

von Stillfried, D., Mangiapane, S: „Überlegungen zur Einführung eines Primärarztsystems", in „Monitor Versorgungsforschung" (01/26), S. 50–52. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2798

Literatur

Albrecht, M., Freytag, A., Gottberg. A., Storz, P. (2008) Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung, Baden-Baden: Nomos, 2008. https://doi.org/10.5771/9783845206622
Dangerfield, K. (2024) https://globalnews.ca/news/10242419/family-doctor-walk-in-clinic-patient/
Eurostat (2025) Unmet health care needs statistics. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics zugegriffen am: 16.1.2026
Grosse, H, Jäger, S. (2024) Ärztliche Arbeitswelt im Wandel. In: Berliner Ärzt:innen, Mitgliederzeitschrift der Ärztekammer Berlin. Ausgabe 6/2024. https://magazin.aekb.de/fileadmin/mitgliederzeitschrift/2024/2024-06_Berliner-Aerzt-innen_web.pdf zugegriffen am: 16.1.2026
HelseNorge (2023) Right to healthcare from the specialist health service. https://www.helsenorge.no/en/health-rights-in-norway/sykehus-og-spesialist/rett-til-nodvendig-helsehjelp/ zugegriffen am: 16.1.2026
Hildebrandt M, Pioch C, Dammertz L, Ihle P, Nothacker M, Schneider U, Swart E, Busse R, Vogt V. (2025) Quantifying Low-Value Care in Germany: An Observational Study Using Statutory Health Insurance Data From 2018 to 2021. Value Health. 2025 Jun;28(6):884-893. doi: 10.1016/j.jval.2024.10.3852. Epub 2024 Nov 20. PMID: 39577831.
Jiang K. (2025) You can be fired by your family doctor for visiting a walk-in clinic in Ontario — and there's little you can do about it. https://www.thestar.com/news/canada/you-can-be-fired-by-your-family-doctor-for-visiting-a-walk-in-clinic-in/article_366ace28-6f8f-11ef-8e2c-5359772a7ec4.html zugegriffen am: 16.1.2026
Kaiser, P. (2025), Wie sehen Versicherte das deutsche Gesundheitswesen? in: 90 Prozent 44/2025. Abgerufen von https://www.gkv-90prozent.de/bilder/ausgabe_44/tiefer-geblickt_versichertenbefragung_2025.pdf zugegriffen am: 16.1.2026
Laux, G., Witte, C., Wensing, M., Szecsenyi, J. (2023), Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2011 bis 2020). Studienphase 2021 bis 2022. Abgerufen von https://neueversorgung.de/images/2023/08_23/Ergebnisbericht_21-22_Universitt_Heidelberg_Teil_1.pdf zugegriffen am: 16.1.2026
Lavergne MR, Law MR, Peterson S, Garrison S, Hurley J, Cheng L, McGrail K. (2018) Effect of incentive payments on chronic disease management and health services use in British Columbia, Canada: Interrupted time series analysis. Health Policy. 2018 Feb;122(2):157-164. doi: 10.1016/j.healthpol.2017.11.001. Epub 2017 Nov 10. PMID: 29153847.
Mangiapane, S., Czihal T., von Stillfried D. (2025) Implikationen eines Primärarztsystems in Deutschland, in: Die Innere Medizin. https://doi.org/10.1007/s00108-025-02028-7
OECD (2025) Health at a glance https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/11/health-at-a-glance-2025_a894f72e/8f9e3f98-en.pdf zugegriffen am: 16.1.2026
Saunes IS, Durvy B, Litvinova Y (2024) Norway. Health System Summary 2024. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ISSN 2958-9193 (online) ISBN 9789289014380 (PDF)
Schneider, A. (2019), Vergleich des Inanspruchnahmeverhaltens von Patienten vor und nach Abschaffung der Praxisgebühr. Abgerufen von: https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Forschungsfoerderung/2017/Schneider_TU_Muenchen.pdf zugegriffen am: 16.1.2026
von Stillfried, D. und Mangiapane S. (2026) Primärarztsystem in Deutschland: Hoffnung auf schnellere Facharzttermine durch Patientensteuerung. Gesundheits- und Sozialpolitik (am 11.12.2025 zur Veröffentlichung angenommen)
von Stillfried, D., Hu, E. & Mangiapane, S. Patientensteuerung in der Onkologie. Forum (2026). https://doi.org/10.1007/s12312-025-01535-w
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) (2025) Grafik des Monats November 2025. https://www.zi.de/das-zi/medien/grafik-des-monats/detailansicht/november-2025 zugegriffen am: 16.1.2026

Verbindlichkeit ist wichtig

>> Mit der Einführung eines Primärversorgungssystems verbinden viele Akteure große Erwartungen: mehr Effizienz in der Versorgung, kürzere Wartezeiten auf Arzttermine und eine bessere Steuerung von Patientinnen und Patienten. Wie ein solches System in Deutschland sinnvoll ausgestaltet werden könnte, stand im Mittelpunkt der Veranstaltung „AOK im Dialog" des AOK-Bundesverbandes in Berlin. Es diskutierten Rebecca Beerheide, Armin Grau, Carola Reimann, Hans Theiss, Anke Scheer-Richter und Markus Beier.

Eine Primärversorgung ist in den meisten Ländern Europas längst Praxis, wie Professor Wilm Quentin von der Universität Bayreuth in seinem Impulsvortrag zeigte. Seine Bilanz fiel eindeutig „pro Primärversorgung" aus. Anhand internationaler Beispiele aus Ländern wie Spanien, Finnland oder Großbritannien zeigte Quentin auf, dass Primärversorgungssysteme dort vielfach die Regelversorgung darstellen. Sie seien in der Lage, rund 90 Prozent der gesundheitlichen Probleme abschließend zu behandeln. „Viele Gesundheitssysteme in anderen Ländern wurden um eine Primärversorgung herum aufgebaut", erklärte Quentin.

Ziel sei stets eine bessere Koordination und klare Zuständigkeiten. Ein zentrales Element sei dabei das sogenannte Gatekeeping, also die gezielte Steuerung der Patientinnen und Patienten, verbunden mit einer Einschreibung bei einem Primärversorger. Damit ein solches System funktioniere, brauche es jedoch Anreize – sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für die Leistungserbringenden. Diese könnten für Versicherte etwa im erleichterten oder generellen Zugang zu Leistungen bestehen, für Ärztinnen und Ärzte in der Vergütung. Eine gute Primärversorgung stütze sich dabei auf vier wesentliche Säulen: Erstkontakt, Kontinuität in der Versorgung, ein breites Leistungsspektrum und Koordination.

In der anschließenden Podiumsdiskussion, moderiert von Rebecca Beerheide, Politikressortleiterin des „Deutschen Ärzteblatts", herrschte Einigkeit darüber, dass ein Primärversorgungssystem ohne Verbindlichkeit kaum funktionieren könne. Uneinigkeit bestand jedoch bei der Frage, wie stark diese Verpflichtung ausgestaltet sein sollte und welche Anreize sinnvoll wären. <<

Ambitionierte Reformpläne des BMG

>> Die Mitte Januar publizierte Vorhabenplanung des BMG für 2026 hat es in sich und straft den scheinbaren Aussitzmodus ab. Kommen die Gesetzervorhaben, die in dem Ablaufprotokoll angeknftig werden, wird das laufende Jahr ein Jahr der Reformen. Die Reformnotwendigkeit, so dass BMG-Papier, liegt auf der Hand und betrifft alle Versorgungsbereiche, bietet jedoch gleichzeitig „die Chance, das System wirklich nachhaltig für die Zukunft aufzustellen".

Als 2026 geplante Vorhaben nennt das BMG neben der sich bereits in Abstimmung befindlichen Notfall- und Rettungsdienstsreform und dem Medizinregistergesetz folgende Zeitachsen bis zur Vorlage eines entsprechenden Referatsentwurfs:

1. Quartal

Hilfsmittelgesetz]

- Bürokratieabbau vor allem bei Präqualifizierung und Vertragsabschlüssen, klarere Vorgaben für Qualitätskontrollen durch Krankenkassen, rechtssichere Ausgestaltung Festbeträge für Hilfsmittel; Stärkung Informationsmöglichkeiten der Versicherten
- weitere Regelungen zum Bürokratieabbau, zur Stärkung der Vor-Ort-Versorgung und zur Digitalisierung

1. Halbjahr

Digitalgesetz

- Zentraler Orientierungsrahmen ist das Update der Digitalisierungsstrategie mit Fokus auf drei etablierte Handlungsfelder (Prozesse, Daten, Technologien/Anwendungen)
- Weiterentwicklung der ePA gemeinsam mit der gematik, damit weitere Anwendungen zügig in die Versorgung kommen
- Förderung der Datennutzung mit dem Ziel einer versorgungsnahen Forschung, Patientensicherheit und Qualitätsverbesserung der Versorgung
- Betriebsstabilität der Telematikinfrastruktur und ihrer Anwendungen

Pflege- und Gesundheitsexperten-Einführungsgesetz (Advanced Practice Nurse)

- Einführung des Berufsbildes auf Master-Niveau
- Absolventen sollen im Berufsrecht erweiterte Kompetenzen erhalten, die deutlich mehr Eigenverantwortung beinhalten
- Damit einhergehend erweiterte Befugnisse im Sozialrecht, damit Absolventen Aufgaben in der Versorgung übernehmen können, die bisher Ärzten vorbehalten waren

Bis Ende 2026

GKV-Finanzreform

- Defizit von zweistelliger Milliardenhöhe für 2027 prognostiziert
- Maßnahmen zur nachhaltigen Stabilisierung der GKV-Beiträge auf Basis der Ergebnisse der FinanzKommission Gesundheit
- Nach Vorlage der Vorschläge Ende März wird sich unmittelbar die Gesetzgebung anschließen

Pflegereform

- Umfassende Pflegereform auf Basis der Vorarbeiten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe
- Überprüfung der Leistungen auf Zielgenauigkeit und Stärkung von Prävention und Rehabilitation
- Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, für mehr Effizienz und weniger Bürokratie
- Begrenzung der Entwicklung der Eigenanteile und nachhaltige Stabilisierung der Finanzen

Primärversorgungssystem

- Patientensteuerung über Hausarzt bzw. digitale Ersteinschätzung
- Ziel ist eine möglichst zielgerichtete Versorgung der Patientinnen und Patienten und eine schnellere Terminvergabe

Gesundheitssicherstellungsgesetz

- Angesichts geopolitischer Risiken beinhaltet gesamtstaatliche Vorsorge die Aufrechterhaltung ziviler Gesundheitsversorgung, den Schutz der Bevölkerung sowie die Unterstützung der Bundeswehr und verbündeter Streitkräfte
- Anpassungsfähigkeit unseres Gesundheitssystems an nur bedingt vorhersehbare Szenarien, insbesondere mit Blick auf medizinische Gegenmaßnahmen und deren Bevorratung, ambulante und stationäre Kapazitäten, Infrastruktur, Personal, Transport von Patienten. <<

MUC.HEALTH gegründet

>> Mit MUC.HEALTH reagiert die Hochschule München auf den steigenden Fachkräftebedarf im Gesundheitswesen. Die neue Fakultät bündelt Studienangebote aus Gesundheit, Pflege, Technik und Management. Herzstück ist ein modernes Pflegelabor mit Simulationsräumen, Regieraum sowie Briefing-/Debriefing-Bereich.

Der neue Standort für Gesundheit, Pflege, Management und Technik an der Hochschule München soll interdisziplinär und anwendungsorientiert unterrichten. Mit dem primärqualifizierenden Bachelorstudiengang Angewandte Pflegewissenschaft erhalten die Studierenden zwei Abschlüsse gleichzeitig: den Bachelor of Science und die Anerkennung als staatliche anerkannte Pflegefachperson. <<

Link: https://muchealth.hm.edu/

Bessere Krebs-Studien

>> Eine aktuelle Publikation* des IQWiG im Elsevier „Journal of Cancer Policy" fasst die Ergebnisse eines Workshops des Cancer Medicines Forum bei der europäischen Arzneimittel-Zulassungsbehörde European Medicines Agency (EMA) zusammen, an dem auch das Institut beteiligt war. Die Arbeit zeigt die Möglichkeiten von Studien zur Optimierung der Behandlung von Krebs auf und beschreibt, wie diese Studien sowohl während der Entwicklung neuer Arzneimittel als auch im Anschluss an die Zulassung die notwendige Evidenz für Entscheidungen zur Krebsbehandlung generieren können. Nicht zuletzt enthält die Veröffentlichung einen Maßnahmenkatalog zur Verankerung von Therapieoptimierungsstudien in der Arzneimittelentwicklung und in einer wissensgenerierenden Versorgung. <<

*: https://t1p.de/d7p1s

Deutsches Pflege Forum am 11.3.

>> Das nächste Deutsche Pflege Forum findet am 11. März 2026, 18 Uhr, im Einsteinsaal der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften am Gendarmenmarkt statt. Dr. phil. Ina Czyborra (SPD), Berliner Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, spricht zum Thema: „Die Pflegepolitik des Berliner Senats - Bilanz und Vorhaben". <<

Anmeldungen: https://t1p.de/gvzye



Dr. rer. pol. Stefan Kahl
BearingPoint GmbH

Pharma-KI: Transparenz und Leitplanken

>> Künstliche Intelligenz (KI) ist dabei, die Pharmabranche grundlegend zu verändern. Von der Forschung über die Produktion bis hin zur Lieferkette eröffnen sich enorme Potenziale. Doch im hochregulierten Umfeld der Gesundheitswirtschaft gilt: Es gibt keinen Spielraum für Fehler. Wer KI einsetzen will, muss Verantwortung übernehmen – mit maximaler Transparenz, klaren Sicherheitsmechanismen und einem eigenen, geschützten LLM-Framework als Grundlage. Sicherheit und Compliance sind oberstes Gebot.

Transparenz als regulatorische Pflicht

Transparenz ist weit mehr als ein ethisches Ideal – sie ist eine regulatorische Notwendigkeit. Nur wenn nachvollziehbar ist, wie ein KI-Modell zu einem Ergebnis gelangt, lassen sich die Anforderungen von Behörden, Fachkreisen und Patienten erfüllen. Explainable AI (XAI) – erklärbare KI – wird damit zum Schlüsselfaktor. Die EU-KI-Verordnung (AI Act) stuft viele pharmazeutische KI-Anwendungen als hochriskant ein. Das bedeutet: Unternehmen müssen künftig offenlegen, wie ihre Modelle trainiert wurden, welche Daten verwendet werden und wie Entscheidungen zustande kommen. Black-Box-Algorithmen ohne Erklärbarkeit sind im Pharmasektor ein No-Go. Wer hier nicht vorbereitet ist, riskiert nicht nur Bußgelder, sondern auch das Vertrauen seiner Stakeholder. Ohne Transparenz keine KI in der Pharma.

KI mit großem Impact

Trotz aller Vorsicht darf man die positiven Auswirkungen von KI nicht aus dem Blick verlieren. Richtig eingesetzt, kann KI zum Game-Changer werden:

- **Forschung & Entwicklung beschleunigen:** KI-Modelle durchforsten in Minuten riesige Datenmengen, von wissenschaftlicher Literatur bis zu Genomdaten. So lassen sich neue Wirkstoffkandidaten schneller identifizieren, Fehlschläge früher aussortieren und Entwicklungszeiten verkürzen sich deutlich.
- **Klinische Studien & Sicherheit optimieren:** KI kann Studiendesigns verbessern, etwa indem aus früheren Trials gelernt wird, welche Patientengruppen am ehesten ansprechen. In der Pharmakovigilanz beschleunigen NLP-Systeme die Auswertung von Nebenwirkungsberichten. Wichtig: Mit den richtigen Kontrollen (Guardrails) lässt sich verhindern, dass KI Symptome „hinzudichtet" oder Zusammenhänge falsch interpretiert. Richtig eingebunden, beschleunigt KI das Safety-Monitoring erheblich.

Guardrails als Muss im KI-Einsatz

So groß der Nutzen ist, im Pharmabereich ist vorsichtige Maßarbeit gefragt. Eine generische KI-Lösung von der Stange ohne Anpassungen einzusetzen, käme einem Sicherheitsrisiko gleich. LLMs ohne Leitplanken? Das wäre wie Autofahren ohne Sicherheitsgurt. Guardrails sind also Pflicht. Doch was heißt das konkret? Gemeint sind technische und organisatorische Maßnahmen, die sicherstellen, dass ein KI-System nur innerhalb definierter Grenzen operiert. Beispielsweise werden Eingaben gefiltert (keine sensiblen Patientendaten ohne Freigabe) und Ausgaben geprüft (kein unerlaubter oder halluzinierter Inhalt).

Kritische Fakten müssen gegengecheckt werden, etwa durch Abgleich mit validierten Datenbanken. So wird verhindert, dass ein KI-Assistent einen unerprobten Off-Label-Einsatz oder veraltete Dosierungsinfos empfiehlt. Potenziell fatale Fehler („Never Events") müssen absolut ausgeschlossen sein. Ebenso wichtig: Die KI sollte kenntlich machen, wenn sie unsicher ist, statt Lücken mit Fantasie zu füllen. Qualitätssicherungsprinzipien aus der Pharmawelt sind direkt anwendbar.

Stichwort ALCOA

Die Ergebnisse einer KI müssen vollständig, nachvollziehbar und korrekt dokumentiert sein. Kurz: Eine KI muss so gewissenhaft validiert und überwacht werden wie jedes Labormessgerät. Und letztlich bleibt immer ein Mensch in der Schleife: Bei kritischen Entscheidungen darf die KI nur zuarbeiten, die letzte Verantwortung trägt ein Experte.

Strenge regulatorische Vorgaben

Aufsichtsbehörden dies- und jenseits des Atlantiks haben begonnen, klare Leitplanken für KI vorzugeben. Ein Überblick wichtiger Punkte:

- **EU AI Act:** Die ab 2026 geltende EU-Verordnung schreibt umfangreiche Maßnahmen vor, wenn KI in hochriskanten Bereichen – etwa Medizin und Pharma – eingesetzt wird. Gefordert sind u. a. ein Risikomanagement-System, hochwertige, unverzerrte Trainingsdaten, ausführliche Dokumentation des Modells, Protokollierung aller Interaktionen und menschliche Aufsicht. Verstöße werden streng geahndet (bis zu 30 Millionen Euro oder 6% des Jahresumsatzes). Die Botschaft ist klar: KI-Systeme in sensiblen Bereichen müssen transparent, sicher und kontrolliert sein, sonst dürfen sie nicht betrieben werden.
- **GxP & Validierung:** In der Pharmaindustrie gilt für digitale Systeme schon lange Good Practice. Ob Herstellung (GMP), Labor (GLP) oder klinische Studien (GCP) – überall müssen elektronische Systeme qualifiziert und validiert sein. Datenintegrität hat oberste Priorität: Alle Ergebnisse müssen vollständig, nachvollziehbar und unveränderlich dokumentiert sein. Daher ist ein KI-System wie ein Computersystem zu behandeln: Es braucht eine strenge Validierung, regelmäßige Kontrollen und Audit-Trails, die jede KI-Aktion mitloggen. Ohne diesen Qualitätskern ist der Einsatz in GxP-Prozessen tabu.
- **FDA:** Auch die US-Arzneimittelbehörde verlangt Nachweise zur Verlässlichkeit von KI-Modellen. Anfang 2025 veröffentlichte

die FDA einen Leitlinienentwurf, der ein risikobasiertes „Credibility Assessment" vorsieht. Firmen müssen zeigen, dass ein KI-Modell, das z. B. in Zulassungsstudien eingesetzt wird, robust und vertrauenswürdig ist – durch Validierungsstudien, kontinuierliches Monitoring und transparente Dokumentation. Die FDA empfiehlt frühzeitige Abstimmung mit der Behörde, wenn KI in der Entwicklung genutzt werden soll.

- **EMA:** Die Europäische Arzneimittel-Agentur hat 2024 Leitlinien veröffentlicht, die – obwohl an Behörden gerichtet – auch für Unternehmen relevant sind. Die EMA betont die sichere, verantwortungsvolle Nutzung von KI und fordert Transparenz, Nachvollziehbarkeit und menschliche Kontrolle. Firmen sollten also robuste KI-Governance etablieren, Mitarbeiter schulen und KI-gestützte Prozesse fortlaufend überwachen. Letztlich gilt: Eine KI, die Einfluss auf Arzneimittel-Entscheidungen hat, unterliegt denselben Qualitätsansprüchen wie eine herkömmliche Methode.

Praxisbeispiel

Wie sich KI sicher und gewinnbringend einsetzen lässt, zeigt das BearingPoint-Tool GenXplore. Es handelt sich um eine firmeninterne Generative-KI-Lösung, die darauf ausgelegt ist, in großen Organisationen versteckte Effizienzpotenziale aufzuspüren. GenXplore analysiert tausende Tätigkeiten und Prozesse aus Job- und Ablaufbeschreibungen und identifiziert systematisch, wo Automatisierung oder KI-Unterstützung den größten Nutzen bringen.

Das Resultat ist ein datenbasiertes KI-Impact-Scoring, das klare Prioritäten liefert, wo sich der KI-Einsatz zuerst lohnt. In bisherigen Projekten zeigte sich der Mehrwert schnell: Innerhalb weniger Wochen waren spürbare Effizienzgewinne messbar. Unternehmen erhalten so einen präzisen KI-Fahrplan, maßgeschneidert auf ihren Ist-Zustand statt auf Annahmen. Übertragen auf Pharma: Auch Pharmafirmen verfügen über Unmengen dokumentierter Abläufe (SOPs, Laborprotokolle, Berichte), die durch GenXplore-artige Analysen effizient ausgewertet werden könnten. Wichtig: GenXplore läuft im eigenen IT-Umfeld, alle Daten bleiben intern. Das Beispiel zeigt, dass generative KI auch in einem geschützten Rahmen große Wirkung entfalten kann. Transparenz, Datenhoheit und Compliance bleiben gewahrt und dennoch erzielt man schnell greifbare Resultate.

Fazit

Der Einsatz von KI im Pharmamarkt ist kein Selbstläufer. Die Branche kann enorm von KI profitieren – wenn sie Innovation mit Verantwortung verbindet. Transparenz, Guardrails und eigene KI-Frameworks sind keine Bürokratiehürden, sondern die Basis für nachhaltigen Erfolg. Pharmaunternehmen, die jetzt in sichere, erklärbare KI-Lösungen investieren, sichern sich nicht nur regulatorische Konformität, sondern verschaffen sich Vertrauen bei Ärzten, Patienten und Partnern und steigern ihre Wettbewerbsfähigkeit. Am Ende gilt: KI ja, aber nur mit Sicherheitsgurt. <<

Literatur:

1. European Commission. (2025). Guidelines and code of practice on transparent AI systems. https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/faqs/guidelines-and-code-practice-transparent-ai-systems [digital-st….europa.eu]
2. European Medicines Agency. (2024). Artificial intelligence: Guidance and workplan 2025–2028. https://www.ema.europa.eu/en/about-us/how-we-work/data-regulation-big-data-other-sources/artificial-intelligence [ema.europa.eu]
3. U.S. Food and Drug Administration. (2025). FDA proposes framework to advance credibility of AI models used for drug and biological product submissions [Press release]. https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-proposes-framework-advance-credibility-ai-models-used-drug-and-biological-product-submissions [fda.gov]
4. EU AI Risk Team. (2025). Making AI explainable: A practical guide to transparency and documentation under the EU AI Act. https://euairisk.com/resources/ai-explainability-documentation-guide [euairisk.com]
5. International Society for Pharmaceutical Engineering (ISPE). (2025). ISPE GAMP® Guide: Artificial Intelligence. https://ispe.org/publications/guidance-documents/gamp-guide-artificial-intelligence [ispe.org]

Zitationshinweis

Kahl, S.: „Pharma-KI: Transparenz und Leitplanken", in „Monitor Versorgungsforschung" (01/26), S. 54–55. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2795

Neu: IQWiG-Forum Berlin

>> Wie kann die Wissenschaft die Politik erreichen? Was erwartet die Politik von der Wissenschaft? Diese Fragen standen im Mittelpunkt des IQWiG-Herbstsymposiums im November 2025 – und bilden zugleich den Auftakt für ein neues Veranstaltungsformat des Instituts: das IQWiG-Forum Berlin.

Mit dieser Reihe will das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) den Dialog zwischen Wissenschaft, Politik und gesundheitspolitischen Akteuren intensivieren.

Die erste Veranstaltung dieser Art findet am Abend des 25. März in der Berliner Vertretung des Landes Baden-Württemberg. <<

eVO-Pilotprojekt schafft Basis

>> Das Pilotprojekt elektronische Verordnung (eVO) für orthopädische Hilfsmittel hat 2025 entscheidende Fortschritte erzielt. Unter der Leitung des Bundesinnungsverbandes für Orthopädie-Technik (BIV-OT) wurde eine praxisnahe und gematikkonforme Vorlage für die elektronische Verordnung von Hilfsmitteln entwickelt und an die gematik übergeben. Grundlage dafür waren umfangreiche Verordnungs-Tests mit anonymisierten Realversorgungen über einen Zeitraum von zehn Monaten. Das eVO-Pilotprojekt wird 2026 und 2027 zusätzliche Prozessschritte im Abrechnungswesen entwickeln und testen. Ziel ist eine vollständige Vorbereitung der Hilfsmittelbranche auf die Anbindung an die Telematikinfrastruktur bis zum 1. Oktober 2027.

„Wir haben 2025 wichtige Grundlagen geschaffen. Jetzt geht es darum, weitere Abläufe zu entwickeln und erneut unter realen Bedingungen zu prüfen. Damit leisten wir einen entscheidenden Beitrag für einen reibungslosen elektronischen Verordnungsprozess für die gesamte Branche", erläutert Thomas Münch, Vorstandsmitglied des BIV-OT und verantwortlich für das Pilotprojekt.

Die Projektpartner: Abrechnungszentrum Emmendingen, akquinet, AS Abrechnungsstelle für Heil-, Hilfs- und Pflegeberufe, BITMARCK, carelogic, COND TESTA, davaso, IT-Labs, Kumavision, Noventi Health, opta data gruppe, Optica Abrechnungszentrum, OTEDV, PICOSOFT, TopM Software sowie die Praxisverwaltungssystemhersteller INDAMED EDV-Entwicklung und -Vertrieb und zollsoft. <<



Prof. Dr. med. Franz Porzsolt
Private Research Institute Clinical Economics (ORCID: 0000-0003-3554-2902)

Der erste Schritt in eine neue Ära?

>> Glückwunsch dem Stifter und allen Gewinnern des MSD Gesundheitspreises 2025. Jedes der Teams hat eine wertvolle Idee präsentiert. Jetzt gilt es, diese Ideen auch in Lösungen umzusetzen. Beim Versuch der Umsetzung entsteht jedoch überall ein „Hippokratisches Problem". Hippokrates (460 – 370 v. Chr.) hatte gefordert, nicht nur das „schmerzende Knie" des Patienten zu versorgen, sondern den ganzen Patienten zu erfassen. Jeder gewissenshaft arbeitende Arzt versucht, seine Versorgungsstrategie an seiner Wahrnehmung des „gesundheitlichen Risikoprofils" seines Patienten zu orientieren. Diese unstrukturierte (nicht operationalisierte) Orientierung der Versorgungsstrategie wird in der Fachwelt als „natürliches Chaos" der Alltagsversorgung wahrgenommen [1]. Der Kommentar beschreibt die Aufgaben der Wissenschaft zur Analyse und Lösung der Folgen dieses globalen Chaos.

Die drei Aufgaben der Wissenschaft sind:

(a) Wissenschaftler haben die Forderung von Hippokrates zu operationalisieren, d. h. einen Konsensus zu finden, mit dem „der gesamte Patient" mit standardisierten und reproduzierbaren Methoden erfasst werden kann. Der internationale Informationsaustausch kann gelingen, wenn sich alle Länder auf eine gemeinsame Strategie einigen. Regionen, in welchen die kulturellen und moralisch/ethischen Orientierungen übereinstimmen, können als ein Ecosystem betrachtet werden. Die Population dieses Systems sollte ca. 100 Mio. erreichen, um die Varianz abbilden zu können. Wenn die Strategien zur Analyse der Ecosysteme identisch sind, werden sich die unterschiedlichen Ergebnisse der Analyse auch korrekt interpretieren lassen. Der Vorteil: Wir könnten voneinander lernen.

(b) Als zweite Aufgabe hat die Wissenschaft die Entscheidungsträger in allen Ländern von der Notwendigkeit zu überzeugen, die aktuelle Denkweise zur Gesundheitsversorgung zu ändern:

(b1) Zielführend handelt, wer erst die Strategie entwickelt, mit welcher der Mehrwert der geänderten Versorgung bestätigt werden kann, statt die Versorgung zu ändern, ohne vorab einen Konsens zum Nachweis des Mehrwerts der Änderung erzielt zu haben.

(b2) Der Konsens muss beinhalten, akute Gesundheitsprobleme zu benennen, die klassifiziert nach hippokratischen Risikoprofilen, mit unterschiedlichen, aber vergleichbaren Strategien versorgt wurden, und Erfolge in verschiedenen Ergebnisdimensionen (Lösung des akuten Gesundheitsproblems, Nebenwirkungen, Kosten) bestätigen können.

(b3) Die Vision einer dreidimensionalen Bewertung von Gesundheitsleistungen wurde von Sir A. Cochrane und Sir A. Bradford Hill vorgeschlagen [2]. In Kooperation mit verschiedenen internationalen Teams konnten wir diese Vision operationalisieren und das erforderliche Konzept einer nicht-experimentellen Methode, des Pragmatic Controlled Trial (PCT) entwickeln [3]. Der Unterschied zwischen einem experimentellen RCT und der Anwendung der Bayes' Statistik zur Berücksichtigung verschiedener Studienendpunkte und verschiedener Risikoprofile (ESRPs) einer nicht-experimentellen, pragmatischen Studie, dem Pragmatic Controlled Trial (PCT) wurde publiziert [3–5]. Abbildung 1 skizziert die formalen und funktionellen Unterschiede. Das öffentliche Interesse an der erforderlichen Strategie und den Methoden konnte bisher kaum geweckt werden. Stattdessen haben sich deutlich einfachere experimentelle Konzepte zum Nachweis der alltagstauglichen Versorgung durchgesetzt [6,7].

(c) Als dritte Aufgabe der Wissenschaft sollten bisher unbemerkte, in allen Ländern auftretende „Denkunfälle" aufgedeckt werden. Auch dazu einige Beispiele.

(c1) Nahezu alle wissenschaftlich unterstützten, ethischen, epidemiologischen, medizinischen, wirtschaftlichen, rechtlichen und politischen Entscheidungen beruhen auf experimentellen Messungen. Wenn wis-

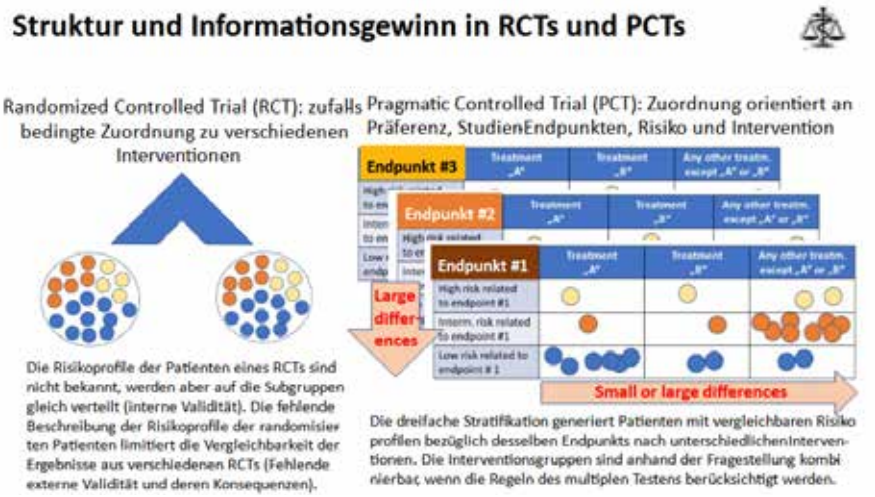


Abb. 1: Grafik zur Beschreibung der Formen (Strukturen) und Funktionen (Informationsgewinn) von experimentellen Randomized Controlled Trials (RCTs) und nicht experimentellen Pragmatic Controlled Trials (PCTs). Endpunkt #1: Hauptzielkriterium; Endpunkt #2: Nebenwirkungen; Endpunkt #3: Kosten [3–5].

senschaftliches Denken generell als politisch schädliches „Querdenken" klassifiziert wird, sind ähnliche „Denkunfälle" kaum mehr kommunizierbar.

(c2) Ein aktuelles Projekt befasst sich deshalb mit den erheblichen Risiken von „Denkunfällen", die vom traditionellen Prinzip des „lateral thinking" (Querdenkens) nach Edward de Bono eindeutig abgegrenzt werden können [7].

(c3) Das Beispiel der Abgasmessung bestätigt, dass Experimente nur ein Wirkprinzip, nicht aber die Alltagstauglichkeit eines Produkts bestätigen können. Durch die (experimentelle) Abgasmessung im Labor statt der pragmatischen Messung auf der Straße sind vermeidbare Kosten in einer Größenordnung von 20 Milliarden Euro (einmalig) entstanden. Die korrespondierende Größenordnung der Kosten, die in der Gesundheitsversorgung jährlich entsteht, kann jeder selbst abschätzen. Nahezu alle Mitarbeiter im Gesundheitssystem bestätigen den Eindruck, dass ein nennenswerter Teil aller Gesundheitsleistung im Versorgungsalltag vergleichbare Erfolge bei geringeren Kosten erzielen könnte. Wenn es gelungen wäre, Fördermittel einzuwerben, hätten wir die entwickelten Konzepte auch auf ihre Machbarkeit prüfen können, die zur Finanzierung dringend benötigter oder innovativer Konzepte verwendet werden können. Leider gibt es aber zu wenig Anreize in der Gesundheitsversorgung, auf Kosteneffektivität zu achten.

(c4) Die Wissenschaft verwendet zur Analyse komplexer Zusammenhänge validierte und allgemein akzeptierte Methoden, während die Politik komplexe Zusammenhänge mit erfahrungsbasierten Strategien löst. Niemand bezweifelt, dass beide Expertisen unverzichtbar sind. Aus wissenschaftlicher Perspektive ist die wechselseitige Unabhängigkeit beider Expertisen zu erhalten, um das wissenschaftliche Potenzial einer Gesellschaft nicht zu zerstören. Jeder versteht, dass man ein strategisches Schachspiel nicht gegen sich selbst durchführen kann. Auf der Basis dieser Limitation können Denkfehler erklärt werden. Zwei Denkfehler haben sich in allen Gesundheitssystemen etabliert:

(a) Mit experimentellen Studien kann nur das Wirkprinzip, nicht jedoch die Alltagstauglichkeit von Gesundheitsleistungen bestätigt werden. Das Experiment bestätigt nur, dass etwas wirkt, aber nicht bei wem.

(b) Wenn erfahrene Wissenschaftler einen erklärten Zusammenhang nicht verstehen, sollten sie direkt um Klärung bitten, um die Kritikfähigkeit ihrer Schüler zu entwickeln. Die Schüler werden selten den Mut haben, einen nicht verstandenen Zusammenhang zu hinterfragen. Unverständnis ist keine Schande, Wer Unverständnisse nicht aufklärt, akzeptiert jeden Unsinn.

Die Konsequenzen

Den Wechsel von einer kostenorientierten zu einer ergebnisorientierten Versorgung hat jedes erfolgreich arbeitende System und jeder wirtschaftlich handelnde Kunde bereits vollzogen. Drei Gründe favorisieren diesen Wechsel auch im Gesundheitssystem:

(a) Die ergebnisorientierte Versorgung folgt dem Kausalitätsprinzip aus Sicht des Patienten.

(b) Die ergebnisorientierte Versorgung folgt der Regel „Form Follows Function".

(c) Kunden können den Warenwert oft erfragen, Patienten den Wert einer Versorgung selten.

Deshalb sollte die ergebnisorientierte Versorgung allen Bürgern als gesellschaftlicher Beitrag angeboten werden.

Die erforderlichen Kriterien können mit Unterstützung durch die KI problemlos erfasst werden. Alltagsergebnisse können nur in der Komplexität berichtet werden, in der sie im Versorgungsalltag auftreten. Die beiden relevanten Einflusskriterien der Arzt-Patient-Beziehung und die Bereitschaft des Patienten zur Umsetzung der Empfehlungen des Arztes können bei Bedarf ergänzt werden. Wenn diese beiden Einflusskriterien nicht gewährt werden, kann ein Wechsel für beide Partner, den Patienten und den Arzt, eine sinnvolle Alternative sein. <<

Onlineappendix:

Eine Kurzfassung zur Entwicklung des Pragmatic Controlled Trial (PCT) finden Sie auf den Seiten des Onlineportals von MVF unter folgendem Link: https://t1p.de/9rk96

Zitationshinweis

Porzsolt, F.: „Der erste Schritt in eine neue Ära?", in „Monitor Versorgungsforschung" (01/26), S. 56–57. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2796

Literatur

1. Porzsolt F, Weiss Ch, Weiss M. Covid-19: Twinmethode zum Nachweis der Real-World Effectiveness unter Alltagsbedingungen [Covid-19: Twin method for demonstration of real-world effectiveness (RWE) under the conditions of day-to-day care]. Das Gesundheitswesen 2022;84:1-4. DOI: 10.1055/a-1819-6237. ISSN 0941-3790
2. Haynes B. Can it work? Does it work? Is it worth it? The testing of healthcare interventions is evolving. BMJ. 1999 Sep 11;319(7211):652-3. doi: 10.1136/bmj.319.7211.652. PMID: 10480802; PMCID: PMC1116525. Supported by Cochrane AL. Effectiveness and efficiency: random reflections on health services. 1972 repository.library.georgetown.edu
3. Porzsolt F, Eisemann M, Habs M, Wyer P. Form Follows Function: Pragmatic Controlled Trials (PCTs) have to answer different questions and require different designs than Randomized Controlled Trials (RCTs). J Publ Health 2013;21:307-313. DOI 10.1007/s10389. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3655212/
4. Porzsolt F, Weiss Ch, Weiss M, Müller AG, Becker SI, Eisemann M, Kaplan RM. Versorgungsforschung braucht dreidimensionale Standards zur Beschreibung von Gesundheitsleistungen [Health services research needs three-dimensional standards for description of health services]. Monitor Versorgungsforschung 2019;04:53-60. http://doi.org/10.24945/MVF.04.19.1866-0533.2163
5. Porzsolt F, Weiss Ch, Weiss M. An Evidence-Based Hypothesis: Doctors Do Not Make Decisions Randomly but Based on Individual Patient's Risk Profiles. Preprint from Qeios, 21 May 2024 https://doi.org/10.32388/n02184 PPR: PPR856245
6. Loudon K, Treweek S, Sullivan F, Donnan P, Thorpe KE, Zwarenstein M. The PRECIS-2 tool: designing trials that are fit for purpose. BMJ. 2015 May 8;350:h2147. doi: 10.1136/bmj.h2147. PMID: 25956159.
7. Porzsolt F. EbM kann Denkunfälle reduzieren. BG-Kliniken Wissenschaftstage 2025. https://www.bg-kliniken.de/fileadmin//00_holding/Veranstaltungen/Wissenschaftstage/Programm-Wissenschaftstage-2025.pdf. Letzter Aufruf 14.12.2025

Versorgungsökonomie: Kostenrisiken und Kriterienmodelle

Zwischen Lifestyle und Leitlinie: die Rolle von GLP-1-Analoga in der GKV-Versorgung bei Adipositas

GLP-1-Analoga wie Wegovy und Co. versprechen nicht nur massive Gewichtsreduktion, sondern auch präventive Effekte bei Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Alzheimer. Dennoch lehnen die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) sowie der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Deutschland bislang eine Kostenübernahme ab, insbesondere mit Verweis auf hohe Therapiekosten, fehlende Langzeitdaten und die Einordnung als „Lifestyle-Medikament". Gleichzeitig wächst der politische Druck: Teile der FDP forderten bereits eine Indikationserweiterung, während die GKV vor einer Kostenexplosion und Betrugsrisiken warnt. Der Artikel beleuchtet die Frontlinien dieser Debatte, ordnet medizinische Chancen und wirtschaftliche Risiken ein und analysiert, ob Deutschland vor einer Neuausrichtung in der Adipositasversorgung steht.

>> Sie heißen Ozempic, Wegovy, Mounjaro oder Saxenda: die neuen GLP-1-Analoga haben es aus der Diabetologie in die Schlagzeilen geschafft. Was einst als Therapieoption für Diabetes Typ 2 galt, wird heute von Hollywood-Stars und TikTok-Influencer:innen als Wundermittel zur Gewichtsreduktion gefeiert. Doch hinter der medialen Welle verbirgt sich ein hochrelevantes medizinisches und gesundheitspolitisches Thema: Dürfen oder sollen gesetzliche Krankenversicherungen (GKV) die Kosten für GLP-1-Analoga übernehmen, auch bei Menschen ohne Diabetes? Während einige Mediziner:innen in der Adipositasbehandlung mit GLP-1-Rezeptoragonisten eine Revolution sehen, warnen Kritiker:innen vor einer Medikalisierung des Lebensstils und einer Überlastung des Gesundheitssystems.

Was leisten Abnehmspritzen wirklich? Eine Betrachtung von Wirksamkeit und Risiken

Die gesundheitspolitische Bedeutung von Adipositas ist aufgrund schwerwiegender Komorbiditäten erheblich (1). Laut Blüher sind aktuell 13 Prozent der Gesamtsterblichkeit in Europa auf Übergewicht und Adipositas zurückzuführen (2). Die Verbreitung von Adipositas in der Bevölkerung stellt das Versorgungssystem daher zunehmend vor neue Herausforderungen. Während innerhalb der letzten 40 Jahre die Anzahl adipöser Kinder und Jugendlicher weltweit von elf Millionen im Jahr 1975 auf 124 Millionen im Jahr 2016 angestiegen ist (3), wächst der zunehmende Druck auf Politik und Medizin, ein tragfähiges und nachhaltiges Konzept zur Bekämpfung von Adipositas zu entwickeln. Doch liefert die Abnehmspritze als universelle Versorgungslösung tatsächlich die Antwort zur Bekämpfung von Adipositas in der Gesellschaft?

GLP-1-Analoga (Glucagon-like Peptide-1-Rezeptoragonisten) gehören zu den innovativsten Medikamenten der letzten Dekade. Hinter dieser Bezeichnung verbergen sich Wirkstoffe wie Semaglutid, Tirzepatid oder Liraglutid, die das körpereigene Hormon GLP-1 nachahmen – ein zentrales Hormon im Glukose- und Energiestoffwechsel. Durch ihre GLP-1-ähnliche Wirkung senken die Wirkstoffe den Blutzuckerspiegel und verlangsamen die Magenentleerung. Zusätzlich erhöht Semaglutid die Kontrolle über das Essverhalten, reduziert die Vorliebe für fetthaltige Nahrungsmittel sowie die Häufigkeit von Heißhungerattacken, was in der Folge eine erhebliche Gewichtsabnahme bewirken kann (4). Im Detail führt laut der SELECT-Studie die Applikation von Semaglutid bei übergewichtigen oder adipösen Patient:innen (2,4 mg wöchentlich) nach 33 Monaten zu einer Reduzierung des Körpergewichts um rund 15 Prozent. Das Risiko für Herzinfarkt, Schlaganfall oder kardiovaskulären Tod kann bei Patient:innen mit bestehenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch die Behandlung mit Semaglutid außerdem um 20 Prozent gesenkt werden (5).

Die Therapietreue (Adhärenz) liegt jedoch in der Versorgungsrealität nach zwölf beziehungsweise 36 Monaten lediglich bei 65 Prozent beziehungsweise bei 50 Prozent (6). Da aufgrund des bekannten Jo-Jo-Effekts eine lebenslange Medikation notwendig ist, könnte die Adhärenz in Zukunft eine entscheidende Rolle in der langfristigen Wirksamkeit der Therapie einnehmen (7). Als Grund für die schwache Adhärenz werden unter anderem Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen und Durchfall gesehen.

Während die kurzfristige Wirksamkeit der GLP-1-Analoga gut dokumentiert ist, fehlen weiterhin belastbare Daten zur Sicherheit und Effektivität bei mehrjähriger Einnahme, insbesondere bei Menschen ohne Diabetes. Zwar sind schwere Nebenwirkungen selten, doch potenziell schwerwiegend: Die Substanzen stehen in Verdacht, bei entsprechender Prädisposition das Risiko für Schilddrüsenkarzinome zu erhöhen (8). Auch Einzelfälle von akuter Optikusneuropathie (NAION) (9) wurden dokumentiert. Um den Nutzen der Abnehmspritze daher abschließend bewerten zu können, müssen klinische Langzeitstudien vorangetrieben und die Ergebnisse umfassend analysiert werden.

Ableitend aus den Ergebnissen vorliegender Studien sind Abnehmspritzen aktuell grundsätzlich als ein neues, vielversprechendes Arzneimittel zur Therapie von Adipositas einzustufen. Doch warum werden die Kosten der Therapie dann nicht übernommen? Kann sich unser Solidarsystem die Abnehmspritze nicht leisten?

Status quo der Kostenübernahme in Deutschland

Derzeit übernehmen die GKV in Deutschland die Kosten für GLP-1-Analoga ausschließlich bei zugelassener Indikation zur Behandlung von Diabetes Typ 2, nicht aber bei Adipositas. Der rechtliche Hintergrund der Kostenübernahme ergibt sich durch das

Wirtschaftlichkeitsgebot: Die GKV ist nach § 12 SGB V verpflichtet, Leistungen zu erbringen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das „Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ (10).

Die Unterschiede beruhen auf den gesetzlichen Rahmenbedingungen und Bewertungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und die Krankenkassen. Diabetes gilt als „vollwertige chronische Krankheit“ mit hohem Versorgungsanspruch. Adipositas dagegen wird in Deutschland zwar medizinisch als Krankheit anerkannt, jedoch nicht systematisch als behandlungsbedürftig eingestuft, wenn keine Folgeerkrankung vorliegt. GLP-1-Analoga gelten hier derzeit als nicht erstattungsfähige Lifestyle-Medikamente zur reinen Gewichtsreduktion, trotz hoher Evidenz für Prävention (11).

Was könnte die Abnehmspritze in Zukunft kosten?

Die gesetzlichen Krankenkassen warnen vor den möglichen Kosten einer flächendeckenden Erstattung von GLP-1-Analoga zur Behandlung der Adipositas. Der AOK-Bundesverband rechnet mit Kosten von bis zu 45,8 Milliarden Euro pro Jahr (12). Doch wie hoch wären die Ausgaben tatsächlich und wie lassen sie sich ins Verhältnis zu den gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsausgaben setzen, die aktuell durch die GKV für Arzneimittel verausgabt werden?

Die Prävalenz der Adipositas (BMI $\geq$ 30 kg/m^2) unter Erwachsenen liegt in Deutschland laut der GEDA-Studie bei 19 Prozent (13). Analysen der BARMER zeigen, dass der Anteil der Adipositaserkrankten mit einem manifesten Diabetes Typ 2 bei rund 35 Prozent liegt (14). Diese Personen haben bereits heute Anspruch auf eine Kostenübernahme ihrer GLP-1-Therapie. Laut aktuellen Berechnungen liegt der Wirkstoffpreismix im Jahr 2027 für eine GLP-1-Therapie bei 2.747 Euro pro Jahr (15).

Aufbauend auf dieser Studienlage können erste Schätzungen zu zukünftigen Kostenentwicklungen bei der Übernahme von GLP-1-Therapien bei Personen mit Adipositas ohne Diabetes durch die GKV gemacht werden:

Zusammenfassend sind die zukünftigen Kosten maßgeblich von der gesetzlichen Festlegung, bei welchem Schweregrad von Adipositas Patient:innen welchen Leistungsumfang in Anspruch nehmen können, sowie

Anzahl der Patient:innen mit Adipositas nach Ausprägungsgrad				
Behandlungsprävalenz	**Personen mit Adipositas Grad 1 ohne Diabetes**	**Personen mit Adipositas Grad 2 ohne Diabetes**	**Personen mit Adipositas Grad 3 ohne Diabetes**	**Personen mit Adipositas ohne Diabetes gesamt**
Patientenzahl	6.435.000	1.950.000	877.750	9.262.750
15%	965.250	292.500	131.663	1.389.413
35%	2.252.250	682.500	307.213	3.241.963
50%	3.217.500	975.000	438.875	4.631.375
65%	5.182.750	1.267.500	570.538	6.020.788
75%	4826.250	1.462.500	658.313	6.947.063

Tab. 1: Anzahl der Patient:innen mit Adipositas nach Ausprägungsgrad (16). Eigene Darstellung.

der Behandlungsprävalenz von GLP-1-Agonisten in Deutschland abhängig. Die zu erwartenden jährlichen Kosten bei einer nicht differenzierten Übernahme liegen demnach abhängig von der Behandlungsprävalenz zwischen 3,82 Milliarden Euro (15% Behandlungsprävalenz) und 19,09 Milliarden Euro (75% Behandlungsprävalenz).

Stellt man die prognostizierten Ausgaben in Relation zu den von der GKV für Arzneimittel verausgabten Mitteln in Höhe von rund 55 Milliarden Euro pro Jahr (17), ist festzustellen, dass eine allgemeine Kostenübernahme von GLP-1-Therapien die GKV vor eine weitere, gigantische finanzielle Herausforderung stellen könnte.

Daher ist bereits aus finanzieller Perspektive anzunehmen, dass uns die Abnehmspritze allein auch in Zukunft nicht vor der stark ansteigenden Adipositasprävalenz retten kann. Vielmehr braucht es ein ganzheitliches Konzept, das mit der Verknüpfung pharmakologischen Fortschritts und präventiven Lebensstilanpassungen effektive und tragfähige Antworten auf eine sich zuspitzende gesundheitspolitische Herausforderung findet.

Von der Pharmakologie zur Prävention: ein integratives Modell für die GKV

Die Diskussion über eine mögliche Kostenübernahme von GLP-1-Analoga zur Behandlung der Adipositas spaltet derzeit Fachwelt, Politik und Gesellschaft. Es geht um Versorgungsgerechtigkeit, Systemfinanzierung und gesellschaftliche Verantwortung. Während die einen in einer möglichen Kostenübernahme einen Meilenstein für die öffentliche Gesundheit sehen, warnen andere vor ausufernden Kosten und der Medikalisierung von Lebensstilproblemen.

Die aktuelle Studienlage zeigt, dass durch die Abnehmspritze bemerkenswerte Fortschritte im Kampf gegen Adipositas erzielt werden konnten. Dennoch gilt es, die Entwicklung der Adipositasprävalenz nicht lediglich durch eine flächendeckende Verschreibung von Abnehmspritzen beantworten zu wollen. Dieser Ansatz ist nicht allein aus ökonomischen Gründen kritisch zu hinterfragen, sondern würde zugleich jegliche Bemühungen zur notwendigen Lebensstilanpassung konterkarieren.

Anders formuliert muss der Ursprung der stark zunehmenden Adipositasprävalenz gezielt betrachtet und mit passenden Maßnahmen im Rahmen einer nationalen Präventionsstrategie nachhaltig fokussiert werden (18). Die Veränderung der Nahrungsmittelmärkte, die ständige Verfügbarkeit energiedichter, zucker- und fettreicher Lebensmittel sowie der erhebliche Bewegungsmangel im Alltag (19) können nicht nur mit pharmakologischen Mitteln beseitigt werden.

Auf Grundlage der aktuellen Studienlage ist daher vielmehr ein stufenweises Voraussetzungsmodell zu empfehlen, das die Lebensstilanpassung der betroffenen Personen mithilfe evidenzbasierter Präventionsprogramme fördert und zugleich den Zugriff auf die unterstützenden Potenziale der Abnehmspritze ermöglicht.

Die Stufen des Voraussetzungsmodells sind wie folgt definiert:

- Patient:innen mit Adipositas Grad 1 (BMI 30–34,9 kg/m^2): Eine Kostenübernahme für GLP-1-Analoga erfolgt nur dann, wenn zusätzlich gewichtsbedingte Begleiterkrankungen vorliegen, z. B. Bluthochdruck, Dyslipidämie, Prädiabetes oder kardiovaskuläre Risikofaktoren. Voraussetzung ist zudem die regelmäßige Teilnahme an Präventionskursen sowie eine nachweis.

Zitationshinweis

Nürnberg, V., Boenninghausen, N., Blau, K.: „Zwischen Lifestyle und Leitlinie: die Rolle von GLP-1-Analoga in der GKV-Versorgung bei Adipositas", in „Monitor Versorgungsforschung" (01/26), S. 58–60. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2797

liche Steigerung körperlicher Aktivität über mindestens zwölf Monate. Wenn der Gewichtsverlust nach Ablauf des Jahres unter fünf Prozent beträgt, kann ab Beginn des Folgejahres die medikamentöse Therapie übernommen werden. Die fortlaufende Teilnahme an Präventionskursen wird vorausgesetzt.

- Patient:innen mit Adipositas Grad 2 (BMI 35–39,9 kg/m²): Voraussetzung ist die regelmäßige Teilnahme an Präventionskursen und die Steigerung körperlicher Aktivitäten über mindestens sechs Monate. Bei einem Gewichtsverlust von unter zwei Prozent wird ab Beginn des zweiten Halbjahres die GLP-1-Therapie übernommen. Auch hier wird die fortlaufende Teilnahme an Präventionsmaßnahmen vorausgesetzt.
- Patient:innen mit Adipositas Grad 3 (BMI ≥ 40 kg/m²): Die GLP-1-Therapie wird bei Vorliegen dieses Schweregrads übernommen. Die regelmäßige Teilnahme an Präventionskursen ist weiterhin Voraussetzung für die Kostenübernahme.

In Anlehnung an den vom G-BA definierten Leistungsanspruch auf Arzneimittel zur Tabakentwöhnung (20) sollten Menschen mit Adipositas zukünftig im Rahmen des skizzierten Voraussetzungsmodells Anspruch auf eine Übernahme erlangen.

Das stufenweise Voraussetzungsmodell soll dabei die Relevanz von Lebensstilanpassungen priorisieren und bei Bedarf eine unterstützende pharmakologische Alternative sichern. Unter Berücksichtigung der skizzierten Kostenanalyse und der massiv zunehmenden Adipositasprävalenz (21) ist jedoch darauf hinzuweisen, dass ohne ein gesellschaftliches Umdenken und einen starken Fokus auf Prävention im Gesundheits- und Bildungswesen entsprechende Kostenübernahmen zukünftig nicht tragfähig bleiben. <<

von:
Prof. Dr. phil. Volker Nürnberg[1]
(ORCID 0000-0001-9855-7752)
Noah Boenninghausen MSc[2]
(ORCID 0009-0005-3046-7554)
Dr. rer. nat. Kai Blau[3]
(ORCID 0009-0006-7193-2771)

1: Professor für Betriebswirtschaftslehre und Head of Healthcare bei BearingPoint
2: Senior Business Analyst und Teil des Healthcare Teams bei BearingPoint
3: Molekularbiologe und Analyst mit Schwerpunkt auf Biotechnologie, Arzneimittelentwicklung und Pharmatrends, Plattform blaubiologie.de

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Literatur

1: Marc. Y. Donath, Neue medikamentöse Therapien der Adipositas, 2025.
2: Matthias Blüher, Adipositas, 2024; Diabetologie
3: Georgy S. Levit, Karl Porges, Gesunde Ernährung in deutschen Biologieschulbüchern. Von der historischen Quellenanalyse zum kritischen Zwischenruf, 2022.
4: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-10316/2024-03-21_AM-RL-II_Semaglutid_TrG.pdf
5: Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Obesity without Diabetes, The New England Journal of Medicine, 2023
6: Nikolaus Schmitt, Danny Wende, Abnehmspritzen: Pharmakologischer Erfolg und ökonomisches GKV-Risiko, Versorgungsanalyse und Ausgabenprognose zu GLP-1-Agonisten, 2025
7: Studie: So gut wirken Abnehmspritzen tatsächlich - science.ORF.at
8: Aktuelle Studie: Erhöhtes Risiko für Schilddrüsenkrebs durch Diabetes- und Abnehmmittel GLP-1-RA! | Deutsches Schilddrüsenzentrum
9: Jimena Tatiana Hathaway, MD, MPH et al., Risk of Nonarteritic Anterior Ischemic Optic Neuropathy in Patients Prescribed Semaglutide, 2024.
10: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__12.html
11: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-10316/2024-03-21_AM-RL-II_Semaglutid_TrG.pdf
12: https://www.aok.de/pp/gg/update/debatte-um-erstattung-von-abnehmspritzen-aok-warnt-vor-hohen-kosten/
13: Anja Schienkiewitz et al., Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS, 2022.
14: Nikolaus Schmitt, Danny Wende, Abnehmspritzen: Pharmakologischer Erfolg und ökonomisches GKV-Risiko, Versorgungsanalyse und Ausgabenprognose zu GLP-1-Agonisten, 2025
15: Nikolaus Schmitt, Danny Wende, Abnehmspritzen: Pharmakologischer Erfolg und ökonomisches GKV-Risiko, Versorgungsanalyse und Ausgabenprognose zu GLP-1-Agonisten, 2025
16: Nikolaus Schmitt, Danny Wende, Abnehmspritzen: Pharmakologischer Erfolg und ökonomisches GKV-Risiko, Versorgungsanalyse und Ausgabenprognose zu GLP-1-Agonisten, 2025
17: Daten zum Gesundheitswesen: Arzneimittel
18: World Health Organisation, WHO Regional Obesity Report, 2022
19: World Health Organisation, WHO Regional Obesity Report, 2022
20: https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1256/
21: Matthias Blüher, Adipositas, 2024; Diabetologie

RWD: Wunsch und Wirklichkeit

>> Die Einbindung von Real-World-Daten (RWD) und die daraus resultierende Real-World-Evidence (RWE) gewinnen in der Arzneimittelregulierung und der frühen Nutzenbewertung (HTA) zunehmend an Bedeutung. Während randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) weiterhin als Goldstandard gelten, bietet RWE die Möglichkeit, Erkenntnisse über Patientengruppen zu gewinnen, die in klinischen Studien oft unterrepräsentiert sind, wie etwa Kinder, ältere Menschen oder Personen mit seltenen Erkrankungen. Eine aktuelle, EU-weite Befragung im Rahmen des EU-Projekts Real4Reg zeigt jedoch, dass trotz einer hohen Erwartungshaltung für die Zukunft die routinemäßige Implementierung derzeit noch vor erheblichen Herausforderungen steht.

Die Studienergebnisse, veröffentlicht durch eine Studiengruppe um Frank Lucas Depner und Martin Russek (1) belegen, dass eine deutliche Mehrheit der Stakeholder aus Behörden und Industrie (75,4%) sowie fast die gesamte akademische Gemeinschaft (97,2%) RWD/RWE eine hohe Bedeutung für künftige regulatorische Entscheidungen beimisst. Dennoch ist die aktuelle Nutzung in der Praxis oft noch auf den Zeitraum nach der Marktzulassung beschränkt, beispielsweise für Sicherheitsanalysen (69,6%) oder zur Kontextualisierung von Krankheiten (71,1%). In der pharmazeutischen Industrie ist die Nutzungsrate mit 83,3% bereits deutlich höher als in Zulassungsbehörden (35,2%) oder HTA-Stellen (44,4%).

Die größten Hindernisse für eine breitere Anwendung sind dabei vor allem technischer und systemischer Natur. An erster Stelle steht die Datenqualität, die von 89,3% der erfahrenen Nutzer als Hürde genannt wird, gefolgt vom erschwerten Datenzugang (62,5%) und mangelnder Standardisierung der Datenkodierung (57,1%). Zudem beklagen Industrievertreter das Fehlen harmonisierter regulatorischer Leitlinien und einen gewissen kulturellen Widerstand gegenüber neuen Methoden.

Um das Potenzial von RWE voll auszuschöpfen, empfehlen die Autor:innen der Studie eine Harmonisierung der Leitlinien, den Ausbau einer zugänglichen Dateninfrastruktur (wie dem European Health Data Space) sowie verstärkte Bildungsinitiativen für alle beteiligten Akteur:innen. <<

Link: https://doi.org/10.1111/cts.70454

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V.

Würdigung und Abschied von Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke

Visionärin der Versorgungsforschung: Ehrenmitgliedschaft für die ehemalige DNVF-Vorsitzende

Mit einer feierlichen Veranstaltung an der Universität Regensburg wurde Prof. Dr. med. Monika Klinkhammer-Schalke in den Ruhestand verabschiedet. Als langjährige Wegbegleiterin und Visionärin der Versorgungsforschung hat sie diese nachhaltig geprägt. Ihr unermüdliches Engagement galt und gilt einer lückenlosen, am Individuum orientierten Patientenversorgung – von der Erstdiagnose über den gesamten Behandlungspfad hinweg. Dabei fordert und lebt sie Verantwortung für jeden einzelnen Prozessschritt und motivierte Kolleg:innen sowie den wissenschaftlichen Nachwuchs, auch gegen Widerstände leidenschaftlich für die Zukunft der Versorgung einzustehen.

>> Besonders hervorzuheben ist ihr langjähriges Wirken im DNVF: Als ehemalige Vorsitzende des DNVF hat sie die strategische Ausrichtung des Netzwerks über Jahre hinweg entscheidend mitgestaltet und dessen Stimme in der Gesundheitsforschung gestärkt. Zudem verantwortete sie als wissenschaftliche Leiterin das Projekt REGIBA (Registerbasierte Forschung), in dessen Rahmen ein umfassendes Curriculum zur methodischen Qualifizierung von Wissenschaftler:innen im Umgang mit versorgungsnahen Daten entwickelt wurde. Darüber hinaus obliegt ihr die Projektleitung von REGINT (Registerbasierte Interventionsstudien in Deutschland). Dieses Vorhaben zielt darauf ab, die methodischen und regulatorischen Rahmenbedingungen für registerbasierte Studien zu optimieren und so wertvolle Impulse für das neue Registergesetz zu liefern.

Ihre herausragenden Verdienste wurden im Rahmen der Feierlichkeiten nun durch die Verleihung der Ehrenmitgliedschaft im DNVF sowie eines symbolischen „Oskars" für die Nachwuchsförderung gewürdigt. Wir freuen uns sehr, dass sie der Fachcommunity auch künftig erhalten bleibt und ihre Expertise verstärkt in die strategische Beratung und das Coaching einbringen wird. Das DNVF dankt ihr herzlich für ihre wegweisende Arbeit und die unerschöpfliche Energie. <<



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann und Dr. Thomas Bierbaum, Ex-Geschäftsführer des DNVF, übergeben die Ehrenurkunde an Prof. Dr. med. Monika Klinkhammer-Schalke

Kommentar



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Vorsitzender DNVF

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

die Dynamik, mit der sich die Versorgungsforschung in Deutschland derzeit weiterentwickelt, ist beeindruckend und fordernd zugleich. In dieser Ausgabe der DNVF-Seiten blicken wir auf wegweisende personelle Veränderungen, methodische Fortschritte und unseren Beitrag zum gesundheitspolitischen Diskurs.

Ein besonderer Moment des Innehaltens war die Verabschiedung von Frau Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke in der Universität Regensburg. Als ehemalige Vorsitzende hat sie das DNVF über Jahre strategisch geprägt und die Stimme unseres Netzwerks in der Wissenschaftslandschaft gestärkt. Ihr unermüdliches Engagement für eine am Individuum orientierte Patientenversorgung und ihre wegweisende Arbeit in den Projekten REGIBA und REGINT haben Maßstäbe gesetzt. Wir freuen uns sehr, sie nun als Ehrenmitglied in unseren Reihen zu wissen.

Die 14. DNVF-Spring-School in Berlin mit insgesamt 22 spezialisierten Modulen deckt erneut das gesamte Spektrum der Versorgungsforschung ab – von qualitativen Methoden bis hin zu komplexen gesundheitsökonomischen Evaluationen. Ein besonderes Highlight im Jahr 2026 ist das neue Modul zu gesundheitsbezogenen Registern.

Dass fundierte wissenschaftliche Expertise auch für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems dringend vonnöten ist, zeigen unsere aktuellen Stellungnahmen. Ob es um den Erhalt des Innovationsfonds geht, dessen Kürzung die kontinuierliche Entwicklung innovativer Versorgungsformen gefährdet, oder um die Ausgestaltung des Medizinregistergesetzes: Das DNVF bringt sich mit Nachdruck ein. Auch im Bereich der Notfall- und Katastrophenversorgung mahnen wir eine resiliente Struktur an, die zwingend auf einer engen Verzahnung aller Sektoren basieren muss.

Ich lade Sie herzlich ein, diese Themen mit uns zu vertiefen – sei es im Rahmen der akademischen Fortbildung oder beim kommenden 13. DNVF-Forum zur psychischen Gesundheit im Mai 2026. Gemeinsam gestalten wir die Rahmenbedingungen für eine evidenzbasierte Forschung und eine zukunftsfeste Versorgung.

Mit besten Grüßen

Ihr
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Vorsitzender DNVF e. V.

Aktuelle Stellungnahmen und politische Impulse des DNVF

Wissenschaftliche Expertise im politischen Dialog zur Sicherung von Innovation, Datennutzung und Resilienz

In den vergangenen Monaten hat sich das DNVF intensiv in den gesundheitspolitischen Diskurs eingebracht, um die Rahmenbedingungen für eine evidenzbasierte Forschung und Versorgung in Deutschland maßgeblich mitzugestalten.

>> Ein deutliches Signal setzte das Netzwerk im Dezember 2025 mit einer gemeinsamen Stellungnahme zu den geplanten Kürzungen des Innovationsfonds. Die vorgesehene Reduktion der Fördermittel von 200 auf lediglich 100 Millionen Euro für das Jahr 2026 gefährdet die kontinuierliche Entwicklung innovativer Versorgungsformen sowie die notwendige wissenschaftliche Evaluation im Gesundheitssystem. Das DNVF betont nachdrücklich, dass gerade in Zeiten notwendiger Strukturreformen und ökonomischer Effizienzsteigerungen eine unabhängige und fundierte Versorgungsforschung unverzichtbar ist, um die Qualität und Nachhaltigkeit der Versorgung für die Patient:innen langfristig abzusichern.

Parallel dazu brachte sich das DNVF gemeinsam mit der TMF (Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung) und weiteren Fachgesellschaften aktiv in die Debatte um das Medizinregistergesetz (MRG) ein. Der vorliegende Referentenentwurf wird grundsätzlich als Meilenstein begrüßt, da er erstmals einen einheitlichen Rechtsrahmen für medizinische Register in Deutschland schafft und damit die Rechtssicherheit für Forschende erhöht.

Das DNVF mahnt jedoch an, die Datenverknüpfung durch eine konsequente Nutzung der Krankenversichertennummer (KVNR) als eindeutiges Identifikationsmerkmal zu stärken und bürokratische Hürden für akademisch geführte Register abzubauen. Nur so kann die bestehende Lücke zwischen kontrollierten klinischen Studien und der realen Versorgungsrealität effektiv geschlossen werden.

Auch im Bereich der Notfall- und Katastrophenversorgung positionierte sich das Netzwerk mit einem tiefgreifenden Positionspapier zu den notwendigen Reformen. Angesichts wachsender Bedrohungsszenarien und systemischer Überlastungen fordert das DNVF eine bundeseinheitliche Governance sowie die Verabschiedung eines spezifischen Gesundheitssicherstellungsgesetzes.

Ein zentrales Anliegen ist hierbei die drastische Verbesserung der Datengrundlage in Krisensituationen, um durch eine sektorenübergreifende Steuerung und klare Führungsstrukturen die flächendeckende Qualität der medizinischen Hilfe sicherzustellen. Die Stellungnahme unterstreicht, dass eine resiliente Notfallversorgung zwingend auf einer engen Verzahnung von Rettungsdiensten, Krankenhäusern und dem ambulanten Sektor basieren muss. <<

Vorschau auf die 14. DNVF-Spring-School 2026

Methodische Exzellenz und interdisziplinäre Vernetzung

Vom 23. bis 26. März 2026 lädt das DNVF zur 14. Spring-School in die Alice-Salomon-Hochschule Berlin ein. Als zentrales Fortbildungsformat unseres Netzwerks verfolgt die Spring-School das Ziel, methodische Kompetenzen in der Versorgungsforschung zu vertiefen und den interdisziplinären Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis aktiv zu fördern. Das Programm umfasst insgesamt 22 spezialisierte Module, die das gesamte Spektrum der Versorgungsforschung abdecken.

>> Ein wesentlicher Schwerpunkt liegt auf der Vermittlung fundierter Grundlagen sowie fortgeschrittener Konzepte. Neben dem bewährten Basismodul zur Einführung in die Versorgungsforschung werden vertiefende Seminare zu qualitativen Methoden, gesundheitsökonomischen Evaluationen und der Analyse von Sekundärdaten angeboten. Ein besonderes Highlight im Jahr 2026 ist das neue Modul zu gesundheitsbezogenen Registern, welches der wachsenden Bedeutung dieser Datenquellen für die Evidenzgenerierung gerecht wird.

Ergänzt wird das wissenschaftliche Programm durch einen spannenden Vortragsabend am 24. März, bei dem Prof. Dr. Anna Lene Seidler zum Thema „Patientenzentrierte Versorgungsforschung: Die Rolle von systematischen Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen einzelner Teilnehmerdaten“ referiert. Über die rein methodische Ausbildung hinaus fungiert die Spring-School als wichtiger Ort der Nachwuchsförderung. Teilnehmende erhalten die Gelegenheit, ihre Projekte mit Expert:innen zu diskutieren und wertvolle Kontakte innerhalb der Fachcommunity zu knüpfen. <<



Innovation und Implementierung: Die neue Ausgabe des DNVF-Journals ist erschienen

Von onkologischen Überlebensvorteilen bis zur digitalen Transformation – aktuelle Highlights

Im Dezember 2025 ist die bereits dritte Ausgabe des DNVF-Journals „Health Care Research and Implementation“ als Supplement der Fachzeitschrift „Das Gesundheitswesen“ erschienen.

>> Ein zentraler Themenschwerpunkt liegt auf der onkologischen Versorgung, wobei die WiZen-Studie anhand einer Verknüpfung von Daten der AOK und klinischen Krebsregistern eindrucksvoll belegt, dass eine Primärbehandlung in zertifizierten Lungenkrebszentren mit signifikanten langfristigen Überlebensvorteilen für die Patient:innen verbunden ist. Die statistische Auswertung zeigt, dass die 5-Jahres-Überlebensrate bei Patient:innen in zertifizierten Häusern deutlich über der in nicht-zertifizierten Krankenhäusern liegt, was die Bedeutung der Zentrenbildung unterstreicht.

Im Bereich der Diagnostik widmet sich eine retrospektive Analyse von GKV-Routinedaten den Folgen von Schilddrüsen-Ultraschalluntersuchungen nach einem ersten TSH-Test. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass ein verfrühter Einsatz dieser Methode oft eine Kette von Folgeuntersuchungen wie Labortests oder Szintigraphien auslöst, was die schilddrüsenspezifische Morbidität durch Überdiagnosen und unnötige operative Eingriffe erhöht, ohne einen nachweisbaren klinischen Nutzen zu stiften.

Ein weiterer Fokus liegt auf der Digitalisierung und dem Vertrauen in neue Systeme. In einer partizipativen Studie wurde untersucht, wie das psychologische Sicherheitsgefühl die Akzeptanz von Technologien wie Robotik oder Künstlicher Intelligenz beeinflusst. Dabei stellte sich heraus, dass das subjektive Erleben von Kontrolle, Transparenz und die Fehlertoleranz der Systeme die entscheidenden Faktoren für das Vertrauen der Nutzer:innen sind.

Ergänzend dazu beleuchtet das Projekt RTP-Net die Chancen der Telemedizin in der Pädiatrie. Hier zeigt sich eine enorme Akzeptanz bei Eltern, die vor allem die Zeitersparnis und den erleichterten Zugang zu spezialisierter Expertise in unterversorgten Regionen hervorheben. Auch bei psychischen Erkrankungen erweist sich die Telemedizin als wirksam, da positive Resultate klinischer Studien bereits erfolgreich in die regionale Routineversorgung überführt wurden.

Um die Resilienz des Gesundheitssystems nachhaltig zu stärken, schlägt ein Konsens-Statement im Rahmen des PREPARED-Projekts zudem eine neue Forschungsinfrastruktur für die Pandemiebereitschaft vor. Diese soll Funktionen wie systematisches Monitoring und schnelle Evidenzsynthesen bündeln, um Entscheidungsträger fundiert zu beraten. Abgerundet wird das Heft durch einen Beitrag über die Verleihung der Ehrenmitgliedschaft des DNVF an Prof. Dr. Holger Pfaff. Sein jahrzehntelanges Wirken als Brückenbauer hat die Versorgungsforschung in Deutschland maßgeblich geprägt.

Während dieser erste Teil die theoretischen und konzeptionellen Grundlagen legt, wird der angekündigte zweite Teil des Memorandums verstärkt auf konkrete Methoden und Handlungsempfehlungen für den Forschungsalltag eingehen. <<

Veröffentlichung eines neuen DNVF-Memorandums

Theoretische Grundlagen und strategische Potenziale der Partizipation

Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF) hat mit dem nun in der Fachzeitschrift „Das Gesundheitswesen“ erscheinenden „Memorandum Partizipative Versorgungsforschung (Teil 1)“ ein wegweisendes Dokument zur Stärkung der Patientenbeteiligung vorgelegt.

>> Das Memorandum, das unter Mitwirkung zahlreicher Expert:innen und Patientenvertreter:innen entstand, definiert partizipative Versorgungsforschung als einen Ansatz, bei dem relevante Akteur:innen – insbesondere Patient:innen und Versorgende – ihre Expertise aktiv in den Forschungsprozess einbringen und in möglichst vielen Phasen auf Entscheidungen Einfluss nehmen. Ziel dieser engen Zusammenarbeit ist es, die Relevanz der Studienergebnisse für die Betroffenen zu steigern und eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung unter Alltagsbedingungen zu fördern. Dabei wird die Beteiligung explizit nicht als bloße Teilnahme an einer Studie als Proband:in verstanden, sondern als aktive Rolle als „Ko-Forschende“, die idealerweise bereits bei der Identifizierung des Forschungsbedarfs beginnt und bis zur Veröffentlichung und praktischen Umsetzung der Ergebnisse reicht.

Inhaltlich bietet das Memorandum einen fundierten Überblick über den aktuellen Entwicklungsstand in Deutschland, wobei festgestellt wird, dass die Institutionalisierung trotz positiver Impulse durch das BMBF oder den Innovationsfonds im internationalen Vergleich noch ausbaufähig ist. Die Autor:innen betonen das enorme Potenzial dieses Ansatzes, der sowohl auf ethischen Werten wie Empowerment und Demokratisierung basiert als auch substanzielle Vorteile wie eine höhere Qualität und verbesserte Machbarkeit von Forschungsprojekten bietet.

Durch die Orientierung an den tatsächlichen Bedürfnissen der Zielgruppe trägt partizipative Forschung zudem dazu bei, Ressourcen sinnvoll einzusetzen und unnütze Forschung zu vermeiden. Ein zentraler Fokus des Dokuments liegt auf aktuellen Querschnittsthemen wie der theoretischen Fundierung und der Messbarkeit von Effekten des Ansatzes.

Der angekündigte zweite Teil des Memorandums wird verstärkt auf konkrete Methoden und Handlungsempfehlungen eingehen. <<



Versorgungsforschungspreis Kinder und Jugendliche 2026

Die Zukunft der Kleinsten im Fokus: DNVF prämiert erneut herausragende Forschung

Die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen steht vor komplexen strukturellen Herausforderungen. In einem System, das zunehmend unter Kostendruck und Fachkräftemangel leidet, ist eine evidenzbasierte Sicht auf die tatsächliche Versorgungssituation der jüngsten Patient:innen unerlässlich. Um die Qualität und Effizienz in diesem sensiblen Bereich nachhaltig zu verbessern, bedarf es einer starken wissenschaftlichen Basis, die über die reine klinische Forschung hinausgeht. Vor diesem Hintergrund hat die Fachgruppe „Kinder und Jugendliche" des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung nun die offizielle Ausschreibung für den Versorgungsforschungspreis Kinder und Jugendliche 2026 bekannt gegeben. Ziel ist es, herausragende Forschungsarbeiten zu würdigen, die sich dezidiert mit der Realität im Versorgungsalltag junger Menschen auseinandersetzen.

>> Der Aufruf richtet sich an Forschende, die innovative Lösungsansätze für die medizinische und psychosoziale Versorgung erarbeitet haben. Dabei ist das Themenspektrum bewusst breit gefasst: Von der Analyse sektorenübergreifender Behandlungspfade bis hin zur Untersuchung spezifischer Versorgungsbedarfe bei seltenen oder chronischen Erkrankungen im Kindesalter ist Raum für vielfältige Perspektiven. Auch methodische Arbeiten, die neue Wege in der Datenerhebung oder Evaluation aufzeigen, sind ausdrücklich erwünscht. Besonders im Fokus stehen Projekte, die bereits belastbare Ergebnisse vorweisen können und somit einen direkten Mehrwert für die Praxis bieten.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Bewerbung ist, dass die Datenerhebung innerhalb der letzten drei Jahre vor der Ausschreibung stattgefunden hat. Idealerweise wurde das Projekt bereits in einem Fachmedium publiziert, um die wissenschaftliche Relevanz zu untermauern.

Interessierte haben ab dem 1. Februar 2026 die Möglichkeit, ihre Beiträge einzureichen. Die Bewerbungsfrist endet am 11. April 2026. Einreichungen sind per E-Mail direkt an die Geschäftsstelle des DNVF zu richten. Mit dieser Initiative unterstreicht die Fachgruppe ihr Engagement, die Sichtbarkeit der pädiatrischen Versorgungsforschung zu erhöhen und den Wissenstransfer in die klinische Praxis zu beschleunigen.

Es ist eine Einladung an alle Forschenden, die Versorgung von morgen aktiv mitzugestalten. Alle Informationen zur Ausschreibung finden Sie auf der DNVF-Website. <<

News

>> Save the Date: 13. DNVF-Forum Versorgungsforschung 2026

Am 6. Mai 2026 findet in Berlin das 13. DNVF-Forum Versorgungsforschung statt, das in diesem Jahr unter dem Arbeitstitel „Wachsende Zahlen, wachsender Bedarf? Versorgungsforschung im Bereich der psychischen Gesundheit" steht. Die Veranstaltung wird von der DNVF-Fachgruppe Seelische Gesundheit organisiert und dient als zentrale Diskussionsplattform für alle Stakeholder der Gesundheitsversorgung.

Das Forum adressiert aktuelle Fragestellungen zur psychischen Gesundheit und beleuchtet sowohl epidemiologische Trends als auch konkrete Herausforderungen in der Versorgungspraxis. Veranstaltungsort ist das Karl Storz Besucher- und Schulungszentrum Berlin. Die Fachvorträge und Diskussionen sind für den Zeitraum von 10:30 bis 14:30 Uhr geplant. Im direkten Anschluss an das Forum findet von 15:00 bis 17:00 Uhr die 39. Mitgliederversammlung des DNVF e. V. in Präsenz statt.

Das DNVF moderiert diesen Dialog, um den Austausch zwischen Wissenschaft, Politik, Krankenkassen und Patient:innen zu fördern und Impulse für eine evidenzbasierte Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu geben. Detaillierte Informationen zum Programm sowie die Anmeldemöglichkeiten werden Anfang 2026 veröffentlicht.

DNVF

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

E-Mail: info@dnvf.de

Yannick Blum MSc
Larissa Brust MSc
Prof. Dr. phil. Matthias Weigl

Patientenbeiräte als strategische Partner für Patientensicherheit – partizipative Entwicklung praxisnaher Handlungsempfehlungen aus dem PEPS-Projekt

Zusammenfassung

Patientensicherheit ist ein zentrales Ziel moderner Gesundheitssysteme, dennoch treten weiterhin viele vermeidbare Ereignisse auf. Ein wenig genutzter Ansatz ist die Einbindung von Patientenbeiräten (PBR) auf organisationaler Ebene, die durch Erfahrung und Außensicht wichtige Impulse für Sicherheitsprozesse liefern. In vier Teilstudien des PEPS-Projekts wurden Bedarfe erhoben, internationale Ansätze gesichtet, ein Schulungsprogramm („Partners for Patient Safety", P4PS) entwickelt und dessen Akzeptanz sowie Machbarkeit evaluiert. Die Ergebnisse zeigen: PBR werden meist informativ oder konsultativ eingebunden, benötigen jedoch Kompetenzen in Patientensicherheit, Kommunikation und Qualitätsmanagement. Das P4PS-Programm zeigt Machbarkeit und Wirksamkeit auf, sodass Schulungen die Rolle der Patientenvertretenden transformieren können – von reiner Erfahrung hin zur multikompetenten Beratung, die Lebenswelt und Systemlogik verbindet. Auf Basis der Ergebnisse und eines partizipativen Strategiedialogs wurden gemeinsam mit Projektteilnehmenden praxisnahe Handlungsempfehlungen für Gesundheitseinrichtungen, PBR und Systemakteure entwickelt. Zentrale Forderung ist die verbindliche Integration von PBR in sicherheitsrelevante Prozesse, unterstützt durch Ressourcen, klare Rollen und gemeinsame Fortbildungen. So kann Patientenbeteiligung von symbolischer zu strategischer Partnerschaft weiterentwickelt werden.

Schlüsselwörter

Gesundheitliche Bildung, Handlungsempfehlungen, Patientenbeiräte, Patientenbeteiligung, Patientensicherheit

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2800

Patientensicherheit ist eines der zentralen Qualitätsziele aller Gesundheitssysteme. Trotz umfangreicher Maßnahmen treten weiterhin viele vermeidbare unerwünschte Ereignisse auf (Kumah, 2025; Slawomirski et al., 2017; World Health Organization, 2021). Auch in Deutschland ist ein relevanter Anteil der stationären Patient:innen von vermeidbaren Ereignissen betroffen (Friebel et al., 2021; Schrappe, 2019). Daher sind die Ansätze zur Verbesserung der Patientensicherheit kontinuierlich weiterzuentwickeln und um innovative, strategische Perspektiven zu ergänzen – insbesondere in Kooperation aller Akteure der Gesundheitsversorgung (Brust et al., 2024). Ein bislang weitgehend unterschätzter Hebel liegt in der Einbindung von Patient:innen und ihrer Vertretungen auf organisationaler Ebene. Während die Beteiligung in unmittelbaren Versorgungsschritten bereits als wirksam anerkannt ist (Berger et al., 2014), werden die Möglichkeiten organisationaler Partizipationsformate wie Patientenbeiräte (PBR) für Sicherheitsprozesse nur unzureichend untersucht und genutzt (Ocloo & Matthews, 2016). PBR vereinen gesammelte Erfahrungen mit systemischer Außensicht und können blinde Flecken, Kommunikationsbarrieren und Akzeptanzprobleme in Sicherheitsmaßnahmen aufdecken (Coulter & Oldham, 2016; Engler et al., 2024). In Deutschland schaffen gesetzliche Vorgaben und Zertifizierungsanforderungen eine Grundlage für Patientenbeteiligung (SGB V, § 140f/g) (Bundesministerium der Justiz, o.J.). Dennoch bleibt die praktische Einbindung von PBR hierzulande oft unzureichend: Gesundheitseinrichtungen wissen nicht immer, wie sie PBR effektiv einbinden; Patientenvertretende verfügen teils nicht über fundiertes Wissen zu Sicherheitskonzepten, partizipativer Mitwirkung oder kommunikativen Methoden (Davis et al., 2007; Koch et al., 2024; Newman et al., 2021).

>> Internationale Vorbilder zeigen, dass gezielte Schulungen für Patientenvertretende und klinisches Personal diese Partnerschaft stärken und strukturelle Dialogformate etablieren können (Abelson et al., 2024; Cox et al., 2022; Greenhalgh et al., 2019; Romme et al., 2024). Für Deutschland fehlte es bislang jedoch sowohl an einer systematischen Bedarfserhebung als auch an evaluierten, auf den hiesigen Kontext zugeschnittenen Angeboten.

Vor diesem Hintergrund zielte unser Forschungsprojekt darauf ab, die Einbindung von PBR zur Förderung der Patientensicherheit in deutschen Gesundheitseinrichtungen zu stärken. Dazu wurden Bedarfe erhoben, internationale Publikationen gesichtet und ein multimodales Schulungsprogramm entwickelt und pilotiert. Unser Fokus in dieser Publikation liegt jedoch auf der Synthese der Erkenntnisse und der Ableitung praxisnaher Handlungsempfehlungen, um den Transfer in die Versorgungspraxis zu fördern.

Methodik

Das Projekt PEPS-3 (Implementierung der Einbeziehung von Patient:innen zur strategischen Förderung von Patientensicherheit: Eine Evaluation zur Machbarkeit am Beispiel von Patientenbeiräten klinischer Einrichtungen in Deutschland) wurde in mehreren, aufeinander aufbauenden Teilstudien durchgeführt, die folgend verkürzt vorgestellt werden (siehe Abbildung 1). Das Projekt umfasste Patientenbeiräte und Vertretende onkologischer Gesundheitseinrichtungen in Deutschland (Abb. 1).

Teilstudie 1: Bedarfs- und Bedürfnisanalyse

Ein modifiziertes Delphi-Verfahren wurde eingesetzt, um fachlichen Konsens zu entsprechenden Bedarfen von PBR und Gesundheitseinrichtungen zu Patientensicherheit zu erreichen (Brust et al., 2025; Levitt et al., 2018; Nasa et al., 2021; Spranger et al., 2022). Zunächst wurden qualitative Online-Interviews zu Aufga-

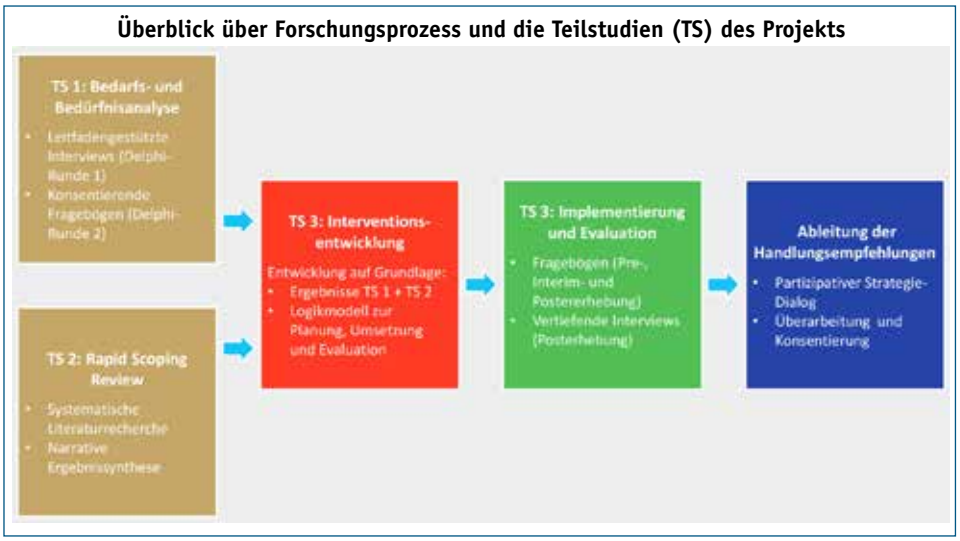


Abb. 1: Überblick über Forschungsprozess und die Teilstudien (TS) des Projekts. Eigene Darstellung.

ben, Rollen, Wissen, Einflussfaktoren und gewünschten Bildungsformaten durchgeführt. In der zweiten Befragungsrunde wurden sie zusammengefasst, um Konsens zu Inhalten, Kompetenzen und Einbindung zu erzielen.

Teilstudie 2: Rapid Scoping Literature Review

Parallel wurde eine Literaturübersicht erstellt, um exemplarische, internationale Lehransätze und Materialien für PBR-Qualifikation zu Patientensicherheit zu identifizieren (Rramani Dervishi et al., 2025). Relevante Informationen zu Zielgruppe, Inhalt, Format, Setting und Lernergebnissen wurden extrahiert und die methodische Qualität bewertet (Hong et al., 2018; Pace et al., 2012).

Teilstudie 3: Partizipative Entwicklung des Schulungsprogramms

Aufbauend auf die Teilstudien 1 und 2 wurde ein Schulungsprogramm entwickelt (Blum et al., 2025). Dessen Ausrichtung wurde mithilfe des Logikmodells (Goeschel et al., 2012; W. K. Kellogg Foundation, 2004) definiert und es wurden Lernziele zu Patientensicherheit, PBR-Einbindung und Kommunikation entlang etablierter Taxonomien operationalisiert (Bloom et al., 1956; Krathwohl, 2002). Zielgruppe waren Mitglieder bestehender oder im Aufbau befindlicher PBR sowie Mitarbeitende und Führungskräfte von Gesundheitseinrichtungen.

Teilstudie 4: Mixed-Methods-Evaluation zu Akzeptanz und Effektivität

Die Evaluation nutzte ein quasi-experimentelles, exploratives Mixed-Methods-Design (Brust et al., 2025; Creswell, 2015; Creswell et al., 2011). Quantitative Online-Fragebögen erfassten Machbarkeit, Akzeptanz, Umsetzung und Kompetenzen (Kien et al., 2021; Weiner et al., 2017). Halbstrukturierte Interviews nach Abschluss ermöglichten eine vertiefte Interpretation der Ergebnisse und die Identifikation fördernder sowie hemmender Faktoren für Implementierung und Optimierung des Programms.

Ableitung der Handlungsempfehlungen

Die finale Ableitung der Handlungsempfehlungen für eine verstärkte organisationale Einbindung von Patient:innen und ihrer Vertretenden in patientensicherheitsrelevante Versorgungsprozesse hatte das Ziel, den Transfer unserer Ergebnisse in die Praxis und die Voraussetzungen zur verbesserten Einbindung von PBR zu fördern (Zscheppang et al., 2025).

Dafür wurde ein partizipativer Ansatz in Form eines Strategiedialogs gewählt, der Mitwirkende aus unterschiedlichen Einrichtungen einbezog und somit institutionell variierende Perspektiven und Kontextfaktoren berücksichtigte. Hierzu wurden drei Mitwirkende rekrutiert: ein PBR-Mitglied, ein Mitglied einer Gesundheitseinrichtung sowie eine externe Patientenvertreterin, die vorab beratend im Projekt tätig war.

In Vorbereitung auf den Dialog erhielten die Mitwirkenden eine laienverständliche Zusammenfassung zentraler Projektergebnisse für eine gemeinsame Informationsbasis. Ergänzend wurden zentrale Leitfragen und Vorüberlegungen bereitgestellt, um Reflexion und Diskussion zu erleichtern und gezielt auf die Ableitung praxisrelevanter Empfehlungen auszurichten. Außerdem wurden weiterführende Fragestellungen zur Verfügung gestellt, welche den eigentlichen Dialog strukturieren sollten. Die bereitgestellten Leitfragen und Vorüberlegungen sind in Tabelle 1 dargestellt.

Die Leitfragen und Vorüberlegungen fokussierten unter anderem die Ziele der Handlungsempfehlungen, welche Adressaten und Akteure einbezogen werden sollten und welche Ergebnisse und Erfahrungen berücksichtigt werden müssen. Weiterführende Fragestellungen behandelten zum Beispiel, wie Empfehlungen verständlich und praxisnah gestaltet werden können, welche Barrieren in der Implementation zu beachten sind und ob unbeabsichtigte Ausschlüsse von Themen oder Zielgruppen bestehen.

Der Austausch mit den Teilnehmer:innen erfolgte in Form eines einstündigen virtuellen Meetings über die Videokonferenzplattform Zoom. Es wurden alle geäußerten Perspektiven und Einschätzungen zu Umsetzbarkeit, Relevanz und Priorisierung potenzieller Handlungsempfehlungen diskutiert und dokumentiert. Die Teilnehmenden waren aktiv in die Gewichtung und Ausgestaltung der Empfehlungen eingebunden. Dies entspricht im Stufenmodell der Partizipation der Mitbestimmung und Partnerschaft (Arnstein, 1969; Wright et al., 2007). Damit hatten sie einen maßgeblichen Einfluss auf die Formulierung der Inhalte und konnten die Ausrichtung der Handlungsempfehlungen wesentlich mitgestalten.

Die dokumentierten Äußerungen wurden durch das Forschungsteam systematisiert und in ausformulierte Empfehlungen überführt. Anschließend erfolgte die Einbeziehung der externen Patientenvertreterin. Diese überprüfte die Empfehlungen und gab Hinweise für Veränderungen und Überarbeitungen. Letztlich wurde diese Version

Leitfragen und Vorüberlegungen des Projektteams	
Leitfragen	**Vorüberlegungen**
Was soll durch die Handlungsempfehlungen erreicht werden?	• Unterstützung von Gesundheitseinrichtungen bei dem systematischen Aufbau sowie der strukturierten Entwicklung und Implementierung von PBR zur Einbindung in Versorgungsprozesse • Unterstützung von Gesundheitseinrichtungen und PBR bei der zielgerichteten Weiterentwicklung von PBR und deren Einbindung in Qualitäts- und Sicherheitsmaßnahmen - Klärung von Erwartungen, Zielen, Funktionen und Rollen sowie Kommunikationsprozessen - Arten und Umsetzung der Einbindung - Implementierung konsistenter Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten
Wer soll die Empfehlungen mitgestalten und warum?	• Vertretende der PBR (Patientenperspektive) & Gesundheitseinrichtungen (Klinikperspektive) • Externe Patientenvertreterin (externe Perspektive; Überprüfung auf Laienverständlichkeit) • Forschungsteam (wissenschaftliche Perspektive; Gesamtüberblick)
Welche Ergebnisse und Informationen sollen berücksichtigt werden?	• Vorrangig Ergebnisse der Bedarfs- und Bedürfnisanalyse (TS 1) und der Evaluation (TS 4) - Dokument mit Kurzzusammenfassungen der Ergebnisse • Eigene Erfahrungen und Kenntnisse der Mitwirkenden
Für wen sind die Empfehlungen gedacht? Wer sind die Adressaten?	• (Universitäts-) Kliniken in Deutschland - Personal mit Führungs- oder Leitungsfunktion, z. B. Direktorium, Qualitäts- und Risikomanagement, Pflegedienstleitung, Ärztliche Leitung - Personal mit koordinierender Funktion, z. B. Schnittstellen zwischen PBR und Klinik • Potenzielle und aktive Mitglieder aus PBR, z. B. im Sinne der Patienten-/ Selbsthilfevertretung • Systemebene (z. B. Gesellschaften, Verbände, Akkreditierungs-/Zertifizierungsstellen, Institutionen zur Qualitätssicherung)

Tab. 1: Leitfragen und Vorüberlegungen des Projektteams zur Entwicklung der Handlungsempfehlungen zur Förderung der organisationalen Patienteneinbindung in sicherheitskritische Versorgungsprozesse. PBR – Patientenbeirat, TS – Teilstudie. Eigene Darstellung.

der Handlungsempfehlungen für eine abschließende Korrektur und Konsentierung an die Teilnehmenden weitergeleitet. Nach Rücksprache über etwaige Änderungen konnten die finalen Handlungsempfehlungen erstellt werden.

Ethische Aspekte und Teilnahme

Die Gesamtstudie wurde vorab registriert (DRKS; ID: DRKS00034733) und von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn genehmigt (Ref.-Nr: 2024-236-BO). Vor der Teilnahme wurden alle Teilnehmenden umfassend informiert und gaben ihr Einverständnis. Die Datenerhebung und -verarbeitung erfolgte in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki, der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).

Ergebnisse

Zentrale Erkenntnisse

Die Teilstudien (TS) lieferten ein umfassendes Bild der Situation, der Bedarfe und praktikabler Ansätze zur Stärkung von PBR im Bereich Patientensicherheit:

Die Bedarfsanalyse (TS 1) zeigte eine aktuelle Diskrepanz zwischen Potenzial und tatsächlicher Praxis von PBR. Die Zusammenarbeit mit den Einrichtungen wurde überwiegend als respektvoll erlebt, das Mitbestimmungsrecht der PBR jedoch als begrenzt eingeschätzt. Die Einbindung beschränkte sich meist auf Information oder Konsultation, echte Mitentscheidung war selten. Patientensicherheit war für viele ein neues Thema, für das mehr Aufmerksamkeit gewünscht wurde. Zentrale Kompetenzbedarfe lagen in Grundlagenwissen zu Patientensicherheit, Kenntnissen des Qualitäts- und Risikomanagements sowie in kommunikativen Fähigkeiten. Hindernisse waren unklare Rollen, begrenzte Ressourcen und fehlender Einblick in sicherheitsrelevante Prozesse (Brust et al., 2025).

Das Review (TS 2) identifizierte internationale Schulungsprogramme und Materialien wie Leitfäden, Toolkits und E-Learnings. Diese deckten vor allem Grundlagen der Patientensicherheit, Kommunikation und die Rolle von Patientenvertretenden ab. Trotz oft geringer methodischer Qualität und seltener Evaluation boten sie wertvolle Impulse für Inhalte und Ansätze (Rramani Dervishi et al., 2025).

Das partizipativ entwickelte ‚Partners for Patient Safety'-Programm (P4PS; TS 3) kombiniert ein E-Learning-Modul mit einem praxisorientierten Workshop. Das E-Learning bereitet auf die Grundlagen der Patientensicherheit, Kommunikationsmodelle und die Rolle von PBR vor. Im Workshop wird das Gelernte praktisch angewendet, es werden Barrieren analysiert und Ziele zur Stärkung der PBR-Einbindung definiert (Blum et al., 2025).

Das P4PS-Programm ist unter diesem Link frei zugänglich:
https://t1p.de/f91ta

Die Umsetzung und Evaluation (TS 4) zeigte hohe Akzeptanz und gute Durchführbarkeit. Erfolgsbedingungen waren Unterstützung durch die Leitung, zeitliche Ressourcen und moderierte Workshops. Barrieren bestanden in zeitlichen Einschränkungen, begrenzten digitalen Kompetenzen und geringer Teilnahme von Mitarbeitenden. Die vorläufige Effektivitätsanalyse zeigte eine deutliche Verbesserung der selbsteingeschätzten Kompetenzen der Teilnehmenden in allen relevanten Bereichen der Patientensicherheit und der Einbindung von PBR (Brust et al., 2025).

Handlungsempfehlungen für die Praxis zur Patienteneinbindung in Patientensicherheit

Es wurden drei primäre Adressaten der Handlungsempfehlungen identifiziert: 1) leitende Personen in Gesundheitseinrichtungen, 2) Mitglieder der PBR sowie 3) relevante Akteure im deutschen Gesundheitssystem. Die Empfehlungen wurden zum besseren Verständnis und Zugänglichkeit in einseitige Flyer zusammengefasst, die im Folgenden kurz einzeln vorgestellt werden.

Adressat 1: Gesundheitseinrichtungen

Die Empfehlungen betonen die Notwendigkeit einer struktu-

rellen Verankerung der PBR. Deren Einbindung soll nicht additiv, sondern integral in Prozesse wie Qualitäts- und Risikomanagement, Beschwerdeverfahren oder Sicherheitsaudits erfolgen. Die konsequente Integration des PBR zur Förderung der Sicherheitskultur der Einrichtungen wird hervorgehoben, mitsamt verbesserter Zugänge und Kommunikationsstrukturen. Dazu gehört die Benennung fester Ansprechpersonen, die Sensibilisierung des Personals für die Rekrutierung potenzieller Mitglieder sowie die Bereitstellung interner Informationen (z. B. aus CIRS oder Beschwerdemanagement). Eine proaktive Öffentlichkeitsarbeit, etwa durch Newsletter oder Informationsveranstaltungen, für Sichtbarkeit und Akzeptanz des PBR wird betont.

Die Bereitstellung von Ressourcen wird als weiterer kritischer Erfolgsfaktor eingestuft. Dazu zählen finanzielle Aufwandsentschädigungen, Budgets für Fortbildungen sowie eine digitale Infrastruktur. Die Definition klarer Rollen und Mitwirkungsvereinbarungen zur Förderung der verbindlichen Zusammenarbeit wird hervorgehoben. Darüber hinaus wird die gemeinsame Fortbildung von PBR-Mitgliedern und Klinikpersonal empfohlen, um eine gemeinsame Sprache und Ziele zu entwickeln (Abb. 2).

Adressat 2: Patientenbeiräte

Die Empfehlungen für PBR-Mitglieder fokussieren die Entwicklung von Kompetenzen, Strukturen und Praktiken, die eine effektive Mitwirkung ermöglichen. Zentral ist die Klarheit über Rollen und Verantwortlichkeiten. Dazu gehört die Auseinandersetzung mit innerklinischen Abläufen und Patientenrechten, aber auch die regelmäßige Reflexion der eigenen Funktion innerhalb des Beirats und gegenüber der Klinik. Außerdem werden eine klare Zieldefinition und transparente Kommunikation der Erwartungen zur Stärkung der Beteiligung benannt.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Sichtbarkeit und Rekrutierung des Beirats. Um dessen Repräsentativität und Legitimität zu erhöhen, sollten diese gezielt divers besetzt werden. Dazu bedarf es niedrigschwelliger Zugänge, einer guten Außendarstellung sowie strukturierter Einführungsmaterialien für neue Mitglieder. Die Befähigung dieser durch Schulungen wurde als entscheidend benannt, um auch Kompetenzen zu Patientensicherheit und Qualitätsmanagement aufzubauen. Ergänzend wird die aktive Beteiligung in innerklinischen Prozessen wie Audits oder Sicherheitsrunden empfohlen, verbunden mit einer Kultur der offenen und respektvollen Kommunikation. Schließlich wurde die Vernetzung mit anderen PBR zum Erfahrungsaustausch und zur gegenseitigen Unterstützung hervorgehoben (Abb. 3).

Adressat 3: Weitere Akteure im Gesundheitssystem

Auf systemischer Ebene richten sich die Empfehlungen an Akteure wie Politik, Institutionen zur Qualitätssicherung, Zertifizie-



Abb. 2: Einbindung von Patientenbeiräten – Empfehlungen für Klinikleitungen. Eigene Darstellung.



Abb. 3: Aufbau und Arbeit von Patientenbeiräten – Empfehlungen für Mitglieder von Patientenbeiräten. Eigene Darstellung.

rungsstellen und Fachgesellschaften. Die Empfehlungen umfassen die Schaffung verbindlicher Rahmenbedingungen für die flächendeckende Etablierung von PBR. Dazu zählen die Integration von Partizipationskriterien in Förderrichtlinien, Zertifizierungsverfahren und Qualitätsstandards sowie die Entwicklung rechtlicher Grundlagen. Zur Kompetenzförderung wurde die Unterstützung und Anerkennung von Schulungsprogrammen, die Bereitstellung zielgruppengerechter Materialien und die Berücksichtigung von Personen mit geringen digitalen Kompetenzen betont. Empfohlen werden außerdem der Einbezug von Multiplikator:innen und die Etablierung von bundesweiten Netzwerken zur Dissemination, zum Wissenstransfer und zum Best-Practice-Austausch (Abb. 4).

Diskussion

Unser Ziel war, die strategische Einbindung von PBR zur Förderung der Patientensicherheit in deutschen Gesundheitseinrichtungen zu stärken und darauf aufbauend praxisnahe Handlungsempfehlungen zu entwickeln. Die zentralen Ergebnisse der Teilstudien zeigen erstens eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem potenziellen Nutzen und der gelebten Praxis der PBR-Einbindung, die sich oft auf Information und Konsultation beschränkt (Brust et al., 2025; Rramani Dervishi et al., 2025). Zweitens konnte ein bisher ungedeckter Bedarf an spezifischen Kompetenzen im Bereich



Abb. 4: Einbindung von Patientenbeiräten – Empfehlungen für Systemakteure. Eigene Darstellung.

Patientensicherheit und Kommunikation bei PBR-Mitgliedern sowie ein Mangel an Wissen zur effektiven Einbindung aufseiten der PBR und Einrichtungen gezeigt werden (Brust et al., 2025). Drittens demonstriert die Entwicklung und Evaluation unseres P4PS-Programms, dass solche Interventionen machbar, hoch akzeptiert und wirksam sind sowie die selbsteingeschätzten Kompetenzen der Beteiligten signifikant verbessern (Blum et al., 2025; Brust et al., 2025). Viertens konnten in einem partizipativen Prozess konsentierte, adressatenspezifische Handlungsempfehlungen für Gesundheitseinrichtungen, PBR und Systemakteure abgeleitet werden, die einen ganzheitlichen Ansatz für eine gelingende Partnerschaft zwischen Gesundheitseinrichtungen und Patientenvertretenden in dem Handlungsfeld Patientensicherheit bilden.

Zentrale Empfehlung ist die strukturelle und verbindliche Integration von PBR in sicherheitsrelevante Gremien und Prozesse, um eine von individuellen Engagements unabhängige, nachhaltige Mitwirkung zu sichern. Dies steht im Einklang mit internationalen Forderungen nach einer über die reine Konsultation hinausgehenden Einbindung Betroffener in maßgebliche Entscheidungsprozesse (Mertens et al., 2025; Narbutas et al., 2017). Die informierte Einbindung in sicherheitsrelevante Informationen (z. B. anonymisierte CIRS-Meldungen) ist essenziell, um die Rolle der PBR zu stärken und ihnen eine aktive Funktion bei der Qualitätsförderung zu ermöglichen (Plamper & Meinhardt, 2008; Westerink et al., 2023). Die Bereitstellung von Ressourcen (Zeit, Geld, Infrastruktur) adressiert eine der fundamentalsten Barrieren und geht über die Frage angemessener Wertschätzung hinaus. Sie hilft die Diversität der Perspektiven in den Gremien zu gewährleisten und den Anschein einer rein symbolischen Einbindung zu verringern (Brust et al., 2025; Cepeda et al., 2025; Westerink et al., 2023). Die Empfehlungen für PBR-Mitglieder selbst, insbesondere der Erwerb von patientensicherheitsspezifischem Wissen und kommunikativen Kompetenzen, unterstreichen die Notwendigkeit einer gegenseitigen Unterstützung. Die Kompetenzzuwächse durch das P4PS-Programm zeigen, dass gezielte Schulungen wirksam sind und dass sich die Rolle der Patientenvertretenden ändern kann – von alleiniger, eigener Erfahrung hin zur multikompetenten Beratung, die sowohl die Lebenswelt der Patient:innen als auch die Systemlogik der Gesundheitseinrichtungen versteht und vermittelt (Engler et al., 2024; Romme et al., 2024).

Unsere Entwicklung evidenzbasierter Handlungsempfehlungen und eines erprobten Schulungsprogramms markiert einen ersten, wichtigen Schritt. Die entscheidende Herausforderung ist die nachhaltige Implementierung der Empfehlungen. Eine dauerhafte Verstetigung erfordert Integration in bestehende Strukturen und Finanzierung. Ein Ansatz könnte die Etablierung von „Train-the-Trainer"-Programmen, in denen engagierte Mitglieder von PBR oder qualifizierte Mitarbeitende der Einrichtungen zu Moderator:innen und Multiplikator:innen ausgebildet werden (Jesus et al., 2025; Romme et al., 2024). Parallel dazu sollten die Inhalte von Schulungsprogrammen wie dem P4PS-Programm in die Curricula bestehender Patientenakademien sowie in die Fort- und Weiterbildung von PBR-Koordinator:innen der Gesundheitseinrichtungen integriert werden. Durch strukturelle und finanzielle Verankerungen können eine nachhaltige Verstetigung und Dissemination erfolgen.

Um die Wirksamkeit der Maßnahmen fundiert beurteilen zu

können, bedarf es zudem weiterer Forschung, wie beispielsweise längerfristiger Wirksamkeitsstudien, welche die Auswirkungen einer gestärkten Patientenbeteiligung auf Patientensicherheitsindikatoren und -kennzahlen untersuchen. Weiterer methodischer Forschungsbedarf besteht in der Entwicklung und Validierung zur Messung des spezifischen Einflusses von Patient:innen und PBR auf die Patientensicherheit, um deren Beitrag von anderen Qualitätsinitiativen isolieren und deren Mehrwert evidenzbasiert beziffern zu können (Oldfield et al., 2019; Sharma et al., 2017). Ergänzend gilt es, den Einfluss auf weiche, aber ebenso bedeutsame Faktoren wie die Sicherheitskultur, Partizipation und das Vertrauen der Patient:innen in die Einrichtung zu erfassen. Schließlich ist die Übertragbarkeit und Anpassung der Konzepte auf andere Versorgungssektoren (ambulanter Bereich, Rehabilitation, Langzeitpflege) und nicht-onkologische Fachbereiche kritisch zu prüfen.

Für die Versorgungspraxis bieten die Handlungsempfehlungen Orientierung und einen konkreten Fahrplan. Gesundheitseinrichtungen können die Empfehlungen als Chance begreifen, die eigene Sicherheitskultur durch die wertvolle Perspektive ihrer Patient:innen fundamental zu stärken. PBR sollten Unklarheiten über eigene Rollen und Aufgaben überwinden und aktiv ihre eigene Arbeit strukturieren und kommunizieren. Schließlich sind übergeordnete Systemakteure aufgefordert, die Vorschläge in regulativen Anforderungen zu verankern, um deren breitere und verbindliche Umsetzung zu befördern.

Fazit

Die hier vorgelegten Handlungsempfehlungen zeigen auf, dass die erfolgreiche Einbindung von PBR in die Patientensicherheit kein altruistisches Zugeständnis, sondern eine strategische Investition in eine patientenorientierte sowie robustere und lernende Gesundheitsversorgung ist. Ihre Umsetzung erfordert den mutigen Schritt von einer oft noch praktizierten symbolischen Einbindung hin zu einer echten, ressourcenunterstützten, konstruktiven Partnerschaft. <<

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenskonflikte vorliegen.

Stellungnahme der Ethikkommission

Das vorliegende Projekt erhielt ein positives Votum durch die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn (Aktenzeichen: 2024-236-BO; Votum vom 30.07.2024).

Studienregistrierung

Das Projekt wurde im Deutschen Register für Klinische Studien (DRKS; ID: DRKS00034733) vorregistriert.

Förderung

Das vorliegende Projekt wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit finanziell gefördert (Förderkennzeichen: ZMII2-2524PAT001).

Danksagung

Die Autor:innen danken allen teilnehmenden Patientenbeiräten und Gesundheitseinrichtungen für ihre wertvolle Unterstützung. Besonderer Dank gilt zudem Frau Karin Arndt, Frau Loes Broekmate und Frau Friederike Stölzel für ihre engagierte Mitarbeit.

Patient and family advisory councils as strategic partners for patient safety – Participatory development of practical recommendations for action from the PEPS project

Patient safety is a key objective of modern healthcare systems, yet many preventable incidents continue to occur. One approach that is rarely used is the engagement of patient and family advisory councils (PFACs) at the organizational level, which can provide important impetus for safety processes thanks to their experience and external perspective. In four consecutive studies of the PEPS project, needs were assessed, international approaches were reviewed, an educational program ("Partners for Patient Safety," P4PS) was developed, and its acceptance and feasibility were evaluated. The results show that PFACs are usually engaged in an informative or consultative capacity, but need skills in patient safety, communication, and quality management. The P4PS-Program demonstrates feasibility and preliminary effectiveness, showing that training can transform the role of patient representation – from experience-based input to structured, multi-competency consultation informed by both lived experience and system-level perspectives. Based on the results and a participatory strategy dialogue, practical recommendations for action were developed together with project participants for healthcare facilities, PFACs, and system actors. The central demand is the actual integration of PFACs into safety-relevant processes, supported by resources, clear roles, and joint training. In this way, patient engagement can be developed from a symbolic to a strategic partnership.

Keywords

Health education, Recommendations for action, Patient advisory councils, Patient engagement, Patient Safety

Zitationshinweis

Blum, Y., Brust, L., Weigl, M.: „Patientenbeiräte als strategische Partner für Patientensicherheit – partizipative Entwicklung praxisnaher Handlungsempfehlungen aus dem PEPS-Projekt", in: „Monitor Versorgungsforschung" (01/26), S. 65–72. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2800



Yannick Blum MSc ORCID: 0009-0007-0826-187X
studierte an der Hochschule Niederrhein Angewandte Therapiewissenschaften (BSc) und an der Hochschule Bochum Physiotherapiewissenschaften (MSc). Aktuell arbeitet er als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Patientensicherheit des Universitätsklinikums der Universität Bonn.
Kontakt: Yannick.Blum@ukbonn.de



Larissa Brust MSc ORCID: 0009-0008-6290-8512
studierte an der Hochschule Bochum Physiotherapie (BSc) und Physiotherapiewissenschaften (MSc). Derzeit arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin im Fach Versorgungsforschung am Institut für Patientensicherheit des Universitätsklinikums der Universität Bonn.
Kontakt: Larissa.Brust@ukbonn.de



Prof. Dr. phil. Matthias Weigl ORCID: 0000-0003-2408-1725
studierte an der Universität Leipzig Psychologie, promovierte an der TU München und habilitierte an der LMU München. Er ist Professor für Patientensicherheit am Universitätsklinikum der Universität Bonn.
Kontakt: Matthias.Weigl@ukbonn.de

Literatur

Abelson, J., Tripp, L., Abdelhalim, R., Hives, L., Kristy, B., Smith, M., Tenhagen, L., Wingham-Smith, L., & the Engagement Capable OHT Working Group. (2024). Building Engagement-Capable Environments for Health System Transformation: Development and Early Implementation of a Capability Framework for Patient, Family and Caregiver Engagement in Ontario Health Teams. Health Expectations, 27(6), e70083. https://doi.org/10.1111/hex.70083

Arnstein, S. R. (1969). A Ladder Of Citizen Participation. Journal of the American Institute of Planners, 35(4), 216–224. https://doi.org/10.1080/01944366908977225

Berger, Z., Flickinger, T. E., Pfoh, E., Martinez, K. A., & Dy, S. M. (2014). Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: A systematic review. BMJ Quality & Safety, 23(7), 548–555. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001769

Bloom, B. S., Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H., & Krathwohl, D. R. (1956). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook 1: Cognitive domain. Longman New York.

Blum, Y., Brust, L., Weigl, M., & Rramani Dervishi, Q. (2025). A Blended Educational Program to Promote Dialogue on Patient Safety Between Patient and Family Advisory Councils and Health Care Organizations: Codevelopment Study. JMIR Formative Research, 9, e79286. doi: 10.2196/79286.

Brust L, Blum Y, Rramani Dervishi Q, et al. (2025). Feasibility and preliminary effectiveness of an intervention on patient engagement in patient safety: a prospective, mixed-methods evaluation in patient and family advisory councils (PFACs). BMJ Open, 15, e109333. doi: 10.1136/bmjopen-2025-109333

Brust, L., Blum, Y., & Weigl, M. (2025). Promoting Patient Safety Through Patient Engagement at the Organisational Level: A Delphi-Based Needs Assessment Among Patient and Family Advisory Councils. Health Expectations, 28(3), e70319. https://doi.org/10.1111/hex.70319

Brust, L., Koch, A., & Weigl, M. (2024). Safety first? Sicherheitsrelevante Ereignisse aus Patientenperspektive: Qualitative Analyse der Erfahrungen von Patient:innen und Einschätzungen von Expert:innen. Prävention und Gesundheitsförderung. https://doi.org/10.1007/s11553-024-01147-7

Bundesministerium der Justiz. (o.J.). § 140f Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V).

Cepeda, E., Reguero, M., Abón, V., & Puyol, M. (2025). Enhancing patient engagement in cancer research: A focus on patient-centric approaches to scientific discovery. Molecular Oncology, 19(6), 1549–1552. https://doi.org/10.1002/1878-0261.70004

Coulter, A., & Oldham, J. (2016). Person-centred care: What is it and how do we get there? Future Hospital Journal, 3(2), 114–116. https://doi.org/10.7861/futurehosp.3-2-114

Cox, R., Molineux, M., Kendall, M., Tanner, B., & Miller, E. (2022). Co-produced capability framework for successful patient and staff partnerships in healthcare quality improvement: Results of a scoping review. BMJ Quality & Safety, 31(2), 134–146. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-012729

Creswell, J. W. (2015). A concise introduction to mixed methods research. SAGE.

Creswell, J. W., Klassen, A. C., Plano Clark, V. L., & Smith, K. C. (2011). Best practices for mixed methods research in the health sciences. Bethesda (Maryland): National Institutes of Health, 2013, 541–545.

Davis, R. E., Jacklin, R., Sevdalis, N., & Vincent, C. A. (2007). Patient involvement in patient safety: What factors influence patient participation and engagement? Health Expectations, 10(3), 259–267. https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2007.00450.x

Engler, J., Engler, F., Gerber, M., Brosse, F., Voigt, K., & Mergenthal, K. (2024). Establishing a standing patient advisory board in family practice research: A qualitative evaluation from patients' and researchers' perspectives. Health Expectations, 27(3), e14094. https://doi.org/10.1111/hex.14094

Friebel, R., Henschke, C., & Maynou, L. (2021). Comparing the dangers of a stay in English and German hospitals for high-need patients. Health Services Research, 56(S3), 1405–1417. https://doi.org/10.1111/1475-6773.1371

Goeschel, C. A., Weiss, W. M., & Pronovost, P. J. (2012). Using a logic model to design and evaluate quality and patient safety improvement programs. International Journal for Quality in Health Care, 24(4), 330–337. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs029

Greenhalgh, T., Hinton, L., Finlay, T., Macfarlane, A., Fahy, N., Clyde, B., & Chant, A. (2019). Frameworks for supporting patient and public involvement in research: Systematic review and co-design pilot. Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy, 22(4), 785–801. https://doi.org/10.1111/hex.12888

Hong, Q. N., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., Nicolau, B., O'Cathain, A., Rousseau, M.-C., Vedel, I., & Pluye, P. (2018). The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. Education for Information, 34(4), 285–291. https://doi.org/10.3233/EFI-180221

Jesus, T. S., Zhang, M., Lee, D., Stern, B. Z., Struhar, J., Heinemann, A. W., Jordan, N., & Deutsch, A. (2025). Improving Patient Experience With Provider Communication: Systematic Review of Interventions, Implementation Strategies, and Their Effectiveness. Medical Care, 63(8), 545–554. https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000002158

Kien, C., Griebler, U., Schultes, M.-T., Thaler, K. J., & Stamm, T. (2021). Psychometric Testing of the German Versions of Three Implementation Outcome Measures. Global Implementation Research and Applications, 1(3), 183–194. https://doi.org/10.1007/s43477-021-00019-y

Koch, A., Brust, L., & Weigl, M. (2024). Barriers and Facilitators of Patient Engagement Activities to Improve Patient Safety in Healthcare Organizations: A Delphi-Based Expert Survey. Risk Management and Healthcare Policy, 17, 3217–3226. https://doi.org/10.2147/RMHP.S489522

Krathwohl, D. R. (2002). A Revision of Bloom's Taxonomy: An Overview. Theory Into Practice, 41(4), 212–218.

Kumah, A. (2025). Poor quality care in healthcare settings: An overlooked epidemic. Frontiers in Public Health, 13, 1504172. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1504172

Levitt, H. M., Bamberg, M., Creswell, J. W., Frost, D. M., Josselson, R., & Suárez-Orozco, C. (2018). Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. American Psychologist, 73(1), 26–46. https://doi.org/10.1037/amp0000151

Mertens, L., Wildiers, H., Van Veenendaal, H., Oueslati, R., Kasmi, T., Bekkering, G., Hannes, K., Delvaux, N., Vermandere, M., Van Bostraeten, P., Jaeken, J., & Aertgeerts, B. (2025). From Burden to Empowerment. Patient-Reported Influencing Factors on Participation in Shared Decision Making in Oncology, a Meta-Study. Psycho-Oncology, 34(7), e70218. https://doi.org/10.1002/pon.70218

Narbutas, Š., York, K., Stein, B. D., Magsanoc-Alikpala, K., Majima, Y., Kalo, Z., Almasi, T., & Inotai, A. (2017). Overview on Patient Centricity in Cancer Care. Frontiers in Pharmacology, 8, 698. https://doi.org/10.3389/fphar.2017.00698

Nasa, P., Jain, R., & Juneja, D. (2021). Delphi methodology in healthcare research: How to decide its appropriateness. World Journal of Methodology, 11(4), 116–129. https://doi.org/10.5662/wjm.v11.i4.116

Newman, B., Joseph, K., Chauhan, A., Seale, H., Li, J., Manias, E., Walton, M., Mears, S., Jones, B., & Harrison, R. (2021). Do patient engagement interventions work for all patients? A systematic review and realist synthesis of interventions to enhance patient safety. Health Expectations, 24(6), 1905–1923. https://doi.org/10.1111/hex.13343

Ocloo, J., & Matthews, R. (2016). From tokenism to empowerment: Progressing patient and public involvement in healthcare improvement. BMJ Quality & Safety, 25(8), 626–632. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004839

Oldfield, B. J., Harrison, M. A., Genao, I., Greene, A. T., Pappas, M. E., Glover, J. G., & Rosenthal, M. S. (2019). Patient, Family, and Community Advisory Councils in Health Care and Research: A Systematic Review. Journal of General Internal Medicine, 34(7), 1292–1303. https://doi.org/10.1007/s11606-018-4565-9

Pace, R., Pluye, P., Bartlett, G., Macaulay, A. C., Salsberg, J., Jagosh, J., & Seller, R. (2012). Testing the reliability and efficiency of the pilot Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) for systematic mixed studies review. International Journal of Nursing Studies, 49(1), 47–53. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.07.002

Plamper, E., & Meinhardt, M. (2008). Patientenvertreterbeteiligung an Entscheidungen über Versorgungsleistungen in Deutschland: Die Perspektive der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss und der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 51(1), 81–88. https://doi.org/10.1007/s00103-008-0422-z

Romme, S., Hermans, M., Bosveld, M. H., Plak, A., Sehlbach, C., & Van Bokhoven, M. A. (2024). How patients and informal caregivers can be trained to effectively contribute to improved quality of healthcare services: Action research on the development of the Dutch Patient As a Person Academy. BMJ Open, 14(12), e079712. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-079712

Rramani Dervishi, Q., Blum, Y., Brust, L., & Weigl, M. (2025). Engaging patient and family advisory councils (PFACs) in patient safety in healthcare organizations: A rapid scoping review. Under Review.

Schrappe, M. (2019). APS-Weißbuch Patientensicherheit: Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern. Hrsg. vom Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS). Gefördert durch den Verband der Ersatzkassen (vdek). Mit Geleitworten von Jens Spahn, Donald M. Berwick und Mike Durkin (1st ed). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Sharma, A. E., Knox, M., Mleczko, V. L., & Olayiwola, J. N. (2017). The impact of patient advisors on healthcare outcomes: A systematic review. BMC Health Services Research, 17(1), 693. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2630-4

Slawomirski, L., Auraaen, A., & Klazinga, N. S. (2017, Juni 25). The economics of patient safety. OECD. https://www.oecd.org/en/publications/the-economics-of-patient-safety_5a9858cd-en.html

Spranger, J., Homberg, A., Sonnberger, M., & Niederberger, M. (2022). Reporting guidelines for Delphi techniques in health sciences: A methodological review. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 172, 1–11. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.04.025

Weiner, B. J., Lewis, C. C., Stanick, C., Powell, B. J., Dorsey, C. N., Clary, A. S., Boynton, M. H., & Halko, H. (2017). Psychometric assessment of three newly developed implementation outcome measures. Implementation Science, 12(1), 108. https://doi.org/10.1186/s13012-017-0635-3

Westerink, H. J., Oirbans, T., Garvelink, M. M., Van Uden-Kraan, C. F., Zouitni, O., Bart, H. A. J., Van Der Wees, P. J., & Van Der Nat, P. B. (2023). Barriers and facilitators of meaningful patient participation at the collective level in healthcare organizations: A systematic review. Health Policy, 138, 104946. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104946

W.K. Kellogg Foundation. (2004). Logic model development. Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action. WK Kellogg Foundation.

World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. World Health Organization.

Wright, M., Block, M., & von Unger, H. (2007). Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung. Info_Dienst für Gesundheitsförderung, 7(3), 4–5.

Zscheppang, A., Falge, C., Betscher, S., Köster-Eiserfunke, A., Fiedler, J., Czernik, C., Hoevener, C., & Kuehne, A. (2025). Partizipation und Ko-Kreation in der Implementierungsforschung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 68(7), 728–737. https://doi.org/10.1007/s00103-025-04085-7

Dr. rer. oec. Corinna Hentschker
Dr. rer. oec. Robert Messerle
Julia Schlüter MaHE
Prof. Dr. med. Jochen Schmitt MPH
Dr. med. Jürgen Malzahn

Effekte der Hybrid-DRG-Einführung – eine Analyse auf Basis von AOK-Daten

Zusammenfassung

Hintergrund: Mit der Einführung der Hybrid-DRGs gemäß § 115f SGB V wollte der Gesetzgeber die im internationalen Vergleich nur langsam voranschreitende Ambulantisierung traditionell stationär erbrachter Leistungen voranbringen. Um den Rückstand bei der Ambulantisierung in Deutschland zu reduzieren, wurden im Jahr 2024 fünf Leistungsbereiche festgelegt, für die Krankenhäuser und Vertragsärzte einheitliche sektorenunabhängige Fallpauschalen (Hybrid-DRGs) erhalten.

Methodik: Der Effekt der Einführung der Hybrid-DRG-Vergütung wird anhand bundesweiter GKV-Routinedaten der AOK der Jahre 2022 bis 2024 analysiert. Dargestellt werden für die fünf Leistungsbereiche die Fallzahlen (insgesamt sowie stratifiziert nach ambulanter und stationärer Leistungserbringung) und der Effekt auf die Ausgaben in beiden Sektoren. Um Rückschlüsse auf die gesamte GKV zu ziehen, wurden die Daten auf Basis der KM6-Statistik nach Alter, Geschlecht und KV-Region standardisiert und auf die gesamte GKV hochgerechnet. Die Analysen erfolgten explorativ.

Ergebnisse: 2024 wurden 360.000 Fälle abgerechnet, die unter die Hybrid-DRG-Regelung fallen. Werden die erbrachten Behandlungen aus den Bereichen Krankenhaus und Vertragsarzt gemeinsam betrachtet, so zeigt sich 2024 gegenüber dem Vorjahr ein Anstieg von 7%. Der Anteil der ambulant erbrachten Fälle über die fünf betrachteten Leistungsbereiche hinweg stieg von 42% im Jahr 2023 auf 49% im Jahr 2024 an. In der Gesamtbetrachtung zeigt sich ein nahezu unverändertes Ausgabenvolumen. Dies ist jedoch insbesondere darauf zurückzuführen, dass im ambulanten Bereich häufig noch nach dem günstigeren EBM abgerechnet wurde.

Diskussion: Aus Sicht der Solidargemeinschaft muss eine Ambulantisierung von bisher stationär erbrachten Leistungen dazu führen, dass Effizienzgewinne in der Versorgung die Versicherten entlasten. Die vorliegende Analyse zeigt jedoch, dass insbesondere die Vertragsärzte schnell auf die höheren Preise reagiert haben und starke Mengensteigerungen zu verzeichnen sind. Der finanzielle Effekt auf die GKV ist zwar noch neutral, allerdings nur, weil ein großer Teil der Fälle weiterhin per EBM abgerechnet wurde. Sobald die Abrechnung der Hybrid-DRGs etabliert ist, sind infolge der Mengensteigerungen Kostensteigerungen für die GKV von ca. 5% (49 Mio. Euro) zu erwarten.

Keywords

Ambulantisierung, Hybrid-DRG, GKV-Routinedaten, Effizienz, Gesundheitsökonomie

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2801

Zum 01.01.2024 wurde mit Einführung der Hybrid-DRGs nach § 115f SGB V ein sektorenübergreifendes, einheitliches Vergütungssystem für bestimmte medizinische Leistungen etabliert. Ziel ist die Ambulantisierung von Leistungen, die sicher, qualitativ angemessen und effektiv im ambulanten Setting erbracht werden können, die jedoch bisher in Deutschland – anders als im internationalen Vergleich – traditionell sehr häufig stationär erfolgten. Zudem soll ein effizienterer Einsatz medizinischer Fachkräfte gefördert und die Wirtschaftlichkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bei gleichbleibender Versorgungsqualität gestärkt werden [1, 2]. Das Hybrid-DRG-Vergütungssystem gilt sowohl für die vertragsärztliche als auch für die stationäre Versorgung und umfasst folgende fünf Leistungsbereiche: bestimmte Hernieneingriffe, Entfernung von Harnleitersteinen, Ovariektomien (Entfernung der Eierstöcke), Arthrodesen an Zehengelenken (Gelenkversteifung) und Entfernung von Steißbeinfisteln (Sinus pilonidalis). Für das Jahr 2024 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) diesen fünf Leistungsbereichen insgesamt zwölf Hybrid-DRGs zugeordnet. Bis zum 31.12.2023 konnten diese Eingriffe entweder ambulant nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) oder stationär mittels DRGs abgerechnet werden.

Die neuen Hybrid-DRGs stellen sektorenunabhängige Fallpauschalen dar. Sie sorgen dafür, dass sowohl Krankenhäuser als auch Vertragsärzte für die betreffenden Leistungen eine einheitliche, pauschalierte Vergütung erhalten [3]. Die Vergütung der Hybrid-DRG-Fälle basiert auf einem gewichteten Mischpreis, der sich aus den bisherigen stationären und ambulanten Vergütungssätzen zusammensetzt. Da die ambulanten Sätze bislang weit unter dem stationären Niveau lagen, führte diese Mischkalkulation zu einer Absenkung der stationären und gleichzeitig zu einer deutlichen Anhebung der ambulanten Vergütung.

>> Aus Sicht der beitragszahlenden Solidargemeinschaft muss die Ambulantisierung mittels Hybrid-DRGs die Effizienz der Versorgung steigern, d. h., die Versorgung muss insgesamt kosteneffektiver werden und zur dringend notwendigen Senkung der GKV-Ausgaben beitragen. Bisher fehlen jedoch Analysen zum Effekt der Einführung von Hybrid-DRGs in Deutschland auf die Leistungsmenge, den Ort der Erbringung und die Kosteneffekte. Um diese Evidenzlücke zu füllen, analysierten wir bundesweite GKV-Routinedaten der AOK. Die Analyse erfolgte explorativ; die Berichterstattung erfolgt gemäß STROSA-Empfehlungen [4].

Methodik

Beschreibung der Datenselektion

Die folgenden Analysen basieren auf AOK-Abrechnungsdaten der Jahre 2022 bis 2024. Um Rückschlüsse auf die gesamte GKV zu ziehen, wurden die Daten auf Basis der Versichertenstatistik der GKV (KM6-Statistik) nach Alter, Geschlecht und Wohnort (KV-Region) standardisiert und auf die gesamte GKV hochgerechnet, indem die entsprechenden Versichertenanteile der AOKs zugrunde gelegt wurden. Es handelt sich um eine explorative Analyse der beobachteten Entwicklungen.

Am Krankenhaus erbrachte Leistungen

In die Analyse wurden alle im Jahr 2024 nach Hybrid-DRG abgerechneten Fälle einbezogen. Für einen Vergleich mit den Vorjahren

mussten die potenziellen Hybrid-Fälle mit Abrechnung nach DRG und nach § 115b SGB V (ambulantes Operieren / AOP) aus den Vorjahren herangezogen werden. Es wurden jene stationären DRG-Fälle des Vorzeitraums (2022 und 2023) betrachtet, die 2024 potenziell in Hybrid-DRGs münden würden – basierend auf den zwölf „Mutter-DRGs"(1). Hierfür wurden nur die Fälle einbezogen, welche eine Prozedur (OPS-Kode) aus dem Startkatalog der Hybrid-DRG-Verordnung des BMG (2) aufwiesen. Im Jahr 2022 und 2023 erfolgte die Abrechnung dieser Fälle noch vollständig über das aG-DRG-System. Ab 2024 wurden Teile dieser Fälle über Hybrid-DRGs vergütet. Das sind in der Regel Fälle, die eine Hybrid-Prozedur, eine Verweildauer von einem Tag und einen PCCL von kleiner als drei aufweisen [1, 5]. Fälle, die die Hybrid-DRG-Kriterien nicht erfüllten – in der Regel Fälle mit einer Verweildauer von mehr als einem Tag und/oder Fälle mit einer höheren Erkrankungsschwere (Vorliegen von Kontextfaktoren oder einem PCCL > 2) – wurden 2024 weiterhin über das DRG-System abgerechnet. Abbildung 1 stellt die Spezifikation schematisch dar.

Um die stationären Ausgaben 2022 sowie 2023 mit 2024 vergleichbar zu machen und den Preiseffekt durch die Landesbasisfallwerterhöhung zu bereinigen, wurde der Casemix der Fälle 2022 und 2023 mit dem jeweiligen Landesbasisfallwert 2024 multipliziert.

Für die Bestimmung der potenziellen Hybrid-Fälle 2022 und 2023 aus den § 115b SGB V-Daten (ambulantes Operieren), wurden Fälle, welche einen OPS-Kode aus dem Startkatalog der Hybrid-DRGs aufwiesen, als solche gezählt. Bei diesen Fällen muss zusätzlich ein Entgelt aus dem EBM-Kapitel 31.2 (ambulante Operationen) abgerechnet worden sein. Die so ermittelten Fälle wurden in der Vergangenheit bereits ambulant erbracht, es ändert sich hier nur das Vergütungssystem bzw. es steigt aufgrund der Mischkalkulation der Erlös, der nun sehr viel höher als vorher ist.

Entsprechend konnten diese Leistungen im Jahr 2024 grundsätzlich nicht mehr als ambulante Operation nach § 115b SGB V abgerechnet werden, sondern als Hybrid-DRG nach § 115f SGB V. Es wurde jedoch festgestellt, dass Fälle mit diesen OPS-Kodes teilweise auch noch im Jahr 2024 als § 115b SGB V-Leistung abgerechnet wurden. Für den Vergleich mit den Vorjahren wurden diese Fälle auch im Jahr 2024 mitgezählt, um einen fairen Vergleich zu gewährleisten. Dass diese Fälle auftreten, kann auch eine Folge des späten Inkrafttretens der Hybrid-DRG-Verordnung und der Abrechnungsvereinbarung sein. In den Daten ist ersichtlich, dass der Anteil dieser Fälle im Laufe des Jahres 2024 abnimmt.

Um die Ausgaben für das ambulante Operieren der Jahre 2022 und 2023 mit denen des Jahres 2024 vergleichbar zu machen, wurden die Ausgaben des Jahres 2023 um die Steigerung des Orientierungswerts für alle vertragsärztlichen Leistungen des Jahres 2024 in Höhe von 3,85% erhöht und die Ausgaben des Jahres 2022 zusätzlich mit der Steigerung des Orientierungswerts des Jahres 2023 in Höhe von 2,00% [6].

Vertragsärztliche Leistungen

Es wurden alle Hybrid-Fälle einbezogen, welche im Jahr 2024 gegenüber der AOK gemäß der Übergangsvereinbarung zur vertragsärztlichen Abrechnung mit speziellen Abrechnungsziffern über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) abgerechnet wurden. Fälle von Direktabrechnern, bei denen ohne Einbezug der KV direkt mit den Krankenkassen abgerechnet wurde, sind in den Daten nur teilweise enthalten. Für den Vergleich mit den Vorjahren 2022 und 2023, in denen die Abrechnung noch nach EBM erfolgte, wurden alle Fälle aufgegriffen, bei denen sowohl eine Hybrid-Prozedur aus dem Startkatalog kodiert als auch eine Gebühren-

– – – – – – –

1: Jeder Hybrid-DRG ist eine „Mutter-DRG" zugewiesen, die weiterhin nach dem DRG-System abgerechnet wird. Hierin enthalten sind ab dem Jahr 2024 Fälle, welche keinen OPS-Kode nach Hybrid-DRG-Startkatalog aufweisen oder Fälle, die auf Basis der Erkrankungsschwere weiterhin stationär erbracht werden.

2: Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung). BGBl. 2023 I Nr. 380 vom 21.12.2023.

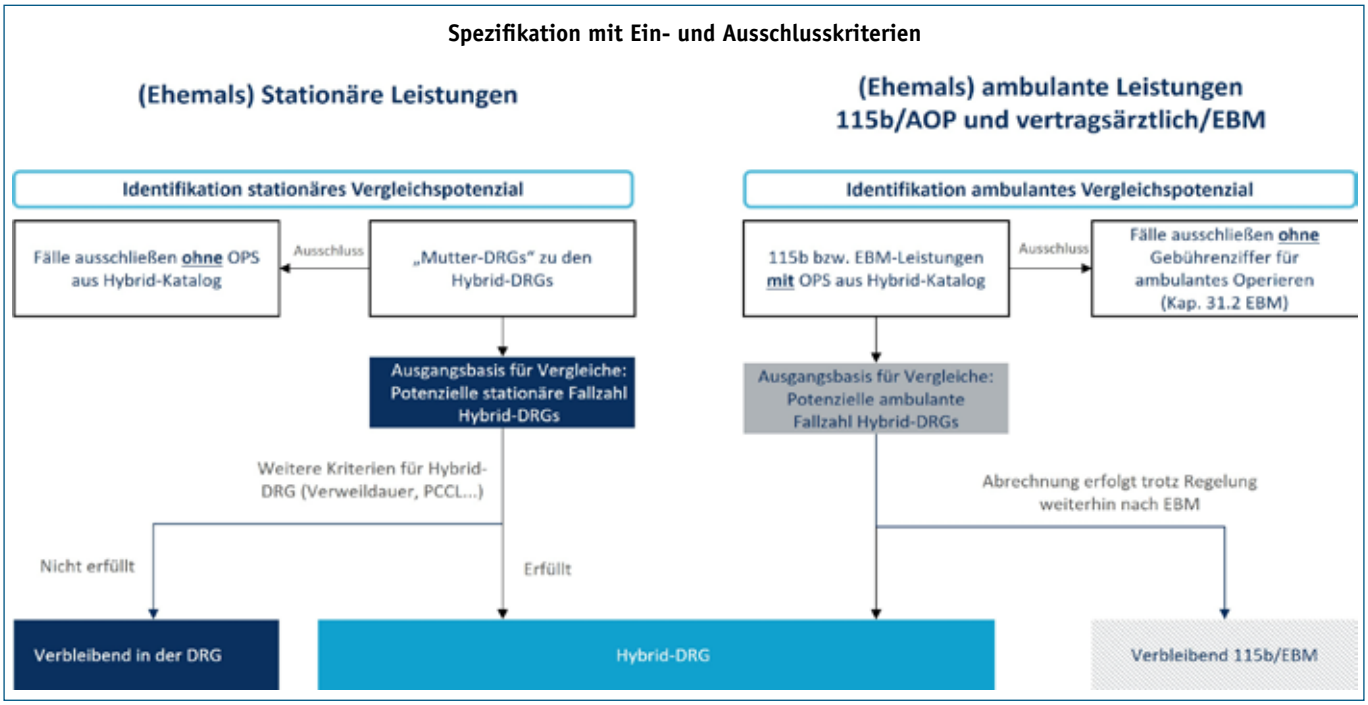


Abb. 1: Spezifikation mit Ein- und Ausschlusskriterien. Eigene Darstellung.

ordnungsziffer (GOP) aus dem Kapitel 31.2 (ambulantes Operieren) abgerechnet wurde (siehe auch Abb. 1). Fälle mit ausschließlich weiteren Leistungen wie z. B. der Anästhesie wurden in der Fallzählung also nicht berücksichtigt, um eine Doppelzählung zu vermeiden. Fälle aus Selektivverträgen mit abweichenden Abrechnungsziffern sind ebenfalls nicht enthalten, da sie nicht dem Hybrid-Bereich zugeordnet werden können.

Die Ausgaben für die vertragsärztlich erbrachten EBM-Leistungen können aus den Daten nicht vollständig erschlossen werden, weil verschiedene Kostenarten, wie z. B. Sachkosten, nicht immer einem einzelnen Fall zugeordnet werden können. Daher wurden je Leistungsbereich die durchschnittlichen Ausgaben für § 115b-Leistungen aus dem Krankenhaus herangezogen. Um die Ausgaben für das ambulante Operieren der Jahre 2022 und 2023 mit denen des Jahres 2024 vergleichbar zu machen, wurde wie für die § 115b SGB V-Leistungen vorgegangen. Wie im Krankenhaus wurden auch im vertragsärztlichen Bereich im Jahr 2024 Fälle mit einer Hybrid-Prozedur weiterhin über den EBM vergütet, obwohl prinzipiell ein Anspruch auf die höhere Vergütung mit der Hybrid-DRG bestanden hat. Jedoch ist auch hier ein sinkender Anteil dieser Fälle im Laufe des Jahres 2024 zu beobachten.

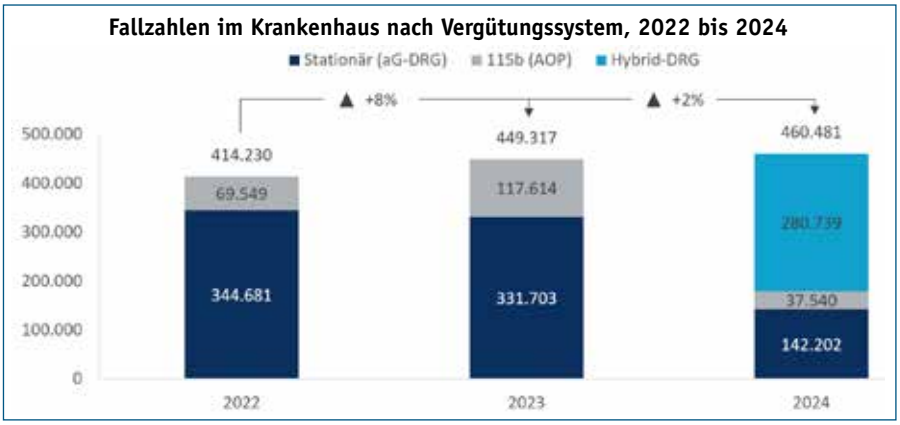


Abb. 2: Fallzahlen im Krankenhaus nach Vergütungssystem, 2022 bis 2024. Quelle: AOK-Abrechnungsdaten (standardisiert und hochgerechnet auf gesamte GKV). Eigene Darstellung.

Ergebnisse

Mit der Einführung der Hybrid-DRGs gab es wesentliche Verschiebungen, die im Folgenden zunächst einzeln für die Leistungserbringer „Krankenhaus" und „Vertragsarzt" und dann in der Gesamtbetrachtung dargestellt werden.

Leistungserbringer Krankenhaus

Tabelle 1 stellt Fallzahlen, Kosten und Tage für die Jahre 2022 bis 2024 nach Abrechnungsart für § 115b SGB V (AOP), DRG und Hybrid-DRG nach Leistungsbereichen für die am Krankenhaus erbrachten Behandlungen dar. Die Leistungsbereiche „Bestimmte Hernieneingriffe", „Entfernung der Harnleitersteine" und „Ovarientomien" machten dabei über 80% der Fälle aus.

Im Jahr 2023 wurden rund 331.700 Fälle über die Mutter-DRGs abgerechnet, welche 2024 potenziell in eine Hybrid-DRG münden konnten. Im Jahr 2024 reduzierte sich deren Anzahl auf 142.200 Fälle (-57%). Es wurden entsprechend der neuen Vorgaben nur noch jene Fälle über die aG-DRG abgerechnet, die die Hybrid-DRG-Kriterien nicht erfüllten, also z. B. eine Verweildauer größer als ein Tag oder eine höhere Erkrankungsschwere aufwiesen. Parallel dazu gab es im Jahr 2023 rund 117.600 nach § 115b SGB V abgerechnete Fälle, welche im Jahr 2024 hybrid-fähig gewesen wären. Im Jahr 2024 reduzierte sich deren Anzahl auf 37.500 Fälle (-68%). Dass sich weiterhin Fälle mit Hybrid-Prozeduren in den Abrechnungen für das ambulante Operieren nach § 115b SGB V (AOP) wiederfinden, muss weiter beobachtet werden. Auffällig ist, dass bereits vor Einführung der Hybrid-DRG-Vergütung eine deutliche Mengenentwicklung zu beobachten war. So erbrachten Krankenhäuser 2023 im Vergleich zum Vorjahr ca. 8% mehr Fälle in den Leistungsbereichen. Dieser Anstieg wurde vor allem durch die § 115b SGB V-Leistungen getrieben.

Im Jahr 2024 wurden erstmalig rund 280.700 Fälle über Hybrid-DRGs abgerechnet. Um die Entwicklung zu beurteilen, muss auf die Gesamtfallzahlen (einschließlich Hybrid-DRG-Fälle) geschaut werden. Die Gesamtentwicklung der Fallzahlen im Krankenhaus zeigt, dass diese im Jahr 2024 im Vergleich zu 2023 leicht gestiegen sind (+2%) (Abb. 2).

Auf der Ausgabenseite zeigt sich, dass diese im Jahr 2024 gegenüber dem Vorjahr um 7% sanken (-71 Mio. Euro, Tab. 1). Dieser Effekt setzt sich zusammen aus einem Mengeneffekt (+21 Mio. Euro) und einem Preiseffekt von -92 Mio. Euro. Letzterer basiert wiederum auf zwei Effekten für die Hybrid-Fälle: Durch die Einführung der Hybrid-DRGs sank die Vergütung für die ehemals nach DRG abgerechneten Fälle. Im Durchschnitt erhalten die Krankenhäuser für diese Fälle noch zwei Drittel der ehemals stationären Vergütung. Im Gegensatz dazu verdoppelte sich die Vergütung für die ehemaligen AOP-Fälle (Anstieg um ca. 100%).

Zu berücksichtigen ist, dass im Jahr 2024 rund 37.500 Fälle weiter nach EBM abgerechnet wurden, für die gesetzlich der Anspruch auf eine Hybrid-DRG bestand. Würden diese Fälle entsprechend über Hybrid-DRG abgerechnet werden, so würden der GKV zusätzliche Ausgaben i. H. v. 25 Mio. Euro entstehen. Die Ausgabenreduktion im Krankenhaus würde dann nur noch 46 Mio. Euro betragen.

Zusätzlich ist noch ein weiterer Effekt zu beachten: Aufgrund der Einführung der Hybrid-DRGs reduzierten sich die Belegungstage im Krankenhaus, da Fälle häufiger ambulant erbracht wurden und nicht mehr über Nacht im Krankenhaus blieben. Im Jahr 2024 wurden gegenüber 2023 rund 78.000 weniger Belegungstage verzeichnet (-11%). Eine konservative Methode, die Kostenverminderung aufgrund dieser Reduktion abzuschätzen, besteht darin, den Betrag von 160 Euro pro Belegungstag zu veranschlagen, wie dies bei der tagesstationären Behandlung nach § 115e SGB V für die weggefallenen Übernachtungen vorgenommen wird.(3) Daraus ergeben sich rund 12 Mio. Euro Kosteneinsparungen für Krankenhäuser.

– – – – – –

3: Der § 115e SGB V sieht eine Reduktion von 0,04 Bewertungsrelationen je entfallender Übernachtung vor, was bei einem Basisfallwert von ungefähr 4.000 Euro einer Reduktion um 160 Euro entspricht.

Leistungserbringer Vertragsärzte

Bei den (potenziellen) Hybrid-DRG-Fällen im Vertragsarztbereich ist eine dynamische Entwicklung zu beobachten. Bereits im Jahr 2023 stiegen die Fallzahlen im Vergleich zum Vorjahr um 8% von 108.700 auf 117.800 Fälle an (Tab. 2). Im Jahr der Hybrid-DRG-Einführung war eine erneute Steigerung der Fälle um 23% auf 144.400 Fälle zu beobachten.

Aufgrund der Mischkalkulation der Hybrid-DRGs aus ehemals stationärer und ambulanter Vergütung stiegen die durchschnittlichen Ausgaben je Fall um ca. 43% an. Da im Jahr 2024 aber weiterhin über 40% der Fälle nach EBM abgerechnet wurden, fiel die Steigerung der Gesamtausgaben bisher geringer aus, als auf Basis der Vergütungsdifferenzen erwartbar gewesen wäre. Insgesamt stiegen die Ausgaben 2024 gegenüber 2023 um 75% und damit um ungefähr 64 Mio. Euro. Diese Steigerung setzt sich zusammen aus einem Mengeneffekt, begründet durch die Fallzahlsteigerungen in Höhe von 28 Mio. Euro (32%), sowie einem Preiseffekt aufgrund der steigenden Durchschnittskosten in Höhe von 37 Mio. Euro (43%).

Zusätzlich ist für die Ausgaben zu berücksichtigen, dass die verbleibenden Fälle mit EBM-Abrechnung 2024 zukünftig über die Hybrid-DRGs abgerechnet werden. So entstehen der GKV zukünftig zusätzliche Mehrausgaben i. H. v. rund 30 Mio. Euro. Die GKV-Ausgaben im vertragsärztlichen Bereich würden sich somit im Vergleich zu 2023 verdoppeln, von 86 Mio. Euro auf 180 Mio. Euro.

Gesamtbetrachtung

Werden die erbrachten Behandlungen aus den Bereichen Krankenhaus und Vertragsarzt gemeinsam betrachtet, so zeigt sich im Jahr 2024 gegenüber dem Vorjahr ein Fallzahlanstieg von 7% (Tab. 3). Aufgrund der gesunkenen Durchschnittskosten je Fall steht diesem Anstieg dennoch eine Ausgabenreduktion von 1% gegenüber.

Allerdings ist davon auszugehen, dass die von den Krankenhäusern und Vertragsärzten derzeit noch über EBM abgerechneten Hybrid-DRG-Leistungen zukünftig auch über Hybrid-DRGs abgerechnet werden, ggf. könnten auch rückwirkende Rechnungskorrekturen erfolgen. Dieses Szenario wird in Tabelle 3 in den letzten beiden Spalten dargestellt. In diesem Szenario wird davon ausgegangen, dass sich die Ausgaben für die verbleibenden EBM-Abrechnungsfälle ungefähr verdoppeln würden. Insgesamt würde sich aufgrund der Einführung von Hybrid-DRGs dann eine Ausgabensteigerung von ca. 5% bzw. 49 Mio. Euro für das Jahr 2024 im Vergleich zu 2023 ergeben. Dieser Anstieg wäre maßgeblich getrieben durch einen Mengeneffekt infolge der erheblichen Fallzahlzuwächse.

Zwischen den Leistungsbereichen bestünden dabei erhebliche Unterschiede. Während sich bei Hernieneingriffen und der Entfernung der Harnleitersteine nur relativ kleine Veränderungen ergäben, bestünde bei den anderen Bereichen mehr Dynamik. Dies sind die Bereiche, bei denen bereits eine relativ hohe Ambulantisierung zu verzeichnen ist (siehe nächster

Ausgewählte Kennzahlen für Leistungserbringer Krankenhaus im Bereich der (potenziellen) Hybrid-DRGs

Leistungsbereich	115b-Abrechnung (AOP)					DRG-Abrechnung					H
	2022	2023	2024	VÄR 2023 zu 2022	VÄR 2024 zu 2023	2022	2023	2024	VÄR 2023 zu 2022	VÄR 2024 zu 2023	
Fallzahlen											
Bestimmte Hernieneingriffe	27.540	48.463	6.712	76 %	-86 %	127.437	121.657	33.150	-5 %	-73 %	
Entfernung Harnleitersteine	3.639	7.151	1.579	97 %	-78 %	100.765	102.988	57.353	2 %	-44 %	
Ovariektomien	21.645	30.148	10.844	39 %	-64 %	67.062	63.732	32.791	-5 %	-49 %	
Arthrodese Zehengelenk	7.240	11.756	5.471	62 %	-53 %	31.767	28.006	15.008	-12 %	-46 %	
Exzision Sinus pilonidalis	9.485	20.096	12.934	112 %	-36 %	17.650	15.320	3.900	-13 %	-75 %	
Summe	69.549	117.614	37.540	69 %	-68 %	344.681	331.703	142.202	-4 %	-57 %	
Kosten											
Bestimmte Hernieneingriffe	19.044.217	39.626.753	5.493.829	108 %	-86 %	351.781.896	327.955.257	108.668.195	-7 %	-67 %	
Entfernung Harnleitersteine	2.705.500	5.614.270	1.079.533	108 %	-81 %	253.305.437	261.179.012	159.543.995	3 %	-39 %	
Ovariektomien	12.686.636	18.258.433	6.624.854	44 %	-64 %	200.902.918	182.103.537	108.451.971	-9 %	-40 %	
Arthrodese Zehengelenk	4.551.720	8.165.948	3.917.305	79 %	-52 %	85.418.830	74.127.050	44.173.156	-13 %	-40 %	
Exzision Sinus pilonidalis	6.781.576	14.136.993	7.292.865	108 %	-48 %	30.322.536	25.868.111	8.644.075	-15 %	-67 %	
Summe	45.769.649	85.802.397	24.408.386	87 %	-72 %	921.731.617	871.232.967	429.481.392	-5 %	-51 %	
Tage											
Bestimmte Hernieneingriffe	0	0	0			226.080	212.136	109.503	-6 %	-48 %	
Entfernung Harnleitersteine	0	0	0			264.137	266.849	198.637	1 %	-26 %	
Ovariektomien	0	0	0			157.336	144.046	100.913	-8 %	-30 %	
Arthrodese Zehengelenk	0	0	0			69.211	58.476	38.428	-16 %	-34 %	
Exzision Sinus pilonidalis	0	0	0			28.210	24.992	11.753	-11 %	-53 %	
Summe	0	0	0			744.974	706.499	459.234	-5 %	-35 %	
Durchschnittliche Kosten											
Bestimmte Hernieneingriffe	692	818	819	18 %	0 %	2.760	2.696	3.278	-2 %	22 %	
Entfernung Harnleitersteine	743	785	684	6 %	-13 %	2.514	2.536	2.782	1 %	10 %	
Ovariektomien	586	606	611	3 %	1 %	2.996	2.857	3.307	-5 %	16 %	
Arthrodese Zehengelenk	629	695	716	10 %	3 %	2.689	2.647	2.943	-2 %	11 %	
Exzision Sinus pilonidalis	715	703	564	-2 %	-20 %	1.718	1.689	2.216	-2 %	31 %	
Summe	658	730	650	11 %	-11 %	2.674	2.627	3.020	-2 %	15 %	

Tab. 1: Ausgewählte Kennzahlen für Leistungserbringer Krankenhaus im Bereich der (potenziellen) Hybrid-DRGs, 2022 bis 2024. Anmerkung: Um Preiseffekte durch Steigerung
Abrechnungsdaten (standardisiert und hochgerechnet auf gesamte GKV). Eigene Darstellung.

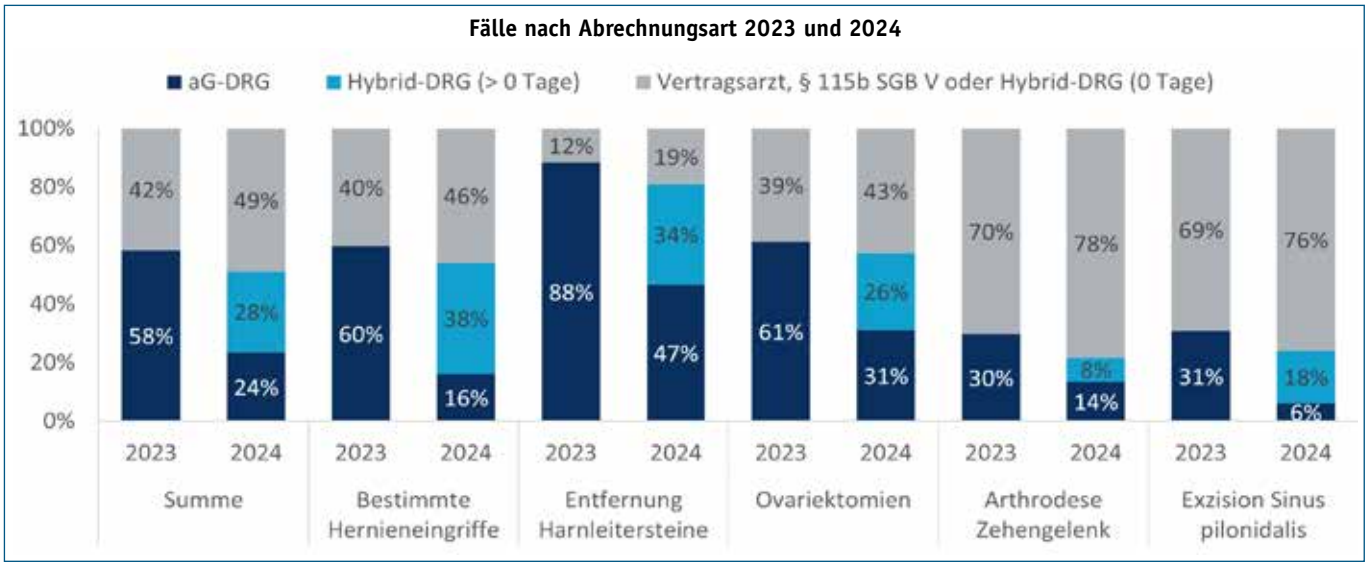


Abb. 3: Fälle nach Abrechnungsart 2023 und 2024, Anteil in %. Quelle: AOK-Abrechnungsdaten (standardisiert und hochgerechnet auf gesamte GKV). Eigene Darstellung.

Abschnitt). Insbesondere beim zahlenmäßig kleinsten Leistungsbereich „Exzision Sinus pilonidalis" wäre – bei vollständiger Abrechnung über Hybrid-DRGs – ein Ausgabenanstieg um ca. 42% bzw. 21 Mio. Euro zu verzeichnen.

ybrid-DRG-Abrechnung		Gesamt				
2024	2024 davon: 0 Tage	2022 (Stat. + AOP)	2023 (Stat. + AOP)	2024 (Stat. + Hybrid + AOP verbl.)	VÄR 2023 zu 2022	VÄR 2024 zu 2023
133.111	55.309	154.977	170.120	172.973	10 %	2 %
56.069	13.983	104.404	110.139	115.001	5 %	4 %
50.978	23.534	88.707	93.880	94.613	6 %	1 %
17.901	8.912	39.007	39.762	38.380	2 %	-3 %
22.680	11.610	27.135	35.416	39.514	31 %	12 %
280.739	113.348	414.230	449.317	460.481	8 %	2 %
226.911.424	93.307.860	370.826.113	367.582.010	341.073.448	-1 %	-7 %
88.172.022	21.430.533	256.010.937	266.793.282	248.795.550	4 %	-7 %
77.140.741	35.352.667	213.589.554	200.361.970	192.217.566	-6 %	-4 %
16.961.650	8.349.393	89.970.550	82.292.998	65.052.111	-9 %	-21 %
23.547.895	12.053.280	37.104.112	40.005.104	39.484.835	8 %	-1 %
432.733.732	170.493.733	967.501.266	957.035.364	886.623.510	-1 %	-7 %
78.377	0	226.080	212.136	187.880	-6 %	-11 %
42.439	0	264.137	266.849	241.076	1 %	-10 %
28.082	0	157.336	144.046	128.995	-8 %	-10 %
9.299	0	69.211	58.476	47.727	-16 %	-18 %
11.160	0	28.210	24.992	22.913	-11 %	-8 %
169.357	0	744.974	706.499	628.591	-5 %	-11 %
1.705	1.687	2.393	2.161	1.972	-10 %	-9 %
1.573	1.533	2.452	2.422	2.163	-1 %	-11 %
1.513	1.502	2.408	2.134	2.032	-11 %	-5 %
948	937	2.307	2.070	1.695	-10 %	-18 %
1.038	1.038	1.367	1.130	999	-17 %	-12 %
1.541	1.504	2.336	2.130	1.925	-9 %	-10 %

des Landesbasisfallwertes und Orientierungswertes vertragsärztlicher Leistungen bereinigt. Quelle: AOK-

Ambulantisierungsgrad und Ort der Leistungserbringung

Das Ziel der Einführung der Hybrid-DRG-Vergütung ist die Hebung des Ambulantisierungspotenzials von bisher noch stationär erbrachten Fällen. Zur Bestimmung des Ambulantisierungsgrades wurden die Fallzahlen bei Krankenhäusern und Vertragsärzten gemeinsam betrachtet. Alle Fälle, welche beim Vertragsarzt erbracht worden sind (abgerechnet nach EBM oder Hybrid-DRG), gelten als ambulant erbracht. Hinzu kommen die Fälle der ambulanten Operationen an Krankenhäusern. Hybrid-DRG-Fälle an Krankenhäusern gelten nur dann als ambulant erbracht, wenn der Aufnahmetag dem Entlassungstag entspricht, also keine Übernachtung im Krankenhaus stattgefunden hat. Alle anderen Hybrid-DRG-Fälle der Krankenhäuser benötigen weiterhin Strukturen der stationären Versorgung, ebenso wie die nach DRG abgerechneten Fälle. Im Jahr 2023 lag der Anteil der ambulant erbrachten Fälle über die fünf betrachteten Leistungsbereiche hinweg bei 42% (Abb. 3). Dieser Anteil stieg 2024 auf 49% an. Weitere 28% der Fälle wurden zwar über Hybrid-DRGs vergütet, verblieben aber mit Übernachtung im Krankenhaus.

Über die Leistungsbereiche hinweg sind die Ambulantisierungsgrade 2024 für die Behandlungen der „Arthrodese Zehengelenk" und „Exzision Sinus pilonidalis" mit 78% bzw. 76% am höchsten. Hingegen erfolgte die Entfernung der Harnleitersteine noch überwiegend stationär. Der Ambulantisierungsgrad liegt hier bei nur 19% (Abb.3).

Abbildung 4 stellt die Fälle nach dem Ort der Leistungserbringung dar. Zwischen den Jahren 2023 und 2024 zeigen sich kaum Verschiebungen – so wurden über alle Leistungsbereiche hinweg im Jahr 2023 79% der Fälle am oder im Krankenhaus erbracht; 2024 waren es 76%. Nur beim Leistungsbereich „Arthrodesen der Zehengelenke" behandelten die Vertragsärzte mit einem Anteil von 65% deutlich mehr Fälle als die Krankenhäuser.



Abb. 4: Fälle nach Ort der Leistungserbringung, Anteil in %. Quelle: AOK-Abrechnungsdaten (standardisiert und hochgerechnet auf gesamte GKV). Eigene Darstellung.

Diskussion und Fazit

Im Jahr 2024 erfolgte eine Umstellung der Vergütung von Fällen in fünf Leistungsbereichen auf eine sektorengleiche Vergütung. Aufgrund der sehr späten Veröffentlichung der Rechtsverordnung zu den Hybrid-DRGs am 19.12.2023 ist die Datenlage mit Unsicherheiten behaftet. Die Krankenhäuser rechneten im Jahr 2024 nicht alle ambulant erbrachten Fälle mit Hybrid-OPS auch mit Hybrid-DRGs ab, sondern zum Teil weiterhin nach EBM. Auch im vertragsärztlichen Bereich wurden weiterhin Fälle nach EBM abgerechnet.

Die vorliegenden Daten zeigen, dass im Krankenhausbereich ein leichter Entlastungseffekt bei den Ausgaben i. H. v. -70 Mio. Euro (-7%) für das Jahr 2024 im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen ist. So konnten durch die Zunahme von Hybrid-DRG-Fällen und die entsprechenden Rückgänge der vollstationär vergüteten Fälle im Jahr 2024 Ausgaben auf der einen Seite eingespart werden. Auf der anderen Seite wurden jedoch viele der bisher über § 115b SGB V (AOP) vergüteten ambulanten Leistungen nun mit der teureren Hybrid-DRG vergütet, wodurch höhere Ausgaben entstanden sind. Zu berücksichtigen ist noch der Effekt, dass sich nicht nur die Aus-

Ausgewählte Kennzahlen für Vertragsärzte im Bereich der (potenziellen) Hybrid-DRGs

Leistungsbereich	EBM			Hybrid-DRG			
	2022	2023	2024	2024	2024 (EBM + Hybrid)	VÄR 2023 zu 2022	VÄR 2024 zu 2023
Fallzahlen							
Bestimmte Hernieneingriffe	30.480	33.187	8.721	23.200	31.921	9 %	-4 %
Entfernung Harnleitersteine	6.031	6.243	4.384	3.407	7.791	4 %	25 %
Ovariektomien	10.056	9.971	4.541	5.716	10.257	-1 %	3 %
Arthrodese Zehengelenk	51.193	54.228	37.298	34.623	71.921	6 %	33 %
Exzision Sinus pilonidalis	10.946	14.214	7.117	15.444	22.561	30 %	59 %
Summe	108.706	117.843	62.061	82.390	144.451	8 %	23 %
Kosten							
Bestimmte Hernieneingriffe	21.077.260	27.136.022	7.138.213	40.731.599	47.869.812	29 %	76 %
Entfernung Harnleitersteine	4.483.889	4.901.397	2.997.259	5.069.667	8.066.926	9 %	65 %
Ovariektomien	5.894.055	6.038.704	2.774.203	8.958.008	11.732.211	2 %	94 %
Arthrodese Zehengelenk	32.184.558	37.667.832	26.705.838	34.515.641	61.221.479	17 %	63 %
Exzision Sinus pilonidalis	7.826.160	9.999.165	4.012.936	17.239.032	21.251.968	28 %	113 %
Summe	71.465.922	85.743.119	43.628.450	106.513.947	150.142.397	20 %	75 %
Durchschnittliche Kosten							
Bestimmte Hernieneingriffe	692	818	819	1.756	1.500	18 %	83 %
Entfernung Harnleitersteine	743	785	684	1.488	1.035	6 %	32 %
Ovariektomien	586	606	611	1.567	1.144	3 %	89 %
Arthrodese Zehengelenk	629	695	716	997	851	10 %	23 %
Exzision Sinus pilonidalis	715	703	564	1.116	942	-2 %	34 %
Summe	657	728	703	1.293	1.039	11 %	43 %

Tab. 2: Ausgewählte Kennzahlen für Vertragsärzte im Bereich der (potenziellen) Hybrid-DRGs, 2022 bis 2024. Anmerkung: Angesetzte Kosten basieren auf den durchschnittlichen Kosten gemäß § 115b SGB V-Abrechnungen der Krankenhäuser bereinigt um Preiseffekte. Quelle: AOK-Abrechnungsdaten (standardisiert und hochgerechnet auf gesamte GKV). Eigene Darstellung.

gabenseite (Erlösseite der Krankenhäuser), sondern auch die Kostenseite der Krankenhäuser verändert haben, zum Beispiel durch eingesparte Belegungstage. Da die Fallzahlen in Krankenhäusern von 2023 auf 2024 gestiegen sind, kann zudem davon ausgegangen werden, dass eingesparte Belegungstage für die Erbringung weiterer Krankenhausfälle genutzt worden sind. Unter betriebswirtschaftlichen Erwägungen ist auch ein höherer Wert für die Nutzung dieser Belegungstage gerechtfertigt.

Für die vertragsärztliche Versorgung wurden für die Ausgabenschätzung aus technischen Gründen die durchschnittlichen Kosten aus den § 115b SGB V-Leistungen in Krankenhäusern unterstellt. Auf dieser Basis ergeben sich im Jahr 2024 Ausgabensteigerungen von 64 Mio. Euro (+75%). In der Gesamtbetrachtung (Krankenhaus und Vertragsarzt) zeigt sich somit aktuell ein Ausgabenrückgang von 6 Mio. Euro (-1%). Der Mengeneffekt durch höhere Fallzahlen (+65 Mio. Euro) wurde dabei durch den Preiseffekt (-71 Mio. Euro) neutralisiert.

Sowohl im Krankenhaus als auch in der vertragsärztlichen Versorgung wurden im Jahr 2024 Hybrid-Leistungen noch über den EBM anstatt über die höhere Hybrid-DRG-Vergütung abgerechnet. Es ist naheliegend, dass diese Fälle zukünftig ebenfalls mit einer Hybrid-DRG in Rechnung gestellt werden. Auf dieser Grundlage würde sich für die GKV ein Ausgabenanstieg von 49 Mio. Euro (5%) ergeben, da dem Mengeneffekt kein Preiseffekt mehr entgegenstünde. In einem Szenario ohne Mengensteigerungen sollte kein Ausgabeneffekt zu beobachten sein. Denn die Ausgestaltung als gewichteter Mischpreis sollte bei gleichbleibender Menge das Ausgabenvolumen aus Sicht des Gesetzgebers insgesamt und damit auch den Durchschnittspreis stabil halten.

Insbesondere in der vertragsärztlichen Versorgung zeigte sich im Jahr 2024 ein Fallzahlanstieg von 23%. Entsprechende Entwicklungen sollten bei der Preisfestlegung zukünftig Berücksichtigung finden. Darüber hinaus waren auch bereits im Jahr 2023 Fallzahlsteigerungen in Krankenhäusern und in der vertragsärztlichen Versorgung zu verzeichnen. Inwiefern diese auf Nachholeffekte aus der Coronazeit, auf die Antizipation der Hybrid-DRGs oder die Überarbeitung des AOP-Kataloges zurückzuführen sind, lässt sich an dieser Stelle nicht beurteilen. Auch Kodiereffekte lassen sich mangels ambulanter Kodierrichtlinien und der komplexen Abrechnungssituation nicht ausschließen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass ab 2026 weitere mengensensible Indikationen für Hybrid-DRGs vorgesehen sind, muss dieser Frage weiter nachgegangen werden. Entsprechend ist ein Versorgungsmonitoring dringend zu empfehlen. Auch im Hinblick auf die jährliche Anpassung der Preise wäre dies zu begrüßen.

Im Hinblick auf eine Förderung der Ambulantisierung kann man hingegen feststellen, dass der Ambulantisierungsgrad mit Einführung der Hybrid-DRGs bisher nur leicht angestiegen ist. Von 42% im Jahr 2023 auf 49% im Jahr 2024. Weitere 28% der mit einer Hybrid-DRG abgerechneten Fälle blieben weiterhin für eine Übernachtung im Krankenhaus. Dort hat sich lediglich die Vergütung der Fälle verändert, die jedoch nicht automatisch zu einer Ambulantisierung geführt hat. Der erhöhte Anteil ambulant abgerechneter Leistungen spiegelt sich – zum Teil angesichts des kurzen Zeitraums sicherlich erwartbar – also bislang nur zum Teil in strukturellen Veränderungen in der Versorgung wider. Diese bilden das Potenzial für eine weitere „echte" Ambulantisierung.

Die Hybrid-DRG-Einführung hat bisher – trotz der deutlichen

Gesamtbetrachtung (Krankenhaus und Vertragsarzt), 2022 bis 2024

Leistungsbereich	Gesamt					Szenario	
	2022	2023	2024	VÄR 2023 zu 2022	VÄR 2024 zu 2023	Szenario 2024	VÄR 2024 zu 2023
Fallzahlen							
Bestimmte Hernieneingriffe	185.457	203.307	204.894	10%	1%	204.894	1%
Entfernung Harnleitersteine	110.435	116.382	122.792	5%	6%	122.792	6%
Ovariektomien	98.763	103.851	104.870	5%	1%	104.870	1%
Arthrodese Zehengelenk	90.200	93.990	110.301	4%	17%	110.301	17%
Exzision Sinus pilonidalis	38.081	49.630	62.075	30%	25%	62.075	25%
Summe	522.936	567.160	604.932	8%	7%	604.932	7%
Kosten							
Bestimmte Hernieneingriffe	391.903.373	394.718.032	388.943.260	1%	-1%	403.064.237	2%
Entfernung Harnleitersteine	260.494.826	271.694.679	256.862.476	4%	-5%	261.792.218	-4%
Ovariektomien	219.483.609	206.400.674	203.949.777	-6%	-1%	218.076.608	6%
Arthrodese Zehengelenk	122.155.108	119.960.830	126.273.590	-2%	5%	138.016.704	15%
Exzision Sinus pilonidalis	44.930.272	50.004.269	60.736.803	11%	21%	70.804.145	42%
Summe	1.038.967.188	1.042.778.483	1.036.765.907	0%	-1%	1.091.753.912	5%
Durchschnittliche Kosten							
Bestimmte Hernieneingriffe	2.113	1.941	1.898	-8%	-2%	1.967	1%
Entfernung Harnleitersteine	2.359	2.335	2.092	-1%	-10%	2.132	-9%
Ovariektomien	2.222	1.987	1.945	-11%	-2%	2.079	5%
Arthrodese Zehengelenk	1.354	1.276	1.145	-6%	-10%	1.251	-2%
Exzision Sinus pilonidalis	1.180	1.008	978	-15%	-3%	1.141	13%
Summe	1.987	1.839	1.714	-7%	-7%	1.805	-1,8%

Tab. 3: Gesamtbetrachtung (Krankenhaus und Vertragsarzt), 2022 bis 2024.
Anmerkung: Um Preiseffekte durch Steigerung des Landesbasisfallwertes und Orientierungswertes vertragsärztlicher Leistungen bereinigt.
Quelle: AOK-Abrechnungsdaten (standardisiert und hochgerechnet auf gesamte GKV). Eigene Darstellung.

Mengenausweitungen – die GKV-Ausgaben nicht erhöht. Dies ist aber nur darauf zurückzuführen, dass weiterhin ambulante Leistungen nach EBM vergütet werden, welche eigentlich über die Hybrid-DRG vergütet werden könnten. Auch bei einer Abrechnung aller ambulanten Hybrid-Fälle über Hybrid-DRGs wäre die Einführung der Hybrid-DRG ausgabenneutral möglich gewesen, wenn keine Mengeneffekte zu verzeichnen wären. Jedoch gibt es getrieben durch die Mischkalkulation insbesondere im vertragsärztlichen Bereich Mengenausweitungen.

Dennoch wurden die im Jahr 2024 eingeführten Hybrid-Leistungen weiterhin hauptsächlich im Krankenhaus erbracht, wobei ein hoher Anteil der Fälle mit einer Übernachtung im Krankenhaus verbleibt. Die Anpassung der Strukturen wird also voraussichtlich noch Zeit benötigen.

Aus der gesamtgesellschaftlichen Sicht der Solidargemeinschaft muss eine Ambulantisierung von bisher stationär erbrachten Leistungen dazu führen, dass die Effizienzgewinne in der Versorgung bei den Beitragszahlenden ankommen und die Versicherten und damit unsere Sozialsysteme entlasten. Hinzu kommt, dass eine Zunahme von ambulanten Operationen im vertragsärztlichen Sektor die angespannte Terminsituation in der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung für konservative Versorgung weiter verschärft. Die deutlichen Mengenausweitungen im vertragsärztlichen Sektor um 23% können entsprechend interpretiert werden. Im Jahr 2026 werden besonders mengensensible Leistungsbereiche wie diagnostische Herzkatheter und Ereignisrekorder in den Katalog für Hybrid-DRGs aufgenommen. Da die Indikationsgerechtigkeit kaum im Einzelfall geprüft werden kann, ist der Anreiz zur Mengenausweitung zu beseitigen. <<

Literatur

[1] BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2023). Referentenentwurf: Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/H/RefE_Hybrid-DRG-V.pdf (abgerufen am: 22.10.2025)

[2] SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (2024). Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2.__durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf (abgerufen am: 22.10.2025)

[3] Dengler, R., Froschauer, S., Kron, F.: „Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) im Kontext der aktuellen gesundheitspolitischen Reformen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/23), S. 63–70. http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2548

[4] Swart, E./Schmitt, J. (2014). Standardized reporting of secondary data analyses (STROSA) – Vorschlag für ein Berichtsformat für Sekundärdatenanalysen. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 108(8-9), 511-516

[5] InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2024). Definitionshandbuch 2024. https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024/definitionshandbuch/definitionshandbuch-2024. (abgerufen am: 22.10.2025)

[6] GKV-SV – GKV-Spitzenverband (2025). Fokus: Vergütung ärztlicher Leistungen. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/verguetung_aerztlicher_leistungen/s_thema_aerzteverguetung.jsp#:~:text=September%202021%20gegen%20die%20Stimmen,500%20Millionen%20Euro (abgerufen am: 22.10.2025)

Autorenerklärung

Corinna Hentschker, Robert Messerle, Julia Schlüter und Jürgen Malzahn sind Mitarbeiter des AOK-Bundesverbandes. Jochen Schmitt ist Universitätsprofessor der TU Dresden und Mitglied des Sachverständigenrats Gesundheit und Pflege. Die Aufbereitung der Daten, Analyse und Interpretation der Daten und die Manuskripterstellung erfolgte einzig durch die Autoren ohne die Beteiligung oder finanzielle Unterstützung Dritter.

Zitationshinweis

Hentschker et al.: „Effekte der Hybrid-DRG-Einführung – eine Analyse auf Basis von AOK-Daten“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (01/26), S. 73–81. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2801

Effects of the introduction of hybrid DRGs – an analysis based on administrative claims data

Background: The introduction of hybrid DRGs (§ 115f SGB V) aimed to accelerate the shift towards outpatient treatment of services that were traditionally provided in an inpatient setting. In 2024, five service areas were defined for which hospitals and physicians receive equal payment under the hybrid DRG system.

Methods: We analysed the effects of the introduction of hybrid DRG using administrative claims data from a large German statutory health insurance provider (AOK) from 2022 to 2024. To draw conclusions about the entire statutory health insurance (SHI) system, we standardised the data according to age, gender and federal state and extrapolated it to the entire SHI system. We analysed the development of case numbers and expenditure, both overall and inpatient and outpatient sector separately.

Results: In 2024, 360,000 cases fell under the hybrid DRG regulation. Overall, there has been a 7% increase in the number of cases compared to the previous year. The proportion of outpatient cases across the five considered service areas rose from 42% in 2023 to 49% in in 2024. Overall, the volume of expenditure has remained unchanged. However, this is because outpatient services were still often billed according to the EBM system.

Conclusion: From the perspective of the SHI system, shifting from inpatient to outpatient services should lead to more efficient care. However, the present analysis shows that physicians have quickly responded to higher prices, resulting in a significant increase in volume. The financial impact on the SHI system remains neutral for now, but only because a significant proportion of cases continue to be billed under the EBM system. Once hybrid DRG billing is in place, the SHI system can expect cost increases of around 5% (49 million Euro) as a result of the increased volume.

Keywords

Outpatient care, hybrid DRG, administrative claims data, efficiency, health economics

Dr. rer. oec. Corinna Hentschker ORCID: 0000-0002-1409-8382
ist promovierte Gesundheitsökonomin und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) im Forschungsbereich Krankenhaus. Zuvor war sie am RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung beschäftigt.
Kontakt: Corinna.Hentschker@wido.bv.aok.de



Dr. rer. oec. Robert Messerle ORCID: 0000-0002-0354-8675
leitet den Forschungsbereich Gesundheitspolitik/Systemanalysen im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO). 2020 bis 2024 promovierte er an der Universität Hamburg in Gesundheitsökonomie. Zuvor arbeitete er beim GKV-Spitzenverband in der Analyse der ambulanten Versorgung sowie in den Geschäftsstellen des Sachverständigenrates Gesundheit und Pflege und der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem. Kontakt: Robert.Messerle@wido.bv.aok.de



Julia Schlüter MaHE
ist seit 2017 Referentin im Bereich stationäre Versorgung beim AOK-Bundesverband. Zuvor war sie 14 Jahre an der Charité Universitätsmedizin Berlin im Wissenschaftsmanagement beschäftigt. Sie studierte Betriebswirtschaft und hat einen Abschluss als Master of Health Economics (MaHE).
Kontakt: Julia.Schlueter@bv.aok.de



Prof. Dr. med. Jochen Schmitt MPH ORCID: 0000-0003-0264-0960
war nach Medizin- und Public-Health-Studium zunächst rund zehn Jahre (ober)ärztlich an der Klinik und Poliklinik für Dermatologie am Universitätsklinikum Dresden tätig. 2011 erhielt er den Ruf auf die Professur für Sozialmedizin und Versorgungsforschung an der TU Dresden und ist seit 2012 Gründungsdirektor des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) der Dresdner Hochschulmedizin. Er ist Mitglied im SVRt Gesundheit und Pflege und Stv. Vorsitzender des DNVF. Kontakt: Jochen.Schmitt@ukdd.de



Dr. med. Jürgen Malzahn ORCID: 0009-0006-2165-6684
studierte in Berlin und Frankfurt am Main Humanmedizin. Seit 1997 ist er im AOK-Bundesverband tätig, bis zum Jahr 2000 im Referat Krankenhaus-Fallmanagement. Danach wechselte er ins Referat Krankenhäuser. Seit 2007 leitet er die Abteilung Stationäre Versorgung/Rehabilitation.
Kontakt: Juergen.Malzahn@bv.aok.de



Prof. Dr. med. Bertram Häussler

Mehr Management in der Primärversorgung – Wege zu besseren Versorgungsprozessen

Internationale Befragungen belegen seit Jahren einen schleichenden Vertrauensverlust in die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme (IPSOS 2024). In Deutschland zeigen Langzeitdaten privater Versicherer, dass der Anteil der Befragten, die mit der Leistung des Gesundheitswesens zufrieden sind, tendenziell abnimmt (Continentale Krankenversicherung a. G. 2024). Ähnliche Muster finden sich in europäischen Vergleichsstudien: Der Anteil der Befragten, die über zu lange Wartezeiten klagen oder das System als „überlastet" wahrnehmen, ist deutlich angestiegen (OECD/European Commission 2024); parallel sinkt der Anteil derjenigen, die einen guten Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung berichten (MLP Finanzberatung SE 2022). Diese Entwicklung trifft auf ein Umfeld, in dem die Anforderungen an die Versorgung durch demografischen Wandel und Multimorbidität steigen, während der Fachkräftemangel die verfügbaren Ressourcen begrenzt. Diese Diskrepanz fällt besonders dort auf, wo die Erst- und Dauerversorgung stattfindet – in der Primärversorgung. So erklärt sich, dass diese in den vergangenen Jahren langsam an öffentlicher Aufmerksamkeit gewinnt. In diesem Artikel wird der Versuch unternommen, eine Vorstellung von den drückenden Problemen der Primärversorgung zu vermitteln und die Notwendigkeit zu betonen, zu einem pragmatischen Reformansatz zu gelangen, der die Probleme direkt adressiert und nicht darauf baut, dass im Zuge von komplexen Strukturanpassungen die genannten Probleme schon verschwinden werden.

Zusammenfassung

Hintergrund: In vielen industrialisierten Ländern nimmt die Unzufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen zu. Internationale Befragungen zeigen wachsende Kritik an Wartezeiten, wahrgenommener Überlastung der Systeme und sinkender erlebter Qualität. Gleichzeitig steigen demografisch bedingt die Anforderungen, während personelle Ressourcen begrenzt sind. Besonders deutlich werden die Defizite in der Primärversorgung, also dort, wo Patienten ihre ersten und häufigsten Kontakte zum Versorgungssystem haben.

Ziel: Der Beitrag entwickelt das Konzept einer stärker managementorientierten Primärversorgung. Im Mittelpunkt steht die These, dass eine systematische Steuerung von Versorgungsprozessen – technisch gestützt durch ein „ERP-artiges" Daten- und Prozessmodell – schneller zu spürbaren Verbesserungen für Patienten führen kann als rein strukturelle Reformen. Der Beitrag argumentiert, dass messbare Verbesserungen der Patientenerfahrung weniger von der ‚richtigen Struktur' der Primärversorgung abhängen als von der systematischen Steuerung alltäglicher Versorgungsprozesse.

Methodik: Grundlage ist eine selektive Auswertung aktueller internationaler Studien zu Patientenerfahrungen (u. a. OECD PaRIS, Commonwealth Fund, IPSOS Health Service Report) sowie deutscher Untersuchungen zur Gesundheitskompetenz und Überversorgung. Ergänzend werden zwei reale Versorgungskonstellationen aus der Primärversorgung rekonstruiert, um typische Sollbruchstellen zu illustrieren.

Ergebnisse: Die Analyse zeigt ein breites Spektrum wiederkehrender Probleme: mangelnde Koordination zwischen Behandlern, Brüche an Sektorengrenzen, unzureichende Information, hoher Eigenaufwand der Patienten, ungenutzte Potenziale des Selbstmanagements und fehlende Kontinuität. Diese Probleme lassen sich in das international etablierte 4C-Modell der Primärversorgung (First Contact, Continuity, Comprehensiveness, Coordination) einordnen. Eine Modifikation dieses Modells wird vorgeschlagen: Primärversorgung wird als Netzwerk mehrerer Einstiegspunkte verstanden, das über ein gemeinsames Datenmodell und standardisierte Prozesspfade koordiniert wird. Zwei Fallbeispiele (Sprunggelenksfraktur, wiederkehrende Bewusstseinsverluste) zeigen, wie ein solches Modell konkret Versorgung verbessern kann, indem Redundanzen vermieden, „blinde Flecken" reduziert und Nachfassaktionen systematisch ausgelöst werden.

Schlussfolgerung: Eine öffentliche, technologiebezogene Governance (z. B. durch eine Institution wie die Gematik) und ein wettbewerblich organisiertes Angebot zertifizierter Technologieprodukte sind zentrale Voraussetzungen. Ergänzend müssen Anreizsysteme für Leistungserbringer und Versicherte geschaffen werden, die die Nutzung dieser Prozessunterstützung honorieren. So kann die Fokussierung auf Versorgungsprozesse die Debatte um „die richtige Struktur der Primärversorgung" entlasten und gleichwohl zeitnah zu spürbaren Verbesserungen für die Patienten führen.

Schlüsselwörter

Primärversorgung, Versorgungsprozesse, Versorgungsmanagement, Koordination, elektronische Patientenakte, Gesundheitssystem-Performance

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2799

1. Gesundheitspolitik in Deutschland

>> Nach nahezu 15 Jahren öffentlicher Nichtbeachtung des Themas „Gesundheitsreform" hat es das Thema „Krankenhausreform" in den letzten drei Jahren erstmals wieder in die Debatte geschafft, allerdings weitgehend auf die Fachöffentlichkeit beschränkt (Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (BBAW) 2025). In deutlich geringerem Umfang zwar, aber stetig zunehmend wird seit fünf Jahren auch das Thema „Primärversorgung" öffentlich thematisiert.

1.1 Aktuelle Reformdebatten

Dabei ist bemerkenswert, dass es bei beiden Reformen primär darum geht, strukturelle Änderungen anzupacken, anstatt nach direkteren Lösungen für offensichtliche Prozess- oder Outcomeprobleme zu suchen. So geht es im Rahmen der Krankenhausreform darum, Krankenhäuser „Versorgungsstufen" zuzuordnen und ihnen die Abrechnung von „Leistungsgruppen" zu erlauben oder zu versagen. Bei der Reform der Primärversorgung geht es unter anderem um das Verbot, Fachärzte direkt in Anspruch zu nehmen. In beiden Fällen steht die Vorstellung im Raum, dass durch die genannten Eingriffe zahlreiche Qualitäts- und Effizienzprobleme gelöst werden, wie eine zu hohe Sterblichkeit im Krankenhaus oder der Abbau von Doppeluntersuchungen, die zu finanziellen Mehrkosten führen.

1.2 Strukturlastigkeit

Die Strukturlastigkeit vieler Reformdebatten (nicht nur im Gesundheits-, sondern auch z. B. im Bildungssystem) lässt sich als Ausdruck eines deutschen Politikstils der Verhandlungsdemokratie erklären. In der politikwissenschaftlichen Diskussion wird Ver-

handlungsdemokratie (in Anschluss an Lehmbruch) als Systemtypus beschrieben, in dem Mehrheitsprinzip und Parteienwettbewerb gegenüber einer Entscheidungsfindung durch Aushandlung („bargaining") zurücktreten – besonders dort, wo die föderalen Einigungszwänge zwischen Bundestag und Bundesrat bei zustimmungspflichtigen Gesetzen den politischen Prozess prägen (Mayntz und Streek 2003).

Unter solchen Bedingungen werden vor allem Reformelemente politisch „handhabbar", die sich als rechtlich eindeutige, verteilungsrelevante Pakete schnüren lassen: Kompetenzzuschnitte, Planungszuständigkeiten, Finanzierungslogiken, Mindest- und Vorhaltevorgaben, Kataloge oder neue Institutionen. Prozessreformen (etwa neue Koordinationsroutinen, sektorenübergreifende Behandlungspfade, digitale Workflows) sind demgegenüber schwerer zu verhandeln und zu garantieren, weil sie stark in professionelle Praxis eingreifen, kontextabhängig sind und dauerhaftes Monitoring sowie Nachsteuerung erfordern.

Wie stark in solchen Konstellationen institutionelle Logiken dominieren, beschreibt Scharpf am Beispiel der Föderalismusreform: In den zentralen Verhandlungen hätten nicht primär substantielle Problemanalyse und Lösungssuche, sondern die Eigeninteressen der Vetospieler sowie Kriterien juristischer Stimmigkeit und staatsrechtlicher Systematik im Vordergrund gestanden – ein Muster, das strukturelle Debatten gegenüber prozessualer Steuerung begünstigt (Scharpf ca. 2010).

Im Gesundheitswesen verstärkt sich diese Tendenz durch die besondere Arena- und Akteurskonstellation: Bandelow beschreibt die deutsche Gesundheitspolitik als Netz verflochtener Arenen, das konsensorientiert verhandelt wird und in dem sowohl konkurrierende Parteienblöcke als auch zahlreiche Interessengruppen Möglichkeiten haben, neue Lösungen zu blockieren. In einem solchen Setting liegt der politische Zugriff typischerweise auf Strukturparametern (Regeln, Zuständigkeiten, institutionelle Architektur), während die konkrete Prozessgestaltung häufig in nachgelagerte Ebenen der Umsetzung wandert (Bandelow 2003).

Hinzu kommt als zentrale Legitimations- und Vetokategorie das Argument, bei Reformen müsse „Zweiklassenmedizin" verhindert werden. Dieses Gerechtigkeitsnarrativ wirkt wie eine harte Leitplanke: Reformen müssen als „für alle gleichermaßen geltend" begründet werden – was den politischen Prozess erneut in Richtung universeller, regel- und strukturbasierter Lösungen drückt. Das zeigt sich exemplarisch in der Debatte um Terminzugang: Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages fassen zusammen, dass die Wahrnehmung einer bevorzugten Terminvergabe für PKV-Versicherte „weithin präsent" sei und seit Jahren Forderungen nach gesetzlichen Anpassungen auslöse; zugleich werde der Verdacht durch Berichte über Onlineportale verstärkt, die gesetzlich Versicherten bei Selbstzahlung zeitnahe Termine anböten.

Das TSVG wird dabei als strukturpolitische Antwort beschrieben (u. a. Mindestsprechstunden, offene Sprechstunden, Terminservicestellen, Vergütungsanreize). Insgesamt stabilisiert das Zweiklassen-Argument damit den Hang zur Strukturpolitik: Struktur ist der politisch leichter verteidigbare Weg, Gleichheit zu versprechen – auch wenn Ungleichheiten im Alltag häufig durch Prozesse, Anreize und lokale Umsetzung entstehen (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages 2026).

1.3 Umdenken

Reformen im deutschen Gesundheitssystem sind zäh und langwierig (Blümel et al. 2020). Man braucht nur an die über 20-jährige Geschichte der Einführung der elektronischen Patientenakte zu denken. Zudem haben wir hierzulande oft erlebt, dass ein „großer Wurf" wie z. B. die „Integrierte Versorgung" in seiner Wirkung verpufft ist. Die aktuell wahrnehmbare Enttäuschung von der Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung sollte jedoch auf keinen Fall einer langjährigen Reformdebatte ausgesetzt sein, bis die ideale Primärversorgung eines Tages steht. Die Funktion des Gesundheitssystems in Deutschland für die Legitimation von Staat, Wirtschaft und Gesellschaft ist dazu zu bedeutsam (Häussler 2025).

Vor diesem Hintergrund wird hier ein Reformmodell skizziert, das wesentlich direkter die Probleme adressiert, die bei den Nutzern des Gesundheitssystems dysfunktional, hinderlich und teilweise sogar gefährlich wirken.

2. Worum es geht: die Verbesserung von Versorgungsprozessen

2.1 Zwei Fallbeispiele

2.1.1 Sprunggelenksfraktur: Management eines „einfachen" Falls

Das erste Fallbeispiel beschreibt eine ältere Patientin, die nach einer operativ versorgten Sprunggelenksfraktur aus dem Krankenhaus entlassen wird. Im realen Versorgungsablauf erhält der Hausarzt einen vorläufigen Arztbrief; Aufnahmen der Radiologie und Befunde treffen verspätet ein; ein geplanter Orthopädentermin muss mangels vorliegender Befunde wiederholt werden; die Organisation der Physiotherapie bleibt den Angehörigen überlassen.

Im Idealbild einer managementorientierten Primärversorgung erhält die Primärversorgungsstelle bei Entlassung einen strukturierten Datensatz mit Diagnose, Therapie und Nachsorgeempfehlungen. Auf dieser Basis werden verbindliche Pfade definiert: Radiologie in Woche X, orthopädische Kontrolle danach, Einplanung von Physiotherapie und Sturzprophylaxe. Radiologieberichte werden automatisiert in die ePA bzw. Primärversorgungsakte eingespielt. Vor dem Orthopädentermin überprüft das System, ob der Befund vorliegt, und stößt gegebenenfalls Rückfragen oder Terminverschiebungen an. Ergänzend halten nichtärztliche Fachkräfte im Verbund telefonisch oder durch Hausbesuche Kontakt zur Patientin. Dieses Szenario illustriert, wie bereits bei „standardisierten" Problemen zahlreiche Sollbruchstellen auftreten können und wie ein systematisches Prozessmanagement Doppeluntersuchungen, unnötige Wege und Frustration vermeidet.

2.1.2 Wiederkehrende Bewusstseinsverluste: Vermeidung des „blinden Flecks"

Im zweiten Beispiel wird eine über 80-jährige Patientin über viele Jahre vom Hausarzt im Rahmen regelmäßiger Hausbesuche betreut. Nach wiederkehrenden Episoden mit Bewusstseinsverlust erfolgt jeweils eine stationäre Abklärung mit der Verdachtsdiagnose „Synkope" – ohne Ergebnis. Erst ein externer Kollege erhebt zufällig einen präzisen Befund zum Ablauf der Episoden und stellt den Verdacht auf eine Altersepilepsie, die vom Neurologen bestätigt wird.

Die langjährige persönliche Kontinuität hat hier einen „blin-

den Fleck“ nicht verhindert. In einem datenbasierten Primärversorgungssystem würden wiederkehrende, nicht aufgeklärte Krisenereignisse in der Akte als „Red Flag“ markiert. Das ERP-System könnte nach definierten Regeln eine vertiefte strukturierte Anamnese, eine fachneurologische Zweitmeinung oder bestimmte diagnostische Pfade auslösen. Der Hausarzt bleibt zentrale Bezugsperson, erhält aber zusätzliche algorithmische Unterstützung, um Muster zu erkennen, die im Alltagsdruck leicht übersehen werden.

2.2 Typische Problemlagen

Internationale und nationale Untersuchungen (wie z. B. Gunja et al. 2025; Valderas et al. 2025; Hurrelmann et al. 2020) ergeben ein konsistentes Bild wiederkehrender Problembereiche in den Versorgungsprozessen der Primärversorgung:

1. Mangelnde Koordination zwischen Behandlern

Befunde werden verspätet oder gar nicht übermittelt, was zu Doppeluntersuchungen führt. Patienten müssen ihre Krankengeschichte bei jedem neuen Kontakt erneut erzählen. Informationsflüsse hängen häufig von der Initiative einzelner Praxen oder von Patienten und Angehörigen ab.

2. Unklare oder fehlende Information und Kommunikation

Diagnosen und Therapien werden nicht verständlich erläutert, Risiken und Alternativen bleiben diffus. Schriftliche oder digitale Materialien, die zu Hause in Ruhe nachgelesen werden könnten, sind selten.

3. Brüche an Sektorengrenzen, insbesondere nach Krankenhausaufenthalten

Nach Entlassung bestehen oft Unklarheiten, wer die weitere Verantwortung trägt. Hausarzt, Facharzt und Krankenhaus stimmen sich unzureichend ab; Medikationspläne sind widersprüchlich oder veraltet.

4. Hoher administrativer Eigenaufwand der Patienten

Termine müssen selbst koordiniert, Befunde telefonisch eingefordert, Formulare organisiert werden. De facto übernehmen Patienten oder Angehörige das Versorgungsmanagement.

5. Zu wenig Unterstützung beim Selbstmanagement chronischer Erkrankungen

Strukturierte Schulungen und Programme sind lückenhaft, Hilfe beim Umgang mit mehreren Medikamenten, Symptomen und Alltagsanpassungen bleibt die Ausnahme.

6. Mangel an Kontinuität und Vertrautheit

Häufig wechselnde Ansprechpartner verhindern, dass jemand die Gesamtsituation eines Patienten überblickt und langfristige Muster erkennt.

7. Schwindender Zugang

Gerade in ländlichen Regionen oder sozial benachteiligten Stadtgebieten verschlechtert sich der zeitnahe Zugang zu persönlicher ärztlicher Beratung.

Diese Problemlagen betreffen primär die Qualität von Prozessen – also die Art und Weise, wie Versorgung im Alltag organisiert, gesteuert und erlebt wird – und weniger die Frage, welche Institution formal für Primärversorgung zuständig ist.

3. Prozessmanagement jetzt ermöglichen

International wird Primärversorgung häufig nach Barbara Starfield (Starfield 1994) anhand der vier „Cs“ beschrieben:

1. **First Contact** – erste Anlaufstelle für neue Gesundheitsprobleme
2. **Continuity** – zeitliche und personelle Kontinuität der Betreuung
3. **Comprehensiveness** – umfassende Versorgung, die körperliche, psychische und soziale Aspekte berücksichtigt
4. **Coordination** – Koordination von Behandlungsabläufen und Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Leistungserbringern.

Dieses Modell hat sich als analytischer Rahmen bewährt, bleibt aber in vielen nationalen Debatten auf eine institutionelle Perspektive beschränkt. Damit wird implizit unterstellt, dass eine einzige Eintrittspforte alle vier Cs gleichermaßen abdecken könne.

Hier wird hingegen eine modifizierte Interpretation der 4Cs vorgeschlagen, die Primärversorgung als netzwerkartige Funktion versteht, die auf einem gemeinsamen Daten- und Prozessmodell beruht.

3.1 Erste Anlaufstelle (First Contact)

Vor dem Hintergrund wachsender Komplexität erscheint diese Engführung nicht mehr zeitgemäß. Patienten nutzen faktisch vielfältige Zugangspunkte: Hausärzte, fachärztliche Praxen, Notaufnahmen, telemedizinische Angebote oder digitale Gesundheitsanwendungen. Die Herausforderung besteht daher weniger darin, einen „einzigen richtigen“ Einstieg zu definieren, als vielmehr in der intelligenten Zusammenführung und Steuerung der sich daraus ergebenden Versorgungsprozesse.

Statt auf eine einzige Eintrittspforte zu setzen, wird hier von mehreren möglichen Erstkontaktpunkten ausgegangen. Entscheidend ist, dass alle Kontakte – unabhängig davon, ob sie in der Hausarztpraxis, im Krankenhaus, in der Radiologie oder in telemedizinischen Diensten stattfinden – in einem gemeinsamen Datenmodell abgebildet werden. So lassen sich Flaschenhälse vermeiden, ohne die Übersicht über Inanspruchnahme und Risiken zu verlieren.

3.2 Kontinuität (Continuity)

Kontinuität wird traditionell als langfristige Beziehung zwischen Arzt und Patient verstanden. Diese persönliche Dimension bleibt wichtig, reicht aber nicht aus. Ergänzend ist eine datenbasierte Kontinuität erforderlich: Alle relevanten Informationen sollten in einer Primärversorgungsakte oder elektronischen Patientenakte (ePA) strukturiert vorliegen, sodass jeder Beteiligte – innerhalb definierter Zugriffsrechte – Muster im Verlauf erkennen kann.

3.3 Umfassendheit (Comprehensiveness)

Umfassendheit bedeutet, dass neben körperlichen auch psychische und soziale Aspekte berücksichtigt werden. Dies kann von einer einzelnen Praxis nur begrenzt geleistet werden und muss durch ein Netzwerk von Partnern – etwa Pflege, Sozialberatung, Psychotherapie, Reha, digitale Angebote – gewährleistet werden. Die Primärversorgungsfunktion besteht darin, dieses Netzwerk gesteuert zu nutzen.

3.4 Koordination (Coordination)

Koordination wird zur zentralen Managementfunktion der Primärversorgung. Sie umfasst standardisierte Versorgungspläne, eine systematische Vollzugskontrolle (Ist der Befund eingetroffen? Wurde der Termin wahrgenommen?) und aktive Nachfassaktionen. Aufgrund der Komplexität – selbst bei wenigen Beteiligten entstehen zahlreiche Abhängigkeiten – ist eine technische Unterstützung über ein ERP-artiges System erforderlich, das Aufgaben, Fristen und Rückmeldungen abbildet.

Ein ERP ist eine zentrale Unternehmenssoftware, die sämtliche wichtigen Abläufe in einem gemeinsamen System bündelt und steuert. Ein ERP ist heute für die meisten Unternehmen unverzichtbar, weil es die zentrale Daten- und Prozessbasis für nahezu alle Kernabläufe bildet. Ein häufig eingesetztes ERP ist z. B. die Software von SAP.

Hier wird die These vertreten, dass analog zu einem Unternehmens-ERP im realen Versorgungsalltag ERPs eingesetzt werden können, die sämtliche relevanten Beteiligten in einem umschriebenen Versorgungsverbund einbinden können. Die Teilnahme an einem solchen Verbund könnte durch die Akzeptanz von Grundregeln der Zusammenarbeit, Prozessmanagement und Transparenz und der aktiven Nutzung der Software begründet werden.

4. Technische und Governance-Voraussetzungen

Um hochwertige User Experience und kontinuierliche Innovation zu gewährleisten, sollte ein Markt für effiziente „Versorgungs-ERPs“ entstehen können. Monopolartige Strukturen sollten ausdrücklich nicht erwünscht sein.

Aber es müssten zentrale Anforderungen an entsprechende Technologieprodukte verbindlich festgelegt werden:

- Transparente Codierung und offene Schnittstellen (APIs), um Interoperabilität und Auditierbarkeit zu sichern.
- Bedingungslose Portierbarkeit von Daten, um Anbieterwechsel ohne Informationsverlust zu ermöglichen und Lock-in-Effekte zu vermeiden.
- Zertifizierung durch eine unabhängige Instanz, die Sicherheits-, Qualitäts- und Interoperabilitätsanforderungen überprüft.
- Klare Rollenverteilung: Praxisverwaltungssysteme sind oft historisch gewachsen; ihre Teilnahme an der neuen Infrastruktur bedarf besonderer Kontrolle. Krankenkassen sollten nicht gleichzeitig als Anbieter der zentralen Technologie fungieren, um Interessenkonflikte zu vermeiden.

Für Deutschland bietet sich eine Institution wie die Gematik an, um die Rahmenbedingungen für solche Produkte festzulegen. Nötig ist eine öffentliche Definition von Mindestanforderungen, Referenzmodellen und Zertifizierungsprozessen, verbunden mit einem Höchstmaß an Unabhängigkeit.

5. Anreizstrukturen und Implementierung

Technologie allein genügt nicht. Ihre Nutzung muss für Leistungserbringer und Versicherte eindeutig incentiviert werden.

Für Leistungserbringer kommen etwa Selektivverträge oder besondere Vergütungsbestandteile in Betracht, die die Beteiligung an strukturierten Versorgungsprozessen honorieren. Für Versicherte könnten Boni oder Wahlverträge Anreize setzen, an strukturierter Primärversorgung teilzunehmen. Dies stärkt zugleich die Eigenverantwortung, etwa durch aktive Mitwirkung an digital gestützten Nachsorgeplänen.

Parallel sollte ein Markt professioneller Serviceleistungen entstehen, der insbesondere die Koordinationsaufgaben unterstützt. Hybride Anbieter, die telemedizinische Beratung mit Case Management kombinieren, können – im Rahmen klarer Governance – Teil dieses Ökosystems sein, wie etwa Modelle aus der Schweiz zeigen. Die Debatte um die „wahre“ Struktur der Primärversorgung kann vor diesem Hintergrund entlastet werden: Ob die koordinierende Funktion primär in hausärztlichen Einzelpraxen, in Primärversorgungszentren oder in regionalen Netzwerken verankert ist, wird weniger entscheidend, wenn verbindliche Prozessstandards, Datenmodelle und Anreizsysteme greifen.

6. Diskussion

Die vorgeschlagene Fokussierung auf Prozesse anstelle von Strukturen ist kein Ersatz für notwendige Strukturreformen, sondern eine Ergänzung. Mehr Management in der Primärversorgung bedeutet nicht zwingend mehr Bürokratie, sondern die Verlagerung von Koordinationsarbeit weg von Patienten und informellem Engagement hin zu professionell unterstützten, digital abgebildeten Abläufen.

Gleichzeitig wirft das Konzept Fragen auf:

- **Professionelle Autonomie:** Wie kann gewährleistet werden, dass algorithmisch definierte Pfade die ärztliche Entscheidung unterstützen, ohne sie zu ersetzen?
- **Datenschutz und Akzeptanz:** Patienten müssen der intensiven Nutzung ihrer Daten zustimmen; Vertrauen in Sicherheit und Zweckbindung ist Voraussetzung.
- **Investitionsbedarf:** Der Aufbau einer solchen Infrastruktur erfordert erhebliche Investitionen in Technik, Qualifizierung und Change Management, die in der aktuellen Finanzlage der Versorgungssysteme schwer zu mobilisieren sind.
- **Ungleichheiten:** Es besteht die Gefahr, dass Regionen mit ohnehin guter Versorgung schneller von neuen Technologien profitieren als unterversorgte Gebiete.

Diese Herausforderungen sind real, rechtfertigen aber nicht, auf eine Verbesserung der Versorgungsprozesse zu verzichten. Vielmehr sollten sie in einem schrittweisen Implementierungsplan adressiert werden, der Pilotprojekte, Evaluation und skalierbare Roll-out-Strategien kombiniert.

7. Schlussfolgerungen

Die Analyse der aktuellen Situation und der vorgestellten Fallbeispiele legt nahe, dass die größten Probleme der Primärversorgung weniger in der formalen Struktur, sondern in den alltäglichen Versorgungsprozessen liegen. Patienten erleben unkoordinierte Abläufe, Informationsbrüche und eine erhebliche Verlagerung von Managementaufgaben auf sich selbst und ihre Angehörigen.

Ein primär prozessorientierter Ansatz mit folgenden Kernelementen erscheint daher angezeigt:

1. Modifizierte 4C-Definition, die Primärversorgung als netzwerkartige, datenbasierte Funktion versteht.
2. Einführung eines ERP-artigen Prozess- und Datenmodells, das Koordination, Vollzugskontrolle und Red-Flag-Mechanismen ermöglicht.
3. Öffentliche Governance von Technologieprodukten mit klaren Vorgaben zu Interoperabilität, Portierbarkeit und Zertifizierung.
4. Wettbewerblich organisierter Markt für Technologie- und Serviceanbieter, der Innovation fördert und zugleich regulatorisch eingebettet ist.
5. Anreizsysteme für Leistungserbringer und Versicherte, die die Nutzung strukturierter Primärversorgungsprozesse attraktiv machen.

Unter diesen Voraussetzungen kann „mehr Management" in der Primärversorgung dazu beitragen, den Rückgang der Zufriedenheit zu stoppen, Überlastungserfahrungen zu reduzieren und insbesondere für chronisch kranke und ältere Patienten spürbare Verbesserungen zu erzielen – lange bevor große Strukturreformen ihre Wirkung entfalten. <<

Zitationshinweis

Häussler, B.: „Mehr Management in der Primärversorgung – Wege zu besseren Versorgungsprozessen", in: „Monitor Versorgungsforschung" (01/26), S. 82–86. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2799

Autorenerklärung

Der Autor erklärt, dass keine Interessenskonflikte vorliegen.

More management in primary care – ways to improve care processes

Background: In many industrialized countries, public dissatisfaction with the healthcare system is growing. International surveys show increasing criticism of waiting times, perceived system overload, and declining perceived quality. At the same time, demographic factors are driving up demand, while human resources are limited. The shortcomings are particularly evident in primary care, which is where patients have their first and most frequent contact with the healthcare system.
Objective: This article develops the concept of more management-oriented primary care. It focuses on the thesis that systematic control of care processes – technically supported by an "ERP-like" data and process model – can lead to noticeable improvements for patients more quickly than purely structural reforms. The article argues that measurable improvements in the patient experience depend less on the "right structure" of primary care than on the systematic control of everyday care processes.
Methodology: The article is based on a selective evaluation of current international studies on patient experiences (including OECD PaRIS, Commonwealth Fund, IPSOS Health Service Report) as well as German studies on health literacy and overprovision. In addition, two real-life care constellations from primary care are reconstructed to illustrate typical weak points.
Results: The analysis reveals a wide range of recurring problems: lack of coordination between practitioners, breaks at sector boundaries, insufficient information, high personal effort on the part of patients, untapped potential for self-management, and lack of continuity. These problems can be classified according to the internationally established 4C model of primary care (first contact, continuity, comprehensiveness, coordination). A modification of this model is proposed: primary care is understood as a network of multiple entry points, coordinated via a common data model and standardized process paths. Two case studies (ankle fracture, recurrent loss of consciousness) show how such a model can specifically improve care by avoiding redundancies, reducing "blind spots," and systematically triggering follow-up actions.
Conclusion: Public, technology-related governance (e.g., by an institution such as Gematik) and a competitively organized range of certified technology products are key prerequisites. In addition, incentive systems must be created for service providers and insured persons that reward the use of this process support. In this way, focusing on care processes can take the pressure off the debate about "the right structure for primary care" and at the same time lead to improvements that are noticeable for patients in the short term.

Keywords

Primary care, care processes, care management, coordination, electronic patient records, healthcare system performance

Literatur

Bandelow, N. (2003): Chancen einer Gesundheitsreform in der Verhandlungsdemokratie. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (B33-34), S. 14–20.
Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (BBAW) (Hg.) (2025): DWDS – Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache. Online verfügbar unter https://www.dwds.de/, zuletzt aktualisiert am 06.11.2024, zuletzt geprüft am 06.11.2024.
Blümel, M.; Spranger, A.; Achstetter, K.; Maresso, A.; Busse, R. (2020): Germany: Health system review. In: Health Systems in Transition 22 (6).
Continentale Krankenversicherung a. G. (Hg.) (2024): Continentale-Studie 2025. Kundenservice - Wie Versicherte ticken und was Vermittler denken. Online verfügbar unter https://www.pkv-vorteile.de/blog/2025/09/19/continentale-studie-2025-wie-versicherte-ticken-die-zufriedenheit-von-kassen-und-privatpatienten/.
Gunja, M. Z.; Shah, A.; and Leonard, F. (2025): Access and Quality of Care for Older Adults in 10 Countries. Findings from the 2024 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Older Adults. In: Commonwealth Fund (Apr.). DOI: 10.26099/4WRJ-KJ97.
Häussler, B. (2025): Eigenverantwortung in der Gesundheitspolitik. Wird sie ihr politisches Comeback haben? 1. Aufl.: Nomos (Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen). Online verfügbar unter https://www.inlibra.com/de/document/view/detail/uuid/26376c4d-dbdc-3dfd-b27a-2ab976555191.
Hurrelmann, K.; Klinger, J.; Schaeffer, D. (2020): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020. Hg. v. Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK). Universität Bielefeld. Online verfügbar unter https://pub.uni-bielefeld.de/download/2950303/2950404/HLS-GER%201_2020.pdf, zuletzt geprüft am 04.03.2025.
IPSOS (2024): Ipsos Health Service Report 2024. Online verfügbar unter https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2024-09/Ipsos-Health-Service-Report-2024-Global-Charts.pdf, zuletzt geprüft am 05.01.2026.
Mayntz, R.; Streek, W. (Hg.) (2003): Die Reformierbarkeit der Demokratie. Innovationen und Blockaden; Festschrift für Fritz W. Scharpf. Frankfurt am Main: Campus-Verl. (Schriften des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung Köln, 45). Online verfügbar unter http://www.mpifg.de/pu/mpifg_book/mpifg_bd_45.pdf.
MLP Finanzberatung SE (Hg.) (2022): MLP Gesundheitsreport 2022. Repräsentative Umfrage in Kooperation mit dem Institut für Demoskopie Allensbach. Online verfügbar unter https://mlp-se.de/redaktion/mlp-se-de/gesundheitsreport-microsite/2022/report/mlp-gesundheitsreport-2022.pdf.
OECD/European Commission (2024): Health at a Glance: Europe 2024. Online verfügbar unter https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/11/health-at-a-glance-europe-2024_bb301b77/b3704e14-en.pdf, zuletzt geprüft am 05.01.2026.
Scharpf, Fritz W. (ca. 2010): Föderalismusreform. Kein Ausweg aus der Politikverflechtungsfalle? [Um die Einl. gekürzter Nachdr.]. Frankfurt am Main: Campus-Verl. (Schriften aus dem Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung Köln, 64).
Starfield, B. (1994): Is primary care essential? In: The Lancet (344 / 8930), S. 1129–1133.
Valderas, J. M.; Porter, I.; Evans, J. P.; Heijmans, M.; Rijken, M.; Groene, O. et al. (2025): International survey of people living with chronic conditions: development and evaluation of the PaRIS Patient Questionnaire (PaRIS-PQ) in 18 countries. In: BMJ quality & safety. DOI: 10.1136/bmjqs-2025-018548.
Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2026): Terminvergabe an Patientinnen und Patienten der PKV und der GKV. Rechtslage und Diskussion (WD 8 – 3000 – 078/25).



Prof. Dr. med. Bertram Häussler
ist Leiter der IGES Gruppe, eines Verbundes von Forschungs- und Beratungsunternehmen aus den Bereichen Infrastruktur und Gesundheit. Das IGES Institut leitet er seit 2006 als Vorsitzender, seit 1990 als Geschäftsführer.
Kontakt: Bertram.Haeussler@iges.de

Dr. jur. Tilo Mandry LLM
Dr.-Ing. Norbert Gerbsch

Schutzimpfungen in Apotheken in Frankreich, Irland und der Schweiz: Potenzial für Deutschland?

Dieser Beitrag untersucht die Verabreichung von Schutzimpfungen in Apotheken in Deutschland und vergleicht die Erfahrungen mit Entwicklungen in Frankreich, Irland und der Schweiz.[1] In Deutschland dürfen Apothekerinnen und Apotheker auf Grundlage von § 20c des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) Impfungen gegen Grippe für Personen ab 18 Jahren oder gegen das Coronavirus für Personen ab 12 Jahren durchführen. Die bundesweiten Voraussetzungen regelt der Vertrag zur Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen durch Apotheken zwischen GKV-Spitzenverband und dem Deutschen Apothekerverband (DAV) auf Grundlage von § 132e Abs. 1a Sozialgesetzbuch V (SGB V). Geplant war bereits in der letzten Legislaturperiode, Apothekerinnen und Apothekern dauerhaft die Durchführung sämtlicher Schutzimpfungen mit Totimpfstoffen bei Erwachsenen zu ermöglichen. Dies hätte Impfungen unter anderem gegen Diphtherie, Hepatitis B, Kinderlähmung, Keuchhusten und Tetanus ermöglicht. Die Verabschiedung des entsprechenden Gesetzentwurfs verzögerte sich jedoch mehrfach, verfiel schließlich der Diskontinuität und ist aktuell mit dem Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG) Gegenstand der Gesetzgebung.

>> Apothekerinnen und Apotheker, die Impfungen durchführen, müssen erfolgreich ärztlich geschult sein und zum Personal der öffentlichen Apotheke gehören, für die sie impfen. Die Impfungen müssen den allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen in § 132e SGB V, § 20c IfSG sowie § 2 Absatz 3a und § 35a der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) genügen. Die Leitlinie „Durchführung von Schutzimpfungen in öffentlichen Apotheken" der Bundesapothekerkammer regelt den Ablauf näher (Bundesapothekerkammer 2025).

Schutzimpfungen in Apotheken, die auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgerechnet werden, müssen gemäß den Vorgaben der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) erfolgen. Krankenkassen können darüber hinaus Ergänzungsverträge abschließen, um ihren Versicherten Impfungen über die Vorgaben der SI-RL hinaus zu ermöglichen, beispielsweise eine Ausweitung des Personenkreises für die Grippeimpfung auf Menschen zwischen 18 und 59 Jahren ohne Indikation.

Auch wenn in Deutschland bereits seit 2022 das Impfen in Apotheken gestattet ist, ist der Anteil der hierzulande in Apotheken verabreichten Impfungen gering, obwohl Patientinnen und Patienten mit der Impfung in der Apotheke zufrieden sind, wie eine größere Studie belegt (Werthner 2025).

Die ABDA berichtet für die Impfsaison 2024/2025 von lediglich 121.600 Grippeimpfungen in öffentlichen Apotheken. Dies ist ein Anstieg gegenüber der Vorsaison, gleichzeitig ist jedoch die Zahl der Apotheken, die Impfungen anbieten, von rund 1.500 auf etwa 1.400 zurückgegangen (ABDA 2025:70).

Zusammenfassung

Schutzimpfungen in Apotheken sind in vielen Ländern seit Langem etabliert. In Deutschland ist die Grippeschutzimpfung in Apotheken seit 2022 erlaubt. Die Grippeschutz-Impfquote lag 2023 in Deutschland in der Risikogruppe der über 65-Jährigen mit 40,4% unter dem Durchschnitt der EU-27 (47,1%) und der in Irland erreichten Impfquote von 75,7%. Der Beitrag vergleicht Impfungen und die Erweiterung von Impfbefugnissen in Apotheken in Frankreich, Irland und der Schweiz mit der Situation in Deutschland. Auch wenn die Erteilung von Impfberechtigungen für Apothekerinnen und Apotheker nicht automatisch eine Erhöhung der Impfquoten nach sich zieht, zeigen die Daten am Beispiel Irlands, dass sie eine Voraussetzung für deren Erhöhung sind. Denn ein erheblicher Teil insbesondere der jüngeren und erwerbstätigen Bevölkerung wird dort in Apotheken geimpft, während Personengruppen mit altersbedingt höherer Zahl von Arztkontakten vorwiegend durch Hausärzte geimpft werden. In allen untersuchten Ländern wurden mit Grippeschutzimpfungen und der Erweiterung der Impfberechtigung auf weitere Impfstoffe in Apotheken positive Erfahrungen gemacht, dies ist auch für Deutschland zu erwarten.

Schlüsselwörter

Schutzimpfungen, Impfberechtigung, Apotheken, Impfraten, Ländervergleich

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2802

1. Impfquoten und Impfberechtigungen für Apotheker im internationalen Vergleich: Beispiel Grippeimpfung

Bei einem Vergleich der europäischen Länder Deutschland, Frankreich, Irland und der Schweiz hinsichtlich der Rolle von Apotheken bei Impfungen ist eine Einordnung sinnvoll, wo diese Länder im weiter gefassten europäischen und ausgewählten internationalen Vergleich bei den erreichten Impfquoten stehen.

Die Impfquoten der Grippeschutzimpfung der Risikogruppe der über 65-jährigen Personen bieten sich hierfür aufgrund der guten Datenlage bei Eurostat und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) an.

Hier zeigen sich erhebliche Unterschiede der Impfquoten (Eurostat 2024): Seit 2021 stehen Dänemark (2023: 77,5%) und Irland mit 75,71% an der Spitze. Mit weitem Abstand folgt Frankreich mit 56,2%. Deutschland liegt mit 40,4% unter dem Durchschnitt der EU-27 von 47,09%. Die Schweiz lag 2022 mit einer Impfquote von 37,5% noch unter der von Deutschland.

Insgesamt zeigen die Daten eine sehr große Spannbreite der Impfquoten zwischen unter 10% (Polen) und über 75% (Dänemark und Irland). Deutschland liegt in allen betrachteten Jahren unter dem Durchschnitt der EU-27. Die WHO-Impfquotenempfehlung

1: Der Beitrag ist eine Zusammenfassung der Bestandsanalyse mit gleichem Titel, abrufbar unter https://iges.com/Schutzimpfungen-in-Apotheken

von 75% der Menschen ab 65 Jahren (Weltgesundheitsversammlung 2003) wird nur in Dänemark und Irland erreicht bzw. überschritten.

In vielen entwickelten Ländern sind Impfquoten in dieser Bevölkerungsgruppe üblich, die über dem Durchschnitt der EU-27 liegen. Das Vereinigte Königreich liegt bei 77,8%, Kanada erreicht 73,7%, Neuseeland 61% (alle 2024) und auch die Vereinigten Staaten erreichten 2020 eine Impfquote von 69,8% (WHO 2025).

Weltweit dürfen Apothekerinnen und Apotheker in einer Vielzahl von Ländern bereits seit Langem impfen. Die ABDA wies bereits 2021 auf die Impferlaubnis gegen Influenza in mindestens 23 Ländern hin, darunter auch den USA (ABDA 2021: 88). Inzwischen dürfen Apothekerinnen und Apotheker in Deutschland, Frankreich, Dänemark, Belgien, Luxemburg, Polen, Norwegen, Großbritannien, Irland, Lettland, Griechenland, Italien, Portugal, Rumänien sowie der Schweiz impfen. Eine Studie zu Portugal zeigt einen positiven Einfluss auf die Durchimpfungsrate der Bevölkerung (Teixeira 2024).

In allen genannten Ländern sind Covid-19- sowie Grippeschutz-Impfungen in der Offizin möglich, oft kommen noch weitere Impfungen, beispielsweise gegen Gürtelrose und Pneumokokken, hinzu. In Frankreich, Norwegen und Portugal ist es Apothekerinnen und Apothekern erlaubt, fast alle verfügbaren Impfungen zu verabreichen. Dasselbe gilt für einige Kantone in der Schweiz.

2. Ausgewählte Länder im Vergleich

2.1 Frankreich

2.1.1 Gesundheitssystem und Impfwesen

In Frankreich existiert mit der „L'Assurance Maladie" eine zentrale Krankenversicherung, die für alle Bürgerinnen und Bürger mit Wohnsitz in Frankreich verpflichtend ist. Die ambulante haus- und fachärztliche Versorgung wird fast ausschließlich durch unabhängige niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erbracht. In Frankreich herrscht ein Ärztemangel, besonders im ländlichen Bereich (DREES 2023).

Die Bewohner Frankreichs können sich in verschiedenen Einrichtungen impfen lassen: bei niedergelassenen Ärzten, in Apotheken, bei freiberuflichen Krankenschwestern, bei Hebammen, in Impfzentren, in PMI (Protection maternelle et infantile) für Kinder bis zu 6 Jahren, in medizinischen Laboren, in internationalen Impfzentren, beim arbeitsmedizinischen Dienst, in universitären Einrichtungen für Präventivmedizin und in Gesundheitszentren.

2.1.2 Impfbefugnisse der Apothekerinnen und Apotheker

Apothekerinnen und Apotheker dürfen Kindern unter elf Jahren keine Impfstoffe verordnen und verabreichen, ausgenommen ist lediglich die Covid-19-Impfung für Kinder ab fünf Jahren. Erwachsenen und Kindern über elf Jahren dürfen Apothekerinnen und Apotheker sämtliche Schutzimpfungen verordnen und verabreichen, Einschränkungen bestehen lediglich für Patientinnen und Patienten mit eingeschränktem Immunsystem (Ministère de la Santé 2025).

Die Impfung in Apotheken wurde in Frankreich schrittweise eingeführt. Im Jahr 2017 wurde die Verabreichung von Impfstoffen durch Apothekerinnen und Apotheker zunächst versuchsweise in einigen Regionen für den saisonalen Grippeimpfstoff zugelassen. Ein Dekret vom April 2019 dehnte dann die Grippeimpfung durch Apothekerinnen und Apotheker ab dem 1. März 2019 auf das gesamte französische Staatsgebiet aus (Décret 2019).

Die Covid-19-Pandemie spielte eine wichtige Rolle bei der Erweiterung der Kompetenzen. Ab März 2021 durften Apothekerinnen und Apotheker außerhalb von Impfzentren gegen Covid-19 impfen. Diese Erweiterung wurde als sehr erfolgreich angesehen. Ab November 2022 durften geschulte Apothekerinnen und Apotheker 14 zusätzliche Impfstoffe (auf ärztliche Verschreibung) verabreichen. Seit 2023 sind sie ermächtigt, die meisten Impfstoffe des Impfkalenders für Personen ab elf Jahren ohne vorherige Verschreibung zu verschreiben und direkt zu verabreichen.

2.1.3 Impfquoten und Rolle der Apotheker

Frankreich liegt hinsichtlich der erreichten Impfquoten bei der Grippeschutzimpfung der Bevölkerung ≥ 65 Jahre mit 56,2% (2023) über dem Durchschnitt der EU-27 (47,09%). Die Impfquoten der Risikogruppen jünger als 65 Jahre sind über den Betrachtungszeitraum mit Ausnahme der SARS-CoV-2-Pandemie tendenziell rückläufig. Seit 2020/2021 ist diese um 13,4 Prozentpunkte gesunken (Santé publique 2025). (Abb. 1.)

Die Nationale Vereinbarung für Apothekerinnen und Apotheker mit eigener Apotheke (Convention nationale des pharmaciens

Grippeschutzimpfung, Impfquoten in Frankreich im zeitlichen Verlauf 2008/2009 bis 2024/2025

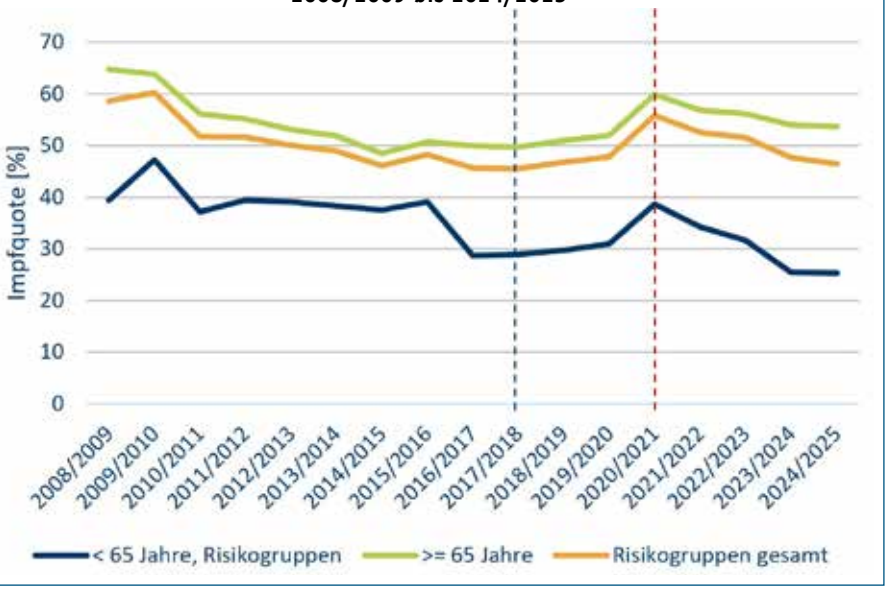


Abb. 1: Grippeschutzimpfung, Impfquoten in Frankreich im zeitlichen Verlauf 2008/2009 bis 2024/2025, Bevölkerung >= 65 Jahre und jüngere Risikogruppen. Quelle: eigene Darstellung IGES (nach Santé publique 2025). Anmerkungen: Impfstart in Apotheken (2018/2019) und Corona-Pandemie (2020/2021) sind durch gestrichelte Linien gekennzeichnet.

titulaires d'officine), die im Jahr 2022 in Kraft trat, erweiterte die Rolle der Apothekerinnen und Apotheker innerhalb des französischen Gesundheitssystems (Journal officielle 2022). Durch die Vereinbarung wurde der Apothekerschaft die Befugnis erteilt, auch Gesundheitsleistungen zu erbringen, die davor der Ärzteschaft vorbehalten war (L'Assurance Maladie 2025).

2.1.4 Anforderungen und Kostentragung

Um Impfstoffe verschreiben und verabreichen zu können, müssen Apothekerinnen und Apotheker vorab eine Schulung absolviert haben. Die Schulung dauert circa zehn Stunden und kann auch als Onlinekurs absolviert werden.

Bei einer Impfung in der Apotheke müssen geeignete Räumlichkeiten für die Durchführung der Impfung vorhanden sein, einschließlich eines vertraulichen Bereichs für das Vorgespräch ohne Zugang zu Arzneimitteln, geeignete Ausrüstung, ein Kühlraum mit Temperaturerfassung und -überwachung für die Lagerung von Impfstoffen sowie Vorkehrungen zur Entsorgung der anfallenden infektionsgefährdenden Abfälle.

Für die Grippeimpfung erhalten Apothekerinnen und Apotheker eine Pauschale von 7,50 Euro. Für alle anderen Impfungen erhalten sie ebenfalls 7,50 Euro, wenn die Patientin bzw. der Patient ein ärztliches Rezept für die Impfung vorlegt. Wenn die Impfung ohne Vorlage einer ärztlichen Verschreibung erfolgt, wird eine Pauschale von 9,60 Euro fällig.[2]

Die Grippeschutzimpfung wird für Risikogruppen, zu denen Personen über 65 Jahre, chronisch Kranke, Schwangere sowie Personen mit einem berufsbedingt erhöhten Infektionsrisiko zählen, vollständig von der französischen Krankenversicherung übernommen. Die Kosten für viele weitere Schutzimpfungen werden von der französischen Krankenversicherung lediglich zu 65% übernommen.

2.2 Irland

2.2.1 Gesundheitssystem

Irland verfügt über eine staatliche Gesundheitsversorgung, der nationale Gesundheitsdienst „Health Service Executive" (HSE) ist für alle Einwohner Irlands zuständig und wird in erster Linie aus allgemeinen Steuermitteln finanziert. Fast die Hälfte der Bevölkerung schließt zusätzlich eine private Krankenversicherung ab, um einen schnelleren Zugang zu medizinischer Versorgung zu erhalten.

In Irland bestehen öffentliche Apotheken, die privatwirtschaftlich betrieben werden. Es existieren sowohl inhabergeführte Einzelapotheken als auch Apothekenketten. Rund zwei Drittel der Apotheken sind unabhängig (Institute for local self reliance 2003). Im Jahr 2024 gab es insgesamt 1.989 Apotheken, 7.731 Personen sind als öffentliche Apothekerinnen und Apotheker zugelassen (Pharmaceutical Society of Ireland 2025).

Apotheken in Irland sind befugt, folgende Dienstleistungen zu erbringen (Health Service Executive 2025): Impfungen wie nachstehend erläutert, Blutdruckmessung, Notfallverhütung, Ausstellung von Folgerezepten, Abgabe von Viagra CONNECT 50 mg und Sumatriptan 50 mg nach entsprechender Beratung.

– – – – – –

2: In den französischen Überseedepartements kommt ein geringfügiger Aufschlag bei allen Impfungen hinzu.

Apothekerinnen und Apothekern wurden in Irland schrittweise mehr Befugnisse zur Verabreichung von Schutzimpfungen verliehen: Seit 2011 sind sie gesetzlich befugt, in Apotheken die saisonale Grippeimpfung anzubieten. Im Jahr 2015 wurde ihnen die Verabreichung von Pneumokokken-Polysaccharid-Impfstoff und Herpes-Zoster-Impfstoff ermöglicht.

Seit Oktober 2020 dürfen entsprechend geschulte Apothekerinnen und Apotheker die Abgabe und Verabreichung des Grippeimpfstoffs an jedem geeigneten Ort durchführen und seit Dezember 2020 dürfen sie im Rahmen des nationalen Covid-19-Impfprogramms auch Covid-19-Impfstoffe abgeben und verabreichen.

2.2.2 Impfungen nach Altersgruppen

Circa 27% aller 1,2 Mio. Grippeimpfungen, die bei rund 5,3 Mio. Einwohnerinnen und Einwohnern in Irland in der Saison 2024/2025 erfolgten, wurden in Apotheken erbracht (Irish Pharmacy Union 2025). Die Analyse zeigt, dass die impfende Stelle deutlich mit dem Alter korreliert. Sehr kleine Kinder und Personen ab 65 Jahren werden weit überwiegend durch Ärzte geimpft, während der Anteil der Impfungen in Apotheken für die Altersgruppen von zwei bis 17 Jahren (45,3%), 18 bis 40 Jahren (37,3%) und 50 bis 64 Jahren (38,4%) beträchtlich ist. Insgesamt lässt sich aus den Zahlen für Irland ableiten, dass bei Personengruppen mit altersbedingt höheren Arztkontakten (sehr jung oder in höherem Alter) die Impfungen weit

Entwicklung der Verteilung Grippeschutzimpfungen auf impfende Institutionen in Prozent in Irland

Alter	Impfung durch	2022/2023	2023/2024
06 bis 11 Monate	Hausarzt	78,7	75,6
	Apotheke	19,7	8,9
	Andere	1,6	15,5
12 bis 24 Monate	Hausarzt	90,7	91,5
	Apotheke	8,2	7,9
	Andere	1,1	0,6
2 bis 17 Jahre	Hausarzt	52,8	41,3
	Apotheke	44,3	45,3
	Andere	2,9	13,4
18 bis 49 Jahre	Hausarzt	44,1	41,9
	Apotheke	37,9	37,3
	Andere	18	20,8
50 bis 64 Jahre	Hausarzt	53,4	51,7
	Apotheke	37,7	38,4
	Andere	8,9	9,9
65 u. älter	Hausarzt	78,6	74,7
	Apotheke	16,7	20,1
	Andere	4,7	5,2
Gesamt	**Hausarzt**	**63**	**59,1**
	Apotheke	**29**	**30,7**
	Andere	**8**	**10,2**

Tab. 1: Entwicklung der Verteilung Grippeschutzimpfungen auf impfende Institutionen in Prozent, Irland 2022/2023 vs. 2023/2024. Vereinfacht nach GP (Hausarzt), Apotheke und „Andere" (Kliniken stationär und ambulant, Betriebsärzte, Sonstige). Quelle: eigene Darstellung IGES (Health Protection Surveillance Center 2024, 2025). Anmerkung: Die prozentualen Anteile bei den sehr jungen Altersgruppen bis 24 Monate sind mit Vorbehalt zu betrachten, da sie aus sehr kleinen Personenzahlen abgeleitet sind, Impfungen bei sehr kleinen Kindern in Apotheken umfassen insgesamt weniger als 20 Personen.

vorwiegend bei Ärztinnen und Ärzten erfolgen, während in den mittleren Altersgruppen sich ein deutlicher Anteil von Apothekerinnen und Apothekern impfen lässt.

Für Irland lässt sich damit zeigen, dass Apothekerinnen und Apotheker eine erhebliche Rolle bei der Erzielung der hohen Impfquoten haben und dazu beitragen, dass Irland den zweiten Platz im europäischen Impfquotenvergleich der Grippeschutzimpfung erreicht.

Im Vergleich der Impfungen durch Apothekerinnen und Apotheker zwischen Deutschland und Irland liegt Irland für die Impfsaison 2022/2023 sowohl in absoluten Zahlen (374.050 in Irland vs. 97.200 in Deutschland) vor allem aber hinsichtlich des prozentual geimpften Bevölkerungsanteils (7% in Irland, 0,12% in Deutschland) weit vor Deutschland. Bevölkerungsgewichtet werden in Irland rund 61-mal mehr Menschen durch Apothekerinnen und Apotheker geimpft als in Deutschland.

2.2.3 Voraussetzungen und Vergütung

Um zur Verabreichung eines Impfstoffs berechtigt zu sein, müssen Apothekerinnen und Apotheker für jeden Impfstoff den von der PSI genehmigten Schulungslehrgang erfolgreich absolviert haben. Die Apotheke muss über geeignete Räumlichkeiten verfügen, einschließlich eines ausreichend privaten Patientenberatungsbereichs.

Die Vergütung von Impfleistungen durch den HSE war in der Grippesaison 2023/2024 wie folgt geregelt: Covid-19-Impfungen wurden mit 25 Euro pro Impfvorgang vergütet, Grippeimpfungen mit 15 Euro plus einer zusätzlichen Zahlung von 100 Euro für jeweils 10 einzelne Patientinnen und Patienten. Impfungen mit dem nasalen Influenza-Lebendimpfstoff für Kinder wurden mit 20 Euro pro Impfung vergütet.

2.3 Schweiz

2.3.1 Gesundheitssystem

In der Schweiz besteht eine Versicherungspflicht, nach der sich alle in der Schweiz lebenden Menschen in einer Krankenversicherung ihrer Wahl versichern müssen. Es existieren rund 50 Versicherungsunternehmen, die die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) anbieten (Schweizerische Eidgenossenschaft 2024). Versicherte entrichten monatlich Prämien, die unterschiedlich hoch ausfallen, da zwischen den Kassen ein Wettbewerb besteht.

Patientinnen und Patienten müssen sich mit bis zu 300 Franken jährlich an den Kosten beteiligen (Franchise). Sie können auch eine höhere Franchise wählen – bis zu 2.500 Franken – und zahlen dann entsprechend geringere Prämien. Nach Überschreitung der individuellen Franchise bezahlt die Patientin bzw. der Patient bei jeder Leistung einen Selbstbehalt von 10% – bei manchen Arzneimitteln 20% – bis zum maximalen Betrag von 700 Franken.

2.3.2 Impfungen, Apothekenbefugnisse und Vergütung

Die Verabreichung von Schutzimpfungen ist in der Schweiz nicht landeseinheitlich geregelt. Es bestehen sowohl bundesweit geltende Gesetze als auch Regelungen der einzelnen Kantone. Welche Schutzimpfungen verabreicht werden sollen, legt der Impfplan fest, der bundesweit gilt (Bundesamt für Gesundheit 2025).

Im Jahr 2015 wurde im Kanton Zürich erstmals Apothekerinnen und Apothekern die Verabreichung von Schutzimpfungen gegen saisonale Grippe gestattet. Weitere Kantone folgten (Blasius 2016), kurz darauf durfte auch gegen FSME geimpft werden. Der Umfang der Impfbefugnis ist von Kanton zu Kanton verschieden. Über zwei Drittel der Schweizer Apotheken bieten die Impfung an.

Durch Apothekerinnen und Apotheker dürfen ausschließlich gesunde Personen ab dem 16. Lebensjahr geimpft werden, Kinder und Patientinnen und Patienten mit Vorerkrankungen hingegen nicht.

Apothekerinnen und Apotheker, die vor dem Jahr 2022 ihr eidgenössisches Diplom erlangt haben, müssen die Fortbildung „Fähigkeitsausweis FPH Impfen und Blutentnahme“ absolviert haben. Diese dauert insgesamt 20 Stunden (FPH Offizin 2025). Da die Erstausbildung zum Impfen seit 2022 im Grundstudium enthalten ist, benötigen Apothekerinnen und Apotheker, die ihr Diplom ab 2022 erhalten haben, diese Fortbildung nicht.

Zur Erlangung der Impferlaubnis ist außerdem der Besitz eines gültigen BLS-AED-Zertifikats erforderlich. Das BLS (Basic Life Support) wird im Anschluss an eine Schulung erteilt, in der grundlegende lebensrettende Maßnahmen vermittelt werden. Nach Absolvierung der Kurse muss eine kantonale Bewilligung zum Impfen beantragt und erteilt werden, die personenbezogen ausgestellt wird und grundsätzlich für eine bestimmte Apotheke gültig ist.

Die Impfungen müssen in einem nicht einsehbaren, räumlich und akustisch abgetrennten Bereich durchgeführt werden.

Eine Impfung in der Apotheke ohne ärztliche Verordnung wird von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nicht übernommen. Bei einer Impfung auf ärztliche Verordnung werden die Kosten des Impfstoffs von der OKP übernommen.[3] Apothekerinnen und Apotheker berechnen für die Verabreichung zwischen 20 bis 30 Franken (Bundesamt für Gesundheit 2024).

Mit der Novellierung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) am 21. März 2025 wurden die Kosten für die Apothekerleistung Impfen (Impfstoff und Verabreichung) in den Leistungskatalog der OKP übernommen, sofern die Impfung gemäß Schweizerischem Impfplan empfohlen ist. Die Übernahme der Kosten erfolgt ab dem 1. Januar 2027 (Bundesamt für Gesundheit 2025,2).

3. Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Deutschland

Sowohl in Frankreich als auch in Irland und der Schweiz wurde den dortigen Apothekerinnen und Apothekern anfänglich nur die Befugnis zur Verabreichung der Grippeschutzimpfung erteilt. Die Erweiterung auf weitere Impfstoffe erfolgte auf Grundlage der positiven Erfahrungen, die diese Länder mit der Grippeimpfung in den Apotheken gewonnen hatten.

Die positiven Erfahrungen, die Frankreich, Irland und die Schweiz mit der Grippeschutzimpfung und später der Covid-19-Impfung durch Apothekerinnen und Apotheker gewonnen hatten, gaben in diesen Ländern den Ausschlag, die Impfkompetenzen der dortigen Apothekerinnen und Apotheker auf weitere Schutzimpfungen zu erweitern. Nach Erweiterung der Befugnisse gab es zu keinem Zeitpunkt Bestrebungen, diese wieder einzuschränken. Auch in Deutschland sind die Erfahrungen mit der Grippeschutzimpfung positiv (Werthner). Da die betrachteten Länder mit der Erweiterung von Impfberechtigungen keine negativen Erfahrungen gemacht haben, ist nicht davon aus-

– – – – – –

3: Ausnahme war die Impfung gegen Covid-19.

zugehen, dass eine Erweiterung in Deutschland negative Folgen haben würde (Plath 2025).

Um etwaige Effekte der Impfberechtigungen durch Apothekerinnen und Apotheker auf die Impfquoten zu betrachten, eignen sich die Influenza-Impfquoten als bestverfügbare Datenquelle, die in unterschiedlichen Vollständigkeiten und Zeitreihen aus mehreren Quellen verfügbar sind (OECD 2025).

Die Analyse der Influenza-Impfquoten zeigt, dass die Impfberechtigung in Irland bereits 2011 erteilt wurde, 2015 kamen weitere Impfungen hinzu – dies führte zunächst nicht zu einem sofortigen Anstieg der Impfquote. Diese setzte mit deutlicher Dynamik zwischen 2018 und 2019 ein, also noch vor der SARS-CoV-2-Pandemie. Von den 1.900 Apotheken in Irland impfen rund 1.400 (entspricht 73,4%) (Irish Pharmacy Union 2025). Für Deutschland ist mit Blick auf die Zeitreihe keine Aussage möglich, da die Impfberechtigung erst seit 2022 flächendeckend besteht und bislang nur wenige Apotheken diese nutzen (rund 1.400 von 17.000 im Jahr 2024, entspricht 8,2%).

Auch wenn die Erteilung von Impfberechtigungen für Apothekerinnen und Apotheker nicht automatisch eine Erhöhung der Impfquoten nach sich zieht, zeigen die Daten am Beispiel Irlands, dass sie eine Voraussetzung für deren Erhöhung sind. Denn mit der Einbindung der Apotheken kann insbesondere die jüngere Bevölkerung niederschwellig erreicht werden.

Entwicklung der Influenza-Impfquoten der Bevölkerung (>= 65 Jahre*) und Beginn der Impfberechtigung für Apothekerinnen und Apotheker in Irland, Frankreich, Deutschland und der Schweiz 2004 – 2024

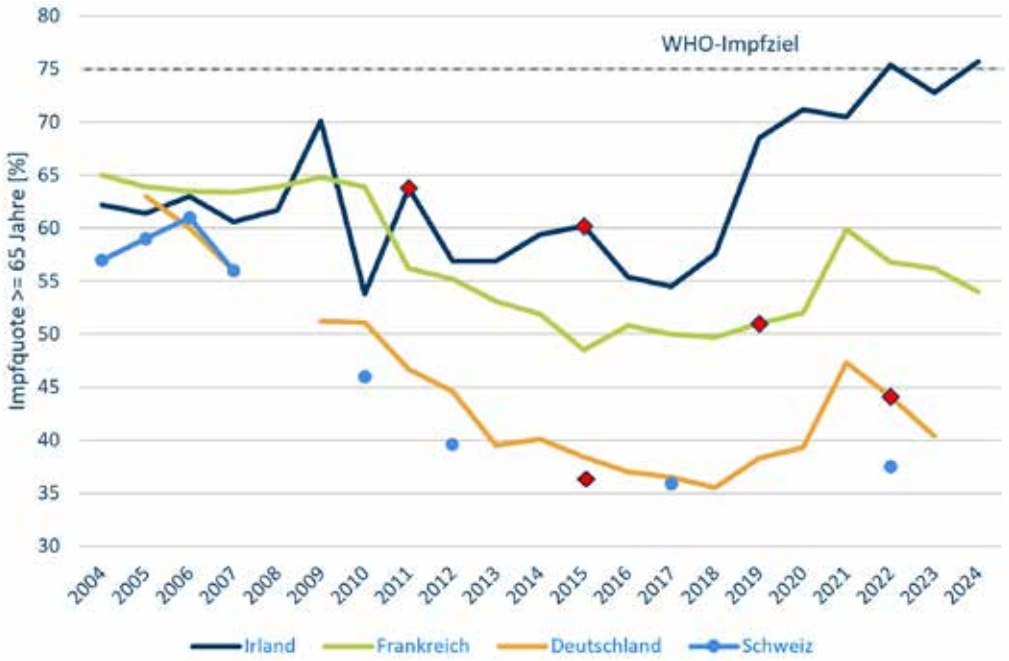


Abb. 2: Entwicklung der Influenza-Impfquoten der Bevölkerung >= 65 Jahre* und Beginn der Impfberechtigung für Apothekerinnen und Apotheker in Irland, Frankreich, Deutschland und der Schweiz 2004 – 2024. Anmerkung: Jahre erstmaliger Impfberechtigung für Apothekerinnen und Apotheker rot markiert für Irland (2011, weitere ab 2015), Frankreich (Beginn 2019) und Deutschland (2022, Grippe und Covid-19, Pilotphase nicht markiert). In der Schweiz Impfberechtigungen je nach Kanton erteilt, erstmals ab 2015; die Impfquote 2015 ist in der Datenquelle nicht enthalten, der Markierungswert wurde daher interpoliert. Legende: *Die OECD weist für Deutschland auf eine abweichende Definition hin, da hier nicht die Bevölkerung >=65 Jahre, sondern die Bevölkerung >= 60 Jahre erfasst wird.

Influenza-Impfquoten grunderkrankter jüngerer Menschen zwischen 18 und 59 Jahren in Deutschland

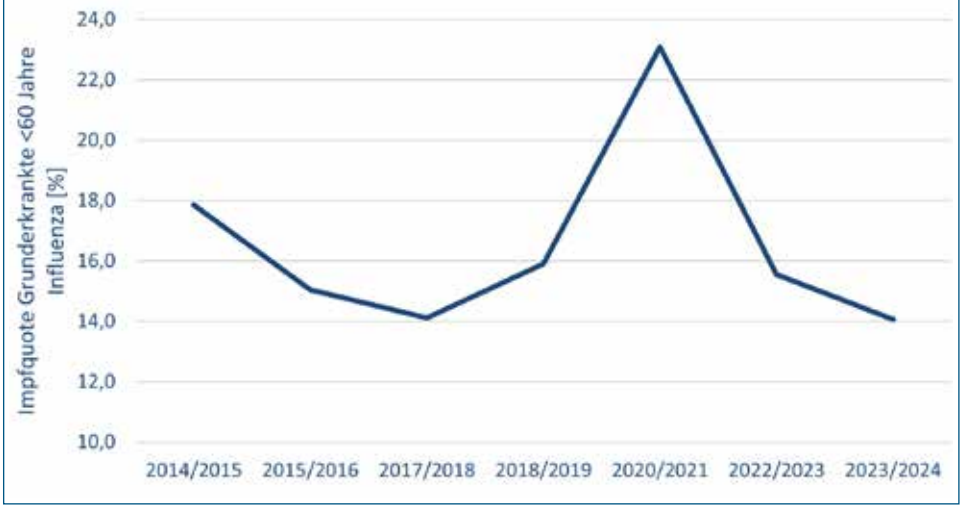


Abb. 3: Influenza-Impfquoten grunderkrankter jüngerer Menschen zwischen 18 und 59 Jahren in Deutschland. Quelle: eigene Darstellung IGES (Robert Koch-Institut 2025). Anmerkung: Rohdaten ausgewertet nach Jahr / Influenza / Personen mit Grunderkrankung / Altersgruppen 18 – 59 Jahre, alle Bundesländer.

3.1.1 Vulnerable Gruppen

Eine Auswertung der Influenza-Impfquoten grunderkrankter Menschen zwischen 18 und 59 Jahren in Deutschland zeigt, dass selbst unter den Bedingungen der SARS-CoV-2-Pandemie mit generell deutlich erhöhter Impfbereitschaft gegen Influenza mit 23,1% nur eine geringe Impfquote erreicht wurde. Dieser Wert wurde von einem sehr geringen Ausgangsniveau kommend erreicht (14,1% 2017/2018) und ist innerhalb kürzester Zeit auch wieder auf diesen Wert abgefallen (14,1% 2023/2024).

Diese Beobachtung stützt die These, dass analog der Beobachtungen in Irland die Population zwischen 18 und 59 Jahren hinsichtlich der Impfungen ärztlich nicht ausreichend erreicht wird.

3.2 Schlussfolgerungen

Die Erfahrungen der untersuchten europäischen Länder belegen, dass Impfungen in Apotheken sich ergänzend zur Impfung in Arztpraxen oder anderen Einrichtungen erfolgreich als niederschwellige Maßnahme zur Impfung der Bevölkerung etabliert haben. Am Beispiel Irland zeigt sich, dass in Ländern mit hohen Impfquoten Apothekerinnen und Apotheker einen erheblichen Prozentsatz der Impfungen durchführen.

Die in Deutschland geringen Impfquoten, die etwa bei der Grippeschutzimpfung deutlich unter dem Durchschnitt der EU-27 und weit unter dem WHO-Impfquotenziel liegen, zeigen sowohl Handlungsbedarf als auch Handlungsoptionen auf.

Vor diesem Hintergrund ist es zielführend, dass sowohl die letzte als auch die aktuelle Bundesregierung den Weg verfolgen, Impfberechtigungen für Apothekerinnen und Apotheker zu erweitern und „das Wissen von Apothekerinnen und Apothekern im Patientensinne bestmöglich zu nutzen“ (BMG 2023), um „eine Erhöhung der Impfquoten bei bestimmten impfpräventablen Erkrankungen“ (BMG 2024:24) zu erreichen.

Die Bestandsanalyse zeigt, dass eine Erweiterung der Impfkompetenzen von Apothekerinnen und Apothekern in Deutschland nach dem Vorbild der untersuchten europäischen Länder positive Effekte haben könnte, während negative Auswirkungen ausbleiben dürften. Die niederschwellige Erreichbarkeit von Apotheken kann insbesondere dazu beitragen, bisher unterversorgte Bevölkerungsgruppen zu erreichen und die Gesamtimpfquoten zu erhöhen. <<

Literatur

Bundesapothekerkammer (2025): https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Praktische_Hilfen/Leitlinien/Schutzimpfungen/LL_Schutzimpfungen_Apotheke.pdf (letzter Abruf 02.01.2026)
Werthner, Q. / Faehrmann, L. / Och, K. Client satisfaction, safety, and insights from a three-season survey on influenza vaccinations delivered at community pharmacies in Germany. In: Vaccine 2025, 45 https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2024.126650 (letzter Abruf 05.01.2026)
ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.: Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten 2025, S. 70
Eurostat (2024): https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ps_immu/default/tab-le?lang=en, last update 03.09.2024 (letzter Abruf 26.09.2025)
Weltgesundheitsversammlung (2023). Empfehlungen der 56. Weltgesundheitsversammlung aus dem Jahre 2003.
WHO (2025): https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/influenza-vaccination-covera-ge?CODE=FRA+DEU+IRL+CHE+GBR+USA+NZL+CAN&ANTIGEN=FLU_ELDERLY&YEAR= (letzter Abruf 27.09.2025)
ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.: Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten 2021, S. 88
Teixeira R. / Guerreiro J. / Romano S. et al.: The Impact of Portuguese Community Pharmacies on Influenza Vaccination Accessibility and Coverage. In: Eur J Public Health. 2024 Oct 28;34 (Suppl 3) https://academic.oup.com/eurpub/article/34/Supplement_3/ckae144.384/7844635 (letzter Abruf 05.01.2026)
DREES La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/demographie-des-professionnels-de-sante-au-1er-janvier-2023 (letzter Abruf 05.01.2026)
Ministère de la Santé (2025): https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/extension-des-competences-vaccinales-des-professionnels-de-sante/article/competences-vaccinales-des-professionnels-de-sante (letzter Abruf 02.01.2026)
Décret n° 2019-357 du 23 avril 2019 relatif à la vaccination par les pharmaciens d'officine: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038409863 (letzter Abruf 02.01.2026)
Santé publique 2025: https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/donnees-de-couverture-vaccinale-grippe-par-groupe-d-age (letzter Abruf 02.01.2026)
Journal officiel (2022) - Arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la Convention nationale organisant les rapports entres les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045538155 (letzter Abruf 02.01.2026)
L'Assurance Maladie (2025): https://www.ameli.fr/yvelines/pharmacien/textes-reference/textes-conventionnels/convention-nationale (letzter Abruf 02.01.2026)
Institute for local self reliance (2003) https://ilsr.org/articles/irish-pharmacies-call-limits-corporate-ownership/ (letzter Abruf 02.01.2026)
Pharmaceutical Society of Ireland (2025): Annual Report 2024, S. 18f. https://www.psi.ie/information-and-resources/psi-annual-reports (letzter Abruf 02.01.2026)
Health Service Executive (2025): Community Pharmacies https://www.hse.ie/eng/services/list/2/pharmacy/ (letzter Abruf 02.01.2026)
Irish Pharmacy Union (2024): https://ipu.ie/ipu-review-article/hse-vaccination-primary-care-contracts-team-and-supports-for-pharmacies/ (letzter Abruf 02.01.2026)
Health protection surveillance center (2025, 2024). Seasonal Influenza Vaccine Uptake in Ireland, 2023-2024 (September 2023 – August 2024) S. 8, Tab. 5 und Seasonal Influenza Vaccine Uptake in Ireland, 2022-2023 (September 2022 – August 2023), S. 8, Tab. 5, https://www.hpsc.ie/a-z/respiratory/influenza/seasonalinfluenza/vaccination/influenzaandadults65yearsan-dol-der/Seasonal%20Flu%20Vacc%20Uptake_report_Annual%202022_23_%20data%2004%2001%202024_1.1.pdf und http://hdl.handle.net/10147/642977, (beide letzter Abruf 02.01.2026)
Schweizerische Eidgenossenschaft (2024): https://www.eda.admin.ch/aboutswitzerland/de/home/wirtschaft/soziale-aspekte/gesundheitssystem.html (letzter Abruf 02.01.2026)
Bundesamt für Gesundheit (2025): https://www.bag.admin.ch/de/schweizerischer-impfplan#Schweizerischer-Impfplan-2025 (letzter Abruf 02.01.2026)
Blasius, H.: Immer mehr Schweizer Apotheker dürfen impfen. In: Dt. Apotheker Zeitung (Bericht vom 05.10.2016) https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2016/10/05/immer-mehr-schweizer-apotheker-duerfen-impfen (letzter Abruf 02.01.2026)
FPH Offizin (2025): https://fphch.org/de/faehigkeitsausweise-fph/impfen-und-blutentnahme (letzter Abruf 02.01.2026)
Bundesamt für Gesundheit (2024): https://impfengegengrippe.ch/de-ch/impfung/nationaler-grippeimpftag-2024.html (letzter Abruf 22.07.2025)
Bundesamt für Gesundheit (2025): https://www.bag.admin.ch/de/newnsb/9WndEYDLnuu3bVmIzrkdd (letzter Abruf 02.01.2026)
Plath et al.: „Aktuelle Herausforderungen und gesellschaftlicher Wert der Impfprävention“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/25), S. 44–51. http://doi.org/10.24945/MVF.03.25.1866-0533.2727
OECD 2025 Data Explorer, Health, Immunization, Influenza: https://data-explorer.oecd.org/ (letzter Abruf 09.10.2025)
IPU Irish Pharmacy Union (2025): https://ipu.ie/key-facts-on-community-pharmacy/ (letzter Abruf 02.01.2026)
Robert Koch-Institut (2025): https://www.rki.de/vacmap, https://public.data.rki.de/t/public/views/VacMap/Erw_Maindashboard?%3Aembed=y&%3Atabs=n (letzter Abruf 09.10.2025)
BMG (2023): Eckpunkte für eine Apothekenhonorar- und Apothekenstrukturreform vom 20.12.2023
BMG (2024): https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/aporg.html , S. 24 (letzter Abruf 05.01.2026)

Vaccinations in pharmacies in France, Ireland, and Switzerland: Potential for Germany?

Vaccinations in pharmacies have long been established in many countries. In Germany, influenza vaccinations have been permitted in pharmacies since 2022. In 2023, the flu vaccination rate in Germany among the risk group of people over 65 was 40.4%, below the EU-27 average (47.1%) and the vaccination rate achieved in Ireland (75.7%). This article compares vaccinations and the extension of vaccination authorisations in pharmacies in France, Ireland, and Switzerland with the situation in Germany. Even if granting vaccination authorisations to pharmacists does not automatically lead to an increase in vaccination rates, data from Ireland shows that it is a prerequisite for such an increase. This is because a significant proportion of the younger and working population in particular are vaccinated in pharmacies, while groups of people who have more frequent contact with doctors due to their age are mainly vaccinated by their GPs. In all the countries studied, positive experiences have been made with flu vaccinations and the extension of the right to vaccinate to further vaccines in pharmacies, and this is also to be expected in Germany.

Keywords

Authorisation to vaccinate, pharmacies, vaccination rates, country comparisons

Zitationshinweis

Mandry, T., Gerbsch, N.: „Schutzimpfungen in Apotheken in Frankreich, Irland und der Schweiz: Potential für Deutschland?“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (01/26), S. 87–93. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2802

Autorenerklärung

Die Studie wurde durch die Mylan Germany GmbH (A Viatris Company) finanziert. Sie wurde durch die Autoren Dr. Tilo Mandry und Dr. Norbert Gerbsch, IGES Institut, erstellt.



Dr. jur. Tilo Mandry LLM ORCID: 0009-0003-9280-0039

ist Rechtswissenschaftler und als Lead International Liaison Manager der IGES Institut GmbH tätig. Zuvor leitete er den Bereich Exportinitiative Gesundheitswirtschaft bei Germany Trade & Invest (GTAI) im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Klimaschutz, nachdem er als Rechtsanwalt für Gesundheitsrecht in München fungierte. Kontakt: Tilo.Mandry@iges.com



Dr.-Ing. Norbert Gerbsch ORCID: 0000-0002-9994-9333der

ist promovierter Biotechnologe und leitet die Abteilung Public Affairs der IGES Institut GmbH. Zuvor war er als Senior Director Innovation und Healthcare Management beim Arzneimittelhersteller Pohl-Boskamp tätig, nachdem er als stellvertretender Hauptgeschäftsführer beim Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) fungierte. Kontakt: Norbert.Gerbsch@iges.com

AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

Von der Erkenntnis zur Aktion: Vier Jahre Kampagne #DeutschlandErkenntSepsis

Ein persönlicher Zwischenbericht zur nationalen Sepsis-Awareness-Kampagne von Dr. med. Ruth Hecker, Fachärztin für Anästhesiologie, Initiatorin der Kampagne und Chief Patient Safety Officer der Universitätsmedizin Essen. Nach ihrer Amtszeit als Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. (APS) engagiert sie sich als Beauftragte des Konsortialführers APS weiterhin für die Kampagne.

Sepsis ist eine lebensbedrohliche Organdysfunktion infolge einer fehlgesteuerten Antwort des Immunsystems auf eine Infektion. Sepsis ist ein medizinscher Notfall, wie Schlaganfall und Herzinfarkt. In Deutschland erkranken jedes Jahr mindestens 230.000 Menschen an Sepsis, mindestens 85.000 von ihnen versterben daran. Somit gehört Sepsis zu den häufigsten und zugleich am meisten unterschätzten Todesursachen. Ein Großteil der Fälle entsteht außerhalb des Krankenhauses, häufig aus zunächst alltäglichen Infektionen, wie einer Lungen- oder Blasenentzündung. Gleichzeitig wäre laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein Großteil der Todesfälle durch Verbesserungen von Prävention, Diagnose und Management von Sepsis vermeidbar.

Vor diesem Hintergrund habe ich 2021 als damalige Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. (APS) die bundesweite Aufklärungskampagne #DeutschlandErkenntSepsis initiiert. Sie wird seitdem vom APS koordiniert und gemeinsam mit dem SepsisDialog der Universitätsmedizin Greifswald, der Deutschen Sepsis-Hilfe e. V. und dem Deutschen Qualitätsbündnis Sepsis (DQS) am Universitätsklinikum Jena umgesetzt. Die Kampagne wird vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) gefördert und von zahlreichen Partnern aus dem Gesundheitswesen und der Wirtschaft unterstützt. Im Mittelpunkt der Kampagne steht die Aufklärung der breiten Bevölkerung über die Ursachen, Symptome und Risikofaktoren von Sepsis. Dieser Beitrag beschreibt, warum ich die Kampagne initiiert habe, wie wir gemeinsam mit unseren Partnern arbeiten, was wir bisher erreicht haben und welche Rolle Aufklärung im Zusammenspiel mit der neuen Sepsis-Leitlinie und dem Qualitätssicherungsverfahren spielt.

Die unterschätzte Gefahr

Internationale epidemiologische Analysen haben den globalen Umfang von Sepsis deutlich gemacht: Die Global-Burden-of-Disease-Auswertung von Rudd et al. schätzt für 2017 rund 48,9 Millionen Sepsisfälle und 11 Millionen sepsisassoziierte Todesfälle, was etwa 20 % aller weltweiten Todesfälle ausmacht. Für Deutschland zeigt sich ein ähnliches Bild von hoher, aber schwer exakt zu quantifizierender, Krankheitslast. Die in der Kampagne genutzten Zahlen von mindestens 230.000 Sepsis-Fällen und mindestens 85.000 Todesfällen sind dem Bericht „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens ‚Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis'" des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) entnommen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die tatsächliche Anzahl der Sepsis-Erkrankungen in Deutschland deutlich höher ist, da Todes- und Krankheitsursachen weder im ambulanten noch im stationären Bereich systematisch erfasst und dokumentiert werden. In der Folge wird die Bedeutung der Erkrankung in der öffentlichen Wahrnehmung und in gesundheitspolitischen Debatten unterschätzt.

Besonders gravierend ist, dass Sepsis häufig zu spät erkannt wird, weil Sepsis-Wissen in der Breite der Gesellschaft fehlt – auch bei Ärzt:innen, Pflegekräften oder im Rettungsdienst. Der Mythos von dem roten Strich auf der Haut, der zum Herzen wandert und eine „Blutvergiftung" auslöst, kursiert hartnäckig. Ich kenne viele Geschichten von Sepsis-Patient:innen, die viel zu lange von einer schwereren Grippe ausgegangen sind, bevor sie den Notruf riefen. Nicht wenige Überlebende berichten auch, dass sie im ambulanten Bereich nach Hause geschickt wurden und erst im zweiten Kontakt eine Sepsis diagnostiziert wurde. Verlorene Zeit für eine rechtzeitige Behandlung.

Andere Länder zeigen, dass durch Informationskampagnen in Kombination mit Screeningverfahren, die Sterblichkeit von Sepsis erheblich reduziert werden kann. In Großbritannien z. B. von 45,5 % auf 32,1 % im Zeitraum von 2000 bis 2012, in Australien von 35,0 % auf 18,5 %. In Deutschland reduzierte sich die Sepsis-Sterblichkeit lediglich von 47,8% auf 41,7 % im Zeitraum von 2010 bis 2015. Etwa 75 % der Überlebenden leiden unter körperlichen, psychischen und kognitiven Langzeitfolgen – von Schmerzen und Angststörungen bis zu Pflegebedürftigkeit . Während über ME/CFS (Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom) oder Post-Covid geforscht wird, ist das Post-Sepsis-Syndrom (PSS) kaum bekannt.

Sepsis ist kein Randthema der Intensivmedizin, sondern ein Systemproblem: Von der Prävention über die Früherkennung bis zur Akuttherapie und Nachsorge. Ein erheblicher Teil der Sepsisfälle und ihrer Folgen wäre durch frühere Erkennung und konsequente Behandlung abmilderbar, vielleicht sogar verhinderbar gewesen.

Warum ich die Kampagne #DeutschlandErkenntSepsis initiiert habe

Das APS arbeitet seit vielen Jahren an Themen wie Vermeidung vermeidbarer Schäden im Gesundheitssystem, Medikationssicherheit und Stärkung der Sicherheitskultur. Sepsis fügt sich hier logisch ein: Sepsis verursacht hohe Krankheitslast und immense Kosten – und ist gleichzeitig ein Paradebeispiel dafür, wie durch Prävention und Früherkennung vermeidbare Schäden verhindert werden können.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) benannte 2017 mit ihrer Resolution „Improving the prevention, diagnosis and clinical management of sepsis" Sepsis explizit als globale Gesundheitspriorität. Mitgliedstaaten – darunter Deutschland – werden aufgefordert, Strukturen für Prävention, Surveillance, Diagnostik, Therapie und Nachsorge zu stärken. Zu Sepsis existierten in Deutschland zwar sehr gute klinische Expertise und Forschung, aber keine breit angelegte, fokussierte Kommunikationskampagne für die Bevölkerung.

Werden Sie aktiv gegen Sepsis

Sepsis-Aufklärung braucht Multiplikator:innen. Werden Sie Teil der Bewegung:

Nutzen Sie die kostenfreie E-Learning-Plattform: sepsisdialog.rz.uni-greifswald.de

Bestellen Sie Infomaterialien über unseren Shop.

Starten Sie eine lokale Initiative. Wir unterstützen Sie dabei!

Teilen Sie unsere Inhalte auf Social Media – jeder Post kann Leben retten.

Unterstützen Sie uns finanziell.

Alle Infos, Materialien und Kontakt:
deutschland-erkennt-sepsis.de
info@deutschland-erkennt-sepsis.de

DEUTSCHLAND ERKENNT SEPSIS
Eine Kampagne des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. und seiner Partner

Im Februar 2021 starteten wir deshalb, inspiriert von der Kampagne „Deutschland sucht den Impfpass“ #DeutschlandErkenntSepsis. Als zentrale Maßnahme wurde ein Videospot produziert, der auf YouTube lief. Am Anfang war vor allem der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) der Hauptunterstützer. Nach dem erfolgreichen Start konnten wir schon bald das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) überzeugen die Kampagne zu fördern. Seit Juli 2021 wird die Kampagne vom BMG gefördert, seit Juni 2025 ist Bundesgesundheitsministerin Nina Warken die Schirmherrin der Kampagne.

Starke Partner für eine gemeinsame Sache

Der Kampagnengedanke war von Beginn an gemeinschaftlich: #DeutschlandErkenntSepsis sollte kein isoliertes PR-Projekt sein, sondern sich eng an klinische Versorgungsrealität und Gesundheitsforschung anlehnen und auch Zielgruppen im Gesundheitssystem ansprechen .

Jeder Partner bringt eigene Stärken ein: Der SepsisDialog liefert Schulungen für Fachpersonal, die Deutsche Sepsis-Hilfe vertritt Betroffene und Angehörige und betreibt eine Sepsishotline, das Deutsche Qualitätsbündnis Sepsis vernetzt Krankenhäuser zur Qualitätsverbesserung. Im Kern bleibt die Aufklärung der Bevölkerung, die das APS mit fachlicher Unterstützung der Partner umsetzt.

„Könnte es Sepsis sein?“

Im Zentrum der Kampagne steht eine scheinbar einfache Frage: „Könnte es Sepsis sein?“ Diese Frage soll bei jeder schweren Infektion im Hinterkopf präsent sein: in der Praxis, in der Apotheke, im Rettungswagen, im Krankhaus oder auch zu Hause. Vor allem soll sie im richtigen Moment, in der Hausarztpraxis, beim Notruf oder bei einer Visite ausgesprochen werden.

Wir vermitteln, dass jede Infektion in eine Sepsis übergehen kann, machen die Warnzeichen bekannt – Verwirrtheit, schnelle Atmung, Herzrasen, feucht-kalte Haut – und rufen dazu auf, bei Verdacht sofort die 112 zu wählen. Gleichzeitig setzen wir auf Prävention: Aufklärung über Impfungen und Hygienemaßnahmen stärkt die Gesundheitskompetenz und senkt das persönliche Sepsisrisiko.

Für die allgemeine Bevölkerung arbeiten wir mit einfachen, einprägsamen Botschaften und Bildsprachen, die die Dringlichkeit vermitteln, ohne zu überfordern. Dabei setzen wir auch auf Erfahrungsberichte von Betroffenen und Angehörigen. Fachmaterialien wie die Kitteltaschenkarte des SepsisDialogs helfen, Sepsis schnell zu beurteilen und das Thema in der Praxis zu verankern.

Was wir bisher erreicht haben – und was noch aussteht

Seit dem Start im Jahr 2021 wurden zentrale Strukturen, Materialien und Kanäle aufgebaut, die von reichweitenstarken Aktionen begleitet wurden. Die Website deutschland-erkennt-sepsis.de bündelt Hintergrundwissen und kostenfreie Materialien. Zielgruppenspezifische Flyer für Laien, Eltern, pflegende Angehörige und Risikogruppen informieren alltagsnah über Sepsis.

Mit Social-Media-Formaten unter dem Hashtag #DeutschlandErkenntSepsis erreichen wir insbesondere jüngere Zielgruppen. Allein auf Instagram erreichen wir, auch dank einem Marketing-Budget, jeden Monat etwa eine Million Menschen.

Ein Highlight war die deutschlandweite Plakatkampagne, die unter dem Slogan „Frag nach und rette Leben“ 2024 bundesweit mit rund 9000 Plakaten präsent war. Auch in den Medien zeigt sich ein Wandel: Statt ‚Blutvergiftung' verwenden Journalist:innen inzwischen meist den Begriff Sepsis. Die jährliche Erwähnung hat sich seit 2018 fast verdreifacht.

Die Rückmeldungen aus der Praxis zeigen: Viele Beschäftigte im Gesundheitswesen erleben die Kampagne als Rückenwind für die längst bekannten, aber oft nur punktuell umgesetzten Forderungen der Sepsisforschung. Gleichzeitig wird deutlich, dass Informationsdefizite und Unsicherheiten bestehen bleiben, insbesondere in der ambulanten Versorgung und bei pflegenden Angehörigen.

Die Bedeutung nachhaltiger Aufklärung

Nach vier Jahren Kampagne ist klar: Die Frage „Könnte es Sepsis sein?“ ist in vielen Kontexten angekommen, aber noch längst nicht selbstverständlich. Doch Kampagnen wie „Gib AIDS keine Chance“ zeigen, dass breite Bewusstseinsänderungen bei komplexen medizinischen Themen, wie Sepsis langfristige Prozesse darstellen. Die Grundlagen sind gelegt – jetzt gilt es, die Aufklärung dorthin zu tragen, wo sie am dringendsten gebraucht wird: zu den Risikogruppen, in die Pflegeheime, in die Familien.

Darüber hinaus unterstrichen zwei aktuelle Entwicklungen den wachsenden Informationsbedarf in den Kliniken: Im Dezember 2024 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Richtlinie zum Qualitätssicherungsverfahren „Diagnostik und Therapie der Sepsis“ beschlossen, dass künftig Kennzahlen wie Blutkulturabnahme, Zeit bis zur Antibiotikagabe und Sterblichkeit erfassen wird. Parallel dazu wurde 2025 das Update der S3-Leitlinie „Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge“ veröffentlicht. Beides erzeugt einen erheblichen Schulungs- und Implementierungsbedarf – genau hier setzt die Kampagne mit ihren kostenfreien Weiterbildungsangeboten und kostenfreien Informationsmaterialien an. Sepsis geht alle an. Viele Todesfälle und Langzeitfolgen lassen sich durch Prävention, Früherkennung und konsequente Behandlung verhindern. Die Kampagne #DeutschlandErkenntSepsis wird diesen Zusammenhang weiter sichtbar machen und in Verbesserungen der Versorgung übersetzen.

Literatur

1. IQTIG (2022): Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis". Abschlussbericht: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/abschlussbericht-sepsis/.
2. Fleischmann-Struzek C et al. (2018): Challenges in assessing the burden of sepsis and understanding the inequalities of sepsis outcomes between National Health Systems. Intensive Care Med 44:1826–1835.
3. Fleischmann-Struzek C et al. (2018): The global burden of paediatric and neonatal sepsis: a systematic review. Lancet Respir Med 6: 223-230. doi: 10.1016/S2213-2600(18)30063-8
4. WHO Executive Board (2017): Improving the prevention, diagnosis and clinical management of sepsis. Report by the Secretariat. EB140/12: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb140/b140_12-en.pdf.

Korrespondierende Autor:innen: Dr. Ruth Hecker, Artur Krutsch, #DeutschlandErkenntSepsis | APS e. V. | presse@deutschland-erkennt-sepsis.de

Grußwort

Liebe Kolleg:innen, liebe Leser:innen,

Sepsis kennt weder Altersgrenzen noch Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Deshalb ist es unsere gemeinsame Verantwortung, das Bewusstsein und die Handlungsfähigkeit in der gesamten Bevölkerung und im Gesundheitssystem weiter zu stärken. Eine fortgesetzte Förderung von #DeutschlandErkenntSepsis ermöglicht es, neue Zielgruppen zu erreichen, digitale Informationsangebote auszubauen und die gewonnenen Erkenntnisse in langfristige Strukturen zu überführen. #DeutschlandErkenntSepsis steht für eine Bewegung, die Leben schützt. Lassen wir sie nicht abreißen, sondern werden wir gemeinsam stärker.

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

Ihre Spende hilft!
Mit Ihrer Spende unterstützen Sie eine Vielzahl von Projekten, die die Patientensicherheit in Deutschland fördern. **www.aps-ev.de/mitmachen/spenden/**

V.i.S.d.P.: Prof. Dr. med. Stefan Schröder, MHBA

iGES

Mit IGES in eine neue Ära der Versorgungsforschung

Daten des Forschungsdatenzentrums (FDZ) Gesundheit am BfArM:

Versorgung erforschen – Zukunft gestalten

- Forschungsplanung und Machbarkeitsprüfung
- Unterstützung bei der FDZ-Antragstellung
- Entwicklung der Analyseskripte
- Durchführung der Analysen im FDZ-Analyseraum
- Ergebnisaufbereitung und Bewertung

Mehr als 40 Jahre Erfahrung mit Gesundheitsdaten.

www.iges.com/fdz