www.monitor-versorgungsforschung.de www.m-vf.de 02/26 19. Jahrgang

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung
Health Services Research Monitor - A Journal of Real-World Evidence, Quality of Care, and Innovation





Titelinterview Dietrich, Hager, Hoffmann und Klakow-Franck: „Raus aus der Innovations-Sackgasse in einen Transferraum"





„Prävention und evidenzbasierte Behandlung sind eine Investition" (Wild/Horn)

„Gesundheitsversorgung in Deutschland – was tun?" (Möhlmann)

„Digitalisierung ohne Patientenstimme?" (Wagner)

ISSN 1866-0533

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG

02/26 19. Jahrgang

Editorial

„Transferraum statt Sackgasse" 4
Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Raus aus der Innovationssackgasse" 6
Titelinterview mit Dietrich, Hager, Hoffmann und Klakow-Franck

Wege aus der Transfersackgasse für Innovationen 12
BMC-Kongress: MSD-Workshop mit dem Titel „Not macht erfinderisch?!"

Blaupause für eine regionale Versorgungsplanung 14
Sicherstellung der Gesundheitsversorgung am Beispiel des Projekts ProReVers

Transferbarrieren bei Innovationsfondsprojekten 18
Serie Impact des Innovationsfonds – Serienteil 3: Transferbarrieren

Wo neue Architekturen für die Versorgung entstehen 22
Serienteil 1: Strategien des Wandels

Aufbruch in eine teambasierte Primärversorgung 26
Bertelsmann-Studie: „Delegation im Praxisteam"

Ambulante Versorgung zukunftsfest gestalten 28
Der 15-Punkte-Plan für ein modernes Primärversorgungssystem in Nordrhein-Westfalen

„Prävention und evidenzbasierte Behandlung" 32
Interview mit Prof. Dr. Philipp Wild und Dr. Alexander

„Gesundheitsversorgung in Deutschland – was tun?" 36
Kommentar von Harald Möhlmann

„Digitalisierung ohne Patientenstimme?" 38
Kommentar von Dr. rer. medic. Markus Wagner MPH, Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

WISSEN (Peer-Review)

DMP Asthma-Positionspapier 40
Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungsqualität für Patient:innen mit Asthma

Digitale Kommunikation mit Krankenhäusern 45
Beitrag zur Digitalisierung im Gesundheitswesen

AMNOG und die AbD 49
Beitrag zur kritische Bestandsaufnahme der Erfahrungen

STANDARDS

Impressum 2 News 21, 30, 37, 44, 48, 52

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung von DNVF auf den Seiten 53–56

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

WISSENSCHAFT (Peer-Review)

Prof. Dr. rer nat. Hendrik Annuth / Mirko Oest BSc / Umut Kurucay BSc / Dr. rer. pol. Heiko Friedel / Mika Santoro BSc Finn Mertens BSc / Dr. rer. oec. Katja Gehrke 57
Advanced Analytics in der GKV
Der Beitrag zeigt, wie KI-Verfahren genutzt werden können, um in GKVRoutinedaten multimorbide Patientengruppen in einer Hauptindikation (hier Diabetes) sichtbar zu machen. Basis waren anonymisierte longitudinale Daten, u.a. mit quartalsbezogenen Diagnosen (ICD) und Arzneimittelverordnungen (ATC), Kosten und soziodemografische Angaben, die mit neuronalen Netzen in Vektoren zur Erkennung von Unterschieden und Ähnlichkeiten übersetzt wurden.

Dipl.-Volksw. Anja Schweitzer / Pedro David Carrasco Delgado MSc / Farah Nawabi PhD 64
Digitale Gesundheitsangebote als Bestandteil der Versorgung: Nutzungsmuster und Perspektiven in der Bevölkerung
Die Ergebnisse verdeutlichen ein erhebliches Entwicklungspotenzial digitaler Gesundheitsangebote. Eine stärkere Integration in bestehende Versorgungsstrukturen könnte die vorhandene Offenheit in breitere Nutzung überführen.

Dr. med. Eik Niederlohmann 70
Wenn Speak-up kippt: Whistleblower-Gas-lighting als Risiko für Patientensicherheit und Organisationslernen
Der Beitrag analysiert psychodynamische, kommunikationstheoretische und neurowissenschaftliche Mechanismen des Gaslighting und identifiziert organisationale „rote Flaggen".

Dr. rer. oec. Tatjana Begerow / Dr. rer. pol. Frank Wild MHMM 75
Auswirkungen einer Zuckersteuer: eine Literaturübersicht
In Deutschland wird die Einführung einer Zuckersteuer seit längerer Zeit diskutiert. Die narrative Literaturübersicht untersucht die Evidenz zu den gesundheitlichen Auswirkungen einer Zuckersteuer und bewertet, wie realistisch die mit einer Zuckersteuer verbundenen Erwartungen vor dem Hintergrund der vorhandenen Studienlage einzuschätzen sind.

Prof. Dr. rer. nat. Winfried Rief 82
Die Versorgung psychisch Kranker: What's going wrong?
Es wird eine Analyse der Versorgungssituation vorgenommen, Impulse aus einem internationalen Versorgungsprojekt in England berichtet und daraus Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker in Deutschland abgeleitet.

Pascal Wendel / PD Dr. Dr. med. Heidrun Sturm / Dr. h.c. rer. medic. Helmut Hildebrandt / Prof. Dr. Philipp Walther 87
Delegation im hausärztlichen Praxisteam
Grundlage der Analyse ist ein Vergleich von zwei Hausarztpraxen mit weitreichend etablierten Delegationsmodellen („Innovationspraxen") und drei kommunal getragenen medizinischen Versorgungszentren („Standardpraxen"). Untersucht wurden Fallzahlen, Leistungsprofile, Arbeitsteilung und Entlastungseffekte.

Impressum **Monitor Versorgungsforschung / Health Services Research Monitor - A Journal of Real-World Evidence, Quality of Care, and Innovation**

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 
Hochschule Neubrandenburg	Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher 
Universität zu Köln	Prof. Dr. Stephanie Stock 
Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung	Prof. Dr. Jochen Schmitt 

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 
Deutsche Gesellschaft für 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 

Akteure

AOK Baden-Württemberg Die Gesundheitskasse	Johannes Bauernfeind 
AOK Nordost Die Gesundheitskasse	Daniela Teichert 
AstraZeneca	Dr. Helen Beckmann 
B.A.G Selbsthilfe	Dr. Martin Danner 
BKK Dachverband	Anne-Kathrin Klemm 
Boehringer Ingelheim	Dr. Marco Penske 
BPtK	Dr. Andrea Benecke 
DAK Gesundheit	Andreas Storm 
Deutsche Rheuma-Liga	Dr. Rolf Ulrich Schlenker 
Deutscher Pflegerat e.V.	Christine Vogler 
Gesundheitsforen	Roland Nagel 
Insight Health	Christian Luley 
ITF Pharma GmbH	Dr. Stefan Sauer 
Johnson & Johnson	Christian Thams 
KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns	Fabian Demmelhuber 
Lilly	Michela Felberbaum 
MEDICAL CONTACT	Prof. Dr. Stephan Burger 
MSD	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
Vivantes	Dr. Mina Baumgarten

Pers. Member

Dr. Christopher Hermann	Franz Knieps	Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig



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/vmjek

Transferraum statt Sackgasse

Titelinterview mit dem Expertenpanel Dr. Klakow-Franck, Prof. Dietrich (BMG), Prof. Hager (BMC) und Prof. Hoffmann (DNVF) > S. 6 ff.

„Mein Kritikpunkt ist, dass faktisch vorhandene Gestaltungsspielräume zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der Versorgung oft nicht oder nur unzureichend genutzt wurden.“ Stellt **Dr. Regina Klakow-Franck** im Titelinterview mit unserem Expertenpanel fest. Wir müssen die organisationale Abwehrhaltung der Selbstverwaltung überwinden. „Das SGB V bietet den Akteuren viel mehr Möglichkeiten, innovativ zu handeln und neue Konzepte zu erproben, als genutzt werden“, ergänzt **Professor Dietrich** aus dem Bundesgesundheitsministerium. Es braucht einen Befreiungsschlag durch einen rechtlich normierten Transferrahmen für die Überleitung erfolgreich erprobter Prozessinnovationen in die Regelversorgung.

Interview mit Prof. Dr. Philipp Wild, Universitätsmedizin Mainz, und Dr. Alexander Horn, Lilly Deutschland > S. 32 ff.

Adipositas mit ihren Folge- und Systemkosten „ist ein komplexes Zusammenspiel einer erblichen Veranlagung und einer ‚obesogenen‘ Umwelt – also Lebensbedingungen, die ihre Entstehung begünstigen.“ So **Professor Wild,** Universitätsmedizin Mainz. **Dr. Horn,** Lilly Deutschland, ergänzt: „Adipositas ist leider die einzige chronische Erkrankung, bei der wirksame Therapien von der Erstattung ausgeschlossen sind – unabhängig von medizinischer Notwendigkeit und den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen.“

Herausgeberbeirat und englischer Titel

Wir begrüßen **Dr. Stefan Sauer PhD**, Leiter Value & Access and Public Affairs | DACH der **ITF Pharma GmbH,** neu im Herausgeberbeirat und freuen uns auf die Zusammenarbeit. > S. 3

Auf dem Titelblatt und im Impressum sehen Sie, dass wir unseren Titel nun auch in englischer Sprache führen, damit die Beiträge unserer Autor:innen im internationalen Rahmen noch besser sichtbar sind: **Health Services Research Monitor – A Journal of Real-World Evidence, Quality of Care, and Innovation.** > S. 1, 2

Rubrik Wissen

Bernhard, Albrecht und **Sander** geben einen Überblick darüber, wie stark digitale Anwendungen in vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen verbreitet sind und welche Erfahrungen damit gemacht werden. > S. 45 ff.

Bussilliat liefert eine kritische Bestandsaufnahme der Erfahrungen mit der Anwendungsbegleitenden Datenerhebung im Rahmen des AMNOG. > S. 49 ff.

Wissenschaftliche Beiträge

Annuth u. a. zeigen, wie KI-Verfahren genutzt werden können, um multimorbide Patientengruppen in GKV-Routinedaten sichtbar zu machen. Dadurch wird die Grundlage für eine zielgenauere Steuerung der Versorgung geschaffen. > S. 57 ff.

Schweitzer, Delgado und **Nawabi** analysieren Digitale Gesundheitsangebote als Bestandteil der Versorgung. > S. 64 ff.

Niederlohmann analysiert die Mechanismen und Folgen von „Whistleblower-Gaslighting“ als Risiko für die Patientensicherheit sowie Schutzstrukturen dagegen. > S. 70 ff.

Begerow und **Wild** kontrastieren in ihrer Literaturübersicht die positiven Modellprognosen zur Zuckersteuer mit den heterogenen Befunden empirischer Beobachtungsstudien. > S. 75 ff.

Rief analysiert die Versorgung psychischer Erkrankungen mit einem kontinuierlich steigenden Bedarf. Er fordert einen radikalen Innovationsschub mit vier Aspekten. > S. 82 ff.

Wendel u. a. evaluieren, wie eine stärkere Arbeitsteilung in Arztpraxen durch den Einsatz akademisierter Praxisassistenzberufe die Primärversorgung sichern kann. > S. 87 ff.

Wie immer wünsche ich Ihnen interessante Lektüre mit vielen Informationen, die für Ihre Arbeit nützlich sind.

Ihr Professor Dr. Reinhold Roski

INSIGHT HEALTH

BEYOND DATA!



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 ist Ihr Partner für Markt- und Versorgungsforschung sowie Datenanalysen. Im Fokus unseres Handelns stehen Sie! Wir begleiten Sie bei Ihren Herausforderungen mit kundenzentrierten Lösungen, langjährigem Big Data Know-How und ausgezeichnetem Service.

Kontakt

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

www.insight-health.de









„Raus aus der Innovation gasse in einen Transferra

Im Interview (v. li n. re.): Prof. Dr. Martin Dietrich (BMG), Prof. Dr. Lutz Hager (BMC), Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (DNVF) und Dr. Regina Klakow-Franck (bis 2018 unparteiisches Mitglied im G-BA)

„Monitor Versorgungsforschung" rief im Nachgang zum von MSD inititierten BMC-Workshop mit dem Titel „Wie machen wir Versorgungsinnovationen erfolgreich?" ein Expertenpanel zusammen, um gemeinsam über die Reformbedürftigkeit der Selbstverwaltung, neue Gestaltungsräume und den nötigen Mut zur Veränderung zu diskutieren und einen Masterplan für das deutsche Gesundheitswesen zu erarbeiten. Mit dabei waren (in alphabetischer Reihenfolge) Prof. Dr. Martin Dietrich, Leiter des Referats 513 im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Prof. Dr. Lutz Hager, Vorstandsvorsitzender des BMC e. V., Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Vorsitzender des DNVF e. V., und Dr. Regina Klakow-Franck, selbstständige Beraterin im Gesundheitswesen.

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

>> Das deutsche Gesundheitswesen steht vor einer paradoxen Situation: Während wir eine Fülle an innovativen Ansätzen und Forschungsprojekten erleben, stranden diese oft in einer „Transfersackgasse". Die Frage nach den systemischen Blockaden ist drängender denn je. Frau Dr. Klakow-Franck, Sie haben als unparteiisches Mitglied sechs Jahre lang die Arbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) miterlebt. Sie sprachen im BMC-Workshop mit dem Titel „Wie machen wir Versorgungsinnovationen erfolgreich?" S. Seite 14 ff.) von einem „organisationalen Abwehrverhalten" der Selbstverwaltung. Provokante Frage: Ist der G-BA in seiner jetzigen Form das größte Hindernis für einen modernen Patientennutzen, weil er lieber verwaltet als gestaltet?

Klakow-Franck: Man kann den G-BA nicht pauschal als das „größte Hindernis" bezeichnen, schon alleine deshalb, weil es keine ernsthafte Alternative zur gemeinsamen Selbstverwaltung gibt. Speziell die Aufgabenteilung zwischen dem Gesetzgeber und dem untergesetzlichen Normgeber namens Gemeinsamer Bundesausschuss ist auch im internationalen Vergleich über lange Zeit sehr erfolgreich gewesen. Das Prinzip der Selbstverwaltung stelle ich also nicht infrage. Doch die Selbstverwaltung muss mit den neuen Herausforderungen Schritt halten. Mein Kritikpunkt ist, dass faktisch vorhandene Gestaltungsspielräume zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der Versorgung oft nicht oder nur unzureichend genutzt wurden. Ein Beispiel ist die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) von 2012, die Sektorengrenzen überwinden sollte, am Ende aber in einem kleinteiligen Ziffernkranz des EBM endete, ohne die Versorgung spürbar zu verbessern. Auch die Bilanz der Modellvorhaben des Innovationsausschusses ist ernüchternd. Die Selbstverwaltung muss hier in die Selbstkritik gehen: Warum saugen wir aus erfolgreichen Projekten keinen Honig für die Regelversorgung?

„Wir prüfen im BMG derzeit sehr genau, wie wir der Selbstverwaltung klarere Fingerzeige geben können."
Prof. Dr. Martin Dietrich, BMG

Herr Prof. Dietrich, Sie vertreten in dieser Runde das Bundesministerium für Gesundheit. Wie bewerten Sie aus dieser Warte diese Lernfähigkeit der Selbstverwaltung?

Dietrich: Ich teile die Einschätzung, dass die Anpassungskompetenz der Selbstverwaltung bei der Einführung des Innovationsfonds mit Blick auf die besonderen Herausforderungen von Versorgungsinnovationen wohl überschätzt wurde. Das SGB V bietet den Akteuren viel mehr Möglichkeiten, innovativ zu handeln und neue Konzepte zu erproben, als genutzt werden. Wir sehen jedoch ein strukturelles Problem: Der Pfad bis zur Transferempfehlung des Innovationsausschusses ist mittlerweile gut ausgebaut – vielleicht sogar überadministriert. Danach folgt jedoch ein Vakuum. Da der G-BA eine Einrichtung des öffentlichen Rechts ist, braucht er ein explizites Mandat, damit er in diesem Bereich gestaltend tätig werden kann. Wir prüfen im BMG derzeit sehr genau, wie wir der Selbstverwaltung klarere Fingerzeige geben können. Will heißen: Wir müssen die Transferaufgabe so definieren, dass die Selbstverwaltung aktiv in die Umsetzung gehen kann. Lassen Sie uns jedoch klarstellen: Die Selbstverwaltung ist unersetzlich, doch müssen wir die Instrumente und Rahmenbedingungen für ein aktives Gestalten des Transfers stärken.

Herr Prof. Hager, Sie blicken als Vorstandsvorsitzender des BMC aus einer systemischen Perspektive auf diese Prozesse. Wenn wir zudem den Blick von außen auf Deutschland und seinen Umgang mit Innovationen im Gesundheitswesen richten: Warum fallen wir zurück?

Hager: Es mangelt uns jedenfalls nicht an Spitzenmedizin oder finanziellen Mitteln, sondern an der Fähigkeit zu Prozessveränderungen. International wissen wir längst, dass Versorgung sektorenübergreifend, patientenzentriert und nutzenorientiert sein muss. Darüber gibt es kein Erkenntnisdefizit, aber einen Bruch in der Umsetzung: Unsere vielen Innovationsprojekte sind wie kleine Zahnräder, die versuchen, das träge Hauptzahnrad der Regelversorgung zu bewegen. Das kann schlichtweg nicht gelingen, weil sie keine ausreichende Hebelwirkung entfalten können. Wir müssen daher unser Innovationssystem fundamental neu ausrichten: Es reicht eben nicht, einzelne Erkenntnisse aus kleinen Erprobungsfeldern zu sammeln; wir müssen das „große Schwungrad" bewegen. Ein Innovationssystem 2.0 muss von vornherein darauf angelegt sein, die Versorgung insgesamt weiterzuentwickeln.

Herr Prof. Hoffmann, Sie sprachen auf dem BMC-Workshop davon, dass die Selbstverwaltungsstruktur selbst vielleicht das eigentliche Problem ist. Warum?

Hoffmann: Die Struktur der Selbstverwaltung stammt aus einer Zeit, in der man aushandeln musste, was „zu viel" angeboten wurde oder, ganz banal, wer wie viel vom Kuchen bekommt. Heute haben wir von allem zu wenig: Fachkräfte, Ressourcen, Geld und Zeit. In einer Mangelverwaltung funktioniert jedoch das Aushandeln nach dem Prinzip des kleinsten gemeinsamen Nenners nicht mehr, weil keine der Bänke aus Eigeninteresse bereit ist, auf Vorteile zu verzichten. Auch kann die Selbstverwaltung für die Aufgabe des Transfers von Innovationen in ein System, in dem sich alle ganz gut eingerichtet haben, nicht die richtige Instanz sein. Will heißen: Wenn man Frösche fragt, werden sie nie dafür stimmen, dass der Sumpf an den richtigen Stellen trockengelegt wird. Anders ausgedrückt: Wir Versorgungsforscher:innen produzieren zwar mithilfe des Innovationsfonds wertvolle Evidenz, aber danach übergeben wir diese Ergebnisse der Selbstverwaltung zur gemeinschaftlichen Zerlegung, was

fast immer in einer Nicht-Umsetzung endet. Das ist ineffizient und frustrierend für alle Beteiligten.

Wie kommen wir nun aus der Falle der anscheinend „organisierten Verantwortungslosigkeit" heraus, in der positiv beschiedene Innovationsfondsprojekte zwar eine Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung erhalten, aber sich keiner zuständig fühlt, dies zu tun?

Hoffmann: Wir müssen die Strukturen dort ändern, wo Innovation auf Realität trifft. Ich plädiere für eine bundesweite Perspektive auf Innovationen, die ihre Wirksamkeit bereits in verschiedenen Settings und Regionen bewiesen haben. Wir müssen zudem radikaler denken: Perspektivisch sollten SGB V und SGB XI zusammengeführt werden, um die künstlichen Trennungen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung aufzuheben. In diesem neuen Rahmen müssen wir Prioritäten setzen: Patientenorientierung, Sektorunabhängigkeit und ein „Value-based"-Ansatz. Ein „Weiter so" ist keine Option mehr.

Hager: Ich unterstütze das vollkommen. Wir benötigen politisch definierte Zielgrößen für die Veränderung. Ein konkretes Modell wären regionale Ausschreibungen für Konsortien. Wir dürfen uns nicht mehr mit isolierten kleinen Maßnahmen aufhalten. Wir brauchen regionale Versorgungspläne, die beispielsweise Projekte zur Pflegeheimversorgung, zu Lotsensystemen oder zum Patient-Empowerment als ein Paket zusammenfassen. Diese Regionen dienen dann als verbindliche Erprobungsräume für eine spätere bundesweite Einführung. Wir legen uns also schon beim Start der regionalen Phase auf die eine bundesweite Übernahme fest. So bekommt Veränderung eine relevante Größenordnung und setzt das von mir erwähnte Schwungrad endlich in Gang.

Dietrich: Die Stoßrichtung stimmt. Wir müssen jedoch an drei Punkten ansetzen: Erstens müssen schon in der Entwicklungsphase von Innovationen die richtigen Fragen gestellt und die richtigen Projekte gefördert werden. Bisher sind Projekte oft nur ein „Add-on", eine zusätzliche Schicht auf der bestehenden Versorgung. Wir müssen zudem den Begriff der Versorgungsverbesserung operational definieren, etwa im Sinne des international diskutierten „Quintuple Aim"-Ansatzes – also bessere Gesundheit der Bevölkerung, bessere Versorgungserfahrung der Patientinnen und Patienten, Kosteneffektivität, Arbeitssituation von Gesundheitsfachkräften und Versorgungsgerechtigkeit. Zweitens brauchen wir insbesondere die Stärkung des Transfers erfolgreich erprobter Versorgungskonzepte, zum Beispiel dadurch, dass eine Transferbegleitung etabliert wird. Jemand muss die Entscheidung treffen, was skaliert wird – eine Art „Ownership-Funktion". Drittens müssen wir das System aufnahmefähiger machen, zum Beispiel dadurch, dass vorläufige Vergütungsformen und Erprobungsrichtlinien möglich gemacht werden. Das nimmt den Krankenkassen die Angst: Wenn eine Innovation im Monitoring zu Beginn des Transfers nicht die versprochenen Key Performance Indicators, kurz KPI, liefert, muss es auch klare Abbruchkriterien geben. Umgekehrt gilt dann: Wenn positive Projektergebnisse auch im Transfer evident und robust sind, darf es keine Ausreden mehr geben.



Prof. Dr. Martin Dietrich

arbeitet seit 2023 im Bundesministerium für Gesundheit und leitet dort das Referat 513 „Innovationsfonds und experimentelle Pilotprojekte". Er war von 2011 bis 2016 Professor für Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Management des Gesundheitswesens, an der Universität des Saarlandes und von 2016 bis 2023 stellvertretender Leiter und kommissarischer Direktor der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Klakow-Franck: Die Selbstverwaltung wird den notwendigen Strukturwandel aus eigener Kraft heraus nicht schaffen. Auf der Entscheidungsebene driften die vertretene Handlungstheorie und die eigentlich handlungsleitende Theorie immer mehr auseinander – unser Gesundheitswesen ist von einer lernenden Organisation weit entfernt, der Entwicklungsrückstand im Vergleich zu anderen modernen Gesundheitssystemen wird größer. Am Ende langwieriger Verhandlungen bleibt zu häufig der kleinste gemeinsame Nenner übrig. Dies ist für die heutigen Herausforderungen schlicht zu langsam und zu wenig. Der Gesetzgeber greift immer häufiger mit Ersatzvornahmen und Detailgesetzen in eigentliche Selbstverwaltungsaufgaben ein, doch das so entstandene Regelungsflickwerk ist auch keine Lösung. Prof. Hager und ich schlagen daher im Namen des BMC einen völlig neuen Ansatz vor: einen echten, dedizierten Innovationsraum im SGB V im Sinne eines größeren Gestaltungsspielraums mit neuen, sektorenunabhängigen Leitplanken für eine patientenzentrierte und kosteneffiziente Versorgung. Dazu gehört ein systematisches Innovationsmanagement mit einer strukturierten Überleitung erfolgreich erprobter Prozessinnovationen in die Regelversorgung. Aktuell spricht der Innovationsausschuss beim G-BA eine Empfehlung aus und danach beginnt das große Vakuum. Niemand fühlt sich verantwortlich.

Prof. Hoffmann, Sie nannten das des Öfteren einen „Experimentalraum". Ist das nicht wieder nur ein Mosaikstein?

Hoffmann: Mir ist der Begriff eigentlich egal, es muss ein Raum sein, in dem Stakeholder und Gestaltungswillige frei von herkömmlichen Verhinderungsstrategien agieren können. Es geht hier um einen echten Befreiungsschlag. In diesem Raum muss man frei von herkömmlichen Beschränkungen agieren können. Wir sehen doch heute schon, dass Investoren sich Krankenhäuser und Arztpraxen zusammenkaufen, um sektorübergreifende Versorgung gewinnorien-

tiert zu betreiben – oft ganz ohne Evidenzkontrolle. Das kann nicht unser Ziel sein. Wir brauchen stattdessen einen gesetzlichen Rahmen für Profis, die Patientenpfade am Gemeinwohl orientiert strukturieren und Prävention einbeziehen. Und wir müssen das Risiko des Scheiterns einpreisen. Ich schlage einen Rettungsfonds vor. Akteure, die sich auf solche innovativen Experimente einlassen, dürfen nicht bankrottgehen, wenn ein Projekt einmal nicht die gewünschten Ergebnisse liefert. Ein solcher Fonds würde die nötige Sicherheit geben, um wirklich mutige Schritte zu gehen.



Prof. Dr.
Lutz Hager

ist seit 2022 Vorstandsvorsitzender des Bundesverbands Managed Care (BMC) e. V. und Professor für Management im Gesundheitswesen an der SRH Fernhochschule. Er leitet dort den Executive MBA für Ärzt:innen, war zuvor als Geschäftsführer bei der IKK Südwest sowie für McKinsey & Co. tätig und ist ein ausgewiesener Experte für Versorgungsforschung und Gesundheitspolitik.

Hager: Ich würde lieber von einem „Transformationsmotor" sprechen. Es geht nicht mehr um das Stadium des Experiments – die Evidenz haben wir oft schon, nicht nur aus dem Innovationfonds, sondern auch international und aus weiteren Projekten. Es geht jetzt und künftig darum, das solidarische Gesundheitssystem in die Zukunft zu entwickeln. Innovation darf dabei kein „Nebenkriegsschauplatz" sein, sondern muss mit den zentralen gesundheitspolitischen Herausforderungen verknüpft werden. Sie ist eine Kernaufgabe der Gesundheitspolitik; und damit meine ich Innovation, die in der Fläche ankommt. Unser Gesundheitssystem ist wie Gulliver, der von tausend kleinen regulatorischen Fäden gefesselt ist. Anstatt zu versuchen, jeden Faden einzeln neu zu stricken, müssen wir Fäden kappen, um einen neuen Rahmen für Dynamik zu schaffen.

Klakow-Franck: Genau. Dabei sollten wir nicht den Fehler machen, den neuen sektorenunabhängigen Versorgungsbereich als „Add-on"-Sektor mit neuen Schnittstellenproblemen zu sehen. Ich sehe in Zukunft drei Versorgungsebenen: Erstens eine tiefgreifend reformierte, multiprofessionell organisierte Primärversorgung. Zweitens integrierte, komplexere Versorgung, die sektorenunabhängig auf Basis flexibler Kooperationsmöglichkeiten der Leistungserbringer erbracht wird. Und drittens die klassische stationäre Versorgung, die sich zukünftig aber darüber definiert, ob die Patient:innen einen ambulant nicht erbringbaren, übernächtlichen Pflege- und Behandlungsbedarf haben. Insofern ist der Vorschlag eines neuen sektorenunabhängigen Versorgungsbereichs nicht als ein weiterer Flicken an der Schnittstelle ambulant-stationär zu verstehen, sondern als konzeptioneller Bestandteil für den sektorenübergreifend erforderlichen Strukturwandel.

Ein zentraler, auch heikler Punkt wäre eine Verpflichtung zur besseren Versorgung. Wenn etwas evident besser ist, warum wird es nicht zwingend eingeführt – und Altes abgeschafft?

Hoffmann: Dieser Punkt ist ganz entscheidend. Wir brauchen nicht nur eine Verpflichtung zur Implementierung, sondern auch zur De-Implementierung. Wenn eine Innovation evident besser ist, muss zwangsweise die alte, unterlegene Methode aus der Vergütung ausgeschlossen werden. Das würde auch die Krankenkassen entlasten, die derzeit oft zu Recht fürchten, dass Innovationen nur zusätzliche Kosten verursachen. Natürlich gibt es dabei Geschrei und Gezeter im System von denjenigen, die sich im alten Trott eingerichtet haben. Aber dieses Rauschen muss man politisch aushalten. Qualität muss sich durchsetzen.

Klakow-Franck: Ja, wir müssen auch das Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V ins 21. Jahrhundert übersetzen. Bezogen auf einzelne Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird der Nachweis einer besseren Kosten-Nutzen-Bilanz jedoch nur selten gelingen. Aber wenn ein innovatives Versorgungsangebot entlang eines patientenzentrierten Behandlungspfads einen größeren Patientennutzen als die bisherige Versorgung zeigt und zudem auch noch ein besseres oder zumindest nicht unterlegenes Kosten-Nutzen-Verhältnis, dann sollte die Regelversorgung umgestellt werden und nicht wie bisher weiterlaufen – das wäre eine konsequente Umsetzung von Value-based Care. Das ist der einzige Weg, um Fortschritt finanzierbar zu machen und gleichzeitig die Qualität zu steigern.

Prof. Dietrich, wie realistisch ist ein solcher „Transferraum" – nennen wir das nicht Transfermotor – mit verpflichtender Orchestrierung aus Sicht des Ministeriums?

Dietrich: Wir können dafür in der gegenwärtigen Lage keine neuen Strukturen oder Behörden aufbauen. Doch können wir eine flexible Beauftragungslösung schaffen, bei der eine Instanz die Verantwortung für den Transfer übernimmt und Akteure verbindlich zusammenbindet. Das wäre ein pragmatischer und richtiger Weg, um die sachliche Expertise der Selbstverwaltung zu nutzen, sie aber auch ins Tun zu bringen, ohne gleich jedes Detail vorzuschreiben. Ich bin überzeugt, dass es in der Selbstverwaltung mittlerweile genügend gestaltungswillige Akteure gibt, die einen solchen Kollaborationsgedanken mittragen. Es muss dann aber eine Instanz gefunden oder geschaffen werden, die diese Aufgabe auch übernehmen und umsetzen kann und will. Also ja: Man könnte die Selbstverwaltung mandatieren, den Transfer durch spezialisierte Konsortien zu orchestrieren.

Wo könnten wir sofort anfangen?

Hoffmann: In Regionen, in denen die Not schon jetzt am größ-

ten ist. Nehmen wir Mecklenburg-Vorpommern oder die brandenburgische Region Lausitz. Wir haben für die Lausitz bereits ein Konzept entwickelt, in dem – so unser Vorschlag – Regelungen des SGB V vorübergehend ausgesetzt werden können, um all das zu erlauben, was in der Versorgung Sinn ergibt. Wenn wir dort zeigen, dass es funktioniert, wird es am Ende jeder gut finden. Wir brauchen keine jahrelangen neuen Studien, wir müssen jetzt handeln. Wir haben die Profis, wir haben die Evidenz – wir brauchen nur noch den politischen Mut für die Ausnahmeregelungen. Wir können aber damit nicht bis zur nächsten Legislaturperiode warten. Wir können und müssen mit den vorhandenen Mitteln in Regionen, in denen die Not groß ist, schon jetzt exemplarisch beginnen. Dazu brauchen wir eine Liste der notwendigen Ausnahmeregelungen, um Akteuren endlich all das zu erlauben, was – wenn es evident ist – auch Sinn macht. Dazu gibt es im derzeit geltendem SGB 5 diverse Ausnahmemöglichkeiten, die leider nur zu oft von der Selbstverwaltung, aber teilweise auch vom Ministerium unterlaufen werden. Das Ziel muss dabei immer eine bessere Versorgungsqualität und -sicherheit sein, nicht das bloße Festhalten an alten Pfründen.

Hager: Regionalität ist der Schlüssel in doppelter Hinsicht: Sie bietet den konkreten Rahmen für Innovation in der Versorgung. Diese ist ja immer ein Gesamtzusammenhang. Hinzu kommt: Regionen unterscheiden sich in ihrer Demografie, Versorgungsstruktur und Bedarfen. Zukunftsfähige Lösungen werden daher unterschiedlich aussehen; „one size fits all" ist nicht das geeignete Rezept.

Das Schlusswort gehört der Vision: Wir brauchen ein System, das lernt, Verantwortung übernimmt und die Patient:innen wirklich in den Mittelpunkt stellt. Herzlichen Dank für die tiefen Einblicke und Ihre Zeit. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

„Wir brauchen einen gesetzlichen Rahmen für Profis, die Patientenpfade strukturieren und Prävention einbeziehen. Und wir müssen das Risiko des Scheiterns einpreisen."
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, DNVF



Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann MPH

ist seit 2007 Geschäftsführender Direktor des Instituts für Community Medicine und hat seit Dezember 2011 die W3-Professur für Bevölkerungsbezogene Versorgungsepidemiologie und Community Health der Universitätsmedizin Greifswald inne. Seit 12/2012 ist er Sprecher des Partnerzentrums Rostock/Greifswald des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Krankheiten e. V. (DZNE). Im Mai 2018 wurde Hoffmann Stellvertretender Vorsitzender, im Oktober 2022 Vorsitzender des DNVF.



Dr. Regina Klakow-Franck

ist eine Expertin für Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen. Als Fachärztin für Gynäkologie war sie u. a. stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der Bundesärztekammer (2005 bis 2012), unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA, 2012 bis 2018) und danach stellvertretende Leiterin des IQTIG (2019 bis 2023). Ihr beruflicher Fokus liegt auf der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, Patientensicherheit und der Weiterentwicklung der ärztlichen Gebührenordnung.

Zitationshinweis

Dietrich, M., Hager, L., Hoffmann, W., Klakow-Franck, R., Stegmaier, P.: „Raus aus der Innovationssackgasse in einen Transferraum", in „Monitor Versorgungsforschung" (02/26), S. 6–10. http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2815

STIFTUNG
DEUTSCHE
SCHLAGANFALL
HILFE

Ein Schlaganfall dauert das ganze Leben!

Ein Risiko-Test nur 5 Minuten ...

- Bluthochdruck
- Vorhofflimmern
- Rauchen
- Bewegungsmangel
- Starker Alkoholkonsum

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

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

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

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

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

DZI Spenden-Siegel Geprüft seit 2006

BMC-Kongress: MSD-Workshop mit dem Titel „Not macht erfinderisch?!“

Wege aus der Transfersackgasse für Innovationen

Anlässlich des BMC-Kongresses 2026 im Berliner Langenbeck-Virchow-Haus widmete sich ein vom Pharmaunternehmen MSD initiierter Workshop mit dem Titel „Not macht erfinderisch?! Wie machen wir Versorgungsinnovationen erfolgreich?” einem kritischen Problem der deutschen Gesundheitslandschaft: dem Scheitern erfolgreicher Innovationsprojekte an der Schwelle zur Regelversorgung. Unter der Moderation von Prof. Dr. Lutz Hager, dem Vorstandsvorsitzenden des BMC, diskutierten Vertreter:innen aus Politik, Wissenschaft, Kassen und Praxis darüber, wie aus punktuellen Projekterfolgen nachhaltige Systemveränderungen werden können.

>> Das deutsche Gesundheitssystem gilt als reich an innovativen Ansätzen, doch die Umsetzung in die Breite der Versorgung bleibt das Sorgenkind. Während für Arzneimittel oder Medizinprodukte klar definierte Zugangswege existieren, fehlt für Prozess- und Versorgungsinnovationen ein strukturierter Pfad in das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Die Ausgangslage: ein System im Innovationsstau

Prof. Hager konstatierte pointiert, dass Deutschland in der Versorgungsentwicklung im internationalen Vergleich – etwa zu den Niederlanden – teils 15 bis 20 Jahre zurückliege. Der Innovationsfonds war zwar ein Versuch, hierauf eine Antwort zu geben, doch die bloße Förderung von Forschung generiert noch keine flächendeckende Verbesserung. Die zentrale Frage der Masterclass lautete daher: Wie gestalten wir die „zweite Hälfte der Strecke“, damit Innovationen tatsächlich bei den Patientinnen und Patienten ankommen?

Paradigmenwechsel: Projekterfolg ist kein Innovationserfolg

Prof. Dr. Martin Dietrich, Leiter des Referats 513 im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), leitete die Debatte mit einem klärenden Hinweis auf das wissenschaftliche Verständnis von Innovationsprozessen ein. Er betonte, dass eine Innovation zwingend aus zwei Phasen besteht: Entwicklung und Transfer. In der Entwicklungsphase geht es um den evidenzbasierten Wirksamkeitsnachweis unter kontrollierten Bedingungen (interne Validität), während in der Transferphase die Realisierbarkeit unter dynamischen Umfeldbedingungen (externe Validität) im Fokus stehen muss. Dietrich stellte klar: „Ein Projekterfolg ist noch kein Innovationserfolg“. Erst wenn eine Neuerung in die Versorgungsrealität durchdringt und eine neue Routine etabliert, kann von einer erfolgreichen Transformation gesprochen werden. Als aktuellen Hauptengpass identifizierte er den Transfer, da die Empfehlungen des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) oft ins Leere laufen, wenn sie lediglich zur „Prüfung der Zuständigkeit“ an die Akteur:innen weitergeleitet werden.

Um diesen Engpass zu überwinden, schlug Dietrich ein Leitbild für ein Transfermodell vor, das auf elf Prinzipien basiert. Dazu gehören unter anderem:

- Konsentierte Kriterien für Versorgungsverbesserungen (Patientennutzen, Effizienz, aber auch die Erlebniswelt der Fachkräfte).
- Die Verstetigung von Versorgungskonzepten, nicht von Projektstrukturen.
- Vorläufige Regulierungen und Vergütungen, um vielversprechenden Ansätzen den Start zu ermöglichen, ähnlich dem französischen Modell.
- Agilität als Prinzip: Der Transfer muss responsiv auf sich ändernde Rahmenbedingungen reagieren können, was eine Abkehr von starren forschungsorientierten Settings erfordert.
- Netto-Bürokratie-Effekt ≤ null: Die Schaffung neuer Behörden oder Institute als „Transferinstanzen“ lehnte Dietrich ab, um das System nicht weiter zu belasten.

Die Praxis des Transfers: der „Faktor Mensch“ und die Managementlücke

Einen Einblick in die operative Realität gab René Engelmann von IVP-Networks am Beispiel des Projekts NPPV (Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung). Das Projekt war erfolgreich, weil es auf bereits evaluierten Ansätzen der integrierten Versorgung aufbaute und diese konsequent in die Fläche trug. Engelmann verdeutlichte, dass Innovationen zu „10 Prozent aus Technik, 20 Prozent aus Prozessen und zu 70 Prozent aus Menschen“ bestehen.



Prof. Dr. Martin Dietrich, BMG,

Der Erfolg in der Region Nordrhein mit über 1.000 Leistungserbringenden und 14.000 Patient:innen beruhte maßgeblich auf dem Einsatz von Netzwerkmanager:innen . Diese koordinierten die Zusammenarbeit zwischen Fachärzt:innen und Psychotherapeut:innen , organisierten Gruppenangebote und räumten lokale Widerstände aus dem Weg. Die zentrale Erkenntnis: Komplexe Versorgungsformen benötigen eine dauerhafte Management- und IT-Struktur. Im Fall von NPPV führte dies zur Etablierung der KSVPsych-Richtlinie durch den G-BA, wobei die Finanzierung der Managementaufwände nun über spezifische Ziffern im EBM (ca. 24 Euro je Fall und Quartal) erfolgt. Dennoch bleibt die Anschubfinanzierung für neue Netzwerke eine ungelöste Herausforderung.

Systemische Barrieren aus Sicht der Kostenträger

Patricia Ex vom BKK-Dachverband ergänzte die Diskussion um die Perspektive der Krankenkassen. Sie räumte ein, dass die anfängliche Euphorie um den Innovationsfonds einer gewissen Ernüchterung gewichen sei, da die Translation in die Regelversorgung oft stocke. Ein „Elefant im Raum“ sei die Tatsache, dass einmal im System verankerte Leistungen kaum wieder entfernt werden können,

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Wege aus der Transfersackgasse für Innovationen", in „Monitor Versorgungsforschung" (02/26), S. 12–13.
http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2816

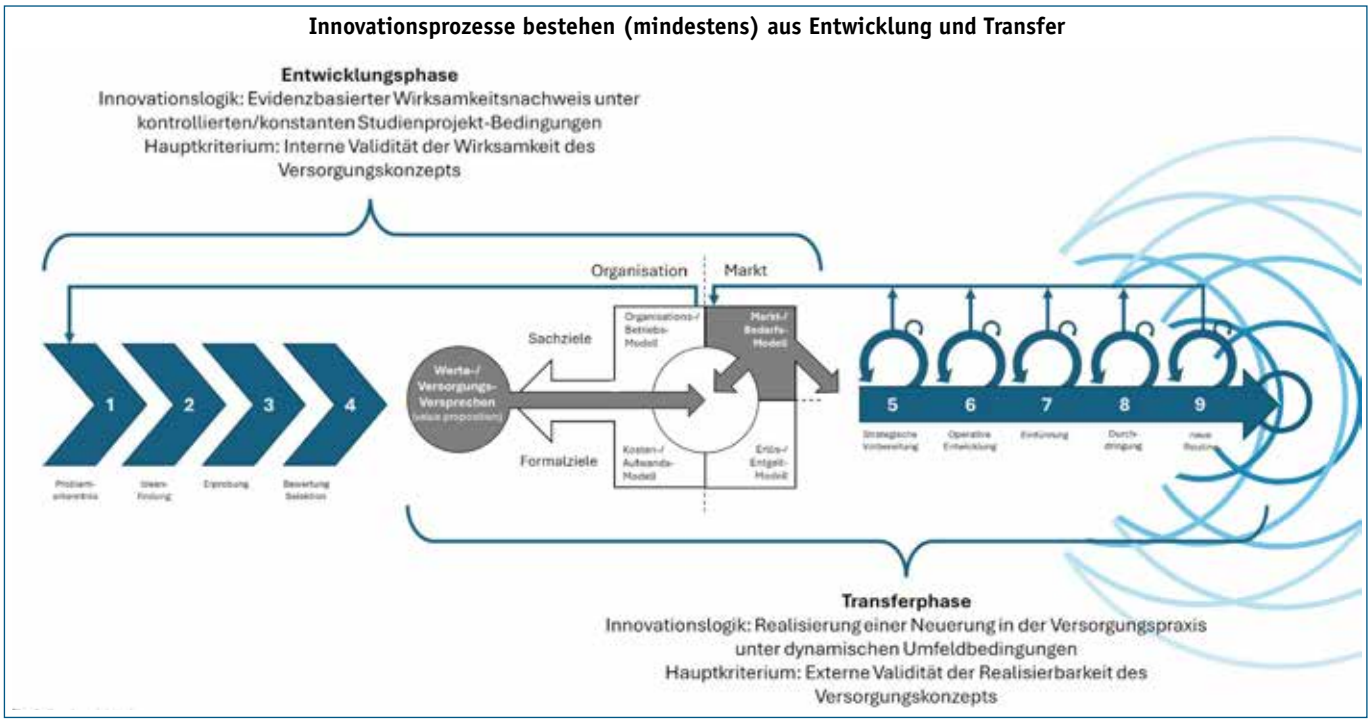


Abb. 1: Innovationsprozesse bestehen (mindestens) aus Entwicklung und Transfer. Aus: Vortrag „Versorgungsinnovationen – Entwicklung, Transfer und Adaption" von Prof. Dr. Martin Dietrich, BMG, Team 513 | Innovationsfonds, Zukunftsregion digitale Gesundheit, 27. Januar 2026. Quelle: i. A. an Dietrich (2025).

was bei Kostenträgern eine „Angst vor der dauerhaften Belastung" schüre.

Ex stellt zudem fest, dass eine bloße Abrechnungsziffer keine echte Versorgungsverbesserung garantiere. Sie forderte, dass bereits bei der Projektantragstellung die Anschlussfähigkeit und Translation verbindlich geprüft werden müssten. Projekte müssten von Anfang an klären, ob sie in bestehende Rechtsrahmen passen oder neue benötigen. Ein weiteres Hindernis seien die starren Sektorengrenzen: Viele Innovationen bewegen sich im „Zwischenfeld" von ambulant und stationär, für das es jedoch keinen einheitlichen Ordnungsrahmen gibt, sondern lediglich einen „Flickenteppich" an Sonderparagrafen (§ 115 SGB V ff.). Für einen erfolgreichen Transfer ist nach Ex neben organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen vor allem die Akzeptanz der Beteiligten nötig. Daher sollten bereits auf Projektebene alle Akteur:innen eingebunden werden, die später auch für einen Transfer infrage kommen. Ebenso müssten Projekte vor allem im Hinblick auf begrenzte personelle Ressourcen Antworten liefern und Mehrwerte generieren.

„Regelversorgung" als unklarer Zielhafen

Die abschließende Reflexion von Dr. Regina Klakow-Franck (ehem. unparteiisches Mitglied des G-BA) legte den Finger in die Wunde der systemischen Architektur. Sie wies darauf hin, dass es für den Begriff „Regelversorgung" keine Legaldefinition gibt. Dies erlaube es den Akteur:innen der Selbstverwaltung, Interpretationsspielräume zu nutzen, um Reformen auszubremsen.

Klakow-Franck konstatierte ein organisationales Abwehrverhalten im System, das echtes Lernen verhindere. Während die medizinische Forschung (Entwicklung) oft exzellent sei, fehle eine Instanz, die sich als aktiver Innovationsmanager versteht. Der G-BA verwalte eher, als dass er gestalte. Zudem zeigten die Daten des Innovationsausschusses (Stand Dezember 2025), dass von 118 Projekten der neuen Versorgungsformen 50% keine Empfehlung zur Überführung erhielten und der G-BA sich nur für 14% der empfohlenen Projekte selbst als Adressat sah.

Lösungsweg: sektorenneutrale Gestaltung und Value-based-Care

Als Ausweg aus dieser Sackgasse präsentierte Klakow-Franck den Impuls des BMC zur Einführung eines neuen Ordnungsrahmens im SGB V. Anstatt das System durch immer neue Selektivverträge oder Kleinstparagrafen weiter zu atomisieren, müsse ein sektorenneutraler Gestaltungsraum geschaffen werden. Dieser Gestaltungsraum sollte:

1. Einheitliche Spielregeln für Patientennutzen, Qualität und Wirtschaftlichkeit definieren.
2. Eine sektorenneutrale Vergütungssystematik etablieren.
3. Flexible Kooperationsmöglichkeiten für regionale oder morbiditätsbezogene Versorgungsangebote bieten.

Ziel dieses Ansatzes ist eine Value-based Care, die das Verhältnis von Patientennutzen zu Kosten optimiert, um die Bezahlbarkeit und Qualität des Systems langfristig zu sichern.

Fazit und Ausblick: „Think Big"

Am Ende der Masterclass rief Hager dazu auf, den Mut zur Skalierung aufzubringen. Erfolgreiche Projekte dürften keine „Beschäftigungstherapie" für die Versorgungsforschung bleiben, sondern müssten in einer Größenordnung ausgerollt werden, die das Gesamtsystem transformiert. Der Slogan „Think Big" markierte das Schlusswort: Nur wenn Transfer nicht als Anschlussoption, sondern als integraler Bestandteil jeder Innovation gedacht wird, kann der Notstand im System durch echte Erfindungskraft überwunden werden. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Strategien und Instrumente zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung am Beispiel des Projekts ProReVers

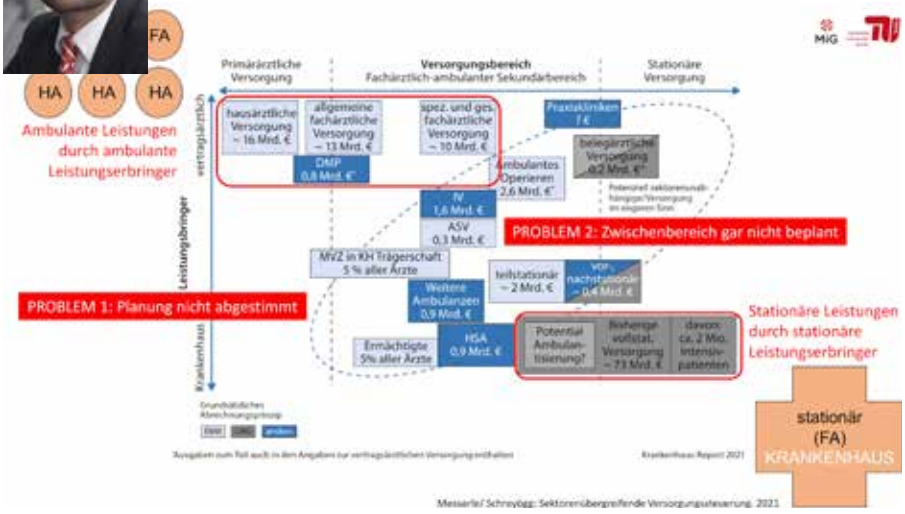
Blaupause für eine regionale Versorgungsplanung

Die Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung in strukturschwachen, ländlichen Regionen stellt eine der zentralen Herausforderungen für das deutsche Gesundheitssystem dar. In Deutschland werden ambulante und stationäre Kapazitäten historisch gewachsen weitgehend unabhängig voneinander geplant. Das führt häufig dazu, dass regionale Bedarfe und Gegebenheiten nur unzureichend berücksichtigt werden. Insbesondere in dünn besiedelten Gebieten führen starre Sektorengrenzen in Kombination mit demografischem Wandel und zunehmendem Fachkräftemangel zu spürbaren Ressourcenengpässen. Das vom Innovationsfonds geförderte Projekt „**Pro**spektive sektorenübergreifende **Re**gionale **Vers**orgungsplanung im ländlichen Raum“ (ProReVers) setzt genau hier an, um wissenschaftlich fundierte Analysedesigns, Instrumente und Verfahren zu entwickeln, die diese Sektorentrennung überbrücken und eine bedarfsgerechte Versorgungsgestaltung ermöglichen.

>> Die Notwendigkeit einer Reform wird besonders im internationalen Vergleich deutlich. Wie Prof. Dr. med. MPH Reinhard Busse, Fachgebietsleiter Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin, ausführte, ist das deutsche System durch eine weltweit fast einmalige Trennung der Sektoren geprägt. Während in vielen Ländern Krankenhäuser als integrierte Gesundheitszentren fungieren, in denen Fachärzte sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen erbringen, stammen in Deutschland rund 91% der Krankenhauseinnahmen aus Tätigkeiten in der stationären Versorgung, während in den Niederlanden dieser Anteil bei lediglich 38% liegt. Das deutet seinen Worten zufolge in den Niederlanden auf eine deutlich stärkere Ambulantisierung im Krankenhausbereich hin. Zwar haben sich laut Busse in Deutschland im Laufe der Zeit über 23 verschiedene gesetzliche Instrumente zur Überwindung der Sektorenschnittstellen im Sozialgesetzbuch V (SGB V) angesammelt, doch diese wirkten oft fragmentiert und unkoordiniert. Zudem erfolge die Planung von Arztsitzen und Krankenhausbetten in getrennten Zuständigkeiten, ohne dass die „kommunizierenden Röhren“ zwischen den Sektoren ausreichend berücksichtigt werden.



Abb. 1: Vortrag „Sektorenübergreifende Versorgung: einführende Bemerkungen”, von Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH (TU Berlin). Fachsymposium Projekt ProReVers.



Regionale Bestandsaufnahme und demografische Herausforderungen

Besonders deutlich wird die Dringlichkeit, Versorgung an den regionalen Bedarfen auszurichten, in zwei Modellregionen des Projekts. Pramono Supantia, Teamleiter Strategie Versorgungsstrukturen der AOK Nordost und Konsortialpartner von ProReVers, brachte Daten zu den Landkreisen Prignitz und Ostprignitz-Ruppin mit. Mit diesen illustrierte er recht eindrucksvoll die schon jetzt existenten, aber auch künftigen spezifischen Problemlagen des ländlichen Raums im Nordwesten Brandenburgs. So präsentierte Supantia Daten zur Bevölkerungsstruktur, die eine massive Zunahme der „Alterslast“ bei gleichzeitigem Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials zeigen. Beispielsweise wird in der Prignitz bis zum Jahr 2030 ein Altenquotient von 72% prognostiziert, was bedeutet, dass auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter 72 Personen im Alter von über 65 Jahren kommen. Die aktuelle hausärztliche Versorgungssituation wird zwar noch als stabil bewertet und 99% der Bevölkerung erreichen einen Hausarzt innerhalb von 15 Minuten Fahrzeit, doch lässt die Altersstruktur der Ärzteschaft eine künftige Verschärfung erkennen: Zwischen 37% und 47% der tätigen Hausärzte sind bereits über 60 Jahre alt, was eine große Anzahl an Nachbesetzungen in den kommenden Jahren erforderlich macht.

Befragungen der AOK-Versicherten bestätigen zudem, dass es zwar noch eine hohe Zufriedenheit mit der hausärztlichen, fachärztlichen und stationären Versorgung gibt, jedoch die Entfernung zum Facharzt und zum Krankenhaus in ländlichen Regionen signifikant schlechter bewertet wird. Ebenso werden von den Befragten schon jetzt mehr niedergelassene Fachärzte und Hausärzte ge-

wünscht. Andererseits wird der ärztliche Bereitschaftsdienst eher wenig genutzt – eine deutliche Mehrheit würde sich direkt an den Notarzt/Rettungsdienst wenden. Zu vermuten sei bezüglich der Nutzung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes ein signifikanter Zusammenhang mit inadäquater Gesundheitskompetenz.

Darüber hinaus besteht natürlich immer auch die Möglichkeit, dass nicht (nur) die Gesundheitskompetenz zu gering ist, sondern die Befragten den ärztlichen Bereitschaftsdienst in seiner erlebten und erlebbaren Qualität nicht sonderlich hoch bewerten und direkt den Notarzt/den Rettungsdienst in Anspruch nehmen bzw. die Notaufnahme aufsuchen. Das aber kann die AOK-Umfrage nicht abbilden.



Abb. 2: Vortrag „Instrumente zur Beschreibung der aktuellen Lage in einer Gesundheitsregion – Basis für eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung", von Pramono Supantia, AOK Nordost. Fachsymposium Projekt ProReVers.



Identifikation und Bewertung von Ambulantisierungspotenzialen

Ein Kernaspekt von ProReVers war auch die Untersuchung, inwieweit vollstationäre Krankenhausfälle in den ambulanten Sektor verlagert werden könnten. Laut Prof. Dr. Mathias Stöwhas, Leiter Medizincontrolling der KMG Kliniken SE und ProReVers-Konsortialpartner, ergaben rein datengestützte Analysen ein theoretisches Ambulantisierungspotenzial von 23% bis 31% der stationär behandelten Fälle. Um diese theoretischen Werte in die Versorgungspraxis zu übersetzen, entwickelte das Projekt das Instrument der „Fallgruppen-Karteikarten", die klinisch relevante Informationen für Experteninterviews aggregierten. Dabei wurde auf drei methodischen Ansätzen aufgebaut: auf ein IGES-Gutachten zum ambulanten Potenzial; auf Sundmacher et al., die ambulant-sensitive Fälle beleuchteten, und auf Valk-Draad et al., die pflegeheimintensive Fälle untersuchten. Dann wurden definierte ICD-Kapitel auf Basis des §-21-Datensatzes der Krankenhäuser der Projektregion (Jahr 2022) und mit der Prämisse der drei Ansätze durchgerechnet.

In den darauf folgenden durchgeführten Expertenworkshops wurde deutlich, dass das medizinisch realisierbare Potenzial oft niedriger eingeschätzt wird als das analytisch ermittelte. Als wesentliche Hürden für eine erfolgreiche Ambulantisierung im ländlichen Raum wurden soziale und infrastrukturelle Faktoren identifiziert:

- **Mangelnde Nachsorge:** Es stellt sich die Frage der pflegerischen Absicherung nach ambulanten Eingriffen, insbesondere wenn Patient:innen alleinstehend sind.
- **Infrastruktur:** Wie auch in anderen Regionen wurden fehlende Angebote im ÖPNV und im Bereich Krankenbeförderung (Taxis, KTWs) beklagt, letztere v. a. in den Randzeiten.
- **Wirtschaftlichkeit:** Ineffiziente Vergütungsstrukturen machen ambulante Angebote für Kliniken oft unattraktiv; insbesondere bei Angeboten in den Praxen sind auch Vorhaltekosten und geringe Fallzahlen Punkte, die besser beachtet werden müssen.



Abb. 3: Vortrag „Vertiefung ausgewählter Aspekte im Hinblick auf Ambulantisierungspotenziale am Beispiel der Indikation Herz-Kreislauf", von Prof. Dr. Mathias Stöwhas, KMG Kliniken SE. Fachsymposium Projekt ProReVers. Erklärung zur Abbildung:



ICD-Kapitel	ICD-Kapitel Text	Fälle Gesamt			Fälle Pot. nach IGES-Gutachten			Fälle Pot. nach Sundmacher			Fälle Pot. nach PSK		
		BRB	OPR	PR	BRB	OPR	PR	BRB	OPR	PR	BRB	OPR	PR
01	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	13.492	572	750	1.887	93	114	5.412	254	360	160	20	5
02	Neubildungen	41.799	16.81	1.180	12.568	508	315	0	0	0	11	2	0
04	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	13.904	609	735	3.364	165	148	4.318	195	192	457	54	17
09	Krankheiten des Kreislaufsystems	71.927	3.611	3.188	17.735	1.111	920	20.165	1.241	1.077	519	48	26
13	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	33.931	1.702	2.072	8.349	481	814	9063	462	671	29	4	1
14	Krankheiten des Urogenitalsystems	24.414	1.068	932	7.501	286	338	4.881	243	170	321	32	6

Bei letztem Punkt bleibt die Frage offen, ob nicht so sehr „geringe Fallzahlen" ambulante Angebote für Praxen und Kliniken unattraktiv machen, sondern eher eine bislang eher insuffiziente Produktionsstruktur im Zusammenspiel mit einer ausbaufähigen Vergütungsstruktur.

Um die Stärken, Schwächen, Risiken und Herausforderungen der regionalen Versorgung strukturiert zu erfassen, wurde die klassische SWOT-Analyse in das Format einer sogenannten SWTC-Analyse (Strengths, Weaknesses, Threats, Challenges) abgewandelt. Ein Format übrigens, das es vorher noch gar nicht gab und das im Hause AGENON entstanden ist.

Im Gegensatz zur klassischen SWOT-Analyse legt dieses Modell einen besonderen Fokus auf die Ableitung konkreter nächster Schritte (Challenges). Themenfelder wie der

Patiententransport, der Rettungsdienst und die fachärztliche Versorgung wurden so detailliert aufgearbeitet.

Dabei zeigte sich jedoch auch ein Mangel an allgemein anerkannten Orientierungsgrößen (Benchmarks) für ländliche Regionen, beispielsweise bei der Bewertung akzeptabler Fahrzeiten oder tagesklinischer Kapazitäten. Gemeint sind hier jedoch nicht die Erreichbarkeitsvorgaben für Krankenhäuser, sondern die von AGENON ausgerechneten Fahrzeiten zu den nächst erreichbaren Hausärzt:innen und zu Fachärzt:innen, wie z. B. Fachärzt:innen der Inneren Medizin oder Kardiolog:innen usw.



Abb. 4: Vortrag „Etablierung eines Gremiums regionaler Planungen: Erfolgsfaktoren und Herausforderungen unter den bestehenden Rahmenbedingungen", von Lutz O. Freiberg, (Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg). Fachsymposium Projekt ProReVers.



Die Regionale Planungskonferenz (RPK) als Steuerungsinstrument

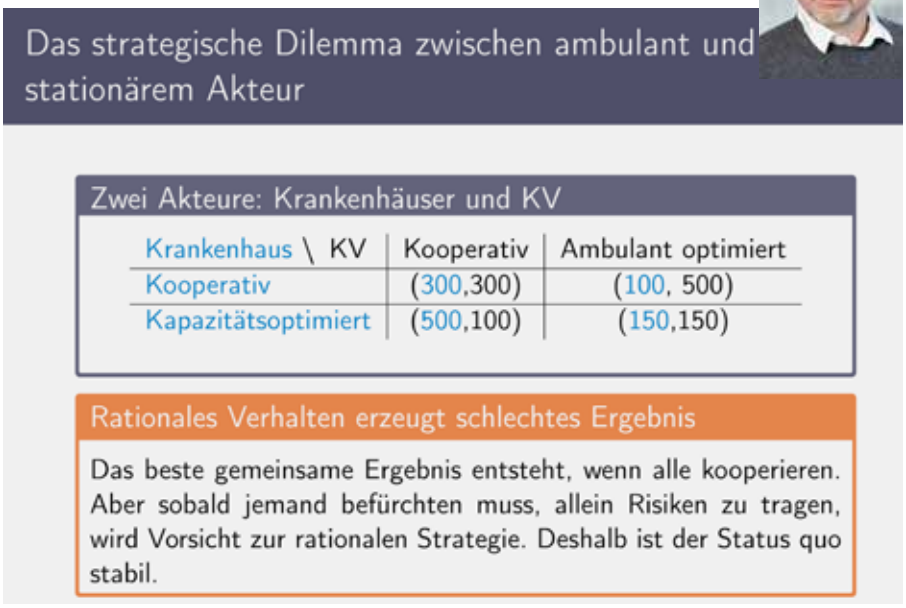
Ein zentrales Ergebnis des Projekts ist die Empfehlung, das Format einer Regionalen Planungskonferenz (RPK) zu institutionalisieren. Steffen Bohm, Geschäftsführer der AGENON – Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH und Konsortialführer des Projekts, betonte, dass sich die im Projekt eingerichtete Konferenz als Plattform für das Zusammenwirken unterschiedlicher Akteure bewährt hat. Im Rahmen der Konferenz wurden basierend auf einer fundierten Grundlage aus Fakten und Daten – aufbereitet im sogenannten Regionaldossier – Maßnahmen für erforderliche Anpassungen der Versorgungsstrukturen vor Ort erarbeitet und in einem „Regionalen sektorenübergreifenden Versorgungsplan" (RsV) festgehalten.

Dabei hat sich verschiedentlich gezeigt, dass auch Angebote der öffentlichen Daseinsvorsorge einbezogen werden sollten; ebenso wurde für das Themenfeld Rettungsdienst eine hohe Quote medizinisch nicht erforderlicher Einsätze identifiziert.

Als Lösungsansätze wurde hier eine zielgerichtete Aufklärung der Bevölkerung zu den Anlaufstellen bei akuten Gesundheitsproblemen sowie die Verbringung in „Akutpraxen" oder Versorgungsstützpunkte diskutiert, um die Notfallambulanzen der Krankenhäuser zu entlasten.

Abb. 5: Vortrag „Impulsvortrag: Zwischen Eigeninteresse und Versorgungsverpflichtung. Entscheidungsfindung in der GKV aus spieltheoretischer Perspektive", von Prof. Dr. Frank Riedel, Universität Bielefeld. Fachsymposium Projekt ProReVers. Zur Erklärung der Abbildung: Das maximale Ergebnis für einen Akteur (500) entsteht, wenn er die Vorgehensweise umsetzen kann, die seinen Bereich optimiert. Diese Umsetzung gelingt aber nicht, da jeder Akteur den anderen blockiert: So ergibt sich das schlechteste Ergebnis für jeden Akteur (150). Der Ausweg wäre eine gemeinsame, kooperative Vorgehensweise, die für jeden Akteur zu einem besseren Ergebnis führt (300). Dazu braucht es aber den Willen und die Fähigkeit, gemeinsam zusammenzuarbeiten: Solange dieses Vertrauen nicht gestaltet werden kann, wird aus Angst mit aller Kraft die für den eigenen Bereich optimierte Vorgehensweise gewählt. Deshalb ist der Status quo stabil. Anm. der Red.: Eventuell ist der Begriff „Kapazitätsoptimiert" in der Spalte Krankenhaus nicht optimal bzw. nicht stimmig.





Strategische Perspektive: spieltheoretische Überlegungen

Um die strukturellen Blockaden zwischen den Akteuren zu verstehen, lieferte Prof. Dr. Frank Riedel, Direktor des Instituts für Mathematische Wirtschaftsforschung der Universität Bielefeld, eine spieltheoretische Analyse. Er konstatierte, dass das Problem oft nicht am fehlenden guten Willen der Beteiligten liege, sondern an Entscheidungsstrukturen mit falschen Anreizen. Akteure verhalten sich in Verhandlungen oft defensiv (nichtkooperatives Spiel), da Kooperation mit individuellen Risiken verbunden sein kann, während der Nutzen kollektiv anfällt. Riedel schlug daher vor, die Spielregeln zu ändern:

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Blaupause für eine regionale Versorgungsplanung“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/26), S. 14–17. http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2817

1. **Anreizmechanismen statt Appelle:** Kooperatives Verhalten muss belohnt und das Verschleppen von Reformen sanktioniert werden.
2. **Verantwortungsbündelung:** Die Vergabe von Versorgungsaufträgen an Konsortien aus ambulanten und stationären Akteuren mit gemeinsamen Budgets könnte die Kooperation rational erzwingen.

Integration der Ebenen: vom Regionaldossier zur Landesplanung

Ein wesentliches Hindernis für regionale Lösungen ist der fehlende Transmissionsmechanismus zur Landesebene. Lutz O. Freiberg, Bereichsleiter Verträge, Forschung und Entwicklung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg und ebenfalls ProReVers-Konsortialpartner, erläuterte, dass viele in der RPK erarbeitete Maßnahmen an überregionale Zuständigkeiten (Zulassungen, Vergütungen) stoßen. Das Projekt schlägt daher die Einrichtung eines Landesgremiums der Gesundheitsakteure vor, das allgemeine Gestaltungsrichtlinien (AGRs) vereinbart.

Unter Beachtung dieser AGRs einigen sich die für Planung, Zulassung und Vergütung verantwortlichen Akteure auf in ihre Zuständigkeit fallende Maßnahmen für die weitere Umsetzung des RsV.

Podiumsdiskussion: Relevanz für die Versorgungspraxis

In der abschließenden Diskussion betonten die Projektpartner die Dringlichkeit der Umsetzung. Daniela Teichert, Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost, unterstrich, dass Veränderungen der Versorgung keine Verschlechterung bedeuten dürfen und Vertrauen durch Kommunikation aufgebaut werden muss. Ihre generelle Forderung: „Das Ziel ist, dass wir aus Einzelfällen eine Systematik machen. Und das mit oder ohne Innovationsfonds“.

Michael Zaske, Abteilungsleiter im Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Brandenburg sowie zum Zeitpunkt der Veranstaltung mit der Führung der Amtsgeschäfte des Staatssekretärs beauftragt, forderte hingegen vom Bund mehr regionale Öffnungsklauseln, welche Kommunen in die Lage versetzen könnten, wirklich etwas zu tun, um die Versorgung vor Ort zu verbessern. Zaske im O-Ton: „Wenn man regional sagt, wir möchten die Gesundheitsversorgung regional gestalten, dann muss uns die Politik Öffnungsklauseln geben, um für die Möglichkeit zu sorgen, zum Beispiel nicht genutzte stationäre Mittel im ambulanten Bereich, der stärker ausgebaut werden soll, einzusetzen. Dies schließt in der Gesundheitsversorgung auch eine Budgetbereinigung ein, die den Kassen die Möglichkeit gibt, in diese Richtung agieren zu können.“

Dass genau die noch nicht ausreichend mögliche Budgetbereinigung ein limitierender Faktor ist, betonte Zaske ganz besonders. Seiner Ansicht nach müsse es im ersten Schritt noch nicht einmal eine große Lösung sein, es reiche zu Beginn schon, wenn einzelne Leistungen oder Leistungsgruppen regional budgetiert werden könnten.

All das, was mit ProReVers an Materialien und an Ideen entwickelt worden sei, wie regional verzahnt und weitergedacht werden kann, sei – so Zaske weiter – sehr hilfreich und an das 90a-Gremium anzudocken. Sein Versprechen: „Das nehme ich sofort mit als Thema und das wird man vielleicht auch im nächsten Arbeitsausschuss diskutieren.“

Catrin Steiniger, Vorsitzende des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, hob hervor, dass die ambulante Versorgung das Rückgrat im ländlichen Raum darstelle und die Ambulantisierung wirtschaftlich tragfähig gestaltet werden müsse. Michael Jacob, Geschäftsführer der Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg, ergänzte, dass Krankenhäuser künftig stärker sektorfrei gedacht werden müssen, um ihre Ressourcen als integrierte Zentren nutzen zu können.

Zusammenfassung und Ausblick

Das Innovationsfondsprojekt ProReVers hat evident gezeigt, dass eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung im ländlichen Raum möglich und notwendig ist, sofern sie auf validen Daten basiert und die Akteure vor Ort aktiv einbezieht. Die entwickelten Instrumente – vom Regionaldossier über Fall-Karteikarten und RsV bis hin zur RPK – bieten zudem einen praktikablen „Werkzeugkasten“, der auch auf andere Regionen übertragbar ist.

Die zentrale Erkenntnis bleibt jedoch: Einerseits bedarf es – wie schon seit vielen Jahren – eines vernünftigen regulatorischen Rahmens auf der Bundesebene im SGB V. Ansonsten werden ohne eine Anpassung des regulatorischen Rahmens, der kooperatives Handeln belohnt und finanzielle Flexibilität ermöglicht, viele innovative Ansätze in der Pilotphase verharren.

Andererseits stellen sich schon jetzt unmittelbar relevante und von den handelnden Akteuren zu beantwortende Fragen:

Was funktioniert auch schon im bestehenden Rechtsrahmen?

Und: Welcher gestalterische Mut ist erforderlich, um die Zukunft der ländlichen Gesundheitsversorgung anzugehen, die in der Überwindung des sektoralen Denkens zugunsten einer gemeinsamen Versorgungsverantwortung liegt?

Aktueller Einschub

Sein Versprechen hat Michael Zaske übrigens eingelöst. Auf Basis der von Steffen Bohm präsentierten ProReVers-Ergebnisse wurde in der Dezember-Sitzung des § 90a-Gremiums die Einrichtung Regionaler Gesundheitskonferenzen im Land Brandenburg diskutiert; auch weil der aktuelle brandenburgische Koalitionsvertrag von SPD und CDU die Einführung Regionaler Gesundheitskonferenzen als ein zentrales Schwerpunktthema der Legislaturperiode bis 2029 aufgreift. Zaske, auf Nachfrage von „Monitor Versorgungsforschung“. „Ziel ist es, die Akteure der Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene stärker miteinander zu vernetzen und den Austausch zwischen ambulantem und stationärem Bereich, Pflege, Rehabilitation, Prävention sowie weiteren Beteiligten der Gesundheitsversorgung zu intensivieren. Die Regionalen Gesundheitskonferenzen sollen insbesondere dazu beitragen, regionale Versorgungsbedarfe frühzeitig zu identifizieren, gemeinsame Lösungsansätze zu entwickeln, bestehende Planungsinstrumente besser miteinander zu verzahnen sowie innovative Versorgungsansätze zu fördern.“

Im § 90a-Gremium wurde nicht nur der Modus operandi erörtert, wie die rechtlich verfügbaren Instrumente, insbesondere aus der ambulanten Bedarfsplanung, genutzt werden können, um bedarfsgerechte Lösungen für die einzelnen Regionen zu entwickeln, sondern auch die Einführung von Primärversorgungssystemen. Nicht zuletzt wird dabei laut Zaske intensiv besprochen, wie entsprechende Strukturen zur Stärkung der wohnortnahen und koordinierten Gesundheitsversorgung beitragen können. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Impact des Innovationsfonds – Serienteil 3: Transferbarrieren

Transferbarrieren bei Innovationsfondsprojekten

Mit dem Innovationsfonds verfügt das deutsche Gesundheitssystem seit 2016 über ein Instrument, das es ermöglicht, die Entwicklung und wissenschaftliche Prüfung neuer Versorgungsformen systematisch voranzutreiben. In den ersten beiden Teilen der Serie zum Innovationsfonds im Monitor Versorgungsforschung wurde aufgezeigt, dass der Fonds wirkt: Erfolgreiche Projekte erreichen – oftmals über Zwischenschritte, regionale Lösungen oder selektivvertragliche Arrangements – die Versorgungspraxis. Dabei wurde deutlich, dass Innovation im Gesundheitswesen kein automatischer Prozess ist, sondern ein zu gestaltender Weg, der von der Idee über die Evaluation bis hin zur Implementierung reicht - und der ausdrücklich auch die De-Implementierung von unwirksamen oder unwirtschaftlichen Versorgungsformen einschließt.

>> Aus dieser prozessbezogenen Perspektive rückt die Frage nach den Barrieren des Transfers in den Mittelpunkt (1). Denn positive Evaluationsergebnisse und eine Transferempfehlung des Innovationsausschusses sind notwendige, aber keine hinreichenden Bedingungen für eine nachhaltige Verankerung einer positiv evaluierten neuen Versorgungsform in der Regelversorgung. Die Befragung abgeschlossener Innovationsfondsprojekte durch das DNVF aus dem Jahr 2025 sowie die Analyse von Lindemann et al. zu den Rückmeldungen auf Transferempfehlungen zeigen, dass der Übergang in die Versorgungspraxis mit strukturellen, prozessualen und institutionellen Hürden verbunden ist. Geringe Antwortquoten relevanter Adressaten, unklare Zuständigkeiten, heterogene Interessenlagen und fehlende verbindliche Verfahren zur Überführung innovativer Versorgungsmodelle verdeutlichen, dass der Transfer bislang nicht

Steffen Bohm (AGENON – Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH)

„Herausforderungen bei der Überführung von Projekten aus dem Bereich Neue Versorgungsformen (NVF) in die GKV-Versorgung und Lösungsmöglichkeiten“

Gemäß Ausweis des Innovationsausschusses wurden mit Stand Januar 2026 im Bereich neue Versorgungsformen (NVF) 254 Projekte gefördert. Bis Ende Dezember 2025 wurden zu 118 Projekten Beschlüsse gefasst, für 29 wurde die Empfehlung ausgesprochen, eine Überführung in die Regelversorgung bzw. die Nutzbarmachung von Erkenntnissen zu prüfen. Da keine Sonderregelungen für Innovationsfondsprojekte bestehen, erfolgt der Transfer nach Maßgabe der einschlägigen Regularien der Regelversorgung. Ein Transfer kann als abgeschlossen gelten, wenn für die projektgegenständlichen Leistungen eine Vergütung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung realisiert ist. Je nachdem, um welche Leistungen es sich im Einzelfall handelt, fallen die Wege und die Stationen, die bis zur Vergütung durchlaufen werden müssen, unterschiedlich aus. Entsprechend der Komplexität des Projektansatzes kann es auch vorkommen, dass für Leistungen desselben Ansatzes unterschiedliche Wege mit jeweils unterschiedlichen Stationen durchlaufen werden müssen. Stationen können erforderliche Anpassungen von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesauschusses der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) sein (z. B. für die Früherkennung, für Disease-Management-Programme, für die ambulante Palliativversorgung, für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung).



Weitere Stationen bilden Anpassungen in den Leistungsdefinitionen und/oder den Bewertungen einzelner Positionen in den einschlägigen Gebührenkatalogen (Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen, DRG-Katalog), ggf. auch die Schaffung eigenständiger Abrechnungspositionen. In allen Fällen müssen Beratungen der jeweils zuständigen Gremien bzw. Vertragspartner initiiert werden, Beratungs- und Entscheidungsvorlagen müssen ausgearbeitet und Entscheidungen herbeigeführt werden. Dabei gilt das Primat der Einigung, das heißt der Abschluss eines Transferprozesses mit Überführung in die Regelversorgung gelingt dann, wenn auf allen Stationen eine Übereinkunft aller qua Gesetz zuständigen Akteure erzielt werden kann. Einigungen sind keine Selbstläufer, da Interessenunterschiede nicht nur zwischen Leistungserbringenden und der Krankenkassenseite bestehen, sondern auch die Interessenlagen der im Wettbewerb zueinanderstehenden Krankenkassen keineswegs homogen sind.

Ein Blick in die facettenreiche Landschaft geförderter Projekte zeigt zudem, dass Bestandteile von geförderten Projekten verschiedentlich auch dem Bereich der sogenannten Kann-Leistungen der Krankenkassen zuzuordnende Leistungen sind. Beispiele hierfür sind Informations- und Selbstlernprogramme, die Krankenkassen im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags anbieten können. Die vorbeschriebene Komplexität von Transferprozessen erklärt, warum Umsetzungen viel Zeit in Anspruch nehmen oder am Ende auch dann scheitern können, wenn der Innovationsausschuss ein positives Votum ausgesprochen hat. Abhilfe könnte beispielsweise geschaffen werden, indem Wege gefunden werden, Umsetzungsbeschlüsse mit einem höheren Maß an Verbindlichkeit für die umsetzungsverantwortlichen Akteure auszustatten und die Umsetzung an Fristen zu binden, deren Einhaltung überwacht wird.

Erforderliche direktive Vorgaben sind naturgemäß wenig populär. Andererseits wird man die gegenwärtige Praxis ändern müssen, wenn es versorgungspolitisch erwünscht ist, dass erfolgreiche Versorgungsansätze tatsächlich und mit möglichst geringem zeitlichem Verzug ihren Weg in die GKV-Versorgung finden.

in klar definierten Strukturen bzw. nach festgelegten Prozessen verlief. [2]

Hier handelt es sich weniger um Defizite einzelner Projekte als um ein strukturelles Problem: Der Regelungsrahmen kennt für Arzneimittel und Medizinprodukte definierte und im Detail geregelte Zulassungswege. Für komplexe Versorgungsinnovationen fehlen jedoch vergleichbar strukturierte Verfahren. In einem System der gemeinsamen Selbstverwaltung, in dem verschiedene Akteursgruppen mit eigenen Verantwortlichkeiten und Interessen agieren, ist die Implementierung neuer Versorgungsformen zwangsläufig mit intensiven Abstimmungs- und Aushandlungsprozessen verbunden. Diese Prozesse benötigen Zeit, Transparenz und geeignete Moderations- und Steuerungsinstrumente.

Der Transferprozess muss deshalb so weiterentwickelt werden, dass die Selbstverwaltung die Implementierung erfolgreicher Projekte des Innovationsfonds mit nachgewiesenem Effekt auf die Qualität, Sicherheit und Effizienz der Gesundheitsversorgung aus eigenem Interesse vorantreiben. Gleichzeitig belegen zahlreiche Beispiele, dass der Transfer trotz bestehender Hürden gelingen kann – zu den fördernden Faktoren gehören bspw. eine frühzeitige politische Einbindung,

Kurzinterview mit Prof. Dr. Timm Laslo (Leiter des Eigenbetriebs Rettungsdienst im Landkreis Vorpommern-Greifswald und des Projekts „LandRettung“)

„Der größte Knackpunkt ist die Finanzierung nach dem Projektende“

Ihr Projekt wurde erfolgreich evaluiert und hat klare Benefits gezeigt. Warum ist der Sprung in die Regelversorgung dennoch so mühsam, und an welcher konkreten Stelle im System haben Sie den größten Widerstand gespürt?

Laslo: Im Kern geht es darum: Wenn man Innovationen umsetzt und den Sprung in die Regelversorgung schaffen will, muss man die Regularien anpassen. Es gibt oft keine gesetzliche Grundlage. Vielleicht arbeitet man im Rahmen einer der Experimentierklauseln, doch letztlich müssen die gesetzlichen Grundlagen geschaffen werden. Wir sind ein Landkreis – je nachdem, welche Stellschrauben gedreht werden müssen, wird es komplexer, da Land oder Bund involviert sind. Man muss abwägen: Habe ich die Zeit, um die Ungewissheit bis zum Projektende auszuhalten? Die Evaluationsergebnisse kommen oft erst ein halbes bis dreiviertel Jahr später - und dann beginnt ein politischer Prozess, um die gesetzlichen Regularien zu ändern. Der größte Knackpunkt ist die Finanzierung nach dem Projektende. Der G-BA prüft das Projekt, doch bis zur Entscheidung vergehen Monate. In dieser Zeit muss man Personal und Infrastruktur aufrechterhalten – das ist oftmals sehr herausfordernd. Wir sind eine Kommune mit begrenzten Haushaltsmitteln. Ohne gesetzliche Grundlage können wir keine freiwilligen Leistungen weiterführen. Bei der Notarztversorgung bzgl. der Etablierung des Telenotarztes gab es bereits eine gesetzliche Regelung, sodass der Übergang problemlos klappte. Bei der Ersthelfer-App fehlt diese Regelung jedoch bis heute. Die Krankenkassen signalisierten Interesse, doch ohne gesetzliche Grundlage zur weiteren Finanzierung können wir die entwickelten Leistungen nicht aufrechterhalten.



Häufig scheitern Projekte am fehlenden politischen Willen oder an Sektorengrenzen. Wie haben Sie es geschafft, lokale Akteure oder Entscheidungsträger dennoch so zu binden, dass Ihr Modell über die Förderphase hinaus Bestand hat?

Laslo: Es gibt verschiedene Gelingensfaktoren – ich würde sie auch politisch-strategische Faktoren nennen, die einfach vorhanden sein müssen. Zunächst brauche ich einen gesetzlichen Rahmen, in den ich meine Vorhaben einordnen kann. Das bedeutet: Für das Vorhaben muss es das richtige Fördermittelprogramm mit den entsprechenden Richtlinien geben, die es ermöglichen, das Ganze so umzusetzen, wie es seine volle Wirksamkeit entfalteten kann. Ein weiterer wichtiger Punkt ist, alle Stakeholder mit ins Boot zu holen. In unserem Fall – wir arbeiten im Bereich Rettungsdienst und Notfallversorgung – waren das beispielsweise unsere Fachaufsicht, also das Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern, die Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und natürlich die Landesregierung, die das Projekt ebenfalls unterstützte. Wichtig war, dass alle eingebunden wurden und das Gefühl hatten, Teil des Prozesses zu sein. Das ist entscheidend: die Interessenlagen aller Beteiligten zu erkennen und bestmöglich zu verbinden. Wir haben von den Organisationen sogar Letters of Interest erhalten. Das schafft natürlich eine hohe Legitimität für das Vorhaben, das man umsetzen möchte. Ein weiterer zentraler Aspekt war, dass wir bewusst keine Insellösung schaffen wollten. Stattdessen ging es uns darum, eine Blaupause zu entwickeln, die übertragbar ist. Das machte das Projekt auch für andere interessant, da sie es entsprechend übernehmen konnten. Übertragbarkeit war also ein zentrales Ziel.

Ist es so, dass Hindernisse oder Misserfolgsfaktoren häufig die negativen Spiegelbilder der Gelingensfaktoren darstellen? Hätte beispielsweise das Fehlen der von Ihnen genannten Stakeholder und Gelingensfaktoren ein Risiko für Ihr Projekt bedeutet?

Laslo: Ja, genau. Letztlich sind es diejenigen, die mit den Folgen leben müssen, weil das, was wir umsetzen, Auswirkungen auf andere hat. Deshalb möchte ich schon mit am Tisch sitzen und meine Perspektive einbringen dürfen. Und genau das haben wir getan: Wir haben die verschiedenen Sichtweisen berücksichtigt. Meiner Meinung nach gibt es nicht die eine Wahrheit – es gibt meine subjektive Perspektive und die des Gegenübers. Wichtig ist, diese ernst zu nehmen und, wenn möglich, einfließen zu lassen. Das haben wir versucht, im Rahmen des gesetzlichen Rahmens umzusetzen, in dem wir den Rettungsdienst organisieren und das Projekt aufgesetzt haben.

Wenn die Mittel für den Innovationsfonds dauerhaft gekürzt würden – wie im gesundheitspolitischen Diskurs befürchtet –, könnten Praxisinitiativen wie Ihre dann überhaupt noch entstehen? Oder wäre das Risiko für die Träger ohne diese Anschubfinanzierung zu hoch?

Laslo: Ohne den Innovationsfonds wäre es sehr schwierig. Als Landkreis können wir keine solchen Summen allein stemmen. Die Haushaltslage ist angespannt, und freiwillige Leistungen sind kaum finanzierbar. Der Innovationsfonds bietet die nötige Anschubfinanzierung und reduziert das Risiko. Ohne diese Unterstützung wären solche Projekte kaum realisierbar.

aktive regionale Netzwerke und selektivvertragliche Lösungen mit einer oder mehreren Krankenkassen als Zwischenschritt. Barrieren sind daher nicht nur als Gegenstück zu Erfolgsfaktoren zu verstehen, sondern stellen eine eigenständige Analyseebene dar, die Aufschluss darüber gibt, an welchen Stellen der Innovationsprozess institutionell weiterentwickelt werden sollte. [3]

Vor diesem Hintergrund widmet sich der dritte Teil der Serie den möglichen Barrieren des Transfers von Innovationsfondsprojekten – insbesondere aus der Perspektive der Praxis. Ziel ist es, strukturelle, prozessuale und projektspezifische Hindernisse differenziert zu betrachten, sie in den Kontext der bisherigen Erkenntnisse einzuordnen und Strategien zu ihrer Überwindung aufzuzeigen. Denn die nachhaltige Wirksamkeit des Innovationsfonds bemisst sich letztlich daran, inwieweit es gelingt, evidenzbasierte Versorgungsinnovationen nicht nur erfolgreich zu erproben, sondern mit Unterstützung der Selbstverwaltung verantwortungsvoll, regional und idealerweise flächendeckend in die Regelversorgung zu überführen.

Fazit

Der Innovationsfonds hat sich als zentrales Instrument zur Förderung und Erprobung neuer Versorgungsformen im deutschen Gesundheitssystem etabliert. Ein genauer Blick auf die Transferprozesse zeigt jedoch, dass der Übergang erfolgreicher Projekte in die Regelversorgung mit teilweise erheblichen strukturellen, prozessualen und institutionellen Barrieren verbunden ist. Trotz positiver Evaluationsergebnisse und Transferempfehlungen des Innovationsausschusses scheitert die nachhaltige Implementierung oft an unklaren Zuständigkeiten, heterogenen Interessenlagen und fehlenden verbindlichen Verfahren. Besonders problematisch ist die fehlende institutionelle Anschlusslogik nach Ende der Förderphase: Ohne Überbrückungsfinanzierung oder verbindliche Fristen für die Umsetzung drohen innovative Ansätze im „Transfervakuum" verloren zu gehen.

Die hier angeführten Praxisbeispiele – wie das Projekt „LandRettung" oder INVEST Billstedt/Horn – verdeutlichen, dass der Erfolg des Transfers maßgeblich von der frühzeitigen Einbindung aller relevanten Akteure, der Schaffung klarer gesetzlicher Rahmenbedingungen und der Entwicklung übertragbarer Lösungen abhängt. Politisch-strategische Faktoren, wie die möglichst frühzeitige Einbindung von Stakeholdern und die Schaffung von Legitimität durch breite Unterstützung, sind entscheidend. Gleichzeitig zeigt sich, dass die Finanzie-

Alexander Fischer (GfBH Gemeinsam Gesund gUG)

„Transferbarrieren aus praxisanalytischer Perspektive – das Beispiel INVEST Billstedt/Horn"

Das Projekt INVEST Billstedt/Horn wurde durch den Innovationsfonds gefördert, positiv evaluiert und zur Überführung in die Regelversorgung empfohlen. Gleichwohl ist eine nachhaltige Verstetigung bislang nur eingeschränkt gelungen. Diese Diskrepanz verweist weniger auf Defizite der Intervention als auf strukturelle Transferbarrieren.



Fehlende institutionelle Anschlusslogik

Die Innovationsfondsförderung ist projektförmig angelegt und endet mit Abschluss der Förderphase. Zwischen Projektende, fachlicher Bewertung und politischer Entscheidungsfindung entsteht regelmäßig ein mehrjähriger Zeitraum. Für diese Phase existiert keine regelhafte Überbrückungsfinanzierung. Die Anschlussfinanzierung erfolgte daher zunächst über Selektivverträge. Dieses Instrument ist jedoch auf versichertenbezogene Refinanzierung im Wettbewerb der Krankenkassen ausgerichtet – nicht auf die Verstetigung evidenzbasierter Versorgungsmodelle während offener Entscheidungsprozesse. Populationsorientierte Modelle wie INVEST, die primär vulnerable, sozial benachteiligte oder multimorbide Versichertengruppen adressieren, sind unter wettbewerblichen Bedingungen nur begrenzt attraktiv: Diese Versichertengruppen verursachen bereits hohe Kosten, weisen geringe Wechselwahrscheinlichkeiten auf und generieren kurzfristig kaum kassenindividuelle Einsparpotenziale. Präventive und koordinierende Interventionen wirken sektorenübergreifend und langfristig auf Bevölkerungsgesundheit und Versorgungsqualität, ihre Effekte sind jedoch nicht kurzfristig wettbewerblich zurechenbar.

Fragmentierte Zuständigkeiten

Populationsorientierte Versorgungsmodelle operieren an der Schnittstelle mehrerer Sozialgesetzbücher – insbesondere zwischen medizinischer Versorgung (SGB V), Pflege (SGB XI) sowie Rehabilitation und Teilhabe (SGB IX) – und zugleich im Kontext kommunaler Gesundheitsförderung und sozialräumlicher Daseinsvorsorge.

Diese Fragmentierung erzeugt Koordinationsaufwand, Finanzierungsbrüche und zergliederte Verantwortungsstrukturen ohne klare Steuerungsinstanz. Zentrale Leistungen wie Case- und Care-Management sind funktional notwendig, lassen sich im bestehenden Rechtsrahmen jedoch nur begrenzt abbilden und dauerhaft refinanzieren. Systemisch erforderliche Leistungen treffen damit auf sektorale Budgetlogiken.

Methodische Rahmenbedingungen

Kurze Projektlaufzeiten und hoher Rekrutierungsdruck beeinflussen die Interventionslogik. Der quantitative Fokus auf Fallzahlen kann die intendierte Zielgruppenfokussierung verwässern und damit potenziell auch die gemessenen Effekte beeinflussen. Zugleich entfalten integrierte Versorgungsansätze ihre Wirkung häufig erst mittel- bis langfristig. Die zeitliche Logik von Förderperiode, Rekrutierung und Evaluation fällt daher nicht immer mit der Logik komplexer Versorgungseffekte zusammen.

Gleichzeitig hat der Innovationsfonds eine zentrale Funktion erfüllt: Er ermöglicht es, neue Versorgungsmodelle unter Realbedingungen zu entwickeln und evidenzbasiert zu prüfen. Projekte wie INVEST wären ohne diese Anschubfinanzierung kaum realisierbar gewesen. Der Innovationsfonds eröffnet wichtige Innovationsräume. Die zentrale Herausforderung liegt jedoch darin, erfolgreiche Modelle verlässlich vom Projektstatus in dauerhafte Versorgungsstrukturen zu überführen.

rung nach Projektende die größte Herausforderung bleibt: Ohne gesicherte Refinanzierung oder gesetzliche Grundlagen können erfolgreiche Modelle nicht fortgeführt werden.

Die Fragmentierung der Zuständigkeiten zwischen verschiedenen Sozialgesetzbüchern und die wettbewerbsorientierte Ausrichtung der Krankenkassen erschweren insbesondere populationsorientierte Ansätze, die langfristige und sektorenübergreifende Effekte anstreben. Hier bedarf es dringend einer Reform der Transferarchitektur, die verbindliche Entscheidungsprozesse, klare Verantwortlichkeiten und eine langfristige Finanzierungsperspektive vorsieht. Auch braucht es neue Ansätze wie populationsbasierte Ansätze sektorübergreifend umgesetzt werden können. Zudem muss die Selbstverwaltung dahingehend weiterentwickelt werden, dass die Eigeninteressen der beteiligten Stakeholder nicht die evidenzbasierten Veränderungsimpulse ausbremsen.

Es lässt sich somit bilanzieren, dass der Innovationsfonds wichtige Innovationsräume eröffnet. Sein volles Potenzial kann er entfalten, wenn strukturelle und prozessuale Hürden des Transfers überwunden werden. Dann lassen sich evidenzbasierte Versorgungsinnovationen flächendeckend und nachhaltig in der Regelversorgung verankern – zum Wohl der Patient:innen und für mehr Kosteneffizienz des Gesundheitssystems! <<

von:
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann[1]
Prof. Dr. Jochen Schmitt[2]
Prof. Dr. Dr. Martin Härter[3]
Dipl.-Soz. Mirko Eichner[4]
Luca Pabst[5]

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.
5: Büroleiter 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

Weitere Adressen der Gesprächspartner und Autoren:

Steffen Bohm
AGENON – Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH
Kaunstr. 21
D-14163 Berlin

Prof. Dr. Timm Laslo
Landkreis Vorpommern-Greifswald
Eigenbetrieb Rettungsdienst
Pappelallee 1
17489 Greifswald

Alexander Fischer
GfBH Gemeinsam Gesund gUG (haftungsbeschränkt)
Große Bergstraße 219
22767 Hamburg

Serienteile „Innovationsfonds Impact“

Auftakt:
Interview mit Prof. Josef Hecken und P<rof. Dr. Wolfgang Hoffmann: „Ein stimmiges Konzept für systematischen Transfer“
Monitor Versorgungsforschung 05/25
https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/konzept-systematischer-transfer/

Teil 1:
„Der Innovationsfonds wirkt!“
Monitor Versorgungsforschung 06/25
https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/der-innovationsfonds-wirkt/

Teil 2:
„Innovation als Motor der Gesundheitsversorgung“
Monitor Versorgungsforschung 01/26
https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/innovation-als-motor-der-gesundheitsversorgung/

Zitationshinweis

Hoffmann et al.: „Transferbarrieren bei Innovationsfondsprojekten”, „Monitor Versorgungsforschung“ (02/26), S. 18–20. http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2818

Literatur

[1] Interview mit Hecken, J., Hoffmann, W. in: Monitor Versorgungsforschung 05/25 S. 6–12: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/konzept-systematischer-transfer/ (Zugriff am: 17.12.2025)
[2] Lindemann C., et al. Verbessert der Innovationsfonds die Versorgung? Eine kritische Analyse. Gesundheitswesen. 2024; 86: 451–462. doi:10.1055/a-2270-3537.
[3] 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)

Auch Sachsen stambulant unterwegs

>> „Heute hat das Sächsische Kabinett die Grundsätze der Krankenhausplanung beschlossen und sichert damit den Rahmen der medizinischen Versorgung in städtischen und ländlichen Räumen. Ein wesentlicher Meilenstein für den neuen Krankenhausplan 2026 wurde damit verabschiedet“, so die Zielbildpartner*. „Es ist uns wichtig, die Qualität der Versorgung der Bevölkerung perspektivisch nachhaltig zu sichern sowie regional passende Strukturen zu entwickeln, die den anstehenden Veränderungen in der Bevölkerungsentwicklung gerecht werden. Wir sind uns einig, dass wir die ambulante und stationäre Versorgung vernetzt denken und in der Umsetzung einen gemeinsamen Weg finden müssen. Wir gehen davon aus, dass der Freistaat Sachsen uns bei diesem Vorhaben unterstützt. Eine ausreichende Finanzierung ist dafür essenziell“, heißt es weiter.

Dadurch sei der Weg frei, künftig die Versorgungsangebote der Krankenhäuser im Freistaat besser aufeinander abzustimmen. Im Sinne der Krankenhausreform sollen verschiedene Leistungsschwerpunkte an den Kliniken gebildet werden, die auch über das geforderte Fachpersonal verfügen. Der Erhalt einer flächendeckenden Notfallversorgung ist ebenfalls ein wichtiges Ziel des Krankenhausplans. Erste strukturelle Veränderungen sollen zum 1. Januar 2027 in Kraft treten.

Dass es Anpassungen in der Krankenhauslandschaft brauche, habe viele Gründe. Seit der letzten großen Krankenhausreform Anfang der 1990er Jahre leben heute rund 500.000 Menschen weniger im Freistaat, hinzukommen seit Jahren deutlich sinkende Geburtenzahlen. Dank schonender Behandlungsverfahren verbringen Patient:innen zudem oft nur noch wenige Tage im Krankenhaus. Diese Entwicklungen führen zu einer niedrigen Auslastung der Krankenhäuser, gleichzeitig steigen die ambulanten Behandlungszahlen in den Kliniken kontinuierlich. Betont wird zudem, dass weitere gesetzliche Anpassungen erforderlich sind. Dazu gehören Regelungen für eine bessere Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Arztpraxen sowie eine verlässliche Ausgestaltung der geplanten Vorhaltepauschalen. <<

* Zielbildpartner sind die Krankenhausgesellschaft Sachsen, die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen in Sachsen, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, die Sächsische Landesärztekammer, der Sächsische Landkreistag und der Sächsische Städte- und Gemeindetag.

Serie Teil 1: Strategien des Wandels

Wo neue Architekturen für die Versorgung entstehen

Modellhafte Umbauversuche der Krankenhauslandschaft gibt in Deutschland mehr, als man gemeinhin denkt. Die meisten folgen dabei den drei zentralen Strategien Ambulantisierung, Netzwerkbildung und Zentralisierung; oft in Kombinationen mit einer stärkeren digitalen Vernetzung. „Monitor Versorgungsforschung" gibt mit der neuen Serie „Versorgung vor Ort neu gedacht – Deutschland baut um" eine erste Einordnung und stellt ausgesuchte Transformations-Modellprojekte vor."

>> Die deutsche Krankenhauslandschaft befindet sich in einem tiefgreifenden Transformationsprozess, der weit über bloße Strukturkorrekturen hinausgeht. Einerseits sind Krankenhäuser konfrontiert mit chronischer, struktureller Unterfinanzierung, nicht kostendeckenden Fallpauschalen und fehlender Kompenation für Vorhaltekosten. Andererseits stellen sich für die Versorgung Fragen mit Bick auf die Qualität und bei den Ausgaben, die im Vergleich zu anderen Ländern zu massiver Kritik führen. In der Folge stehen vor allem ländliche Krankenhäuser vor der existenziellen Frage des Überlebens – oder genauer: der Form ihres Weiterlebens.

Verschiedene Regionen warten deshalb nicht auf den eigentlich nötigen Fingerzeig aus Berlin, sondern agieren proaktiv mit höchst unterschiedlichen und regional bis lokal sehr passgenauen Konzepten auf diese Herausforderungen, um eine möglichst wohnortnahe Versorgung auch weiterhin und zudem dauerhaft sichern zu können. So werden in Schleswig-Flensburg integrierte regionale Versorgungsnetzwerke im Stil des baden-württembergischen Kinzigtals erprobt und dabei Krankenhaus, Pflege und ambulante Angebote kombiniert. In Mecklenburg-Vorpommern liegt der Fokus auf der Etablierung regionaler Gesundheitsnetzwerke. In Niedersachsen gilt Holzminden als Blaupause für regionale Gesundheitszentren bzw.



Diese mit Unterstützung von HI und AI erstellte Karte ist sicher noch unvollständig und bildet den Status März 2026 ab

Ergänzende Hinweise bitte an stegmaier@m-vf.de

Level-1i-Modelle. Und in Brandenburg sticht Seelow mit seiner Transformation zum Gesundheitscampus, einem „stambulanten" Modell zur Verzahnung von stationärer Grundversorgung und ambulanten Facharzt- sowie Therapieangeboten hervor. Zu nennen ist jedoch auch Elbe-Elster mit der Umsetzung eines Zentralklinikmodells (3+1-Struktur), bei der ein zentraler Klinikneubau durch drei ambulante Gesundheitszentren an den alten Standorten ergänzt wird. Währenddessen werden in der brandenburgischen Uckermark regionale Gesundheitszentren und der Einsatz von Telemedizin – wie etwa im HaffNet die intersektorale digitale Vernetzung – erprobt.

All dies geschieht bereits jetzt und heute und obendrein im derzeit gültigen Legalrahmen des SGB V, der – zugegebenermaßen – noch einiges, was absolut sinnvoll und dringend nötig wäre, erschwert und behindert. Das SGB V muss von daher seitens des Gesetzgebers bei einigen drängenden Punkten verändert und vor allen Dingen für handlungswillige Akteur:innen vor Ort flexibler werden.

Die neue MVF-Artikelserie „Versorgung vor Ort neu gedacht – Deutschland baut um" versucht eine erste Einordnung all dieser neuen Modelle und Projekte, mit denen die deutsche Versorgungslandschaft durch Buttom-up-Ansätze umgebaut, erneuert und vor allen resilient und zukunftsfest ausgebaut werden soll. Danach werden im Rahmen dieser Serie ausgesuchte Transformations-Modellprojekte vorgestellt, deren Stakeholder und Akteure sich dazu bei MVF melden können.

Erhebliche Modellvielfalt

Erfolgreiche Transformationen gelingen vor allem dort, wo regional tätig Akteure – von Krankenkassen wie der AOK Nordost über Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) bis hin zu kommunalen Trägern und Lokalpolitiker:innen – den Mut zu unkonventionellen Wegen aufbringen und die starren sektoralen Rahmenbedingungen durch regionale Kooperationen überwinden.

Eines der zentrales Modelle dieser Entwicklung ist der Gesundheitscampus, wie er derzeit in Seelow (Brandenburg) realisiert wird. Hier wandelt sich über vier Jahre hinweg ein klassisches Krankenhaus der Grundversorgung in ein sektorenübergreifendes Zentrum, das stationäre und ambulante Angebote unter einem Dach verzahnt. Allerdings: Ohne gezielte Maßnahmen zur Stabilisierung wäre das Seelower Krankenhaus mittelfristig auch nicht überlebensfähig gewesen

Das unter anderem von der brandenburgischen Gesundheitsministerin Britta Müller so genannte „stambulante" Modell beschreibt keine theoretische Blaupause, sondern eine notwendige Realität: Die strikte Trennung zwischen ambulanten und stationären Angeboten muss zugunsten einer engen, sektorenübergreifenden Kooperation aufgegeben werden. Das „stambulante" Modell sieht vor, dass Kernbereiche wie die Innere Medizin und die Notfallversorgung erhalten bleiben, während gleichzeitig ambulante chirurgische Eingriffe und pflegerische Leistungen wie Kurzzeitpflege ausgebaut werden. Ergänzt wird dies durch eine Überwachungseinheit, in der Patient:innen bis zu 24 Stunden ohne stationäre Aufnahme beobachtet werden können, sowie durch die Integration von Physiotherapie, Apotheken und Sanitätshäusern. Im Zentrum ihrer Vision steht jedoch nicht die bloße Erhaltung jedes einzelnen Standorts in seiner bisherigen Form, sondern die verlässliche Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung für die gesamte Bevölkerung durch die Schaffung starker Gesundheitsregionen.

Demgegenüber steht das Modell des Regionalen Gesundheitszentrums (RGZ), oft als Level-1i-Modell bezeichnet, für das Holzminden (Niedersachsen) als Blaupause dient. Wenn ein klassisches Krankenhaus wirtschaftlich nicht mehr tragfähig ist, tritt das RGZ an dessen Stelle: Es fungiert als kleine stationäre Einrichtung mit etwa 20 bis 40 Betten für die Basisversorgung (meist Innere Medizin), verzichtet jedoch auf eine große Intensivmedizin. Der Fokus liegt hier massiv auf einem breiten ambulanten Angebot durch integrierte Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Diagnostik im selben Gebäude, um Versorgungslücken effizient zu schließen.

Die Vielfalt der Ansätze wird durch Netzwerk- und Kooperationsmodelle vervollständigt. Hierbei teilen sich eigenständige Krankenhäuser Fachgebiete auf – etwa Onkologie oder Herzmedizin – und arbeiten telemedizinisch eng zusammen, um Expertise digital in die Fläche zu bringen.

Seelow versus Elbe-Elster versus Wittstock: Konsens als Erfolgsfaktor

Ein entscheidendes Merkmal des Seelower



Weges ist die Art der politischen Umsetzung, die im deutlichen Kontrast zu anderen Regionen steht. Während die Debatten um die Krankenhausstandorte im Landkreis Elbe-Elster oft von öffentlichen Kontroversen und Unruhe geprägt waren und die Klinikschließung in Wittstock die dortige Kommune völlig unvorbereitet traf, verläuft der Umbau in Seelow bisher bemerkenswert „geräuschlos".

So führt Landrat Gernot Schmidt diesen Erfolg darauf zurück, dass alle politischen Akteure – der Kreis als Träger, die Stadt, die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung – konsequent in den Prozess eingebunden wurden. Es habe in Märkisch-Oderland nie eine destruktive Standortdebatte um die drei kommunalen Krankenhäuser (Seelow, Wriezen, Strausberg) gegeben. Stattdessen setzte man auf regionale Vernetzung: Spezialisierte Leistungen wie das Herzkatheterlabor wurden nach Strausberg verlagert, während Seelow durch ein MVZ-System (Medizinisches Versorgungszentrum) und die Rekommunalisierung des Rettungsdienstes als Notarztstandort gestärkt wurde. Dieser kooperative Ansatz zwischen Landespolitik und regionaler Selbstverwaltung wird von Katja Thielemann, der Geschäftsführerin des Krankenhauses Seelow, die in ihrer Funktion maßgeblich den Transformationsprozess der Einrichtung hin zu einem sektorenübergreifenden Gesundheitscampus begleitet, als wichtiges Signal an die Bevölkerung gewertet, dass die Verantwortung für die regionale Versorgung ernst genommen wird. Und: In Seelow gab es auch keine zerstörerische Debatte über den Erhalt einzelner Häuser.

In der Zusammenschau ergibt sich eine von der MVF-Redaktion mit Unterstützung von HI und AI erstellte „Deutschlandkarte der Krankenhaus-Reformen" (s. Abb). Sie zeigt, dass es keine Einheitslösung gibt, sondern die Modelle je nach regionalem Bedarf kombiniert werden und das in so ziemlich allen Regionen von Nord nach Süd:

- **Norddeutschland:** In Regionen wie Schleswig-Flensburg und Westmecklenburg dominieren regionale Versorgungs- und Gesundheitsnetzwerke, um die weiten Wege im ländlichen Raum zu überbrücken.
- **Ostdeutschland:** Brandenburg fungiert mit dem Gesundheitscampus Seelow, dem Zentralklinikmodell Elbe-Elster und der Modellregion Lausitz (mit Fokus auf digitale Vernetzung) als Innovationslabor für den Umbau. In der Altmark (Sachsen-Anhalt) stehen Telemedizin und Netzwerkversorgung im Vordergrund.
- **Mitteldeutschland:** In Hessen (Vogelsbergkreis, Hersfeld-Rotenburg) setzen Akteure verstärkt auf die Spezialisierung einzelner Klinikstandorte innerhalb von Versorgerverbünden.
- **Süddeutschland:** Das Kinzigtal (Baden-Württemberg) gilt als internationales Vorbild für eine integrierte regionale Versorgung, bei der Prävention und Behandlung über alle Sektoren hinweg gemeinsam gesteuert werden.

Das Konzept der „Gesundheitsregionen" der AOK-Gemeinschaft

Über konkrete Orte und Projekte hinaus ist seitens der AOK-Gemeinschaft das konzeptionelle Modell „Gesundheitsregionen – sektorenunabhängige Versorgung gestalten" angelegt. Dabei handelt es sich um ein allgemeineres Konzept für „Gesundheitsregionen". Es zielt darauf ab, die starren sektoralen Rahmenbedingungen aufzubrechen und durch regionale Lösungen eine bessere integrierte Versorgung zu ermöglichen. Ziel dieser Cluster- bzw. Regionsmodelle ist es ebenso, durch Arbeitsteilung und Vernetzung (Prinzip: „Niedrigstes Level zuerst") die Versorgung in der Fläche trotz Fachkräftemangel und wirtschaftlichem Druck sicherzustellen.

Allgemein sieht dieses Modell zwei grundlegende Faktoren vor:

- **Sektorenunabhängigkeit:** Dieses Modell der AOK-Gemeinschaft zielt darauf ab, die starren, zentralistischen Rahmenbedingungen des Systems aufzubrechen, um Innovationen und sektorübergreifende Weiterentwicklungen zu ermöglichen.
- **Experimentierklauseln:** Es beinhaltet Vorschläge für Gesetzesänderungen, um ein regionales Veränderungsmanagement jenseits der üblichen bürokratischen Hürden zu erlauben.

In der eben vom Bundestag verabschiedeten Reform der Krankenhausreform wird zudem das Modell der Level-1i-Häuser (sektorenübergreifende Versorger) als Auffanglösung für Standorte gesehen, die als klassische Akutkrankenhäuser nicht mehr finanzierbar sind. Laut Prognosen könnten deutschlandweit bis zu 419 Krankenhäuser der Stufe 1n sowie 325 Fachkrankenhäuser für eine Umwandlung infrage kommen. Die Modelle Holzminden und Seelow werden hierbei oft als spezifische Blaupause für diese Form der integrierten Versorgungszentren genutzt.

Aus der Vielfalt der derzeit schon erprobten Transformations-, Netzwerk- und Kooperationsmodelle lassen sich einige grundlegende Praxiserfahrungen herausfiltern:

- **Ansatz der „Grünen Wiese":** Der Aufbau erfolgt durch eine neue Gesellschaft, die ohne finanzielle oder strukturelle Altlasten startet.
- **Nutzung vorhandener Infrastruktur:** Bestehende Gebäude, Ausstattungen sowie das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) werden weiter genutzt.
- **Interdisziplinäres Versorgungsangebot:** In Kooperation mit dem MVZ werden hausärztliche, internistische, chirurgische, neurologische, gynäkologische und radiologische Versorgungsoptionen sowie ein ambulantes Operationszentrum geschaffen.
- **Personelle Synergien:** Durch die Zusammenarbeit werden Ressourcen im Personalbereich gebündelt.
- **Regionale Ausweitung:** Versorgungscluster sehen den Aufbau weiterer ambulanter Versorgungsangebote im geografischen Umkreis vor, insbesondere für ältere Patient:innen in Pflegeeinrichtungen (z. B. Pflegeheimversorgung).

Die Rolle der Telemedizin bei regionalen Reformmodellen

In der Vernetzung der Regionen übernimmt die Telemedizin eine Schlüsselrolle als digitaler Brückenschlag, um medizinische Expertise in die Fläche zu bringen und den Zugang zu spezialisierten Leistungen zu sichern. Telemedizinische Zusammenarbeit ist zudem ein wesentliches Merkmal von regionalen Kliniknetzwerken, in denen sich mehrere Häuser Aufgaben und Spezialisierungen teilen. Sie gilt neben der Zentralisierung und Ambulantisierung als eine der drei wesentlichen Strategien, um die Krankenhauslandschaft zukunftsfest umzubauen.

Die konkrete Rolle der Telemedizin bei regionalen Reformmodellen lässt sich in folgende Bereiche unterteilen:

- **Zentrales Element:** In vielen Modellregionen ist die Telemedizin ein fester Bestandteil der Versorgungsstrategie. Beispiele hierfür sind die Altmark in Sachsen-Anhalt, die auf Netzwerkversorgung und Telemedizin setzt, sowie die Uckermark. In der Lausitz wird Telemedizin im Rahmen eines „digitalen Netzwerks" zur Strukturverbesserung der ambulanten und stationären Versorgung genutzt.
- **Transfer von Expertenwissen:** In sogenannten telemedizinischen Versorgungsnetzen können kleinere Krankenhausstandorte erhalten bleiben, während die notwendige fachmedizinische Expertise digital aus spezialisierten Zentren zugeschaltet wird.
- **Erleichterung des Leistungszugangs:** In integrierten Modellen wie dem Gesundheitscampus Seelow ist perspektivisch geplant, moderne Telemedizinlösungen einzusetzen, um der lokalen Bevölkerung den Zugang zu weiteren medizinischen Angeboten zu erleichtern, die vor Ort physisch nicht dauerhaft präsent sein können. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Kontakt zur Redaktion

Bei dieser Serie sind wir auf die aktive Hilfe von Stakeholdern und Akteuren angewiesen. Bitte nehmen Sie mit der Redaktion Kontakt auf, wenn Sie auch Ihr Modell im Rahmen dieser neuen MVF-Serie vorstellen (lassen) wollen. Redaktions-E-Mail: stegmaier@m-vf.de

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Wo neue Architekturen für die Versorgung entstehen", „Monitor Versorgungsforschung" (02/26), S. 22–24. http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2819

Zielgruppen verstehen. Märkte lesen. Regulierungen einordnen.



Unsere EHealth Insights im Überblick

USER INSIGHTS

Fundierte Einblicke in Verhalten, Bedürfnisse und Barrieren von Nutzer:innen

MARKET INSIGHTS

Strukturierte, vergleichbare Übersicht relevanter Angebote, Trends und Bewegungen

POLICY INSIGHTS

Analyse und strategische Einordnung regulatorischer Entwicklungen

EHEALTH INSIGHTS PLUS

Das Plus, wenn Sie wissen wollen, was die Ergebnisse ganz konkret für Ihr Unternehmen bedeuten: individuelle Auswertungen, passgenau zugeschnitten auf Ihre Fragestellung – inkl. Beratung und Medienpaket.

Ihre Ansprechpartnerin



Sie möchten besser einschätzen können, ob EHealth Insights zu Ihrem Informationsbedarf passt?
Einfach einen Demo-Termin anfragen.

Anja Schweitzer, Partnerin _fbeta
Geschäftsbereichsleiterin Market Research & Product Development

E-Mail: anja.schweitzer@fbeta.de
Website: https://ehealth-insights.de

_fbeta
Beratung im Gesundheitswesen

Bertelsmann-Studie: „Delegation im Praxisteam: Ein starker Hebel für die Sicherung der Versorgung“

Aufbruch in eine teambasierte Primärversorgung

Die hausärztliche Versorgung in Deutschland steht an einem kritischen Wendepunkt. Während die demografische Entwicklung und eine zunehmende Morbiditätslast den Bedarf an medizinischen Leistungen steigern, verschärfen unbesetzte Arztsitze und veränderte Arbeitszeitpräferenzen der Ärzteschaft die Versorgungslage. Vor diesem Hintergrund präsentiert die Bertelsmann Stiftung eine wegweisende Potenzialanalyse der Autoren Dr. h. c. Helmut Hildebrandt, Dr. med. Monika Schliffke, Dipl.-Oec. Steven Renner, PD Dr. Dr. med. Heidrun Sturm und Pascal Wendel. Die Studie „Delegation im Praxisteam: Ein starker Hebel für die Sicherung der Versorgung“ belegt, dass eine konsequente Arbeitsteilung unter Einbeziehung akademisierter und weitergebildeter Praxisassistenzberufe die Lösung für drohende Versorgungsengpässe sein kann. Diese wissenschaftliche Erkenntnis findet politische Unterstützung durch den AOK-Bundesverband, dessen Vorstandsvorsitzende Dr. Carola Reimann die Überführung dieser Modelle in die Regelversorgung fordert.

>> Die aktuelle Situation ist alarmierend: Bereits heute sind deutschlandweit rund 5.000 Hausarztsitze unbesetzt. Prognosen des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg) sagen bis zum Jahr 2030 einen zusätzlichen Bedarf von 3.218 hausärztlichen Vollzeitäquivalenten (VZÄ) voraus. Bis 2040 könnte dieser Zusatzbedarf auf fast 7.000 VZÄ ansteigen, da immer mehr Ärztinnen und Ärzte in den Ruhestand gehen oder ihre Arbeitszeit reduzieren möchten. Laut einer Umfrage planen 24% der Hausärzt:innen, ihre Tätigkeit innerhalb der nächsten fünf Jahre zu beenden. Gleichzeitig steigt der Versorgungsbedarf durch die Alterung der Gesellschaft bis 2040 um etwa 3%. Der Ruf nach mehr Medizinstudienplätzen greift hierbei zu kurz, da neue Kapazitäten erst in 12 bis 15 Jahren wirksam würden.

Delegation als strukturelle Antwort

Die Studie der Bertelsmann Stiftung fokussiert sich daher auf die Delegation als kurzfristig verfügbaren und nachhaltigen Hebel. Im Zentrum stehen zwei Berufsgruppen: die Nichtärztlichen Praxisassistent:innen (NäPA) – inklusive Qualifikationen wie VERAH oder EVA – und die akademisierten Physician Assistants (PA). Während NäPAs auf Basis einer MFA-Ausbildung und eines 271-stündigen Curriculums qualifiziert werden, verfügen PAs über ein 6 bis 7-semestriges Bachelorstudium. Beide Gruppen können unter ärztlicher Supervision Aufgaben übernehmen, die weit über rein administrative Tätigkeiten hinausgehen.

Der rechtliche Rahmen wird durch das Sozialgesetzbuch (§ 28 Abs. 1 SGB V) und die Delegationsvereinbarungen des Bundesmantelvertrags – Ärzte gesteckt. Kernleistungen wie Diagnosestellung und Therapieentscheidung verbleiben beim Arzt, doch Vorbereitungen, Verlaufskontrollen und technische Diagnostik sind in hohem Maße delegierbar.

Erfolgsmodelle aus der Praxis: Innovationspraxen im Vergleich

Um die Effekte der Delegation zu quantifizieren, analysierten die Autor:innen zwei „Innovationspraxen“:

- **MVZ Birkenallee (Papenburg):** Unter der Leitung von Dr. Volker Eissing hat sich dieses Zentrum zu einem multiprofessionellen Standort entwickelt. Hier arbeiten elf PAs und drei NäPAs mit vier ärztlichen VZÄ zusammen. Das Ergebnis ist beeindruckend: Die Praxis versorgt pro Quartal 12.788 Patient:innen, was rund 3.197 Patienten pro Arzt entspricht – ein Vielfaches des Bundesdurchschnitts von 916 Patienten. Delegation umfasst hier Wundtherapie, kardiologische Diagnostik und sogar fachärztliche Supervision per Telemedizin.
- **Hausärzte am Spritzenhaus (Baiersbronn):** Das Team um Prof. Dr. Wolfgang von Meißner kombiniert Delegation mit einem hohen Digitalisierungsgrad. Neben dem Einsatz von PAs und VERAHs nutzt die Praxis KI-gestützte Transkriptionssysteme und eine eigene Patienten-App zur Prozessoptimierung. Hier liegt die Fallzahl bei 1.817 Patienten pro Arzt.

Im Vergleich dazu versorgen die untersuchten Standardpraxen nur etwa 1.084 Patienten pro Arzt. Die Analyse zeigt, dass qualifizierte Praxisassistenzberufe unter Supervision im Durchschnitt 65% des ansonsten erforderlichen ärztlichen Zeitvolumens ersetzen. In der Innovationspraxis 1 entspricht das Entlastungsvolumen rechnerisch der Arbeitskraft von fast zehn zusätzlichen Ärzt:innen. Besonders delegierbar sind die technische Diagnostik, geriatrische Assessments, das Management chronischer Erkrankungen sowie Hausbesuche.

Simulation einer „gelungenen Vollversorgung“ bis 2030

Basierend auf der Delegationsquote von 65% simulierten die Autor:innen die Effekte auf die bundesweite Versorgung. Das Ergebnis ist optimistisch: Wenn das Potenzial der Delegation konsequent genutzt wird, könnten bis zum Jahr 2030 Arbeitszeitkapazitäten im Umfang von 8.818 Hausarzt-Vollzeitäquivalenten freigesetzt werden. Damit ließe sich nicht nur der demografisch bedingte Mehrbedarf decken, sondern auch die Lücke der aktuell 5.000 unbesetzten Arztsitze schließen.

Rechnerisch wäre so deutschlandweit eine Vollversorgung möglich. Voraussetzung hierfür ist ein wachsender Umsetzungsgrad in den Praxen, der in der Simulation von 15% im Jahr 2026 auf 70% im Jahr 2030 ansteigt. Die Plausibilitätsrechnung ergibt, dass im Jahr 2030 bereits eine Delegationskraft auf 1,7 ärztliche VZÄ in kooperativen Strukturen ausreichen würde, um das Ziel der Vollversorgung zu erreichen. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Link: https://t1p.de/2e5af und S. 87 ff.



Unser Anspruch bei Johnson & Johnson: Wir gestalten medizinischen Fortschritt.
Jeden Tag arbeiten wir an Innovationen, die die Grenzen des Machbaren verschieben.

Denn wir erforschen und entwickeln Therapien, mit denen wir Krankheiten
immer gezielter behandeln, heilen oder zukünftig sogar verhindern können.
Für einen echten Unterschied im Leben von Patient:innen.

Dafür verbinden wir das Beste aus Health&Care:
Medizinische Innovation mit dem Menschen im Mittelpunkt.

jnj.com/innovativemedicine/germany

Johnson&Johnson
The Health&Care Company

Der 15-Punkte-Plan für ein modernes Primärversorgungssystem in Nordrhein-Westfalen

Ambulante Versorgung zukunftsfest gestalten

Angesichts tiefgreifender struktureller Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen hat das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) Nordrhein-Westfalens am heutigen Dienstag ein umfassendes Reformkonzept für den ambulanten Sektor vorgestellt. Unter dem Titel „Versorgung der Zukunft" präsentierte NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann gemeinsam mit Vertreter:innen der ärztlichen Selbstverwaltung und der Krankenkassen ein Eckpunktepapier, das 15 konkrete Maßnahmen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und effizienten Versorgung umfasst.

>> Der Reformbedarf resultiert aus einem doppelten demografischen Wandel. Während die Bevölkerung altert und der Bedarf an kontinuierlicher medizinischer Betreuung steigt, scheiden gleichzeitig zahlreiche Ärztinnen und Ärzte altersbedingt aus dem Berufsleben aus. Aktuelle Statistiken belegen, dass bereits heute über ein Drittel der Niedergelassenen 60 Jahre oder älter ist. Zudem verändern sich die Arbeitsformen: Es erfolgt ein Trend weg von der Freiberuflichkeit hin zur Anstellung, oft in Teilzeit, was das verfügbare Arbeitsvolumen für die Versorgung reduziert. Zudem wird trotz einer im internationalen Vergleich hohen Kontaktfrequenz – deutsche Patient:innen suchen im Schnitt fast zehnmal pro Jahr eine Praxis auf, während der OECD-Schnitt bei weit wenigeren Besuchen liegt – wird die Versorgung oft als ineffizient wahrgenommen. Kurze Behandlungszeiten und lange Wartezeiten auf Facharzttermine prägen den Alltag vieler Versicherter. „Das Gesundheitssystem ist für die Patienten da und nicht umgekehrt", betonte Laumann und forderte eine gezielte Steuerung der Ressourcen.

Der Weg in die Versorgung

Ein zentraler Pfeiler der Reform ist die Einführung eines strukturierten Ersteinschätzungsverfahrens. Ziel ist es, den tatsächlichen medizinischen Behandlungsbedarf objektiv festzustellen, bevor Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen werden. Dies soll vor allem im Akutfall gelten, während Vorsorgeuntersuchungen oder laufende Behandlungen chronisch Kranker davon unberührt bleiben. Als technisches Rückgrat dient hierbei die Rufnummer 116 117, die zu einer zentralen Gesundheitsplattform weiterentwickelt werden soll. Über diese Hotline oder digitale Portale soll künftig gesteuert werden, ob eine Behandlung in einer Hausarztpraxis, einer Facharztpraxis oder einer Notdienstpraxis erfolgen muss. „Wir brauchen kluge und unterschiedliche Wege in die Versorgung", erklärte Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. Das System soll so konfiguriert sein, dass es bei fehlendem Behandlungsbedarf auf evidenzbasierte Gesundheitsinformationen oder regionale Selbsthilfeangebote verweist.

Primärarztsystem im Fokus

Das Reformmodell sieht vor, Primärversorgungspraxen (PVP) gesetzlich zu verankern. Diese Rolle wird primär den hausärztlichen Praxen zugewiesen, denen die Koordination des gesamten Versorgungsprozesses obliegt. Patient:innen entscheiden sich verbindlich für eine PVP, wobei die freie Arztwahl gewahrt bleibt. Für komplexe Fälle, etwa bei Multipler Sklerose, sind Tandem-Modelle zwischen PVP und spezialisierten Fachärzten vorgesehen. Um die Steuerungsfunktion zu stärken, soll ein qualifizierter Überweisungsvorbehalt eingeführt werden. Fachärztliche Leistungen können künftig – mit Ausnahmen für die Gynäkologie, Pädiatrie und Psychotherapie – nur nach vorheriger Abstimmung mit der PVP in Anspruch genommen werden. Damit soll verhindert werden, dass Patient:innen unkoordiniert verschiedene Fachdisziplinen aufsuchen und so Ressourcen blockieren.

Delegation und Digitalisierung

Ein großer Teil des 15-Punkte-Plans widmet sich der operativen Ebene in den Praxen. Ministerium und Akteure fordern einen massiven Abbau unnötiger Bürokratie, etwa durch die Vereinheitlichung von Formularen, um automatisierte Befüllungen aus der ePA zu ermöglichen. Um den Ärztemangel abzufedern, setzt das Konzept auf die Stärkung von Teampraxen. Aufgaben sollen verstärkt auf qualifizierte nichtärztliche Berufsgruppen wie Physician Assistants oder spezialisierte Versorgungsassistent:innen delegiert werden. Hierfür fordert das Eckpunktepapier Rechtsklarheit bei der Delegation und eine Anpassung des Vergütungssystems, das künftig den „Praxis-Patienten-Kontakt" anstelle des rein ärztlichen Kontakts honorieren soll.

Weitere Entlastungen sollen durch Dauerverordnungen und Jahresüberweisungen für chronisch Kranke erzielt werden, um unnötige Quartalsbesuche zu vermeiden. Zudem sollen standardisierte Versorgungspfade auf Basis medizinischer Leitlinien für Transparenz und Qualitätssicherung sorgen. Die Reform erfordert auch eine Neuausrichtung der Vergütungs- und Anreizsysteme – weg von Einzelleistungsvergütungen hin zu Pauschalierungen und Vorhaltepauschalen für PVP. „Wir müssen das bestehende System auf neue Füße stellen, um Fehlsteuerungen zu verhindern", so Minister Laumann.

Gleichzeitig soll die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung gestärkt werden, damit Bürger Symptome besser einschätzen können und seltener ohne medizinische Notwendigkeit Praxen konsultieren. Auch die Prävention wird als essenzieller Baustein genannt, um die Krankheitslast langfristig zu senken.

Da wesentliche Punkte der Reform bundesrechtliche Änderungen erfordern – etwa die gesetzliche Verankerung der PVP oder Anpassungen im SGB V – versteht sich das Eckpunktepapier als Impulsgeber für die Bundespolitik. NRW hat sich bereit erklärt, als Modellregion für die Umsetzung digitaler Stützprozesse voranzugehen. Laumann schloss die Konferenz mit einem Appell zum Schulterschluss: „Reformen können nur dann gelingen, wenn wir sie gemeinsam mit den Akteuren der Selbstverwaltung gestalten." <<

von: MVF-Chefedakteur Peter Stegmaier

Link: https://t1p.de/qy7s5

Unsere Mission:

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

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

Mehr zu unserer Forschung in Deutschland

Pfizer

Reimann: „Nur in der Regelversorgung“

>> Anlässlich des zweiten Fachgesprächs des Bundesgesundheitsministeriums zur Ausgestaltung eines Primärversorgungssystems äußert sich die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Carola Reimann, wie folgt: „Es ist gut, dass bereits breite Einigkeit über die Einführung eines allgemein verbindlichen Primärversorgungssystems zur Lösung der drängenden Probleme in der ambulanten Versorgung besteht. Auch die heute vorgelegten Vorschläge aus Nordrhein-Westfalen adressieren die wesentlichen Eckpunkte für die anstehende Reform und weisen in die richtige Richtung.

Die hausärztliche Versorgung muss zu einer teambasierten interprofessionellen Primärversorgung weiterentwickelt werden. Die aktuelle Studie der Bertelsmann Stiftung zeigt eindrucksvoll das Potenzial auf, das durch eine bessere Arbeitsteilung zwischen Hausärztinnen und Hausärzten und anderen Gesundheitsberufen, auch sehr kurzfristig, erschlossen werden kann. Mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege sind überdies die Möglichkeiten der Einbindung von Pflegefachpersonen deutlich verbessert worden. Wir dürfen diese Chancen nicht ungenutzt lassen, wenn wir die flächendeckende Versorgung weiter absichern wollen.

Vor diesem Hintergrund wird die Primärversorgung nicht, wie oft behauptet, zum neuen Nadelöhr beim Zugang in die Versorgung, sondern im Gegenteil, sie wird zur primären, verlässlichen und kompetenten Anlaufstelle für die Anliegen, und Bedarfe der Patientinnen und Patienten werden weiterentwickelt. Ihr Versorgungsauftrag muss verbindlich formuliert werden und dann perspektivisch die Grundlage der Bedarfsplanung und Zulassung werden.

Ergänzt wird die Primärversorgung durch eine strukturierte, vorgeschaltete Ersteinschätzung, insbesondere auch für diejenigen, die in Akut- oder Notfällen die richtige Versorgungsebene suchen bzw. noch keinen Kontakt mit der Primärversorgungsebene hatten. Notfallreform und Primärversorgungsreform müssen hier Hand in Hand gehen.

Ein verbindlicher Aufbau der Primärversorgung kann nur in der Regelversorgung gelingen. Die bisher bestehende Verpflichtung der Krankenkassen, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) zu schließen, muss beendet werden.

Der Direktzugang zu den Fachärzten wird damit zur Ausnahme. In der Primärversorgung können sich die gesetzlich Versicherten aber darauf verlassen, dass sie nach ihrem Bedarf und ihrer Dringlichkeit Zugang zur fachärztlichen Versorgung erhalten, ohne lange Wartezeiten und ohne Diskriminierung gegenüber Privatversicherten.

Diese Arbeitsteilung hat sich in vielen Ländern mit einer Primärversorgung bewährt. Wir appellieren daher an die Verantwortlichen in Politik und Selbstverwaltung, dieses einfache Prinzip auch in Deutschland zu übernehmen. Der Zugang zur fachärztlichen Versorgung sollte grundsätzlich unter Überweisungsvorbehalt stehen – mit Ausnahmen für Kinder- und Jugendarztpraxen, Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie für die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen. Für chronisch Erkrankte sind praktikable Lösungen wie Dauerüberweisung vorzusehen. Nur dann entsteht Verbindlichkeit für alle Beteiligten. Eine darüberhinausgehende Diskussion über lange und komplizierte Ausnahmelisten führt nicht zum Ziel. Die Unzufriedenheit in der Bevölkerung, vor allem mit den steigenden Wartezeiten in der fachärztlichen Versorgung, ist eines der vordringlichen Versorgungsprobleme und wird dadurch nicht gelöst.“ <<

Status der länderübergreifenden Krankenhausplanung

>> Im Rahmen des Spreestadt-Forums und des Berliner Krankenhaus-Seminars erörterten Michael Zaske (Ministerium für Gesundheit und Soziales, Brandenburg) und Helge Franz (Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, Berlin) unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Reinhold Busse und Prof. Dr. med. Thomas Kersting die drängenden Fragen der modernen Kliniklandschaft. Im Fokus standen dabei die länderübergreifende Planung im Kontext von Leistungsgruppen, Mindestfallzahlen und Vorhaltepauschalen.

Die Zusammenarbeit zwischen Berlin und Brandenburg in der Krankenhausplanung blickt auf eine über zehnjährige Tradition zurück, die durch jährliche „Zukunftswerkstätten“ und methodisch paralleles Vorgehen geprägt ist. Michael Zaske betonte, dass die Umsetzung der Krankenhausreform in Brandenburg dem Prinzip „Gesundheit gemeinsam gestalten“ (Triple G) folge. Ein zentrales Anliegen sei es, die Grund- und Notfallversorgung in der Fläche sicherzustellen, wobei nicht jeder Standort ein klassisches Krankenhaus bleiben müsse. Zukünftige Modelle umfassen Polikliniken, ambulant-stationäre Zentren sowie die Konzentration spezialisierter Leistungen.

Zaske illustrierte die praktische Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse am Beispiel des Landkreises Elbe-Elster, wo aus drei Standorten ein zentrales Krankenhaus mit flankierenden ambulant-stationären Zentren projektiert wurde. Er mahnte jedoch an, dass für solche Transformationsprozesse praxistaugliche Übergangsfristen notwendig seien, da der aktuelle Entwurf des Krankenhausanpassungsgesetzes (KHAG) mit nur dreijährigen Ausnahmefristen zu kurz greife. Franz unterstrich seinerseits die Notwendigkeit, Berlin und sein Umland als funktionalen Zusammenhang zu begreifen. Während Brandenburg vor der Herausforderung steht, die Versorgung in der Fläche zu sichern, ist Berlin durch einen hochverdichteten Wettbewerbsmarkt geprägt. In der gemeinsamen Planung, die in einem 27-seitigen Konzeptpapier verankert ist, haben sich beide Länder auf eine harmonisierte Methodik verständigt. Diese stützt sich auf Bedarfsanalysen, die sich an der Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2030 orientieren.

Ein kritischer Punkt für Berlin bleibt die Einführung der Leistungsgruppen. Franz berichtete von über 1.000 Anträgen Berliner Häuser, die oft über das bisherige Portfolio hinausgehen. Um hier steuernd einzugreifen, setze Berlin auf ergänzende Qualitätsanforderungen als Auswahlkriterien.

Sowohl Zaske als auch Franz identifizierten die „Ambulantisierung“ als ein zentrales, aber ökonomisch hochkomplexes Thema. Zaske wies darauf hin, dass laut Bedarfsanalysen ein Potenzial von 15 bis 29 Prozent der Leistungen ambulant erbracht werden könnte. Das Problem liege jedoch in den sektoralen Budgetgrenzen: Wenn Krankenhäuser Leistungen ambulant erbringen, fehle es an Mechanismen, die eine entsprechende Budgetbereinigung zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kliniken ermöglichen.

Trotz der aktuellen Unsicherheiten durch das noch nicht final verabschiedete KHAG halten beide Länder am Ziel fest, zum 1. Januar 2027 mit den neuen Planungsentscheidungen in Kraft zu treten. Die Referenten waren sich einig, dass eine erfolgreiche Reform regionale Öffnungsklauseln und eine stärkere sektorübergreifende Logik benötige. Es gelte, den „regionalen Blick“ in den Mittelpunkt zu stellen, um eine zukunftsfeste Versorgung zu gewährleisten, die über rein stationäres Denken hinausgeht. <<



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



„Prävention und evidenzb Behandlung sind eine Inve

Im Titelinterview (li.): Prof. Dr. Philipp Wild (Klinische Epidemiologie an der Universitätsmedizin Mainz) und Dr. Alexander Horn (Geschäftsführer von Lilly Deutschland)

In Deutschland gilt Adipositas offiziell als chronische Erkrankung. Doch im Behandlungszimmer, im Sozialgesetzbuch und in den Köpfen vieler Menschen ist diese Erkenntnis noch nicht angekommen. Die Kluft zwischen dem, was medizinisch heute schon möglich ist, und dem, was bei den Patient:innen tatsächlich ankommt, ist riesig. Wie schließen wir diese Lücke? Prof. Dr. Philipp Wild, einer der führenden Köpfe im Zukunftscluster curATime, und Dr. Alexander Horn, Geschäftsführer von Lilly Deutschland und Initiator der Plattform „Blickwechsel Stoffwechsel“, haben sich an einen Tisch gesetzt, um dieses wichtige Thema voranzubringen.

>> Die Kluft zwischen dem, was medizinisch heute schon möglich ist, und dem, was bei den Patient:innen ankommt, ist riesig. Auf der einen Seite steht die Vision einer Präzisionsmedizin, die mithilfe Künstlicher Intelligenz individuelle Krankheitsmechanismen erkennt; auf der anderen Seite eine Realität, in der effektive und hoch innovative Therapien als „Lifestyle-Medikamente" abgetan werden und strukturierte Behandlungsprogramme im bürokratischen Dickicht stecken bleiben. Die Gretchenfrage: Wie schließen wir diese Lücke?

Wild: Deutschland gehört zu den Ländern mit einer sehr hohen Adipositas-Prävalenz, und wir sehen weltweit, dass diese Erkrankung stark zunimmt. Gleichzeitig führen neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu einem grundlegenden Perspektivwechsel: Die Erkrankung ist nicht einfach durch individuelles Verhalten allein geprägt. Sie ist ein komplexes Zusammenspiel einer erblichen Veranlagung und einer „obesogenen" Umwelt – also Lebensbedingungen, die ihre Entstehung begünstigen. Das hat mit Ernährung und Bewegungsmangel zu tun, aber auch mit Stress, sozioökonomischen Faktoren oder medizinischen Ursachen. Entscheidend ist der individuelle Kontext: Diese Vielschichtigkeit erklärt, warum Verlauf und Ausprägung der Erkrankung von Mensch zu Mensch so unterschiedlich sind.

Die Forschung betrachtet zudem Adipositas heute weit über den simplen Body-Mass-Index, kurz BMI, hinaus.

basierte estition"

Beipsielsweise nutzen Wissenschaftler:innen im Forschungscluster curA-Time riesige Datenmengen aus Kohortenstudien wie der Gutenberg-Gesundheitsstudie, um sogenannte Endotypen zu identifizieren – Untergruppen der Erkrankung, die jeweils eine spezifische Behandlung benötigen.

Wild: Richtig. Man muss individuell diese Faktoren erfassen und aufgreifen. Wir sortieren das in zwei Bereiche: den medizinisch-molekularen Bereich – also Genetik, Stoffwechsel, Entzündungslevel – und das Exposom, also alles, dem der Mensch ausgesetzt ist.

Nehmen wir doch ein Beispiel.

Wild: Wenn wir Therapien haben, die das Sättigungsgefühl nachhaltig sicherstellen – und die gibt es bereits! –, ist das ein erfolgreiches Konzept. Aber wenn Menschen von Kindheit an gelernt haben, Essen als Belohnung oder Beruhigungsmittel einzusetzen – gewohnheitsmäßig, auch ohne Hungergefühl –, dann reicht das nicht aus. Stresshormone wie Cortisol führen zu Anspannung und steigern das Hungergefühl. Die reine Senkung des Appetits reicht dann nicht; man muss Therapien kombinieren. Genau daran arbeiten wir: mit Künstlicher Intelligenz Signaturen zu identifizieren, die uns vorhersagen, welche Intervention bei wem wirken wird oder auch warum sie nicht wirken kann.

„Die Literatur zeigt klar, dass viel zu viele Ärztinnen und Ärzte noch die Grundvorstellung haben, dass Adipositas eine Frage des Willens ist. Diese Ansicht ist falsch und längst überholt."

Prof. Dr. Philipp Wild, Klinische Epidemiologie an der Universitätsmedizin Mainz

Die beste Wissenschaft nützt doch nichts, wenn sie nicht bei den Betroffenen ankommt. Hier scheint das Kernproblem der Versorgung zu liegen: Adipositas wird oft gar nicht als Krankheit behandelt. Darum kämpfen Sie, Dr. Alexander Horn, mit der Initiative „Blickwechsel Stoffwechsel" genau gegen diese Unterversorgung, die immer noch zu häufig auf Unwissen und Fehleinschätzungen basiert.

Horn: Wir sehen leider gerade in Deutschland – auch im internationalen Vergleich – noch sehr verbreitet, dass fast mehr als 60 Prozent der Ärzt:innen in der Diskussion mit Patient:innen sagen: „Essen Sie weniger, dann nehmen Sie auch ab." Doch das wird der chronischen Erkrankung nicht gerecht, weil sie ein sehr vielschichtiges Problem darstellt. Es geht damit los, dass bei vielen Ärzt:innen Adipositas immer noch als Lifestylethema gesehen und nicht als chronische Erkrankung anerkannt wird. Die Konsequenz ist: Die Diagnose wird oft gar nicht gestellt, dementsprechend wird auch keine leitliniengerechte Therapie initiiert. Das Stigma beschränkt sich dabei aber nicht auf zu kurz greifende Empfehlungen oder verletzende Kommentare: Es ist tief in den Strukturen unseres Gesundheitswesens verankert. Wer schwer an Adipositas erkrankt ist, stößt auf Hürden, die bei anderen Volkskrankheiten wie Diabetes oder Bluthochdruck undenkbar wären.

Wild: Stigmatisierung geht sehr, sehr weit. Sie betrifft nicht nur das soziale Miteinander, sondern ganz konkret auch die medizinische Behandlung. Denken Sie an Behandlungstische, die im Gewicht beschränkt sind, oder aber auch Sitzmöglichkeiten im öffentlichen Bereich, die für stark betroffene Menschen nicht geeignet sind. Aber auch in den Köpfen der Behandelnden existieren noch Hürden: Die Literatur zeigt klar, dass viel zu viele Ärztinnen und Ärzte noch die Grundvorstellung haben, dass Adipositas eine Frage des Willens ist. Diese Ansicht ist falsch und längst überholt. Hier besteht noch enormer Handlungsbedarf. Wir haben noch viel Aufklärungsarbeit vor uns, um Stigmatisierung abzubauen und eine angemessene Versorgung zu gewährleisten.

Zwei strukturelle Probleme scheinen derzeit massiv den Fortschritt zu blockieren: das stockende Disease-Management-Programm (DMP) und der umstrittene Paragraph 34 im Sozialgesetzbuch V. Während die Politik auf dem Papier Handlungsfähigkeit demonstriert, sieht die Realität in den Bundesländern anders aus. Wie sehen Sie das?

Horn: Das Disease-Management-Programm Adipositas wurde von der Bundesregierung und der Selbstverwaltung auf den Weg gebracht und besteht schon seit mehr als zwölf Monaten. Das ist an sich eine gute Sache. Doch ist das DMP Adipositas leider bislang in keinem einzigen Bundesland effektiv umgesetzt worden.

Woran liegt das?

Wild: Das strukturelle Problem ist klar zu benennen: Das DMP existiert auf Bundesebene zwar formal, muss aber auf Länderebene zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen konkret verhandelt werden – und hier hakt es gewaltig. Noch gravierender wirkt sicher der sogenannte „Lifestyleparagraf" 34 im SGB V. Er schließt Medikamente zur Gewichtsregulierung pauschal von der Erstattung durch die gesetzlichen Krankenkassen aus – ein Relikt aus einer Zeit, in der auch starkes Übergewicht als reine Privatangelegenheit galt.

„Adipositas ist leider die einzige chronische Erkrankung, bei der wirksame Therapien von der Erstattung ausgeschlossen sind – unabhängig von medizinischer Notwendigkeit und den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen."
Dr. Alexander Horn, Geschäftsführer von Lilly Deutschland

Horn: Der Paragraph 34 trägt enorm zur Stigmatisierung bei. Adipositas ist leider die einzige chronische Erkrankung, bei der wirksame Therapien von der Erstattung ausgeschlossen sind – unabhängig von medizinischer Notwendigkeit und den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Wir halten das für ungerecht den Patient:innen gegenüber, aber auch medizinisch und gesundheitspolitisch für sehr kurzsichtig. Deshalb plädieren wir dafür, diesen Paragrafen zumindest für bestimmte, besonders betroffene Patientengruppen zu öffnen. Entscheidend ist: Es geht nicht um Lifestylefinanzierung, sondern um die Versorgung einer chronischen Erkrankung mit erheblichen Folge- und Systemkosten.

Eine weitere Hürde in der Versorgung ist sicher die „Boulevardisierung" rund um das Thema „Abnehmspritzen". Außerdem treibt die mediale Hype-Berichterstattung eine gefährliche Entwicklung voran: den Schwarzmarkt.

Horn: Wir wehren uns gegen den Begriff „Abnehmspritze", da er den Leidensdruck bagatellisiert. Unsere Medikamente sind für Menschen mit gesichert diagnostizierter Adipositas gedacht. Es geht um eine ernste chronische Krankheit. Ein anderes Problem ist der Handel mit Fälschungen dieser Medikamente – egal von welchem Hersteller – in unseriösen Internetkanälen, oft weil die Kosten derzeit nicht erstattet werden. Jede Therapie muss zwingend ärztlich begleitet werden, um Nebenwirkungen zu überwachen und zu verhindern.

Genau hier liegt eine kritische Schnittstelle in der Versorgungskette: Eine qualifizierte ärztliche Begleitung setzt doch gerade voraus, dass die Behandelnden die Krankheit überhaupt verstehen. Wenn Adipositas in der Praxis aber weiterhin als Charakterschwäche statt als Stoffwechselstörung betrachtet wird, laufen selbst die besten Therapieprogramme ins Leere.

Wild: Das ist leider so. Darum reicht es möglicherweise auch nicht, nur ein DMP Adipositas einzuführen. Wir müssen noch deutlich mehr Aufklärung in der Ärzteschaft leisten. Und gleichzeitig müssen wir auch über die Vergütungsstrukturen sprechen: Die „sprechende Medizin", die notwendig ist, um die komplexe individuelle Situation von Patientinnen und Patienten zu erfassen und daraus ein Therapiekonzept abzuleiten, ist schlecht vergütet. Auch hier ist eine grundlegende Überarbeitung überfällig.

Die Diskussion um die Kosten neuer Therapien wird oft verkürzt geführt und ignorieren dabei die gigantischen Kosten des Nicht-Handelns. Erst kürzlich im Januar 2026 forderte die Leopoldina in einem Policy Brief vehement ein Umdenken. Die Nationale Akademie der Wissenschaften beziffert die volkswirtschaftlichen Kosten der Adipositas in Deutschland auf rund 113 Milliarden Euro pro Jahr.

Horn: Das entspricht etwa 2,6 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Das ist viel, viel Geld, das man weit besser einsetzen könnte. Doch mir geht es vor allem um einen Paradigmenwechsel: weg von der Finanzierung und Verwaltung von Krankheiten hin zur Erhaltung von Gesundheit. Aktuell fließen etwa 6.000 Euro pro Versichertem in die Behandlung – also in die reine Reparaturmedizin –, aber nur 10 Euro in die Prävention. Das ist ein Missverhältnis, das wir nur lösen werden, wenn wir endlich Prävention und die richtige evidenzbasierte Behandlung als Investition sehen.

Es sollte doch längst absolut klar sein: Wer eine Krankheit – und Adipositas ist nun einmal eine davon – nicht behandelt, wird zwangsläufig eine Lawine an schweren Begleiterkrankungen auslösen, die das Gesundheitssystem auf Jahrzehnte belastet.

Wild: Die Adipositas ist die Grundlage für eine Vielzahl von schweren Folgeerkrankungen: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes, Gicht, Atemwegserkrankungen, Arthrose bis hin zur Demenz. Es gibt kaum ein Organsystem, das nicht betroffen ist. Wenn wir an diesem Punkt ansetzen und die Grunderkrankung konsequent therapieren, könnten wir einen erheblichen Teil dieser schweren Folgen verhindern.

Genau hier scheint das deutsche System fast reflexartig zu blockieren: Der regulatorische Rahmen des AMNOG schaut lege artis nur auf die kurzfristigen Arzneimittelkosten der nächsten zwölf Monate und ignoriert damit die langfristigen Einsparungen etwa durch verhinderte Herzinfarkte oder Diabetesfälle und vieles anderes mehr.

Horn: Darum müssen wir endlich eine mittel- bis langfristige Gesamtkostenbetrachtung über Sektoren- und auch Sozialgesetzbuchgrenzen hinweg durchführen, anstatt nur isoliert auf die Kos. ten im ersten Jahr zu schauen. Wir treten dafür ein, dass man die Prävention dieser Komorbiditäten dreifach angehen muss: Natürlich brauchen wir eine stärkere Eigenverantwortung mit besserer Ernährung und Bewegung. Aber wir sind fest überzeugt, dass das allein bei einer chronischen Erkrankung oft nicht ausreicht. Wir plädieren dafür, parallel hoch innovative Medikamente einzusetzen, die beim Gewichtsverlust signifikant helfen und für die meisten Betroffenen die Lebensstilanpassungen überhaupt erst ermöglichen.

Was meinen Sie: Wann ist die Präzisionsmedizin in der Regelversorgung angekommen? Wo stehen wir in zehn Jahren?

Wild: Aus medizinischer Sicht erwarte ich, dass wir signifikante Veränderungen bei den adipositasbedingten Folgeerkrankungen sehen. Die Anzahl an Fehltagen bei Erwerbstätigen durch diese Folgeerkrankungen wird zurückgehen. Wir werden eine differen-

Zitationshinweis

Wild, P., Horn, A., Roski, R., Stegmaier, P.: „Prävention und evidenzbasierte Behandlung sind eine Investition", in „Monitor Versorgungsforschung" (02/26), S. 32–35. http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2820

zierte Behandlung haben – nicht „one fits all", sondern maßgeschneidert für verschiedene Menschengruppen. Das wird die Lebensqualität und die Lebenserwartung der Betroffenen fundamental verbessern. Als Präventivmediziner bin ich zwar vorsichtig mit dem Versprechen, dass wir am Ende wirklich Kosten sparen werden – denn in einem längeren Leben treten andere Erkrankungen auf. Aber insbesondere bei der Erwerbsbevölkerung erwarte ich signifikante gesundheitliche und gesellschaftliche Verbesserungen.

Horn: Und ich würde mir wünschen, dass 100 Prozent der deutschen Ärzteschaft Adipositas als chronische Erkrankung anerkennt und mit der nötigen Empathie Gespräche führt. Das würde enorm zur Entstigmatisierung beitragen. Ich erwarte, dass Adipositas für eine bestimmte Patientengruppe erstattungsfähig wird, damit sie endlich als das anerkannt wird, was sie ist: eine Krankheit. Und zuletzt würde ich eine signifikante Verbesserung bei den enormen Kosten der Folgeerkrankungen erwarten. Weniger Schlaganfälle, weniger Herzinfarkte, weniger Diabetes – weil wir die Wurzel des Übels, die Adipositas, endlich in den Griff bekommen haben.

Vielen Dank für das Gespräch.

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

Literatur:

Leopoldina (2026): Strategien zur Prävention und Therapie der Adipositas. Policy Brief in der Reihe Leopoldina Fokus. Veröffentlicht am 21. Januar 2026.

Robert Koch-Institut (RKI)/Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE). Heft 16: Übergewicht und Adipositas.

Wiesner, J. (2009): Die Check-up-Untersuchung übergewichtiger Patientinnen und Patienten in der Hausarztpraxis. Dissertation, FU Berlin (Belege für Hausärztliche Beratungsmuster).

IFB Adipositas Erkrankungen (2016): Wissenslücken und Vorurteile bei Ärzten beeinflussen Adipositas-Therapie. Studie der Universitätsmedizin Leipzig.



Univ.-Prof. Dr. med. Philipp Wild

ist Professor für Klinische Epidemiologie an der Universitätsmedizin Mainz. Er leitet die Abteilung für Präventive Kardiologie sowie den Bereich Klinische Epidemiologie und Systemmedizin. Er koordiniert die renommierte Gutenberg-Gesundheitsstudie und ist Forschungsleiter des Zukunftsclusters curATime. Sein Forschungsschwerpunkt liegt auf der Entwicklung personalisierter Präventionsstrategien für Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen durch die Verbindung von molekularer Medizin, Big Data und KI.



Dr. Alexander Horn

ist promovierter Biologe (Universität Würzburg). Er ist seit Juni 2023 Geschäftsführer von Lilly Deutschland und verantwortet auch das Geschäft in Österreich und der Schweiz. Seit über 20 Jahren im Unternehmen, durchlief er zwölf Jahre internationale Führungspositionen in den USA und Japan, unter anderem in der Onkologie und im globalen Marketing.

Mit der Initiative „Blickwechsel Stoffwechsel" treibt er die Entstigmatisierung und Versorgungsgerechtigkeit bei Adipositas voran.

Die Initiative „Blickwechsel Stoffwechsel"

Mit der Initiative „Blickwechsel Stoffwechsel" hat Lilly Deutschland eine Plattform geschaffen, um alle Akteure im Gesundheitswesen an einen Tisch zu bringen: Ärzt:innen, Wissenschaftler:innen, Patientenorganisationen und Politik. Das Ziel: ein radikaler Perspektivwechsel. Adipositas soll entstigmatisiert und als das behandelt werden, was sie ist – eine chronische, behandlungsbedürftige Erkrankung. Die Initiative fordert unter anderem eine bessere Ausbildung der Ärzteschaft, den Abbau rechtlicher Hürden und einen Fokus auf die Prävention von Folgeerkrankungen.

curATime – die Zukunft der Präzisionsmedizin

Der Zukunftscluster curATime (Curating Accurate Time for Medicine), gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), zielt darauf ab, präventionsorientierte Ansätze für Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen zu revolutionieren. Durch die Verknüpfung biomolekularer Daten mit Umweltfaktoren und den Einsatz Künstlicher Intelligenz sollen individuelle Krankheitsmechanismen entschlüsselt werden. Ziel ist es, den richtigen Zeitpunkt und die richtige Art der Intervention für jeden Patienten vorherzusagen, um Stoffwechselerkrankungen wie Adipositas gezielter zu behandeln.



Harald Möhlmann
Finanzier und Nutzer von Gesundheitsversorgung und Gesundheitsversicherung

Gesundheitsversorgung in Deutschland – was tun?

>> Die Entwicklung in der Gesundheitsversorgung wird seit vielen Jahren und verstärkt seit mehreren Monaten immer mehr als Problem begriffen, das dringend gelöst werden muss. Während die seit Jahren geführten Veränderungsdiskussionen sich auf ganz unterschiedliche Aspekte beziehen, ergibt sich der Handlungsdruck in den letzten Monaten aus der Entwicklung der Finanzen in der Krankenversicherung wie auch in der Pflegeversicherung. Der Grund dafür ist klar: die Ausgaben steigen schneller als die Einnahmen und eine Entspannung dieser Dynamik ist nicht erkennbar. Im Gegenteil: eine Beschleunigung ist zu befürchten.

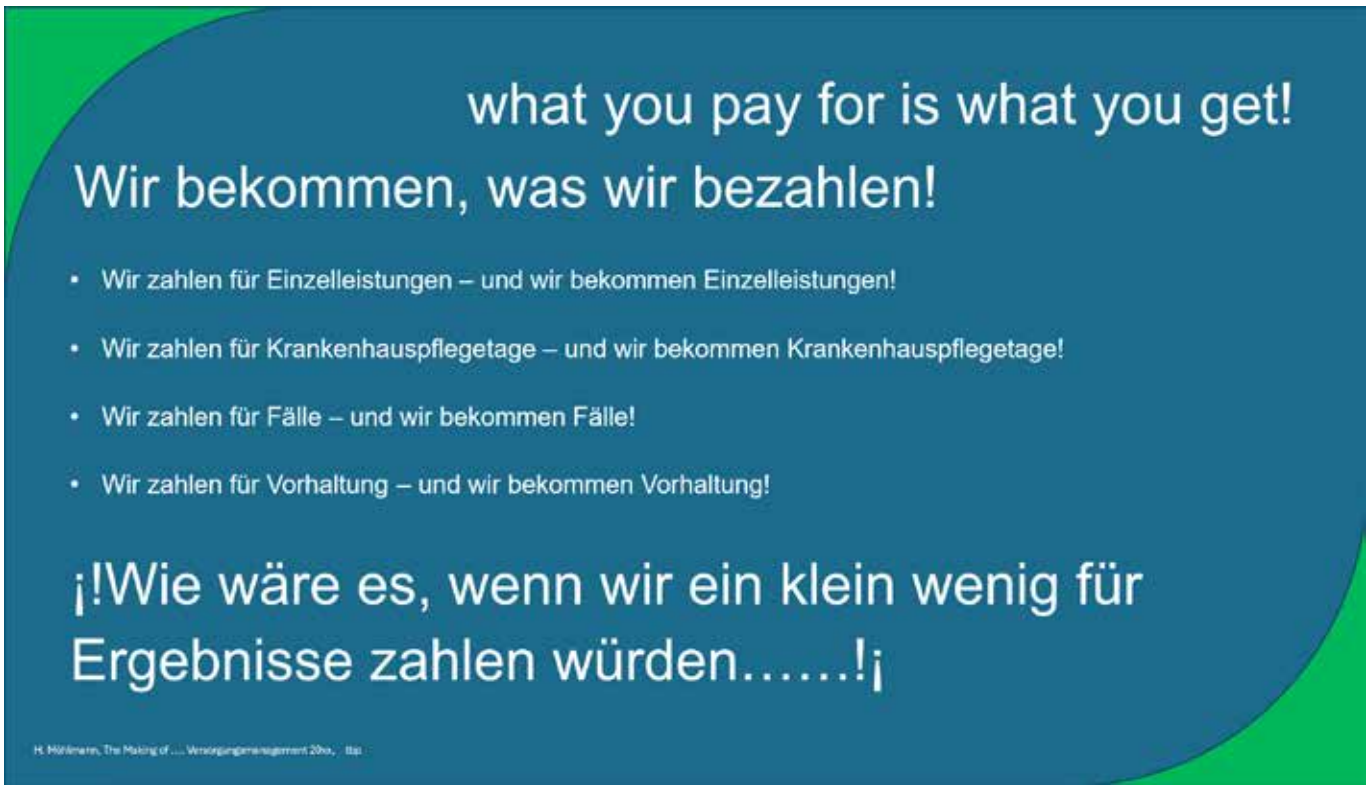
Die Auswirkungen dieser Entwicklung liegen auf der Hand:

- Die von den Versicherten und ihren Arbeitgebern zu zahlenden Beiträge werden immer höher.
- Die Last für die Haushaltseinkommen der Versicherten wird immer größer.
- Die Belastung der Unternehmen führt zu einem Anstieg der Kosten in den Unternehmen: die dort für den Verkauf in die Welt hergestellten Produkte werden teurer und verkaufen sich schlechter.
- Es entstehen nach und nach immer negativere Beschäftigungs- und Einkommenswirkungen in Deutschland, die die wirtschaftliche Entwicklung auch ohne die negativen Einflüsse von Ukraine- und Nahostkrise bremsen
- und daraus kann sich eine noch kritischere Entwicklung der Finanzen in der Krankenversicherung wie auch in der Pflegeversicherung ergeben – und dann auch mit weiteren Rückwirkungen auf die konkrete Versorgung vor Ort.

Parallel dazu bilden sich – anders und viel stärker als in der Vergangenheit – strukturelle Defizite der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Deutschland immer deutlicher ab: die Lebenserwartung in Deutschland scheint unter den EU-Durchschnitt zu sinken, die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung scheint bei den Befragten abzunehmen und in vielen Gesprächen „vor Ort" werden die Folgen der „organisierten Verantwortungslosigkeit" in der Gesundheitsversorgung für jedermann begreifbar und immer deutlicher kritisiert. Eine Situation, die auch für unsere Demokratie neue Herausforderungen schafft.

Daher lautet die Frage „Was tun?"

In dieser Situation scheinen im politischen Raum auch aktuell wieder bereits in der Vergangenheit praktizierte und oftmals wenig erfolgreiche Lösungsansätze favorisiert zu werden: Leistungen aus der gesetzlichen Versicherung streichen, Zuzahlungen der Menschen mit Krankheiten und der Pflegebedürftigen erhöhen, Honorare und Ausga-



ben für Leistungserbringer und Produzenten per gesetzlicher Regelung begrenzen oder senken.

Genauer lautet die Frage also: *„Was besser tun?“*

Können wir nicht versuchen, diese wichtige Frage mit wirklich „strukturellen Reformen“ zu beantworten? Die Reform der Krankenhausreform ist eben vom Bundestag beschlossen und ist damit in einer – sagen wir einmal – Light-Version unterwegs und wird vermutlich noch einige Zeit brauchen, bis die ihr tatsächlich zuzurechnenden Wirkungen belegt werden können; gleichwohl bestehen große Unsicherheiten, ob damit eine sinnvolle Lösung für die strukturellen und finanziellen Probleme bereits gefunden worden ist.

Ein zweiter Antwortversuch, der bereits angedacht ist, wird mit dem Begriff „primärärztliche Versorgung“ umschrieben; von einigen wird darin auch schon der Ansatz zu einer „Primärversorgung“ gesehen.

„Was besser tun?“ bedeutet auf diesem Feld für die einen, die Patientenströme und damit die Inanspruchnahme des Versorgungssystems besser steuern zu können, während andere darin die Möglichkeit sehen, der vor Ort empfundenen „organisierten Verantwortungslosigkeit“ in der Gesundheitsversorgung durch eine bessere Abstimmung entgegenzuwirken.

Ein weiterer Antwortversuch ist die Ambulantisierung, die in einigen östlichen Bundesländern auch „Stambulantisierung“ genannt wird.

Diese Bemühungen, in einem komplexen System Antwortversuche auf den Weg zu bringen, mögen irgendwie richtig und notwendig sein. Aber:

„Sind die bisher angedachten Antworten auch hinreichend genug?“

Haben nicht die Antworten, die wir in den letzten Jahrzehnten zu geben versucht haben, uns genau dahin geführt, wo wir jetzt stehen? Und sind vielleicht auch die sich anbahnenden "strukturellen Reformen" in einer gewissen Weise fehlspezifiziert?

Und weiter: Liegt das Problem dieser Ansätze nicht womöglich darin, dass die realisierten Antworten (allzu) sehr „inputorientiert“ waren bzw. sind und darüber hinaus bis ins kleinste gesetzesbasierte, vor allem zentralstaatliche Regelungen dazu vorgeben, wer wann was tun soll bzw. darf?

Und haben wir in der Konsequenz nicht alle zu wenig getan, um der Forderung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (aus seinem Sondergutachten 1995!) nach „Mehr Ergebnisorientierung“ in Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung nachzukommen?

Wenn die Frage „was (besser) tun?“, um zu mehr Ergebnisorientierung zu kommen, genauer beantwortet werden soll: hilft dann nicht der Blick auf eines unserer erfolgreichsten Instrumente in der Gestaltung komplexer Systeme? Besteht dieses Instrument nicht aus finanziellen Anreizen?

Bewirken solche Incentives nicht, dass wir genau das bekommen, wofür wir bezahlen?

Das links stehende Schaubild zeigt nur einige der geläufigsten Beispiele für „man bekommt, was man bezahlt“. Dass mit diesen Beispielen auch enorme Probleme benannt sind (zu viele Krankenhausfälle, zu viele Einzelleistungen etc.), spricht keinesfalls gegen den Wirkungsmechanismus, sondern für die Wahl ungeeigneter, ja oft falscher Stellgrößen, für die gezahlt wird.

Wie wär´s also, wenn wir – zumindest ein klein wenig – für Ergebnisse der Gesundheitsversorgung zahlen würden?

Und so einer besseren Ergebnisorientierung im deutschen Gesundheitssystem ein klein wenig mehr den Weg bahnen. <<

Zitationshinweis

Möhlmann, H.: „Gesundheitsversorgung in Deutschland – was tun?“, „Monitor Versorgungsforschung“ (02/26), S. 36–37. http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2826

CiteScore für MVF

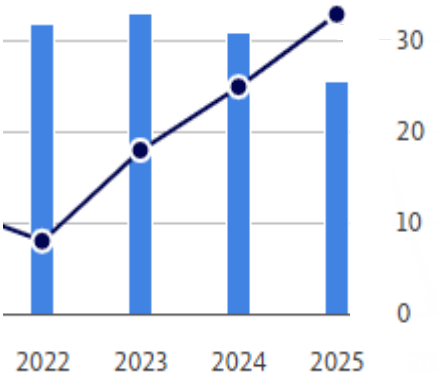
>> Seit Ende 2025 ist die Fachzeitschrift „Monitor Versorgungsforschung“ in der Scopus-Datenbank von Elsevier indexiert. Die Indexierung erfolgt rückwirkend für alle Jahrgänge, zunächst ab 2021. Zu Anfang sind damit schon rund 200 Artikel in einer der weltweit größten Datenbanken abrufbar.

Die nun erfolgte Aufnahme bindet „Monitor Versorgungsforschung“ an über 5.000 Forschungseinrichtungen an. Der entscheidende Vorteil liegt in der quantitativen Messbarkeit: Die systematische Erfassung von Zitationen ermöglicht die Berechnung des CiteScores. Damit hat MVF eine international anerkannte Kennzahl für Reichweite und Einfluss der Beiträge der Autor:innen. Dem Rechnung tragend, hat sich MVF unter Mitwirkung des Beirats entschlossen, MVF einen deutschen Unterttitel zu geben: „Health Services Research Monitor – A Journal of Real-World Evidence, Quality of Care, and Innovation”. 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 korrelieren direkt mit der aktiven Rezeption in der Fach-Community. Und weiter: „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: TBA https://t1p.de/8iiz9

Zitationen im Jahresverlauf 2022 bis 2025





Dr. rer. medic. Markus Wagner MPH
Gruppenleitung patientenorientierte Versorgungsforschung – Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe (ORCID: 0009-0003-6625-787X)

Digitalisierung ohne Patientenstimme?

>> Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) legt mit seiner Digitalisierungsstrategie ein ambitioniertes Programm vor. Drei Handlungsfelder bilden das Grundgerüst: digital unterstützte Versorgungsprozesse, Generierung und Nutzung von Gesundheitsdaten sowie nutzenorientierte Technologien und Anwendungen. Die Ziele sind ebenso weitreichend wie berechtigt – bessere Versorgungsqualität, mehr Wirtschaftlichkeit, gestärkte Patientensouveränität. Es braucht datenbasierte Mehrwerte in der Versorgung und eine verlässliche Verknüpfung und Nachnutzung qualitätsgesicherter Daten aus unterschiedlichen Quellen. Zukünftige Verfahren sollen es erlauben, bei noch mehr Prozessen die Möglichkeiten der Digitalisierung zu nutzen, um sie konsequent an Qualität, Effizienz und den Bedarfen der Betroffenen auszurichten und im Versorgungsalltag zu verankern.

Doch zwischen Anspruch und Konzeption klafft eine folgenreiche Lücke: Für die Erarbeitung der Strategie hat das Bundesministerium für Gesundheit eine Vielzahl an Akteuren aus dem Gesundheits- und Pflegewesen, insbesondere Patientinnen und Patienten sowie pflegebedürftige Menschen und deren An- bzw. Zugehörige frühzeitig und intensiv eingebunden und Impulse ausgewertet (BMG, 2026).

Dennoch fehlt die erkennbare Stimme der Patientinnen und Patienten in der Strategie an entscheidender Stelle:

Patientenberichtete Ergebnismessungen (Patient-Reported Outcome Measures, PROMs) finden keine Erwähnung und damit keine Berücksichtigung. Dies ist bedeutsam, da Patientinnen und Patienten durchaus bereit sind, Gesundheitsdaten zur Verfügung zu stellen (Karampela et al., 2019; Richter et al., 2024) und in zunehmendem Maße darauf bedacht sind, ihren eigenen Gesundheitsverlauf aufzuzeichnen – mit der Möglichkeit z. B. des Vergleichs mit Referenzpopulationen (Rogge et al., 2024). Dass die systematische und standardisierte Erfassung von patientenberichteten Behandlungsergebnissen (PROMs) einen wichtigen Beitrag zur Versorgungsverbesserung liefert, sollte aber auch beim BMG unbestritten sein. Auf die zunehmende Bedeutung der Erhebung von PROMs für die Gesundheitsversorgung in Deutschland wird nämlich bereits in der von der Charité – Universitätsmedizin Berlin durchgeführten und vom BMG geförderten Machbarkeitsstudie DigiPROM (2021) hingewiesen.

Handlungsfelder mit Potenzial – und strukturellen Herausforderungen

Das erste in der Strategie aufgezeigte Handlungsfeld setzt auf die Telematikinfrastruktur (TI), das E-Rezept und die elektronische Patientenakte (ePA) als Fundament digital unterstützter Versorgungsprozesse. Das Leitprinzip „digital vor ambulant vor stationär" signalisiert eine klare Priorisierung. Mittelfristig sollen Behandlungspfade und leitlinienbasierte, routinedatengetriebene Prozesse die Versorgungsqualität heben und langfristig ein sektorenübergreifendes „digitales Ökosystem" entstehen. Das ist konzeptionell schlüssig – setzt jedoch voraus, dass Interoperabilität (Weber et al., 2021) und TI-Stabilität tatsächlich realisiert werden, was bislang keineswegs selbstverständlich ist.

Das zweite Handlungsfeld Generierung und Nutzung von Gesundheitsdaten mit Annäherung an das Idealbild strukturierter Gesundheits- und Pflegedaten in Echtzeit birgt das größte Transformationspotenzial und zugleich die größte Herausforderung:

Die Verknüpfung von ePA-Daten, Routinedaten, Register- und Sozialdaten über ein Forschungspseudonym, der Ausbau des Forschungsdatenzentrums (FDZ) Gesundheit zu einem KI-fähigen Akteur sowie die Anbindung an den Europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS) beschreiben einen Paradigmenwechsel hin zu einem lernenden Gesundheitssystem. Nur wenn dieser Weg konsequent beschritten wird, entstehen Voraussetzungen für datenbasierte Versorgungssteuerung, evidenzgestützte Prävention und eine Forschungsinfrastruktur von europäischem Format.

Das dritte Handlungsfeld adressiert digitale Identitäten, KI-gestützte Dokumentation sowie die Weiterentwicklung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) und digitaler Pflegeanwendungen (DiPA). Die angestrebte bidirektionale Datenkommunikation zwischen DiGA/DiPA und ePA ist dabei ein wichtiger Schritt. Doch die tatsächlichen Effekte in der Praxis hängen maßgeblich von Nutzerfreundlichkeit, dem Aufbau digitaler Gesundheitskompetenz und der Zuverlässigkeit der Infrastruktur ab. Das sind Faktoren, die für das Vertrauen von Patientinnen und Patienten in eine für sie sinnvolle Datenerhebung und -nutzung notwendig sind und nun im Rahmen der Umsetzung der Digitalstrategie vom BMG operationalisiert werden müssten.

Die entscheidende Lücke: fehlende Patientenorientierung

Das BMG formuliert als erstes übergeordnetes Ziel die „konsequente Ausrichtung auf Menschen, Patientensouveränität und Begeisterung". Gemessen an diesem wichtigen Anspruch ist es umso verwunderlicher, dass patientenberichtete Ergebnismessungen (Patient-Reported Outcome Measures, PROMs) und patientenberichtete Erfahrungsmessungen (Patient-Reported Experience Measures, PREMs) weder explizit noch sinngemäß Erwähnung finden. Dabei sind es genau diese Instrumente es, die die Brücke zwischen digitaler Infrastruktur und tatsächlicher Versorgungsrealität aus Patientensicht schlagen.

Aus Sicht der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe ist dieser Befund mehr als ein Detailmangel. Er offenbart eine strukturelle Schieflage:

- Digitale Versorgungspfade, die sich ausschließlich an Leitlinien und klinischen Parametern orientieren, klammern Alltagstauglichkeit, individuelle Patientenziele und soziale Kontextfaktoren aus. Das dokumentiert aus Sicht einer patientenzentrierten Versorgung das Fehlen eines zentralen Qualitätsmerkmals.
- Wenn KI-Modelle auf Routinedaten, Ab-

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

Zitationshinweis

Wagner, M.: „Digitalisierung ohne Patientenstimme?", „Monitor Versorgungsforschung" (02/26), S. 38–39. http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2827

rechnungsdaten und klinische Dokumentation trainiert werden, ohne dass patientenberichtete Daten zur Lebensqualität, zur subjektiven Symptomlast und zu Bedarfen oder zum individuell erlebten Behandlungserfolg einfließen, entstehen Systeme, die das Wesentliche der Versorgungsrealität systematisch verfehlen.

- Hinzu kommt das Risiko unbeabsichtigter Nebeneffekte: Digitale Interventionen können Arbeitsprozesse belasten (Mache et al., 2020), kognitive Last erhöhen, bestehende Ungleichheiten im Sinne eines Digital Divide (Cornejo Müller et al., 2020) verstärken und durch unzureichend trainierte KI-Systeme Fehlentscheidungen begünstigen.

Nur eine kontinuierliche, systematische Datenerhebung und Evaluation – unter Einbeziehung von PROMs und PREMs – kann diese Effekte identifizieren und Gegenmaßnahmen ermöglichen. Die Strategie des BMG enthält hierzu keine konkreten Vorgaben.

Was eine patientenzentrierte Digitalisierungsstrategie leisten müsste

Der Dreiklang aus Versorgungsqualität, Patientensouveränität und Akzeptanz, den das BMG als Zielmatrix formuliert, verlangt nach einer entsprechenden Datenbasis. Versorgungsqualität lässt sich ohne patientenberichtete Ergebnisdaten nicht valide messen. Patientensouveränität bleibt abstrakt ohne Daten zu Erfahrungen und Partizipation. Akzeptanz (oder sogar Begeisterung) und Nutzung steigen nur dann nachhaltig, wenn systematisches Feedback der Nutzerinnen und Nutzer in die Weiterentwicklung digitaler Anwendungen einfließt.

- PROMs müssen perspektivisch als Daten-typen nicht nur bei den DiGAs, sondern auch in der ePA berücksichtigt und standardisiert werden.
- Das FDZ, das derzeit routinedatenorientiert ausgerichtet ist, sollte nicht nur „KI-fähig", sondern auch „PROM-fähig" ausgebaut werden und damit eine echte patientenzentrierte Versorgungsforschung ermöglichen.
- Begleitforschung zur Digitalisierung darf nicht vage bleiben, sondern muss als unabhängige, patientenzentrierte Evaluation institutionell verankert und finanziert werden. Das Projekt PCOR-MII (PCOR-MII, 2024) der Medizininformatik-Initiative zeigt, dass die digitale Erfassung von PROMs im klinischen Bereich vorangetrieben werden kann. Die konsequente Einbindung der Perspektive der Patientinnen und Patienten jenseits der Klinik – d. h. entlang der gesamten Versorgungskette – muss konsequent weitergedacht werden.
- Eine über Schlagworte hinausgehende zielgruppenspezifische Kommunikation zur Erhöhung der digitalen Gesundheitskompetenz, die den Mehrwert für alle Zielgruppen aufzeigt, muss nun aufgebaut und mit Inhalten gefüllt werden.

Fazit: ambitioniert – aber noch nicht patientenzentriert genug

Die Digitalisierungsstrategie des BMG ist ein wichtiger und richtiger Schritt. Die Infrastrukturvorhaben, der Aufbau der Datenarchitektur und die KI-Agenda sind ambitioniert und – bei konsequenter Umsetzung – geeignet, das deutsche Gesundheitswesen substanziell weiterzuentwickeln.

Doch die Strategie muss zunächst einen derzeit noch erkennbaren Widerspruch auflösen, den sie selbst erzeugt: Sie beansprucht Patientenzentrierung, verzichtet aber auf die explizite Beschreibung und Implementierung von Instrumenten und Strukturen, die eine solche erst messbar und steuerbar machen.

Die Integration patientenorientierter Outcomes ist zugegebenermaßen aufgrund von Datenschutz, Standardisierung und Ressourcenbedarf anspruchsvoll (Bertelsmann-Stiftung, 2021), und in Deutschland erfolgt die Nutzung eher noch in einem fragmentierten und unkoordinierten Rahmen (Stegmaier, 2024).

Aber:

- Eine wirksame Digitalisierungsstrategie braucht PROMs und PREMs nicht erst als zukünftigen Zusatz, sondern von Beginn an als integralen Bestandteil eines lernenden Gesundheitssystems.
- Sie benötigt eine unabhängige, wissenschaftlich fundierte Evaluation, die nicht der Selbstbestätigung dient, sondern im Sinne der Patienten echten Korrekturbedarf aufzeigt.
- Last, but not least braucht sie den politischen Willen, Patientinnen und Patienten als dauerhaft aktive Mitgestaltende zu verstehen – und nicht nur als Empfänger digitaler Angebote.

Nur wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, kann Digitalisierung im Gesundheitswesen ihren vollen Nutzen entfalten.

Damit handelt es sich um keine Kritik an der Digitalisierung – es ist eine Einladung, sie konsequent und im weiteren Dialog zu Ende zu denken. <<

Literatur

BMG Digitalisierungsstrategie 2026: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/digitalisierungsstrategie/wie-wurden-die-inhalte-der-digitalisierungsstrategie-erarbeitet, abgerufen am 06.03.2026
BMG Abschlussbericht: Machbarkeitsstudie indikationsübergreifendes Patient-Reported Outcome Measurement – Digitalisierung nutzen für eine patientenzentrierte Gesundheitsversorgung (DigiPROM): https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/machbarkeitsstudie-indikationsuebergreifendes-patient-reported-outcome-measurement-digitalisierung-nutzen-fuer-eine-patientenzentrierte-gesundheitsversorgung-digiprom, abgerufen am 04.03.2026
Cornejo Müller A, Wachtler B, Lampert T. Digital Divide – Soziale Unterschiede in der Nutzung digitaler Gesundheitsangebote. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2020; 63(2):185–91. doi: 10.1007/s00103-019-03081-y.
Karampela M, Ouhbi S, Isomursu M. Connected Health User Willingness to Share Personal Health Data: Questionnaire Study. J Med Internet Res 2019;21:e14537. https://doi.org/10.2196/14537.
Mache, S., Harth, V. Digitale Transformation in der Arbeitswelt und psychische Gesundheit. Zbl Arbeitsmed 70, 180–184 (2020). https://doi.org/10.1007/s40664-019-00369-3
Patient-Reported Outcome Measures (PROMs): ein internationaler Vergleich – Herausforderungen und Erfolgsstrategien für die Umsetzung von PROMs in Deutschland, Bertelsmann Stiftung, 2021
PCOR-MII der Medizininformatik-Initiative: https://pcor-mii.de/about.html, abgerufen am 05.03.2026
Rogge, A.A., Mukowski-Kickhöfel, R., Boeker, M.et al. Integrating the Patient Perspective into Healthcare and Real-World Evidence: The Multi-site, Cross-Disease, Patient-Centered Outcomes
Research Project in the Medical Informatics Initiative (PCOR-MII). J Healthc Inform Res (2025). https://doi.org/10.1007/s41666-025-00187-8
Richter G, Trigui N, Caliebe A, Krawczak M. Attitude towards consent-free research use of personal medical data in the general German population. Heliyon 2024;10:e27933. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e27933.
Stegmaier, P.: „Mit PROM und PREM zu Patient Centered Care", in „Monitor Versorgungsforschung" (05/24), S. 24–27. https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/mit-prom-und-prem-zu-patient-centered-care/?highlight=Mit+PROM+und+PREM+zu+Patient+Centered+Care
Weber, S., & Heitmann, K. U. (2021). Interoperabilität im Gesundheitswesen: auch für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) verordnet. Bundesgesundheitsblatt, 64, 1262–1268. https://doi.org/10.1007/s00103-021- 03414-w

Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungsqualität für Patient:innen mit Asthma bronchiale

DMP Asthma-Positionspapier mit Handlungsempfehlungen

Das Disease-Management-Programm (DMP) Asthma bronchiale zielt als strukturiertes Behandlungsprogramm gemäß § 137f SGB V darauf ab, Patient:innen mit Asthma bronchiale eine koordinierte Behandlung auf dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung zu ermöglichen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2025a). Disease-Management-Programme wie das DMP Asthma stützen sich in ihren Vorgaben auf die vorhandenen klinischen Behandlungsleitlinien (Gemeinsamer Bundesausschuss 2025b). Da diese ständigen Aktualisierungen unterliegen, kann es zu einer Diskrepanz zwischen den Vorgaben des DMP und den aktuellen Empfehlungen der Leitlinien kommen. So betont die Nationale Versorgungsleitlinie Asthma (NVL Asthma) z. B. die Notwendigkeit der allergologischen Stufendiagnostik für alle Patient:innen mit Asthma, um die Asthmasymptome optimal zu verstehen und kausal zu behandeln (Bundesärztekammer 2024). Im Gegensatz dazu fehlt im bestehenden DMP Asthma diese allergologische Diagnostik (und sogar die komplette leitliniengerechte Phänotypisierung der Patient:innen). Dies kann zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität führen, obwohl bis zu 79% der Kinder mit Asthma und bis zu 60% aller an Asthma erkrankten Erwachsenen ein allergisches Asthma aufweisen, welches eine entsprechende Behandlung benötigt (Agache et al. 2019). Im Rahmen dieser Stellungnahme werden konkrete Verbesserungen vorgeschlagen, um das DMP Asthma an den aktuellen Stand der Wissenschaft anzupassen und die Versorgungsqualität für Patient:innen mit Asthma bronchiale nachhaltig zu verbessern.

1. Ganzheitliches Diagnosekonzept mit Phänotypisierung unerlässlich

1.1. Patientenphänotypisierung durch Biomarker

>> Eine moderne und zielgerichtete Asthmatherapie erfordert die Phänotypisierung von Patient:innen. Laut der NVL Asthma kann somit auf individuelle Krankheitsverläufe und daraus resultierende Konsequenzen in der Therapieauswahl eingegangen werden und es können bestimmte Komorbiditäten sowie Risikofaktoren für schwere Verlaufsformen identifiziert werden (Bundesärztekammer 2024). Die Phänotypisierung ist die Grundlage jeder modernen personalisierten Asthmatherapie. Nur wenn klar ist, welcher Asthmaphänotyp (allergisch oder intrinsisch) vorliegt, kann die jeweils optimale Therapie ausgewählt werden. Ohne diese Differenzierung besteht die Gefahr einer Unter- oder Übertherapie und unnötigen Kosten.

Wie in Abbildung 1 dargestellt, richtet sich die Wahl der Therapie entscheidend nach dem jeweiligen Asthmatyp und dem Schweregrad der Erkrankung (Abb. 1).

Das DMP vernachlässigt diesen wichtigen Zwischenschritt, wodurch die individuelle gezielte Behandlung unmöglich wird. Die Diagnose Asthma sollte deshalb durch eine explizite Verankerung einer individuellen Patientenphänotypisierung ergänzt werden. Hierzu gehören gemäß der NVL Asthma und der fachärztlichen Asthma-Leitlinie (S2k) die allergologische Stufendiagnostik

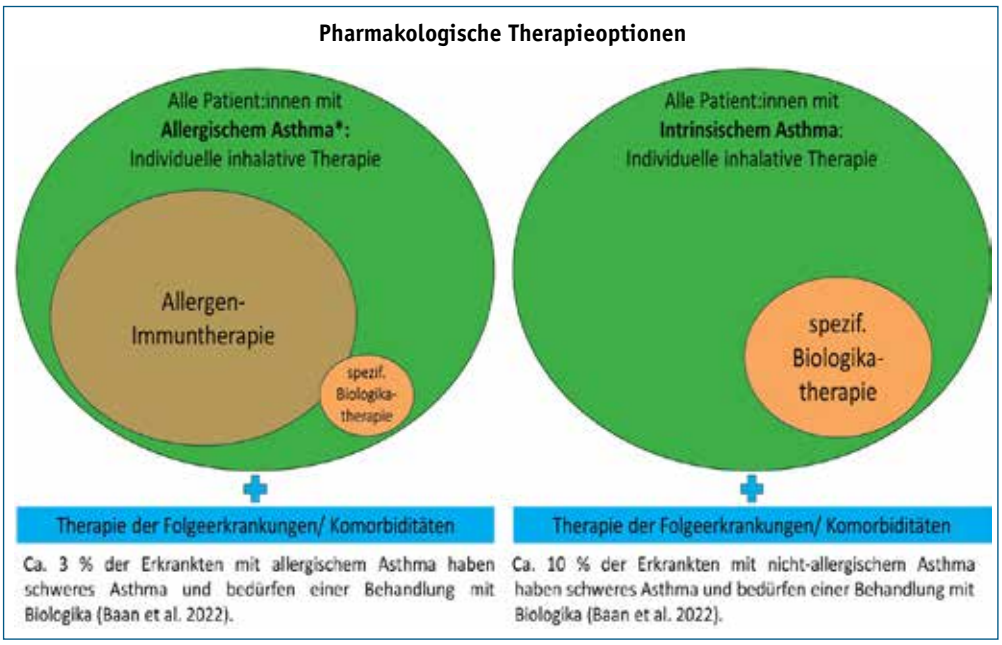


Abb. 1: Pharmakologische Therapieoptionen. Eigene Darstellung.

(Bundesärztekammer 2024; Deutsche Gesellschaft für Pneumologie 2023) sowie laut der fachärztlichen Asthma-Leitlinie (S2k) die Bestimmung der Eosinophilen, die Erhebung des Erstmanifestationsalters und die Messung des exhalierten Stickstoffmonoxids (FeNO) (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie 2023).

Forderung:

Aufnahme der Asthmaphänotypisierung in die Diagnostik (Abschnitt 1.2) des DMP Asthma bronchiale.

1.2 Implementierung verbindlicher allergologischer Stufendiagnostik gemäß NVL Asthma

Eine allergische Erkrankung ist der bisher am stärksten identifizierte, prädisponierende Faktor für die Entwicklung von Asthma bronchiale. Bis zu 79% aller Kinder mit Asthma sowie bis zu 60% der betroffenen Erwachsenen leiden an allergischem Asthma (Agache et al. 2019). Demzufolge stellt für die Mehrheit der Patient:innen mit Asthma eine entsprechende Allergiediagnostik einen entscheidenden Schritt bei der erfolgreichen Asthmatherapie dar. Die allergologische Stufendiagnostik ermöglicht mit der exakten Allergenbestimmung eine zielgerichtete Behandlung mit der Allergen-Immuntherapie (AIT), der (neben einer möglichen Allergenkarenz) einzigen kausalen Therapieoption für allergisches Asthma. Dieses Vorgehen trägt nicht nur zum Ziel der Symptomkontrolle und Krankheitsremission bei, sondern entspricht der NVL Asthma (Bundesärztekammer 2024), der nationalen fachärztlichen Leitlinie (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie 2023) sowie internationalen Empfehlungen (Polverino et al. 2017; Global Initiative for Asthma 2023). Somit hilft die AIT im Sinne der Solidargemeinschaft, direkte und indirekte asthmaassoziierte Kosten zu vermeiden.

Forderung:

Verbindliche allergologische Stufendiagnostik (Abschnitt 1.2.3) gemäß aktueller Nationaler Versorgungsleitlinie Asthma, inkl. verpflichtender erstmaliger Dokumentation der Diagnostik (Anlage 10) im DMP Asthma bronchiale (Abb. 2).

Klinischer Algorithmus für die Behandlung von Asthmapatientinnen und -patienten, abhängig von ihrem Asthmaphänotyp

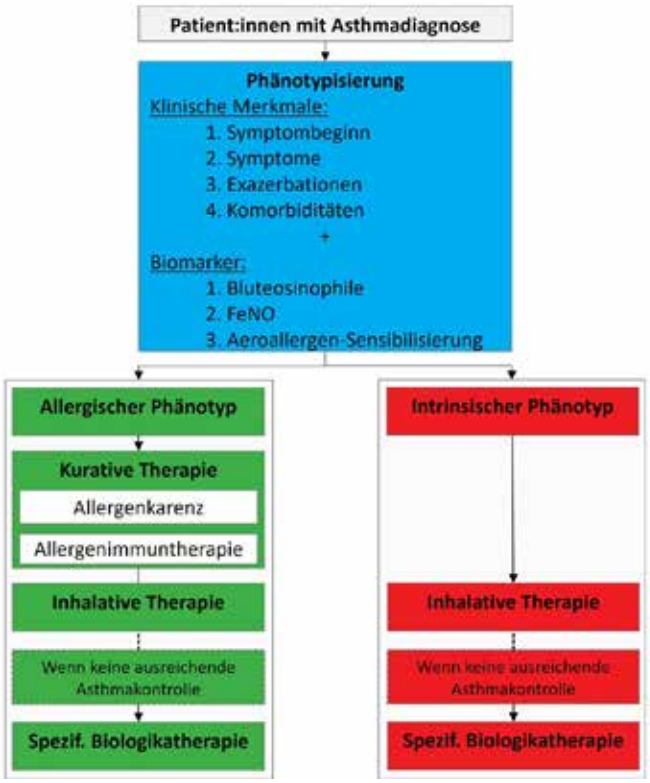


Abb. 2: Klinischer Algorithmus für die Behandlung von Asthmapatientinnen und -patienten, abhängig von ihrem Asthmaphänotyp. Eigene Darstellung, in Anlehnung an Lommatzsch et al. 2025.

2. Kostenvergleich einer sekundärpräventiven Behandlung allergischer Rhinitis (AR) mit AIT und leitlinienorientierter Therapie des mittelgradigen, bzw schweren allergischen Asthmas (AA) bei Erwachsenen

Die aktuelle Forschung zeigt, dass die AIT das Risiko für die Entwicklung von Asthma präventiv senken kann (Farraia et al. 2022). Ihre langfristigen Effekte umfassen neben der Asthmaentstehung auch eine verbesserte Asthmakontrolle und die Möglichkeit der Induktion einer dauerhaften Krankheitsremission. Diese Effekte gehen mit einer langfristigen Kostensenkung einher.

Bei Patient:innen mit bestehendem Asthma kann die AIT die Asthma-Kontrolle verbessern und das Risiko von Asthmaexazerbationen deutlich reduzieren. Woehlk et al. (2022) ermittelten in einem dreijährigen Follow-up nach Behandlung mit der AIT einen durchschnittlichen Rückgang der Exazerbationshäufigkeit von 74% bei saisonalem und 57% bei perenniellem allergischem Asthma (jeweils $p<0.001$). Die Autoren konnten zudem einen protektiven Effekt von AIT auf die Entwicklung von Infekten der unteren Atemwege zeigen (mittlere Risikoreduktion von 17% bzw. 20% für allergisches Asthma).

Zur Veranschaulichung kann ein Vergleich der Jahrestherapiekosten (JTK) einer AIT und ei-ner konventionellen Asthmatherapie bei allergischem Asthma (AA) verschiedener Schwere-grade herangezogen werden (siehe Abb. 3). Die Rechnung erfolgt analog zu Brehmer et al. (2023) und zeigt nicht nur den medizinischen Nutzen, sondern auch ökonomische Aspekte der Therapie auf und untersucht die Sinnhaftigkeit der AIT bei dieser Patientengruppe, insbesondere bei kontrolliertem allergischem Asthma. Für die Kostenberechnung wurden Erkrankte betrachtet, die mit inhalativen Kortikosteroiden (ICS) allein nicht ausreichend behandelt werden können – etwa 80% der verordneten ICS sind Kombinationspräparate (Ludwig et al. 2022; ABDATA Pharma-Daten-Service 2023).

Dies entspricht bei Erwachsenen (≥18

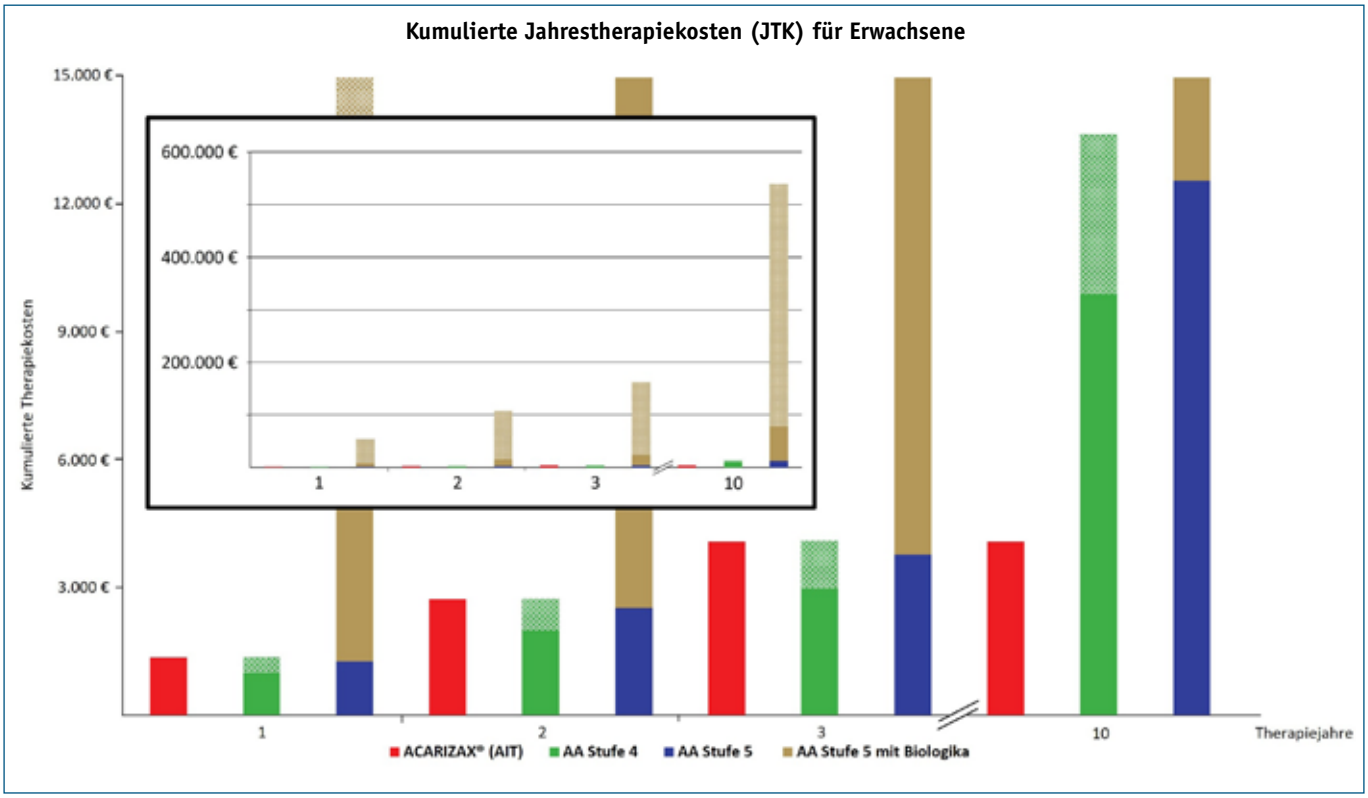


Abb. 3: Kumulierte Jahrestherapiekosten (JTK) für Erwachsene[1, 2]. Legende: 1 = Auswahl der Vergleichsmedikation erfolgt analog dem nach Arzneimittelverordnungsreport am häufigsten verordneten Arzneimittel je Arzneimittelklasse; 2 = durchgehend gefüllte Balken zeigen die Minimalkosten, die schraffierten Balken markieren die Spanne bis zu den Maximalkosten. Eigene Darstellung in Anlehnung an Brehmer et al. 2023.

Jahre) den Therapiestufen 3 bis 5 der NVL Asthma. Grundlage für die Kostenberechnung der AIT ist in dieser Analyse das Präparat ACARIZAX®. Die Asthmatherapiekosten basieren auf NVL-Empfehlungen für Langzeittherapien, wobei für jede Stufe bevorzugte Kombinationen der meistverordneten Präparate laut Arzneiverordnungsreport (Ludwig et al.) gewählt wurden; die Bedarfstherapie wurde nicht berücksichtigt. Die JTK wurden aus Apothekenverkaufspreisen beziehungsweise Festbeträgen abzüglich gesetzlicher Rabatte ermittelt und über einen Beobachtungszeitraum von 10 Jahren kumuliert und betrachtet, wann die Kosten der symptomatischen Asthmatherapie die Ausgaben für eine kausal wirkende AIT übersteigen (Break-even-Analyse). Rabattverträge und Patientenzuzahlungen blieben dabei unberücksichtigt.

Ergebnis:

Kausale Therapien der allergische Rhinitis (AR) können bei Erwachsenen jährliche Behandlungskosten von rund 1.300 Euro verursachen. So liegen die Kosten für eine Immuntherapie mit ACARIZAX® beispielsweise bei etwa 1.360 Euro pro Jahr. Die JTK für eine Behandlung des allergischen Asthmas (AA) gemäß Stufe 3 der Asthmaleitlinie betragen 496 Euro und gemäß Stufe 4 bis zu 1.368 Euro. In Stufe 5 steigen die Kosten auf bis zu 53.910 Euro pro Jahr (inklusive Biologikatherapien). Die kumulierten Jahrestherapiekosten für Erwachsene sind in Abbildung 3 dargestellt. Je höher der Asthmaschweregrad ist, desto eher überschreiten die Kosten der AA-Behandlung die einer AIT (Break-even-Point). Die AA-Behandlung nach Leitlinie NVL Asthma kann in Stufe 4 bereits nach einem Jahr Behandlung kostenintensiver sein als die AIT. Sobald eine Biologikatherapie notwendig ist, ergeben sich bereits im 1. Behandlungsjahr immer höhere Kosten als bei der AIT. Folglich ergibt sich zusätzlich zum klinischen Nutzen auch aus Kostensicht ein Vorteil für den Einsatz der AIT gegenüber einer dauerhaften Therapie des AA, zumal die kausale Therapie mit AIT lediglich über einen begrenzten Zeitraum (i. d. R. drei Jahre) erfolgt (Abb. 3, Tab. 1).

Kumulierte Jahrestherapiekosten (JTK) für Erwachsene[1]					
NVL-Stufe		**JTK in Euro 1. Jahr**	**JTK in Euro 2. Jahr**	**JTK in Euro 3. Jahr**	**JTK in Euro 10. Jahr**
-	ACARIZAX® (AIT)	1.360	2.720	4.080	4.080
4		991 - 1.368	1.982 - 2.736	2.973 - 4.104	9.910 - 13.680
5		1.258	2.516	3.774	12.580
5 (inkl. Biologika)		7.839 – 53.910	15.678 – 107.820	23.517 – 161.730	78.390 – 539.100

Tab. 1: Kumulierte Jahrestherapiekosten (JTK) für Erwachsene1. Legende: 1 = Auswahl der Vergleichsmedikation erfolgt analog dem nach Arzneimittelverordnungsreport am häufigsten verordneten Arzneimittel je Arzneimittelklasse. Eigene Darstellung in Anlehnung an Brehmer et al. 2023

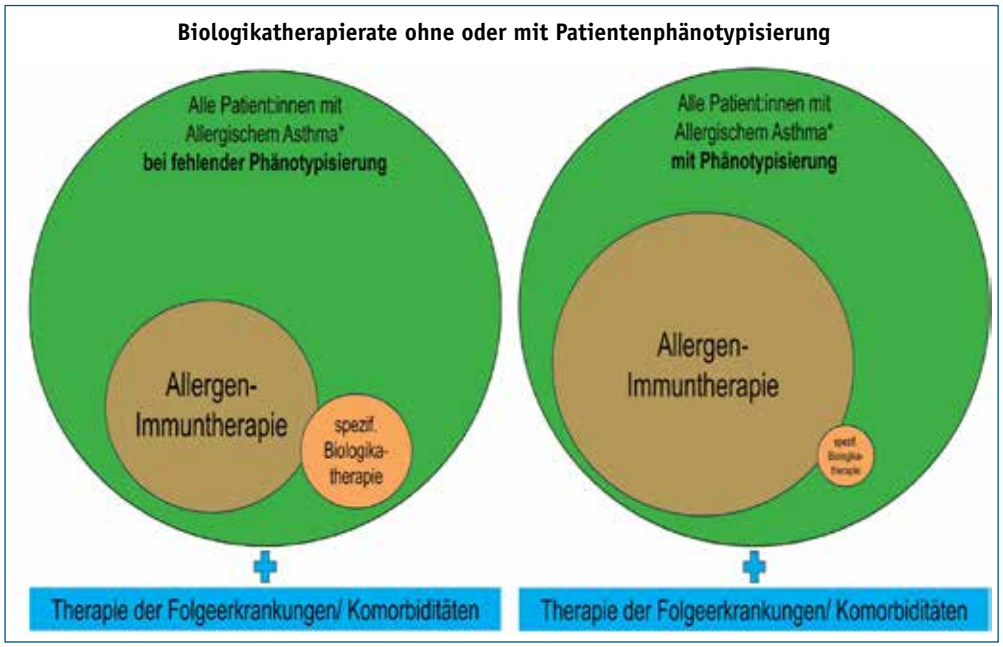


Abb. 4: Biologikatherapierate ohne oder mit Patientenphänotypisierung. Legende: * = Allergenkarenz ist anzustreben. Eigene Darstellung.

Zur Veranschaulichung stellt Abbildung 4 dar, dass eine frühzeitige AIT, ermöglicht durch eine frühzeitige Phänotypisierung, die Folgekosten durch einen früheren Therapiebeginn senkt. Dadurch ließe sich die derzeitige Biologika-Therapierate von etwa 3% (vgl. Abb. 1) auf rund 1% reduzieren (Abb. 4).

Die AIT ist eine nachhaltige Investition in die Gesundheit von Patient:innen und trägt somit nicht nur zur Verbesserung der Lebensqualität der Patient:innen bei, sondern ist auch aus gesundheitsökonomischer Sicht sinnvoll und entlastet das Gesundheitssystem auf lange Sicht (Fritzsching et al. 2024).

Forderung:

Patient:innen mit allergischem Asthma sollte die Möglichkeit einer AIT nicht verwehrt werden, da sich zusätzlich zum klinischen Nutzen (kausale Wirkung) der AIT ein Kostenvorteil gegenüber einer dauerhaften (symptomatischen) Therapie des AA ergibt.

3. Relevanz der Dokumentation verbessern

Eine konkrete und relevante Dokumentation dient nicht nur der Nachvollziehbarkeit und Qualitätssicherung des Programms, sondern auch der Evaluierung der Therapie und der interdisziplinären Kommunikation.

Die Dokumentation im Rahmen des DMP Asthma bronchiale sollte inhaltlich so angepasst werden, dass irrelevante Abfragen entfallen und im Gegenzug therapierelevante Abfragen ergänzt werden. Dabei ist zwischen einmalig zu erhebenden Daten (z. B. Phänotypisierung, Allergieanamnese) und regelmäßig zu erhebenden Daten (z. B. Verlauf der AIT) klar zu unterscheiden. Eine intelligente Anpassung kann die Belastung der Ärztinnen

Literatur

1. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). DMP-Anforderungen-Richtlinie. Anlage 9: Asthma bronchiale – Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm (ab dem vollendeten 1. Lebensjahr); Anlage 10: Asthma bronchiale – Dokumentation. 2025; [Zugriff am 14.08.2025]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/richtlinien/83/.
2. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Disease-Management-Programme. 2025. [Zugriff am 14.08.2025]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/themen/disease-management-programme/.
3. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Asthma – Langfassung, 3. Auflage. Berlin: Bundesärztekammer; 2024. Verfügbar unter: https://www.leitlinien.de/nvl/asthma.
4. Agache I, Lau S, Akdis CA, Smolinska S, Bonini M, Cavkaytar O, et al. EAACI guide-lines on allergen immunotherapy: House dust mitedriven allergic asthma. Allergy. 2019; 74(5): 855–73. doi:10.1111/all.13749.
5. Baan EJ, de Roos EW, Engelkes M, de Ridder M, Pedersen L, Berencsi K, et al. Characterization of asthma by age of onset: A multi-database cohort study. J Allergy Clin Immunol Pract. 2022;10(7):1825–34.e8. doi:10.1016/j.jaip.2022.02.033.
6. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP). S2k-Leitlinie zur fachärztlichen Diagnostik und Therapie von Asthma. März 2023 [Zugriff am 14.08.2025]. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/020-009l_S2k_Fachaerztliche-Diagnostik-Therapie-von-Asthma_2023-03.pdf.
7. Polverino E, Goeminne PC, McDonnell MJ, Aliberti S, Marshall SE, Loebinger MR, et al. European Respiratory Society guidelines for the management of adult bronchiectasis. European Respiratory Journal. 2017; 50(3), 1700629. doi:10.1183/13993003.00629-2017.
8. Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention. Juli 2023 [Zugriff am 14.08.2025]. Verfügbar unter: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2023/07/GINA-2023-Full-report-23_07_06-WMS.pdf.
9. Lommatzsch M, Buhl R, Bergmann KC, Brusselle GG, Canonica GW, Jackson DJ, et al. Eosinophils in asthma phenotypes: perpetrators or guilty by association? The Lancet Respiratory Medicine. 2025. doi:10.1016/s2213-2600(25)00174-2.
10. Farraia H, Silva R, Soares M. Allergen immunotherapy for asthma prevention: A systematic review and meta-analysis. Allergy. 2022; 77(6), 1839–51.
11. Woehlk C, von Bülow A, Ghanizada M, et al. Allergen immunotherapy effectively reduces the risk of exacerbations and lower respiratory tract infections in both seasonal and perennial allergic asthma: a nationwide epidemiological study. Eur Respir J 2022; 60: 2200446 [DOI: 10.1183/13993003.00446-2022].
12. Brehmer D, Lommatzsch M, Wüstenberg E, Strüve T. Kostenvergleich einer sekundärpräventiven Behandlung allergischer Rhinitis (AR) mit AIT und leitlinienorientierter Therapie des mittelgradigen bzw. schweren allergischen Asthmas (AA) bei Erwachsenen, Jahr 2022. Poster präsentiert auf dem 18. Deutschen Allergiekongress; 2023; Bonn, Deutschland.
13. Ludwig W-D, Mühlbauer B, Seifert R. Arzneiverordnungs-Report 2022. Berlin: Springer; 2022.
14. ABDATA Pharma-Daten-Service. Lauer-Taxe – Datenbank für Arzneimittelinformationen. Eschborn: ABDATA Pharma-Daten-Service; 2023 [Zugriff am 14.08.2025]. Verfügbar unter: https://www.lauer-fischer.de.
15. Fritzsching B, Porsbjerg C, Contoli M, Buchs S, Larsen JR, Freemantle N. Longterm health care resource and cost savings with allergy immunotherapy: REACT study results. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2024; 3(1): 100197. doi:10.1016/j.jacig.2023.100197.

und Ärzte verringern (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie).

Forderung:

Überarbeitung von Anlage 10 des DMP Asthma bronchiale hin zur zielgerichteten Dokumentation relevanter Daten. <<

von:
Elke Alsdorf[1]
Dr. med. Jens C. Becker[2]
ORCID: 0009-0002-5861-8391
Dr. med. Stefanie Bendig[3]
ORCID: 0009-0007-1361-4086
Prof. Dr. med. habil. Marek Lommatzsch[4]
ORCID: 0000-0002-9305-9348
Dr. med. Sylvia Schnitzer[5]
ORCID: 0009-0009-5524-0945
Dr. rer. nat. Tom Trenkmann[6]
ORCID: 0009-0007-1606-792X

1: Deutscher Allergie und Asthmabund e. V. (DAAB), Patient:innenfürsprecherin
2: Berufsverband der Pneumologen Deutschland (BdP), Vorstandsmitglied
3: Pneumologie Zentrum Lübeck, Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie, Schlafmedizin
4: Universitätsmedizin Rostock, Klinik für Pneumologie, Allergologie und internistische Intensivmedizin, Leitender Oberarzt und stellv. Klinikdirektor
5: Fachärztliche Vereinigung MV e. V., Vorsitzende
6: DAK-Gesundheit, Fachbereich Arzneimittel

Zitationshinweis

Alsdorf et al.: „DMP Asthma-Positionspapier mit Handlungsempfehlungen", in „Monitor Versorgungsforschung" (02/26), S. 40–44. http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2821

Zusammenfassung

Einleitung: Das Disease-Management-Programm (DMP) Asthma bronchiale weist relevante Abweichungen von aktuellen nationalen und internationalen Leitlinien auf. Insbesondere fehlt eine leitliniengerechte Patientenphänotypisierung einschließlich einer verbindlichen allergologischen Stufendiagnostik. Ziel ist die Anpassung des DMP an den aktuellen Stand der Wissenschaft.

Methoden: Grundlage ist eine inhaltliche Bewertung des bestehenden DMP im Vergleich zu aktuellen wissenschaftlichen Anforderungen und Leitlinienempfehlungen.

Ergebnisse: Es zeigen sich Defizite in der Phänotypisierung, der allergologischen Diagnostik und der Integration von Biomarkern sowie in der gezielten Dokumentation. Dadurch werden personalisierte Therapien, einschließlich der kausalen Allergen-Immuntherapie (AIT), bislang nicht optimal genutzt.

Diskussion: Eine Anpassung des DMP durch Integration von Biomarkern, strukturierter Allergiediagnostik und verbesserter Dokumentation kann personalisierte Therapien fördern, die Versorgungsqualität steigern und mittelfristig Kosten reduzieren.

Schlüsselwörter

Asthma bronchiale, Disease-Management-Programm (DMP), allergologische Stufendiagnostik, Patientenphänotypisierung, Allergen-Immuntherapie (AIT)

DMP Asthma – Position Paper with Recommendations for Action

Introduction: The Disease Management Programme (DMP) for bronchial asthma deviates significantly from current national and international guidelines. In particular, there is a lack of guideline-compliant patient phenotyping, including mandatory allergy testing. The aim is to bring the DMP into line with the current state of scientific knowledge.

Methods: The basis for this is a content-based evaluation of the existing DMP in comparison with current scientific requirements and guideline recommendations.

Results: Deficits are evident in phenotyping, allergological diagnostics and the integration of biomarkers, as well as in targeted documentation. As a result, personalised therapies, including causal allergy immunotherapy (AIT), have not yet been used to their full potential.

Discussion: Adapting the DMP by integrating biomarkers, structured allergy diagnostics and improved documentation can promote personalised therapies, improve the quality of care and reduce costs in the medium term.

Keywords

Bronchial asthma, Disease-Management Program (DMP), allergological diagnostics, Patient phenotyping, Allergen immunotherapy (AIT)

Hohe Public-Health-Relevanz

>> Im aktuellen RKI-Beitrag „Long Covid bei Erwachsenen – eine aktuelle Bestandsaufnahme zu gesundheitlichen Langzeitfolgen nach SARS-CoV-2-Infektion" wird deutlich, das Long Covid nicht nur für Betroffene und ihre Angehörigen eine große Belastung dar stellt, sondern auch mit nicht einschätzbaren längerfristigen Folgen für die Bevölkerungsgesundheit und das Versorgungssystem einhergeht. Nach Aussagen der fortlaufenden Literaturrecherche treten anhand von bevölkerungsbezogenen, kontrollierten Studien Long-Covid-Symptome mit einer Häufigkeit von etwa 10–15% bei SARS-CoV-2-infizierten Erwachsenen auf. Neben dem Covid-19-Impfstatus und der Virusvariante werde das Risiko für Long-Covid-Symptome vor allem durch gesundheitliche Vorbelastungen und soziodemografische Faktoren beeinflusst.

Bei den meisten Betroffenen bilden sich nach Erkenntnissen der Autor:innen die Long-Covid-Symptome innerhalb eines Jahres zurück. Insbesondere multiple und länger anhaltende Beschwerden können mit erheblichen Einschränkungen von Lebensqualität, Funktionsfähigkeit und Teilhabe sowie einem erhöhten medizinischen Versorgungbedarf einhergehen. Darüber hinaus mehren sich nach Aussage der Autor:innen Hinweise auf einen infektionsassoziierten Anstieg an neu diagnostizierten Symptomkomplexen, Organschäden und chronischen Erkrankungen, was zur fortwährenden Public-Health-Relevanz von Long Covid beitrage. <<

Link: https://t1p.de/d7kos

mkk: Gesundheit ins Grundgesetz

>> „Gesundheit gehört ins Grundgesetz" fordert ein aktuelles Positionspapier der Krankenkasse mkk. Unser Land benötigt eine Neuorientierung, sagt darin mkk-Vorständin Andrea Galle. Jedes politische Handeln müsse den Schutz und die Förderung von Gesundheit in ihrer herausragenden Stellung für alle Bereiche unserer Gesellschaft anerkennen. Von diesem Leitgedanken sollten alle politische Entscheidungen getragen werden. Es sei Es ist höchste Zeit, Gesundheit in Deutschland neu zu denken. <<

Link: https://t1p.de/m3wx8

Digitalisierung im Gesundheitswesen

Die digitale Kommunikation mit Krankenhäusern bleibt eine Schwachstelle

Das „PraxisBarometer Digitalisierung“ liefert einen umfassenden Überblick darüber, wie stark digitale Anwendungen in den vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen verbreitet sind, welche Erfahrungen die Praxen hiermit gemacht haben und wie sie den Digitalisierungsfortschritt einschätzen. Expert:innen des IGES Instituts erstellen es seit 2018 jährlich für die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Grundlage ist eine repräsentative Befragung, an der sich 2025 rund 1.700 vertragsärztliche und -psychotherapeutische Praxen im Zeitraum Mai bis Juli beteiligten.

>> Da diese Erhebung das Digitalisierungsgeschehen in Arztpraxen bereits seit mehreren Jahren kontinuierlich erfasst, werden bedeutende Trendentwicklungen sichtbar. So zeigt auch die Ausgabe 2025 weitere Veränderungen und das Ausmaß an Digitalisierungsfortschritten in den unterschiedlichen Anwendungsbereichen der Versorgung auf. Neben regelmäßig gestellten Fragen deckt die Erhebung in jedem Jahr zusätzliche aktuelle Aspekte ab. So wurden dieses Mal insbesondere erste Erfahrungen bei der Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA), wie sie seit Oktober 2025 verpflichtend einzusetzen ist, sowie Erwartungen an deren künftige Nutzung erfragt.

Erkenntnisse zum ePA-Einsatz

Zum Befragungszeitpunkt im Mai bis Juli 2025 nutzte bereits jede dritte Hausarztpraxis die zu dem Zeitpunkt noch nicht verpflichtende ePA im Versorgungsalltag, vor allem für Befüllungen mit Dokumenten und Befunden. Unter den Facharztpraxen und interdisziplinären Praxen waren es 17%. Bei psychotherapeutischen Praxen war der Nutzeranteil mit 5% am geringsten. Zum Vergleich: Im vorausgegangenen Jahr gaben 9% der Arztpraxen und 4% der psychotherapeutischen Praxen an, die damals verfügbare ePA genutzt zu haben.

Deutlich werden auch die Hindernisse für den Einsatz der ePA: So ist der Befragung zufolge der häufigste Hinderungsgrund für die Nutzung im Versorgungsalltag, dass die Praxen den damit verbundenen Aufwand höher einschätzen als den Nutzen. 44% geben dies an. Darüber hinaus benennt mehr als ein Drittel von ihnen technische Probleme, Bedenken bezüglich der Datensicherheit und die fehlende Nutzung durch die Patient:innen als Barrieren für die Einführung.

Bislang dominiert die Befüllung der ePAs mit Informationen durch die Praxen, nur selten werden Inhalte aus ePAs in die eigene Behandlungsdokumentation heruntergeladen. So haben zum Zeitpunkt der Befragung 81% der Arztpraxen und 21% der Psychotherapiepraxen, die die ePA bereits im Versorgungsalltag nutzten, mehr als zehnmal Dokumente in eine ePA hochgeladen. Im Gegensatz dazu haben lediglich 11% dieser Arztpraxen und 5% der Psychotherapiepraxen mehr als zehnmal Dokumente heruntergeladen.

Die mit der Nutzung der ePA verbundenen Funktionen werden von den Praxen, die die ePA im Versorgungsalltag nutzen, unterschiedlich bewertet, sodass sich keine klare Tendenz zur bisherigen Zufriedenheit der Praxen mit der Funktionsweise der ePA ableiten lässt. So sind beispielsweise 56% der Praxen mit der Umsetzung des Zugriffs auf eine ePA mittels Stecken der elektronischen Gesundheitskarte sehr oder eher zufrieden. Die (Vor-) Befüllung notwendiger Zusatzinformationen (sogenannte Metadaten) bewerten hingegen nur 24% (eher) positiv.

Auch die gematik – die für den Betrieb und die Entwicklung der Telematikinfrastruktur (TI) verantwortlich ist – befragte im September 2025 in Zusammenarbeit mit dem IGES Institut Arztpraxen zu ihren Erfahrungen mit der ePA. Demnach empfanden mehr als zwei Drittel der Praxen das ePA-Modul in ihrer Praxissoftware als benutzerfreundlich, stabil und mit wenigen Klicks bedienbar. Die Erfahrungen hängen jedoch stark vom jeweiligen Software-Hersteller ab (Gematik 2025). Vor dem Hintergrund der Rollen der Praxisverwaltungssysteme (PVS) für die Praxen fordert die KBV mehr Transparenz und leichtere Wechselmöglichkeiten bei den Systemen (KBV 2025).

Ungefähr 40% der Praxen, die die ePA bislang nicht nutzen, erwarten von ihr positive Auswirkungen. Dazu zählen die Möglichkeit, sich schneller ein umfassendes Bild von Patient:innen machen zu können, sowie eine erleichterte Kommunikation mit anderen Praxen und Krankenhäusern. Gleichzeitig befürchten jedoch rund 80% der Nicht-Nutzer hohe Aufwände bei der Befüllung der ePAs, der Aufklärung der Patient:innen sowie durch Installation, Aktivierung und aufgrund technischer Probleme.

Erfahrungen der ePA-Nutzer besser als Erwartungen der Nicht-Nutzer

Praxen, die die ePA bereits nutzen, berichten insgesamt etwas seltener von einem Einfluss der ePA auf Abläufe in den Praxen, als Nicht-Nutzer diese Auswirkungen erwarten. So erleben nur 12% der Nutzer bislang eine erleichterte Kommunikation mit Krankenhäusern. Gleichzeitig berichten sie jedoch auch seltener von negativen Auswirkungen der ePA, als Nicht-Nutzer solche erwarten. Von Letzteren rechnen 69% mit einem hohen Aufwand bei der Befüllung der ePAs, 63% bei der Aufklärung der Patient:innen sowie 39% mit Aufwänden bei der Installation/Aktivierung und 57% mit Aufwänden aufgrund technischer Probleme.

Im mehrjährigen Vergleich zeigen sich deutliche Digitalisierungsfortschritte in den Arzt- und Psychotherapiepraxen: Erstmals seit Befragungsstart im Jahr 2018 gaben mehr als die Hälfte der Praxen an, komplett oder mehrheitlich digital mit Patient:innen zu kommunizieren. Der Anteil der Praxen, die mit Kolleg:innen im ambulanten Bereich komplett oder mehrheitlich digital kommunizieren, stieg im Vergleich zum Vorjahr um 10 Prozentpunkte auf 41%.

Ein besonders hoher Zuwachs ist hierbei bei den psychotherapeutischen Praxen zu beobachten. So stieg der Anteil der psycho-

therapeutischen Praxen, die ihre Patientendokumentation komplett oder mehrheitlich digital gestalten, um 13 Prozentpunkte auf nunmehr 31% (Arztpraxen: 84%).

Bei den Kommunikationsarten innerhalb des ambulanten Bereichs wird die Nutzung des KIM-Dienstes („Kommunikation im Medizinwesen“) mit 61% in diesem Jahr erstmals von deutlich mehr als der Hälfte der Praxen genannt – und liegt damit in etwa gleichauf mit E-Mail. KIM wird besonders häufig von Hausarztpraxen genutzt (80%). Bezüglich der Inhalte ist vor allem bei den Dokumenten, die für die ePA relevant sind, eine Zunahme des digitalen Austauschs zwischen den Praxen zu beobachten. So stieg der Anteil der Arztpraxen mit digitalem Empfang von Befunddaten auf 66% (+13 Prozentpunkte) und von Arztbriefen auf 87% (+10 Prozentpunkte).

Digitale Kommunikation mit Kliniken hinkt hinterher

Im Gegensatz zur zunehmenden elektronischen Kommunikation im ambulanten Bereich ist die Veränderung im Austausch mit Krankenhäusern gering. So stieg der Anteil der Praxen, die komplett oder mehrheitlich digital mit Krankenhäusern kommunizieren, zwar um 5 Prozentpunkte, erreicht damit aber nur einen Wert von 12%. Gleichzeitig erwarten viele Praxen einen Nutzen vom digitalen Austausch mit Krankenhäusern, und dies über die Jahre mit zunehmender Tendenz. Am häufigsten wird die digitale Übertragung von Entlassbriefen als (potenziell) nützlich genannt (85% der Arztpraxen), jedoch ist dies nur für 15% Realität (Abb. 1). Ähnlich verhält es sich bei digitalen (Labor-)Befunden aus dem Krankenhaus: Die Mehrheit der Praxen sieht darin einen Nutzen, aber nur 9% berichten von einer digitalen Übermittlung.

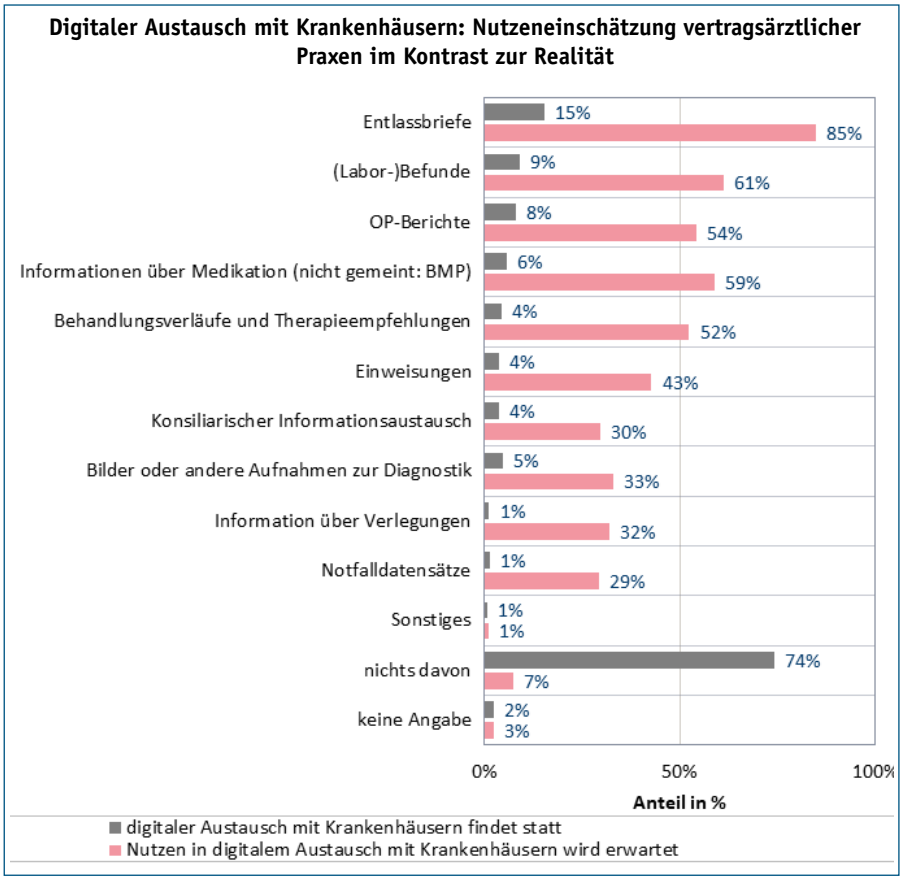


Abb. 1: Digitaler Austausch mit Krankenhäusern: Nutzeneinschätzung vertragsärztlicher Praxen im Kontrast zur Realität. Quelle: IGES auf Basis der Befragung vertragsärztlicher/-psychotherapeutischer Praxen 2025. Eigene Darstellung.

Ausbau digitaler Angebote für Patient:innen

Mehr als vier von fünf Praxen machen ihren Patient:innen digitale Angebote. Bei den Arztpraxen besonders häufig sind Angebote zur Online-Rezeptbestellung und Online-Terminvereinbarung sowie zur Verordnung Digitaler Gesundheitsanwendungen (jeweils über 40%). Für alle drei genannten digitalen Angebote stieg der Anteil der Arztpraxen mit entsprechendem Angebot im Vergleich zum Vorjahr. Arztpraxen mit mehreren Ärzt:innen bieten ihren Patient:innen häufiger Rezeptbestellungen und Terminvereinbarungen online an als Einzelpraxen. Psychotherapeutische Praxen sind führend beim Angebot von Videosprechstunden (74%), eine Online-Terminvereinbarung ist hingegen nur bei 14% von ihnen verfügbar.

Nach Einschätzung eines Drittels der befragten Praxen führt die Möglichkeit von Online-Terminvereinbarungen zu häufigeren „No-Shows“. Auch berichten die Praxen, die Online-Terminvereinbarungen tatsächlich anbieten, tendenziell häufiger von höheren Anteilen von „No-Shows“ an allen vereinbarten Terminen im Vergleich zu Praxen ohne diese Möglichkeit.

Obwohl bei knapp der Hälfte der Praxen mindestens 5% der vereinbarten Termine nicht eingehalten werden, nutzt nur knapp ein Drittel von ihnen Erinnerungsservices für bevorstehende Termine. Erinnerungen erfolgen vor allem telefonisch (13% aller Praxen) oder durch automatische Benachrichtigungen über genutzte Plattformen und Apps (12% aller Praxen).

Zufriedenheit mit TI-Anwendungen wächst

Ungeachtet weiter bestehender technischer Probleme wächst die Zufriedenheit bei der Nutzung der Anwendungen der TI, des digitalen Netzwerkes, das Einrichtungen des Gesundheitswesens miteinander verbindet. Bereits im Jahr 2024 wurden darüber elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) oder eRezepte von rund 95% der Arztpraxen versendet (Albrecht 2024).

Zum Zeitpunkt der Befragung im Sommer 2025 verwendet die Mehrheit der Arztpraxen auch den eArztbrief: Hier ist der Anteil zum Befragungszeitpunkt im Vergleich zum Vorjahr von etwa drei Viertel auf 82% gestiegen. Parallel zur zunehmenden Etablierung dieser drei Anwendungen im Versorgungsalltag nimmt auch die Zufriedenheit der Anwender kontinuierlich zu. So äußerten sich 78% der Praxen, die die eAU im Versorgungsalltag nutzen, zufrieden mit deren Umsetzung. Ähnlich hohe Zustimmungswerte erzielt das

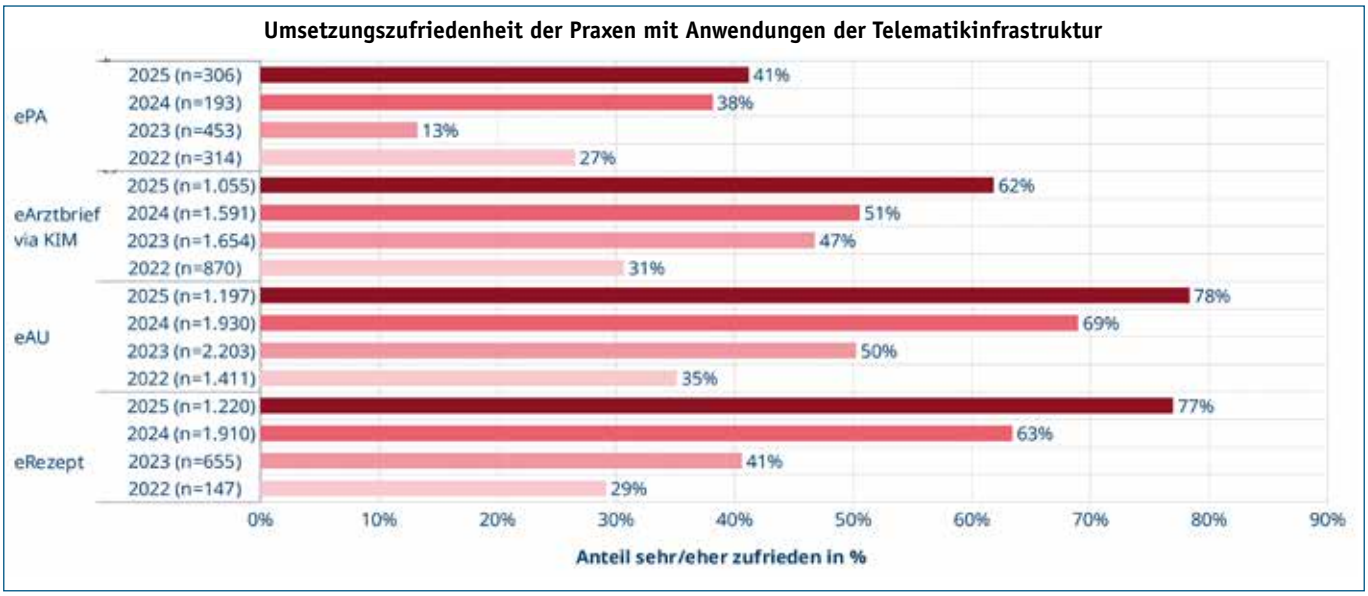


Abb. 2: Umsetzungszufriedenheit der Praxen mit Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI). Quelle: IGES auf Basis der Befragung vertragsärztlicher/-psychotherapeutischer Praxen 2022-2025. Eigene Darstellung.

eRezept. Auch der eArztbrief wird zunehmend positiv bewertet (Abb. 2).

Die steigende Zufriedenheit ist mindestens teilweise auf den Rückgang technischer Probleme zurückzuführen: So läuft das Ausstellen und der Versand der eAUs bei 77% der Arztpraxen bis auf kleinere Probleme gut. Dennoch ist bei mehr als jeder dritten Arztpraxis ein Versand zeitweise nicht möglich und jede vierte Praxis berichtet von Problemen mit dem digitalen Abruf und der Akzeptanz bei Arbeitgebern.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den eRezept-Nutzern. Auch hier ist der Anteil an Praxen, bei denen die Ausstellung bis auf kleinere Probleme gut läuft, im Vergleich zum Jahr 2024 um 8 Prozentpunkte auf 73% gestiegen. Allerdings besteht bei 39% der Nutzer das Problem, dass ein Versand zeitweise nicht möglich ist, und bei einem Viertel der Praxen kommt es zu Problemen bei der Einlösung in Apotheken. Eine positive Entwicklung zeigt sich bezüglich der Dauer des Signiervorgangs beim eRezept: So berichten 21% der eRezept-Nutzer von einer Signierdauer von maximal 5 Sekunden und weitere 31% von einer Signierdauer von 5 bis 10 Sekunden. Im Jahr 2024 lagen diese Anteile noch bei 12% bzw. 26%. Die weiteren Arztpraxen berichten nach wie vor von einer Signierdauer von mehr als 10 Sekunden.

Der Anteil der Arztpraxen, die (auch) Muster 16 (Verschreibung von Rezepten als Papierversion anstatt als eRezept) verwenden, sank im Vergleich zum Vorjahr um 5 Prozentpunkte auf nunmehr 39%. Trotz dieses moderaten Rückgangs werden deutlich weniger Muster-16-Formulare ausgestellt: So berichteten 44% der Arztpraxen, dass sie bei maximal 5% der Verordnungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel auf Muster 16 zurückgreifen. Die Hauptgründe für die Ausstellung von Muster 16 waren insbesondere technische Probleme (dies berichteten 55% der Praxen, die Muster 16 ausstellen) sowie die fehlende Einsatzmöglichkeit von eRezepten bei der Haus- und Heimversorgung (49%).

Unter den Arztpraxen, die das Modul zum eArztbrief noch nicht in der Versorgung nutzen, sind die häufigsten Hinderungsgründe der höhere zeitliche Aufwand für die Erstellung sowie die mangelnde Zeit, sich mit dem Modul vertraut zu machen. Psychotherapeutische Praxen äußern darüber hinaus besonders häufig Datenschutzbedenken.

Häufiger positive Erfahrungen und Einschätzungen zur Digitalisierung

Unter den befragten Praxen berichtet jede dritte von (starken) Verbesserungen der Qualität der medizinischen Versorgung (+10 Prozentpunkte) sowie der Handhabbarkeit der Prozesse in der Praxis (+11 Prozentpunkte) durch digitale Anwendungen. Zudem verzeichnet jede vierte Praxis Zeitersparnisse für das ärztliche Personal (+8 Prozentpunkte) und das Praxispersonal (+9 Prozentpunkte). Trotz der Zuwächse überwiegt nach wie vor der Anteil der Praxen, die keinen Einfluss oder sogar Verschlechterungen konstatieren.

Auch der Nutzen digitaler Anwendungen wird von den Praxen häufiger positiv bewertet. So schätzen beispielsweise 64% der Praxen den Nutzen digitaler Verordnungen, Überweisungen und Bescheinigungen als sehr hoch oder eher hoch ein (+9 Prozentpunkte). Bei der digitalen Version von Mutterpass, Impf-/Allergie-/Implantateausweis und elektronischem U-Untersuchungsheft geben ähnlich viele Praxen eine positive Einschätzung ab. Die Bewertung des Einflusses von Digitalisierung fällt ebenfalls häufiger positiv aus als im Vorjahr. Insbesondere hinsichtlich des Praxismanagements (45%, +13 Prozentpunkte) und der Kommunikation mit niedergelassenen Kollegen (51%, +10 Prozentpunkte) nehmen die Praxen (starke) Verbesserungen durch den Fortschritt der Digitalisierung wahr.

Obwohl die Praxen weiterhin eine Reihe von Hemmnissen des Digitalisierungsfortschritts sehen, werden diese insgesamt seltener als stark eingestuft. Am häufigsten genannt werden hierbei der kontinuierliche Anpassungsbedarf (63%, -4 Prozentpunkte), ein ungünstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis (57%, -9 Prozentpunkte) und die Fehleranfälligkeit der EDV-Systeme (46%, -15 Prozentpunkte).

Nach wie vor vielfältige Störungen bei der Nutzung der TI

Nach wie vor kam es nur bei 7% der befragten Praxen in den letzten zwei Monaten

vor dem Befragungszeitpunkt zu keinen Störungen in Zusammenhang mit der TI (je nach Zeitpunkt der Teilnahme an der Befragung wurde hierbei ein zweimonatiger Zeitraum zwischen April und Juli 2025 bewertet). Bei 70% der Praxen war es notwendig, Kartenlesegeräte neu zu starten, um bei Störungen Abhilfe zu schaffen. Bei fast genauso vielen Praxen mussten hierzu Konnektoren neu gestartet werden. Weitere häufige Probleme waren die fehlende Möglichkeit, Patientendaten einzulesen (50%) oder elektronische Verordnungen und Bescheinigungen zu erstellen (45%). Die Regelmäßigkeit der Störungen war hierbei ähnlich häufig wie im Vorjahr: Von den betroffenen Einrichtungen erlebten 14% tägliche Störungen, während 41% wöchentlich mit technischen Schwierigkeiten konfrontiert waren.

Fazit

Das PraxisBarometer Digitalisierung 2025 zeigt kontinuierliche Digitalisierungsfortschritte in den Arzt- und Psychotherapiepraxen. Neben eAU und eRezept hat sich auch der eArztbrief im Versorgungsalltag etabliert, mit steigender Nutzungszufriedenheit bei allen drei TI-Anwendungen.

Die ePA wurde insbesondere von Hausarztpraxen bereits vor der verpflichtenden Einführung genutzt. Bemerkenswert ist, dass die tatsächlichen Erfahrungen der Nutzer sowohl bei positiven als auch negativen Auswirkungen moderater ausfallen als die Erwartungen der Nicht-Nutzer.

Bei der Störungshäufigkeit der Telematikinfrastruktur sind kaum weitere Rückgänge zu verzeichnen – technische Probleme bleiben weiterhin ein alltägliches Thema für die meisten Praxen.

Die Digitalisierung in der Kommunikation schreitet voran, jedoch mit deutlichen Unterschieden: Während die digitale Kommunikation mit Patient:innen und anderen Praxen im ambulanten Bereich stark zunimmt, bleibt die Kommunikation mit Krankenhäusern eine Schwachstelle.

Positive Nutzungserfahrungen mit etablierten TI-Anwendungen verbessern die allgemeine Einstellung zur Digitalisierung: Nicht die Mehrheit, aber bereits jede dritte Praxis berichtet von Verbesserungen der Versorgungsqualität und Prozesshandhabung. Besonders deutlich wird dies bei der Bewertung des Digitalisierungseinflusses auf Praxismanagement und Kommunikation mit niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen. Diese positiven Erfahrungen schaffen eine Grundlage für die weitere Akzeptanz digitaler Innovationen im Gesundheitswesen. <<

von:
Jannis Bernhard MSc[1]
(ORCID: 0009-0007-9729-3127)
Dr. rer. pol. Martin Albrecht[1]
(ORCID: 0000-0002-9919-7346)
Dr. rer. pol. Monika Sander[1]
(ORCID: 0009-0001-8487-501X)

1: IGES Institut GmbH

Autorenerklärung

Das PraxisBarometer Digitalisierung entstand im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Die KBV war bei der Entwicklung des Fragenkataloges konzeptionell beteiligt. Die Durchführung der Befragung und die Auswertung der Ergebnisse erfolgte allein durch das IGES Institut.

Zitationshinweis

Bernhard, J., Albrecht, M., Sander, M.: „Die digitale Kommunikation mit Krankenhäusern bleibt eine Schwachstelle", in „Monitor Versorgungsforschung" (02/26), S. 45–48. http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2806

Literatur

1: Albrecht M., Bernhard J., Sander M., Otten M. (2024): Praxisbarometer Digitalisierung 2024, IGES Institut GmbH, Berlin; https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e59145/e81674/e81675/e81677/attr_objs81679/2024-11-19_kurzbericht_IGES_praxisbarometer_digitalisierung_2024_ger.pdf (abgerufen am 19.01.2026)
2: Gematik 2025: TI-Atlas 2025, Gematik GmbH Berlin, https://www.gematik.de/telematikinfrastruktur/ti-atlas#c15428 (abgerufen 19.01.2026)
3: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2025): PraxisBarometer: Niedergelassene sind bei der Digitalisierung voraus; Pressemeldung anlässlich der Vorstellung des PraxisBarometer 2025, https://www.kbv.de/presse/pressemitteilungen/2025/praxis-barometer-niedergelassene-sind-bei-der-digitalisierung-weit-voraus (abgerufen am 19.01.2026)

Use Cases zur KI-Nutzung

>> Der Bundesverband Managed Care e. V. (BMC) veröffentlichte kürzlich die Publikation „Mit KI den Nutzen von Gesundheitsdaten erschließen". Erarbeitet hat sie eine Gruppe engagierter BMC-Mitglieder unter Federführung von Pia Maier, kooptiertes Vorstandsmitglied und Co-Leiterin der Arbeitsgruppe Zukunftstechnologie. Sie zeigt anhand 14 konkreter Use Cases, wie Gesundheitsdaten und Künstliche Intelligenz (KI) Forschung, Versorgung und Versorgungskoordination im Gesundheitswesen schon heute unterstützen können.

Die Beispiele reichen von KI-gestützter Ersteinschätzung und datenbasierter Versorgung über klinische Decision-Support-Systeme bis hin zu verbesserter Prävention. So zeichnet die Publikation ein Bild des aktuellen Umsetzungsstandes, der Potenziale sowie der Herausforderungen und macht deutlich, welche Voraussetzungen praxistaugliche Anwendungen benötigen. Auf Basis dieser Erkenntnisse wurden Handlungsempfehlungen für Politik und Praxis abgeleitet. „Für die Weiterentwicklung der Versorgung kommt es auf praxistaugliche Lösungen mit klarem Nutzen an", sagt Prof. Dr. Lutz Hager, Vorstandsvorsitzender des BMC. „Die Use Cases geben einen Einblick, was in der Versorgung bereits heute konkret funktioniert, mit welchen Daten gearbeitet werden kann und was Innovationen noch daran hindert, schneller in die Breite zu kommen", betont Pia Maier. <<

Link: https://t1p.de/kvoxa

Noch viel Luft nach oben

>> Der „Digital Health Report 2026" des Terminbuchungsanbieters Doctolib liefert einige Insights zum Status der Digitalisierung. So sehen 79% der von YouGov im Auftrag von Doctolib befragten Ärzt:innen und MFA Digitalisierung als hilfreich an, gleichzeitig haben 54% Datenschutzbedenken. Und obwohl 76% der Ärzt:innen und MFA mit ihrem aktuellen Praxisverwaltungssystem zufrieden sind, sehen gleichzeitig 67% ein deutliches Verbesserungspotenzial. Diese Zahlen zeigen, so Doctolib: „Die Grundfunktionen existieren, aber die Systeme sind noch weit von der optimalen Lösung entfernt." <<

Link: https://t1p.de/gj8l3

AMNOG

AMNOG und die Anwendungsbegleitende Datenerhebung: kritische Bestandsaufnahme der Erfahrungen

Die anwendungsbegleitende Datenerhebung (AbD) steht seit ihrer Einführung in der Kritik: zu komplex, zu ressourcenintensiv, zu wenig praxistauglich. Doch ist tatsächlich das Instrument selbst die Ursache der Probleme oder eher die Art und Weise, wie es derzeit angewendet wird? Dieser Beitrag beleuchtet die bisherigen Erfahrungen mit dem Instrument und stellt die Frage, ob die aktuellen Schlussfolgerungen die eigentlichen Herausforderungen überhaupt adressieren.

>> Mit dem Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) hat der Gesetzgeber 2019 die Weichen für die Anwendungsbegleitende Datenerhebung (AbD) gestellt. Dem Referentenentwurf zum GSAV zufolge war es die Zielsetzung, für bestimmte Arzneimittel eine „bessere Datenbasis zur Bewertung des Zusatznutzens zu erhalten" [1]. Die Zielsetzung einer Quantifizierung des Zusatznutzens des neuen Arzneimittels lässt sich zudem aus § 130b SGB V ableiten, in dem die Folgen skizziert sind, wenn sich „anhand der gewonnenen Daten keine Quantifizierung des Zusatznutzens belegen lässt" [2]. Der Gesetzgeber hob auch hervor, Patient:innen weiterhin einen frühen Zugang zu Arzneimitteln gewährleisten zu wollen. Als Kriterien legte er fest, dass es sich bei den Arzneimitteln um solche mit bedingter Zulassung, mit einer Zulassung unter außergewöhnlichen Umständen und/oder um Arzneimittel mit Orphan-Drug-Status handeln müsse [1].

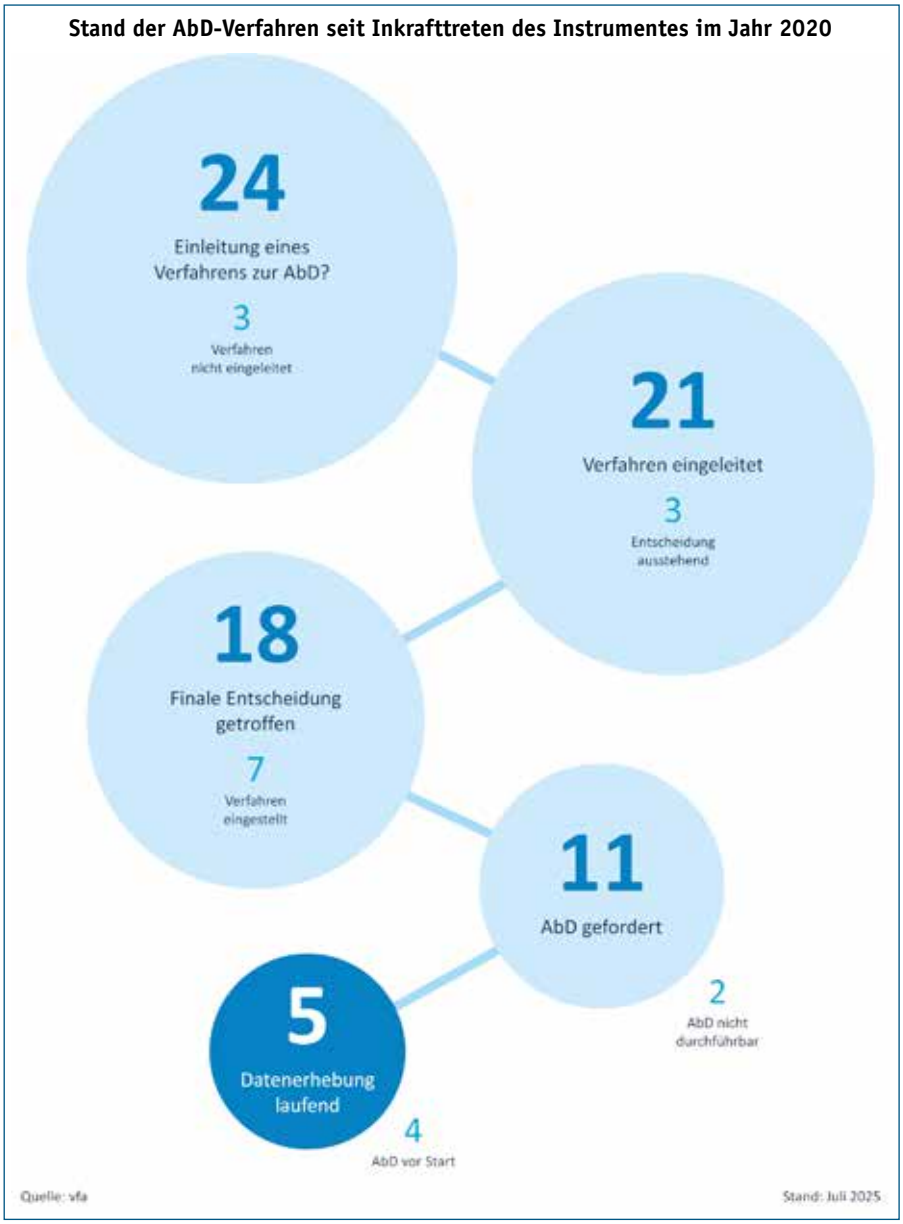


Abb. 1: Stand der AbD-Verfahren seit Inkrafttreten des Instrumentes im Jahr 2020. Eigene Darstellung.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat bereits für 21 Arzneimittel ein offizielles Verfahren zur Prüfung der Machbarkeit gestartet und für 11 davon eine AbD gefordert [Abb. 1]. Erste Erfahrungswerte mit der AbD sind somit gesammelt und eine kritische Bestandsaufnahme ist nach bald 6 Jahren angezeigt. Jantschak et al. haben erst kürzlich in einer Übersichtsarbeit die zentralen Probleme der AbD beschrieben [3]. Die Frage ist, ob die praktischen Probleme nicht breiter eingeordnet werden müssen. Aufbauend auf dem Verfahrensmonitoring und einer Analyse der Protokolle zu den Fachaustauschen werden im Folgenden drei Thesen aus Industrieperspektive zur Diskussion gestellt.

Erkenntnisse aus den Fachaustauschen

Zur Untersuchung der 16 Wortprotokolle, die bisher sowohl zur geforderten AbD als auch zu eingestellten Verfahren veröffentlicht worden sind, wurde eine quantitative Inhaltsanalyse durchgeführt. Die systematische Auswertung zeigt thematische Überschneidungen, aber auch einige Unterschiede zwischen



Abb. 2: Verfahrensablauf der AbD nach Änderung der Verfahrensordnung 2022. Eigene Darstellung.

beschlossenen und eingestellten Verfahren.

Während Registerfragen in beiden Fallgruppen eine große Rolle in den Beratungen spielen, kristallisieren sich bei den eingestellten Verfahren zusätzlich insbesondere methodische und praktische Hürden als zentrale Diskussionspunkte in den Fachaustauschen heraus. Dort drehen sich die Beratungen deutlich häufiger um Fallzahlen und Confounder. Dies deutet darauf hin, dass die Verfahren oftmals nicht an der grundsätzlichen Bereitschaft zur Datenerhebung scheitern, sondern an der Umsetzbarkeit im konkreten Setting, insbesondere wegen zu kleiner Patientenkollektive, heterogener Versorgungsrealitäten oder möglicher Verzerrungen, die valide Analysen erschweren. Auch die Diskussion um Vergleichsgruppen bzw. den Kontrollarm nimmt in dieser Fallgruppe großen Raum ein, was ebenfalls auf Unsicherheiten hinsichtlich der Validität möglicher Erkenntnisse hinweist.

Demgegenüber dominiert bei den Beratungen zu den am Ende beschlossenen Verfahren die Auseinandersetzung mit Registerfragen, oft verbunden mit Überlegungen zur Einbindung bestehender Strukturen und zur Verknüpfung verschiedener Datenquellen. Die Erörterung von Fragen zu Confoundern oder Fallzahlen spielt in dieser Fallgruppe eine untergeordnete Rolle. Das könnte darauf hindeuten, dass diese Verfahren entweder für Indikationen mit besser etablierten Registern und größeren Patientengruppen vorgesehen sind oder methodische Probleme leichter lösbar erschienen.

Insgesamt zog sich die Frage der Machbarkeit als roter Faden durch nahezu alle Fachaustausche. Dies entspricht den Erwartungen, da es sich um das zentrale Kriterium für oder gegen die Forderung einer AbD handeln sollte.

Problemfelder der AbD aus Industrieperspektive

1. Das Verfahren bleibt für Unternehmen nicht planbar

Verfahren zu anwendungsbegleitenden Datenerhebungen binden erhebliche Ressourcen in den Unternehmen – unabhängig davon, ob die Datenerhebung schlussendlich vom G-BA gefordert wird oder nicht. Zur besseren Kalkulation des internen Ressourcenbedarfs ist eine frühzeitige Einbindung des jeweiligen pharmazeutischen Unternehmers (pU) in den Entscheidungsprozess im G-BA elementar. Hier fanden Ende des Jahres 2022 Anpassungen an der Verfahrensordnung des G-BA statt, um die „Verfahrenstransparenz und Planungssicherheit für die pharmazeutischen Unternehmer" zu erhöhen [4]. Dabei ist vor allem die Information des pU im Vorfeld der AbD hervorzuheben, die vorher nicht vorgesehen war. Insgesamt findet nun eine bessere Einbindung des pU in den Prozess statt als in der Anfangszeit [Abb. 2].

Ein großer Unsicherheitsfaktor für alle Unternehmen bleibt jedoch die Frage, welche Arzneimittel Gegenstand einer AbD werden. Dies wird gegenwärtig im Zuge der anfänglichen Erforderlichkeitsprüfung unter Einbeziehung des BfArM und PEI eruiert. Es scheint dabei weiterhin keine „harten" Auswahlkriterien zu geben, sondern es wird eine Einzelfallprüfung durchgeführt. Dabei zeichnet sich ab, dass eine AbD oft bei Arzneimitteln zur Behandlung von Krankheiten mit schnellem Progress und schweren Symptomen für den G-BA infrage kommt (etwa Arzneimittel gegen spinale Muskelatrophie, Hämophilie sowie verschiedene Lymphome). In der Regel liegen bei den AbD-Arzneimitteln nur einarmige Studien bzw. indirekte Vergleiche vor. Zudem wird inzwischen regelhaft von mindestens 100 für die AbD rekrutierbaren Patient:innen im Jahr als Voraussetzung ausgegangen, andernfalls wurden Verfahren zuletzt eingestellt.

Trotz aller Verfahrensverbesserungen ist es bislang nicht gelungen, die grundlegende Unsicherheit über den Einsatz des AbD-Instruments aufzuheben. Die Verfahren und Datenerhebungen sind weiterhin für die Unternehmen kaum verlässlich planbar.

2. Das Instrument wird nicht fokussiert eingesetzt

Der mit der AbD für alle beteiligten Akteure einhergehende Aufwand muss in einem vertretbaren Verhältnis zum erwarteten Erkenntnisgewinn stehen. Eine gewissenhafte Prüfung, ob die AbD im konkreten Fall überhaupt zu einer Quantifizierung des Zusatznutzens führen kann, ist elementar. Zuletzt haben die am 17. Juli 2025 im Plenum des G-BA gefassten Beschlüsse zu den Forderungen von AbD in der DLBCL Zweifel aufkommen lassen, ob diese Prämisse auch hier galt. So wurde auch im Plenum des G-BA vor der Abstimmung noch kontrovers diskutiert. Deutliche Zweifel wurden seitens KBV und DKG geäußert, ob die AbD in absehbarer Zeit und mit vertretbarem Aufwand umsetzbar und die Zielerreichung überhaupt realistisch sei [5].

Ein weiterer Befund aus dem Verfahrensmonitoring ist, dass das IQWiG in den jüngeren Verfahren meist nur noch eine „orientierende Betrachtung von Fallzahlszenarien" durchführt, so auch bei den o. g. DLBCL-

Fällen. Diese Szenarienangaben können jedoch nicht unmittelbar zur Studienplanung verwendet werden. Eine verlässliche Fallzahlplanung, das Fundament für eine erfolgreiche, zielführende AbD, fehlt damit. Das IQWiG begründet im kürzlich veröffentlichten Rapid Report 25-13 zu versorgungsnahen Daten dieses Vorgehen mit dem Argument, es könne bei „[…] einer AbD sinnvoll sein, eine vergleichende Studie nicht zwingend mit dem Ziel durchzuführen, einen Vorteil des neuen Arzneimittels zu zeigen und die Fallzahlschätzung auf dieses Ziel auszurichten", und ergänzt, es stelle „[…] jedes Ergebnis einer AbD einen Erkenntnisgewinn dar" [6]. Diese Argumentationslinie ist überraschend und widerspricht der eingangs genannten Zielsetzung des Gesetzgebers [1,2]. Nicht jedes Ergebnis einer AbD stellt einen gesetzlich intendierten Erkenntnisgewinn dar, sondern nur jenes, das auf eine Quantifizierung des Zusatznutzens abzielt.

Hinzu kommt, dass die AbD mit Rechtsfolgen bei den Erstattungsbeträgen verknüpft ist und eine im G-BA mitentscheidende Partei ggf. Vorteile für die Durchsetzung von Preisabschlägen sieht. Indem die Nicht-Durchführung und das Scheitern einer AbD mit erneuten Erstattungsbetragsverhandlungen und Vorgaben zu geringeren Jahrestherapiekosten einhergehen, besteht analog zur frühen Nutzenbewertung an dieser Stelle ein prozessualer Interessenkonflikt beim GKV-SV. Das untermauert die strukturelle Kritik hinsichtlich der Governancedefizite des G-BA, die in der Vergangenheit bereits umfänglich dargelegt wurden [7]. Auch die AbD ist nicht vor dieser Strategieanfälligkeit geschützt.

3. Es fehlt der Pragmatismus bei der Umsetzung

Jeder Beteiligte im System möchte „gute Daten" haben. Wenn die Umsetzung der AbD aber nach der Blaupause erfolgt, eigentlich nur aus einem RCT-Setting Erkenntnisse ableiten zu können, wird die Chance vertan, die Evidenzbasis für die Nutzenbewertung neuer Arzneimittel mit versorgungsnahen Daten in Einzelfällen zu erweitern. Die geforderte umfangreiche Patientenrekrutierung impliziert langjährige Datenerhebungen, die den Mehrwert dieser Art der Datengenerierung von Beginn an in Zweifel ziehen.

Hinzu kommen unrealistische Erwartungen bei den methodischen Vorgaben. Bei der aktuellen Methodik des IQWiG bleibt unklar, wie die aus der AbD resultierende Evidenz zur Quantifizierung des Zusatznutzens führen soll. Nicht sachgerecht erscheint beispielsweise die Messlatte eines dramatischen Effekts. Die AbD-Vorgaben beziehen sich auf Konfidenzintervallgrenzen, z. B. in einem Bereich von 2 bis 5 für das relative Risiko (bzw. 0,2 bis 0,5 bei mortalitätssenkenden Interventionen) bezogen auf die untere bzw. obere Konfidenzintervallgrenze. Diese Anforderungen unterscheiden sich de facto nicht von den üblichen Anforderungen der Nutzenbewertung gemäß dem Abschnitt 3.2.2 der Allgemeinen Methoden, wonach ein dramatischer Effekt vorliegt, wenn das beobachtete relative Risiko von 5 bis 10 vorliegt [8]. Die AbD-Vorgaben für die Effekte berücksichtigen somit weder die zusätzlich zu erfolgende Confounder-Adjustierung noch die Besonderheiten der Therapiesituation (insb. die kleinen Patientenzahlen), die gemäß Auftrag des G-BA zur AbD jeweils vorliegt. Unter der zusätzlichen Berücksichtigung der Vorgaben an die Confounder-Adjustierung sind die Anforderungen an die Effekte in der AbD damit sogar konservativer als in der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V.

Nicht das Instrument ist das Problem, sondern die Evidenzkultur

Die Einführung der AbD war ein Novum im deutschen Bewertungsvorgehen für innovative Arzneimittel. Für ausgewählte Einzelfälle sollten nunmehr auch Daten abseits von klinischen Studien als patientenrelevant anerkannt und in der Nutzenbewertung berücksichtigt werden. Dieser erste Schritt hin zu einer Akzeptanz von Versorgungsdaten war wichtig. Es zeichnet sich jedoch zunehmend eine Ernüchterung oder sogar Resignation bei den beteiligten Akteuren ab. Die sich herauskristallisierenden Probleme sind hinreichend beschrieben [3]. In diesem Beitrag wurden die spezifischen Herausforderungen aus Industrieperspektive beleuchtet.

Zweifelsohne ist die derzeitige Umsetzung für alle Beteiligten ressourcenintensiv, die methodischen Anforderungen sind hoch und die Zielerreichung ist noch unklar. Diesen Herausforderungen müssten sich alle Beteiligten stellen und eine Kurskorrektur vornehmen. Die Probleme bei der Umsetzung der AbD sind leider auch ein Spiegelbild dafür, dass sich das deutsche HTA-System generell schwertut, auch versorgungsnahe Daten im Bewertungsprozess zu berücksichtigen.

Auch über den AbD-Kontext hinaus stellt sich vermehrt die Frage, wie man das AMNOG fit für den medizinischen Fortschritt machen kann. Spezielle Versorgungssituationen, ziel-

Literatur

(1) Deutscher Bundestag (2019): Entwurf eines Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung. Drucksache 19/8753. Online verfügbar unter https://dserver.bundestag.de/btd/19/087/1908753.pdf
(2) § 130b SGB V: https://t1p.de/g04rm
(3) Jantschak et al.: „Das Verfahren der anwendungsbegleitenden Datenerhebung in der frühen Nutzenbewertung", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/25), S. 34–41. http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2737
(4) Gemeinsamer Bundesausschuss (2022): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Verfahrensordnung: Änderung des 5. Kapitels – Ergänzungen im Verfahren einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung nach § 35a Absatz 3b Satz 1 und 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie der Beschränkung der Versorgungsbefugnis nach § 35a Absatz 3b Satz 2 SGB V. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/40-268-9133/2022-12-15_VerfO_Aenderung-5-Kapitel-anwendungsbegleitende-Datenerhebung_TrG.pdf
(5) Gemeinsamer Bundesausschuss (2025): 26. öffentliche Sitzung der 5. Amtsperiode am 17.07.2025, Video-Mitschnitt hier abrufbar: https://gemeinsamer-bundesausschuss.corporate.tube/channel/108290/2025/1/9SYZKfgWJzHAEb9ewVAxaS#top
(6) Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2025): Wissenschaftliche Ausarbeitung ausgewählter Aspekte zur Generierung versor-gungsnaher Daten und deren Auswertung zum Zwecke der Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach § 35a SGB V – Rapid Report. Auftrag A25-13. Online verfügbar unter https://www.iqwig.de/download/a25-13_generierung-und-auswertung-versorgungsnaher-daten-zum-zwecke-der-nutzenbewertung_rapid-report_v1-0.pdf
(7) Rasch: „Gibt es Anhaltspunkte für Interessenkonflikte? – Abstimmungsverhalten im G-BA bei AMNOG-Nutzenbewertungen", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/24), S. 44–48. http://doi.org/10.24945/ MVF.04.24.1866-0533.2641
(8) Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2025): Allgemeine Methoden. Entwurf für Version 8.0 vom 25.02.2025. Online verfügbar unter https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden_entwurf-fuer-version-8-0.pdf.
(9) Julian et al.: „Umgang mit best-verfügbarer Evidenz in der Nutzenbewertung von Arzneimitteln: Eine Analyse von Verfahren ohne Vorliegen einer randomisiert-kontrollierten Studie", in „Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement", 2024; 29(01): 51-63, DOI: 10.1055/a-2142-0794

Zitationshinweis

Bussilliat, P.: „AMNOG und die Anwendungsbegleitende Datenerhebung: Kritische Bestandsaufnahme der Erfahrungen", in „Monitor Versorgungsforschung" (02/26), S. 49–52. http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2804

Autorenerklärung

Der Autor erklärt, dass über seine Tätigkeit für den Verband Forschender Arzneimittelhersteller hinaus keine Interessenkonflikte bestehen.

gerichtetere Therapieansätze mit kleineren Patientengruppen und Gentherapien stellen die Nutzenbewertung vor Herausforderungen, die es zu bewältigen gilt. Systemisch ist der mit der AbD eingeschlagene Weg, die Öffnung der Nutzenbewertung für Versorgungsdaten, richtig. Der bisher vorwiegend ablehnende Umgang des G-BA mit bestverfügbarer Evidenz [9] zeigt jedoch ein grundsätzliches Problem, das auch abseits der AbD auftritt. Ohne Akzeptanz solcher Evidenz sowie entsprechend pragmatische Anforderungen an die Generierung und Auswertung von Versorgungsdaten wird jeder Ansatz scheitern. Wir brauchen einen Kulturwandel im AMNOG zur Generierung und zur Berücksichtigung vorhandener hochwertiger Evidenz anstatt einer Diskussion über neue gesetzliche Instrumente. <<

von:
Paul Bussilliat MSc[1]
(ORCID: 0009-0000-0062-5869)

1: Manager Marktzugang/Versorgung, Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V., Berlin

Neues EMA-Register für klinische Studien

>> Eine neue EMA-Website (https://www.clinicaltrialsregister.eu/) soll die Durchführung klinischer Studien für Humanarzneimittel in der Europäischen Union (EU) und im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) unterstützen. Das EU-Register für klinische Studien verzeichnet derzeit 44.366 klinische Studien mit einem EudraCT-Protokoll – davon 7.389 Studien mit Probanden unter 18 Jahren – und 16.385 Studien, in denen deutsche Unternehmen, Universitäten und Kliniken beteiligt sind. Das Register enthält außerdem Informationen zu 18.700 Studien mit älteren Kindern (im Anwendungsbereich von Artikel 45 der Verordnung (EG) Nr. 1901/2006 über Kinderarzneimittel).

Das Register, das Informationen der EudraCT-Datenbank (https://eudract.ema.europa.eu/), die von nationalen Arzneimittelbehörden für Daten zu klinischen Studienprotokollen verwendet wird, aufbereitet, ermöglicht zudem die Suche nach Protokoll- und Ergebnisinformationen zu:

- interventionellen klinischen Studien, die in der Europäischen Union (EU)/im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) gemäß der Richtlinie 2001/20/EG über klinische Prüfungen genehmigt wurden;
- klinischen Studien, die außerhalb der EU/des EWR durchgeführt wurden und mit der Entwicklung von Kinderarzneimitteln in Europa in Verbindung stehen.

Interventionelle klinische Studien aus der EU/dem EWR, die gemäß der Verordnung (EG) Nr. 536/2014 über klinische Prüfungen genehmigt oder auf diese umgestellt wurden, sind hingegen öffentlich über das Informationssystem für klinische Studien (CTIS) zugänglich. <<

Link: Die Sponsoren des Registers: https://t1p.de/yrsh6



Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V.

Versorgungsforschungspreis Kinder und Jugendliche 2026

Ausschreibung für Leuchtturmprojekte gestartet

Die Fachgruppe Kinder und Jugendliche des DNVF zeichnet 2026 bereits zum dritten Mal bis zu drei herausragende Projekte der Versorgungsforschung im Kindes- und Jugendalter aus. Gesucht werden innovative Studien, die den medizinischen Alltag, die Versorgungsqualität, die Organisation oder die Finanzierung der Kinder- und Jugendgesundheit untersuchen und dabei praktische Relevanz mit wissenschaftlicher Exzellenz verbinden.

>> Die Fachgruppe Kinder und Jugendliche wurde 2014 auf Beschluss des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) in Zusammenarbeit mit dem DNVF gegründet. Sie versteht sich als Kristallisationspunkt für Versorgungsforschung in allen Bereichen der Kinder- und Jugendmedizin, von der Pädiatrie über die Kinderchirurgie bis hin zur Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ziel ist es, die Versorgungsforschung im Fachgebiet bekannter zu machen, gemeinsame Projekte anzustoßen und die Ergebnisse in die Praxis zu übertragen.

Voraussetzungen für die Bewerbung sind der Abschluss der Planungsphase, erste Ergebnisse und eine Ergebnispublikation. Die Daten dürfen nicht älter als drei Jahre sein. Ausgeschlossen sind rein deskriptive epidemiologische oder klinische Studien sowie Präventionsprojekte ohne Bezug zum Gesundheitssystem. Bewertungskriterien sind unter anderem die Beteiligung von Stakeholdern, darunter auch Patient:innen, die theoretische Fundierung, die methodische Innovation, die Eignung der Methodik und die Nachhaltigkeit der Projekte. Letztere kann sich etwa in strukturellen Veränderungen oder langfristiger Verankerung zeigen.

In den Vorjahren wurden Projekte ausgezeichnet, die beispielhaft für die Bandbreite und Qualität der Versorgungsforschung im Kindes- und Jugendalter stehen. 2025 erhielten Ilona Renner vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen für das PATH-Projekt, das die Vernetzung zwischen Kinderarztpraxen und der Kinder- und Jugendhilfe verbessert, sowie Dr. Ekaterina Aleshchenko von der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg für das VersKiK-Projekt, das die Versorgungsbedarfe von ehemals an Krebs erkrankten Kindern und Jugendlichen analysiert, den Preis. 2024 wurde Dr. Andrea Petermann-Meyer für die Familien-SCOUT-Studie ausgezeichnet, die eine psychosoziale Intervention für Familien mit krebserkrankten Eltern evaluiert. Die Bewerbungsfrist endet am 10. April 2026. <<

News

>> ICCH 2026: Internationaler Austausch zur Kommunikation im Gesundheitswesen

Vom 14. bis 18. September 2026 findet in Belfast, Nordirland, die International Conference on Communication in Healthcare (ICCH 2026) statt. Die Konferenz bringt Forscher:innen, Lehrende, Praktiker:innen, Studierende und Entscheidungsträger:innen zusammen, um die Patientenversorgung durch verbesserte Kommunikation zwischen Gesundheitsfachkräften und Patient:innen zu optimieren.

Im Fokus stehen innovative Ansätze in Forschung, Lehre und Politik, die den Austausch über Ländergrenzen hinweg fördern. Die ICCH bietet eine einzigartige Plattform, um aktuelle Erkenntnisse und Best Practices zu diskutieren und die Gesundheitskommunikation weiterzuentwickeln.

Kommentar



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Vorsitzender DNVF

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

die Versorgungsforschung steht vor großen Herausforderungen – und gleichzeitig vor einzigartigen Chancen. Nie war es wichtiger, wissenschaftliche Erkenntnisse mit praktischer Versorgung zu verknüpfen, um die Gesundheit von Menschen in allen Lebensphasen nachhaltig zu verbessern. In dieser Ausgabe der DNVF-Seiten laden wir Sie ein, die aktuellen Entwicklungen, innovativen Ansätze und wegweisenden Projekte zu entdecken, die unsere Gemeinschaft prägen.

Beim 13. DNVF-Forum am 6. Mai 2026 in Berlin steht die psychische Gesundheit im Fokus. Hier werden wir gemeinsam diskutieren, wie wir auf den steigenden Bedarf reagieren können – sei es durch nutzergeleitete Forschung, sektorübergreifende Ansätze oder die Einbindung vulnerabler Gruppen. Besonders freuen wir uns auf die Podiumsdiskussion, die Lücken in Versorgung, Implementierung und Versorgungsforschung aufzeigen und Brücken für die Zukunft schlagen wird. Ein weiteres Highlight ist das 25-jährige Jubiläum des DKVF im September 2026 in Köln. Unter dem Motto „Menschen. Beziehungen. Organisationen" feiern wir nicht nur die Erfolge der Vergangenheit, sondern blicken vor allem nach vorn: Wie können wir die Versorgungsforschung noch stärker mit den Bedürfnissen von Patient:innen, Fachkräften und Forscher:innen verknüpfen?
Die Fotoausstellung und die Master's Corner für Nachwuchswissenschaftler:innen zeigen, wie vielfältig und dynamisch unser Fachgebiet ist. Mit dem Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis und dem Versorgungsforschungspreis Kinder und Jugendliche würdigen wir herausragende Arbeiten, die Praxis und Wissenschaft verbinden. Gleichzeitig bieten wir mit Stipendien, Fortbildungen wie REGIBA und der Arbeitstagung zu qualitativen Methoden Plattformen für Austausch und Weiterbildung.

Die Zusammenarbeit mit der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) und die Empfehlungen des REGINT-Projekts unterstreichen, wie wichtig es ist, registerbasierte Forschung und evidenzbasierte Ansätze weiter zu stärken. Hier setzen wir uns für klare Rahmenbedingungen ein.

Ich lade Sie herzlich ein, diese Themen mit uns zu gestalten: Melden Sie sich an, reichen Sie Abstracts ein, bewerben Sie sich für Preise oder bringen Sie Ihre Expertise in unsere Diskussionen ein. Gemeinsam können wir die Versorgungsforschung in Deutschland weiter voranbringen – für eine zukunftsfeste, patientenorientierte und innovative Gesundheitsversorgung.

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

Fortbildung Registerbasierte Forschung

REGIBA wird auch 2026 angeboten

Aufgrund der durchweg positiven Rückmeldungen der Teilnehmenden sowie der zunehmenden Relevanz registerbasierter Forschung wird die Fortbildung Registerbasierte Forschung (REGIBA) auch im Jahr 2026 angeboten. Das Programm zielt darauf ab, Wissenschaftler:innen das Wissen und die Kompetenz für die Durchführung registerbasierter Studien und die Nutzung versorgungsnaher Daten in Registern zu vermitteln.

>> Die Fortbildung „Registerbasierte Forschung (REGIBA)“ wurde im Rahmen des Nationalen Krebsplans und der Dekade gegen Krebs entwickelt. Sie richtet sich vor allem an Berufstätige, die das Ziel haben, registerbasierte Studien durchzuführen oder mit Registerdaten zu arbeiten. Angesprochen sind Versorgende, Mitarbeitende in Registern, Universitäten, Forschungsinstituten, Krankenkassen und der Industrie. Besonders im Fokus stehen die interdisziplinäre Zusammenarbeit und der Aufbau einer (inter-)nationalen Community für registerbasierte Forschung.

Das Curriculum umfasst 185 Lehreinheiten, darunter digitale und Präsenzlehrveranstaltungen, Selbststudium und Peergroups. Die Teilnehmenden lernen, Registerdaten auf ihre Validität und Qualität für Forschungsfragestellungen zu bewerten, kontextgerechte und methodisch hochwertige Auswertungen durchzuführen sowie die Eignung von Registern für die Beantwortung spezifischer Fragestellungen einzuschätzen und zu operationalisieren. Die Fortbildung endet mit einem Zertifikat als „Health Scientist for Registry Research“. Die Anmeldung ist ab sofort möglich. Die Teilnehmerzahl ist auf 25 Personen begrenzt, um eine intensive Betreuung und einen lebendigen Austausch zu gewährleisten. Die Fortbildung beginnt am 4. September 2026 und erstreckt sich über sechs Monate. <<

Aktuelles aus dem REGINT-Projekt

Zentraler Workshop zu Projektempfehlungen beim DKG

Die vom Projekt ausgearbeiteten Empfehlungen für registerbasierte Interventionsstudien wurden im Januar 2026 konsentiert und auf dem Deutschen Krebskongress 2026 präsentiert.

>> Das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Projekt „Registerbasierte Interventionsstudien in Deutschland – Anforderungen, Möglichkeiten, Limitationen und Perspektiven“ (REGINT) hat am 14. Januar 2026 einen zentralen Workshop zu den Projektempfehlungen durchgeführt. Das Projekt entwickelt Empfehlungen für die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen für die Umsetzung registerbasierter Studien zu Interventionseffekten. Diese Empfehlungen sollen auch in das anstehende Medizinregistergesetz (MRG) einfließen.

Gegenstand des Workshops war die Konsentierung der abgeleiteten Empfehlungen zu regulatorischen Rahmenbedingungen und zur praktischen Durchführung registerbasierter Interventionsstudien. Zu Beginn des Treffens präsentierten die einzelnen Projektgruppen den Verlauf und die Ergebnisse ihrer Arbeiten. In der zweiten Hälfte folgte ein Impulsvortrag von Paula Starke und Luisa Schmidt von der Universität Göttingen zu den Konzepten der „Target Trial Emulation“ und der registerbasierten randomisierten kontrollierten Studien (RCTs). Die lebhafte und produktive Diskussion führ-te zu einer erfolgreichen Überarbeitung der Empfehlungen.

Im Anschluss hatte das REGINT-Projekt die Gelegenheit, die überarbeiteten Empfehlungen im Rahmen einer Posterpräsentation auf dem 37. Deutschen Krebskongress vorzustellen. Am 19. Februar vertrat Hannah Grillmaier als Projektkoordinatorin das Projekt auf dem Kongress und erläuterte den Teilnehmenden die zentralen Erkenntnisse aus den bisherigen Arbeiten. Die Präsentation stieß auf durchweg positive Resonanz und ist ein zentraler Baustein des diesjährigen Projektvorhabens, die entwickelten Empfehlungen nachhaltig in der Forschungsgemeinschaft zu verankern. <<

News

>> Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis 2026: Bewerbungen bis 10. Mai möglich.

Zum 12. Mal verleiht das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF) den Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis. Der Preis dient der Weiterentwicklung der Versorgungsforschung in Deutschland und der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Er wird im Rahmen des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung (DKVF) in Erinnerung an das Ehrenmitglied des DNVF, Prof. Dr. Wilfried Lorenz (1939–2014), verliehen.

Prof. Lorenz hat sich über viele Jahrzehnte um die Versorgungsforschung verdient gemacht, insbesondere im Bereich der Outcomeforschung und des Themas Lebensqualität nach Brustkrebs. Für sein wissenschaftliches Lebenswerk erhielt er zahlreiche Ehrungen und gilt vielen DNVF-Mitgliedern als Vorbild. Der mit 2.500 Euro dotierte Preis ist für die Auszeichnung und Förderung einzelner Wissenschaftler:innen oder Forschergruppen gedacht, die Mitglieder des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e. V. sind. Bewerben können sich alle DNVF-Mitglieder mit einer Originalarbeit, die in den letzten zwölf Monaten vor der Ausschreibung in einem Publikationsmedium mit Peer-Review publiziert oder zur Publikation angenommen wurde. Die Bewerbung muss durch die Erstautor:innen erfolgen.

Die Kriterien für die Vergabe des Preises sind die wissenschaftliche Originalität der Fragestellung, eine sehr gute methodische Qualität sowie eine hohe Relevanz für die Patientenversorgung. Die Auswahl des oder der Preistragenden erfolgt durch eine Jury, der Vertreter:innen der Sektionen des DNVF sowie Vorstandsmitglieder angehören. Der Juryvorsitz liegt in diesem Jahr bei Dr. Milena von Kutzleben.

Hufeland-Preis 2026:

Bewerbungen für Präventions- und Versorgungsforschung

Bis zum 31. Oktober 2026 können Ärzt:innen und Zahnärzt:innen mit deutscher Approbation ihre wissenschaftlichen Arbeiten für den Hufeland-Preis einreichen – auch gemeinsam mit bis zu zwei Co-Autor:innen. Der renommierte Preis würdigt herausragende Forschungsleistungen in den Bereichen Prävention und Versorgungsforschung und rückt damit aktuelle gesellschaftliche Herausforderungen in den Fokus.

>> Im Mittelpunkt stehen innovative Studien zu Themen wie Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, Impfungen, Suchtprävention, Krankenhaushygiene, Berufskrankheiten, Screening-Programme sowie die Patientenversorgung unter Alltagsbedingungen. Besonders gefragt sind Arbeiten, die sich mit den Herausforderungen einer alternden Gesellschaft und den damit einhergehenden physischen und psychischen Erkrankungen auseinandersetzen.

Um die Objektivität des Auswahlverfahrens zu gewährleisten, sind die anonymisierten Arbeiten bis zum Stichtag an Notar Dr. Christoph Neuhaus (Theodor-Heuss-Ring 23, 50668 Köln) zu senden.

Ein interdisziplinäres Preisrichtergremium aus verschiedenen Fachrichtungen bewertet die Einreichungen und schlägt dem Stiftungskuratorium eine:n Preisträger:in vor. Die finale Entscheidung trifft das Kuratorium, dem die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer und die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung angehören.

Der Hufeland-Preis unterstreicht damit nicht nur die Bedeutung evidenzbasierter Forschung, sondern fördert auch den Dialog zwischen Wissenschaft, Praxis und Gesundheitswesen.

Interessierte Forscher:innen sind aufgerufen, ihre Beiträge fristgerecht einzureichen. <<

13. DNVF-Forum Versorgungsforschung

Psychische Gesundheit im Fokus

Am 6. Mai 2026 trifft sich die Versorgungsforschungscommunity in Berlin zum 13. DNVF-Forum, das sich dem Thema „Wachsende Zahlen, steigender Bedarf – Versorgungsforschung im Bereich der psychischen Gesundheit" widmet. Es stehen aktuelle Entwicklungen, Herausforderungen und innovative Lösungsansätze im Fokus.

>> Das Forum wird mit der Begrüßung durch Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Hauptgeschäftsführer des DNVF und Institutsdirektor am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, und Leiter:innen der Fachgruppe Seelische Gesundheit eröffnet. Im Anschluss wird Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller vom Universitätsklinikum Leipzig die Zunahme psychischer Störungen analysieren und die Frage beantworten, inwiefern diese auf eine tatsächliche Verschlechterung der psychischen Gesundheit oder auf veränderte Diagnosepraktiken zurückzuführen ist.

PD Dr. Sven Speerforck und Prof. Dr. Stefan Gutwinski von der Charité Universitätsmedizin Berlin erörtern anschließend den sogenannten „Concept Creep" – die Ausweitung psychischer Diagnosen – sowie die Versorgung besonders vulnerabler Gruppen, wie wohnungslose Menschen.

Ein zentraler Schwerpunkt des Forums liegt auf Innovationen in der psychischen Gesundheitsversorgung. Dr. Silke Lipinski vom Deutschen Zentrum für Psychische Gesundheit (DZPG) präsentiert Ergebnisse nutzergeleiteter Forschung, die zeigt, wie Betroffene selbst zur Gestaltung von Versorgungsangeboten beitragen können. PD Dr. Uta Gühne diskutiert die Rolle von Leitlinien als Motor für eine bessere Versorgung, während PD Dr. Julian Schwarz erste Ergebnisse eines systematischen Reviews zu innovationsfondsgeförderten Projekten vorstellt. Diese Projekte zeigen neue Wege in der psychischen Gesundheitsversorgung auf und unterstreichen die Bedeutung sektorübergreifender Ansätze, wie sie etwa durch Regionalbudgets ermöglicht werden.

Den Abschluss des Forums bildet eine Podiumsdiskussion, moderiert von Prof. Härter, die sich mit den Lücken in Versorgung, Implementierung und Versorgungsforschung auseinandersetzt. Die Veranstaltung findet von 10:30 bis 14:30 Uhr im Karl Storz Besucher- und Schulungszentrum Berlin statt. Im direkten Anschluss folgt die 39. DNVF-Mitgliederversammlung.

Das DNVF-Forum richtet sich an Wissenschaftler:innen, Praktiker:innen und Vertreter:innen von Krankenkassen und der Politik sowie an alle, die sich für die Weiterentwicklung der psychischen Gesundheitsversorgung interessieren. Die Anmeldung ist ab sofort möglich. <<

News

>> EHMA-Mitgliedschaft: Chancen für das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung

Das European Health Management Association (EHMA) lädt Organisationen aus ganz Europa ein, sich für eine Mitgliedschaft zu bewerben – ein Angebot, das auch für das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung von Interesse sein könnte. EHMA verbindet Universitäten, Forschungseinrichtungen, Gesundheitsbehörden, NGOs und Berufsverbände, die sich für die Stärkung des Gesundheitsmanagements und die Gestaltung resilienter Gesundheitssysteme einsetzen.

Mitgliedern bietet EHMA Zugang zu einem europäischen Netzwerk aus Politikgestaltern, Forschenden und Führungskräften im Gesundheitswesen. Über thematische Arbeitsgruppen können sich Mitglieder zu aktuellen Themen wie Gesundheitsgovernance, Personalentwicklung und Versorgungsforschung austauschen. Zudem unterstützt EHMA bei der Identifikation von EU-Fördermitteln und der Bildung von Projektkonsortien. Ein weiterer Vorteil ist die ermäßigte Teilnahme an EHMA-Veranstaltungen, darunter die European Health Management Conference.

Aktuell gibt es ein Sonderangebot für Neumitglieder: Die Jahresgebühr von 2.500 Euro umfasst zwei kostenlose Tickets für die nächste European Health Management Conference. Weitere Teilnehmer:innen der Organisation profitieren von vergünstigten Konferenzkonditionen. Weitere Informationen zur Mitgliedschaft finden Sie auf der Website der EMHA.

AWMF-Seminar in Berlin

Grundlagenseminar zur Leitlinienentwicklung

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) lädt am 29. und 30. Mai 2026 zu einem Grundlagenseminar zur Leitlinienentwicklung nach Berlin ein. Die zweitägige Präsenzveranstaltung im Hotel Aquino richtet sich an Koordinierende und Mitglieder von Leitliniengruppen, Leitlinienbeauftragte der Fachgesellschaften sowie interessierte Ärztinnen, Ärzte, Wissenschaftlerinnen, Wissenschaftler und weitere im Gesundheitswesen Tätige.

>> Das Seminar vermittelt grundlegende Kenntnisse und praktische Fähigkeiten für die Entwicklung medizinischer Leitlinien. Themenschwerpunkte sind unter anderem die Planung und Organisation von Leitlinienprojekten, der Umgang mit Interessenkonflikten, die Auswahl und kritische Bewertung wissenschaftlicher Evidenz sowie die Anwendung des GRADE-Systems. Zudem werden der Einsatz moderner KI-Tools in der Leitlinienerstellung, die strukturierte Konsensfindung und die Implementierung sowie Aktualisierung von Leitlinien behandelt. Ein erfahrenes Referententeam aus dem AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement, dem Leitlinienprogramm Onkologie und der Universitätsmedizin Halle begleitet die Teilnehmenden durch das Programm. Neben theoretischen Inputs stehen Diskussionen, praktische Übungen und der Erfahrungsaustausch im Mittelpunkt.

Die Veranstaltung bietet die Möglichkeit, Fortbildungspunkte zu erwerben, die bei der Ärztekammer Berlin beantragt werden. Interessierte können sich bei Simone Bucher vom AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement anmelden. Das Seminar ist eine wichtige Plattform für alle, die sich in der Entwicklung und Umsetzung medizinischer Leitlinien engagieren und ihr Wissen auf den neuesten Stand bringen möchten. Alle Infos finden Sie auf der Website der AWMF. <<

2. Hamburger Symposium für Versorgungsforschung und Public Health

Bedarfsgerechte Versorgung im Blick

Am 26. Juni 2026 findet im Erika-Haus des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) das 2. Hamburger Symposium für Versorgungsforschung und Public Health statt. Im Mittelpunkt der Veranstaltung steht das Thema „Bedarfsgerechte Versorgung: Über-, Unter- und Fehlversorgung" – eine zentrale Herausforderung für das moderne Gesundheitssystem.

>> Das Symposium bietet eine Plattform, um aktuelle Forschungsergebnisse und Projekte aus den Bereichen Versorgungsforschung und Public Health zu präsentieren und zu diskutieren. Besonders im Fokus stehen dabei die unterschiedlichen Versorgungsbedarfe verschiedener Bevölkerungsgruppen sowie die Frage, wie eine bedarfsgerechte und effiziente Gesundheitsversorgung gestaltet werden kann. Ein zentrales Anliegen ist es, Methoden zur Messung von Versorgungsqualität weiterzuentwickeln und den Einsatz von Instrumenten wie Patient Reported Experience Measures (PREMs) und Patient Reported Outcome Measures (PROMs) zu stärken.

In zwei thematischen Sessions werden aktuelle Fragestellungen behandelt: Während die erste Session „Bedarfsgerechte Versorgung – eine Utopie?" die Erfassung von Versorgungsbedarfen und die Verzahnung von Leitlinienempfehlungen mit empirischen Daten beleuchtet, widmet sich die zweite Session „Vom Falschen zu viel und vom Richtigen zu wenig – wie werden wir besser?" den Hürden in der Versorgungspraxis und der optimalen Verteilung von Ressourcen. Dabei werden auch erfolgreiche Modelle und Best Practices aus der Praxis vorgestellt. Neben Keynotes renommierter Expert:innen wie Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Prof. Dr. Reinhard Busse und Prof. Dr. Jürgen Gallinat bietet das Symposium Raum für Vorträge, Diskussionen und einen E-Posterwalk, bei dem innovative Projekte aus Versorgungsforschung und Public Health präsentiert werden.

Die Teilnahme am Symposium ist kostenfrei und wird von der Hamburger Ärztekammer und der Hamburger Psychotherapeutenkammer akkreditiert. Die Anmeldung ist bis zum 12. Juni 2026 möglich. Die Einreichung von Abstracts und Postern ist bis zum 15. März 2026 bzw. 1. Juni 2026 möglich. Das Symposium richtet sich an Forschende, Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Vertreter:innen des öffentlichen Gesundheitswesens und alle, die sich für eine evidenzbasierte und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung engagieren. Es bietet eine ideale Gelegenheit zum Austausch und zur Vernetzung und trägt dazu bei, die Versorgungspraxis nachhaltig zu verbessern. <<

News

>> Anmeldung zur Arbeitstagung AG Qualitative Methoden am 29. Mai 2026 möglich

Ab dem 13. März können sich alle Interessierten zur Arbeitstagung Qualitative Methoden anmelden. Die Veranstaltung der AG Qualitative Methoden im DNVF findet am 29. Mai von 9:00 bis 15:00 Uhr online statt und ist kostenfrei. Neben zwei Plenarvorträgen bietet ein World-Café-ähnliches Format die Möglichkeit, sich zu aktuellen Themen der qualitativen Versorgungsforschung auszutauschen. Die Arbeitstagung richtet sich sowohl an Neueinsteiger:innen als auch an Fortgeschrittene im Bereich der qualitativen Versorgungsforschung.

>> DNVF-Vorsitzender Prof. Hoffmann im Titelinterview dieser MVF-Ausgabe

Prof. Hoffmann spricht in diesem Interview über Wege aus der Transfersackgasse. Lesen Sie das Interview mit dem MVF-Expertenpanel ab Seite 6 ff.

DNVF

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

E-Mail: info@dnvf.de

Prof. Dr. rer nat. Hendrik Annuth
Mirko Oest BSc
Umut Kurucay BSc
Dr. rer. pol. Heiko Friedel
Mika Santoro BSc
Finn Mertens BSc
Dr. rer. oec. Katja Gehrke

Advanced Analytics in der GKV

KI-gestützte Analyse von Abrechnungsdaten zur Versorgungsoptimierung

Zusammenfassung

Einleitung: Multimorbidität stellt die Versorgung vor Herausforderungen, da komplexe Krankheitsverläufe mit klassischen Verfahren eingeschränkt abgebildet werden. Das Projekt untersucht am Beispiel Diabetes, wie KI-Verfahren in anonymisierten GKV-Routinedaten Patientengruppen sichtbar machen können. Ziel ist eine Beschreibung von Morbiditätsmustern, um Ausreißer und komplexe Versorgungskonstellationen zu erkennen.

Methoden: Verwendet wurden anonymisierte longitudinale GKV-Daten mit ICD-Diagnosen, ATC-Arzneimittelverordnungen, Kostenangaben und soziodemografischen Merkmalen. Die Daten wurden mit neuronalen Netzen in Vektoren überführt. Eingesetzt wurden Embeddings, HDBSCAN, UMAP sowie Pattern-Mining und die Analyse der Vektorvarianz.

Ergebnisse: Die Auswertung zeigt, dass sich multimorbide Patientengruppen differenziert beschreiben lassen. Sichtbar wurden Zusammenhänge zwischen Krankheitsmustern, Ressourcenverbrauch sowie stabilen und dynamischen Verläufen.

Diskussion: Die Ergebnisse verdeutlichen das Potenzial KI-gestützter Analysen und eröffnet neue Ansätze für die Weiterentwicklung der Versorgungsforschung und eine gezieltere Steuerung.

Schlüsselwörter

KI-Verfahren, GKV-Routinedaten, AI-basierte Versorgungsforschung

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2813

Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen bilden eine essenzielle Ressource für die Versorgungsforschung, da sie anonymisiert, sektorenübergreifend und standardisiert vorliegen. Traditionelle statistische Analyseverfahren bieten bei steigender Komplexität und Umfang der Daten Vorteile bei der Exploration der Daten. Allein in Deutschland werden jährlich etwa 3,17 Milliarden Diagnosen dokumentiert (Barmer 2024), ergänzt durch weitere umfangreiche Gesundheitsdaten wie Medikations-, Operations- und Abrechnungsinformationen. Künstliche Intelligenz (KI) erweitert – im maschinellen Lernen und mit etablierten statistischen Verfahren – die Analysemöglichkeiten, indem sie nichtlineare Zusammenhänge in großen, vielfältigen Daten erfasst. Praktisch zeigt sich das bei ICD-/ATC-Codes mit sehr vielen Ausprägungen: kompakte, gelernte Zahlenrepräsentationen (Embeddings) verdichten die Kataloge bzw. Codes zu aussagekräftigen Merkmalen und nutzen Ähnlichkeiten sowie Verlaufsinformation. Klassische Alternativen existieren, verlangen jedoch mehr explizite Strukturannahmen und Implementationsaufwand. KI-gestützte Modelle können dadurch eine höhere Prognosegüte erzielen und zusätzliche Perspektiven, z. B. für gezielte Interventionsprogramme zur Vermeidung unnötiger Gesundheitsausgaben, eröffnen. Dabei ersetzt KI keineswegs medizinische Expertise, sondern erweitert diese gezielt um datengetriebene Erkenntnisse und Hypothesengenerierung. Ziel dieses Projektes war es, mithilfe moderner KI-Methoden multimorbide Versicherte systematisch zu identifizieren, bei denen die eigentliche Grunderkrankung durch weitere Erkrankungen oder komplexe Krankheitskombinationen überlagert wird. Durch die longitudinale Kombination von Kosten und Daten zu Inanspruchnahmen sollen Ausreißer erkannt und differenzierte Krankheitsprofile erstellt werden.

>> Für diese Studie wurde ein anonymisierter, für Analysezwecke aufbereiteter Auszug aus longitudinalen deutschen Versichertendaten verwendet. Eingeschlossen wurden dabei Versicherte, bei denen im ersten Quartal 2019 (Indexquartal) eine gesicherte Diagnose von Diabetes mellitus Typ 2 (ICD-10: E11) ambulant oder stationär dokumentiert war. Weiteres Kriterium war, dass sie anschließend entweder mindestens 15 Quartale durchgehend versichert und nachbeobachtbar waren oder im Beobachtungszeitraum (16 Quartale, 01.01.2019 bis 31.12.2022) verstarben.

Für jeden Versicherten wurden quartalsweise soziodemografische Merkmale (Alter, Geschlecht, Sterbedatum), Kosten- und Inanspruchnahmedaten, alle kodierten Diagnosen (ICD-10) sowie Verordnungen (ATC-Codes) extrahiert. Die Kostendaten umfassten ambulante und stationäre Leistungen, Arzneimittel sowie sonstige Leistungen. Die Inanspruchnahme wurde anhand der Anzahl der Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte, Hospitalisierungstage und verordneten Arzneimittel pro Quartal erfasst.

Die Abrechnungsdaten enthielten alle pro Quartal bis zu fünfstelligen ICD-10- sowie ATC-Codes, wobei Dubletten entfernt wurden. Die Datenaufbereitung und -reduktion erfolgte mit dem Ziel, die Analysedaten und Modelle kompatibel zum neuen Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ) zu gestalten und so künftige Forschungsprojekte mit sensiblen Gesundheitsdaten zu ermöglichen.

Design und Methodik

Das methodische Vorgehen dieser Studie verbindet moderne Verfahren des maschinellen Lernens mit klassischen Ansätzen der Statistik, um komplexe Krankheitsverläufe bei Diabetes mellitus differenziert abzubilden. Die einzelnen Schritte des Analysemodells sind in Abbildung 1 schematisch dargestellt:

Zunächst werden die kodierten Diagnosen (ICD-Codes) und Verordnungen (ATC-Codes) aus den Abrechnungsdaten für jeden Versicherten aggregiert. Anschließend werden diese aggregierten Codes in ausschließlich numerische Werte (Embeddings) transformiert, wodurch die ursprünglich kategorialen Angaben für maschinelle Lernverfahren nutzbar werden. Darüber hinaus erfolgen Vector Embeddings, d. h. eine numerische Darstellung der Daten, die die Bedeutung bzw. Merkmale der Versicherten als Punkte in einem

mehrdimensionalen Raum erfassen. Dadurch können Informationen wie Kosten-, Inanspruchnahme- und soziodemografische Daten (Alter und Geschlecht) zu einem umfassenden multimodalen Vektor kombiniert werden (Pezeshkpour/Chen 2018).

Schlussendlich werden verschiedene Embedding-Verfahren genutzt, etwa Doc2Vec und Transformer-Modelle, trainiert und anhand von Qualitätsmetriken verglichen, um die leistungsfähigste Variante für die weitere Analyse zu ermitteln.

Abbildung 1 illustriert diese methodische Pipeline – von der Datenaufbereitung über die Transformation und Evaluierung der Embeddings, das multimodale Feature Engineering, bis zur Clusterbildung und Analyse der Krankheitsverläufe.

Zunächst werden die Versichertenprofile auf Quartalsebene geclustert, anschließend werden die zeitlichen Entwicklungen durch ein zweistufiges Clustering abgebildet. Abschließend erfolgt die Analyse der resultierenden Versichertengruppen, um typische Verläufe, Risikoprofile und auffällige Muster zu identifizieren (Abb. 1).

Übersicht der methodischen Schritte von der Datenaufbereitung bis zur Clusteranalyse

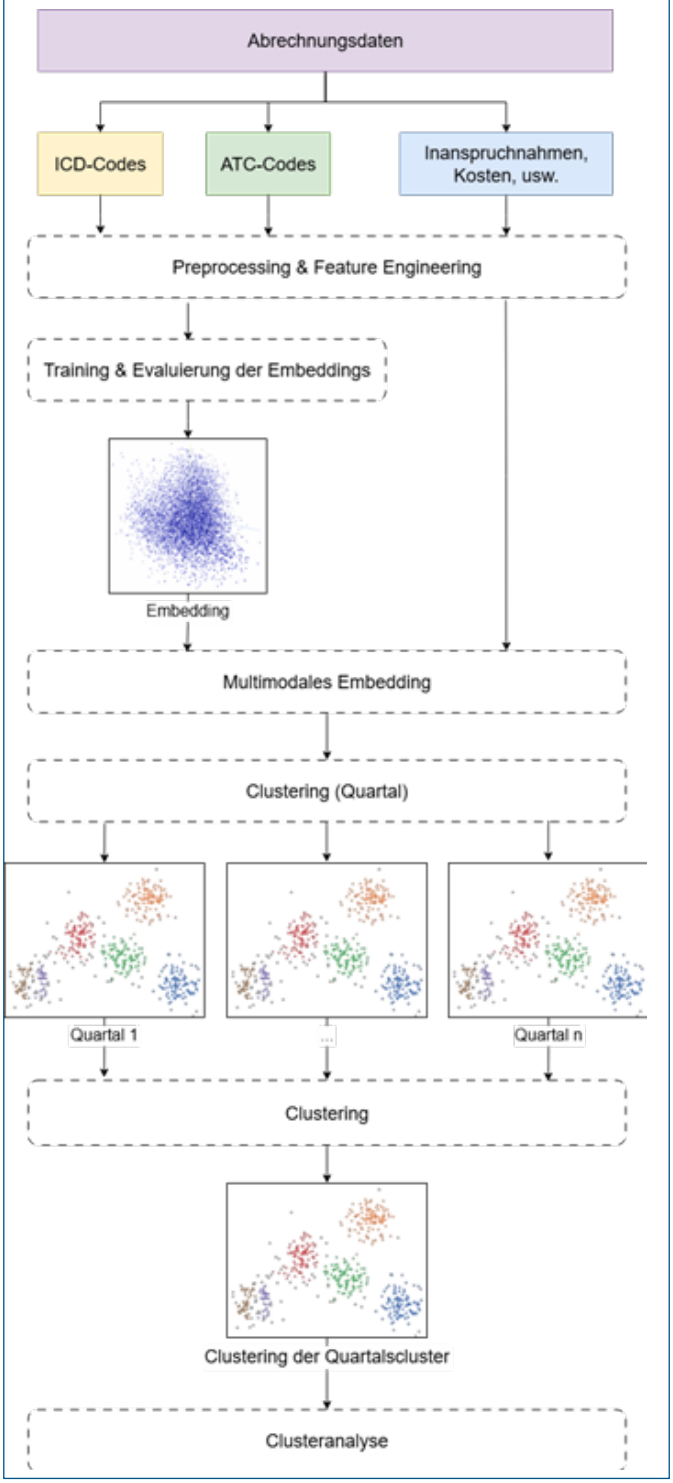


Abb. 1: Übersicht der methodischen Schritte von der Datenaufbereitung bis zur Clusteranalyse. Eigene Darstellung.

Datenaufbereitung und Feature Engineering

Die für diese Studie verwendeten Abrechnungsdaten bestehen überwiegend aus nichtnumerischen, variierenden ICD- und ATC-Codes. Damit diese Daten für maschinelle Lernverfahren genutzt werden können, ist eine numerische Repräsentation fester Größe erforderlich, die die klinische Bedeutung und Zusammenhänge zwischen den Codes erhält (Pezeshkpour/Chen 2018). Dafür werden alle über 16 Quartale dokumentierten ICD- und ATC-Codes je Versicherten aggregiert. Das resultierende Profil umfasst sämtliche Diagnosen und Medikationen der letzten vier Jahre und bildet durch wiederholtes Auftreten chronische oder persistierende Erkrankungen ab (Steiger/Kroll 2023).

Durch Verwendung der o. g. Embeddings liegen Versicherte mit ähnlichen Krankheitsbildern auch im Zahlenraum eng beieinander. Damit lassen sich sowohl klinische Ähnlichkeiten als auch Wechselwirkungen zwischen Diagnosen und Medikamenten abbilden (Abb. 2).

Für die Embedding-Erzeugung wird das bewährte Doc2Vec-Modell genutzt, das bereits erfolgreich auf Versichertendaten angewendet wurde (Le/Mikolov 2014; Steiger/Kroll 2023). Eingesetzt wird die DBOW-Variante, bei der das gemeinsame Auftreten von Codes – nicht deren Reihenfolge – im Mittelpunkt steht.

Für die Feinabstimmung der Modellparameter kommt eine Bayesian Optimization zum Einsatz (Frazier 2018). Zur Bewertung der Embedding-Qualität dient der Rank Match Score (RMS), der misst, wie gut das Modell diagnostisch ähnliche Patienten im numerischen Raum korrekt gruppiert (Taskesen 2025; Kendall 1938). Die Berechnung erfolgt durch Vergleich der räumlichen Distanz im Embedding-Space mit der Ähnlichkeit, etwa mittels Jaccard-Koeffizient. Zusätzlich wird ein vortrainiertes Pat2Vec-Modell (Steiger/Kroll 2023) für den aktuellen Datensatz angepasst und gegen das eigene Modell validiert.

Das Ergebnis ist ein multimodaler Vektor pro Versicherten, der medizinische, demografische und versorgungsbezogene Merkmale integriert und als Grundlage für alle weiteren Analysen dient.

Evaluierung der Embeddings

Die Qualität der erzeugten ICD- und ATC-Code-Embeddings wurde durch verschiedene komplementäre Methoden überprüft, um sowohl die interne Struktur als auch den praktischen Nutzen der Embeddings zu beurteilen. Die Evaluierung basierte auf einer großen Ko-

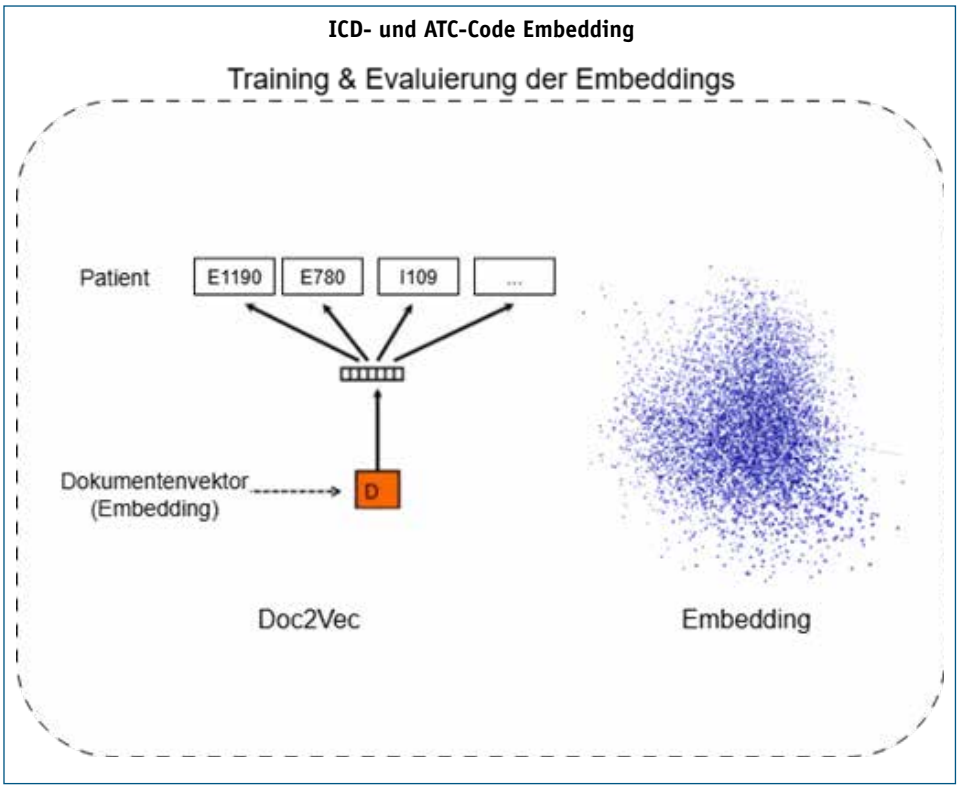


Abb. 2: ICD- und ATC-Code-Embedding. Eigene Darstellung.

horte von 341.887 Patienten, für die sämtliche ICD- und ATC-Codes über 16 Quartale analysiert wurden. Untersucht wurden sowohl Embeddings, die ausschließlich ICD-Codes abbilden, als auch solche, die ICD- und ATC-Codes gemeinsam abbilden.

Im Rahmen der intrinsischen Evaluierung wurde geprüft, wie gut die Embeddings die inhaltliche Nähe zwischen medizinischen Codes und Versichertenprofilen widerspiegeln. Hierbei kam der Neighborhood Overlap Score zum Einsatz, der misst, inwieweit Nachbarschaften im Embedding-Raum den klinischen Ähnlichkeiten entsprechen. Der Wert reicht von 0 (keine Übereinstimmung) bis 1 (perfekte Übereinstimmung); höhere Werte sprechen für eine bessere semantische Konsistenz (Chen/Buja 2009; Lin/Smith 2019; Flexer 2015).

Für die extrinsische Evaluierung wird geprüft, ob die Repräsentationen der Daten tatsächlich in praktischen Anwendungsszenarien helfen. Als prototypische Aufgabe wurde hier die Vorhersage des Geschlechts eines Patienten (Klassifikation) und die aggregierten Gesundheitskosten (Regression) gewählt. Diese wurden dann jeweils mit einem klassischen Random-Forest-Ansatz vorhergesagt. Der Zweck dieser Betrachtung ist der Erhalt der wesentlichen Informationen innerhalb der Daten nach dem Embedding. Die Modellgüte wurde für das Geschlecht durch Accuracy und AUROC bewertet (Steiger/Kroll 2023), wofür das Regressionsmodell Mean Absolute Error (MAE) und R^2 als Bewertungsgrößen genutzt wurden (Steiger/Kroll 2023). Ein niedriger MAE und hoher R^2-Wert sprechen für eine gute Modellqualität und hochwertige Embeddings.

Durch die Kombination dieser intrinsischen und extrinsischen Bewertungsverfahren konnte sowohl die interne Struktur als auch die praktische Anwendbarkeit der Embeddings umfassend geprüft werden.

Zweistufiges Clustering der multimodalen Embeddings

Das Clustering der multimodalen Versicherten-Embeddings erfolgte in einem zweistufigen Verfahren, um sowohl Einzelzeitpunkte als auch die zeitliche Entwicklung der Patientenverläufe zu berücksichtigen. In der ersten Stufe wurden die individuellen Embeddings der Versicherten für jedes Quartal separat mittels HDBSCAN (Hierarchical Density-Based Spatial Clustering of Applications with Noise) gruppiert. Es handelt sich um ein dichtebasiertes Clustering-Verfahren, das Gruppen (Cluster) von Datenpunkten identifiziert, ohne dass die Anzahl der Cluster vorher festgelegt werden muss. Zur besseren Strukturierung der hochdimensionalen Daten wurde zuvor UMAP (Uniform Manifold Approximation and Projection) als nichtlinearer Algorithmus zur Dimensionsreduktion eingesetzt (Steiger/Kroll 2023; Malzer/Baum 2021). In der zweiten Stufe wurden die über alle Quartale hinweg ermittelten Clusterzuordnungen eines Patienten zu einem Trajektorien-Vektor (zeitlicher Verlauf eines Objekts oder Systems durch den Raum) zusammengefasst, bei dem jede Dimension ein Quartal repräsentiert. Diese Vektoren wurden erneut mit HDBSCAN, diesmal ohne UMAP, unter Verwendung der Hamming-Distanz geclustert, da sie Unterschiede in kategorialen Werten optimal abbildet (Allaoui/Kherfi 2020).

Dieses zweistufige Clustering ermöglicht es, nicht nur Momentaufnahmen zu analysieren, sondern auch die Dynamik und Entwicklung von Krankheits- und Versichertenpfaden über den Beobachtungszeitraum hinweg differenziert abzubilden und Versichertengruppen mit ähnlichen Verlaufsmustern gezielt zu identifizieren.

Clusteranalyse

Um die charakteristischen Merkmale für die Zuordnung eines Versicherten zu einem bestimmten Cluster zu identifizieren, wurde eine umfassende Clusteranalyse durchgeführt. Ziel war es, die Versichertengruppen klar voneinander abzugrenzen und für jedes Cluster ein eigenständiges Profil hinsichtlich Krankheitslast, Versorgung und Ressourcenverbrauch zu erarbeiten.

Das Embedding der Versichertendaten war hierbei zentral, da es die Vielzahl nichtnumerischer Merkmale in eine vergleichbare numerische Form überführt und gleichzeitig die semantischen Zusammenhänge zwischen Diagnosen und Medikationen bewahrt. Erst dadurch war eine sinnvolle Gruppierung auf Basis komplexer medizinischer Muster möglich.

Für quantitative Merkmale wie Kosten und Inanspruchnahme wurden klassische deskriptive Statistiken wie Mittelwert und Standardabweichung berechnet, um die Verteilung innerhalb der Cluster zu analysieren und typische Versorgungsprofile zu erkennen. Für

die zahlreichen diagnostischen Merkmale (ICD- und ATC-Codes), die oft in komplexen Kombinationen auftreten, kam Pattern-Mining zum Einsatz (Heaton 2017). Dadurch ließen sich sowohl häufige Einzelcodes als auch charakteristische Kombinationen und Muster innerhalb der Cluster identifizieren. So konnte beispielsweise ein Cluster durch das gehäufte gemeinsame Auftreten von Diabetes (ICD E11), Hypertonie (ICD I10) und bestimmten Lipidsenker-Verordnungen (ATC C10AA) charakterisiert werden. Der Vergleich solcher Muster zwischen den Clustern ermöglichte die Ableitung clusterspezifischer Krankheits- und/oder Medikationsprofile.

Zur weitergehenden Charakterisierung wurde die sogenannte Vektorvarianz berechnet. Sie misst die durchschnittliche Streuung der Merkmalsvektoren eines Patienten über alle betrachteten Quartale. Eine geringe Varianz steht für stabile, gleichbleibende Krankheitsverläufe, während eine hohe Varianz auf dynamische oder wechselhafte Verläufe und Therapieansätze hindeutet.

Übersicht der Leistungsmetriken aller getesteten Embeddings

Metrik/Modell	Overlap Score	Klassifikation Accuracy	Klassifikation AUC	Regression MAE	R^2
Random/ Referenzmodell	0,53	0,54	0,50	22.626	0,00
Pat2Vec	0,61	0,77	0,84	18.831	0,20
Doc2Vec Dim 60	0,62	0,82	0,89	19.502	0,27
Custom BERT	0,69	0,82	0,90	18.295	0,26

Tab. 1: Übersicht der Leistungsmetriken aller getesteten Embeddings. Hinweis: MAE: niedriger ist besser; alle übrigen Metriken: höher ist besser. Eigene Darstellung.

Ergebnisse

Die Analysen ermöglichten eine differenzierte Charakterisierung von Diabetespatienten und legten komplexe Muster ihrer Krankheitsverläufe, Komorbiditäten und Ressourceninanspruchnahme offen. Die Ergebnisse betreffen die Evaluation der Embedding-Modelle, die Beschreibung der identifizierten Patientengruppen durch Clustering sowie die Analyse charakteristischer medizinischer Muster.

Modellentwicklung und Evaluierung der Patienten-Embeddings

Zur Umwandlung der komplexen, nichtnumerischen Patientendaten (ICD- und ATC-Codes) wurden verschiedene Embedding-Ansätze entwickelt und verglichen, darunter das Referenzmodell Pat2Vec, ein zufallsbasiertes Nullmodell, mehrere Doc2Vec-Varianten (inklusive ICD-only- und hochdimensionalen Modellen) sowie ein eigens trainiertes Transformer-Modell (Custom BERT). Die Leistungsbewertung erfolgte anhand von Metriken wie Overlap Score, Klassifikationsgenauigkeit (Accuracy), AUROC, mittlerer absoluter Fehler (MAE) und Bestimmtheitsmaß (R^2).

Das Referenzmodell zeigte die schwächsten Ergebnisse (Overlap Score 0,53; Accuracy 54%; AUROC 0,50; MAE 22.626 Euro; R^2 0,00). Das Pat2Vec-Modell war mit Overlap Score 0,61, Accuracy 77 %, AUROC 0,84, MAE 18.831 Euro und R^2 0,20 bereits deutlich besser. Die größte Doc2Vec-Variante (60 Dimensionen) erzielte eine Accuracy von 82%, AUROC 0,89, Overlap Score 0,62, MAE 19.502 Euro und mit R^2 0,27 den höchsten Wert aller Modelle. Das Custom BERT-Modell übertraf mit Overlap Score 0,69, Accuracy 82%, AUROC 0,90, MAE 18.295 Euro und R^2 0,26 alle anderen Modelle.

Insgesamt zeigte das Transformer-Modell (Islam/Saidul 2023) die beste Performance über alle Qualitätsmetriken hinweg, insbesondere bei der Klassifikation des Patientengeschlechts und der Kostenprognose. Auch der Overlap Score, der die Fähigkeit zur Gruppierung ähnlicher Patienten misst, war hier am höchsten. Das Pat2Vec-Modell diente als Referenz für die Grundvalidierung des Ansatzes, aber die Experimente mit modernen Embedding-Methoden verdeutlichen das Potenzial der Transformer-Technologie für noch präzisere Analysen und verbesserte Clustering-Ergebnisse (Tab. 1).

Patientencharakterisierung durch Clustering-Analyse

Die auf den multimodalen Embeddings basierende, zweistufige HDBSCAN-Clusteranalyse identifizierte innerhalb der Kohorte von über 340.000 Diabetikern insgesamt 14 Cluster. Die sieben aussagekräftigsten Cluster lassen sich in fünf Hauptgruppen einteilen: Cluster mit stabilem Diabetesverlauf, Hochrisikocluster, Cluster mit hoher Multimorbidität und Mortalität, Cluster hoher Arzneimittelkosten sowie in ein großes Cluster mit hoher Variabilität.

Die beiden größten Cluster (7 und 13) umfassen etwa 131.000 Patienten mit stabilem Diabetesverlauf, niedrigem Durchschnittsalter (68 bzw. 65 Jahre), eher geringer Vektorvarianz, sehr niedrigen Kosten (600 Euro pro Jahr) und 100% Überlebensrate. Die Hochrisikocluster 9 und 10 beinhalten ca. 14.000 Patienten mit deutlich höherem Alter (79 bzw. 81 Jahre), hoher Mortalität (nur 18% bzw. 4% Überlebende), vergleichsweise langen Krankenhausaufenthalten (10,5 bzw. 12,1 Tage) und höchsten Kosten (8.600 bzw. 10.100 Euro). Das Cluster 4 (17.000 Patienten, Alter 81) steht für hohe Multimorbidität und mittlere Mortalität (54% Überlebende). Das Cluster 1 (ca. 3.900 Patienten) ist durch besonders hohe Arzneimittelausgaben auffällig. Der Subpopulation mit hoher Variabilität (–1) mit 133.000 Patienten weist eine relativ hohe Vektorvarianz (13,5), ein mittleres Alter (72 Jahre), heterogene Krankheitsverläufe und eine Überlebensrate von 87% auf. Insgesamt zeigt sich eine große Heterogenität in der Diabetikerpopulation, wobei eher stabile, hochkomplexe und instabile Verläufe ebenso wie besondere „Ausreißergruppen" datenbasiert identifiziert werden können.

Eine niedrige Vektorvarianz weist darauf hin, dass die Werte innerhalb des Vektorraums nur geringe Abweichungen vom Mittelwert zeigen. Dies bedeutet, dass die Vektorkomponenten eng um den Mittelwert gruppiert sind und nur eine geringe Dispersion, also Streuung, aufweisen.

Medizinische Muster und charakteristische Krankheitskombinationen:

Die detaillierte Clusteranalyse ermöglichte die Identifikation häufiger und spezifischer ICD- und ATC-Code-Kombinationen. Besonders bei typischen Diabetikern (Cluster 7 und 13) trat die bekannte Trias aus Diabetes mellitus Typ 2 (E11.9), essenzieller Hypertonie (I10.9) und reiner Hypercholesterinämie (E78.0) auf. Weitere Kombinationen wie Diabetes mit Hyperlipidämie (E78.5)

Beschreibung der aussagekräftigsten Cluster (Auszug 7 von 14)							
Gruppe	**Stabiler Diabetesverlauf**		**Hochrisiko-Cluster**		**Hohe Multimorbidität/ Mortalität**	**Hohe Arzneimittelkosten**	**Subpopulation mit hoher Variabilität**
Cluster	7	13	9	10	4	1	-1
Patientenanzahl (Tsd.)	60	71	6	8	17	4	133
Altersdurchschnitt	68	65	79	81	81	69	72
Anteil lebendig	1	1	0,18	0,04	0,54	1	0,87
Vektorvarianz	6,6	6,2	21	0,8	11,4	11,3	13,5
KH-Tage Ø	0,1	0,1	10,5	12,1	1,9	1,7	2,7
Gesamtkosten Ø (Tsd.)	**0,6**	**0,6**	**8,6**	**10,1**	**2,6**	**2,7**	**3,4**

Tab. 2: Beschreibung der aussagekräftigsten Cluster (Auszug 7 von 14). Eigene Darstellung.

und Hyperurikämie (E79.0) wiesen auf das metabolische Syndrom hin (Alberti et al. 2009). Daneben waren Komorbiditäten wie Gonarthrose (M17.9), atherosklerotische Herzkrankheit (I25.1) (Zhang et al. 2016), Presbyopie (H52.2) und Astigmatismus (H52.4) typisch (Klein/Klein 1997). In den Hochrisikoclustern wurden seltene, aber klinisch besonders relevante Konstellationen gefunden, etwa Diabetes in Kombination mit Hypokaliämie (E87.6) und akuter respiratorischer Insuffizienz (J96.0), mit Linksherzinsuffizienz (I50.1) und akutem Nierenversagen (N17.9) oder akuter Blutungsanämie (D62) mit Diabetes und Hypertonie.

Diese Ergebnisse zeigen, dass die KI-gestützte Analyse von Abrechnungsdaten sowohl typische als auch seltene und klinisch bedeutsame Muster datenbasiert erfassen kann – eine wesentliche Grundlage für gezielte Versorgungs- und Interventionsstrategien.

Diskussion und Anwendungsbedeutung

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass moderne KI-basierte Methoden erstmals ermöglichen, große Routinedatenbestände wie GKV-Abrechnungsdaten datengetrieben und ohne die Notwendigkeit der Integration etwa klinischer Daten differenziert auszuwerten. Durch die Kombination von Kosten-, Inanspruchnahmedaten einschließlich Diagnosen und verschriebenen Arzneimitteln in multimodalen Feature-Embeddings sowie einen zweistufigen Clustering-Ansatz wurde ein innovatives Verfahren zur Identifikation von Versichertenmustern entwickelt. Besonders dort, wo klinische Zusatzinformationen fehlen, eröffnet dieses Vorgehen neue Möglichkeiten für Auswertung und Steuerung der Versorgung. Die Methode eignet sich sowohl zur Identifikation von Besonderheiten in den Versichertenprofilen und komplexen Patientenverläufen als auch zur Charakterisierung typischer Krankheitsverläufe über die Zeit.

Das Verfahren kann epidemiologische Studien verbessern, indem Verzerrungen durch überlagernde Erkrankungen berücksichtigt werden. Darüber hinaus könnte man durch diese Art der Segmentierung gezielte Zu- und Abschläge im Morbi-RSA berücksichtigen. Oder Krankenkassen könnten den Algorithmus intern verwenden, um passgenauere Angebote für die Versicherten zu formulieren. Letzteres setzt allerdings voraus, dass GKV-Abrechnungsdaten schneller als bislang für Auswertungen zur Verfügung stehen. Gleichzeitig zeigt sich, dass die datengetriebene Identifikation von unterschiedlichen Versichertenprofilen von einer stärkeren Integration medizinischen Expertenwissens profitieren würde. Die Entwicklung von Referenzdatensätzen, in denen „Ausreißer" und typische Patienten fachlich klassifiziert sind, könnte die Aussagekraft künftiger Analysen und Klassifikationsmodelle weiter erhöhen.

Fazit

Das Projekt belegt, wie KI-gestützte Methoden genutzt werden können, um in Routinedaten komplexe multimorbide Patientengruppen zu identifizieren, deren Grunderkrankung durch andere Diagnosen oder Krankheitskombinationen überdeckt ist. Grundlage bildeten quartalsbezogene Diagnosen (ICD-Codes) und Arzneimittelverordnungen (ATC-Codes), die mittels neuronaler Netze in numerische Embeddings transformiert wurden. Diese Vektoren

Literatur

1. BARMER Ersatzkasse. Arztreport 2024. Wuppertal: BARMER; 2024. S. 74. Verfügbar unter: https://www.barmer.de/resource/blob/1255894/d58c1bd7c1a99c78a54d410c490920c8/dl-arztreport-2024-data.pdf#page=74. Zugegriffen: 19. Jun. 2025.
2. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Stand: 2. Quartal 2025 [Internet]. 2025. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/html/ebm.php. Zugegriffen: 19. Jun. 2025.
3. Alberti et al. (2009): Harmonizing the Metabolic Syndrome. Circulation.
4. Klein R, Klein BE. "Diabetic eye disease." Lancet. 1997;350 Suppl 1:SII20-3.
5. Zhang et al. (2016): Association between diabetes mellitus and osteoarthritis: systematic review and meta-analysis. Osteoarthritis Cartilage.
6. Pezeshkpour et al. (2018): Embedding Multimodal Relational Data for Knowledge Base Completion. University of California, Irvine.
7. Le & Mikolov (2014): Distributed Representations of Sentences and Documents. Google Inc.
8. Frazier (2018): A Tutorial on Bayesian Optimization.
9. Taskesen (2025): K-Nearest-Rank Scores: A Tool for Local Structure Analysis in Embeddings. Data Science Collective, Medium.
10. Kendall (1938): A New Measure of Rank Correlation. Biometrika, Volume 30, Issue 1-2, Pages 81–93.
11. Malzer & Baum (2021): A Hybrid Approach To Hierarchical Density-based Cluster Selection.
12. Steiger & Kroll (2023): Patient Embeddings From Diagnosis Codes for Health Care Prediction Tasks: Pat2Vec Machine Learning Framework.
13. Allaoui et al. (2020): Considerably Improving Clustering Algorithms Using UMAP Dimensionality Reduction Technique: A Comparative Study.
14. Heaton (2017): Comparing Dataset Characteristics that Favor the Apriori, Eclat or FP-Growth Frequent Itemset Mining Algorithms. College of Engineering and Computing.
15. Chen & Buja (2009): Local Multidimensional Scaling for Nonlinear Dimension Reduction, Graph Drawing, and Proximity Analysis. Journal of the American Statistical Association.
16. Lin & Smith (2019): Situating Sentence Embedders with Nearest Neighbor Overlap (N2O).
17. Flexer (2015): Improving Visualization of High-Dimensional Music Similarity Spaces.
18. Islam et al. (2023): A Comprehensive Survey on Applications of Transformers for Deep Learning Tasks.

ermöglichen die datenbasierte Gruppierung von Patienten und die Analyse von Beziehungen zwischen medizinischen Merkmalen und Ressourcenverbrauch.

Das zweistufige HDBSCAN-Clustering – ergänzt durch UMAP – erfasst nicht nur Momentaufnahmen, sondern auch zeitliche Verläufe. Die Integration von Pattern-Mining und die Bewertung der Vektorvarianz liefern zusätzliche Erkenntnisse über die Stabilität oder Dynamik von Krankheitsbildern innerhalb der Cluster. Die Ergebnisse zeigen, dass KI-gestützte Analysen anonymisierter Abrechnungsdaten effektiv zur Identifikation von Ausreißern und komplexen Versorgungskonstellationen beitragen können. Die Methodik bietet einen Rahmen zur datenbasierten Weiterentwicklung der Versorgungsforschung und -steuerung und bildet die Grundlage für zukünftige Arbeiten, in denen durch gezielte Integration von Expertenwissen und weiteren Kontextdaten die praktische Relevanz noch weiter gesteigert werden kann. <<

Advanced analytics in the Statutory Health Insurance system: AI-supported analysis of billing data for healthcare optimization

Introduction: Multimorbidity poses challenges for healthcare delivery, as traditional methods have limited ability to capture complex disease trajectories. Using diabetes as a case study, this project investigates how AI methods can identify patient groups within anonymized routine statutory health insurance data. The goal is to describe patterns of morbidity in order to identify outliers and complex care constellations.

Methods: We used anonymized longitudinal statutory health insurance data including ICD diagnoses, ATC drug prescriptions, cost data, and sociodemographic characteristics. The data were converted into vectors using neural networks. We employed embeddings, HDBSCAN, UMAP, pattern mining, and vector variance analysis.

Results: The analysis shows that multimorbid patient groups can be described in a differentiated manner. Correlations became apparent between disease patterns, resource utilization, and stable and dynamic disease courses.

Discussion: The results highlight the potential of AI-supported analyses and open up new approaches for the further development of health services research and more targeted management.

Keywords

AI-methods, SHI-billing data, AI-based healthcare research

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenskonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Annuth et al.: „Advanced Analytics in der GKV: KI-gestützte Analyse von Abrechnungsdaten zur Versorgungsoptimierung", in: „Monitor Versorgungsforschung" (02/26), S. 57–63. http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2813

Prof. Dr. rer nat. Hendrik Annuth ORCID: 0009-0007-1797-8063



übernahm 2020 den Lehrstuhl für Data Science & Artificial Intelligence an der Fachhochschule Wedel und lehrt die Veranstaltungen Data Literacy, Exploratory Data Analysis, Machine Learning und Deep Learning. Er ist Studiengangsleiter sowohl für den Bachelor- als auch den Masterstudiengang und betreut im Rahmen seiner Lehrtätigkeit zahlreiche praxisrelevante Studienprojekte. Kontakt: Hendrik.Annuth@fh-wedel.de

Mirko Oest BSc ORCID: 0009-0000-3532-2737



hat einen Bachelorabschluss im Studiengang Wirtschaftsingenieurwesen an der FH Wedel. Er setzt sein Studium im Masterprogramm „Data Science & Artificial Intelligence" an derselben Hochschule fort. Seine akademische Laufbahn verbindet ingenieurwissenschaftliches Know-how mit modernen datenwissenschaftlichen Methoden. Kontakt: MirkoOest@googlemail.com

Umut Kurucay BSc ORCID: 0009-0004-3543-0227



ist dualer Masterstudent bei Airbus mit Fokus auf datenbasierte Anwendungen in der Luftfahrt. Davor war er als .NET-Entwickler bei best4bps tätig und absolvierte ein duales Bachelorstudium bei der Deutschen Telekom mit dem Schwerpunkt auf Prozessautomatisierung. Er studierte Wirtschaftsinformatik an der FHDW Bielefeld und befindet sich aktuell im Masterstudium „Künstliche Intelligenz & Data Science" an der FH Wedel. Kontakt: hello@umutkurucay.com

Dr. rer. pol. Heiko Friedel



ist im Bereich der Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie tätig. Er ist u. a. verantwortlich für die Durchführung von wissenschaftlichen Studien und Projekten sowie für Gutachten zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit verschiedener Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen.
Kontakt: Heiko.Friedel@teamgesundheit.de

Mika Santoro BSc ORCID: 0009-0003-5631-5423



ist dualer Masterstudent bei Airbus. Davor absolvierte er ein duales Bachelorstudium bei Hewlett Packard Enterprise (HPE) mit der Vertiefung „Computational Data Science". Er studierte Informatik an der DHBW Stuttgart und befindet sich aktuell im Masterstudiengang „Data Science & Artificial Intelligence" an der FH Wedel.
Kontakt: Mika.Santoro@gmail.com

Finn Mertens BSc ORCID: 0009-0003-8124-7856



ist Masterstudent im Bereich Informatik an der Fachhochschule Wedel. Außerdem ist er werkstudentisch als Software Developer bei adesso SE tätig. Zuvor arbeitete er als Werkstudent bei der Software Quality Assurance bei Diebold Nixdorf und als IT Security Consultant bei KPMG.
Kontakt: inf103461@stud.fh-wedel.de

Dr. rer. oec. Katja Gehrke ORCID: 0000-0001-5516-457X



ist Geschäftsführende Wissenschaftlerin des Instituts für deskriptive Gesundheitsdatenanalyse (DGDA). Davor arbeitete sie in leitender Funktion beim Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, u. a. mit dem Fokus Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung sowie Strategie und Marktzugang. Sie studierte Volkswirtschaftslehre und war am Lehrstuhl für Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie der TU Berlin und an der L'Université libre de Bruxelles (ULB) tätig. Kontakt: KGehrke@dgda-institut.de

Dipl.-Volksw. Anja Schweitzer
Pedro David Carrasco Delgado MSc
Farah Nawabi PhD

Digitale Gesundheitsangebote als Bestandteil der Versorgung: Nutzungsmuster und Perspektiven in der Bevölkerung

Zusammenfassung

Einleitung: Die Digitalisierung eröffnet neue Möglichkeiten für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung. Ziel der Studie war es, Nutzungsmuster, Offenheit gegenüber digitalen Anwendungstypen sowie Entwicklungspotenziale aus Bevölkerungssicht zu analysieren.

Methoden: Grundlage ist eine bevölkerungsrepräsentative Onlinebefragung (n = 4.150) von Personen im Alter von 18 bis 75 Jahren, quotiert nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildungsniveau. Erfasst wurden Nutzung digitaler Technologien und potenzielle Hürden. Die Auswertung erfolgte deskriptiv.

Ergebnisse: Niedrigschwellige versorgungsunterstützende Funktionen werden von einem relevanten Bevölkerungsanteil genutzt, insbesondere für Kommunikation und Organisation. Zugleich zeigt sich eine hohe Offenheit gegenüber interventionellen Anwendungen: 84% nutzen diese bereits oder können sich eine Nutzung vorstellen. Vernetzte Geräte dienen vor allem der Erfassung von Bewegung, Herzfrequenz und Schlaf. Krankenkassen sowie Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen werden als zentrale Impulsgeber genannt. Vorbehalte betreffen Transparenz, Individualisierung und Datenschutz.

Diskussion: Die Ergebnisse verdeutlichen ein erhebliches Entwicklungspotenzial digitaler Gesundheitsangebote. Eine stärkere Integration in bestehende Versorgungsstrukturen könnte die vorhandene Offenheit in breitere Nutzung überführen.

Keywords

Digitale Gesundheitsangebote, Nutzungsmuster, Bevölkerungsrepräsentative Befragung, Versorgungsintegration

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2822

Die fortschreitende Digitalisierung des Gesundheitswesens eröffnet neue Möglichkeiten zur Unterstützung von Prävention, Diagnostik, Therapie und Versorgungsorganisation (Kernebeck et al., 2021). Digitale Gesundheitsangebote umfassen dabei ein breites Spektrum, von kommunikativen und organisatorischen Anwendungen bis hin zu interventionellen Funktionen wie Monitoring, Coaching oder therapiebegleitenden Maßnahmen. In Deutschland wurden in den vergangenen Jahren strukturelle Voraussetzungen geschaffen, um digitale Lösungen stärker in die Regelversorgung zu integrieren, unter anderem durch die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) (Strauch & Broich, 2025). Trotz dieser Entwicklungen zeigt sich in der Bevölkerung eine deutliche Diskrepanz zwischen der Bekanntheit digitaler Angebote und deren tatsächlicher Nutzung (Brand et al., 2024; Breil et al., 2021). Bevölkerungsrepräsentative Daten belegen, dass ein großer Teil der Bevölkerung Gesundheitsinformationen online recherchiert, während interaktive oder versorgungsnahe Anwendungen deutlich seltener in Anspruch genommen werden (Brand et al., 2024). Insgesamt werden digitale Gesundheitsangebote nicht homogen genutzt: Niedrigschwellige Anwendungen zur Informationssuche oder organisatorischen Unterstützung sind vergleichsweise verbreitet, wohingegen komplexere, interventionelle Anwendungen mit potenziellem Einfluss auf gesundheitsrelevante Outcomes deutlich geringere Nutzungsraten aufweisen (Dratva et al., 2024).

>> Neben strukturellen Rahmenbedingungen spielen individuelle und sozioökonomische Faktoren eine wesentliche Rolle für den Zugang und die Nutzung digitaler Technologien. Studien zeigen, dass jüngere Personen sowie Menschen mit höherem Bildungs- und Einkommensniveau digitale Gesundheitsangebote häufiger nutzen als ältere oder sozioökonomisch benachteiligte Gruppen – ein Phänomen, das im Kontext des sogenannten „Digital Divide" diskutiert wird (Breil et al., 2021; Theobald et al., 2025). Internationale Analysen weisen darauf hin, dass Bildungsniveau, Gesundheitskompetenz und der Zugang zu digitalen Endgeräten zentrale Determinanten der Nutzung darstellen (Breil et al., 2021). Auch für Deutschland wurde gezeigt, dass digitale Gesundheitskompetenz maßgeblich mit der Nutzung entsprechender Angebote assoziiert ist (Theobald et al., 2025). Diese Unterschiede haben unmittelbare Implikationen für die Reichweite und Versorgungswirksamkeit digitaler Gesundheitslösungen.

Vor diesem Hintergrund besteht weiterhin Klärungsbedarf hinsichtlich der aktuellen Nutzungsmuster, der Offenheit gegenüber unterschiedlichen Anwendungstypen sowie der wahrgenommenen Barrieren in der Bevölkerung. Die vorliegende Studie untersucht auf Basis einer bevölkerungsrepräsentativen Onlinebefragung die Verbreitung und Nutzung digitaler Gesundheitsangebote in der deutschsprachigen Wohnbevölkerung. Analysiert werden insbesondere (1) die Nutzung digitaler Technologien zur Erfassung und Dokumentation gesundheitsbezogener Parameter, (2) Unterschiede zwischen versorgungsunterstützenden und interventionellen Anwendungstypen sowie (3) wahrgenommene Barrieren gegenüber digitalen Gesundheitsangeboten. Ziel ist es, bestehende Nutzungsmuster systematisch zu charakterisieren und daraus Hinweise auf potenzielle Entwicklungsperspektiven digitaler Versorgungsangebote aus Bevölkerungssicht abzuleiten.

Methodik

In der vorliegenden Studie wurde eine bevölkerungsrepräsentative Onlinebefragung durchgeführt. Die Stichprobenziehung erfolgte quotiert nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildungsniveau, um eine bevölkerungsrepräsentative Verteilung sicherzustellen. Der Fragebogen umfasste unter anderem Fragen zum Gesundheitszustand und zur Gesundheitsversorgung sowie zu digitalen Gesundheitsangeboten, insbesondere hinsichtlich Nutzung, Akzeptanz und

wahrgenommenem Potenzial.

Die Datenerhebung erfolgte online über ein Access-Panel, wobei die Rekrutierung der Teilnehmer:innen durch den Panelanbieter durchgeführt wurde. Alle Teilnehmer:innen wurden im Rahmen der Befragung über die Studienziele und die Anonymität ihrer Daten informiert und erhielten die Kontaktdaten der Studienleitung. Die Zielpopulation umfasste die deutschsprachige Wohnbevölkerung im Alter von 18 bis 75 Jahren. Ausschlusskriterien waren das fehlende Einverständnis zur Studienteilnahme sowie fehlende Kenntnisse über den eigenen Krankenversicherungsstatus.

Die erhobenen Datensätze wurden einer Plausibilitätsprüfung unterzogen. Fälle mit auffälligen oder inkonsistenten Angaben wurden ausgeschlossen, beispielsweise bei sehr kurzer Bearbeitungsdauer (< 5 Minuten) oder unplausiblen Angaben zu Körpergröße und -gewicht. Fehlende Werte wurden aus den Analysen ausgeschlossen, sodass die Analysepopulation ausschließlich vollständig ausgefüllte Fragebögen umfasste. Die statistische Auswertung erfolgte deskriptiv unter Verwendung von SPSS (Version 31).

Ergebnisse

Soziodemografische Merkmale der Gesamtstichprobe

Nach Plausibilitätsprüfung der eingegangenen Datensätze wurden ausschließlich vollständig und konsistent ausgefüllte Fragebögen in die Auswertung einbezogen. Im Erhebungszeitraum vom 12. bis 19. Januar 2026 füllten insgesamt n = 4.150 Personen die Befragung vollständig aus. Die Verteilung nach Geschlecht war entsprechend den vorgegebenen Quoten nahezu ausgeglichen (50,1% weiblich, 49,7% männlich, 0,2% divers). Die Altersverteilung der Stichprobe war gestreut: 17,5% der Befragten waren 18–29 Jahre alt, 17,2% 30–39 Jahre, 16,8% 40–49 Jahre, 22,0% 50–59 Jahre, 18,4% 60–69 Jahre und 8,0% 70–75 Jahre.

Auch das Bildungsniveau entsprach den vorab definierten Quoten: Die größten Anteile entfielen auf Abitur (32,5%), Haupt-/Volksschulabschluss (29,2%) und Realschulabschluss (25,2%); weitere Abschlüsse machten zusammen 12,9% aus. Ebenso spiegelte der Versicherungsstatus die vorgegebenen Quoten wider: 90,6% der Teilnehmer:innen waren gesetzlich krankenversichert (GKV), 9,1% privat krankenversichert (PKV) und 0,3% entfielen auf sonstige Versicherungsformen (z. B. freie Heilfürsorge).

Die Prävalenz ausgewählter, von den Teilnehmer:innen selbstberichteter Erkrankungen in der Stichprobe ist in Abbildung 1 dargestellt. Ärztlich diagnostizierte Erkrankungen mit aktueller Behandlung wurden am häufigsten für Bluthochdruck (23%), Rückenschmerzen (13%) und Depressionen (11%) angegeben. Anteile von Befragten mit ärztlicher Diagnose ohne aktuelle Behandlung wurden unter anderem für Rückenschmerzen (12%) und Knieschmerzen (8%) berichtet. Symptome ohne vorliegende ärztliche Diagnose wurden insbesondere für Rückenschmerzen (22%), Schlafstörungen (22%), Knieschmerzen (12%) und Depressionen (9%) angegeben (Abb. 1).

Nutzung digitaler Gesundheitstechnologien

Ein Teil der Befragten nutzt vernetzte Gesundheitsgeräte. Am weitesten verbreitet ist die Nutzung von Smartwatches (30%), gefolgt von smarten Körperwaagen (16%), Fitnessarmbändern (13%) und smarten Blutdruckmessgeräten (12%). Weitere Anwendungen

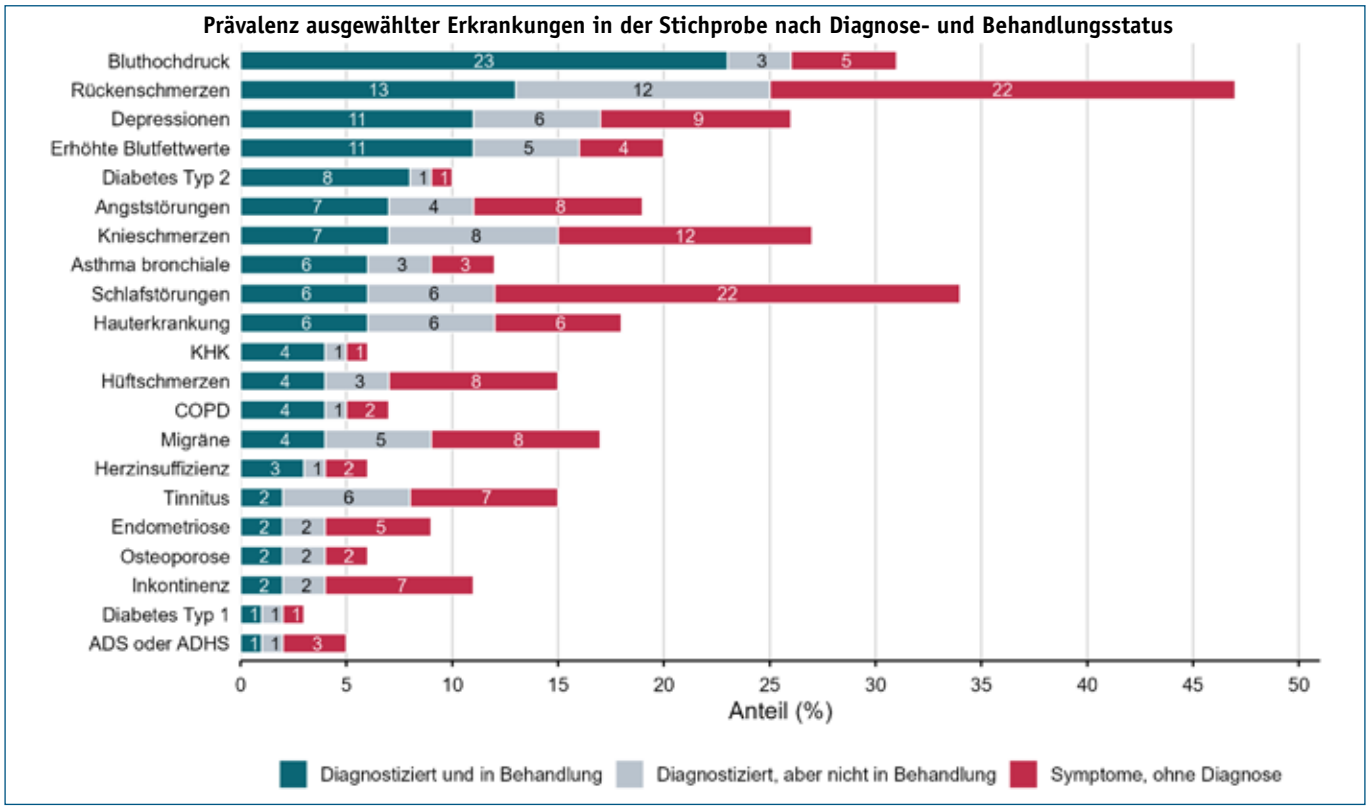


Abb. 1: Prävalenz ausgewählter Erkrankungen in der Stichprobe nach Diagnose- und Behandlungsstatus. Eigene Darstellung.

sind seltener, darunter smarte Blutzuckermessgeräte (6%), smarte Ringe (3%) sowie sonstige Gesundheits-Devices (4%).

Digitale Technologien werden von einem Teil der Befragten regelmäßig (mindestens einmal pro Woche) zur Erfassung gesundheitsbezogener Parameter genutzt. Am häufigsten erfolgt die Erfassung von Bewegung bzw. Schritten (49%), gefolgt von Puls bzw. Herzfrequenz (34%), Sport bzw. Training (34%) sowie Schlaf (30%). Körpergewicht bzw. Körperfett werden von 29% der Befragten ebenfalls regelmäßig dokumentiert. Seltener erfolgt eine regelmäßige Erfassung von Blutdruck (11%) und Blutzucker (6%). Die Verteilung der Nutzungshäufigkeit unter den Befragten, die eine entsprechende Erfassung angeben (d. h. nicht „nie"), ist in Abbildung 2 dargestellt.

Die Nutzung digitaler Technologien zur strukturierten Dokumentation gesundheitsbezogener Daten fällt geringer aus. Eine regelmäßige Nutzung liegt je nach Parameter zwischen 10% und 17%. Am häufigsten wird der Zyklus dokumentiert (17%), gefolgt von Medikamenteneinnahme, Kalorienzufuhr und Stressniveau (jeweils 14%) sowie Stimmung (11%) und Schmerzen (10%).

Die elektronische Patientenakte ist unter den gesetzlich Versicherten (n = 3.773) mehrheitlich bekannt (91%). Eine aktive Nutzung wird von 19% der Befragten angegeben.

Nutzung digitaler Gesundheitsangebote nach Anwendungstypen und Zugangswegen

In Abbildung 3 ist die Nutzung digitaler Gesundheitsangebote nach Anwendungstypen dargestellt. Die höchsten Anteile regelmäßiger und gelegentlicher Nutzung entfallen auf versorgungsunterstützende, nicht-interventionelle Anwendungstypen wie Kommunikationsfunktionen (11% bzw. 25%) sowie organisatorische Funktionen (8% bzw. 16%). Für alle weiteren Anwendungstypen mit potenziell direktem Einfluss auf den Gesundheitszustand (z. B. Monitoring, Coaching, Therapie) liegen die Anteile regelmäßiger Nutzung zwischen 2% und 5%, die gelegentliche Nutzung zwischen 6% und 13% (Abb. 3).

Der Anteil der Befragten, die angeben, sich eine Nutzung vorstellen zu können, liegt über alle Anwendungstypen hinweg zwischen 42% und 61%. Höhere Anteile zeigen sich insbesondere für Datenübermittlung (61%), Wissensvermittlung (59%) sowie Therapiebegleitung und physische Intervention (jeweils 56%).

Bei alleiniger Betrachtung interventioneller Anwendungstypen (Wissensvermittlung, Monitoring, Datenübermittlung, Assessment, Therapiebegleitung, physische und psychische Intervention sowie Coaching) geben 31% der Befragten an, mindestens eine dieser Funktionen bereits zu nutzen. Weitere 53% können sich eine Nutzung vorstellen, während 16% eine Nutzung ablehnen. Daraus ergibt sich ein Anteil von 84% der Befragten, die diese Anwendungs-

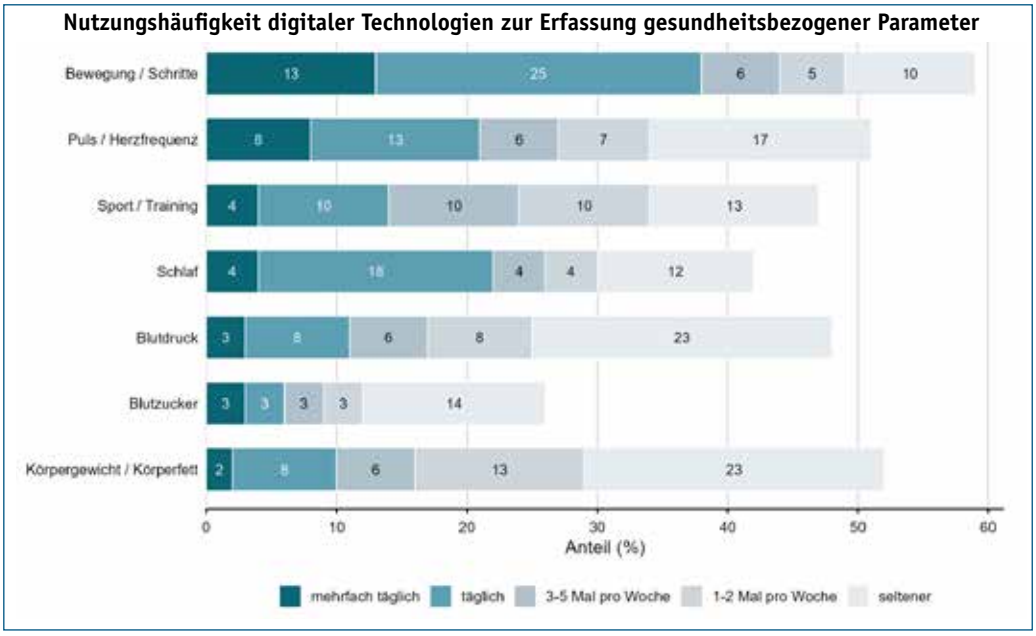


Abb. 2: Nutzungshäufigkeit digitaler Technologien zur Erfassung gesundheitsbezogener Parameter. Eigene Darstellung.

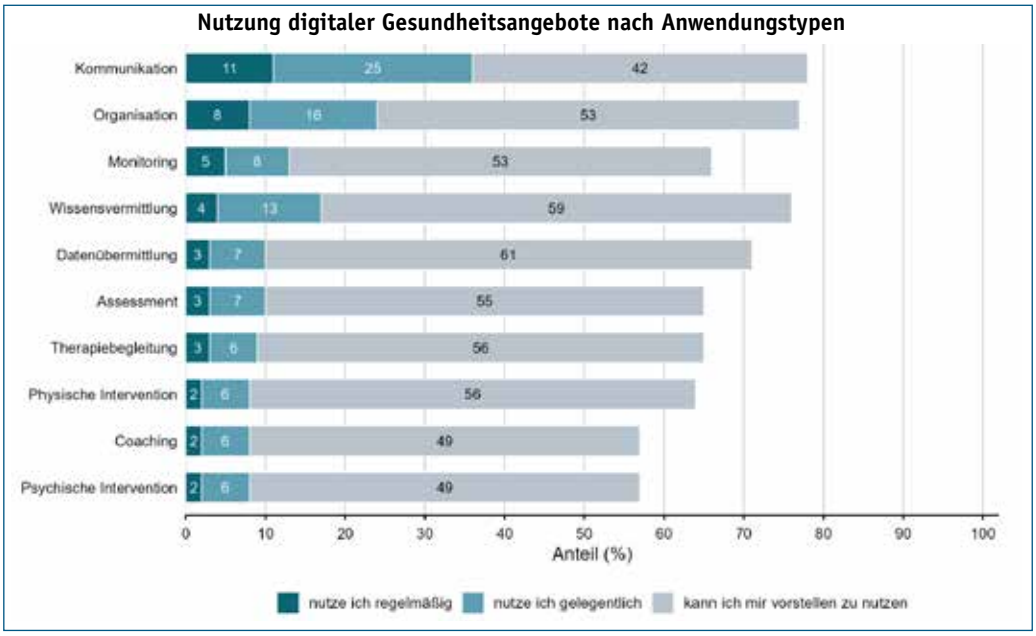


Abb. 3: Nutzung digitaler Gesundheitsangebote nach Anwendungstypen. Eigene Darstellung.

typen entweder bereits nutzen oder sich eine Nutzung vorstellen können. Bezogen auf die deutsche Wohnbevölkerung entspricht dies näherungsweise rund 50,7 Millionen Menschen.

Unter den aktiven Nutzer:innen digitaler Gesundheitsangebote (n = 1.299) geben 52% an, über ihre Krankenkasse bzw. Krankenversicherung erstmals auf ein Digital-Health-Angebot aufmerksam geworden zu sein; damit stellen diese die am häufigsten genannte Impulsquelle dar. Weitere Zugangswege sind Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen (jeweils 28%) sowie die eigene Internetrecherche (28%). Auch das private Umfeld (26%) und soziale Medien (19%) werden genannt, während klassische Medien (16%), App-Stores (15%) und Apotheken (14%) seltener angegeben werden.

Bei Befragten, die sich eine Nutzung vorstellen können (n = 1.409), zeigen sich ähnliche Angaben hinsichtlich relevanter Einflussfaktoren auf die Nutzungsentscheidung. Besonders häufig werden Empfehlungen durch Ärzt:innen bzw. Psychotherapeut:innen (83% Zustimmung), Krankenkassen (73%) sowie das private Umfeld (71%) als Einflussfaktoren genannt.

Wahrgenommene Barrieren gegenüber digitalen Gesundheitsangeboten

Die wichtigsten Barrieren der Nutzung digitaler Gesundheitsangebote sind in Abbildung 4 dargestellt. Die Einschätzungen zu möglichen Nutzungshürden unterscheiden sich zwischen aktiven und potenziellen Nutzer:innen nur geringfügig, wobei potenzielle Nutzende teilweise höhere Zustimmungswerte aufweisen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei potenziellen Nutzer:innen nicht um tatsächlich erlebte Barrieren, sondern um antizipierte Hemmnisse beziehungsweise Befürchtungen im Vorfeld einer möglichen Nutzung handelt. Zu den am häufigsten genannten Aspekten zählen eine als unzureichend wahrgenommene Individualität der Lösungen (55% vs. 62%), die vermutete Dominanz wirtschaftlicher Interessen gegenüber dem gesundheitlichen Wohl (54% vs. 62%) sowie die Sorge vor einer gesundheitlichen Omnipräsenz durch kontinuierliche Informationen, Erinnerungen und Auswertungen (54% vs. 62%). Auch Datenschutzbedenken werden von einem relevanten Anteil der Befragten geäußert (55% vs. 60%). Während aktive Nutzende diese Einschätzungen zumindest teilweise auf konkrete Erfahrungen stützen können, spiegeln die Angaben potenzieller Nutzender primär Erwartungen und Annahmen wider, die im Kontext zukünftiger Nutzung relevant erscheinen.

Bei den ablehnenden Personen zeigen sich über fast alle abgefragten Barrieren hinweg höhere Zustimmungswerte. Besonders häufig genannt werden die wahrgenommene Dominanz wirtschaftlicher Interessen (61%), die Sorge vor einer Beeinträchtigung des Arzt-Patienten-Verhältnisses (60%) sowie Datenschutzbedenken (60%).

Diskussion

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen eine deutliche Diskrepanz zwischen der tatsächlichen Nutzung digitaler Gesundheitsangebote und der grundsätzlichen Bereitschaft, entsprechende Anwendungen künftig in Anspruch zu nehmen. Während insbesondere niedrigschwellige und organisatorische Funktionen bereits von einem relevanten Anteil der Bevölkerung genutzt werden, bleibt die Nutzung interventioneller Anwendungstypen mit potenziell direktem Einfluss auf den Gesundheitszustand bislang vergleichsweise gering. Gleichzeitig äußert ein großer Teil der Befragten Offenheit gegenüber einer zukünftigen Nutzung solcher Angebote. Dieses Spannungsfeld weist auf eine bestehende Implementierungslücke hin, bei der weniger eine grundsätzliche Ablehnung digitaler Gesundheitslösungen im Vordergrund steht als vielmehr eine bislang noch unzureichende Einbindung in bestehende Versorgungsprozesse, fehlende aktive Empfehlung durch vertrauenswürdige Akteure sowie Informations- und Orientierungslücken (Schlieter et al., 2021).

Die verbreitete Nutzung digitaler Technologien zur Erfassung einzelner Gesundheitsparameter, etwa Bewegung, Schlaf oder Herzfrequenz, entspricht bisherigen empirischen Befunden, wonach digitale Geräte und Anwendungen vor allem für Monitoring- und Informationszwecke eingesetzt werden, während komplexere, interventionelle Angebote seltener genutzt werden (Theobald et al., 2025). Auch andere bevölkerungsnahe Untersuchungen zeigen, dass die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen insgesamt heterogen ausgeprägt ist und sich insbesondere auf niedrigschwellige Funktionen konzentriert, während gesundheitswirksame Interventionen bislang nur begrenzt in Anspruch genommen werden (Theobald et al., 2025).

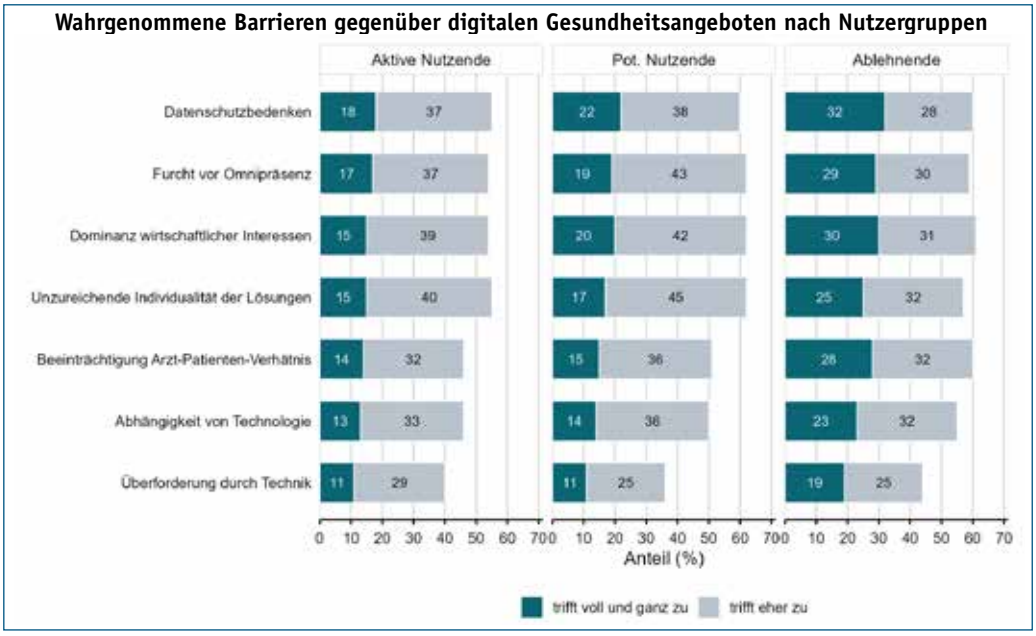


Abb. 4: Wahrgenommene Barrieren gegenüber digitalen Gesundheitsangeboten nach Nutzergruppen. Eigene Darstellung.

Vor diesem Hintergrund ist die in der vorliegenden Studie beobachtete hohe Nutzungsbereitschaft für interventionelle Funktionen bemerkenswert. Sie deutet darauf hin, dass ein erhebliches Entwicklungspotenzial besteht, das bislang jedoch nicht annähernd ausgeschöpft wird. Die Kombination aus geringer aktueller Nutzung und gleichzeitig hoher Offenheit legt nahe, dass strukturelle Rahmenbedingungen, Informationsdefizite oder Vertrauensfragen eine zentrale Rolle spielen könnten. Ein möglicher Erklärungsansatz liegt in sozioökonomischen und kompetenzbezogenen Einflussfaktoren. Studien zeigen, dass digitale Gesundheitskompetenz, Bildungsniveau und Alter mit der Nutzung digitaler Gesundheitsangebote assoziiert sind (Cramer et al., 2025; Muellmann, 2024). Personen mit geringerer digitaler Gesundheitskompetenz berichten häufiger Schwierigkeiten im Zugang zu digitalen Informationen und bewerten entsprechende Angebote als weniger vertrauenswürdig oder schwerer zugänglich. Auch wenn die vorliegende Studie keine Subgruppenanalysen hierzu durchgeführt hat, sprechen diese Befunde dafür, dass Zugangsbedingungen und digitale Kompetenzen wichtige Determinanten der Nutzung darstellen.

Darüber hinaus weisen die identifizierten Barrieren, insbesondere Datenschutzbedenken, Zweifel an der Priorisierung gesundheitlicher gegenüber wirtschaftlichen Interessen sowie die Sorge vor einer Beeinträchtigung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, auf die zentrale Bedeutung von Vertrauen hin. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit internationalen systematischen Übersichtsarbeiten, die Vertrauen als einen wesentlichen Prädiktor für Akzeptanz, Adoption und wahrgenommenen Nutzen digitaler Gesundheitsangebote identifizieren (Adjekum et al., 2018; Catapan et al., 2025).

Wahrgenommene Risiken in Bezug auf Datensicherheit und Privatsphäre können die Nutzungsabsicht erheblich beeinflussen und stellen damit relevante Implementationshindernisse dar. Zugleich zeigen Studien, dass die Empfehlung und Einbindung medizinischer Fachpersonen das Vertrauen in digitale Gesundheitslösungen stärken kann (Catapan et al., 2025). Dies korrespondiert mit den vorliegenden Befunden, wonach Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen von den Befragten als besonders einflussreiche Akteure für die Nutzungsentscheidung genannt wurden. Eine stärkere Integration digitaler Anwendungen in bestehende Versorgungsprozesse könnte daher einen wichtigen Ansatzpunkt darstellen, um bestehende Implementierungslücken zu verringern.

Bei der Interpretation der hochgerechneten Nutzungszahlen ist jedoch methodische Zurückhaltung geboten. Die Analyse basiert auf Selbstangaben im Rahmen eines Onlinepanels. Zudem umfasst die Stichprobe ausschließlich Personen im Alter von 18 bis 75 Jahren. Die extrapolierten Zahlen sind daher als indikative Größenordnungen zu verstehen und nicht als repräsentative Prävalenzschätzungen für die Gesamtbevölkerung.

Limitationen

Die Studie basiert auf einer querschnittlichen Onlinebefragung und unterliegt damit potenziellen Selektions- und Selbstberichtsbias. Trotz quotierter Stichprobenziehung kann eine Überrepräsentation digital affiner Personen nicht ausgeschlossen werden. Aufgrund des deskriptiven Designs lassen sich keine kausalen Zusammenhänge ableiten. Sozioökonomische Differenzierungen wurden in der vorliegenden Publikation bewusst nicht vertieft, bieten jedoch eine weiterführende Analyseperspektive für zukünftige Auswertungen. Aspekte des sogenannten Digital Divide, etwa Unterschiede nach Alter, Bildung, Einkommen oder digitaler Gesundheitskompetenz, sollten in zukünftigen Studien gezielt untersucht werden, um potenzielle Ungleichheiten im Zugang zu digitalen Versorgungsangeboten differenzierter abzubilden. <<

Literatur

Adjekum, A., Blasimme, A., & Vayena, E. (2018). Elements of Trust in Digital Health Systems: Scoping Review. J Med Internet Res, 20(12), e11254. https://doi.org/10.2196/11254

Brand, T., Herrera-Espejel, P., Muellmann, S., Wiersing, R., & Busse, H. (2024). Soziale Ungleichheit im Zusammenhang mit digitalen Gesundheitsanwendungen: Digitale Spaltungen in den Bereichen Zugang, Nutzung, Wirksamkeit und Privatsphäre. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 67(3), 268–276. https://doi.org/10.1007/s00103-024-03832-6

Breil, B., Dederichs, M., Kremer, L., Richter, D., Angerer, P., & Apolinário-Hagen, J. (2021). Bekanntheit und Nutzung von digitalen Gesundheitsangeboten in Deutschland: eine bevölkerungsrepräsentative Querschnittsuntersuchung [Awareness and Use of Digital Health Services in Germany: A Cross-sectional Study Representative of the Population]. Gesundheitswesen, 83(12), 1019–1028. https://doi.org/10.1055/a-1335-4245

Catapan, S. C., Sazon, H., Zheng, S., Gallegos-Rejas, V., Mendis, R., Santiago, P. H. R., & Kelly, J. T. (2025). A systematic review of consumers' and healthcare professionals' trust in digital healthcare. NPJ Digit Med, 8(1), 115. https://doi.org/10.1038/s41746-025-01510-8

Cramer, A., Keinki, C., Saur, F., Walter, S., & Hübner, J. (2025). eHealth literacy, internet and eHealth service usage: a survey among a German municipality. Journal of Public Health, 33(1), 237–248. https://doi.org/10.1007/s10389-023-01997-z

Dratva, J., Schaeffer, D., & Zeeb, H. (2024). Digitale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Aktueller Stand, Konzepte und Herausforderungen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 67(3), 277–284. https://doi.org/10.1007/s00103-024-03841-5

Kernebeck et al. (2021). Bewerten, aber wie? – Kriterien für die Evaluation und das Reporting von Studien zu Gesundheits- und Medizin-Apps“, Monitor Versorgungsforschung“ (02/21), S. 69–75. doi: http://doi.org/10.24945/MVF.02.21.1866-0533.2300

Muellmann, S. (2024). Digital divide in access and use of digital health technologies: what do we know from Germany? European Journal of Public Health, 34(Supplement_3), ckae144.425. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.425

Strauch, F., & Broich, K. (2025). Digitale Gesundheitsanwendungen aus regulatorischer Sicht – Erfahrungen und aktuelle Entwicklungen. Der Nervenarzt, 96(5), 464–470. https://doi.org/10.1007/s00115-025-01878-8

Schlieter et al. (2021). Digitale Gesundheitsanwendungen – Forderungen für deren Entwicklung, Implementierung und begleitende Evaluation, Monitor Versorgungsforschung (02/21), S. 76–80. http://doi.org/10.24945/MVF.02.21.1866-0533.2301

Theobald, P., Herold, F., Gronwald, T., & Müller, N. G. (2025). Nutzung digitaler Gesundheitstechnologien in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung. https://doi.org/10.1007/s11553-025-01228-1

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass bis auf ihre Tätigkeiten bei _fbeta keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Schweitzer, A., Carrasco, P., Nawabi, F.: „Digitale Gesundheitsangebote als Bestandteil der Versorgung: Nutzungsmuster und Perspektiven in der Bevölkerung“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (02/26), S. 64–69. http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2822

Digital Health Solutions as Part of Healthcare Delivery: Usage Patterns and Population Perspectives

Introduction: Digitalization offers new opportunities to advance healthcare delivery. This study assessed usage patterns, openness toward different digital health application types, and development potential from a population perspective.

Methods: A population-representative online survey (n = 4,150) was conducted among individuals aged 18–75 years using quota sampling based on gender, age, federal state, and education level. Data covered use of digital technologies, application types, and perceived barriers. Analyses were descriptive.

Results: Low-threshold, supportive functions are used by a relevant share of the population, particularly for communication and organizational purposes. At the same time, 84% either already use or can imagine using intervention-oriented applications. Connected devices are mainly used to track physical activity, heart rate, and sleep. Health insurers as well as physicians and psychotherapists are key access sources. Reported concerns relate primarily to transparency, individualization, and data protection.

Discussion: The findings indicate substantial development potential for digital health solutions. Stronger integration into established care structures may help translate existing openness into broader adoption.

Keywords

Digital health solutions, Usage patterns, Population-representative survey, Care integration

Dipl.-Volksw. Anja Schweitzer ORCID: 0009-0008-1036-4306

ist Partnerin bei _fbeta und leitet den Geschäftsbereich Market Research & Product Development. Nach dem Studium war sie langjährig in der Gesundheitsforschung tätig (psychonomics, heute: YouGov, IGES) und fokussierte sich auf Markt- und Nutzeranalysen samt Ableitung strategischer Handlungsoptionen. Sie studierte an der Universität zu Köln Volkswirtschaftslehre mit wirtschaftspsychologischem Schwerpunkt.
Kontakt: Anja.Schweitzer@fbeta.de



Pedro David Carrasco Delgado MSc ORCID: 0009-0004-5639-4341

ist Berater bei _fbeta in den Geschäftsbereichen Digital Health sowie Healthcare Research & Market Access. Sein Schwerpunkt liegt auf Marktzugangsstrategien und der Evaluation des Nutzens digitaler Gesundheitsanwendungen. Er absolvierte einen Master in Wirtschaftsingenieurwesen mit Fokus auf Gesundheitstechnik und Gesundheitswesen, insbesondere im Bereich digitaler Gesundheitsinnovationen.
Kontakt: Pedro.Carrasco@fbeta.de



Farah Nawabi PhD ORCID: 0000-0002-9433-1390

ist Senior Consultant mit Schwerpunkt auf Versorgungsforschung, Digital Health und der Implementierung digitaler Lösungen im Gesundheitswesen. Sie war mehrere Jahre am Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE) der Uniklinik Köln tätig und promovierte im Fach Health Sciences (PhD). Sie studierte European Public Health (BSc) sowie Health Education and Promotion (MSc) an der Maastricht University. Kontakt: Farah.Nawabi@fbeta.de



Dr. med. Eik Niederlohmann

Wenn Speak-up kippt: Whistleblower-Gaslighting als Risiko für Patientensicherheit und Organisationslernen

Zusammenfassung

Einleitung: Whistleblower-Gaslighting bezeichnet Kommunikations- und Prozessmuster, durch die Hinweisgebende in Wahrnehmung und Legitimität systematisch unterminiert werden – mit Risiken für Speak-up, Fehlermeldesysteme und Organisationslernen. Unter Hinweisgeber- und Compliance-Anforderungen (u. a. HinSchG) kann so ein Gap entstehen: Meldekanäle sind formal vorhanden, informell werden Hinweise abgewertet, verzögert oder gegen die meldende Person gewendet. Ziel ist eine begriffliche Schärfung, Abgrenzung von fairer Kritik und eine praxisnahe Orientierung für Patientensicherheit.

Methoden: Konzeptbeitrag mit narrativer Literatursynthese; Verdichtung über Boxen, Vignetten und drei Abbildungen.

Ergebnisse: Beschrieben werden Mechanismen (Double Binds, Framing/Euphemismen, epistemische Entwertung) und Folgen (Schweigen, Pseudo-Compliance, Lernverlust) sowie Interventionen wie Non-Retaliation, dokumentierte Feedbackschleifen, mehrgleisige Meldewege inkl. Ombud/extern, Teamroutinen zur psychologischen Sicherheit und klinische Unterstützung bei hoher Belastung.

Diskussion: Entscheidend ist die Kopplung formaler Compliance an überprüfbare Prozesse und eine lernorientierte Kultur.

Schlüsselwörter

Speak-up, Hinweisgeberschutz, Patientensicherheit, psychologische Sicherheit, Organisationslernen, Pseudo-Compliance, Gaslighting, ethische Führung

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2823

Kernaussagen (für die Praxis)

- Gaslighting ist ein Muster: nicht ein einzelner Konflikt, sondern wiederholte Entwertung plus blockierte Klärung.
- Pseudo-Compliance entsteht, wenn auf dem Papier reagiert wird, aber prüfbare Abhilfe ausbleibt.
- Non-Retaliation, Feedbackschleifen und unabhängige Eskalationspfade sind zentrale Schutzstrukturen

Speak-up ist Frühwarnsystem: Hinweise auf Risiken, Abweichungen und unklare Verantwortlichkeiten ermöglichen Lernen, Prävention und sichere Versorgung. In der Versorgungsrealität hierarchischer Systeme erleben Mitarbeitende jedoch immer wieder, dass Hinweise nicht nur unbeachtet bleiben, sondern aktiv umgedeutet werden – bis hin zur Infragestellung von Kompetenz, Motiven oder Stabilität der meldenden Person. Zusätzlich zu allgemeinen psychischen Mechanismen wirkt im Arbeitskontext ein reales Machtgefälle: Arbeitgebende verfügen rechtlich und organisatorisch über Weisungs-, Bewertungs- und Sanktionsmöglichkeiten, die Deutungsmacht und Abhängigkeiten verstärken. In belasteten Konstellationen können sich diese Asymmetrien psychodynamisch überlagern (z. B. durch Elternübertragungen auf Autoritätsfiguren), was Speak-up weiter erschweren kann. Ergänzend gilt: Auch Patientenbeteiligung wird als wichtiger Baustein der Patientensicherheitsarbeit beschrieben (Koch et al. 2023). Für solche Muster verwenden wir den Begriff Whistleblower-Gaslighting: eine Form systematischer Verunsicherung, die die eigene Urteilskraft unterminiert (Abramson 2014) und Zeugenschaft entwertet (Spear 2019). Im Unterschied zu fairer, evidenzbasierter Kritik entsteht dabei keine überprüfbare Klärung; stattdessen verschiebt sich der Fokus von der Sache auf die Person. In Deutschland verstärkt der Fokus auf Hinweisgeberschutz und Compliance (HinSchG) den Handlungsdruck: Wenn ein Meldekanal formal vorhanden ist, informell aber Sanktionserwartungen bestehen, kippt Speak-up in Schweigen und Pseudo-Compliance – formale Konformität ohne verlässliche Umsetzung im Versorgungsalltag. Ziel dieses Beitrags ist eine kompakte, praxisnahe Orientierung: (1) begriffliche Schärfung und Abgrenzung, (2) Mechanismen und typische Risikomuster, (3) konkrete Unterbrechungspunkte für Führung, Qualitätsmanagement und Teams.

Begriff und Abgrenzung: von fairer Kritik zu epistemischer Entwertung

>> Gaslighting zielt darauf, die Realitätsprüfung des Gegenübers zu destabilisieren. Im organisationalen Kontext geschieht dies häufig nicht als offene Lüge, sondern über wiederholte Relativierung (Einzelfall), Umdeutung (Missverständnis), Pathologisierung (überempfindlich) oder Verlagerung (falscher Kanal) – bis Betroffene ihre Wahrnehmung weniger gewichten und Rückzug naheliegt. Philosophisch lässt sich dies als epistemische Ungerechtigkeit fassen: Zeugenschaft und Erfahrung werden systematisch geringer gewichtet (Spear 2019).

Abzugrenzen ist Gaslighting von fairer Kritik und Performance-Management. Faire Kritik bleibt prüfbar, sachlich und reversibel (durch Evidenz oder Korrektur). Gaslighting ist dagegen typischerweise gekennzeichnet durch (a) Musterhaftigkeit, (b) Machtasymmetrie, (c) fehlende überprüfbare Klärung und (d) verdeckte Sanktionseffekte. Für die Versorgung ist diese Abgrenzung zentral, weil sonst sowohl berechtigte Kritik als auch berechtigte Hinweise toxisch gerahmt werden – ein Treiber für Schweigen.

Wichtig ist eine fachlich saubere Sprache: Der Begriff wird hier als organisationsbezogenes Risikomuster genutzt, nicht als klinische Diagnose. Es geht um beobachtbare Kommunikations- und Prozesssignale, die Patientensicherheit und Organisationslernen beeinträchtigen.

Hinweis zur Sprache: Aus Gründen der Lesbarkeit werden überwiegend geschlechtsneutrale Begriffe (z. B. Hinweisgebende, Mitarbeitende, Führungskräfte) verwandt.

Mechanismen und organisationale Folgen

Double Binds (Schein-Speak-up):

Typisch sind paradoxe Botschaften: Offiziell wird Offenheit betont (Bitte früh melden), informell folgen Abwertung, Karriere- oder Dienstplanfolgen. Gleichzeitig wird der Widerspruch geleugnet (rein organisatorisch), sodass Metakommunikation blockiert ist. Double-Bind-Logiken fördern erlernte Sprach- und Handlungslosigkeit (Watzlawick et al. 2011).

Frames, Euphemismen und Pseudo-Compliance:

Organisationen können Probleme sprachlich lösen – durch Beschwichtigung, PR-Frames oder ritualisierte Meetings ohne messbare Umsetzung. Frames prägen, ob ein Hinweis als Verantwortung oder Illoyalität gelesen wird (Lakoff 2016). Pseudo-Compliance meint die Diskrepanz zwischen formaler Konformität und fehlender zuverlässiger Umsetzung im Versorgungsalltag; organisationales Bullshit-Sprechen beschreibt dabei eine Indifferenz gegenüber überprüfbarer Wahrheit (Frankfurt 2005; Spicer 2017).

Folgen für Teams und Patientensicherheit:

Wenn Hinweisgeben als Gefahr erlebt wird, sinken Melderaten, Near Misses bleiben unsichtbar und Lernen verlagert sich von Systemkorrektur zu Selbstschutz. Zusätzlich steigen Rückzug, Fluktuation und Krankheitsausfälle. Damit wird ein Sicherheitsrisiko nicht nur übersehen, sondern strukturell stabilisiert. Für Hinweisgebende kann der erlebte institutionelle Vertrauensbruch stark belastend sein (Ahern 2018).

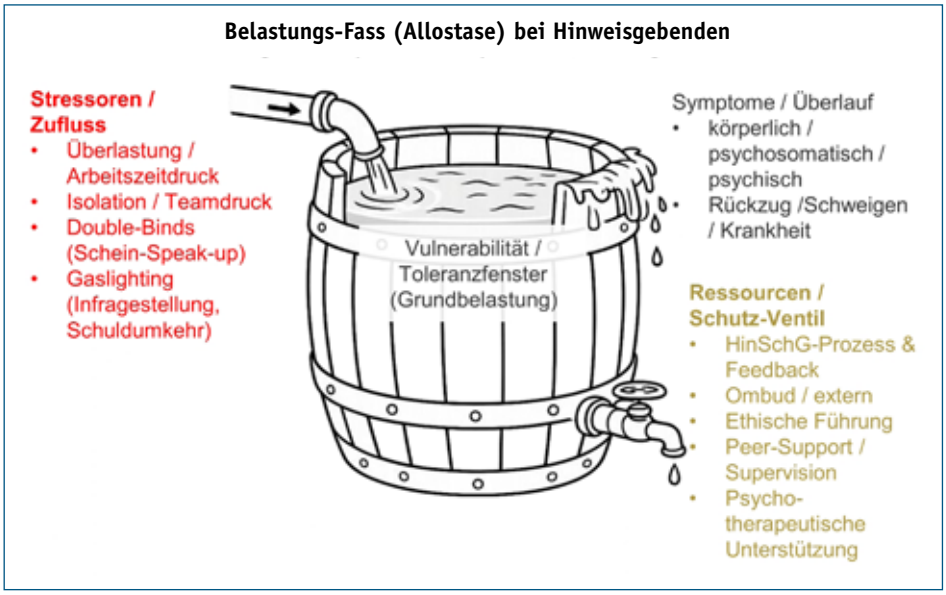


Abb. 1: Belastungs-Fass (Allostase) bei Hinweisgebenden: kumulative Belastung durch Gaslighting, Double Binds, Isolation und Arbeitsdruck versus Schutzventile (HinSchG-Prozesse, Ombud, ethische Führung, Supervision/psychotherapeutische Unterstützung). Eigene Darstellung.

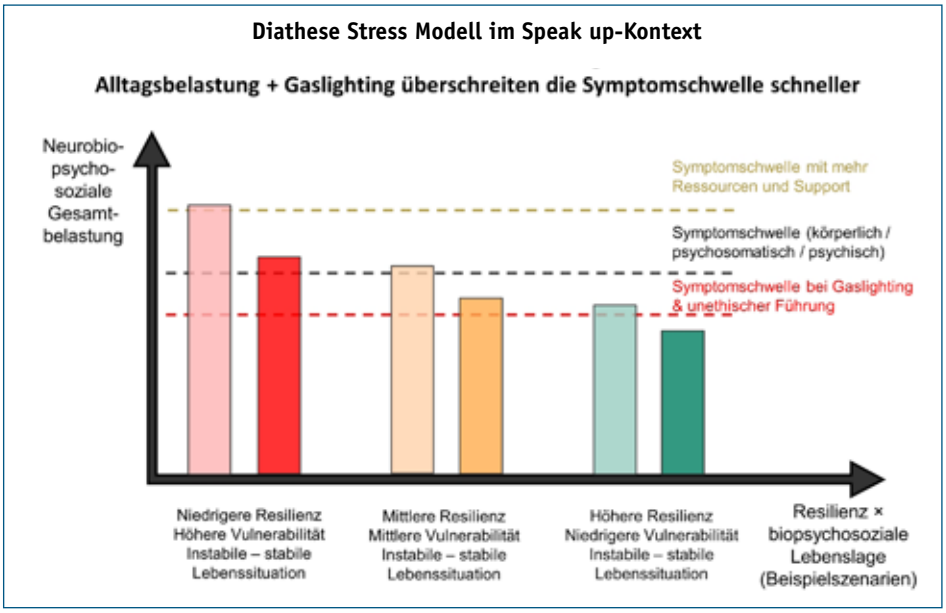


Abb. 2: Diathese-Stress-Modell im Speak up Kontext (Resilienz × biopsychosoziale Lebenslage; Beispielszenarien): Y Achse: Bio-psycho-soziale Gesamtbelastung. X Achse: Resilienz × biopsychosoziale Lebenslage (Beispielszenarien); dargestellt sind sechs Szenarien (hohe/mittlere/niedrige Vulnerabilität = niedrige/mittlere/hohe Resilienz) mit jeweils instabiler versus stabiler Lebenssituation (jeweils paarig). Die drei horizontalen Linien markieren die Symptomschwelle mit mehr Ressourcen und Support (oben), die Symptomschwelle (körperlich/psychosomatisch/psychisch; Mitte) sowie die Symptomschwelle bei Gaslighting & unethischer Führung (unten). Hinweis: Die Vulnerabilitätsniveaus sind schematisch und u. a. mit strukturellen Konzepten aus ISTDP/EDT vereinbar (z. B. „fragile character structure“ – „resistance with repression“ – „psychoneurotic“; vgl. Abbass & Town 2025). Die Symptomschwelle ist dabei exemplarisch und steht stellvertretend für unterschiedliche Schwellen je nach Symptomebene – von milden Stressreaktionen (z. B. Gereiztheit, Spannungskopfschmerz) bis zu ausgeprägten psychosomatischen/psychischen Beschwerden (z. B. funktionelle Magen-Darm-Beschwerden, suizidale Krisensymptome); mehrere Schwellen können parallel überschritten sein. (EDT/ISTDP; Abk.: Experiential Dynamic Therapy / Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy).. Eigene Darstellung.

Belastungsfolgen und Versorgungsrisiken: Warum das nicht bei Befindlichkeit endet

Whistleblower-Gaslighting wirkt als chronischer Stressor: Neben der Sachfrage (Risiko/Hinweis) entsteht ein Beziehungssignal (Deine Wahrnehmung zählt nicht). Wiederholte Unsicherheit, Isolation und Überlastung erhöhen die Gesamtbelastung und können zu Rückzug, Symptomen und Arbeitsunfähigkeit beitragen (Ahern 2018). In Hochlastsystemen ist relevant, dass lange Arbeitszeiten mit erhöhten Gesundheitsrisiken assoziiert sind (Conway et al. 2017). Zur heuristischen Einordnung visualisieren Abbildung 1 (Belastungsfass) und Abbildung 2 (Diathese-Stress-Modell; Resilienz × Lebens-

lage) die kumulative Belastung und die Schwellenlogik.

Die Systemperspektive ist dabei entscheidend: Klinische Unterstützung kann im Einzelfall entlasten, ersetzt aber keine Organisationsintervention. Prävention muss die Kette aus Melden – Prüfen – Rückmelden – Lernen strukturell sichern.

Als ergänzende klinische Unterstützung – ohne die Notwendigkeit organisationaler Veränderungen zu ersetzen – kann ein strukturiertes, evidenzbasiertes Kurzzeit-Psychotherapieverfahren hilfreich sein. Die Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) ist ein manualisiertes Vorgehen, das Betroffene darin unterstützt, Stress und Angstreaktionen sowie typische Abwehrmuster früh zu erkennen und zu regulieren – im Patientenkontakt und in belasteten Teaminteraktionen. Hofner und Bawks (2025) beschreiben in der psychiatrischen Praxis u. a. Effekte auf Selbstmonitoring, Affekt/Angstregulation und Burnout-Prävention sowie mögliche positive Nebeneffekte auf Zusammenarbeit und Führungsklima, insbesondere wenn solche Kompetenzen über Supervision, Peer-Formate und Führungskräfteentwicklung in Teams transferiert werden. Für komplexe und chronische Verläufe werden zudem Versorgungs- und Kostenaspekte diskutiert (Abbass & Town 2025).

Zur frühen Einschätzung aktueller Belastung und fragiler Zustände können kurze, standardisierte Screenings ergänzend hilfreich sein; zur Erfassung kognitiv-perzeptiver Disruption wurde mit COPEDS ein psychometrisch evaluiertes Instrument vorgestellt (Eielsen et al. 2025). Bei akuter Symptomlast kann eine zeitlich begrenzte psychopharmakologische Unterstützung entlasten; mittel- und langfristig bleiben psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen zentral und sollten – wo möglich – präventiv und niedrigschwellig verfügbar sein (Standal et al. 2025; DGPPN 2025).

Die Interaktionskette vom Hinweisgeben bis zur organisationalen Pseudo-Compliance lässt sich als Gaslighting-Spirale darstellen (vgl. Abb. 3).

Interventionen und Schutzfaktoren (Box 2)

Wirksame Prävention adressiert Struktur, nicht nur Haltung. Zentral sind

a. Schutz vor Retaliation,
b. nachvollziehbare Bearbeitung und
c. sichtbares Lernen.

Box 1: Rote Flaggen institutionellen Gaslightings (Beobachtungshinweise)

- Keine Quittung/keine Dokumentation von Meldungen; wiederholtes Einzelfall-Framing.
- Fokuswechsel von Sache auf Person (Motive, Stabilität, Teamfähigkeit).
- Paradoxe Botschaften: Offenheit plus implizite Sanktionseffekte (Dienstplan, Rotation, Projekte).
- Klärung ohne Evidenz: Entscheidungen ohne prüfbare Datenbasis oder Begründung.
- Ritualisierte Formate ohne Follow-up (Meetings ersetzen Umsetzung).
- Missbräuchliche Mediation trotz Machtgefälle; Einigungsdruck statt Sachprüfung.
- Isolation der meldenden Person (sozial, informell, kommunikativ).
- Sprachliche Beschwichtigung/Euphemismen, die Risiken entkonkretisieren.

Praxisregel: Einzelne Punkte sind unspezifisch; die Kombination über Zeit plus ausbleibende Feedbackschleifen ist hoch prädiktiv.

Gaslighting-Spirale



Abb. 3: Gaslighting-Spirale: Speak-up (Hinweis geben) > Abwertung/Umdeutung (Gaslighting) > innere Folgen (Selbstzweifel, Scham, Angst) > Rückzug/Schweigen > organisationale Pseudo-Compliance (Risiken bleiben). Unterbrechungspunkte: Non-Retaliation & Feedback, Ombud/extern, psychologische Sicherheit, klinische Unterstützung. Eigene Darstellung.

Box 2: 10-Punkte-Checkliste (Implementierung in Klinik/QM)

- 1) Non-Retaliation verbindlich: Policy, Vorbildkommunikation, Schutz im Einzelfall.
- 2) Mehrgleisige Meldewege: intern, Ombud, extern/Compliance; optional anonym.
- 3) Quittung + Fristen: Jede Meldung erhält Eingangsbestätigung und nächste Schritte.
- 4) Fakten/Interpretation trennen: strukturierte Dokumentation, Audit-Trail.
- 5) Unabhängige Prüfung: Board/Review mit externer Stimme bei Konfliktlagen.
- 6) Double-Bind-Check: Widersprüche explizit machen; Metakommunikation erlauben.
- 7) Schutzvereinbarungen: keine Versetzung/Dienstplanmaßnahmen während Klärung ohne Begründung.
- 8) Teamroutinen: Debriefs, Peer-Support, Supervision; psychologische Sicherheit trainieren (z. B. ISTDP/EDT informiert).
- 9) Monitoring: Bearbeitungszeiten, Rückmeldeschleifen, Indikatoren psychologischer Sicherheit.
- 10) Lernen rückspiegeln: Lessons learned, sichtbare Prozessänderungen, Feedback an Hinweisgebende.

Box 3: Zwei Kurzvignetten (fiktionale, de-identifizierte Komposite)

Vignette 1 (ärztlich): Eine Assistenzärztin meldet wiederholte Diskrepanzen zwischen Verordnung, Gabe und Dokumentation in der elektronischen Medikation (insbesondere nach Nachtdiensten), belegt durch Fallnotizen (z. B. Dokumentationslücken, zeitversetzte Nachträge oder unklare Beendigungen von Verordnungen). Im Qualitätszirkel wird Offenheit betont; kurz darauf verliert sie Projekte und wird aus organisatorischen Gründen rotiert. In Gesprächen wird ihr Mindset problematisiert; die Sachprüfung bleibt vage.

Vignette 2 (pflegerisch): Eine Pflegefachperson weist auf unklare Isolationswege und fehlendes Material hin. Danach häufen sich Nachtdienste, das Team meidet Kontakt, im Audit heißt es, Prozesse eingehalten. Erst eine Ombudsstelle validiert die Beobachtungen und strukturiert die Klärung.

Ethische Führung kann die Wahrscheinlichkeit interner Hinweise erhöhen (Cheng et al. 2019). Der Just-Culture-Ansatz als Führungsund Sicherheitsprinzip wird auch in MVF als zentraler Hebel für Patientensicherheit hervorgehoben (Bresser 2024).

Schlussfolgerungen und Ausblick

Whistleblower-Gaslighting gefährdet Patientensicherheit, weil es Speak-up und organisationales Lernen systematisch unterminiert. Der zentrale Hebel liegt in Governance: Non-Retaliation, dokumentierte Feedbackschleifen und unabhängige Eskalationspfade reduzieren Pseudo-Compliance und erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass Hinweise in überprüfbare Verbesserungen übersetzt werden. Auf Systemebene können Reformen der Krankenhausfinanzierung die Vorhaltestrukturen stärken und Mengenanreize reduzieren, das Kontextstressniveau senken und damit Speak-up erleichtern; entsprechende Modelle werden in MVF diskutiert (Wilbert et al. 2023).

Forschungsbedarf besteht insbesondere bei Prävalenzen, Prozessindikatoren (Meldequalität, Bearbeitungszeiten) und der Wirksamkeit von Schutzinterventionen in unterschiedlichen Versorgungssettings. <<

Literatur

Abbass A, Town J. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for Complex, Chronic, and Treatment-Resistant Conditions. American Journal of Psychotherapy. 2025;78(3):160–166. doi:10.1176/appi.psychotherapy.20240024.

Abramson K. Turning up the lights on gaslighting. Philosophical Perspectives. 2014;28(1):1–30. doi:10.1111/phpe.12046.

Ahern K. Institutional betrayal and gaslighting: Why whistle-blowers are so traumatized. Journal of Perinatal & Neonatal Nursing. 2018;32(1):59–65. doi:10.1097/JPN.0000000000000306.

Bresser J (2024): Just Culture im Krankenhaus – Mit neuen Leadership-Ansätzen im ärztlichen Bereich die Zukunft gestalten. Monitor Versorgungsforschung 06/2024.

Cheng J, Bai H, Yang X. Ethical leadership and internal whistleblowing: A mediated moderation model. Journal of Business Ethics. 2019;155(1):115–130. doi:10.1007/s10551-017-3517-3.

Conway S, Pompeii L, Gimeno Ruiz de Porras D, Follis J, Roberts R. The identification of a long work hours threshold for predicting elevated risks of adverse health outcomes. American Journal of Epidemiology. 2017;186(2):173–183. doi:10.1093/aje/kwx003.

DGPPN (Hrsg.). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Version 3.0. Stand: 15.12.2025. AWMF-Registernummer: 038–020. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-020 (Abgerufen am: 05.02.2026)

Eielsen M, Ulvenes PG, Melsom L, Wampold BE, Røssberg JI, Myhre F, Sørensen Ø, Rasch SM, Abbass A. Development and psychometric evaluation of a screening instrument for cognitive perceptual disruption (Copeds) in psychotherapy patients. Psychotherapy Research. Published online 02 May 2025. doi:10.1080/10503307.2025.2495773.

Frankfurt HG. On Bullshit. Princeton, NJ: Princeton University Press; 2005.

Hinweisgeberschutzgesetz (HinSchG). Gesetz zum Schutz hinweisgebender Personen. Deutschland; 2023.

Hofner A, Bawks J. Benefits of Using Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy in Psychiatric Practice. American Journal of Psychotherapy. 2025;78(3):167–173.

Koch A, et al. (2023): Einbeziehung von Patient:innen zur Förderung von Patientensicherheit in Gesundheitseinrichtungen in Deutschland. Monitor Versorgungsforschung 06/2023.

Lakoff G. Auf leisen Sohlen ins Gehirn: Politische Sprache und ihre heimliche Macht. Heidelberg: Carl-Auer; 2016.

Spear AD. Epistemic dimensions of gaslighting: Peer-disagreement, self-trust, and epistemic injustice. Inquiry. 2019; Online first:1–24. doi:10.1080/0020174X.2019.1610051.

Spicer A. Organizational bullshit: A conceptual framework. Journal of Management Studies. 2017;54(3):505–524. doi:10.1111/joms.12296.

Standal K, Solbakken OA, Saltyte Benth J, Abbass A, Heiervang KS. Are People Worse Off in a Mental Health Treatment Paradigm Where Medication Is Deemphasised? A Naturalistic Noninferiority Trial of an Initiative to Improve Patient Choice. International Journal of Social Psychiatry. 2025;1–16. doi:10.1177/00207640251390930.

Stark C. Gaslighting, misogyny, and psychological oppression. The Monist. 2019;102(2):221–235. doi:10.1093/monist/onz007.

Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien. Bern: Hans Huber; 2011.

Wilbert J, et al. (2023): Reform der Krankenhausfinanzierung: Erlösunabhängige Vorhaltepauschalen für akutstationäre Einrichtungen der Geburtshilfe. Monitor Versorgungsforschung 06/2023.

When Speak-Up Fails: Whistleblower Gaslighting as a Risk for Patient Safety and Organizational Learning

Introduction: Whistleblower gaslighting refers to organisational patterns that undermine the credibility and reality-testing of people who raise concerns, weakening speak-up, incident reporting and organisational learning. Even under whistleblower protection and compliance requirements, a gap may persist: reporting channels exist on paper while informal practices devalue reports, delay clarification or shift the problem onto the reporter. We define the phenomenon, distinguish it from fair performance management, and derive practical implications for patient safety.

Methods: Conceptual paper with a narrative synthesis of literature and practice observations, structured via boxes, vignettes and three figures.

Results: Mechanisms include double binds, framing/euphemisms and epistemic undermining; consequences include silence, pseudo-compliance and reduced learning. Intervention points comprise non-retaliation, documented feedback loops, multi-channel reporting incl. an ombud/external route, team routines for psychological safety, and clinical support when burden is high.

Discussion: Improvement requires aligning formal compliance with verifiable processes and a learning-oriented culture.

Keywords

speak-up, whistleblowing, patient safety, psychological safety, organizational learning, pseudo-compliance, gaslighting, ethical leadership

Data Availability Statement

This article presents a conceptual framework and does not report any new empirical dataset.
Ethics Statement: Not applicable. This work does not involve human participants, identifiable clinical data, or secondary analyses of patient records. All case vignettes are de-identified fictional composites created for training and illustration purposes.
Author Contributions: EN conceived the hypothesis and theory, developed the conceptual model, conducted the literature review, and wrote the manuscript.
Funding: No specific funding was received for this work.
Conflict of Interest: The author declares no competing interests.
Use of AI: AI was used to support language editing and literature organisation. Responsibility for content, accuracy and final version remains with the author.

Autorenerklärung

Der Autor erklärt, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Niederlohmann, E.: „Wenn Speak-up kippt: Whistleblower-Gaslighting als Risiko für Patientensicherheit und Organisationslernen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 02/26), S. 70–74. http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2823

Dr. med. Eik Niederlohmann ORCID: 0009-0005-6803-3399
ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit eigener Praxis in Leipzig. Neben seiner ambulanten Tätigkeit arbeitet er in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Klinik Erlabrunn. Er behandelt schwer psychisch erkrankte Menschen mit strukturellen Störungen unter Einbezug verhaltenstherapeutischer, tiefenpsychologischer und erlebnisorientierter Methoden (insb. Experiential Dynamic Therapy, EDT).
Kontakt: Kontakt@Praxis-Niederlohmann.de



Dr. rer. oec. Tatjana Begerow
Dr. rer. pol. Frank Wild MHMM

Auswirkungen einer Zuckersteuer: eine Literaturübersicht

Zusammenfassung

Einleitung: In Deutschland wird die Einführung einer Zuckersteuer seit längerer Zeit diskutiert.

Methoden: Die narrative Literaturübersicht untersucht die Evidenz zu den gesundheitlichen Auswirkungen einer Zuckersteuer und bewertet, wie realistisch die mit einer Zuckersteuer verbundenen Erwartungen vor dem Hintergrund der vorhandenen Studienlage einzuschätzen sind.

Ergebnisse: Simulationen für Deutschland, die mögliche Effekte modellbasiert prognostizieren, zeigen durchweg langfristige Gesundheitsgewinne und Kosteneinsparungen. Befunde aus Beobachtungsstudien, die reale Auswirkungen bereits eingeführter Steuern empirisch untersuchen, fallen hingegen heterogen aus.

Diskussion: Insgesamt deutet vieles darauf hin, dass langfristige gesundheitliche Effekte nur im Zusammenspiel eines Bündels unterschiedlicher Präventionsmaßnahmen zu erwarten sind.

Schlüsselwörter

Zuckersteuer, Zuckerhaltige Getränke, Simulationsstudien, Beobachtungsstudien

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2824

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt, den Konsum von freiem Zucker auf weniger als 10%, idealerweise auf unter 5% der täglichen Energiezufuhr zu beschränken. Bei einem täglichen Energiebedarf von 2.000 kcal entspricht dies maximal 25 bis 50 g. Freie Zucker umfassen dabei alle Monosaccharide und Disaccharide, die vom Hersteller oder vom Verbraucher zugesetzt werden oder natürlicherweise in Honig, Sirupen, Fruchtsäften oder Fruchtsaftkonzentraten vorkommen (WHO 2025). In vielen Ländern, einschließlich Deutschland, überschreitet der tatsächliche Konsum die von der WHO empfohlenen Mengen. Allein durch Getränke nehmen Menschen in Deutschland täglich fast 26 g Zucker zu sich (Foodwatch 2026). Ein hoher Zuckerkonsum wird mit einem erhöhten Risiko für Übergewicht und Adipositas (Malik/Hu 2022), Karies (Valenzuela et al. 2021), Typ-2-Diabetes (Malik et al. 2010), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Meng et al. 2021) und einigen Krebsarten (Llaha et al. 2021) in Verbindung gebracht. Zur Reduktion des Zuckerkonsums empfiehlt die WHO die Besteuerung zuckerhaltiger Getränke. Während in über 100 Ländern weltweit bereits entsprechende Verbrauchssteuern eingeführt wurden, wird die Einführung einer Zuckersteuer in Deutschland zwar seit einigen Jahren diskutiert, bislang jedoch nicht umgesetzt (WHO 2025). Statt einer verbindlichen steuerlichen Regulierung setzt die Bundesregierung bisher auf freiwillige Selbstverpflichtungen der Lebensmittelindustrie zur Reduktion des Zuckergehalts (Fischbacher et al. 2025). Aus der Bestandsaufnahme des Zuckerkonsums und seiner Folgen erfolgt jedoch nicht zwingend die Notwendigkeit einer Besteuerung. Aus ordnungspolitischer Sicht ist zu klären, ob staatliche Eingriffe in Form einer konsumlenkenden Steuer gegenüber alternativen Maßnahmen – etwa Aufklärung oder freiwilligen Selbstverpflichtungen der Industrie – einen nachweisbaren Nutzen entfalten. Ein paternalistischer Eingriff in die Konsumentensouveränität braucht einen Nachweis, dass empirisch belegbare Defizite der Eigenverantwortung vorliegen und der Verbraucherschutz mit anderen Maßnahmen nicht erreicht werden kann (Buchanan 1978; Camerer et al. 2003).

>> Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine narrative, strukturierte Literaturübersicht auf Basis einer gezielten Recherche relevanter Studien unterschiedlicher Evidenztypen zur Bewertung der gesundheitlichen Auswirkungen von Zuckersteuern. Ein Teil der Studien untersucht die Effekte einer Besteuerung zuckerhaltiger Getränke in Ländern, in denen solche Steuern bereits umgesetzt wurden. Ergänzend liegen Simulationsstudien vor, die potenzielle Auswirkungen einer Zuckersteuer modellieren. Ein Fokus liegt auf Modellierungen für den deutschen Kontext.

2. Umsetzung und Gestaltung von Zuckersteuern

Weltweit haben mittlerweile mehr als 100 Länder auf nationaler Ebene Verbrauchssteuern auf mindestens eine Kategorie zuckerhaltiger Getränke eingeführt. Darüber hinaus gibt es in einigen Ländern Steuern auf regionaler Ebene (z. B. in Katalonien/Spanien) sowie auf kommunaler Ebene (z. B. in einigen Städten in den USA). Die meisten Zuckersteuern beziehen sich ausschließlich auf zuckerhaltige Getränke, wobei Fruchtsäfte oder aromatisierte Milchgetränke häufig ausgenommen sind. Andere Lebensmittel wie Süßigkeiten werden hingegen selten besteuert (WHO 2025). Der Fokus auf zuckerhaltige Getränke lässt sich vor allem dadurch begründen, dass ihre Besteuerung gesundheitspolitisch leicht zu rechtfertigen ist: Sie haben einen hohen Kaloriengehalt, kaum Nährstoffe und einen geringen Sättigungseffekt, wodurch sie schnell zu einer hohen Gesamtkalorienzufuhr beitragen. Gleichzeitig können Hersteller ihre Getränke relativ leicht durch Zuckerreduktion reformulieren. Eine Steuer auf zuckerhaltige Getränke trifft eine klar abgegrenzte Produktgruppe, was den Widerstand von Verbrauchern und Industrie verringert. Eine Steuer auf den gesamten Zucker hätte hingegen weitreichendere agrar- und handelspolitische Folgen und wäre daher gesellschaftlich und wirtschaftlich deutlich umstrittener.

Obwohl die Einführung einer Zuckersteuer in Deutschland seit Jahren politisch und fachlich diskutiert wird, wurde sie bisher nicht umgesetzt. Auch in anderen Ländern ist die Einführung von Zuckersteuern teils mit erheblichen Widerständen verbunden, sodass einige Länder ihre Pläne zur Einführung wieder zurückgezogen oder bereits eingeführte Steuern wieder abgeschafft haben (Schmacker/Smed 2020). Ein häufiger Kritikpunkt an Zuckersteuern ist ihre potenziell regressive Wirkung, da Personen mit niedrigerem Einkom-

men im Vergleich zu einkommensstärkeren Gruppen einen größeren Anteil ihres Einkommens in Form von Steuern zahlen würden. Da sie zudem tendenziell mehr zuckerhaltige Getränke konsumieren, könnte diese Belastung noch zusätzlich verstärkt werden.[1] Die Lebensmittel- und Getränkeindustrie verweist darauf, dass die Kalorienbilanz entscheidend sei und eine Gewichtszunahme nicht von einzelnen Lebensmitteln abhänge. Zuckerhaltige Produkte könnten somit Bestandteil einer ausgewogenen Ernährung sein. Zudem sei an mögliche Arbeitsplatzverluste in Industrie und Landwirtschaft sowie an die Einschränkung der Wahlfreiheit der Bürger zu denken. Stattdessen verweist die Industrie auf verpflichtende Kennzeichnungen und die Eigenverantwortung der Verbraucher (Schaller/Mons 2018).

Zuckersteuern sind meist als Verbrauchsteuern ausgestaltet, die typischerweise beim Hersteller auf bestimmte Produktkategorien erhoben werden. In der öffentlichen Debatte wird meist angenommen, dass Hersteller die Zuckersteuer über höhere Preise an die Endverbraucher weitergeben und so eine Lenkungswirkung entsteht.[2] Die Ausgestaltung kann entweder als Mengensteuer oder als Wertsteuer (Ad-valorem) erfolgen. Wertsteuern werden als prozentualer Anteil des Produktpreises an einem bestimmten Punkt der Produktions- oder Vertriebskette erhoben, meist zwischen Hersteller und Groß- oder Einzelhändler (z. B. 10% des Herstellerpreises). Mengensteuern bemessen sich hingegen am Getränkevolumen (z. B. 1 Euro pro Liter) oder Zuckergehalt (z. B. 0,10 Euro pro g Zucker je 100 ml). Die Besteuerung erfolgt entweder mit einem einheitlichen Steuersatz oder nach dem Volumen oder Zuckergehalt gestaffelt. Gestaffelte Steuern, die sich am Zuckergehalt orientieren, können Anreize für Hersteller schaffen, den Zuckergehalt ihrer Produkte zu reduzieren. Ein Beispiel ist die 2018 in Großbritannien eingeführte Soft Drinks Industry Levy (SDIL), bei der Getränke mit weniger als 5 g Zucker je 100 ml steuerfrei sind, während bei 5 bis 8 g Zucker £0,18 und ab 8 g Zucker £0,24 pro Liter erhoben werden. Darüber hinaus können Zuckersteuern als Mehrwert-, Verkaufs- oder Importsteuern erhoben werden (WHO 2025).

3. Auswirkungen auf Kauf- und Konsumverhalten

Mehrere systematische Übersichtsarbeiten zeigen, dass Steuern auf zuckerhaltige Getränke zu einem Rückgang der Kauf- bzw. Verkaufszahlen sowie zu einem geringeren Konsum der besteuerten Produkte führen (Redondo et al. 2018; Teng et al. 2019; Itria et al. 2021; Andreyeva et al. 2022). Andreyeva et al. (2022) schätzen im Rahmen einer Metaanalyse, dass die Nachfrage nach zuckerhaltigen Getränken stark auf steuerbedingte Preissteigerungen reagiert (Preiselastizität: -1,59). Zudem wird darauf verwiesen, dass die Höhe der Steuer nicht zu niedrig angesetzt werden und mindestens 10% betragen sollte, um Veränderungen des Konsumverhaltens zu erreichen (Itria et al. 2021; Redondo et al. 2018).

Steuern auf zuckerhaltige Getränke beeinflussen nicht nur die Nachfrage nach den besteuerten Produkten, sondern auch nach möglichen Substituten. Ziel ist es, Verbraucher zum Umstieg auf gesündere Alternativen wie Wasser zu bewegen. Allerdings besteht die Möglichkeit, dass zuckerhaltige Getränke durch andere kalorienreiche, nicht besteuerte Lebensmittel ersetzt werden, wodurch die Wirksamkeit der Steuer abgeschwächt würde. Die Evidenz zu solchen Substitutionseffekten ist jedoch uneindeutig (Andreyeva et al. 2022; García-Chávez et al. 2025).

Für das Zustandekommen eines Effekts auf das Konsumverhalten und die Gesundheit ist es zudem entscheidend, in welchem Ausmaß die Steuer in Form einer Preiserhöhung an die Verbraucher überwälzt wird, damit sich eine Lenkungswirkung entfalten kann. Laut Andreyeva et al. (2022) werden durchschnittlich 82% der Steuern in Form höherer Preise an die Verbraucher weitergegeben.

4. Gesundheitliche Auswirkungen

4.1 Simulationsstudien

Simulationsstudien prognostizieren die langfristigen Auswirkungen einer Zuckersteuer für Länder, in denen eine solche Steuer bislang nicht eingeführt wurde, indem sie internationale epidemiologische und ökonomische Evidenz mit nationalen Daten in einem mathematischen Modell kombinieren. Die Ergebnisse hängen dabei stark von den zugrunde gelegten Annahmen ab und sind daher mit entsprechender Unsicherheit verbunden (Emmert-Fees et al. 2024; Nawroth/Kumar 2024; Laxy/Emmert-Fees 2025; Nawroth/Kumar 2025). Auch für Deutschland liegen bereits Modellierungen vor (siehe Tab. 1).

Schwendicke/Stolpe (2017) modellieren die Auswirkungen einer 20%-Verkaufssteuer auf zuckerhaltige und künstlich gesüßte Getränke auf den BMI, Übergewicht und Adipositas in der Bevölkerung von 15 bis 79 Jahren. Die Simulation zeigt einen Rückgang des mittleren BMI sowie der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas. Insgesamt könnten demnach rund 1.028.000 Fälle von Übergewicht und 479.000 Fälle von Adipositas verhindert werden. Die stärksten Effekte ergeben sich für Männer und für die Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen.

In einer weiteren Studie modellieren Emmert-Fees et al. (2023) die Auswirkungen einer Besteuerung zuckerhaltiger Getränke auf Veränderungen der Prävalenz von Schlaganfall, koronarer Herzkrankheit und Typ-2-Diabetes und damit verbundene Kosteneinsparungen in der 30- bis 90-jährigen Bevölkerung in Deutschland im Zeitraum 2023 bis 2043. Die Autoren modellieren drei Szenarien: (1) eine 20%-Ad-valorem-Steuer auf zuckerhaltige Getränke, (2) eine um Fruchtsaft erweiterte 20%-Steuer und (3) eine gestaffelte Steuer, die eine Reduktion des Zuckergehalts um 30% bewirkt. Die Simulationsergebnisse zeigen, dass je nach Szenario bis zu 109.700 Adipositasfälle, 244.100 Typ-2-Diabetes-Fälle, 4.500 Schlaganfälle und 69.800 Fälle koronarer Herzkrankheit verhindert werden könnten. Darüber hinaus könnten bis zu 252.400 qualitätsadjustierte Lebensjahre (QALYs) gewonnen und bis zu 16,0 Mrd. Euro an Kosten eingespart werden. Die stärksten Effekte zeigen sich für die gestaffelte Steuer.

1: Befürworter von Zuckersteuern argumentieren, dass die gesundheitlichen Vorteile aufgrund der höheren Konsumhäufigkeit und Adipositasprävalenz langfristig gerade diesen Bevölkerungsgruppen zugutekommen würden und die Regressivität dadurch ausgeglichen wird.

2: Die Überwälzung auf den Endverbraucher (Steuerinzidenz) hängt maßgeblich von der Preiselastizität der Nachfrage ab. Da für zuckerhaltige Getränke aufgrund zahlreicher Substitutionsmöglichkeiten gemäß empirischer Evidenz eine zumindest moderate Preiselastizität besteht, ist eine vollständige Weitergabe der Steuer unwahrscheinlich. Zudem variiert die Überwälzung je nach Produkt und Marktmacht der Anbieter (Marshall 2013).

Putra et al. (2025) analysieren über den Zeitraum 2022 bis 2041 die Effekte einer Steuer auf zuckerhaltige Getränke sowie einer verpflichtenden Kalorienkennzeichnung auf Speisekarten in der Gastronomie in Deutschland und Belgien auf die Adipositasprävalenz und kardiovaskuläre Mortalität bei 30- bis 89-Jährigen. In beiden Ländern zeigen sich in allen modellierten Steuerszenarien Rückgänge der Adipositasprävalenz und der Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Den größten Effekt in Deutschland zeigt eine 30%-Steuer mit gleichzeitiger Reformulierung durch die Hersteller (2,7 Prozentpunkte geringere Adipositasprävalenz, 16.000 verhinderte kardiovaskuläre Todesfälle). Die Effekte sind bei Personen mit niedrigerer Bildung stärker ausgeprägt. Die verpflichtende Kalorienkennzeichnung auf Speisekarten brachte in Deutschland noch größere Vorteile mit sich.

Unter Berücksichtigung verschiedener Szenarien mit verschiedenen Steuersätzen modellieren Emmert-Fees et al. (2024) die Auswirkungen einer 20%-Mehrwertsteuer auf zuckerhaltige Getränke auf Übergewicht, Adipositas, Typ-2-Diabetes und die damit verbundenen Gesundheitskosten und krankheitsbereinigten Lebensjahre (DALYs) über die Lebensspanne in der deutschen Bevölkerung ab 20 Jahren. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Zahl der Adipositasfälle um rund 210.800 bei Männern und 80.800 bei Frauen sinken könnte. Langfristig könnten dadurch 76.700 DALYs vermieden und etwa 2,37 Mrd. Euro an Gesundheitskosten eingespart werden. Die Autoren weisen darauf hin, dass die prognostizierten Auswirkungen stark von den getroffenen Annahmen abhängen.

Schwendicke et al. (2016) schätzen die Auswirkungen einer 20%-Verkaufssteuer auf zuckerhaltige Getränke in Deutschland auf Kariesfälle und Behandlungskosten bei 14- bis 79-Jährigen über zehn Jahre. Die Mikrosimulationen ergeben rund 750.000 weniger Kariesfälle und Einsparungen von etwa 80 Mio. Euro. Die stärksten Effekte zeigen sich bei jüngeren Menschen und Personen mit niedrigem Einkommen.

Simulationsstudien im deutschen Kontext

Studie	Studienpopulation + Zeithorizont	Steuer	Outcomes	Ergebnisse
Schwendicke et al. (2016)	Deutsche Bevölkerung (14–79 Jahre) **Zeithorizont:** 10 Jahre	20%-Verkaufssteuer auf zuckerhaltige Getränke	Karies, Behandlungskosten	• 750.000 weniger Kariesfälle • Kosteneinsparungen von 80 Mio. Euro • stärkste Effekte bei Jüngeren und Personen mit niedrigem Einkommen
Schwendicke/ Stolpe (2017)	Deutsche Bevölkerung (15–79 Jahre) **Zeithorizont:** bis Erreichen eines neuen Gleichgewichts	20%-Verkaufssteuer auf zuckerhaltige und künstlich gesüßte Getränke	BMI, Übergewicht, Adipositas	• 1.028.000 weniger Übergewichtsfälle • 479.000 weniger Adipositasfälle • größte Rückgänge bei Männern und bei 20- bis 29-Jährigen
Emmert-Fees et al. (2023)	Deutsche Bevölkerung (30–90 Jahre) **Zeithorizont:** 20 Jahre (2023–2043)	20%-Ad-valorem-Steuer auf zuckerhaltige Getränke (+ weitere Szenarien)	Adipositas, Schlaganfall, koronare Herzkrankheit (KHK), Typ-2-Diabetes, Qualitätsadjustierte Lebensjahre (QALYs), Kosteneinsparungen	• 132.100–244.100 weniger Typ-2-Diabetes-Fälle • 1.900–4.500 weniger Schlaganfälle • 39.200–69.800 weniger KHK-Fälle • 31.600–109.700 weniger Adipositasfälle • 106.000–252.400 gewonnene QALYs • Kosteneinsparungen von 9,6–16,0 Mrd. Euro • stärkste Effekte für die gestaffelte Steuer
Emmert-Fees et al. (2024)	Deutsche Bevölkerung (20+ Jahre) **Zeithorizont:** gesamte Lebensspanne	20%-Mehrwertsteuer auf zuckerhaltige Getränke (+ weitere Szenarien)	Übergewicht, Adipositas, Typ-2-Diabetes, Kosteneinsparungen, Krankheitsbereinigte Lebensjahre (DALYs)	• 210.800 (Männer) bzw. 80.800 (Frauen) weniger Adipositasfälle • 86.400 weniger Typ-2-Diabetes Neuerkrankungen • 76.700 verhinderte DALYs • Kosteneinsparungen von 2,37 Mrd. Euro
Putra et al. (2025)	Deutsche Bevölkerung (30–89 Jahre) **Zeithorizont:** 20 Jahre (2022–2041)	Ad-valorem-Steuer auf zuckerhaltige Getränke (unterschiedliche Szenarien)	Adipositasprävalenz, Mortalität durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen	• größter Effekt bei 30%-Steuer + Zuckerreduktion durch Hersteller • geringere Adipositasprävalenz (-2,7 Prozentpunkte) • 16.000 weniger Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen • stärkere Effekte bei Personen mit niedrigerer Bildung

Tab. 1: Simulationsstudien im deutschen Kontext. Eigene Darstellung.

4.2 Beobachtungsstudien

Darüber hinaus analysieren einige Beobachtungsstudien die Effekte bereits eingeführter Zuckersteuern. Dabei handelt es sich meist um quasi-experimentelle Studien, die den Gesundheitszustand vor und nach Einführung der Steuer in einer Region mit einer Kontrollregion ohne Steuer vergleichen. Aufgrund der begrenzten Beobachtungszeit konzentrieren diese Studien in der Regel auf den Body-Mass-Index (BMI) sowie die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas. Viele der Beobachtungsstudien stammen aus den USA, wo in einzelnen Städten entsprechende Steuern eingeführt wurden (Tab. 2). Auch die Auswirkungen der britischen SDIL stehen im Fokus mehrerer empirischer Untersuchungen (Tab. 3).

USA

Liu et al. (2025) untersuchen die Auswirkungen der Besteuerung zuckerhaltiger Getränke in den vier kalifornischen Städten Albany, Berkeley, Oakland und San Francisco auf den BMI und Übergewichts- bzw. Adipositasraten bei Personen im Alter von 20 bis 65 Jahren im Vergleich zu demografisch vergleichbaren Städten ohne Steuer. Insgesamt lassen sich keine signifikanten Unterschiede im BMI oder im Anteil übergewichtiger bzw. adipöser Personen zwischen Städten mit und ohne Steuer beobachten. In einzelnen Untergruppen, darunter Erwachsene zwischen 20 und 39 Jahren, Frauen, weiße Personen sowie die Stadt Berkeley, zeigt sich jedoch ein kleiner, signifikanter Rückgang des mittleren BMI durch die Steuer.

Young et al. (2024) berichten nach Einführung der Steuer in denselben kalifornischen Städten von einem signifikanten Rückgang des BMI bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 2 bis 19 Jahren. Insgesamt zeigen sich jedoch keine signifikanten Unterschiede im Anteil übergewichtiger oder adipöser Kinder. Nur in einzelnen Altersgruppen (2-5 und 6-11 Jahre) sowie bei bestimmten demografischen Gruppen (Jungen, asiatische und weiße Kinder) konnten signifikante Rückgänge beobachtet werden.

Jones-Smith et al. (2024) zeigen, dass die im Januar 2018 eingeführte Steuer auf zuckerhaltige Getränke in Seattle zu einer signifikanten Reduktion des BMI bei Kindern zwischen 2 und 18 Jahren führte. Darüber hinaus berichtet Flynn (2023) von Rückgängen des durchschnittlichen BMI bei Jugendlichen im Highschool-Alter in Philadelphia, San Francisco und Oakland, wobei sich diese Veränderungen insbesondere auf weibliche und nichtweiße Personen konzentrieren.

Beobachtungsstudien aus den USA

Studie	Studienpopulation	Methodik + Intervention	Outcomes	Ergebnisse
Liu et al. (2025a)	Erwachsene (20–65 Jahre)	Differences-in-Differences Steuer von 1 Cent pro fluid ounce (fl. oz.) in Albany, Berkeley, Oakland, San Francisco (Kalifornien)	BMI, Übergewicht, Adipositas	• keine Rückgänge des BMI und der Prävalenz von Übergewicht oder Adipositas • geringer Rückgang des BMI in einzelnen Untergruppen (20–39-Jährige, Frauen, weiße Personen, Stadt Berkeley)
Young et al. (2024)	Kinder und Jugendliche (2–19 Jahre)	Differences-in-Differences Steuer von 1 Cent pro fl. oz. in Albany, Berkeley, Oakland, San Francisco (Kalifornien)	BMI, Übergewicht, Adipositas	• Rückgang des BMI • insgesamt kein Rückgang der Prävalenz von Übergewicht oder Adipositas • Rückgang der Prävalenz von Übergewicht oder Adipositas in einzelnen Gruppen (2-5- und 6-11-Jährige, Jungen, asiatische und weiße Kinder)
Jones-Smith et al. (2024)	Kinder und Jugendliche (2–18 Jahre)	Differences-in-Differences Steuer von 1,75 Cent pro fl. oz. in Seattle (Washington)	BMI	• Rückgang des BMI
Chung und Xu (2025)	Erwachsene	Synthetic Control Method Syrup Tax im Bundesstaat Washington	Adipositas, Diabetes, Bluthochdruck, Cholesterin	• Rückgang der Adipositasraten • besonders ausgeprägt bei Hochschulabsolventen, Männern, Personen < 65 Jahren, weißen u. asiatischen Personen • kein Effekt auf Diabetes, Bluthochdruck, erhöhtes Cholesterin
Fletcher et al. (2010b)	Kinder und Jugendliche	Fixed-Effects-Modell Softdrink-Steuersatzänderungen (1990–2006) in mehreren US-Bundesstaaten	Adipositas	• kein Effekt
Fletcher et al. (2010a)	Erwachsene	Fixed-Effects-Modell Softdrink-Steuersatzänderungen (1990–2006) in mehreren US-Bundesstaaten	BMI, Adipositas, Übergewicht	• geringer Rückgang des BMI • besonders ausgeprägt bei Personen mit niedrigem Einkommen und Hispanics

Tab. 2: Beobachtungsstudien aus den USA. Eigene Darstellung.

Andere Studien analysieren die Einführung von Steuern oder Änderungen der Steuersätze für zuckerhaltige Getränke in US-Bundesstaaten. Fletcher et al. (2010b) zeigen, dass Steueränderungen in mehreren Bundesstaaten zwischen 1989 und 2006 zu einem moderaten Rückgang des Softdrinkkonsums bei Kindern und Jugendlichen führten, aber keinen Effekt auf das Körpergewicht hatten.

Fletcher et al. (2010a) finden hingegen einen sehr geringen, aber signifikanten Effekt: Eine Steuererhöhung um 1% reduziert den BMI demnach um 0,003 Punkte. Zudem variieren die Effekte zwischen Bevölkerungsgruppen und sind besonders ausgeprägt bei Personen mit niedrigem Einkommen sowie Hispanics. Chung/Xu (2025) untersuchen die Auswirkungen der im Jahr 2009 in Washington eingeführten Syrup Tax, die auf den Verkauf von Sirup erhoben wird, auf die Prävalenz von Diabetes, Bluthochdruck und erhöhtem Cholesterin bei Personen ab 18 Jahren. Die Ergebnisse zeigen, dass die Steuer mit einer signifikanten Reduktion der Adipositasraten einhergeht, die bei Hochschulabsolventen, Männern, Personen unter 65 Jahren sowie weißen und asiatischen Personen besonders ausgeprägt ist. In Bezug auf die Prävalenz von Diabetes, Bluthochdruck oder erhöhtem Cholesterin zeigt sich hingegen kein Effekt.

Großbritannien

Nach aktuellem Kenntnisstand beschränkt sich die Evidenz in Bezug auf die gesundheitlichen Effekte der britischen SDIL auf Kinder und Jugendliche (siehe Tab. 3). Rogers et al. (2023b) untersuchen Veränderungen der Adipositasprävalenz bei Grundschulkindern im Alter von 4 bis 5 sowie 10 bis 11 Jahren nach Einführung der Steuer. Bei Mädchen im Alter von 10 bis 11 Jahren sank die Prävalenz um etwa 8%, während bei Jungen und bei 4- bis 5-Jährigen keine Veränderungen beobachtet wurden. Bei Mädchen aus Schulen in sozial benachteiligten Gebieten waren die beobachteten Effekte am größten.

Darüber hinaus analysieren Rogers et al. (2024) Veränderungen der Inzidenz an Krankenhausaufnahmen wegen Asthma bei Kindern nach Einführung der Steuer. Insgesamt zeigt sich eine Reduktion der Inzidenz der Krankenhausaufnahmen um 20,9%, die in allen Altersgruppen und Gebieten ähnlich ausfällt.

Rogers et al. (2023a) untersuchen Veränderungen der Inzidenz an Krankenhausaufnahmen zur Extraktion kariöser Zähne bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 18 Jahren. Insgesamt zeigt sich eine relative Reduktion von 12,1%. Während bei Kindern im Alter von 0 bis 4 Jahren und 5 bis 9 Jahren Reduktionen von 28,6% bzw. 5,5% beobachtet wurden, zeigte sich bei älteren Kindern keine Veränderung.

5. Fazit

Zuckersteuern, vor allem auf Getränke, wurden in vielen Ländern weltweit implementiert. Zu den gesundheitlichen Auswirkungen solcher Steuern liegen mehrere Simulationsstudien, die potenzielle Effekte modellbasiert prognostizieren, und Beobachtungsstudien, die die tatsächlichen Auswirkungen bereits implementierter Steuern empirisch untersuchen, vor.

Für Deutschland prognostizieren Simulationsstudien durchweg positive Effekte, darunter Rückgänge von Übergewicht, Adipositas, Typ-2-Diabetes, Karies und kardiovaskulären Todesfällen sowie damit verbundene Kosteneinsparungen. Beobachtungsstudien aus den USA und Großbritannien zeichnen hingegen ein heterogenes Bild: Einige Untersuchungen deuten auf Reduktionen des BMI bzw. sinkende Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas hin, während andere Studien keine oder nur sehr geringe Effekte finden. Beide Studiendesigns deuten darauf hin, dass Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status sowie jüngere Personen am stärksten profitieren könnten.

Abweichungen zwischen den Ergebnissen aus Simulations- und Beobachtungsstudien können auf methodische Unterschiede zurückzuführen sein. Simulationsstudien beruhen auf Annahmen zu Konsumveränderungen und Gewichtsreduktion. Meist werden aufgrund begrenzter Datenverfügbarkeit einheitliche Preiselastizitäten für die Gesamtbevölkerung angenommen, sodass Konsumänderungen über- oder unterschätzt werden können. Häufig wird zudem unterstellt, dass eingesparte Kalorien direkt zu einer proportionalen Gewichtsreduktion führen. In der Realität ersetzen Konsumenten zuckerhaltige Getränke jedoch oft durch andere Produkte, und individuelle Stoffwechselunterschiede beeinflussen die Gewichtsveränderung. Beides wird in Modellen meist nur vereinfacht berücksichtigt, sodass diese tendenziell positivere Effekte prognostizieren, als tatsächlich zu erwarten sind. Beobachtungsstudien erfassen hingegen das reale Verhalten unter komplexen Alltagsbedingungen. Dabei können Substitutionseffekte die steuerbedingte Kalorienreduktion abschwächen, sodass die tatsächliche Gewichtsreduktion häufig geringer ausfällt. Aufgrund ihrer meist

Beobachtungsstudien aus Großbritannien

Studie	Studienpopulation	Methodik + Intervention	Outcomes	Ergebnisse
Rogers et al. (2024)	Kinder und Jugendliche (5–18 Jahre)	Interrupted Time Series Analysis Soft Drinks Industry Levy (SDIL)	Inzidenz der Krankenhausaufnahmen wegen Asthma	• Reduktion der Inzidenz der Krankenhausaufnahmen um 20,9% • unabhängig von Alter und Deprivationsgrad des Wohngebiets
Rogers et al. (2023b)	Kinder (4–5 und 10–11 Jahre)	Interrupted Time Series Analysis Soft Drinks Industry Levy (SDIL)	Adipositas	• Reduktion der Adipositasprävalenz bei 10–11-jährigen Mädchen um 8% • stärkste Reduktion in sozial benachteiligten Gebieten • keine Effekte bei Jungen und 4–5-jährigen Kindern
Rogers et al. (2023a)	Kinder und Jugendliche (0–18 Jahre)	Interrupted Time Series Analysis Soft Drinks Industry Levy (SDIL)	Inzidenz der Krankenhausaufnahmen zur Extraktion kariöser Zähne	• Reduktion der Inzidenz der Krankenhausaufnahmen um 12,1% (insgesamt) • Reduktion von 28,6% (0–4 Jahre) bzw. 5,5% (5–9 Jahre) • keine Veränderungen bei älteren Kindern • unabhängig vom Deprivationsgrad des Wohngebiets

Tab. 3: Beobachtungsstudien aus Großbritannien. Eigene Darstellung.

Literatur

1. Andreyeva, T./Marple, K./Marinello, S./Moore, T. E./Powell, L. M. (2022): Outcomes Following Taxation of Sugar-Sweetened Beverages: A Systematic Review and Meta-analysis. In: JAMA network open 2022, 5, 6: e2215276.
2. Buchanan, J. M. (1978): Cost and Choice: An Inquiry in Economic Theory. In: Chicago: University of Chicago Press.
3. Camerer, C./Issacharoff, S./Loewenstein, G./O'Donoghue, T./Rabin, M. (2003): Regulation for Conservatives: Behavioral Economics and the Case for 'Asymmetric Paternalism'. In: Columbia Law and Economics Working Paper No. 225.
4. Chung, S.-H./Xu, L. (2025): Impact of sugar-sweetened beverages tax on obesity and obesity-related health conditions: evidence from Washington State's soft drink syrup tax. In: Health economics review 2025, 15, 1: 92.
5. Emmert-Fees, K. M. F./Amies-Cull, B./Wawro, N./Linseisen, J./Staudigel, M./Peters, A./Cobiac, L. J./O'Flaherty, M./Scarborough, P./Kypridemos, C./Laxy, M. (2023): Projected health and economic impacts of sugar-sweetened beverage taxation in Germany: A cross-validation modelling study. In: PLOS Medicine 2023, 20, 11: e1004311.
6. Emmert-Fees, K. M. F./Felea, A./Staudigel, M./Ananthapavan, J./Laxy, M. (2024): The implications of policy modeling assumptions for the projected impact of sugar-sweetened beverage taxation on body weight and type 2 diabetes in Germany. In: BMC public health 2024, 24, 1: 2013.
7. Fischbacher, S./Dippel, F.-W./Schöffski, O. (2025): Zuckersteuer: Wie lange können wir es uns noch leisten, nichts zu tun? In: Aktuelle Ernährungsmedizin 2025.
8. Fletcher, J. M./Frisvold, D./Tefft, N. (2010a): Can Soft Drink Taxes Reduce Population Weight? In: Contemporary economic policy 2010, 28, 1: 23–35.
9. Fletcher, J. M./Frisvold, D. E./Tefft, N. (2010b): The effects of soft drink taxes on child and adolescent consumption and weight outcomes. In: Journal of Public Economics 2010, 94, 11-12: 967–974.
10. Flynn, J. (2023): Do sugar-sweetened beverage taxes improve public health for high school aged adolescents? In: Health economics 2023, 32, 1: 47–64.
11. Foodwatch (2026): Deutschland ist Spitzenreiter beim Zuckerverbrauch über Getränke. In: https://www.foodwatch.org/de/deutschland-ist-spitzenreiter-beim-zuckerverbrauch-ueber-getraenke (abgerufen am 23.02.2026).
12. García-Chávez, C. G./Barrientos-Gutierrez, T./Ng, S. W./Rivera, J. A./Colchero, M. A. (2025): Changes in sugar-sweetened beverages and non-essential energy-dense food purchases overall and by type before and after the implementation of taxes in Mexico: repeated cross-sectional national surveys (2008-2018). In: BMJ Public Health 2025, 3, 1: e001524.
13. Itria, A./Borges, S. S./Rinaldi, A. E. M./Nucci, L. B./Enes, C. C. (2021): Taxing sugar-sweetened beverages as a policy to reduce overweight and obesity in countries of different income classifications: a systematic review. In: Public health nutrition 2021, 24, 16: 5550–5560.
14. Jones-Smith, J. C./Knox, M. A./Chakrabarti, S./Wallace, J./Walkinshaw, L./Mooney, S. J./Godwin, J./Arterburn, D. E./Eavey, J./Chan, N./Saelens, B. E. (2024): Sweetened Beverage Tax Implementation and Change in Body Mass Index Among Children in Seattle. In: JAMA network open 2024, 7, 5: e2413644.
15. Laxy, M./Emmert-Fees, K. (2025): Evidenz zum gesundheitlichen Effekt von zucker- gesüßten Getränken und deren Besteuerung: Warum es sich lohnt, wirklich genau hinzusehen! In: Monitor Versorgungsforschung 2025, 25, 01: 48–55.
16. Liu, E. F./Young, D. R./Sidell, M. A./Lee, C./Cohen, D. A./Barton, L. J./Falbe, J./Inzhakova, G./Sridhar, S./Voorhees, A. C./Han, B./Hedderson, M. M. (2025): City-Level Sugar-Sweetened Beverage Taxes and Changes in Adult Body Mass Index. In: JAMA network open 2025, 8, 1: e2456170.
17. Llaha, F./Gil-Lespinard, M./Unal, P./Villasante, I. de/Castañeda, J./Zamora-Ros, R. (2021): Consumption of Sweet Beverages and Cancer Risk. A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. In: Nutrients 2021, 13, 2: 516.
18. Malik, V. S./Hu, F. B. (2022): The role of sugar-sweetened beverages in the global epidemics of obesity and chronic diseases. In: Nature reviews. Endocrinology 2022, 18, 4: 205–218.
19. Malik, V. S./an Pan/Willett, W. C./Hu, F. B. (2013): Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: a systematic review and meta-analysis. In: The American Journal of Clinical Nutrition 2013, 98, 4: 1084–1102.
20. Malik, V. S./Popkin, B. M./Bray, G. A./Després, J.-P./Willett, W. C./Hu, F. B. (2010): Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. In: Diabetes Care 2010, 33, 11: 2477–2483.
21. Marshall, A. (2013): Principles of Economics. In: London: Palgrave Macmillan UK.
22. Meng, Y./Li, S./Khan, J./Dai, Z./Li, C./Hu, X./Shen, Q./Xue, Y. (2021): Sugar- and Artificially Sweetened Beverages Consumption Linked to Type 2 Diabetes, Cardiovascular Diseases, and All-Cause Mortality: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. In: Nutrients 2021, 13, 8: 2636.
23. Nawroth, P. P./Kumar, V. (2024): Zuckersteuer: Plausibilität und Wertigkeit der Studien. In: Monitor Versorgungsforschung 2024, 24, 05: 52–56.
24. Nawroth, P. P./Kumar, V. (2025): Es könnte so sein, aber auch anders. In: Monitor Versorgungsforschung 2025, 25, 01: 56.
25. Putra, I. G. N. E./O'Flaherty, M./Emmert-Fees, K. M. F./Vasquez, M. S./Evans, R./Peters, A./Kypridemos, C./Berger, N./Robinson, E./Colombet, Z. (2025): Estimating the health impact of menu calorie labelling policy and sugar-sweetened beverage taxation in two European countries: a microsimulation study. In: European journal of preventive cardiology 2025, 32, 16: 1649–1659.
26. Redondo, M./Hernández-Aguado, I./Lumbreras, B. (2018): The impact of the tax on sweetened beverages: a systematic review. In: The American Journal of Clinical Nutrition 2018, 108, 3: 548–563.
27. Rogers, N. T./Conway, D. I./Mytton, O./Roberts, C. H./Rutter, H./Sherriff, A./White, M./Adams, J. (2023a): Estimated impact of the UK soft drinks industry levy on childhood hospital admissions for carious tooth extractions: interrupted time series analysis. In: BMJ nutrition, prevention & health 2023, 6, 2: 243–252.
28. Rogers, N. T./Cummins, S./Forde, H./Jones, C. P./Mytton, O./Rutter, H./Sharp, S. J./Theis, D./White, M./Adams, J. (2023b): Associations between trajectories of obesity prevalence in English primary school children and the UK soft drinks industry levy: An interrupted time series analysis of surveillance data. In: PLOS Medicine 2023, 20, 1: e1004160.
29. Rogers, N. T./Cummins, S./Jones, C. P./Mytton, O. T./Roberts, C. H./Shaheen, S. O./Shah, S. A./Sheikh, A./White, M./Adams, J. (2024): The UK Soft Drinks Industry Levy and childhood hospital admissions for asthma in England. In: Nature communications 2024, 15, 1: 4934.
30. Schaller, K./Mons, U. (2018): Tax on sugar sweetened beverages and influence of the industry to prevent regulation. In: Ernaehrungs Umschau international 2018, 65, 2: 34–41.
31. Schmacker, R./Smed, S. (2020): Do prices and purchases respond similarly to soft drink tax increases and cuts? In: Economics and human biology 2020, 37: 100864.
32. Schwendicke, F./Stolpe, M. (2017): Taxing sugar-sweetened beverages: impact on overweight and obesity in Germany. In: BMC public health 2017, 17, 1: 88.
33. Schwendicke, F./Thomson, W. M./Broadbent, J. M./Stolpe, M. (2016): Effects of Taxing Sugar-Sweetened Beverages on Caries and Treatment Costs. In: Journal of dental research 2016, 95, 12: 1327–1332.
34. Teng, A. M./Jones, A. C./Mizdrak, A./Signal, L./Genç, M./Wilson, N. (2019): Impact of sugar-sweetened beverage taxes on purchases and dietary intake: Systematic review and meta-analysis. In: Obesity reviews an official journal of the International Association for the Study of Obesity 2019, 20, 9: 1187–1204.
35. Valenzuela, M. J./Waterhouse, B./Aggarwal, V. R./Bloor, K./Doran, T. (2021): Effect of sugar-sweetened beverages on oral health: a systematic review and meta-analysis. In: European Journal of Public Health 2021, 31, 1: 122–129.
36. WHO (2025): Global report on the use of sugar-sweetened beverage taxes, 2025. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
37. Young, D. R./Hedderson, M. M./Sidell, M. A./Lee, C./Cohen, D. A./Liu, E. F./Barton, L. J./Falbe, J./Inzhakova, G./Sridhar, S./Voorhees, A. C./Han, B. (2024): City-Level Sugar-Sweetened Beverage Taxes and Youth Body Mass Index Percentile. In: JAMA network open 2024, 7, 7: e2424822.

begrenzten Beobachtungszeiträume sind Beobachtungsstudien jedoch nur eingeschränkt geeignet, langfristige gesundheitliche Effekte zu erfassen.

Die Ergebnisse der Simulationsstudien zeigen plausibel die Wirkungsketten auf, über die eine Steuer auf zuckerhaltige Getränke zu einer Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit beitragen kann. Beobachtungsstudien deuten jedoch darauf hin, dass diese Effekte unter realen Bedingungen tendenziell geringer ausfallen. Ob eine Steuer eine Lenkungswirkung entfaltet, hängt wesentlich von ihrer konkreten Ausgestaltung und Höhe ab. Ebenso ist die Definition der besteuerten Produktgruppen von zentraler Bedeutung. Da ein erheblicher Anteil des Zuckerkonsums über andere zuckerhaltige Produkte wie Süßwaren erfolgt, kann die Gesamtzuckeraufnahme weiterhin hoch bleiben, sodass die angestrebten gesundheitlichen Effekte nur eingeschränkt erreicht werden. Um nachhaltige und substanzielle Verbesserungen der Bevölkerungsgesundheit zu erzielen, bedarf es daher eines umfassenden Maßnahmenbündels, das fiskalische Instrumente mit weiteren Präventionsmaßnahmen wie Aufklärungskampagnen, Werbebeschränkungen oder Ernährungsbildung kombiniert. <<

The Effects of a Sugar Tax: a Literature Review

Introduction: In Germany, the introduction of a sugar tax has been under discussion for some time.

Methods: The narrative literature review examines the evidence on the health effects of a sugar tax and assesses how realistic the expectations associated with such a tax are in light of the existing body of research.

Results: Simulation studies for Germany, which model potential effects, consistently predict long-term health gains and cost savings. Findings from observational studies, which empirically investigate the impacts of already implemented taxes, are, however, heterogeneous.

Discussion: Overall, the evidence suggests that long-term health effects are likely to materialize only in combination with a bundle of complementary prevention strategies.

Keywords

sugar tax, sugar-sweetened beverages, simulation studies, observational studies

Autorenerklärung

Die Autor:innen sind beim Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. beschäftigt. Sie erklären, dass keine weiteren finanziellen oder persönlichen Beziehungen bestehen, die den Inhalt dieses Artikels beeinflusst haben.

Zitationshinweis

Begerow, T., Wild, F.: „Auswirkungen einer Zuckersteuer: eine Literaturübersicht“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 02/26), S. 75–81. http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2824

Dr. rer. oec. Tatjana Begerow ORCID: 0000-0002-3499-3683



ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Wissenschaftlichen Institut der PKV (WIP). Nach ihrem Studium der Gesundheitsökonomie promovierte sie an der Bergischen Universität Wuppertal (BUW). Vor ihrem Wechsel zum WIP war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insb. Gesundheitsökonomik an der BUW tätig. Im WIP beschäftigt sie sich unter anderem mit den Folgen ungesunder Lebensweisen für das Gesundheitswesen. Kontakt: Tatjana.Begerow@wip-pkv.de

Dr. rer. pol. Frank Wild MHMM ORCID: 0009-0006-4004-9513



leitet das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP). Er studierte Wirtschaftswissenschaften an der TU Freiberg und promovierte dort. Zudem absolvierte er einen Master of Health and Medical Management (MHMM) an der FAU Erlangen-Nürnberg. Lehrtätigkeiten führten ihn in den Bereichen Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie an verschiedene Universitäten und Hochschulen. Dr. Wild ist Vorsitzender des Ausschusses „Krankenversicherung“ der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö). Kontakt: Frank.Wild@wip-pkv.de

Prof. Dr. rer. nat. Winfried Rief

Die Versorgung psychisch Kranker: What's going wrong?

Zusammenfassung

Einleitung: Die Versorgung psychischer Erkrankungen ist in einer Negativspirale: einerseits steigt kontinuierlich der Versorgungsbedarf, aber auch die allokierten Ressourcen (mehr Pharmako- und mehr Psychotherapie), andererseits verbessert sich die Qualität der Versorgung nicht nennenswert. Einige Versorgungsaspekte tragen spezifisch hierzu bei: sowohl bei psychopharmakologischen als auch bei psychotherapeutischen Behandlungen psychischer Erkrankungen müssen wir davon ausgehen, dass mehr als die Hälfte der behandelten Patient:innen keinen ausreichend befriedigenden Zielzustand erreicht; in der Routineversorgung sind diese Daten vermutlich noch nennenswert schlechter.

Methoden: Es wird eine Analyse der Versorgungssituation vorgenommen, Impulse aus einem internationalen Versorgungsprojekt in England berichtet und daraus Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker in Deutschland abgeleitet.

Ergebnisse: Es wird zu viel stationär behandelt, und Deutschland nimmt eine Spitzenposition weltweit ein. Viele Innovationsvorschläge beruhen eher auf dem Prinzip: „More of the Same", als wirklich innovativ zu sein. Daraus werden folgende 4 Aspekte einer notwendigen radikaleren Innovation abgeleitet: (1) Stepped-Care-Modelle (auch unter Berücksichtigung von digitalen Versorgungsmöglichkeiten und von KI-gestützten Neuentwicklungen), (2) eine Verschiebung weg von stationärer (oft wohnortferner) Versorgung und hin zu neuen, interdisziplinären Versorgungszentren im ambulanten Bereich, (3) Etablierung „selbstlernender Gesundheitsversorgungsmodelle" mit kontinuierlicher Verbesserung in der Hand der entsprechenden Professionen und (4) ein Fokus auf stärker problemorientierte und lebensweltorientierte Behandlungen. Bisherige Hindernisse werden aufgeführt.

Diskussion: Der Gesetzgeber, der Innovationsfonds, alle Anbieter und Finanzierer von Gesundheitsleistungen sind aufgefordert, hier bestehende Schranken einzureißen und innovative Versorgungskonzepte zu fordern und zu fördern.

Schlüsselwörter

Psychische Gesundheit, Gesundheitssysteme, Selbstlernsystem, Stufenweise Versorgung

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2825

Psychische Erkrankungen haben eine Spitzenposition bezüglich Arbeitsunfähigkeitstagen erreicht. Die entsprechenden Zahlen sind die letzten zwei Jahrzehnte um ca. 250% gestiegen und steigen weiter. Ein Ende des Trends ist nicht abzusehen. Viele Faktoren können für eine solche Entwicklung verantwortlich sein, jedoch ist trotzdem erstaunlich, dass parallel zu dieser Entwicklung auch die Behandlungskosten weit mehr als verdoppelt wurden, sowohl für die Behandlung mit Psychopharmaka als auch für die Behandlung mit Psychotherapie. Laut Weltgesundheitsorganisation WHO wird Depression in Zukunft Rang 2 bezüglich der krankheitsbedingten Beeinträchtigungen (gemäß den DALYs) einnehmen. Dabei stellen Arbeitsunfähigkeitstage nur einen Aspekt der gesellschaftlichen Belastungen durch psychische Erkrankungen dar. Der Produktionsausfall in Betrieben oder Behörden durch Menschen mit psychischen Erkrankungen ist volkswirtschaftlich hochrelevant. Hinzu kommt aber selbstverständlich auch das persönliche Leiden der Betroffenen als zu berücksichtigender Faktor, aber auch der Familien von Betroffenen und des gesamten sozialen Umfelds. Psychische Erkrankungen werden nicht nur durch genetische Faktoren, sondern auch durch die familiäre Belastung häufig an Kinder weitergegeben. Wenn jeder Dritte im Laufe eines Lebens von einer psychischen Erkrankung betroffen sein wird und eine Gesellschaft nicht gut mit psychischen Erkrankungen umgehen kann, hat sie ein grundsätzliches Problem.

>> Dabei liegen für die meisten psychischen Erkrankungen gute Behandlungsleitlinien vor, die auf die wissenschaftliche Evidenz aufbauen und erfolgreiche Behandlungen nahelegen. Eine betonenswerte Veränderung bei den Behandlungsleitlinien ergab sich die letzten 30 Jahre durch die zunehmend stärkere Berücksichtigung psychotherapeutischer Behandlungen, die zwischenzeitlich bei fast allen psychischen Erkrankungen zu den „first line treatments" zählen, manchmal sogar vor den pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten (z. B. im Bereich der Zwangserkrankungen, Traumafolgestörungen, Insomnien). Nachdem im Bereich Psychopharmakologie über Jahrzehnte eine gewisse Stagnation zu verzeichnen war, werden nun neue Hoffnungen in Behandlungsansätze z. B. mit Psychodelika gesteckt. Trotz dieser Erfolgsmeldungen zeigt die aktuelle wissenschaftliche Bewertung auch eindeutige Schattenseiten der Behandlungsansätze. Im Bereich Psychopharmakotherapie wird von einer Erfolgsquote (Response Rate) von unter 50% ausgegangen; neue Metaanalysen mit über 50.000 Patientinnen und Patienten bestätigen, dass die Erfolgsraten von Antidepressiva zu 80% bereits in der Placebo-Gruppe zu finden sind und die Spezifität der Wirkung deshalb fraglich ist (Meyerson, Pieper, & Hoyle, 2023). Selbst bei Menschen mit schweren Depressionen werden solche hohen Response-Raten in der Placebo-Gruppe gefunden, was darauf hinweist, dass wir noch weit von spezifisch wirksamen Behandlungen entfernt sind. Bei den „neuen" Psychopharmaka erscheint die Differenzierung zu reinen Placebo-Wirkungen besonders erschwert (Lii et al., 2023). Aber auch im Bereich Psychotherapie sieht es nur unwesentlich besser aus: Auch hier berichten neue, realistischere Metaanalysen von Erfolgsquoten unter 50% bei den wissenschaftlichen Studien, in der Versorgungspraxis geht man von niedrigeren Erfolgsquoten aus (Cuijpers et al., 2020). Psychotherapeutische Ansätze scheinen wenigstens etwas langanhaltender zu wirken: nach Beendigung der Therapien finden sich bei rein pharmakologisch Behandelten häufig Rückfälle (Voderholzer et al., 2024).

Auffallend bei vielen klinischen Studien ist, dass gerade Bereiche wie Arbeitsfähigkeit oder allgemein Krankheitsbeeinträchtigung oftmals nicht ausreichend in den Fokus genommen wurden, sondern Studien rein auf die klinischen Primär-Outcomes fokussieren. Zusätzliche Probleme zeigen sich in der Versorgungspraxis: Die Anzahl relativ bald wieder abgesetzter Medikamente durch Patientinnen und Patient:innen bei Psychopharmaka ist hoch. Bei den hausärztlich verordneten Psychopharmaka wird mindestens von einem Drittel der Patienten in den ersten Monaten das Medikament wieder abgesetzt (Garcia-Marin et al., 2023). Die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland ist zwar bezüglich der finanzierten Ver-

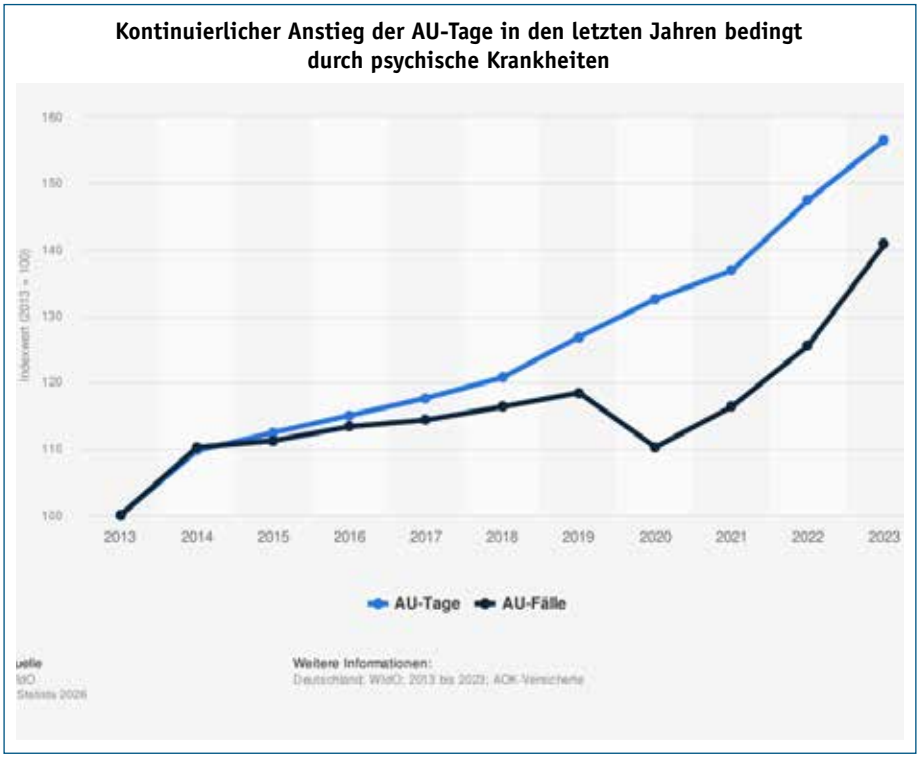


Abb. 1: Kontinuierlicher Anstieg der AU-Tage in den letzten Jahren bedingt durch psychische Krankheiten. Statista 2025.

sorgungsleistungen im internationalen Spitzenbereich, trotzdem bestehen lange Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz und die Behandlungszeiten sind im internationalen Vergleich exorbitant lang (Gallas, Puschner, Kühn, & Kordy, 2010). Der Präferenz von Patientinnen und Patienten, im Zweifelsfall lieber Psychotherapie als Psychopharmakotherapie zu erhalten, kann im Normalfall nicht entsprochen werden, selbst wenn dies nach Leitlinienempfehlung der beste Weg wäre (McHugh, Whitton, Peckham, Welge, & Otto, 2013).

Eine Besonderheit der Versorgung psychisch Kranker in Deutschland ist der weltweite Spitzenplatz im Bereich stationärer Versorgung. In keinem Land dieser Erde werden Menschen mit psychischen Erkrankungen so häufig (oft auch in wohnortfernen) stationären Einrichtungen zur Behandlung untergebracht wie in Deutschland (Papanicolas, Woskie, & Jha, 2018). Dabei birgt eine wohnortferne stationäre Behandlung nicht automatisch den Vorteil einer qualitativ hochwertigen und komplexeren Behandlung: in einer früheren Übersicht über stationäre psychosomatische Reha-Behandlungen zeigten sich zwar manche mit exzellenten kurzfristigen Behandlungsergebnissen, andere jedoch erreichten nicht mal kurzfristig nachweisbare Besserungen bei den untersuchten Stichproben (mindestens 40 Personen pro Klinik; (Schulz, Barghaan, Harfst, & Koch, 2008; Watzke et al., 2008)). Zwar wird es auch aus Sicht des Autors langfristig die Notwendigkeit von stationären Behandlungen im Bereich psychischer Erkrankungen geben, trotzdem ist recht eindeutig, dass zu viel Patientinnen und Patienten in Deutschland teuer stationär behandelt werden mit all den Nachteilen, die eine stationäre Behandlung auch hat: fern von Familie und Arbeitsplatz, aber oftmals auch fern von den Lösungen der realen Konflikte in der Lebenswelt der Personen.

Auch als Mitglied der Expertengruppe des Innovationsfonds kann man feststellen, dass viele Versuche zur Verbesserung der Versorgungssituation gestartet wurden. Wissenschaftlich begleitete Versuche zur Erhöhung der Compliance, Spiegelmessungen bei Psychopharmaka, Verpflichtung zu Akutgesprächen in der Psychotherapie, aber auch weitere politische Initiativen wie „Komplexbehandlungen" oder bessere ambulante Angebote angegliedert an stationäre Einrichtungen können genannt werden. Und doch: an der eingangs skizzierten Problemsituation hat sich nichts geändert. Das Problem der Innovationen der letzten Jahre und Jahrzehnte war die Nähe zu „more of the same". Offensichtlich geht es aber nicht um kleine Veränderungen im bestehenden System: radikale Innovation wäre gefragt. Sucht man nach wahrlich innovativen Projekten z. B. beim Innovationsfonds des G-BA, so kann dort kaum Begeisterung aufkommen. Viele Projektvorschläge kommen doch eher aus der Innensicht heraus, anstatt radikal neue Ansätze voranzubringen. Psychiater:innen schlagen Verbesserungen zur Medikamenten-Compliance und zur Steigerung des Medikamentenverbrauchs vor, Psychotherapeutinnen fordern mehr Kassensitze und möchten bestimmte psychotherapeutische Ansätze häufiger im Gesundheitssystem vertreten sehen, und schließlich gibt es auch noch die Versuche, über digitale Adaptationen bestehende Angebote kostengünstiger anzubieten, was logischerweise nicht mit mehr Effektivität einhergeht. Das Denken und Handeln aus dem bestehenden System heraus, oftmals noch gewürzt mit berufspolitischen oder Psychotherapieschulen-spezifischen Konflikten, scheint Innovation eher zu verhindern als zu fördern.

Exkurs zum englischen Versorgungsmodell

Wegen der Größe und kontinuierlichen Analyse von Fragestellungen im englischen Versorgungsmodell „Talking Therapies", das aus dem Versorgungsmodell „Improving Access to Psychological Treatments" (IAPT) hervorging und in dem zurzeit 500.000 bis 1 Mio. Patientinnen und Patienten jährlich behandelt werden, sollen einige Impulse entnommen werden, bevor Empfehlungen zur Versorgungsänderung im deutschsprachigen System gezogen werden. Eine Besonderheit des englischen Systems ist, dass von über 99% der teilnehmenden Patientinnen und Patienten Daten zur Rückmeldung zu den Behandlungen in einem Stufen-Versorgungsmodell vorliegen. Diese Daten werden kontinuierlich zu Initiativen zur Veränderung des Versorgungsmodells verwendet, es sind also kontinuierliche Kreisläufe zur Qualitätsverbesserung implementiert. Begonnen hat das Programm 2008 mit der Etablierung eines Stufenmodells der Versorgung und einem Fokus auf evidenzbasierte Maßnahmen. Auch wenn dies bereits ein unglaublicher Kraftakt war, waren die ersten

Ergebnisse doch eher enttäuschend mit Responseraten von etwa 20% (wobei wir auch in Deutschland nicht davon ausgehen können, in der Routineversorgung höhere Erfolgsquoten zu erreichen). Erst durch die systematische Verbesserung im Rahmen von Rückmeldeschleifen in den folgenden Jahren konnten die Erfolgsquoten in der Routineversorgung auf über 50% erhöht werden, also Erfolgsquoten, wie wir sie sonst bestenfalls in kontrollierten Studien erreichen. Man kann also festhalten, dass die Verankerung von gutgedachten evidenzbasierten Maßnahmen alleine nicht ausreichend ist, um Erfolge in substanziellem Umfang zu erhalten, sondern dass die Implementierung im Sinne eines lernenden Systems erfolgen muss, was durch kontinuierliche Rückmeldeprozesse sich permanent weiterentwickelt. Zum Zweiten wurde deutlich, dass mit steigenden Wartezeiten auf Behandlungsplätze sich die Behandlungsprognose substantiell verschlechtert. Wenn mehr als 4–6 Wochen auf einen Psychotherapieplatz gewartet werden muss (also der für Deutschland übliche Fall), bricht die Erfolgsaussicht substanziell ein. Eine weitere Erkenntnis war, dass auch bei Stepped-Care-Modellen Algorithmen vorzusehen sind, dass bei dringenden Fällen bereits von Anfang an eine intensivere Versorgung begonnen werden soll, und nicht zwangsläufig step by step begonnen werden muss. Schließlich wurde auch untersucht, inwiefern eine Gate Keeper Funktion im Bereich der Hausärztinnen und Hausärzte zu einer besseren Allokation führte. Dies war nicht der Fall; im Gegenteil, die Vorselektion durch Hausärzt:innen führte zu einer stärkeren sozialen Ungerechtigkeit im Sinne von mehr intensiverer psychologischer Betreuung für Menschen aus gehobeneren sozialen Schichten.

In den letzten 10 Jahren hat dieses Programm aufgrund der Rückmeldungen zunehmend Problemgruppen identifiziert, bei denen offensichtlich Versorgungsdefizite bestehen. So konnte festgestellt werden, dass Menschen mit Migrationshintergrund deutlich weniger von den Angeboten profitieren als Patientinnen und Patienten mit Wurzeln im eigenen Land. Darauf aufbauend wurden diverse Veränderungen am Programm vorgenommen, um mehr kultursensible Behandlungsangebote und Versorgungsstrukturen zu etablieren. Dies führte dazu, dass letztendlich auch bei Menschen mit Migrationshintergrund, People of Colour etc. vergleichbare Erfolgsquoten erreicht werden konnten.

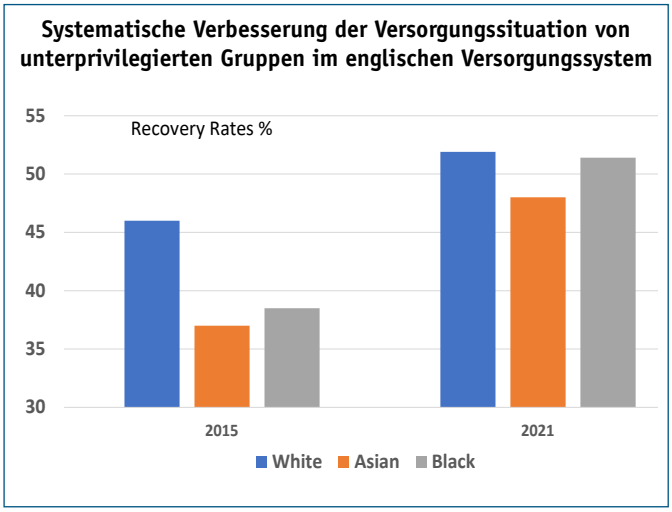


Abb. 2: Systematische Verbesserung der Versorgungssituation von unterprivilegierten Gruppen im englischen Versorgungssystem. Eigene Darstellung.

Diese kleine Auswahl an Ergebnissen des sich kontinuierlich weiterentwickelnden Prozesses soll deutlich machen, dass es für ein gutes Versorgungssystem nicht ausreichend ist, ein paar gute Ideen zu haben und diese dann flächendeckend zu implementieren (was schon schwierig genug ist), sondern dass Versorgungssysteme erst dann erfolgreich werden, wenn kontinuierliche Rückmeldeschlaufen etabliert werden, Problembereiche identifiziert werden und auf diese dann systematisch reagiert wird, bis sie im Sinne eines Qualitätsmanagementverfahrens zu einer substanziellen Besserung geführt haben („lernende Versorgungssysteme“). Weitere Informationen zum englischen Programm können aus der Literatur entnommen werden (Clark, 2018).

Mögliche Lösungswege für die aktuellen Versorgungsdefizite psychisch Erkrankter in Deutschland

Sicherlich können manche Verbesserungen erreicht werden, wenn wir mit Varianten bestehender Behandlungsangebote versuchen, eine bessere Versorgung zu erreichen. Mehr evidenzbasierte Behandlungen, besserer Compliance aufseite der Behandelnden und der Patientinnen und Patienten, indikativere Ressourcenallokation, ambulante Komplexbehandlungen wären Beispiele, wie dies zum Teil vorgeschlagen oder versucht wird. Trotzdem: für eine grundsätzliche Verbesserung wird es wohl notwendig werden, bisherige Denkkreise zu verlassen und komplett neue Ansätze zu etablieren.

Stepped-Care-Modelle

Letztendlich sind Stepped-Care-Modelle eine offensichtliche Notwendigkeit. Es wird immer eine Untergruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen geben, die sehr intensive Behandlungen benötigen, bei denen die Belastbarkeit akut und dauerhaft gefährdet ist und Invalidität droht. Andererseits muss nicht jeder Studierende mit Prüfungsängsten oder Selbstwertproblemen, auch wenn das subjektive Leiden hoch sein kann, gleich jahrelange psychotherapeutische Behandlung erhalten. Die Indikation für stationäre Behandlung muss drastisch nach unten gedrosselt werden zugunsten besserer, aber kostengünstigerer ambulanter Versorgung. Aus solchen Überlegungen resultieren Stepped-Care-Systeme, die auch die Möglichkeiten digitaler Behandlungen und neuer KI-gesteuerter Systeme berücksichtigen, gerade auch wenn sie die zusätzliche Möglichkeit bieten, Sprachanpassungen für Menschen mit Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache zu ermöglichen. Als Lehre aus dem englischen System kann gezogen werden, dass Expertinnen und Experten die Möglichkeit haben müssen, Patientinnen und Patienten von Anfang an nach Indikationsentscheidung auch zu höheren Stufen des Stepped-Care-Modells zuzuordnen, um längere Vorbehandlungen zu vermeiden, wenn diese wahrscheinlich nicht zum Erfolg führen werden. Gleichzeitig müssen die Möglichkeiten niederschwelliger Behandlungen konsequenter genutzt und eva-luiert werden.

Ambulante Versorgungsnetzwerke als Alternativen zur stationären Behandlung

Sektorenübergreifende Verschiebungen im Behandlungsangebot sind in Deutschland bislang fast unmöglich, da verschiedene

Gesetze der Trägheit (insbesondere Motive finanzieller Art) dagegenarbeiten. Trotzdem, hier ist auch der Gesetzgeber gefordert: Die hohe Rate an stationären Behandlungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland ist inakzeptabel, international beispiellos und fordert eine radikale Veränderung. Ambulante Versorgungsnetzwerke sind ein guter Gedanke hierzu, auch wenn bisherige Umsetzungsvorschläge zu schwerfällig sind und deshalb nicht ausreichend genutzt werden. Beim neuen Psychotherapeutengesetz hat der Gesetzgeber interessanterweise Interdisziplinäre Behandlungszentren vorgesehen, die auch z. B. einen stärkeren Fokus auf die Wiederherstellung der (beruflichen oder schulischen) Belastbarkeit legen können als bisherige Behandlungsangebote. Neben einem psychotherapeutischen Schwerpunkt sowie einer ärztlichen Mitbetreuung können bei interdisziplinären Behandlungszentren Sozialarbeiter (z. B. für die berufliche Reintegration) und Physiotherapeuten (zur Erhöhung der körperlichen Belastbarkeit) zentrale Rollen spielen. Nicht nur hier, aber auch hier muss man sich auch von alten Vorstellungen, dass solche Versorgungsnetzwerke oder Behandlungszentren immer nur ärztlich geleitet sein können, lösen: Es funktioniert nicht, wenn bei dem Mangel an ambulanten Psychiaterinnen und Psychiatern diese dann auch noch beauftragt werden, ambulante Behandlungszentren zu initiieren und zu managen. Eine professionelle Öffnung auch auf Leitungsebene unter kontinuierlicher Qualitätsevaluation, wie kürzlich bei den DMPs Depression geschehen, ist sinnvoll und zielführend.

„Lernende Versorgungssysteme“: Etablierung systematischer Rückmeldesysteme

Auch wenn wir in Deutschland bezüglich der Digitalisierung noch weit zurückliegen, ist dies trotzdem der Weg der Zukunft: Bei jedem Hotelaufenthalt wird der Gast anschließend nach einer Evaluation gefragt, warum sollte dies nicht auch bei jedem Kontakt mit dem Gesundheitssystem funktionieren und wichtige Steuerungsfunktion übernehmen können? Dies könnte eingespeist werden in Datenbanken, die durchaus von den Fachwissenschaftler:innen und Kammern, also von den Fachpersonen, beaufsichtigt und analysiert werden, um einen möglichen Makel zu vermeiden, dass über diese Schiene die Finanzierer des Gesundheitssystems nur auf die Kostenbremse drücken möchten. Ein solches Rückmeldesystem muss damit verbunden sein, dass mindestens jährlich Analysen vorgenommen werden, bei welchen klinischen Gruppen, welchen Problemkonstellationen, in welchen Regionen Versorgungsdefizite struktureller Art als auch bzgl. der Ergebnisqualität identifiziert werden können, auf die aufbauend dann Interventionsprogramme geplant und umgesetzt werden.

Problemorientierte und lebensweltorientierte Behandlungen

Behandlungsleitlinien und entsprechend auch viele Behandlungsentscheidungen basieren auf den Diagnosen, für die jedoch zu Recht festgestellt wurde, dass sie als Basis der Indikationsentscheidung von Behandlungen nur schlecht geeignet sind (Rief et al., 2023) (siehe auch die amerikanische Entwicklung um das RDoC-System; nimh.nih.gov/health). Mindestens in Ergänzung zu klinischen Variablen müssen auch die realen Problemkonstellationen und Lebenswelten in die Behandlungsplanung mit einbezogen werden, die einen Behandlungsbedarf mitbegründen (z. B. Arbeitsunfähigkeit, familiäre Konflikte, individuelle Problemkonstellationen jenseits der klinischen Problematik). Psychische Erkrankungen sind biopsychosoziale Störungen, sodass von vornherein rein biologische Behandlungen (z. B. Pharmakotherapie) genauso zu kurz springen wie langwierige psychotherapeutische Behandlungen, die zu wenig auf die reale Lebenswelt der Patient:innen eingehen und Aspekte wie Belastbarkeit, Arbeitsfähigkeit oder sonstige reale Umgebungsprobleme unzureichend berücksichtigen. Die psychotherapeutischen Behandlungsansätze müssen sich hier von ihrer „verfahrensspezifischen Selbsthypnose“ lösen und auf die Realprobleme insbesondere auch unterversorgter Gruppen eingehen. Beispiele für unterversorgte Gruppen sind ältere Menschen, Kleinkinder im sehr frühen Alter, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Behinderungen, Menschen mit körperlichen Beschwerden, die eine psychotherapeutische Behandlung notwendig machen, und mehr. Psychotherapeutische Ansätze müssen den Elfenbeinturm ihrer Theorieschulen verlassen und gemeinsam

Literatur

Clark, D. M. (2018). Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. Annual Review of Clinical Psychology, 14, 159–183.
Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C. H., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. World Psychiatry, 19(1), 92–107.
Gallas, C., Puschner, B., Kühn, A., & Kordy, H. (2010). Dauer und Umfang ambulanter Psychotherapie und Implikationen für die Versorgungspraxis. PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 60(01), 5-13.
Garcia-Marin, L. M., Mulcahy, A., Byrne, E. M., Medland, S. E., Wray, N. R., Chafota, F., et al. (2023). Discontinuation of antidepressant treatment: a retrospective cohort study on more than 20,000 participants. Annals of general psychiatry, 22(1), 49.
Lii, T. R., Smith, A. E., Flohr, J. R., Okada, R. L., Nyongesa, C. A., Cianfichi, L. J., et al. (2023). Randomized trial of ketamine masked by surgical anesthesia in patients with depression. Nature mental health, 1(11), 876-886.
McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A., & Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. The Journal of clinical psychiatry, 74(6), 13979.
Meyerson, W. U., Pieper, C. F., & Hoyle, R. H. (2023). Use of Quantile Treatment Effects Analysis to Describe Antidepressant Response in Randomized Clinical Trials Submitted to the US Food and Drug Administration: A Secondary Analysis of Pooled Trial Data. JAMA network open, 6(6), e2317714-e2317714.
Papanicolas, I., Woskie, L. R., & Jha, A. K. (2018). Health care spending in the United States and other high-income countries. JAMA - Journal of the American Medical Association, 319(10), 1024–1039.
Rief, W., Hofmann, S. G., Berg, M., Forbes, M. K., Pizzagalli, D. A., Zimmermann, J., et al. (2023). Do we need a novel framework for classifying psychopathology? A discussion paper. Clinical Psychology in Europe, 5(4), e11699.
Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., & Koch, U. (2008). Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 41. Psychotherapeutische Versorgung. Berlin: Robert Koch Institut.
Voderholzer, U., Barton, B. B., Favreau, M., Zisler, E. M., Rief, W., Wilhelm, M., et al. (2024). Enduring effects of psychotherapy, antidepressants and their combination for depression: a systematic review and meta-analysis. Frontiers in Psychiatry, 15.
Watzke, B., Barghaan, D., Lang, K., Rabung, S., Koch, U., & Schulz, H. (2008). Behandlungsergebnisse in der Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit psychischen /psychosomatischen Erkrankungen im Klinikvergleich. Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 18, 329-333.

Lösungen für diese Realprobleme erarbeiten. Dazu sollte auch die Zulassung von psychotherapeutischen Verfahren kritisch reflektiert werden. Aktuell entscheidet ein wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, ob ein psychotherapeutischer Behandlungsansatz pauschal für alles zugelassen wird oder nicht Gegenstand der gesetzlichen Krankenversorgung wird; Indikationsregeln oder Effektivität bezüglich bestimmter Realprobleme jenseits der klinischen Symptomatik spielen eine untergeordnete Rolle. Ein alternativer Ansatz wäre hier, problem- und indikationsspezifisch zu entscheiden, welcher Behandlungsansatz in welchem Umfang bei welchem Problem und welchen Kontextbedingungen wissenschaftlich am ehesten zu empfehlen wäre.

Fazit

Die Versorgung psychischer Erkrankungen ist in einer Negativspirale von kontinuierlich ansteigendem Bedarf und ansteigendem Behandlungsangebot, ohne dass die Qualität der Versorgung wesentlich verbessert wird oder die Behandlungserfolge steigen würden. Sowohl bei psychopharmakologischen als auch bei psychotherapeutischen Behandlungen psychischer Erkrankungen müssen wir davon ausgehen, dass mehr als die Hälfte der behandelten Patient:innen keinen ausreichend befriedigenden Zielzustand erreicht; in der Routineversorgung sind diese Daten vermutlich noch nennenswert schlechter. Deshalb ist ein radikales Umdenken notwendig, bei dem jedoch das Denken von „innen heraus“, das berufspolitisch motivierte Handeln oder Psychotherapieschulen-spezifische Herangehensweisen mehr hinderlich als förderlich sind. Der Gesetzgeber, der Innovationsfonds, alle Anbieter und Finanzierer von Gesundheitsleistungen sind aufgefordert, hier bestehende Schranken einzureißen und innovative Versorgungskonzepte zu fordern und zu fördern, insbesondere wenn diese über Feedback-Schlaufen eine kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung ermöglichen. <<

The care of mentally ill patients: What's going wrong?

Introduction: The treatment of mental illness is caught in a downward spiral: on the one hand, the demand for care is constantly increasing, as are the resources allocated (more pharmacotherapy and more psychotherapy), while on the other hand, the quality of care is not improving significantly. Some aspects of care contribute specifically to this: in both psychopharmacological and psychotherapeutic treatments for mental illness, meta-analyses indicate that more than half of the patients treated do not achieve a sufficiently satisfactory response; in routine care, these data are probably even worse.

Methods: The situation of mental health care in Germany is analyzed, and some insights from an international mental health care program are reported. This creates the basis for outlining some recommendations for change of the German health care system.

Results: Too much treatment is provided on an inpatient basis, and Germany ranks on top in the world in this regard. Many innovation proposals are based on the principle of “more of the same” than on being truly innovative. The article outlines the following four aspects of a necessary, more radical innovation: (1) Stepped care models (also taking into account digital care options and AI-supported new developments), (2) a shift away from inpatient care (often far from home) and toward new, interdisciplinary care centers in the outpatient sector, (3) the establishment of “self-learning healthcare models” with continuous improvement in the hands of the relevant professions, and (4) a focus on more problem-oriented and life-world-oriented treatments. Previous obstacles are listed.

Discussion: Legislators, the innovation fund, all providers and financiers of healthcare services are called upon to break down existing barriers and to demand and promote innovative mental health care concepts.

Keywords

Mental Health, Health Care Systems, Self-learning system, Stepped care

Autorenerklärung

Der Autor erklärt, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Rief, W.: „Die Versorgung psychisch Kranker: What's going wrong?“ (MVF 02/26), S. 82–86. http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2825

Prof. Dr. rer. nat. Winfried Rief ORCID: 0000-0002-7019-2250
ist Professor für klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Marburg und Leiter einer Psychotherapie-Ambulanz. Er hat langjährige Erfahrungen im stationären psychiatrischen und psychosomatischen Bereich. Er ist Sprecher der LOEWE-Exzellenzinitiative DYNAMIC und war Co-Chair der Arbeitsgruppe zur Einführung eines neuen Schmerz-Klassifikationssystems in ICD-11.
Kontakt: RiefW@staff.uni-marburg.de



Pascal Wendel
PD Dr. Dr. med. Heidrun Sturm
Dr. rer. medic. h. c. Helmut Hildebrandt
Prof. Dr. rer. oec. Philipp Walther

Delegation im hausärztlichen Praxisteam

Potenziale und Umsetzungstool zur Steigerung der hausärztlichen Versorgungskapazität durch qualifizierte Praxisassistenz

Die hausärztliche Versorgung ist in vielen Regionen Deutschlands bereits heute gefährdet. Demografische Entwicklungen, veränderte Arbeitszeitpräferenzen von Hausärzten sowie steigende und komplexer werdende Anforderungen der Patienten verschärfen die Situation weiter. Viele Menschen befürchten Aufnahmestopps, lange Wege und eingeschränkte Zugänge zur Versorgung. Der häufig geäußerte Ruf nach mehr Studienplätzen für Mediziner greift jedoch zu kurz: Selbst bei sofortiger Ausweitung stehen zusätzliche hausärztliche Kapazitäten frühestens in zwölf bis 15 Jahren zur Verfügung. Diese Studie untersucht daher, in welchem Umfang eine stärkere Arbeitsteilung in Hausarztpraxen kurzfristig und nachhaltig zur Sicherung der Versorgung beitragen kann. Im Fokus steht die Frage: Kann durch den gezielten Einsatz weitergebildeter und akademisierter Praxisassistenzberufe hausärztliche Arbeitszeit effizienter genutzt und damit die Versorgungssicherheit deutschlandweit erhöht werden? Die Bertelsmann Stiftung hat es ermöglicht, für die Studie zwei größere, ärztlich getragene Hausarztpraxen, die Praxisassistenzberufe bereits in umfangreichem Maße für die Delegation einsetzen (im Folgenden „Innovationspraxen"), mit drei kommunal getragenen Medizinischen Versorgungszentren („Standardpraxen") zu vergleichen. Die Praxen wurden eingehend analysiert; Fallzahlen, Leistungsprofile, Arbeitsteilung sowie die daraus resultierende Entlastung konnten erhoben werden.

>> Gleichzeitig wurden neue Studien und Prognosen u. a. vom BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung zur hausärztlichen Versorgungssituation zur Verfügung gestellt und durch Gutachten im Auftrag der Bertelsmann Stiftung unterstützt. Damit konnten sowohl die Bedarfssituation der Bevölkerung unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung als auch das hausärztliche Versorgungsangebot – einschließlich der zu erwartenden Veränderungen bei Arbeitszeiten und Teilzeitquoten – auf Basis von Vollzeitäquivalenten abgeschätzt und in Prognosen überführt werden. Die vorliegende Ausarbeitung folgt dem Basisszenario des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung, das für Deutschland einen zusätzlichen Bedarf von 3.218 hausärztlichen Vollzeitäquivalenten im Jahr 2030 ausweist. Ergänzend wird auf die derzeit rund 5.000 unbesetzten Arztsitze hingewiesen, was einer Versorgungsabdeckung von unter 110 Prozent gemäß Bedarfsplanung entspricht.

Zusammenfassung

Einleitung: Die hausärztliche Versorgung in Deutschland steht zunehmend unter Druck. Bereits heute sind zahlreiche Hausarztsitze unbesetzt, und bis 2030 wird ein zusätzlicher Bedarf von rund 8.200 in Vollzeit tätigen Hausärzten erwartet. Vor diesem Hintergrund untersucht die hier beschriebene Studie, in welchem Umfang durch den gezielten Einsatz weitergebildeter und akademisierter Praxisassistenzberufe hausärztliche Arbeitszeit effizienter genutzt und damit mehr Versorgungssicherheit erreicht werden kann.

Methoden: Grundlage der Analyse ist ein Vergleich von zwei Hausarztpraxen mit weitreichend etablierten Delegationsmodellen („Innovationspraxen") und drei kommunal getragenen medizinischen Versorgungszentren („Standardpraxen"). Untersucht wurden Fallzahlen, Leistungsprofile, Arbeitsteilung und Entlastungseffekte. Ergänzend wurden Prognosen des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung einbezogen. Auf dieser Basis wurden Simulationen zur zukünftigen Versorgungskapazität durchgeführt. Zudem flossen Ergebnisse aus repräsentativen Befragungen von Hausärzten, Ärzten in Weiterbildung sowie der Bevölkerung ein.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass durch die Delegation geeigneter Aufgaben an qualifizierte Praxisassistenzberufe im Durchschnitt rund 65% des ärztlichen Zeitvolumens eingespart werden können. Dadurch gewinnen Hausärzte zusätzliche Kapazitäten für komplexe Behandlungen und Patientengespräche. Simulationsrechnungen zufolge kann die bis 2030 erwartete Versorgungslücke rechnerisch durch den Einsatz von entsprechend qualifizierten Praxisassistenzkräften ausgeglichen werden. Gleichzeitig zeigen Befragungen eine hohe Akzeptanz für eine stärkere Aufgabenteilung sowohl bei der Ärzteschaft als auch in der Bevölkerung.

Diskussion: Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die stärkere Einbindung qualifizierter Praxisassistenzberufe ein zentrales Potenzial zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung darstellt. Voraussetzung sind geeignete organisatorische, rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen sowie eine konsequente Umsetzung arbeitsteiliger Versorgungsmodelle. Die Studie zeigt, dass die Sicherung der Versorgung nicht allein von zusätzlichen ärztlichen Kapazitäten abhängt, sondern wesentlich durch eine effizientere Nutzung vorhandener Ressourcen erreicht werden kann.

Schlüsselwörter

Delegation, hausärztliche Versorgung, Praxisassistenz, Physician Assistant, Versorgungskapazität, Primärversorgung, Task Shifting, Versorgungsplanung

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2812

Das Gutachten „Delegation im Praxisteam: Ein starker Hebel für die Sicherung der Versorgung: Potenzialanalyse zum Einsatz weitergebildeter und akademisierter Praxisassistenzberufe in der hausärztlichen Versorgung" zeigt im Vergleich, dass sich die erhöhte Delegationsintensität der beiden Innovationspraxen sowohl quantitativ durch eine höhere Zahl behandelter Patienten pro Arzt als auch qualitativ durch eine erweiterte Versorgungstiefe in Form intern erbrachter Leistungen wie z. B. Diagnostik, Wundversorgung oder geriatrischer Assessments ausweist.

Beide Innovationspraxen unterscheiden sich dabei hinsichtlich des konkreten Einsatzes der Delegationskräfte. Die detaillierte Analyse kommt aber für beide zum ungefähr gleichen Berechnungsergebnis: Physician Assistants bzw. Nichtärztliche Praxisassistenz (PA/NäPA) und ähnliche weitergebildete Praxisassistenzberufe können schon heute innerhalb der geltenden Delegationsvereinbarungen unter Supervision im Schnitt 65% des ansonsten erforderlichen Zeitvolumens von Hausärzten ersetzen. Dies lässt sich durch die Konzentration der Ärztinnen und Ärzte auf ihre Kernaufgaben sowie durch

Anm.: Zur Vereinfachung wird teilweise der Begriff „weitergebildete Praxisassistenzberufe" verwendet. Er umfasst auch grundständig akademisierte Praxisassistenzberufe.

eine breite Delegation gewährleisten. Anders ausgedrückt kann ein Hausarzt sein Versorgungsvolumen durch den Einsatz von Delegationskräften rechnerisch auf nahezu das Dreifache steigern.

Als delegierbare Leistungsbereiche erweisen sich insbesondere leicht standardisierbare, routinenahe Tätigkeiten, wie z. B.:

- technische Diagnostik (Elektrokardiogramm, Langzeitparameter, Spirometrie)
- geriatrische Assessments und Chronikerkontrollen
- DMP-Dokumentation und verlaufsorientierte Untersuchungen
- Hausbesuche und aufsuchende Versorgung
- administrative Tätigkeiten wie Dokumentation und Koordination

Ein weiterer Blick z. B. auf die Erfahrungen einer MVZ-Trägergesellschaft mit der Ausstattung ihrer Arztpraxen im Verhältnis von einem Physician Assistant pro Arzt zeigt, dass auch in anderen Praxen mit Delegationsmodellen gearbeitet wird. Der Verweis auf das Modellprojekt der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe – „Physician Assistants im ambulanten Bereich" – macht zugleich die Herausforderungen deutlich, die mit einer Transformation der Arbeitsweise verbunden sind.

In der Folge nutzt das Gutachten die aus der Analyse der Innovationspraxen ermittelte Delegationsquote von 65 Prozent, um die daraus möglichen Effekte zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung zu simulieren. Grundlage der Simulation ist das oben bereits erwähnte Basisszenario des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung. Ergänzend wird in der Simulation ein höherer Bedarf von insgesamt rund 8.200 Vollzeitäquivalenten als Maßstab für eine angestrebte Vollversorgung im Jahr 2030 zugrunde gelegt. Dieser Wert leitet sich aus der Addition des Mehrbedarfs der Simulation des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung und der derzeit rund 5.000 unbesetzten Arztsitze ab, auch wenn letztere vor allem Ausdruck regionaler Ungleichverteilungen sind.

Im Ergebnis zeigt die Simulationsrechnung, dass durch die Delegation bislang hausärztlich erbrachter Leistungen an Physician Assistants bzw. Nichtärztliche Praxisassistenz bis zum Jahr 2030 sowohl der vom BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung errechnete zusätzliche Bedarf an Hausärzten als auch der Bedarf durch die heute rund 5.000 unbesetzten Arztstellen gedeckt und sogar übertroffen werden kann. Rechnerisch stehen hierfür die bereits vorhandenen sowie die sich derzeit in Ausbildung befindlichen potenziellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter grundsätzlich zur Verfügung. Gleichzeitig steigt die Nachfrage nach diesen Ausbildungsgängen sowohl bei Medizinischen Fachangestellten als auch bei Schulabgängern. Diese überschießende Deckung des Bedarfs besteht selbst unter restriktiven Annahmen fort – etwa bei überwiegender Teilzeittätigkeit, einer späteren Beschäftigung in Hausarztpraxen von lediglich 25 Prozent und unter Berücksichtigung der Zeit für die Einführung neuer Arbeitsorganisationen in den Praxen. Entsprechend wurde in der Simulation von einem langsam ansteigenden Umsetzungsgrad ausgegangen, der von 15 Prozent im Jahr 2026 auf 70 Prozent im Jahr 2030 anwächst.

Aufgrund der Hypothese, dass der Einsatz von Delegationskräften eher in größeren Praxen sinnvoll und kurzfristig möglich ist, wurde in einer Plausibilitätsabschätzung zusätzlich berechnet, wie viele Hausärzte in kooperativen Strukturen jeweils auf eine Delegationskraft kommen müssten, um die oben beschriebene Vollversorgungslösung zu erreichen. Die Modellierung kommt zu dem Ergebnis, dass auch im Jahr 2030 nur eine Delegationskraft auf 1,7 hausärztliche Vollzeitäquivalente eingestellt werden müsste.

Zusammenfassend kommt die Simulationsrechnung zu dem Ergebnis, dass der verstärkte Einsatz weitergebildeter Praxisassistenzberufe in der hausärztlichen Versorgung möglich und sinnvoll ist. Aufgrund wachsender Ausbildungskapazitäten und einer hohen Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt ist mittelfristig dazu auch von ausreichend qualifizierten Fachkräften auszugehen. Bis zum Jahr 2030 kann damit Arbeitszeit im Umfang von 8.818 vollzeitbeschäftigten Hausärzten freigesetzt werden. Rechnerisch ist damit bundesweit eine Vollversorgung möglich.

Für die Beschäftigung weitergebildeter Praxisassistenzberufe eignen sich insbesondere Gruppenpraxen und vergleichbare kooperative Strukturen sowie die derzeit politisch diskutierten Primärversorgungszentren. Dadurch könnten sie ihr Patientenvolumen erweitern, auf bestehende Aufnahmestopps verzichten oder über Filialpraxen zusätzliche Standorte in Mangel- und Unterversorgungsregionen eröffnen.

Als zentrale Herausforderungen wurden die Sorge um die rechtliche Sicherheit der Delegation, Fragen der Refinanzierung, mangelnde Kenntnisse über Ausbildungsinhalte und Kompetenzen der Delegationskräfte sowie die Befürchtung eines Qualitätsverlustes identifiziert und jeweils vertieft analysiert. Im Ergebnis zeigt sich, dass für alle diese Herausforderungen bereits umfangreiche Argumentationen und Erfahrungen vorliegen und u. a. in dem HÄPPI-Konzept des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands auch bereits umgesetzt werden. In der Würdigung aller Argumente kann davon ausgegangen werden, dass einem breitflächigen Einsatz von Physician Assistants bzw. Nichtärztlicher Praxisassistenz in den oben beschriebenen Delegationsfeldern keine unüberwindbaren Hindernisse entgegenstehen.

Im Ergebnis wird ein Zielbild eines erweiterten Primärversorgungssystems beschrieben, in dem die hausärztliche Arbeitszeit vorrangig auf medizinische Kernleistungen, Teamkoordination sowie Planungs-, Aufsichts- und Ergebnisverantwortung konzentriert wird. Die Versorgungsaufgaben werden dabei unter ärztlicher Verantwortung und auf Grundlage bestehender Delegationsvereinbarungen arbeitsteilig im Team erbracht – entsprechend der jeweiligen Qualifikation und individueller Vereinbarungen zwischen Arzt und weitergebildeten oder akademisch qualifizierten Praxisassistenzkräften. Digitale Tools unterstützen und übernehmen Aufgaben wie Dokumentation, Patientensteuerung, Qualitätssicherung sowie die Automatisierung externer Anfragen. Qualifiziertes Fachpersonal nutzt Telemedizinsprechstunden mit Fach- und Klinikärzten, um unnötige Patientenwege zu vermeiden sowie Diagnosesicherheit und Behandlungsqualität zu verbessern. Ergänzend wird die Patientenperspektive durch Patient-Reported Experience Measures und Patient-Reported Outcome Measures systematisch eingebunden, um Therapieeffekte zu erfassen und Behandlungsergebnisse gezielt weiterzuentwickeln.

Zur vollen Wirkungsentfaltung über den Kreis besonders engagierter Pilotpraxen hinaus und zur Sicherung einer bestmöglichen Versorgung auch in den Regionen, die heute oder ohne diese Veränderungen künftig von Mangelversorgung bedroht sind, sollten dazu begleitend folgende Empfehlungen berücksichtigt werden:

- Der Gesetzgeber sowie die Vertragspartner sollten die Strukturen des Gesundheitswesens in Richtung Teamversorgung anpassen, d. h. Primärversorgungszentren mit Beschäftigung von weiterqualifizierten bzw. akademisch qualifizierten Praxisassistenzberufen in der Hausarztsitzvergabe bevorzugen[1].
- Krankenkassen und KVen sollten begleitend die Vergütungsstrukturen auf die Teamleistung ausrichten (Praxis-Patienten-Modell). Sie sollten dies mit der Setzung von praxis- und sektorübergreifenden Anreizen verbinden – zur gezielten Versorgung von alters-, einschränkungsbedingten und sozioökonomisch komplexeren Versorgungsbedarfen sowie zur Verbesserung des Gesundheitsstatus der regionalen Bevölkerung. Ziel ist es, eine regionale Vernetzung – ähnlich dem französischen Modell der „Communautés professionnelles territoriales de santé" – anzuregen und ein Gesundheitssystem zu schaffen, das sich nicht nur auf Versorgung, sondern auch auf den Erhalt und die Verbesserung der Gesundheit konzentriert[2].
- Der Gesetzgeber sollte mit der BÄK zusammen eine höhere Rechts- und Haftungssicherheit für die erleichterte Nutzung der telemedizinischen Hinzuziehung von Ärzten und von digitalen Patientenunterstützungssystemen schaffen, sodass Ärzte als Supervisoren zwar verantwortlich haften, aber die heutigen digitalen Möglichkeiten nutzen können und räumlich nicht am gleichen Ort sein müssen. Eine Überarbeitung der Delegationsvereinbarung sollte die eigenständige Beratung und Erläuterung von Lebensstilveränderungen und zur besseren Krankheitsbewältigung insbesondere bei Chronikern für PAs/NäPAs ermöglichen, ggf. auch Fortschreibungen zu Heilmittelverordnungen, sodass eine ärztliche Supervision nur für Konfliktfälle und Situationen außerhalb der in der Praxis vereinbarten Leitlinien erforderlich bleibt.[3]

Der Vollständigkeit entsprechend sei angemerkt, dass neben der Angebotsseite auch die Nachfrageseite zu beachten ist. So erhöht sich der hausärztliche Versorgungsbedarf aufgrund der demografischen Bevölkerungsentwicklung und der damit einhergehenden Zunahme von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Multimorbidität. Zur Krankheitslast der deutschen Bevölkerung liegen seitens des Robert Koch-Instituts (RKI) Daten für 2023 vor. Danach gaben 53,7% aller Erwachsenen an, eine chronische Krankheit oder ein langdauerndes Gesundheitsproblem zu haben. Ab dem Alter von 65 Jahren steigert sich die Zahl kontinuierlich bis auf 75,8% bei den über 80-Jährigen. Unterschiede bestehen nach Geschlecht (Frauen>Männer), nach Regionen und nach Bildungsgrad[4]. Kreise mit unterdurchschnittlicher Versorgung weisen dabei eine um 15 bis 20% höhere Rate an chronischen Erkrankungen auf[5]. Es zeichnet sich ein erheblicher, zum einen langfristiger und gleichzeitig auch komplexer werdender Versorgungsbedarf ab, der einer fach- und sektorübergreifenden Behandlung bedarf[6].

Es bleibt festzuhalten, dass dieser steigende Versorgungsbedarf nicht naturgegeben, sondern durchaus auch beeinflussbar ist. Wie oben in den Empfehlungen bereits erwähnt, sollte eine verstärkte regionale Vernetzung mit entsprechender finanzieller Anreizsetzung dazu genutzt werden, den Erhalt bzw. die Verbesserung der Gesundheit der regionalen Bevölkerung gezielt anzustreben. Wie eine Simulationsrechnung der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) schon 2023 anhand von Projektergebnissen einer Modellregion in Deutschland ergab, können damit relevante Effekte auf die Verminderung der Kosten und die Vermehrung in Gesundheit verbrachter Lebensjahre erreicht werden[7]. Weitere Effekte lassen sich mit an Public Health orientierten Maßnahmen erreichen, hier sei nur an Lebensstilveränderungen in der Folge politischer Maßnahmen wie Rauchverbote, Werbeeinschränkungen und eines gezielten Einsatzes steuerlicher Anreize erinnert.

Ein weiteres Moment hausärztlicher Belastung ist die seit Jahrzehnten unverändert hohe Anzahl der Arztkontakte. Pro Einwohner und Jahr liegt Deutschland gemäß OECD nach der Slowakei und Polen mit durchschnittlich 9,8 Arzt-Patienten-Kontakten an dritter Stelle[8].

In Deutschland werden die großen internationalen Unterschiede bei der Zahl der Arztkontakte häufig auf die bislang noch schwach ausgeprägte Digitalisierung des Gesundheitssystems, dessen wiederkehrende Dysfunktionalität sowie auf den Quartalsbezug des Abrechnungssystems zurückgeführt. Allerdings setzen auch Leitlinien und Qualitätsnormen – etwa Disease-Management-Programme oder Regelungen zur Arbeitsunfähigkeit – weiterhin regelmäßige Präsenzkontakte voraus, die nicht allein der individuellen Absprache zwischen dem Patienten und dem Arzt bzw. der Ärztin unterliegen. Der international übliche Praxis-Patienten-Kontakt, der auch Kontakte allein durch Fachpersonal bei Routineaufgaben oder leichteren Erkrankungen unter ärztlicher Supervision ermöglicht, muss in Deutschland deshalb dringend und kurzfristig etabliert werden. Zu den Kontakten aufgrund leichter Erkrankungen, Kontrollen oder nur zum Erhalt von Attesten, Bescheinigungen etc. bemerkt der SVR in seinem Gutachten „Fachkräfte im Gesundheitswesen": *„Als nicht notwendige Kontakte werden all diejenigen Arzt-Patienten-Kontakte bezeichnet, die weder zur Verbesserung noch zur Aufrechterhaltung der Gesundheit der Patienten beitragen oder die durch andere Gesundheitsberufe oder Praxiskontakte bei vergleichbaren Resultaten effizient erbracht werden können*[9]."

1: vgl. den analogen Vorschlag des AOK-Bundesverbandes in seinem Positionspapier „Eckpunkte für eine Primärversorgung in Deutschland" vom 16.7.2025 https://www.aok.de/pp/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=45785&dl=1&token=69add06085ca1b0eb057d1d07feb2ffd158c9cde&download=1

2: vgl. Hildebrandt et al. (2025), S. 266

3: Mehr dazu und auch zu den rechtlichen Herausforderungen der Delegationsvereinbarung und den weiteren politischen Vorschlägen findet sich in der Studie: https://optimedis.de/studie_delegation_im_praxisteam.pdf und in dem von der Bertelsmann Stiftung herausgegebenen Spotlight Gesundheit https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/spotlight-gesundheit-teamarbeit-gegen-den-aerztemangel

4: RKI (2025)

5: Badura et al. (2020)

6: Natürlich lassen sich auch weitere Ansatzpunkte entwickeln, um den Bedarf an ärztlicher Arbeitszeit zu entlasten. Diese sind nicht Gegenstand dieser Studie. Es wird nur auf die Option verwiesen, frühzeitig präventive Maßnahmen zu ergreifen und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung bereits ab dem Kindesalter zu stärken. Weitere Optionen bestehen in der Entlastung der hausärztlichen Praxen von überflüssiger Bürokratie, in einer Reduktion der Praxiskontakte z. B. durch Änderung der Arbeitsunfähigkeitsregelungen sowie der engeren Kooperation mit anderen Gesundheitsakteuren

7: OECD (2023)

8: OECD (2025)

9: SVR (2024), S. 266

Ein Umsetzungstool für die Versorgungsplanung

Aufbauend auf dem Gutachten im Auftrag der Bertelsmann Stiftung wurde jetzt zusätzlich eine webbasierte und geocodierte Simulation der lokalen Steigerungspotenziale der hausärztlichen Versorgungskapazität durch Einstellung von qualifizierten Arztassistenzberufen und Delegation von Aufgaben hausärztlicher Versorgung entwickelt. Dieses **Softwaretool** zeigt bis auf die **Mikroebene einzelner Arztpraxen und Gemeinden**, wie die lokale Versorgungskapazität durch Delegation bedarfsgerecht ausgebaut und Unter- bzw. Minderversorgung reduziert werden kann.

Ganz konkret lässt sich das für jede Gemeinde und jeden „Hausärztlichen Planungsbereich (HPB)" berechnen und simulieren. Dazu wurde eine deutschlandweite Kartendarstellung mit den jeweiligen Versorgungsgraden auf Gemeindeebene (kleinteiliger als bisher bei der KV üblich) sowie den Arztpraxen entwickelt, mit der dann simuliert werden kann, wie durch den Einsatz von qualifizierten Arztassistenzberufen die jeweils örtlich verfügbare Versorgungskapazität erhöht werden kann, und zwar auch inkl. der bifg-Prognosen für die Jahre 2030, 2035, 2040.

In der Detailansicht werden die Standorte hausärztlicher Praxen als schwarze Punkte gezeigt. Die Punktgröße zeigt die Anzahl der dort tätigen Ärzte. Im Hintergrund zeigt ein 100-Meter-Raster die sogenannten Zugangsminuten. Diese geben für jeden Standort an, wie viel hausärztliche Behandlungszeit pro Einwohner und Jahr theoretisch verfügbar ist und innerhalb von maximal 20 Minuten Fahrzeit erreicht werden kann.

Dabei werden berücksichtigt:

- die räumliche Verteilung der Einwohner,
- die verfügbaren Arzt-Vollzeitäquivalente
- die Erreichbarkeit über das Straßennetz.

Je roter die Fläche, desto schlechter ist der Zugang zur Versorgung.

Am Beispiel des Hausärztlichen Planungsbereichs (HPB) Sulingen in Niedersachsen mit aktuell schon erheblicher Unterversorgung (nur 65% Versorgungsgrad) und einem für 2030 sogar noch niedriger prognostizierten Versorgungsgrad von nur noch 52% soll jetzt das Verfahren der Simulation verdeutlicht werden:

Das Tool ermöglicht es, den Einsatz von qualifiziertem Praxisassistenzpersonal (PA) an einzelnen Praxisstandorten zu simulieren (automatisch oder manuell). So wird sichtbar, wie sich die Versorgung im Umfeld der Praxen kleinräumig verändern kann. Praxen mit PA/NäPA werden als grüner Punkt dargestellt.

Im folgenden Beispiel (Abb. 1) wurden im Südteil des HPB Sulingen in der Gemeinde Kirchdorf einer Großpraxis mit 7 Ärzten 6 PA und einer Praxis von 3 Ärzten in Freistatt 3 PA manuell zugeordnet.

Im nächsten Beispiel (Abb. 2) wurden

Darstellung des aktuellen Versorgungsgrades im Hausärztlichen Planungsbereich Sulingen

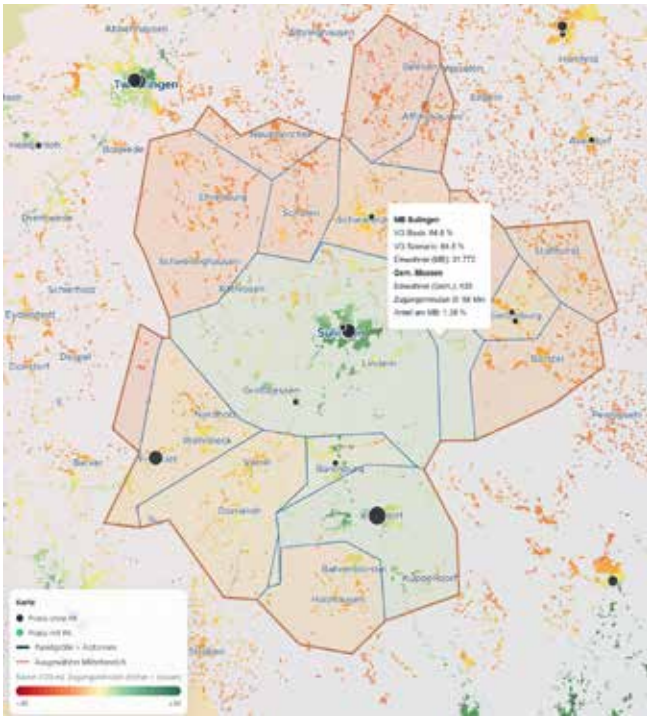


Abb. 1: Darstellung des aktuellen Versorgungsgrades im Hausärztlichen Planungsbereich Sulingen (Niedersachsen). Eigene Darstellung.

den 11 Praxen in HPB Sulingen (mit 22 Ärzten) versuchsweise 14 PA manuell zugeordnet. Dadurch verbessert sich die Versorgung im HPB Sulingen rechnerisch auf 111% und die Zugänglichkeit verbessert sich deutlich. Die dennoch verbleibende Einschränkung in den nördlichen Teilen müsste durch die Nachbarkreise oder neue Praxisniederlassungen abgedeckt werden. Oder es müssten Lösungen

Darstellung des veränderten Versorgungsgrades eines Teilbereichs von Sulingen nach manueller Zuordnung von 9 PAs



Abb. 2: Darstellung des veränderten Versorgungsgrades eines Teilbereichs von Sulingen nach manueller Zuordnung von 9 PAs. Eigene Darstellung.

Darstellung des veränderten Versorgungsgrades von Sulingen insgesamt nach manueller Zuordnung von 14 PAs

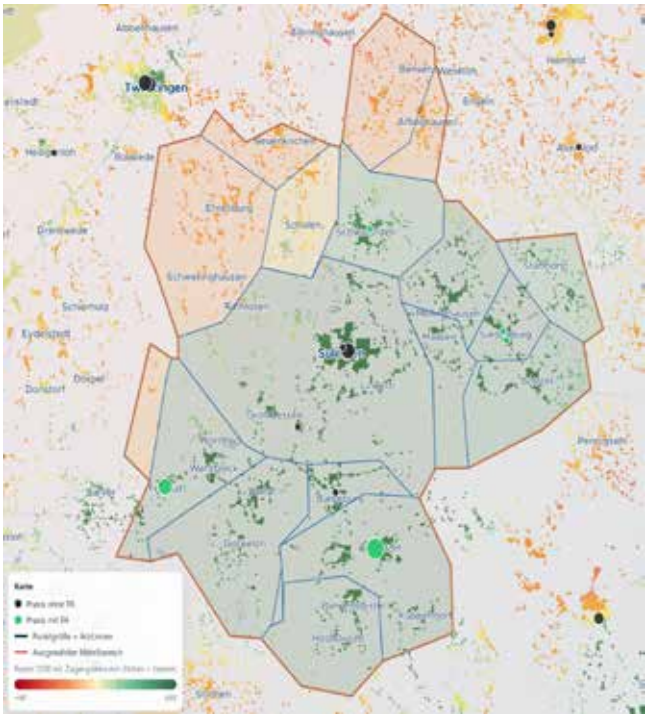


Abb. 3: Darstellung des veränderten Versorgungsgrades von Sulingen insgesamt nach manueller Zuordnung von 14 PAs. Eigene Darstellung.

ermöglicht werden, mobilitätseingeschränkte Personen durch Hausbesuche oder tageweise besetzte Standorte durch die größeren Praxen mitzuversorgen.

Für das Jahr 2040 würde nach der Prognose des bifg auch bei dieser intensiven Verbesserung durch die 14 PA dennoch der Versorgungsgrad für den Mittelbereich/HPB Sulingen nur bei 94% liegen. Leicht zu erkennen ist auch, dass die nach Norden (Syke) und Osten (Nienburg) angrenzenden HPBs ebenfalls Zugänglichkeitsprobleme aufweisen.

Welche Fragestellungen können beantwortet werden?

- Welche HPB sind heute sowie 2030, 2035 und 2040 stärker von Minder- und/oder Unterversorgung betroffen? Wo besteht besonderer Handlungsbedarf – oder wo können Niederlassungen zukunftssicher geplant werden?
- Welche Arztpraxisstandorte eignen sich besonders gut für die Einstellung von Praxisassistenzpersonal, um die örtliche Versorgung zu verbessern? Und welche Praxen haben überhaupt Erweiterungspotenzial? Mit welchen Praxen sollte daher das Gespräch gesucht werden?
- Wie verteilt sich die Bevölkerung innerhalb der Hausärztlichen Planungsbereiche und Gemeinden? Wo ergeben sich besondere Herausforderungen für die Versorgung?

Für wen ist das Simulationstool nützlich?

- Kommunale Gebietskörperschaften, Landkreise und Gemeinden – zur Versorgungsanalyse, Darstellung, Planung
- Landespolitik und Landesplanung, die §-90a-Gremien, die Landesämter für das öffentliche Gesundheitswesen
- Kassenärztlichen Vereinigungen, ärztliche Verbände, Krankenkassen, die Planungsinstanzen der kassenärztlichen Versorgung
- Ärzte, Großpraxen, MVZ-Träger und Krankenhäuser, die sich auf Ambulantisierung ausrichten und ihre Standortplanung an den Versorgungsbedarfen orientieren wollen
- Finanzierer von Niederlassungen und Praxiserweiterungen, z. B. Sparkassen und Banken

Im Ergebnis bleibt festzuhalten: Mit einem Aufgreifen dieser Empfehlungen und dem entsprechenden Einsatz weitergebildeter bzw. akademisch qualifizierter Praxisassistenzberufe wird Deutschland in der Lage sein, die hausärztliche Versorgung in Deutschland bis 2030 auch in den Regionen zu sichern, die sich heute Sor-

Literatur

AOK-Bundesverband (2025): Eckpunkte für eine Primärversorgung in Deutschland. Positionspapier vom 16.7.2025. https://www.aok.de/pp/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=45785&dl=1&token=69add06085ca1b0eb057d1d07feb2ffd158c9cde&download=1

Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg.) (2020): Fehlzeiten-Report 2020: Gerechtigkeit und Gesundheit. Springer, Berlin/Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61524-9

BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) (2026): Morbiditäts- und Sozialatlas – interaktives Datenportal zur regionalen Verteilung von Krankheiten und gesundheitlichen Indikatoren in Deutschland. https://www.bifg.de/atlas

Bertelsmann Stiftung (2025a): Hausärztliche Versorgung der Zukunft. Neue Empirie zu Plänen, Prognosen und Problemlösungen. Spotlight Gesundheit 1/2025. https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/spotlight-gesundheit-hausaerztliche-versorgung-der-zukunft

Bertelsmann Stiftung (2025b): Spotlight Gesundheit: Teamarbeit gegen den Ärztemangel. https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/spotlight-gesundheit-teamarbeit-gegen-den-aerztemangel

Hagen B, Bruder S, Frings S, Kretschmann J, Nieporte T (2025): Physician Assistants im ambulanten Bereich. Modellprojekt der KVWL. Abschlussbericht. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. https://www.kvwl.de/fileadmin/user_upload/pdf/Themen_A_bis_Z/PA/PA_Abschlussbericht_Zi_2025.pdf

Hildebrandt H, Sturm H, Walther P, Zahorka M (2025): Wie Primärversorgung mit einem Präventionsanreiz wirklich Nutzen stiften kann. Welt der Gesundheitsversorgung 6/2025:261–268. https://optimedis.de/wp-content/uploads/2025/12/WdG_6-2025_Erweiterte-Primaerversorgung_Hildebrandt-etal.pdf

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V. (HAEV) (2024b): HÄPPI. Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung interprofessionell. Ein Konzept des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes. https://www.haev.de/fileadmin/user_upload/News_Dateien/2024/2024_07_15_HAEPPI_Konzeptpapier_lang.pdf

Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) (2023): Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases: Best Practices in Public Health. OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/9acc1b1d-en

Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) (2025): Health at a Glance 2025: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en

OptiMedis AG (2026): Delegation im Praxisteam: Potenzialanalyse und Umsetzungstool zur Steigerung der hausärztlichen Versorgungskapazität durch qualifizierte Praxisassistenz. https://optimedis.de/studie_delegation_im_praxisteam.pdf

Robert-Koch-Institut (RKI) (2025): Chronisches Kranksein – Funktionseinschränkungen bei chronischen Krankheiten. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE). Online-Portal mit Indikatoren zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in Deutschland. https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/Krankheitsfolgen/Funktionseinschraenkungen/ChronischesKranksein/chronischesKranksein_node.html

Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (SVR) (2024): Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/Gutachten_2024_barrierefrei.pdf

Wende D, Bobeth C, Schulte C, Rößler M (2025): Projektion der hausärztlichen Versorgung bis 2040. BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg). https://doi.org/10.30433/ePGSF.2025.002.

gen machen um Aufnahmestopps, lange Wege und eingeschränkte Zugänge zur Versorgung. Damit kann dem Eindruck einer fortschreitenden – teils bereits bestehenden, teils drohenden – Unterversorgung sowie dem Vorwurf eines Versagens bei der Sicherstellung einer verlässlichen Gesundheitsversorgung erfolgreich entgegengewirkt werden. <<

Delegation in Primary Care Teams: Potential Analysis and Implementation Tool to Increase Care Capacity through Qualified Practice Assistants

Introduction: Primary care in Germany is under increasing pressure. A significant number of general practitioner (GP) positions are already vacant, and by 2030 an additional shortage of approximately 8,200 full-time GPs is expected. This study examines to what extent delegating medical tasks to advanced and academically trained practice assistants can help maintain and expand care capacity.

Methods: The study compares two GP practices with well-established delegation models ("innovator practices") with three publicly operated medical care centers ("standard practices"). Analyses included patient volumes, service profiles, task distribution, and workload effects. In addition, projections from the BARMER Institute for Health System Research were incorporated. Simulation models were used to estimate future care capacity. Furthermore, results from representative surveys of GPs, physicians in training, and the general population were included.

Results: Findings indicate that delegating suitable tasks to qualified practice assistants can reduce physicians' workload by approximately 65% on average. This allows GPs to focus more on complex care and patient communication. Simulation results suggest that the projected shortage of GP capacity by 2030 could theoretically be compensated through the increased use of qualified practice assistants. Survey results show high acceptance of expanded task delegation among both physicians and the general population.

Discussion: The results highlight the substantial potential of task delegation to support primary care provision. Implementation requires appropriate regulatory, organizational, and financial frameworks as well as consistent adoption of team-based care models. The findings suggest that improving the use of existing workforce capacities may be more effective than relying solely on increasing the number of physicians.

Keywords

delegation, primary care, practice assistants, physician assistants, care capacity, task shifting, health workforce, care planning

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Wendel et al: „Delegation im hausärztlichen Praxisteam: Potenziale und Umsetzungstool zur Steigerung der hausärztlichen Versorgungskapazität durch qualifizierte Praxisassistenz?" (MVF 02/26), S. 87–92. http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2812



Pascal Wendel ORCID: 0009-0002-3493-2837
ist Fachinformatiker und leitet den Bereich Analytik Gesundheitsdaten & IT bei der OptiMedis AG in Hamburg. Sein inhaltlicher Schwerpunkt liegt auf Data Engineering, Business Intelligence Architecture sowie auf fundierten Datenbankauswertungen und dem Design von Gesundheitsdatensystemen.
Kontakt: P.Wendel@optimedis.de



PD Dr. Dr. med. Heidrun Sturm MPH ORCID: 0000-0003-4327-7205
ist Ärztin und Versorgungswissenschaftlerin. Sie ist Senior Managerin Versorgungsinnovationen & Versorgungsforschung bei der OptiMedis AG und arbeitet an Projekten und Konzepten zu regionalen integrierten Versorgungskonzepten. Sie leitete zehn Jahre lang den Bereich innovative Versorgung und Gesundheitssysteme am Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung am Universitätsklinikum Tübingen. Ihr Interesse gilt der Umsetzungsunterstützung von patientenzentrierten, integrierten und effizienten Versorgungslösungen. Kontakt: H.Sturm@optimedis.de

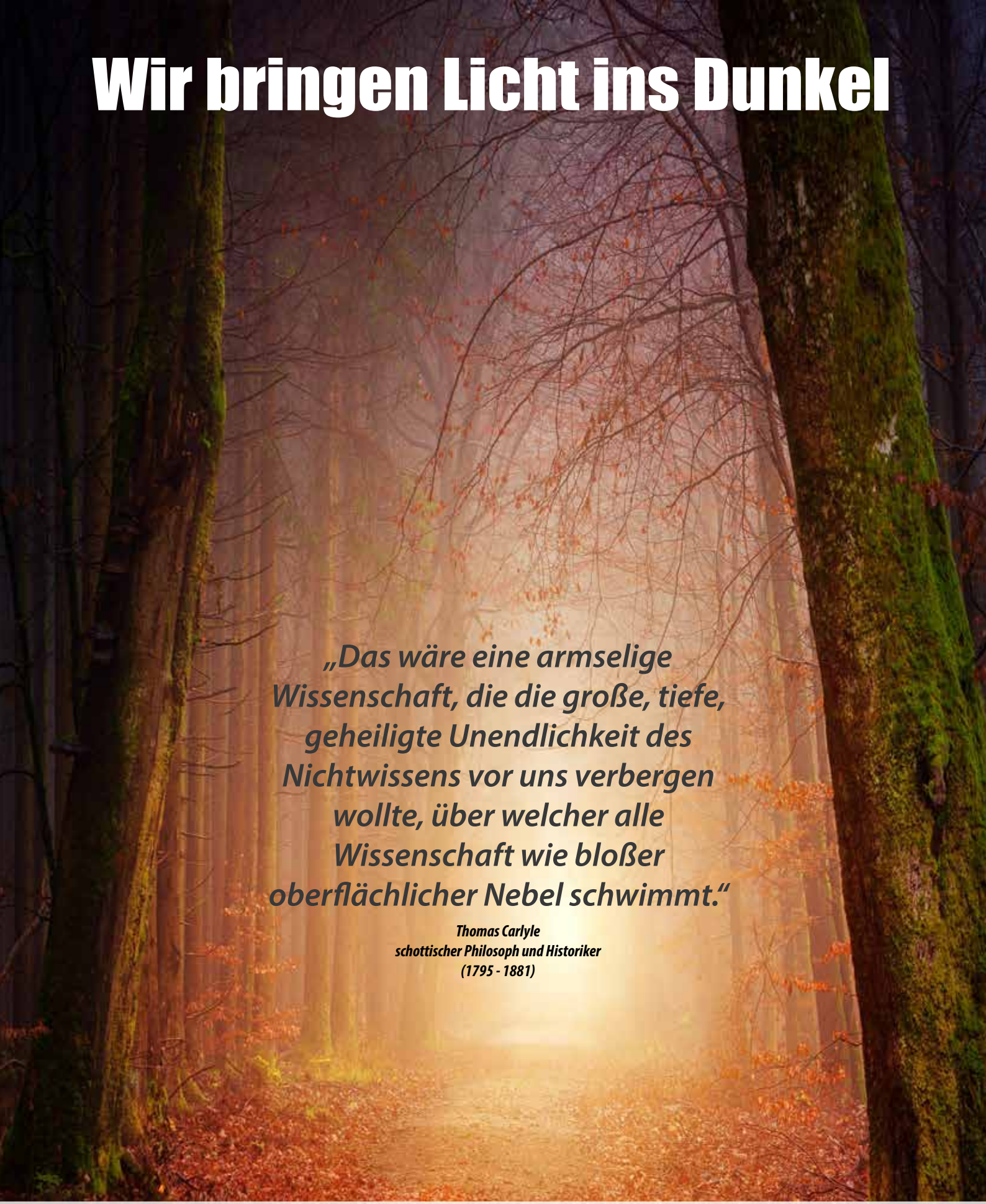


Dr. h. c. rer. medic. Helmut Hildebrandt ORCID: 0000-0002-2124-7227
ist Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG. Sein Schwerpunkt liegt im Aufbau und Management regionaler populationsbezogener IV-Systeme. Er war Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH, die die Integrierte Versorgung im Ortenaukreis in Baden-Württemberg verantwortet. Er hat im Vorstand der International Foundation for Integrated Care und im Vorstand des Bundesverbandes Managed Care für die Optimierung der Anreize zugunsten besserer Gesundheitsoutcomes für die Patienten mitgewirkt. Kontakt: h.hildebrandt@optimedis.de



Prof. Dr. rer. oec. Philipp Walther ORCID: 0000-0002-4964-817X
ist Gesundheitsökonom und Professor für Gesundheitsmanagement an der Hochschule Fresenius. Er verfügt über langjährige Expertise in der Planung und Umsetzung regionaler Versorgungsstrukturen mit begleitender anwendungsorientierter Forschung. In dem von ihm initiierten Gesundheitsnetzwerk Gesundes Ostfriesland e. V. werden innovative Projekte zur Gesundheitsversorgung und Digitalisierung sowie Gesundheitsförderung und Prävention umgesetzt. Kontakt: Philipp.Walther@hs-fresenius.de

Wir bringen Licht ins Dunkel



„Das wäre eine armselige Wissenschaft, die die große, tiefe, geheiligte Unendlichkeit des Nichtwissens vor uns verbergen wollte, über welcher alle Wissenschaft wie bloßer oberflächlicher Nebel schwimmt."

Thomas Carlyle
schottischer Philosoph und Historiker
(1795 - 1881)

Am besten, Sie abonnieren gleich*:

Kurzlink: https://t1p.de/dnovh

oder per Mail: abo@m-vf.de

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG

*** Jahres-Abo mit 6 Ausgaben zum Preis von 90 statt 120 Euro zzgl. Versand (9,99 Euro pro Jahr in Deutschland, Ausland: 54 Euro)**

AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

Individuelles Pharmakotherapie-Management (IPM)-assoziierter multidimensionaler Nutzen für Patienten und Versorgung

Globale Herausforderungen und prioritiärer gesundheitspolitischer Handlungsbedarf

Eine der größten ungelösten Herausforderungen in der modernen Medizin ist die sichere Arzneimitteltherapie älterer Menschen bei Polypharmazie (Multimedikation, ≥ 5 Medikamente). Sie ist zur Behandlung mehrerer Erkrankungen im Alter häufig unvermeidbar, jedoch risikobehaftet. 61,5 % der medikamentös behandelten über 64-Jährigen sind betroffen [1], bei über 80-Jährigen nehmen mehr als 45 % sogar über zehn Präparate ein, mit entsprechend steigendem Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW).

Mit zunehmendem Alter nehmen Organfunktionen und Arzneimittel-Eliminationskapazitäten ab [2]; aggraviert durch Überdosierungen und Interaktionen kommt es zu erhöhten Medikamentenwirkungen und UAW. Medikamente, die helfen, das Leben zu verlängern, können gleichzeitig die Lebensqualität beeinträchtigen. Stürze und kognitive Defizite werden dabei oft fälschlich als altersbedingt gewertet. Unerkannte UAW führen nicht selten zu Therapieeskalationen.

Patientensicherheit und Risikomanagement sind damit anhaltende und immer drängendere Herausforderungen. Die Zahl der Patienten* mit Polypharmazie steigt demografiebedingt und gravierende UAW belasten weltweit zunehmend die Patienten und die sozioökonomischen Gesundheitssysteme [3]. In über 68.500 eigenen durchgeführten Medikationsanalysen des stationären und ambulanten Sektors finden sich vielfach kumulative Risiken für medikamenteninduziertes Delir, Gedächtnisstörungen bis zur Volkskrankheit Demenz, Schwindel, pandemieartig zunehmende Sturzereignisse mit Frakturen, zerebrale und gastrointestinale Blutungen, Osteoporose, Schluckstörungen, Nierenfunktionsstörungen, Elektrolyt- und Herzrhythmusstörungen, Dehydrierung, Hypotension, Altersdiabetes und Anämien und mehr, häufig mit Krankenhausaufenthalten und Pflegebedürftigkeit verbunden, die es abzuwenden gilt, 1. zur Patientensicherheit und 2. für unsere Gesellschaft, um das zunehmend geforderte Gesundheitswesen und die Volkswirtschaft zu entlasten.

Global rufen seit über 20 Jahren Fachgesellschaften, interdisziplinäre Expertengremien und die WHO zu Gegeninitiativen auf, inzwischen auf politischer Ebene alarmiert die OECD und die Vereinten Nationen. Die Bundesregierung verfolgt Ansätze über die Mitwirkung am Globalen Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030 mit der WHO-Vision „a world in which no one is harmed in health care, and every patient receives safe and respectful care, every time, everywhere" [4], dem aktuell 6. konsentierten Nationalen Aktionsplan für Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS), dem Präventionsgesetz und Etablierung des Bundesinstituts für öffentliche Gesundheit (BIÖG).

Bisherige Strategien und fehlende Gesamtlösung

Jahrzehntelange nationale und internationale Bemühungen um eine Verbesserung der AMTS bei Polypharmazie adressieren bisher stets nur Teilaspekte. Dies gilt sowohl für etablierte Medikamenten-Negativlisten wie Beers oder Priscus 2.0 oder die Positivliste FORTA als auch für die herkömmlichen Interaktionschecks und Medikationsanalysen. Sie nehmen vor allem nicht die jeweils gesamte, individuelle klinische Patientensituation in den Blick und deshalb fehlen bislang umfassende Lösungen des Problems. In Anbetracht der extremen Heterogenität der älteren Patenten und differenten jeweiligen therapeutischen Medikationen bei u. a. sehr unterschiedlichen, auch intraindividuell wechselnden Organfunktionen und kardiovaskulären Parametern, ist eine personalisierte medikamentöse Betreuung von zentraler Bedeutung für die Vermeidung von UAW. Betroffen sind auch die vulnerablen Patienten in der Transplantations- und Intensivmedizin.

IPM-Konzept bottom-up: Individualisierte Polypharmazie

Das in der Universitätsmedizin Halle (UMH) konzipierte Individuelle Pharmakotherapie-Management (IPM) stellt sich seit über 10 Jahren gezielt diesen Herausforderungen in den täglichen Analysen umfangreicher Medikationslisten dieser Patienten. Das IPM ist ein evidenzbasiertes, systematisches Konzept zur individuellen Bewertung jedes einzelnen Medikaments bei Patienten mit Polypharmazie im Versorgungsalltag, sowohl im ambulanten als auch im stationären Kontext.

IPM-Alleinstellungsmerkmal

Das Alleinstellungsmerkmal des innovativen IPM liegt in der integrativen Betrachtung zweier Ebenen:

1. Patientenbezogene internistische Gesamtbewertung

- Aktuelle Nieren- und Leberfunktion
- Blutbild und Stoffwechselparameter
- Kardiovaskuläre und pulmonale Befunde
- Diagnosen, Vorerkrankungen und klinische Symptome (z. B. Schwindel, kognitive Einschränkungen)

2. Arzneimittelbezogene Analyse

- Prüfung von Nebenwirkungen
- Bewertung von Dosierungen
- Identifikation von Arzneimittelwechselwirkungen
- Analyse von Drug-Disease-Interaktionen
- Berücksichtigung von Kontraindikationen
- Aufdeckung fehlender indizierter Verordnungen

Es berücksichtigt nicht nur detailliert die Medikamente selbst über ihre Fachinformationen, sondern unter internistischen Gesichtspunkten auch den klinischen Zustand des Patienten über ein hochaktuelles, digitales Gesamtbild aus der klinischen elektronischen Patientenakte. So wird jedes Medikament unter Anwendung der IPM-definierten und im stationären Aufenthalt aktualisierten Patientenparameter der individuellen Patientensituation angepasst, um UAW zu beheben und vorzubeugen [5-8]. Das implementierte Konzept mit über 68.500 selbst durchgeführten Medikationsanalysen identifiziert zuverlässig pathophysiologische Konstellationen in Assoziation mit korrespondierenden Arzneimittelrisiken und führt so zu personalisierten, sicheren medikamentösen Therapieempfehlungen und optimierter AMTS im individuellen Patientenfall. Gleichzeitig wird damit die oft unkontrollierte 1:1-Anwendung leitliniengerechter medikamentöser Therapien auf ihre Vereinbarkeit mit der Gesamtmedikation und allen weiteren Diagnosen des Patienten geprüft.

Die Entwicklung des IPM erfolgte bottom-up aus besorgniserregenden Erkenntnissen des Versorgungsalltags von Patienten mit Polypharmazie. Es ist deshalb von unmittelbarer und hoher praktischer Relevanz und mit nachweislich assoziiertem mehrdimensionalem Benefit für die in diesem Kontext bisher fast sträflich vernachlässigte Patientensicherheit und inhärent weitreichenden, sozioökonomisch die Gesundheitssysteme zunehmenden Belastungen durch medikamentös-iatrogene Patientenschädigungen. Gefordert war ein überfälliges Präventionsinstrument, das das gesamte Spektrum der arzneimittelbezogenen Risiken abdeckt.

Digitale Vernetzung, Interoperabilität und wirtschaftlicher ROI

Die umfassende digitale Sicht auf den Patienten über seine klinische elektronische Patientenakte, als entscheidende Prämisse und modellhaft für die Potenziale der ambulanten elektronischen Patientenakte (ePA), ermöglicht die autonome Durchführung des IPM, bei Routine mit einem Zeitaufwand von nur 6,5 Minuten pro Patient. Die behandelnden Ärzte werden über die notwendigen Anpassungen zur Umsetzung der IPM-Ergebnisse informiert. Damit erwies sich das IPM auch zentral online für externe Patienten praktisch umsetzbar ohne Vorortkapazitäten.

Es ist durch die klare Struktur über seine definierten Patienten- und Medikamentenparameter nachweislich interoperabel und durch Ärzte, Medizinstudenten und Pharmazeuten reproduzierbar geprüft [9]. Die nahtlose, digitale IPM-Vernetzung in Echtzeit ist in allen Online-Bereichen praktizierbar. Der wirtschaftliche Aufwand ist im Vergleich zu den Versorgungs- und Folgekosten von sturzinduzierten Frakturen, deliranten und demenziellen Kognitionsstörungen oder chronischen Nierenerkrankungen mit ihren kardiovaskulären Sekundärerkrankungen minimal, ungeachtet der dargestellten Einsparungen von Arzneimittelkosten.

IPM-assoziierte multidimensionale Reduktionen

Die so aus den angewandten digitalen Patientenparametern identifizierbaren pathophysiologischen Konstellationen erfordern bei entsprechend assoziierten kritischen Medikamentenrisiken zielgerichtete Therapieumstellungen und werden digital, telefonisch oder via interdisziplinärer Visiten kommuniziert. Die resultierenden IPM-Medikationsänderungen betrafen in der Alterstraumatologie vor allem identifizierte pathophysiologische Auffälligkeiten unter oft kumulativen UAW, mitbedingt durch pharmakodynamische und -kinetische Arzneimittelinteraktionen, Überdosierungen, Kontraindikationen, anticholinerge Last, risikoreiche Psychopharmaka, Benzodiazepine und serotonerge Opioide.

Die Evaluation assoziierter Präventionspotentiale dieser IPM-Interventionen erfolgte anhand kontrollierter, retrospektiver Prä-Post-Studien in der Alterstraumatologie der UMH über eine historische Kontrollgruppe ohne IPM (200 Patienten) und eine IPM-Interventionsgruppe (204 Patienten). Ihre nahezu übereinstimmenden Baselinedaten hinsichtlich Alter, Geschlecht, Herkunft, Frakturmuster und Begleitdiagnosen sowie im Verlauf konsistente Behandlungs- und Pflegesettings gewährleisteten die Gruppenvergleichbarkeit der im Mittel 80-jährigen alterstraumatologischen Patienten [5-7]. Die gezielten, Patientenorientierten IPM-Interventionen waren nach den multivariablen Regressionsanalysen multidimensional mit relevanten und signifikanten Reduktionen Patienten- und sozioökonomisch maßgeblicher Outcomes assoziiert (Abb.1): Delir [5], intrahospitale Sturzereignisse [6]und Nierenfunktionsstörungen [7], mit einem breiten Präventionspotential bis zur Quartärprävention.

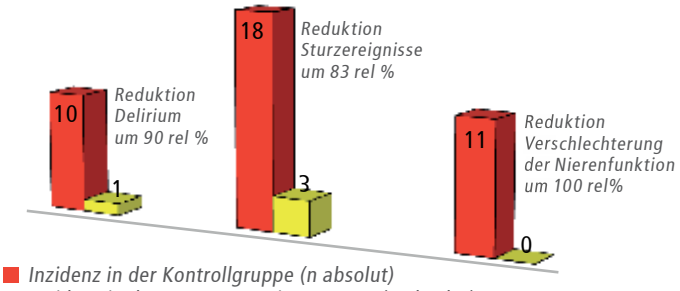


Abb.1: IPM-assoziierte multidimensionale Reduktionen Patienten- und sozioökonomisch relevanter Endpunkte

Nach klinikinternen Daten des Unternehmenscontrollings der UMH kam es zudem auf den interdisziplinären Intensivstationen unter IPM im ersten vierjährigen Beobachtungszeitraum zu einer um 21 % reduzierten Verweildauer, dadurch 33 % Anstieg der Behandlungskapazität und trotz Fallzahlerhöhung zu einer Reduktion der Arzneimittelkosten um 28 %, ca. ½ Mill. Euro. Die nur wenige Minuten aufwendige digitale oder telefonische interdisziplinäre IPM-Zusammenarbeit ist seitens der ärztlichen Kollegen sehr erwünscht [8].

Real-World-Daten für Evidenz bei Polypharmazie

Die praxisrelevanten Versorgungsstudien ergänzen fehlende und international zunehmend geforderte Real-World-Evidenz bei Polypharmazie vulnerabler Patientengruppen, da diese charakteristischerweise in den RCT-Arzneimittelzulassungsstudien meist ausgeschlossen werden, obwohl sie im Versorgungsalltag die vordergründig konsumierende Patientengruppe darstellen. Real-World-Studien post-marketing gelten für eine verantwortungsvolle und sichere Arzneimitteltherapie im Versorgungsalltag als dringend und unverzichtbar [10], insbesondere bzgl. großer Evidenzlücken bei Polypharmazie im Alter.

Fazit und Ausblick

IPM steht für „Prävention statt Ausbügeln“: Durch die systematische Integration multidimensionaler, assoziierter Präventionspotenziale in die Arzneimitteltherapie reduziert das Konzept arzneimittelbedingte Komplikationen und führt gleichzeitig zur effizienten Kostenentlastung im Versorgungssystem. Mit dieser Ausrichtung und seiner methodischen Stärke unterstützt IPM zentrale internationale und nationale Gesundheitsziele, die von der WHO koordinierte UN-Initiative „Decade of Healthy Ageing 2021–2030“ [11], den „Global Patient Safety Action Plan 2021–2030“ [4] sowie die Ziele des BIÖG durch Stärkung der AMTS, Prävention von Pflegebedürftigkeit und Förderung von Autonomie im Alter.

Hinsichtlich der erwarteten Verdopplung der Zahl der über 80-Jährigen bis 2050 bedarf es einer neuen Ära der individualisierten Arzneimitteltherapie [12]. IPM stellt Patientensicherheit bei Polypharmazie, ärztliche Verantwortungsübernahme sowie die nachhaltige Entlastung von Pflege- und Gesundheitssystemen gleichermaßen in den Fokus. Gesundheitspolitisch sollte das präventive Potenzial des IPM strukturell verankert werden, durch Integration in die Richtlinien des G-BA und durch Implementierungsvorgaben der Krankenkassen zur flächendeckenden Überführung in die Regelversorgung. Die Real-World-Assoziationsdaten zeigen das IPM-Potenzial, die medizinische Versorgung sicherer, individueller und effizienter zu gestalten.

Eine internationale Arbeitsgruppe prüft derzeit die zuverlässige und universale Anwendbarkeit des anonymisierten, KI-unterstützten und patientenkonsentierten IPM, zunächst in Simulationsmodellen. Die Umsetzung von IPM-Empfehlungen obliegt stets den behandelnden Ärzten. Die Ergebnisse werden zeitnah publiziert.

*Genderhinweis: Zur besseren Lesbarkeit Verwendung des genderneutralen Maskulinums

IPM-Referenzen, erweiterte Liste aus Umfangsgründen über den Autor
5. Drewas, L., Ghadir, H., Neef, R., Delank, K. S., Wolf, U. (2022). Individual Pharmacotherapy Management (IPM) - I: a group-matched retrospective controlled clinical study on prevention of complicating delirium in the elderly trauma patients and identification of associated factors. BMC geriatrics, 22, 29.
6. Wolf, U., Drewas, L., Ghadir, H., Bauer, C., Becherer, L., Delank, K. S., Neef, R. (2024). Individual Pharmacotherapy Management (IPM-II) for Patient and Drug Safety in Polypharmacy via Clinical Electronic Health Record Is Associated with Significant Fall Prevention. Pharmaceuticals, 17, 1587.
7. Wolf, U., Ghadir, H., Drewas, L., Neef, R. (2023). Underdiagnosed CKD in Geriatric Trauma Patients and Potent Prevention of Renal Impairment from Polypharmacy Risks through Individual Pharmacotherapy Management (IPM-III). Journal of Clinical Medicine, 12(13), 4545.
8. Wolf, U., Baust, H., Neef, R., Steinke, T. (2022). Individual Pharmacotherapy Management (IPM)-IV: Optimized Usage of Approved Antimicrobials Addressing Under-Recognized Adverse Drug Reactions and Drug-Drug Interactions in Polypharmacy. Antibiotics (Basel, Switzerland), 11(10), 1381.

Korrespondierende Autorin: Dr. med. Ursula Wolf | Fachärztin Innere Medizin | Universitätsmedizin Halle (Saale) | E-mail: ursula.wolf-jacobs@uk-halle.de

Grußwort

Liebe Kolleg:innen, liebe Leser:innen,

die Sicherheit unserer Patient:innen steht im Mittelpunkt unseres medizinischen Handelns. Frau Dr. Wolf von der Universitätsmedizin Halle (Saale) wurde mit dem Deutschen Preis für Patientensicherheit 2025 ausgezeichnet. Sie zeigt, dass ein individuelles Pharmakotherapie-Management (IPM) entscheidend ist, um Risiken durch unerwünschte Wechselwirkungen, Über- oder Unterdosierungen zu vermeiden. IPM bedeutet, verantwortungsvoll, sicher und patientenorientiert zu therapieren – für eine moderne, qualitativ hochwertige Versorgung. Wir laden Sie herzlich ein, sich an der Diskussion zum IPM zu beteiligen, um Chancen, Herausforderungen und Lösungsansätze gemeinsam zu beleuchten.

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

GESUNDHEITS·
FOREN

19. Mai 2026 | Leipzig

FRÜHJAHRSTAGUNG 2026 – DIE KRANKENVERSICHERUNG NEU GEDACHT



- Innovationen und Trends im Gesundheitswesen
- Digitale Transformation
- KI – zwischen Business und Ethik
- Kundenerwartungen von morgen
- Kundennähe in der digitalen Versicherungswelt
- Neue Möglichkeiten der Datennutzung

Bei Fragen gern für Sie da

Sophia Zorell
+49 341 98988 338
zorell@gesundheitsforen.net

Jetzt entdecken: